

厚生労働科学研究費補助金
(政策科学推進研究事業)

医療費分析による保健医療の効率評価に関する実証研究
(H16－政策－一般－023)

平成16～18年度総合研究報告書

平成 19 (2007) 年 3 月

主任研究者 辻 一郎 (東北大学大学院医学系研究科)

目 次

I. 研究組織.....	1
II. 総合研究報告書	
医療費分析による保健医療の効率評価に関する実証研究.....	3
医療制度改革のあり方に関する提言 -予防を基調とする保健医療システムをめざして-.....	12
III. 研究成果の一覧	
(1) 論文発表	19
(2) 学会発表	79

I. 研究組織

主任研究者

辻 一郎

東北大学大学院医学系研究科医科学専攻社会医学講座公衆衛生学分野・教授

研究協力者

○平成 16 年度

東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野	栗山 進一、西野 善一、寶澤 篤 大森 芳、鈴木 寿則、島津 太一
東北大学大学院法学研究科	坪野 吉孝
東北大学大学院薬学研究科	大久保孝義
宮城大学看護学部	安齋由貴子
東北大学医学部保健学科	瀬川 香子

○平成 17 年度

東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野	栗山 進一、中谷 直樹、大森 芳 鈴木 寿則、島津 太一
東北大学大学院法学研究科	坪野 吉孝
ミネソタ大学疫学	寶澤 篤
東北大学大学院医学系研究科運動学分野	牛 凱軍

○平成 18 年度

東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野	栗山 進一、中谷 直樹、大森 芳 島津 太一、菊地 信孝
東北大学大学院医学系研究科運動学分野	永富 良一
東北大学大学院歯学研究科加齢歯科学分野	渡邊 誠、岩松 正明、清藤 浩也
東北福祉大学感性福祉研究所	藤田 和樹、鈴木 玲子
西会津町健康福祉課	新田 幸恵、三浦 千早

(所属は研究協力当時のもの)

II. 総合研究報告書

医療費分析による保健医療の効率評価に関する実証研究

主任研究者 辻 一郎 東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野・教授

研究要旨

予防を基調とする保健医療が医療経済に及ぼす効果を実証的に示すとともに、新しい保健医療のあり方を根拠に基づいて提言することを目的として、生活習慣や動脈硬化危険因子が医療費に及ぼす影響に関するコホート研究、健康づくりの進展とともに医療費が減少している福島県西会津町の事例検討、レセプト情報を活用した医療費分析を行った。

本研究により、(1)高血圧・高血糖・肥満のいずれも該当しない者に比べて、3つ全て該当する者の医療費は約2倍(7年間の追跡)であったこと、(2)喫煙・肥満・運動不足のいずれも該当しない者に比べて、3つとも該当する者の医療費は43.7%増加したこと(9年間の追跡)、さらに総医療費の13.4%がこれら3つの生活習慣によること、(3)西会津町では、町ぐるみで健康づくりを展開するなかで、栄養や運動習慣で大きな改善があり、この10年間で脳卒中既往歴の頻度が半減したこと、(4)糖尿病患者の医療費は、循環器疾患の合併で1.93倍、腎症の合併で1.74倍、網膜症の合併で1.68倍に増加したこと、(5)統合失調症医療費の市町村格差の最大要因は同患者における入院割合であり、入院割合を10%減少すれば統合失調症医療費の22.9%を削減できることなどが、明らかとなった。

これらの知見はすべて、生活習慣病の予防と管理を通じて医療費を節減できる余地が実に大きいことを示唆するものである。これら研究成果に基づいて、「医療制度改革のあり方に関する提言—予防を基調とする保健医療システムをめざして—」と題する提言を公表した。そのなかで、(1)保険者が主体となって生活習慣病予防事業を実施すること、(2)医療保険を通じて予防に向けたインセンティブを導入すること、(3)医療保険に予防給付を導入することの必要性を強調した。

A. 研究目的

国民医療費が急騰を続けるなか、「予防」に対する期待が高まっている。すなわち、疾病予防と健康増進を拡充することによって国民の健康水準が改善すれば、国民の医療ニーズは減少し、その結果、国民医療費も減少するのではないかという期待である。この期待は論理的にも妥当なものであるが、それを実証した研究は実のところ驚くほど少ない。

本研究の目的は、予防を基調とする保健医療が医療経済に及ぼす効果を実証的に示すとともに、新しい保健医療のあり方を根拠に基づいて提言することである。そのため、以下の4つの研究を行った。

(1)平成7年より継続している5万人規模の国保加入者の追跡調査をもとに、生活習慣や基本

健診成績が医療費に及ぼす影響を定量的に明らかにした。

(2)総合的な健康づくりを展開するなかで医療費が減少している福島県西会津町の事例検討により「健康づくりの展開 → 生活習慣の変容 → 健康水準の改善 → 医療費の減少」の過程を検証した。

(3)国保レセプトの解析により、生活習慣病に関する医療費の構造を解明した。

(4)上記の研究成果及び関連する国内外の調査研究に関する検討に基づいて、医療制度改革のあり方に関する提言を行った。

本研究を通じて、費用効果的な保健医療対策の確立、国民の健康水準と生活の質の向上、そして医療費の適正化に資することを目指すものである。

B. 研究方法

1) 大崎国保加入者コホート研究にもとづく検討

本研究では、宮城県の大崎保健所管内に住む40歳から79歳の国民健康保険加入者全員約5万人を対象として、平成6年9月から12月にベースライン調査を行い、平成7年1月以降の医療利用状況を追跡している。

ベースライン調査の項目は、性、年齢などの基本情報、病歴、身体機能、喫煙・飲酒・肥満度・身体運動や食習慣などの健康に関連する生活習慣であった。調査は、訓練を受けた調査員が対象者を訪問して協力を依頼し、同意が得られた者について数日後に再度訪問して調査票を回収した。対象者54,966人に対し、有効回答者数52,029人(95%)であった。

追跡調査では、平成7年1月から宮城県国民健康保険団体連合会からデータ提供を受けて、上記対象者の入院・入院外別の受診日数と医療費、死亡・転出による異動を追跡している。これをもとに、以下の解析を行った。

① 動脈硬化危険因子と医療費との関連

上記回答者のうち、平成7年度基本健康診査を受けた16,683名を解析の対象とした。高血圧(健診時血圧値140/90mmHg以上または高血圧既往歴あり)、高血糖(健診時血糖値150mg/dl以上または糖尿病既往歴あり)、肥満(Body Mass Index 25以上)の有無および組み合わせをもとに対象者を分類した。平成8年1月から同14年12月までの7年間の医療費データをもとに、1月あたり平均医療費を計算した。そして、上記の危険因子と医療費との関連を共分散分析により解析した。

② 喫煙・肥満・運動不足が医療費に及ぼす影響

喫煙、肥満、運動不足それぞれの有無および組み合わせをもとに対象者を分類した。喫煙は現在・過去喫煙、肥満はBody Mass Index (BMI) 25.0 kg/m²以上、運動不足は1日歩行時間1時間未満と定義した。平成7年1月から同15年12月までの9年間の医療費データをもとに、1月あたり平均医療費を計算した。そして、上記の危険因子と医療費との関連を共分散分析により解析した。

2) 福島県西会津町における健康づくりと医療費減少に関する検討

福島県耶麻郡西会津町は福島県北西部に位置し、平成16年10月1日現在の人口は8,984人(高齢化率37.9%)である。同町は、昭和60年当時、脳血管疾患の標準化死亡比が全国平均の1.7倍で、平均寿命も短かった。そこで同町は、「百歳への挑戦」をスローガンとして、保健・医療・福祉の連携で健康づくりを支援する試みを平成5年に開始した。これにより、同町では脳血管疾患による死亡率が年々減少し、平成10年頃より医療費が減少に転じるなど大きな成果を挙げている。

「健康づくりの展開 → 生活習慣の変容 → 健康水準の改善 → 医療費の減少」の過程を検証するため、平成5年と同15年に行われた町民調査をもとに、この間の生活習慣の変容および健康水準の改善について検討を行った。

3) レセプト情報を活用した医療費分析

① 糖尿病合併症と医療費との関連

宮城県内の7町に居住する国民健康保険加入者全員31,023人のうち、17,994人が平成14年5月に診療を受けていた。そのうち、糖尿病に関連する傷病名が診療報酬明細書に記載されていた2,999人(男性1,455人、女性1,544人)を研究対象とした。糖尿病の合併症である循環器疾患、腎症、網膜症、神経障害、白内障が、医療費に及ぼす影響を共分散分析により解析した。

② 統合失調症医療費の地域格差とその要因

上記対象者のうち、社会保険表章疾病分類表の中分類(平成7年1月1日)による「統合失調症」または「パラノイア」の傷病名が診療報酬明細書に記載されていた382人(入院104人、外来278人)を研究対象として、統合失調症患者の1人あたり平均医療費を町ごとに計算した。統合失調症医療費の地域格差の要因を解明するため、統合失調症患者における1人あたり平均医療費と入院割合(統合失調症患者に占める入院患者の割合)との関係を解析した。

③ 残存歯数と医科医療費との関連

対象者は、満50歳以上(平成17年5月末日現在)の宮城県内の国民健康保険被保険者全員である。このうち、平成17年5月宮城県内の歯科保険

医療機関を受診した者について、歯科保険医療機関にレセプトの傷病名部位欄に残存歯数と喫煙状況を記入するよう依頼した。

同月の歯科受診者72,041人のうち、残存歯数に関する情報が得られた31,548人(44%)について、医科医療費を同月診療分の医科・調剤レセプトとの照合により把握した。残存歯数ごとに年齢・性・喫煙状況で調整した平均医科医療費・平均受診日数を、共分散分析を用いて算出した。

4) 医療制度改革のあり方に関する提言

これまで試みられてきた医療費抑制策の問題点について検討するとともに、予防を通じて医療費の節減を図ることのエビデンスを示したうえで、予防を基調とする保健医療システムの構築に向けた私案を示した。

その成果物として、「医療制度改革のあり方に関する提言ー予防を基調とする保健医療システムをめざしてー」と題する提言を本研究報告書に掲載した。その内容は、第1章「財政主義的な医療費抑制策の限界」、第2章「生活習慣が医療費に及ぼす影響について」、第3章「予防を基調とする保健医療システムの構築に向けた提言」、第4章「おわりに」により構成された。

5) 倫理上の配慮

本研究は医療費というセンシティブな個人情報を取り扱うため、対象者個人の利益と権利を侵害することのないように最大限の配慮を払うべきであることは言うまでもない。各研究でどのような配慮と措置が施されているかについて述べる。

なお、これら全てが東北大学医学部倫理委員会で承認されている。

① 大崎国保加入者コホート研究にもとづく検討

医療費データの追跡に関する書面での同意は得ていない。しかし、ベースライン調査の実施にあたって、アンケート調査に協力した者の医療費を追跡することを口頭で説明している。調査対象者は、自由意思でアンケート調査票に回答しており、それをもって間接的な同意と解釈できる。

宮城県国保連合会から提供されている医療費データは、月別の入院・入院外別受診日数と医療費のみであり、傷病名に関するデータの提供は受けていない。生活習慣データ・医療費データの全

ファイルから個人名を削除している。両データファイルのリンケージは、国保番号をキー・コードとして行っている。本研究の主任研究者は国保番号と個人名との対照表(紙によるもの)を保有しているが、厳重な施錠の下で管理しており、通常はそれを閲覧できないようにしている。これにより、データ処理は匿名化に極めて近い状況で行われている。

② 福島県西会津町における健康づくりと医療費減少に関する検討

本研究は、同町における健康づくりが町民の健康状態と医療費に及ぼした影響を分析するものであり、集団単位で集計されたデータのみを用いており、個人情報を使用していない。また、介入(禁煙教育・運動事業)の実施にあたっては、十分な説明の後、参加者から書面による同意を得た。

③ レセプト情報を活用した医療費分析

宮城県国民健康保険団体連合会は、研究データを連結不可能匿名化したうえで、本研究者に提供した。提供情報の取扱・保管にあたって、情報処理に関わる実務担当者の制限、情報の施錠保管など厳格な管理下に扱い、提供された情報を目的外利用しないことを取り決めた。

以上より、倫理面の問題は存在しない。

C. 研究結果

1) 大崎国保加入者コホート研究にもとづく検討

① 動脈硬化危険因子と医療費との関連

対象者のうち、高血圧、高血糖、肥満のいずれも該当しなかった者は39%に過ぎなかった。いずれか2つ該当する者は19.7%、3つすべて該当する者は1.9%を占めていた。

これら危険因子の組み合わせと医療費との関連を検討したところ、高血圧、高血糖、肥満のいずれも該当しなかった者の1月あたり平均医療費19,343円に対して、いずれか1項目のみ該当する群の医療費は1.1~1.4倍、2項目の集積では1.3~1.8倍、3項目すべて集積した群の医療費は約2倍に増加した(表1)。

以上のように、動脈硬化危険因子の集積は、循環器疾患リスク同様に医療費にも相乗的に作用する可能性が示唆された。

②喫煙・肥満・運動不足が医療費に及ぼす影響

喫煙習慣と医療費との関連では、男性の生涯非喫煙者の1月あたり医療費23,562円に対して、現在・過去喫煙者の医療費は17.5%増加した。女性でも、生涯非喫煙者の1月あたり医療費19,382円に対して、現在・過去喫煙者では10.6%増加した。

BMIレベルと医療費との関連では、男性のBMI:21.0~22.9群の1月あたり医療費24,655円に対して、BMI:25.0~29.9群で16.8%、BMI:30.0以上の群では22.9%、それぞれ医療費が増加した。女性でも、BMI:21.0~22.9群の1月あたり医療費18,761円に対して、BMI:25.0~29.9群で12.4%、BMI:30.0以上の群で25.7%の医療費

増加があった。

1日歩行時間と医療費との関連では、男性の1日1時間以上歩行する群の1月あたり医療費25,230円に対して、歩行時間30分~1時間の群で15.0%、30分未満の群で19.6%の医療費増加があった。女性でも、1時間以上歩行群の18,889円に対して、歩行時間30分~1時間の群で8.4%、30分未満の群では14.8%増加した。

喫煙・肥満・運動不足の組み合わせと1月あたり医療費との関連について述べる(表2)。3つのリスクのいずれも該当しない群の1月あたり医療費20,376円に対して、いずれか1つリスクがある群では医療費が6~9%増加していた。さらに2

表1 動脈硬化危険因子の組み合わせと平均医療費

	平均医療費*	比率
0項目	19,343	1.00
1項目		
肥満	20,379	1.05
高血圧	25,106	1.30
高血糖	27,517	1.42
2項目		
肥満+高血圧	27,122	1.40
肥満+高血糖	25,888	1.34
高血圧+高血糖	33,852	1.75
3項目		
肥満+高血圧+高血糖	38,521	1.99

* 性、年齢、喫煙、飲酒、他の危険因子の合併の有無で補正

表2 喫煙・肥満・運動不足の組み合わせと1月あたり医療費

リスクの組み合わせ			医療費(円)*	比率
喫煙	肥満	運動不足		
-	-	-	20,376	1.00
+	-	-	22,340	1.10
-	+	-	21,766	1.07
-	-	+	21,877	1.07
+	+	-	22,745	1.12
+	-	+	26,696	1.31
-	+	+	23,853	1.17
+	+	+	29,272	1.44

* 性、年齢、飲酒習慣、がん・心筋梗塞・脳卒中既往歴で補正

表3 喫煙・肥満・運動不足による過剰医療費割合：大崎国保コホート研究9年間追跡結果(95.1-03.12)

危険因子の組み合わせ			対象者数(人)	1人当たり全観察期間 総医療費(円)*	過剰医療費 割合(%)
喫煙†	肥満‡	運動不足§			
-	-	-	4,772	1,703,160	-
+	-	-	5,708	1,816,675	1.1
-	+	-	1,966	1,944,914	0.8
-	-	+	4,986	1,907,993	1.8
+	+	-	1,640	1,955,070	0.7
+	-	+	5,434	2,175,931	4.5
-	+	+	2,361	2,090,896	1.6
+	+	+	2,077	2,492,880	2.9
計					13.4

運動機能に支障ある者を除外。

* 性、年齢、飲酒習慣、がん・心筋梗塞・脳卒中既往歴で補正

† 現在および過去喫煙

‡ ボディー・マス・インデックス(BMI=体重kg/身長m²)25.0以上

§ 1日あたり歩行時間1時間未満

つ該当する者の医療費は11～31%増加。そして喫煙・肥満・運動不足のすべてが該当する者では、43.7%も医療費が増加していた。

上記3つの組み合わせによる過剰医療費の割合を表3に示す。3つの生活習慣のうち、1つでも該当する場合は、最も少ない場合でも0.7%の過剰医療費がみられ、運動不足があるときには特に医療費の過剰割合が大きかった。これら3つの健康リスクによって、13.4%の医療費が過剰にかかっていた。

これを平成15年度の国民医療費31兆5,375億円に当てはめると、4兆2,260億円が喫煙・肥満・運動不足という基本的な健康リスクによることが示唆された。

2) 福島県西会津町における健康づくりと医療費減少に関する検討

西会津町は、同町民に多かった脳血管疾患・胃がん・骨粗しょう症を予防するため、「減塩食の普及」、「運動習慣の活性化」や「在宅健康管理システムの導入」などの地域保健サービスを展開し

た。特に栄養改善では、人口9,000人足らずの町に、100人を超える食生活改善推進員が組織された。

この結果、平成5年から平成15年の間に、食塩摂取量は1.2グラム減少（平成5年と平成11年の比較）、緑黄色野菜・肉類を食べる人の割合（50歳以上）はそれぞれ7%・10%以上増加、運動やスポーツをする人の割合（50歳以上）も男女とも増加し、特に女性では20%増加した。肥満度には大きな変化はみられなかった（表4）。平均寿命は順調に伸び、特に男性では、平成7年以降全国平均を上回る伸びを示した（図1）。

また脳卒中既往歴は、平成5年から同15年の間に半減（男性：8.2% → 4.1%、女性：5.3% → 2.7%）した。以上の結果から、地方自治体の町ぐるみ健康増進事業により、住民の生活習慣が変容し、健康指標が改善していることが示された。

3) 生活習慣病の医療費構造に関する検討

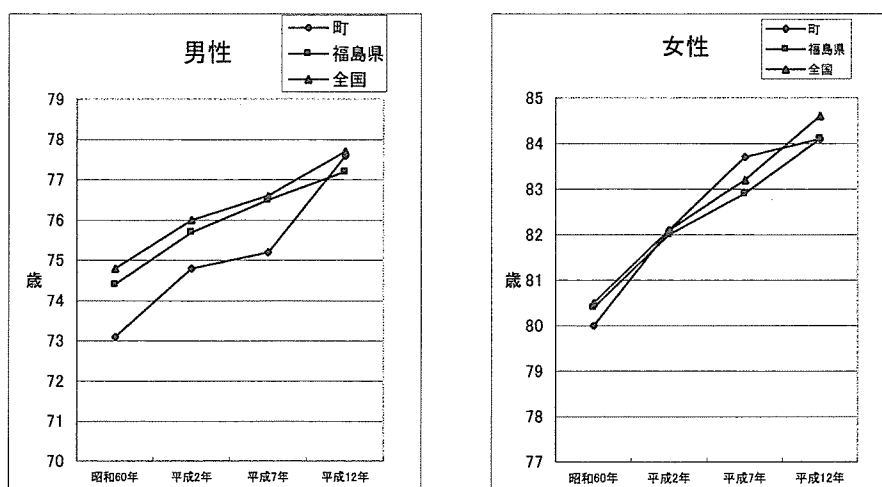
① 糖尿病合併症と医療費との関連

糖尿病で治療を受けていた2,999名のうち、

表4 生活習慣と肥満度：10年間の変化

生活習慣と肥満度	男性		女性	
	平成5年	平成15年	平成5年	平成15年
緑黄色野菜をほぼ毎日食べる人の割合（%）	50.1	57.0	59.1	67.0
肉類を毎日食べる人の割合（%）	14.9	25.7	12.0	27.5
運動やスポーツをする人の割合（%）	28.7	39.0	23.4	43.2
BMI 25.0以上の人の割合（%）	22.5	22.9	23.4	23.6

図1 平均寿命の伸び



35.6%が循環器疾患を、9.1%が腎症を、8.0%が網膜症を、9.9%が神経障害を、21.8%が白内障を合併していた。

それぞれの合併症について、それを有しない者と比べて、有する者の医療費は、循環器疾患で49,708円(1.93倍)、腎症で49,425円(1.74倍)、網膜症で46,335円(1.68倍)に達しており、その差はそれぞれ有意であった。一方、神経障害と白内障では、それぞれの合併群と非合併群との間に有意な医療費の差はなかった(表5)。

糖尿病の合併症が、解析対象者の医療費総額に与える影響を推計したところ、糖尿病患者の医療費全体214,054,390円のうち、循環器疾患合併による医療費増加は24.8%を占めていた。同様に腎症合併による医療費増加は6.3%を、網膜症のそれは5.2%を占めていた。これら3疾患を合計すると、糖尿病患者の医療費総額のうち36%がこれら合併症によるものであった。

② 統合失調症医療費の地域格差とその要因に関する検討

研究対象7町の統合失調症の患者数と1人あたり医療費を表6に示す。1人あたり医療費の最も

高い町(139,415円)と最も低い町(74,813円)との間には、1.86倍の格差があった。

統合失調症患者382人のうち、入院患者は104人(27.2%)であった。一方、統合失調症患者の総医療費のうち、入院患者の医療費は82.8%を占めていた。その割合は、7町の間で最高33.3%から最低17.9%まで格差が大きかった。

各町の統合失調症患者における入院患者の割合と1人あたり医療費との間には有意な正の相関が認められ、両者の関係(図2)は $y = 2,181.5x + 35,929$ という直線回帰式で表された。この回帰式をもとに推定すると、地域における入院割合を10%減少した場合、医療費の減少は約830万円にのぼり、統合失調症患者の総医療費3,461万円のうち、22.9%を削減できる可能性が示唆された。

③ 残存歯数と医科医療費との関連に関する研究

性・年齢・喫煙状況で調整した平均医科医療費・平均医科受診日数を、残存歯数が20本以上の群とその他の群で比較した(表7)。平均医科医療費は、残存歯数が20本以上の群と比較して0~4本、5~9本の群で統計学的に有意に高かった。平均医科医療費は0~4本で33,654円、5~9本で31,863円、10~14本で30,909円、15~19本で29,124円、20本以上で28,047円であった。疾病別(社会保険表章用疾病分類統計表による19種類の分類)で有意な医療費の差がみられたものは、新生物、精神及び行動の障害、呼吸器系の疾患、消化器系の疾患であった。

表5 糖尿病患者の1ヶ月医療費

	平均医療費 (95%信頼区間)	
循環器疾患		
なし	53,706	(44,801-62,612)
あり	103,415	(91,295-115,534)
P値	<0.001	
腎症		
なし	66,876	(59,463-74,289)
あり	116,301	(92,503-140,100)
P値	<0.001	
網膜症		
なし	67,683	(60,297-75,068)
あり	114,017	(87,806-140,229)
P値	<0.001	
神経障害		
なし	72,154	(64,717-79,594)
あり	64,260	(41,557-86,964)
P値	0.52	
白内障		
なし	72,771	(64,693-80,860)
あり	66,351	(50,541-82,161)
P値	0.49	

* 性・年齢・循環器疾患・腎症・網膜症・神経障害・白内障(あり・なし)を補正

表6 統合失調症の患者と1人あたりの医療費

町別	受療者数 (人)	1人あたり費用(円)(SD)
A町	12	139,415 (197,514)
B町	47	102,156 (132,349)
C町	69	102,008 (132,459)
D町	83	100,423 (130,971)
E町	27	95,312 (119,739)
F町	116	85,314 (120,880)
G町	28	74,813 (117,517)

図2 入院割合と医療費の相関

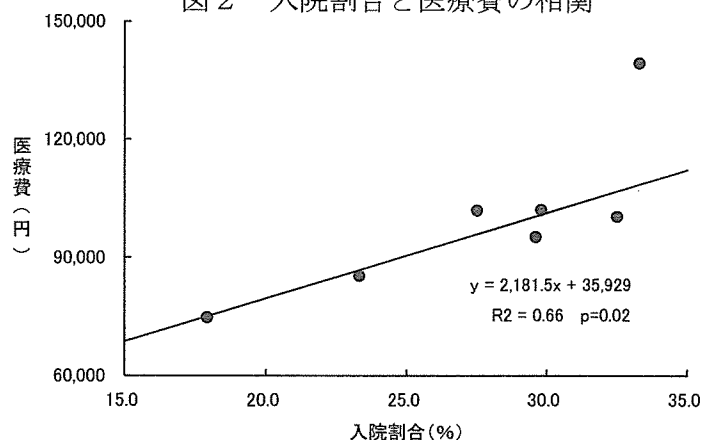


表7 残存歯数と医科医療費・医科受診日数

変数	残存歯数 (本)				
	0～4	5～9	10～14	15～19	20～
医科医療費* (円)	33,654 † (1,368)	31,863 † (1,366)	30,909 (1,225)	29,124 (1,082)	28,047 (606)
医科受診日数* (日)	2.8 (0.1)	2.6 (0.1)	2.7 (0.1)	2.6 (0.1)	2.6 (0.0)

*: 性・年齢・喫煙状況で補正 †: 20本以上と比べて有意差あり (p < 0.05)

4) 医療制度改革のあり方に関する提言

これまで試みられてきた医療費抑制策の問題点について検討するとともに、予防を通じて医療費の節減を図ることのエビデンスを示したうえで、予防を基調とする保健医療システムの構築に向けた私案として、「医療制度改革のあり方に関する提言—予防を基調とする保健医療システムをめざして—」と題する提言を本研究報告書に掲載した。その要旨は、以下の通りである。

増加を続ける医療費に対して、財政主義的な立場から様々な対策が行われてきたが、大きな効果は得られていない。むしろ、健康増進と疾病予防を通じて国民の健康レベルを改善させ、その結果として医療費の適正化を図ることの方が、現実的かつ効果的である。

生活習慣は医療費に対して相当な影響を及ぼしている。生活習慣病の発生予防に加えて、(重症化・合併症の予防を目的とする) 疾病管理を拡充することにより、国民の健康レベル・生活の質の向上と医療費の節減という2つの目標を同時に達成するための戦略が求められている。

それを実現するためには、(1) 保険者が主体と

なって生活習慣病予防事業を実施すること、(2) 医療保険を通じて予防に向けたインセンティブを導入すること、(3) 医療保険に予防給付を導入することが必要となる。それらをもとに予防を基調とする保健医療システムを構築することが、人口減少高齢化時代に到達したわが国の社会経済的な活力を維持するうえで最も重要な課題なのである。

D. 考 察

予防を基調とする保健医療が医療経済に及ぼす効果を実証的に示すことを目的として、大崎国保加入者コホート研究により生活習慣や基本健診成績が医療費に及ぼす影響を解明し、総合的な健康づくりを展開するなかで医療費が減少している福島県西会津町の事例検討を行い、さらに国保レセプトデータを用いて医療費分析を行った。本研究成果及び関連する国内外の調査研究に関する検討結果に基づいて、医療制度改革のあり方に関する提言を行った。

本研究により、(1) 高血圧・高血糖・肥満のいずれも該当しない者に比べて、3つ全て該当する者の医療費は約2倍(7年間の追跡)であったこと、

(2)喫煙・肥満・運動不足のいずれも該当しない者に比べて、3つとも該当する者の医療費は43.7%増加したこと(9年間の追跡)、さらに総医療費の13.4%がこれら3つの生活習慣によること、(3)西会津町では、町ぐるみで健康づくりを展開するなかで、栄養や運動習慣で大きな改善があり、この10年間で脳卒中既往歴の頻度が半減したこと、(4)糖尿病患者の医療費は、循環器疾患の合併で1.93倍、腎症の合併で1.74倍、網膜症の合併で1.68倍に増加したこと、(5)統合失調症医療費の市町村格差の最大要因は同患者における入院割合であり、入院割合を10%減少すれば統合失調症医療費の22.9%を削減できることなどが、明らかとなった。

以上のように、生活習慣などのリスクは医療費に多大な影響を及ぼしている。すでに述べたように、総医療費の13.4%が喫煙・肥満・運動不足という3つの生活習慣によるものであった。これを平成15年度の国民医療費31兆5,375億円に当てはめると、4兆2,260億円という額にのぼる。その一方、わが国で生活習慣病予防(とくに1次予防)に実際に充てられている経費は、それと比べものにならないほど少ないと言わざるを得ない。1次予防への投資を増やして、疾病予防・健康増進の取り組みをさらに強めるべきであると主張する根拠が、ここにある。

本研究成果及び関連する国内外の調査研究に関する検討結果に基づいて、「医療制度改革のあり方に関する提言—予防を基調とする保健医療システムをめざして—」と題する提言を本研究報告書に掲載した。そのなかで、(1)保険者が主体となって生活習慣病予防事業を実施すること、(2)医療保険を通じて予防に向けたインセンティブを導入すること、(3)医療保険に予防給付を導入することの必要性を強調した。本提言は、平成18年6月に成立した医療制度改革関連法における「予防重視」の理論的基盤をなしたものであると、自負している。実際、今回の医療制度改革では、メタボリック症候群に対する特定健診・特定保健指導が医療保険者に義務付けられ、その達成状況に応じて後期高齢者医療費の負担に関する加算・減算というインセンティブが導入されるなど、本提言の内容

が盛り込まれている。

本研究の主任研究者(辻)は、厚生労働省「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」座長として特定健診・特定保健指導のあり方について検討するとともに、内閣府「新健康フロンティア戦略」分科会委員として健康づくりの今後のあり方について総合的に検討し、提言を行っている。その際、本研究課題で得られた知見が基盤をなしていることは言うまでもない。その意味で、本研究成果を政策に発展させ、厚生労働行政の発展に貢献することができたと考えている。今後も、国民の健康増進と生活の質の改善、持続可能な社会保障システムをめざして、研究を続けていく所存である。

E. 結論

生活習慣などのリスクは医療費に対して多大な影響を及ぼしている。その一方、わが国で生活習慣病予防(とくに1次予防)に実際に充てられている経費は、それと比べものにならないほど少ないと言わざるを得ない。1次予防への投資を増やして、疾病予防・健康増進の取り組みをさらに強めるべきである。それこそが、国民の健康増進と生活の質の改善、持続可能な社会保障システムの構築を達成するうえでの前提条件となることを確信するものである。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kuriyama S, Hozawa A, Ohmori K, Suzuki Y, Nishino Y, Fujita K, Tsubono Y, Tsuji I. Joint impact of health risks on health care charges:7-year follow-up of National Health Insurance beneficiaries in Japan (the Ohsaki Study). *Preventive Medicine*, 2004;39:1194-1199.
- 2) Anzai Y, Kuriyama S, Nishino Y, Takahashi K, Ohkubo T, Ohmori K, Tsubono Y, Tsuji I. Impact of alcohol consumption upon medical

- care utilization and costs in men: 4-year observation of National Health Insurance beneficiaries in Japan. *Addiction*, 2005; 100:19-27.
- 3) Ohmori K, Kuriyama S, Hozawa A, Ohkubo T, Tsubono Y, Tsuji I. Modifiable factors for the length of life with disability before death: mortality retrospective study in Japan. *Gerontology*, 2005;51:186-191.
- 4) 鈴木寿則, 坪野吉孝, 栗山進一, 寶澤 篤, 大森 芳, 遠藤 彰, 辻 一郎. レセプト全傷病登録による糖尿病の合併症の医療費分析. *日本公衆衛生雑誌*, 2005;52:652-663.
- 5) Hozawa A, Shimazu T, Kuriyama S, Tsuji I. Benefit of home blood pressure measurement after a finding of high blood pressure at community screening. *Journal of Hypertension*, 2006;24(7):1265-1271.
- 6) 栗山進一, 島津太一, 寶澤 篤, 矢部美津子, 田崎美記子, 物永葉子, 境 道子, 三浦千早, 伊藤文枝, 伊藤孝子, 矢部初枝, 新田幸恵, 鈴木玲子, 藤田和樹, 永富良一, 辻 一郎. 適正減量を目指した糖尿病予防の個別健康教育における強力介入群と通常介入群の比較. *日本公衆衛生雑誌*, 2006;53:122-132.
- 7) 辻 一郎. 介護予防のねらいと戦略. 社会保険研究所, 東京, 2006.
- 8) Ohmori-Matsuda K, Kuriyama S, Hozawa A, Nakaya N, Shimazu T, Tsuji I. The joint impact of cardiovascular risk factors upon medical costs. *Preventive Medicine*, 2007 Feb6;[Epub ahead of print].
2. 学会発表
- 1) 安齋由貴子, 栗山進一, 西野善一, 大森 芳, 辻 一郎, 坪野吉孝, 大久保孝義, 瀬川香子. 飲酒習慣と医療費に関するコホート研究—大崎国保加入者コホート研究による成人男性の分析—. 第40回宮城県公衆衛生学会学術総会, 2004, 仙台.
- 2) 大森 芳, 栗山進一, 寶澤 篤, 鈴木寿則, 大久保孝義, 坪野吉孝, 辻 一郎. 動脈硬化危険因子と医療費: 大崎国保コホート研究. 第15回日本疫学会学術総会, 2005, 大津.
- 3) 鈴木寿則, 坪野吉孝, 栗山進一, 寶澤 篤, 大森 芳, 辻 一郎. 統合失調症における入院割合と医療費に関する地域相関研究. 第14回日本疫学会学術総会, 2004, 山形.
- H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

医療制度改革のあり方に関する提言 -予防を基調とする保健医療システムをめざして-

1. 財政主義的な医療費抑制策の限界

医療費を適正化して医療保険制度を長期的に持続可能なものとするため、これまでは主に財政主義的な立場から様々な対策が講じられてきた。その概要を示し、それらの抱える諸問題を指摘する。

第1の対策は、患者の自己負担率を上げることであった。わが国においても健保本人の外来医療費は、かつての1割負担から現在の3割負担にまで上がっている。同様に、老人医療費の自己負担額も増え続けている。その結果、外来を受診する者が減った。つまり、価格が上がれば需要は減るといふ、経済学的には当然の現象が起こった。しかし医療サービスの購入行動は、洋服や贅沢品などのそれとは違う。医療費の自己負担額が上がったために受診しなくなった者の中には、その後、疾病が重くなってから受診し始める人も出てくるものと思われる。その結果として、疾病が重症化するために医療費も増加してしまうことも起こりかねない。

第2の対策として、診療報酬の定額制が世界的に導入されている。これにより医療のムダが省かれただけでなく、クリニカル・パスの導入など診療の質の改善も進んだことは、十分に評価すべきである。しかしながら、欧米のデータによると、定額制の導入により医療費の伸び率は抑えられたことは事実であるが、これによって医療費が長期にわたって減少したという事例はない。

第3に、内閣府の経済財政諮問会議は、医療費の伸び率を経済成長率と連動させることを提言していたが、これは医学的に有り得ないことである。なぜなら、経済成長が鈍っている不景気の時こそ、人は病気になりやすいからである。したがって、経済成長率と医療費の伸び率を連動させる考えは、社会経済と疾病との関連を無視した乱暴な議論と言わざるを得ない。

他にも、保険給付の対象となる診療行為を制限したり、診療報酬の償還制や人頭制、総枠規制を導入するなど、様々な対策が講じられている。しかし、諸外国における経験では、これらの対策が長期にわたって医療費抑制に成功したことはない。

以上のように、財政主義的な立場・手法による医療費抑制策は、すでに破綻していると言わざるを得ない。さらに、国民の負担を強いる医療費抑制策は、国民の生産性を低下させ、経済活動を停滞させる結果になりかねない。

2. 生活習慣が医療費に及ぼす影響について

しかし、増え続ける医療費に対処しなければならぬことも事実である。ではどのような対策があるのか？ これに対する筆者の立場は、保健医療の基本に忠実なものである。それは予防医学の拡充を求める立場である。健康増進や疾病予防を拡充して、人々の健康レベルが改善すれば、医療に対するニーズは減り、そして医療費も減るであろう。健康レベルの改善と医療費の適正化という2つのことを同時に実現できる唯一の手段、それが予防医学なのである。

そこで、生活習慣病予防を充実させることにより、医療費が適正化される可能性がどの程度あるかについて、検討したい。

(1) 大崎国保加入者コホート研究

筆者らは、宮城県大崎保健所管内に住む国民健康保険（国保）加入者約5万人を対象に、喫煙・肥満など各種の生活習慣と医療費との関連について研究している。研究対象地域は、東北新幹線で仙台から1つ北の駅、古川を中心とする1市13町（当時）である。この地域の国保加入者で、平成6年8月末時点で40歳から79歳であった方々全員約5万4千人を対象に、平成6年9月から12月にかけて「生活習慣アンケート」調査を実施した。そして有効回答の得られた52,029名（94.6%）について、平成7年1月から現在に至るまで、宮城県国保連合会から医療費データ（入院・外来別の受診回数と医療費）の提供を受けて、生活習慣と医療費との関連を解析している。

その成果については、本研究報告書の中の分担研究報告「生活習慣と医療費に関する前向きコホート研究-9年間の追跡による喫煙、肥満、運動不足の影響-」で述べた通りである。その分担報告では、喫煙・肥満・運動不足のそれぞれと医療費との関連について述べている。そこで、この3つの生活習慣の組み合わせが医療費に及ぼす影響について、表1に示す。

表1 喫煙・肥満・運動不足の組合せと1月あたり医療費

リスクの組み合わせ			医療費（円）	比率*
喫煙	肥満	運動不足		
-	-	-	20,376	1.00
+	-	-	22,340	1.10
-	+	-	21,766	1.07
-	-	+	21,877	1.07
+	+	-	22,745	1.12
+	-	+	26,696	1.31
-	+	+	23,853	1.17
+	+	+	29,272	1.44

* 喫煙・肥満・運動不足のいずれも該当しない群の医療費に対する各群の医療費の割合

表1では、各生活習慣リスクを保有する者を「+」、保有しない者を「-」として、8つの組み合わせ別に1月あたり医療費との関連を示している。3つのリスクのいずれも該当しない群の1月あたり医療費20,376円に対して、いずれか1つリスクがある群では医療費が6～9%増加していた。さらに2つ該当する者の医療費は11～31%増加。そして喫煙・肥満・運動不足のすべてが該当する者では、43.7%も医療費が増加していたのである。

各群について、その過剰医療費（リスクの全くない群との医療費の差）と該当者数をもとに計算してみると、この集団の医療費の約15%が、喫煙・肥満・運動不足という3つのリスクに起因するものであることが分かった。

昨年度の研究報告では、同じ研究対象者について、基本健康診査の成績（肥満・高血圧・高血糖）とその後6年間の医療費との関連について報告した。その結果、以下のことが明らかとなった。肥満・高血圧・高血糖のいずれもない者の1月あたり医療費19,343円に対して、肥満単独では1.05

倍、高血圧単独では1.30倍、高血糖単独では1.42倍に、医療費は増加した。さらに、2つのリスクが合併した者では、医療費が1.34～1.75倍となり、肥満・高血圧・高血糖すべてが合併した者の医療費は1.99倍にまで増加した（表2）。

表2 動脈硬化危険因子の組み合わせと平均医療費

	平均医療費* (円/月)	(95%CI)	P値	比率**
0項目	19,343	(18,890-19,796)	Ref	1.00
1項目				
肥満	20,379	(19,649-21,220)	0.93	1.05
高血圧	25,106	(24,494-25,718)	<0.0001	1.30
高血糖	27,517	(25,834-29,201)	<0.0001	1.42
2項目				
肥満+高血圧	27,122	(26,417-27,828)	<0.0001	1.40
肥満+高血糖	25,888	(23,334-28,442)	0.19	1.34
高血圧+高血糖	33,852	(32,083-35,621)	<0.0001	1.75
3項目				
肥満+高血圧+高血糖	38,521	(36,468-40,575)	<0.0001	1.99

* 性、年齢、喫煙、飲酒、他の危険因子の合併の有無で補正

** 肥満・高血圧・高血糖のいずれも該当しない群の医療費に対する各群の医療費の割合

各群について、その過剰医療費（リスクの全くない群との医療費の差）と該当者数をもとに計算してみると、この集団の医療費の約17.2%が、肥満・高血圧・高血糖に起因するものであった。

以上のように、喫煙・肥満・運動不足といった基本的な生活習慣リスク、そして肥満・高血圧・高血糖といった基本的なリスクが、医療費に多大な影響を及ぼしているのである。前者では医療費全体の15%、そして後者では17%という規模に及ぶ。国民医療費30兆円に対応させると、これらは4～5兆円というインパクトである。これから健康づくりを拡充することによって、4～5兆円もの医療費減少効果が期待できるとまでは言えないであろうが、しかし、仮にそのうちの3分の1あるいは半分でも減らせたとすれば、1兆5千億円あるいは2兆円以上の費用節減につながると思われる。今後さらに健康増進・疾病予防の拡充を求める根拠が、ここにある。

我々の研究では、生活習慣・健診データと医療費との関連について、平成7年より追跡を続けている。そして、追跡期間が長くなるにつれて医療費に対する影響の程度は強まっている。一方、アメリカでは、中年期に生活習慣・リスクを測定して、その20年後の医療費との関連が検討されているので、その結果(Diviglius MLらがNew England Journal of Medicineの1998年339巻1122-1129頁に論文掲載)を以下に紹介する。

(2) シカゴ心臓協会研究

この研究は、1967年から73年の間に健診を受診した13,796名のアメリカ人（当時40～64歳）を対象としている。健診では、血圧、血清コレステロール、心電図、喫煙歴などを調査した。そして、1984年から1994年のメディケア医療費を調査した。そして、中年期のリスク程度別に、老年期の医療費を比べている。

対象者をローリスク群とハイリスク群とに分類した。ローリスクとは、血清コレステロール 200mg/dl 未満、血圧 120/80mmHg 以下、非喫煙の 3 つすべてを満たす者と定義されている。一方、どれか 1 つでも外れると、ハイリスクと定義されている。

その結果、総医療費（1 年あたり平均値）は、男性ではローリスク群 3,165 ドルに対してハイリスク群 4,459 ドルと、1.5 倍の格差があった。女性ではローリスク群 1,700 ドルに対してハイリスク群 3,334 ドルと、約 2 倍の格差であった。この 3 つのリスクの組み合わせ別に医療費を比べてみる（表 3）。これは男性の結果であるが、中年期に高脂血症も高血圧もなく、タバコも吸っていなかった方々の、約 20 年後の医療費は 1 年あたり 3,289 ドルであった。それに対して、リスクとともに医療費は増えてくる。そして、高脂血症・高血圧・喫煙の全て該当する者の医療費は 6,068 ドルであり、84%も増えていた。

表 3 中年期の危険因子と老年期の医療費（男性）

高脂血症	高血圧	喫煙	人数	医療費(\$)	比率*
-	-	-	279	3,289	1.00
+	-	-	320	4,167	1.27
-	+	-	1,095	3,816	1.16
-	-	+	145	4,710	1.43
+	+	-	1,938	4,230	1.29
+	-	+	197	5,915	1.80
-	+	+	594	4,907	1.49
+	+	+	1,057	6,068	1.84

* 高脂血症・高血圧・喫煙のいずれも該当しない群の医療費に対する各群の医療費の割合
(Daviglus ML. N Engl J Med 1998;339:1122-9 より)

この結果を受けて、この論文の著者らは「中年期に心血管系の危険因子がなかった者は、単に長生きするだけではなくて、老年期の医療費も低い。中年期における危険因子の改善というものが、高齢期における心血管系疾患の予防に加えて医療費の節減、そして老年期における生活の質の改善にも貢献するであろう」と結論付けている。

3. 予防を基調とする保健医療システムの構築に向けた提言

以上のように、生活習慣は医療費に相当の影響を及ぼしている。したがって、生活習慣病予防を推進することにより、国民の健康レベルの向上だけでなく、国民医療費の低減も期待できる。この 2 つを同時に実現できるものは、疾病予防・健康増進だけしかない。それに対して（自己負担の増加や給付の制限などによる）財政主義的な医療費抑制策では、患者の負担を強いることもあるし、健康レベルの悪化を招く可能性すらある。財政主義的な医療費抑制策に立つ限り、健康レベルの向上と医療費削減は決して両立しない。それが、疾病予防・健康増進との最大の違いであることを認識しなければならない。

そこで、予防を基調とする保健医療システムを構築して、国民の健康レベル・生活の質の向上と医療費適正化という 2 つの目標を実現するには、どのような対策が必要であるかについて、3 つの提言を試みるものである。第 1 に、保険者が主体となって生活習慣病予防事業を実施すること。第

2に、医療保険を通じて予防に向けたインセンティブを導入すること。第3に、医療保険に予防給付を導入することである。

(1) 保険者による生活習慣病予防事業の実施

医療保険者は、従来から保健事業に積極的に関わってきた。政府が平成17年に発表した医療制度改革要綱では、その方向性をさらに強めて、健診などの保健事業の実施を各保険者に義務づけることが明記された。このことは今後の健康づくりにとって大きな効果をもたらすものであり、高く評価するものである。特に保険者が健診の実施主体となることにより、生活習慣指導と健診との連携や健診と医療との連携がさらに強まることが期待される。

それに加えて、保険者が所有するレセプト・データとリンクすることができれば、健診・検診における受診者管理（事後指導を含む）や精度管理が飛躍的に進むであろう。たとえば、基本健診で要医療と判定された者が実際に医療を受けたかどうか、あるいはがん検診で要精検と判定された者が実際に精検を受けたかどうかを把握することは、健診・検診の効果を高める上で重要なことであるにも関わらず、現状では受診者または担当医の自己申告に依存しているため、十分に把握されているとは言い難い。それに対して、保険者が健診・検診の受診者記録とレセプト・データとをリンクすれば、要精検者における精検受診状況も最終診断結果も、必要最小限の事務コストで、完璧な正確さで、しかも個人情報保護のトラブルもなく、把握できるようになる。これにより、健診・検診の事後指導や精検未受診者に対する受診指導を効果的に行うことができる。がん発見率や進行度、受けた治療の内容、さらには見逃し例までレセプトを通じて把握できるので、検診の精度管理も飛躍的に進むであろう。

要するに、基本健診やがん検診を医療保険で行うことができれば、費用節減・受診率向上・精度管理のすべてが可能となる。事実、欧米の多くの国では、健診・検診を医療保険のなかで実施しており、それを通じて様々な成果を挙げているのであり、わが国でも同様の施策が講じられるべきである。

(2) 医療保険を通じたインセンティブの導入

負担と給付の公平という点から見ると、現行の医療保険制度には矛盾がある。医療保険の保険料は、加入者が平等に負担しあっている。一方、その給付では、これまで見てきたように、喫煙・肥満・運動不足などのリスクのある者の方が、多くの医療費を使っている。端的に言えば、喫煙者における過剰医療費の相当部分を非喫煙者が負担している。喫煙しないことによる健康上の利得は、医療保険に反映されない。そこに矛盾がある。

その一方で、個々人のライフスタイルや嗜好は本人が自分の意思で決めるものだということが、現代民主主義における基本的価値観の1つとなっている。そのため、社会が個人の行為に干渉できる余地は限られている。これが、現代社会における公衆衛生活動の隘路ともなっている。

しかし、ある行為が他者や社会に悪影響を及ぼすのであれば、それを規制することが正当であると判断される場合もある。喫煙を例にとると、受動喫煙による健康被害という問題が科学的に明らかになってから、分煙を始めとする喫煙規制が進んだという経緯がある。

その観点から医療保険の矛盾について考察すると、喫煙を始めとする行為は医療保険財政に多大な負担をもたらしている以上、その費用は当事者が負担すべきであるという考えも正当なものである。

たとえば、すでに見てきたように、喫煙者では医療費が増える。その医療費の一部は非喫煙者の保険料から充てられている。その矛盾を解決するには、喫煙による医療費相当額をタバコ価格に転

嫁して、その金額を各医療保険組合に（加入者数に応じて）分配するという方法が考えられる。これが実現すれば、喫煙による医療費増加に伴う不平等は解決するであろう。これにより、もう1つの効果も期待される。タバコ価格が上がれば、喫煙率も自ずから下がってくるであろう。リスクに応じた負担・給付のあり方が、健康づくり・疾病予防に向けたインセンティブにもなり得るのである。

すなわち、生活習慣などのリスクに応じて、あるいは（検診受診などの）予防の実践程度に応じて、医療保険の負担と給付を設定することにより、健康づくり・疾病予防を進めることが国民に動機付けられるであろう。

たとえば、すでに民間の生命保険・医療保険では導入されているように、喫煙の有無や肥満度などに応じて保険料を設定することは可能である。

あるいは、適切な予防医学サービスを受けているかどうかで医療費の自己負担率を変えることも可能となる。たとえば、胃・子宮頸部・肺・乳房・大腸の各がん検診では、その有効性が広く証明されているので、これら5種類のがん医療費については、がん検診で発見された場合とそれ以外の（症状を自覚してから医療機関を受診して診断された）場合とで、自己負担率を変えるべきである。ある調査によると、検診で発見された胃がんとそれ以外の胃がんとでは、医療費には2倍の格差があった。したがって、がん検診で発見された場合に比べて、それ以外の場合では治療費の自己負担率を高くするべきである。それが、がん検診受診に対するインセンティブとなる。その結果、がん検診受診率は上がり、がん死亡率は下がり、そしてがん医療費も下がっていくことになるだろう。

このように生活習慣リスクや予防の実践程度に応じて医療保険の負担と給付を設定することにより、健康づくり・疾病予防に向けたインセンティブが付与される。これにより、国民の健康レベルの改善と医療費の適正化という2つの目標が同時に達成されるであろう。

(3) 医療保険における予防給付の導入

わが国の保健医療システムでは、予防は保健所や保健センターなどが担当して、治療は病院・診療所が担当するといった形で、予防と治療が完全に分離されている。これは、感染症を主体とする疾病構造においては、有効かつ効率的なシステムであったと思われる。しかし、それは生活習慣病を主体とする疾病構造に対処するには限界があると言わざるを得ない。それ以上に、予防と治療の境界は不鮮明になりつつある。

たとえば高血圧治療の最大の目的は、治癒ではなく、予防である。高血圧の本態はいまだ不明であり、根本的な意味での「治癒」は期待できない。降圧治療は対症療法なのであり、血圧値を正常レベルにコントロールすることによって、高血圧合併症（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全など）の発生を予防することを目的としている。つまり、高血圧の治療は、予防のために行われている。このことは、糖尿病でも高脂血症でも、同様である。つまり現在の疾病構造において、予防と治療は不可分であり、両者の垣根はなくなりつつある。その一方で、保健医療制度だけが予防と治療を分離している。そこに矛盾が存在するのである。

むしろ、予防と治療を一体化させる方向で医療保険制度そのものを再構築すべきである。生活習慣病の治療においては、その重症化の予防と合併症の予防に向けた取り組みをさらに重視することが求められる。そのため、最近欧米で注目されている疾患管理（disease management）の手法を取り入れることが重要であり、また生活習慣病患者に対する生活習慣改善指導をさらに強化すべきであると思われる。

そこで、患者教育に要する経費を診療報酬のなかで正当に位置付けることを提言したい。それが

実現すれば、たとえば保健師や管理栄養士が健康教育のための会社や団体を設立して、複数の医療機関から受託することが可能となる。そして患者は外来の待ち時間を利用して、健康教育を受ける。食事摂取や身体活動量、さらには仕事などを含めたライフスタイルに応じた、個別の生活指導を受けられる。相当の効果が期待されるのではなかろうか。そして健康教育に対する診療報酬は、基本ベースに加えて(アウトカム評価に基づく)成功報酬を加味すれば良い。たとえば糖尿病で言えば、食事療法から薬剤療法への移行率などを提供者(健康教育のための会社や団体)ごとに集計して、良好な結果を生んでいるところに報酬を加算する。あるいは、食事療法などをきっちり守っている患者には自己負担率を下げることも考えられる。保健医療の提供者と利用者の双方に対して、予防に向けたインセンティブを導入することは可能である。

これらが実現すれば、日本の健康教育のレベルは飛躍的に高まるであろう。そして疾病の予後も改善されるであろう。その結果、医療費の節減という目標も達成されることであろう。昨年度の本研究報告でも示したように、糖尿病医療費総額のうち、7.1%が腎症の治療のために、4.9%が網膜症の治療のために使われている。両者を合計すると、12%という規模に及ぶ。さらに、脳血管疾患や虚血性心疾患まで考慮に入れるならば、その影響はさらに広がる。生活習慣病医療費のうち、合併症に要するものが相当部分を占めている。適切な予防治療を制度的に行って、合併症の発生を予防する(遅らせる)ことができれば、患者の生活の質が改善するだけでなく、医療保険財政それ自体にも大きな改善が見られるであろう。

臨床治療においても、「予防」には費用節減効果が期待される。しかも、予防の拡充を通じて合併症の発生を予防する(遅らせる)ことができれば、患者の健康レベルと生活の質が改善されることは言うまでもない。予防こそ、医療費の節減と健康・QOLの改善という、2つのことを同時に実現できる唯一の手段である。そのためには、予防に対する十分な投資を惜しんではならない。

4. おわりに

現在わが国では、急速な人口高齢化と生活習慣の悪化という2つの要因により、医療・介護に対するニーズが増加の一途をたどっている。一方、長年にわたる経済活動の停滞と巨額な財政赤字という2つの要因により、医療・介護に充てられる財源には限りが見えてきた。つまり、需要が増える一方で供給に限界があるという、矛盾にわが国は直面している。

さらに、日本人の生活習慣が急速に悪化しているため、生活習慣病は今後も増え続けていくであろう。このような状況が今後も続くとすれば、医療保険が崩壊するどころか、(国民の生産性低下により)日本経済そのものが崩壊しかねない。

だからこそ「予防」が重要なのである。生活習慣病予防を強化することは、国民の健康レベルを改善するものであり、それにより医療ニーズは減少して、医療保険財政にも好影響が現れるであろう。予防医学こそ、健康の改善と保険財政の改善を同時に実現できる唯一の方法なのである。しかも予防が成功して国民の健康レベルが改善すれば、労働生産性も改善して日本経済にも好影響が現れるであろう。

予防を基調とした保健医療システムを構築して、国民の健康レベルの改善と医療保険財政の改善を同時に達成することこそ、人口減少高齢化時代に到達したわが国の社会経済的な活力を維持するうえで最も重要な課題なのである。