

## 特定健診・特定保健指導事業と医療保険者の保健事業 —経緯と意義—

損保ジャパン日本興亜総合研究所

小林 篤 (KOBAYASHI Atsushi)

**要約：**2008年から全ての医療保険者に保健事業の一つとして特定健診・特定保健指導事業の実施強制する、世界的にも前例がない異例な政策策が実施された。この政策は、国民健康づくり運動の発展と医療費適正化実現の財政政策の流れに基づいている。その特徴は、メタボリックシンドロームに着目し生活習慣病対象とする、一次予防中心疾病予防支援であり、標準プログラムの強制実施を伴っている。この事業の医療費適正化効果は明確でなく、費用対効果と見えざる不利益の視点を欠き、政策目標を実現する手段として疑問である。

**キーワード：**インセンティブ、データヘルス、ディジーズ・マネジメント、メタボリックシンドローム、健康づくり運動、医療費適正化、費用対効果、階層化

序章 特定健診・特定保健指導事業の展開の経緯と意義

第1章 特定健診・特定保健指導事業の特徴

第2章 特定健診・特定保健指導事業の導入経緯

第3章 特定健診・特定保健指導事業の総括と見直し作業に関する評価

第4章 特定健診・特定保健指導事業と医療保険者の保健事業に関する政策論的意義

### 序章 特定健診・特定保健指導事業の展開の経緯と意義

2009年から全ての医療保険者（被用者保険・国民健康保険）に40歳以上の被保険者・被扶養者、すなわち皆保険制度の日本では40歳以上の国民全員を対象として特定健診・特定保健指導事業を実施することが義務化された。特定保健指導事業は、糖尿病等の生活習慣病の予防を目的とし、従来健康診断とその後の生活習慣改善が有機的に連結されていなかった問題を解決する意図をもって、特定健康診査と称する特定健診と生活習慣改善を指導する介入行動である特定保健指導を同一者に同時に実施するものである。特定健康診査は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健康診断であり、特定保健指導は、特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる者に対して生活習慣改善を指導する保健指導である。

医療保険者に対し、特定健診・特定保健指導事業の実施を義務づけるためには、立法が必要である。2006年に立法された、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高齢者医療確保法」という）（昭和

57年8月17日法律第80号)第2節 特定健康診査等基本指針等(第18条から第31条)に特定健診・特定保健指導事業の内容が規定されている。

2006年に立法され2008年から開始された特定健診・特定保健事業は、立法当時に欧米等の先進国では例を見ないものであった。厚生労働省も、特定健診・特定保健指導事業は世界から注目されており、「特定健診・特定保健指導の仕組みは、40～74歳の方全員を対象として大規模な一次予防を行うという、世界に例のない先駆的な取組として、各国のマスメディア・政府関係者から取材を受けています。特に欧州先進国から注目されていることが特徴です。」と先駆性を広報している<sup>1</sup>。

先駆的と政策立案者が自認する事業は、2008年度から開始し、本稿を執筆している2014年現在も継続している。この事業は5年間の実施期間を一期とし、第1期は2008年度から2012年度となっている。第1期の後半である2011年から同事業の総括・見直しが行われ、その結果が2012年にとりまとめとして公表されている。果たして、同事業の特徴はいかなるものか、政策としてどのように評価できるのだろうか。本稿は、同事業の特徴を明らかにし、政策当局が行った総括と見直し作業に関して評価し、特定健診・特定保健指導事業と医療保険者の保健事業に関する政策論的意義を検討する。

本稿では、最初に同事業の特徴を、2000年代に欧米で実践・検討が進められたディジーズ・マネジメントを参照して、明らかにする(第1章)。続いて、その特徴を形成する上で重要な役割を果たした導入経緯を整理する(第2章)。2011年から開始され公表された、厚生労働省の検討会の総括・見直しを整理し、その評価を行う(第3章)。最後に、同事業が医療保険者の保健事業の強制として実施されたことの意義・課題を、政策論的観点から検討する(第4章)。

## 第1章 特定健診・特定保健指導事業の特徴

### 第1節 特定健診・特定保健指導事業の概要と構造

#### 第1項 法律の組み立て

特定健診・特定保健指導事業の事業主体は全ての医療保険者である。全ての医療保険者にこの事業を実施させる法律である高齢者医療確保法の組み立ては、①国が基本指針を定め(高齢者医療確保法第18条)、②医療保険者は、この基本指針に即して、期間5年の実施計画を立て(同第19条)、③医療保険者は、その計画を厚生労働省省令が定めるところに従って実施する(同第20条、24条)。すなわち、国の基本方針に基づき医療保険者は計画を立て、実行する組み立てである。

また、高齢者医療確保法は、医療保険者に対して、鉛と鞭とも見えるインセンティブを与えている。具体的には実施目標の達成状況に応じて、保険者に係る加入者の見込数等を勘案して、政令で定める方法により、10%の範囲内で各保険者が支払う後期高齢者支援金の金額を加算減算する(同第120条)。さらに市町村国保に対して補助金の支給等の支援措置も講じている(国民健康保険法第72条の4)。

#### 第2項 全医療保険者が実施義務を負い特定年齢の全国民を対象にする事業

医療保険者に健診・保健指導を義務づけた理由について、厚生労働省が「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」に提出した資料で以下のように説明されている。医療保険者は、①適切に実施することにより、将来の医療費の削減効果が期待され、医療保険者が最も大きな恩恵を受けること、②医療費のデータと健診・保健指導のデータを突合することができ、より効果的な

<sup>1</sup>厚生労働省ホームページ <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info02a-1.html>> (accessed Dec. 20, 2014)

方法等を分析できること、③対象者の把握を行いやすいこと、の三つの特性があるので、医療保険者が実施主体となることにより、被保険者だけでなく、従来手薄だった被扶養者に対する健診も充実し、健診受診率の向上が見込まれるほか、十分なフォローアップ（保健指導）も期待できる。

この説明では、従来の市町村等が保健指導等の事業主体となるのではなく医療保険者を事業実施主体とすることにより事業対象者も広範な範囲とすることが出来ることをあげている。日本では全ての国民が健康保険の対象となる皆保険制度になっているので、全ての医療保険者が特定健診・特定保健事業を実施するならば、国民全体を対象とする事業を展開できる。また、医療保険者に期待されるはずのインセンティブも考慮されている。果たしてこの期待したインセンティブが機能するかどうかを第4章で検討する。

この事業の対象者は40歳以上74歳までの特定年齢となっているには、生活習慣病予防に取り組むものであるためである。

### 第3項 政省令・告示による基準の制定と標準プログラムの強制実施

特定健診・特定保健指導事業の実施は、国が医療保険者に対して、基本指針を示しさらに具体的な事業内容を政省令・告示で細かく規定する指示命令的手法が採用されている。

特定健診・特定保健指導事業は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他生活習慣病を対象とするものであるが、高齢者の医療の確保に関する法律施行令において、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に関わることを条件とすると定めている<sup>2</sup>。

医療保険者は、本節第1項で述べたように厚生労働省の省令が定める基準に従って計画し実施することが法律で定められている。特定健診・特定保健指導事業の実施に関する基準は、2007年12月28日付け厚生労働省令第157号である<sup>3</sup>。同省令では、特定健診の具体的項目（第1条）、特定保健指導の対象者（第4条）、特定保健指導の具体的方法（第6条から第8条まで）を定めている。省令のこれらの規定では、例えば保健指導に関して「次に掲げる要件のいずれも満たすものであって、厚生労働大臣が定める方法により行う」と規定しているように、さらに細目について厚生労働大臣が定める方法に譲っている。厚生労働大臣が定める方法は告示で示されている。法律および法律施行令・各省の省令は、国民の権利義務を定める法令になるが、告示は国民に対するお知らせであり国民の権利義務を定めたものではない。しかし、同省令では、細目を告示で示すとしている。このため、特定健診・特定保健事業に関する告示も、省令と同じ機能を担っている。すなわち、法律、施行令、省令および告示まで一体になって、強制力を有する仕組みとなっているのである。

「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」に関する大臣告示は、2008年に、厚生労働省告示第3～11号、142号、第179号と集中的に公布された。その内容は、以下に掲げたように詳細であり、多岐に亘っている。特定健康診査の除外対象となる者、医師が必要と認めるときに行う健診項目と実施の基準、腹囲検査の省略基準、特定保健指導の対象者となる者（階層化）の基準、特定保健指導（動機付け支援、積極的支援）の実施方法、食生活の改善指導又は運動指導に関する専門的知識と技術を有すると認められる者、特定健診・特定保健指導の外部委託基準、特定健診・特定保健指導の実施に係る施設、運営、記録の保存等に関する基準、代行機関に関する基準である。

このうち、厚生労働省告示第9号（特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条第1

<sup>2</sup> 2007年10月19日政令第318号高齢者の医療の確保に関する法律施行令第1条

<sup>3</sup> なお、2008年11月18日付け厚生労働省令第159号特定健康診査・特定保健指導の実施に関する基準の一部を改正する省令で、省令第157号にごく僅かの修正がなされたが、本稿の行論に影響を与えるものではない。

項及び基準に基づき厚生労働大臣が定める特定保健指導の実施方法)では、特定保健指導として実施される積極的支援においては、初回は面談をすること(従って、電話による保健指導は禁止となる)、そして指導活動の種類ごとに時間数を定め(従って、規定の指導内容が規定時間を掛からずに達成されてもその時間数の指導を行わなければならない)、単位時間別にポイントを定め、それぞれを加算累計して一定数のポイント総計を達成しなければならないこと(従って、事例に応じて柔軟な保健指導を行うことは困難)を定めている。このように、告示と省令において、特定保健指導内容の必須条件を詳細に定めているのである。

#### 第4項 メタボリックシンドロームに着目したリスク要因とリスクに応じた介入

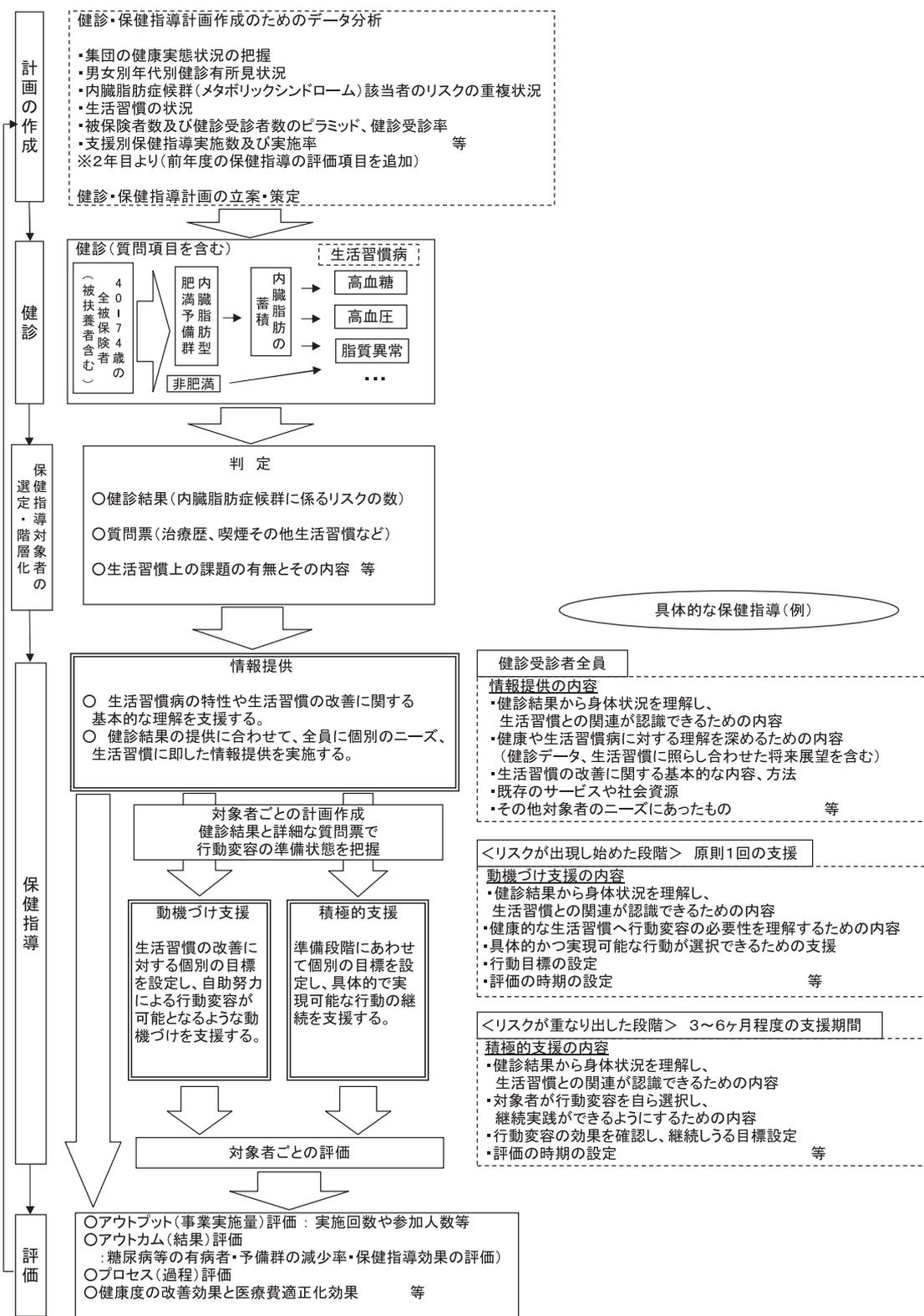
先に述べたように、高齢者医療確保法の施行令において、特定健診・特定保健事業は、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)に関わることを条件としている。このメタボリックシンドロームに着目した理由は、①内臓脂肪型肥満に起因する糖尿病、高脂血症、高血圧は予防可能であり、また、発症してしまっても血糖・血圧等をコントロールすることにより、心筋梗塞等の心血管疾患・脳梗塞等の脳血管疾患・人工透析を必要とする腎不全などへの進展や重症化を予防することは可能である。②メタボリックシンドロームの概念を導入することによって、健診受診者は生活習慣と健診結果、疾病発症との関係が理解しやすく、生活習慣の改善に向けての明確な動機づけができるようになる、③メタボリックシンドロームは、内臓脂肪型肥満を共通の要因とし高血糖・脂質異常・高血圧を呈する病態であり、それぞれが重複した場合は虚血性心疾患・脳血管疾患等の発症リスクが高く、内臓脂肪を減少させることでそれらの発症リスクの低減が図られると、厚生労働省が纏めた資料は説明している<sup>4</sup>。すなわち、発症リスクの指標となり、疾病予防と特定健診・特定保健事業対象者の理解に資するというのが着目した理由となっている。

メタボリックシンドロームの概念は、対象者の発症リスクの程度を判断することを可能にするだけでなく、対象者への保健指導あるいは介入をリスクに応じて実行することも可能にする。リスクに応じて対象者への保健指導あるいは介入することは、そうでない場合に比して保健指導の効果・効率の向上に繋がる。

厚生労働省健康局が取り纏めた「標準的な健診・保健指導プログラム」(暫定版)では、メタボリックシンドロームに着目したリスク要因の把握から発症リスクに応じて保健指導を行う、標準的な健診・保健指導プログラムの流れを、次のとおり説明している<sup>5</sup>(図表1)。すなわち、①計画の作成(健診・保健指導計画作成のためのデータ分析、計画の立案・策定)、②健診の実施、③保健指導対象者の選定・階層化(健診結果から得られるリスク要因数その他質問表から、保健指導を情報提供のみとするか、リスクが出現し始めた段階の対象者に対して情報提供に加えて動機付け支援の保健指導を行う介入とするか、リスクが重なり始めた段階の対象者に対して情報提供に加えて、動機付け支援より積極的支援を行う介入とするかを定める)。リスクの程度に応じ対象集団を階層化し、階層化した集団のリスクの程度に応じた保健指導すなわち介入を行う。④保健指導(健診受診者全員に情報提供を行う。リスクが出現し始めた段階の対象者に対しては、原則1回自助努力による健康行動への行動変容を促す保健指導を行う介入を実施する。リスクが重なり出した段階の対象者に対しては、保健指導をより積極化し、3ヶ月から6ヶ月の支援期間に数回自助努力による健康行動への行動変容を促す保健指導をより具体的に行う介入を実施する。)このように階層化した集団に対し、リスクに応じた介入を実施する。

<sup>4</sup>厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム」(暫定版)2007年p.21。

<sup>5</sup> *ibid.* pp.11-12.



図表 1 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ  
 (出典) 厚生労働省健康局標準的な健診・保健指導の在り方に関する検討会資料 標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)  
 <(visited Mar.10, 2007) <<http://www.niph.go.jp/soshiki/jinzai/koroshoshiryu/kenshin/index.htm>>>

⑤評価（実施回数等のアウトプット、糖尿病等の有病者・予備群の減少率などのアウトカム、およびプロセスの評価を行う共に対象集団全体の健康度の改善効果も評価する。そして、この4つのプロセスを繰り返す。

#### 第5項 対象範囲の確定・他の事業との関係

医療保険者が特定健診・特定保健指導事業を実施する際には、その対象者の範囲と関係する他の事業との関係を整理しておく必要があった。なぜなら、医療保険者が実施する特定健診・特定保健指導事業における健診・保健指導は、職域における労働安全衛生法に基づき雇用主に実施が強制されている一般健康診断等と重複するなど、医療保険者以外の健診・保健指導事業主体が実施している健診・保健指導と重複するからである。厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム」に、この点に関する図解と説明がなされている（図表2）。まず、医療保険者は、被保険者や被扶養者に対する健診・保健指導を含めた保健事業にも積極的に取り組むことが求められており（健康増進法第4条）、特定健診・特定保健指導事業の義務化以前から健診・保健指導を保健事業として実施している。特定健診・特定保健指導は、こうした保健事業のうち、高齢者医療確保法に基づき医療保険者の義務を明確にしたものである。従って、医療保険者は、強制的な特定健診・特定保健指導事業以外に、任意に健診・保健指導事業を行うことが求められているのである。一方、医療保険者の健康保険の対象者である健康保険被保険者は、同時に職域における従業員であり雇用主に実施が強制されている一般健康診断等の対象者である。つまり、重複関係が生じているのである。従って、健診・保健指導の実施に当たっては、医療保険者は高齢者医療確保法以外の関係各法に規定する健診や事業の活用を考慮することが、厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム」では求められることになっている。

さらに、特定健診・特定保健指導との関係に関して既に医師等の治療を受けている者の扱いはどうするかという問題もあった。図表2では、厚生労働省健康局が作成した「標準的な健診・保健指導プログラム」と厚生労働省保険局が作成した「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」の両方を言及している。「標準的な健診・保健指導プログラム」で示されている実施内容には、医療保険者として必ず遵守すべき点とできれば実施することが望ましい点が混在しているので、「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」は、医療保険者として必ず遵守すべき実施内容を示すために纏めたものであり、原則として同書に記載された方法により特定健診・特定保健指導を実施していくことが求められるとしている<sup>6</sup>。「標準的な健診・保健指導プログラム」では、既に医師等の治療を受けている者の扱いはどうするかという問題に関して言及されていないが、「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」は、この点を明確に示している<sup>7</sup>。受療中の者に関して、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除くこととし、その理由を、既に医師の指示の下で改善あるいは重症化の予防に向けた取り組みが進められており引き続きその医学的管理下で保健指導がなされれば別途重複して保健指導を行う必要性が薄いため除外していると説明している。この結果、医療保険者が行う特定健診・特定保健指導では、疾病予防活動のうち、一次予防を中心とし重症化予防は実質的に含まれていないことになった。

<sup>6</sup> 厚生労働省保険局「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」はじめに、2013年。

<sup>7</sup> *ibid.* p.9.



図表 2 健診・保健指導と特定健診・特定保健指導の関係

(出典) 2013年4月標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】p.6

#### 第6項 標準的なデータファイル仕様での電子的記録

特定健診・特定保健指導事業が開始されるまで、健診結果も保健指導結果もそれぞれの実施主体が、紙ベースで作成保存するかデジタルデータとして保存するかまたその様式は区々様々だった。特定健診・特定保健指導事業では、医療保険者は健診機関・保健指導機関へ業務を委託することもあり、実施した実績を社会保険診療報酬支払基金へ報告する必要もある。紙ベースでかつ異なる仕様のデータの報告では、業務に支障が生じ効率的ではない。このため、個人別健診結果の情報と個人別保健指導結果の情報を医療保険者、医療保険者が委託した健診機関・保健指導機関および医療保険者から実績報告を受け取る支払基金等の中で交換・送付する際、個人別健診結果データと個人別保健指導結果データを標準化した仕様でデジタル化する基盤が構築された。

厚生労働省は、2006年に医療保険者が特定健診・特定保健指導事業を実施するために、「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」を設置した。その検討会に決済及びデータ送受信に関するワーキンググループを設けて、標準的なデータファイル仕様での電子的記録のあり方を検討し、その検討結果に基づき2008年に厚生労働省は電磁的方法により作成された特定健康診査と特定保健指導に関する記録の様式と取扱いに関する通知を発し<sup>8</sup>、この仕様の遵守を関係者に求めた。

ただし、国が標準として示している範囲は、関係者が法令に基づき自由に開発・運用すべき各関係者内のシステムの仕様までを規定するのではなく、関係者間での円滑な送受信等を可能にするための様式のみ限定している（この様式とは、送付されたファイルが受領側で確実に読み取れるための

<sup>8</sup> 2008年3月28日「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱いについて」（健発第0328024号、保発第0328003号）、および同「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の様式について」（健総発第0328001号、保総発第0328002号）。

フォーマットであり、読み取ったデータをどのように取り扱うか等については、各関係者の運用によることとなる) とされている<sup>9</sup>。

## 第2節 デイジーズ・マネジメントの概要と欧州における検討

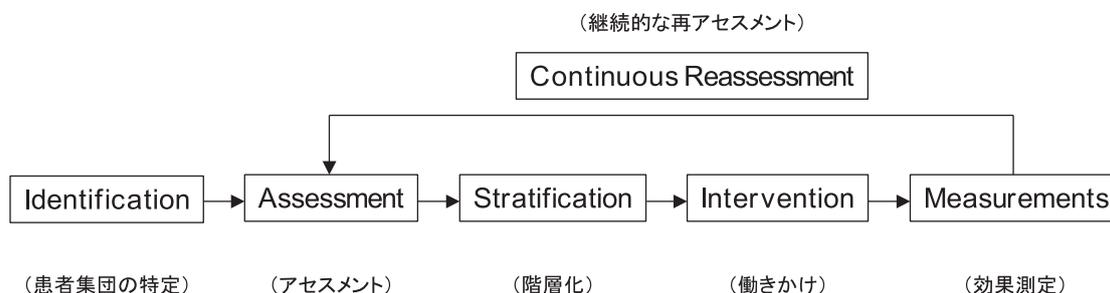
### 第1項 デイジーズ・マネジメントの概要

本項では、米国において2000年代に盛行したデイジーズ・マネジメントの概要を示す。デイジーズ・マネジメントを取り上げるのは、特定健診・特定保健指導事業と類似性があるからである。第3節において特定健診・特定保健指導事業の特徴を議論する参照例とするためである。なお、本稿において、米国のデイジーズ・マネジメントは、疾病予防事業の規範ではなく、特定健診・特定保健指導事業の特徴を明らかにする比較参照事例である。

デイジーズ・マネジメントと特定健診・特定保健指導事業とは、ともに慢性疾患あるいは生活習慣病に関わる特定の集団に対して保健指導あるいは介入を行って対象者および対象集団の疾病リスクを改善する点で類似性がある。

デイジーズ・マネジメントにはいくつかの定義があるが、本稿では次のように捉える<sup>10</sup>。すなわち、糖尿病、喘息、心臓病等の慢性疾患の患者集団を対象集団として 対象集団と担当する医師その他の医療従事者の双方に対して、それぞれの疾病に固有の手法で働きかけを行い、質の高いヘルスケアを低コストで供給できるようにする取組である。デイジーズ・マネジメントにおける重要な要素には、対象とする患者集団の特定、個々の患者におけるリスクの程度に応じた階層化、エビデンスに基づく診療ガイドラインの策定、診療ガイドラインに基づく医師その他の医療従事者への教育・服薬コンプライアンスや行動変容に関する患者啓発ツール、アウトカム評価等が含まれる。

デイジーズ・マネジメントには、基本的プロセスがある。デイジーズ・マネジメントで①対象集団を過去のデータ等から特定し (Identification)、②過去の病歴等に基づき個別の患者をアセスメントし (Assessment)、③疾病リスクにより高リスク層と低リスク層を階層化し (Stratification)、④患者・医師への働きかけにより効率的な医療サービスの提供を促し (Intervention)、⑤働きかけの効果を測定 (Measurement) するというプロセスがある。このプロセスが、継続的な再アセスメント (Continuous Reassessment) を通じて繰り返される (図表3)。このプロセスを実行することによって、有限の医療資源を効率的に使用して、患者個人および対象集団の疾病リスクを低減させることが出来、ひいてはデイジーズ・マネジメントを実施しない場合 (以下ベースラインという) より医療費の伸びを抑制することにつながる事が出来る。また、継続的な再アセスメントは、効率性とサービ



図表3 デイジーズ・マネジメントの基本的プロセス

(出典) 公益財団法人損保ジャパン記念財団「米国におけるデイジーズ・マネジメントの発展」p.16、2003年。

<sup>9</sup> 厚生労働省保険局「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」p.125、2013年。

<sup>10</sup> 公益財団法人損保ジャパン記念財団「米国におけるデイジーズ・マネジメントの発展」p.15、2003年を参照した。

ス品質の向上に資する。

対象者を疾病リスクの程度に応じて階層化する目的は、対象者への介入の内容、頻度を調整して、有限な医療資源の効率的な集中投下を図ることにある。疾病リスクの程度は、保険請求、処方箋薬の実績等のデータなどの医療サービスの提供に伴って作成された対象者のデータおよびそのデータを基に予測モデルによって推計された将来の疾病リスクによって判断される。米国では健康診断が日本ほど普及していないので、健診データを利用して階層化を行うことは難しい側面がある。また、同じ視点から、面談ではなくコールセンターの施設を活用する、電話による対象者への働きかけ（介入）が行われることが一般的である。有限な資源投入の最大効果の視点から、ディジーズ・マネジメントの実施方法は、その状況に応じて柔軟な対応がなされている。

働きかけ（介入）には、患者への働きかけと医師、病院等の医療プロバイダーへの働きかけ（支援）の2つがある。すなわち、患者への働きかけ（介入）は、教育等を通じて患者の日常生活において患者が自分の疾病の進行を防ぎ、健康を維持するために望ましい行動を選択するよう、患者のエンパワメントを図ることである。医師、病院等の医療プロバイダーへの働きかけ（支援）は、対象となる疾病に関するエビデンス情報の提供等により EBM(Evidence-Based Medicine) の実践を支援し、ベスト・プラクティスに関する情報も提供する他、患者情報をフィードバックすることなどである。

米国では、ディジーズ・マネジメントは当初製薬業界で導入された。その後、その効果を評価した健康保険者によって積極的に取り入れられた経緯がある。健康保険者は、ディジーズ・マネジメントを実施することによって無駄な医療費の削減と医療費の伸びの抑制を期待してディジーズ・マネジメントを取り入れたのである。さらに、健康保険者および健康保険の自家保険を実施する雇用主に対して被保険者集団に対してディジーズ・マネジメントを実施するサービスを提供するサービス事業者が発展した。これらの事業者の中から、ディジーズ・マネジメントを実施することによってサベースラインより医療費の節減あるいはその伸びの抑制等の改善の実現を保証する事業モデルが生まれてきた。

しかし、やがてディジーズ・マネジメントを実施することによって改善が実現したのか、偶然改善が実現したのかとの疑問が出されるようになった。このため、ディジーズ・マネジメントサービス事業者および研究者の団体が、ディジーズ・マネジメントを実施することによるアウトカム評価の方法を検討した。その結果、予防・治療の効果を科学的に評価するための介入研究である、無作為化比較対照試験（randomized controlled trial、以下 RCT という）が望ましいが、介入群（ディジーズ・マネジメントを実施）と対照群（ディジーズ・マネジメントを実施しない）を無作為に組成させることは実務的に無理があることが共通理解となった。実務的には、アウトカム評価に関して擬似的な RTC、それより証明の程度が低い方法が用いられている。また、疾病予防の介入が疾病リスク改善をもたらして、ベースラインより医療支出の改善を実現するだろうとの常識的理解のもとにディジーズ・マネジメントが実施されるようになって、ディジーズ・マネジメントの実施が一般化した。

米国におけるディジーズ・マネジメントは、それぞれの当事者が競争市場において試行錯誤をして、サービス開発と改善を進めてきた。現在では、健康保険者および自家保険の雇用主の多くが、自己の判断に基づきディジーズ・マネジメントを導入している。各州が実施する、公的医療保障制度であるメディケイドにも各州の判断で導入されている。

## 第2項 欧州におけるディジーズ・マネジメント実施に関する検討

米国において2000年代に盛行したディジーズ・マネジメントは、1990年代に先駆的な事業主体が実施し、その成果が目されるようになった。そして、1999年に関係者が研究者、事業者を含めた

団体である、Disease Management Association of America が設立され、様々な交流が生じて2000年代の盛行に結びついていった。

欧州でも米国のディーズ・マネジメントは、高い関心を引き起こした。ディーズ・マネジメントでは、繰り返される症状ごとに対応するのではなく、患者が経験する疾患の臨床的経過全体に対応するので、生活習慣病が中心である慢性疾患に向いていることおよびディーズ・マネジメントの要素として患者教育、臨床医ガイドライン、コンサルテーション機能が主要要素であることに関心が寄せられていた<sup>11</sup>。また、先駆的な実践もオランダ等でなされた。

他方で、ディーズ・マネジメントを大々的に導入することに対する慎重意見もあった。すなわち、ディーズ・マネジメントは糖尿病等の慢性疾患に効果があり、慢性疾患状況に関する管理を改善することと健康状況の改善には明確な相関がある。しかし、科学的証明が不足している。ディーズ・マネジメントのプログラムを実施することは、多大な費用を要するので、大規模に導入するには費用対効果に関する研究を行ったのちに政策決定をすべきであるという見解である<sup>12</sup>。

### 第3節 特定健診・特定保健指導事業の特徴

米国のディーズ・マネジメントと比較すると、特定健診・特定保健指導事業の特徴はどのように捉えることができるだろうか。

まず、ディーズ・マネジメントと特定健診・特定保健指導事業とは、ともに医療保険者が慢性疾患あるいは生活習慣病に関わる特定の集団に対して保健指導あるいは介入を行って対象者および対象集団の疾病リスクを改善する点で類似性がある。対象者はリスクに応じて階層化され、疾病リスク改善のための保健指導あるいは介入は階層化されたグループに応じてなされる点は類似しており、医療資源の効果的効率的利用に留意している点は同様である。さらに、疾病リスクの改善は、医療費の増大傾向に対する改善に何らかの寄与を期待している点でも類似している。また、医療保険者は、対象者から料金を徴収することなく、自己の財源で実施する点も同様である（ただし、特定健診・特定保健指導事業では国庫財源による補助金がある）。

次に、相違について検討する。

階層化を行うためには対象者の将来の疾病リスクを把握する必要がある。特定健診・特定保健事業では、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した実践がなされるが、ディーズ・マネジメントはそのような限定または着目はない。特定健診・特定保健事業では、メタボリックシンドロームに着目した健康診断を経て階層化のための基準を当て嵌めて対象者を階層化する。メタボリックシンドロームの概念は、将来の疾病リスクを指し示す役割が期待されている。ディーズ・マネジメントでは、入手できるデータに基づき対象者の将来の疾病リスクを判断するために予測モデルが仕様される。将来の疾病リスクを判断する素材と手法に違いがある。

実施主体は主として医療保険者であるが、ディーズ・マネジメントでは医療保険者が自己の判断で実施するかどうかを決定できるのに対して、特定健診・特定保健指導事業では全ての医療保険者に原則として自己の財源で実施することが法律によって強制されている点に大きな相違がある。両者とも医療保険者に加入している集団が対象になっている点は類似しているが、対象者の範囲をどこまでにするかについては大きく相違している。ディーズ・マネジメントでは医療保険者が自己の判断で

<sup>11</sup> David J Hunter, "Disease management: has it a future?" BMJ Vol. 320 p.530, 2000.

<sup>12</sup> WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), "Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions?", Health Evidence Network report, 2003 <<http://www.euro.who.int/document/e82974.pdf>> (accessed 29 Aug. 2003)

実施するかどうかを決定できるに対して、特定健診・特定保健指導事業では全ての医療保険者は、40歳以上74歳までの加入者とするのが法律によって強制されている点に大きな相違がある。

特定健診・特定保健指導事業では、法律により全ての医療保険者（被用者保険・国民健康保険）に40歳以上の被保険者・被扶養者、すなわち皆保険制度の日本では40歳以上の国民全員を対象となっている大規模な政策実施の体制となっているに対して、ディジーズ・マネジメントでは全国民が対象になっていない（ただし、州政府などの公的医療保障であるメディケイドで州政府の判断で導入することはある。しかし、連邦政府が全国民を対象に実施されているわけではない）。

対象者に対して実施するプログラムは、特定健診・特定保健指導事業では厚生労働省が細部に亘って実施方法をきめた内容で実施しなければならないし（例えば、積極的支援における必須条件となっているポイント制など）、自己の判断で修正することは実質的に不可能であるに対して、ディジーズ・マネジメントでは医療保険者が自己の判断でプログラムの内容を自由に柔軟に決定し修正できる。

特定健診・特定保健指導事業では、受診し医師から治療を受けている者は除外されている。このため、対象者は実質的に発症予防的な一次予防が中心になっている。このため、ディジーズ・マネジメントにおける医師等の医療サービス提供者への支援はなされない。また、特定健診・特定保健指導事業では重症化予防は範囲外となっており、例えば糖尿病患者に特定保健指導を実施して人工透析処置への移行防止などの重症化防止によって、プログラム実施による財政負担の減少を医療保険者に明確に示すことが難しくなっている。

## 第2章 特定健診・特定保健指導事業の導入経緯

### 第1節 特定健診・特定保健指導事業の特徴を形成した導入経緯

第1章で示した、特定健診・特定保健指導事業の特徴は、その導入経緯によって形成された面が大きい。特定健診・特定保健指導事業は、生活習慣病あるいは慢性疾患に関する政策目標を実現するために全医療保険者に強制するという、世界的にも珍しい制度である。なぜそうなったかを理解し、その評価・問題点を考えるためには、導入経緯を知る必要がある。導入経緯は入り組んでおり複雑であるが、次の三つが重要である。旧厚生省の時代から取り組んできた健康づくり運動をより発展させようとする動きがあったこと、国保ヘルスアップ事業で取り組んできた健診・保健指導プログラムの蓄積があったこと、および政府の財政再建のために医療費適正化を実現する政策が必要だったという政策課題があったことの3点である。

### 第2節 健康づくり運動・国保ヘルスアップ事業の取り組み

厚生労働省は、旧厚生省の時代から健康づくり運動に取り組んできた。1978年から第一次国民健康づくり対策、1988年からの第二次国民健康づくり対策、さらに2000年からは21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21と略称される）を展開してきた。しかし、糖尿病有病者・予備群の増加や20歳代から60歳代の男性の肥満者の増加など健康づくり上の問題である生活習慣病について改善が見られず悪化する状態にあったとの認識から、2005年の厚生労働省厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会は、「今後の生活習慣病対策の推進について」（中間とりまとめ）を公表し、新たな視点で生活習慣病対策を充実・強化することを政府に求めた。この中間とりまとめは、二次予防に関して従来実施されていた健診・保健指導では生活習慣病予備群の確実な抽出と保健指導の徹底が不十分であり、科学的根拠に基づく健診・保健指導の徹底が必要と指摘した。具体的には、メタボリック

シンドロームの概念を導入することにより、健診によって生活習慣改善の必要性が高い者を効率的かつ確実に抽出しかつ階層化を図り効率的効果的な保健指導を行うこと、および保健指導プログラムの標準化とその普及を実現することが必要であるとしたのである。特定健診・特定保健指導におけるメタボリックシンドローム概念の導入と保健指導プログラムの標準化と強制化は、この健康づくりを進展させようとする流れの中で生まれてきたのである。

また、生活習慣病対策の推進体制として医療保険者による保健事業の取組強化を主張している。具体的には、健保組合等の被用者保険の被保険者本人については、健診は実施されていたが、保健指導は充分には行われてこなかったこと、被用者保険の被保険者本人以外の被用者保険の被扶養者及び自営業者等は、健診も保健指導も充分に実施されてこなかったため、今後は医療保険者が未受診者の把握・保健指導の徹底・医療費適正化効果まで含めたデータの分析評価を実行する保健事業に取り組んでいくことが必要であるとした。

このような保健事業を実施していた医療保険者は、当時極めて少なかったと考えられる。多くの医療保険者がこのような保健事業を実施するには、健診・保健指導プログラムの蓄積を参照出来るようにする必要がある。そのような参照できる先駆的取組を提供したのが、国保ヘルスアップ事業である。国保ヘルスアップ事業は、市町村国保が実施する保健事業の一種で、厚生労働省が指定した市町村が実施主体となり、高血圧、糖尿病等の生活習慣病予備軍に対する個別健康支援プログラムを開発・実施・評価するものである。国保ヘルスアップ事業では、生活習慣病の一次予防を中心にしており、被保険者個々の自主的な健康増進及び疾病予防を図り、被保険者のQOLの向上を通じた将来的な医療費適正化を図るための事業として位置づけられている。2002年から2006年までモデル事業として国保ヘルスアップモデル事業が開始され、その成果は特定健診・特定保健事業における標準的な健診・保健指導プログラムに取り入れられた（2005年から国保ヘルスアップ事業はモデル事業ではなく一般事業化された。2006年には特定健診・特定保健指導事業の準備として実施された）。特定健診・特定保健事業における標準的な健診・保健指導プログラムにおいて、重症化防止等の二次予防が対象になっていないのは、国保ヘルスアップ事業からの流れから見ると自然な帰結になる。

### 第3節 財政政策に適合するための医療費適正化を実現する政策

2005年に閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005」（いわゆる骨太の方針第5弾）では、持続的な社会保障制度の構築のためには持続可能性を確保するための過大な伸びの抑制策が必要であり、特に伸びの著しい医療を念頭に、医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、定期的にその達成状況をあらゆる観点から検証した上で、達成のための必要な措置を講ずることとするとされた。これを受けて、同年医療制度改革大綱が政府与党で決定された。この医療制度改革大綱に則り2006年医療制度改革関係の立法がなされ、特定健診・特定保健指導事業が導入された。

医療制度改革大綱は、特定健診・特定保健指導事業に関係が深い、生活習慣病予防と医療費適正化に関して、次のように述べている。生活習慣病予防については、「健康と長寿は国民誰しもの願いであり、今後は、治療重点の医療から、疾病の予防を重視した保健医療体系へと転換を図っていく。特に、生活習慣病の予防は、国民の健康の確保の上で重要であるのみならず、治療に要する医療費の減少にも資することとなる。」すなわち、生活習慣病予防は医療費の減少をもたらすとの考えが表明されている。医療費適正化については、「急速な少子高齢化の進展の中で、国民の安心の基盤である皆保険制度を維持し、将来にわたり持続可能なものとするため、医療費について過度の増大を招かない

よう、経済財政と均衡がとれたものとしていく必要がある。このため、医療給付費の伸びについて、その実績を検証する際の目安となる指標を策定するなど、国民が負担可能な範囲とする仕組みを導入する。医療費の伸びが過大とならないよう、糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮を図るなど、計画的な医療費の適正化対策を推進する。」つまり、財政均衡を図るために、計画的な医療費の適正化対策を実施するという趣旨が述べられている。この二つを結びつけると、医療費減少に資する生活習慣病予防は、医療費適正化対策の重要な手段になる。

#### 第4節 根拠に疑問が投げかけられた政策

医療費減少に資する生活習慣病予防は医療費適正化対策の重要な手段になるとの政策は果たして科学的根拠があるのかについて、立法時にどのような議論がなされたかを本節では振り返る。

第1章第2節第2項で、慢性疾患状況に関する管理を改善することと健康状況の改善には明確な相関があるが、科学的証明が不足しており、慢性疾患対策プログラムを実施することは、多大な費用を要するので、大規模に導入するには費用対効果に関する研究を行ったのちに政策決定をすべきであるという欧州の見解を紹介した。立法時の議論として、科学的証明が不足している、費用対効果を考慮すべきとの欧州で出された当時の議論は、日本では参照されなかった。特定健診・特定保健指導事業の導入時に厚生労働省に設置された検討会では検討資料が詳細に亘って公表されているが、検討資料にはこの見方について検討はされていない。海外での議論は参照されていないのである。

国会の議論ではメタボリックシンドロームの基準に関わる医学的根拠について議論がなされたほか、医療費減少に資する生活習慣病予防は医療費適正化対策の重要な手段になるとの政策は果たして科学的根拠があるのかについて、2006年5月12日開催の衆議院厚生労働委員会で質疑が行われた<sup>13</sup>。同委員会の委員から特定健診・特定保健指導事業を通じてメタボリックシンドロームの改善もしくはそれを通じて糖尿病・高脂血症・高血圧症などを抑制して、最終的には医療費を下げようとしているのかとの質問に対して、政府参考人は2025年には2兆円の医療費節減が図ることが可能だと判断していると回答している。また、委員から、実際に医療費が抑制をされるというデータがないのではないか、メタボリックシンドロームで医療費が下がるという根拠のあるデータにはどのようなものがあるのかとの質問に対して、政府参考人は政管健保の被保険者約2,800人を対象とする調査研究では、統計学的に見て厳密な分析がされていないが、特定健診と同様の健診で異常の有無で10年後の患者一人当たりの医療費に約3倍の差が生じているとの結果がある、少なくとも定性的には生活習慣病のリスク要因を減らすことが医療費の減少につながると判断していると回答している。そうすると、2025年には2兆円の医療費節減が図ることが可能だと判断は根拠が薄弱なという問題が生じる。2兆円の削減には全く根拠がない、これでもし2兆円の削減ができなかったときは誰が責任とるのかとの委員の質問に対して、政府参考人は、全体の医療費の見通しを立てる中で、2兆円の効果があるだろうという目安を示したのであって、具体的には5年ごとの医療費適正化計画とその見直しを繰り返す努力をして、各期の目標が達成出来なかった場合にはできなかった要因を分析し目安が正しかったのか方法論が誤っていたのか努力が足りなかったのかを検討して、さらに次なる努力につなげていく、プロセスを定めたのが全体の医療費適正化計画であり、PDCAサイクルも含んだ概念として医療費適正化計画を提案していると回答している。つまり、2025年には2兆円の医療費節減が図ることが可能だと判断は、科学的根拠がないと認めているのである。

<sup>13</sup> 第164回国会衆議院厚生労働委員会会議録 第21号 (2005年5月12日) <[http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb\\_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/009716420060512021.htm](http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/009716420060512021.htm)> (accessed Dec. 20, 2014)

### 第3章 特定健診・特定保健指導事業の総括と見直し作業に関する評価

#### 第1節 特定健診・特定保健指導事業の総括：目標と実際

特定健診・特定保健指導事業に関する目標値は、それ自体を単独で設定するのではなく、医療費適正化計画における一部として定められている。また、目標値は医療費適正化計画が国レベルに加えて都道府県等の自治体レベルでも定められるので、特定健診・特定保健指導事業に関する目標値も国レベルと自治体レベルとが存在する。ここでは、国レベルの目標値と実際を取り上げる。

2008年から5年間を計画期間とする、第一期医療費適正化計画では、2012年度において40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健診を受診することを目標として定めた。2012年度の実績は、46.2%であった（ただし、目標には到達しないものの上昇傾向がある）（図表4）。特定保健指導に関しては、特定保健指導が必要と判定された対象者の特45%以上が特定保健指導を受けることを目標とした。特定保健指導終了者数を、特定保健指導対象者数で除したものを健指導実施率と呼んでいるが、2012年度は16.4%だった（これも上昇傾向がある）（図表4）<sup>14</sup>。いずれも、国レベルでは目標未達であった。

図表4 特定健診・特定保健指導の実施率

特定健診の実施率 (単位 人、%)

	対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
平成20年度	51,919,920	20,192,502	38.9%
平成21年度	52,211,735	21,588,883	41.3%
平成22年度	52,192,070	22,546,778	43.2%
平成23年度	52,534,157	23,465,995	44.7%
平成24年度	52,806,123	24,396,035	46.2%

特定保健指導の実施率 (単位 人、%)

	対象者数 (人)	対象者割合	終了者数 (人)	実施率
平成20年度	4,010,717	19.9%	308,222	7.7%
平成21年度	4,086,952	18.9%	503,712	12.3%
平成22年度	4,125,690	18.3%	540,942	13.1%
平成23年度	4,271,235	18.2%	642,819	15.0%
平成24年度	4,317,834	17.7%	707,558	16.4%

(出典) 厚生労働省「第一期医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)」2014年10月

#### 第2節 特定健診・特定保健指導事業の総括と見直し作業の概要

厚生労働省は2011年に「保険者による健診・保健指導に関する検討会」を設置し、特定健診・特定保健指導事業の総括と見直し作業を開始した。2012年7月厚生労働省は、「保険者による健診・保健指導に関する検討会」が取り纏めた、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)を公表した。同資料は、今後の基本的な方向性について、「保

<sup>14</sup> 厚生労働省「第一期医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)」2014年10月。

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、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）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。」と述べている。

要するに、基本的には変更せず、実施率の向上に取り組むことを確認し、科学的根拠は今後提供するとしたのである。

## 第4章 特定健診・特定保健指導事業と医療保険者の保健事業に関する政策論的意義

### 第1節 目的の妥当性および目的と手段の関係

特定健診・特定保健指導事業と医療保険者の保健事業に関する政策論的意義を、目的の妥当性および目的と手段の関係の観点から検討する。

先に述べたように、生活習慣病対策としての健康づくり運動の流れからみると、特定健診・特定保健指導事業を実施する生活習慣病対策の発展を目的しているとの理解も可能である。しかし、特定健診・特定保健指導事業と医療保険者の保健事業に関する政策論では、特定健診・特定保健指導事業を全医療保険者が保健事業として実施することを強制する政策である点に注目すべきである。なぜなら、この政策は、全医療保険者に強制し、ある年齢階級の全国民を対象とする、前例が考えにくい政策だからである。

特定健診・特定保健指導事業を全ての医療保険者に強制実施させる政策は、当然立法措置が必要である。その立法が、高齢者医療確保法である。同法は、特定健診・特定保健指導事業を医療費適正化のために実施すると位置づけている。

同法では、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、都道府県が医療に要する費用の適正化を総合的かつ計画的に推進する医療費適正化計画を定め実行することを求め（第9条第1項）、国が都道府県の医療費適正化計画の指針となる基本指針を定めるとともに全国レベルの医療費適正化計画を定め実行することを求めている（第8条第1項）。医療費適正化計画では、①国民の健康の保持の推進に関し達成すべき目標、②医療の効率的な提供の推進に関して達成すべき目標、③計画期間における医療費の見通しを定めることになっている（第8条第2項、第9条第2項）。特定健診・特定保健指導事業は、①国民の健康の保持の推進に関し達成すべき目標に該当し、特定健康診査実施率、特定保健指導実施率およびメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率の目標値を定めることになっている。②医療の効率的な提供の推進に関して達成すべき目標のなかには、平均在院日数の短縮がある。

平均在院日数と老人医療費とは強い相関を示すとの研究成果があり、平均在院日数の短縮が医療費の削減に効果的であることは、共通理解になっている。一方、特定健康診査実施率、特定保健指導実施率およびメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率は、医療費とどの程度の相関があるかに関する研究成果は少ないと厚生労働省自身が認めている。高齢者医療確保法に関する国会議論でも、政府参考人は特定健診・特定保健指導事業が医療費の削減に効果があるか科学的根拠が希薄であると答弁している。また、欧州の議論においても、科学的証明が不足との見解があった。特定健診・特定保健指導事業と医療費との相関および医療費削減効果について不確実な状況では、特定健診・特定保健指導事業を医療費適正化計画に組み込むことが、医療費適正化という目標を実現する手段として適当か疑問が呈されるのは当然である。しかし、証明がされてから政策を実施すると時機を失する

可能性が高いことも考慮すべき点である。この点を考慮するならば、大きな問題点となるのは、全医療保険者に強制することが妥当かどうかとなるはずである。強制化は、全医療保険者がその保健事業に関する予算配分をこの事業に最優先とせざると得ないことを招来する。限られた資源を、不確実な政策目的に使用して良いのかという問題がある。

また、高齢者医療確保法には、目標達成度に応じた報酬制（インセンティブシステム）が導入されている。高齢者確保法第120条第2項は、医療適正化計画における特定健診・特定保健指導事業に係る目標の達成状況等により保険者が負担する後期高齢者支援金額に上下10%まで加算減算する措置を定めている。この措置は、加算ではなく減算すなわちペナルティも設定されていることが特徴である。飴と鞭のうち、鞭はどれほど効果があるか、当事者の納得を得られるかが問題である。目標達成度に応じた報酬制が、保険者に特定健診・特定保健指導事業を遂行させ目標達成を動機づけるという目的があるとするならば、減算措置は目的達成の手段として問題が大きい。現に、保険者による健診・保健指導等に関する検討会において、保険者代表者は、インセンティブをつけること自体は恐らく法の理念としては共有できるが、ペナルティの額が多少ではなく、どうしてペナルティが科されるのかという合理的な説明が本当にできるのか、ペナルティを科される側が一生懸命頑張ってきた中で相対的に低いからペナルティを科されることは納得できないと述べている<sup>15</sup>。当事者の理解・参画意欲および因果関係が明確で自分の貢献とその効果が明確であること、かつ公平性が受け入れられていることが、インセンティブが機能する基盤・条件となるが、この発言は、高齢者医療確保法における目標達成度に応じた報酬制にそれらが欠如していることを示している。

## 第2節 一次予防中心の疾病予防支援事業の目的と範囲

特定健診・特定保健指導事業は、一次予防に限定した、ある対象集団の疾病リスクを低減させるために対象者個人に介入する疾病予防支援事業としてとらえることができる。確かに、定性的信念として予防支援事業が集団の疾病リスクを低下させることは容易に理解できる。だが、一次予防の介入が当該事業の効果として疾病リスクの低減がどの程度医療費支出を抑制したかを計測することは容易ではない。他方、疾病リスクの低下は直ちにQOLの向上に直結し、自覚される。はっきりしていることは、疾病予防支援事業は対象者のQOLの向上を実現することである。

一次予防に限定した、ある対象集団の疾病リスクを低減させるために対象者個人に介入する疾病予防支援事業は、医療費の伸びの抑制に効果があるか明確でない。仮にあったとしても、その医療費削減効果は医療費総額に大きな効果を期待することは現実的ではない。また、医療費削減効果があるかという問題以外にも、その削減効果が医療費全体のなかでどの程度になるかという問題もある。さらに、保健指導等の資源投入をしても、医療費削減が資源投入額に比して少ないとすれば、効果は好ましい評価をえることは出来ない。

一方、二次予防と観念されることが多い、重症化防止は医療費削減効果が明確であり、関係者が容易に判断できる。例えば、糖尿病の重症化防止により人工透析を回避できたならば、医療費削減効果ははっきりしている。勿論、QOLも低下せず、向上が実現できる。

一次予防の介入を行う、特定健診・特定保健指導事業は、医療費適正化ではなく、対象者のQOLを維持・向上を目的とするならば、目的整合的な政策になるだろう。

<sup>15</sup> 保険者による健診・保健指導等に関する検討会第7回2012年2月24日 <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000259xg.html>> (accessed Dec.20, 2014)

### 第3節 政策論に必要な費用対効果と見えざる不利益の視点

特定健診・特定保健指導事業を全ての医療保険者に強制実施させる政策は、費用対効果の観点からどのように評価できるだろうか。ここで費用対効果を議論するのは、健康保険者が有する資源は、従来の様な資源の増分を期待できないばかりか保険給付に振り向けるべき資源は増加する傾向にあるからである。従って、保健事業に充当できる資源の制約は従来に比して強くなっている状況にある。

健康保険組合の責任者のなかには、健康保険組合財政からみれば一次予防の特定健診・特定保健指導に資源投入するよりも、重症化防止に投入するのが合理的であるとの意見を持っている者もいる。財政的観点からは有限の資源を使って最大の効用を得る必要があり、費用対効果の視点は不可欠である。特定健診・特定保健指導事業の強制は、費用対効果に基づく選択を、医療保険者から奪っているという問題をはらんでいる。

また、標準プログラムを強制していることは、より良いプログラムを実行する機会あるいはイノベーションが起きる機会を医療保険者から奪っていることを意味している。これらの実現できるはずの機会・選択は、目に見えない。見えるのは、既存の制度の適用である。既存の制度運営を改善するPDCAサイクルは、誰の目にはっきりしている。しかし、イノベーションを阻害していることは見えない。イノベーションの阻害は、見えざる不利益である。政策論では、これらの見えざる不利益を考慮して検討をする必要がある。

### 第4節 今後の展開と生み出された資産

特定健診・特定保健指導事業は、今後につながる蓄積をもたらした。全医療保険者に特定健診・特定保健指導事業を強制し、保険者間で情報の交換と実施状況の報告を求めた。それを実現するために、個人別健診結果データと個人別保健指導結果データを標準化した仕様でデジタル化することが推進された。その結果、特定健診・特定保健指導事業で得られる情報が標準化した仕様でデジタル化され、分析に使用出来る基盤が構築された。

加えて、2008年よりレセプトのオンライン提出が原則となり、レセプト情報もデジタル化が推進された。この結果デジタル化された、健康・医療情報を活用した分析が可能となった。厚生労働省は、医療保険者がこうした分析を行った上で行う、加入者の健康状態に即したより効果的・効率的な保健事業をデータヘルスと呼んで推進を図っている。なお、データヘルスは、立法による強制ではなく、医療保険者に実施と公表を求める方法による推進が行われている。

同省は、データヘルスの事例として医療保険者による糖尿病性腎症重症化予防を始めとする有病者の重症化の予防をあげている<sup>16</sup>。すなわち、保健指導の実施（病名・投薬状況等から必要と判断される者に対し、医療機関と十分に連携し、生活習慣病等の改善に向けた指導を行う）と医療機関への受診勧奨（健診データとレセプトデータを突合し、健診データで異常値を出しているにもかかわらず、通院していない者等に対し、受診勧奨を行う）である。

特定健診・特定保健指導事業は、医療保険者が自己の対象集団に対して最適化したデータヘルスを実現する基盤を提供したのである。

<sup>16</sup> 厚生労働省保険局「医療費適正化について」第82回社会保障審議会医療保険部会（2014年10月15日）提出資料