

特定健診・保健指導、保険者インセンティブ の見直し（2018年度～）

厚生労働省保険局医療介護連携政策課
データヘルス・医療費適正化対策推進室長
高木 有生

2018年度からの見直しのポイント（特定健診・保健指導）①

- (1) 特定健診・保健指導は、内臓脂肪の蓄積等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られるよう、専門職が個別に介入。保険者が共通に取り組む法定義務の保健事業。

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。

- (2) 特定健診は、2014年時点で約2600万人が受診。2008年制度導入後（導入時は2000万人）、受診者が毎年100万人増加。

全保険者平均実施率は50%。70%目標に達していないが、保険者、医療関係者、健診実施機関、現場の関係者の取組により、制度は着実に定着。

- (3) 他方、特定保健指導の2014年時点の全保険者平均実施率は18%。全保険者目標45%を上回る優良な保険者は極めて少ない。

健保組合・共済組合は、3割の保険者が実施率5%未満（⇔協会けんぽの実施率15%）。保険者間の差が大きく、特定保健指導（法定義務）への理解も不十分。保険者機能を果たしていない。実施率向上が最優先課題。

2018年度からの見直しのポイント（特定健診・保健指導）②

- (1) 保険者機能の責任を明確化するため、厚生労働省において、2017年度の実績から、各保険者別に特定健診・保健指導の実施率を公表する。
- (2) 厳しい保険財政や限られた人的資源の中で、現場で創意工夫と効率化し、実施率も上がるよう、特定健診・保健指導の運用ルールを大幅に緩和する。
- ①特定保健指導の実績評価時期：現行6ヶ月後→3ヶ月後でも可とする
- ②初回面接と実績評価の同一機関要件の廃止
- ③健診当日に結果が揃わなくても、初回面接の分割実施を可能とする
- ※1 腹囲・体重、血圧、質問票の結果等から、対象者に当日から保健指導に着手。後日、全ての健診結果を踏まえ、電話等で行動計画を完成する方法を可とする。
- ※2 健診当日の着手により、受診者の利便性も向上。産業医・産業保健師との連携も進む
- ④2年連続して積極的支援に該当した場合、1年目に比べて2年目の状態が改善※していれば、2年目の特定保健指導は、動機付け支援相当で可
- ※ BMI30未満：腹囲1cm以上かつ体重1^キ以上、BMI30以上：腹囲2cm以上かつ体重2^キ以上
- ⑤積極的支援の対象者への柔軟な運用でのモデル実施の導入。保健指導の投入量ではなく、3ヶ月後に改善※しているかどうかで評価・報告
- ※ 腹囲2cm以上かつ体重2^キ以上（体重に0.024を乗じた体重以上、かつ同値の腹囲以上）
- ⑥通信技術活用した初回面接（遠隔面接）の事前届出を廃止（2017年度～）
- ※テレビ電話・タブレット等での初回面接は現在も可能。導入実績あり。更に導入を促進。

2018年度からの見直しのポイント（特定健診・保健指導）③

（3）特定健診の項目の追加

- ① 糖尿病性腎症の重症化予防を推進するため、詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）に「血清クレアチニン検査」を追加
- ② 歯科口腔の保健指導や受診勧奨の端緒となるよう、質問票に「食事をかんで食べる時の状態」に関する質問を追加

（4）その他の運用の改善

- ① かかりつけ医で実施された検査データを、本人同意のもと特定健診データとして活用できるようルールの整備（健診の実施日が複数日にまたがる場合、医師の総合判断日の3ヶ月以内のデータとする等）
- ② 被用者保険から市町村国保に、特定健診・保健指導の実施を委託できるよう、保険者間の再委託の手続等を提示（→被扶養者等の実施率向上が期待）
- ③ 初回面接のグループ支援の運用緩和

※対象者数に応じた対応が現場で可能となるよう、現行の1グループ「8人以下」を「おおむね8人以下」、「80分以上」を「おおむね80分以上」とする。初回面接を分割実施した場合、2回目の初回面接は、1回目の内容に応じて実施するので、この運用に留意する必要もない。

2018年度からの見直しのポイント（保険者インセンティブの強化）

- (1) 特定健診・保健指導の実施率の低い健保組合・共済組合の取組を促すため、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。

加算率（ペナルティ）の要件に、特定健診・保健指導以外の取組状況も組み入れ（減算指標の点数が高い場合は加算しない）、特定健診・保健指導以外の取組も進める。

※現行の加算率 0.23% → 見直し後 最大10%（法定上限）
2020年度までに段階的に引上げる

- (2) 健保組合・共済組合による予防・健康づくりと医療費適正化に向けた総合的な取組を評価する。

減算（インセンティブ）の指標に、現在の特定健診・保健指導の実施率の指標に加えて、健診結果の加入者への分かりやすい情報提供（ICTの活用）や、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を追加。

特定保健指導の対象者割合の減少など実績評価の指標も導入。

※現行の減算率 0.048% → 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）

健保組合の保険者機能について①：「健康経営」ってなに？

○「健康経営銘柄2017」選定企業から考える

- ・健保組合の特定保健指導の実施率の差が大きい（2014年度実績）
（5%未満の健保組合、「法定義務」が浸透していない）
- ・実施率が高い健保組合は、就業時間中の保健指導の実施の配慮、40歳前からの健康づくりの働きかけ、従業員への分かりやすい情報提供、受動喫煙防止の取組など、事業主との連携がよくできている健保組合

⇒ 「実施率」をみれば、その保険者の「総合的な実力」が分かる

健保組合が総合的に取り組むべき項目を、後期高齢者支援金の減算（インセンティブ）の指標案により提示（2017年4月）

- ・特定保健指導の実施率が低い健保組合は、事業主と健保組合が連携して、従業員の健康増進（健康経営？）に取り組んでいるといえるのか

⇒ 2017年度実績から特定健診・保健指導の実施率を全保険者ごとに公表

○ではなぜ、特定健診・保健指導は、「法定義務」なのか。

健保組合の保険者機能について②：「健保組合」の役割？

- ・「健康保険組合」は、その企業（の従業員・家族）だけでなく、「社会制度（社会保障、社会連帯）」に対して責任を有する法律上の存在（公法人）」

⇒ 法律で、保険給付の主体とされ、保険料徴収の義務があり、高齢者医療への納付金・支援金の支払義務を負い、事業主に対して報告徴収の権限があり、適正な事業遂行について厚生労働大臣の指導監督を受ける。健保組合の役職員・その職にあった者は、健康保険事業に関し職務上知りえた秘密を正当な理由なく漏らしてはならない（罰則：1年以下の懲役又は100万円以下の罰金）。

（※）健康保険法（大正11年法律第70号）では、法制定時（社会保障の黎明期）から「健康保険組合」を規定。社会連帯の中心的役割を担ってきた。

- ・保険者が共通ルールの下、特定健診・保健指導に取り組むのは、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等の発症・重症化の予防にエビデンスがあり、被保険者・被扶養者がどの保険者においても、適切な保健指導を受けられるよう、保険者全体での医療費適正化に資するよう。特定健診・保健指導は、保険者間の記録写しの照会への提供義務も法律に規定。保険者が実施しない場合、本人の健康保持に影響あるだけでなく、受診勧奨等が遅れれば資格異動後の他の保険者の医療費にも影響。⇒ 実施率が著しく低い保険者に対するペナルティも強化
- ・事業主の「健康経営」との連携や理解を得ることは大事。しかし、健保組合は、医療保険、社会連帯を担ってきた中心的存在。「従業員の健康維持」「企業価値向上」など企業単位の視点を越えた役割があることにも思いを持ってほしい。

関係資料：特定健診・保健指導、保険者インセンティブ

(すべて公開の検討会で議論、資料と議事録も公表)

特定健診・保健指導のホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>

1. 特定健診・保健指導の見直し

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(概要、本文)

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000158936.pdf>

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000149238.pdf>

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000149239.pdf>

2017年3月30日「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」運用見直しの詳細

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000158929.pdf>

2. 後期高齢者支援金の加算・減算の見直し

2017年4月24日「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」資料

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000163140.pdf>

→ 検討会では、加算減算率の見直しについて了承。減算項目の点数等をさらに検討

3. 特定保健指導の効果分析、質問票(2600万人)の分析結果

2016年4月13日「特定健診・保健指導の医療費適正化効果検証ワーキンググループ報告」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000121287.html>

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000149158.pdf> (資料37~39[※]再掲)

→ 約20万人対象に5年間の経過分析 特定保健指導の改善効果(腹囲2~3^{センチ}減少、血圧等)が継続していることを確認 外来医療費で1年に6千円、3年で1.8万円の減少効果

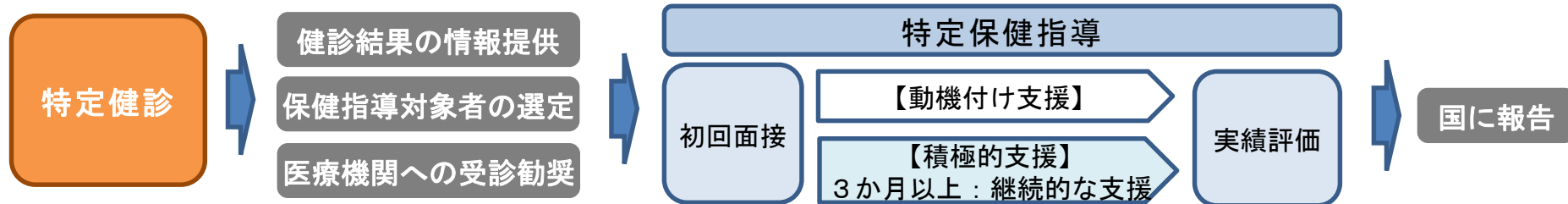
2016年12月19日「同ワーキンググループ効果検証」資料(2017年3月30日にも分析結果を報告)

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000158932.pdf>

→ 特定保健指導対象者の6~8割は20歳から体重10^{キログラム}以上増。40歳未満からも健康づくりが重要 積極的支援該当者の男性4~6割は喫煙者。保険者と事業主が連携した喫煙対策が重要

特定健康診査・特定保健指導について

○ 特定健診・保健指導は、保険者が健診結果により、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげるよう、専門職が個別に介入するものである（法定義務）。



<特定保健指導の選定基準> (※) 服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

腹囲	追加リスク		④喫煙歴	対象		
	①血糖	②脂質		③血圧	40-64歳	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					

<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（H30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（H30年度～）

<特定健診・保健指導の実施率>（目標：特定健診70%以上 保健指導45%以上）

特定健診 受診者数 2019万人（H20年度）→ 2616万人（H26年度） 毎年100万人増
 実施率 39%（H20年度）→ 49%（H26年度）

特定保健指導 終了者数 30.8万人（H20年度）→ 78.3万人（H26年度）
 実施率 8%（H20年度）→ 18%（H26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。**
 （H29年度実績～）

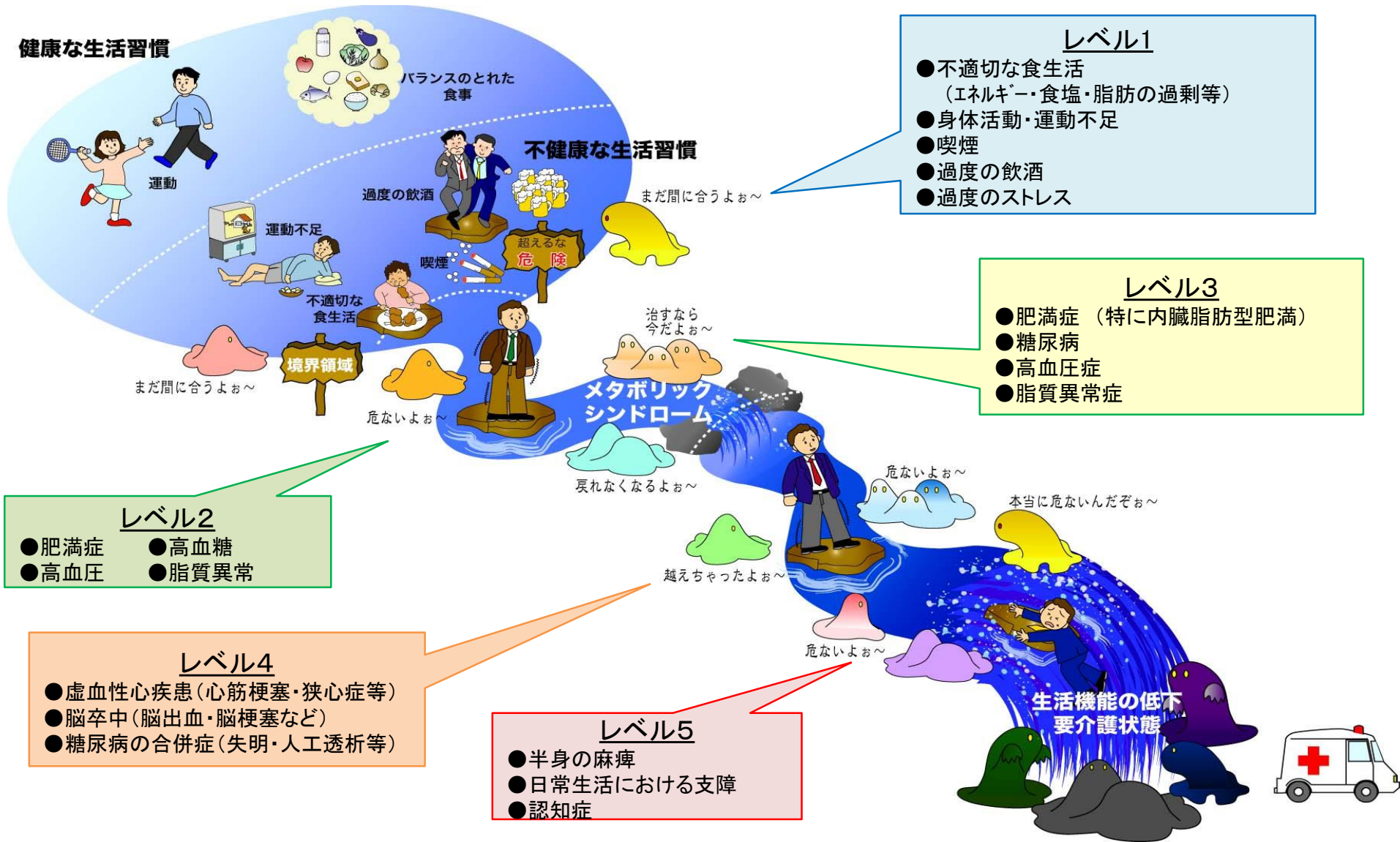


【特定保健指導の運用の弾力化】（H30年度～：第3期計画期間）

- 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（H29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3

- 肥満症 (特に内臓脂肪型肥満)
- 糖尿病
- 高血圧症
- 脂質異常症

レベル2

- 肥満症
- 高血糖
- 高血圧
- 脂質異常

レベル4

- 虚血性心疾患 (心筋梗塞・狭心症等)
- 脳卒中 (脳出血・脳梗塞など)
- 糖尿病の合併症 (失明・人工透析等)

レベル5

- 半身の麻痺
- 日常生活における支障
- 認知症

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



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

(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)

(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

※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. <u>血糖</u> を下げる薬又はインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c. <u>コレステロールや中性脂肪</u> 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	<u>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。</u>	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	<u>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。</u>	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

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、効果的・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。

<p>「議論のまとめ」（平成29年1月19日） （運用方法の詳細について整理した部分に下線）</p>	<p>運用方法の詳細等（案） （実務担当者ワーキンググループの検討も加えて整理）</p>
<p>I-2 特定健診の項目の見直しについて （1）基本的な健診の項目</p>	
<p>①血中脂質検査 血中脂質検査は、引き続き、中性脂肪、HDLコレステロール及びLDLコレステロールとする。ただし、定期健康診断等において、中性脂肪が400mg/dl以上や食後採血のため、<u>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あっても、血中脂質検査を実施したとみなすこととする。</u></p>	<p>○<u>non-HDLコレステロールの第3期の判定値は、「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会（健康局検討会）」の検討結果を踏まえ、以下のとおりとする。</u> ・保健指導判定値：150mg/dl以上 ・受診勧奨判定値：170mg/dl以上 (※) 階層化判定における血中脂質検査（中性脂肪とHDLコレステロールによる判定）の扱いは現行どおりであり、non-HDLコレステロールを用いても、階層化判定のシステム改修に影響しない。</p>
<p>②血糖検査 血糖検査は、原則として空腹時血糖又はヘモグロビンA1cを測定することとし、空腹時以外はヘモグロビンA1cのみを測定することとする。ただし、健診受診率の向上のために随時血糖を検査項目に新たに位置づけることが有効との意見もあったことから、やむを得ず空腹時以外においてヘモグロビンA1cを測定しない場合は、<u>食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。</u></p>	<p>○<u>随時血糖の判定値は、健康局検討会の検討結果を踏まえ、以下のとおりとする。</u> ・保健指導判定値：100mg/dl以上 ・受診勧奨判定値：126mg/dl以上 ○随時血糖検査を除外する食直後の時間は、食後3.5時間未満とする。 ○階層化判定における血糖検査の優先順位は、①空腹時血糖（食後10時間以上）、②HbA1c（食後時間は関係ない）、③随時血糖（食後3.5時間以上10時間未満）となる。</p>
<p>（2）詳細な健診項目</p>	
<p>②心電図検査 心電図検査の対象者の選定基準を変更し、<u>当該年の特定健診の結果等において、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を対象とする。</u></p>	<p>○<u>基準に該当しかつ医師が必要と認める者に対して、特定健康診査当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。</u> (※1) 心電図検査の対象で、受けなかった場合は、受診勧奨とする。 (※2) 平成30年度に実施する検査では、第二期の基準で対象となる者にも、心電図検査を実施できるよう、経過措置をおく。</p>
<p>③眼底検査 眼底検査の対象者の選定基準を変更し、原則として当該年の特定健診の結果等において、<u>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を対象とする。</u></p>	<p>○<u>基準に該当しかつ医師が必要と認める者に対して、特定健康診査当日から1か月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。</u> (※1) 眼底検査の対象で、受けなかった場合は、受診勧奨とする。 (※2) 平成30年度に実施する検査では、第二期の基準で対象となる者にも、眼底検査を実施できるよう、経過措置をおく。</p>

<p>「議論のまとめ」（平成29年1月19日） （運用方法の詳細について整理した部分に下線）</p>	<p>運用方法の詳細等（案） （実務担当者ワーキンググループの検討も加えて整理）</p>
<p>Ⅱ. 特定保健指導の実施方法の見直しについて</p>	
<p>(1) 行動計画の実績評価の時期の見直し ・特定保健指導の質を確保しつつ、対象者の負担の軽減も図りながら、利用者の拡充に対応する等の観点から、<u>行動計画の実績評価を3か月経過後</u>（積極的支援の場合は、3か月以上の継続的な支援が終了後）<u>に行うことを可能とする。</u></p>	<p>○初回面接から実績評価を行う期間の最低基準を3か月経過後とする。ただし、保険者の判断で、対象者の状況等に応じ、現行どおりに6か月経過後で評価を実施することや、3か月経過後の実績評価の終了後にさらに独自のフォローアップ等を行うこともできる。</p>
<p>(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特定保健指導対象者の情報が共有され、<u>保険者が当該対象者に対する特定保健指導全体の総括・管理を行う場合は、初回面接実施者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。</u></p>	<p>○保険者に置く特定保健指導全体の総括・管理を行う者は、保健指導の専門職（保健指導事業の統括者に定められている医師・保健師・管理栄養士）が望ましいが、保険者の実態に応じ、専門職でない者でも差支えないこととする。</p> <p>○保健指導全体の総括・管理を行う者は、特定保健指導の適切な情報共有の具体的な方法について、当該保険者の事業実施方法に則った手順書等を整備する。また、委託先実施機関との連携・調整を行い、各特定保健指導対象者の一連の特定保健指導が滞りなく行われるよう管理する。</p>
<p>(3) 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における特定保健指導の初回面接について、①健診受診当日に、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対して、把握できる情報をもとに、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、当該行動計画を完成する方法を可能とする。</p>	<p>○初回面接を分割実施する場合、2回目の初回面接②は、<u>健診当日に行われる1回目の初回面接①の実施後、遅くとも3か月以内に実施することとする。</u></p> <p>○行動計画の実績評価は、初回面接実施日から起算して3か月経過後であるが、初回面接を分割した場合は、積極的支援・動機付け支援ともに、行動計画の策定が完了する<u>2回目の初回面接②から起算して3か月経過後とする。</u></p>
<p>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となったもの全員（初回面接を分割実施する場合における特定保健指導の対象と見込まれる者も含む）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、<u>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。</u></p>	<p>○現行の集合契約A、Bを維持しつつ、特定健診当日に初回面接を行う場合の集合契約を追加で用意し、必要なシステム改修を行う。</p>

<p>「議論のまとめ」（平成29年1月19日） （運用方法の詳細について整理した部分に下線）</p>	<p>運用方法の詳細等（案） （実務担当者ワーキンググループの検討も加えて整理）</p>
<p>（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</p> <ul style="list-style-type: none"> 2年連続して積極的支援に該当した者のうち、<u>1年目に比べ2年目の状態が改善している者</u>については、2年目の特定保健指導は、<u>動機付け支援相当</u>（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こととする。 状態の改善は、<u>2年目の特定健診結果（腹囲・体重等）</u>により評価することとする。 	<p>○2年連続して積極的支援に該当した者のうち、動機付け支援相当を行える対象者は、当該年度の特定健診の結果が前年度の特定健診の結果に比べて、以下に該当する者とする（※1）。</p> <p><u>BMI<30 腹囲1.0cm以上かつ体重1.0kg以上減少している者</u> <u>BMI≥30（※2） 腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少している者</u></p> <p>（※2）BMIに代えて体重で判別する場合、「体重85kg以上」とする。 （参考）40歳～50歳代の男性平均身長170cmのBMI30の体重は約86.7kg</p> <p>（※3）2年連続して積極的支援に該当した者の判定時期は、平成29年度から1年目として取り扱う（平成30年度において改善等の要件に該当すれば、平成30年度から動機付け支援相当でも可能とする）。</p>
<p>（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</p> <ul style="list-style-type: none"> 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（※）を行うこととする。 <p>（※）モデル実施を行った場合は、<u>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</u>。また、モデル実施における継続的な支援のポイントを把握できるようにシステム改修を行い、効果検証を行う。</p>	<p>○モデル実施で、特定保健指導とみなす要件は、以下のとおり。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①初回面接と行動計画の実績評価を行っていること ②行動計画の実績評価の時点で、腹囲及び体重の値が当該年の健診結果に比べて改善していること ③喫煙者に対しては、標準的な健診・保健指導プログラムを参考に禁煙指導を実施していること ④対象者に対して行った継続的な支援の実施状況を厚生労働省に実績報告（XMLファイル）により報告すること <p>○要件②の改善は、<u>腹囲2.0cm以上かつ体重2.0kg以上減少している者（又は健診時の体重に0.024を乗じた体重(kg)以上、かつ同体重(kg)と同じ値の腹囲(cm)以上の減少）</u>とする。（※4）</p> <p>○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。</p> <p>（※）モデル実施は、実施保険者の裁量により内容等が異なるので、集合契約では対応しない。</p>

（※1）日本肥満学会の肥満症診療ガイドラインでは、肥満症の減量目標を現体重の3%以上としており、特定保健指導の行動計画の目標設定でも目安として活用されている。体重85kg（身長170cm、BMI30強の場合）で3%の場合、体重2.5kg、腹囲2.5cmが目標となる。2年連続で積極的支援に該当した場合でも、3%の目標の半分程度の減量が達成がされていれば、改善の方向にあると整理して、BMIに応じて評価の要件を設定する。

（※4）減量目標を現体重の3%とし、その80%程度を達成すれば、180ポイントを満たさなくても特定保健指導の目標を達成したと整理して要件を設定すると、体重85kg以上では体重2.0kg以上かつ腹囲2.0cm以上の減少となる（体重が少ない場合は現体重×0.024の体重減少でも可とする）。

<p>「議論のまとめ」（平成29年1月19日） （運用方法の詳細について整理した部分に下線）</p>	<p>運用方法の詳細等 （実務担当者ワーキンググループの検討も加えて整理）</p>								
<p>(7) ①医療機関との適切な連携（診療における検査データの活用）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診は、本人が定期的に自らの健診データを把握するとともに、治療中であっても生活習慣を意識し、改善に取り組む端緒となることが期待されることから、治療中であっても特定健診を受診するよう、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うことが重要である。 ・その上で、かかりつけ医と保険者との連携や、受診者や社会的なコストを軽減させる観点から、<u>本人同意のもとで保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、一定のルールを整備する。</u> 	<p>○かかりつけ医で実施された検査データを、特定健診の項目として保険者が取得する方法は、保険者が当該本人に説明し、本人が同意し、本人がかかりつけ医へ相談の上、特定健診の基本健診項目の結果を保険者に提出する方法を基本とするが、地域の実情や、医師会との契約の有無や内容等に応じ、適切に実施する。</p> <p>○特定健診の受診日として取り扱う日付は、医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付とする。</p> <p>○検査結果の項目に不足があり基本健診項目の実施が複数日にまたがる場合は、<u>最初に行われた検査実施日と、最後に実施された医師の総合判断日の間は、3か月以内とする。</u></p> <p>（※）最初の検査実施日から医師の総合判断の日までは、基本的に当該年度内とするが、別途契約で定める場合は年度をまたがることも可とする。</p> <p>○実施したい保険者から、必要性和地域の実情に応じて、医師会と連携する取組から進めていく。</p>								
<p>(7) ⑥特定健診の結果に関する情報提供の評価</p> <p>特定健診の結果を受診者本人に分かりやすく伝えることは、特定保健指導対象者以外も含む健診受診者が、自分自身の健康課題を認識して生活習慣の改善に取り組むことにつながる貴重な機会であることにかんがみ、保険者による特定健診・保健指導の実施状況に関する報告の項目として<u>位置づける。</u></p>	<p>○情報提供の方法の項目について、以下のとおりとする。</p> <table border="1" data-bbox="990 818 1999 1260"> <thead> <tr> <th data-bbox="990 818 1363 872">コード</th> <th data-bbox="1363 818 1999 872">内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="990 872 1363 1158">1：付加価値の高い情報提供</td> <td data-bbox="1363 872 1999 1158"> 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） <ul style="list-style-type: none"> ・経年データのグラフやレーダーチャート等 ・個別性の高い情報（本人の疾患リスク、検査値の意味） ・生活習慣改善等のアドバイス </td> </tr> <tr> <td data-bbox="990 1158 1363 1212">2：専門職が対面説明</td> <td data-bbox="1363 1158 1999 1212">専門職による対面での健診結果説明の実施</td> </tr> <tr> <td data-bbox="990 1212 1363 1260">3：1と2両方とも実施</td> <td data-bbox="1363 1212 1999 1260"></td> </tr> </tbody> </table>	コード	内容	1：付加価値の高い情報提供	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） <ul style="list-style-type: none"> ・経年データのグラフやレーダーチャート等 ・個別性の高い情報（本人の疾患リスク、検査値の意味） ・生活習慣改善等のアドバイス 	2：専門職が対面説明	専門職による対面での健診結果説明の実施	3：1と2両方とも実施	
コード	内容								
1：付加価値の高い情報提供	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） <ul style="list-style-type: none"> ・経年データのグラフやレーダーチャート等 ・個別性の高い情報（本人の疾患リスク、検査値の意味） ・生活習慣改善等のアドバイス 								
2：専門職が対面説明	専門職による対面での健診結果説明の実施								
3：1と2両方とも実施									

【グループ面接の運用ルールの告示改正案】

現行	見直し案
<p>○特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第七条第一項及び第八条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法（平成25年3月厚生労働省告示第91号）（抜粋）</p> <p>第一 動機付け支援の実施方法 2 支援内容及び支援形態 (3) 面接による支援は、次に掲げる事項に留意して行うこと。 キ 支援形態は、1人当たり20分以上の個別支援又は1グループ（1グループは8人以下とする。）当たり80分以上のグループ支援とすること。</p> <p>第二 積極的支援の実施方法 2 支援内容及び支援形態 (11) 支援Aの方式は、次に掲げるものとする。 イ グループ支援A（1グループは8人以下とする。）</p>	<p>○初回面接のグループ支援について、初回面接がより重要となる中で、必要な体制を確保しつつ、実施当日の対象者の人数に応じた対応が現場で可能となるよう、現行の「8人以下」を「おおむね8人以下」に、「80分以上」を「おおむね80分」とする。</p> <p>○初回面接を分割実施した場合、2回目の初回面接②は、対象者の健診結果や初回面接①の内容等に応じて実施する必要があるため、時間と人数は個別支援の「1人当たり20分以上」、グループ支援の「1グループ（おおむね8人以下）当たりおおむね80分」に留意して行う必要はない。</p>

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27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0.048%			

〈平成28、29年度〉 ※全保険者の特定健診等の実施率を、29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		〔29年度に試行実施（保険料への反映なし）〕	〔30年度以降の取組を前倒し実施（平成28年度は150億円）〕	30年度以降の取組を前倒し実施（20～50億円）

〈平成30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、H32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：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

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であり、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、以下の役割が位置付けられている。
- ①被保険者の加入の手続き、保険料の決定と徴収、療養の給付や傷病手当金等の保険給付（法定義務）
 - 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**（法定義務）
 - 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自助努力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（法定義務）
- （参考）健保組合の保険料収入(7.5兆円)に占める後期高齢者支援金・前期高齢者納付金(3.3兆円)の割合：44%（H26年度決算）
- (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**である。

- (1) 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創意工夫や改善を可能とし、保健指導の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。さらに、**特定健診・保健指導は、保険者の法定の義務であり、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、H29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（H30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（H30年度～）。**
- （※2）現行の減算率 0.048% → 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（案）

○ 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（H27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:99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:84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):0.6億円

※支援金総額(保険者負担、健保・共済分):2.2兆円

【**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 H32年度に**最大10%(法定上限)** 3区分で設定
※H30年度の加算額(H26年度実績で試算):約4.0億円

2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模=加算の規模

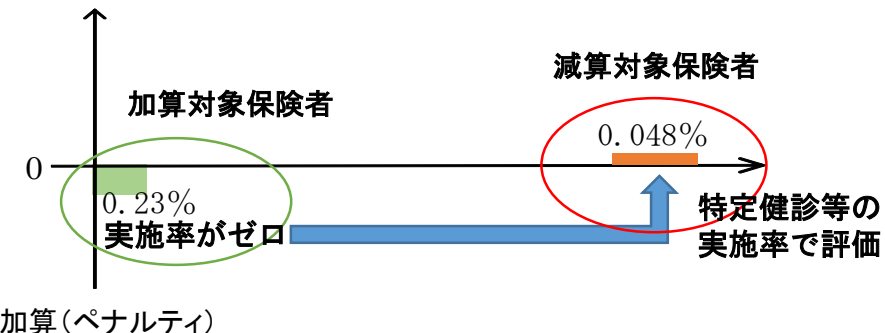
- ・ **特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅(=成果指標)、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価**
※減算率=最大10%~1% 3区分で設定

(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、就業上の配慮等)
- ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組等

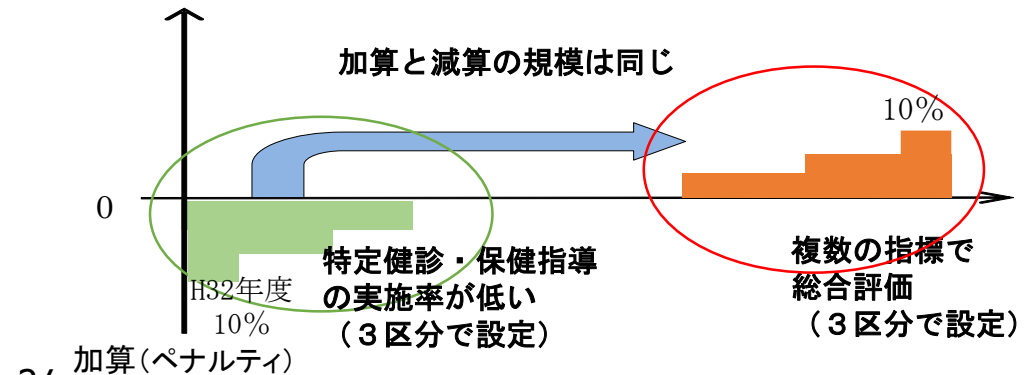
<現在の仕組み:H29年度まで>

減算(インセンティブ)



減算(インセンティブ)

<見直し後:H30年度～>



後期高齢者支援金の加算率の見直し（案：H30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(H35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H32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。H33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(H26年度) 健保組合 17.7% (単一健保 21.5% 総合健保 10.5%) 共済 18.8% (参考) 協会けんぽ 14.8%

(※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H26～31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、H32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	
		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
	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)
特定保健指導	実施率が0.1%未満	0.1%未満	0.1%未満
	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)
	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)
	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)
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

H26～29年度 の加算率 【現行】
—(※3)
0.23%
—
—
—

H30年度の加算率 (H29年度実績) 【第1段階】	H31年度の加算率 (H30年度実績) 【第2段階】	H32年度の加算率 (H31年度実績) 【第3段階】
1.0%	2.0%	5.0%
—	0.5%(※7)	1.0%(※7)
1.0%	2.0%	5.0%
0.25%	0.5%	1.0%
—	0.25%(※7)	
—	—	0.5%(※7)

(※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) H35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(H32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が、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) H35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(H32年度)の設定として、20%の半分の値である「10%未満」とする。

減算の指標・配点（検討中）

○ 減算の指標については、保険者種別で共通に設定する指標を踏まえつつ、以下のとおり、事業主との連携など被用者保険独自の指標を追加する。指標と配点については、関係者の意見も聞きながら、検討する（下記の指標と配点案は、現時点のものである）。

		配点案
1	特定健診・保健指導の実施(糖尿病等の生活習慣病予防、個別の保健指導)(法定の義務)	
①-1	保険者種別毎の目標値達成 特定健診の目標達成(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)	75
①-2	保険者種別毎の目標値達成 特定健診の目標達成(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)	70
①-3	実施率が上位 特定健診が[実施率目標×90%]以上 かつ 特定保健指導が[実施率目標×90%]以上	60
①-4	実施率が上位 特定健診が[実施率目標×85%]以上 かつ 特定保健指導が[実施率目標×85%]以上	50
②-1	特定健診の実施率の上昇幅 前年度より10ポイント以上上昇 (①との重複不可、③との重複可)	20
②-2	特定健診の実施率の上昇幅 前年度より5ポイント以上上昇 (①との重複不可、③との重複可)	10
③-1	特定保健指導の実施率の上昇幅 前年度より10ポイント以上上昇 (①との重複不可、②との重複可)	20
③-2	特定保健指導の実施率の上昇幅 前年度より5ポイント以上上昇 (①との重複不可、②との重複可)	10
小計		75
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 標準プログラムや学会基準を参考に、すぐに医療機関の受診が必要であることを知らせる	5
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)	5
③	重症化予防の個別介入保健指導 治療中の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を実施 (①、②との重複可)	5
④-1	特定保健指導の対象者割合の減少 特定保健指導の該当者割合が前年度より3ポイント減少	10
④-2	特定保健指導の対象者割合の減少 特定保健指導の該当者割合が前年度より1.5ポイント減少	5
小計		25
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) (②との重複可) ・経年データやレーダーチャートのグラフ等 ・個別性の高い情報(本人の疾患リスク、検査値の意味) ・生活習慣改善等のアドバイス	4
②	対面での健診結果の説明 専門職による対面での健診結果説明の実施 (①との重複可)	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) 退職の際に本人の求めに応じて過去の健診データを提供。または、新規の加入者に対し加入前の健診データの提供を求め、経年でのデータ活用や保健指導の実施 (④との重複可)	4
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) 保険者協議会等において、保険者が共同で集計データを持ち寄って地域の健康課題を分析。または、その結果を活用して共同事業を実施 (③との重複可)	4
小計		16

(続く)

減算の指標・配点（検討中）

			配点案
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	（事業実施の有無）（②、③、④、⑤との重複可）	3
②	後発医薬品差額通知の実施	（事業実施の有無）（①、③、④、⑤との重複可）	4
③	効果の確認	後発品への切替率、効果額の把握（事業実施の有無）（①、②、④、⑤との重複可）	5
④-1	後発医薬品の使用割合が高い	使用割合が80%以上（①、②、③、⑤との重複可）	5
④-2	後発医薬品の使用割合が高い	使用割合が70%以上（①、②、③、⑤との重複可）	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（①、②、③、④との重複可）	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（①、②、③、④との重複可）	3
			小計 22
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：受診者の把握	検診の種類毎に対象者を設定し、受診の有無を確認（②、③、④、⑤との重複可）	4
②	がん検診：効果の確認（有所見率等の把握等）	①を実施し、検診の種類毎に要精密検査者の減少割合や医療費の発生状況を確認（①、③、④、⑤との重複可）	4
③	歯科健診・保健指導：健診受診者等の把握	対象者を設定し健診受診の有無を確認、リスク保有者への保健指導の実施（①、②、④、⑤との重複可）	4
④	歯科健診・保健指導：効果の確認	③を実施し、受診者の改善状況の確認、要治療者の減少割合や医療費の状況を確認（①、②、③、⑤との重複可）	4
⑤	予防接種の実施	インフルエンザワクチン接種等（①、②、③、④との重複可）	3
			小計 19
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（②、③、④、⑤との重複可）	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（①、③、④、⑤との重複可）	4
③	こころの健康づくり	40歳未満を含めた、こころの健康づくりのための事業（①、②、④、⑤との重複可）	4
④	喫煙対策事業	40歳未満を含めた、喫煙対策事業、受動喫煙防止の実施（①、②、③、⑤との重複可）	4
⑤	インセンティブ提供事業の実施	個人の健康づくりの取組を促すためのインセンティブ提供事業を実施	4
			小計 20
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（②、③、④との重複可）	4
②	健康づくり等の共同事業の実施、定期的な意見交換の場の設置	事業主の事業を把握し、健康課題の分析に基づく事業主・事業場への働きかけ、定期的な意見交換の場を設置（①、③、④との重複可）	4
③	就業時間内の特定保健指導の実施の配慮	特定保健指導が受けられるよう事業主による配慮（①、②、④との重複可）	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退職後の健康管理に関する講義を実施（①、②、③との重複可）	3
⑤	被扶養者への特定健診の実施	被扶養者の特定健診の実施率が[実施率目標×70%]以上（1との重複可）	4
⑥	被扶養者への特定保健指導の実施	被扶養者の特定保健指導の実施率が[実施率目標×70%]以上（1との重複可）	4
			小計 23
			全体計 200

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
A T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

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
K C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

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

平成27年度後期高齢者支援金の加算・減算（平成26年度実績ベース）

（一保険者当たりの減算率 0.048%）

保険者	加算対象保険者数	加算額	減算対象保険者数	減算額
市町村国保	11	100万円	73	2,300万円
国保組合	22	1,200万円	4	20万円
単一健保	89	4,800万円	71	2,300万円
総合健保	10	1,300万円	9	1,800万円
共済	対象なし	-	4	1,000万円
合計	132	7,400万円	161	7,400万円

※減算の調整済実施係数0.69以上

（参考）平成26年度後期高齢者支援金の加算・減算（平成25年度実績ベース）

（一保険者当たりの減算率 0.045%）

保険者	加算対象保険者数	加算額	減算対象保険者数	減算額
市町村国保	9	100万円	85	1,700万円
国保組合	27	1,400万円	3	30万円
単一健保	94	4,700万円	72	1,700万円
総合健保	11	1,200万円	17	1,800万円
共済	1	200万円	6	2,400万円
合計	142	7,600万円	183	7,600万円

※減算の調整済実施係数0.66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。

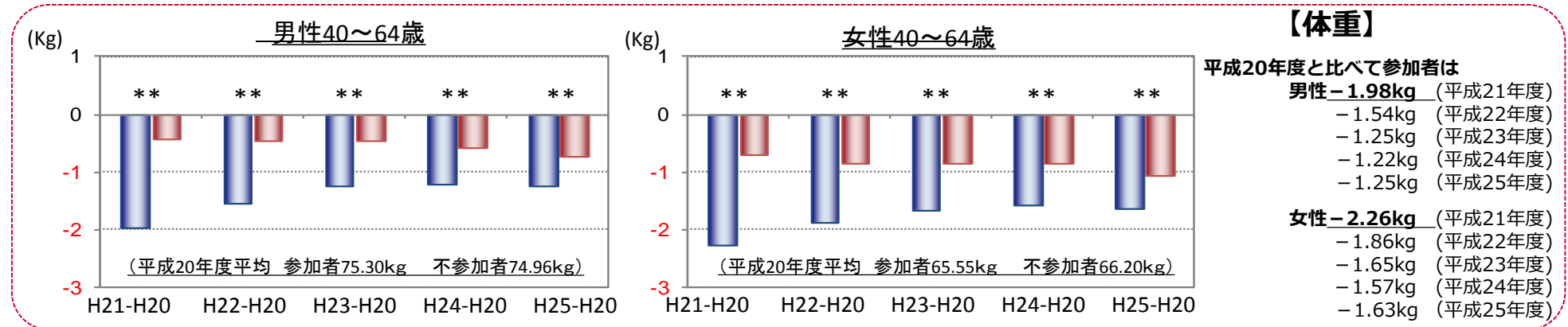
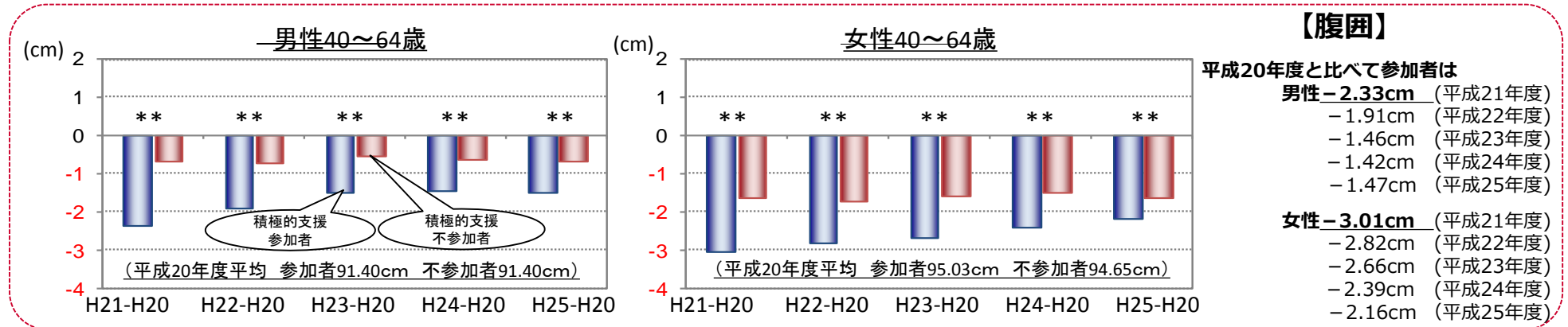
※動機付け支援・・・特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当かつ喫煙歴がない者への支援。40～74歳が対象。（65歳以上では、積極的支援の基準に該当する場合でも動機付け支援を実施）

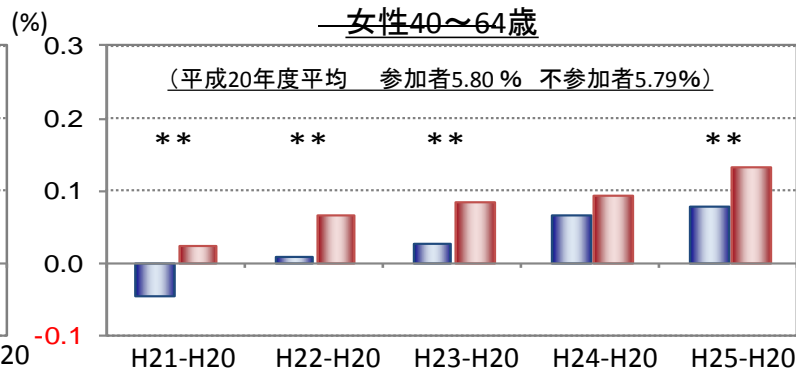
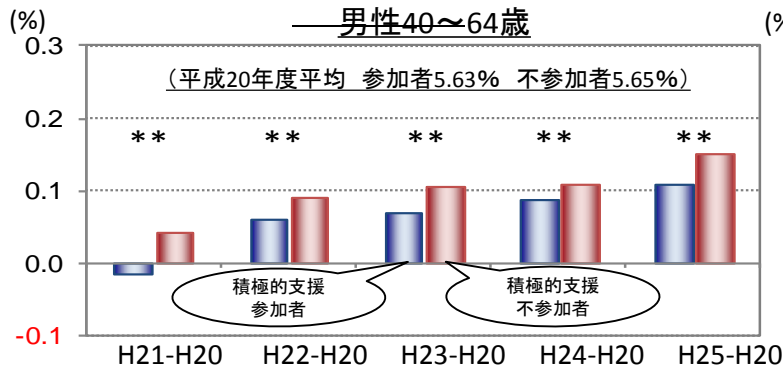
※分析対象：364保険者（国保320、健保組合2、共済42）、20万～22万人（分析方法で異なる）

*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（平成20年度との差）



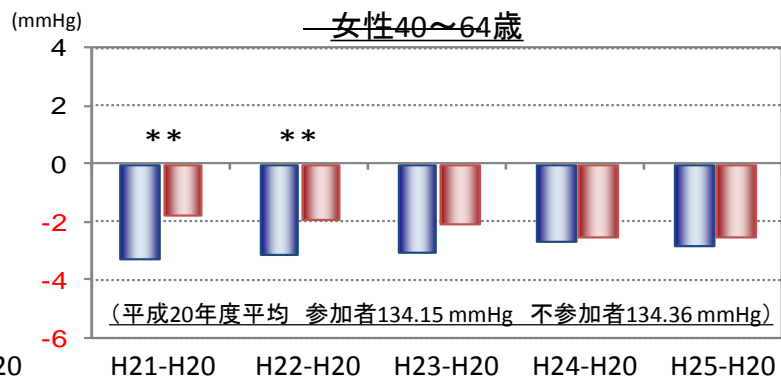
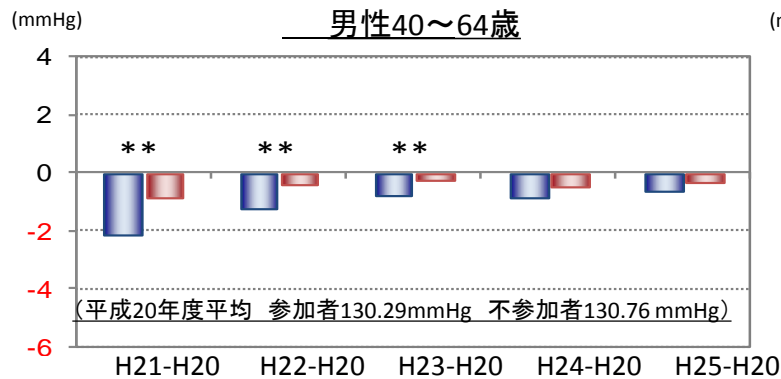


【血糖(HbA1c)】 ※1

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)

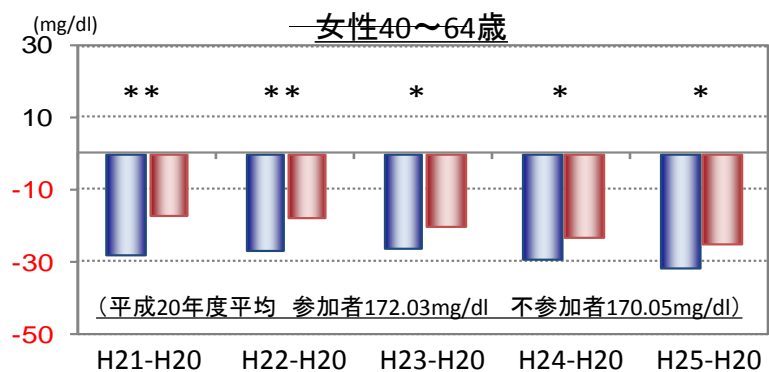
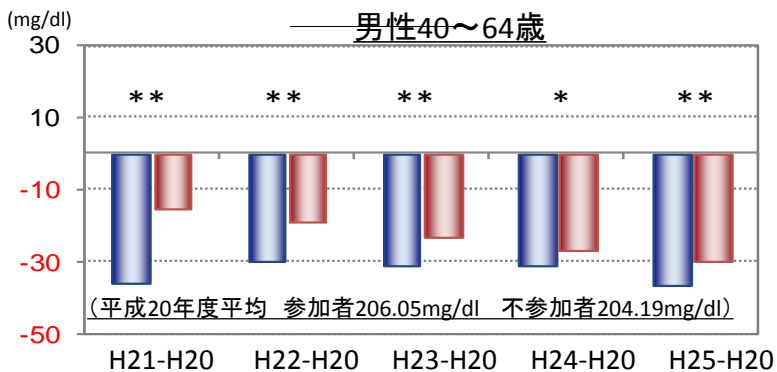


【血圧(収縮期血圧)】 ※2

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

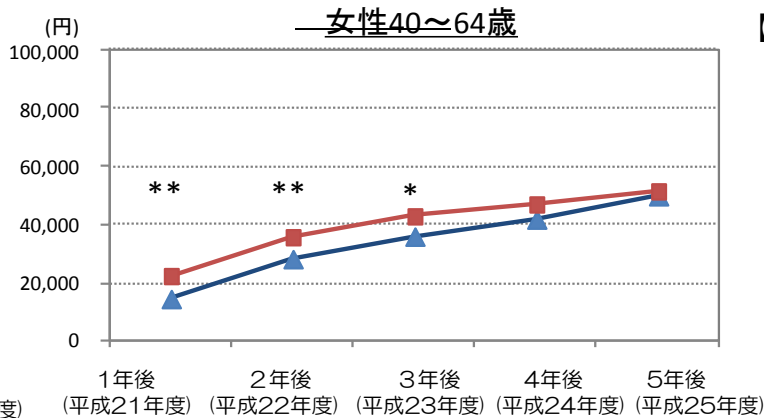
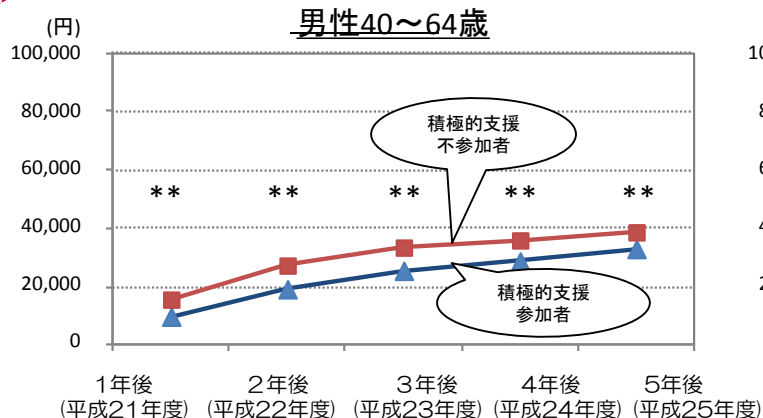
特定保健指導による生活習慣病関連の1人当たり外来医療費等の経年分析（平成20～25年度）

（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



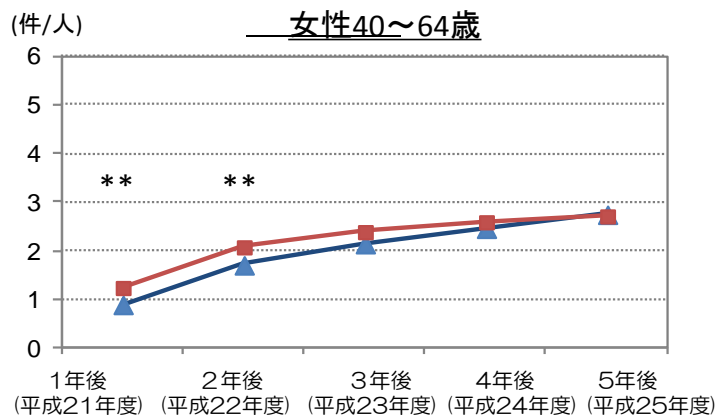
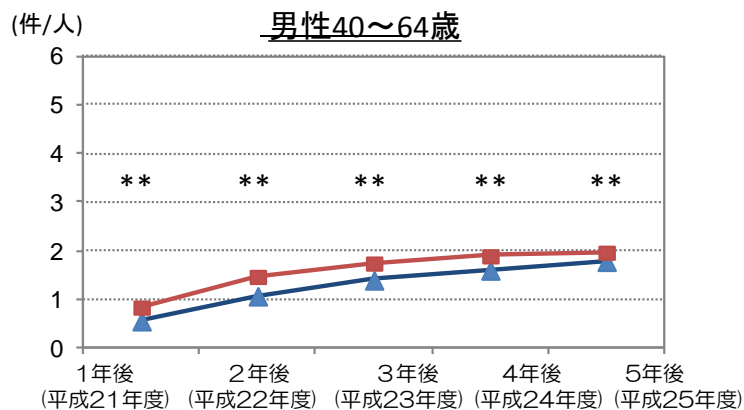
【1人当たり入院外医療費】

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

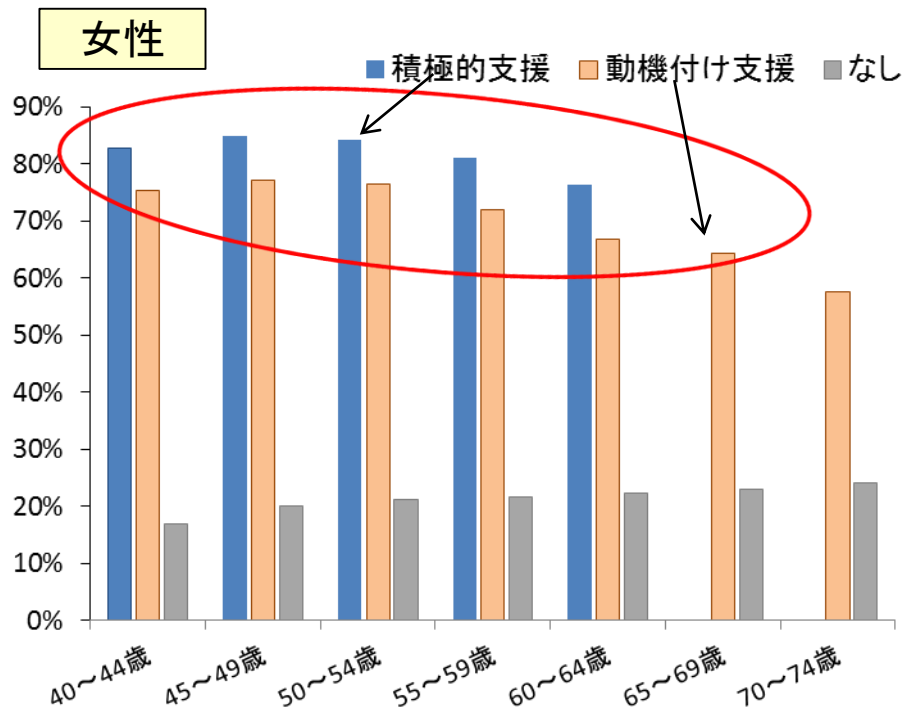
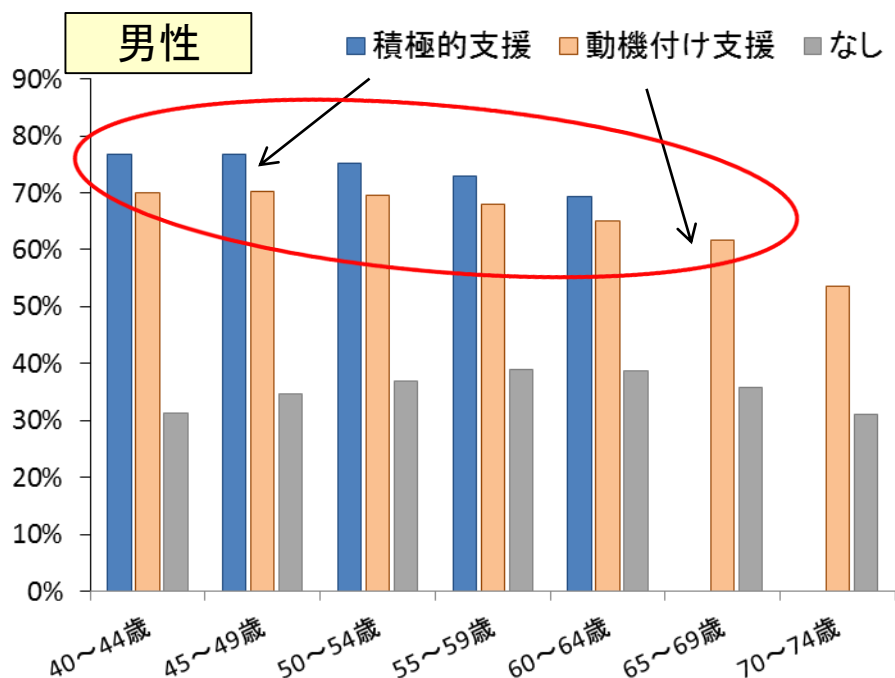
※平成20～25年度の特定健診・保健指導データとレセプトデータのうち突合率が80%以上の364保険者のデータ(分析対象:19.3万人)のうち、平成20年度に積極的支援に参加した11606人と不参加だった84558人について、21年度以降の糖尿病、高血圧症、脂質異常症に関する外来医療費等の経年分析をした。

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（H26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）】

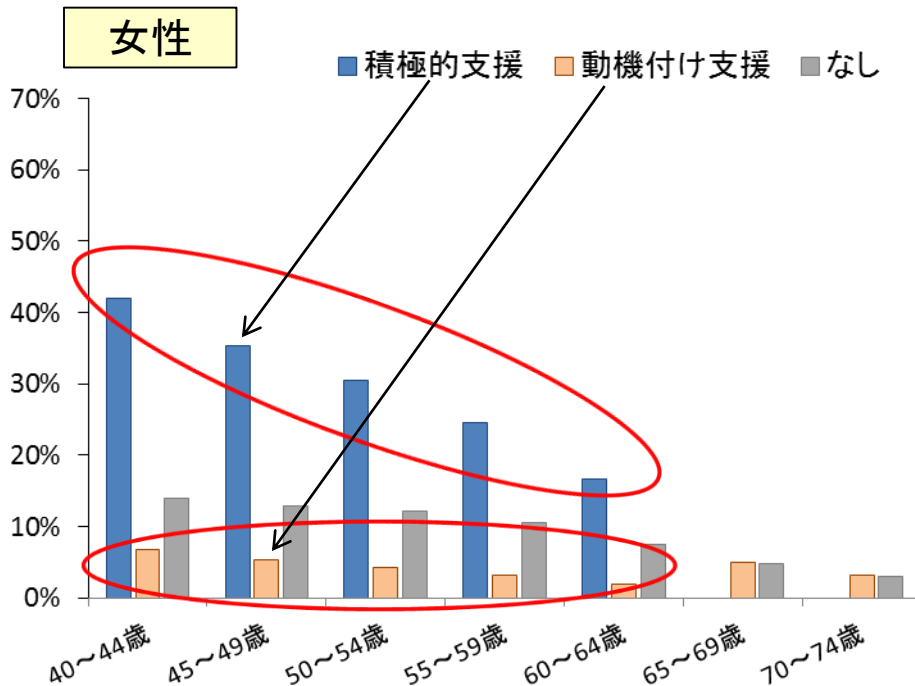
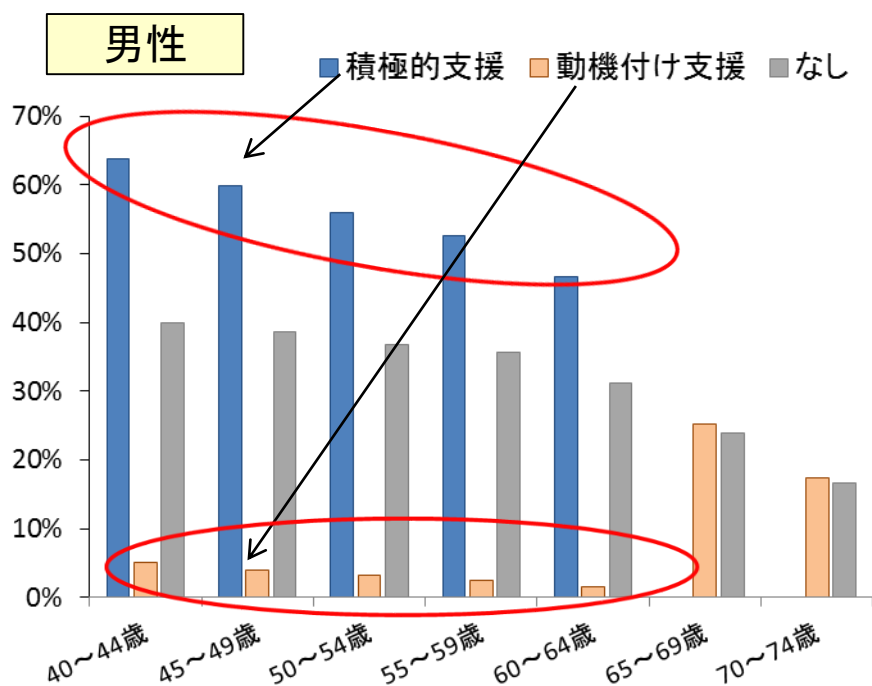
20歳の時の体重から10kg以上増加している	総数	40～74歳								40～74歳																			
		40～44歳		45～49歳		50～54歳		55～59歳		60～64歳		65～69歳		70～74歳		40～44歳		45～49歳		50～54歳		55～59歳		60～64歳		65～69歳		70～74歳	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性		
積極的支援	1,847,778	1,639,983	427,966	396,365	334,512	273,455	207,685	0	0	207,795	39,481	41,960	43,245	41,494	41,615	0	0	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	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	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	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（H26年度特定健診結果）



【n数（当該項目の回答者数）：2639.6万件（未回答を除く）】

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	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	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												

特定健診・特定保健指導の実施状況

○ 特定健診・保健指導の実施率は、施行(平成20年度)から8年経過し、着実に向上しているが、目標(特定健診70%以上 保健指導45%以上)とは依然かい離があり、更なる実施率の向上に向けた取組が必要である。

＜特定健診＞ 受診者数 2019万人（H20年度） → 2616万人（H26年度） 毎年100万人増
 実施率 38.9%（H20年度） → 48.6%（H26年度）

＜特定保健指導＞ 終了者数 30.8万人（H20年度） → 78.3万人（H26年度）
 実施率 7.7%（H20年度） → 17.8%（H26年度）

○ 保険者全体の第3期計画期間（H30～35年度）の実施率の目標については、実施率の向上に向けて取組を引き続き進めていくため、第2期の目標値（特定健診70%以上、保健指導45%以上）を維持する。

	特定健診			特定保健指導の対象者		特定保健指導の終了者	
	対象者数	受診者数	実施率	対象者数	対象者割合	終了者数	実施率
平成26年度	53,847,427	26,163,456	48.6%	4,403,850	16.8%	783,118	17.8%
平成25年度	53,267,875	25,374,874	47.6%	4,295,816	16.9%	759,982	17.7%
平成24年度	52,806,123	24,396,035	46.2%	4,317,834	17.7%	707,558	16.4%
平成23年度	52,534,157	23,465,995	44.7%	4,271,235	18.2%	642,819	15.0%
平成22年度	52,192,070	22,546,778	43.2%	4,125,690	18.3%	540,942	13.1%
平成21年度	52,211,735	21,588,883	41.3%	4,086,952	18.9%	503,712	12.3%
平成20年度	51,919,920	20,192,502	38.9%	4,010,717	19.9%	308,222	7.7%

特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者種別）

（１）特定健康診査の保険者種類別の実施率

※（）内は、平成26年度特定健診対象者数

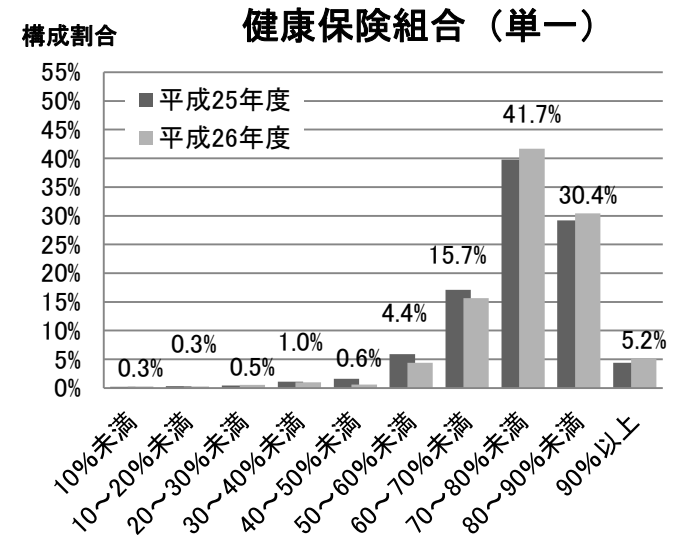
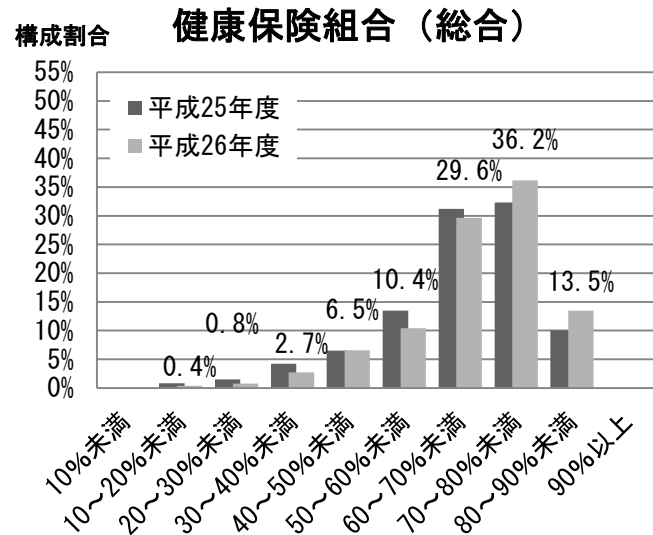
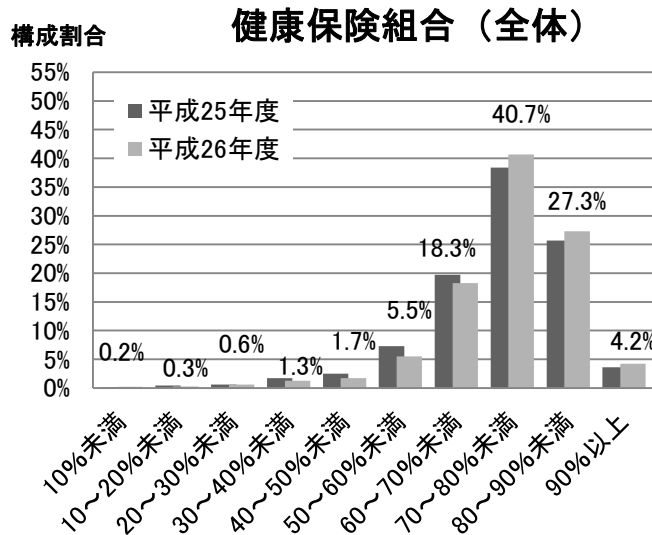
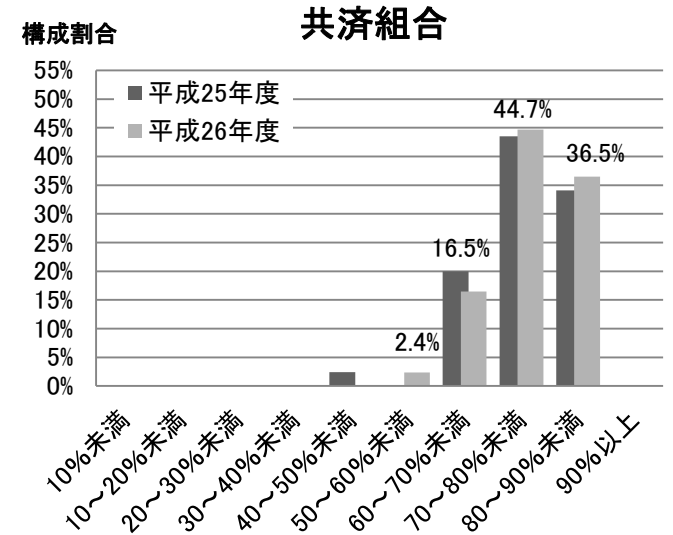
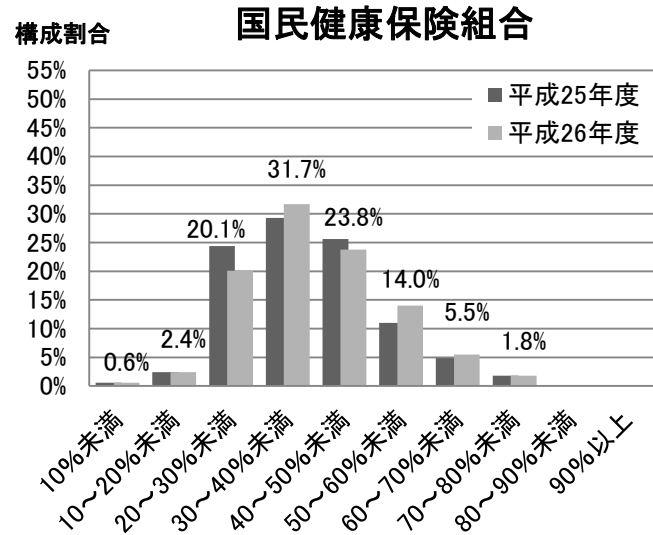
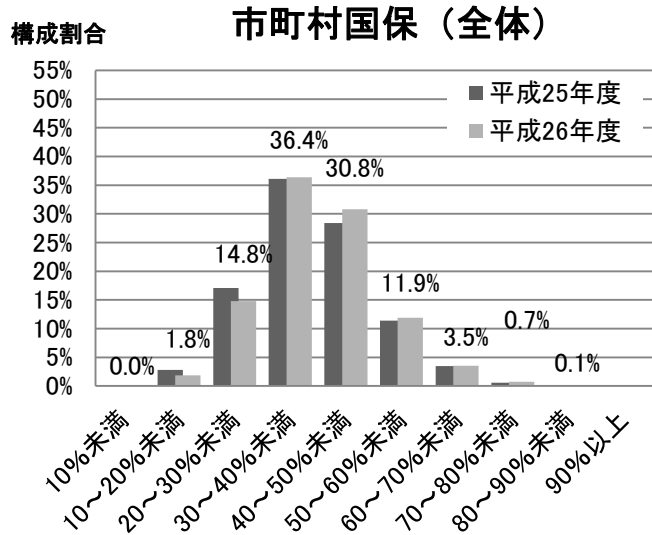
	総数 (5,385万人)	市町村国保 (2,216万人)	国保組合 (148万人)	全国健康 保険協会 (1,474万人)	船員保険 (5万人)	健保組合 (1,181万人)	共済組合 (361万人)
平成26年度	48.6%	35.3%	45.5%	43.4%	40.9%	72.5%	74.2%
平成25年度	47.6%	34.2%	44.0%	42.6%	40.1%	71.8%	73.7%
平成24年度	46.2%	33.7%	42.6%	39.9%	38.9%	70.1%	72.7%
平成23年度	44.7%	32.7%	40.6%	36.9%	35.3%	69.2%	72.4%
平成22年度	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
平成21年度	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

（２）特定保健指導の保険者種類別の実施率

※（）内は、平成26年度特定保健指導対象者数

	総数 (440万人)	市町村国保 (92万人)	国保組合 (13万人)	全国健康 保険協会 (123万人)	船員保険 (0.8万人)	健保組合 (161万人)	共済組合 (50万人)
平成26年度	17.8%	23.0%	9.1%	14.8%	5.9%	17.7%	18.1%
平成25年度	17.7%	22.5%	9.0%	15.3%	7.1%	18.0%	15.7%
平成24年度	16.4%	19.9%	9.5%	12.8%	6.3%	18.1%	13.7%
平成23年度	15.0%	19.4%	8.3%	11.5%	6.5%	16.7%	10.6%
平成22年度	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
平成21年度	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

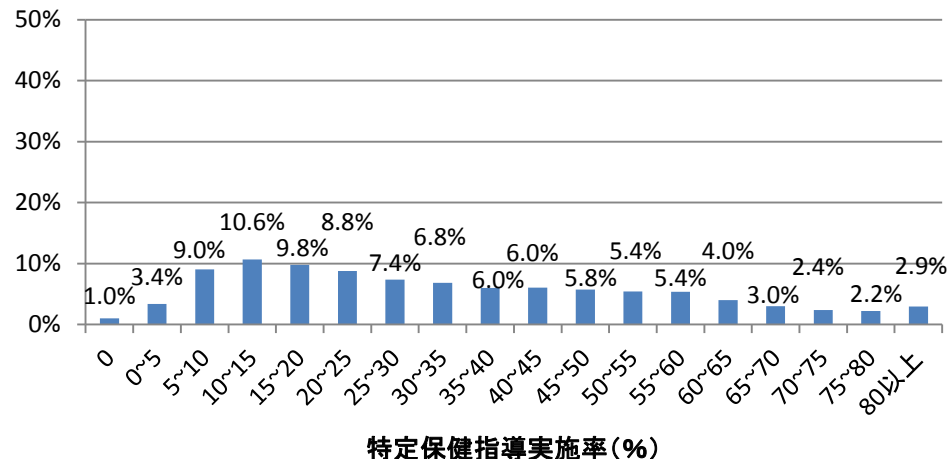
特定健診実施率の分布（保険者別、H26年度）



特定保健指導実施率の分布（H26年度）

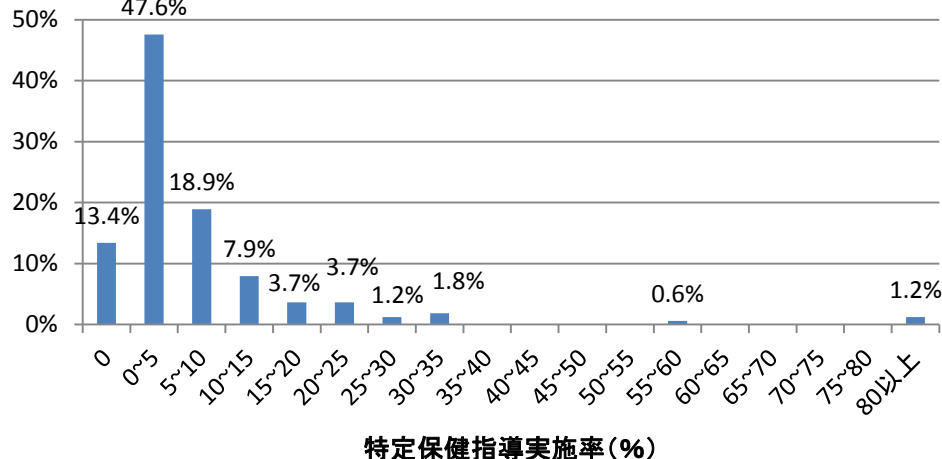
市町村国保(全体)

(構成割合)



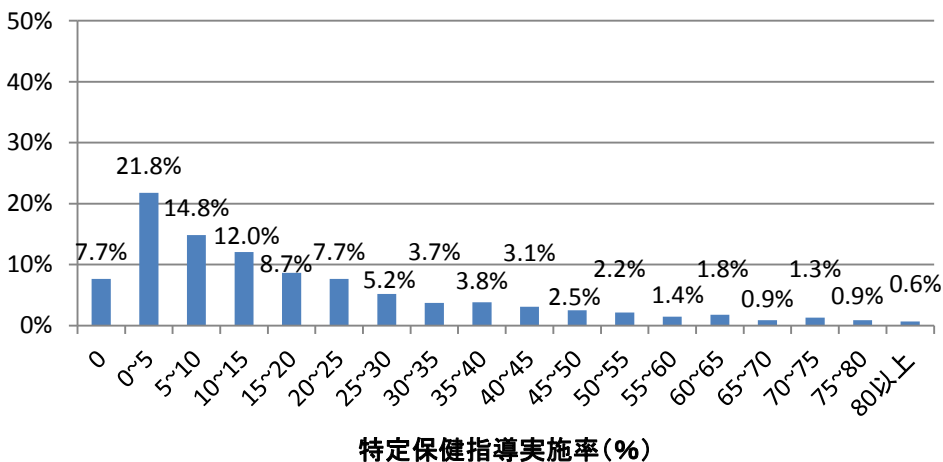
国民健康保険組合

(構成割合)



健康保険組合(全体)

(構成割合)



共済組合

(構成割合)

