



厚生労働省

ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

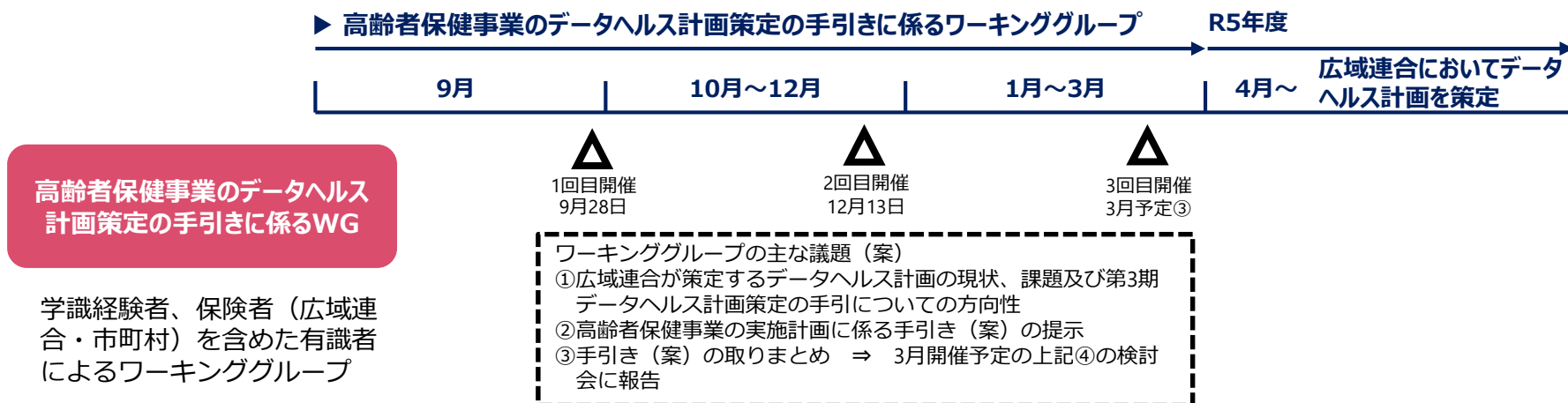
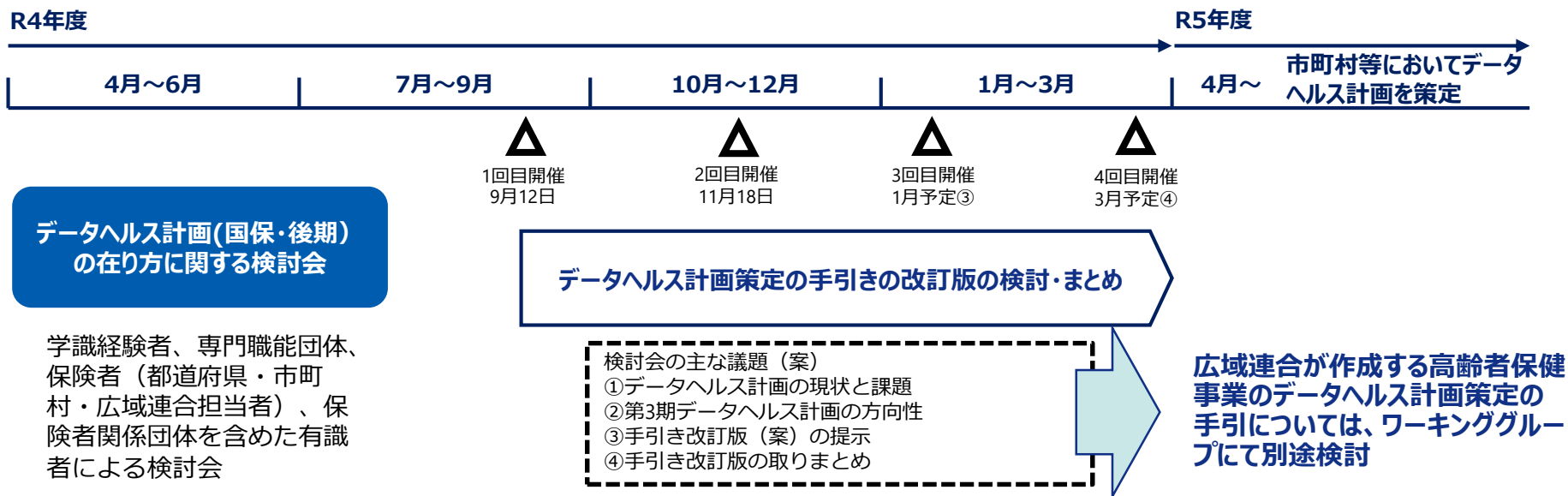
国民健康保険課からの情報提供（国民健康保険における保健事業）

厚生労働省 保険局 国民健康保険課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

国保・後期の第3期データヘルス計画に向けた検討

具体的なスケジュール



- 1 人材確保が難しい状況の中、市町村国保はどのように関係機関との連携を進めて、データヘルス計画の策定やその実施、評価を行えばよいか。（関係機関との連携のあり方）
- 2 都道府県による市町村支援をどのように考えるか。市町村がデータヘルス計画を活用して、地域の健康課題の把握と取組を進めるに当たって、都道府県では、保健医療関係者や国保連合会と連携して、どのような支援に取り組むべきか。「データヘルス計画の標準化」を含め、手引きでは、具体的にどのような内容を示すことがよいか。
- 3 令和6年度からの特定保健指導の実施方法では、特定保健指導の成果を重視し、①アウトカム評価（※1）を原則としつつ、プロセス評価（保健指導実施の介入量の評価）も併用して評価する、②対象者の行動変容に係る情報等を収集して成果に至った要因の検討等を行って、対象者の特性に応じた質の高い保健指導を還元していく（「見える化」の推進）などの方向性が示された（※2）が、保健事業における評価や見える化の推進など、手引きにおいてどのような見直しが必要か。

※1 腹囲2cmかつ体重2kgの減少などの対象者の状態の改善や生活習慣病予防につながる行動変容（食生活、運動習慣等の改善など）

※2 第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会効率的・効果的な実施方法等に関するワーキンググループ（令和4年8月12日）

- 4 現行の手引きに、追加すべき事項や更に記載を充実させるべき事項として、どのようなことが考えられるか。
（例）・新型コロナウイルス感染症のまん延に伴い、各種保健事業の実施率が低下しているが、どのように考えるか
・医療費適正化計画や健康増進計画など、都道府県が策定する計画との調和をどのように考えるか
・加入者や医療機関・薬局への特定健診情報等の共有の仕組み（マイナンバーカードを活用した仕組み）が実装されたなど、デジタル化/DXの進展に対応して、データヘルス計画で盛り込むべきものは何か

本日で議論していただきたいこと

- ①標準化の目的や標準化にあたって配慮すべきこと等の標準化の考え方、②最低限標準化することが望ましい内容、③評価指標の設定などについて整理して、手引きに示すことが必要であるが、以下について、どのように考えるか。

1 データヘルス計画の策定・実施・評価において、標準化するために、具体的にどのような取組をすればよいか。

（例）【策定の段階での取組例】

- ・ データヘルス計画の様式・記載事項を揃える
- ・ 実績を比較可能にするために共通の評価指標を設定する

【実施、評価の段階での取組例】

- ・ 共通の評価指標を用いて実績を比較する
- ・ 効果的な保健事業（方法・体制）を抽出しパターン化する

2 共通の評価指標について、手引きでは、どのような内容を示すことがよいか。

（例）【他の計画の目標設定】

＜医療費適正化計画＞

- ・ 特定健康診査・特定保健指導の実施率
- ・ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率
- ・ 後発医薬品の使用割合
- ・ 重複・多剤服薬者の割合 など

＜健康日本21＞

- ・ がん検診受診率（胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん） など

【K D Bシステムのデータ（健康スコアリング）】

- ・ 生活習慣病リスク保有者の割合（肥満、血糖、血圧、脂質、肝機能）
- ・ 適正な生活習慣を有する者の割合（喫煙、睡眠、運動、飲酒、食事） など

国民健康保険被保険者の健康の保持増進に係る事業を支援することを目的とする

都道府県国保ヘルスアップ支援事業

市町村とともに国保の共同保険者である都道府県が、区域内の市町村ごとの健康課題や健康保持増進事業の実施状況を把握するとともに、市町村における保健事業の健全な運営に必要な助言及び支援を行うなど、共同保険者としての役割を積極的に果たすために実施する国民健康保険の健康保持増進事業

<事業区分>

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| A 市町村が実施する保健事業の更なる推進に資する基盤整備 | D 人材の確保・育成事業 |
| B 市町村の現状把握・分析 | E データ活用により予防・健康づくりの質の向上を図る事業 |
| C 都道府県が実施する保健事業 | F モデル事業 |

市町村国保ヘルスアップ事業

国保被保険者の健康の保持増進、疾病予防、生活の質の向上等を目的に、生活習慣病予防対策、生活習慣病等重症化予防対策、国保一般事業、効果的なモデル事業を実施するものであり、国保被保険者に対しての取組として必要と認められ、安全性と効果が確立された方法により実施する事業

<事業区分>

- | | |
|----------------|-----------------------------------|
| ①生活習慣病予防対策 | : 特定健診未受診者対策、生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組等 |
| ②生活習慣病等重症化予防対策 | : 生活習慣病重症化予防、糖尿病性腎症重症化予防、保健指導等 |
| ③国保一般事業 | : 健康教育、健康相談、健康づくりを推進する地域活動等 |
| ④効果的なモデル事業 | : 都道府県の指定を受けて実施する先進的な保健事業 |

保険者努力支援交付金(予防・健康づくり支援)について

令和2年度より新たに500億円を追加し、保険者努力支援制度の中に、「事業費」として交付する部分を設け、「事業費に連動」して配分する部分と合わせて交付することにより、自治体における予防・健康づくりを抜本的に後押し

事業費部分(200億円程度※)

都道府県の事業計画(市町村事業を含む)に対して、事業費を交付

※ 都道府県ヘルスアップ支援事業・市町村国保ヘルスアップ事業が支援対象

※ 従来の国保ヘルスアップ事業(50億円)を統合し事業総額は250億円

【交付金のプロセス】

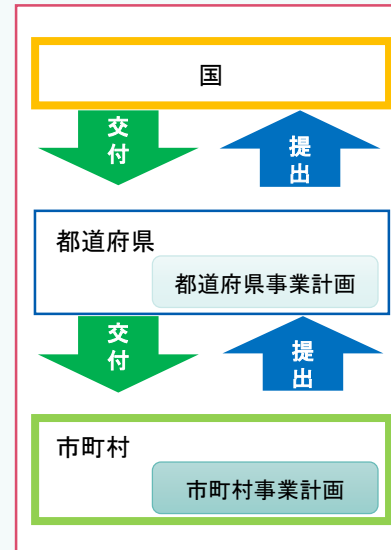
(当年度)

- ① 市町村は、市町村事業計画を作成し、都道府県に提出
- ② 都道府県は、市町村事業計画を踏まえた都道府県事業計画を作成し、国に交付申請
- ③ 国は、都道府県事業計画の内容を審査の上、交付決定し、都道府県に事業費を交付
- ④ 都道府県は、市町村に対し、市町村事業に係る事業費を交付
- ⑤ 都道府県、市町村において事業を実施

(翌年度)

- ⑥ 実績報告、国庫返還

<計画提出・交付の流れ>



事業費連動部分(300億円程度)

予防・健康づくりに関する評価指標を用いて、各都道府県に交付金を配分

【交付金の配分方法】

- 都道府県ごとに、予防・健康づくり事業に関する評価指標に基づいて採点
- 都道府県ごとの「点数」×「合計被保険者数」＝「総得点」を算出し、総得点で予算額を按分して配分 ※保険者努力支援交付金（既存分）と同様

【交付金のプロセス】

(前年度)

- ① 国において、評価指標を決定・提示

(当年度)

- ② (都道府県事業計画を踏まえつつ) 評価指標に基づいて採点
- ③ 国は、採点結果に基づいて交付決定し、都道府県に交付金を交付
- ④ 都道府県は、当年度の保険給付費に充当する形で予算執行
⇒ 結果として生じる剰余金については、翌年度以降の調整財源として活用

令和4年度 国民健康保険保険者努力支援交付金(予防・健康づくり支援) 事業費連動分に係る評価指標

○ 事業費連動分については、都道府県ごとに、以下の評価指標に基づいて採点を実施

(1) 「事業」の取組状況



左記(1)(2)について、それぞれ

(2) 「事業」の取組内容

都道府県ごとの「点数」×「合計被保険者数」＝「総得点」を算出し、総得点で予算額を按分して配分

(1)「事業」の取組状況

150億円

(都道府県)

- | | |
|------------------------------|-----|
| 1)事業ABCを全て実施している場合 | 8点 |
| 2)事業ABCDEを全て実施している場合 | 10点 |
| 3)事業Fを実施している場合で、全都道府県による評価結果 | |
| 上位 1位から10位 | 10点 |
| 上位11位から20位 | 5点 |

(市町村) 要件を満たす管内市町村の割合に応じて加点

- | | |
|------------------------------------------|----|
| 1)事業①生活習慣病予防対策を2事業以上実施する管内市町村の割合が8割以上の場合 | 6点 |
| 2)事業②生活習慣病等重症化予防対策を実施する管内市町村の割合が9割以上の場合 | 6点 |
| 3)事業③国保一般事業を | |
| ・1事業以上実施する管内市町村の割合が4割以上の場合 | 5点 |
| ・上記を満たした上で、2事業以上実施する管内市町村の割合が1割以上の場合 | 8点 |
| 4)事業①のe)またはf)を実施する管内市町村の割合が5割以上の場合 | 6点 |
| 5)事業①②③それぞれから1事業以上の事業を実施している管内市町村の割合 | |
| 管内市町村の5割以上が実施 | 6点 |
| 管内市町村の3割以上5割未満が実施 | 3点 |

(2)「事業」の取組内容

150億円

(都道府県)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| 1)管内市町村ごとの健康・医療情報の分析や事業の効率的・効果的な実施に向けた課題やニーズを把握した上で、都道府県の事業を実施している場合 | 6点 |
| 2)下記市町村指標1)～3)を全て満たす申請市町村の割合が5割以上の場合 | 10点 |
| 3)申請市町村が下記市町村指標1)～3)を満たせるよう都道府県から支援を受けたと回答している割合 | |
| 申請市町村の8割以上が支援を受けている場合 | 10点 |
| 申請市町村の6割以上8割未満が支援を受けている場合 | 5点 |

(市町村) 要件を満たす申請市町村の割合に応じて加点

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1)申請市町村の全てが、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを組み合わせて総合的に事業を展開している場合 | 10点 |
| 2)申請市町村の全てが、性・年齢別等の視点に加え、地域ごとの分析を実施している場合 | 7点 |
| 3)申請市町村の全てが、事業の計画、実施、評価にわたり、第三者の支援・評価を受け、事業に反映している場合 | 7点 |
| 4)「新たな生活様式」の下での予防・健康づくり事業の展開 | |
| ア 申請市町村の9割以上が、健診の受診控えに関して、実情に応じた事業を実施している場合 | 5点 |
| イ 申請市町村の9割以上が、外出自粛等による身体活動の低下や社会とのつながりの減少により起こる心と身体の機能低下の予防、健康維持の推進をふまえた事業を実施している場合 | 5点 |

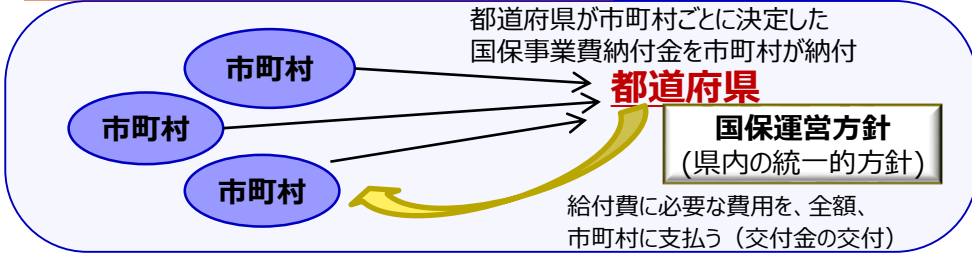
国民健康保険制度の見直し

令和4年4月13日
財政制度等審議会
財政制度分科会資料

- 国民健康保険（以下「国保」という。）の都道府県化により、国保の財政運営を担うこととなったことで、**都道府県は、医療費の水準及びそれと関関が高い医療提供体制といった住民が享受する受益（給付）と住民の負担である保険料水準の双方を俯瞰する存在となりつつある**。都道府県によるガバナンスの発揮を通じて医療費適正化がより実効あるものとなることが期待される状況となっている。
- 国保財政における給付と負担の関係の「見える化」を図り、都道府県を給付と負担の相互牽制関係のもとで両者の総合マネジメントを行う主体としていくうえで、**都道府県内の国保の保険料水準の統一や法定外繰入等の解消等が重要であり、達成時期を区切るなどその一層の加速化を図るべきである**。
- 更には、財政単位の広域化を徹底することで、高額医療費負担金や特別高額医療費共同事業の機能が代替されること等を踏まえ、**制度の複雑さを解消し、給付と負担の対応関係をより分かりやすくするための制度の更なる見直しも検討すべきである**。その際、年齢構成等により合理的に説明できない医療費の地域差が各都道府県の保険料水準に反映されるよう、普通調整交付金の配分方法も見直すべきである。
- 近年拡充されてきた**保険者努力支援制度**も聖域ではない。とりわけ予防・健康づくりへの評価については、既に述べたとおり医療費適正化効果以上の公費が投入されているにもかかわらず、更に公費を注ぎ込むこととなりかねない。保健事業の支援よりもアウトカムとしての医療費水準の抑制や、エビデンスや費用対効果に照らしてそれに直接的に結びつく取組（長期Do処方からリフィル処方への切替えなどを含め、**都道府県医療費適正化計画における見直し後の「医療の効率的な提供の推進に関し、達成すべき目標」と整合的な取組**）、更には都道府県内の国保の保険料水準の統一や法定外繰入等の解消等を評価する仕組みに**重点化・簡素化**するとともに、そうした見直しにあわせて、**規模や交付される公費の使い途についても見直すことが求められる**。

◆ 国保改革による都道府県単位化

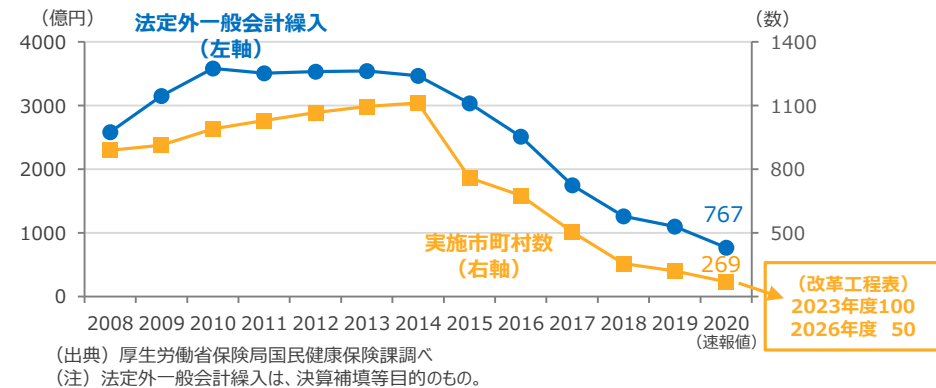
都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割（提供体制と双方に責任発揮）



◆ 国保運営方針等における具体的な統一時期や検討時期等に係る記載

都道府県	運営方針への記載状況等	都道府県	運営方針への記載状況等
北海道	・納付金ベースの統一：R 6年度 ・完全統一：R 12年度	静岡県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：R 9年度 ・完全統一：段階的に実施
青森県	・納付金ベースの統一：R 7年度 ・完全統一：引き続き協議	三重県	・納付金ベースの統一：R 5年度 ・完全統一：段階的に進める
秋田県	・納付金ベースの統一：R 15年度 ・完全統一：長期的課題	大阪府	・完全統一：H 30年度（R 5年度まで経過措置あり）
福島県	・完全統一：R 11年度（当分の間、例外措置あり）	兵庫県	・納付金ベースの統一：R 3年度 ・完全統一：可能なものから段階的な目標設定を検討
群馬県	・納付金ベースの統一：R 6年度 ・完全統一：今後協議	奈良県	・完全統一：R 6年度
埼玉県	・納付金ベースの統一：R 6年度 ・市町村毎の収納率を反映した統一：R 9年度 ・完全統一：収納率格差が一定程度まで縮小された時点	和歌山県	・到達可能な段階の保険料水準の統一：R 9年度
山梨県	・納付金ベースの統一：R 12年度	広島県	・市町村毎の収納率を反映した統一：R 6年度 ・完全統一：収納率が市町村間で均一化したと見なされる段階
長野県	・概ね二次医療圏での医療費指数の統一と応益割額の平準化：R 9年度	佐賀県	・完全統一：R 9年度（R 11年度まで経過措置あり）
		長崎県	・納付金ベースの統一：R 6年度
		沖縄県	・完全統一：R 6年度（出所）厚生労働省資料

◆ 法定外一般会計繰入額等の推移



◆ 制度の見直しを検討すべき事業

高額医療費負担金 事業規模3,700億円、国費900億円

高額な医療費（1件80万円超）の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担

特別高額医療費共同事業 国費60億円

著しく高額な医療費（1件420万円）について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。

保険者努力支援制度 国費1,500億円 ※特別調整交付金を含む

都道府県・市町村の医療費の適正化、予防健康づくり等の取組状況に応じた支援。国が全額負担。

総 括 調 査 票

令和4年7月26日 財務省
令和4年度予算執行調査（7月公表分）
予算執行調査資料（総括調査票）

調査事業名 (18) 国民健康保険保険者努力支援交付金

③調査結果及びその分析

(2) 各指標項目の推移と達成状況

- 指標項目数の推移を確認したところ、令和3年度は、平成30年度と比べると市町村分は1.7倍、都道府県分は2.1倍と大幅に増加しており、全体で190項目と複雑化している。なお、うち「医療の効率的な提供の推進」に関する項目は35項目にとどまる。【図3】
- 令和3年度の加点に係る各指標項目について、設定された水準に達して点数を獲得した都道府県・市町村の割合を確認したところ、80%以上の自治体が達成している指標項目が全体の3割存在（56項目）しており、メリハリの効いた指標となっていない。【図4】

(3) 獲得点数と医療費の関係

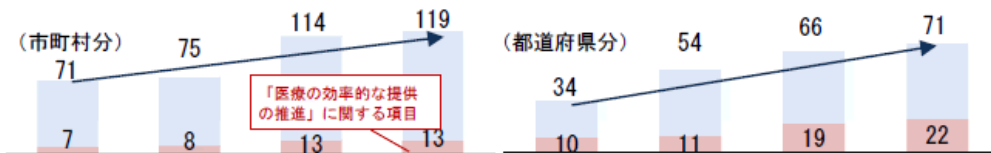
- 都道府県ごとの獲得点数と医療費の関係を確認したところ、同水準の獲得点数であっても医療費のバラつきが大きく、相関関係は弱い。本制度で評価される取組を行うことが必ずしも医療費適正化につながっていない状況となっている。【図5】

【参考】特定健診・特定保健指導の医療費適正化効果について

- ◆「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第二次報告」（平成29年1月）
・1人当たりの効果額については、「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ取りまとめ」（平成28年3月）に記載された1人当たりの影響額6,000円程度（年額）を特定健診・保健指導の実施率向上による医療費適正化効果であると仮定。
・保健指導終了者の増加見込み200万人に1人当たり影響額6,000円を乗じて、機械的に試算すると、その効果額は200億円程度と推計される。
*NDB（ナショナル・データベース）から平成20年度から平成25年度の特健健診・保健指導データを用いて、364保険者の被保険者19万人程度を対象に分析を行ったもの。
(注)「社会保障の在り方に関する懇談会」（平成17年10月）において、厚生労働省は、「生活習慣病対策」により、平成27年度（2015年度）には▲0.7兆円、平成37年度（2025年度）には▲2.2兆円の医療費適正化が可能と示している。
(参考) 特定健診・特定保健指導への国庫補助 令和4年度予算 国費211億円、公費370億円

- ◆令和4年度行政事業レビュー・公開プロセス（令和4年6月2日）における「特定健康診査・保健指導に必要な経費」に対する外部有識者の具体的なコメント ※主なものを記載
・医療費削減に本当に寄与しているのか。
・医療費適正化に関する効果検証が十分に行われているとは考えられない。
・巨額な投資に対して、見合う成果・リターンが得られていない。
・多額の国費をかける意義は、事業開始時点はともかく、現在は乏しい。

【図3】取組評価分の指標項目数の推移

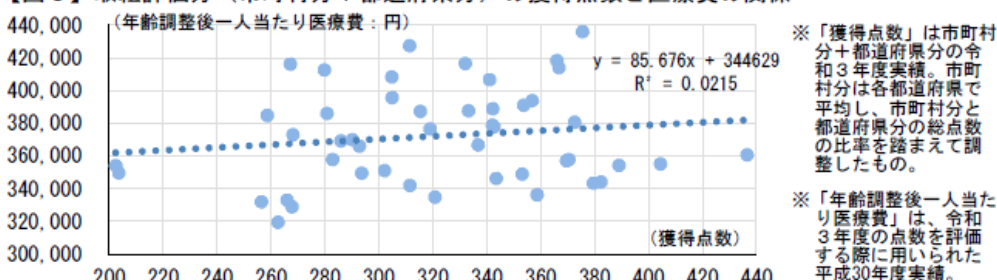


平成30年度 令和元年度 令和2年度 令和3年度 平成30年度 令和元年度 令和2年度 令和3年度
※加点・減点されている項目を1項目としてカウントしている。
※「医療の効率的な提供の推進に関する項目」は、市町村分の指標「適正受診・適正服薬」・「後発医薬品の使用促進」と都道府県分の指標「医療費適正化のアウトカム評価」等に関する項目（全35項目）。図4もこの考え方によって集計している。

【図4】取組評価分（市町村分+都道府県分）の各指標ごとの達成状況（令和3年度）



【図5】取組評価分（市町村分+都道府県分）の獲得点数と医療費の関係



④今後の改善点・検討の方向性

- 保険者が果たすべき重要な機能は医療費適正化である。平成27年改正法附帯決議においても、本事業の実施に当たって、「医療費適正化に向けた取組等が推進される」べきとしている。しかし、現状、適正化効果の乏しい、被保険者の健康の保持増進に偏重した事業内容となっている。
- 事業費分について、健康の保持増進に軸足を置いた現在のヘルスアップ事業のメニューを抜本的に見直し、医療の効率的な提供に向けた取組に大幅に入れ替えるとともに、事業の実施に当たっては費用対効果の観点から実施の可否を国が判断する仕組みとすべきである。実施事業内容の厳格化や足もとの低調な執行実績等を踏まえ、事業費分の予算を縮減するとともに、事業費連動分についても当初想定していた事業費

分の1.2倍となるよう縮減すべきである。また、都道府県ごとに事業費分に対する割合で事業費連動分の上限を設けるなど、その仕組みを見直すべきである。

- 取組評価分についても、健康の保持増進に偏重した評価となっている。評価項目の数も膨大であり、大半の自治体で水準達成となっている形骸化した評価項目も多い。全体として評価項目の縮減により簡素化を図るとともに、その予算額についても圧縮を図るべきである。その上で、リフィル処方箋の普及・定着に向けた取組など医療費適正化に効果のある医療の効率的な提供に関する評価項目を加え、点数配分についても重点化する見直しを行うべきである。