



# 国保制度改革と保険者機能の強化

～保健師のリーダーに期待すること～

平成29年4月22日

厚生労働省保険局

国民健康保険課長 榎本健太郎

# I 市町村国保改革の動きと保険者への期待

# 市町村国保が抱える構造的な課題と 社会保障制度改革プログラム法における対応の方向性

## 1. 年齢構成

### ① 年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・ 65～74歳の割合: 国保(32.5%)、健保組合(2.6%)
- ・ 一人あたり医療費: 国保(31.6万円)、健保組合(14.4万円)

## 2. 財政基盤

### ② 所得水準が低い

- ・ 加入者一人当たり平均所得: 国保(83万円)、健保組合(200万円(推計))
- ・ 無所得世帯割合: 23.3%

### ③ 保険料負担が重い

- ・ 加入者一人当たり保険料/加入者一人当たり所得  
市町村国保(9.9%)、健保組合(5.3%) ※健保は本人負担分のみの推計値

### ④ 保険料(税)の収納率低下

- ・ 収納率: 平成11年度 91.38% → 平成25年度 90.42%
- ・ 最高収納率: 94.95%(島根県) ・ 最低収納率: 86.20%(東京都)

### ⑤ 一般会計繰入・繰上充用

- ・ 市町村による法定外繰入額: 約3,900億円 うち決算補てん等の目的: 約3,500億円、繰上充用額: 約1,000億円(平成25年度)

## 3. 財政の安定性・市町村格差

### ⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・ 1716保険者中3000人未満の小規模保険者 458 (全体の1/4)

### ⑦ 市町村間の格差

- ・ 一人あたり医療費の都道府県内格差 最大: 3.3倍(東京都) 最小: 1.2倍(栃木県)
- ・ 一人あたり所得の都道府県内格差 最大: 14.6倍(北海道) 最小: 1.3倍(福井県)
- ・ 一人当たり保険料の都道府県内格差 最大: 3.0倍(長野県)※ 最小: 1.4倍(富山県)
- ※ 東日本大震災による保険料(税)減免の影響が大きい福島県を除く。



### ① 国保に対する財政支援の拡充

### ② 国保の運営について、財政支援の拡充等により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、

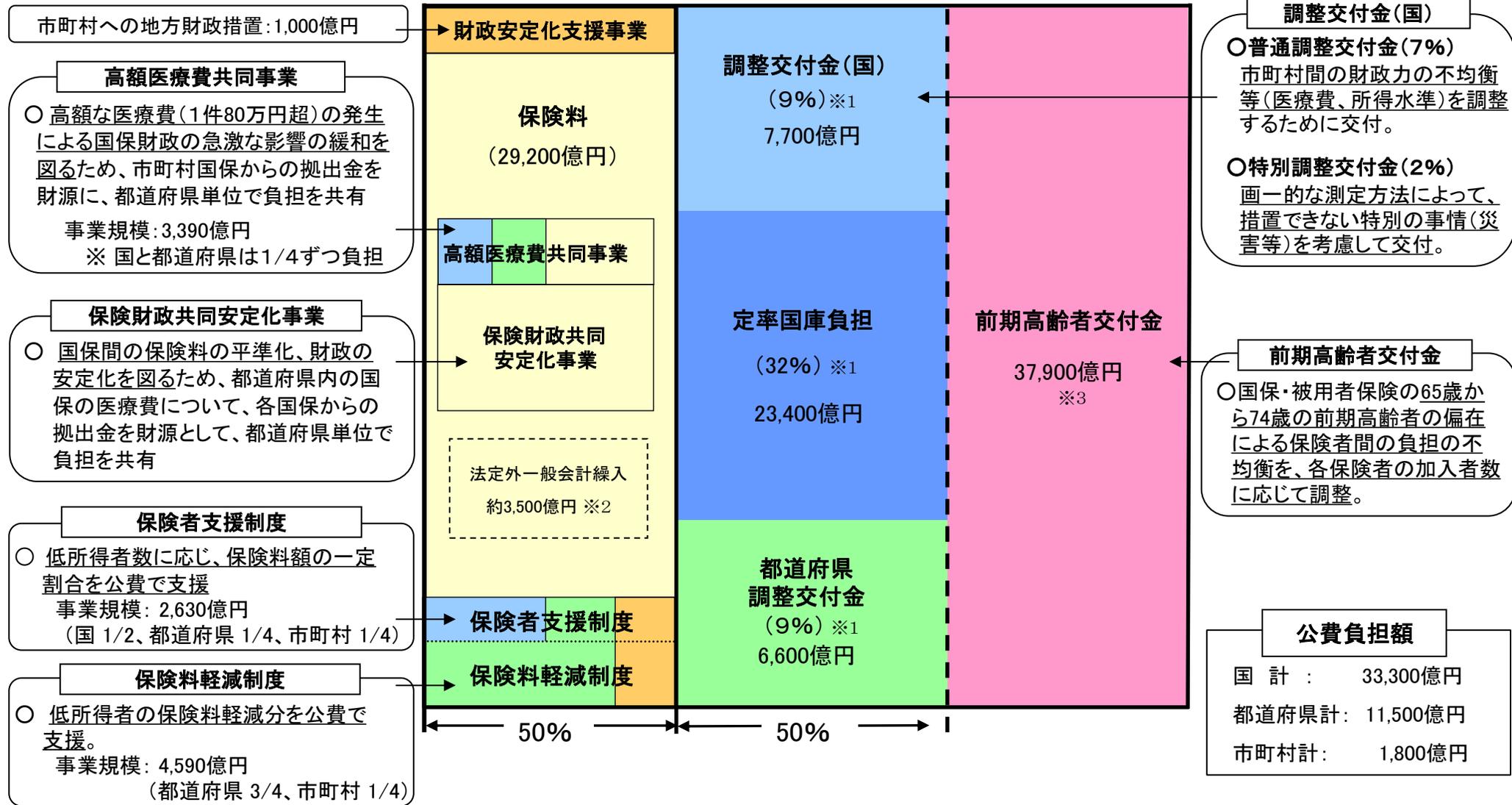
- ・ 財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、
- ・ 保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村との適切な役割分担について検討

### ③ 低所得者に対する保険料軽減措置の拡充

# 国保財政の現状

(平成29年度予算ベース)

医療給付費等総額： 約114,700億円



※1 それぞれ保険給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある  
 ※2 平成26年度決算(速報値)における決算補填等の目的の一般会計繰入の額  
 ※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

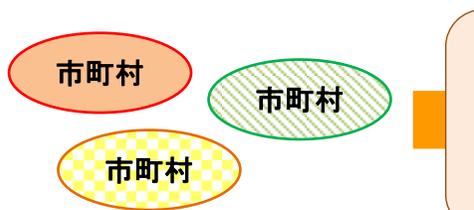
# 国保制度改革の概要(運営の在り方の見直し)

○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、**全額**、都道府県が市町村に交付
- ・将来的な保険料負担の平準化を進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、**国保の運営方針を定め**、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】市町村が個別に運営



- ・国の財政支援の拡充
- ・都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす

(構造的な課題)

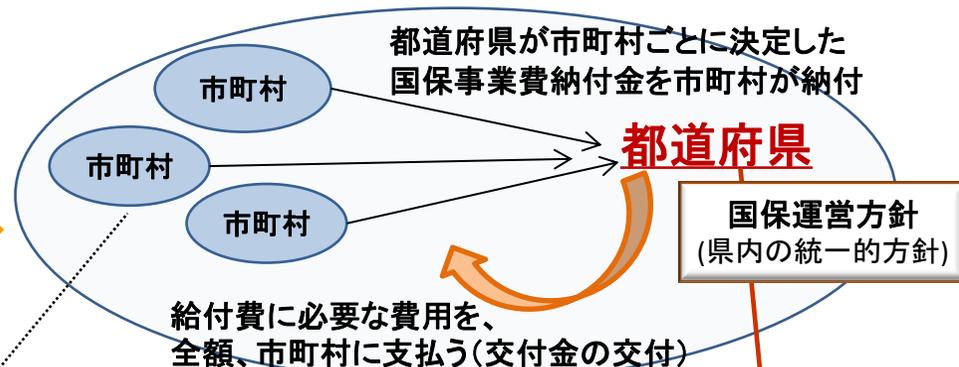
- ・年齢が高く医療費水準が高い
- ・低所得者が多い
- ・小規模保険者が多い

- ・資格管理(被保険者証等の発行)
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付
- ・保健事業

※被保険者証は都道府県名のもの  
※保険料率は市町村ごとに決定  
※事務の標準化、効率化、広域化を進める

○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



- ・財政運営責任(提供体制と双方に責任発揮)
- ・市町村ごとの納付金を決定  
市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本
- ・市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・市町村が担う事務の標準化、効率化、広域化を促進

なお、国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

# 改革後の国保の運営に係る都道府県と市町村それぞれの役割

改革の方向性		
1. 運営の在り方 (総論)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う</li> <li>○ 都道府県が<u>財政運営の責任主体</u>となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化</li> <li>○ <b>都道府県が、都道府県内の<u>統一的な運営方針としての国保運営方針</u>を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進</b></li> </ul>	
	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
2. 財政運営	<b>財政運営の責任主体</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村ごとの国保事業費納付金を決定</li> <li>・ 財政安定化基金の設置・運営</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>国保事業費納付金を都道府県に納付</u></li> </ul>
3. 資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進 ※4. と5. も同様	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理(<b>被保険者証等の発行</b>)</li> </ul>
4. 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、 <u>市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>標準保険料率等を参考に保険料率を決定</b></li> <li>・ 個々の事情に応じた賦課・徴収</li> </ul>
5. 保険給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い</b></li> <li>・ 市町村が行った保険給付の点検</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>保険給付の決定</u></li> <li>・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等</li> </ul>
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施</u> (データヘルス事業等)</li> </ul>



# 改革後の国保財政の仕組み(イメージ)

○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業費納付金の額の決定や、保険給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払う(保険給付費等交付金の交付)ことにより、国保財政の「入り」と「出」を管理する。

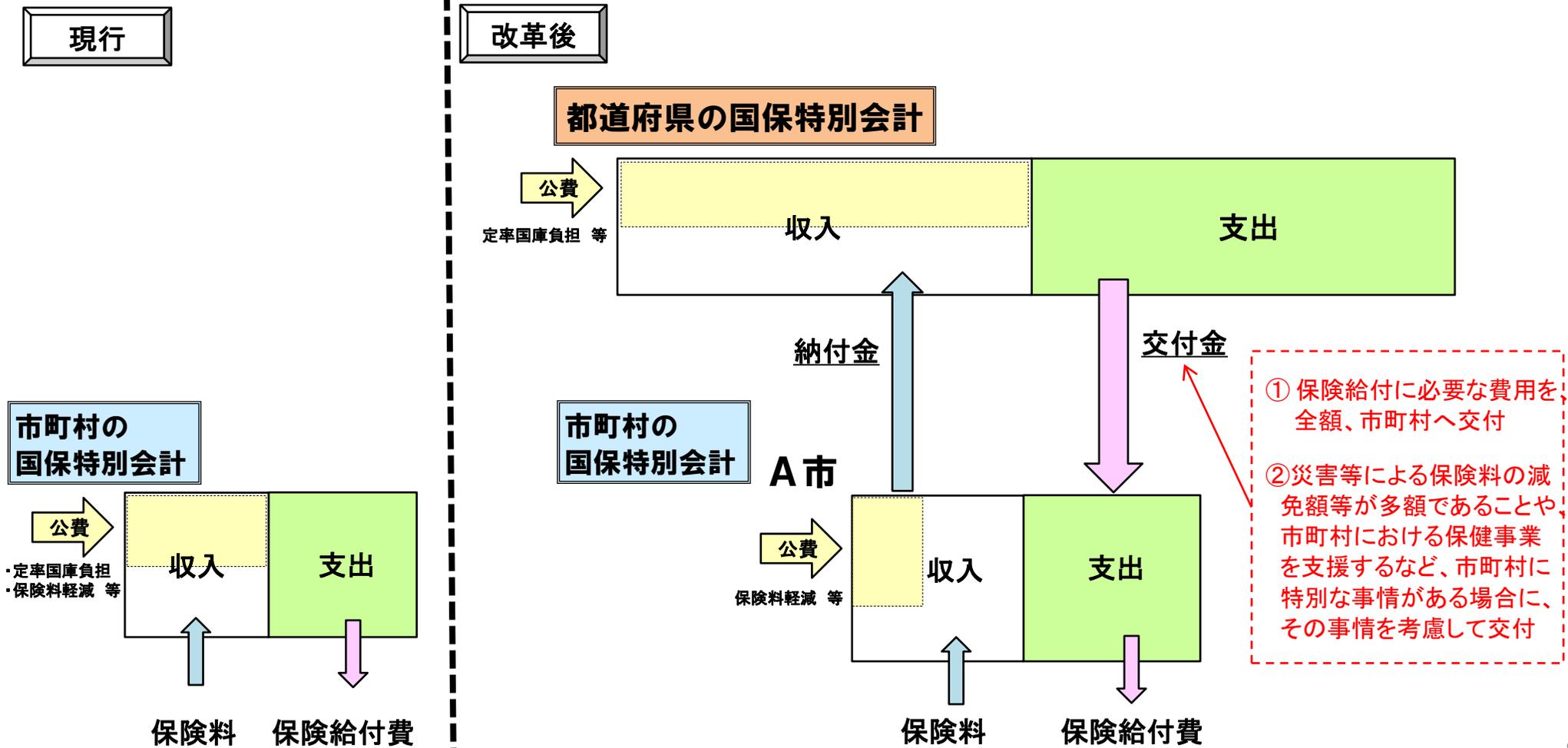
※ 都道府県にも国保特別会計を設置

○ 市町村は、都道府県が市町村ごとに決定した納付金を都道府県に納付する。

※ 納付金の額は、市町村ごとの医療費水準と所得水準を考慮

現行

改革後

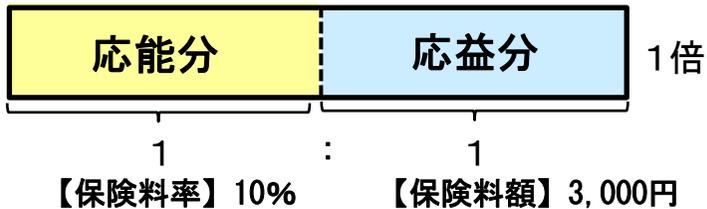


# 保険料の設定方法の見直しの効果 (イメージ)

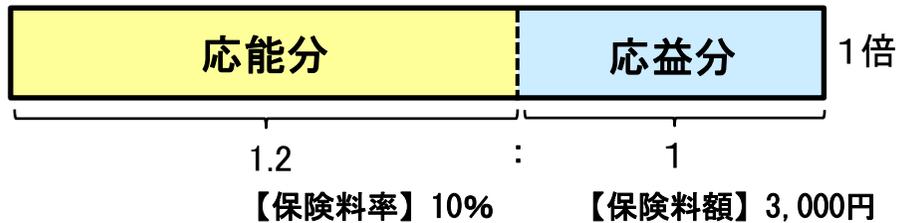
## <所得水準が保険料に与える影響 (医療費水準が同じ場合)>

- 年齢構成の差異の調整後の医療費水準が同じ市町村であれば同じ保険料水準となる。(所得水準の高い市町村ほど納付金の額のうち応能割保険料分の割合が大きくなる)

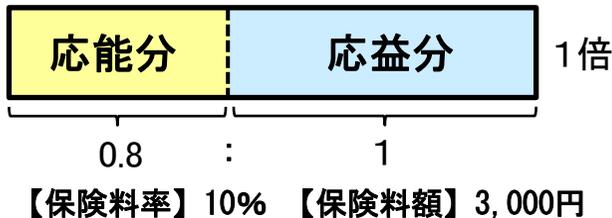
### ■ 所得水準が県内平均の市町村 (※)



### ■ 所得水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



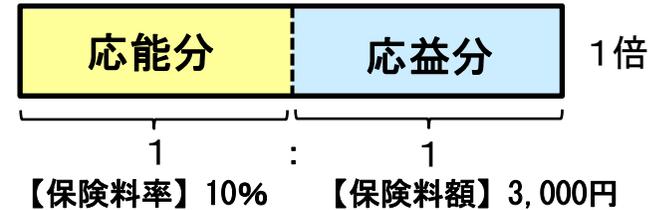
### ■ 所得水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



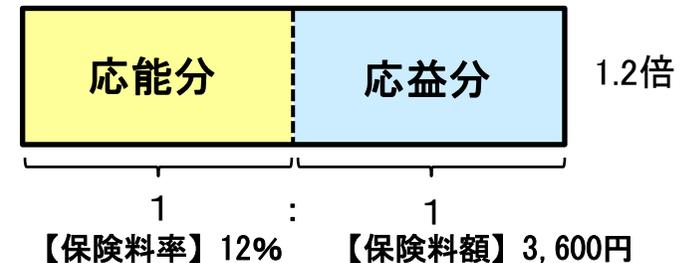
## <医療費水準が保険料に与える影響 (平均的な所得の場合)>

- 所得水準が同じ市町村であれば、年齢構成の差異の調整後の医療費水準の高い市町村ほど、保険料が高くなる

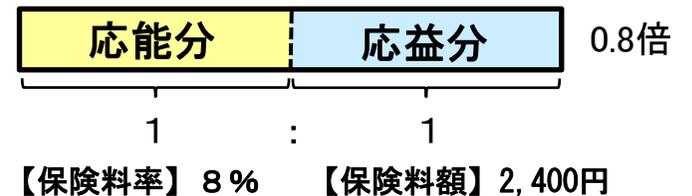
### ■ 医療費水準が県内平均の市町村 (※)



### ■ 医療費水準が高い市町村 (県内平均の1.2倍)



### ■ 医療費水準が低い市町村 (県内平均の0.8倍)



※全国的にも平均的な所得水準の都道府県の場合

※ 保険料水準が急激に変化しないよう、時間をかけて、見直しを進める必要

○ 都道府県は、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保のため、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を定め、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進する。

※1 都道府県は、あらかじめ連携会議で市町村の意見を聴いた上で、都道府県に設置する国保運営協議会での議論を経て、地域の実情に応じた国保運営方針を定める。

※2 厚生労働省は、地方と協議をしつつ国保運営方針のガイドラインを作成し、都道府県へ示している。

## ■ 主な記載事項

### 〈必須事項〉

(1) 国保の医療費、財政の見通し

(2) 市町村の保険料の標準的な算定方法に関する事項

・標準的な保険料の算定方式、市町村規模別の標準的な収納率 等

(3) 保険料の徴収の適正な実施に関する事項

・複数の自治体による滞納整理事務の共同実施、収納担当職員に対する研修会の共同実施 等

(4) 保険給付の適正な実施に関する事項

・海外療養費の審査等の専門的な知見を要する事務の共同実施、保険医療機関による大規模な不正請求が発覚した場合における不正利得の回収に関する事項 等

### 〈任意項目〉

(5) 医療費適正化に関する事項

・後発医薬品の使用促進に関する事項、医療費通知の共同実施 等

(6) 市町村が担う事務の効率化、広域化の推進に関する事項

(7) 保健医療サービス・福祉サービス等に関する施策との連携に関する事項

(8) 施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整等

# 国保運営方針での検討を期待する取組(例)

## 収納対策の強化に向けた取組

### (収納対策)

- 収納率が低く、収納不足が生じている市町村の要因分析、必要な対策の整理を行うこと。  
(例)・口座振替の促進を目的としたキャンペーンの実施
  - ・マルチペイメント・ネットワーク・システムの共同導入
  - ・収納担当職員に対する研修会の実施
  - ・徴収アドバイザーの派遣
  - ・複数の自治体による滞納整理事務の共同実施
- 都道府県が、収納対策の強化に資する取組を定めること。

## 医療費の適正化に向けた取組

### (医療費の適正化対策)

- 医療費の適正化に関する取組について、市町村ごとの差を見える化し、市町村・都道府県の取組を定めること。  
(例)・レセプト分析の共同実施
  - ・医療費通知やジェネリック医薬品差額通知の共同実施
  - ・重複受診やコンビニ受診などの防止を目的としたキャンペーンの実施
  - ・取組の進んでいる市町村の好事例の横展開等
  - ・データヘルス計画に基づくPDCAサイクルによる効果的・効率的な保健事業の実施

## 保険給付の適正な実施に向けた取組

### (都道府県による保険給付の点検、事後調整)

- 市町村が行った保険給付の点検等(例えば海外療養費等)や、市町村の委託を受けて行う不正請求等に係る費用返還を求める等の取組を行うこと。

### (その他の保険給付の適正な実施に関する取組)

- 保険給付の適正な実施に関する取組を定めること。  
(例)・療養費の支給の適正化
  - ・レセプト点検の充実強化
  - ・第三者求償や過誤調整等の取組強化
  - ・高額療養費の多数回該当の取扱い 等

## 市町村事務の広域的及び効率的実施に向けた取組

### (広域的及び効率的運営の推進に向けた取組)

- 市町村事務の広域的・効率化に資する取組を定めること。  
(例)・市町村が担う事務の共通化
  - ・収納対策や医療費適正化対策の共同実施
  - ・職員に対する研修会の実施 等

# 国保改革の中での保険者への期待

- 今回の改革により導入される新たな仕組みにより、市町村保険者の財政は従来に比べて大きく安定化することが期待される。
  - \* 保険給付に必要な費用は、都道府県が全額市町村へ交付
  - \* 市町村が都道府県に納める納付金の額は、年度途中の変更は行わない。
- 医療機関等からの請求を受けた医療費の負担は、窓口での自己負担、公費＝税金、保険料のいずれかに財源を求めることとなる。
- 今後は、医療費のファイナンスに加え、庁内横断的な連携の下で、被保険者の健康づくりや地域づくりなど、**そもそも医療費を必要としないような体質を作っていくこと**に注力し、医療費の効率化・適正化を進めることが、これからの市町村保険者に求められる。
- 合わせて、今回の改革が結果的に国民生活の改善にもつながるしっかりとしたものにしていく必要がある。

# 保険者の果たす役割（イメージ）

各保険者には加入者の「エージェント」としてその役割・機能を発揮する役割もあり、加入者の健康の保持増進を図り、適切な医療サービスの提供を進め、地域づくりを進めるという役割もあると考えられる。

## （1）保健事業等を通じた加入者の予防・健康づくり

- レセプトデータ・健診データを活用し、加入者のニーズや特徴を踏まえた保健事業等を実施し、加入者の健康の保持増進を図ること
- 加入者に対し、保険制度や疾病予防・健康情報、医療機関の選択に役立つ情報について啓発や情報提供を行うこと
- （例） ・データヘルス計画の策定・推進  
・糖尿病性腎症の重症化予防

## （2）適切な医療サービスの提供

- 医療機関等との連携を密にし、加入者に適切な医療を提供すること
- 医療費通知や後発医薬品の使用促進などにより医療費の適正化を図り、加入者の負担を減らすこと
- （例） ・広域的・専門的な保険給付の点検・不正利得の回収  
・医療費通知・ジェネリックの使用促進

## （3）地域包括ケアシステムの推進

- 住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の自主性を活かしながら、関係者と協力・連携して、課題を抱える被保険者の把握と働きかけ、被保険者を支える仕組みづくり、まちづくりなどを進めること

# 社会保障WGの今後の検討課題について（平成29年3月7日社会保障WG資料1）※ 【国保関係部分抜粋】

※WG事務局（内閣府）がWG各委員の意見を踏まえて整理したもの

## I. 当面の検討事項

### 1. 医療介護提供体制等

- ・平成30年度における医療計画、介護保険事業計画、医療費適正化計画等の各種計画の策定、**国保財政運営の都道府県化の施行**、介護保険制度改正、診療報酬・介護報酬の同時改定に向けた検討状況やその在り方
- ・医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築のための整合性のある実効的な方策（ガバナンスの強化等）

### 3. 健康増進・予防等

- ・健康増進・予防の推進（QOL向上、健康経営、食生活、企業の生産性向上等の視点を含む）
- ・**まちづくりの視点も含め、データヘルスの取組など国保における対策強化に向けた取組**

## II. 検討の基本的な考え方

○平成30年度（2018年度）は、集中改革期間の3年目であるとともに、診療報酬・介護報酬の同時改定及び医療費適正化計画の策定、医療計画、介護保険事業計画の同時策定、データヘルス計画の策定、**国保の財政運営の都道府県化の施行**、介護保険制度改正など重要な施策の節目の年になっており、これらの医療・介護改革の有機的な連携を図ることが必要である。これにより、国民のニーズに適合した効果的なサービスを効率的に提供することによって医療費・介護費の伸びを抑制しつつ、QOLの向上や健康長寿・生涯現役社会の実現を目指す。

○このため、

- ・各地域のニーズに効率的に対応し、サービスの質を向上するための①医療機能の分化連携・地域包括ケアの構築、
- ・人生のあらゆる段階でのQOLを高めるための②健康増進・予防、③重症化予防、④自立支援・介護予防、⑤人生の最終段階の医療などの取組、
- ・さらにはQOL向上の視点も含めた⑥薬価改革、調剤報酬、薬剤使用の適正化等の取組を進めていく必要がある。

### Ⅲ. 各分野の主な課題

#### 1. 医療介護提供体制等

##### 【検討事項】

- 平成30年度における医療計画、介護保険事業計画、医療費適正化計画等の各種計画の策定、**国保財政運営の都道府県化の施行**、介護保険制度改正、診療報酬・介護報酬の同時改定に向けた検討状況やその在り方
- 医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築のための整合性のある実効的な方策(ガバナンスの強化等)

##### 【主な課題】

(1) 地域医療構想や地域連携の実現に向けた取組

##### ② 病床機能報告

- ・定量的基準の検討等、病床機能報告の定義の更なる明確化についての検討状況。
- ・病床機能報告等による進捗把握、**これを基礎にした提供体制の整備(適正化)へのインセンティブとして保険者努力支援制度や国保等調整交付金の活用方策。**

(2) 医療費適正化に向けた取組

##### ② 適正化インセンティブ

- ・**医療費水準等も考慮した適正化インセンティブとしての保険者努力支援制度の検討状況。医療費適正化の取組に向けたインセンティブとして活用する観点からの国保調整交付金の在り方。**
- ・後期高齢者支援金の加減算の検討状況。

### Ⅲ. 各分野の主な課題

#### 3. 健康増進・予防等

##### 【検討事項】

- 健康増進・予防の推進(QOL向上、健康経営、食生活、企業の生産性向上等の視点を含む)
- まちづくりの視点も含め、データヘルスの取組など国保における対策強化に向けた取組

##### 【主な課題】

#### ① 予防・健康づくりの更なる推進に向けた課題

- ・健康増進、予防の推進対策について、効果的な取組や今後取り組むべき重点課題。
- ・まちづくりの視点も含め、国保のデータヘルス等の取組をさらに重点的に進めていくための方策。
- ・企業の生産性向上の視点も含め、企業との連携の推進。
- ・重症化予防策等に向けた診療と保健事業の役割分担と連携(保健事業と連携した外来機能の在り方や診療報酬の評価等)。

#### ③ 適正化インセンティブ(再掲)

- ・医療費水準等も考慮した適正化インセンティブとしての保険者努力支援制度の検討状況。医療費適正化の取組に向けたインセンティブとして活用する観点からの国保調整交付金の在り方。
- ・後期高齢者支援金の加減算の検討状況。

# 保健師のリーダーへの期待（私見）

- 保険者が行う健康づくりや予防などへの期待はこれまでになく高まっており、今後都道府県及び市町村において積極的に取り組むことが期待される。
  - ここで中核となるのは、保険者に配置された保健師による活動。
  - リーダーとなる保健師には、これらの施策の具体的な展開に向け、次のような取り組みを進めることが期待されるのではないか。
- ① 保険者を巡る施策の動向を把握し、先を読んだ施策を企画し、庁内・幹部・首長の調整を行って、担当部署の保健師を束ねて実施すること。
    - \* その際健康担当・保険担当の縦割りの壁を取り払い、それぞれの立場で何ができるかを考えて取り組む。
  - ② データに基づき地域全体の健康課題を明確化し、限られた保健活動の資源を有効に活用するための優先度の判断を行い、課題に即した目標を立て、定期的な評価を実施し、その結果を次の活動に反映すること
  - ③ 関連する保健、医療、福祉、介護等の多様な分野の組織や関係者との連携を進め、ネットワークを形成し、合意形成を図ること。
    - \* 都道府県・市町村・国保連との連携が重要。
    - \* また医師会・医療関係者・介護関係者・地域住民との連携が重要。

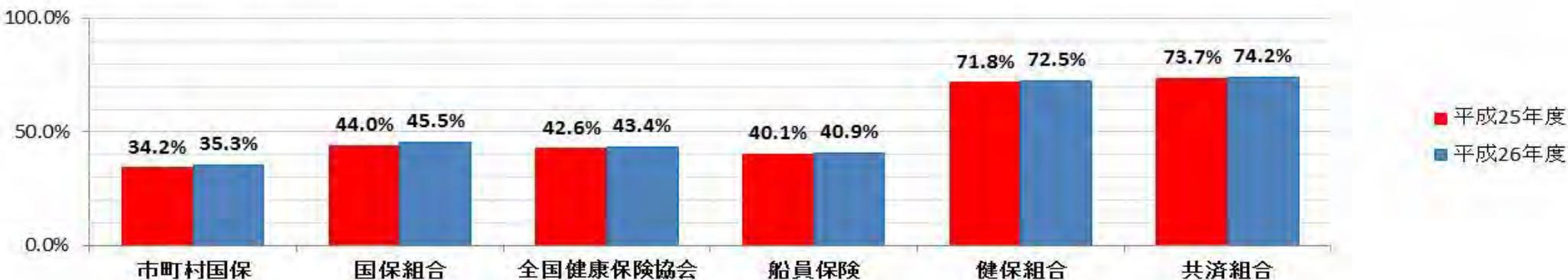
## Ⅱ 特定健診・保健指導

# 特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

○ 各医療保険者において、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。

○ なお、特定健診については、市町村国保・国保組合は、いずれも60%を目標としている。

## 〈特定健康診査の保険者種類別の実施率〉



## 〈特定保健指導の保険者種類別の実施率〉



平成25年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況より

平成26年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況より

# 特定健康診査受診率向上の取組状況

- 特定健康診査受診率向上の取組を実施している市町村は、9割超であった。
- 人口規模別では、大規模である保険者のほうがより取組を実施しているが、最も実施率が低い1万人以下の小規模保険者でも9割弱が実施している。

## (1)実施状況 全体



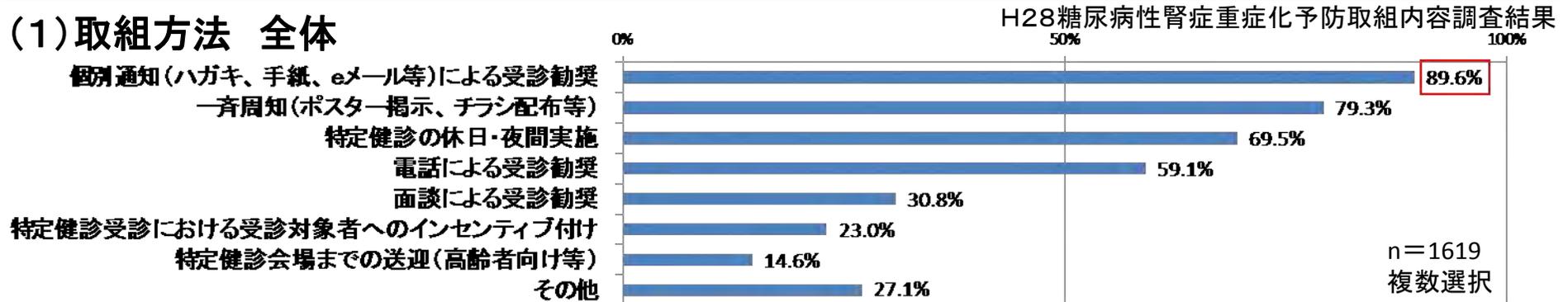
## (2)実施状況 人口規模別



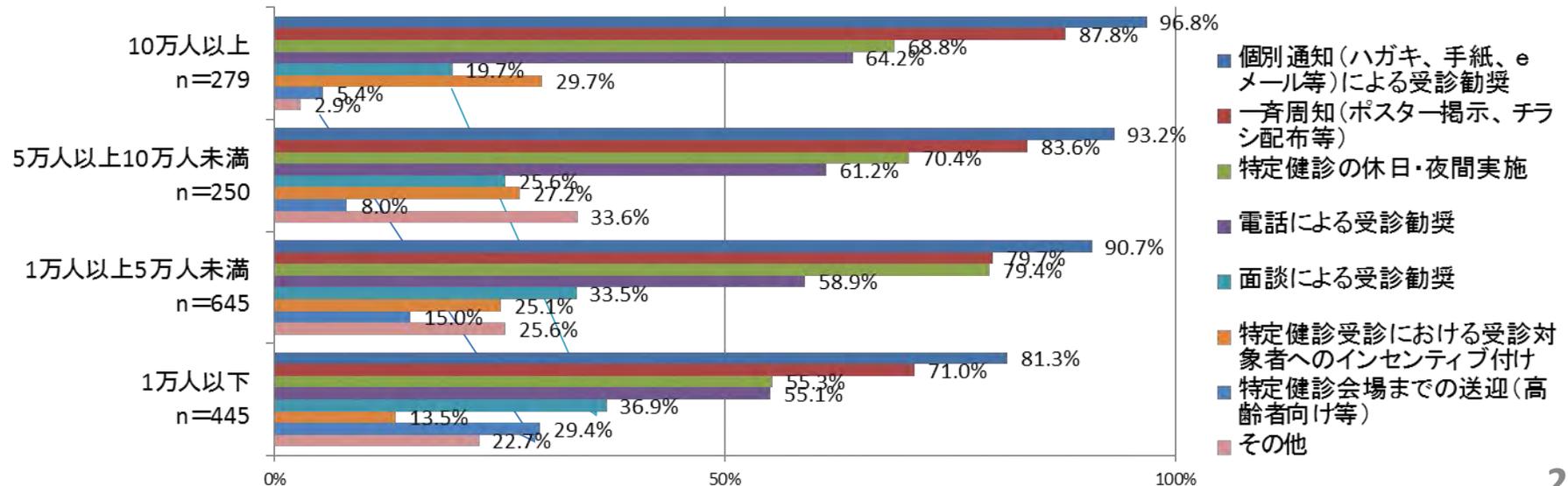
# 特定健康診査受診率向上の取組方法

- 受診率向上の取組方法では、「個別通知(ハガキ、手紙、eメール等)による受診勧奨」が最も多く9割弱の保険者が実施していた。
- 取組方法を人口規模別でみると、大規模保険者のほうが「個別通知による受診勧奨」「一斉周知」「特定健診の休日・夜間実施」「電話による受診勧奨」「特定健診受診における受診対象者へのインセンティブ付け」は実施されているが、一方で小規模保険者のほうが「面談による受診勧奨」「特定健診会場までの送迎」は実施されている。

## (1) 取組方法 全体



## (2) 取組方法 人口規模別



# 特定健康診査受診率向上の取組方法（その他）

## ○実施の仕方

- ・がん検診、肝炎ウィルス検診（一部）、歯周病健診（一部）と同時実施
- ・心電図・眼底・貧血検査を追加項目として内容充実
- ・40歳健診の無料化30歳代健診の実施
- ・漁協や農協と連携して優先日を設ける
- ・男性専用日、女性専用日の設定
- ・町内会とタイアップした出前型セット健診
- ・通年で実施
- ・受診率の低い地域の健診実施日を増やした
- ・24時間インターネット予約（集団健診）
- ・農家の多い地域なので、出荷や生産時期（農繁期）から集団検診の日をずらし、秋から冬にかけ小集団検診を実施
- ・保健部門と提携して、各種がん検診の受診票と国保特定健診の受診券を一体化

## ○連携

- ・農協・漁協とのタイアップ
- ・町内医療機関と連携し、定期検査を特定健診として実施
- ・診療所の医師に患者に対し特定健診を受けようと言ってもらう（医師が言うとかかなりの確率で特定健診を受診する）
- ・JA、商工会、消防団、勤医協友の会などの協力を依頼して、健診を受けるように呼びかけ
- ・乳幼児健診や新生児訪問などの母子保健事業での受診勧奨

## ○同時イベント

- ・保健推進員による健診スタンプラリーの実施などお祭りの会場の場づくり
- ・集団健診での地元野菜販売及び健康メニュー紹介
- ・ボランティアによる喫茶コーナー設置

## ○サービス

- ・山間部の一部の医療機関は受診時の送迎サービス
- ・子育て世代へ向けて（特に母親）託児サービスの実施

## ○健康意識の向上

- ・町内医療機関所属医師による健康講話
- ・モデル地区における健康教室の開催
- ・健診の勧誘以外の時期に家庭訪問し血圧を測ったり、医療への受診状況を聞いたりして、日頃の積み重ねを大事にして健診受診へと導く
- ・受診率の低い地域から2地区を選定し、授業時間を利用し、両親や祖父母に健康メッセージの手紙を書く

## ○データ受領

- ・医療機関で受診した項目をデータにて受領することで医療機関と提携
- ・町外で健診を受けている場合は健診結果データを提供してもらう
- ・職場健診のデータ受領
- ・データ不足分をかかりつけ医からもらい始め、個人でのデータ持参も受け付けている
- ・県医師会に委託し、特定健診に係る診療情報提供事業を実施
- ・JAからの健診結果情報提供
- ・事業者健診（JA、消防団、商工会）から結果の情報提供を受ける

## ○インセンティブ

- ・55歳到達者に特定健診とがん検診を無料で受けられる受診券を発行
- ・健康マイレージ事業の対象として特定健診を入れた
- ・町のセルフケア推進方針に基づいた金融機関と連携した有利な金融商品の提供
- ・温泉組合、スポーツ施設、健康のおもてなし協力店との連携による日帰り温泉等割引券の提供
- ・健康朝食・日帰り温泉の提供
- ・民間信用金庫との連携事業として、預金金利上乘せ
- ・市内の商工会の協力を得て、満点カード1枚で買い物交換
- ・信用組合の協力により、スーパー定期（1年）利用した場合、健診受診者は店頭表示利率が+0.2%加算
- ・各区で受診率ダービーを実施し、上位には報奨金を授与

## ○自治会での周知啓発

- ・町内会・保健推進員と連携し、地域の集まりでの周知や町内回覧など情報発信を実施
- ・健康づくり推進員の総会や自治会の老人クラブ
- ・高齢者サロンや老人クラブ、婦人会で受診の必要性など周知

## ○広報

- ・年に2回ほど、健診の広報周知としてパネル展を公共施設で実施
- ・包括連携協定を結ぶイオン等市内スーパー各店舗における健診問診票の設置
- ・町内放送、市ホームページやSNS（Facebook、ツイッター）での周知

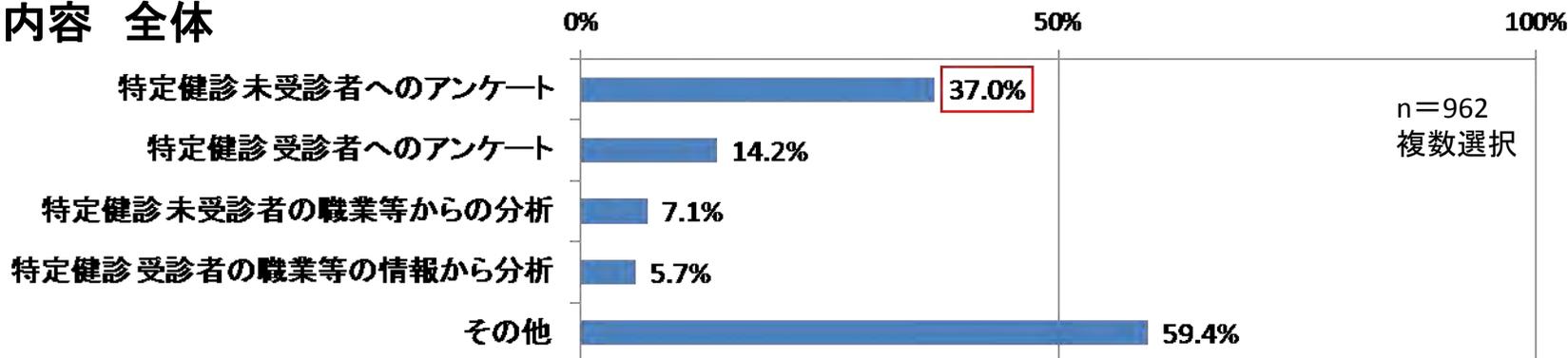
## ○体制

- ・保健推進員により全戸取りまとめ
- ・個人健診が受けられる検査・医療機関の拡大

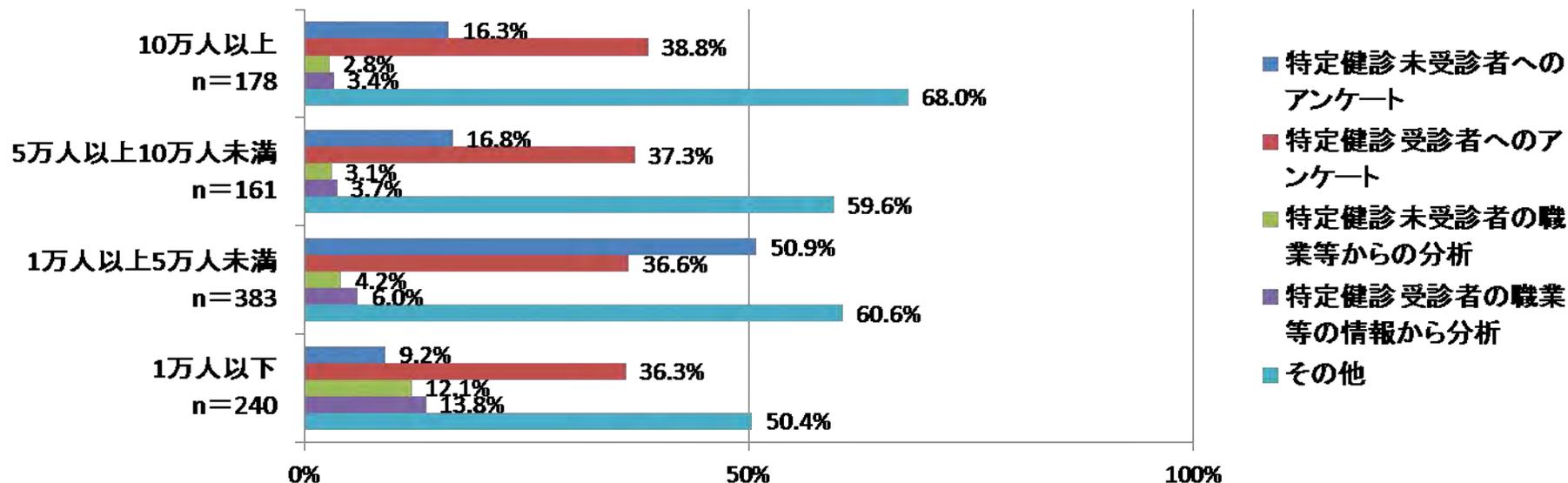
# 特定健康診査受診率向上に向けた現状分析の実施内容

- 特定健康診査受診率向上に向けて現状分析を実施している保険者の中では、「特定健診未受診者へのアンケート」が最も多く実施され、4割弱の保険者が実施していた。
- 現状分析を人口規模別でみると、どの規模の保険者も「特定健診未受診者へのアンケート」を最も多く実施しており、小規模保険者はより「特定健診受診者の職業等の情報から分析」を比較的多く実施している。

## (1)実施内容 全体



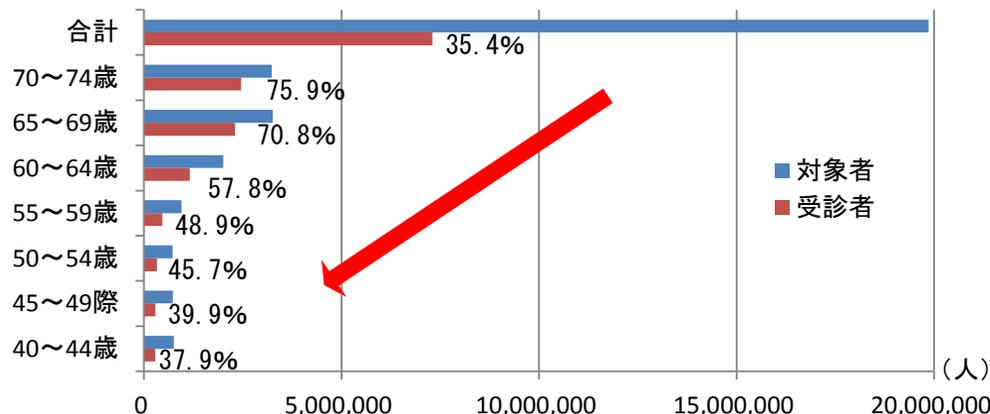
## (2)実施内容 人口規模別



# 市町村国保における特定健診の受診率の傾向

- 特定健診対象年齢のうち若年(就業年齢)になるほど受診率は低くなっている
- 対象者規模が小さい方が特定健診受診率が高い傾向にある
- 未受診の理由は、40歳代・50歳代・60歳代では「忘れていた」が最も多く、70歳代では「通院中」が多い
- 未受診の理由は、「健康である・メタボでない」はどの年代も多い
- 未受診の理由の約2割は、「市からの情報不足(場所・申込方法が不明・会場が遠い・無料)」

## 特定健診受診率（年齢階級別）

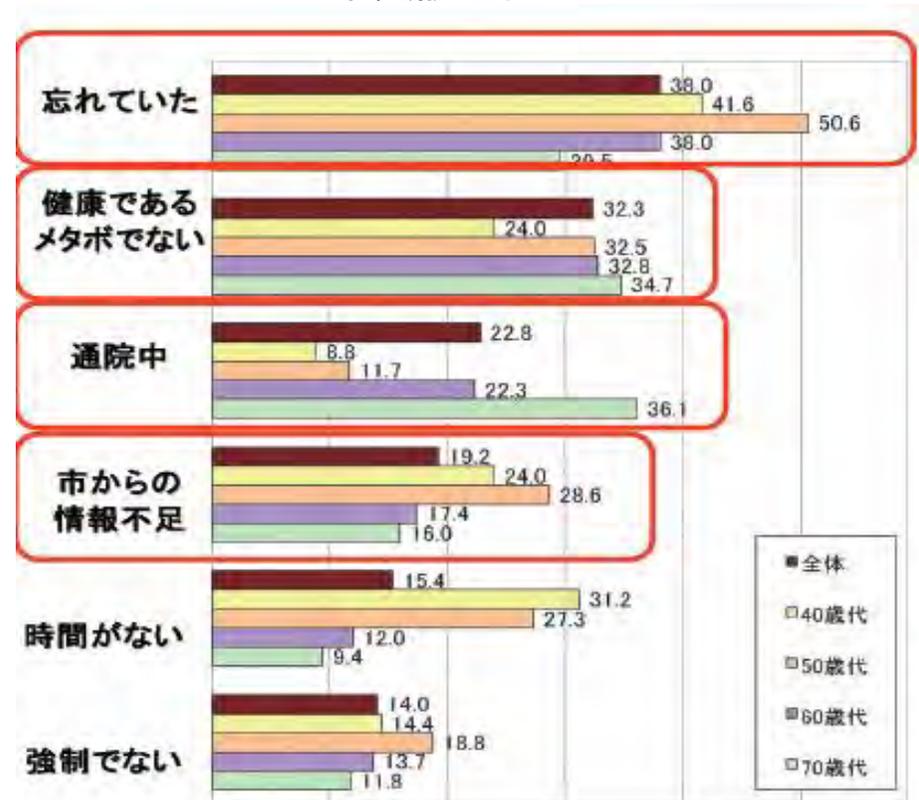


## 特定健診受診率（対象者規模別）



平成26年度 市町村国保特定健康診査・特定保健指導の実施概況

## 未受診理由



平成23年 高槻市国民健康保健特定健康診査について  
—医師・市民へのアンケート調査の解析より—

# 市町村国保の特定健診受診率が低い要因と受診率向上に向けて考えられる対応例

特定健診受診率を向上させるためには、各市町村国保において、受診率が低い要因を分析し、その結果を踏まえた対応を行う必要がある。考えられる要因と対応例は以下のとおり。

## 考えられる要因

1. 医療機関に定期的に通院中のため特定健診を受診する必要がないと誤解している。

2. 職場における健康診断と異なり、健診場所へ行くことを仕事や家事が忙しいと後回しにしてしまう。

3. 被保険者に情報が届いていない。

4. 「忘れていた」、「健康である」等、受診の優先順位が低い。

## 対応例

### 医師会・かかりつけ医等と連携した受診の啓発

- 通院していても、全身的な管理を受けていない場合もあるため、特定健診受診の意義を周知・啓発
- 医療機関との連携・契約等により保険者が入手した検査データの結果をもって特定健診を受けたものとみなす 等

### 保険者による受診環境の整備

- 市町村の国保担当課と健康増進担当課で連携し、特定健診とがん検診との同時実施の促進  
(※経済財政運営と改革の基本方針2016記載事項)
- 特定健診の夜間・休日実施、実施期間の延長、送迎 等

### 被保険者に対する受診の働きかけ

- アンケート結果の未受診理由に対応した受診勧奨の実施等、効果的な受診勧奨の好事例を参考に、受診勧奨を実施
- 自治会等の市民団体との協働によるきめ細やかな受診への働きかけの実施
- 勧奨はがきの送付回数を増やす等の受診への働きかけの強化 等

### 個人へのインセンティブ付け

- 保険者において、被保険者が特定健診を受診した場合にポイントを付与する等の個人へのインセンティブを提供する取組を推進 等

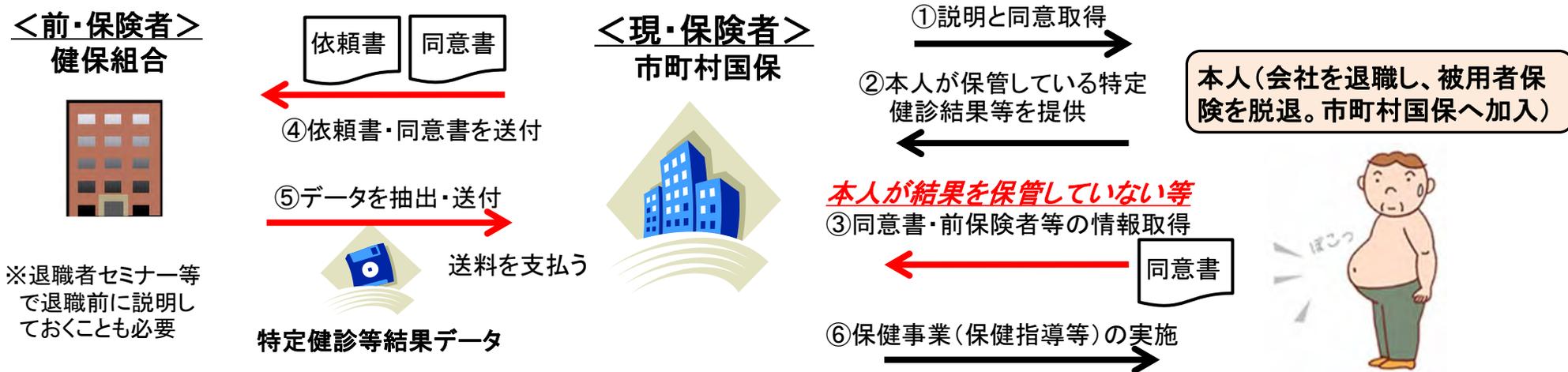
# 各保険者の特定健診・保健指導の実施率の公表について

平成28年12月19日 第26回保険者による  
健診・保健指導等に関する検討会 資料より

- 特定健診・保健指導の実績については、保険者の実施率向上の取組を評価する観点から、現在、後期高齢者支援金の減算対象（特定健診・保健指導の実施率が高い）となった保険者名を公表している。  
 （※1）支援金減算対象保険者数（H26年度の実施率）：市町村国保73、国保組合4、総合健保組合9、単一型健保組合71、共済4
- 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・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、効果的な保健事業に取り組む環境づくり（※2）を進め、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、29年度実績から（※3）公表することとする。**  
 （※2）特定保健指導による内臓脂肪の減少等の効果は、被保険者が保険者を異動しても効果の持続が期待される。保険者が継続して特定健診データを把握することで効果的な保健事業ができるので、本人同意のもとデータの保険者間移動も可能である。  
 （※3）一部の保険者では報告漏れやシステム上の不備により正確な実施率の報告ができていないが、こうした保険者も第3期に向けたシステム改修を29年度中に行う中で必要な対応を行うことで、30年度に行う29年度実績の報告から正確な報告が可能である。

## 特定健診データの保険者間での移動 現在の対応の手順

※H28年3月にルールの雛形等を公表。  
6月に各保険者協議会に周知。



※①の説明の結果、本人が同意し、②本人が保管している過去の特定健診等結果通知表(コピー)を、現保険者に提供すれば、⑥の保健事業の実施が可能。本人が結果を保管していない場合、③～⑤の手続きを追加。

## Ⅲ データヘルス計画

# 市町村国保等におけるデータヘルス事業の推進

## ■ 市町村国保は、平成26年度以降、順次、データヘルス計画(※)の作成・公表

### <データヘルス事業を推進するための取組み>

#### ○ 国保データベースシステム(KDBシステム)等を活用したデータ分析

- 市町村国保等における医療費分析や保健事業の計画の作成・実施等を支援するためのシステム(KDBシステム)が平成25年10月以降、順次稼働。
- KDBシステム等を活用し、自らの地域の健康状態の特徴を把握し、優先すべき課題を明確化し、被保険者をリスク別に分け、個人に対する効果的・効率的な保健事業を実施する。

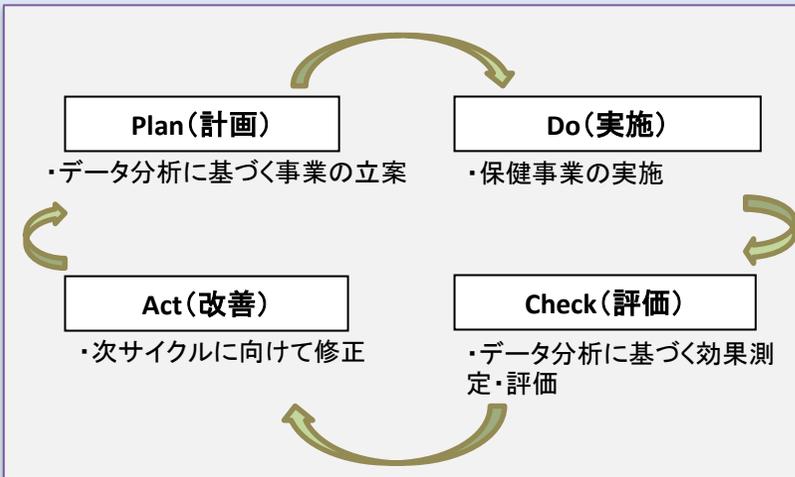
#### ○ 市町村国保の取組を支援するための体制整備

- 市町村国保等における取組を支援するための有識者等からなる支援体制を中央・都道府県レベルで整備するとともに、市町村や国保連合会における職員への研修等を実施。

874保険者を支援  
(平成28年度)

保険者（市町村国保等）

### <データヘルス計画>



### KDBシステム



※健診・保健指導、医療、介護の各種データを利活用して、統計情報や個人の健康に関するデータを作成するシステム

### データヘルス計画の作成支援

保健師等による  
・データヘルス計画策定への助言  
・具体的な保健事業の取組の提示  
・保健事業の評価・分析  
・市町村職員への研修 等

全国の  
国保連合会

- 支援・評価に関するガイドラインの策定
- 国保連の支援・評価結果を分析
- 好事例の情報提供
- 国保連合会職員・保健師等への研修 等

支援

国保中央会

- 平成26年度以降、国民健康保険においてレセプト・健診情報等を活用しデータ分析に基づく保健事業を実施するため「データヘルス計画」の作成・公表を推進している。
- 現在、9割を超える市町村がデータヘルス計画を策定済又は策定中であるが、未着手の市町村が1割弱存在する。未着手である理由には「人的資源の不足」、「データ分析のスキル・ノウハウがないこと」等が挙げられている。
- また、策定済の市町村ではデータヘルス計画の策定段階や実施段階において、衛生部署や介護部署等との庁内連携や医療機関をはじめとする外部組織との連携が必ずしも十分でないこと等が課題となっている。

## 第1期データヘルス計画策定状況（平成28年7月1日時点）

データヘルス計画の策定状況	保険者数
策定済	1,131 (65.9%)
策定中	446 (26.0%)
①平成28年度中に策定予定	338 (19.7%)
②平成29年度中に策定予定	96 (5.6%)
③上記以外	12 (0.6%)
未着手	139 (8.1%)

## 未着手の理由

## 複数選択

人的資源が不足している	193 (73.9%)
データ分析のスキル・ノウハウがない	109 (41.7%)
企画・運営のスキル・ノウハウがない	73 (27.9%)
分析するデータが集められていない	64 (24.5%)
財源の確保が難しい	48 (18.3%)
事業としての優先順位が低い	45 (17.2%)
その他	34 (13.0%)
関係団体との調整がつかない	14 (5.3%)

## 第1期データヘルス計画の実施

Plan (計画)
・データ分析に基づく事業の立案 ○健康課題、事業目的の明確化 ○目標設定 ○費用対効果を考慮した事業選択 (例) - 加入者に対する全般的・個別的な情報提供 - 特定健診・特定保健指導等の健診・保健指導 - 重症化予防

Act (改善)

・次サイクルに向けて修正

Do (実施)

・事業の実施

Check (評価)

・データ分析に基づく効果測定・評価

## 計画策定済みの市町村が抱えるデータヘルス計画の策定段階・実施段階における課題

	課題
策定体制	○国保部署単独での計画策定の場合⇒医療費データの分析が中心となり健診結果の分析等がされていない
現状分析	○既存事業の実施状況を振り返りながらも、その達成要因や未達成の理由についての分析が不十分である ○日頃の地区活動から得られた質的情報の分析があまり取り組まれていない
課題抽出・目標設定	○計画策定の際、目標設定の仕方が分からない。目標とすべき指標や値について、必ずしも明確になっていない。 ○地域の健康課題として挙げられていながらも、目標として設定されていない事業がある
事業選択	○事業実施の際、優先順位をつけずに事業を選択している。
事業実施	○マンパワー不足
関係者との連携	○個別保健事業の実施に当たっては、保険者等の内部の体制だけで完結することはほとんどなく、医療機関をはじめとした外部機関との連携が不可欠であり、それを課題としてあげる保険者も多い。
事業評価	○事業評価の仕方が分からず、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの観点での事業の自己評価を実施している保険者が少ない。
分かりやすい計画策定	○データヘルス事業の対象者は被保険者であるため、被保険者にとって分かりやすい内容でなければならない
第2期への準備	○小規模保険者でデータヘルス計画未策定の保険者が多い。また計画策定にあたって専任の人員を充てられず衛生部門に計画策定を任せている。 ○市町村がその区域の保健事業の充実のためにはできるだけ多くの住民のデータを収集する必要がある。

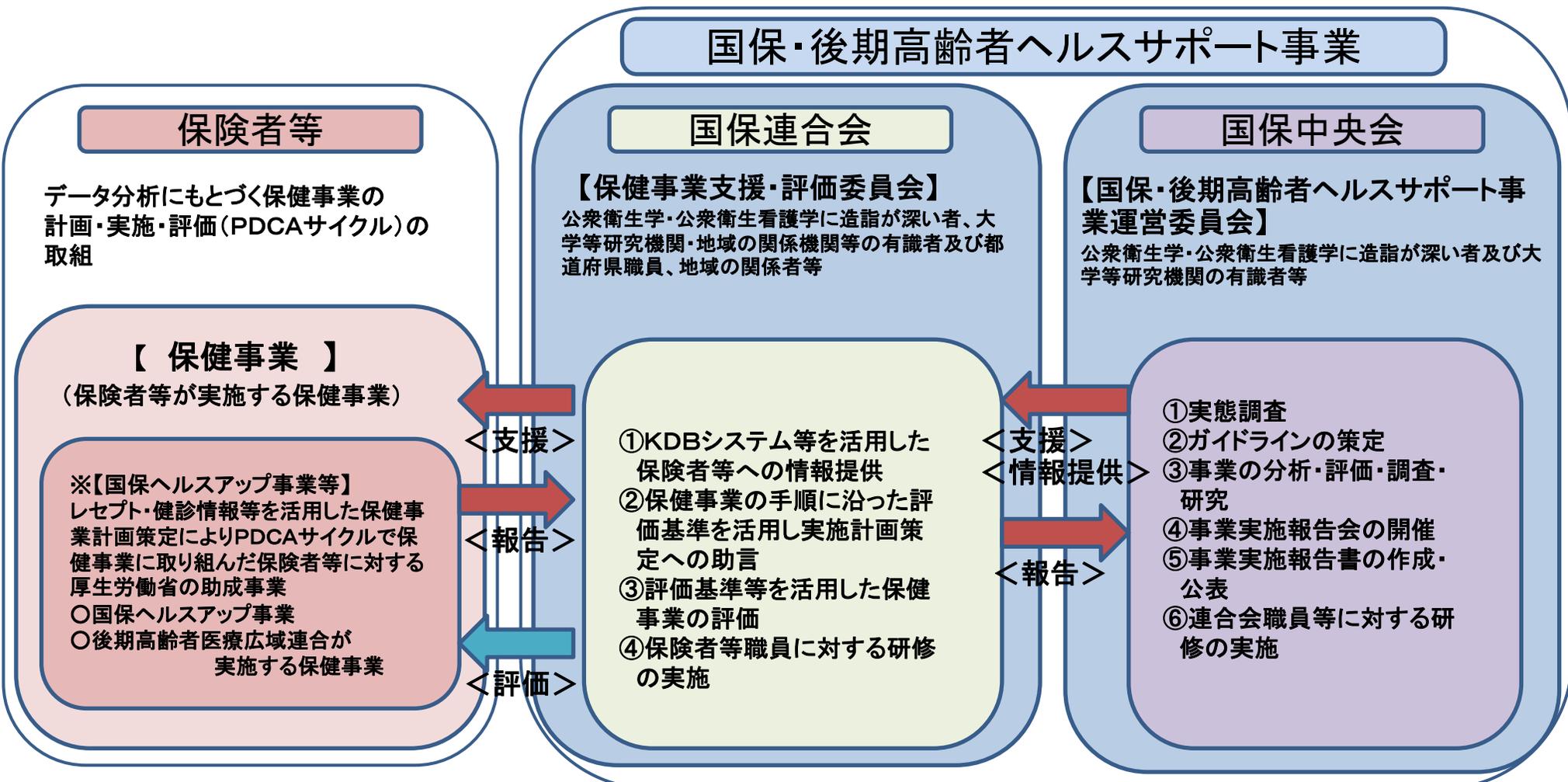
# データヘルス計画策定状況（都道府県別）

都道府県	保険者数	データヘルス計画策定状況				
		策定している	策定中の場合			未着手
			平成28年度中	平成29年度中	それ以外	
北海道	157	84	36	9	1	27
青森県	40	27	7	5	0	1
岩手県	33	28	4	1	0	0
宮城県	35	20	11	0	0	4
秋田県	25	5	6	14	0	0
山形県	32	30	2	0	0	0
福島県	59	28	22	4	1	4
茨城県	44	34	10	0	0	0
栃木県	25	10	14	1	0	0
群馬県	35	20	7	2	0	6
埼玉県	63	16	30	9	2	6
千葉県	54	33	12	3	0	6
東京都	62	30	12	5	1	14
神奈川県	33	11	10	3	2	7
新潟県	30	22	7	1	0	0
富山県	15	14	1	0	0	0
石川県	19	19	0	0	0	0
福井県	17	13	2	1	1	0
山梨県	27	10	9	3	0	5
長野県	77	62	8	4	0	3
岐阜県	42	20	13	3	0	6
静岡県	35	28	3	1	0	3
愛知県	54	40	1	10	1	2
三重県	29	20	6	0	0	3

都道府県	保険者数	データヘルス計画策定状況				
		策定している	策定中の場合			未着手
			平成28年度中	平成29年度中	それ以外	
滋賀県	19	19	0	0	0	0
京都府	26	18	7	0	0	1
大阪府	43	34	5	0	0	4
兵庫県	41	27	14	0	0	0
奈良県	39	13	11	5	0	10
和歌山県	30	8	7	2	1	12
鳥取県	19	6	6	0	0	7
島根県	19	8	3	5	1	2
岡山県	27	15	6	1	1	4
広島県	23	18	5	0	0	0
山口県	19	16	3	0	0	0
徳島県	24	23	0	1	0	0
香川県	17	14	3	0	0	0
愛媛県	20	19	1	0	0	0
高知県	34	28	6	0	0	0
福岡県	60	49	9	2	0	0
佐賀県	20	18	2	0	0	0
長崎県	21	21	0	0	0	0
熊本県	45	39	5	1	0	0
大分県	18	16	1	0	0	1
宮崎県	26	26	0	0	0	0
鹿児島県	43	33	9	0	0	1
沖縄県	41	39	2	0	0	0
計	1,716	1,131	338	96	12	139

# 国保・後期高齢者におけるデータヘルスの取組

- 市町村国保等におけるデータヘルス計画作成等を支援するため、平成26年度に都道府県国保連合会に「保健事業支援・評価委員会」を立ち上げた。（全都道府県で設置済み）
- 継続的に都道府県内の保険者等のデータヘルスの実施を支援するとともに、国保中央会において全国の実施状況をとりまとめて情報提供することとしている。



○国保ヘルスアップ事業については、保健事業支援・評価委員会から評価を受けることが必須要件



# 国保データベース(KDB)システムにおけるデータの取扱範囲

(※電子データにより管理しているものに限る)

	0歳～	40歳～	65歳～	75歳～
健診	妊婦健康診査・乳幼児健康診査・学校健康診断情報等			
	KDBシステム取扱範囲		特定健康診査・特定保健指導情報	後期高齢者健康診査情報
医療	国民健康保険医療情報			
				後期高齢者医療情報 ※1
介護			介護保険情報 (※3) ※2	

※1: 65歳以上75歳未満で一定の障害がある者

※2: 第2号被保険者(受給については、要介護、要支援状態が加齢に起因する疾病(特定疾病)による場合に限定)

※3: 「受給者台帳」に登録されている被保険者に限る

※4: 特定健診、医療、介護情報とも対象は過去5年間分のデータのみ。





# 現在のデータヘルス計画の抱える課題（未定稿）

	第1期計画に見られる課題(例)
策定体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>○計画未策定保険者は小規模保険者に多い(18.3%)。</li> <li>○小規模保険者では4割(38%)が衛生部署が中心となって計画策定。</li> </ul>
計画策定の外部委託	<ul style="list-style-type: none"> <li>○計画策定での外部委託は23.5%。計画策定全般の委託が57.5%、一部の委託が37.5%。</li> <li>○外部委託先は民間事業者が大半。一部委託の場合は大半が現状分析。</li> </ul>
支援・評価委員会の活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>○支援・評価委員会を活用して計画策定を行った保険者は全体の半数程度(55.0%)。</li> <li>○支援を受けない理由として「支援・評価委員会を知らなかった」という保険者もいる(11.8%)。</li> </ul>
現状分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>○事業目標の達成要因や未達成の理由を分析している保険者等は少ない(20.4%、13.9%)。</li> <li>○質的情報や地域資源については分析・把握していないものが多い。</li> </ul>
課題抽出・目標設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>○課題にあげているが目標にしてないもの(高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボ)が見られる。</li> </ul>
事業選択	<ul style="list-style-type: none"> <li>○事業の優先順位付けを行っているものは半数を下回った。</li> </ul>
事業実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>○マンパワー不足を挙げる保険者が多い。</li> </ul>
関係者との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医師会との連携、医療機関等との連携や事業実施体制が構築ができないことを課題と考える保険者がある。</li> </ul>
事業評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの4つの観点で評価を実施しているのは一部の保険者の止まる。</li> </ul>

# 国保保健事業の外部委託活用イメージ

○ 外部委託業者をうまく活用した  
保健事業

× 外部委託業者をうまく活用できていない  
保健事業

①事業の目的に応じた  
外部委託業者の選定

保険者



外部委託業者

②保険者に合わせ  
た保健事業の提案

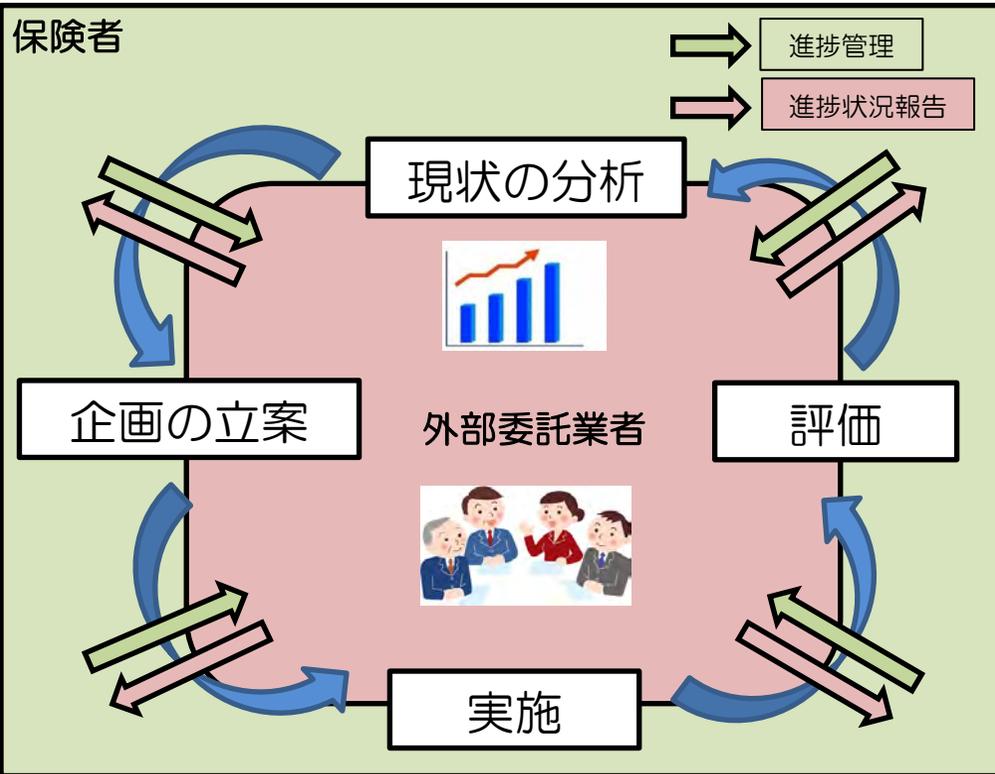
①外部委託業者の選定

保険者



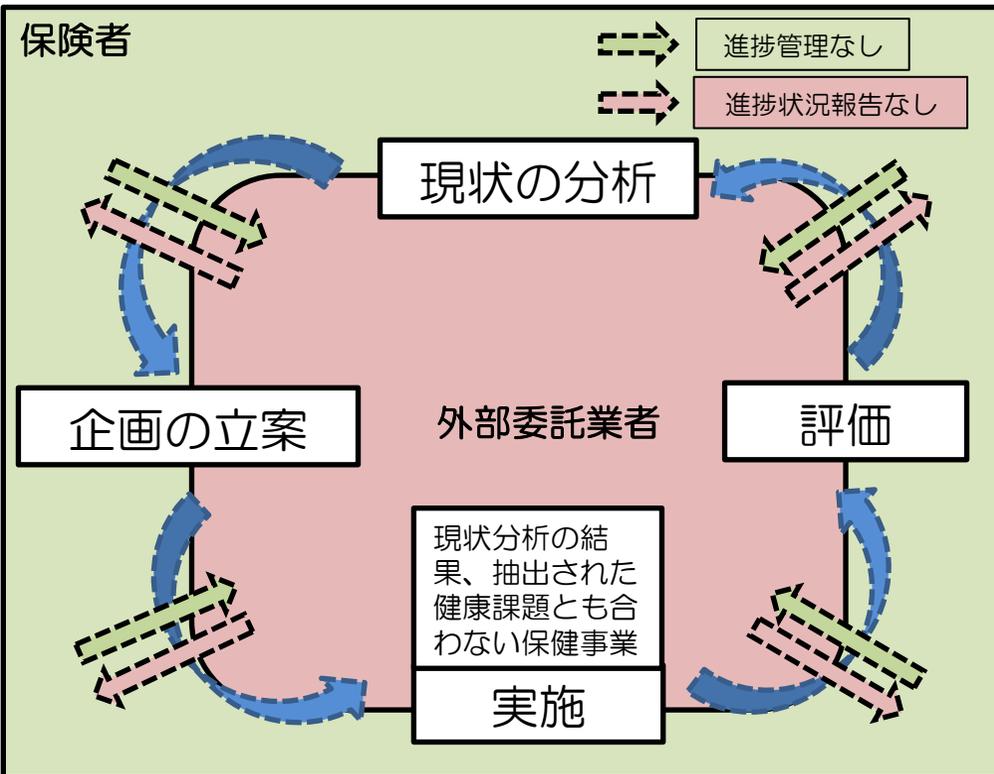
外部委託業者

②実施する保健事業を前提とした保  
険者の現状に合わない企画の提案



保険者が事業の目的に応じた外部委託業者を選定、外部委託業者は保険者に合わせた保健事業を提案。

事業開始後、保険者は各段階において、外部委託業者に対して進捗状況報告を求め、随時事業の進捗管理を実施。



保険者が外部委託業者の選定、実施する保健事業を前提とした保険者の現状に合わない企画を外部委託業者が提案。

事業開始後も保険者は事業の進捗管理をせず、外部委託業者も進捗状況報告をせず、外部委託業者に完全に任せた状態で事業実施。

# 画一的な計画（金太郎飴）の例

## 計画 (事業内容及び実施方法)

### 【事業目標（目的・背景等）】

一般に糖尿病や高脂血症、心臓疾患などの生活習慣病は、  
歯周病や歯肉炎の影響が大きいと言われる。

そこで、歯科保健指導事業の一環として、歯周病と生活  
習慣病の関係についての歯周病予防教室を実施することに  
した。

### 【事業該当者】400人 うち 事業対象者 40人

事業該当者：受診勧奨の対象者 400人

事業対象者：教室参加人数 40人

### 【事業内容・実施方法】

心臓・循環器疾患や糖尿病のリスクの高い対象者を400  
人を抽出し、そのうちの40人の参加者に対して、歯科衛  
生士による口腔ケア（歯周病予防）の講習会を開催し、生  
活習慣病と歯周病の関係や正しいブラッシング指導を行な  
う。

### 【実施時期】

●月

### 【評価指標】

指標① 歯科に係る医療費の削減率 ●●%

指標② 講習の理解度、及び満足度 ●●%

保険者の背景等に沿った現状分析を  
していない。

保険者ごとに異なる健康課題や保険  
者規模を踏まえた事業該当者、該当  
人数を抽出しておらず、外部委託業  
者が実施可能な人数に合わせてし  
まっている。

現状分析に基づいた保健事業ではな  
く、事業内容・実施方法が画一的な  
内容である。

# 平成29年度 国保保健事業への助成

○被保険者の健康の保持増進・QOLの向上と医療費適正化に資するため、被保険者の積極的な健康づくりを推進し、地域の特性や創意工夫を活かした事業の実施を支援する。

## (1) 国保ヘルスアップ事業

KDBシステム等のツール並びに第三者評価機関を活用し、保健事業をデータ分析に基づくPDCAサイクルに沿って効率的・効果的に実施する事業

### 【助成要件】

- ・PDCAサイクルに沿ったデータヘルス計画の策定・実施  
・評価を行うこと
- ・第三者評価機関の活用を行うこと
- ・事業区分毎に予め最低1つの評価指標を設定すること

### 【実施方法】

- ・国保保健指導事業と同様に、a) ~e) までの必須事業のうち、1事業は実施し、評価すること

### 【助成期間】

平成28年度から助成開始の保険者	2年
平成29年度から助成開始の保険者	3年

【助成限度額】 ※ (2) に比べ、1.5倍。

被保険者数	1万人未満	1~5万人未満	5~10万人未満	10万人以上
限度額	600万円	900万円	1,200万円	1,800万円

## (2) 国保保健指導事業

### ① 必須事業（国が重点的に推進する事業）

- 特定健診未受診者対策  
特定健診受診者へのフォローアップ
- 特定保健指導未利用者対策
- 受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨
- 特定健診継続受診対策
- 生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組

### ② 国保一般事業

- 健康教育
- 健康相談
- 保健指導
  - ①重複・頻回受診者への訪問指導
  - ②重複服薬者への訪問指導
  - ③生活習慣病重症化予防（糖尿病性腎症を除く）
  - ④その他保健指導
- i) 糖尿病性腎症重症化予防
- j) 歯科にかかる保健事業
- k) 地域包括ケアシステムを推進する取組
- l) 健康づくりを推進する地域活動等
- m) 保険者独自の取組

### 【助成要件】

- ・必ず年度内に事業完了すること

### 【実施方法】

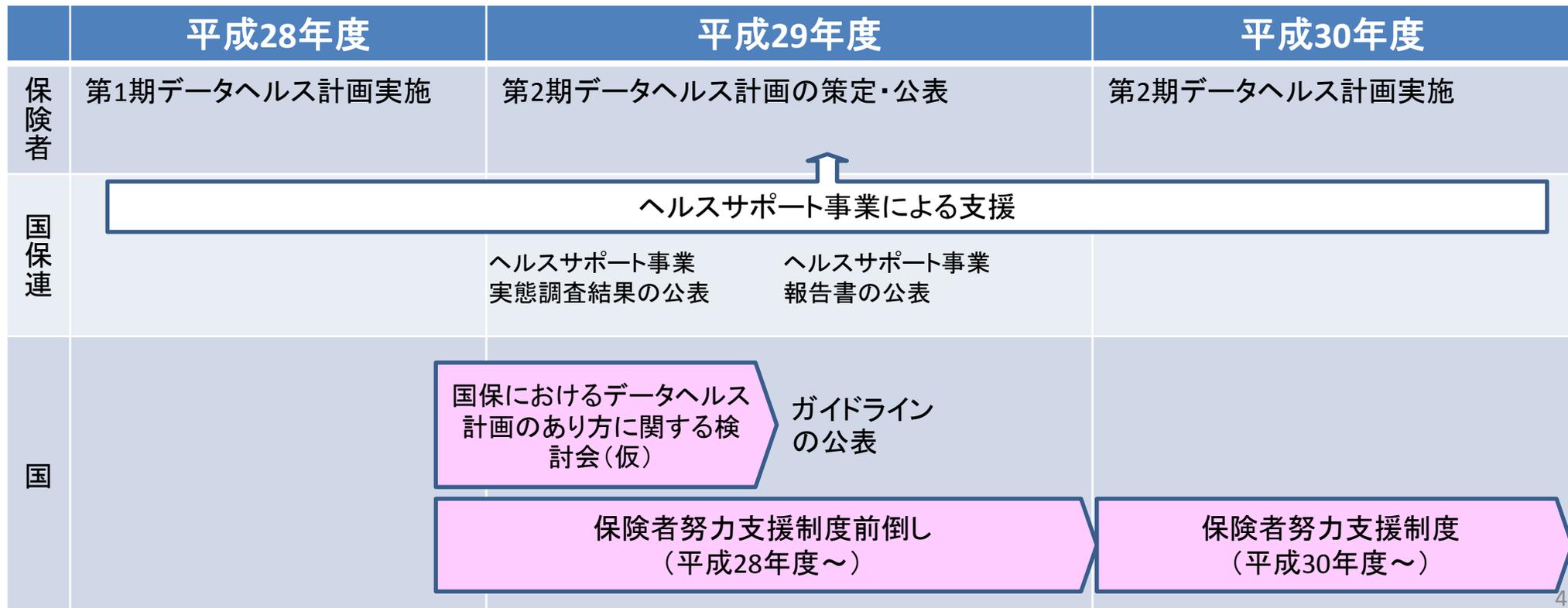
- ・a) ~e) までの必須事業のうち、1事業は実施し、評価すること

【助成限度額】 ※ただし、当該事業を実施するにあたって、予め事業区分毎に評価指標について1指標以上の設定がない場合には、下記の額の8割を限度とし、助成する。

被保険者数	1万人未満	1~5万人未満	5~10万人未満	10万人以上
限度額	400万円	600万円	800万円	1,200万円

# 国保における第2期データヘルス計画の策定・実施に向けて

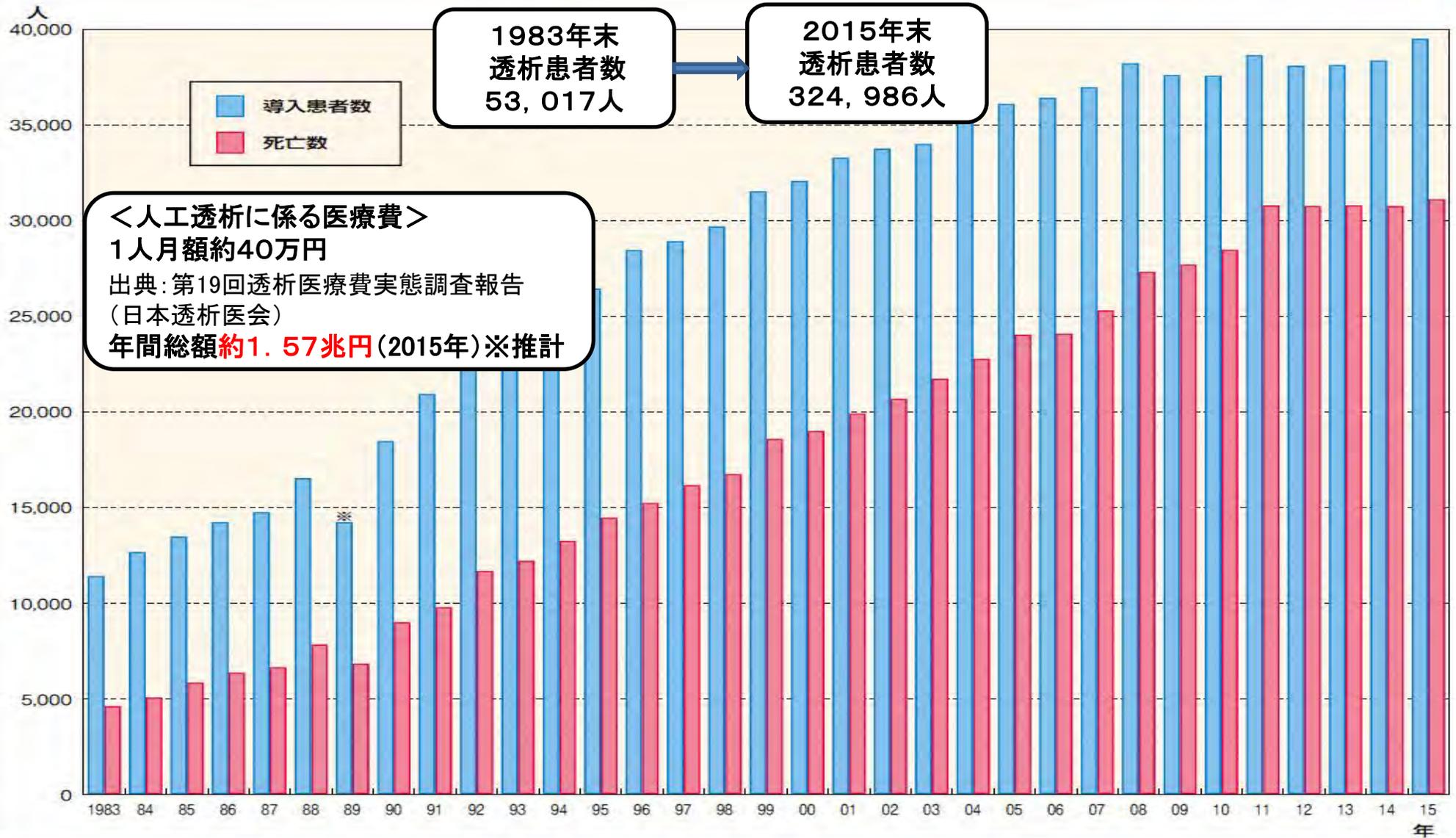
- 平成26年度以降、順次、国保がレセプト・健診情報等を活用した「データヘルス計画」の作成・公表を行い、レセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業を実施することを推進。
- 平成30年度からの第2期データヘルス計画の策定・実施に向けて、国では、効果的なデータヘルス計画のあり方を検討のうえガイドラインを公表し、普及啓発するとともに、国保連における直接的な支援の更なる充実を図る予定。
- また、保険者努力支援制度の前倒しにより、データヘルス計画を策定し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施している国保を評価することで、取組を推進。



## IV 糖尿病重症化予防

# 1. 現在の状況

# 透析患者数、新規透析導入患者数、死亡患者数の推移

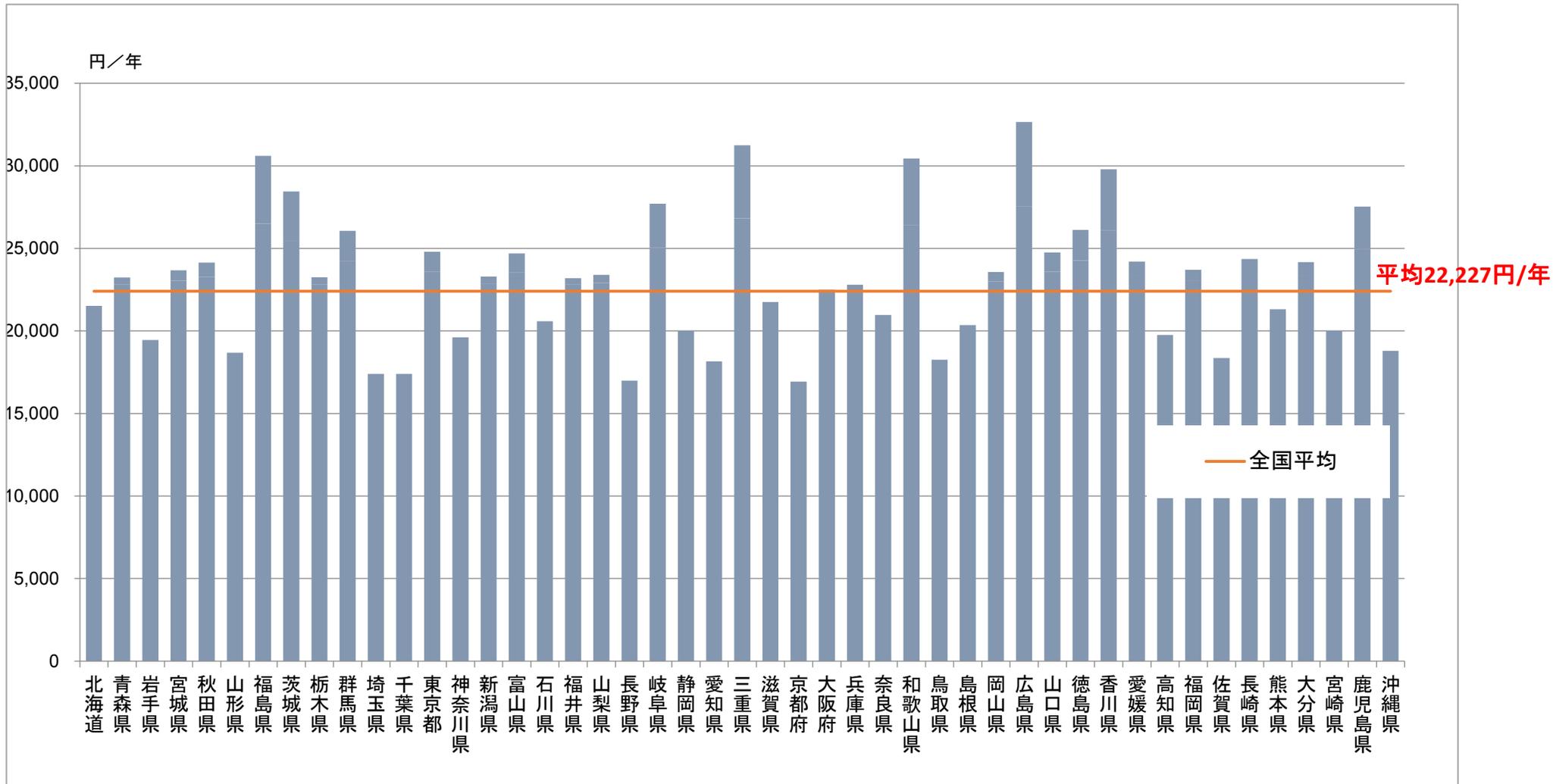


出典：我が国の慢性透析療法の現状（日本透析医学会）

※：1989年の減少はアンケート回収率が86%と例外的に低かった事による見かけ上の影響（2013年は回収率99%）

# 一人当たり糖尿病患者入院外医療費の都道府県別状況

## 平成25年度 人口一人当たりの「糖尿病患者の医療費」(40歳以上)



※ NDBより都道府県別の糖尿病患者（40歳以上）に係る入院外医療費を集計し、それを都道府県別の（患者調査による糖尿病患者数/NDBによる糖尿病患者数）を調整係数として乗じたうえで、人口当たりで除すことにより算出。

## 2. 厚生労働省のこれまでの取組

# 重症化予防に向けたこれまでの主な取組の動き

	重症化予防に関する動き	ワーキンググループの動き	研究班による検討
2015年度	<p>7/10 日本健康会議発足「健康なまち・職場づくり宣言2020」</p> <p>3/24 日本医師会・日本糖尿病対策推進協議会・厚生労働省の三者で連携協定締結</p>	<p>11/9 第1回重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ開催</p> <p>3/28 第2回重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ開催 ・重症化予防プログラム案を議論 ・宣言2020の達成基準を作成</p>	<p>12/21 有識者による厚生労働科学研究班（津下班）を設置</p> <p>※厚生労働科学研究班（津下班）でプログラム素案作成</p>
2016年度	<p>4/20 三者連名での重症化予防プログラムの決定 ※同日付で都道府県に周知。また、日本医師会及び日本糖尿病対策推進会議にも周知を依頼。 ※4/27 全国都道府県財政課長・市町村担当課長会議において総務省からも財政当局も協力して取組を進めていただきたい旨周知・要請</p> <p>4/28 新たに糖尿病性腎症重症化予防事業へ助成（通知）</p> <p>5/19 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの説明会開催</p> <p>7/25 日本健康会議2016開催 ・重症化予防の達成基準に係る進捗状況を公表</p> <p>12/22 保険者努力支援制度（前倒し分）の評価指標を提示し重症化予防の取組を評価</p>	<p>11/15 第3回重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ開催 ・保険者全数調査結果から当面の課題と論点を整理</p> <p>11月 全市町村・都道府県に対し重症化予防の取組状況に係る調査を実施</p> <p>2/6 第4回重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ開催 ・重症化予防の取組状況調査の結果から当面の課題と論点を更に明確化</p>	<p>※平成28年度厚生労働科学研究にて自治体の取組をサポート</p>

# 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)



# 日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」

○ 日本健康会議で、2020年の数値目標を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を取りまとめ（H27年7月）。政府の「改革工程表」のK P Iにも位置づけられた。

宣言1

予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

宣言2

**かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。**

宣言3

予防・健康づくりに向けて、47都道府県の保険者協議会すべてが地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言4

健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

宣言5

協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

宣言6

加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。

宣言7

予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

宣言8

品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う。

## 「経済・財政再生計画改革工程表」のK P I（2020年度まで）

- ・ 予防・健康づくりのインセンティブを推進する自治体・保険者【800市町村、600保険者】
- ・ かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体等【800市町村、24後期広域連合】
- ・ 好事例を反映したデータヘルスの取組を行う保険者【100%】
- ・ 後発品医薬品の利用勧奨など使用割合を高める取組を行う保険者【100%】
- ・ 保険者と連携して健康経営に取り組む企業の数【500社】 等

# 重症化予防(国保・後期広域)WG

## 趣旨

- 平成27年6月30日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」では、「全ての国民が自らががんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し」とされるなど、生活習慣病の重症化予防等の取組を促進することが求められているところ。
- 同年7月10日に開催された日本健康会議において採択され、「健康なまち・職場づくり宣言2020」の中で、「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。」とされたところ。
- 多くの市町村及び広域連合が生活習慣病の重症化予防に取り組むことが出来るよう、好事例の収集・検証や、取組にあたっての課題を整理する等の具体的な検討を行うため、本ワーキンググループを開催する。

## 開催状況

- 第1回重症化予防WG(平成27年11月9日開催)
- 第2回重症化予防WG(平成28年3月28日開催)
- 第3回重症化予防WG(平成28年11月15日開催)
- 第4回重症化予防WG(平成29年2月6日開催)

## 活動状況

- 都道府県、市町村、広域連合等の取組状況を把握(重症化予防取組内容調査の実施)
- 取組事例の収集
- 厚労科研(津下班)による取組内容の効果検証
- 重症化予防の取組を進める上での課題と対応策の検討



- 議論を取りまとめ、報告書公表予定(平成29年7月目途)

## WG構成員

有澤 賢二	日本薬剤師会 常務理事
飯山 幸雄	国民健康保険中央会 常務理事
今村 聡	日本医師会 副会長
春日 雅人	糖尿病対策推進会議 常任幹事
門脇 孝	日本糖尿病学会 理事長
唐橋 竜一	埼玉県保健医療部保健医療政策課 政策幹
迫 和子	日本栄養士会 専務理事
佐藤 文俊	全国国民健康保険組合協会 常務理事
高野 直久	日本歯科医師会 常務理事
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
橋田 淳一	高知県梶原町保健福祉支援センター センター長
榛澤 俊成	神奈川県後期高齢者医療広域連合 事務局長
福井 トシ子	日本看護協会 常任理事
宮田 俊男	京都大学産官学連携本部 客員教授
森山 美知子	広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授
片岡 孝	東京都荒川区 福祉部長
山縣 邦弘	日本腎臓学会 理事

(五十音順、敬称略)

## 宣言2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

2016年度の  
達成状況

118市町村  
4広域連合

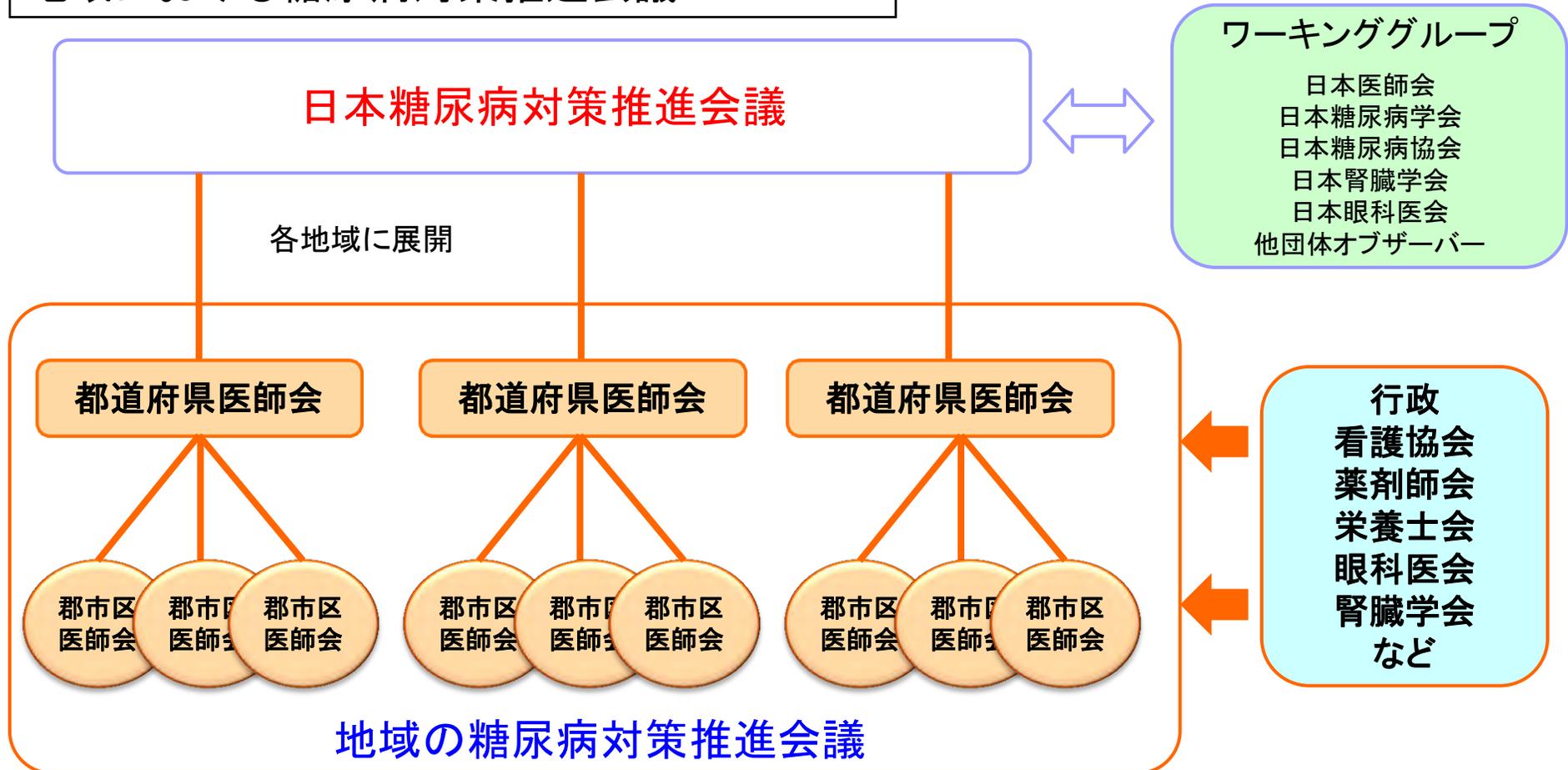
## 【達成要件】

- 糖尿病性腎症等の重症化予防の取組を行っていること。
- 対象者を明確な抽出基準で抽出していること。
- かかりつけ医と連携していること。
- 事業全体の効果検証を行っていること。
- 各都道府県の糖尿病対策推進会議と連携していること。
- 保健指導を実施している場合、専門職が携わっていること。

※ 後期高齢者は、その特性から糖尿病性腎症以外の取組についても対象とする。

# 日本糖尿病対策推進会議

## 地域における糖尿病対策推進会議



糖尿病対策推進会議は**47都道府県**に**設置・運営**されている。

# 糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定の締結(28年3月24日)

## 1. 趣旨

- 呉市等の糖尿病性腎症重症化予防の取組を全国的に広げていくためには、各自治体、郡市医師会が協働・連携できる体制の整備が必要。
- そのためには、埼玉県の場合のように、都道府県レベルで、県庁等が県医師会と協力して重症化予防プログラムを作成し、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
- そのような取組を国レベルでも支援する観点から、国レベルで糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する旨、「厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議」の三者で、連携協定を締結した。

## 2. 参加者

日本医師会	横倉会長(糖尿病対策推進会議会長を兼任)
日本糖尿病対策推進会議	門脇副会長(糖尿病学会理事長) 清野副会長(糖尿病協会理事長) 堀副会長(日本歯科医師会会長) 今村副会長(日本医師会副会長)
塩崎厚生労働大臣	



## 3. 協定の概要

- 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を速やかに定める。
- 策定したプログラムに基づき、三者は次の取組を進める。

日本医師会	日本糖尿病対策推進会議	厚生労働省
<ul style="list-style-type: none"><li>・プログラムを都道府県医師会や郡市区医師会へ周知</li><li>・かかりつけ医と専門医等との連携の強化など自治体等との連携体制の構築への協力</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・プログラムを構成団体へ周知</li><li>・国民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める</li><li>・自治体等による地域医療体制の構築に協力</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・プログラムを自治体等に周知</li><li>・取組を行う自治体に対するインセンティブの導入等</li><li>・自治体等の取組実績について、分析及び研究の推進</li></ul>

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定(平成28年4月20日)

## 1. 趣旨

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備が必要。
- そのためには、埼玉県取組例のように、都道府県レベルで、県庁等が県医師会等の医療関係団体と協力して重症化予防プログラムを作成し、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
- そのような取組を国レベルでも支援する観点から、日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定したもの（それに先立ち本年3月24日に連携協定締結）。

## 2. 基本的考え方

(目的)

- 重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する。

(性格)

- 先行する取組の全国展開を目指し、取組の考え方や取組例を示すもの。各地域における取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応が可能であり、現在既に行われている取組を尊重。

(留意点)

- 後期高齢者については年齢層を考慮した対象者選定基準を設定することが必要。

## 3. 関係者の役割

※例示であり地域の実情に応じた取組を尊重

(市町村)

- 地域における課題の分析（被保険者の疾病構造や健康問題などを分析）
- 対策の立案（取り組みの優先順位等を考慮して立案、地域の医師会等の関係団体と協議）
- 対策の実施、実施状況の評価

(都道府県)

- 市町村の事業実施状況のフォロー、都道府県レベルで医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定

### 3. 関係者の役割（続き）

（後期高齢者医療広域連合）

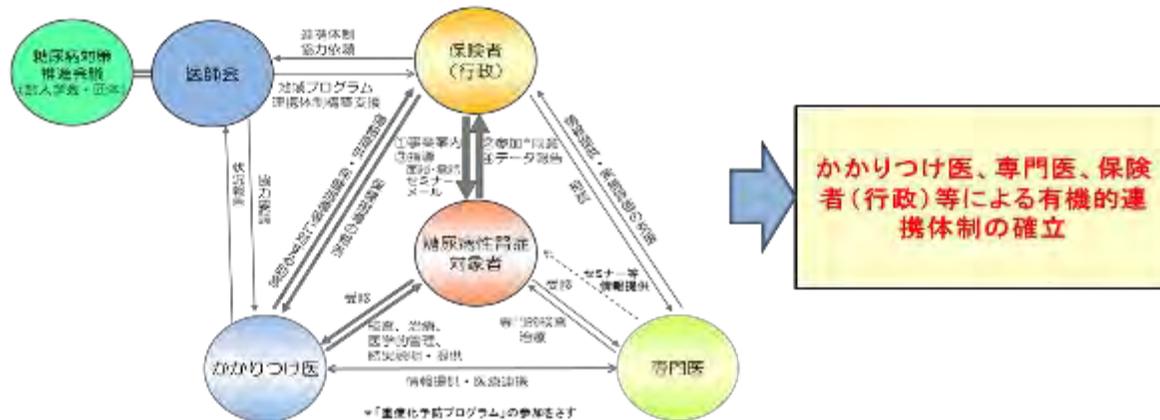
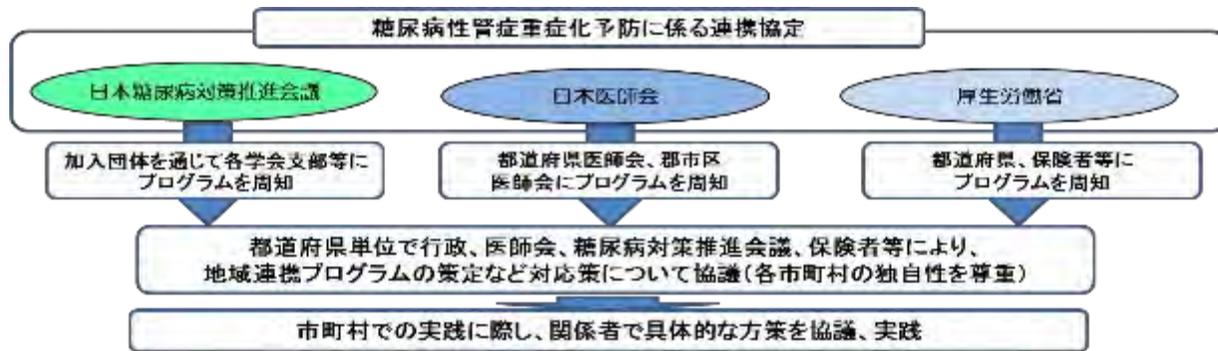
- 広域連合は市町村と都道府県の両者の役割を担うが、**特に実施面では、市町村との連携が必要不可欠**

（地域における医師会等）

- 都道府県医師会等の関係団体は、**郡市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言**
- 都道府県医師会等や郡市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、**会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を努める**

（都道府県糖尿病対策推進会議）

- 国・都道府県の動向等について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言など、自治体の取組に協力するよう努める**
- **地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める**



## 4. 対象者選定

※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **健診データ・レセプトデータ**等を活用したハイリスク者の抽出
  - － 日本糖尿病学会、日本腎臓学会のガイドラインに基づく基準を設定
- ② **医療機関における糖尿病治療中の者**からの抽出
  - － 生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- ③ **治療中断かつ健診未受診者**の抽出
  - － 過去に糖尿病治療歴があるものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける糖尿病受療歴がない者等

## 5. 介入方法

※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **受診勧奨**：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
  - － 対象者の状況に応じ、本人への関わり方の濃淡をつける
  - － 必要に応じて受診後のフォローも行う
- ② **保健指導**：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
  - － 健診データ等を用いて自身の健康状態を理解してもらい、生活習慣改善につなげることを目標とする

## 6. かかりつけ医や専門医等との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と十分協議**の上、推進体制を構築。**郡市医師会**は各地域での推進体制について**自治体と協力**。
- **かかりつけ医**は、**対象者の病状を把握し、本人に説明**するとともに、**保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える**ことが求められる。
- 必要に応じて**かかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい。
- 臨床における検査値（血圧、血糖、腎機能等）を把握するに当たっては、**糖尿病連携手帳等を活用**し、本人ならびに連携機関と情報を共有できるようにすることが望ましい。

## 7. 評価

- ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の各段階を意識した評価を行う必要。また、中長期的な費用対効果の観点からの評価も行う必要。
- 事業の実施状況の評価等に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、**PDCAサイクル**を回すことが重要。

# 糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究

平成27～29年度厚生労働科学研究費補助金 研究代表者:あいち健康の森健康科学総合センター長 津下一代

## 【研究目的】

- 行政（国保・衛生等）・医療機関・保健指導者が連携し、継続的に運営可能な糖尿病性腎症予防プログラムを開発する。
- プログラムを普及、全国で800人以上を対象とした介入を実施
- ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で評価
- 全国の取組みの中で、効果的な事例を抽出、プログラムに反映するとともに、横展開の方法を検討す

## 平成27年度

- 重症化予防プログラム案の作成

## 平成28年度

- プログラム実証
  - ・参加保険者の募集
  - ・初期データ、3か月後データ、6か月後データの収集
- 保険者向け支援
  - ・保険者向け研修会
  - ・電話・メールによる個別支援
  - ・研究班HPで資料提供(保健指導のための教材、医療機関連携のための文書雛形等)

## 平成29年度

- 平成28年度分データ収集・分析
- ・プログラム効果検証
- ・対象者ごとの傾向フローをマニュアル化
- ・レセプト、健診データを継続的に追跡できる仕組みづくり



## ○研究班サポートHP



## ○保険者向け研修会



平成28年度 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開発に関する研究(津下班)

属性										属性										初回終了後 3か月後までの介入方法・回数									
実施主体 機関名	機関内 ID	性別	抽出時 年齢	生年月	実施主体 機関名	機関内 ID	性別	抽出時 年齢	生年月	通知 (はがき ・手紙)	メール	電話	面談	訪問	教室	教室名													
□□町国保	1	1	60	196008	□□町国保	1	1	60	196008	0	0	1	1	0	0														
□□町国保	2	2	55	196108	□□町国保	2	2	55	196108	0	0	0	0	1	0														
大府市	3	1	56	196004		3				0	4	4	4	4	4														
名古屋市	4	2	58	195810		4				1	3	3	3	3	3														
豊明市	5	1	200								3			3															
大坂	6	2				6				1	2	1	2	1	2														
刈谷	7	1								2	1	2	1	2	1														
刈谷	8	2					2																						
名古屋市	9	2																											
□□町国保	10	1	80	196006																									
□□町国保	11	?	55	196108																									

2値確認

## ○データ登録様式

3か月後(様式B-2)

# 糖尿病性腎症 重症化予防プログラム開発のための研究 参加自治体一覧

青森	野辺地町		越谷市		宮代町	大阪	寝屋川市
岩手	葛巻町		戸田市	千葉	香取市		富田林市
福島	玉川村		入間市		君津市	兵庫	神戸市
茨城	結城市		朝霞市		長柄町	奈良	葛城市
	牛久市		志木市		横芝光町	鳥取	南部町
	筑西市		和光市	東京	練馬区	和歌山	海南市
	河内町		新座市		清瀬市	島根	江津市
埼玉	さいたま市		桶川市		武蔵村山市	岡山	総社市
	川越市		北本市	神奈川	厚木市	山口	柳井市
	熊谷市		八潮市	新潟	燕市	高知	安芸市
	川口市		富士見市	富山	砺波市	福岡	八女市
	行田市		三郷市	山梨	甲府市	熊本	荒尾市
	所沢市		鶴ヶ島市	愛知	豊橋市		山鹿市
	飯能市		日高市		半田市	大分	杵築市
	加須市		ふじみ野市		蒲郡市		宇佐市
	本庄市		白岡市		小牧市		九重町
	東松山市		三芳町		大府市		玖珠町
	春日部市		越生町		北名古屋市		津久見市
	狭山市		嵐山町		東浦町		竹田市
	羽生市		鳩山町	三重	東員町		豊後大野市
	鴻巣市		美里町	滋賀	草津市	茨城県広域連合	
	上尾市		神川町		守山市	神奈川県広域連合	
	草加市		上里町		野洲市	愛知県広域連合	
						福岡県広域連合	
						長崎県広域連合	

市町村:91自治体(2非公表)、広域連合:5団体(H29.3.31時点)

### 3. 市町村・都道府県における取組の現状

# 重症化予防の達成基準の該当状況

## 宣言2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

保険者データヘルス全数調査の達成状況

	保険者 全体	市町村・国 保	広域連合	健保組合	共済組合	国保組合	協会 けんぽ
糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている	1,104	659	9	368	10	11	47
現在は実施していないが予定あり	602	362	10	183	24	23	0
現在も過去も実施していない	1,385	520	12	703	48	101	1
過去実施していたが現在は実施していない	66	35	0	28	1	2	0
①対象者の抽出基準が明確であること	1,035	622	7	339	10	10	47
②かかりつけ医と連携した取組であること	523	503	6	88	1	1	10
③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること	823	566	5	234	3	5	11
④事業の評価を実施すること	932	582	6	285	5	7	47
⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること	150	136	2	4	0	1	7
全要件達成数(対象保険者)		118	4				

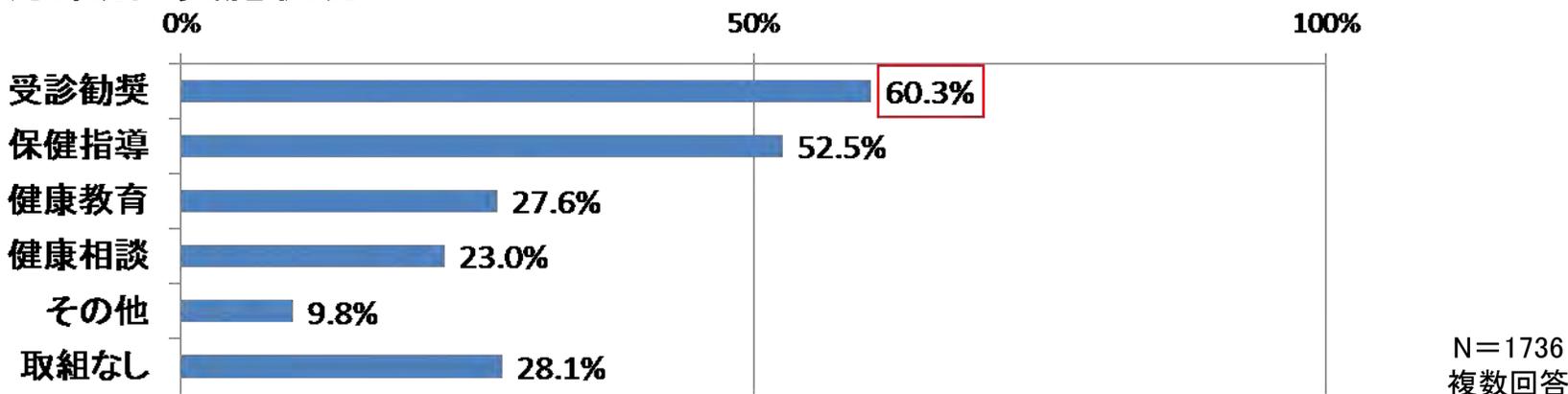
# 市町村における重症化予防の取組方策別実施状況

○重症化予防は、主に受診勧奨と保健指導により実施されているが、健康教育や健康相談も3割弱ほど実施されている。

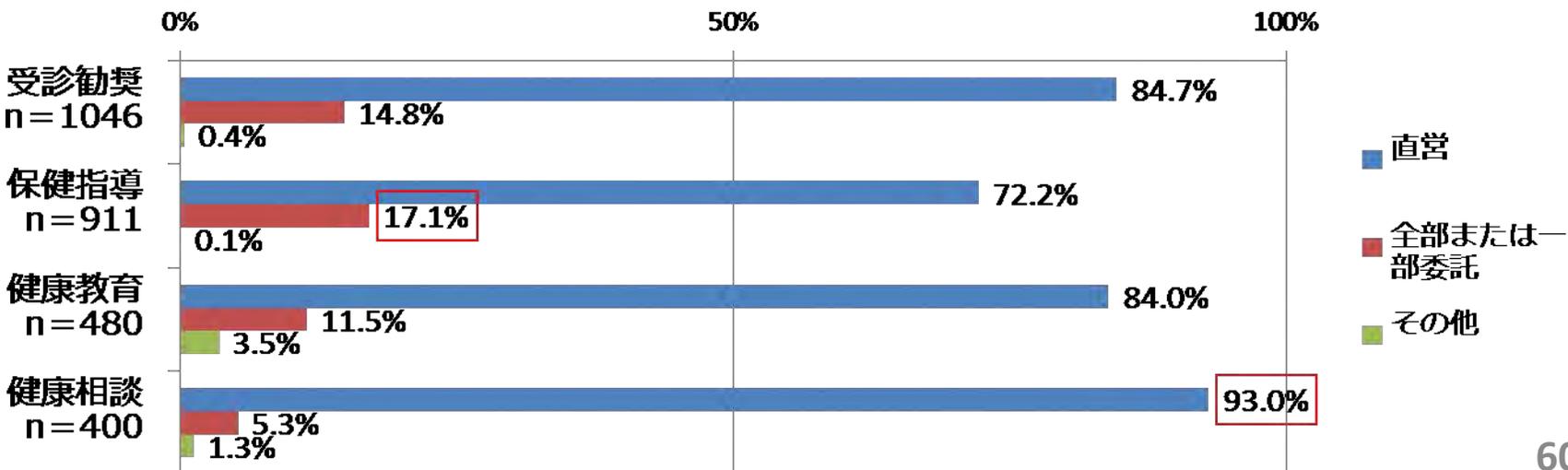
○委託の割合は保健指導が最も高く、直営の割合は健康相談が最も高い。

## (1) 取組方策別 実施状況

H28糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査結果



## (2) 取組方策別 委託状況

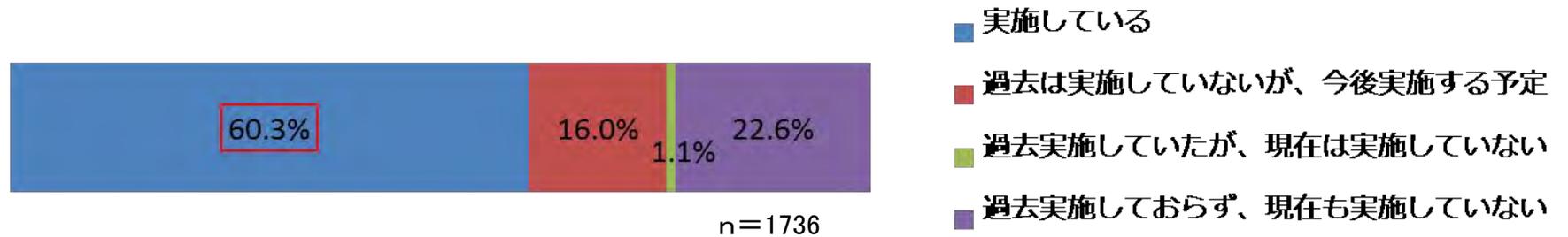


# 市町村における受診勧奨の実施状況

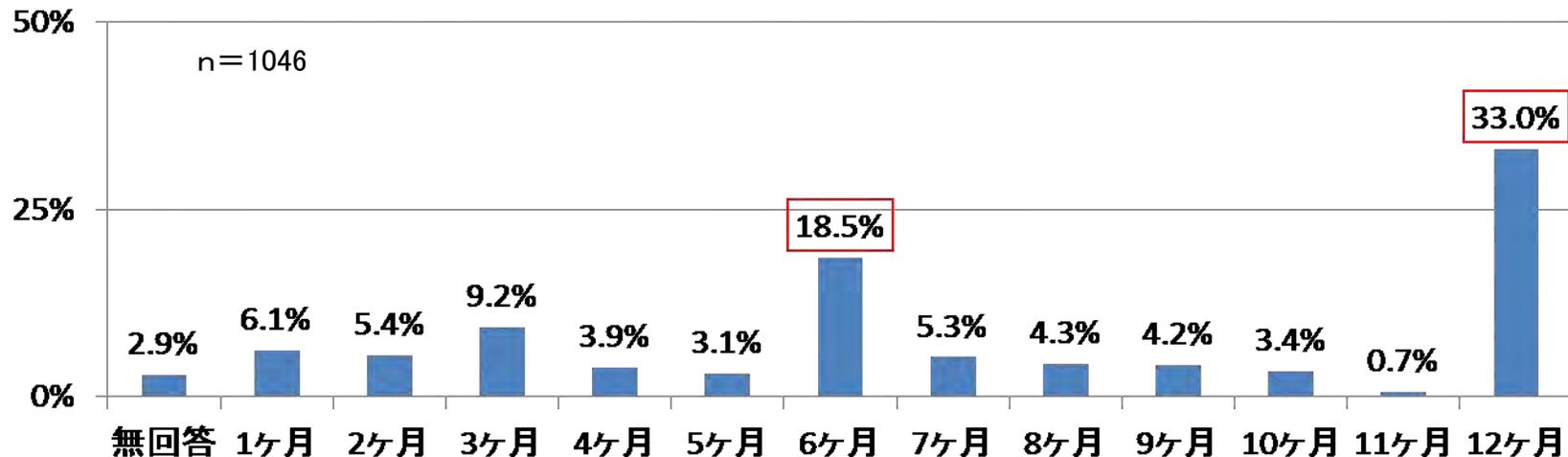
- 受診勧奨は、約6割にあたる1,046の保険者が実施している。
- 受診勧奨を実施している保険者のうち、実施期間は12ヶ月、6ヶ月の順に多く、年間を通じて、又は半年の区切りで実施されることが多い。

## (1) 受診勧奨の実施状況

H28糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査結果



## (2) 実施期間



# 市町村における受診勧奨の対象者・抽出方法

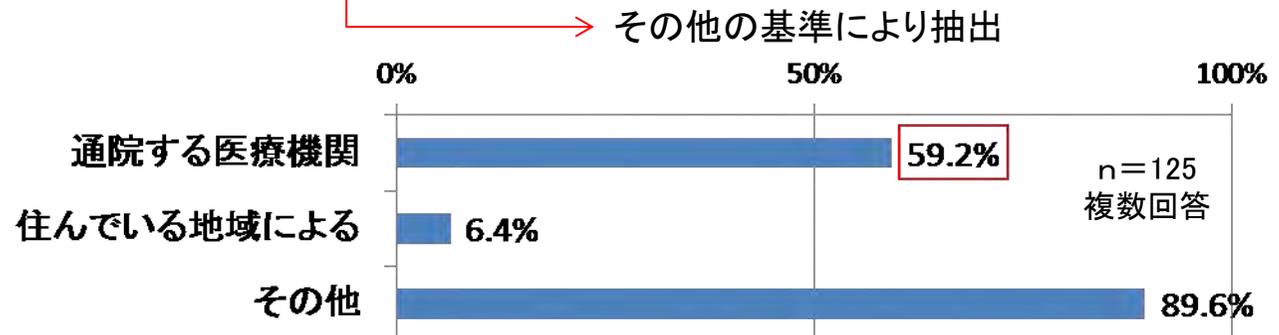
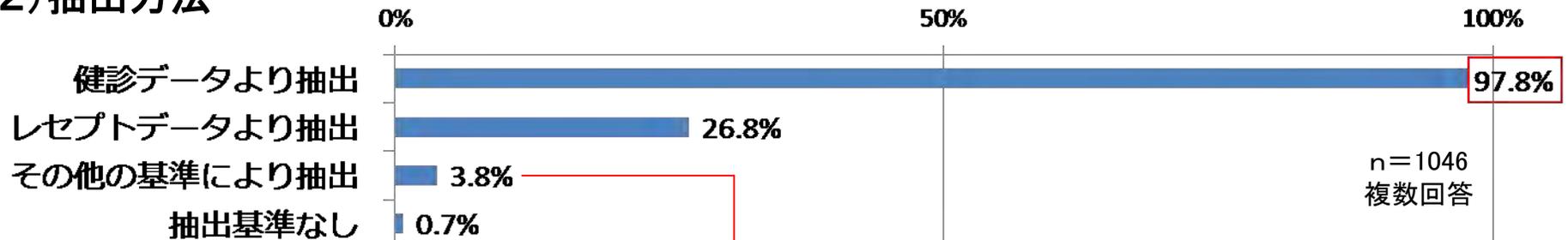
- 受診勧奨を実施している1,046の保険者のうち、約8割が医療機関未受診者を対象としている一方で、医療機関受診中断者を対象としている保険者は半数に満たない。
- 対象者の抽出方法は主に健診データによる抽出であり、レセプトデータによる抽出は3割に満たない。
- その他の基準により抽出した場合、その内容は通院する医療機関により抽出する基準が最も多い。

## (1) 対象者

H28糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査結果



## (2) 抽出方法



# 市町村における保健指導の実施状況

- 保健指導は、5割超の保険者が実施している。
- 保健指導を実施している保険者のうち、保健指導の実施期間は6ヶ月、12ヶ月の順に多く、半年の区切り、又は年間を通じて実施されている。

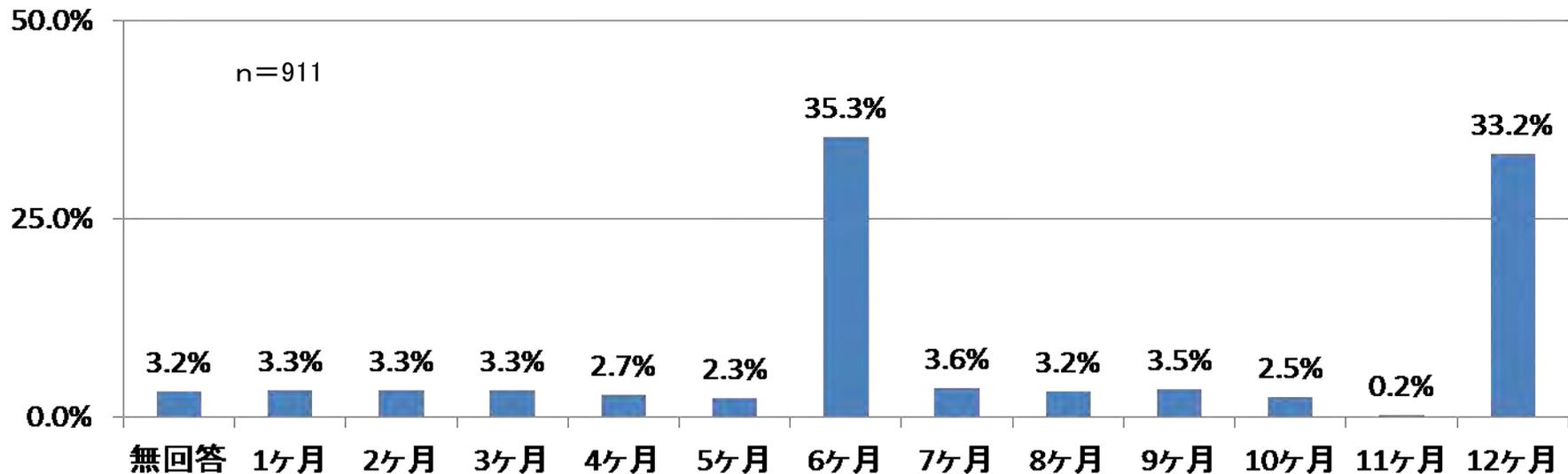
## (1) 保健指導の実施状況

H28糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査結果



- 実施している
  - 過去は実施していないが、今後実施する予定
  - 過去実施していたが、現在は実施していない
  - 過去実施しておらず、現在も実施していない
- n=1736

## (2) 実施期間

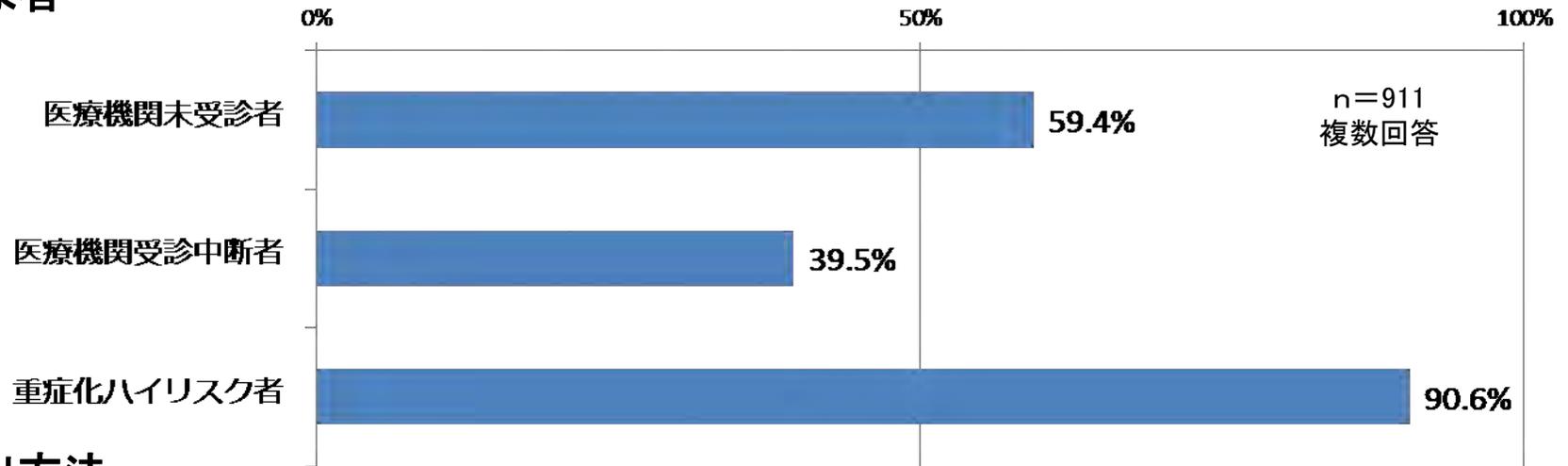


# 市町村における保健指導の対象者・抽出方法

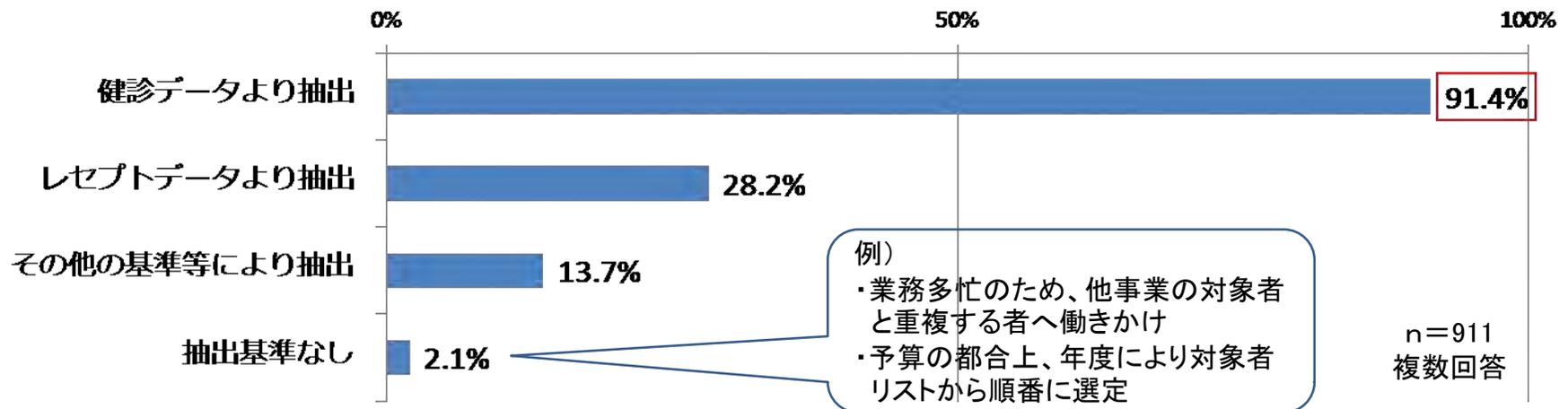
- 重症化予防における保健指導を実施している911保険者のうち、約9割が重症化ハイリスク者を対象としている一方で、医療機関受診中断者を対象としている保険者は半数に満たない。
- 対象者の抽出方法は約9割が健診データによる抽出であり、レセプトデータによる抽出は3割に満たない。

## (1) 対象者

H28糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査結果



## (2) 抽出方法



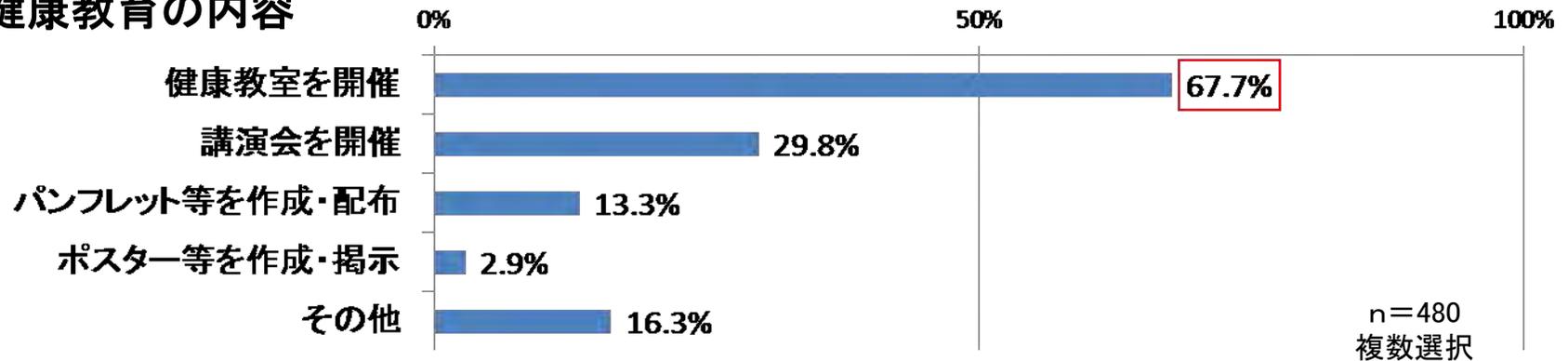
# 市町村における健康教育の実施状況

- 健康教育は、3割弱の保険者が実施している。
- 実施されている健康教育の内容は健康教室の開催が最も多く、その7割弱の保険者で実施している。
- 健康教室は年平均9回以上、講演会・パンフレット等・ポスター等は年1回以上実施されている。
- 健康教室・講演会の参加率は4割以下とやや低い。

## (1) 健康教育の実施状況



## (2) 健康教育の内容



## (3) 実施回数・参加率

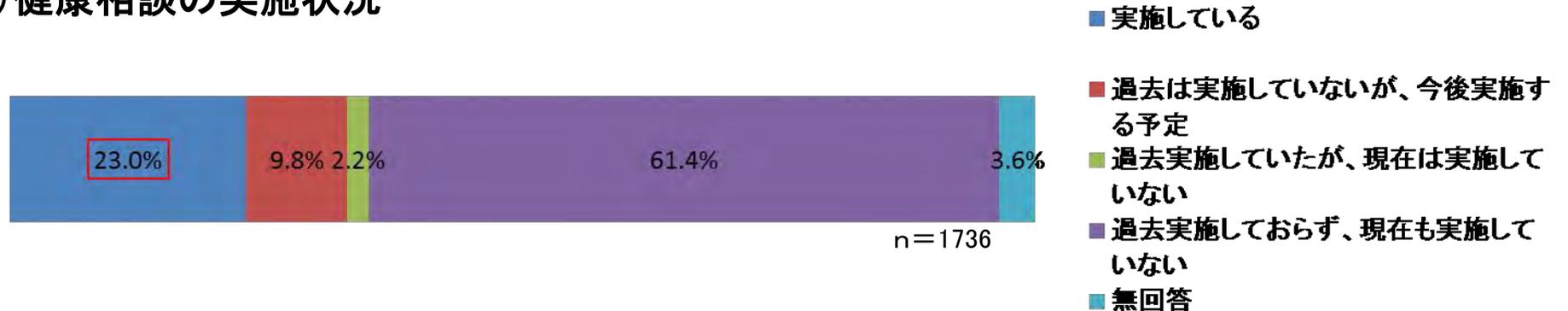
	健康教室を開催	講演会を開催	パンフレット等を作成・掲示	ポスター等を作成・掲示	その他
平均回数 <sup>※1</sup>	9.4回	1.7回	1.6	1.6	1.3
参加率 <sup>※2</sup> (参加者数/対象者数)	39.5%	24.5%	—	—	—

# 市町村における健康相談の実施状況

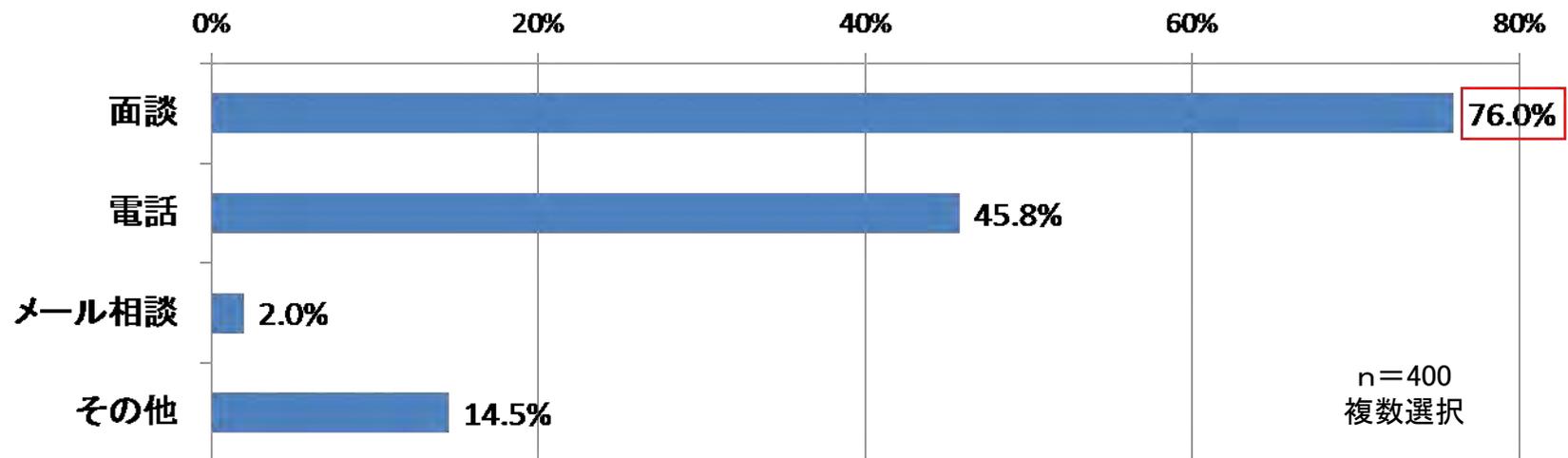
- 健康相談は、2割超の保険者が実施している。
- 実施されている健康相談の内容は面談が最も多く、その8割弱の保険者が実施しており、次いで電話も半数近くの保険者が実施している。

## (1) 健康相談の実施状況

H28糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査結果



## (2) 健康相談の内容

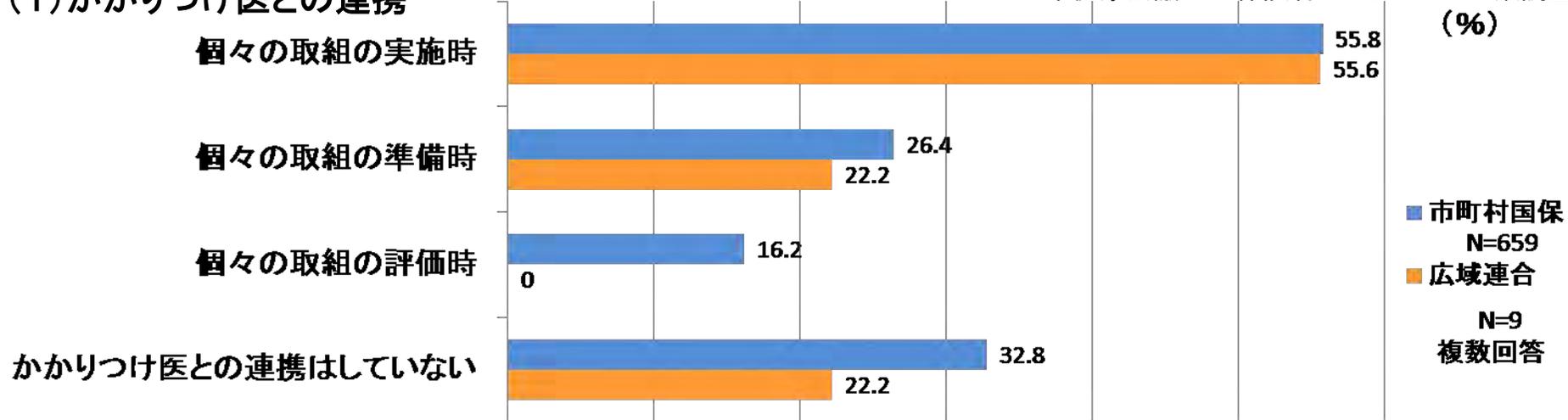


# 市町村・広域連合におけるかかりつけ医・医師会との連携の状況

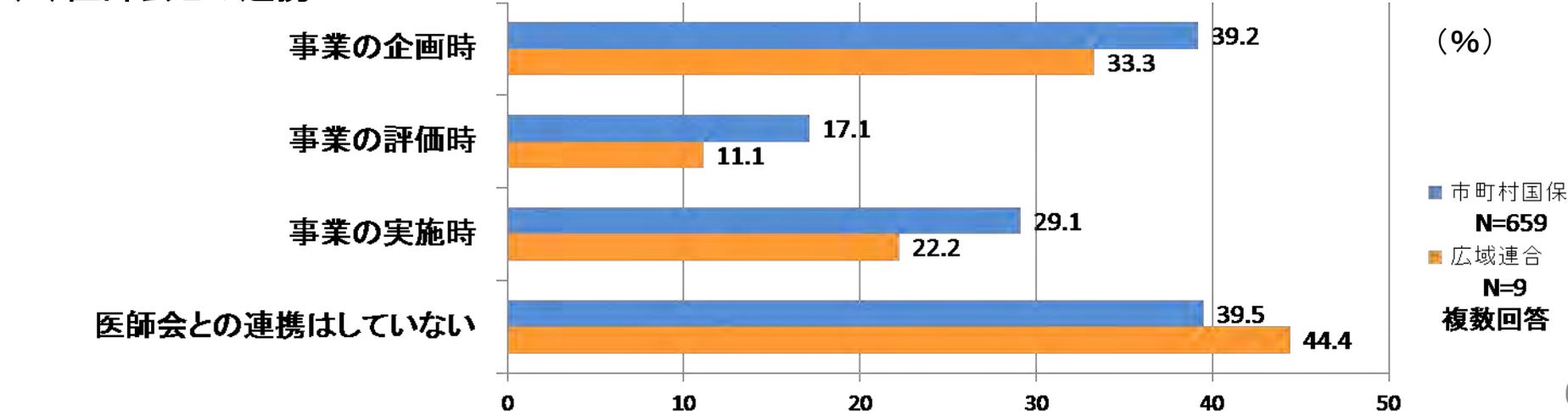
○かかりつけ医との連携は「個々の取組の実施時」にされることが多く、医師会との連携は「事業の企画時」にされることが多い。  
 ○一方で、「かかりつけ医との連携はしていない」、「医師会との連携はしていない」とする保険者が存在する。

## (1) かかりつけ医との連携

日本健康会議2016保険者データヘルス全数調査結果



## (2) 医師会との連携

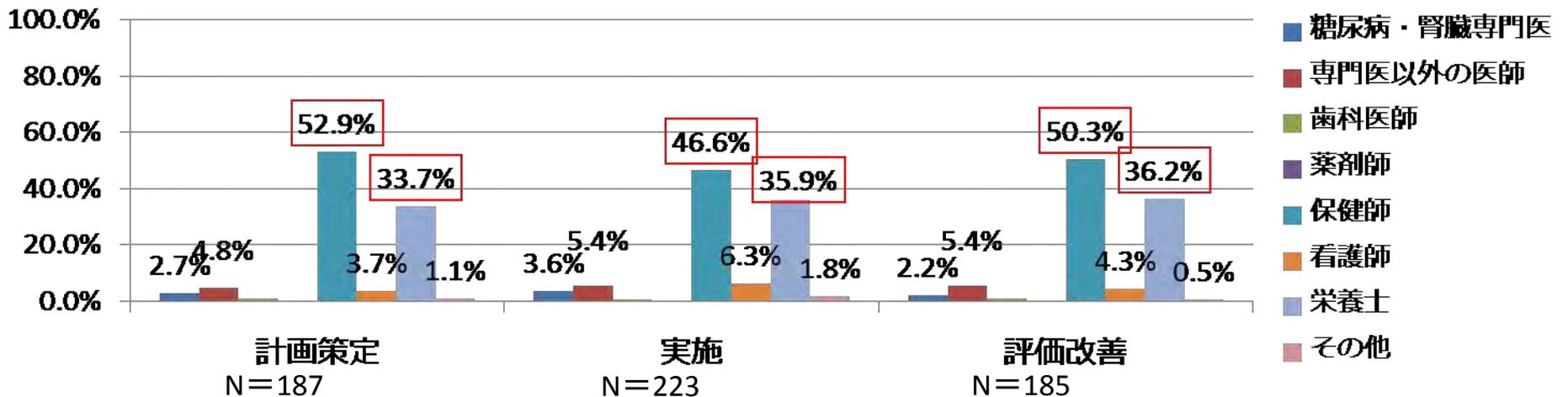


# 市町村における保健指導に関与する専門職の状況

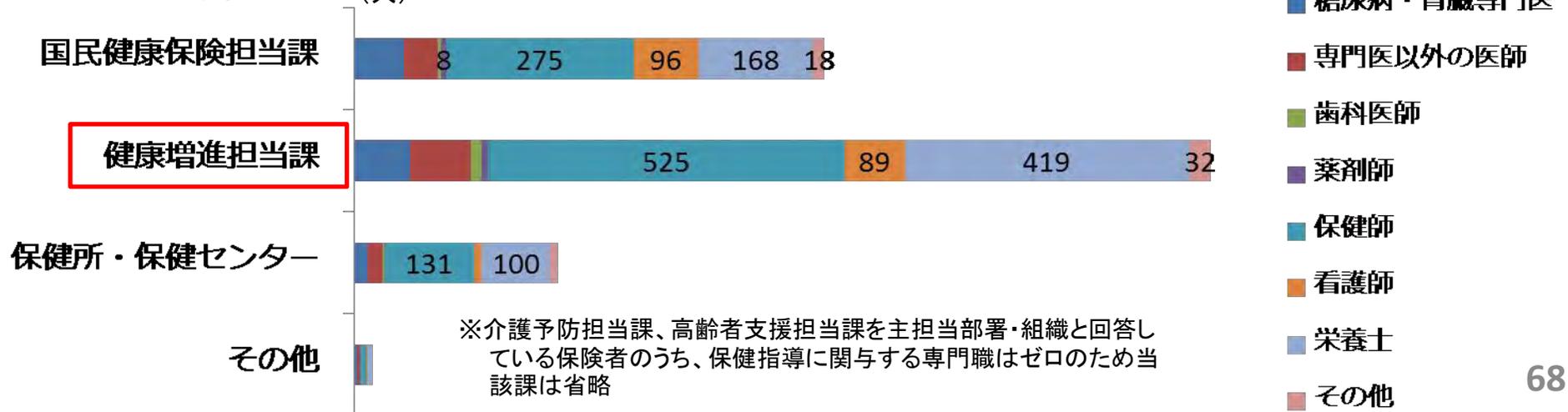
- 保健指導の計画策定・実施・評価改善の全ての段階において、関与する専門職は保健師、栄養士の順に多い。
- 重症化予防の主担当部署が健康増進担当課である場合の方が関与する専門職が多い。

日本健康会議2016保険者データヘルス全数調査結果

## (1) 段階別



## (2) 主担当部署別

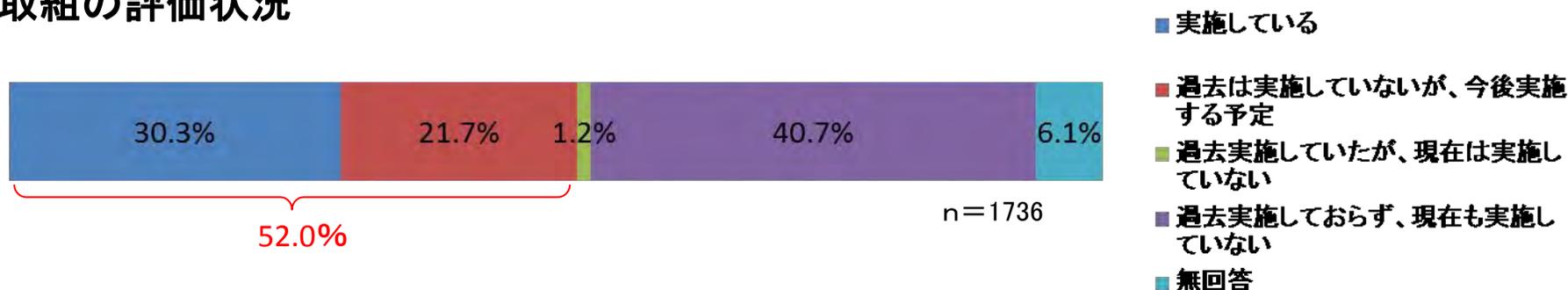


# 市町村における重症化予防における取組の評価

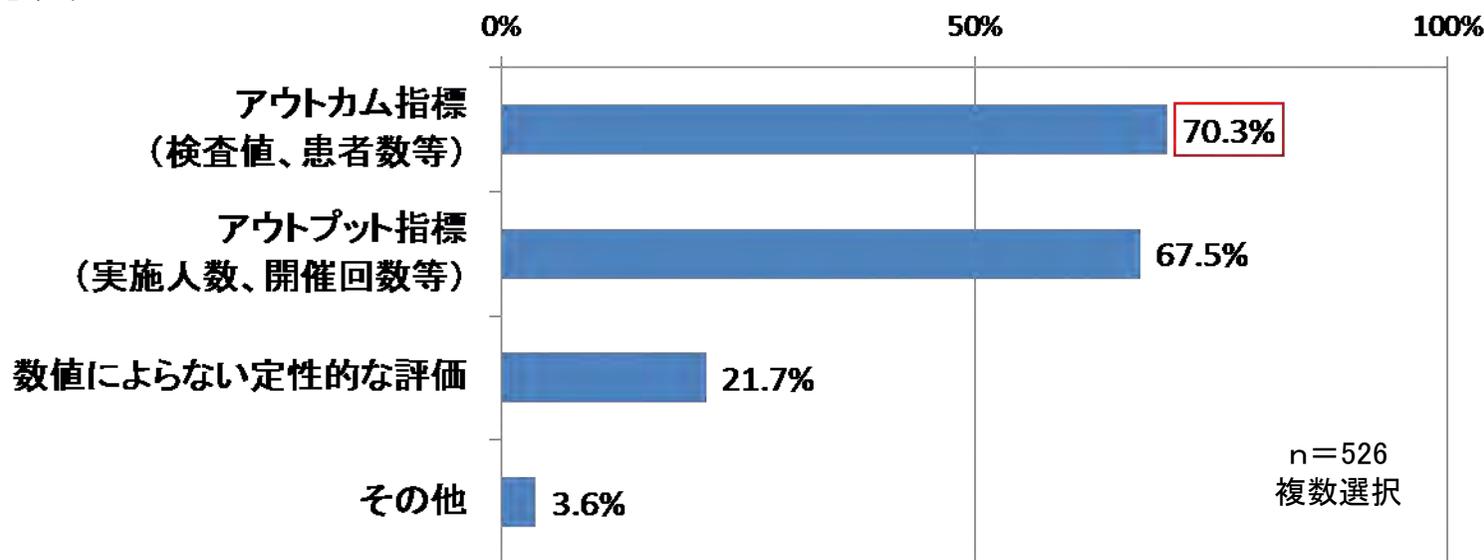
- 重症化予防における取組の評価は、約3割の保険者が実施しており、今後実施する予定を含めると半数超となる。
- 実施されている評価方法は、アウトカム指標での評価が最も多く、次いでアウトプット指標での評価が同程度に実施されている。

## (1) 取組の評価状況

H28糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査結果



## (2) 評価方法

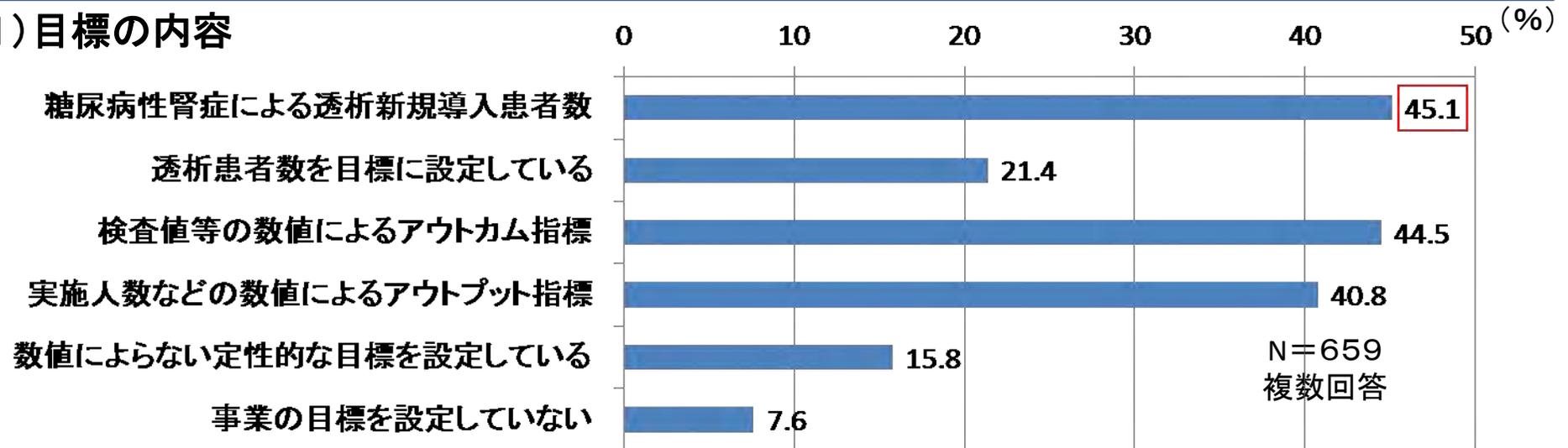


# 市町村における事業の目標及び評価の状況

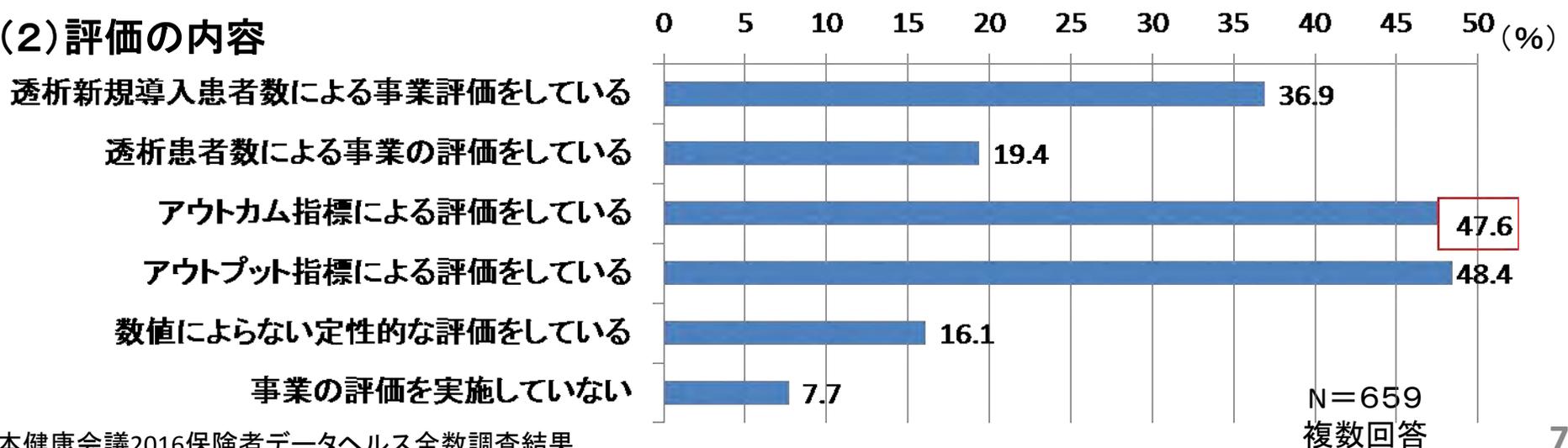
○重症化予防を行う市町村国保が設定している事業の目標としては、「糖尿病性腎症による新規透析導入患者数」が最も多い。

○重症化予防の事業実施後に行っている評価の内容は、「アウトプット指標による評価」、「アウトカム指標による評価」が多く、「透析新規導入患者数による事業評価」は目標よりも低い割合となっている。

## (1) 目標の内容



## (2) 評価の内容

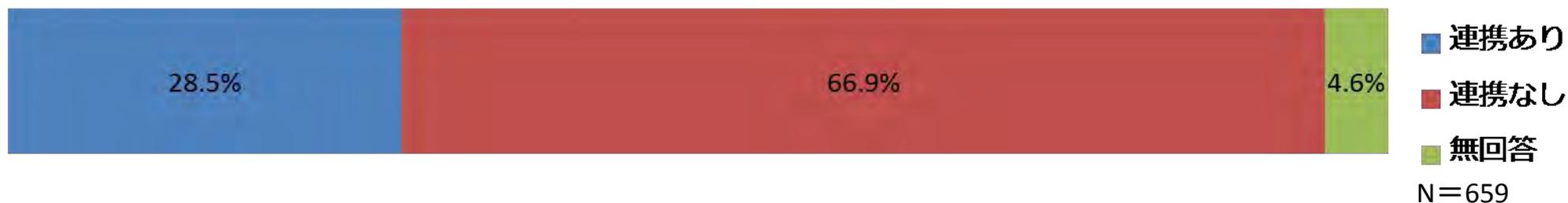


# 市町村における都道府県糖尿病対策推進会議との連携の状況

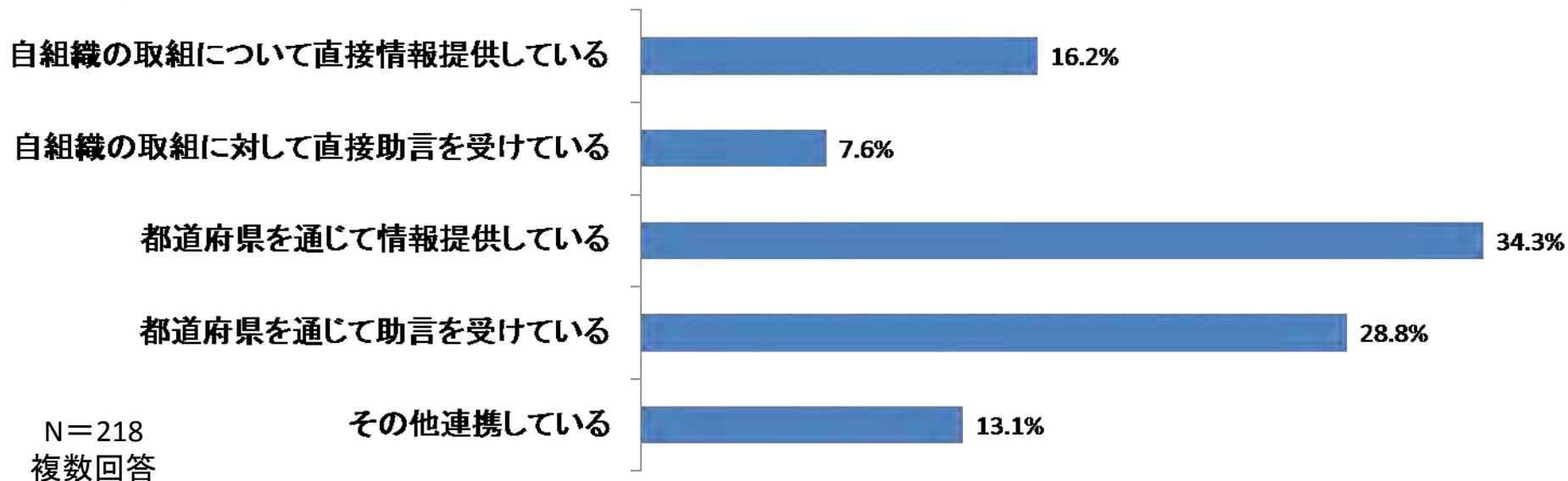
- 都道府県糖尿病対策推進会議と連携している市町村国保は、3割弱に止まっている。
- 連携内容としては、都道府県を通じた情報提供、助言が多い。
- 「糖尿病対策推進会議へ都道府県を通じて情報提供している」「糖尿病対策推進会議から都道府県を通じて助言を受けている」それぞれと「糖尿病対策推進会議と連携していない」に弱い負の相関がある。

## (1) 連携の有無

日本健康会議2016保険者データヘルス全数調査結果



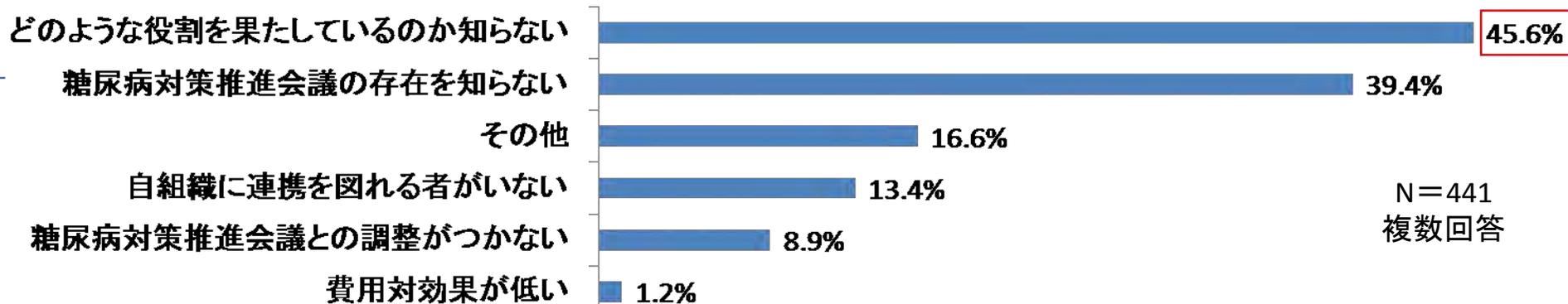
## (2) 連携内容



# 市町村が都道府県糖尿病対策推進会議と連携していない理由

- 都道府県糖尿病対策推進会議と連携していない理由としては、「どのような役割を果たしているか知らない」、「存在を知らない」が多い。
- 都道府県糖尿病対策推進会議の存在を知らないと回答した市町村のある都道府県は全国に点在しているが、東北地方にやや多い(東北6県のうち5県)。

日本健康会議2016保険者データヘルス全数調査結果



糖尿病対策推進会議の存在を知らないと回答した市町村のある都道府県※

北海道  
青森県  
岩手県  
宮城県  
秋田県  
山形県  
福島県  
茨城県  
栃木県  
群馬県

埼玉県  
千葉県  
東京都  
神奈川県  
新潟県  
山梨県  
長野県  
静岡県  
愛知県  
三重県

滋賀県  
京都府  
大阪府  
兵庫県  
奈良県  
和歌山県  
鳥取県  
岡山県  
広島県  
山口県

香川県  
愛媛県  
高知県  
福岡県  
佐賀県  
長崎県  
大分県  
宮崎県  
鹿児島県  
沖縄県  
40都道府県

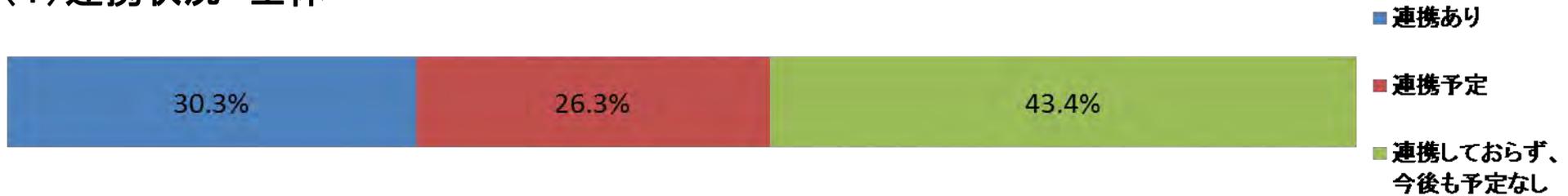
※糖尿病対策推進会議と連携していない市町村のうち、連携していない理由として、「糖尿病対策推進会議の存在を知らない」と回答した市町村のある都道府県

# 市町村における都道府県糖尿病対策推進会議との連携の状況

- 都道府県糖尿病対策推進会議と連携している市町村は、全体では3割超であり前年度より1.8ポイント増加している。
- 人口規模別では、1万人未満の小規模保険者が最も連携しているが、今後連携する予定を含めると10万人以上の大規模保険者が最も連携することになる。

H28糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査結果

## (1) 連携状況 全体



(参考) 保険者データヘルス全数調査(調査時点は平成27年度中) 「連携あり」28.5%

n=1736

## (2) 連携状況 人口規模別



# 都道府県における都道府県糖尿病対策推進会議との連携状況

○都道府県における都道府県糖尿病対策推進会議との連携は、47都道府県のうち連携しているとするのは30道府県(63.8%)、今後連携する予定は12都県(25.6%)、合わせて42都道府県(89.4%)が連携済み又は連携予定であった。

H28糖尿病性腎症重症化予防取組内容調査結果

連携している	今後連携する予定	連携しておらず、今後も予定なし
(平成23年以前) 山形県 栃木県 新潟県 富山県 石川県 福井県 京都府 大阪府 奈良県 鳥取県 島根県 徳島県 福岡県 熊本県  (平成25年度) 埼玉県  (平成27年度) 群馬県 長野県 広島県 大分県 鹿児島県  (平成28年度) 北海道 宮城県 秋田県 神奈川県 滋賀県 兵庫県 和歌山県 山口県 佐賀県 沖縄県	(平成28年度予定) 東京都 岡山県 香川県 長崎県 宮崎県  (平成29年度予定) 岩手県 福島県 千葉県 静岡県 愛知県 愛媛県  (平成30年度予定) 三重県	青森県 茨城県 山梨県 岐阜県 高知県
30道府県(63.8%)	12都県(25.6%)	5県(10.6%)

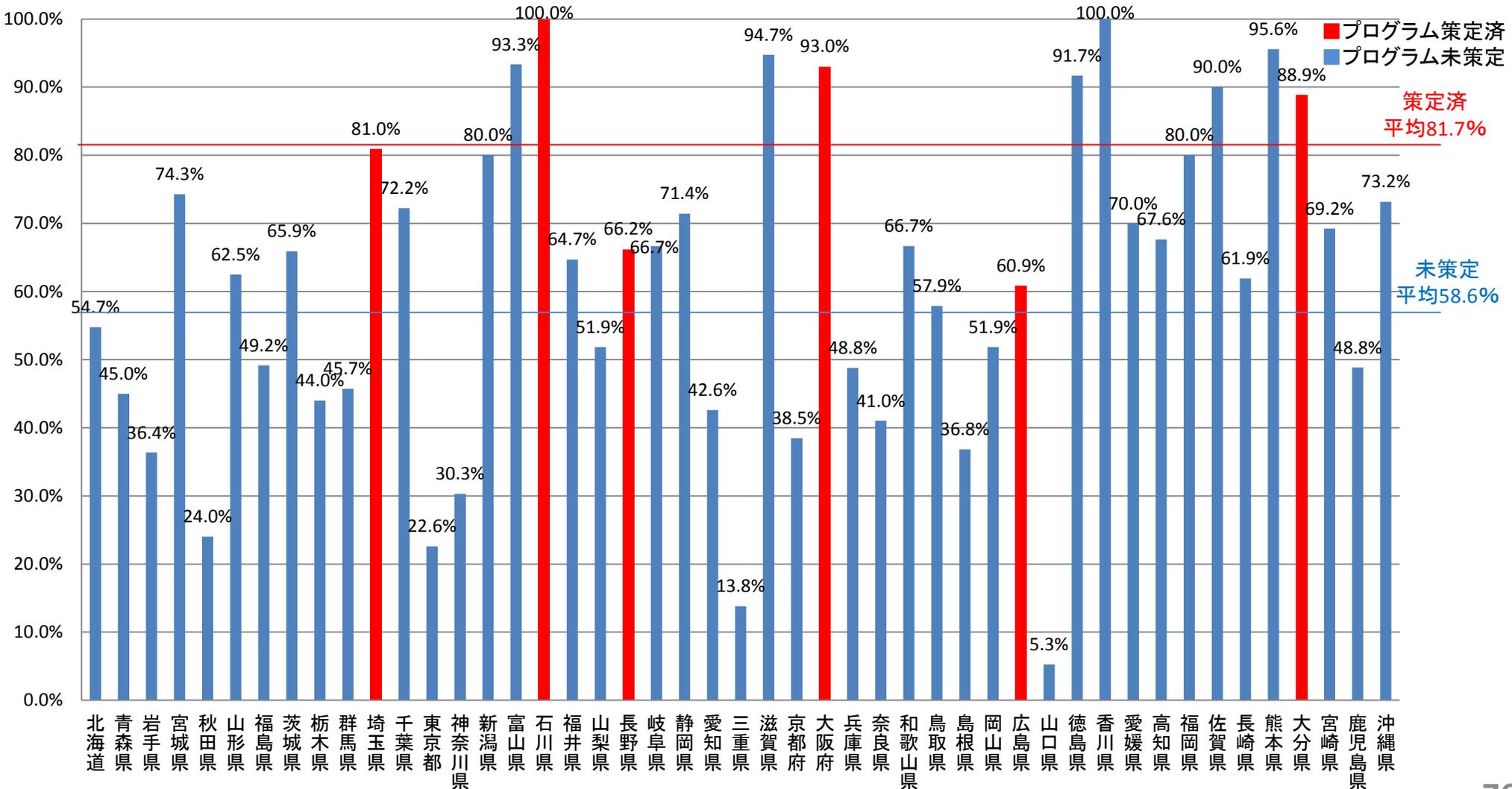
# 都道府県における都道府県版重症化予防プログラムの策定状況

- 都道府県版重症化予防プログラムの策定状況は、既に策定済みは6府県(12.8%)、今後策定予定は29道府県(61.7%)であった。
- 今後策定予定のうち、平成28年度中の策定予定は11県(37.9%)、平成29年度中の策定は14道府県(48.3%)であった。

策定している	今後策定する予定	未定
(平成26年度策定) 埼玉県  (平成27年度策定) 大阪府  (平成28年度策定) 石川県 長野県 広島県 大分県	(平成28年度予定) 秋田県 山形県 栃木県 富山県 山口県 香川県 福岡県 佐賀県 長崎県 鹿児島県 沖縄県  (平成29年度予定) 北海道 岩手県 福島県 茨城県 千葉県 福井県 静岡県 京都府 奈良県 島根県 徳島県 愛媛県 高知県 宮崎県  (平成30年度予定) 群馬県 鳥取県  (平成31年度以降予定) 愛知県 和歌山県	青森県 宮城県 東京都 神奈川県 新潟県 山梨県 岐阜県 三重県 滋賀県 兵庫県 岡山県 熊本県   <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;">                         調査時点:                          平成28年10月1日時点                     </div>
6府県(12.8%)	29道府県(61.7%)	12都県(25.5%)

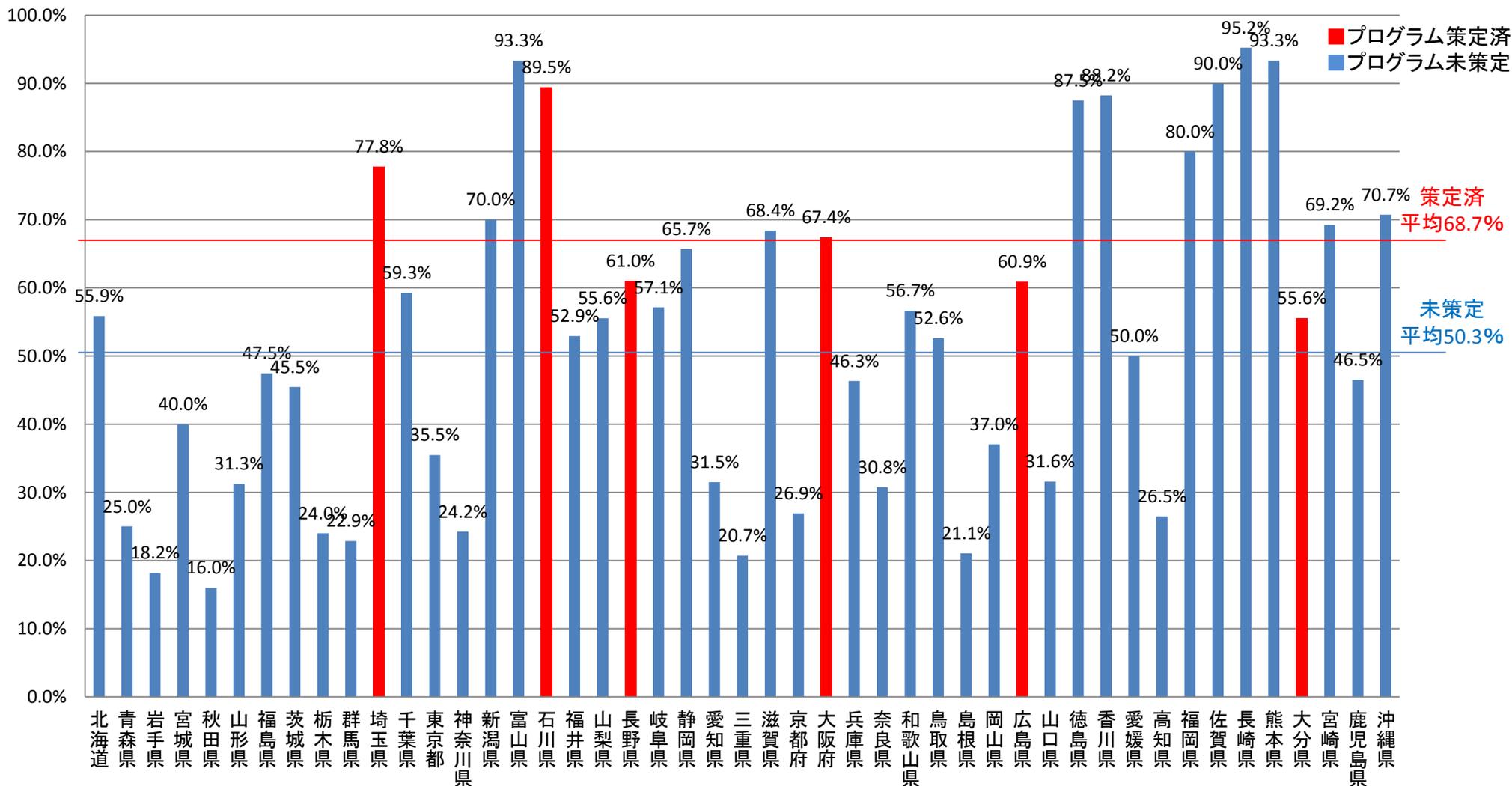
# 糖尿病性腎症重症化予防に係る受診勧奨の実施の有無

○プログラム策定済の都道府県では市町村の81.7%が受診勧奨の取組を実施している。  
 ○一方で、プログラム未策定の都道府県では市町村における受診勧奨の実施は平均58.6%にとどまっている。



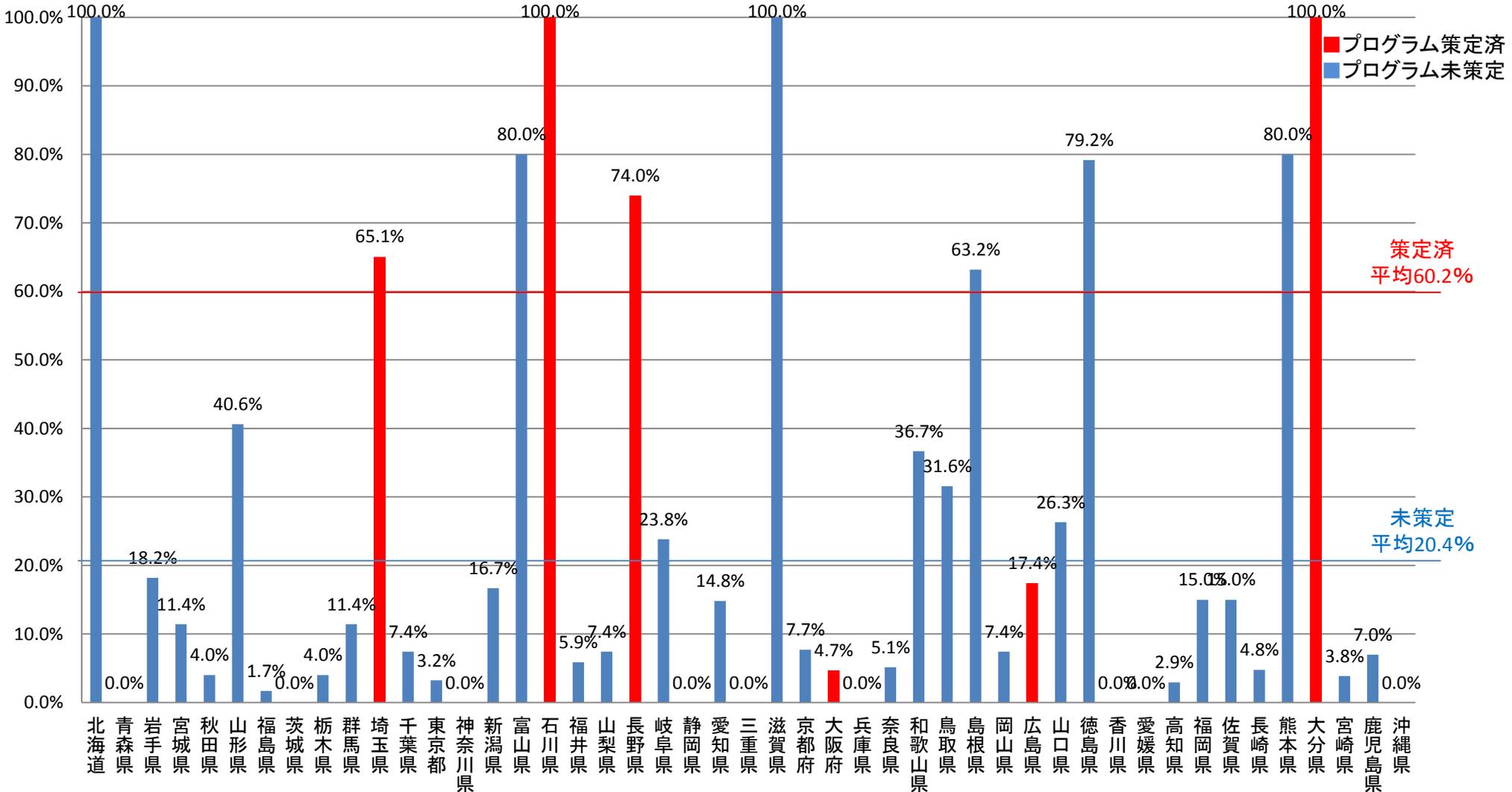
# 糖尿病性腎症重症化予防に係る保健指導の実施の有無

○プログラム策定済の都道府県では市町村の68.7%が保健指導の取組を実施している。  
 ○一方で、プログラム未策定の都道府県では市町村における保健指導の実施は平均50.3%にとどまっている。



# 糖尿病対策推進会議との連携の有無

○プログラム策定済の都道府県では市町村の60.2%が糖尿病対策推進会議と連携している。  
 ○一方で、プログラム未策定の都道府県の市町村における糖尿病対策推進会議との連携は平均20.4%にとどまっている。



# 都道府県における都道府県版重症化予防に係る連携協定の締結状況

○都道府県において重症化予防に係る連携協定を締結しているのは3県(6.4%)、今後締結する予定があるのは10府県(21.3%)、合わせて13府県(27.7%)が締結済み又は締結予定であった。

## (1) 締結状況

締結している	今後締結する予定	締結しておらず、今後も予定なし
(平成26年度) 埼玉県  (平成28年度) 栃木県 広島県	(平成28年度予定) 山口県 長崎県  (平成29年度予定) 岩手県 福島県 千葉県 京都府 愛媛県 宮崎県  (平成30年度) 愛知県 和歌山県	北海道 青森県 宮城県 秋田県 山形県 茨城県 群馬県 東京都 神奈川県 新潟県 富山県 石川県 福井県 山梨県 長野県 岐阜県 静岡県 三重県 滋賀県 大阪府 兵庫県 奈良県 鳥取県 島根県 岡山県 徳島県 香川県 高知県 福岡県 佐賀県 熊本県 大分県 鹿児島県 沖縄県
3県(6.4%)	10府県(21.3%)	34道都県(72.3%)

## (2) 締結先の組合せ

- 医師会・都道府県糖尿病対策推進会議【埼玉県・広島県】
- 医師会・その他(県保険者協議会)【栃木県】

## 4. 都道府県・市町村の取組事例

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定（長野県）



## これまでの取組と課題

- 発症予防から重症化予防への連携（特定健診の結果による受診勧奨）が不十分。
- 保険者が医療機関で治療中の者に対する介入を行うのが困難。
- かかりつけ医と保険者との連携が不十分。
- 小規模市町村が多いため、保険者間で取組状況にバラつきがある。

## プログラムの内容(工夫した点)

### ○保険者協議会との連携

長野県医師会、長野県糖尿病対策推進会議に加え、長野県保険者協議会と連携して策定。

### ○プログラムにおける取組

- ①受診勧奨 ②保健指導 ③かかりつけ医と専門医の連携
- ①と②の対象者選定基準は、国プログラムより拡大し、保険者が柔軟に決められる。

### ○保健指導の実施手順 以下の2パターンを提示

- ①包括同意…あらかじめ、かかりつけ医（郡市医師会）から保健指導の対象者選定基準と実施する保健指導の内容について了解を得ておき、個別の同意は得ない。
- ②個別同意…個々の対象者について、かかりつけ医の同意を得る。

## 策定の経緯

### <市町村からの要望>

- かかりつけ医との連携の枠組みを県レベルで構築して欲しい。
- 保険者努力支援制度の評価対象となることを見据えて、全市町村で取り組めるよう、プログラムを策定して欲しい。

### 長野県におけるプログラムの策定 (H28年8月公表)

将来的に被用者保険での取組も視野に入れて、策定段階から実施主体の保険者と連携。

### 保険者でのこれまでの取組を尊重

保健指導の対象者選定基準では、糖尿病性腎症を発症している者だけでなく、そのリスクが高い者も含めた。（喫煙者、メタボ等）

### 地域の実情に沿った取組を推進

マンパワーの少ない小規模市町村でも、事務負担を簡素化できる包括同意の手順を採用することにより、かかりつけ医との連携を進めやすくなる。

## 今後の展開

<現状の取組状況> (H28.10月時点) (全市町村数77)  
受診勧奨: 51市町村(66%) / 保健指導: 47市町村(61%)

### <目標>

まずは全市町村国保で受診勧奨の取組をH29年度中に開始することを目指す。(残り26市町村)

## 県としての取組

- 市町村が郡市医師会等と調整を行う際のサポート  
例) 県の保健福祉事務所が、包括医療協議会の場を活用し、市町村と医療関係者との調整を行う。
- 市町村保健師、栄養士等の専門職のスキルアップの支援
- 保険者協議会を活用した、好事例の横展開

# 高知県における重症化予防対策の取組みについて



## 1 第3期日本一の健康長寿県構想

<血管病（脳血管疾患、心疾患、糖尿病）対策の推進>  
 ・特定健診の受診勧奨の強化や特定保健指導の体制強化、**要治療者への受診勧奨強化**の取組みにより血管病対策を推進

### 重症化予防対策

未治療ハイリスク者への早期介入及び治療中断者に対する治療継続の支援

治療開始及び症状の悪化防止や合併症の発症減少、治療継続による重症化の予防

## 2 事業の進め方

K D B 国保データベースシステム、特定健診等データ管理システムを活用したハイリスク者の抽出

### 未治療者一覧作成ツール

健診結果から有所見者を抽出し、その内、高血圧、糖尿病、脂質異常症にかかる投薬の算定有無を確認することで未治療者をリスト化するためのツール

### 治療中断者一覧作成ツール

糖尿病における治療中断者をリスト化するためのツール。  
 前年度の治療状況から糖尿病重症患者を選定し、その内、今年度の糖尿病治療（投薬、インスリン注射等）が無い者を抽出する。

- ・リストを作成し、ハイリスク者へのアプローチを実施
- ・重症化予防対策をPDCAサイクルに沿って進めるために保険者から県に進捗の報告

## (参考)ツールの指定条件による抽出結果(H28.8.12現在)

①H27年度特定健診受診者数	②未治療者数(※1)	抽出率②/①
47,934	1,153	2.4%

①H27年度平均被保険者数	②糖尿病治療中断者数(※2)	抽出率②/①
199,228	753	0.4%

### (※1) 未治療者 (ツール抽出条件)

- ◆H27年度健診受診者で条件に該当する者の内、H27年度内に血圧・血糖・脂質いずれも服薬が無い有資格者
- ◆条件【血圧160/100以上、HbA1c8.4以上、尿蛋白2+以上、eGFR40未満のいずれかに該当】

### (※2) 糖尿病治療中断者 (ツール抽出条件)

- ◆H27年度に糖尿病治療等【糖尿病薬、インスリン注射、HbA1c検査、生活習慣病管理料（糖尿病）、栄養指導料】が有り、H28年度（4～5月診療分）に糖尿病治療等の無い者の内、H27年度に糖尿病性合併症（網膜症・腎症・神経障害）又はインスリン注射が有る有資格者

## 3 スケジュール

- ・ H28年3月：試作版を全市町村に配布  
 国保連合会からXRLにてツール、操作マニュアル、アンケートの配布  
 （アンケート締切：H28年4月22日（金））
- ↓
- ・ H28年4月～5月：上記アンケートを踏まえ、国保連合会で試作版ツールを改良
- ↓
- ・ H28年5月～6月：説明会開催
- ↓
- ・ H28年8月：正式版ツールを全市町村に配布

- ・ H28年8月：市町村でH27データによるリストを作成、  
 県に介入前の状況を報告（5月診療分を反映）

ハイリスク者へのアプローチ開始

- ・ H29年1月：市町村から県に介入内容等の進捗の報告（10月診療分を反映）

ハイリスク者へのアプローチ継続

- ・ H29年6月：市町村から県に介入内容等の進捗の最終報告（3月診療分を反映）  
 市町村でH28データによるリストを作成

# 千葉県香取市 「受診勧奨と継続的な保健指導、 かかりつけ医との情報共有」

## 【平成27年度】

- ・郡市医師会に糖尿病性腎症予防に係るアンケート実施
- ・市内A病院(糖尿病専門医)との**合同勉強会**2回実施
- ・市内B病院の「透析予防の会(地域連絡会)」参加
- ・重症化予防のための家庭訪問

## 【平成28年度】

- ・研究班参加  
(**部課を超えて**、国民健康保険班と健康づくり班が協力体制)
- ・郡市医師会に事業説明、治療中の人への保健指導介入について協力依頼

	27年度	男	女
特定健診受診者数	8,516	3,812	4,704
HbA1c 6.5以上	750	462	288
(AND)問診項目2番 インスリン・血糖下げる薬(-)	337	204	133
(AND)問診項目6番 慢性腎不全・透析(-)	331	200	131
(AND)問診項目4, 5番 脳卒中・心臓病(-)	295	169	126
(AND)問診項目1, 3番 血圧・コレステ下げる薬(-)	160	100	60
HbA1c 6.5以上	750	462	288
(AND)尿蛋白(+)以上	81	66	15
(AND)問診項目2番 インスリン・血糖下げる薬(-)	26	22	4

⇒26名に対して、28年7月にレセプトを確認し、14名に絞り込んだ

昨年度から、こつこつ体制  
づくりを積み重ねてきて...

- ①保健指導プログラム案内を郵送
- ②電話での参加勧奨
- ③初回面談
- ④継続支援(月1回、面談または電話)
- ⑤糖尿病連携手帳によるかかりつけ医との情報共有



# 糖尿病性腎症重症化予防事業について

## 1. 趣旨

- 2型糖尿病性腎症で治療中の人工透析導入前の国民健康保険被保険者に対し、重症化予防を目的とした保健事業をかかりつけ医、薬局薬剤師、管理栄養士等の協働で実施するもの。

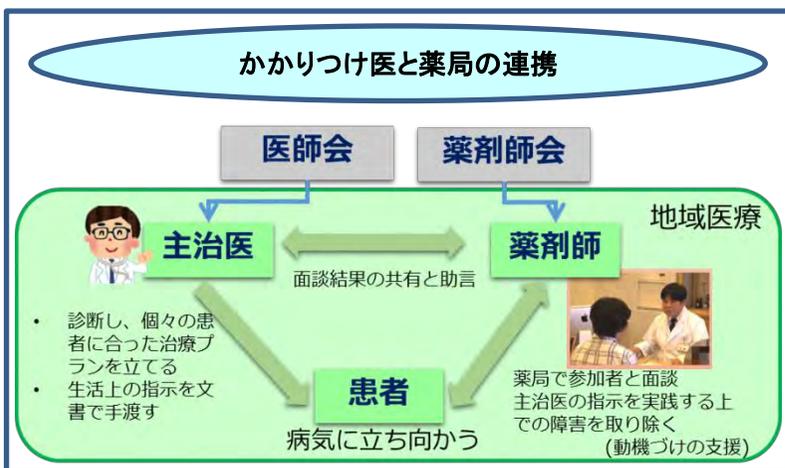
協力：松本市医師会、松本薬剤師会

## 2. 対象者

- 国保被保険者で2型糖尿病患者 20～50人（糖尿病性腎症第2～3期で通院治療している40歳以上75歳未満の者）

## 3. 対象者の抽出と事業実施までの流れ（平成28年度の状況）

- (1) レセプトデータから、協力医療機関・病名・処方された薬剤等を条件として、事業の対象者を抽出
  - (2) 協力医療機関（かかりつけ医）へ上記(1)の名簿を提供し、かかりつけ医から重症化予防事業の対象となる患者に事業への参加を勧奨
  - (3) 対象者は、普段利用している薬局で事業内容の説明を受けた上で、参加の同意書を提出
  - (4) かかりつけ医からの指示に基づき、**薬局薬剤師から対象者へ6ヶ月間の「コーチングプログラム（服薬・食事・生活習慣等の自己管理支援プログラム）」**を実施し、自己管理目標の達成を図る
- ※ 薬局薬剤師が指導を実施することで、対象者が必要な時に相談し易い体制を構築



### 薬局薬剤師 コーチングプログラム

- 自己管理目標の設定支援  
「味噌汁を1日1回にする」  
「毎日20分足踏み運動をする」  
「薬を忘れずに服用する」 等
- 面談jの実施  
・ 1回平均30～40分  
・ 対面（4回以上）、電話相談（2回以上）

結果

- ◆ 継続率 95%
- ◆ 自己管理目標 8割達成
- ◆ 糖尿病内服薬 服薬遵守率改善 (91%→99%)

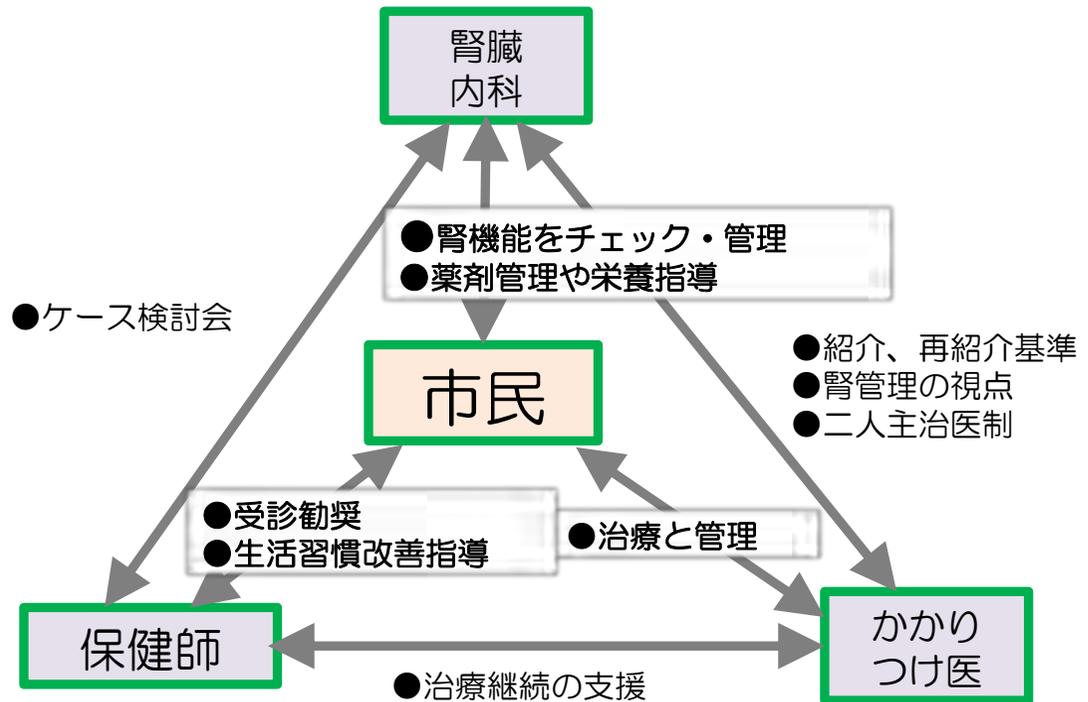
# 大阪府寝屋川市「重症化予防事業の取組み」

## 透析予防のための地域連携

### CKD予防地域連携システム

#### 地域連携協定

- H25年 寝屋川市・医師会・歯科医師会・薬剤師会・関西医大香里病院で生活習慣病重症化予防のための協定を結ぶ
- かかりつけ医と腎専門医の2人主治医制をすすめる
- 対象者には二次検査
  - ★頸部血管エコー
  - ★尿アルブミン精密測定結果に基づき、必要時専門医を勧奨



## 5. 厚生労働省が行っている支援措置

# 国保健康保険の保健事業に対する助成について

市町村が糖尿病性腎症重症化予防に向けた取組を行う場合、「国民健康保険の保健事業に対する助成について」（平成28年4月28日付け保国発第4号）に基づき、国から助成を行っている。

## （2）国保保健指導事業

### （i）糖尿病性腎症重症化予防

糖尿病性腎症の患者であって、生活習慣の改善により重症化の予防が期待される者（人工透析導入前段階の者）に対して、保険者が医療機関等と連携して実施する予防事業。

なお、実施に当たって、「「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の策定について（依頼）」（平成28年4月20日付け保発0429第4号）の別紙1「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考に選定を行った対象者に行うもの。

### 〈取組の例〉

- ・糖尿病性腎症重症化予防に重点を置いた取組（被保険者の同意のもと、治療中の者や受診勧奨判定値を超えている者等への、医療機関等と連携した保険者による保健指導。）

# 市町村等に対する予防・健康づくり等のインセンティブの仕組み

## 保険者努力支援制度

〔概要〕 ○医療費適正化への取組や国保固有の構造問題への対応等を通じて保険者機能の役割を発揮してもらう観点から、保険者としての努力を行う都道府県や市町村に対し、適正かつ客観的な指標（後発医薬品使用割合・収納率等）に基づき得られる得点に応じて支援金を交付することで、国保の財政基盤を強化する。

〔規模〕 ○H28・29年度は市町村について特別調整交付金の一部を活用して前倒し実施。（H28年度は150億円）  
○H30年度以降は都道府県・市町村合わせて700～800億円程度。

### 【評価指標の考え方について】

- 保険者種別それぞれの特性に応じた新たなインセンティブ制度を設ける中で、保険者種別共通の項目を設定。各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別毎に設定。
- 糖尿病等の重症化予防、後発医薬品の使用促進、特定健診受診率向上、個人へのインセンティブ提供などの医療費適正化に資する取組の実施状況を共通項目として設定する。

### 【評価指標ごとの加点の考え方について】

- 各評価指標ごとに医療費適正化効果、取組の困難さ及び基礎的な体制構築等を総合的に考慮し5～40点を配点する。

加点	項目
40点	重症化予防の取組、収納率向上 ※本来「後発医薬品の使用割合」はこの配点であるが、使用割合の把握方法が不十分なため暫定的に15点とする。
20点	特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、個人へのインセンティブ提供、個人への分かりやすい情報提供
15点 ※暫定的な点数設定	後発医薬品の使用割合、後発医薬品の促進の取組
10点	がん検診受診率、歯周疾患(病)検診、重複服薬者に対する取組、データヘルス計画の策定、医療費通知の取組、第三者求償の取組
5点	地域包括ケアの推進

# 保険者努力支援制度(前倒し(平成28年度分))の評価指標

## 保険者共通の指標

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

- 特定健診受診率・特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

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

- がん検診受診率
- 歯科疾患(病)検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

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

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

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

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

## 国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料(税)収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の策定状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

## 〔重症化予防に関する評価指標〕

No.	指標	加点
共通 3	<p>重症化予防の取組の実施状況（平成28年度の実施状況を評価） 以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 対象者の抽出基準が明確であること</li> <li>② かかりつけ医と連携した取組であること</li> <li>③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること</li> <li>④ 事業の評価を実施すること</li> <li>⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること</li> </ol> <p>※ 取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に応じ適切なものを選択する。</p>	40点

# 都道府県版プログラムの策定等の要請

- 平成28年10月に都道府県・市町村に対し取組内容調査を行ったところ、次のような課題が見られた。
  - ・都道府県版プログラムを策定したのは6府県に止まる。
  - ・国保担当と健康推進担当の連携が必ずしも取れていない。
  - ・行政とかかりつけ医・医師会・糖尿病対策推進会議等との連携が必ずしも取れていない。
- このため、平成29年3月に、厚生労働省から都道府県及び市町村に対して①都道府県版プログラムの策定、②庁内連携の推進、③連携協定の締結を要請した。(H29.3.10国保課・高齢者医療課・健康推進課通知)

## 1 都道府県版プログラムの策定

- ・都道府県レベルでの糖尿病性腎症重症化予防プログラムは、関係者の役割を明確にし、連携体制の構築を行い、市町村への様々な支援を行うことで、取組の重要性を関係者に明らかにし、市町村、広域連合が体制を構築する際の負担を軽減させ、継続的な取組の展開を促すもの。
- ・特に、医療機関との連携が必要不可欠であり、都道府県の役割を期待。
- ・未策定の都道府県は、国のプログラムを踏まえ、市町村、広域連合の取組が円滑に行われるよう関係者と調整の上、都道府県版プログラムを速やかに策定することを求める。

## 2 庁内連携の推進

- ・都道府県、市町村においては国民健康保険担当課のみならず**組織横断的な取組が必要**
- ・一方で、必ずしも国民健康保険担当課と健康増進担当課等で十分連携が図られていない。
- ・都道府県・市町村それぞれ**国民健康保険担当課、後期高齢者医療担当課、健康増進担当課等の間において庁内連携を推進し、それぞれの視点を生かしながら重症化予防の取組が都道府県・市町村全体で効果的・効率的に行われるよう調整する。**

## 3 連携協定の締結

- ・重症化予防に向けて受診勧奨、保健指導等といった取組を進めるに当たっては、**地域の医療機関や糖尿病性腎症の専門医等の専門関係団体・専門家との連携が不可欠。**
- ・そのため、**各都道府県の関係団体、糖尿病対策推進会議等との間で連携協定を締結することで、目的を共有し、それぞれの立場から協力して取組を進める体制づくりを進める。**

## 6. 課題と今後の方向

# 重症化予防を進める上での課題①

## 1 重症化予防に取り組む市町村の数が少ない。

(1) 取組を行っていても、5つの達成基準を全ては達成できない市町村が多い。

(調査から伺われる課題状況)

- ・糖尿病対策推進会議の認知度が低く、連携が進んでいない。(→3)
- ・医師会・かかりつけ医との連携が進んでいない。
- ・専門職が携わる保健指導を進める上での課題を整理する必要がある。
- ・事業の効果を上げるための事業の評価を進める上での課題を整理する必要がある。

(2) 取り組みを実施していない市町村での取組も促進し、取組を進める裾野を拡げる必要がある。

(実施しない市町村が抱える阻害要因)

- ・市町村で事業を実施できる人材(企画・運営・保健指導)が不足している。
- ・関係団体との調整がつかない・かかりつけ医などからの協力が得られない。
- ・財源の確保が難しい。
- ・健康課題としての優先順位が低い。

## 2 都道府県によっては市町村等への支援が必ずしも進んでいない。

(1) 重症化予防の推進に積極的ではない都道府県がある。

- ・なぜ重症化予防を都道府県が進める必要があるのか理解されていない。
- ・市町村の取組を促進・充実するためには総合的な支援が必要ということが理解されていない。

(2) 関係者との連携が必ずしも進んでいない。

- ・都道府県内でも担当課と関係する課との連携が進んでいない。
- ・都道府県内の関わるべき関係者や団体との連携が必ずしも進んでいない。
- ・特に医師会との連携が進んでいない。
- ・また糖尿病対策推進会議をはじめとする専門団体との連携が進んでいない。
- ・連携協定を締結している都道府県はまだ少ない。

(3) 重症化予防プログラムの策定が進んでいない。

- ・重症化予防プログラムを策定する予定がない都県、予定があるとしても先送りされている県がある。

(4) 都道府県への期待を明確にする必要がある。

- ・都道府県のプログラムで定めている内容は、主に対象者の抽出、介入方法、かかりつけ医等の役割であり、都道府県・医師会・糖尿病対策推進会議の役割まで踏み込んだ記載のあるものは限られている。
- ・都道府県では具体的な目標の設定や評価が必ずしも行われていない。

## 重症化予防を進める上での課題②

### 3 糖尿病対策推進会議等の関係団体との連携が必ずしも進んでいない。

(1) 関係団体に期待される役割が明確にされていない。

(2) 糖尿病対策推進会議との連携が必ずしも進んでいない。

- ・都道府県により、連携が取れている市町村の状況に差がある。
- ・都道府県経由の連携が多く、直接の情報提供・助言は少ない。
- ・糖尿病対策推進会議の存在や果たす役割を知らない市町村が多い。
- ・糖尿病対策推進会議との連携の必要性を理解していない市町村がある。

(3) 様々な関係団体との連携が必ずしも進んでいない。

- ・関係団体の取組の必要性と具体的な方策が明確となっていない。

### 4 取り組みを行っている市区町村の取り組みの中身には濃淡がある。

(1) 取組を実施する市町村でも、市町村により実施内容に濃淡がある。

- ・市町村における重症化予防の取組は、主に受診勧奨、保健指導が実施されているがその実施対象・内容にはばらつきがある。
- ・健康教育・健康相談は1/4程度の取組となっている。
- ・糖尿病対策推進会議との連携は、都道府県を通じた情報提供が2/3を占めている。

(2) 各取組が目指すべき方向性が明確になっていない。

- ・ほとんどの市町村が実施上の課題を抱えており、特に対象者に関する課題が大きい。
- ・取組が進んでいる市町村の取組推進のきっかけ・背景事情や取組推進の調整過程での具体的な方法論等の情報が少ない。

### 5 後期高齢者広域連合の取組が必ずしも進んでいない。

(1) 都道府県によって取組の濃淡がある。

- ・都道府県(後期担当)の取組はまだ少ない。広域に対する支援の実施も少ない。
- ・広域連合の取組の格差。複数事業を実施する広域連合がある一方で、実施予定がない広域連合も多い。

(2) 広域連合と市区町村の連携体制づくりが重要である。

- ・市区町村との連携により実施することが多い。

(3) 糖尿病性腎症の重症化予防とともに、循環器系や筋骨格系疾患なども含めた生活習慣病等の重症化予防を進める必要がある。

- ・糖尿病性腎症の重症化予防とともに、循環器系や筋骨格系疾患なども含めた生活習慣病等の重症化予防の取組はまだ数が少ない。

# 今後の基本的な方向性（イメージ）

## 基本的な方向性

- 重症化予防に取り組む市町村及び広域連合の数を増やす。
- 合わせて、
  - ①中身の充実した取組を促進する。
  - ②評価を行い効果の上がる取組を促進する。
- 自治体の取組を推進するため、
  - ①都道府県のプログラム策定を推進し、都道府県による支援を進める。
  - ②関係団体による取組・支援を進める。



○重症化予防(国保・後期広域)WGにおいて、今後の重症化予防の取組の更なる展開に向けた議論を行い、取りまとめを公表して、都道府県・市町村等の取組を支援する予定  
(平成29年7月目途)

○保険者努力支援制度における重症化予防に関する評価指標について、

- ・市町村の評価指標を28年度の実施状況等を見ながら見直し
- ・30年度からの都道府県の評価指標を設定する予定

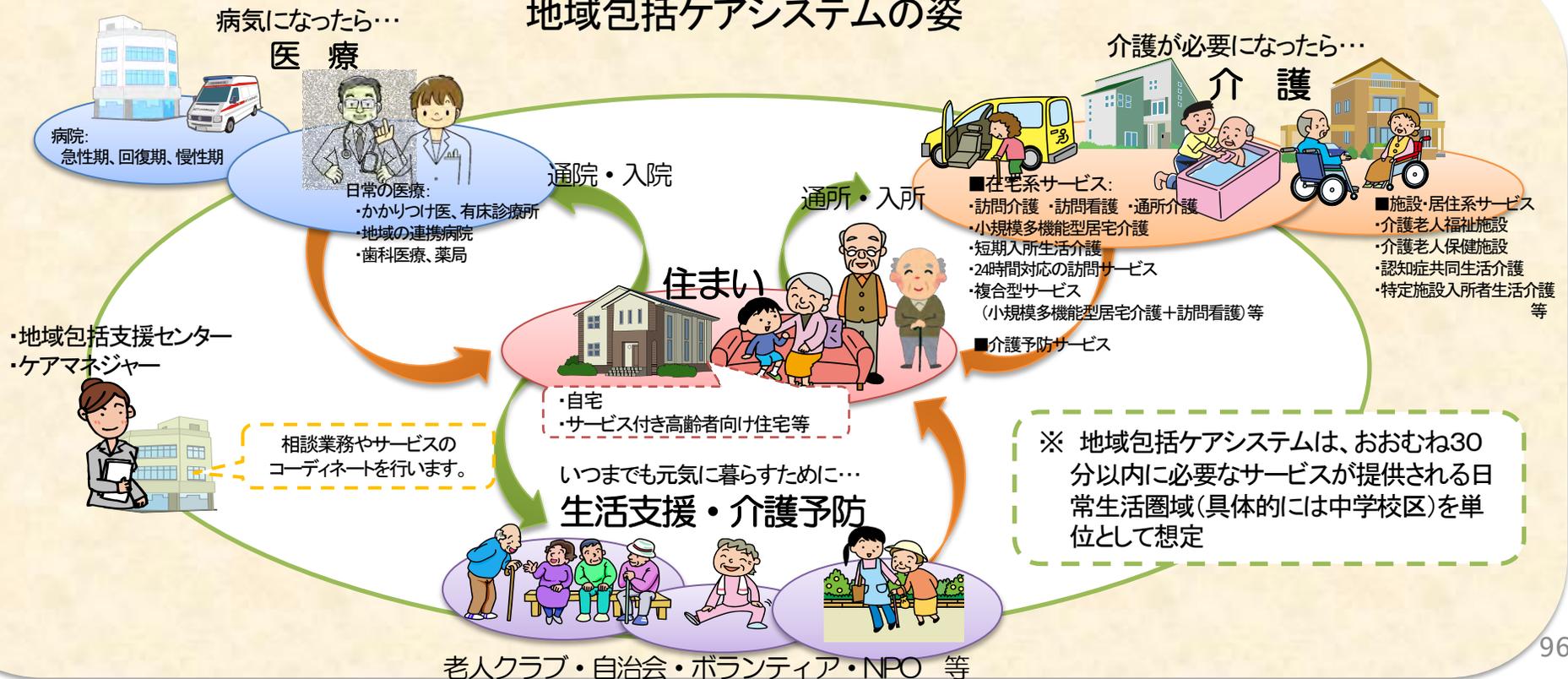
  
(平成29年夏目途)

# V 地域包括ケア

# 地域包括ケアシステムの考え方

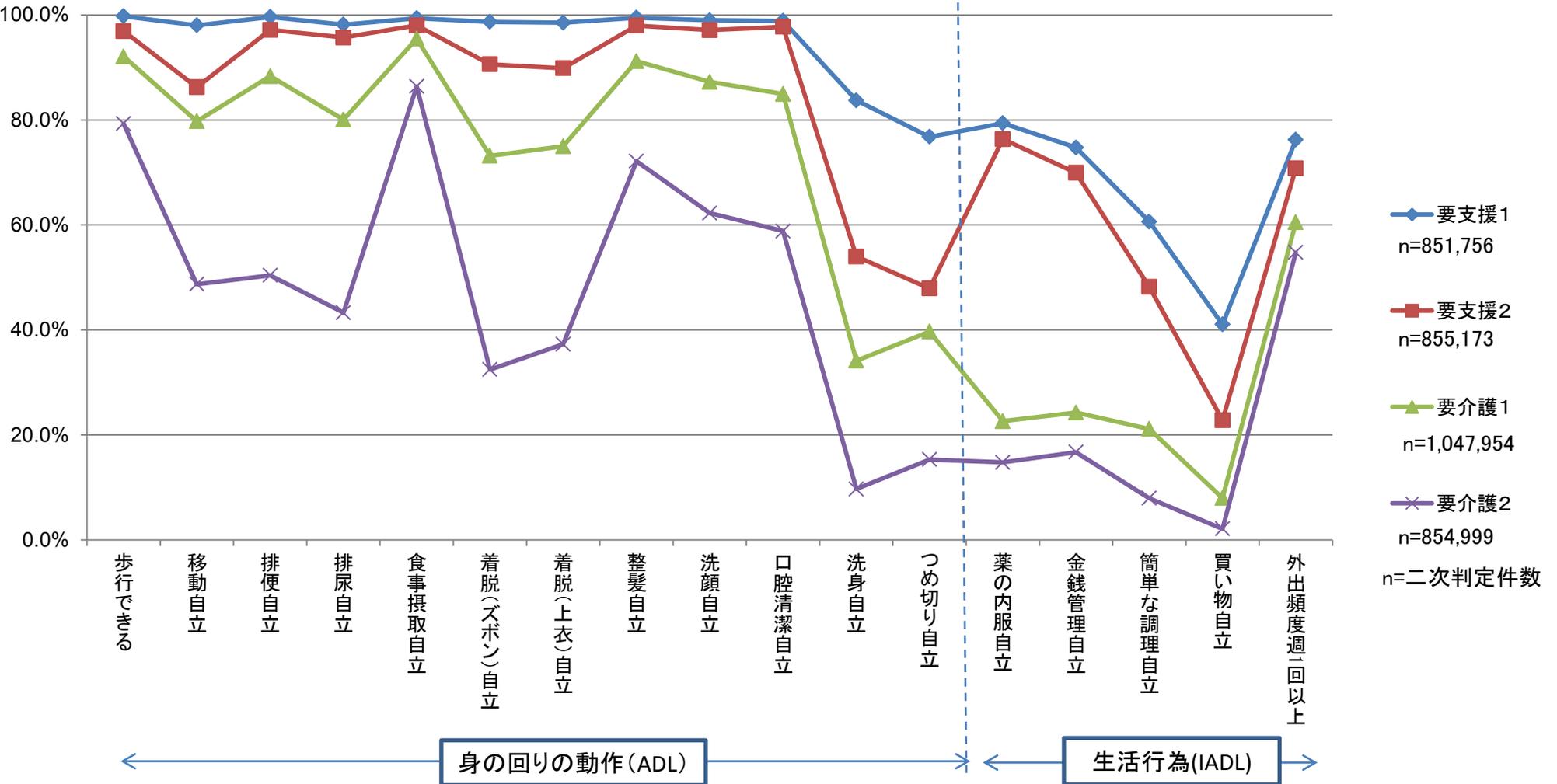
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。

## 地域包括ケアシステムの姿



# (参考)要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))



# 国保において行う地域包括ケアシステム構築に向けた取組

- 国民健康保険においても、効率的な医療費の活用を進め、地域の住民が暮らしやすい体制を構築するために、地域に即した地域包括ケアシステムの構築に市町村保険者が積極的に関わることが期待される。
- 国保として行う取り組みとしては例えば次のようなものが考えられる。

## ①課題を抱える被保険者の把握と働きかけ

- ・KDBデータなどを活用した包括ケア実現に向けた事業等のターゲット層の洗い出し
- ・洗い出された被保険者にお知らせ・保健師の訪問活動などにより働きかけ
- ・リスクが高い者に係る情報の地域サービス関係者との共有、地域ケア会議などでの地域関係者との意見交換 など

## ②地域で被保険者を支える仕組みづくり

- ・地域で被保険者を支える仕組みづくりに向けた施策・事業・人材などさまざまなレベルでの取り組みを検討・実施
- ・健康教室等地域住民の参加するプログラムの開催、自主組織の育成
- ・介護保険で進められている日常生活支援事業、在宅医療・介護連携など地域支援事業や介護保険事業計画に基づく事業などへの参加・協力
- ・介護担当と協力した在宅医療体制の構築の支援、総合的な医療・介護チームづくり など

## ③地域で被保険者を支えるまちづくり

- ・医療・介護・保健・福祉・住まいなど暮らし全般を支えるための直面する課題、将来の地域の動向、必要なサービス・人材・資源、地域にある既存の資源、地域でできること、必要な仕掛けなどについて議論
- ・国保保険者として企画担当者・保健師が積極的に参加 など

## ④国保直診施設の積極的活用

- ・国保直診施設において地域に不足する様々なサービスを実施
- ・地域のサービスのコーディネーター役を担当
- ・地域づくりの司令塔の役割を担当 など

## ①課題を抱える被保険者の把握と働きかけ

特定健診データや国保レセ・介護レセをKDBデータを活用するなどして分析し、ハイリスク・予備軍と考えられるターゲット層を洗い出し



その際に、市町村において地域包括ケア実現に向け取り組んでいる保健・介護・生活支援・介護予防などの関連事業についても関心を持って対応

保健師の活動の一環に位置付けて、訪問活動を展開

訪問した結果、医療だけではなく、介護予防や生活支援、介護などが必要

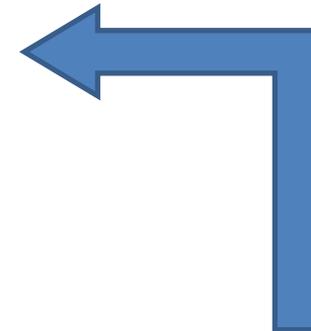


・市町村の地域包括支援センターの担当者などにつなぐ。  
・サービス事業者などに情報をつなぐ

課題が複雑に絡んでいて、担当者だけでは解決が難しい



市町村で行われている地域ケア会議に事案を提出して、地域の様々な関係者との意見交換につなげ、働きかけていく



地域ケア会議や、今まで介護サービスを中心として利用していた被保険者について、情報提供を受けて、国保の訪問活動につなげていく

## ②地域をつなぐ仕組みづくりへの参加・協力

○健康教室など地域住民へ働きかけるプログラムを開催する際に工夫。

＝住民自身を地域のリーダーとして養成し、地域で自主的活動を広める主体になってもらうとともに、自主組織の育成を進める。

○介護保険において進められている介護予防・日常生活支援総合事業や在宅医療・介護連携事業、介護保険事業計画に基づく様々な在宅サービスの基盤整備のための事業を積極的に活用。

○高齢者を支援するため、既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用した多様なサービスとの関わりを持つ。

○市町村の各地区に設けられた地域包括支援センターで開催される地域ケア会議に国保からも保健師や企画担当が出席。

○地域の在宅医療体制の構築の支援

### <期待される効果>

自主組織が、地域での生活支援や介護予防などの担い手に成長していくことも期待。

地域にある様々な自主組織に対して、保健サイドから働きかけることで、相乗効果を期待。

こういった活動を進める中で、国保サイドでの保健事業についても情報提供を行ったり、参加を呼びかけたり、あるいは活用を働きかけるといった形で、相互の関わりを拡大。

議論に参加することで、地域で生じているニーズを把握し、保健・医療の側面からどういう取組ができるのか考える契機となる。

医療と介護ではもともとの行動原理が違うため、介護担当と一緒にあって、その隙間をつなぎ、地域での総合的な医療・介護チームを作り上げていく。

### ③地域で被保険者を支えるまちづくりへの参加・協力

地域の関係者と地域ケア会議などにおいて、高齢者などの暮らしをどう支え、どのような地域としていきたいか将来像を描き、具体化に向けて取り組む

- ・医療・介護・保健・福祉・住まいなど全般にわたって高齢者の暮らしを支えるために、今どのような課題があるのか、
  - ・将来の地域の動向はどうなるのか、
  - ・課題に対応するために必要なサービス・人材・資源は何か、
  - ・そのために地域を中心としてできることは何か、
  - ・どのような仕掛けが最も適切か
- といったことを議論。

○国保保険者(企画担当者・保健師)としてもその議論に積極的に参加・協力していく

○議論の中で浮かび上がってくる保健施策のニーズに国保サイドの取組としてどんなことができるか考える。

○保険者として幅広く持っている地域の医療データの情報などを活用し、地域の傾向からみて、こういったところをやってみたらどうだろうか等の提案を行う。

## ④国保直診施設等の積極的活用

□地域包括ケアを進める上で、「医療」はその中核的役割を果たす。  
このため、地域の中核的な医療機関が、その役割を担うことが期待される。

- ・国保直診施設がある場合には、その国保直診施設。
- ・国保直診施設の代わりに、公立病院や、医師会病院、民間の中核的医療機関などがその役割を担うことも考えられる。

### <期待される役割>

#### ①地域に不足する様々なサービスの実施

- ・医療を提供するだけでなく、地域で必要とされている保健事業、訪問診療、訪問看護、介護サービス、生活支援等を一元的・総合的に実施する。

#### ②地域のサービスのコーディネートの役割

- ・問題解決のための行政機関や地域のサービス事業者、住民や地域の様々な団体などとの連携、地域の抱える課題を解決するための資源の開発、様々な関係者とのネットワークづくりを行う。

#### ③地域づくりの司令塔の役割

- ・地域の行政機関や地域のサービス事業者、住民や地域の様々な団体などとのネットワークの中心となって、地域づくりを進める。

# 市町村国保において行う地域包括ケアシステム構築の事例 (未定稿)

項目	具体的事例
部局横断的な議論の場への国保部局の参画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア推進ネットワークへの参画</li> <li>・地域包括ケア推進担当課が主催する会議への参加・地域の健康課題の分析結果の提供</li> <li>・健康課(健康づくり係)と福祉課(包括)の専門職が集まって、会議を開催している(目標や事業実施の共有化)</li> </ul>
地域のネットワークへの国保部局の参画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護部門が主催で開催している在宅医療ネットワークの会議に国保部門として参画している。</li> <li>・地域包括支援センターを含む保健福祉医療連絡調整会議を定期的に行い、現在のサービスの問題点の検討、今後の保健福祉医療体制整備についての話し合いをしている。</li> </ul>
関係者との情報共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療情報ネットワークへの健康診断等情報の提供による情報共有</li> <li>・将来の介護状態を見据えて対象者をアセスメントし、介護部門と情報共有する</li> <li>・具体的な居場所や家族構成、親族等の情報、疾病既往歴、医療機関受診情報など、被保険者個々にかかる情報の共有</li> </ul>
高齢者などの居場所、生きがい、自立、健康づくりなどにつながる住民主体の地域活動の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動自主グループ「さわやか体操クラブ」の支援</li> <li>・住民組織である地域自主組織との継続的な話し合いにより、住民主体の取組に向け支援。</li> <li>・60歳以上の国保加入者を対象に、市民が主役の健康づくりを目指した「元気磨きたい」活動を展開。</li> <li>・介護保険部門と検討会議を立ち上げ、身近な場での行き場づくりや通いの場を創設あるいは維持に向けた取組</li> </ul>

# 市町村国保において行う地域包括ケアシステム構築の事例 (未定稿)

項目	具体的事例
介護と連携した事業の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・65歳介護保険証交付説明会で特定健診の周知</li> <li>・健康寿命の延伸のため特定健診の受診勧奨を地域ケア会議を通じて行った。</li> <li>・特定健診(集団)時に介護予防事業介護予防の評価事業のための運動機能測定、健康および形態測定(血圧、脈拍、身長、体重、BMI)、運動機能の測定(握力、海岸片足立ち、タイムアップアンドゴー、5m最大歩行)を実施している</li> <li>・介護保険部門と連携した、介護予防の観点も盛り込んだ生活習慣病予防教室や個別健康相談「目指せ！元気100歳活動」と題し、地区の実態や希望に合わせ、地域の集会所を利用して「心身の健康」につながるような活動を実施する。内容に応じて医療福祉センターの専門スタッフが応援する。</li> <li>・重症化が懸念される74歳までの特定健診受診者と介護認定者を突合せ、要介護認定を受けていない対象者に介護予防のための訪問事業を実施。</li> <li>・要支援・要介護1該当者の自宅を訪問し、健康状態の受診勧奨を実施</li> </ul>
後期高齢者医療制度と連携した保健事業の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・75歳以上の健診受診者で重症化が懸念される対象者に保健指導を実施し、その後包括支援センターにハイリスク者として渡し、服薬管理等を実施し重症化を予防する。</li> </ul>

# 在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 事業項目を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

## ○事業項目と取組例

### （ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



### （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

### （キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



### （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

### （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

### （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

### （カ）医療・介護関係者の研修

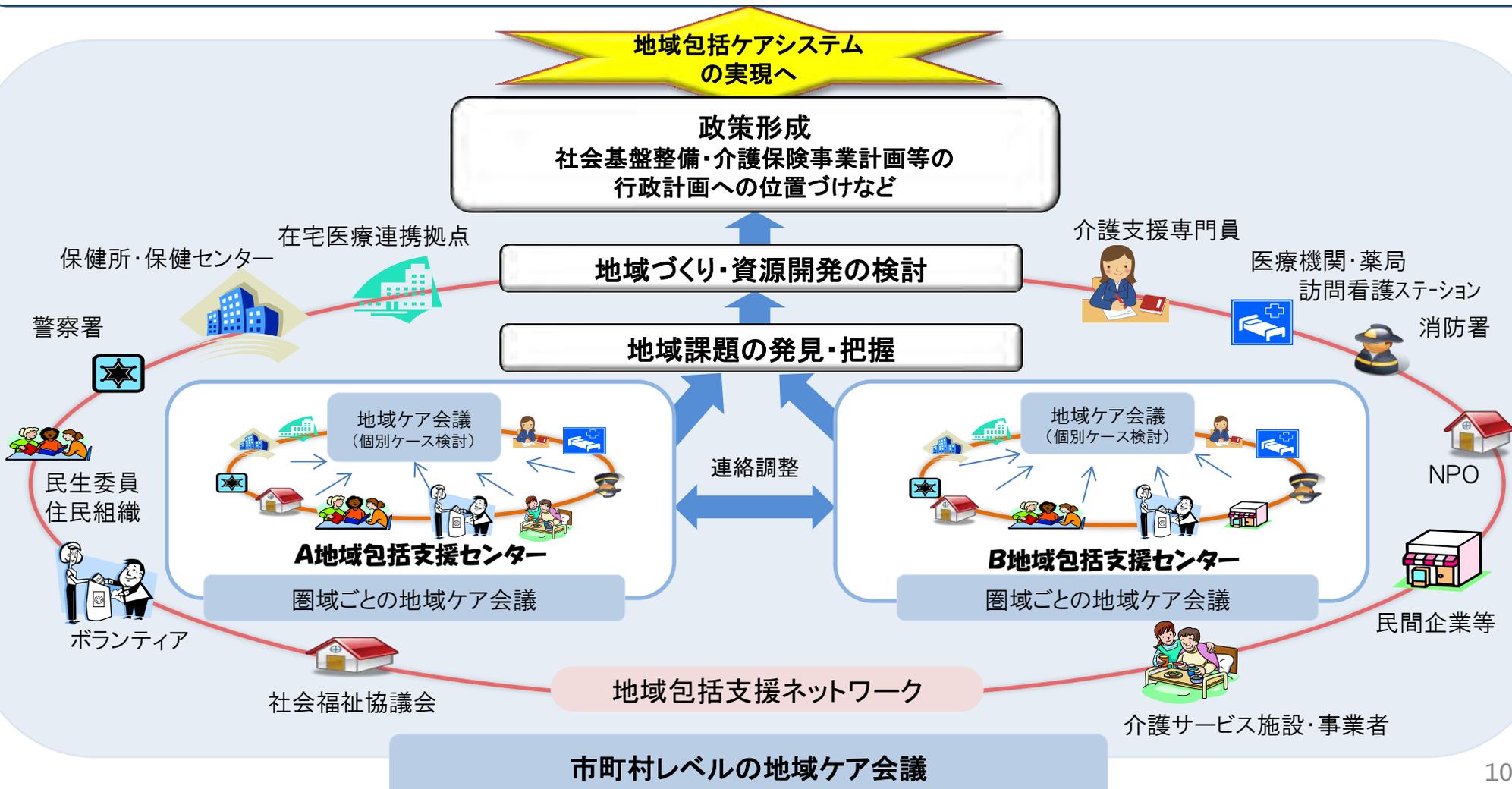
- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

### （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

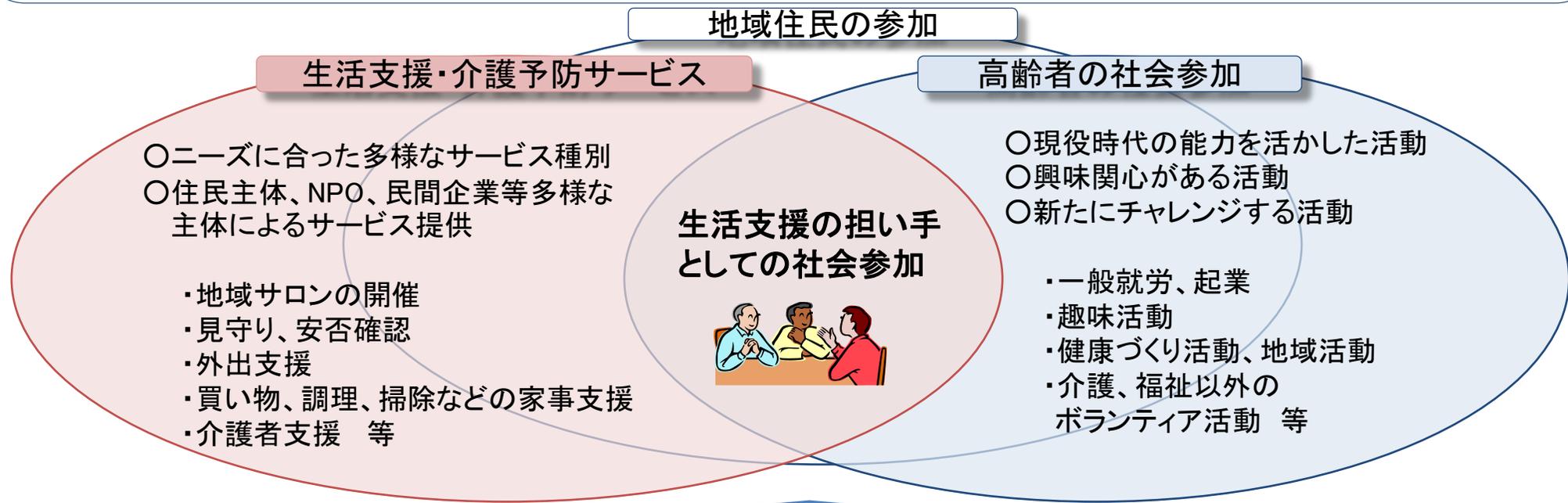
# 「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

- 地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。
- 市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
- 市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。



# 生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援・介護予防サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
- 多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。具体的には、生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



## 地域住民の参加

### 生活支援・介護予防サービス

- ニーズに合った多様なサービス種別
- 住民主体、NPO、民間企業等多様な主体によるサービス提供

- ・地域サロンの開催
- ・見守り、安否確認
- ・外出支援
- ・買い物、調理、掃除などの家事支援
- ・介護者支援 等

### 生活支援の担い手としての社会参加



### 高齢者の社会参加

- 現役時代の能力を活かした活動
- 興味関心がある活動
- 新たにチャレンジする活動

- ・一般就労、起業
- ・趣味活動
- ・健康づくり活動、地域活動
- ・介護、福祉以外のボランティア活動 等

## バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化

## バックアップ

都道府県等による後方支援体制の充実

# 多様な主体による生活支援・介護予防サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」の配置や協議体の設置などに対する支援

## 生活支援・介護予防サービスの提供イメージ



## 事業主体

民間企業

NPO

協同組合

社会福祉法人

ボランティア

等

## バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）

➡ 民間とも協働して支援体制を構築

# 地域包括ケアシステムの課題

- 「人」と「金」
- 縦割りの歪（壁）
- シームレスなサービス提供  
（医療・介護連携、ネットワークの構築）
- 首長と住民の理解と協力
- 専門職の認識
  - 地域包括ケアの概念の理解
  - 「人」をみる医療・介護・福祉
  - 「生活」の視点が重要
  - 「連携」の重要性

# 組織横断的な取り組み

個人支援と  
まちづくりの  
両輪が必要

- 健康寿命の延伸と元気高齢者の社会参加への支援
- 病気や要介護状態になっても安心して暮らせるケアの提供

上記を実現する社会基盤整備

- 一部門の枠組みだけでは解決できない
- 組織横断的な取組への意識改革が必要



施策化・事業化には根拠が求められ、タイミングがある  
行政職員のチームワークとリレーが大切

# 自助・互助・共助・公助からみた地域包括ケアシステム



※自助・互助・共助・公助からみた地域包括ケア(地域包括ケア研究会)をもとに作成

## VI 保険者努力支援制度

# 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（0.1%以下）の保険者は、加算率0.23%			

## 〈平成28、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）	後期高齢者医療広域連合
	同上		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 ⇒最大で特定健診・保険指導の実施率が5%程度の保険者まで対象拡大 ⇒加算率：最大1.0% ⇒減算率：1～10%の間で検討	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（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（案）	被扶養者の健診実施率向上、事業主との連携（就業時間中の配慮、受動喫煙防止等）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

# 保険者努力支援制度(前倒し(平成28年度分))について

## ○考え方について

### 【評価指標の考え方について】

- 糖尿病等の重症化予防、後発医薬品の使用促進、特定健診受診率向上、個人へのインセンティブ提供などの医療費適正化に資する取組の実施状況を項目として設定する。

### 【評価指標ごとの加点の考え方について】

- 各評価指標ごとに医療費適正化効果や、取組の困難さ等を総合的に考慮し5～40点を配点する。

### 【予算規模について】

- 前倒し分にあっても、一定のインセンティブを付与する観点から150億円の予算とする。

## ○評価指標について

### 保険者共通の指標

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

- 特定健診受診率・特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

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

- がん検診受診率
- 歯科疾患(病)検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

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

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

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

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

### 国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料(税)収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の策定状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

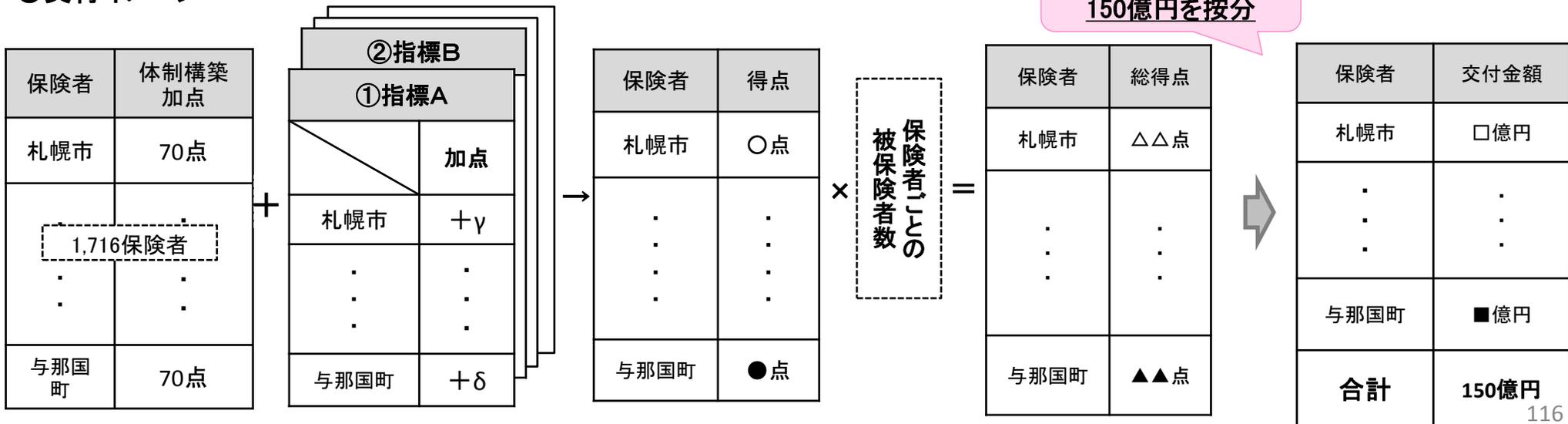
- 第三者求償の取組状況

# 保険者努力支援制度(前倒し(平成28年度分))について

## ○配点について

加点	項目
40点	重症化予防の取組、収納率向上 ※本来「後発医薬品の使用割合」はこの配点であるが、使用割合の把握方法が不十分なため暫定的に15点とする。
20点	特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、個人へのインセンティブ提供、個人への分かりやすい情報提供
15点 ※暫定的な点数設定	後発医薬品の使用割合、後発医薬品の促進の取組
10点	がん検診受診率、歯周疾患(病)検診、重複服薬者に対する取組、データヘルス計画の策定、医療費通知の取組、第三者求償の取組
5点	地域包括ケアの推進

## ○交付イメージ



# 保険者努力支援制度前倒し分における評価指標①

No.	指標	加点
共通 1－i	<p>(1) 特定健康診査の受診率（平成26年度の実績を評価）</p> <p>① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60％）を達成しているか。</p> <p>② ①の基準は達成していないが、受診率が全自治体の上位3割に当たる45.2％を達成しているか。</p> <p>③ ①及び②の基準は達成していないが、受診率が全自治体の上位5割に当たる39.4％を達成しているか。</p> <p>④ ①から③までの基準は達成していないが、平成25年度の実績と比較し、受診率が3ポイント以上向上しているか。</p>	<p>①20点</p> <p>②15点</p> <p>③10点</p> <p>④5点</p>
共通 1－ii	<p>(2) 特定保健指導の受診率（平成26年度の実績を評価）</p> <p>① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（60％）を達成しているか。</p> <p>② ①の基準は達成していないが、受診率が全自治体上位3割に当たる46.5％を達成しているか。</p> <p>③ ①及び②の基準は達成していないが、受診率が全自治体上位5割に当たる30.2％を達成しているか。</p> <p>④ ①から③までの基準は達成していないが、平成25年度の実績と比較し、受診率が5ポイント以上向上しているか。</p>	<p>①20点</p> <p>②15点</p> <p>③10点</p> <p>④5点</p>
共通 1－iii	<p>(3) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率（平成26年度の実績を評価）</p> <p>① 第二期特定健康診査等実施計画期間における目標値（25％）を達成しているか。</p> <p>② ①の基準は達成していないが、減少率が全自治体の上位3割に当たる9.17％を達成しているか。</p> <p>③ ①及び②の基準は達成していないが、減少率が全自治体の上位5割に当たる4.62％達成しているか。</p> <p>④ ①から③の基準は達成していないが、平成25年度の実績と比較し、減少率が3ポイント以上向上しているか。</p>	<p>①20点</p> <p>②15点</p> <p>③10点</p> <p>④5点</p>

## 保険者努力支援制度前倒し分における評価指標②

No.	指標	加点
共通 2-i	<p>(1) がん検診受診率（平成26年度の実績を評価）</p> <p>① 胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がんの5つのがん検診の平均受診率が全自治体の上位5割に当たる13.3%を達成しているか。</p> <p>② 上記基準は達成していないが、平成25年度と比較し、平均受診率が1ポイント以上向上しているか。</p>	<p>①10点 ②5点</p>
共通 2-ii	<p>(2) 歯周疾患（病）検診実施状況（平成28年度の実施状況を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯周疾患（病）検診を実施しているか。</li> </ul>	10点
共通 3	<p>重症化予防の取組の実施状況（平成28年度の実施状況を評価）</p> <p>以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 対象者の抽出基準が明確であること</li> <li>② かかりつけ医と連携した取組であること</li> <li>③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること</li> <li>④ 事業の評価を実施すること</li> <li>⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること</li> </ol> <p>※ 取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に応じ適切なものを選択する。</p>	40点

## 保険者努力支援制度前倒し分における評価指標③

No.	指標	加点
共通 4－i	<p>(1) 個人へのインセンティブの提供の実施（平成28年度の実施状況を評価）</p> <p>① 一般住民の予防・健康づくりの取組や成果に対しポイント等を付与し、そのポイント数に応じて報奨を設けるなど、一般住民による取組を推進する事業を実施しているか。</p> <p>② その際、PDCAサイクル等で見直しを行うことができるよう、インセンティブが一般住民の行動変容につながったかどうか、効果検証を行っているか。</p> <p>※ 効果検証とは、例えば、取組に参加した者へのアンケート調査等が考えられる。</p>	20点
共通 4－ii	<p>(2) 個人への分かりやすい情報提供の実施（平成28年度の実施状況を評価）</p> <p>① 特定健診等の受診者に、ICT等を活用して健診結果を提供しているか。</p> <p>② 疾病リスクとの関係で検査の数値の持つ意味について分かりやすく説明しているか。</p> <p>③ 疾病リスクにより医療機関を受診することが必要な場合には、確実に受診勧奨を実施しているか。</p> <p>④ 検査値を改善するための個人の状態に応じた生活習慣についてのアドバイスも提供していること</p>	<p>① 3点</p> <p>② 3点</p> <p>③ 7点</p> <p>④ 7点</p> <p>※複数 算定可能</p>
共通 5	<p>○ 重複服薬者に対する取組（平成28年度の実施状況を評価）</p> <p>「同一月に3以上の医療機関より、同一の薬効の薬剤の投与を受けている」場合といった重複投与者の抽出を行い、その者に対して何らかのアプローチをするなどの取組を実施しているか。</p>	10点

## 保険者努力支援制度前倒し分における評価指標④

No.	指標	加点
共通 6-i	<p>(1) 後発医薬品の促進の取組（平成28年度の実施状況を評価）</p> <p>① 後発医薬品の使用割合（数量ベース）及び後発医薬品の薬剤費額を把握しているか。</p> <p>② 後発医薬品の使用状況について、年齢別等に類型化し、把握した上で、事業目標を立てているか。</p> <p>③ 後発医薬品の差額通知の事業を実施し、通知前後で後発医薬品への切り替えが行われているか確認をしているか。</p> <p>※ 平成28年度中に取組を実施していれば、実施状況を評価するものとする。</p>	<p>① 7点</p> <p>② 4点</p> <p>③ 4点</p> <p>※複数 算定可能</p>
共通 6-ii	<p>(2) 後発医薬品の使用割合（平成27年度の実績を評価）</p> <p>① 使用割合が全自治体上位1割に当たる67.9%を達成しているか。</p> <p>② 使用割合が全自治体上位3割に当たる62.2%を達成しているか。</p> <p>③ ①及び②の基準は達成していないが、平成26年度と比較し、使用割合が5ポイント以上向上しているか。</p>	<p>① 15点</p> <p>② 10点</p> <p>③ 5点</p>

# 保険者努力支援制度前倒し分における評価指標⑤

No.	指標	加点
固有 1	<p>1 収納率向上に関する取組の実施状況            (1) 保険料(税)収納率(平成27年度実績を評価)            ① 現年度分の収納率が市町村規模別の平成26年度の全自治体上位3割又は上位5割に当たる収納率を達成しているか。            10万人以上            90.83%(平成26年度上位3割) 89.80%(平成26年度上位5割)            5万~10万人            91.11%(平成26年度上位3割) 89.97%(平成26年度上位5割)            1万人~5万人            93.77%(平成26年度上位3割) 92.69%(平成26年度上位5割)            1万人未満            96.52%(平成26年度上位3割) 95.19%(平成26年度上位5割)            ② 平成26年度と比較し収納率が1ポイント以上向上しているか。            ③ 過年度分の収納率が平成26年度と比較し、5ポイント以上向上しているか。</p>	<p>①15点(3割)            10点(5割)            ②10点            ③15点            ※複数            算定可能</p>
固有 2	<p>2 医療費等の分析(平成28年度の実施状況を評価)            ○ データヘルス計画の策定状況            データヘルス計画を策定し、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業を実施しているか。</p>	<p>10点</p>
固有 3	<p>3 給付の適正化等(平成28年度の実施状況を評価)            ○ 医療費通知の取組の実施状況            ・医療費通知について、次の①~⑥の要件を満たす取組を実施しているか。            ① 医療費の額を表示している。            ② 受診年月を表示している。            ③ 1年分の医療費を漏れなく送付している。            (送付頻度は問わない)            ④ 医療機関名を表示している。            ⑤ 入院・通院・歯科・薬局の別及び日数を表示している            ⑥ 柔道整復療養費を表示している。</p>	<p>10点</p>

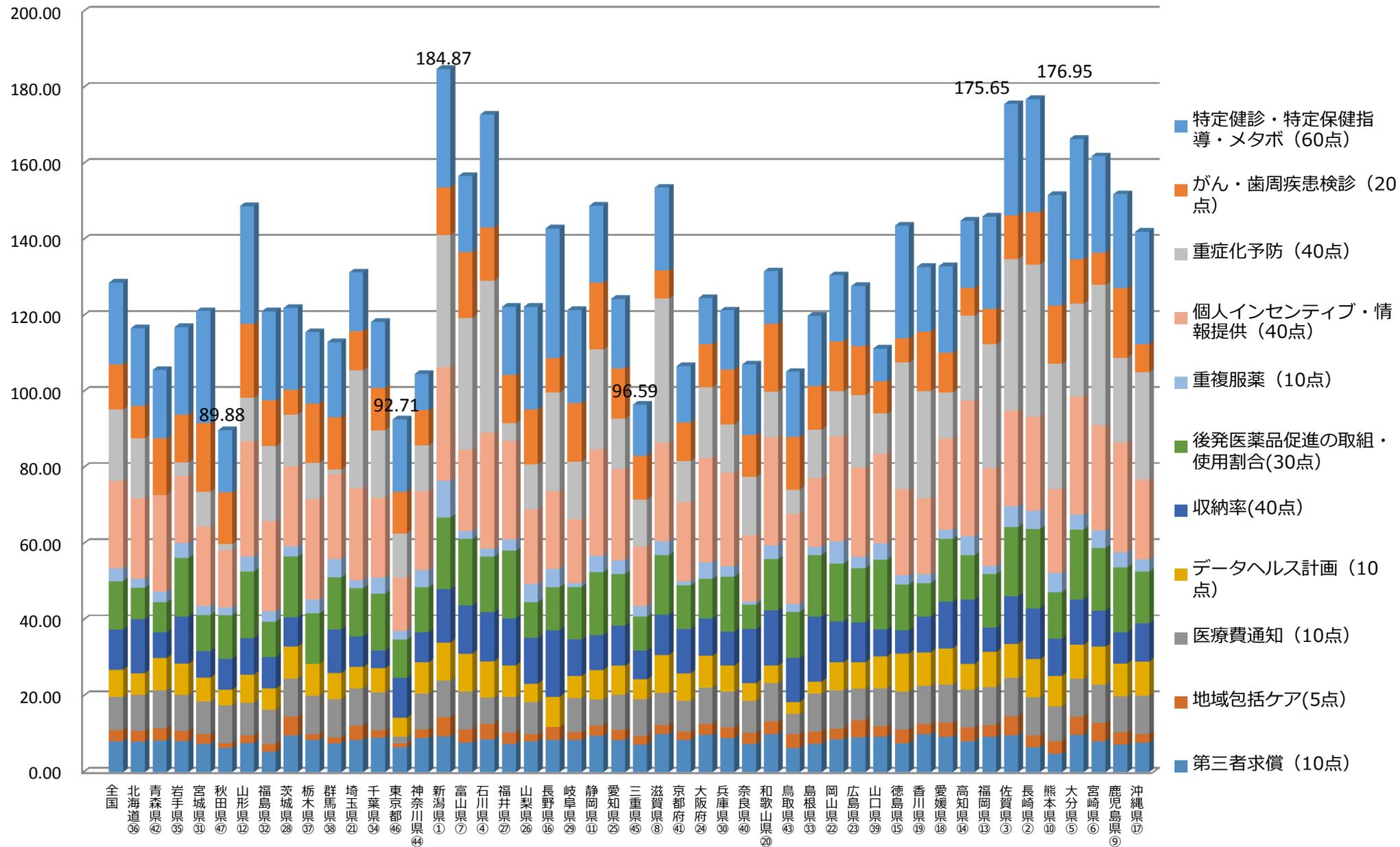
# 保険者努力支援制度前倒し分における評価指標⑥

No.	指標	加点
固有 4	<p>4 地域包括ケアの推進（在宅医療・介護の連携等）</p> <p>○ 地域包括ケア推進の取組（平成28年度の実施状況を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国保の視点から地域包括ケアの推進に資する例えば下記のような取組を国保部局で実施しているか。</li> <li>① 地域包括ケアの構築に向けた医療・介護・保健・福祉・住まいなど部局横断的な議論の場への国保部局の参画</li> <li>② 地域包括ケアに資する地域のネットワークへの国保部局の参画</li> <li>③ KDB・レセプトデータを活用した健康事業・介護予防・生活支援の対象となる被保険者の抽出</li> <li>④ 個々の国保被保険者に対する保健活動・保健事業の実施状況について、地域の医療・介護・保健・福祉サービス関係者との情報共有の仕組み</li> <li>⑤ 国保被保険者を含む高齢者などの居場所・拠点、コミュニティ、生きがい、自立、健康づくりにつながる住民主体の地域活動の国保部局としての支援の実施</li> <li>⑥ 国保直診施設を拠点とした地域包括ケアの推進に向けた取組の実施</li> <li>⑦ 後期高齢者医療制度と連携した保健事業の実施</li> </ul> <p>※ 上記に類する取組を一つでも実施する場合に評価することとする。</p>	5点
固有 5	<p>5 第三者求償</p> <p>○ 第三者求償の取組状況（平成28年度の実施状況を評価）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 第三者行為によって生じた保険給付の疑いのあるレセプトを抽出し、被保険者に確認作業を行っているか。</li> <li>② 第三者求償の適正な事務を行うために、一般社団法人日本損害保険協会等と第三者行為による傷病届の提出に関する覚書を締結し、連携した対応を実施しているか。</li> <li>③ 第三者求償事務に係る評価指標について、数値目標を設定しているか。（平成28年4月4日国民健康保険課長通知）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 3点</li> <li>② 3点</li> <li>③ 4点</li> <li>※複数算定可能</li> </ul>

# 平成28年度 保険者努力支援制度 都道府県別平均獲得点(275点満点)

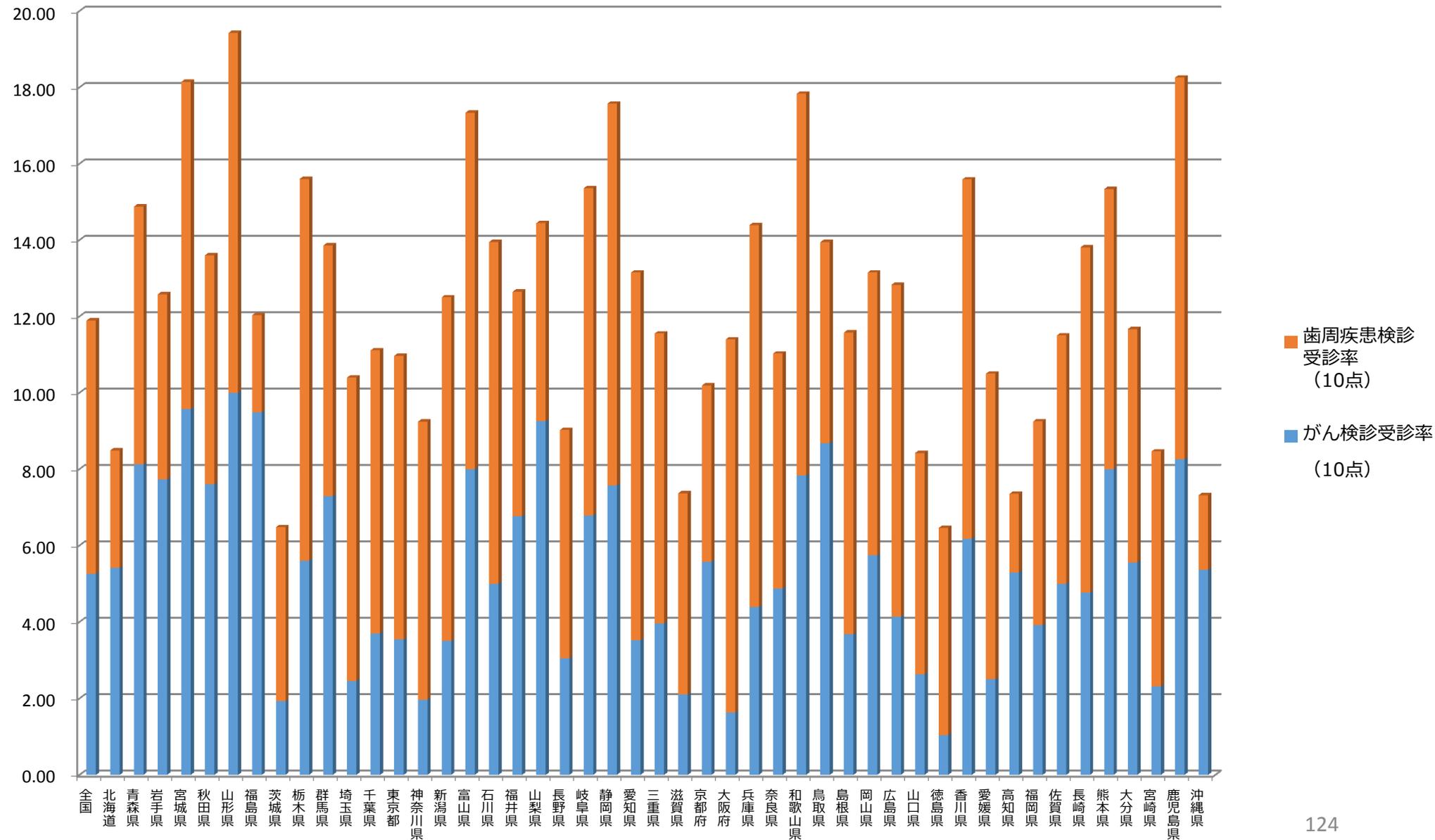
※体制構築加点を除く

平均獲得点数



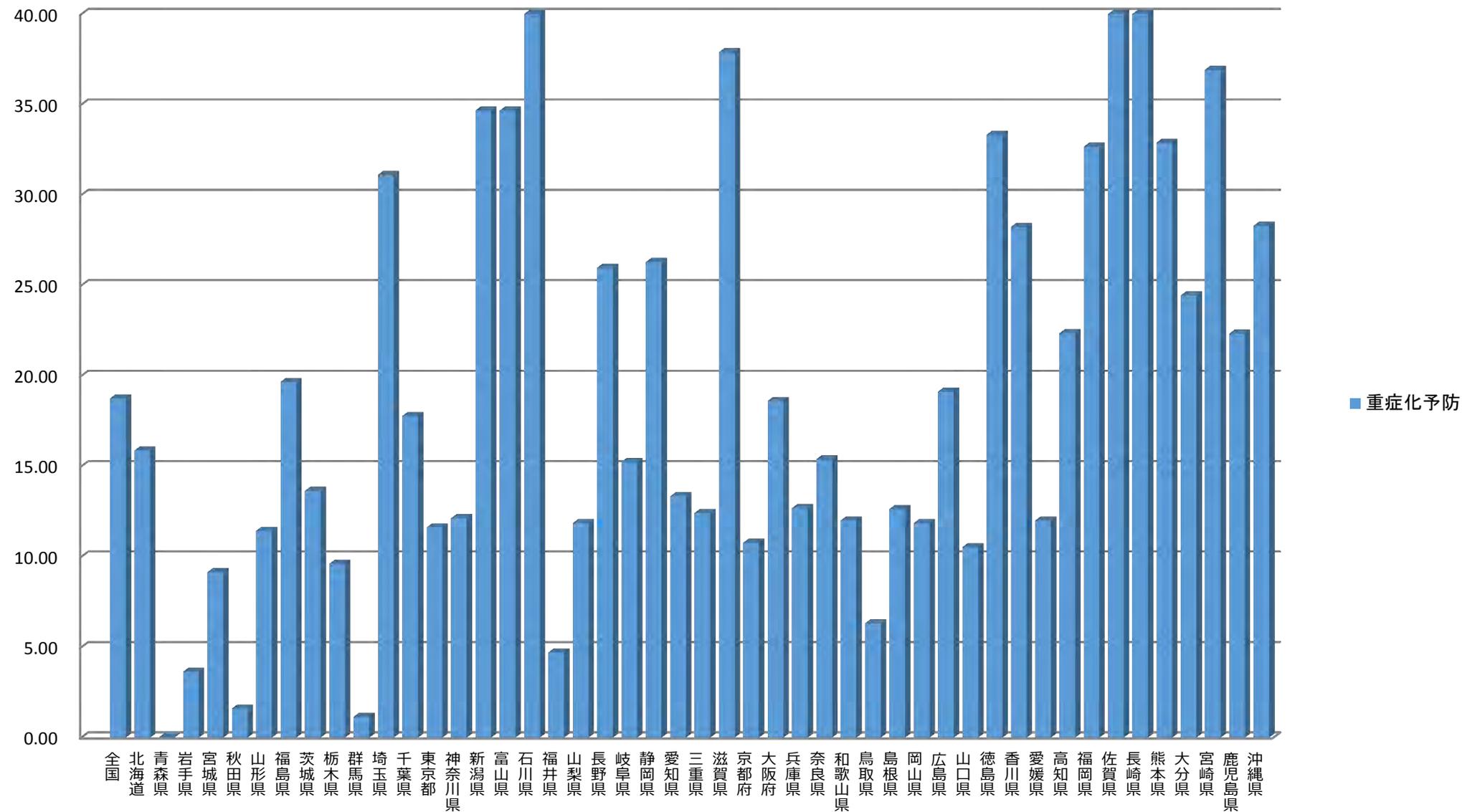
平成28年度 保険者努力支援制度 都道府県別 平均獲得点数  
(がん・歯周疾患検診)

平均獲得点数



# 平成28年度 保険者努力支援制度 都道府県別 平均獲得点数 (重症化予防)

平均獲得点数



ご清聴ありがとうございました。  
皆さまのご発展をお祈りいたします。

