

報道関係者 各位

平成 24 年 7 月 13 日

【照会先】

保険局総務課医療費適正化対策推進室

室 長 鈴木 建一(内線 3176)

主 査 柿澤 満絵 (3179)

(代表電話) 03(5253)1111

(直通電話) 03(3594)2164

今後の特定健康診査・特定保健指導の在り方について  
～「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」とりまとめ～

厚生労働省では、平成 23 年 4 月から「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」(座長：多田羅浩三 (財)日本公衆衛生協会 理事)を開催し、25 年度から 29 年度までの特定健康診査・特定保健指導の在り方等について、計 10 回に渡って議論いただきました。今般、その結果のとりまとめを行いましたので公表します。

【とりまとめの主な内容】

- 腹囲基準について：腹囲を特定保健指導対象者選定の第一基準とすることの適否については、別途、科学的な見地からの検討を待った上で、改めて検討することとし、第二期特定健診等実施計画の期間においては、現行の特定保健指導対象者選定の基準を維持する。
- 第二期特定健診等実施計画期間（平成 25～29 年度）における目標について：特定健康診査実施率 70%、特定保健指導実施率 45%を全国目標とし、保険者種類別特定健康診査の実施率の目標は、市町村国保 60%、国保組合 70%、全国健康保険協会（含む船員保険）65%、単一健保 90%、総合健保（含む日本私立学校振興・共済事業団）85%、共済組合 90%とする。
- 後期高齢者支援金の加算・減算制度について：加算の対象となる保険者は、特定健康診査又は特定保健指導の実施率が実質的に 0%の保険者とし、加算率は 0.23%とする。

**第二期特定健康診査等実施計画期間に向けての  
特定健診・保健指導の実施について  
(とりまとめ)**

平成 24 年 7 月 13 日

保険者による健診・保健指導等に関する検討会

**I はじめに**

- 糖尿病等の生活習慣病は自覚症状が無く進行し、現在の我が国における死亡や要介護状態となること等の主な原因の一つともなっている。健康で長生きをすることは万人の願いであり、国民の健康に関する情報や知識への関心は高いが、健診受診率等の現状は十分なものとは言えない。このため確実に健診を受診することで自らの健康状態を把握し、生活習慣の改善を図ることで、生活習慣病を予防する取組みを進め、「健診なくして健康長寿なし」との考え方の下、国民一人一人が主体的に健診を受けることが極めて重要である。
  
- 平成 18 年の医療制度改革において、医療保険者にその実施を義務付ける特定健診・保健指導の仕組みが導入され、20 年度以降実施されてきた。この特定健診・保健指導は、内臓脂肪型肥満に着目した健診・保健指導を行うことにその特色がある。これは、内臓脂肪の蓄積が生活習慣病の発症に大きく関与していることが、近年、明らかとなっていることから、内臓脂肪を蓄積している者に対して運動や食事等の生活習慣の改善を促し、内臓脂肪を減少させることにより、生活習慣病の予防を行うことができるという考えに基づくものである。
  
- 現在、制度施行から 4 年が経過したところであるが、特定健診、特定保健指導の実施率は、それぞれ 43.3%、13.7%（22 年度速報値）と、それぞれの目標である 70%、45%とは相当の開きがある状況にある。

生活習慣病の予防を進めるためには、国民運動としての健康づくりの気運の高まりや、特定健診・保健指導の実施率の向上が必要であり、保険者による取組の今後の在り方を議論するために 23 年 4 月に本検討会を立ち上げた。本検討会では、これまでの保険者の実施面における課題等を整理した上で、25 年度から 29 年度までの第二期の特定健診等実施計画の期間での在り方等について 10 回に渡って議論したところであり、その結果を、ここにとりまとめる。

## Ⅱ 今後の基本的な方向性

- 保険者による健診・保健指導について、第二期特定健診等実施計画の期間においては、こうした特定健診・保健指導の枠組みを維持し、国及び保険者において、その実施率向上に向け、取り組むこととする。また、今後もエビデンス（科学的根拠。以下同じ）を蓄積し、効果の検証に取り組むとともに、国において、必要に応じ、運用の改善や制度的な見直しの検討を行う。

## Ⅲ 第二期特定健診等実施計画の期間における具体的な実施のあり方

### 1. 特定健診・保健指導の枠組みについて

#### ①腹囲基準について

- 本検討会においては、現行では特定保健指導の対象となっていない非肥満者について、保健指導等の何らかの対応が必要との意見があった。一方で、法的な義務を負った事業として内臓脂肪型肥満への対策を考えると、特定保健指導対象者選定の第一基準である腹囲は堅持していくべき、といった意見や、自ら測ることができる腹囲基準は国民運動としての観点からも重要、といった意見もあった。
- また、科学的な見地からの検討を行った「健診・保健指導の在り方に関する検討会」においても、腹囲基準を含めた現行制度の在り方について議論するためには、まずはエビデンスの蓄積等を行うこととされた。
- こうしたことから、腹囲を、特定保健指導対象者選定の第一基準とすることの適否については、別途、科学的な見地からの検討を待った上で、改めて検討することとし、第二期特定健診等実施計画の期間においては、保険者による特定健診・保健指導としては、生活習慣病の要因としての内臓脂肪型肥満に着目した現行の特定保健指導対象者選定の基準を維持することとする。

#### ②特定保健指導非対象者への対応

- 非肥満でリスク（血圧、血糖及び脂質が基準値を超えていること並びに喫煙歴があることを指す。以下同じ）がある者については、その態様に応じて保健指導を行う必要性や特に非肥満で受診勧奨判定値以上の者に適切に健診結果の情報提供を行うことの重要性をしっかりと意識するべき、といった意見があった。一方で、保険者の事業として行う場合には、保健指導の定型化されたプログラムの策定が必要との意見もあった。

- 保険者の取組みとしては、腹囲を基準としたリスクのある者への対応が重要であるが、一方で、特定保健指導対象とならないがリスクのある者への対応の必要性も認められるところである。こうした者への対応は、特定保健指導とはしないものの、保健指導の標準的な方法や医療機関への受診勧奨などの望ましい措置について記載される見込みである「標準的な健診・保健指導プログラム」（以下「標準プログラム」という。）の内容について関係者への周知に努めることとする。

### ③健診項目について

- CKD（慢性腎臓病）の病期の状況把握といった医学的な見地からなされた検討の結果は、血清クレアチニン検査を、健診項目として追加することが望ましいとの内容であったが、保険者の事業としての観点からは、内臓脂肪型肥満との関連性や特定保健指導による改善可能性、事業主健診に盛り込まれるか否か、といった点が課題として提示された。
- これらを踏まえ、血清クレアチニン検査の有用性については、「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」（以下「手引き」という。）等で周知を図るとともに、特定健診の項目に加えるか否かについては、上記の課題への対応状況を踏まえ、将来、第三期特定健診等実施計画の計画期間の初年度である平成 30 年度に向けて、関係者との調整を行い、特定健診受診の翌年に必要に応じて受診する特定健診の詳細健診の項目とすることも含め、改めて検討する。

## 2. 第二期特定健診等実施計画期間における目標について

- 平成 25 年度から 29 年度までの第二期特定健診等実施計画の期間においては、引き続き特定健診・保健指導について、24 年度までの目標であった特定健診実施率 70%、特定保健指導実施率 45%の目標を維持し、その達成に努めることとする。
- 平成 27 年度までにメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数を 20 年度対比で 25%減少させるとの目標については、従来から政府の方針であることも踏まえ、29 年度までの次期目標としても、同様の 25%減少を掲げることとする。ただし、これまでの実績から、個々の保険者単位で見た場合に、被保険者の構成の変化等によって、特定健診・保健指導の実施率が高い保険者においても特定健診・保健指導の取組みへの努力が必ずしも減少率に反映されていない場合が散見されたことから、個々の保険者の目標とはせず、保険者が自らの特定保健指導の効果を個別に検証するための指標として推奨する。

なお、この目標については、従来、保険者の努力によって減少を図った部分を目

標とすることが妥当、との考え方から、特定保健指導対象者の減少率としていたが、今後は、保険者個々の目標とはしないことを踏まえ、いわゆる内科系8学会の策定した基準であるメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を目標とする。

- 保険者種別毎の目標については、上記の特定健診・保健指導の実施率目標を全国で達成するために、一定の上限を置いた上で、各保険者種別の実施率の実績を同程度引き上げると仮定して設定することとし、特定健診の実施率の目標は、市町村国保 60%、国保組合 70%、全国健康保険協会（含む船員保険）65%、単一健保 90%、総合健保（含む日本私立学校振興・共済事業団）85%、共済組合 90%とする。また、特定保健指導の実施率の目標は、市町村国保 60%、国保組合 30%、全国健康保険協会（含む船員保険）30%、単一健保 60%、総合健保（含む日本私立学校振興・共済事業団）30%、共済組合 40%とする。

また、これらの目標を達成した保険者等、顕著な実績を挙げた保険者について、国において適切に顕彰を行う等、広くその成果の周知を図る。

- なお、全国目標や保険者種別毎の目標については、進捗状況の評価を行い、必要があれば、第二期特定健診等実施計画の計画期間内であっても、目標の見直しも含めて関係者の参画の下で検討を行う。

### 3. 特定健診・保健指導の実施率向上に向けて

#### ①より一層の意義の啓発・普及

国民運動として実施していくためには、40歳から74歳までの被保険者本人や被扶養者自身に加えて、今後特定健診の対象となる40歳未満の者に対しても内臓脂肪を増加させないための啓発や40歳以上になったときに活用すべき本制度について周知することが必要である。また、特定健診の対象とならない75歳以上の者においても健診に対する意識を持ち、国民一体として健診の意義を認識することが重要である。国において啓発・広報にこれまで以上に取り組むとともに、保険者においては、被保険者証の更新時などのタイミングを捉えて健診受診等の意義を啓発し、重要性の周知を図っていくことが重要である。また、医療関係者や事業主等の様々な主体から健診受診等の必要性の啓発・周知が適切に行われるよう協力を求めていくこととする。

#### ②未受診者への対応

##### i) 受診勧奨の徹底

- 特定健診未受診者への受診勧奨についてはまだ十分に行われていないことから、

各保険者において、未受診者に対する受診勧奨を少なくとも1回は行うよう努める。特に被扶養者に対しては、確実に情報が届くように勧奨を行うことが必要である。

## ii) 被扶養者への実施率向上について

- 被用者保険の被扶養者への特定健診・保健指導の実施率向上については、関係者から市町村国保への委託を活用すべきとの意見があった。こうしたことから、被用者保険の保険者が、市町村国保の同意の下に特定健診・保健指導を委託する場合には、外部の機関への業務の全部又は主たる部分の委託を認めることとし、再委託の要件の見直しを行う。
- さらに今後、①市町村国保が被用者保険の被扶養者への特定健診実施の受託に同意した場合で、②被用者保険の保険者が対象者を明示し、③個別に対象者が所在する市町村国保それぞれと個別に契約を締結することを前提に、市町村国保に委託する場合の円滑な費用決済やデータの授受の方法等について、実務担当者によるワーキンググループで議論する。また、市町村国保への委託に関しては、実施する場合の市町村国保の事務負担増に十分な配慮を行う必要がある。

## iii) 関係者間でのデータ連携

- 過去の健診データを保険者が保有することは、保健事業を効果的に実施する上で有意義であり、対象者が加入する保険者から他の保険へ異動となった場合の保険者間での健診データの受け渡しについては、制度として位置づけられている。しかしながら、この制度は、個人情報保護の観点から、本人の同意を得る手続きを要するため、あまり活用されていない。このため、個人情報保護に関する現行の制度との整合性を確保しつつ、本人同意のための手続きの簡素化を検討することとする。
- 特定健診の主な未受診理由の中には、「医療機関に受療中」といった内容のものがある。保険者は、特定健診に相当するデータを入手すれば特定健診の実施に代え、特定保健指導につなげることや、適切な受診勧奨を行うこと等が可能となる。重複した検査項目を避けることによって、受診者の負担や社会的なコストを低減させる観点から、今後、医療機関、保険者等が連携した上で、診療における検査データと特定健診のデータを重複の無いように一定の活用を図ることを検討する。ただし、その際、活用できる検査データの作成時期、連携するデータ様式や本人同意をとるための手続き等について決定する必要があることから、地域での取組みの実情を踏まえて、どのようなことが実施可能かについて、実務担当者によるワーキンググループで議論する。

- 事業主健診データの保険者への円滑な提供については、事業主等に対して協力要請を行ったところであり、引き続きこうした取組みを進める。

また、現在、労働安全衛生法（昭和四十七年法律第五十七号）に基づく事業主健診では電子的なデータ様式が定まっていないが、特定健診実施機関が事業主健診を受託している場合には、当該機関から特定健診の様式に沿って医療保険者へデータ提供することも有効と考えられる。

したがって、特定健診実施機関において実施を受託している事業主健診の対象者が多く、システム対応ができている等、費用対効果が認められる場合において、事業主から保険者へのより円滑なデータ提供を図るため、事業主は①事業主健診を委託する際に、対象者の保険者、記号・番号を明記し、②それに基づき事業主の委託を受けて実施機関が特定健診の様式（XML形式）に従い、医療保険者へデータ提供を行う、ことの普及に向けて、今後、事業主健診の実態を踏まえて、実務担当者によるワーキンググループで議論する。

なお、このワーキンググループでは、人間ドック健診等のその他の健診とのデータ連携を含め検討する。

#### iv) 主体的な特定健診受診の促進

- 一層の健診の受診率向上のために、対象者に受診を義務付けるべきである、といった意見もあった。こうしたことを踏まえ、特定健診受診率を向上させるために、加入者が主体的に特定健診を受診することを促進する仕組みが考えられるかどうかについて、今後の検討課題とする。

#### ③継続受診について

- 特定健診の受診率向上にあたっては、対象者が継続して特定健診を受診することも必要である。そのためには対象者が継続受診することについて必要性を感じるものが重要であり、この観点からは、健診結果の通知と同時に経年的な受診の必要性を周知するなど、充実した情報提供を行うことが重要である。

#### ④実施形態について

- 特定健診の実施形態には、集団健診（検診車などで、特定の場所・期日に実施する形態）と、個別健診（対象者が個別に任意の日時に健診機関等で受診する形態）がある。

こうした特定健診の実施形態については、健診機関等の多寡や対象者の所在状況などの状況を勘案して保険者が適切に判断する必要がある。

- 被用者保険の保険者や市町村国保が市町村の衛生部門と連携し、がん検診と特定健診の同時実施を行うことについては、従来から国においても推奨してきた。今後、保険者協議会等が主体となってこうした取組みを行うことを推進する。その場合、複数の保険者や自治体が協働して連携を行い、特定健診とがん検診等の同時実施に取り組むことについて、一定の地域で先駆的に取り組むことや受診券の送付方法の工夫も含め、推進策を検討する。

#### ⑤保険者協議会の一層の活用

- 市町村国保や被用者保険の保険者が連携した事業実施を行うことを協議する場として、保険者協議会がその機能を一層発揮する必要がある。

例えば、地域の実情に応じて保険者が連携して集団健診や個別健診などの健診の実施形態を選択することや複数の保険者が自治体と連携してがん検診等の同時実施を行うことを検討する等、保険者協議会は現行の枠にとどまらずその機能の発揮を促進する。

#### ⑥情報提供の充実等について

- 特定健診の受診者全体に対して行う情報提供については、特定健診受診者が自らの健康状態を把握し、生活習慣を改善又は維持していくことの利点を感じ、動機付けの契機となるよう、よりきめ細かな情報提供が保険者からなされることが必要。このため保険者等における好事例を調査し、その知見を他の保険者において共有できるようにするとともに、その考え方について、手引きの見直しを行い、周知に努める。その他、特定健診・保健指導の実施率を向上させるための方策についても好事例を調査し、周知に努める。

- 特定健診の結果、受診勧奨判定値以上の者については、医療機関への適切な受診勧奨がなされることが必要であることから、今後、標準プログラムに記されることとなる医療機関への受診勧奨の考え方などを踏まえ、手引き等を見直した上で、関係者への周知に努める。

### 4. 特定保健指導の実施方法について

#### ①ポイント制について

- 特定保健指導を実施する現場の創意工夫をより重視する観点から、積極的支援について、現行の180ポイントのポイント制は維持することとした上で、現在、支援A（計画の進捗状況の確認等）と支援B（励ましや賞賛）に分かれているプログ



ラムについて、支援 A のみで 180 ポイントを達成してもよいこととする。また、今後、特定保健指導の効果についてエビデンスを蓄積した上で、成果に着目した評価の可能性も含め、将来的な在り方を検討していく。

## ②健診受診日に初回面接を開始するための方策について

### i) 初回面接者と 6 ヶ月後評価者の同一性について

- 特定保健指導の実施率向上の観点から、健診受診日に初回面接を開始することを推進するために初回面接者と 6 ヶ月後評価者が同一人でない場合を認めることも有効と考えられる。
- この実施にあたっては、チーム・組織としての統一的な評価方法が確保されていることが必要なため、基本的には同一機関内において、十分な情報共有が行われているなどの一定の要件の下に、初回面接と 6 ヶ月後の評価は同一者でなくてもよいこととし、情報共有の方法等については、今後、実務担当者によるワーキンググループで検討を行うこととする。

### ii) 2 年目の特定保健指導の特例

- 原則として特定保健指導を保険者が直営で行っている場合について、健診受診日に血液検査の結果がない 2 年目の特定保健指導対象者（前年度の特定保健指導利用者であって、当該年度に継続して特定保健指導対象者となった者）への特定保健指導の実施について、一定の柔軟化を行うこととし、その実施方法の詳細については、実務担当者によるワーキンググループにおいて検討を行うこととする。

### iii) 集合契約における取扱い

- 健診受診日に初回面接を開始することを推進するため、全ての検査結果が得られていることを前提に、集合契約においても、保険者が同意する場合には、健診受診日に保健指導を開始することを可能とすることを検討する。ただし、この場合においても、初回面接と 6 ヶ月後評価者は、同一機関に所属している等の要件を満たさない限り、同一人でなければならない。

なお、保険者による同意の有無を確認する方法等については、実務担当者によるワーキンググループで検討を行うこととする。

## ③労働安全衛生法に基づく保健指導との連携

事業主は、労働安全衛生法の規定に基づき、健診の結果、特に健康の保持に努める必要があると認める労働者に対し、保健指導を行うよう努めなければならないとされ

ているが、指導の詳細な内容や記録の保存については規定されていない。

こうした事業主における保健指導の取組みについても、可能な限り特定健診・保健指導との連携を進め、必要があれば、労働安全衛生法に基づく保健指導を、特定保健指導と一体的に実施することも必要である。

## 5. 後期高齢者支援金の加算・減算制度について

○ 後期高齢者支援金の加算・減算制度は、後期高齢者の支援金を各保険者が分担している現行制度を前提とすれば、75歳以上の高齢者の医療費の適正化に資する保険者は、全体の保険者の財政にも貢献していると考えられること等から、制度に盛り込まれたものである。

○ この後期高齢者支援金の加算・減算制度については、

- ・ 既に加算・減算制度が実施されることを前提に特定健診・保健指導に積極的に取り組んだ保険者もいることから、こうした取組みの実績を残した保険者には、支援金を減算することで利益を還元すべき
- ・ 実施率の向上の観点からは、何らかのインセンティブ（誘引策）が必要、といった意見があった。一方で、
- ・ 実施にあたっては医療費への効果に関するエビデンスを明示すべき
- ・ 保険者が制度毎に公平に実施できる状態でない中で、実績を単純に比較することは不適切
- ・ 医療費の適正化に資する取組みは、この他にもあることから、特定健診・保健指導の取組みのみを以て保険者を評価することは不適切

といったことから制度そのものに賛同しない、あるいは制度を廃止すべきとの強い意見もあった。

こうしたことを踏まえ、高齢者医療制度の見直しの際には、この加算・減算制度の在り方について改めて検討することを前提に、現行の法律で規定されている加算・減算制度を平成25年度から施行するほかないとすれば、その実施方法としては、以下の方法が考えられる。

- 平成25年度以降の後期高齢者支援金の加算・減算制度の実施については、以下の方針とする。
- (1) 保険者種別毎の様々な事業を考慮するために、特定健診・保健指導の実施率について、実施率の調整を行う。ただし、実施率が0%の場合は調整は行わないこととする。
  - (2) 保険者に負担を求めるのであれば明確な根拠が必要との観点から、加算・減

算制度の施行にあたっては、まず加算する保険者と加算率を決定し、同額を減算する保険者の支援金から減算する。

- (3) 加算率は、平均的な保険者が特定健診・保健指導に要する費用を勘案して0.23%に設定する。
- (4) 調整後の特定健診実施率と特定保健指導実施率を乗じて得られる調整済実施係数を基礎として保険者の取組みを評価することとし、加算の対象となる保険者は特定保健指導の実施率が実質的に0%の保険者を対象とする。
- (5) ただし、災害等の保険者の責に帰すことのできない事由により特定健診・保健指導の体制が整備又は維持できなくなった場合や、体制は整備したものの小規模であるために結果として特定保健指導の実施率が実質的に0%となった保険者については個別に加算を適用しないこととする。
- (6) 第一期特定健診等実施計画の実績評価である25年度支援金の加算・減算にあつては、特定健診・保健指導の実施率の第一期特定健診等実施計画の参酌標準を両方達成した保険者を減算対象とする。
- (7) 25年度から29年度の各年度の実績に基づき、年度毎に行われる26年度支援金から30年度支援金の加算・減算制度についても、上記(1)から(5)は同様としつつ、減算対象となる保険者については、22年度速報値における特定健診・保健指導の実績で、第一期特定健診等実施計画の減算対象保険者数と同程度の対象者が選定されることとなる調整済実施係数0.65以上の保険者を対象とする。
- (8) 特定健診・保健指導の実施年度の翌年度当初には、まだ実績が確定しないことから、実施年度の翌年度当初からの概算後期高齢者支援金の支払いには加算・減算は適用せず、2年後の確定後期高齢者支援金の精算の際に加算・減算を適用する。したがって実際に加算・減算を反映させるのは、25年度確定後期高齢者支援金の精算が行われる27年度からとなる。

## 6. その他

### ①治療中の者への保健指導の実施について

- 現状、治療中の者への保健指導は特定保健指導の実績として認められていないが、既に、医師の下で医学的な管理を受けている者に対しても、主治医等の関係者と適切に連携を行うことによって、保険者が、さらに効果的な保健指導を実施することができるとの研究結果があった。

こうしたことから、保険者と医療機関等との連携による治療中の者に対する保健指導については、引き続き特定保健指導とはしないものの、好事例を収集し、関係者に周知するとともに、取組方法の類型化を検討する等、その取組みを促進する。

## ②HbA1c の表記の見直しについて

- HbA1c 検査の結果表記が、平成 24 年度から日常臨床の現場において、従来の JDS 値から国際標準となっている NGSP 値へ変更となったことを踏まえ、日常臨床での普及状況を勘案して、25 年度から特定健診・保健指導についての受診者に対する結果通知及び保険者への結果報告における HbA1c の表記を、NGSP 値で行うことについて、今後、実務担当者によるワーキンググループ等で協議する。

## ③特定保健指導を担う人材育成等

特定保健指導は、技術・手法等の不断の向上を図ることが重要であり、随時、関係者において知見の共有・研鑽を図ることが必要である。

こうした観点から、国や自治体、保険者等の関係者において、定期的な研修や情報提供等を通じて、不断に特定保健指導の人材育成（保健指導の実施機関の確保を含む。）に努め、その活用を図っていく必要がある。

## ④看護師が保健指導を行える暫定期間の延長について

- 現行の実施状況を見ると、特定保健指導の実施者の一定割合を看護師が担っている状況であり、従来から産業保健の分野において看護師が活躍してきた経緯もあることから、事業所に勤務する看護師数は保健師数を上回っている状況にある。
- 平成 24 年度末で一定の要件を満たす看護師が保健指導を行える経過措置を廃止した場合には、特に事業所において、特定保健指導の実施者が確保できない恐れが生じるため、29 年度末まで看護師の暫定期間を延長することとし、併せて看護師を特定保健指導の実施者とする保険者において、現に従事する看護師の雇用に配慮しつつ、体制整備に努めることを求めることとする。

## ⑤特定健診時に服薬中であった者の受診率算定上の取扱いについて

- 服薬を行っていたが、特定健診時に受診者が自らの服薬状況を正確に把握していなかったために対象者に選定されてしまった者については、特定保健指導の実施率の分母から除外してもよいこととする。この場合の算定方法等の詳細についての実務上の課題などについては、今後、実務担当者によるワーキンググループで検討する。

## ⑥費用対効果やエビデンスの蓄積

- 引き続き特定健診・保健指導の生活習慣病予防や医療費への効果のエビデンス等

を蓄積し、専門的な知見を踏まえた検証を進めていくことが必要である。また、こうした検証の成果については、わかりやすく定期的・継続的に公表すること等を通じて、適時に関係者に周知を図るよう努めることとする。

#### **IV 第二期特定健診等実施計画に向けたスケジュールについて**

- 第二期特定健診等実施計画へ向けたシステム改修の詳細については、別途ワーキンググループでの関係者間での検討を継続することとし、できる限り早期に詳細を決定することにより、各保険者等においてシステム改修を行うことが必要。

また、今回とりまとめた事項については、平成 25 年度以降の円滑な実施に向けて、関係する政省令、告示、関連通知等の見直しを行い、保険者等の関係者への周知・説明を徹底していくこととする。

さらに、今回の議論で明らかとなった特定健診・保健指導についての論点や課題については、引き続き、国において検討を続けることとする。

#### **V 終わりに**

- 今後、高齢化の進展等により医療費や保険料の増大が見込まれる中で、医療保険制度の持続可能性を確保していくためには、給付の重点化や制度運営の効率化を図っていくことが必要であり、その中で生活習慣病の予防に重点を置いた保険者の取り組みである特定健診・保健指導は、極めて重要である。

- 国は、特定健診・保健指導がこうした意義を十分に果たせるよう今後もその枠組みや評価の在り方、医療費適正化の効果の検証や実施率向上に向けた施策を検討し、その円滑な実施に取り組んで行くこととする。

その上で第三期特定健診等実施計画の期間が開始される平成 30 年度よりも前の時期を目途に、改めてその時点における知見を踏まえ、在り方を検討するものとする。

## 「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」構成員

飯山 幸雄 (いいやま ゆきお)	国民健康保険中央会 理事
伊藤 彰久 (いとう あきひさ)	日本労働組合総連合会生活福祉局 局長
今村 聡 (いまむら さとし)	日本医師会 副会長
岡崎 誠也 (おかざき せいや)	全国市長会 国民健康保険対策特別委員長
貝谷 伸 (かいや しん)	全国健康保険協会 理事
北潟 繁一 (きたがた しげかず)	日本私立学校振興・共済事業団 理事
草間 朋子 (くさま ともこ)	日本看護協会副会長
小松 龍史 (こまつ たつし)	日本栄養士会 常務理事
齋藤 正寧 (さいとう まさやす)	全国町村会副会長
白川 修二 (しらかわ しゅうじ)	健康保険組合連合会 専務理事
高橋 信雄 (たかはし のぶお)	J F E スチール (株) 安全衛生部部長
多田羅 浩三 (たたら こうぞう)	(財) 日本公衆衛生協会 理事長
津下 一代 (つした かずよ)	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
中島 次男 (なかしま つぎお)	地方公務員共済組合協議会 事務局長
中村 嘉昭 (なかむら よしあき)	全国国民健康保険組合協会 常務理事
山門 實 (やまかど みのる)	日本人間ドック学会 理事
横尾 俊彦 (よこお としひこ)	全国後期高齢者医療広域連合協議会 会長
吉岡 清八郎 (よしおか せいはちろう)	共済組合連盟 常務理事
吉田 勝美 (よしだ かつみ)	日本総合健診医学会 副理事長