

令和4年度厚生労働省行政事業レビュー(公開プロセス)

議 題：特定健康診査・保健指導に必要な経費

開催日時：令和4年6月2日(木)9：30～10：51

開催場所：省議室(9階国会側)

出席者：栗原委員、井出委員、伊藤委員、大屋委員、鈴木委員、滝澤委員
(順不同)

○厚生労働省総括審議官(以下「総括審議官」)

定刻となりましたので、ただいまより「令和4年度厚生労働省行政事業レビュー(公開プロセス)」を開催いたします。私は、厚生労働省総括審議官行政改革推進室長の村山です。委員の皆様方におかれましては、御多忙のところ御参加いただきありがとうございます。

本日開催する行政事業レビュー(公開プロセス)について説明いたします。行政事業レビューは、国の事業について、支出における無駄の削減やより効率的・効果的な行政の実現を目指して、各府省が自ら点検・見直しを行うものです。行政事業レビューのうち公開プロセスは、外部有識者の委員の方々が国費投入の必要性等の観点から、改善の余地の大きい事業等として選定された対象事業について公開の場で点検し、事業の評価や見直しの方向性を公表するものとなっております。なお、本日の公開プロセス実施に当たりましては、事前に担当部局から説明を聞く勉強会、また、オンライン又は実地での現場ヒアリングを行い、有識者の皆様方に議論の御準備を頂いていることを申し添えます。

次に、本日の会議の進行について申し上げます。5つの選定事業について、1事業60分から80分を目安に進めてまいります。初めに、事業の内容について厚生労働省の担当部局から説明し、事務局より論点をお示しします。その後、外部有識者の委員の皆様方に質疑・議論をしていただいた上で、現状どおり、事業の内容の一部改善、事業全体の抜本的な改善、廃止のいずれかの評価や意見を記載していただいたコメントシートを議論の流れの中で提出していただきます。これらを集約して、最後にとりまとめ役の有識者の委員より、現状どおり、事業内容の一部改善、事業全体の抜本的な改善、廃止のいずれかの評価や見直しの方向性などに関するとりまとめのコメントを頂きます。以上が本日の議論の進め方・流れとなります。

有識者の皆様方のうち、とりまとめ役については、栗原先生にお願いすることとしておりますので、あらかじめ御了承いただきたいと思っております。

本日はペーパーレスで開催することとし、有識者の皆様方には事前に電子媒体にて厚生労働省から資料を送付させていただきました。資料の閲覧のほか、コメントシートの回収も電子媒体で進めさせていただきます。もし不明点等がありましたら、随時、事務局に対面又はメールでお申し付けいただければと存じます。

なお、委員の皆様及び事務局出席者の紹介については、時間の都合上省略させていただきます。お手元の資料にて御確認いただければと存じます。

また、本日の会議についてはインターネットでの生中継を行い、会議終了後、厚生労働省ホームページにもその状況を掲載させていただきます。

それでは、行政事業レビュー(公開プロセス)を開催させていただきます。先ほど申し上げましたように、5つの選定事業についてレビューを行いますので、よろしく願いいたします。

まず、開催に当たりまして、牧島かれん行政改革担当大臣から御挨拶がございます。本日は、内閣官房行政改革推進本部事務局の川村参事官より代読をお願いいたします。川村参事官、よろしく願いいたします。

○内閣官房行政改革推進本部事務局参事官

はい、代読いたします。6月1日から行政事業レビューの公開プロセスが各府省庁において開催されております。この公開プロセスは、各府省庁が外部有識者の方々のお知恵をお借りしながら、公開の場で自らの事業の点検を行うことにより、各事業の効率的・効果的な実施に向けた改善及び見直しを推進するものです。さらに、そうした議論を公開することで国の行政の透明性を高め、政府の取組について国民の皆様にご理解・御関心を持っていただくことも重要な意義と考えております。

また、デジタル技術の急速な進展やコロナ禍に見られるように、行政を取り巻く環境は刻々と変化しており、行政の在り方を見直していかなければならないと考えています。こうした考えの下、昨年秋のレビューにおいては、行政の無駄の削減だけでなく、旧来型の組織や社会をどう再構築していくかという、より幅広い観点から踏み込んだ議論を頂きました。

さらに、本年1月には、行政改革推進会議の下にワーキンググループを設置し、行政の無謬性神話からの脱却をテーマとして、デジタル時代にふさわしい政策形成・評価の在り方について議論してまいりました。その提言が去る5月31日にとりまとまり、その中で意思決定過程におけるEBPM的観点の導入につなげる観点から、行政事業レビューを活用する旨の御提言も頂いております。行政改革担当としても、議論を深め、順次実行に移していきたいと考えておりますので、この場を借りて御紹介、御理解・御協力をお願いをさせていただきます。

今般の公開プロセスについても、国民本位の真に効果的・効率的な実施に向けた議論の場とすべく、御参加いただく外部有識者の方々には、行政の無謬性神話にとらわれることなく、ここが悪かったのではないか、ここに責任があるのではないか、といった何かを責めるのではなく、こうすればよいのではないか、こんなやり方もあるのではないか、といった前向きで建設的な御意見・御提案を頂ければ幸いです。

また、厚生労働省の皆様にも、御議論をしっかりと受け止め、事業の改善につなげていただきたいと思います。以上をもちまして、私からの挨拶といたします。以上です。

○総括審議官

ありがとうございました。それでは、1 つ目の事業、「特定健康診査・保健指導に必要な経費」についてのレビューを始めます。なお、カメラの方については、報道・撮影をされる場合は議事進行の妨げとならないよう、事前をお願いしております所定の場所での撮影をお願いいたします。

それでは担当部局、保険局から説明をお願いいたします。10 分程度でよろしくをお願いいたします。

○保険局

厚生労働省保険局医療介護連携政策課長です。今日はどうぞよろしくお願いいたします。

お手元の「特定健康診査・保健指導に必要な経費について」という資料に沿って御説明申し上げます。事前の勉強会でも御説明させていただいた部分もごございますので、そうした部分はなるべく簡潔に、今回新しくお示ししている部分を中心に御説明させていただければと存じます。

2 ページです。特定健診・特定保健指導の制度の概要で、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、医療保険者が、40 歳以上 75 歳未満の被保険者、被扶養者に対し、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し、その結果、健康の保持に努める必要がある方に対して特定保健指導を実施する、こうした枠組みです。2008 年度から開始をし、現在、第 3 期の途中です。2024 年度から 2029 年度までの第 4 期に向けて必要な見直し等の検討を行っている、そうした状況をこのあと御説明させていただきます。

3 ページですが、こうした特定健診・保健指導の国庫補助事業、令和 4 年度予算において、211.5 億円を計上させていただいております。下の表を御覧いただきますと、市町村国保については負担金という形になっておりまして、国が 3 分の 1 を負担するといった構造です。一方、国民健康保険組合、健康保険組合、あるいは協会けんぽについては補助金ということになってございまして、市町村国保と同様に 3 分の 1 を予定して定額補助しておりますが、実際、確保できる予算額からしまして、こうした水準には達していないというのが現状です。

4 ページにお進みいただきます。特定健診・保健指導の受診者数あるいは受診率の推移です。この度、2020 年度の数値がまとまりましたので、本日これを公表させていただいております。例年 3 月末に公表しておりますが、一部保険者から報告数値の誤りがございまして、再集計していた結果、このタイミングとなっております。

左側、特定健診の受診者数を御覧いただきますと、制度発足当初約 2,000 万人、38.9%でしたが、2019 年度で約 3,000 万人、55.6%まで来ております。今日発表します 2020 年度の数字は約 2,900 万人、53.4%ということで、初めて 2.2%ポイントほど低下をしている、そうした状況です。

右側は特定保健指導です。これも 2008 年度の約 30 万人、7.7%からスタートいたしまして、2019 年度は 23.2%、約 120 万人というところでもございましたが、2020 年度が約 119 万人、22.7%ということで、こちら 0.5%ポイント下がって

いるという状況です。

2020年は、新型コロナウイルスが発生した年です。私ども2月、3月にコロナの発生を踏まえ、保険者に対し、特定健診・保健指導の実施の必要性、こうしたものを改めて検討するよう注意喚起をさせていただきました。こうしたことも影響しているのではないかと考えております。いずれにいたしましても、2023年度、特定健診で70%、特定保健指導45%に向けて、引き続き取組を進めてまいります。5ページは、今申し上げましたグラフのバックデータです。

続いて6ページです。保険者種類別の実施状況について整理をしてお示ししております。上の段が特定健診です。大きなトレンドで見えていただきますと、右側2つ、健保組合と共済組合、こちらは全国平均の実施率よりも高くなっている。一方で、左の市町村国保については、全国平均よりも低くなっている、そうした状況が見て取れます。

また、特定保健指導、下の段ですが、こちらもやはり健保組合や共済組合は平均より高くなっている。それから、市町村国保についても、これは直営で保健指導をやっている所も多く、高くなっている所もございますが、真ん中辺り、全国健康保健協会、協会けんぽが全国平均より低くなっている、こうした保険者種別ごとの状況が見て取れます。

続いて7ページ、都道府県別の実施状況です。都道府県別と申しますのは、加入者の住所地というベースで整理をしたものです。特定健診が青で、一番高いのが東京都の65.9%、一番低いのが北海道の44.2%です。赤いグラフが特定保健指導で、一番高いのが熊本県36.8%、一番低いのが埼玉県17.5%と、都道府県単位でばらつきが見られる状況です。ただ、先ほど申し上げたとおり、加入者の住所地ということですので、いわゆる保険者の努力の世界、あるいは、そうしたものと直接加入者の住所地で見るのがどこまで何が見て取れるかということがございますが、こうした形でお示しさせていただきました。

8ページです。業態別の実施状況です。青が特定健診、赤が特定保健指導です。いずれにしても、青の特定健診については、目標値70%を業態別で見てもほぼ上回っており、逆に、特定保健指導については目標値を下回っているという状況が見て取れます。業態別で御覧いただきまして、左から2つ目、農林水産業、あるいは真ん中よりちょっと右のほうに宿泊業、飲食サービス業等がございます。こうした業界、括弧の中が保険者の数ですので、いわゆる業態の中で横断的な総合健保みたいなものを作っている所では、どうしても事業主と保険者との間の連携がなかなか取りづらいといった状況がございます。例えば、特定保健指導の実施率を見ていただきますと、農林水産業5.7%、宿泊業、飲食サービス業9.9%といった形で低くなっているという状況が見て取れるかと存じます。

9ページにお進みいただきまして、特定健診・保健指導の実施率の向上に向けた取組ということで、保険者の皆様にはナッジの手法を活用するなどして、受診勧奨等を行っていただいております。例えば、福井県高浜町では特定健診とがん検診、これを同時受診するというところで、オプトアウト方式でそうした受診を促すという工夫ですとか、あるいはソーシャルマーケティングの考え方を採用いた

しまして、これはがん検診の例ですが、がんに関心な層、あるいはがんが怖くて検診が不安な層、そうしたターゲットを念頭に置いたメッセージを出しながら、受診勧奨を進めているところです。

10 ページ、特定健診・保健指導にはどのような効果があるかということのエビデンスを積み重ねていく必要性があるということで、私ども大規模実証事業の中で、まず諸外国におけるエビデンスレビューを行っております。USPSTF(米国予防医学専門委員会)のエビデンスレビューを改めて確認し、一番下に、エビデンスレベル A(有益性が非常に高いことが確定的)、B(有益性が中程度が確定的)とございますが、ここに御覧いただきますように、いろいろな項目で GRADE A、GRADE B が付いている、こうした状況を確認しております。

その上で 11 ページ、我が国の特定保健指導の効果、これについて NDB データを用いて分析を行いました。ただ、比較し得る集団を比較しなければいけないということで、ここにおいては例えば腹囲 85cm など、その基準より少し高い群と低い群を取り出して介入、ここで言えば特定保健指導になりますが、そうしたものの有無がこの 2 群の唯一の違いと言える、そうしたような状況と仮定し、回帰不連続デザインを用いて推定をいたしております。

結果を御覧いただきますと、体重、HbA1c については統計学的に有意な減少が、一方で収縮期血圧、LDL コレステロールについては改善傾向を示しておりますが、有意差までは認められなかった、そうした結果が出ております。

もう 1 つ、私どもとして、特定保健指導のモデル実施というものを 2018 年度から実施をしております。特定保健指導、これは終了というものを支援の投入量、180 ポイントで判定をしておりますが、モデル実施においては支援の投入量を問わず、3 か月後において腹囲 2cm、体重 2kg 以上改善した、こうしたアウトカムに基づいて評価をするアプローチです。事業主、保険者の方には成果を出せる方法を自ら企画してやっていただくということで、下にご覧いただけますスポーツジムやアプリ、こうしたことを念頭に置いているわけです。

13 ページを御覧ください。こうした効果検証を行った結果、A と B、大きく 2 つの検証を行っております。A というのは今のモデル実施を行った前後での比較、B というのはモデル実施を行った中での比較ということです。14 ページ、モデル実施導入前後の比較で御覧いただきますと、翌年度の健診時にほとんどの検査項目で数値の改善傾向を認めた、そうしたことが出ております。15 ページ、モデル実施を行った中での比較ということです。モデル実施終了者については血圧、HbA1c 等の項目についても数値の改善傾向を認めており、体重管理を続けることが生活習慣病の改善に寄与し得る可能性、こうしたものが示唆されております。

もう 1 つ、医療費への影響です。これはなかなか様々な制約があって、非常に効果測定が難しいところですが、16 ページ、私どもとして、学識経験者からなる検討委員会にお諮りをしながら議論を頂いております。HbA1c が 5.6~6.5 の糖尿病予備群の 6 年後の実績医療費と期待医療費を比較する、そうしたアプローチで検討を行っております。

17 ページはその結果です。実績医療費と期待医療費の差というものをみます

と、保健指導未実施群では約マイナス1万4,840円、一方、保健指導実施群ではマイナス2万836円ということで、この両者の間に約6,000円の差があることが明らかになっております。こうしたことから、特定保健指導の対象者とする事、それから特定保健指導を実施すること、こうしたことが医療費を抑制する可能性が示唆されたというように思っております。なお、これについて、脱落する方が一定程度存在しますので、有識者の中でも引き続き精緻な検証が必要とされております。

18 ページ以降は特定健診・保健指導の見直しについて、昨年12月から検討会を行っているという状況です。19 ページを御覧いただきますと、見直しの方向性として、個人の受診者の行動変容につながり、成果が出たことを評価する方法として、アウトカム評価の導入、ICTを活用した取組、こうしたことを進めております。詳細については、また御質問を頂ければ、適宜御説明差し上げたいと存じますので、省略をさせていただきます。

最後、26 ページ以降ですが、こうした特定健診・保健指導の実施に対するインセンティブとなるように、後期高齢者支援金の加減算の制度の中で、特定健診・保健指導の実施率を加減算に反映する仕組み、また、その加算率を段階的に引き上げていけるような取組の中で取組をしているということ。26 ページ、27 ページ以降には詳細なその点数設定を書いております。

30 ページは、国保については保険者努力支援制度というもののの中で、同様に特定健診・保健指導の実施率を加味してやっているという全体像です。31 ページがその取組評価の内容です。そして、32 ページ以降に具体的な配点を書いておりますが、赤枠の所で、実際に実施率が低い所については、マイナスの配点をするといったことも含めて、インセンティブ付けをしているということです。

駆け足ですが、私からの説明は以上です。どうぞよろしく申し上げます。

○総括審議官

ありがとうございました。次に事務局、会計課から論点を説明いたします。

○事務局（会計課）

事務局より、本事業に係る論点を提示させていただきます。1 点目、特定健診・特定保健指導の実施による健康増進や医療費適性化といった事業効果を検証すべきではないか。2 点目、特定健診・特定保健指導の実施率向上に向けて、効果的な方策等を検討すべきではないか。3 点目、2024 年度から始まる第4期特定健診等実施計画の策定に向け、特定健康診査・特定保健指導の見直しについて検討すべきではないか。最後、4 点目、事業規模が適切かどうか検討すべきではないか。以上です。

○総括審議官

それでは、質疑応答に移ります。時間が限られておりますので、発言される方は挙手をお願いします。本日は現地で御参加の先生とオンラインで御参加の先生

とに分かれておりまして、こちらから指名して交通整理しますので、指名を受けられたら簡潔に御発言をお願いします。あと、先ほどの説明で、後ほどのやりとりの中でと申しておりましたが、担当部局から見直し案も示されておりますので、それらも念頭に御議論をお願いできればと思います。また、コメントシートについては、議論の状況を踏まえて、適宜御記入をお願いしたいと思います。この点については、議論開始一定時間経過後に、当方からも再度アナウンスさせていただきます。挙手のほうは、オンラインの先生方は挙手ボタン等も用いていただければと思います。もう既に鈴木先生から挙がっておりますので、鈴木先生、よろしくをお願いします。

○鈴木委員

ありがとうございます。私からは、2点質問させていただきます。まず1つ目は、先ほど、事業の評価という所の、医療費はどのぐらい削減できたのかという数字で、特定保健指導の場合には1人当たり6,000円ぐらい、期待医療費と実績の医療費が乖離するとか、少なくなる可能性があるようなことをお示しいただきました。事業の評価なので、特定健診をやるべきかとか、保健指導は良い事業かを評価するのではなく、これは行政レビューですので、掛けた公費に足るだけの効果がある事業なのかを評価すべきだと思います。出てきた結果は非常に重要なわけですが、保健指導を受けた人の医療費が6,000円減るという形でお示しいただいたのでは、事業の評価として難しいのですね。実際には毎年200億円以上の国費が掛かっているわけですので、それに対して、1人当たり6,000円、保健指導を受けた人が6,000円という数字が、トータルとして幾らぐらいの削減効果になっているのかが計算できると思いますが、それができているようでしたら教えていただきたい、というのが1点目です。

2点目が、この事業は強力なインセンティブ、特に後期高齢者の支援金に対して、特定健診とか保健指導の実施率が低いと支援金を加減算されるという、非常に大きいインセンティブが付いています。被用者保険に関しては、従来、ずっとそれをやっておりますが、国保に関しては途中で事業が変わりましたね。保険者努力支援制度に切り替わってしまったわけです。現実には、健保組合とかはかなり努力しているので、もっと努力すべきなのは国保だと思いますが、国保へのインセンティブが変わってしまっているということで、国保に対するインセンティブが後期支援金の加減算に比べて大きいのか小さいのか。つまり、インセンティブとして新しい制度に置き換わったのが小さくなってしまっただけでは、より国保の努力を促さないことになります。この新しい制度、18年から保険者努力支援制度となっていますが、これは従来の支援金の加減算よりも大きなインセンティブになっているのですか、それとも、小さいのですか。そこを知りたいので、お答えいただければと思います。以上です。

○総括審議官

ありがとうございます。それでは、2点頂きましたので、連携課長、国保課長、

よろしくお願ひいたします。

○保険局

医療介護連携政策課長です。1点目、御質問いただいた点です。医療費適正化効果、これは前提条件によって推計結果も異なるという、そうした前提の下ですが、この度、HbA1cの予備群の方に対して検証を行った結果、約6,000円ということが出てきたわけです。仮にこの結果、特定健診・保健指導の実施率の目標が達成された場合、それで1人当たり6,000円ということを用いて、機械的に掛け算をして推計すると、全体の医療費適正化効果が約200億円程度になります。2点目については、国民健康保険課長からお答えさせていただきます。

○保険局

国民健康保険課長です。今、御指摘のとおり、平成29年度以前は、地域保険である市町村国保と被用者保険を分けずに、インセンティブの中での加算・減算ということで仕組みがありました。当時、保険者による健診・保健指導等に関する検討会という所で、有識者の方に議論を頂きました。それぞれの集団の違いもありますので、国保については保険者努力支援制度の中で対応するという結論が出されたと承知しております。

先ほどの説明の中で、連携政策課長からも説明を頂きましたけれども、保険者努力支援制度の中では、平成30年度スタート時点では、取組が進んでいる所のプラス評価だけでスタートしましたが、令和2年度に考え方を大幅に見直して、令和2年度からは、取組が不十分と考えられる所についてはマイナスの評価という、非常に厳しい評価を、保険者努力支援制度の中でも限られた者にしか行っていないのですが、特定健診・特定保健指導についてはマイナス評価を導入する形で取り組んでおりまして、今、多くの自治体ではマイナス評価にならないようにということで、取組を進めていただいていると認識しております。委員御指摘の大きいかどうかという点に関しては、直接の答えはなかなか難しい状況です。

○総括審議官

それでは、回答させていただきましたので、鈴木先生から更なる御質問あるいは御意見があれば、よろしくお願ひします。

○鈴木委員

結構です。ありがとうございました。

○総括審議官

ほかの先生から御質問、御意見があれば、よろしくお願ひします。井出先生から挙手ボタンが挙がっておりますので、井出先生、よろしくお願ひします。

○井出委員

御説明ありがとうございました。よく分かりました。2点ほど質問させていただきます。そんなに難しい質問ではないです。1点目は、設定している目標率、70%、45%と、なかなか届かないわけですが、7割、4割5分の、このパーセントはもともと何の根拠があって設定されているのか。それから、次の段階に入る上で、どういう精査をしながら、また目標値を考えていかれるのかが1点です。

それから、前回、現地のヒアリングをして、この事業の成果とか御努力を、健保組合に真摯にやっていただいているなどというのがよく分かりました。その内容は、私なりにいろいろな判断があるのですが、今回、あの健保をヒアリングとして選定した理由のようなものをお聞かせいただければ有難いと思います。よろしくをお願いします。

○総括審議官

ありがとうございました。では、目標の根拠とヒアリング対象の選定理由について、保険局からよろしくをお願いします。

○保険局

医療介護連携政策課長です。御質問、どうもありがとうございます。特定健診・保健指導の実施率の目標については、平成18年、最初に制度を導入したとき、内臓脂肪症候群の有病者予備群を減らしていくという、大きな目標を立てる中で、そうした目標設定をさせていただいたと。それを第1期、第2期、第3期と、それぞれ期を替えるごとに検証を行いながら、そうした目標について御議論いただき、設定してきているという経緯があります。今、2024年度からの第4期に向けて、検討会で制度見直しを御議論いただいていますので、そうした中で、この実施率の目標についても御議論いただきたいと思います。

先ほど申し上げたとおり、70%、45%という目標にはなかなか厳しい状況ですが、毎年着実に伸びてきておりました。ただ、2020年度の数字は、コロナの影響でこうした形で少しマイナスの状況になっておりますが、引き続き実施率の向上に努めていきたいと考えています。

それから、実地ヒアリング、どうもありがとうございました。私どもとして、健保組合あるいは保険者において様々な取組を頂いておりますが、実施率あるいは取組といった観点で、非常に努力をされている所を選定して御紹介し、ヒアリングを頂いたと認識しています。よろしくをお願いします。

○総括審議官

井出先生、回答がありました。重ねての御質問や御意見、いかがですか。

○井出委員

いいえ。ございません。ありがとうございました。

○総括審議官

ありがとうございました。先ほど伊藤先生からお手が挙がっていたかと思いません。伊藤先生、よろしく申し上げます。

○伊藤委員

御説明、どうもありがとうございます。私は本日、行革側の委員としてこの席に座っている者ですが、実は本事業にも当事者として関わっていた時期がございます。2012年から2022年度まで、特定健診・特定保健指導による医療費適正化効果の分析に係るワーキンググループという長い名前のワーキンググループの中で、本事業における健診のデータを生かしたエビデンスの分析に携わっておりました。その点で、この事業の良い所も悪い所もある程度存じ上げているつもりです。前半はちょっと補足をして、後半に私なりの個人の意見ですが、提案を申し上げたいと思っております。

まず、現状の課題として、ナショナルレベルでいくと53.4%ということで約半数、これは徐々に増加しているものの、やはり実施率としては高止りというか、飽和状態であると認識しております。職域は非常に実施率が高いです。なぜかという、職域は別途、労働安全衛生法によって年1回の最低限の健診項目というのがありますので、それにアドオンする形で特定保健指導を実施することが比較的容易であると。一方で非職域に関しては、はがきとか通知を起こすところから始めなければならないと、ですので3割にとどまっていると。この8割と3割という壁がなかなか取っ払えないということが、制度の問題点としてあるかと思っております。地域保険者にとっては、そこに住民がずっといるわけではないと、つまり入退出もあるので、なかなか、いわゆるポピュレーションアプローチで住民全員の健康を守っていくということがどうしても難しいし、インセンティブが不十分であるということがあるかと思っております。

もう1つ、問題点でもあり、いい意味でもあると思うのですが、健診後、国が補助してデータを取るということは、ある意味、非常に画期的な試みで、今まで国民の健康に関するデータというのは、国民生活基礎調査のサンプル調査などはありません。つまり、医療にかかればその中でどういう病気にかかったかというデータは残りますが、医療以前の段階の、どれぐらいメタボ予備軍の状態にあるのかといったデータをナショナルレベルで蓄積するということは、世界に類を見ないというか、非常に画期的な試みであったという点で、データを蓄積しているという部分については評価しております。

ただ、一方でデータ蓄積には紆余曲折が実はあって、いわゆる健診のデータベースと医療費のデータベースをつなげて分析できることが、当初の制度としては予定されていたわけなのですが、この両者には共通のIDというものがありません。医療では保険者のIDを使って、健診では氏名、生年月日といった別の情報を使ってそれぞれを暗号化してしまったので、両者別々のシステムを使っているとつながらないという問題がありました。ですので、2008年から制度はスタートしたものの、いわゆる健診とレセプトのデータがつながって分析できるようになっ

たのは、ごく最近のことであったと認識しております。この辺りが政策の非常にもったいなかった部分、残念としか言いようがない部分であるものの、今後のエビデンスの蓄積を研究者の一人としては残していただきたいと思っております。

これは、事業としては 200 億円の事業なのですが、先ほども御説明があったように、背景に存在する制度がとても大きくて、1 つは保険者努力支援制度、これは職域の保健、これが 1,000 億円程度のかかなり大きな予算規模になっております。もう 1 つは、職域に対する後期高齢者医療制度支援金、これは職域全体で確か 6 兆円とか 7 兆円ぐらい拠出しなければいけないものを、保険者で分担するという負担金の加減算ですので、これに対するインセンティブ付けをうまくすると、いわゆる金銭的なインセンティブのために健康づくり、健診を頑張るということが非常に期待されるわけなのですが、よくできている保険者をすごく評価するということのもう 1 つの問題点は、全然できていない保険者に対して何の支援もないということになって、ペナルティ、インセンティブという設計としてはいいのだけれども、ナショナルレベルで健康づくりをしようとするときに、それでいいのかというような問題で、大胆なインセンティブ設計がこれまでできてこなかったと。

でも、もう 14 年たって、制度としてもかなり周知が進んできていますので、このインセンティブのひも付けというのをもっと徹底するべきではないかと。このように加減算を付ける、インセンティブを付けるということは十年来やってきたことであるので、いい加減、保険者側も危機意識を持ってほしいと。初めの段階でなかなか大胆な措置がとれなかったのは仕方ないにしても、今後はよりインセンティブ設計を強化すべきではないかと思っております。

最後に、一人の委員として改善点を挙げるとすると、エビデンスの蓄積という点では、ちょっともったいない部分があります。なぜかというと、40 歳から 74 歳の全ての国民を対象とすると。そして、健康意識の高い人が健診を受診して、更に保健指導を受けるといようなアプローチですので、受けた人と受けなかった人を比較したときに、指導があったかどうかではなくて、意識が高かったかどうかの違いでしようと言われてしまうわけです。つまり、実験ができないと。2 群にランダムに分けて、片方にはやってみる、片方にはやってみないというような実験設計がないと、アカデミックなレベルでのエビデンスにはなかなかないという現状があります。

ですので、例えばですが、国民を半分に分けるといのか、ランダムに分けて、片方の人にある年の保健指導・健診を実施して、それだと不公平になるというのであれば、2 年に 1 回で順繰りという形にして、毎年半数規模の方に実施すると同時に、実施していない人のデータも取っていくと。そうすると、対象者になって受けた人、受けなかった人、そもそも対象者にならなかった人という、私たちの分野で RCT と呼ばれるランダム化比較実験というような設計ができるので、そのような形で運用すれば予算的にも半分になりますし、RCT を国家レベルでできるという点でも、かなり画期的な制度になろうかと思っております。これは個人

の意見ではありますが、そのような改善の見直しは可能ではないかと。

まとめますと、これまで蓄積したデータはやはり生かしていくべきであるという一方で、非常に多くの制度が絡み、金銭的にもうまく使えば国民の健康づくりにもう少し寄与する部分が、なかなか大胆な手を打てていないと考えております。その点について見直しをすべきではないかと考えております。とても長くなってしまっただけで申し訳ありません。以上です。

○総括審議官

ありがとうございました。総括的な御意見に加えて、効果検証の具体的な点も含めて何点か頂きましたので、保険局からよろしく願いいたします。

○保険局

どうもありがとうございます。まず、冒頭に御指摘いただいた、やはり保険者といっても職域保険と地域保険で大きな違いがあつて、私も先ほど保険者と事業主の距離のようなイメージで申し上げましたが、そうしたところが特定健診・保健指導を進めていく上で課題になっていると、おっしゃるとおりだと思っております。

2点目に、データの関係の御指摘を頂戴いたしました。私どもは、ナショナルデータベース、NDB という中で、保険者から特定健診の結果と医療レセプトのデータを御登録いただいて、匿名化した形で保存しております。これを正に先生がおっしゃったとおり、ひも付けるということが一番重要なわけです。もちろん保険者を替わられる方がいろいろいらっしゃる中で、ひも付けとして直近の法改正では、最古の被保険者番号を使ってひも付けをするというのを導入して、ひも付けの精度としてはかなり上がってきているということです。今までレセプトデータが200億件を超えるデータ、特定健診のデータが3億件を超えるデータがありますので、こうしたものを是非有効に連結し、これを研究者の方を含め民間の方にきちんと御活用いただけるように、専門委員会での個別のきちんとした審査を経た上ではありますが、提供する仕組みもスタートさせておりますので、こうしたことにのっとなって対応していきたいと思っております。

もう1つ、特定健診の結果というのを個人がきちんと確認できるようにすると。今、オンライン資格確認システムの導入を進めておりますが、マイナンバーカードで医療機関を受診いただいたときに、そこで同意を頂ければ、医療機関・薬局で過去の特定健診結果、薬剤の情報を医療機関が見ることができるということです。こうしたことは、個人レベルで健診結果、マイナポータルで見られるだけでなく、それを適切に判断できる方、医師であったり薬剤師であったり、そうした方にお見せすることによって、より適切な医療を受けることができると、そうした方向にも活用していきたいと考えております。

最後に、特定健診・保健指導を、国民を半分に分けて、そうした中でいわゆるRCTのようなことをやると。これは、ちょっと私どもの立場で申し上げれば、壮大な社会実験のようなことにもなります。特定健診・保健指導自体は、やはり国

民の健康保持増進を図っていく中で、医療費の適正化も図っていこうという取組ですので、それをやる群とやらない群に分けるということが社会的に許容されるのかといったような論点もあるかと思しますので、慎重な検討が必要かと思します。私どもとしては、先生が正におっしゃったとおりの制約、どうしても健康意識の違いがある集団同士を比べているのではないか、その要素をなるべく排除するために、冒頭の御説明でも申し上げた回帰不連続デザインを用いた推計とか、あるいは今回の医療費の試算に当たっても、HbA1c の値によって糖尿病予備群と言える層、ある程度同じ塊の層を抽出して比較すると、そうした工夫をしているところですので、引き続きそうしたことで取り組んでいきたいと考えております。加減算等の話については、担当部局から御説明いたします。

○保険局

保険課です。伊藤先生から、今後より大胆なインセンティブのひも付けが必要ではないかという御指摘を頂きました。まず、これまで我々のやらせていただいていることを簡単に御説明させていただくと、先ほど冒頭の連携政策課長からの説明の中にもあったとおり、実施率の底上げを図るということを目的として、段階的な加算率の引上げ、それから加算対象範囲の拡大というものを行ってきています。より具体的に申し上げますと、加算・減算制度発足当初に関しては、加算率0.23%というところをスタートとして開始していますが、現行では法定上限の10%にまで加算率を引き上げています。加算対象範囲に関しても、例えばということで申し上げますと、単一健康保険組合に関しては、2023年度の制度で申し上げますと、全保険者目標の70%を特定健診に関する加算対象として、加算対象の範囲の拡大を段階的に行っているところなんです。こうした過去、今後予定している加算率の引上げ、加算対象の範囲の拡大、こういったものに対する効果も見ながら、2024年度からまた新しい制度になりますので、その次期制度の検討を今年度、行っていきたいと考えています。以上です。

○総括審議官

以上、伊藤先生からの具体的な御提案、また、全体のお考えについての回答がありました。先生から何か重ねてございますか。

○伊藤委員

御回答ありがとうございました。パーソナルレコードという形で個人が健診結果を見ることができるシステムは、大変重要だと思っております。現状では、一番古い被保険者番号を手掛かりにということなのですが、将来的には是非マイナンバーを導入されてはいかがかと。今まで起こっていた問題で、つまり、その方が例えば退職されたのか亡くなったのか、市町村で言えば亡くなったのか転出されたのかといった、保険者の異動に関する情報と健診の情報がリンクしていないとか、どうなったかというもとの情報が保険者側から頂けていないがゆえに、データがプツッと切れたときにその方はどうなったのだろうというような

ことが、今まで研究班でも特定できないという問題がありました。そういった問題があるので、やはり被保険者番号で何とかひも付けるとというのが、現状は一番の近道ではあるかもしれませんが、長期的な視野でもって1人1番号という制度をうまく活用して、データの蓄積を図っていただければと思います。以上です。

○総括審議官

今のマイナンバー活用の点について、保険局から何かコメントがあれば、よろしく願いいたします。

○保険局

先ほど申し上げたとおり、最古の被保険者番号でひも付けをするというのが、今の制度に基づいて最も精度が高くひも付けができる手段だと思っています。マイナンバーそのものを活用することになると、マイナンバー制度そのものの様々な議論がありますので、御指摘として受け止めたいと思います。

○総括審議官

伊藤先生、よろしいでしょうか。ありがとうございます。では、先ほどからお手を挙げていただいて申し訳ありません。お待たせいたしました。大屋先生、よろしく願いいたします。

○大屋委員

慶應義塾大学の大屋です。御説明ありがとうございます。私からは、コメント的な内容が主なのですが、大きく2点申し上げたいと思います。1つは、特定健診にせよ保健指導にせよ、医療費削減あるいは健康維持の効果というものは、第一義的には、保険者とか当事者にかなり利益が生じるようなものであると。そうすると、それを国費を投じて支援することの意義というものは当然問われるわけですが、ただ、この点については、一定の見通しというのが科学的に存在するわけですね。今回も文献レビューはやっていただいておりますが、やはり体重が多いとよくないであろうとか、いろいろなことが既に分かっている、その見通しで事業を始めると。ただ、それはあくまで見通しであって、日本人の場合はどうであるとか、特定の介入の仕方がいかどうかというのはまだ検証されていないという状態であるので、その限りにおいて、やはり国が、国自身の選択として事業を進めて、効果ははっきりとしてきたら、当事者が受益者なのだから、そちらがきちんと負担してやってくださいという形に持っていくというのは、非常に筋の通った在り方だと思います。

その観点からすると、始まってしばらくたって、データがそろってからということではあるかと思いますが、文献的な調査だけではなくて、この事業のこの介入の仕方において、どのような効果があるかということを検討していただいているというのは、非常に素晴らしいことだと思います。やるのが大変というのはよく分かるのですが、その中で今のところはっきりと効果が分かっていると、

あるいは、ある程度の影響の見通しが付いているという分野がまだ限られているところがあります。例えば、糖尿病の場合の検討しか十分にはできていないというようなことはありますので、こういった点については、先ほど伊藤先生から指摘があったようなデータ環境の整備というものを並行させながら、引き続き積極的に取り組んでいただければと思っているというのが第1点です。

第2点なのですが、見直しの方向性(案)などについても拝見いたしました。全く間違っていないとは思っています。特に、特定保健指導の実施率が低いというのが、継続的な御本人と保険者、実施機関とのコンタクトですよね、接触とか管理が行えるかという点に、かなり影響を受けているだろうと。これは、見直しの方向性(案)の中でも御指摘があるところですが、要するに、いわゆる職場を通じてつながっている場合であっても、テレワークなどが入ってくると、更に捕まえにくくなっていくだろうと。それを電子的に補う必要があるのではないかということが指摘されていて、大変ごもっともであると思います。ただ、今のところ、どうもそれが従来の保健指導の在り方を前提として、つまり、面談をして、本人が付けてきた記録をチェックして、ここはこうですよ、ああしたほうがいいですよということを指導するというのを電子化することにとどまっているのではないかという印象は受けました。

何を申し上げているかというと、当事者、御本人の継続的な努力とか、意識的なコミットメントが必要なプロセスのままで、それを電子化しようとしていると。悪いことでは全然ないのだけれども、それで十分な効果が期待できるだろうかと。特に、元から意識が高い人はいいのですが、そうではない層、大体そういう人だから健康上の問題を抱えるに至るわけですけれども、そういう方にその方法が届くかという点については、若干の懸念を覚えるということです。

個人的な経験をお話して大変申し訳ないのですが、私、コロナが始まった2020年からここ2年間で、大体15kgぐらい痩せました。なぜかということ、某社のスマートウォッチというのを使い始めたからというのが非常に大きいのです。私は割と健康に関する意識が低いほうなのですが、勝手に人の運動量とか推定される消費カロリー量とかを計算しやがりまして、それを可視化して送りつけてきやがると。こういうことをされると、いくら意識の低い私でも今週はさすがに運動しなすぎたのではないかとか、こんな状況では、コロナ禍が終わって授業が復活したときに生きていけないとか、いろいろなことを考えて、積極的に取り組んでしまったわけです。こういう形で、つまり本人の意識的な努力がなくても記録してしまう、あるいは、実施者側の意識的な関与がなくても分析を勝手に進めてしまうシステムというものの効果は、非常に重要であると思っております。

一部ではそういうことを書かれているのです。例えば歩数について、入力と同時に自動記録というのが書かれていると。スマートウォッチもそうですし、スマートフォンを使っていると歩数計のような振動計は大体内蔵しているので、情報が取れてしまうのです。そういうものを積極的に活用していくというのを、今後、有効な施策として是非、検討していただきたいなと思いました。私からは以上です。

○総括審議官

総論的な点と見直し案に係る点も含めて様々コメントを頂きました。保険局からお願いいたします。

○保険局

医療介護連携政策課長です。どうもありがとうございます。まず1点目です。私どもとしては、正に先生にもおまとめいただいたとおり、今の特定健診・保健指導の効果、健康上の指標あるいは医療費への影響ということについて、今あるデータの中でどういった検証が可能か試行錯誤し、学識の先生方にも御相談しながら進めているといった状況です。伊藤先生から御指摘のあったデータの環境の整備と併せて、引き続き取組を進めていきたいと思っております。

2点目です。時間の関係で説明を省略させていただきましたが、特定保健指導については、加入者の行動変容が起これば、成果が出たことを評価すると、そうした方向で見直しを行っていきたくと考えております。そうした意味において、いわゆる形だけ面談をしたということではなくて、きちんと結果が出たということにより重きを置いて評価していくと。そうした意味で、体重や腹囲が2cm、2kg減少したと。これであれば、支援の投入量は問いませんし、仮に2cm、2kgに行かなくても、例えば1cm、1kgとか、そうした体重、腹囲だけではなくて禁煙が達成できたとか、あるいは食生活について行動変容が起きたとか、そうしたアウトカムを含めて総合的に評価すると。そうした方向で検討していきたくと考えております。

先生がおっしゃられたとおり、捕まえるということが非常に重要でして、ちょっと言い方はあれですが、私どもは初回面接の分割実施という、ややテクニカルな用語で恐縮ですけれども、特定保健指導の初回の面接というのは、特定健診の結果が正式に出てからでないとならば対象者が確定できないという意味において、少し間が開いてしまいます。ただ、それこそ特定健診の当日に、健診の速報の結果を見て、この人は対象だなという方が分かるものですから、そうした方については、初回面接の一部分をそこでやってしまうと。一番健康への意識が高まる時というのは、そうした健診を受けた正に当日にデータを見たときですから、そのときに捕まえて、目標を立てていただくと。そうしたことも含めて対応していきたくと思っておりますし、先生がおっしゃられたアプリの有効活用とか、面談についてもICTを活用した遠隔面談、こうした新しいものも取り入れながら、より効果的にアウトカムベースでやっていけるように、引き続き見直しに取り組んでいきたいと考えております。

○総括審議官

大屋先生、何か追加でありますか。

○大屋委員

いいえ、これで結構です。ありがとうございました。

○総括審議官

ありがとうございます。御議論の途中ですが、コメントシートの記入をまだ進めていらっしゃる先生におかれては、適宜、記入を進めていただくようお願いいたします。記入が終わりましたら、事務局から事前にお伝えしているメールアドレス宛てに送付をお願いいたします。また、やり方等について何かありましたら、個別に事務局に御照会いただければと存じます。

お待たせいたしました。滝澤先生、よろしくをお願いいたします。

○滝澤委員

御説明ありがとうございました。私からは、繰り返しになりますが、効果検証について、今一度その重要性について確認したいと思います。今回の特定健診・保健指導を行うことで生活習慣病の予防が促進されたのか、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だと思います。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というのは、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基に行う必要があるかだと思います。1点お伺いしたいのは、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と思いますが、こちらにいらっしゃる先生方も御研究はあられるかと思うのです。今回、説明資料の中に入れていなかったのですが、複数の研究成果というのは既に把握されて、参照されているのかということが1点です。また、鈴木先生がおっしゃったこととも関係しますが、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りますので、費用対効果も検証すべきではないかと思いました。

もう一点だけお話をさせていただくと、仮に健康あるいは医療費適正化に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、例えば性別とか、非正規かどうかとか、そういう差があるとの分析結果があります。その解消のための工夫というのは行われているのかどうか。以上、2点です。聞き逃した所もあるかと思うのですが、この2点についてお伺いできればと思います。以上です。

○総括審議官

では、過去の研究の参照、費用対効果、地域差、性別、個人差などに照らした支援等について、回答をよろしくをお願いいたします。

○保険局

医療介護連携政策課長です。まず、自国データでという御指摘を頂戴いたしました。諸外国のエビデンスレビュー、USPSTF という所が、そうした意味において一番エビデンスをきちんと整理されて、蓄積されているということで、ここからスタートしております。私どもは、この大規模実証事業の中で、我が国の国内のデータも含めて、特定健診・保健指導にかかわらず、こうした予防・健康づく

りに関する介入というものがどうした成果をもたらしているのかは、国内で様々な研究があります。そうしたものを整理して、リスト化するといった作業を今、大規模実証事業という中で並行して進めておりますので、そうした取組を通じて、エビデンスに基づいた予防・健康づくりという取組を引き続き進めていきたいと考えております。

実施率については、今回、保険者種別別とか、あるいは地域別、業態別の数値をお示しさせていただきました。様々な先生から御指摘があったとおり、特に保険者というのが一様ではない中で、事業主との結び付きの強さなども影響しながら、そうした違いに結び付いてきているところもあります。これは、各保険者において、特定健診・保健指導に限らず、ほかにも実施いただいている様々な保健事業がありますので、そうしたものでいかに加入者の方、必要な方にアウトリーチしていくかということで、様々な御工夫を頂いています。そうしたものに対して、先ほどもちょっと御説明させていただいたナッジを活用した方法とか、そうした取組のヒント、アイディアのようなものを、好事例を収集して横展開させていただきながら推進しているといった状況です。ある意味1つの解がある世界ではありませんので、保険者ごとにどういう層に届いていないのか、そういう層に対して情報を届け、注意喚起するにはどうしたらいいのかということをお工夫いただいていると。それに対して、私どもは必要な支援を行っている、という状況です。

○総括審議官

回答がございましたが、滝澤先生、いかがでしょうか。

○滝澤委員

ありがとうございます。結構です。

○総括審議官

どうもありがとうございました。何人かの先生からは、既にメールでコメントシートを提出いただいておりますが、未提出の先生方におかれましては、引き続き事務局への送付をよろしくお願いいたします。では、栗原先生からお手が挙がりました。栗原先生、よろしくお願いいたします。

○栗原委員

既にいろいろな委員から質問や御意見があり、重なるところがありますが、何点かコメントしたいと思えます。1つ目は、この事業の効果です。今までも皆さんからあった効果検証について、特に費用対効果というところでは、そもそもこの事業は健診と保健指導の両方がある、実際、より保健指導の方の実施率が低いですし、保健指導に係る費用に対しての効果検証が難しくもあり、また、その優劣というか、そのやり方によって実は効果が大きく違ってくるのではないのでしょうか。そここのところがまだはっきりしていないし、保険者の方々も、どうい

う介入、どういう指導の仕方をするのが効果を発揮できるのかについてのリソース投入やエビデンスが、まだまだ不足しているのではないかと思います。そうした点から、費用対効果というときに、健診と保険指導は場合によっては分けていただいて、かつ、保健指導について、どういうやり方が効果が高いのかをお示しいただき、保険者の方々に取り組みやすい環境を是非つくっていただきたい。これが1点目です。

2点目に、仮に効果があるとして、では、実施率をどう上げていけばよいかですが、まずは目標値についてです。これは先ほど井出委員からも、目標値は見直さないのですかということがありました。2023年の目標値には、少なくとも保健指導は到底至らないのではないかと思いますし、関連する施策として加減算制度の水準を見ても、これとは大分乖離した、むしろ現実的な水準が設定されていますので、これを達成していくことがインセンティブなりペナルティになっていくという数字と、本事業で目標としている数値、国が掲げている目標数値というところに大分乖離がありますので、もう少し目標値の見直しを考えていただいたほうがよいのではないかと思います。

その際、1つの目標値ではなく、場合によってはもう少しきめ細かい実施率の目標値を設定してもいいのではないかと。これは保険者の分類毎であったり、今回、資料にはないのですが、被扶養者の実施率が低いというお話も聞きました。そうであれば、例えば健保組合・共済の保険者機能総合評価制度でもそうですが、被扶養者の実施率を別にして、被扶養者に対しての配点を上げていますので、そのような形がいいのではないかとということも含めて、もう少しきめ細かい実施率を御検討いただければと思います。

3点目に、実施のアウトカムに対して、どういう補助をすべきかです。今、市町村健保については、一律国が3分の1、都道府県3分の1、保険者の方が3分の1ということですが、ここは場合によっては、より加速したい所、あるいはもともと高いので、これ以上やりようがないという所もあるかもしれませんので、一定のレベル感にある所、あるいは仮に低くても、そこの改善が大きいような所に対して、実施率の水準、改善度に応じて補助の仕方を変えることで加速する方策もあるのではないかと思いますので、その点も検討ポイントかと思っています。

4点目が、企業については、比較的健診の実施率は高いのですが、保健指導の実施率になると必ずしも高くはないかと思っています。企業については、健康経営を進めていて、これは大企業だけではなくて、中小企業も健康経営の意識の高まりを、健康経営会議等が主導して、健康経営優良法人というものも設定などしてやっています。この中にも健診とか保健指導の取組について聞く項目もありますので、是非そういうこととより連携して、企業への促進を進めていただきたいと思います。健康経営の仕組みとより連携していただく余地がないか、探っていただきたいという点です。私からは以上です。

○総括審議官

ありがとうございました。では、効果検証に当たって健診と保健指導の扱いや

目標値の在り方、改善度に応じた補助の在り方、それから健康経営との関係等について、コメントいただきましたので、保険局からよろしく申し上げます。

○保険局

医療介護連携政策課長です。どうもありがとうございます。まず1点目で、保健指導のやり方とか、そうしたことも含めて効果検証の中でという御指摘を頂戴いたしました。保健指導の内容に着目する必要は、私どももそう思っており、すみません、今日は説明を省略させていただきましたが、資料の22ページにおいて、特定保健指導の内容、プロセスの見える化を推進していきたいと考えております。

具体的には、どういった指導内容を行ったのか、あるいは、その指導によって、対象者にどういう行動変容が起こったのか、そうしたものの情報を収集して、見える化を推進する。また、こうした情報を分析することによって、エビデンスが構築され、結果として、より質の高い保健指導という形で個人に還元していくこととなりますので、是非こうした方向で見直しを進めたいということで、今、御議論いただいております。

ただ、一方で、どうしても情報を収集することと現場負担というのは裏腹の関係にありますので、現場負担も考慮した形で、こうした情報を見える化し、収集できるように議論しております。そうしたものを分析していくことで、また、保健指導のやり方によってどういう効果があるのかといった分析もできるかと思えます。現時点では、冒頭に御紹介しました、モデル実施ということでアウトカムベースの取組をしたものとそうでないもの、そこもある意味保健指導のやり方の違いによる分析ですが、そうしたことをより一層進めていくという意味において、こうした見える化を推進していきたいと考えております。

それから、実施率の目標値、実態と大分乖離があるという状況、これは御指摘のとおりかと存じます。実施率を第4期に向けてどうしていくか、あるいは加減算、あるいは保険者努力支援制度の中でどうしていくか。これは、また制度の見直しの議論の中で検討を進めていきたいと考えております。

御指摘を頂いた市町村国保の3分の1の負担ということですが、これは法律上3分の1の負担規定となっております。ある意味、実施に要する費用については、国が3分の1負担すると、法律上の義務としてそうなっておりますので、インセンティブという意味においては、保険者努力支援制度の中で、今、加算あるいは配点としてマイナスになることも含めて、実施率のインセンティブを掛けるようにしておりますので、そうした形で受止めをしていくことになるのではないかととらまえております。

企業、健保組合とか、そうした所で保健指導の実施率が必ずしも高くないといったことです。これは私どもとしても、コラボヘルスの推進ということで、事業主と保険者が連携して対応してほしいということを言っておりますし、そうした中で御指摘のとおり、経済産業省さんともよく連携しながらやっております。健康経営優良法人の仕組みにおいても、私どもが目指している政策の方向、それを

私どもは保険者に対するインセンティブ評価の中で、よりそこに推進していく方向でやっていますし、経産省さんのほうは、事業主の観点から見たそうした仕組みの中で、同じ方向で、どういうインセンティブ付け評価ができるのかを検討しておりますので、これは引き続き連携をしながらやっていきたいと考えております。以上です。

○総括審議官

ありがとうございました。栗原委員、重ねて何かありますか。よろしいでしょうか。それでは、おおむね時間も迫っているのですが、ここまでの議論について、更に何か重ねての御質問、御意見のある先生。では、鈴木先生からお手が挙がっております。よろしくをお願いします。

○鈴木委員

意見ですので、お答えいただく必要はないのですが、2点あります。1つは、実施のインセンティブということで、いろいろ工夫をして、いろいろ変えてもきているということなのですが、これの評価はやるべきだと思います。どういうインセンティブを掛けたら、どう実施率が上がったかと。それで、上げるためには何をしたらいいのかということは、やはりエビデンス・ベースドでそういうものも進めるべきだと思います。そちらの評価、費用対効果のほうはある程度やっているとはよく分かったのですが、そちらのほうの評価もきちんとすべきです。どうしても市町村などは非常に政治的に圧力を掛けてくる部分があると思いますが、そういうものに対抗するためにも、エビデンスとしてこういうことがあるということをするのは強力な対抗措置になりますので、それはやるべきだと思います。

もう1つはそもそも論なので、これも意見ですが、やはり大屋先生が先ほど言ったことに重ねるわけですが、この事業はそもそもということを考えると、受益者は誰かということ、第1に保険者であり、本人なわけですから。なので、それは国費を、これだけの金額を掛けるというのは余り正当化することが難しいという状況で、全く掛けないというわけではなくて、スタートアップでは重要だということも、そのとおりです。あとは、調査とか広報とか評価とか、そういうものについて国がやるのは、ある程度意義はあると。あとはデータの整理とか、そういうのはやるべきだと思うのです。補助として200億円というのが、未来永劫これが続くというのは、やはり違和感を感じるということです。

最終的には、テイクオフというか、自立してその事業が行われるために、これは受益を得る人たちが負担するのが、筋としては正しいと思います。先ほど効果があるという評価をお示しいただきました。目標が70%に達すると200億円という数字が出ましたが、ということになりますと、国費で200億円補助して、なおかつ効果で200億円補助しているわけなので、400億円を補助することになるので、それが正当化し得るのかどうかは、かなり難しいと思います。将来的な計画で結構だと思うのですが、将来的には、これは国費をどんどん減じていって、事業として自立してもらうことを見通して、計画してゆくべきだと私は思います。

以上です。

○総括審議官

御意見ということでしたが、特に保険局からはよろしいでしょうか。では、御意見として承るということです。どうもありがとうございました。また、先生方の御協力により、現在、全ての先生方からコメントシートを御提出いただきました。少しとりまとめ作業に時間を頂ければと思います。今、とりまとめ委員と御相談申し上げているところですので、しばしお待ちいただければと存じます。恐縮です。

(とりまとめ中)

○総括審議官

時間となりましたので、とりまとめ役の栗原委員から、評価結果の案ととりまとめコメントの案の発表をお願いします。栗原委員、恐縮ですが、よろしく願います。

○栗原委員

お時間頂きました。それでは、集計結果を発表します。事業全体の抜本的改善 2 名、事業内容の一部改善 4 名となりました。各委員からは様々な意見を頂きました。一部ですが、コメントを御紹介させていただきます。

- ・実施を促すには、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。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つくるべき。
- ・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、着実に歩みを進めるべきである。
- ・大規模な投資投入に対して、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と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を見直し、関連制度との機動的な連動が必要である。
- ・政策評価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既に推進されており、これを根拠とした実施方法の改善が進められている。
- ・医療費の適正化が図られている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基に行う必要がある。

このようなコメントがありました。

それでは、私から、評価結果案及びとりまとめのコメント案を提示させていた

できます。ただいまの評価結果から、当該事業の評価結果としては、事業内容の一部改善とさせていただきたいと思えます。とりまとめコメント案です。

- ・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この状況を踏まえて、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、これまでに以上に保険者や地域別・産業別ごとにきめ細かく検証すべきである。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、医療費の削減は重要であるが、それだけではなく、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・ひも付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、それらの取組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。

このようにさせていただきました。

○総括審議官

ありがとうございました。ただいま栗原委員より、事業内容の一部改善という評価結果案と、また、先生方の御意見を踏まえた詳細なコメント案についての御説明がありました。この点について、御意見はありますか。鈴木先生からお手が挙がっています。鈴木先生、よろしくお願いします。

○鈴木委員

私は聞き逃したのかもしれないのですが、先ほど特定健診の加算・減算について、何か工夫を行うべきであるということをおっしゃったと思うのですが、加算・減算のインセンティブ以外に、国保については保険者努力支援制度があります。そこも加えていただくと、より総合的だと思いますので、よろしくお願いします。

○栗原委員

分かりました。コメント案として提示させていただいたのは、おっしゃるとおり加算・減算制度ですが、それ以外の関連する制度として、おっしゃっていた保険者努力支援制度、こういったものについても、効果検証を行った上でということで、追加をさせていただきたいと思えます。よろしいでしょうか。

○総括審議官

よろしいでしょうか。先生方、皆さんうなずいていらっしゃいますので、そういったことで進めさせていただきたいと思います。公表に当たっての具体的な記載ぶり等については、とりまとめ委員と事務局のほうに御一任いただくということで、よろしいでしょうか。ありがとうございました。朝から大変長時間にわたり、どうもありがとうございました。それでは、1 つ目のレビューとなる本事業に関しては、これをもって終了とさせていただきたいと思います。