

行政事業レビュー公開プロセス

①特定健康診査・保健指導に必要な経費

評価結果	事業内容の一部改善
------	-----------

廃止	0	人
事業全体の抜本的な改善	2	人
事業内容の一部改善	4	人
現状通り	0	人

<とりまとめコメント>

・特定健診受診率や特定保健指導実施率が目標未達成である事業の実施状況を踏まえ、医療費適正化及び健康増進双方の観点から、改めて事業効果について、これまで以上に保険者や地域別、産業別ごとにきめ細かに検証すべきである。その上で、国自身がどこまで事業実施に関与すべきか、再度検討を行うべきである。

・公費を投入する必要性について検討する際には、費用対効果を医療費の削減で見ることが重要であるが、それだけで見るのではなく、エビデンスに基づき事業効果を定量的に測定することができるアウトカム指標・アウトプット指標を設定すべきである。

・後期高齢者支援金加算・減算制度や保険者努力支援制度が、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上に寄与しているか効果検証を行った上で、当該制度の見直しを行うべきである。

・特定健診データやレセプトデータの有効利活用を推進するため、現状はこれらのデータが十分に把握や連携・ひもづけができていないため、今後データの収集・分析を行った上で、保険者が使いやすいデータ・資料を提供するなど、各保険者の情報リテラシーを高める支援策について、国が積極的に検討すべきである。

・特定健診や保健指導について、エビデンスに基づいた行動変容を促す効果的な健診項目や保健指導の内容に改善を図った上で、それらの取り組みを行った保険者に対して補助金を加算するなどの支援を強化してはどうか。

<具体的なコメント>

○事業の課題や問題点

- ・多額の補助であるのに、健診率や指導の割合が近年でも一向に目標に届かない点。医療費削減に本当に寄与しているかということへの疑問。
- ・健診の受診率が直近で53.4%であり、徐々に増加しているものの実施率として飽和状態である。(職域保険は労働安全衛生法による年1回の健診実施が義務であり、特定健診の受診率も8割であるが、地域保険は3割にとどまる。)
- ・エビデンスの蓄積が不十分である。特に40~74歳のすべての国民を対象とするため、実験(ランダム化比較実験:RCT)ができない。
- ・関連する制度(職域における後期高齢者医療制度支援金の加算減算・地域における保険者努力支援制度)の予算規模が大きい、インセンティブの設計が効果的に連動していない可能性がある。
- ・事業開始当初において、効果が十分に証明されていない状況における一定の見通しを根拠として国費投入により特定健診・特定保健指導の促進を保険者に促したことは首肯できる。しかし健康維持に成功したことによる医療費削減は保険者・当事者に大きな利益のある内容であり、受益者負担の考え方からは彼らの自主的な負担により実施されるべきものと考えられる。
- ・特定健診・保健指導の実施率が低い。特に保健指導の実施率が低い。保険者、地域による差があり、目標達成も難しいと思われることから、要因分析を行い、実施率を向上させる補助に見直すべきではないか。
- ・実施を促すためには、保健指導の投資(費用)に見合う効果が発揮できるのか、事業効果(エビデンス)の把握が途上ではないか。
- ・事業開始から14年もの年月が経っているにもかかわらず、対費用効果(かかった公費に足るだけの医療費削減効果などが得られているか)について、しっかりとした評価がしっかりとできていないことは問題である。今回示した評価の完成度を高め、学術的な批判にも耐えられるようなものにしたり、もう少し多面的な評価を行うべきである。また、保険者の加減算のインセンティブの効果についても評価を行うべきである。
- ・特定診査・保健指導に要する費用の一部を補助し、円滑な実施を支援することにより生活習慣病の予防を推進した結果、医療費の適正化が図られているのかを適切な手法で検討すべきではないか。これからも実施率を上げるための努力を続けるべきかどうかの判断は、自国のデータを用いた、適切な手法に基づく健康に関するアウトカムや医療費への効果検証をもとに行う必要がある。少なくとも、既に行われている複数の研究の成果は参照されるべきではないか。また、統計的に有意な効果があったとしても経済的なインパクトが小さい可能性がある。費用対効果も検証すべきではないか。

○評価を選択した理由・根拠

- ・200億円以上の、いわば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と判断したため。それは、個別に見ても、補助金等交付の多少ではなく、都道府県でも、市町村でも、各保険組合でも、健診率・指導割合に高低があったり、特に業態別ではかなりの乖離がある。これらのきめ細やかな原因分析はいまだ行われていないようであり、分析いかんでは資金投入の仕方を戦略的に大きく方向転換していく必要がある。

- ・医療費の削減との関連性が現状では明確となっていないため。

- ・国民全体に健診を呼びかけるという大規模な費用投入に対して、データベースの蓄積や効果の検証の観点、また関連する保険者努力支援制度や後期高齢者医療制度支援金との大胆なインセンティブ付けの観点で不十分である。データベースの蓄積や利活用の方法の見直し、関連制度との機動的な連動が必要である。

- ・政策推進の根拠と効果について、文献調査による検討・我が国の実態に関する分析の双方がすでに推進されており、それを根拠とした実施手法の改善が進められている。

- ・原因分析の結果を踏まえて、よりきめの細かい実施率の指標にすべきではないか。

- ・保険者が実施率の向上を目指す補助の仕方に内容を改善すべき。

- ・事業効果を蓄積し、エビデンスを共有すること。その情報に基づき、より投資効果の高い保健指導を保険者が実施できる環境を作るべき。

- ・そもそも効果があろうがなかろうが、事業の受益を得るのは、保険者と健診を受ける本人である。したがって、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。今後は国費を減額してゆき、事業が自立してゆくための見通しと計画を定め、着実に歩みを進めてゆくべきである。国費をかけることが正当化されるのは、データの整備や調査、評価、広報といった点に限られるのでは無いだろうか。

- ・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ため。

○改善の手法や事業見直しの方向性

・明らかに健診率・指導割合の増加率が鈍化している状況であり、第4期目計画の策定の前に、テコ入れをするあるいは選択と集中をする、また思い切って別のアプローチ・資金の投入方法があるのではないかと考える。

・国民の健康データを収集するという情報基盤として重要な試みであるが、健康意識の高い人が健診を受診し、さらに特定保健指導を受けるという設計であるため、対象のセレクションが働いており、いわゆる実験的な比較ができない。そこで、一つの国家レベルの実験として、毎年対象者の半数を選び、半数を介入群・半数を対照群として、データを蓄積してはどうか。

・最も古い被保険者番号で紐づけるという方法であるが、個人の履歴の追跡という点では限界があるのではないか。(地域においては、死亡なのか、転出なのかがわからない。職域においては、死亡なのか、転職なのか、わからない。また、74歳以降を追って75歳以降の医療履歴を追うことができないなどの問題がある)現状では制度上の制約はあるが、将来的なマイナンバー制度の活用を進めるべきである。

・引き続き政策の効果検証を進め、それをもとにして科学的・合理的な根拠により保険者が自主的・自発的に当事者の受診を進めることができるよう取り組むことが期待される。また、特に当事者の継続的なコミットメントが必要な特定保健指導については、働き方などによって従来の手法では取り組みを進めることが難しい例があることに留意し、スマートウォッチによる継続的な情報収集などICTのさらなる活用に取り組むことが期待される。

・きめ細かい目標水準にすべきではないか。

・実施率の水準や実施率の改善ポイントに応じて補助率を変えることで、自治体の実施率向上に向けた工夫(※)を促す仕組みにする。※PFS導入や対象者によるサービス選択、ICTアプリの導入等。

・各保険者の実施率の開示により保険者自体の動機づけを行う。

・企業の実施率の向上とその見える化、外部評価に繋がる仕組みにするため、「健康経営」の仕組みと連携(健康経営優良法人認定制度との連携)

・単に実施率だけでなく、各地・各社で実証している保健指導・支援サービスを効果検証と合わせて情報共有し、リソースの不足する保険者が取り組みやすい環境を作るのが望ましい。

・医療費が適正化されたかに関する、適切な手法による効果検証の実施。

○その他

・関連する制度(後期高齢者支援金の加算・減算、健保組合・共済の保険者機能の総合評価、保険者努力支援)の目標値が低い。関連する他の制度と組み合わせ、実施率を上げることが有効ではないか。

仮に、医療費適正化に関する効果があったとして、実施率の向上については、地域差、個人の属性(性別、非正規かどうかなど)による差があるとの分析結果がある。この差の解消のための工夫は行われているのか。