

保健事業を取り巻く国の動き

平成29年2月3日
国民健康保険中央会
常務理事 飯山 幸雄

資料構成

I 社会保障制度をめぐる諸情勢

(1) 人口、社会保障経費等の状況

(2) わが国の財政状況

II 厚生労働省予算と社会保障の充実・安定化

III 国保財政・後期高齢者医療制度財政等の状況

IV 国保制度改革

V 特定健康診査・特定保健指導実施状況

VI データヘルスとビッグデータ活用

VII データヘルスの推進

VIII 重症化予防の取組

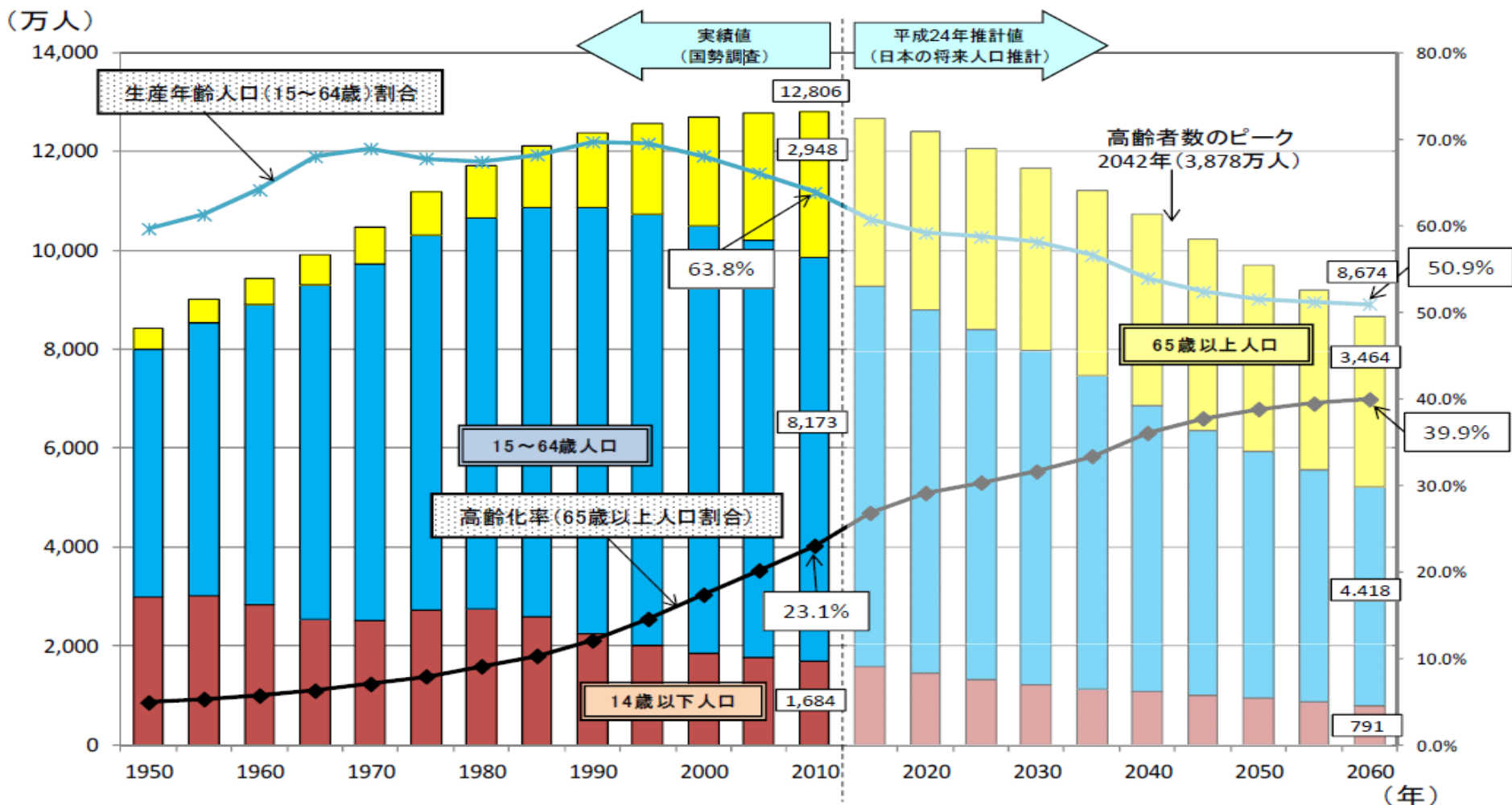
IX ビッグデータの活用

X 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会提言

XI 地域包括ケアシステムの構築へ

I 社会保障制度をめぐる諸情勢(人口構成の変化－1)

我が国の人口の推移



資料: 2010年までは総務省統計局「国勢調査」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)中位推計」

I 社会保障制度をめぐる諸情勢(人口構成の変化-2)

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

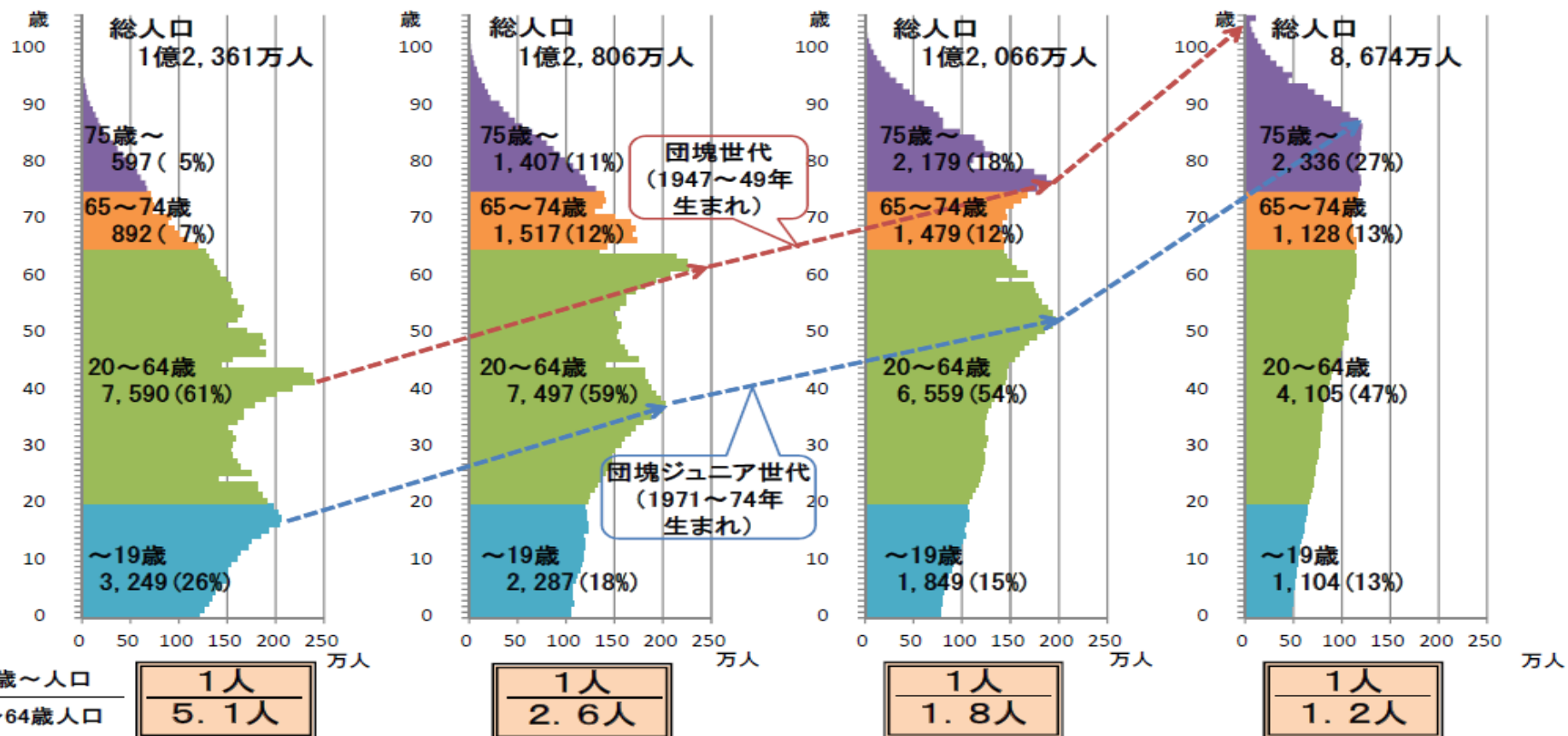
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在は1人の高齢者を2.6人で支えている構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える構造となる

1990年(実績)

2010年(実績)

2025年

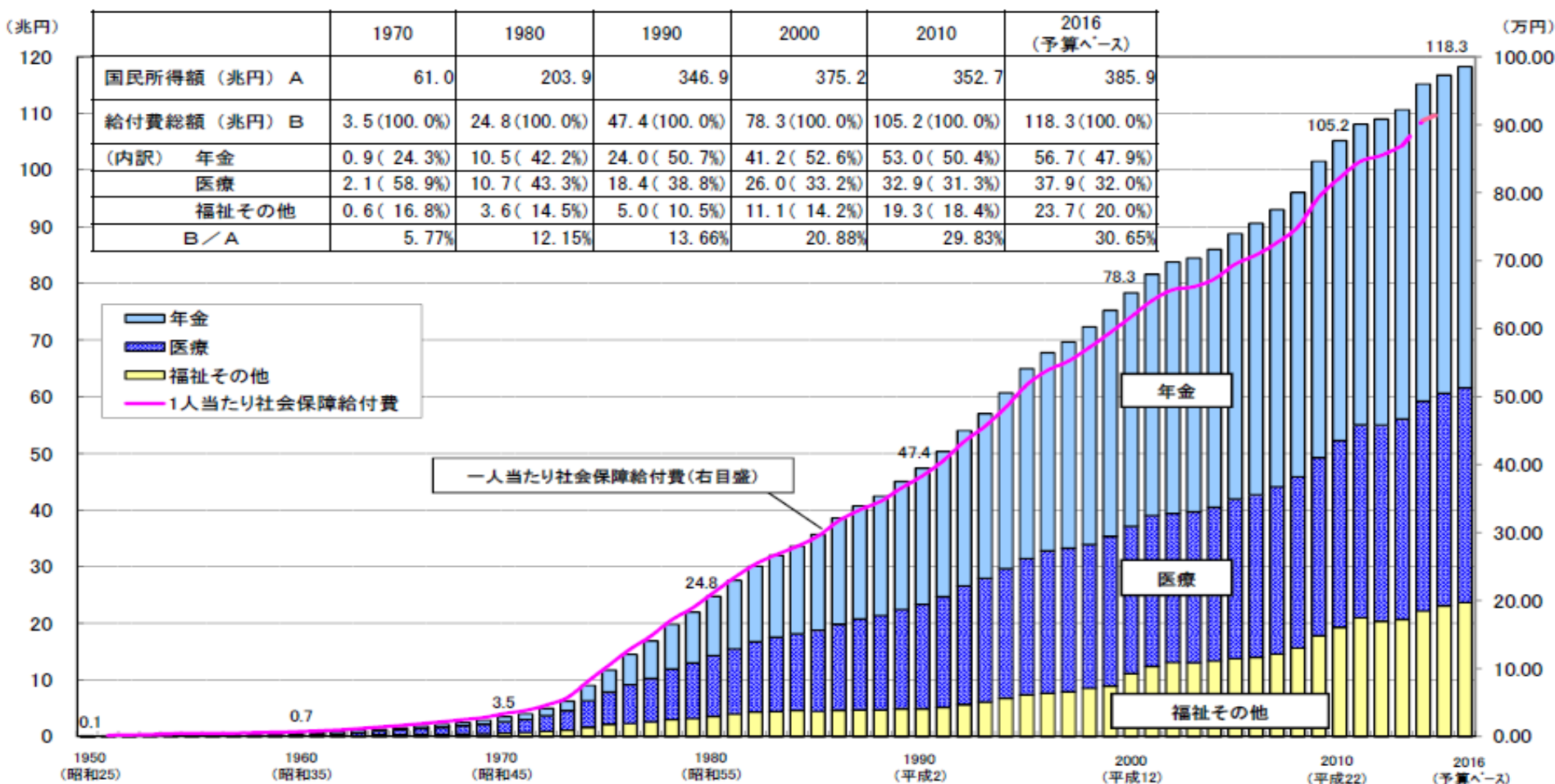
2060年



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

I 社会保障制度をめぐる諸情勢(給付費の急増－1)

社会保障給付費の推移



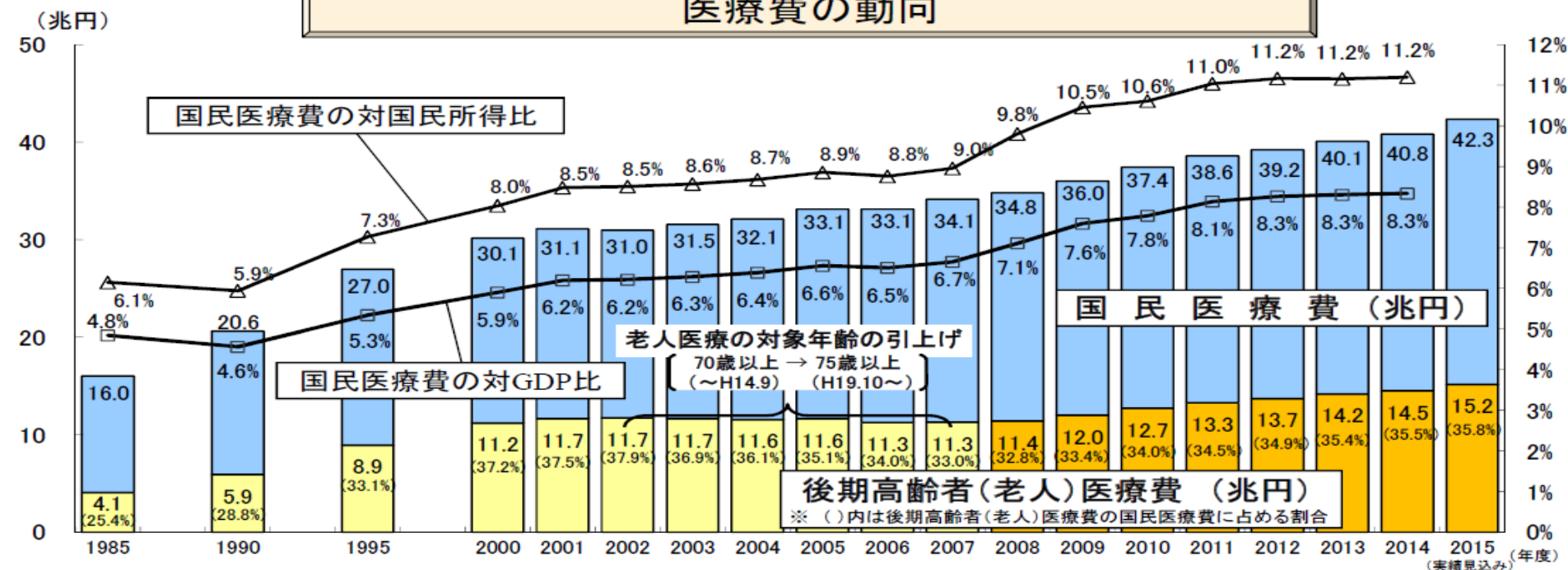
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成25年度社会保障費用統計」、2014年度、2015年度、2016年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2016年度の国民所得額は「平成28年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成28年1月22日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950、1960、1970、1980、1990、2000及び2010並びに2016年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

I 社会保障制度をめぐる諸情勢(給付費の急増-2)

医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)	(%)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.6	
国民所得	7.2	8.1	1.1	1.7	▲2.2	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.4	▲0.9	0.5	2.3	1.5	—	
GDP	7.2	8.6	1.8	0.8	▲1.8	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.4	▲1.3	0.0	1.7	1.5	—	

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。

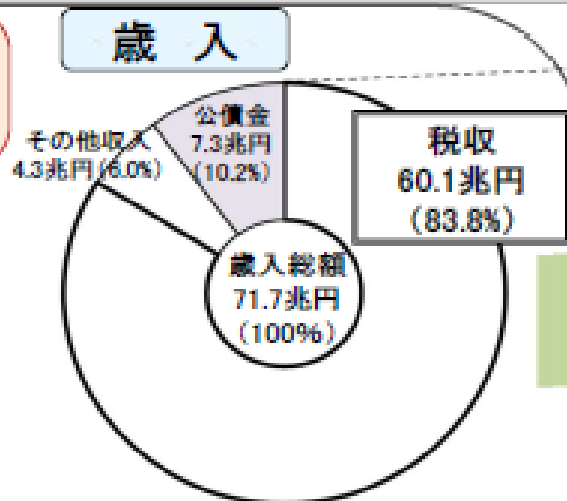
注2 2015年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2015年度分は、2014年度の国民医療費に2015年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

※70-74歳の者の一部負担割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

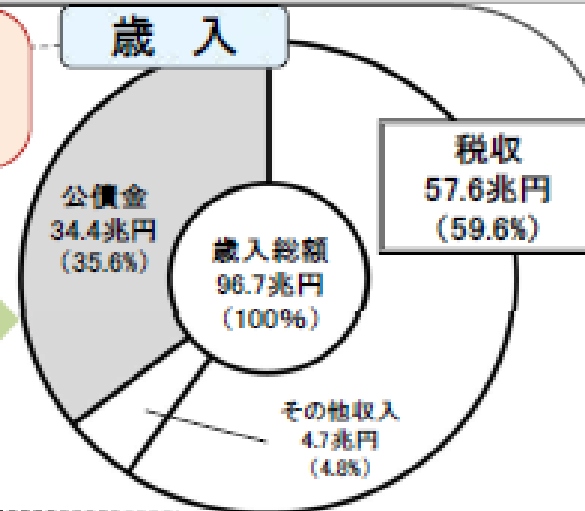
I わが国の財政事情(歳入・歳出構造の変化)

○平成2(1990)年度と平成28(2016)年度の国の一般会計の構造を比べると、公債金が大幅に増加するとともに、社会保障関係費も大幅に増加し、国の一般歳出(政策経費)の半分以上を占めるようになった。

1990年度
決算

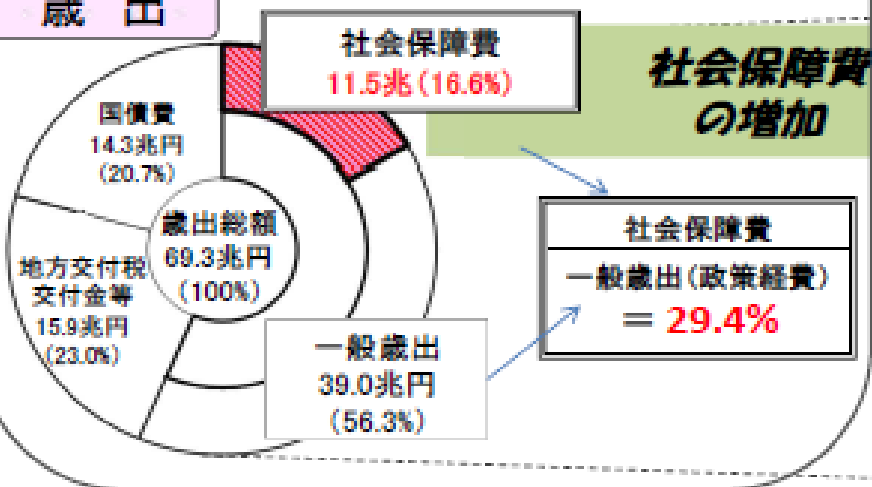


2016年度
当初予算

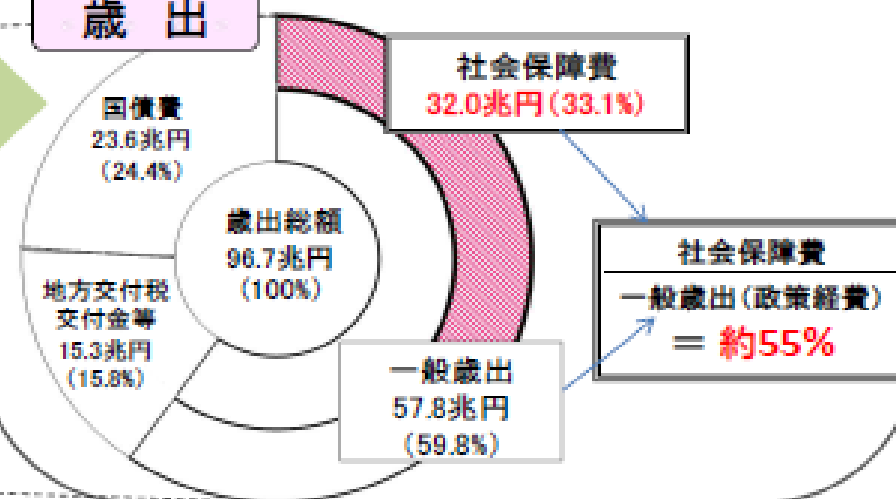


公債の増大

歳出



歳出

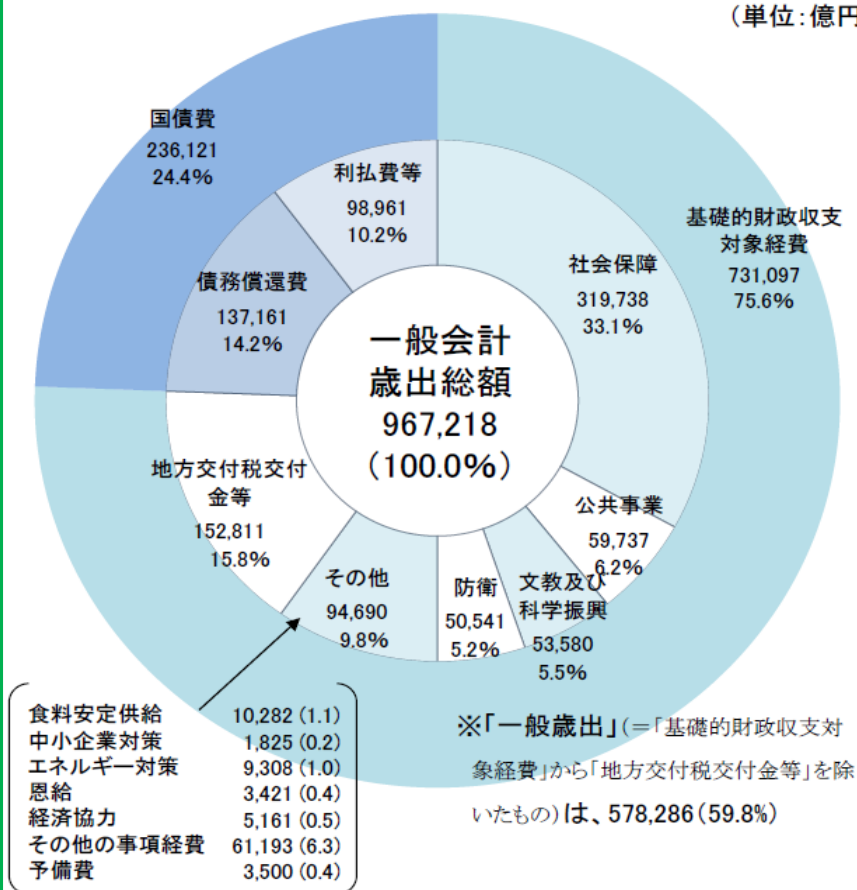


I **参考** わが国の財政事情(平成28年度政府予算案)

平成28年度一般会計歳出・歳入の構成

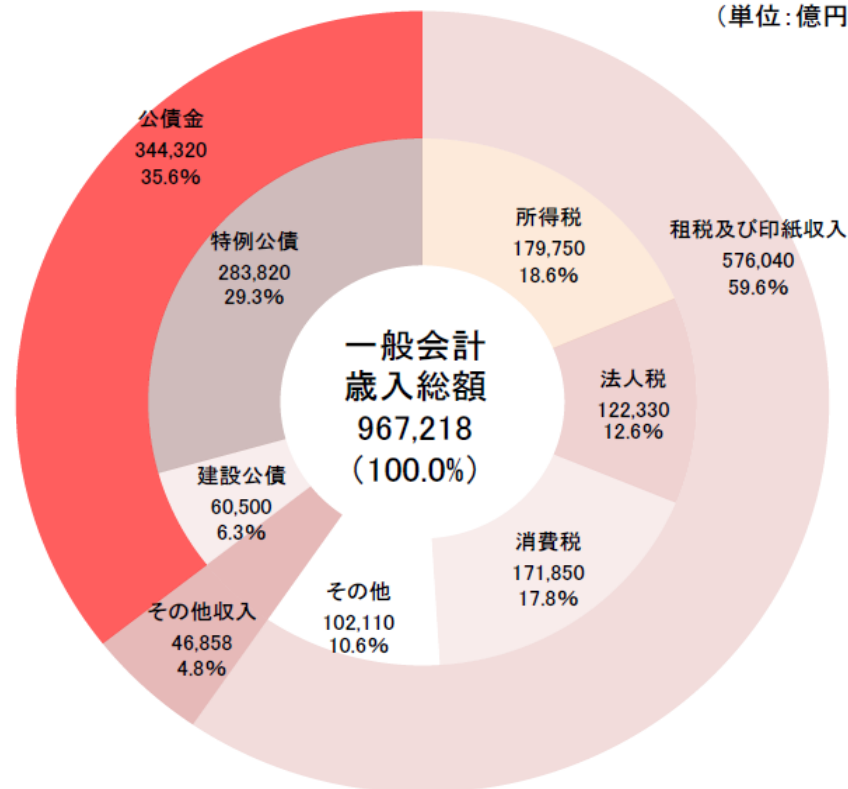
一般会計歳出

(単位:億円)



一般会計歳入

(単位:億円)



(注1) 計数については、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは合致しないものがある。

(注2) 一般歳出※における社会保障関係費の割合は55.3%。

I わが国の財政事情(平成29年度政府予算案)

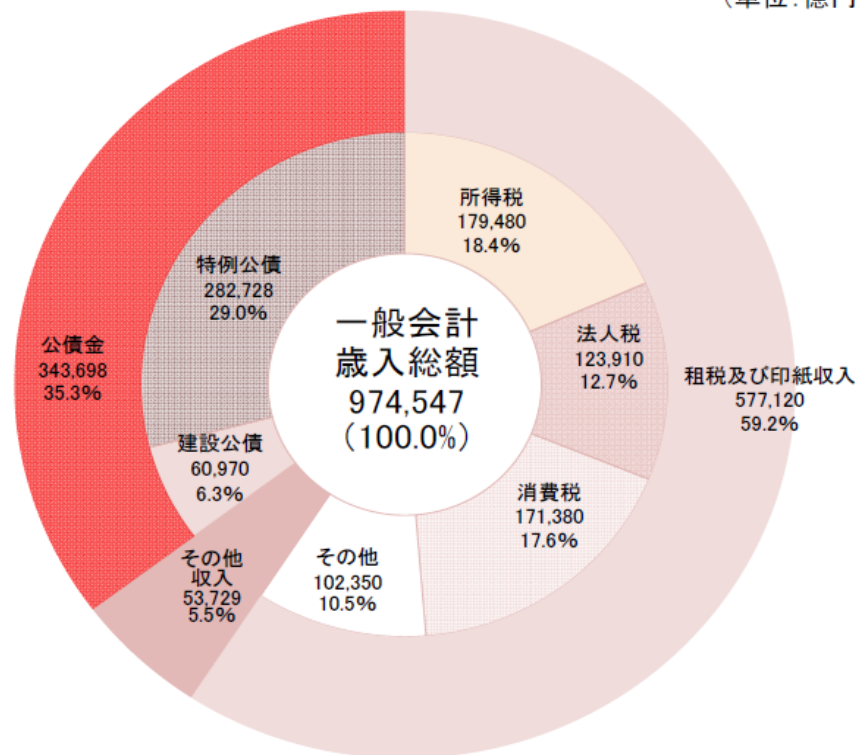
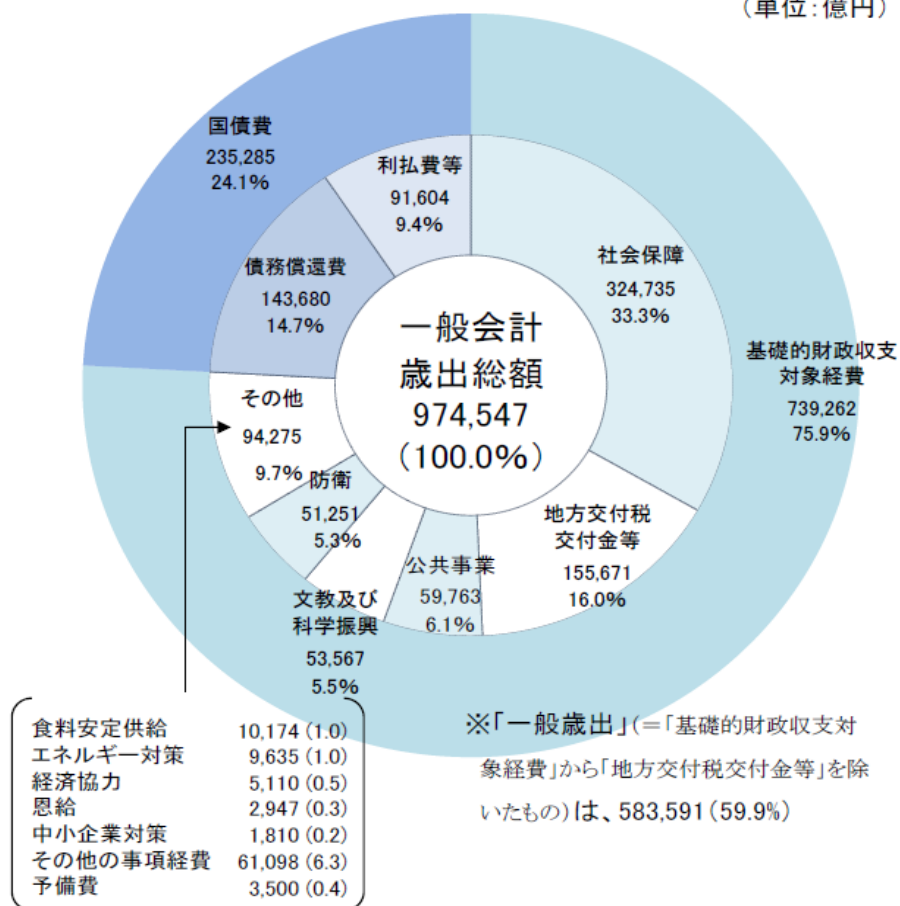
平成29年度一般会計歳出・歳入の構成

一般会計歳出

(単位:億円)

一般会計歳入

(単位:億円)



(注1) 計数については、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは合致しないものがある。

(注2) 一般歳出※における社会保障関係費の割合は55.6%。

Ⅱ **参考** 厚生労働省予算と社会保障の充実・安定化(平成28年度)

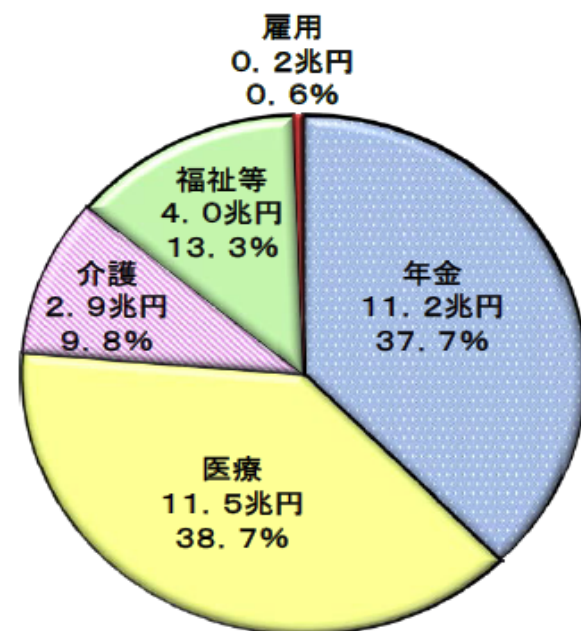
社会保障関係費の内訳

【平成27年度予算額と平成28年度予算案の社会保障関係費の比較】

【平成28年度予算案の社会保障関係費の内訳】

(単位:億円)

	平成27年度 予 算 額 (A)	平成28年度 予 算 案 (B)	増△減額 (C) ((B) - (A))	増△減率 (C) / (A)
社会保障 関係費	294,505	298,631	4,126	1.4%
年金	110,527	112,498	1,971	1.8%
医療	114,901	115,438	538	0.5%
介護	28,294	29,323	1,030	3.6%
福祉等	39,105	39,667	563	1.4%
雇用	1,679	1,704	25	1.5%



【計数整理の結果、異動を生ずることがある。】

(注1) 平成27年度予算額は当初予算額である。

(注2) 平成27年度から保育所運営費等(平成27年度予算 1兆8,126億円)が内閣府へ移管されている。

(注3) 計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものがある。

Ⅱ 厚生労働省予算と社会保障の充実・安定化(平成29年度)

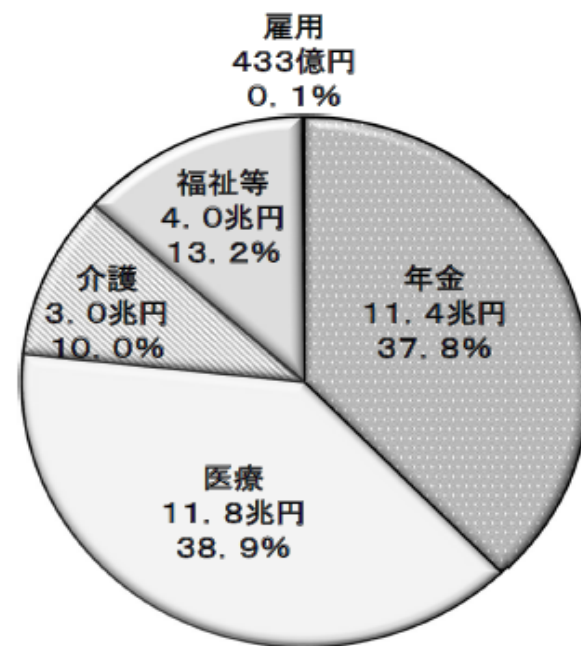
社会保障関係費の内訳

【平成28年度予算額と平成29年度予算案の社会保障関係費の比較】

【平成29年度予算案の社会保障関係費の内訳】

(単位:億円)

	平成28年度 予算額 (A)	平成29年度 予算案 (B)	増△減額 (C) (B) - (A)	増△減率 (C) / (A)
社会保障 関係費	298,631	302,483	3,852	1.3%
年金	112,498	114,249	1,751	1.6%
医療	115,438	117,685	2,247	1.9%
介護	29,323	30,130	807	2.8%
福祉等	39,667	39,986	318	0.8%
雇用	1,704	433	△1,271	△74.6%



【計数整理の結果、異動を生ずることがある。】

(注1) 平成28年度予算額は当初予算額である。

(注2) 計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものがある。

(注3) 社会保障関係費のうち雇用分の主な減要因は、雇用保険の国庫負担率について、平成29年度から平成31年度の3年間に限り、本則の55%から本則の10%へ引き下げることによるもの。

Ⅱ 厚生労働省予算と社会保障の充実・安定化(平成29年度)

平成29年度の社会保障の充実・安定化について

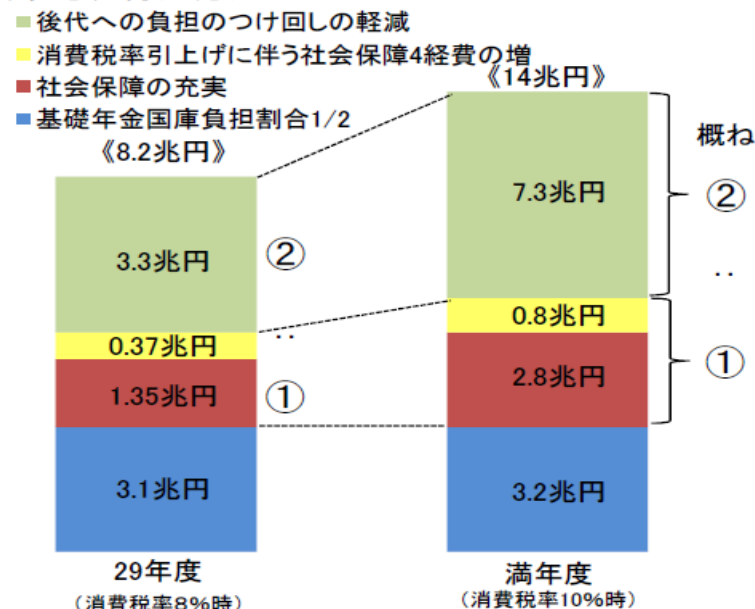
- 消費税率引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向ける。
- 社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指す観点から、平成29年度の増収額8.2兆円については、
 - ① まず基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 に3.1兆円を向け、
 - ② 残額を満年度時の
 - ・「社会保障の充実」及び「消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増」と
 - ・「後代への負担のつけ回しの軽減」の比率（概ね 1：2）で按分した額をそれぞれに向ける。

〈29年度消費税増収分の内訳〉

《増収額計：8.2兆円》

- 基礎年金国庫負担割合 2 分の 1
(平成24年度・25年度の基礎年金国庫負担割合 2 分の 1 の差額に係る費用を含む) 3.1兆円
- 社会保障の充実 1.35兆円
 - ・ 子ども・子育て支援の充実
 - ・ 医療・介護の充実
 - ・ 年金制度の改善
- 消費税率引上げに伴う社会保障4経費の増 0.37兆円
 - ・ 診療報酬、介護報酬、年金、子育て支援等についての物価上昇に伴う増
- 後代への負担のつけ回しの軽減 3.3兆円
 - ・ 高齢化等に伴う自然増を含む安定財源が確保できていない既存の社会保障費

(参考) 算定方法のイメージ



(注1) 金額は公費(国及び地方の合計額)である。

(注2) 上記の社会保障の充実に係る消費税増収分(1.35兆円)と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果(▲0.49兆円)を活用し、社会保障の充実(1.84兆円)の財源を確保。

(注3) 満年度の計数は、軽減税率導入による減収分についての財源確保分を含む。

Ⅱ 厚生労働省予算と社会保障の充実・安定化(平成29年度)

平成29年度における「社会保障の充実」(概要)

(単位:億円)

事 項		事業内容	平成29年度 予算案 ^(注1)	国分	地方分	(参考) 平成28年度 予算額
子ども・子育て支援		子ども・子育て支援新制度の実施	6,526	^(注3) 2,985	3,541	5,593
		社会的養護の充実	416	208	208	345
		育児休業中の経済的支援の強化	17	^(注4) 10	6	67
医療・介護	医療・介護サービスの提供体制改革	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等 ・ 地域医療介護総合確保基金(医療分) ・ 診療報酬改定における消費税財源等の活用分	904 442	602 313	301 129	904 422
		地域包括ケアシステムの構築 ・ 地域医療介護総合確保基金(介護分) ・ 平成27年度介護報酬改定における消費税財源の活用分 (介護職員の処遇改善等) ・ 在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など地域支援事業の充実	724 1,196 429	483 604 215	241 592 215	724 1,196 390
		国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充	612	0	612	612
		国民健康保険への財政支援の拡充				
		・ 財政安定化基金の造成 (基金の積立残高)	1,100 (1,700)	1,100	0	580 (600)
		・ 上記以外の財政支援の拡充	2,464	1,632	832	1,664
	医療・介護保険制度の改革	被用者保険の拠出金に対する支援	700	700	0	210
		70歳未満の高額療養費制度の改正	248	217	31	248
		介護保険の1号保険料の低所得者軽減強化	221	111	111	218
		難病・小児慢性特定疾病への対応				
		難病・小児慢性特定疾病に係る公平かつ安定的な制度の運用 等	2,089	1,044	1,044	2,089
		年金				
		年金受給資格期間の25年から10年への短縮	256	245	10	—
		遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	44	41	3	32
合 計			18,388	10,511	7,877	15,295

(注1) 金額は公費(国及び地方の合計額)。計数は、四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。

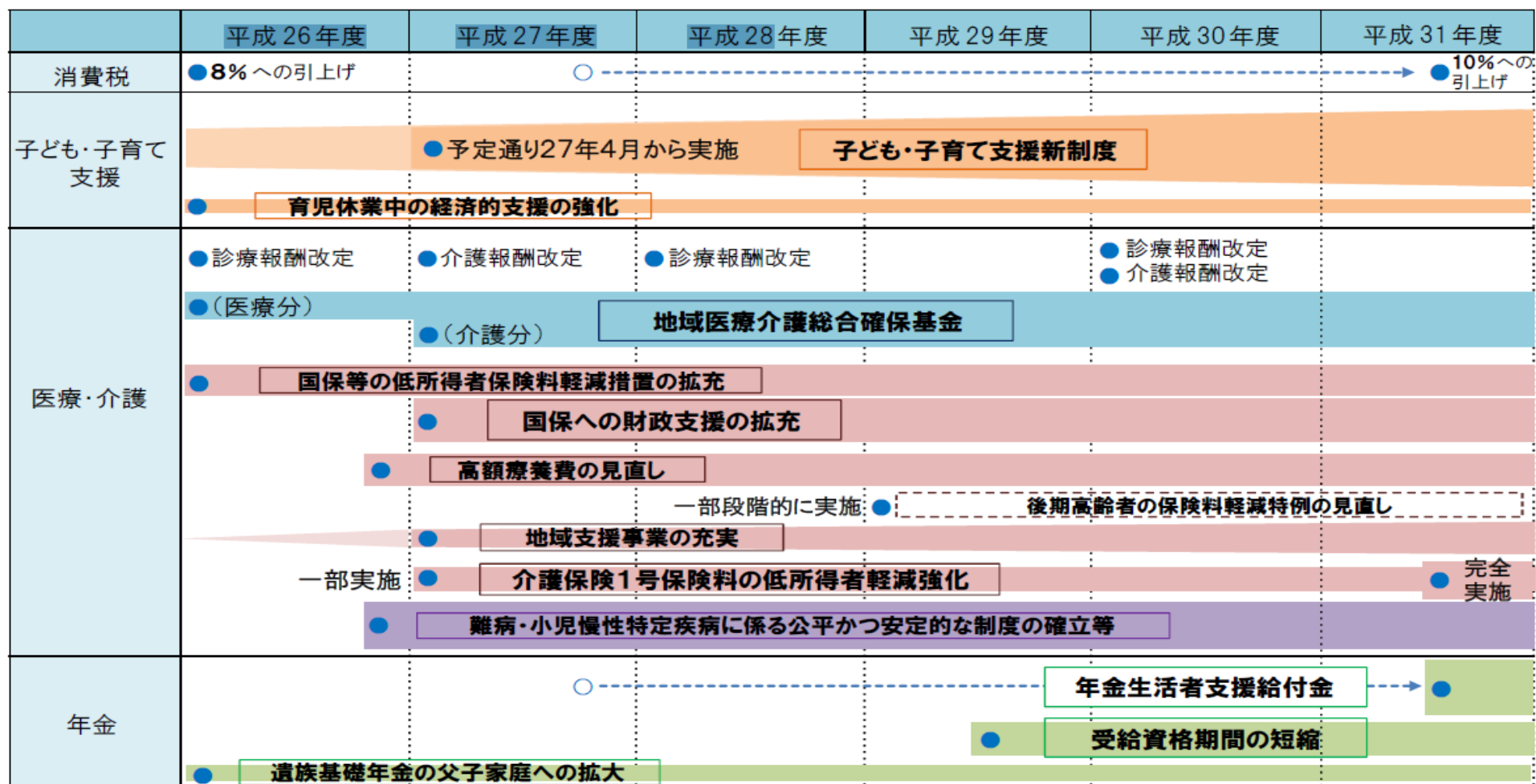
(注2) 消費税増収分(1.35兆円)と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果(▲0.49兆円)を活用し、上記の社会保障の充実(1.84兆円)の財源を確保。

(注3) 「子ども・子育て支援新制度の実施」の国分については全額内閣府に計上。

(注4) 「育児休業中の経済的支援の強化」の国分のうち、雇用保険の適用分(10億円)は厚生労働省、国共済組合の適用分(0.1億円)は各省庁に計上。

Ⅱ 社会保障の充実に係る実施スケジュール

社会保障・税一体改革による社会保障の充実に係る実施スケジュールについて



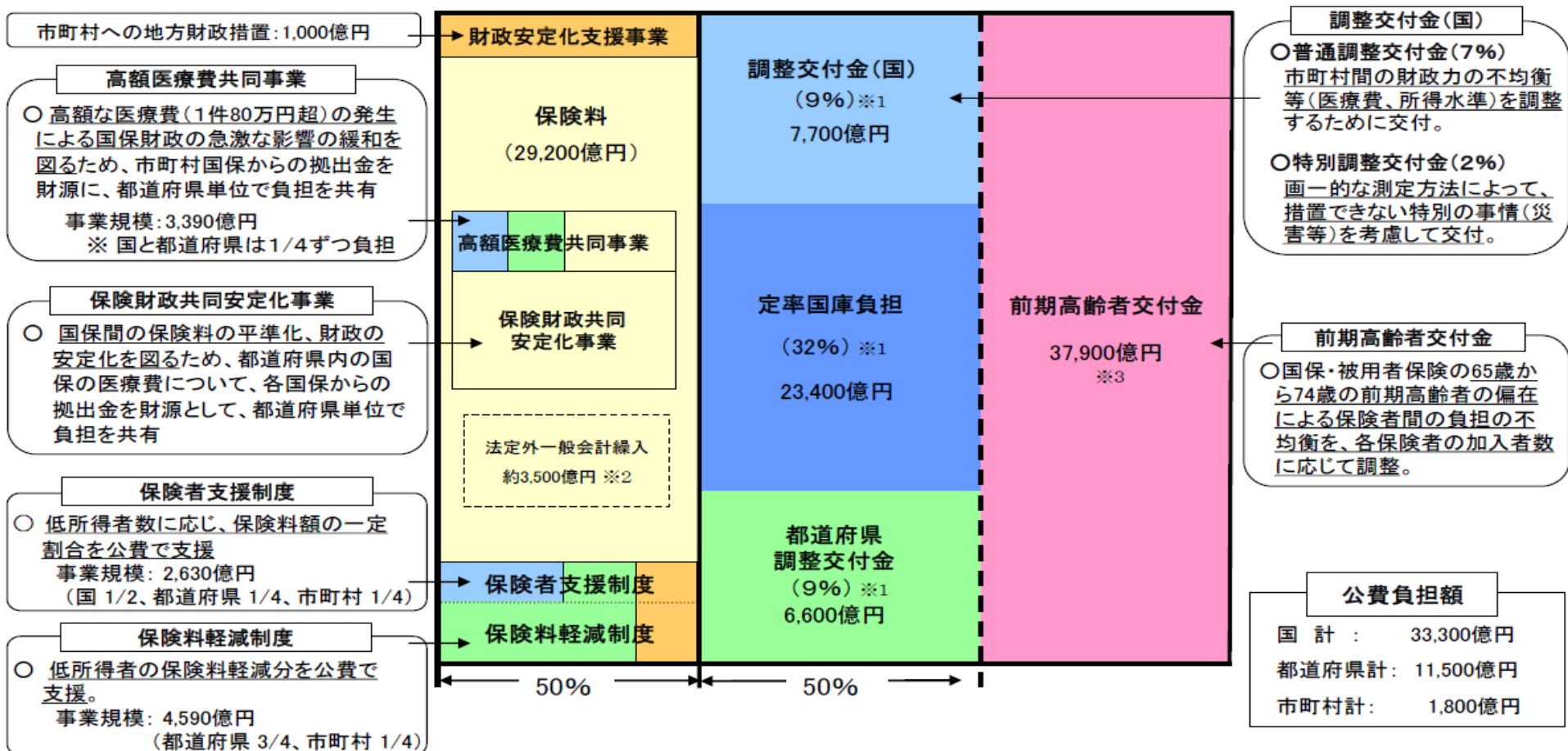
(注) 年金生活者支援給付金と介護保険1号保険料の低所得者軽減強化については、現在の法律の規定やこれまでの社会保障の充実の考え方に従って記載。(消費税率10%時までには実施)

Ⅲ 国保財政・後期高齢者医療制度財政の状況(1)

国保財政の現状

(平成29年度予算案ベース)

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

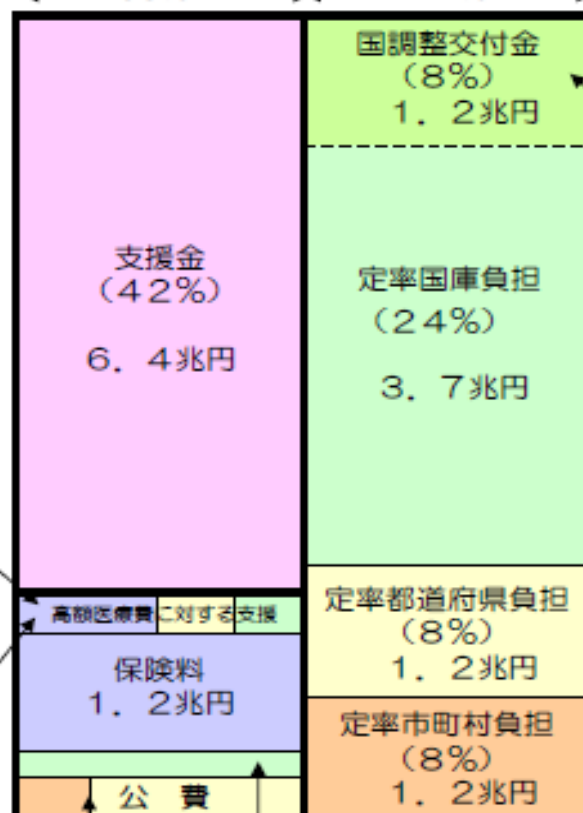
※3 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる

Ⅲ 国保財政・後期高齢者医療制度財政の状況(2)

後期高齢者医療制度の財政の概要(29年度予算(案))

都道府県単位の広域連合

← 53% → ← 47% →



財政安定化基金

○保険料未納リスク、給付増リスク及び保険料上昇抑制に対応するため、国・都道府県・広域連合（保険料）が1/3ずつ拠出して、都道府県に基金を設置し、貸付等を行う。

0.1兆円程度（基金残高）

高額医療費に対する支援

○高額な医療費による財政影響を緩和するため、1件80万円を超えるレセプトに係る医療費の一定部分について、国・都道府県が1/4ずつ負担する。

0.3兆円

特別高額医療費共同事業

○著しく高額な医療費による財政影響を緩和するため、広域連合からの拠出により、1件400万円を超えるレセプトに係る医療費の200万円超分について、財政調整を行う。

43億円（うち国10億円）

調整交付金（国）

○普通調整交付金（調整交付金の9/10）
…広域連合間の所得格差による財政力不均衡を調整するために交付する。
○特別調整交付金（調整交付金の1/10）
…災害その他特別の事情を考慮して交付する。

・保険基盤安定制度（低所得者等の保険料軽減）
・保険料特例軽減

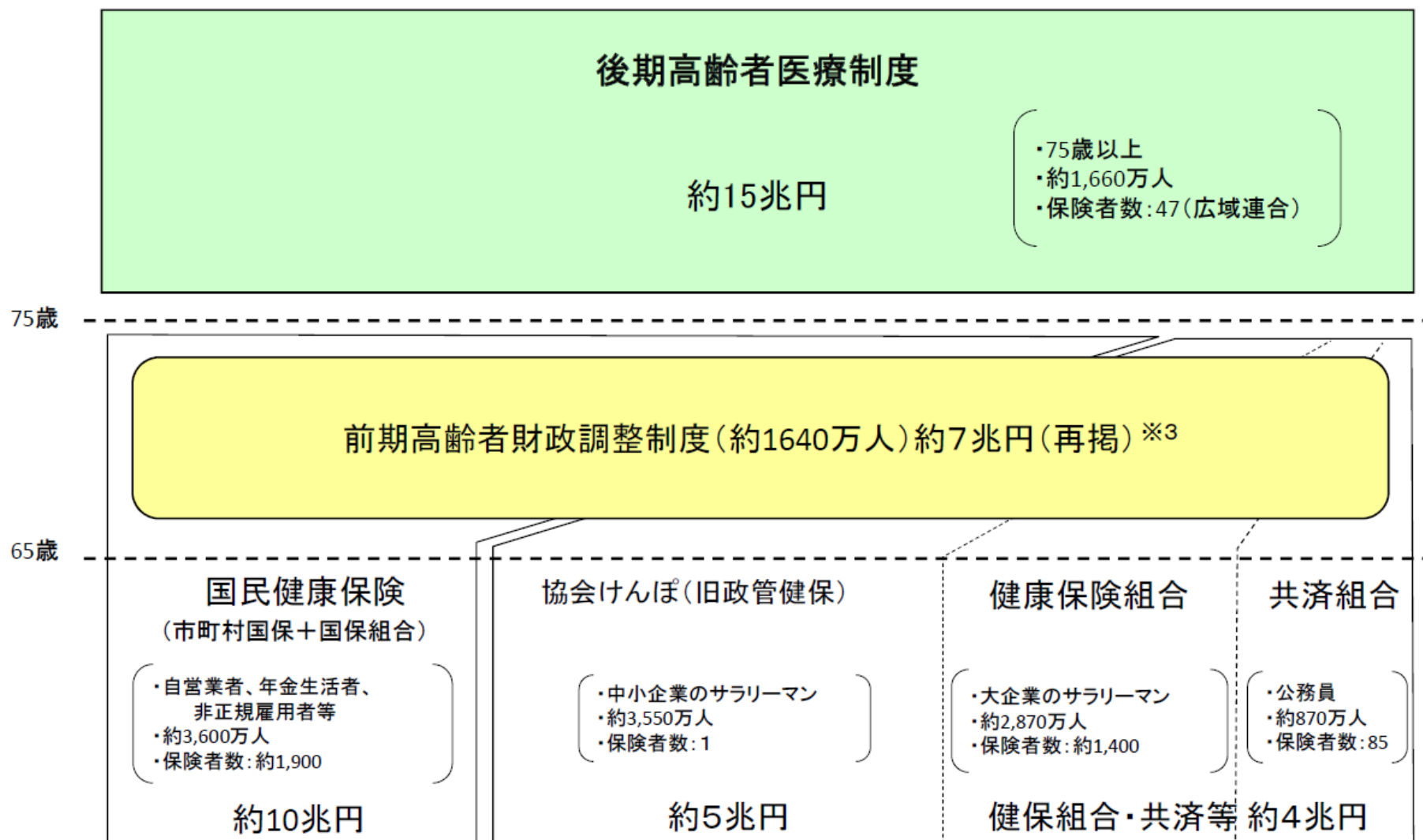
○保険基盤安定制度
・低所得者等の保険料軽減
…均等割7割・5割・2割軽減、被扶養者の5割軽減
＜市町村1/4、都道府県3/4＞
0.3兆円程度

○保険料特例軽減（国）
・低所得者の更なる保険料軽減
…均等割9割・8.5割軽減、所得割2割軽減
・被扶養者の7割軽減

758億円

※ 現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっていることから、公費負担割合は47%となっている。

Ⅲ 医療保険制度の体系



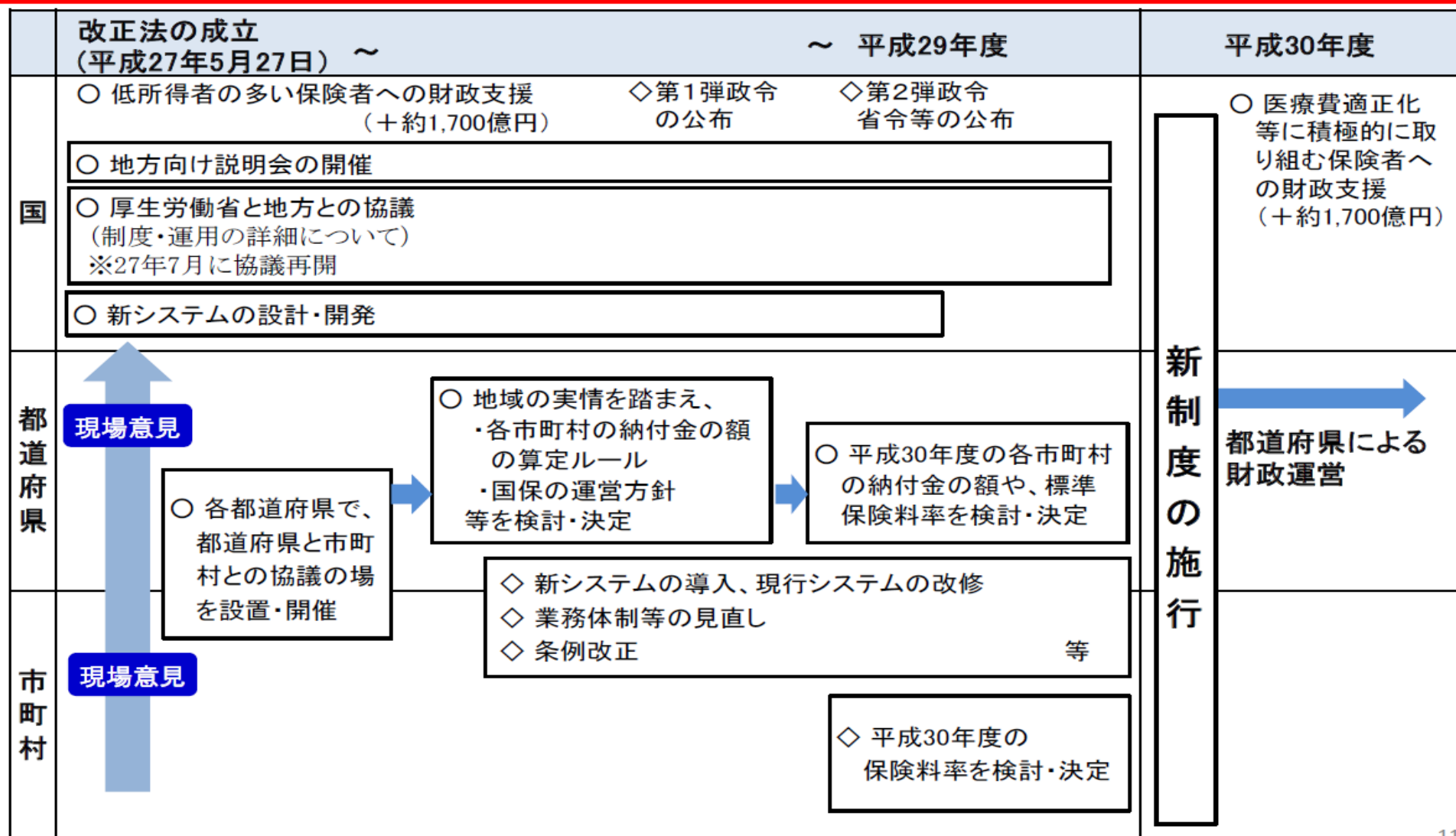
※1 加入者数・保険者数、金額は、平成28年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、経過措置として退職者医療(対象者約90万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1640万人)の内訳は、国保約1310万人、協会けんぽ約220万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

IV 国保制度改革(1)

国保改革の主な流れ (イメージ)



Ⅳ国保制度改革(2)

国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

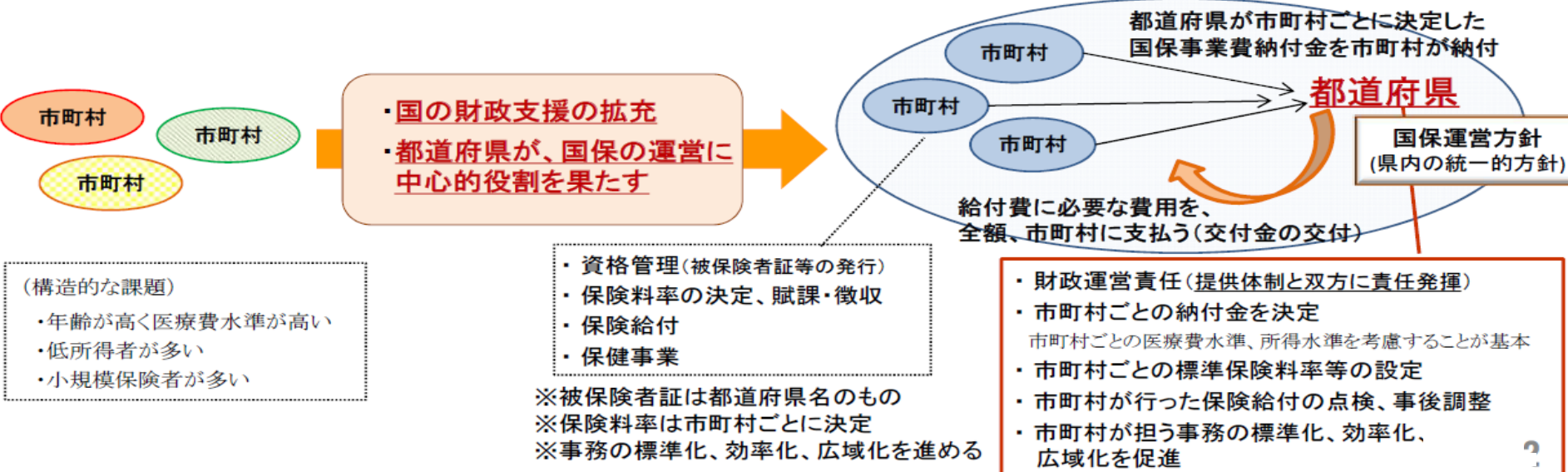
○ 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的役割を担い、制度を安定化

- ・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

【改革後】都道府県が財政運営責任を担う
など中心的役割



○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

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

IV 国保制度改革(3)

改革後の国保の運営の在り方について(都道府県と市町村のそれぞれの役割)

改革の方向性		
1. 運営の在り方 (総論)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 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 ○ <u>都道府県が、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示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進</u> 	
	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
2. 財政運営	<u>財政運営の責任主体</u> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・ 財政安定化基金の設置・運営 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>国保事業費納付金を都道府県に納付</u>
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"> ・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理(<u>被保険者証等の発行</u>)
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"> ・ <u>標準保険料率等を参考に保険料率を決定</u> ・ 個々の事情に応じた賦課・徴収
5. 保険給付	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い</u> ・ 市町村が行った保険給付の点検 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>保険給付の決定</u> ・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ <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)

Ⅳ国保制度改革(4)

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

Ⅳ国保制度改革(5)

保険者努力支援制度について

経済財政運営と改革の基本方針2015(抄)[平成27年6月30日閣議決定]

(インセンティブ改革)

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、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。

このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度(平成30年度)までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立(中略)など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

保険者努力支援制度の前倒し分

実施時期: 28年度及び29年度

対象 : 市町村

規模 : 特別調整交付金の一部を活用し150億円とする。(平成28年度前倒し分)

評価指標: 保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

保険者努力支援制度

実施時期: 30年度以降

対象 : 市町村及び都道府県

規模 : 700～800億円

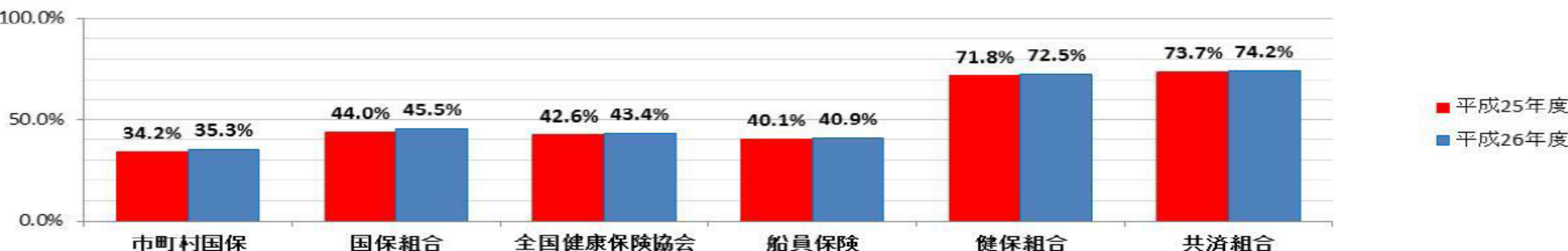
評価指標: 前倒し分の実施状況を踏まえつつ検討

V 特定健康診査・特定保健指導実施状況(1)

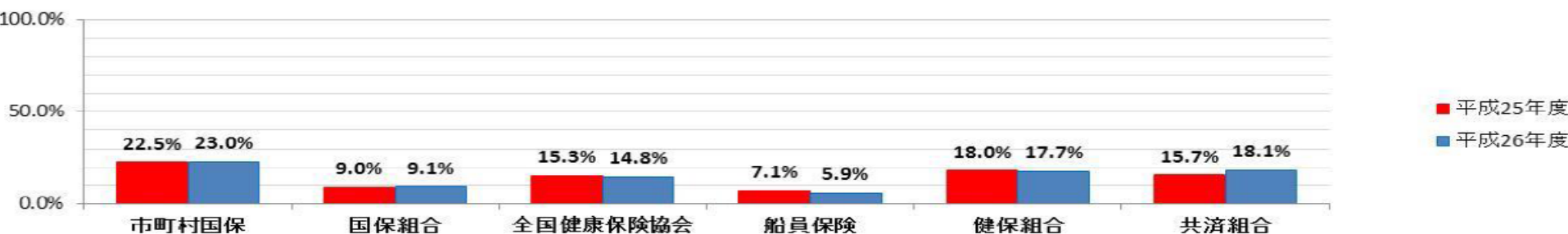
特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別）

- 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

V 特定健康診査・特定保健指導実施状況(2)

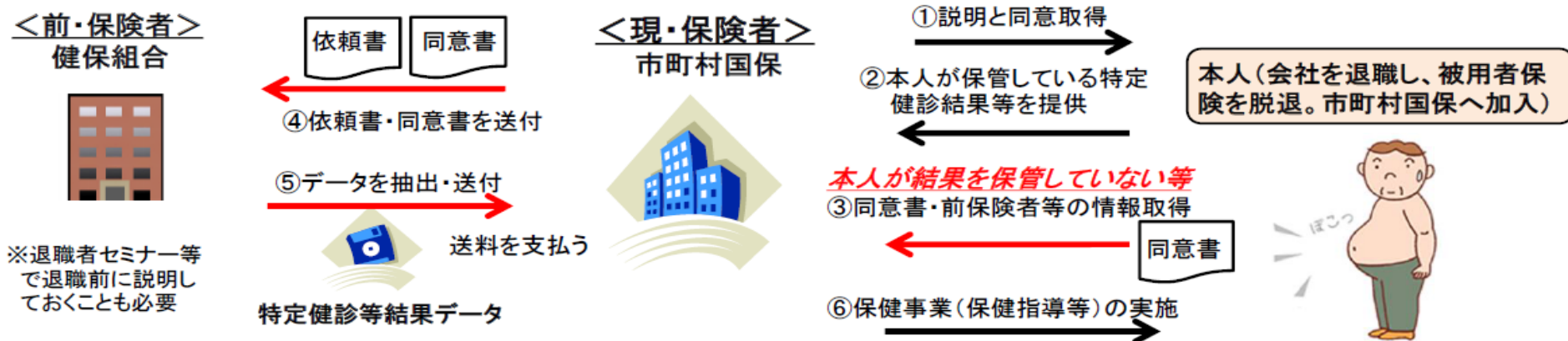
各保険者の特定健診・保健指導の実施率の公表について

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。



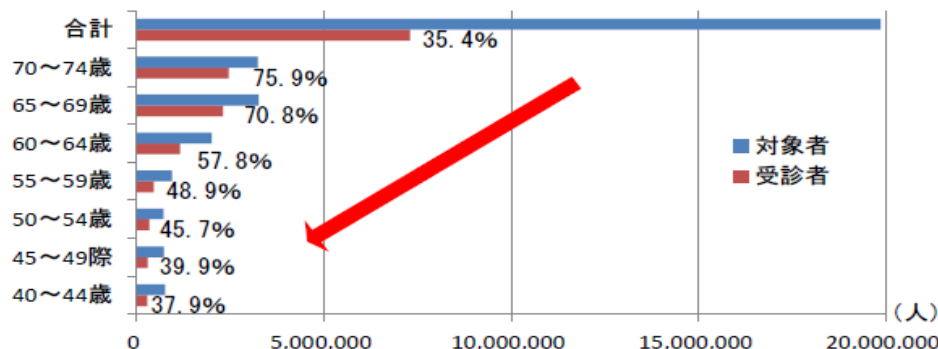
※①の説明の結果、本人が同意し、②本人が保管している過去の特定健診等結果通知表(コピー)を、現保険者に提供すれば、⑥の保健事業の実施が可能。本人が結果を保管していない場合、③～⑤の手続きを追加。

V 特定健康診査・特定保健指導実施状況(3)

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）

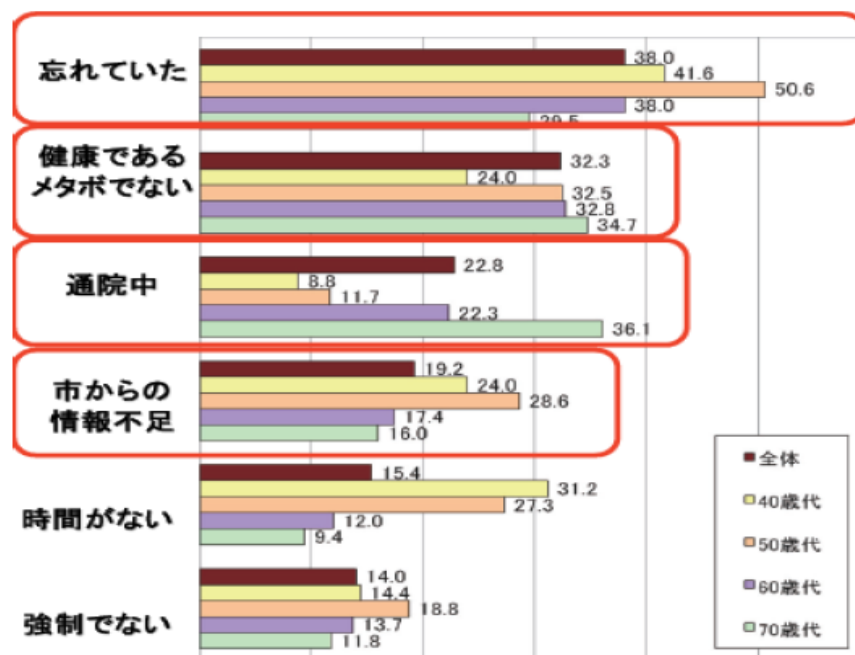


特定健診受診率（対象者規模別）



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—

V 特定健康診査・特定保健指導実施状況(4)

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が、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

対 応 例

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。



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

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。



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

3. 被保険者に情報が届いていない。



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

4. 「忘れていた」、「健康である」
等、受診の優先順位が低い。



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

Ⅵ データヘルスとビッグデータ活用

経済財政運営と改革の基本方針2016(骨太の方針2016)について…平成28年6月2日 閣議決定 ～抄～

(データヘルスの強化等)

データ分析に基づき、被保険者の個々の状態像に応じた適切な対策を実施することで、効果的なデータヘルスを実現するとともに、健康維持率等の継続的把握により、各保険者の取組状況や効果を測定する。診療報酬と保健事業の役割分担等について検討しつつ、合併症予防を含む重症化予防等の取組を進める。

また、保険者によるデータの集約・分析や保健事業の共同実施等を支援する。ICTとビッグデータを最大限活用し、保険者によるデータヘルスや医療の質の評価・向上を通じて「医療の質を創る」ための新たな保険者支援サービス⁸⁰について、ICT時代にふさわしい審査支払機関の在り方の議論を踏まえて検討する。

データヘルスの好事例の全国展開に向け、国レベルでの医療関係団体とのプログラムの共同作成や、先進的なデータヘルス事業の体系的な整理・パッケージ化を行うとともに、平成30年度からのインセンティブ改革を本年度から一部前倒しで実施し、取組を行う自治体のインセンティブを導入する。インセンティブの指標の設定に当たっては、医療費適正化に資するよう、その内容を明確に提示するものとする。また、企業による健康経営の取組とデータヘルスとの更なる連携を図る。

データヘルス事業に十分な資源を投入できない保険者に対し、事業導入に係る初期費用の補助を含めた支援を行うとともに、保険者と民間企業等のマッチングを促進する。

80 保険者が医療や健康管理に関する積極的な情報提供等を行うことにより国民が主体的により質の高い医療を選びとることができるよう、保険者の効果的なデータヘルス事業等を支援するサービス。

日本再興戦略 2016…平成28年6月2日 閣議決定 ～抄～

⑤ 保険者機能の強化等による健康経営やデータヘルス計画等の更なる取組強化

健康経営やデータヘルス計画を通じた企業や保険者等による健康・予防に向けた取組を強化する。健康経営については、質の向上と更なる普及のため、健康経営銘柄を継続実施し、選定方法の改善を行うとともに、個別企業の健康経営の取組と企業業績等の関係性について経営学的視点も踏まえた分析・研究を本年度中に実施する。また、日本健康会議において、健康経営に取り組む企業を2020年までに500社とする。中小企業向けには、健康経営優良法人認定制度を本年秋を目途に開始するとともに、民間事業者と連携して、認定企業に対する金融市場や労働市場におけるインセンティブが付与される仕組みの検討を本年度中に行う。あわせて、健康経営アドバイザーの普及促進等を通じたノウハウの提供を行う。

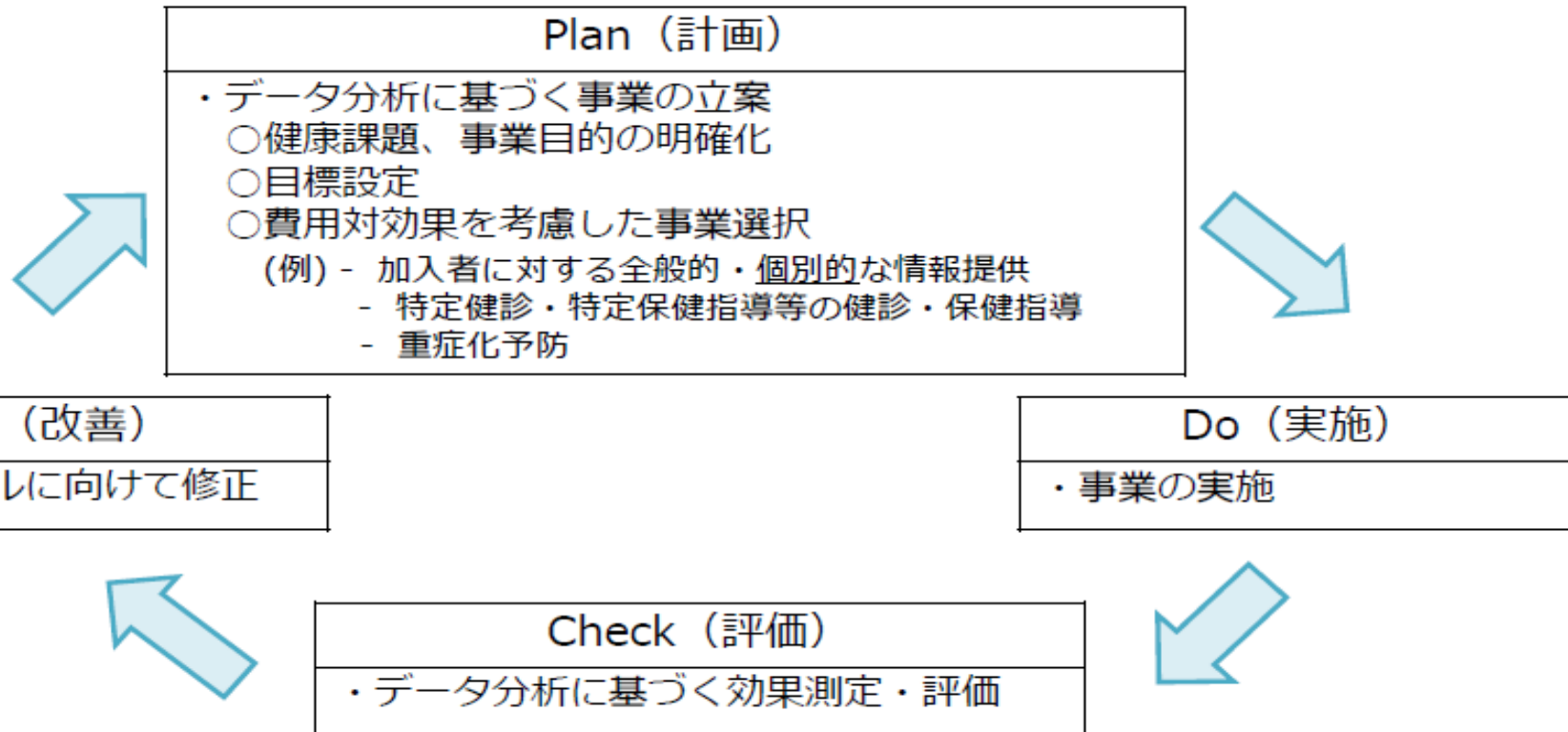
また、データヘルス計画の全国展開を加速するため、保険者機能を発揮するのにふさわしい規模を確保できるよう、保険者によるデータの集約・分析や保健指導の共同実施等を支援するとともに、ICT時代にふさわしい審査支払機関の在り方の議論を踏まえ、ICTとビッグデータ等を活用した保険者機能の強化を図る。さらに、データヘルス計画等の保険者の取組については、保険者が民間のヘルスケア事業者を活用しながら被保険者等の健康・予防に向けた取組を効果的に進められるよう、厚生労働省の民間事業者活用ワーキンググループ等において、民間事業者の活用拡大に向けた実態把握や課題整理等を行い、保険者が民間事業者を選ぶ際の留意点の整理、効率的な事業者選びの手法、事業者の質向上に向けた情報開示の在り方等具体的な対応について本年度中に一定の結論を得た上で、来年度以降必要な対応を実施する。あわせて、昨年度に初の取組として実施された「データヘルス・予防サービス見本市」について、本年度中に全国複数都市に規模を拡大して実施し、幅広く保険者・自治体と民間事業者とのマッチングを加速させる。

VII データヘルスの推進(1)

「データヘルス計画」とは

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「医療費の適正化」を同時に図る。



VII データヘルスの推進(2)

保険者におけるデータヘルス計画に基づく保健事業の取組

① 現状の把握

これまでの保健事業の振り返りと特定健診・レセプトデータ分析による現状把握に基づき、加入者の健康課題を明確にした上で事業を計画。

② 健康課題に対応した保健事業の実施(費用対効果の観点も考慮し、次のような取組を実施)

- 加入者に自らの生活習慣等の問題点を発見しその改善を促すための取組
(健診結果・生活習慣等の自己管理ができるツールの提供、個人へのインセンティブ付与に関する取組)
- 生活習慣病の発症を予防するための特定健診・保健指導の実施率向上に向けた取組
- 生活習慣病の進行及び合併症の発症を抑えるための重症化予防の取組(糖尿病の重症化予防事業等)
- その他の健診・レセプト情報を活用した取組
(後発医薬品の利用促事業、訪問指導による残薬管理、歯科健診・保健指導の実施等)

③ 客観的な指標(例：生活習慣の状況、特定健診の実施率、健診結果、医療費等)を用いた保健事業の評価

④ 評価結果に基づく事業内容等の見直し

⑤ コラボヘルス(関係機関との協働)

企業(事業主等)、地方公共団体(一般衛生部門等)、学術機関(大学等)・専門機関等と連携した効果的な保健事業の推進

VII データヘルスの推進(3)

データヘルス計画策定の効果

分かる



データ分析をすることで・・・

- 地域が抱えている健康課題が見える。自市町村の立ち位置が分かる。
- データに基づくことで、保健事業実施にかかる目標値の根拠・これまでの事業の妥当性が分かる。
- 保健事業を行うべきハイリスク者など対象者(ターゲット)を個別に絞り込むことができる。

巻き込む



連携をとることで様々な相乗効果が・・・

- ・衛生部門:保健活動にも影響。関係部門等との協働の重要性が増す。
- ・財政当局:根拠が明確となり予算の確保につながる。
- ・医師会等:地域の医療関係者の理解・協力が得られる。
- 関係者が一緒に計画をたてていく中で、情報・問題認識・目的の共有化がはかれる。
⇒国保課の問題から自治体全体の問題へ
- データヘルス計画を公表することで、幅広い関係者へ市町村の姿勢をアピールできる。

全体を見る



保健事業を部分でなく全体として見る、長期的な視点で見る・・・

- PDCAサイクルを意識することで、特にC(評価)とA(改善)を考慮した次に繋げる事業が展開できる。
- 既存事業の振り返りや現状分析をすることで、業務の効率化と実現可能な計画が見えてくる。
- 限られた人的資源、財源の中で、効果的な事業を推進できる。

VII データヘルスの推進(4)

データヘルス計画策定状況（市町村国保）

「市町村国保の85%超が、データヘルス計画を策定済み又は平成28年度中に策定予定である。

（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%)

※「国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成16年厚生労働省告示第307号）」に基づく保健事業の実施計画を策定等している保険者数。

VIIデータヘルスの推進(5)

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

国民健康保険の保健事業の実施状況に関する調べ

VII データヘルスの推進(6)

市町村国保においてデータヘルス計画を策定していない理由

(複数回答)

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%)

出典:日本健康会議2016 保険者データヘルス全数調査

VII データヘルスの推進(7)

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

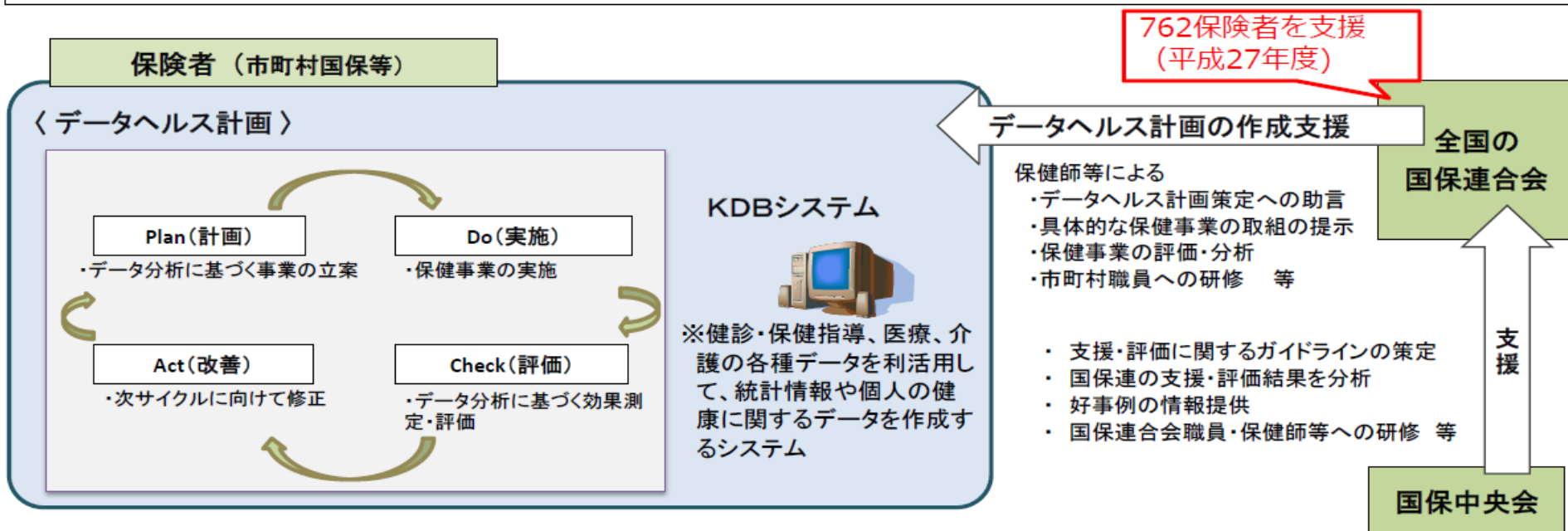
＜データヘルス事業を推進するための取組み＞

○ 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

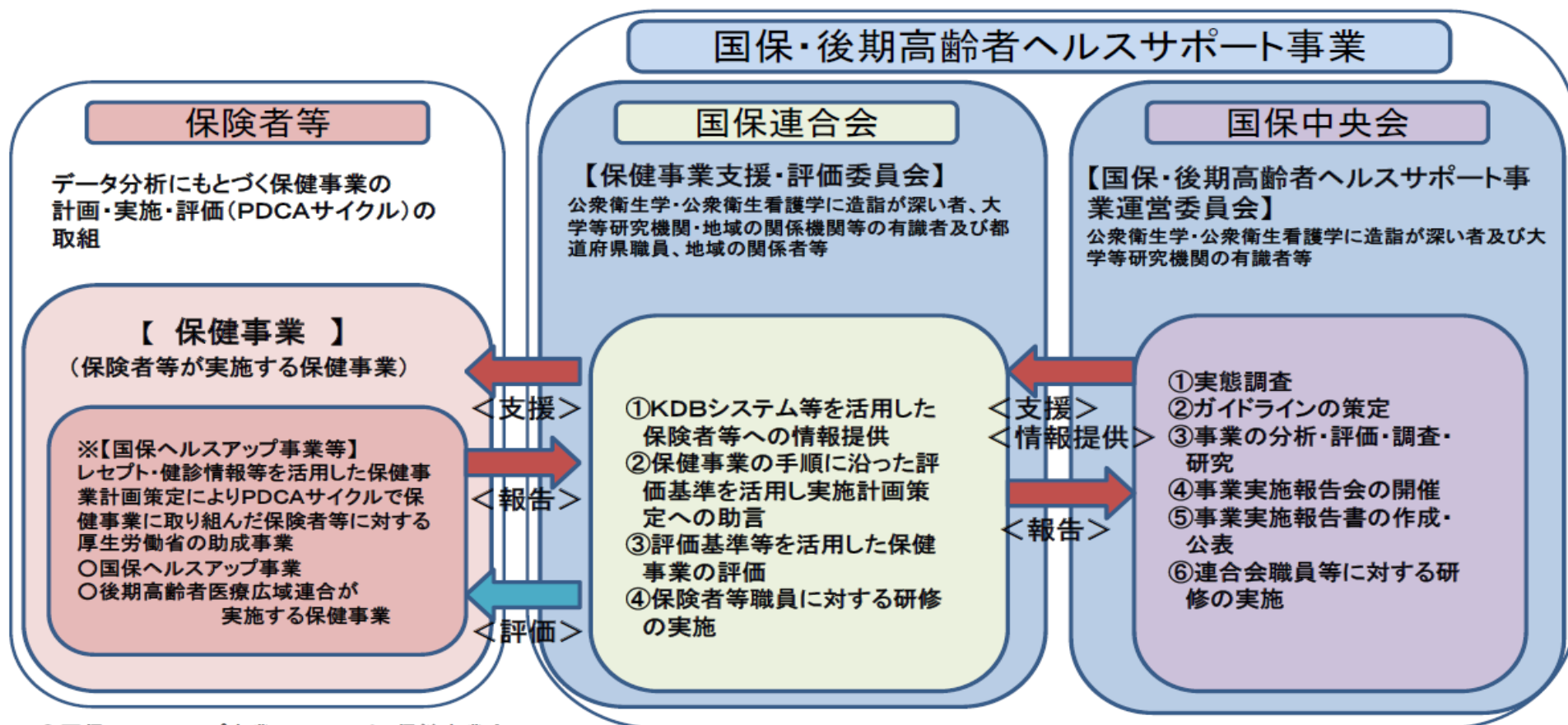
- ・ 市町村国保等における取組を支援するための有識者等からなる支援体制を中央・都道府県レベルで整備するとともに、市町村や国保連合会における職員への研修等を実施。



VII データヘルスの推進(8)

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取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

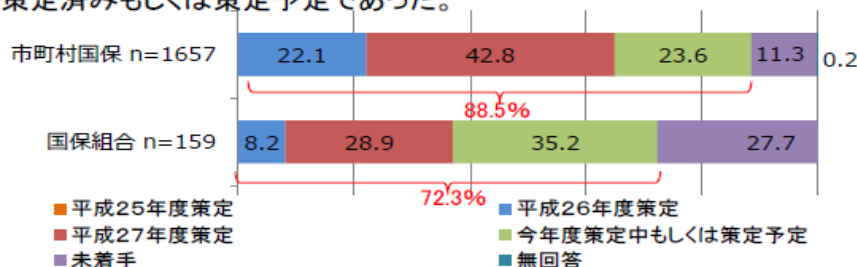
VII データヘルスの推進(9)

国保・後期高齢者ヘルスサポート事業(国保中央会) データヘルス計画・保健事業等に関する実態調査集計結果概要

平成29年1月12日
現在の集計結果

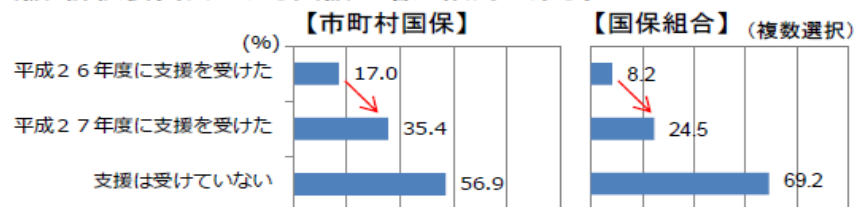
1. 計画策定状況

データヘルス計画は、市町村国保では9割弱、国保組合では7割超が策定済みもしくは策定予定であった。



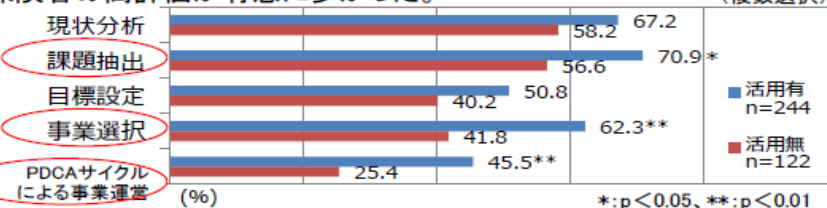
2. 評価・支援委員会による支援状況

支援・評価委員会による支援は増加傾向である。



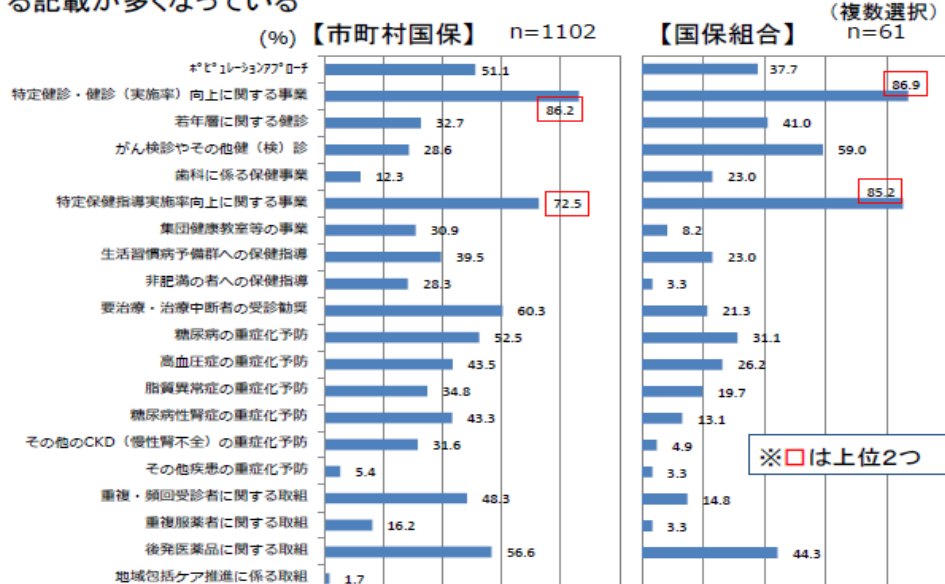
4. 評価・支援委員会の支援に対する評価

データヘルス計画を策定した保険者の自己評価は、課題抽出、事業選択、PDCAサイクルについては、支援・評価委員会の支援を活用している保険者の高評価が有意に多かった。



3. 計画に記載されている保健事業

計画に記載されている保健事業は、特定健診や保健指導の実施率向上に関する記載が多くなっている



支援に対する評価は総じて良好であり、保険者のニーズに沿った支援がされていると考えられる。

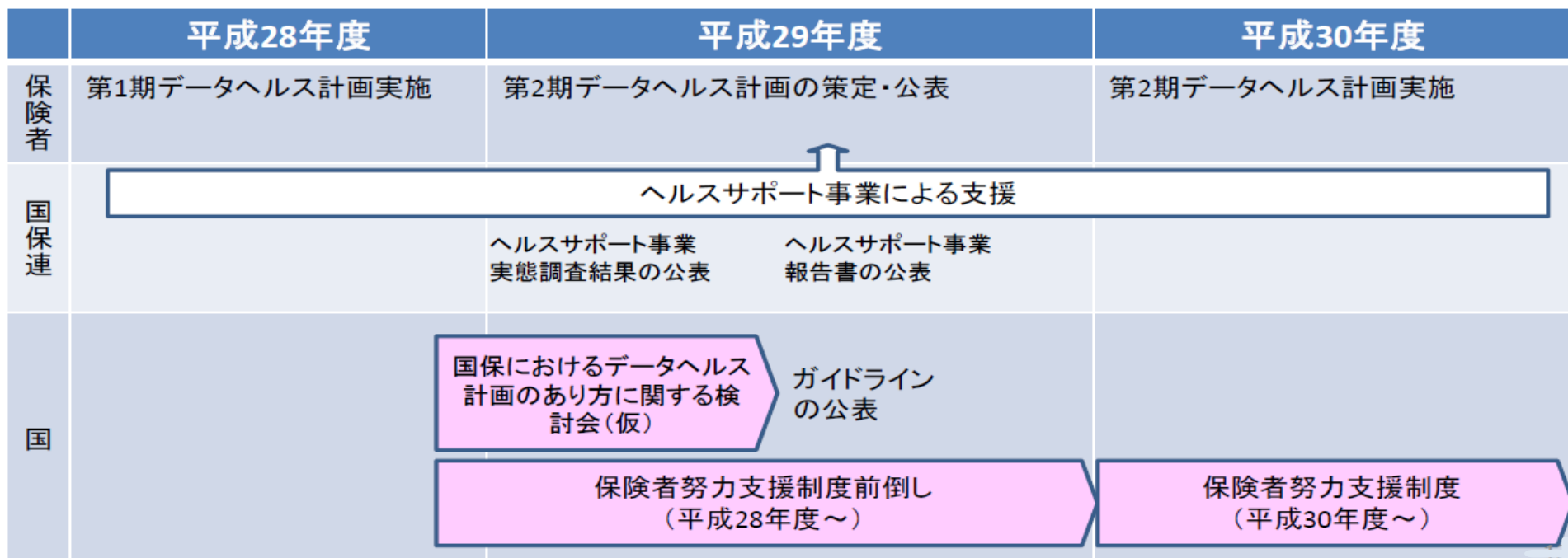
引き続き、国保・後期高齢者ヘルスサポート事業では保険者が抱える課題を明確にし、支援の周知啓発・充実を図っていく。

厚生労働省保険局国民健康保険課まとめ

VII データヘルスの推進(10)

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。



Ⅷ重症化予防の取組(1)

健康なまち・職場づくり宣言2020

- 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、糖尿病対策推進協議会等の活用を図る。
- 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り組みを行う。

Ⅷ重症化予防の取組(2)

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

【達成基準】

○生活習慣病の重症化予防の取組のうち、

- 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

※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。

※国保は糖尿病性腎症重症化予防にかかる取組を対象としているが、後期高齢者は、その特性からそれ以外の取組についても対象とする。

注)「広域連合」は後期高齢者医療広域連合を指す。以下のページでも同じ。

Ⅷ重症化予防の取組(3)

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				

Ⅷ重症化予防の取組(4)

重症化予防(国保・後期広域)WG

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。

これまでの取組概要

- ・ 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省の三者による糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定を締結(平成28年3月24日)
- ・ 重症化予防WGで議論の上、連携協定に基づき「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を三者で策定(平成28年4月20日)

今後の活動

- ・ 都道府県レベルでのプログラム策定の更なる推進策の検討
- ・ 各市町村の先進的な取組事例の紹介
- ・ 各市町村の取組内容の詳細な把握
- ・ 取組を進める上での課題の整理と対応策の検討
- ・ 厚生労働科学研究において、自治体における糖尿病性腎症重症化予防に関する取組内容の効果検証を実施

WGの開催

- ・ 第1回重症化予防(国保・後期広域)WG
(平成27年11月9日開催)
- ・ 第2回重症化予防(国保・後期広域)WG
(平成28年3月28日開催)
- ・ 第3回重症化予防(国保・後期広域)WG
(平成28年11月15日開催予定)

WGの構成員

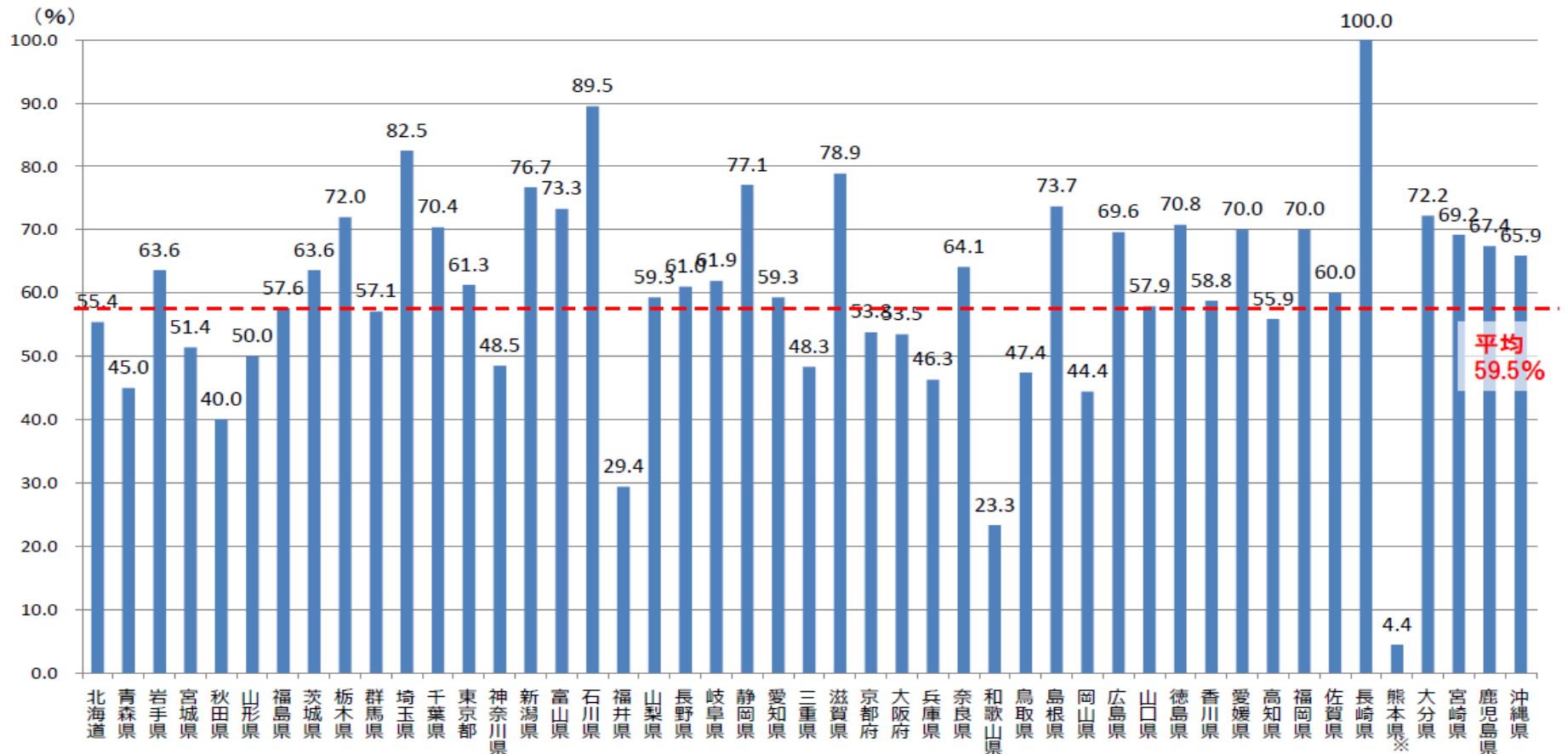
有澤 賢二	日本薬剤師会 常務理事
飯山 幸雄	国民健康保険中央会 常務理事
今村 聡	日本医師会 副会長
春日 雅人	糖尿病対策推進会議 常任幹事
門脇 孝	日本糖尿病学会 理事長
唐橋 竜一	埼玉県保健医療部保健医療政策課 政策幹
迫 和子	日本栄養士会 専務理事
佐藤 文俊	全国国民健康保険組合協会 常務理事
高野 直久	日本歯科医師会 常務理事
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
橋田 淳一	高知県梶原町保健福祉支援センター センター長
榛澤 俊成	神奈川県後期高齢者医療広域連合 事務局長
福井 トシ子	日本看護協会 常任理事
宮田 俊男	京都大学産官学連携本部 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)

Ⅷ重症化予防の取組(5)

都道府県別に見た重症化予防に取り組んでいる・実施予定の市町村の割合

- 重症化予防の取組を行っている又は実施予定と回答のあった市町村が都道府県内保険者総数に占める割合を比較したもの。
- 都道府県により管内保険者の実施率には大きな差がある。
- 今後の予定も含めると100%になる長崎県がある一方で和歌山県、福井県は水準が特に低い。



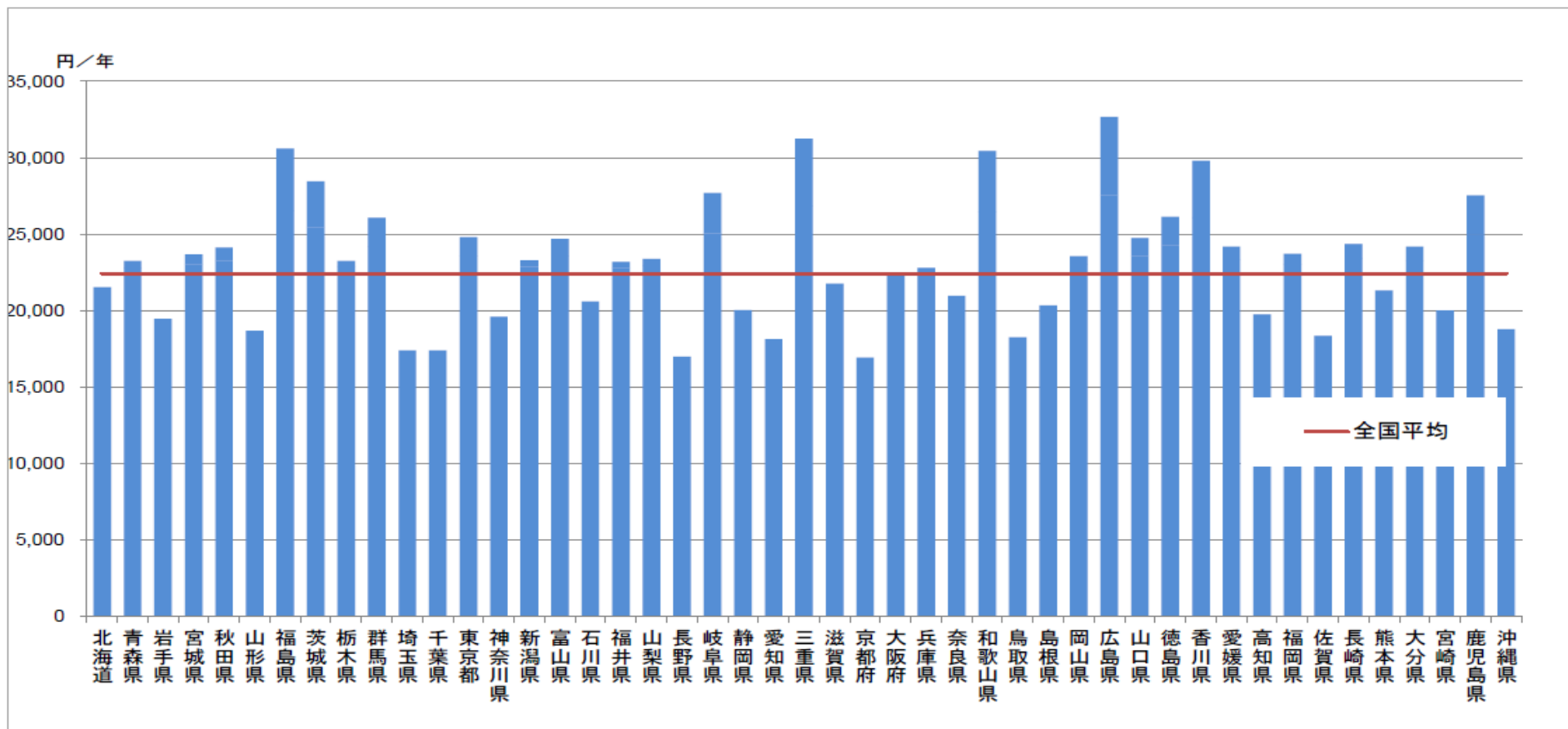
※熊本県内の保険者は調査対象外であったが、2保険者より回答あり集計した。

日本健康会議2016 保険者データヘルス全数調査

Ⅷ重症化予防の取組(6)

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、人口当たりで除することにより算出。

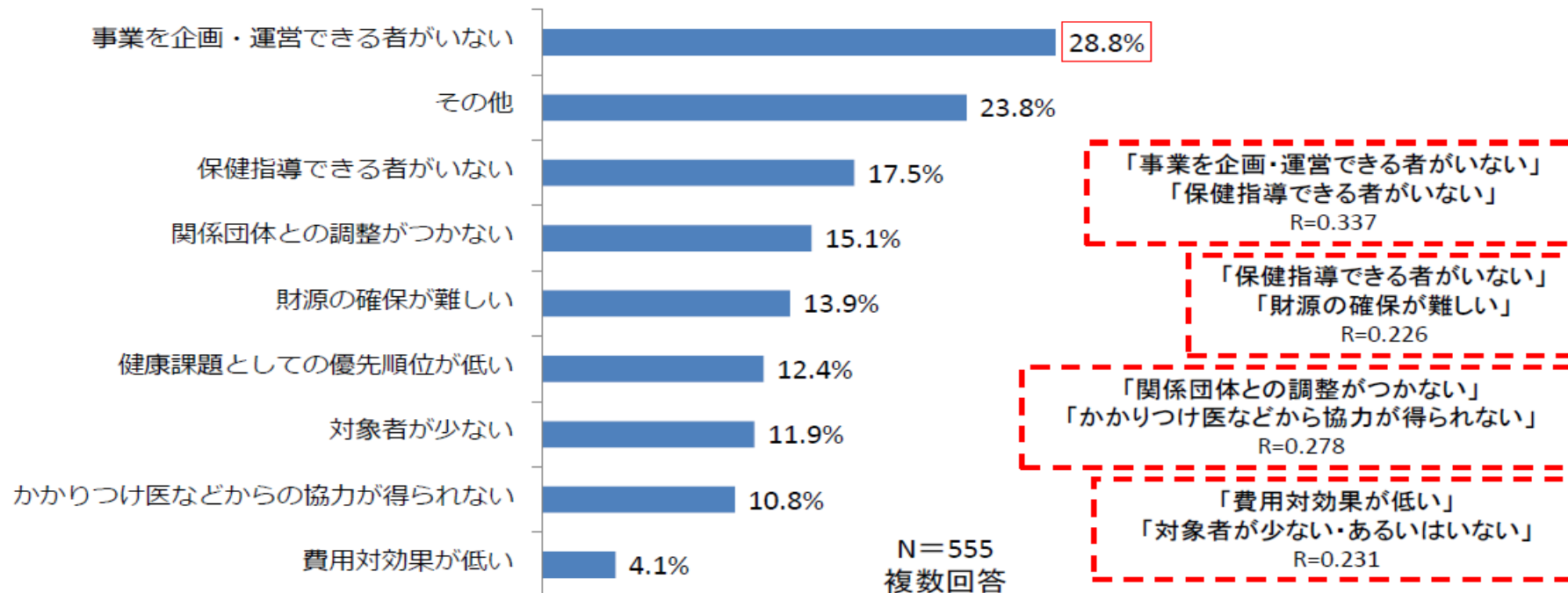
Ⅷ重症化予防の取組(7)

重症化予防の取組を実施していない理由(市町村国保)

○現在、重症化予防の取組を実施していない市町村が重症化予防の取組を実施していない理由としては、「事業を企画・運用できる者がいない」が最も多い。

○重症化予防の取組を実施していない理由のうち相関があるのは、以下の達成基準の組み合わせである。

- ・「事業を実施できる者がいない」と「保健指導できる者がいない」
- ・「保健指導できる者がいない」と「財源の確保が難しい」
- ・「関係団体との調整がつかない」と「かかりつけ医などから協力が得られない」
- ・「費用対効果が低い」と「対象者が少ない・あるいはいない」



※「その他」は、他の選択肢を選択している保険者を除いて集計

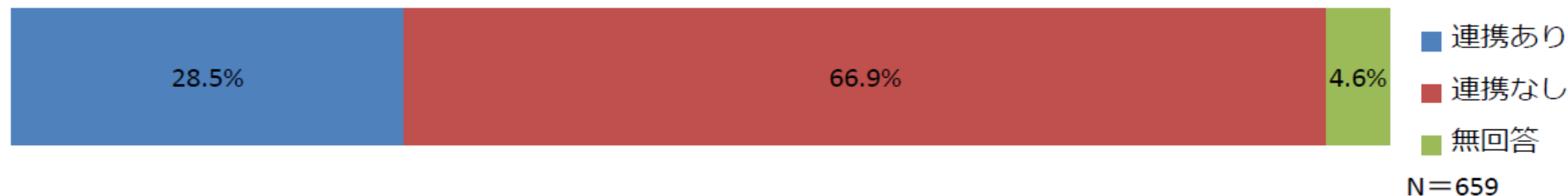
日本健康会議2016 保険者データヘルス全数調査

Ⅷ重症化予防の取組(8)

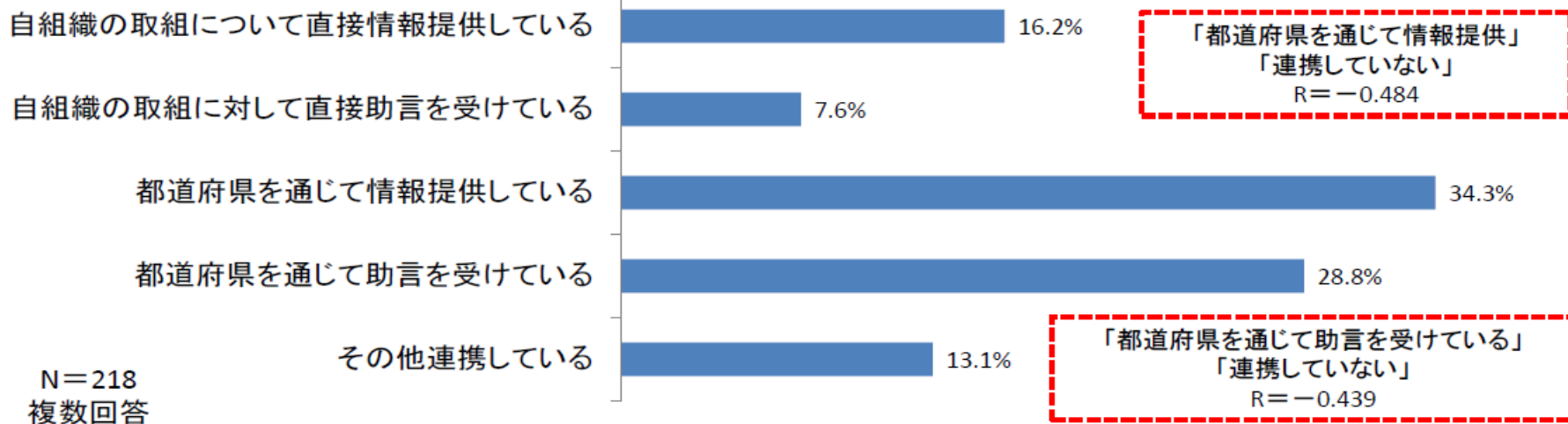
都道府県糖尿病対策推進会議との連携の状況(市町村国保)

- 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



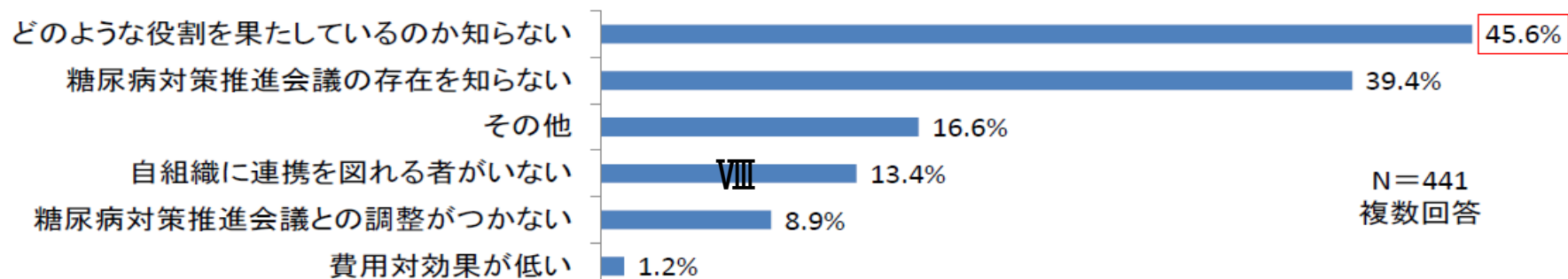
(2) 連携内容



VIII重症化予防の取組(9)

都道府県糖尿病対策推進会議と連携していない理由(市町村国保)

- 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)。



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

Ⅷ重症化予防の取組(10)

国保における重症化予防の今後の方向性について

○日本健康会議(平成27年7月～)

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。

○厚生労働科学研究委託補助金「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年度～)

○重症化予防(国保・後期高齢)ワーキンググループ(平成27年11月～)

○保険者努力支援制度前倒し(平成28年度～)
「重症化予防の取組の実施状況」

※制度施行は平成30年度

平成29年度

○「今後の横展開に資する方策報告書(第一次)(仮)」を取りまとめ公表予定(平成29年7月目途)

○保険者努力支援制度(平成30年度～)
「重症化予防の取組の実施状況」

【今後の方向性】

○糖尿病における重症化予防は、有識者等による議論を踏まえた報告書の公表とともに、保険者努力支援制度によるインセンティブにより、重症化予防の取組の推進を図る。

○健康寿命延伸と適正な医療を目的に、糖尿病以外の生活習慣病についても課題を明確化していく。

Ⅸ ビッグデータの活用

□ ビッグデータ(big data)

膨大かつ多様で複雑なデータのこと。スマートホンを通じて個人が発信する情報、コンビニエンスストアの購買情報、カーナビゲーションシステムの走行記録、医療機関の電子カルテなど、日々生成されるデータの集合を指し、単に膨大なだけではなく、非定形でリアルタイムに増加・変化するという特徴を持ち合わせている。このようなデータを扱う新たな手法の開発により、2010年前後から、産業・学術・行政・防災などさまざまな分野で利活用が進み、意思決定や将来予測、事象分析がおこなわれている。

(小学館 デジタル大辞泉ウェブ版)

医療等の分野では、診療情報、投薬情報、レセプト情報、健診情報、介護給付情報などをビッグデータとして分析し、その結果から新たな価値を見出そうとする動きが進んでいる。

次にその一例を示す。

X 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会提言概要(1)

1. 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会 提言

① 背景

- ◆ **これまで保健医療分野でのICT活用は、サービス自体の質の向上には不十分。**
 - ・ 保健医療分野でICTの活用によって創出すべき「価値」が共有されていないことが課題。
 - ・ ICT活用の「たこつぼ化」が進行。
- ◆ **「保健医療 2035」で「情報基盤の整備と活用」を新たな保健医療システムのインフラの一つに位置づけ。**
 - ・ このインフラをいかに実現させていくかが「保健医療 2035」実現の鍵。

② 提言の基本的な考え方

- ◆ **ICTの技術革新を徹底的に取り入れる。**
限られた財源を効果的・効率的に活用し、保健医療サービスの質を最大化。
- ◆ **ICTの活用は、患者・国民にとって真に価値のあるものとなる必要。**
「価値不在の情報化」から「患者・国民の価値主導」に切り替え、ICTの活用のあり方を考えていく。
- ◆ **患者・国民本位のオープンなインフラを整備し、患者・国民や医療機関等、産官学のデータ利活用を促進。**

提言では、ICTを活用した「次世代型保健医療システム」の姿と、これを構築するためのアクション・工程表を提示。

X 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会提言概要(2)

2. 一人ひとりに寄り添った保健医療へ

- 本提言で実現していく患者・国民にとっての価値 -

ビッグデータ活用や AIによる分析

現在、診断や治療が難しい疾患でも、
個人の症状や体質に応じた、迅速・正確な
検査・診断、治療が受けられる。

ICTを活用した 遠隔診療や見守り

専門の医師がいない地域の患者や、
生活の中で孤立しがちなお年寄りでも、
専門医療や生活支援が受けられる。

地域や全国の 健康・医療・介護情報ネットワーク

どこでも誰でも、自身の健康・医療・介護情報が
医師などに安全に共有され、かかりつけ医と
連携しながら切れ目ない診療やケアが受けられる。
検査や薬の重複も避けられ、負担も軽減される。

ビッグデータ活用による イノベーション

疾患に苦しむ様々な患者に、
最適な治療や新たな薬が届けられる。
魅力的な健康づくりサービスが生まれ、
自身に合ったサポートが受けられる。

X 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会提言概要(3)

3. ICTを活用した「次世代型保健医療システム」の考え方

価値不在の情報化



患者・国民の価値主導

保健医療分野でのICT活用の「基本理念」：患者・国民の「well-being※」の実現

「基本理念」を達成するために創出すべき「4つの価値軸」

- ①患者本位の最適な保健医療サービス (Value for patient) / ②国民全員の主体的な健康維持 (Value for people)
③持続可能な保健医療提供システムの実現 (Value for community) / ④医療技術開発と産業の振興 (Value for service)

「3つのパラダイムシフト」と「3つのインフラ」

【3つのパラダイムシフト】

集まるデータ

つくる

生み出すデータ

分散したデータ

つなげる

データの統合

たこつぼ化

ひらく

安全かつ
開かれた利用

【3つのインフラ】

◆ 次世代型ヘルスケアマネジメントシステム（仮称）

- ・最新のエビデンスや診療データを、AIを用いてビッグデータ分析し、現場の最適な診療を支援

◆ 患者・国民を中心に保健医療情報を どこでも活用できるオープンな情報基盤

(Person centered Open PLaform for wellbeing : PeOPLE（仮称）)

- ・個人の健康なときから疾病・介護段階までの基本的な保健医療データを、その人中心に統合
- ・保健医療専門職に共有され、個人自らも健康管理に活用（全ての患者・国民が参加できる）

◆ データ利活用プラットフォーム（仮称）

- ・「PeOPLE」（仮称）や目的別データベースから、産官学の多様なニーズに応じて、保健医療データを目的別に収集・加工（匿名化等）・提供

※well-being：人々の様々な生き方に対応し、国民が健やかに暮らし、病気・ケガの際には最適な医療が受けられ、いきいきと活躍し続けることができる状態・社会

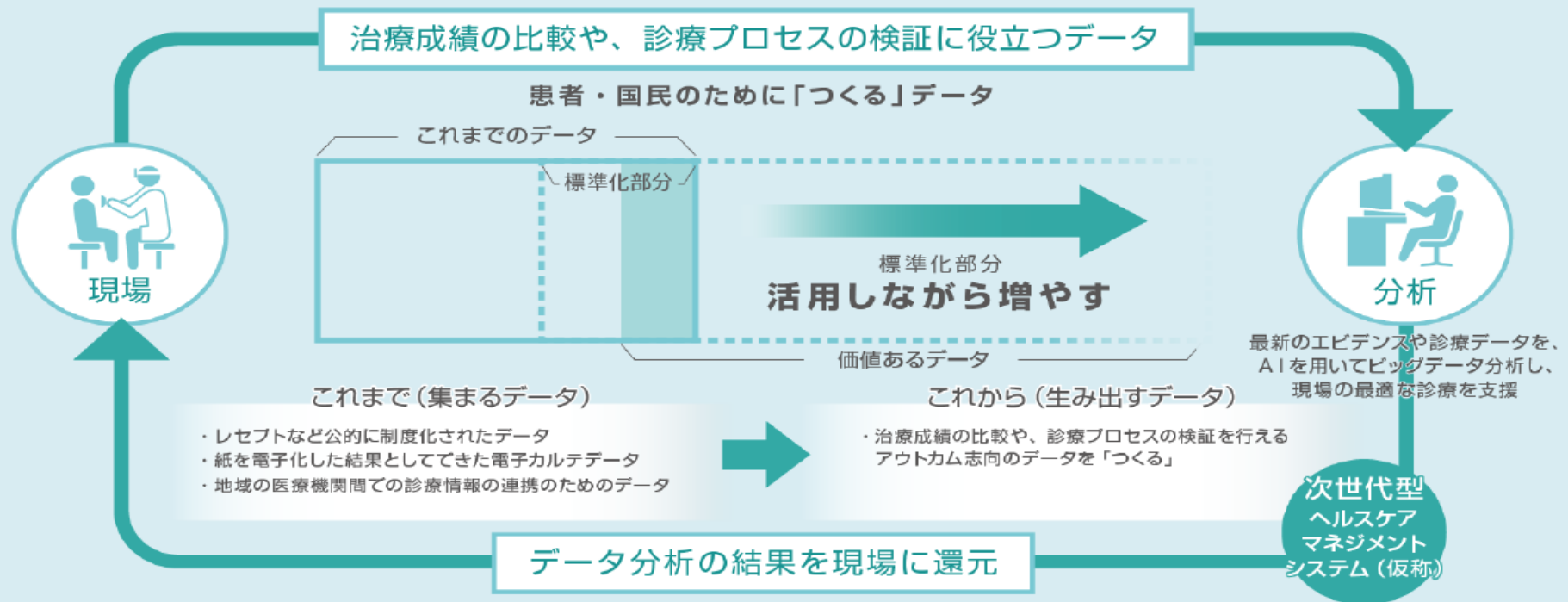
X 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会提言概要(4)

4-1. 患者・国民にとって価値あるデータを「つくる」

集まるデータ

生み出すデータ

- ◆ データ収集段階から、データの集積・分析・活用（出口）で使えるアウトカム志向のデータを「つくる」。
- ◆ 最新のエビデンスや診療データを、AIを用いてビッグデータ分析し、現場の最適な診療を支援する「次世代型ヘルスケアマネジメントシステム(仮称)」を整備。
- ◆ データ分析の結果を現場へ還元・活用しながら、現場主導でデータを見直し、増やしていく自律・自走のサイクル(エコシステム)を構築。



※NCD(National Clinical Database)での入力データの例

【手術前】患者の年齢・性別など基本情報 | 手術の対象臓器、術式 | 他臓器での病変の有無 | 対象臓器ごとの必須測定項目(例:心臓外科→クレアチニン値(腎機能障害を示す))

【手術後】術後の合併症の有無

[データの入力により、個々の事例について、必要なデータの測定漏れを防止。蓄積データを活用して、推奨される治療法の確認、適用外の治療への注意喚起等を実施。]

X 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会提言概要(5)

4-2. 患者・国民中心にデータを「つなげる」

分散したデータ

データの統合

- ◆ 個人の健康なときから疾病・介護段階までの基本的な保健医療データを、その人中心に統合する。
- ◆ 保健医療専門職に共有され、個人自らも健康管理に役立てるものとして、すべての患者・国民が参加できる「患者・国民を中心に保健医療情報をどこでも活用できるオープンな情報基盤（※PeOPLe（仮称））」を整備。

※ Person centered Open PPlatform for wellbeing



個人の疾病・健康状況に合わせた最適な保健医療が受けられる。

A I 等の技術を活用したアルゴリズムを組み込み、質の向上・効率化を図る

※PeOPLeへの参加は、患者・国民一人ひとりの同意を原則とする。

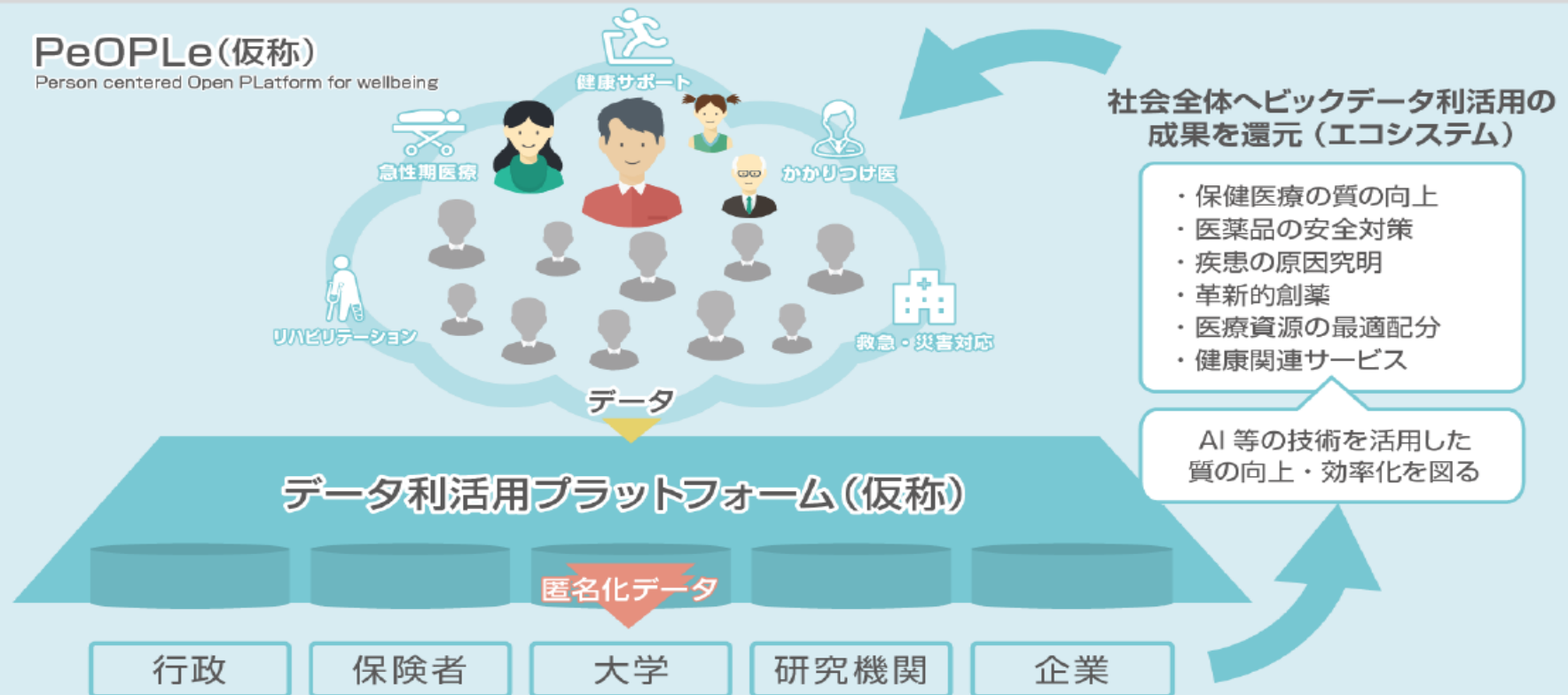
X 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会提言概要(6)

4-3. 保健医療の価値を高めるためデータを「ひらく」

たこつぼ化

安全かつ開かれた利用

- ◆ 保健医療分野のデータを「ひらく」ことで、産官学のさまざまなアクターがデータにアクセスして、医療・介護などの保健医療データをビッグデータとして活用する。
- ◆ 「PeOPLe」(仮称) や目的別のデータベースから、産官学の多様なニーズに応じて、保健医療データを目的別に収集・加工(匿名化等)提供できる「データ利活用プラットフォーム(仮称)」を整備。



X 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会提言概要(7)

4-4. ICTを活用した「次世代型保健医療システム」(全体イメージ)



Layer1: つくる

- ◆ 最新のエビデンスや診療データを、AIを用いてビッグデータ分析し、現場の最適な診療を支援する「次世代型ヘルスケアマネジメントシステム」(仮称)を整備。

Layer2: つなげる

- ◆ 個人の健康なときから疾病・介護段階までの基本的な保健医療データを、その人中心に統合する。
- ◆ 保健医療専門職に共有され、個人自らも健康管理に役立てるものとして、すべての患者・国民が参加できる「PeOPLE」(仮称)を整備。

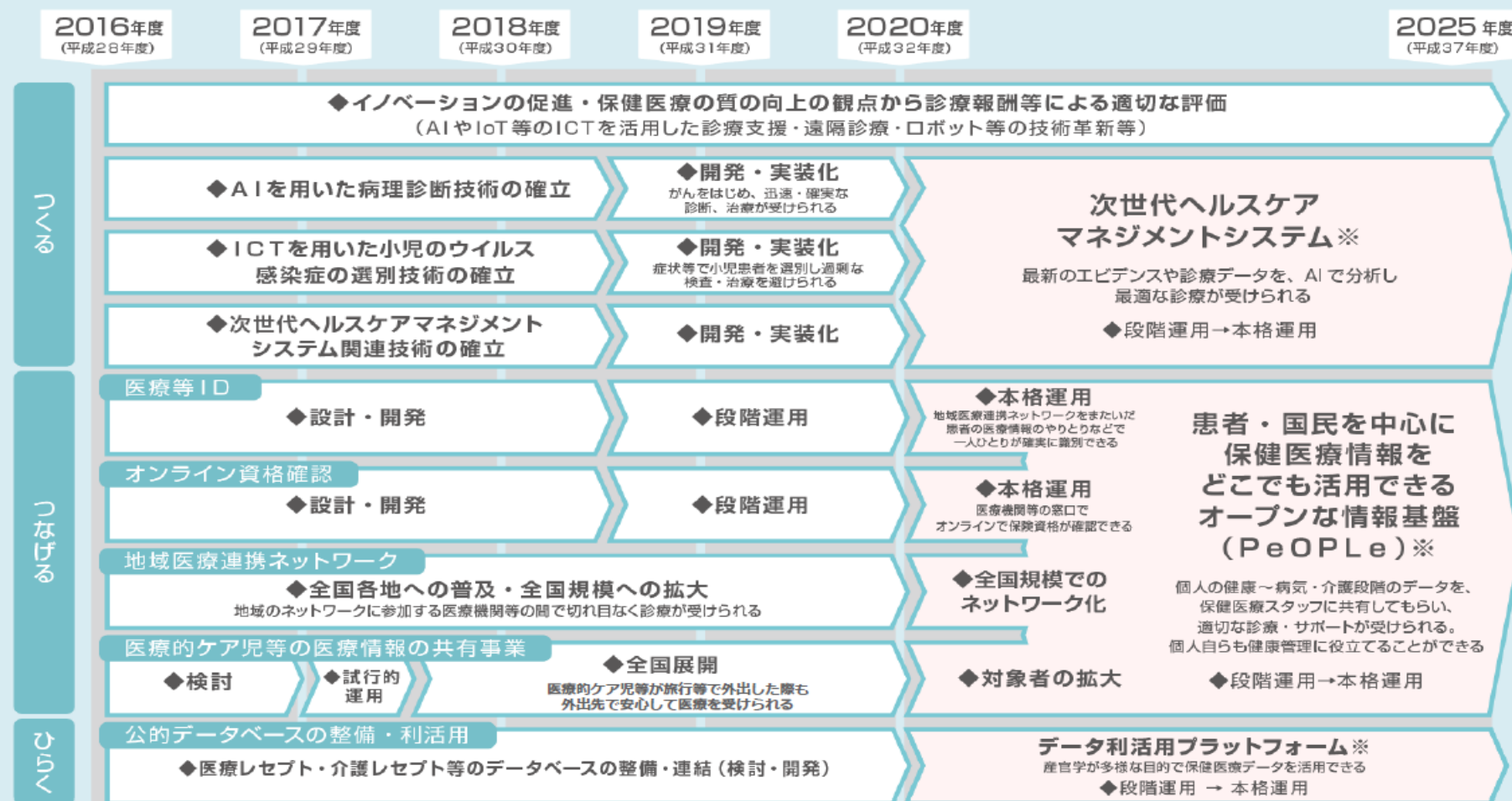
Layer3: ひらく

- ◆ 産官学のさまざまなアクターがデータにアクセスして、医療・介護などの保健医療データをビックデータとして活用する。
- ◆ 「PeOPLE」(仮称)や目的別データベースから、産官学の多様なニーズに応じて、保健医療データを目的別に収集・加工(匿名化等)・提供できる「データ利活用プラットフォーム」(仮称)を整備。

X 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会提言概要(8)

5. 「次世代型保健医療システム」の構築に向けた主なアクション・工程表

2020年度には「次世代型保健医療システム」のインフラの段階運用をめざす。



※技術革新に合わせ機能を拡充

XI 地域包括ケアシステムの構築へ

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。

