

令和3年1月19日	資料1
第44回 保険者による健診・保健指導等に関する検討会	

後期高齢者支援金加算・減算制度の見直しについて

2021年1月19日（水）13:00～15:00 ※オンライン開催

厚生労働省 保険局 保険課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- **議題 1 : 加算基準・総合評価の数値基準の見直し**
- 議題 2 : 受診勧奨対象者の医療機関受診率の定義

第40回検討会における議論の振り返り（1/3）

- 第40回 保険者による健診・保健指導等に関する検討会（令和2年11月19日）で示した加算対象の設定の考え方に基づき、その時点で入手可能な2018年度実績で加算対象を算定した場合、特定保健指導の実施率に関する加算対象について、「配分基準のメリハリを強化」することができていなかった。
- そのため、特定保健指導の実施率に基づく2023年度（2022年度実績）の加算対象については、「2019年実績をもとに2021年度中に設定」することとしていた（詳細は次ページ参照）。

成長戦略フォローアップ（令和2年7月17日閣議決定）

6. 個別分野の取組

（2）新たに講ずべき具体的施策

vi) 疾病・介護の予防

① 人生100年時代を見据えた健康づくり、疾病・介護予防の推進

ア) 疾病予防・健康づくりのインセンティブ措置の更なる強化

- 健康保険組合等の予防・健康事業の取組状況に応じて後期高齢者支援金を加減算する制度について、2020年度中に保健事業の効果や最大±10%と強化したインセンティブ措置の影響分析等を行うとともに、2021年度以降の加減算における対象範囲、各評価指標や配点について、成果指標の拡大や**配分基準のメリハリを強化する等の見直しを行う**。また、2020年度中に各健康保険組合等の後期高齢者支援金の加減算率について、新たに加算対象組合を公表することについても検討する。

第40回検討会における議論の振り返り（2/3）

- 特定保健指導は運用の見直しによる影響があることを考慮し、2023年度（2022年度実績）は、2019年度実績をもとに加算対象の上限を設定する。 2023年度末までにすべての保険者が20%（総合健保等は15%）まで達することを目指し、減算やその他の取組（好事例の情報提供、弾力的な実施方法の定着化等）と併せて総合的に推進する。
- 2021～2022年度（2020～2021年度実績）は、2018年度実績をもとに加算対象の上限を設定すると、単一健保は10%、共済組合は11.7%、総合健保等は5%となる。
- 実施率が特に低い保険者の加算率は法定上限の10%とする。
- 加算対象保険者のうち実施率が一定以上の保険者については、総合評価の項目で一定以上の取組が実施されている場合、加算対象としないこととする。

2021年度は感染症拡大の影響を考慮し2020年度の加算対象及び加算率を適用する

特定保健指導の実施率			加算率					
単一健保	共済組合 (私学共済除く)	総合健保・私学共済 全国土木建築国保	2018年度 (2017年度実績)	2019年度 (2018年度実績)	2020年度 (2019年度実績)	2021年度 (2020年度実績)	2022年度 (2021年度実績)	2023年度 (2022年度実績)
0.1%未満			1.0%	2.0%	5.0%	(10%) 5.0%	10%	10%
0.1%以上～1%未満			0.25%	0.5%	1.0%	(2.0%) 1.0%	3.0%	
1%以上～2.75%未満		1%以上～1.5%未満						—
2.75%以上～5.5%未満		1.5%以上～2.5%未満	—	—	—	—	2.0%	
5.5%以上～7.5%未満		2.5%以上～3.5%未満	—	—	0.5% (※)	(1.0%) 0.5% (※)	1.0%	2.0%
7.5%以上～10%未満		3.5%以上～5%未満	—	—		(1.0% (※)) 0.5% (※)	0.5% 健保等のみ (※)	1.0% 健保等のみ (※)
—	10%以上～ 11.7%未満 (2021年度実績)	—	—	—	—	—	0.5% (※)	1.0% (※)
2022年度実績における加算対象の上限は 2019年度実績をもとに2021年度中に設定			—	—	—	—	—	—

特定健診と特定保健指導の加算率を合計して10%を超える場合の加算率は10%（法定上限）となる。

(※) 該当年度において、特定健診・保健指導（法定の義務）以外の取組が一定程度（総合評価の項目で集計）行われている場合には加算を適用しない。

第40回検討会における議論の振り返り（3/3）

【中間見直しの考え方】

- 2023年度までに達成を目指す水準に向けて、加算だけではなく減算やその他の実施率向上に繋がる取組により総合的に推進するという発想に立ち、加算対象は現状に即して設定する。
- 具体的には、(1)全保険者目標を達成できていること、(2)保険者種別の目標達成に向けて保険者種別毎に実施率の平均値を大きく下回っていないこと、そのいずれかに該当することが加算を免れる要件として足るものとし、(2)の基準については、現行の加算対象の上限を下回らない範囲で直近の実施率の分布状況をもとに「保険者種別毎の実施率の平均値 - 1SD（標準偏差）」として設定する。
- 整理すると加算対象の考え方は以下のようになる。
 〈特定健診〉現行の上限を下回らない範囲で、(1)(2)のいずれか低い方を加算対象の上限とする。
 (1)全保険者目標値70%
 (2)保険者種別（単一・総合等・共済）毎の直近の実施率の平均値 - 1SD
 〈特定保健指導〉現行の上限値を下回らない範囲で、(1)(2)のいずれか低い方を加算対象の上限とする。
 (1)全保険者目標値20%(※)
 (2)保険者種別（単一・総合等・共済）毎の直近の実施率の平均値 - 1SD

(※)本制度においては、2023年度末までに全保険者目標値45%の概ね半分の20%まで達することを目指している

保険者種別	特定健診（2018年度実績）			特定保健指導（2018年度実績）		
	①実施率の平均値	②標準偏差	① - ②	①実施率の平均値	②標準偏差	① - ②
単一	81.4%	8.5%	72.9%	31.6%	22.5%	9.1%
総合等	73.4%	10.1%	63.2%	16.3%	13.2%	3.1%
共済組合	81.6%	6.0%	75.6%	28.9%	17.2%	11.7%

新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた特定保健指導の実施方法の見直しについて

新型コロナウイルス感染症の影響下の社会においても、引き続き、特定保健指導を適切に実施していくため、特定保健指導の実施方法について見直しを行った。

- 新型コロナウイルス感染症の影響下においても、特定保健指導を適切に実施していくための方策として、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた特定保健指導の実施をさらに促進していくことが考えられる。
- ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた特定保健指導については、「特定保健指導における情報通信技術を活用した面接による指導の実施の手引き」や「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」においてその要件を設けているが、昨今の情報通信機器の発達も踏まえ、当該要件について、2月1日に以下の見直しを行った。(※)

対応①：ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた初回面接における「グループ支援」の実施の緩和

【従前】 ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた初回面接を行う場合は、「個別支援」（実施者と対象者が1対1で行う支援）に限って実施することができるとしていた。

【見直し後】 情報通信機器を用いた初回面接をグループで行う（複数人の対象者と情報通信機器で同時につながり集団で面接を行う）場合でも、対面と同程度の質を保ちながらリアルタイムで複数の対象者と対話することが可能であると考えられることから、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた初回面接において「グループ支援」を実施可能とした。

対応②：ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた継続支援に係る算定ポイントの見直し

【従前】 積極的支援において、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた継続支援（初回面接以外の支援）を行った場合は、「電話支援」のポイントを算定することとしていた。（「電話支援」は、対面での支援に比べて、算定されるポイント数が低い。）

【見直し後】 情報通信機器を用いた継続支援を行う場合でも、対面と同程度の質で実施することが可能であると考えられることから、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた継続支援について、対面で行う場合と同じポイントを算定することとした。

(※)「情報通信技術を活用した特定保健指導の実施について」(令和3年2月1日付け健発0201第11号・保発0201第6号厚生労働省健康局長・保険局長連名通知)

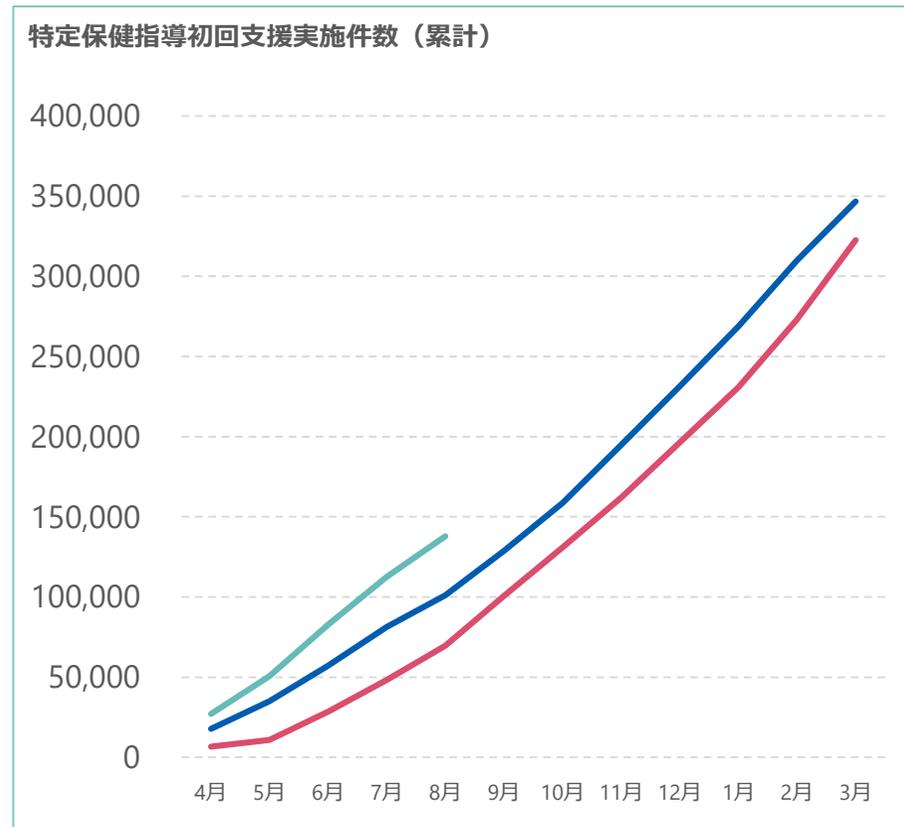
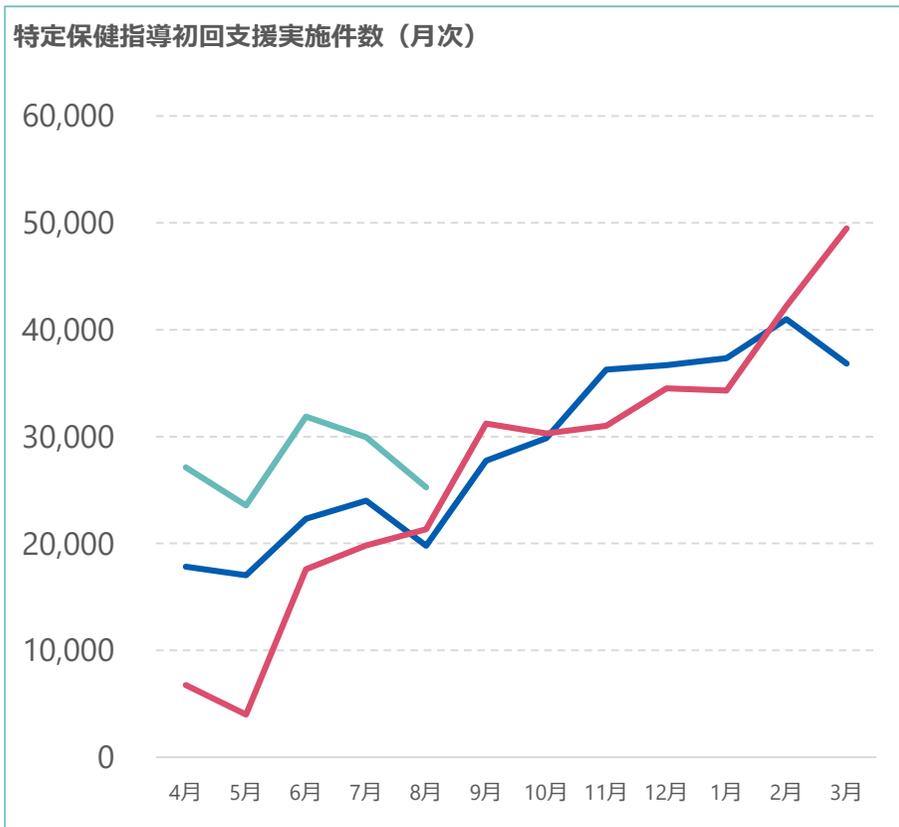
厚生労働省 特定健診・特定保健指導について

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



特定保健指導の実施件数の推移 (2019年4月～2021年8月の件数実績)

特定保健指導の実施の現状について、2020年度の春から夏に生じたコロナの影響からは既に脱しつつある。



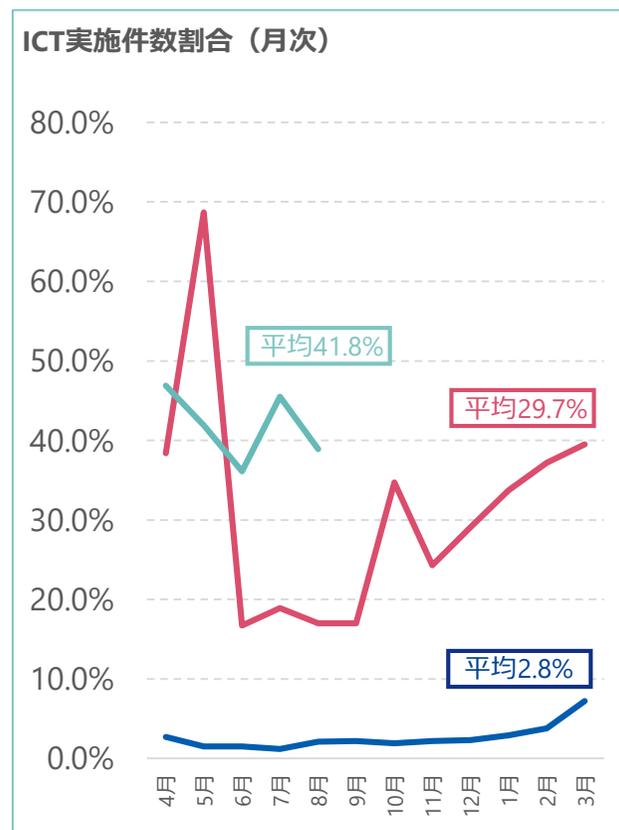
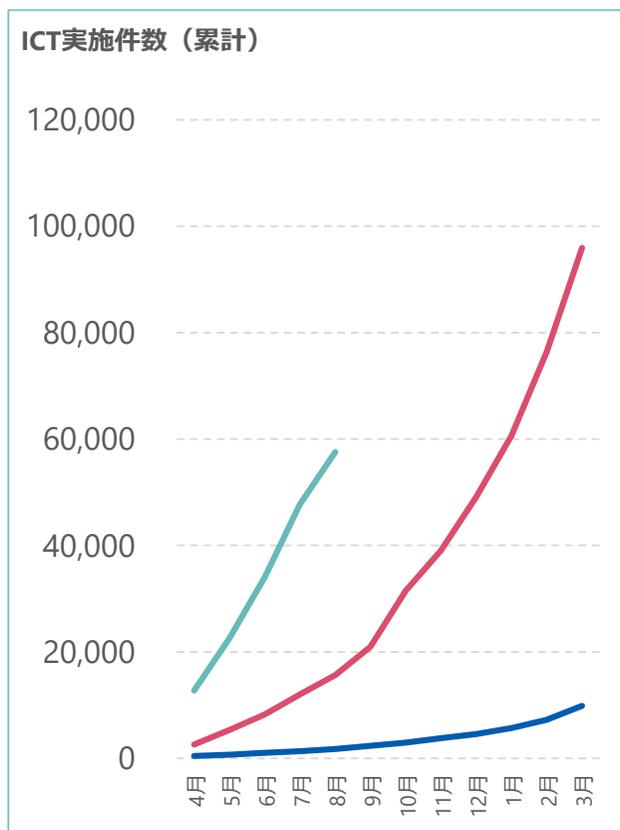
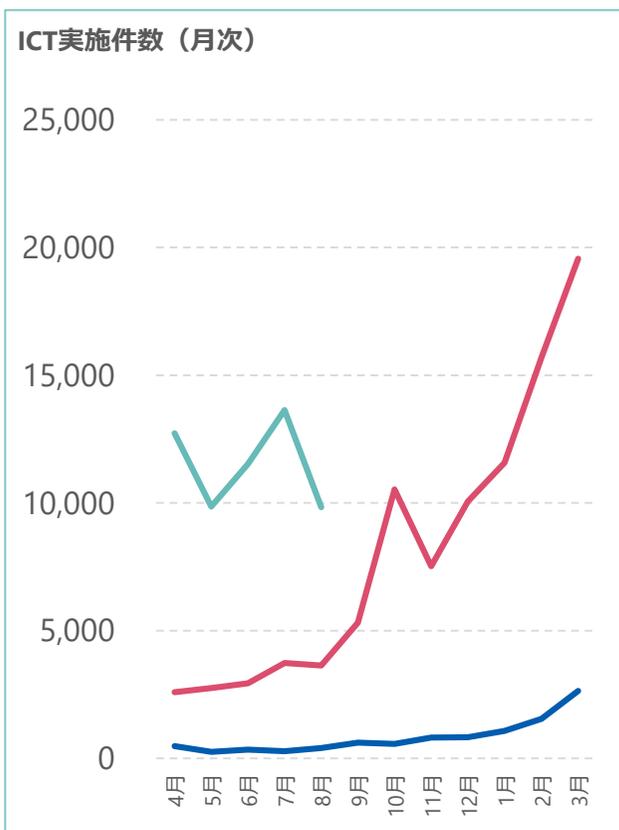
— 2019年度 — 2020年度 — 2021年度 出典：日本保健指導協会（幹事企業5社含む大手事業者社8社）

ポイント

- ✓ 2020年度の春から夏は2019年度の同時期と比較して実施件数が落ち込んだが、その後は2019年度と概ね同水準で推移し、年度合計では2019年度対比93%程度まで回復している。
- ✓ 2021年度の春から夏は2019年度の同時期の累計件数と比較して3割超上回る実績である。

特定保健指導のICT実施件数の推移 (2019年4月～2021年8月の件数実績)

特定保健指導の実施の現状について、コロナの影響からの回復の背景には、ICT実施の普及の効果もあると考えられる。



— 2019年度 — 2020年度 — 2021年度 出典：日本保健指導協会（幹事企業5社含む大手事業者社8社）

ポイント

- ✓ 緊急事態宣言1回目が解除された2020年5月以降からICT実施件数が増加し、2020年度は平均3割程度まで上昇。
- ✓ 2021年度も引き続き実施割合は上昇傾向にあり、8月時点で平均4割程度まで到達。

2023年度支援金の特定保健指導実施率に基づく加算対象上限の再計算結果

【中間見直しの考え方】

- 2023年度までに達成を目指す水準に向けて、加算だけではなく減算やその他の実施率向上に繋がる取組により総合的に推進するという発想に立ち、加算対象は現状に即して設定する。
- 具体的には、(1)全保険者目標を達成できていること、(2)保険者種別の目標達成に向けて保険者種別毎に実施率の平均値を大きく下回っていないこと、そのいずれかに該当することが加算を免れる要件として足るものとし、(2)の基準については、現行の加算対象の上限を下回らない範囲で直近の実施率の分布状況をもとに「保険者種別毎の実施率の平均値 - 1SD（標準偏差）」として設定する。
- 整理すると加算対象の考え方は以下ようになる。
 <特定健診> 現行の上限を下回らない範囲で、(1)(2)のいずれか低い方を加算対象の上限とする。
 (1)全保険者目標値70%
 (2)保険者種別（単一・総合等・共済）毎の直近の実施率の平均値 - 1SD
 <特定保健指導> **現行の上限値を下回らない範囲で、(1)(2)のいずれか低い方を加算対象の上限とする。**
 (1)**全保険者目標値20%(※)**
 (2)**保険者種別（単一・総合等・共済）毎の直近の実施率の平均値 - 1SD**

(※)本制度においては、2023年度末までに全保険者目標値45%の概ね半分の20%まで達することを目指している

《2022年度実績における加算対象の上限について、2019年年度実績をもとに計算した結果》

保険者種別	現行の 加算対象の上限	特定保健指導（2019年度実績）		
		①実施率の平均値	②標準偏差	① - ②
単一	10.0%	33.2%	21.8%	11.4%
総合等	5.0%	17.5%	13.6%	3.9%
共済組合	11.7%	30.6%	17.0%	13.5%

2021～2023年度支援金の特定保健指導実施率に基づく加算対象・加算率

- 2023年度（2022年度実績）は、2019年年度実績をもとに計算した結果にもとづいて加算対象の上限を設定することとし、**単一健保は11.4%、共済組合は13.5%、総合健保等は5%**としてはどうか。

2021年度は感染症拡大の影響を考慮し2020年度の加算対象及び加算率を適用する

特定保健指導の実施率			加算率					
単一健保	共済組合 (私学共済除く)	総合健保・私学共済 全国土木建築国保	2018年度 (2017年度実績)	2019年度 (2018年度実績)	2020年度 (2019年度実績)	2021年度 (2020年度実績)	2022年度 (2021年度実績)	2023年度 (2022年度実績)
0.1%未満			1.0%	2.0%	5.0%	(10%) 5.0%	10%	10%
0.1%以上～1%未満			0.25%	0.5%	1.0%	(2.0%) 1.0%	3.0%	
1%以上～2.75%未満		1%以上～1.5%未満						-
2.75%以上～5.5%未満		1.5%以上～2.5%未満	-	-	0.5% (※)	(1.0%) 0.5% (※)	1.0%	
5.5%以上～7.5%未満		2.5%以上～3.5%未満					-	-
7.5%以上～10%未満		3.5%以上～5%未満	-	-	-	-		
10%以上～ 11%未満	10%以上～ 11.7%未満	-					-	-
11%以上～ 11.4%未満	11.7%以上～ 13.5%未満	-	-	-	-	-	-	0.5% (※)

特定健診と特定保健指導の加算率を合計して10%を超える場合の加算率は10%（法定上限）となる。

(※) 該当年度において、特定健診・保健指導（法定の義務）以外の取組が一定程度（総合評価の項目で集計）行われている場合には加算を適用しない。

総合評価の大項目 1 – ①②について

- 中間見直し後の総合指標の大項目 1 – ①②において、2023年度（2022年度実績）の特定保健指導の保険者種別の基準値については、各保険者種別のおおよその平均値を基準としながら、2019年度実績をもとに2021年度に再修正の要否を検討することとしていた。
- 2019年度実績の平均値は、単一：33.2%・共済：30.6%・総合17.5%となり、2018年度実績の平均値（単一：31.6%、共済：28.9%、総合16.3%）に比べて大きな変化がなかったことから、基準値を変更せず据え置くこととしてはどうか。

総合評価項目

大項目 1	特定健診・特定保健指導の実施（法定の義務）	重点項目	配点
①	<p>特定健診・特定保健指導の実施率の基準値を達成すること 【配点】10点+以下の基準に基づく点数 (前年度の特定健診の実施率 - 特定健診の保険者種別の基準値) / (100% - 特定健診の保険者種別の基準値) × 20 + (前年度の特定保健指導の実施率 - 特定保健指導の保険者種別の基準値) / (100% - 特定保健指導の保険者種別の基準値) × 20 (整数値に四捨五入する) (※) 保険者種別の基準値 (減算対象となる基準) 特定健診 (※1) : 単一健保・共済81%、総合健保等76.5%、特定保健指導 (※2) : 単一健保・共済30%、総合健保等15%</p>	○ (必須)	10~50
②	<p>被扶養者の実施率の基準値に対する達成率を把握すること 【配点】 前年度の被扶養者の特定健診の保険者種別の基準値に対する達成率 × 被扶養者の特定保健指導の保険者種別の基準値に対する達成率 × 10 (整数値に四捨五入し、10を超える場合は10とする) (※) 保険者種別の基準値 (被扶養者の基準値は、加入者全体の基準値とする) 特定健診 (※1) : 単一健保・共済81%、総合健保等76.5%、特定保健指導 (※2) : 単一健保・共済30%、総合健保等15%</p>	—	0~10
③	<p>特定保健指導の対象者割合の減少 特定保健指導の対象者割合が減少していること 【配点】2.5 × (前々年度から前年度の特定保健指導の該当者割合の減少ポイント) (整数値に四捨五入し、25を超える場合は25とする)</p>	—	0~25
小計			85

(※1) 2018~2020年度支援金の減算基準と同じ

(※2) 2018年度実績のおおよそ平均値 (単一健保：31.6%、共済：28.9%、総合16.3%)。2023年度の減算 (2022年度実績) の基準値は、2019実績をもとに2021年度に再修正の要否を検討。

- 議題 1 : 加算基準・総合評価の数値基準の見直し
- **議題 2 : 受診勧奨対象者の医療機関受診率の定義**

総合評価の大項目2 - ②の指標「受診勧奨対象者における医療機関受診率」の算定定義（案）

- 中間見直し後の総合評価の大項目2 - ②において、受診勧奨対象者における医療機関受診率の計算方法については、保険者間で評価の公平性を担保するため、以下の基準により分母・分子を定めて計算してはどうか（考え方については次頁参照）。

大項目2 要医療の者への受診勧奨、糖尿病等の重症化予防

① 個別に受診勧奨・受診の確認	特定健診結果から、医療機関への受診が必要な者を把握し、受診勧奨を実施し、一定期間経過後に、受診状況をレセプトで確認すること (※)「標準的な健診・保健指導プログラム」の具体的なフィードバックを参考に受診勧奨の情報提供を行う	○ (必須)	5
② 受診勧奨対象者における医療機関受診率	①で確認した受診状況をもとに受診勧奨対象者における医療機関受診率を把握すること 【配点】5点+以下の基準に基づく点数 ・受診勧奨対象者における医療機関受診率×5（整数値に四捨五入）	—	5~10

分母：当該年度の前年度の特定健康診査の結果が次の基準に該当する者の数

当該年度の前年度の特定健康診査の結果が(1)から(6)のいずれかに該当する者

- (1)収縮期血圧160mmHg以上 (2)拡張期血圧100mmHg以上 (3)空腹時血糖126mg/dl以上 (4)HbA1c (NGSP) 6.5%以上
(5)LDLコレステロール180mg/dl以上 (6)中性脂肪500mg/dl以上

※標準的な健診・保健指導プログラム（平成30年度版）別添資料（フィードバック文例集）においてすぐに医療機関の受診が必要とされている基準

分子：分母に該当する者のうち、当該年度又は当該年度の前年度において、①②のいずれかに該当し医療機関を受診したことを確認できた者の数

必ず①②の両方の確認を行う。企業内診療所等において保険外診療で受診した場合は、医療機関から受診した報告があれば、分子に含めてよい

- ① 当該年度又は当該年度の前年度の特定健康診査の質問票において、血圧、血糖又は脂質に関する薬の使用の有無について「はい」と回答した者
- ② 当該年度又は当該年度の前年度のレセプトにおいて、血圧、血糖又は脂質に関する疾病（※）又はその疑いで受診したとわかる者

※以下のICD-10コードに分類される疾病が該当する

- ・ E10, E11, E12, E13, E14, E65, E66, E67, E68 (*), E78
- ・ I10, I11, I12, I13, I15
- ・ R81, R73 (はR739のみ, R74はR740のみ)

(*) 現時点では、傷病名マスター上には、対応する傷病名コードは存在しない。

例：ICD10コード「I15」の場合、「I150 ,I151,I152,I158,I159」に対応する傷病名コードの疾病が該当

総合評価の大項目2 - ②の指標「受診勧奨対象者における医療機関受診率」の算定定義（案）の考え方

- 中間見直し後の総合評価の大項目2 - ②「受診勧奨対象者における医療機関受診率」の算出にあたり、「医療機関受診者数」をレセプトデータで確認する際の傷病名コードについて、「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WG最終とりまとめ」（平成27年3月）及び先行して実施している協会けんぽのインセンティブ制度で用いられている傷病名コードをもとに、効果検証WGで用いられた「除外要件」（④）は用いず、①②③のICD10コード全て含むこととしてはどうか。

	比較分類	ICD10コード 傷病名	総合評価の大項目2 - ② 「受診勧奨対象者における医療機関受診率」に 左記ICDコードを含めるか（考え方）
①	共通	<ul style="list-style-type: none"> • I10～I15 高血圧症 • E78 脂質異常症（リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症） • E10～E14 糖尿病 	含める
②	協会けんぽの基準にあるが、 効果検証WGの要件にないもの	<ul style="list-style-type: none"> • E65 限局性脂肪症＜脂肪過多症＞ • E66 肥満（症） • E67 その他の過栄養＜過剰摂取＞ • E68 過栄養＜過剰摂取＞の続発・後遺症 	効果検証WGでは、効果検証を目的としているため疾患にあたるか疑いのあるものは除外しているが、加減算の総合評価項目は、医療機関の受診の有無を把握するものであるため、 含める
③	効果検証WGの要件にあるが、 協会けんぽの基準にないもの	<ul style="list-style-type: none"> • R739 ,R740,R81 診断名の記載がない血液検査の異常 	健診は確定診断ではないため、医療機関で受診した結果、改善しており病名がつかない場合もあり、また本コードのレセプト数は少ないとはいえず存在するため、 含める
④	効果検証WGにあるが、 協会けんぽのにない除外要件	<ul style="list-style-type: none"> • 生活習慣以外の原因による疾患（1型糖尿病や二次性高血圧、家族性高脂血症等） 	効果検証WGでは、特定保健指導の効果を検証する目的で遺伝性の疾病は除外しているが、加減算の総合評価項目は、疾患の原因に依らず医療機関への受診が必要な加入者の受診の有無を把握するものであるため、 除外しない