

## 令和6年度厚生労働省行政事業レビュー(公開プロセス)

議 題：後期高齢者医療制度事業費補助金（健康診査事業）

開催日時：令和6年6月17日(月)11:10～12:04

開催場所：中央合同庁舎第5号館 専用第14会議室

出席者：石田委員、大屋委員、島田委員、高久委員、寺田委員、中益委員、松村委員  
(五十音順)

### ○総括審議官(行政改革推進室長)

それでは、時間となりましたので、2つ目の事業であります「後期高齢者医療制度事業費補助金(健康診査事業)」を始めます。まず、担当部局から5分以内で簡潔に説明をお願いいたします。

### ○保険局

保険局高齢者医療課長の安中です。よろしくお願いいたします。それでは、資料の1ページを御覧いただければと思います。75歳以上の後期高齢者の健診事業について御説明いたします。まず、事業の対象者、目的です。資料にあるとおり、長期入院者などを除く全ての方を対象に、生活習慣病や認知症などの予防、重症化予防、また心身機能の低下、いわゆるフレイル状態の防止により、高齢者ができる限り長く自立した生活を送ることを目指しております。また同時に、生活習慣病等の重症化予防などを通じて、医療費の適正化にも資することを目指しているものです。

2ページです。保健事業の流れについては、2ページの図のとおり、健診が起点となりまして、健康上のリスクに応じて保健事業を実施しております。まず、健診を受けた方については、健診結果や医療データを基に対象者を抽出し、疾病リスクの高い方には保健指導を、リスクが低い方にはポピュレーションアプローチとして、「通いの場」などで健康教育や健康相談などを実施しております。

一方、健診の未受診者については、図の中に青い四角枠が3つありますが、①として、健診の受診勧奨を行うこと、②として、治療を受けている場合は医療情報を活用し、医療機関と連携して保健指導を行うこと、③として、健診も医療も受けていない、いわゆる健康状態不明者については、保健師による訪問や電話等により健康状態を確認し、必要に応じて保健指導やポピュレーションアプローチを展開することとしております。このように、健診は受けた方だけではなくて、受けなかった方のスクリーニングにも活用されております。

次のページです。健診を入口とした保健事業の考え方について御説明いたします。まず、右端に死亡や要介護という結果があって、これにつながる要因として、その1つ左側に多剤服薬や人工透析、脳血管疾患などの循環器疾患、認知症、骨折などがあ

ります。これらの要因を防ぐことが、最終的に健康状態の改善や高額な医療費、介護費の抑制につながるものと考えております。このような因果関係を逆にたどると、左から順にですが、健康診査により、糖尿病などの生活習慣病のリスクを評価し、そして糖尿病性腎症の悪化や低栄養、フレイルを回避する、こうした流れを進めていくことが重要だと考えております。

4 ページです。まず、その一例として、糖尿病から来る腎疾患の現状について御説明いたします。慢性透析患者は約 35 万人いらっしゃいまして、人工透析に要する費用は 1 人月額約 40 万円、年間約 500 万円程度と言われております。新たに人工透析が必要となる患者は年間約 4 万人であり、そのうち約 4 割は糖尿病性腎症が原因と言われております。したがって、糖尿病の重症化予防は医療費適正化の観点からも重要なものと考えております。右側にグラフがありますが、ハイリスク者への介入により、検査値の改善が期待されるとともに、透析の開始年齢を遅らせることが可能といった指摘もあります。

そこで 5 ページですけれども、厚生労働省では日本医師会、日本糖尿病対策推進会議と共同で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定しております。例えば右下に図がありますが、健診で把握した検査値を組み合わせ、実施すべき受診勧奨や保健指導の強さを分類し、色の濃いグループには、より強い介入を行うよう求めているところです。また、自治体の現場に向けて、実践例を集めた事業実施の手引も同時に提供し、標準的な内容で取り組みやすいようにということで配慮をしております。

6 ページです。このほか、高齢者の保健事業については、これまでも様々な研究事業やモデル事業が実施されております。検査値の悪化や医療費の伸びが抑制されるなどの一定の成果が見られているところではありますが、対象者数や評価期間の短さ、評価指標の標準化がされていないなどの課題も見られているところです。このため、中段に記載しておりますが、抽出基準や介入手法、評価指標の標準化に取り組んでまいりました。今年度から始まった第 3 期データヘルス計画においては、これらの標準化が整ったことから、今後、標準化を踏まえた保健事業の成果を比較検証していく予定としております。

7 ページです。今回のテーマである健診についても、その受診率について今回の標準化で定義を統一しております。今回、目標値を設定するに当たっては、後期高齢者は医療機関を定期的に受診する方が多く、かかりつけ医を持つ方も多いこと、現在の健診受診率などを考慮し、保険者インセンティブ制度で 30%以上を目標としております。

8、9 ページは、今回の行政事業レビューにおける論点についてです。8 ページですが、健康増進や医療費適正化といった事業効果の検証、事業規模の検討が挙げられております。これまでは対象者の抽出基準や評価指標などが自治体間で標準化されておらず、単一市町村での小規模な検証にとどまっておりました。そこで、見直しの方向

性ですが、今年度から始まるデータヘルス計画において、これらの標準化が進んだことから、現在、研究班において効果検証に向けた取組を始めているところです。今後、まずは先行して標準化が進んでいる地域を対象に、国保データベースシステム、医療や健診データを活用し、アウトカム、アウトプットについて、広域連合単位での比較分析や時系列分析を行っていく考えであります。

9 ページですけれども、論点の 2 つ目として、健診受診率向上に向けた要因分析、効果的な方策の検討が挙げられております。健診受診率は自治体によってばらつきがあります。各広域連合で要因分析を行い、受診率向上に取り組んできたところですが、定義が統一されていなかったために、相互の比較分析が難しい現状にありました。今年度からは定義が統一されたことを踏まえて、地域を超えて健診受診率の分析、効果的な方策の検討を行うとともに、保険者インセンティブの指標に 30%以上という目標を追加して、受診率の底上げを図ることとしております。

10 ページ以降は参考資料ですが、1 点のみ、22 ページですけれども、先ほど申しました研究班について資料を掲載させております。令和 7 年度までの 3 年間で効果検証のための研究班が動いており、保健事業の検証と科学的エビデンスの構築にも取り組んでいるところです。その成果も踏まえて、今後データヘルス計画の中間評価や、保健事業の改善につなげていく考えであります。説明は以上です。

#### ○総括審議官(行政改革推進室長)

ありがとうございました。それでは、質疑応答に移ります。先ほどと同様に進めたいと思いますので、発言される委員の方の挙手をお願いいたします。なお、コメントシートにつきましては、議論の状況も踏まえまして、適宜記入いただければ幸いです。では、高久委員、お願いいたします。

#### ○高久委員

受診率を引き上げることが大事だということは、もちろんのことではございますけれども、事前に勉強、現地視察に行った際に気付いたことではありますけれども、各地域が様々な形で受診率の引上げの取組を行っていたりするわけなのですが、こういう方法は効果がありそうだといったような、現場レベルの意見と感想にとどまっているような印象をととも持ちまして、受診率の引上げが目的なのであれば、どういうことをやったら本当に受診率が上がるのかというのを、各自治体レベルだけではなくて、もっと広域に、自治体間の比較ができるようなことを、行政がリーダーシップを取って、しっかりデータを集めたりとか、本当にどういう方法が有効なのか研究者に研究してもらったりとか、そうした取組が必要なのかなと思ったのですけれども、今現在、恐らくやられていないのではないかと思うのですが、その辺りの受診率を引き上げる有効な取組に関する研究や効果の検証というのは、厚労省のほうではどれぐらい進め

られているのでしょうか。

#### ○保険局

御質問ありがとうございます。今、御指摘がございました受診率の各広域連合間の差につきましては、国保から後期高齢者医療制度に移行する方が多い中で、国保の特定健診の受診率が高い地域においては、後期高齢者になっても比較的受診率が高い傾向にあるということですか、あるいは地域によって健診実施機関へのアクセスの容易さや、医療機関の受診状況によって差があるといったことが関係あるということと考えてはございます。

ただ、御指摘のとおり、これまで受診率の定義が各広域連合間で統一されていなかったということもございまして、連合間のこの比較分析というのが、なかなかできない、難しい状況でございました。今年度からは受診率の定義が統一されましたので、今後、各広域連合間の比較による要因分析、それからそれに伴って、どのような対策が効果的なのかといったところを、より広域で深めていきたいというように考えております。

#### ○高久委員

御説明ありがとうございます。ここ最近になって受診率の定義が決まったということなので、まだ研究が進んでいないのはしょうがないことだと感じております。ただ、受診率の定義に関しましても、他国を見ますと、例えばリスクが少ない場合には、健診は5年ごとでいいのではないかと、3年ごとでいいのではないかと、リスクに応じて、毎年受けるのではなくて、3年や5年という長いスパンで受診率を把握しているような国もたくさんある。むしろ、それが主流なのではないのかというように思っているところです。

なので、健診受診率を年度の受診率ということで目標設定しますと、毎年毎年ある種、過剰に健診を受けている人たちの行動で受診率が上がったように見えてしまって、本当に医学的に必要な、3年間1回も来ませんでしたというような方々をピックアップする指標になっていないのかなというように思います。健診の受診率がやっと定義できたというのは重要な1歩だと思いますので、もう少し広げて、様々なデータを見て、過去3年や過去5年に1回も受診していない、それとも受診しているのか、そういったような国際標準に耐え得るような指標の設定というのを更に心掛けていただきたいかと思うのですけれども、そうした方向性について、どう思うように考えられるか教えていただければと思います。

#### ○保険局

御指摘ありがとうございます。今、この健診事業については、未受診者についても、

健康状態不明者対策に使っているというように申し上げました。ここで言う健康状態不明者というのは、2年間健診を受けていない方で、かつ医療データもない方ということでやっております、必ずしも毎年毎年の健診を受けていないことだけをもって次なる対策につなげているわけではないということではございます。

ただ、高齢者につきましては個人差が大きいものですので、必ずしも年齢や何かで一律に切っていくというのは、なかなか現状では難しい、エビデンスが蓄積されていないと考えております。そこで今回、受診率の定義も統一されましたので、今後の研究の中において、そのようなエビデンスの蓄積とともに、より効率的な、効果的な健診の在り方、受診率目標の設定の在り方というのを考えてまいりたいと思っております。

○高久委員

ありがとうございました。

○総括審議官(行政改革推進室長)

いかがでしょうか。石田委員、お願いします。

○石田委員

すみません、素朴な質問で恐縮なのですが、そもそもこの健診事業を推進して受診率を上げることが、健康寿命の延伸や医療費の削減に結び付いているところのエビデンスみたいなのはきちんと取れているという理解でよろしいのでしょうか。

○保険局

先ほど資料の中でも御説明いたしましたけれども、この事業を開始するに当たっての先行研究の中で、保健事業全体を捉えたときに、幾つか健診をきっかけとして効果が出ている、あるいは例えば糖尿病性腎症の重症化予防のプログラムを実施していくことで、一定の効果が見られるといったようなことはございますけれども、いかんせん、まだなかなか取組、あるいは抽出基準や評価指標の標準化が進んでいなかった現状においては、そこまで大規模なエビデンスというのは集まっていないのが実際でございます。

今後は、今、動かしている研究班を中心としまして、その辺りの評価分析を進めていきたいと考えているところです。

○石田委員

ありがとうございます。健診を受けさせることが目的ではないと思いますので、そ

ういう意味では、早めに病気の予備群みたいなのを自分で理解をして、その後の行動変容に結び付けて健康な生活を送っていただくというところが最後、ゴールだとすると、恐らく健診だけ受けさせれば、行動変容になるだろうというところには、かなりまた研究がたくさんあって、そこまで引くくめたところで目標を立てることになると思うのですが、その辺り、全体像というのはどうなっているのか教えていただけますでしょうか。

#### ○保険局

今回の目標としまして、まずアウトプットとしては、健診受診率が各広域連合で30%以上ということで考えておりますけれども、その後、短期的なアウトカムとしては、例えば健康状態不明者の割合を下げていくということ、そして最終的には健康寿命を延ばすことに貢献していくというようなストーリーで考えてございます。

特に今、おっしゃったように、もともと健康意識の高い方というのは、御自分でどんどん健康状態を良くしていくような行動を取っていただけると思うのですが、やはり我々は健康状態不明者の対策というのが非常に重要だと考えております。そこは、健診を受けただけではなくて、受けていない方についても、こちらから積極的にアプローチをし、ハイリスクの方には保健指導につなげていくといった取組が必要ではないかと考えているところでございます。

#### ○石田委員

ありがとうございます。それについて、全国一律に30%という目標を立てることの合理性、既にもうこれを超えている東京都などはもっと、8、9割でしたか、かなり高い受診率、もちろんその計算のロジック、計算をどうするかということによってということもあると思うのですが、全国一律で30%、あるいは30%という目標がなぜ適切な目標値になるのかというところが、すみません、事前の勉強会だと、まずクリアできそうなところが30%だみたいなニュアンスのお話も伺ったような気もしていたので、その30%の合理性についてということをお教えいただけますでしょうか。

#### ○保険局

先ほど資料の中でも少し触れさせていただきましたけれども、後期高齢者の場合、医療機関の受診回数が比較的多いということがございます。例えば後期高齢者の約4割の方は医療機関を毎月受診しているということでもあります。ただ、これはどういった疾患で医療機関にかかっておられるのかは分からないということで、必ずしも内科的なものだけではないと思っておりますので、それをもって一律に計算式で何か目標値が定められるものではないと思っております。ただ1つ、こうした方については、一定程度、医療機関で健康状態を把握されているであろうという推測が成り立つ

だろうと考えております。また、かかりつけ医を持っているという方も 8 割程度、アンケートなどでは答えがなされているという、そうした現状と、あとは足元の健診受診率の現状というのも踏まえて、この 30%という目標を設定しているところでございます。

最終的にどのぐらいの健診受診率を目指していくのかというのは、先ほど高久先生のほうからも御指摘ございましたけれども、もう少し研究成果を踏まえて、より効率的、効果的な健診受診率の在り方といったことを考えていきたいと思っているところでございます。

○総括審議官(行政改革推進室長)

いかがでしょうか。中益先生、お願いします。

○中益委員

今の御質問の点に関連しまして、本年度、2024 年度の長期的アウトカムでしたか、この成果指標には健康寿命の延伸を入れられるものと承知いたしました。ただし、疑問がございますのは、後期高齢者の下限年齢は原則として 75 歳なわけですけれども、健康寿命は現在のところ、男性で 75 歳、女性で 77、78 歳ということですので、ほとんど差がないかと思えます。このことからしますと、健康寿命の問題はその前の年齢のアプローチに関わるものではないかという印象も持ちますが、いかがでございましょうか。

○保険局

後期高齢者における健康状態というのは、御指摘のとおり、後期高齢者になってから急に始めても、そこまで効果が出るのかという問題がございますし、国保と後期高齢者医療制度、それから介護予防ということも重要でございますので、介護保険のほうと、正に一体的に予防健康づくりを進めていくということを、この令和 2 年から取り組み始めております。

コロナ禍ではございましたけれども、着実に取組を進めてまいりまして、今年度中にはほぼ全ての市町村で取組は実施される見通しとなっております。参考資料の 18、19 ページのほうにも記載しておりますけれども、この一体的実施の中で、例えば 19 ページですが、この調査時点では約 1,400 の市町村が実施をしておりますけれども、その中で個別のハイリスクアプローチやポピュレーションアプローチについて、19 ページ記載のとおり、様々な自治体で取組が進められているところでございます。

ようやくこうした形で裾野が広まってまいりましたので、今後は更に質を高めていくべく取組を進めていきたいと考えているところでございます。

○中益委員

ありがとうございます。承知いたしました。とはいえ、活動目標は健診受診であり、これの対象者は75歳以上ということで、よろしいでしょうか。

○保険局

今回、この議題に挙がっていますのは後期高齢者の健診事業ということで、正にこれを入口としまして、受診している方、受診していない方、それぞれに対して、先ほど申しましたようなフロー図でアプローチをしていきます。その際、保健指導等の実施に当たりましては、介護との連携、あるいは国保との接続、こうしたところを意識しながら取組を進めるということを従来からやっております、この中で健診事業を基点とした予防健康づくり、これを進めていきたいという考えであります。

○中益委員

分かりました。ありがとうございます。今のお考えは大体承知いたしました。他方で、健診の効果を測る研究が進んでいるということですが、健診自体の効果と、その後の介入と申しますか、対面型の相談の効果をどう考えるかというところは、現在はっきりしておりますでしょうか。

つまり、資料で、たしか神奈川県の場合だと思いますが、基本的には介入の効果が示されていたように思います。けれども、視察に参りましても、そもそも健診で介入の対象となる方々のうち反応ある方が少数であるということと、また、人的リソースの問題もあり、相談員の数も少数にとどまるということでしたので、このような直接的な効果は被保険者全体の感じからしますと、どうしても限定的にとどまるのではないかという印象を持ったのですけれども、この点はいかがでしょう。

○保険局

保健指導のほうはハイリスク者の方を中心に実施しております。事前に現地視察に行ってくださいました日野市のほうでは、少し当日、説明資料の数字に誤りがあったようございまして、実際には10%程度の方が応募されているということですが、全国的に見ますと、もう少し高い、例えば3割程度の参加率であるところや、あるいは自治体によってはもっと高いということがございます。そうした中で、来られる方に対する保健指導だけでなく、先ほど申しましたように、訪問ですとか、電話等によりまして健康状態を把握して指導につなげていくといった取組を進めております。

この辺りも、どのようなアプローチの仕方が最も効果的なのかというところは、今後、研究の中で、標準化されたプログラムの中でエビデンスを蓄積していきたいというように考えております。

○中益委員

ありがとうございました。

○総括審議官(行政改革推進室長)

松村委員、ちょっとお待ちいただいてもよろしいですか。島田委員から質問を預かっていますので、先に御紹介させていただきます。

島田委員からの御質問ですが、健診の受診率のターゲットが30%以上というのは低いようにも感じますが、その理由に、対象者の皆さんが地元やかかりつけの医療機関を定期的に受診していることが主な理由になるのではないかと思います。医療機関からの医療データの共有に関して、現時点でどのようなことが課題、解決すべきポイントとされているのでしょうか、ということをお島田委員から御質問で預かっています。この点についてお願いします。

○保険局

御指摘ありがとうございます。先ほどのフロー図の中にも記載していますが、医療データがある方については、医療機関から、いわゆる健診項目に相当するようなデータを頂きまして、みなし健診という形で受診率の中にも組み込んでいって、それを以後の健康相談、保健指導にいかしていくという取組を始めたところです。この取組に当たりましては、現役世代の特定健診における様々な優良事例も参考に、各広域連合に取組をお願いしているところですが、実際にはそれぞれの地域において、医療機関等との調整の中でこうした取組が進んでいくということで、まだ取組が緒についたばかりですので、現時点でそれほど多くの事例があるわけではありませんが、こうしたものを先行事例の研究などを通じて、どうした取組がより効率的にこうした情報を集めることができるのかということも明らかにしていきたいと考えているところです。

これについては、今回インセンティブ指標の中の医療機関との連携によるみなし健診というところについても考慮するような形で改正を行ったところです。以上です。

○総括審議官(行政改革推進室長)

島田委員、今、一旦お答えがありました。追加で御質問等々ありましたら、またテキストで結構ですので、お寄せいただければ幸いです。どうぞよろしく願いいたします。では、お待たせしました、松村委員、お願いいたします。

○松村委員

すみません、もともと聞こうとしていたことの前に、今の島田委員のコメントはもっともだと思った。この健康診断を受診はしていないのだけれども、医療機関にかかっている必要データは集まっている人がいれば、それはそれで問題ないのはよく分

かるのですが、もしそうだとすれば、それも含めた目標を本来は挙げるべきなのではないか。先ほどからの回答で、不明者というものの率もこれから考えていくというようなことなので、それについてはかなりカバーがされているとは思いますが、医療機関を受診していても、全ての人が血液検査を受けているとかということは多分ないと思いますので、その点も含めた目標値を再考する余地があるのではないかと思います。

それで、もともと聞きたかったことなのですが、現場でお話を伺ったときに、健康診断はいわば制度が切り替わった最初のときに受診していただけると、その後に継続的に関心を持っていただけることがあると思うので、特定の年齢を主なターゲットとして重点的にやっているとお話を伺って、なるほどと思ったのですが、これはまず厚労省の感じとしては、ある意味でとてもよい発想だと感じたのか、その年齢層に着目するということだけでは不十分だったのかというようなこと、もし前者だとすると、全体の受診率もそうなのですが、その年齢の受診率のようなものを目標に挙げて、同じような行動を促すことはできないのかと思いました。

次に、健康診断を受診するという事はもちろん重要なことなのですが、受診してグレーゾーンだといろいろな活動で促していくということがあると思うのですが、もっとひどい数字が出てくるということもあり得るわけですね。それは当然、再検査、あるいは受診とかをしなくてはいけないのですが、それはきちんとやられた比率がどれくらいあるかということは把握可能なのでしょうか。あるいは、そういうことも目標にあげることはとても難しいのでしょうか。つまり、健診は受けたのだけれども、ひどい状況になっているのにもかかわらず何もしないというのであれば、受けた意味がない。この事業と直接関係のないことを言って申し訳ないのですけれども、例えば大腸がんの検査などでは、受けない人がかなりの程度いることが知られている。この事業でもそういうことはないのか、もし分かっていたら教えていただけないでしょうか。

#### ○保険局

御指摘ありがとうございます。まず、最初のみなし健診のお話がありましたが、今回の受診率の目標、各広域連合 30%という中には、のみなし健診で把握したのも分子として入れるということで整理をしています。御指摘のとおり、医療機関にかかっているか、どのような診療科にかかっているのか、あるいは血液検査も必要な項目を全部網羅されているのかということがありますので、場合によっては追加の検査もしながらになりますが、そうした形で医療機関から頂いて、きちんとデータがそろっているものについては、受診率の中にカウントしていくという考えで進めています。

それから、いわゆる国保から 75 歳になって後期高齢者医療制度に加入してきたときに、健診の案内を送ることで、特に誕生日前後で送ることで非常に効果的だという

ことが、現地視察の中でも指摘がありました。私どももこれは有意義な取組だと思っています。これまでも、私ども広域連合に対して好事例ということで提供しているものの中には、そうした送付時期の工夫によるもののほかに、例えば広報媒体を多様化させるもの、バスの車内広告、新聞広告や通いの場でのPR、それから健診内容の魅力を高めるということで、他の健診とセットで行うですとか、土日や夜間、集団健診といった形で受診しやすいような方策を作るといこと、あるいは受付のほうでも利便性を高めるなどの様々な好事例を紹介していきまして、送付時期を工夫するということも重要な取組だと考えています。

その上で、特定の年齢層について目標を立てることはということなのですが、私どもとしては、まずは後期高齢者に広く健診の機会を提供させていただきということと、それから同時に、やはり特に受けていただきたい方にしっかりと受けてほしいということを考えていきまして、例えばですが、参考資料の25ページにありますけれども、これは今回、改定しました保険者インセンティブの評価指標ですが、この中の④の75歳から84歳の受診率について、前年と比べて伸びているかどうかといった項目を入れています。③が全体の受診率の上昇ですが、④は一定の年齢層に特にターゲットを絞っていきまして、これが上がっていると加点されるというような仕組みにしています。なかなか今、エビデンスベースでどういった方に特に効果があるのかというところがまだ十分に蓄積できていないと申し上げましたが、さはさりながら、年齢が上がれば上がるほど、入院医療の率も上がりますし、医療機関にかかっている割合も上がりますので、そういう意味では、後期高齢者になりたてのこの年代層にしっかりとアプローチしていくということが、この健診事業においては重要なのだろうと考えており、こうした補足的な指標というものも設定しているところです。

それから、保健指導の成果ということですが、これは大規模なものは今後の検証を待たなければならないところではあります。もちろん健康診断の中で、検査数値が悪ければ個別のハイリスクアプローチということで、保健指導が入ります。先ほど申しましたような糖尿病性腎症の重症化予防プログラムに基づいた介入などを行っていくこととなります。これらはハイリスク者の減少ということで、評価指標にもアウトカム指標として入れていきまして、これらを把握していくことで、そうした保健指導の効果ということも分析していきたいと考えています。以上です。

○総括審議官(行政改革推進室長)

では、大屋先生、お願いします。

○大屋委員

御説明いろいろとありがとうございました。一般的、理論的には、この事業は効果あるだろうとももちろん思うわけですが、EBPMの観点からすると、投入した金額に対し

てどのくらいの効果があったのかということが、やはり問題になってくるだろうと。その面から見たときに、1つ目の話ですが、現状で短期アウトカムと長期アウトカムの間にかなりの飛躍があるように思われます。要するに健康状態不明者を減らして、特に介入が必要そうな人を掴む、高リスク群を捕まえて、そこに介入を掛けるというポピュレーションアプローチが非常に正しいと思うのですが、日野市で伺ったときにそんなにすごい高率に反応してくれるわけではないという問題があって、その介入が成功しないとなかなか長期アウトカムにはつながらないというところがあるわけです。おっしゃったとおり、その辺りの指標も統一されて、これから検証が行えるようになるということですので、ここに期待させていただきたいと思いますが、やはりここはちょっとロジックをもうちょっと埋めたほうがよろしいのではないかというのが1点です。

もう1つは、指標を全体的に広域連合数にしていらっしゃるのですが、人口と高齢者比率に多少ずれがあるので一概には言えないと思いますが、数百万人の後期高齢者がいる都道府県もあれば、人口がそもそも50万ぐらいの都道府県もあるわけで、同じようにそれを1つと数えてよいかという点は問題になってくるだろうと。もちろん、厚労省さんの観点からすると、全国で大きなばらつきがあるのは望ましくないわけで、どんな都道府県でも例えば最低20%はいつてほしいということは当然あるだろうと思うのですが、他方で、やはり国民全体の健康状態に対するインパクトという観点で見た場合には、人口の多い都道府県できっちりやっていただくことが非常に重要であるわけです。そういう面で見ると、全体に対する受診率というものを指標としてきちんと評価すべきではないかと思いました。この2点になります。

○総括審議官(行政改革推進室長)

お願いします。

○保険局

御指摘ありがとうございます。まず、投入した金額に対する効果というところですが、なかなか効果を金額で評価するというのは難しいところで、我々も今、悩んでいるところですが、そうした御指摘を踏まえて、今後我々は考えていきたいと思ひますし、長期アウトカムと短期アウトカムに、これは特に時間的な乖離がということだと思ひますが、その辺りもよく考えていきたいと思ひます。

それから、広域連合数を目標値にしていますが、御指摘のとおり、やはりばらつきが大きいということと、それぞれ規模感も違ひますので、同じようなアプローチをしてもどうなのだろうかということがあります。そこで、広域連合単位にしていますが、例えば東京のように非常に受診率が高い所については更に上げていくということもインセンティブ指標の中で別に立てています。伸びている所は更に伸びていただくと。

そして、我々としては、やはり全国的な底上げが大事だと思いますので、まずは 30% を目指していただくということを各広域連合にお願いしているというところがございます。その先に、全体の受診率をいかに上げるべきかというのは、こういったターゲットに特に重点的に取り組むべきかという論点も含めて、今後の検討課題かと理解しています。以上です。

○総括審議官(行政改革推進室長)

委員の先生方、コメントシートの記載をお願いいたします。50 分ぐらいを 1 つの目安に置いて作業いただくと大変助かります。では、寺田委員、お願いいたします。

○寺田委員

こちらの資料、事業概要見直し案、資料 2-2 の 20 ページに、医療費削減効果ということが神奈川県で出てくるのですが、これは全国的に、例えば医療費削減効果というのは検討されているのか、ほかの事例はどうかというところを少し教えていただけますか。

○保険局

参考資料の 20 ページ、これは神奈川県の大和市の取組ということで、糖尿病性腎症の重症化予防に取り組んだ結果、平均 16% の医療費削減効果があったというものです。対象者 147 名のうち 90 名に訪問指導を行ったということで、この中には後期高齢者が 77 人含まれていたという数字になっています。確かに成果は出ています。ただ、こういった方を対象にするかという抽出基準、あるいはその評価の指標、こういったものが大和市独自のものになってしまっていて、ほかとの比較、あるいは大規模なデータを集めての検証ということがなかなか難しいというところです。

このような先行した事例というのは、それぞれの自治体で取り組まれています。特に糖尿病などは人工透析による医療費が、先ほど申しましたように 1 人年間 500 万円と高いということもありまして、取組が進んでいるところではありますが、いかんせん、それぞれ独自の抽出基準や評価指標でやっているものですから、全国的なデータとしての分析がなかなか難しいという課題があります。今回、我々のほうでデータヘルス計画の中で標準化の取組を進めましたので、今後その中で集まってくるデータをもって解析をしていきたいと考えているところです。

○寺田委員

ありがとうございます。

○総括審議官(行政改革推進室長)

ほかにはいかがでしょうか。高久委員、お願いいたします。

#### ○高久委員

健診の定義も決まって、これから定義自体も再考されるのだと思うのですが、やはり多くの委員の先生方がおっしゃっている適切な効果検証ということは非常に重要なのだらうと、これからデータも、データヘルス計画等を通じて整備されるということですので、厚生労働省は EBPM の先端を切っている省庁だと思いますので、大いに期待したいところだと思います。

資料の 8 ページなのですが、具体的な検証方法として KDB の活用により影響を見える化して、広域連合単位の比較分析や時系列分析などの対応を行うと書いてあります。検証を行っていただけるのは本当に有り難く、結果を楽しみにしたいと思いますが、やはり健診に関しては国際的にもかなり質の高いエビデンスが既にあるというところですので、これから時間を掛けてエビデンスをそろえて、広域連合単位の比較分析や時系列分析を出しましたといったときに、それが世の中にどれほど信頼性のある、説得力のあるエビデンスとして捉えられるかというのは、かなり危ういのではないかなと、思っているところですし、もしも可能なのであれば、やはりある種のランダム化を入れたような検証ということを、本格的に予算を取って、32 億円の 1%でも効果検証にしっかり当てるということをやっていただいて、もう少し本格的な解析に踏み出していただけるようなことが必要なのではないのかなと。取りわけ健診というのは、ほかの取組と比較しても、エビデンスベースで進めやすい分野だと思いますので、こうした時系列分析やエビデンスレベルの低い解析を出すというよりも、もちろん可能なのであれば、先ほども言いましたが、ある種のランダム化を入れたような本格的な解析というものを、産学官でそれこそ連携をして進めていただくと有り難いかなと、思っています。コメントで恐縮ですが、発言させていただきました。

#### ○総括審議官(行政改革推進室長)

もしコメントがありましたらお願いします。

#### ○保険局

御指摘ありがとうございます。ランダム化ということで、その辺りについては研究班の先生方ともよく御相談させていただきながら、どのようなことが可能かということを進めていきたいと思っています。国際的な先進事例もあるということで、我々もいろいろと文献を当たって参考にしていますが、やはり後期高齢者というところに特に焦点を当てたような研究というものは、まだまだ蓄積がこれからなのだろうと聞いていますので、その辺りについてどうしたことができるかしっかり考えていきたいと思っています。御指摘ありがとうございました。

○総括審議官(行政改革推進室長)

いかがでしょうか。石田委員、お願いいたします。

○石田委員

すみません。今回、100億の予算規模で保険者のほうにインセンティブをやろうということなのですが、受診率が上がらない理由と、ここで与えているインセンティブとがマッチしているかどうかというのは、どういうふうに検討されて、ここをアプローチしたら受診率が上がるというエビデンスなどは何か収集されていらっしゃるのでしょうか。

○保険局

最初のほうの質疑でもありましたが、どのような取組をすれば受診率が上がるのかというのは、小規模な実例ということでの取組にとどまっていまして、やはり健診受診率が統一されて、今後、より大規模に分析していきたいと思っています。ただ、個別の事例を見ていきますと、例えば同じ県内でも標準的にやるべきようなものもできていない自治体というものも正直あります。これは、やはり予算の限りがあったり、マンパワーの限りがあって、どうしても現役世代のほうを中心に事業を進めているようなことも散見されるところです。そうしたことに対して、少なくともほかの自治体でこういうふうに取り組んでいるのでしっかり取り組んでいただきたいと、それについてはインセンティブによって財政的支援を講じますということは、取組を底上げしていく上での重要なメッセージではないかと考えています。

○石田委員

ありがとうございます。インセンティブというのは、やって30%だから、ある程度目標達成したらお金を上げるのではなくて、どういう取組をしようというところが、そこが明確になったらその予算を上げますというインセンティブという理解でいいのでしょうか。

○保険局

インセンティブ指標は様々なものがありまして、そうしたプロセスを評価するものもあれば、それによって受診率がどれくらい上がったかという成果を評価するものもあります。それは組合せの中で実施しております。例えばですが、25ページに参考資料がありますが、この令和7年度分という所を御覧いただきますと、②として広域連合の関与により健診受診率向上のための取組を実施した市町村数が8割を超えているかといったようなことがあります。これらなどは、やるということによって評価を

しているもので、その結果、受診率が上がった場合には、③のほうでも評価するというところでやっています。ですので、取組が不十分な所については、広域連合で市町村間の横並びを見ながら指導し、受診率向上に取り組んでいただくということのインセンティブを設けているということです。

#### ○石田委員

ありがとうございます。鶏と卵のような気がして、予算をあげるからやりなさいという話と上がったからあげますというのだと、やはりやる側としての活動というのは、やってからでないとお金が来ないのだったらできないという話になってしまうというのは工夫が必要かなと思ったのと、あと、聞けば聞くほど、やはり一律 30%ということではなくて、各地域で何割の人に対してアプローチすべきなのかと、例えば 75 歳を過ぎても働いている人が多いので、まだそちらでやるから、こっちの後期高齢者のほうの事業では要らないとか、うちの町ではこのくらいの人たちにアプローチをして受けてもらうべきなのだという目標に対して向かっていくというような、もう少し個別な目標設定でもいいのかなと思いました。

もう 1 点だけ、歯科健診が全然出てこなかったのも、恐らく歯科のほうの受診率についても、例えば町ごとに歯の疾患が多いとか、フレイルが多いとか、お医者さんが少ないとか、個別具体的な事情があると思うのです。そういうことに対して、何か歯科受診率を上げていくというような工夫はどういうふうに促進していく仕組みなのか。

#### ○保険局

まず全体のほうを簡単に御説明しますと、それぞれデータヘルス計画というのは保険者において設定するものですので、各広域連合において市町村とやり取りをしながら目標を決めていきます。したがって、それぞれの自治体においては、各地域の健診受診率の現状を踏まえた目標が設定されていくということになります。ただ、国レベルで目標を作ってやっていく、インセンティブをしていくという際には、やはりこれは保険者に対するインセンティブですので、広域連合単位で見てどうかということで、目標を設定し、30%という底上げのための水準と、それから対前年度で広域連合ごとに見たときに、どれだけ上げられたかというところを評価するという、2 段階での評価とさせていただきます。働いている方も含めて 75 歳に入りますと、全員が後期高齢者医療制度に入ってきます。もちろん、そういった中で住民の健康状態は違ってきますので、その辺りは各市町村レベル、あるいは広域レベルでの計画の中で考慮していくということになろうかと思っています。

その上で、歯科については取組が始まってまだ日が浅いということもありまして、実際に歯科健診に取り組んでいる市町村数自体がまだまだ少ないという現状にありま

す。そういう意味では、通常の健診事業に比べて、取組がまだ始まったばかりということですので、まずは実施している自治体数を増やすというところからスタートをし、裾野が広がってくれば、今後は受診率といったところにも着目して上げていく必要があるかなと思っています。

いずれにしても、健診も歯科健診のほうも、コロナ禍で少しペースダウンしたところがありますので、まずはコロナ前の水準を超えていくということが全体としては必要なのではないかと考えているところです。以上です。

○総括審議官(行政改革推進室長)

島田委員から質問をお預かりしていますので御紹介をさせていただきます。現在、32億5,000万円の予算が付いているということですが、これは増える予定なのかどうか。かかるお金が健診受診者と単価によるものだとするならば、受診率が増えると予算が増えるという、こういう形になります。一方で、その受診率が上がることで健康な人が増えて、増えるということになれば、国全体の医療費については低くなるという効果も想定はされるということになります。この2つの関係をどう考えるのか、というのが、島田委員からの御質問です。よろしくお願いします。

○保険局

健診の単価については、一定の単価を設定してやっています。また、後期高齢者は確実に増えている状況ですので、そういう意味では健診の対象者というのは、基準が変わらなければ増えていくということになるかと思えます。ただ、一方で、国の財政も余裕がないということもありまして、3分の1の補助ということをやっていますが、実際はなかなか厳しいところがあります。その辺りは、今回のテーマになっていますような効果検証ということをしっかし行って行って、どういったことに取り組むことが医療費適正化の面でもメリットがあるのかというのをできるだけ解析していきたいと思えますので、そうしたエビデンスも含めて、予算の在り方、事業規模ということは考えていきたいと思っています。足下においては、一定の健診単価と後期高齢者の被保険者数、こういったものを勘案しながら予算をセットしているということです。

○総括審議官(行政改革推進室長)

島田委員、いかがでしょうか。どうもありがとうございます。すみません、こちらでの御紹介になりまして恐縮です。ほかにはいかがでしょうか。では、先生方からの御質問は引き続きお待ちをすることにさせていただきますが、コメントシートも頂いていますので、これからとりまとめの作業に入りたいと思います。しばらくお待ちください。

(とりまとめコメント案作成中)

○総括審議官(行政改革推進室長)

それでは、大屋委員、お願いいたします。

○大屋委員

それでは、とりまとめコメントの案を紹介させていただきます。

本事業は、後期高齢者の健康診査を起点とし、健康上のリスクがある被保険者を保健指導につなげるものであり、生活習慣病の早期発見等により、後期高齢者の疾病の重症化を防ぎ、介護予防にもつながることから、健康寿命の延伸と医療費の適正化に資する取組と考えられる。

一方で、本事業に費やした国費に見合う効果が出ているのかという点では、好事例が示されているものの、十分な検証がなされているとは言えない。

本事業による医療・介護費用の削減効果について、現在行われている高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に係る研究の成果も踏まえ、一層の検証を進めるべきである。

また、今期のデータヘルス計画において標準化される評価指標に基づく保健事業と医療費等の分析やランダム化した介入実験による効果検証を行い、適正な事業規模についても検討を行うべきである。

健康診査事業の実施率については、かかりつけ医から健診を勧める仕組み等により歯科を含めた向上に取り組むべきであるが、こういった水準で目標設定をするかについては、長期アウトカムとしている「健康寿命の延伸」達成にどう寄与するのかといった観点等も踏まえ、十分な検討が必要である。

また、広域連合ごとの対象者数にも大きな差異があるため、広域連合数ではなく対象者全体に対する人数などを指標とするべきではないか。

あわせて、毎年受診率に加えて補完指標として、例えば、受診率の観測期間を複数(例えば3年または5年)計算するなどセレクションバイアスに留意した評価指標の設定についても考えられるのではないか。

また、健康診査事業の実施状況を保険者インセンティブの評価指標として導入することについて、医療費削減や重症化予防に繋がっていくのか、その意義や効果について検証が必要である。

さらに、健康診査の実施率は広域連合間でばらつきが見られる状況であることから、有効な受診勧奨はどのようなものかといった効果検証を行い、効果的な方策の検討や好事例の横展開を行うべきである。

以上です。

○総括審議官(行政改革推進室長)

ありがとうございます。ただいまのコメント案について、御意見がありましたらお願いいたします。よろしいですか。

(各委員了承)

○総括審議官(行政改革推進室長)

ありがとうございました。それでは、ただいま大屋委員から御紹介がありましたコメント案で御了解ということにさせていただきます。公表に当たっての具体的な記載ぶりについては、御一任いただければと存じます。以上をもちまして、本事業の行政事業レビューは終了とします。

それでは、ここで外部有識者の交替と昼休憩を合わせまして、約 1 時間の休憩をさせていただきます。再開は 13 時からとさせていただきます、どうぞよろしくお願いいたします。午前中の御審査、どうもありがとうございました。

(休憩)