

健連発第 603 号

平成 22 年 11 月 11 日

厚生労働省保険局総務課
医療費適正化対策推進室
室長 城 克文 殿

健康保険組合連
専務理事 白川



特定健診・特定保健指導に係る今後の見直しに向けた対応について（要望）

標記事業につきましては、施行後 3 年を経過しようとしています。また、本年度は 5 年を 1 期とする『医療費適正化計画』の中間年にあたり、同計画の進捗状況に関する評価が実施されることとなっています。本年 8 月には、特定健診等にかかる平成 20 年度の実施状況（国への報告結果）が公表され、特定健診受診率、特定保健指導実施率が想像以上に低調であった実態が明らかになりました。制度の導入初年度ゆえの混乱という見方もありますが、その要因を明らかにし、受診率等の向上を図っていく必要があります。

このたび、本会では、各健保組合からのさまざまな意見・要望を踏まえ、現在に至るまでの同事業の評価・総括を行い、事業の見直しに向けた要望事項を下記の通りとりまとめました。健保組合は、今後も生活習慣病対策の一環として同事業を積極的に推進していきますが、そのための運営基盤となる基本的な課題・問題点を整理したものです。本会としては、引き続き同事業に関する検証を進め、適宜、要望事項をとりまとめていきます。

政府におかれても、同事業の進捗状況に関する評価・総括を行うとともに、様々な要望事項を集約・検討する場（検討会等）の設置と見直しに向けた検討の早期着手に取り組まれるよう強く要望いたします。

記

1. 特定健診の検査項目及び基準値について、1 期 5 年の期間中の変更は行わないこと。

- 特定健診の検査項目や基準値の期間中の変更は、健診結果の時系列比較やシステム改修（膨大な費用）、事務処理の問題など影響が大きい。保険者の事務負担軽減の観点から、1 期 5 年（第 1 期は 24 年度末迄）の期間中の変更は避けるべきである。

2. 特定健診等の受診促進に向けて、現行の仕組みの改善等具体的な手立て（市町村がん検診との連携等）を講じること。

- 従前の住民健診が保険者による特定健診と分けられたことから、利用者の利便性を損ねた側面もあり、被扶養者（家族）の低受診率の一因ともなっている。今後、特定健診等の一層の推進を図るためにも、受診者の利便性に配慮した市町村がん検診との連携の仕組みや双方の受診率向上の手立てを全体的に考えていく必要がある。

3. 特定健診・特定保健指導に関するより厳密なエビデンスを示すこと。

- メディアが腹囲等の基準値に関する疑義を頻繁に取り上げたこともあり、現場に戸惑いがある。腹囲など特定健診の判定基準、基準値について、国はより厳密なエビデンスを示すべきである。
- 特定保健指導については、ポイント制も含めその効果に関する検証が必須である。特定保健指導への保険者の取り組みを促進するためにも、国による検証とそれに基づく特定保健指導の効果に関するエビデンスの提示が求められる。

4. 特定健診等の趣旨・目的を引き続き積極的にPRすること。

- 保険者は対象者への特定健診等の受診促進に向けて普及啓発活動に努めているが、国としても国民に対して制度の趣旨・目的（自分の健康を守るための自己責任を喚起するような内容も含む）を積極的にPRすべきである。

5. 高齢者医療制度改革に伴い「加算・減算措置」に対する見直しが行われる場合であっても、特定健診等をより円滑に推進する方策として、同事業へのインセンティブが働く（積極的に取り組んだ保険者が報われる）仕組みとすること。

- 保険者は、参酌標準に向けて鋭意、特定健診等事業に取り組んでいる。そうした保険者が報われるような、何らかのインセンティブを設ける仕組みが必要である。

6. データ授受円滑化の方途の検討や実施機関側への当事業に対する更なる協力要請を行うこと。

- ▶ 従来、保険者や実施機関で使用されていたデータの仕組み（CSV形式）とは全く異なるXML形式の採用により、関係機関間のデータ授受が複雑化した。また、問診項目や医師の氏名欄等のデータ欠損により、完全な実績値データとして扱われない事態も生じており、問題である。
- ▶ 実施機関側へのシステム連携及び確実な問診結果データ作成等の更なる協力要請を含め、データ授受円滑化の方途の検討が必要である。

7. 特定健診等実績報告の集計結果を保険者に速やかに示すこと。

- ▶ 保険者の毎年度の特定健診等事業計画の策定（実施目標の見直しを含む）に資するため、国は、特定健診等実績報告の集計結果を速やかに取りまとめ、保険者に提示すべきである。

8. 特定健診等補助金における基準単価の引き上げと現行の個別・集団別補助金（特定健診）の区分を改めること。

- ▶ 特定健診等補助金の基準単価の引き上げと、定義が不明確な個別・集団別補助金（特定健診）の区分を改めるべきである。
- ▶ 健診の実施者である保険者の認識に沿った区分（検診車で特定の場所に向いて行う巡回健診型等が「集団」であり、医療機関、健診施設等と個別契約をして受診者に当該施設に向いてもらう形が「個別」とすべきである。

参 考

厚労省平成 20 年度特定健診等実績報告集計結果 (H22.8.25) について

——健康保険組合連合会——

1. 制度発足当初は、保険者、実施機関とも全国一律実施に伴う様々な運営上の混乱を生じており、保険者全体の集計結果（低い実施率等）に繋がっている。

【特定健診受診率等低迷の主な要因として考えられるもの】

(以下の事柄が錯綜して大きな混乱に陥ったと考えられる)

- ① 電子的標準様式・XML形式に基づく全国的なシステム仕様確定と開発の遅れ
- ② 保険者、実施機関、決済代行機関（支払基金等）間のシステム連携の不具合
- ③ 安衛法上の事業主健康診断による特定健診項目等の欠損、データ置換、データ授受の遅延 [喫煙・服薬などの問診項目や医師の氏名欄等のデータ欠落、特定健診分データのXML形式への変換と受け取りの遅延（膨大な事業所を抱える保険者の事務負荷）]
- ④ 集合契約交渉（都道府県保険者協議会の代表保険者と県・地区医師会等との契約）の取り纏めの難航と遅延
- ⑤ 健診受診券、保健指導利用券の保険者誤記載や実施機関側の券面情報錯誤による窓口での混乱（受診者の制度への理解不足も一因）
- ⑥ 特定健診開始時期の遅れや全国的混乱の状況が健診結果の階層化を経て行う特定保健指導の実施に影響を与え、特定保健指導の低実施率に結びついた。
 - ※ その他保健師等マンパワー不足など実施体制の脆弱性も保険者共通の課題。
 - ※ 集合契約における各地域間の特定健診・特定保健指導価格のバラツキ・乖離が大きいことは問題。（契約交渉上の保険者連携が必要）

2. 制度施行後 2 年が経過したが、この間、保険者の普及啓発努力もあり、「メタボリックシンドローム」の言葉や概念は広く国民に浸透したのではないかと。生活習慣病予防に関する意識喚起が図られたことは、大きな成果であったと言える。ただ、従前の住民健診が保険者による特定健診と区分けされたことから、利用者の利便性を損ねた側面もあり、被扶養者（家族）の低受診率の一因ともなっている。今後、特定健診等の一層の推進を図るためにも、市町村がん検診との連携の仕組みや双方の受診率向上の手立てを全体的に考えていく必要があるのではないかと。

◎健保連は特定健診・特定保健指導事業の効果等について、様々な角度から検証、分析を進めている。（データ分析事業）