

令和5年10月13日（金）	資料4
令和5年度地域・職域連携推進関係者会議	

## 保険者の予防・健康づくりについて

厚生労働省 保険局

# 目次

## 1. 保険者による予防・健康づくりの推進（総論）

## 2. 保険者による予防・健康づくりの取組

① 第4期特定健診・特定保健指導

② 第3期データヘルス計画（保健事業の実施計画）等

# 保険者による予防・健康づくりの推進

## 保険者の役割

### ○ 健康保険法 第150条第1項（抄）

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

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

## 予防・健康づくりの取組の推進

### 保険者による取組

#### ● 特定健康診査・特定保健指導の実施

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

#### ● 個人へのインセンティブの推進

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

#### ● データの活用等による健康づくりの推進

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

#### ● コラボヘルスの推進

健康保険組合等の保険者と事業主が積極的に連携し、明確な役割分担と良好な職場環境のもと、加入者（従業員・家族）の予防・健康づくりを効果的・効率的に実行。

#### ● 糖尿病重症化予防の枠組整備・全国展開

行政と医療関係者の連携の枠組みを構築するため 国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を改定（平成31年4月）。都道府県単位でもプログラムの策定、市町村による取組の促進。

### 国等による支援・取組促進

#### ● 保険者へのインセンティブ

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

#### ● 「見える化」「横展開」の推進

民間主導の「日本健康会議」で「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」の取組状況を公表し、好事例を全国展開予定。また、全保険者の特定健診・特定保健指導の実施率を、29年度実績から公表。

#### ● 手引き・プログラムの見直し

第4期特定健診・特定保健指導、第3期データヘルス計画の開始に向けて、計画の策定に係る手引きの見直しを実施。糖尿病性腎症重症化予防の取組の更なる向上を図るため、プログラム改訂を予定。

# 次期計画に向けたスケジュール

	R3(2021) 年度	R4 (2022) 年度	R5(2023) 年度	R6(2024) 年度
医療費適正化計画 (国)		医療保険部会 次期医療費適正化計画検討 特定健診・特定保健指導見直し検討会	とりまとめ	全国医療費 適正化計画 提示 (3月頃)
医療費適正化計画 (都道府県)			都道府県における 医療費適正化計画策定作業	4期計画 (2024~29)
特定健康診査等実 施計画 (保険者)		特定健診・特定保健指導見直し 検討会	都道府県における 医療費適正化計画策定作業	4期計画 (2024~29)
データヘルス計画 (保険者)		第3期データヘルス計画に向けた方針見直しのた めの検討会 データヘルス計画 (国保・後期) のあり方に関す る検討会	保険者における データヘルス計画策定作業	3期計画 (2024~29)
健康増進計画	評価委員会 健康日本21 (第二次) 最終評価	検討会 次期プラン検討	次期プラン 公表  都道府県における 健康増進計画策定作業	次期国民健康 づくり運動プラン (2024~)
医療計画		検討会・WG 次期医療計画検討	基本方針  都道府県における 医療計画策定作業	8次医療計画 (2024~29)
介護保険事業 (支援) 計画		介護保険部会 次期基本指針検討	基本指針  市町村・都道府県における 計画策定作業	9期計画 (2024~26)

# 目次

1. 保険者による予防・健康づくりの推進（総論）
2. 保険者による予防・健康づくりの取組
  - ① 第4期特定健診・特定保健指導
  - ② 第3期データヘルス計画（保健事業の実施計画）等

# 特定健診・特定保健指導の概要

- ▶ 根拠法 : 高齢者の医療の確保に関する法律
- ▶ 実施主体 : 医療保険者
- ▶ 対象 : 40歳以上75歳未満の被保険者・被扶養者
- ▶ 内容(健診) : 高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査を実施。
- ▶ 内容(保健指導) : 健診の結果、健康の保持に努める必要がある者に対して特定保健指導を実施。
- ▶ 実施計画 : 医療保険者は6年ごとに特定健診等実施計画を策定
- ▶ 計画期間 : 第1期(2008年度～2012年度)、第2期(2013年度～2017年度)  
第3期(2018年度～2023年度)、**第4期(2024年度～2029年度)**
- ▶ 検査項目 : 質問票(服薬歴、喫煙歴等)、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)  
理学的検査(身体診察)、血圧測定、血液検査、検尿(尿糖、尿蛋白)
  - ※ 血液検査の項目
    - ・ 脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)
    - ・ 血糖検査(空腹時血糖又はHbA1c、やむを得ない場合は随時血糖)
    - ・ 肝機能検査(GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP)
  - ※ 上記項目の他、一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に、心電図検査等の詳細な検査を実施。

## 第4期の見直しの概要（質問項目・健診項目・その他技術的事項）

### 質問項目の見直しについて

- 標準的な質問項目に関する基本的な考え方について、「地域の健康状態の比較に資する項目」を「地域間及び保険者間の健康状態の比較に資する項目」に修正する。
- 喫煙に関する質問項目について、「過去喫煙していたが、現在は喫煙しない者」を区別するための回答選択肢を追加するとともに、「現在、習慣的に喫煙している者」についても現行の定義を維持した上で、分かりやすい表現に修正する。
- 飲酒に関する質問項目について、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」をより詳細に把握できるように、飲酒頻度と飲酒量の回答選択肢を細分化するとともに、「禁酒者」を区別するための回答選択肢を追加する。
- 保健指導に関する質問項目について、特定保健指導の受診歴を確認する質問に変更する。

### 健診項目の見直しについて

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」の「健診検査項目の保健指導判定値」及び階層化に用いる標準的な数値基準について、食事の影響が大きい中性脂肪に、随時採血時の基準値（175 mg/dl）を追加する。

### その他

- 「標準的な健診・保健指導プログラム」において、受診勧奨判定値を超えるレベルの場合に直ちに服薬等の治療が開始されるという誤解を防ぐための注釈等を追加するとともに、健診項目のレベルに応じた対応を示しているフィードバック文例集の構成等についても、活用がより一層進むような見直しを行う。
- 「標準的な健診・保健指導プログラム」に、医療関係者への情報提供を目的とした医療機関持参用文書（案）を掲載し、健診受診者が医療機関を受診する際等に持参・活用できるような見直しを行う。

## 第4期の見直しの概要（特定保健指導）

### 成果を重視した特定保健指導の評価体系

- 腹囲2 cm・体重2 kg減を達成した場合には、保健指導の介入量を問わずに特定保健指導終了とする等、成果が出たことを評価する体系へと見直し。（アウトカム評価の導入）
- 行動変容や腹囲1 cm・体重1 kg減の成果と、保健指導の介入と合わせて特定保健指導終了とする。保健指導の介入は、時間に比例したポイント設定を見直し、介入1回ごとの評価とする。

### 特定保健指導の見える化の推進

- 特定保健指導の成果等について見える化をすすめ、保険者等はアウトカムの達成状況の把握や要因の検討等を行い、より質の高い保健指導を対象者に還元する。
- アウトカムの達成状況等について、経年的な成果の達成状況等を把握する。

### ICT活用の推進

- 在宅勤務や遠隔地勤務等の多様なニーズに対応することを促進するため、遠隔で行う保健指導については、評価水準や時間設定等は対面と同等とする。
- 保健指導におけるICT活用を推進するため、ICT活用に係る留意点を「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」や「標準的な健診・保健指導プログラム」で示す。



# (参考) 積極的支援における継続支援の第3期と第4期の評価体系の比較

令和4年10月12日

第3回 第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会

参考資料  
1-2

## 【第3期】

### ①アウトカム評価導入

## 【第4期】

プロセス評価	支援A (積極的関与タイプ)	個別支援*	<ul style="list-style-type: none"> <li>・5分間を1単位 (1単位 = 20p)</li> <li>・支援1回当たり最低10分間以上</li> <li>・支援1回当たりの算定上限 = 120p</li> </ul>
		グループ支援*	<ul style="list-style-type: none"> <li>・10分間を1単位 (1単位 = 10p)</li> <li>・支援1回当たり最低40分間以上</li> <li>・支援1回当たりの算定上限 = 120p</li> </ul>
		電話支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・5分間の会話を1単位 (1単位 = 15p)</li> <li>・支援1回当たり最低5分間以上会話</li> <li>・支援1回当たりの算定上限 = 60p</li> </ul>
		電子メール支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1往復を1単位 (1単位 = 40p)</li> </ul>
	支援B (励ましタイプ)	個別支援*	<ul style="list-style-type: none"> <li>・5分間を1単位 (1単位 = 10p)</li> <li>・支援1回当たり最低5分間以上</li> <li>・支援1回当たりの算定上限 = 20p</li> </ul>
		電話支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・5分間の会話を1単位 (1単位 = 10p)</li> <li>・支援1回当たり最低5分間以上会話</li> <li>・支援1回当たりの算定上限 = 20p</li> </ul>
		電子メール支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1往復を1単位 (1単位 = 5p)</li> </ul>

アウトカム評価	2cm・2kg	180p
	1cm・1kg	20p
	食習慣の改善	20p
	運動習慣の改善	20p
	喫煙習慣の改善 (禁煙)	30p
	休養習慣の改善	20p
プロセス評価	その他の生活習慣の改善	20p
	個別支援*	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援1回当たり70p</li> <li>・支援1回当たり最低10分間以上</li> </ul>
	グループ支援*	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援1回当たり70p</li> <li>・支援1回当たり最低40分間以上</li> </ul>
	電話支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援1回当たり30p</li> <li>・支援1回当たり最低5分間以上</li> </ul>
	電子メール・チャット等支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1往復当たり30p</li> </ul>
	健診当日の初回面接	20p
	健診後1週間以内の初回面接	10p

注) 支援Aのみの方法で180p以上又は支援A (最低160p以上) と支援Bの方法の合計が180p以上実施とする。

\*情報通信技術を活用した面接を含む。

④支援Aと支援Bの区別を廃止

②アウトカム評価は、腹囲・体重と行動変容

③プロセス評価は、時間に比例したポイントを見直し、介入1回ごとの評価

⑤早期介入を評価

# 診療における検査データの活用による特定健診の実施

- 保険者は、医療機関から、本人の同意に基づき、一定の要件を満たす診療における検査結果の提供を受けたものを特定健診の結果として活用可能。
- 新潟県小千谷市では、受診券の裏面に診療情報提供書の書式を張り付け、医療機関において活用できるようにする等の取組等を通じて特定健診を実施している。

## ■ 診療データを活用するための要件

(特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き (第4版) p.37)

### 1. 診療における検査データを活用する要件

- ア 特定健康診査の基本健診項目（医師の総合判断を含む）を全て満たす検査結果であること
- イ 基本的に同一日に実施された検査結果の活用が想定されるが、基本健診項目の実施が複数日にまたがる場合は、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までの間は、3ヶ月以内とする
- ウ 特定健康診査の実施日は、医師が総合判断を実施した日付

### 2. 保険者とかかりつけ医の連携による治療中患者の診療情報の提供に関する具体的な手順

- ア あらかじめ関係者間で、手順や費用の支払い等の契約内容を取り決めておく
- イ 保険者から患者本人に対し、かかりつけ医のもとで実施された診療における検査結果があれば、特定健康診査の結果として活用できることを説明
- ウ 患者本人が、通院時に保険者からかかりつけ医宛の依頼書等を持参し、かかりつけ医に相談
- エ かかりつけ医は、患者本人の同意を確認した上で、診療上の検査結果を依頼書等へ記載し、本人を介して又は直接、保険者へ送付する
- オ 保険者は、受領した当該患者の診療上の検査結果を特定健康診査結果データとして活用
- カ 保険者は、受領した特定健康診査結果データに基づき、特定保健指導該当事者に対して、特定保健指導を実施

## 小千谷市（新潟県）での取組

### ■ 診療情報提供書の書式（小千谷市より提供）

- 医療機関で特定健診と同様の検査を行っている場合は、市に診療情報提供書を出してもらうよう市内の医療機関へ依頼。
- 診療情報提供書の提供にあたっては、医師会を通して市内の医療機関と委託契約を締結。
- 市から送付する特定健診受診券の裏面に、診療情報提供書の書式を貼り付けており、医療機関での受診を特定健診の代わりとする場合は診療情報提供書として使用。
- 医師からも対象となる方に「市から受診券が届いたら持ってきてください」と声かけ。
- 医療機関側の負担にならないよう、診療情報提供書の内容は、健診必須項目に絞り記載を依頼している。

※ 受診中で特定健康診査の受診を希望しない方は、この用紙を医療機関に提出してください。  
 ※ 提出いただいた結果は、特定健診、特定保健指導以外には使用いたしません。  
 ※ 不足の検査項目の検査を希望される方は実費徴収して実施する場合があります。

小千谷市長 あて  
**令和3年度 診療情報提供書(特定健康診査)**

1. 本人記載欄 ※事前に記載してお持ちください  
 保健指導などの健康増進を図る目的で、小千谷市において本書記載の個人情報を利用することを同意します。

氏名 (自署)	小千谷市	生年月日	昭和 年 月 日生
住所	小千谷市		
質問項目	> 血圧を下げる薬をのんでいますか？	はい	いいえ
	> インスリン注射の使用や血糖を下げる薬をのんでいますか？	はい	いいえ
	> コレステロールを下げる薬をのんでいますか？	はい	いいえ
	> 煙草を吸っていますか？	はい	いいえ

2. 医療機関記載欄

検査項目(特定健診項目)	*1 必須項目	検査結果	備考
身体計測	身長	○	cm (小数点以下1桁まで記載)
	体重	○	kg (小数点以下1桁まで記載)
	BMI	○	(小数点以下1桁まで記載)
	腹囲	○	cm (小数点以下1桁まで記載)
	理学検査(身体診察)	○	1 異常所見あり・2 異常所見なし (該当項目に○)
血圧	○	/ mmHg	
尿検査	尿糖	○	-・±・1+・2+・3+ (該当項目に○)
	尿蛋白	○	-・±・1+・2+・3+ (該当項目に○)
血液検査	中性脂肪	○	mg/dl
	HDLコレステロール	○	mg/dl
	LDLコレステロール	○	mg/dl
	AST(GOT)	○	U/L
	ALT(GPT)	○	U/L
	γ-GT(γ-GTP)	○	U/L
	空腹時血糖	※	mg/dl
HbA1c(※)	※	% (小数点以下1桁まで記載)	

\*1 「○」…必須項目、「※」…いずれか一方。  
 \*2 ヘビロタンA1cは国際標準(NGSP値)で記載してください。

提出日	令和 年 月 日	検査日	令和 年 月 日(当該年度内)
医師の所見 (記載必須)			
医療機関名	主治医氏名		①

医師の所見欄記載例:「異常なし」「高血圧の治療が必要」等

# 厚生労働省 特定健診・特定保健指導のHP



ホーム

本文へ お問合わせ窓口 よくある御質問 サイトマップ 国民参加の場

カスタム検索

検索

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令等

申請・募集・情報公開

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 特定健診・特定保健指導について

## 特定健診・特定保健指導について

1年に1度、特定健診を受診し生活習慣の改善が必要な方は、保健指導を受けましょう。

特定健診とは

生活習慣病の予防のために、対象者（40歳～74歳）の方にメタボリックシンドロームに着目した健診を行います。



特定保健指導とは

生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる方に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すサポートをします。

[【広報】特定健診・特定保健指導を受けよう！](#)

政策について

分野別の政策一覧

健康・医療

健康

食品

医療

医療保険

医薬品・医療機器

生活衛生

### 1. 関連資料（実施者・保険者向け）

#### ● 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き

[第4期（2024年度～2029年度）](#) [第3期（2018年度～2023年度）](#) [第2期（2013年度～2017年度）](#)

#### ● 特定健康診査等実施計画作成の手引き

[第4期（2024年度～2029年度）](#) [第3期（2018年度～2023年度）](#) [第2期（2013年度～2017年度）](#)

#### ● 特定健康診査・特定保健指導に関するQ & A集

[第3期（2018年度～2023年度）](#) [第2期（2013年度～2017年度）](#)

### ◆ 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/handbook\\_31132.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/handbook_31132.html)

### ◆ 標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155\\_00004.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html)

# 目次

1. 保険者による予防・健康づくりの推進（総論）
2. 保険者による予防・健康づくりの取組
  - ① 第4期特定健診・特定保健指導
  - ② 第3期データヘルス計画（保健事業の実施計画）等

# データヘルス計画とは

## ● 健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針

### 第四 保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定、実施及び評価

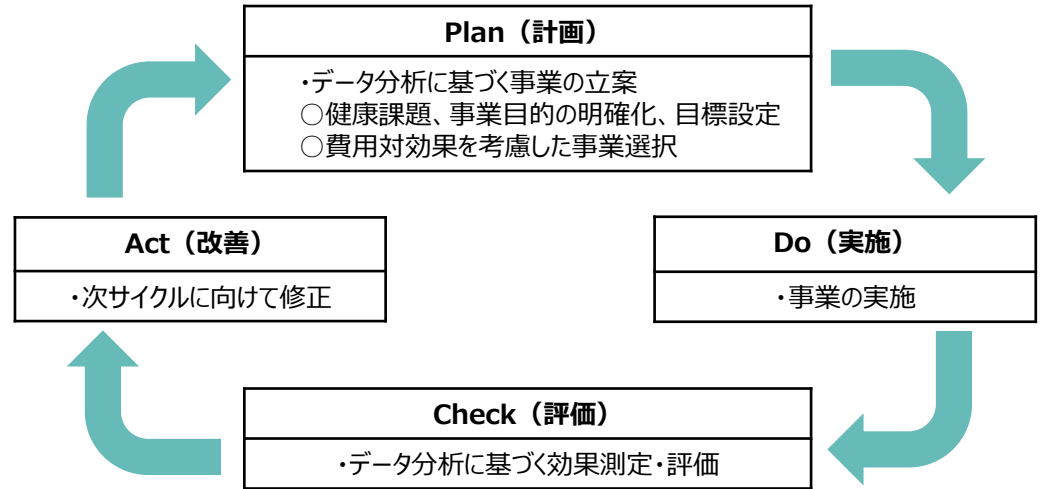
保険者は、健康・医療情報を活用した加入者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤が近年整備されてきていること等を踏まえ、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（以下「実施計画」という。）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。

- ⇒ 平成27年度からの**第1期データヘルス計画では、全健保組合・全協会けんぽ支部が計画を策定。**  
 平成30年度からの**第2期データヘルス計画は、本格稼働としてさらなる質の向上を目指す。**  
 令和6年度からの**第3期データヘルス計画はデータヘルス計画の標準化の推進及び効率的・効果的なデータヘルスの更なる普及を進める。**

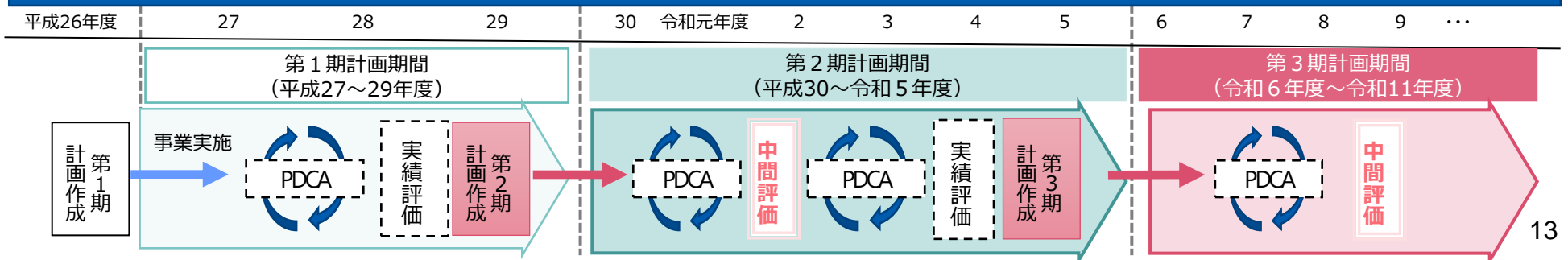
## 「データヘルス計画」

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

**ねらい：「健康寿命の延伸」と「医療費適正化」を同時に図る。**



## データヘルス計画のスケジュール



# データヘルス計画作成の手引き

## ■ データヘルス計画作成の手引き

- ・健康保険組合がデータヘルス計画を策定するに当たっての基本的な考え方及び留意点を示した手引き。
- ・厚生労働省保険局と健康保険組合連合会の連名で発刊。

注) 協会けんぽではデータヘルス計画作成の手順やポイントをまとめた「保健事業実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」を発刊。

## ■ 改訂等の経緯

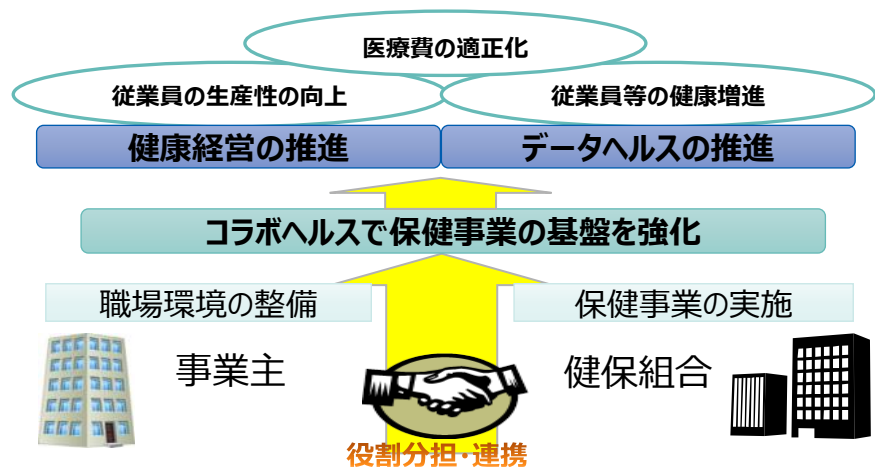
- ・第1期データヘルス計画に向けて、平成26年度に初版を発刊。
- ・第2期データヘルス計画に向けて、平成29年度に改訂版を発刊。
- ・第3期データヘルス計画に向けて、令和5年7月に改訂版を発刊。  
データヘルス・ポータルサイトに蓄積されたデータヘルス計画の分析結果や、先進的な保険者による保健事業の事例を掲載。

目次	
<b>第1章</b>	<b>データヘルス計画の背景とねらい</b> ..... 04
①	データヘルス計画の背景 ..... 04
②	データヘルス計画のねらい ..... 06
③	他計画、他医療保険制度との関係 ..... 10
④	関係機関との協働 ..... 15
<b>第2章</b>	<b>計画に記載すべき事項</b> ..... 22
①	計画の期間及び公表・周知 ..... 22
②	データヘルス・ポータルサイト上で入力が必要な項目 ..... 23
<b>第3章</b>	<b>データヘルス計画の作成と評価・見直し</b> ..... 25
①	保健事業の構造と基盤 ..... 25
②	データヘルス計画の構造 ..... 27
STEP 1	現状を構造的に把握する ..... 29
STEP 2	健康課題の抽出と優先順位づけ ..... 39
STEP 3	課題解決に向けた事業設計と目標・評価指標の設定 ..... 41
STEP 4	事業評価と見直し ..... 47
③	効果的・効率的な保健事業設計に向けて ..... 51

# コラボヘルスの推進

## ■ コラボヘルスとは

- ・健康組合等の保険者と事業主が積極的に連携し、明確な役割分担と良好な職場環境のもと、加入者（従業員・家族）の予防・健康づくりを効果的・効率的に実行すること。



## ■ コラボヘルスガイドラインの概要

- ・コラボヘルスによって、健康保険組合が実施する「データヘルス」と企業（事業主）が実施する「健康経営」を車の両輪として機能させるためのガイドライン。2017年に策定。
- ・健保組合に求められる役割やコラボヘルスの意義、健康経営との関係性等について説明するとともに、実際にコラボヘルスを実践する方法や取り組み事例等も紹介。

データヘルス・健康経営を推進するための  
**コラボヘルス  
ガイドライン**

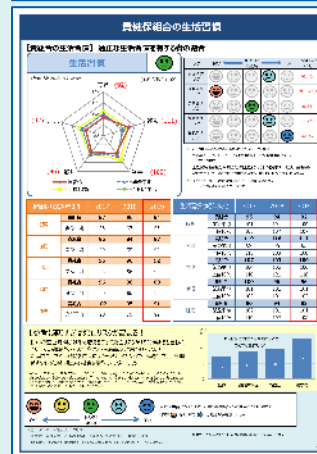
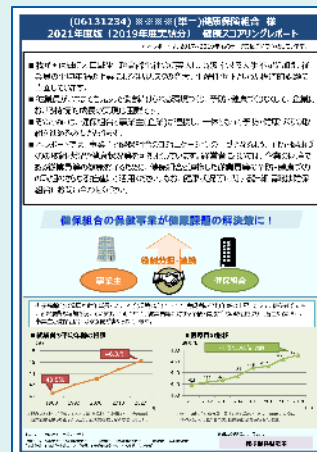
平成 29 年 7 月  
厚生労働省保険局

# 健康スコアリングレポートの概要

## 健康スコアリングレポートの概要

- 各健保組合の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等について、**全国平均や業態平均と比較したデータを見える化**。
- 経営者に対し、保険者が自らのデータヘルス分析と併せて、**スコアリングレポートの説明を行い、従業員等の健康状況について現状認識を持ってもらうことを想定**。
- その上で、**企業と保険者が問題意識を共有し、経営者のトップダウンによるコラボヘルスの取組の活性化を図る**。
- 2018年度より、**厚労省・経産省・日本健康会議の三者が連携し、国のデータから保険者単位のレポートを作成の上、全健保組合及び国家公務員共済組合等に対して通知**。
- 2021年度からは、保険者単位のレポートに加え、事業主単位でも実施**（作成対象は特定健診対象となる被保険者数50名以上の事業所）。
- レポートと併せて、企業・保険者の担当者向けに、**経営者への説明のポイント等、レポートの見方や活用方法等を示した実践的な「活用ガイドライン」**や、さらにレポートの活用を促進する観点から、レポートをきっかけに、**コラボヘルスを推進するにあたっての進め方の一例を整理した「活用チェックリスト」**も提供。

## 健康スコアリングレポート（保険者単位）





# 国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

- 令和6年度からの第3期データヘルス計画の策定に向けて、有識者検討会で議論を行い、計画の標準化、共通の評価指標、留意点等について整理し、令和5年5月18日に改正。改正のポイントは以下のとおり。

## 1. 標準化の推進

- 都道府県内で共通の評価指標を設定することにより、**域内保険者において経年的なモニタリング、他の保険者との比較、俯瞰的、客観的な状況を把握**することができ、また、地域の健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化することで、これらの業務負担を軽減することができる。
- 都道府県、国保連等は、**域内の保険者が策定した計画を収集、分析、評価し**、その結果を都道府県が行う国保保健事業等や**保険者支援等に反映**させる。
- 域内保険者が把握すべき共通の情報については、都道府県が地域の実情を踏まえて決定する。**共通の様式例**を以下のとおり例示する。

Ⅱ 計画全体

保険者の健康課題		被保険者の健康に関する課題	
① 項目	② 健康課題	③ 優先する健康課題	④ 対応する保健事業番号
A			1, 3
B			2
C			4
D			-

① 項目	④ データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略
A, C	
B	
D	
-	

解決すべき健康課題と保健事業の対応づけ

データヘルス計画全体における目的		抽出した健康課題に対して、この計画によって目指す姿（目的）・目標・評価指標								
⑤ 項目	⑥ データヘルス計画全体における目的	⑦ 評価指標	⑧ 計画策定時実績	⑨ 目標値						
			2022年度 (R4)	2024年度 (R6)	2025年度 (R7)	2026年度 (R8)	2027年度 (R9)	2028年度 (R10)	2029年度 (R11)	
A										
-										
B										
-										
-										
C										
-										
-										
D										
-										
-										

（注1）太枠の2026年度は中間評価年度、2029年度は最終評価年度。  
（注2）実績年度が異なる場合には、欄外等に注釈を記載。  
（注3）目標値は、必要な年度に記載。

個別の保健事業		⑩ 重点・優先度
⑪ 事業番号	⑫ 事業名称	
1		
2		
3		
4		
-		
-		

数種類ある様式例)のうちの「計画全体」のみを例示。記載の一例として、保険者の健康課題を「②健康課題」に記載し、これに対応する「⑦評価指標」を記載する。この「⑦評価指標」に対応する「⑥データヘルス計画全体における目的」を記載する。「②健康課題」を解決するための個別の保健事業欄を記載し、「⑩重点・優先度」及び「③優先する健康課題」は、1から順位づける。「④データヘルス計画（保健事業全体）の目標を達成するための戦略」については、個々の「②健康課題」に応じて設定する必要はなく、複数の「②健康課題」を包摂して記載しても良い。

# 国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

- 共通の評価指標を設定するにあたっては、計画の策定等に必要なものであり、かつKDBシステムから算出できるものや他計画等で把握すべき指標等、可能な限り、保険者が情報収集しやすいものとする。
- 共通の評価指標は、都道府県と域内保険者とが相談の上、設定するものであるが、共通の評価指標例を以下のとおり例示する。
- 計画の標準化は、保険者の健康課題を効果的・効率的に解決するために行うものであり、各保険者において最低限把握すべき情報や評価指標等を統一するものである。

## すべての都道府県で設定することが望ましい指標（例）

指標（例）	分母	分子	考え方（指標の必要性）
①特定健康診査実施率	特定健康診査対象者数	特定健康診査受診者数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定健康診査の対象者が実際に受診したかを測るアウトプット指標</li> <li>・ 実施率が低い場合、特定健康診査で早期発見が可能であったはずのメタボリックシンドローム該当者等を発見できず、特定健康診査の効果が下がる</li> </ul>
②特定保健指導実施率	特定保健指導対象者数	特定保健指導終了者数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定保健指導の対象者が実際に保健指導を受け終了したかを測るアウトプット指標</li> <li>・ 実施率が低い場合、メタボリックシンドローム該当者等に適切な保健指導ができず、特定保健指導の効果が下がる</li> </ul>
③特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	昨年度の特定保健指導の利用者数	分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数（※）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定保健指導による効果を評価するアウトカム指標</li> <li>・ 特定保健指導の実施体制や保健指導の技術的な面等が適切だったかを検討する際に活用する</li> </ul>
④HbA1c 8.0%以上の者の割合	特定健康診査受診者のうち、HbA1cの検査結果がある者の数	HbA1c 8.0%以上の者の数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血糖コントロール不良者数の状況を測るアウトカム指標</li> <li>・ 糖尿病重症化予防の取組が適切だったかを検討する際に活用する</li> </ul>

①～③は、法定報告の数値を用いて算出することを基本とする。 ※詳細は、法定報告に関する通知を参照して集計を行う。

④は、国保データベース（KDB）システムを用いて算出することを基本とする。この場合、該当年度（4月1日～3月31日）の集計値、KDBシステムであると翌年度の11月処理時点以降の値を参照する。それ以前における値を暫定値として用いても良い。

※ 上記指標とは別に、「地域の実情に応じて都道府県が設定する指標（例）」があり、「血圧が保健指導判定値以上の者の割合」、「前期高齢者のうち、BMIが20kg/m<sup>2</sup>以下の者の割合」、「運動習慣のある者の割合」等の指標を例示している。

# 国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

## 2. 健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出・明確化

- 健康課題の抽出・明確化のための分析としては、疾病間の比較（死亡や医療費に占める割合が高い疾病等）、地域間の比較（全国、都道府県内、他の保険者との比較、保険者内の地域間の比較等）、時間による比較（悪化・改善している指標等）、目標値との比較等が有用である。
- 上記の分析結果に基づき、健康課題を抽出・明確化し、関係者と共有し、優先して解決を目指す健康課題を選定し、優先順位を決める。

## 3. データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略

- 目的は、計画の策定により数年後に実現しているべき「改善された状態」や、被保険者に期待する変化を示すものであり、抽出された健康課題と対応して設定する。
- 目標は、健康課題と対応して設定した目的に到達するため、各年度、計画の中間年度等といった経過ごと、異なる視点ごと等に設定し、目標値には、理想として目指したい値（期待値）、一応満足できる値（充足値）、最低限達成すべき値（限界値）の3種類の考え方がある。ひとつの計画の中で指標によって混在して設定する場合も多い。
- 目標には、短期的な目標（原則、年度ごと）と中長期的な目標（計画の最終年度までに達成を目指す）を設定する。
- 抽出された健康課題や保健事業全体の目標、目的を踏まえて、健康課題を解決し、目標を達成するための戦略（地域資源・ICT・委託の活用、有識者等の支援、その他創意工夫をした取組等）を設定する。

## 4. 健康課題を解決するための個別の保健事業

### ア. 計画に記載する保健事業の選択・優先順位付け等

- 健康課題や目標を十分に踏まえて、全ての保険者が取り組むべき保健事業に加えて、幅広い内容の保健指導、非肥満者への保健指導、重複・頻回受診者対策、重複・多剤服薬者対策など、保健事業を選択・優先順位付けする。
- 75歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることを踏まえ、前期高齢者の多くが加入する市町村国保においても、地域包括ケアシステムの構築に向けて、広域連合とも連携しつつ健康・医療情報等の共有・分析を進め、生活習慣病の重症化予防に加え、高齢者の特性を踏まえた、保健事業の選択を行うよう努める。
- また、令和2年度以降、広域連合と市町村は一体的実施を開始しているため、市町村における保健事業の実施を検討する際には、75歳以上の高齢者に対する課題や目標について、広域連合と共有したうえで、検討を進めることが重要である。

### イ. 個別の保健事業に係る目的、目標、評価指標の設定、実施内容等の明確化

- 計画に盛り込む個別の保健事業については、事業内容を評価可能なものとするとともに、同様の健康課題を抱える保険者との取組の比較が可能となるよう、保健事業ごとに「目的」、「目標」、「評価指標」、「対象者」、「事業内容」、「実施方法」、「評価体制・方法」、「実施体制」、「実施スケジュール」、「実施期間」、「実施場所」等を整理し、計画に記載し、目標の設定は、保健事業全体の目標設定と同様に、短期的な目標、中長期的な目標を設定する。

### ウ. 個別の保健事業とデータヘルス計画の関係

- データヘルス計画は保険者の健康課題を解決するための計画であり、個別の保健事業の計画を単純に1つにまとめたものではない。
- データヘルス計画は、保険者の健康課題、計画の目的、目標、目標を達成するための戦略、個別の保健事業、それらの評価に必要な評価項目と目標値等を体系的に統合したものである。

# 国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

## 5. 個別の保健事業及び個別の保健事業の評価に基づくデータヘルス計画（保健事業全体）の評価・見直し

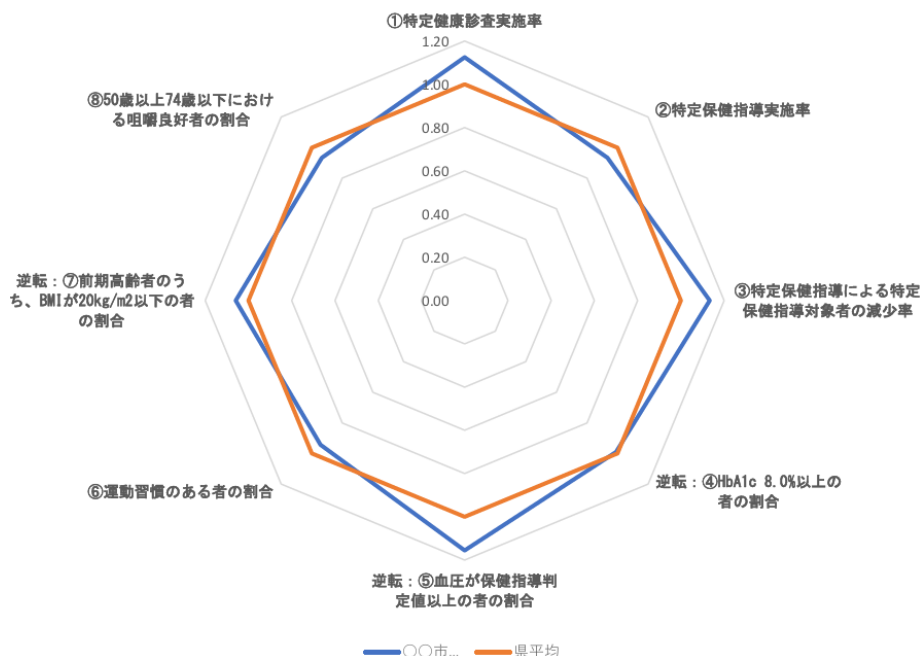
### ア. 個別の保健事業の評価・見直し

- 個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。
- 目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。

### イ. 個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し

- 設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うことを計画に記載する。  
また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該最終年度の上半期に仮評価を行うことなどについても考慮する。
- 計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、短期では評価が難しいアウトカム(成果)指標を中心とした評価指標による評価を行う。

【参考】 ○○市の各指標値の実績と都道府県平均値との比較の見える化の例



(単位: %)

	レーダーチャートの数値		実績値	
	〇〇市 (a/b or (100-a)/(100-b))	県平均	〇〇市 (a)	県平均 (b)
① 特定健康診査実施率	1.13	1.00	45	40
② 特定保健指導実施率	0.93	1.00	28	30
③ 特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率	1.13	1.00	17	15
逆転: ④ HbA1c 8.0%以上の者の割合	0.99	1.00	3	2
逆転: ⑤ 血圧が保健指導判定値以上の者の割合	1.16	1.00	48	55
⑥ 運動習慣のある者の割合	0.94	1.00	33	35
逆転: ⑦ 前期高齢者のうち、BMIが20kg/m <sup>2</sup> 以下の者の割合	1.06	1.00	10	15
⑧ 50歳以上74歳以下における咀嚼良好者の割合	0.93	1.00	70	75

(注) 数値は、ダミーデータを使用。

# 糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて（平成28年4月20日策定。平成31年4月25日改定）

## 1. 改定の背景

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備が必要。
- 国レベルでも支援する観点から、日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定したもの（それに先立ち平成28年3月24日に連携協定締結）
- 日本健康会議の「宣言2」として掲げられている5つの達成要件を達成した市町村や広域連合においても取組の質にはばらつきが見られることから、より効果的・効率的な事業の実施を目指すためには、プログラムの条件における留意点の整理が必要
- 関係者の連携や取組内容等実施上の課題に対応し、更なる推進を目指していくために改定するもの

## 2. 基本的考え方

- 重症化リスクの高い医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導を行い治療につなげるとともに、通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析等への移行を防止する  
その際、CKD対策等、既存の取組を活用し取り組むことも考えられる

## 3. 関係者の役割

（市町村）

- 庁内体制の整備・地域における課題の分析と情報共有・対策の立案・対策の実施・実施状況の評価・人材確保と育成

（都道府県）

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

- 保健所を活用した取組支援

（広域連合）

- 後期高齢者医療制度と国保の保健事業が一体的に実施されるよう調整するなど、市町村との連携が不可欠

- 広域連合からの委託等により市町村が保健指導を実施する際は、実施支援のための情報提供が重要

（地域における医師会等）

- 都道府県医師会等の関係団体は、郡市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言
- 都道府県医師会等や郡市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化、保健事業のアドバイザーとして取組を支援するなど、必要な協力に努める

（都道府県糖尿病対策推進会議）

- 国・都道府県の動向について構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言、市町村等との連携の窓口となる責任者を周知するなど、自治体の取組に協力するよう努める

- 地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める

（国保連合会の役割）

- KDBの活用によるデータ分析・技術支援、課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて連携し、取組を支援

#### 4. 地域における関係機関との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と問題認識を共有し十分協議**の上、推進体制を構築
- **都道府県レベル、二次医療圏等レベルで協議会や検討会を実施する**など、地域の関係者間で顔を合わせ議論することにより連携体制の充実を図る
- 必要に応じて**かかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい

#### 5. プログラムの条件

- ① 対象者の抽出基準が明確であること
- ② **かかりつけ医と連携した取組**であること
- ③ 保健指導を実施する場合には、**専門職が取組に携わる**こと
- ④ **事業の評価を実施**すること
- ⑤ 取組の実施に当たり、**地域の实情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること**

（効果的・効率的な事業を実施するための条件）

- ① **レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）も活用**し被保険者の全体像を把握した上で抽出することにより、健診未受診者層等からの抽出が可能
- ② 事業の**実施時のみならず企画時や評価時などきめ細かく連携**することにより、PDCAサイクルに基づく取組を実施
- ③ **医師・歯科医師・薬剤師等多職種連携による取組**を行うことにより保健指導の質の向上につながる
- ④ **アウトカム指標（特定健診結果の値や人工透析新規導入患者数の変化等）を用いた事業評価**を行うことにより、重症化予防効果等の測定が可能
- ⑤ **情報提供のみならず専門的助言を受け、更に事業へ反映**することにより取組の質の向上へとつながる

#### 6. 取組方策

- ・ 体制整備（庁内連携、地域連携）
- ・ 事業計画
- ・ 事業実施
- ・ 事業評価、**改善（次年度事業の修正）**

#### 7. 対象者選定 ※取組内容については地域の实情に応じ優先順位を意識し柔軟に対応

- ① **健診データ・レセプトデータ**等を活用したハイリスク者の抽出
- ② **医療機関における糖尿病治療中の者**からの抽出  
※ 生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- ③ **治療中断かつ健診未受診者**の抽出

#### 8. 介入方法 ※取組内容については地域の实情に応じ優先順位を意識し柔軟に対応

- ① **受診勧奨**：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
  - ② **保健指導**：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
- ※ 受診勧奨、保健指導等の保健事業については外部委託が可能

#### 9. 評価

- 関係者と共に、**中長期的な視点**をもった事業評価を行い、今後の事業の取組を見直すなど、**PDCAサイクル**を回すことが重要

#### 10. 個人情報の取扱い

- 取組に当たっては、基本情報に加え**健診データやレセプトデータ等個人情報**を活用することから、**取扱いに留意**する必要がある