

図 1. 階層化別の一人当たり平均医療費

D. 考察

本分析から、健康診断受診者では情報提供群の人数が最も多く、医療費割合も高いことがわかった。よって、2008年4月から義務化される特定健診および特定保健指導では、積極的支援群および動機付け支援群に対する保健指導に加えて、情報提供群に対する予防啓発（啓蒙）なども重要であると同時に医療費適正化の効果も高いと考えられる。もっとも、一人当たり平均医療費は積極的支援群の医療費が高額であることから、既に疾患を発症している群への保健指導も重要である。

実際に、積極的支援群と動機付け支援群の差は 6,360.7 点、動機付け支援群と情報提供群の差は 2,143.3 点と、リスク保有数が多いと医療費も高いことが伺えた。

最後に、本分析の対象となった健康保険組合は 30 歳代から 50 歳代が大半を占める集団のために、高齢者集団が分析には含まれていない。例えば、退職前は発症していないもののリスクを保持していた群が退職後に国民健康保険に加入した後に発症、あるいは退職後に複数の疾患を併発（合併症）し、高額な医療費が発生する場合も考えられる。よって、今度の課題としては、高齢者を対象とした同様の分析が必要だと考え

られた。

E. 結論

対象とした健康保険組合では一人当たり平均医療費は積極的支援群の医療費が高額であったが全体医療費に占める割合は低く、情報提供群の医療費割合が高かった。よって医療費適正化の実現には、積極的支援群および動機付け支援群に対する保健指導に加えて、情報提供群に対する予防啓発（啓蒙）なども重要であることが示唆された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

満武巨裕、古井祐司、奥真也、藤井良 生活習慣病リスク要因と医療費の検討 第27回医療情報学連合大会論文集 p806-807, 2007

奥真也、古井祐司、満武巨裕、藤井良、大江和彦 特定健診制度におけるリスク者階層化の最適化についての研究（第一報）第27回医療情報学連合大会論文集 p798-799, 2007

奥真也、古井祐司、満武巨裕、藤井良、大江和彦 特定健診制度・特定保健指導制度の効果的実施への情報技術の貢献 第27回医療情報学連合大会論文集 p142-413, 2007

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

分担研究報告書

保健指導の効果に関する研究

分担研究者 古井 祐司

研究要旨 複数の医療保険者において実施した保健指導を通して、メタボリックシンドローム該当者及び予備群が実際にどの程度減少するのかを検証し、今後の効果のある保健指導の事業構築や効果的なプログラムの作成に資することを目的とした。階層化結果に基づき抽出した対象者のうち参加に同意した 817 名に実施した保健指導では、6 か月のプログラムの継続率は 95%であり、メタボリックシンドローム該当者及び予備群はプログラム実施後に 47%が改善し、メタボ非該当(健康)となった。これより、保健指導に一定の効果が認められた。さらに、特定健診制度下では「特定保健指導」だけでなく、個々の特性に応じた「情報提供」を情報提供群に対して実施することが効果をあげるための要件とされた。

A. 研究目的

2008 年度から導入される特定健診制度では、健診データの階層化結果に基づき「特定保健指導」を実施し、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を 2012 年度までに 25%減少させることが政策目標であり、かつ各医療保険者の目標となっている。

本研究では、複数の医療保険者において実施した保健指導を通して、メタボリックシンドローム該当者及び予備群が実際にどの程度減少するのかを把握し、今後の効果のある保健指導の事業構築や効果的なプログラムの作成に資することを目的とした。

を促す通知を送り、参加に同意した 817 名を指導の対象とした。なお、今回の分析では 2003～2006 年度に実施された事業が対象である。

プログラムは個々の担当管理栄養士による 3 回の個別面接を含む 6 か月間の生活習慣改善支援により構成され、保健師・医師が監修などの支援を行っている。確定版の「積極的支援」の望ましいプログラムに該当する。

効果は、プログラムの実施前後でメタボリックシンドローム該当者及び予備群が健診結果の数値上どのように変化(改善)したかで捉えた。

B. 研究方法

複数の健康保険組合の被保険者の健診データを階層化し、抽出された対象者に対して保健指導を実施した。

対象者には保健指導プログラムへの参加

C. 結果

6 か月のプログラムの継続率は 95%であった。

メタボリックシンドローム該当者及び予備群であった参加者は、プログラム実施後

に47%が該当者及び予備群から改善した。

D. 考察

(1) 効果的かつ効率的なプログラムの構築

今回、先行的に実施した保健指導では、メタボ減少が47%という成果が上がり、新制度下で実施される「特定保健指導」により一定の効果があがる可能性が示唆された。

今後は、階層化結果だけでなく、参加者の性・年齢、生活習慣、意識、家族歴などより詳細な個々の特性に基づく効果的なプログラム内容及び介入方法について、事業成果を積み上げながら検証していく必要がある。

また、制度開始により多数の被保険者・被扶養者にプログラムを遂行するためには、保健指導を効率的に運営するための運営システムが必要であることが示された。

(2) 参加の促進

特定健診制度では、階層化により「動機づけ支援」及び「積極的支援」となった者が「特定保健指導」の対象となるが、今回のモデル研究では「特定保健指導」の対象者にプログラムの参加を呼びかけたところ、実際に同意を得て参加したのは2割前後であった。

効果的なプログラムの構築は前提であるが、プログラムへの参加促進のためのPRや参加を容易とする就業時間内でのプログラム参加といった事業スキームの検討も重要な課題であることが示唆された。

実際に、「情報提供」を行った後に、「特定保健指導」の参加通知を出したところ、

参加率は5割程度まで上昇した。

(3) 悪化の防止

プログラム参加者が悪化した割合は9%であり、また「情報提供」群からの悪化は年間で4.8%であった。

したがって、「積極的支援」「動機づけ支援」群への「特定保健指導」は重要であるが、「情報提供」群からの悪化(メタボ突入)防止のための「情報提供」が非常に重要であることが示唆された。

(4) 戦略的な予防介入

本研究では、主に図の③-1の効果検証を行い、一定の効果を認めたが、制度全体の運営を円滑に行うためには、①未受診者群への意識啓発による健診受診の促進、②「特定保健指導」対象群への参加促進、とともに、③-2の悪化防止のための「情報提供」が重要となる。

「特定保健指導」対象群からの改善者数と「情報提供」対象群からの悪化者数を健康保険組合の5年間の実データを用いて比較すると、改善者数を悪化者数が大きく上回っていた。

国が事業評価の指標案として例示した参酌標準でシミュレーションを行った結果、「情報提供」対象群からの悪化者の割合が5%のまま推移すると、メタボリックシンドロームの減少目標は達成できない状況が示された。

このような研究結果より、個々の特性に応じた「情報提供」を医療保険者が徹底することが、予防事業の成否を握ると考えられる。なお、「情報提供」のポイントとして、①個々人に継続して一貫した「情報提

供」がされること、②「特定保健指導」と連携した「情報提供」がされること、が挙げられる。①は健診を受ける場所・時期によってばらばらな「情報提供」にならないように、②は両者が連動することで、参加率を高めるだけでなく、プログラム終了後も個々の継続した取り組みを支援し、リバウンドの軽減につながると考えられる。

E. 結論

保健指導に一定の効果が認められた。さらに、特定健診制度下では「特定保健指導」だけでなく、個々の特性に応じた「情報提供」を情報提供群に対して実施することが効果をあげるための要件とされた。

F. 研究発表

永井良三、林同文、古井祐司：生活習慣病の検査、指導、診療の新しい対策；最新医学 Vol. 62 No. 3：107-123, 2007

古井祐司 効果的な保健指導の実現可能性 第 27 回医療情報学連合大会論文集 p139, 2007

古井祐司、奥真也：特定保健指導の効果に関するモデル研究；第 66 回日本公衆衛生学会総会，2007

尾形裕也、西田在賢、古井祐司：医療制度改革と保険者機能、審査支払機関のあり方；月刊基金, 第 48 巻第 1 号：10-14, 2007

古井祐司 (共著)：ヘルスサポートの方法と実践；東京大学出版会, 東京, 2007

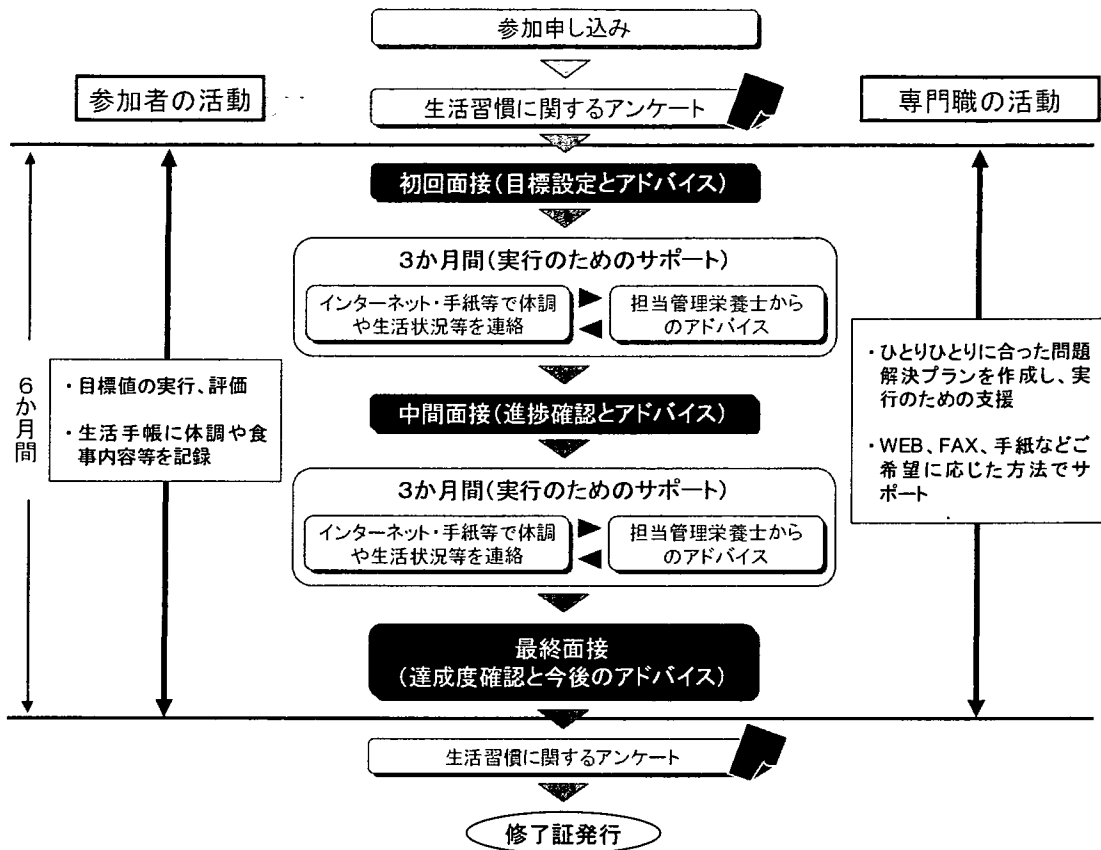
古井祐司 (共著)：リーダーたちが語る医療経営イニシアティブ予防事業こそ保健者

機能の本領；かんき出版, 東京, 2007

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

保健指導プログラムの流れ



資料)厚生労働省, 生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会, 2005年8月4日改変

保健指導プログラムの実施イメージ

▶ 個別面接



▶ 管理栄養士と医師、看護師・保健師とのケースカンファレンス



▶ 継続したやりとり (選択制)



IT利用を希望する方



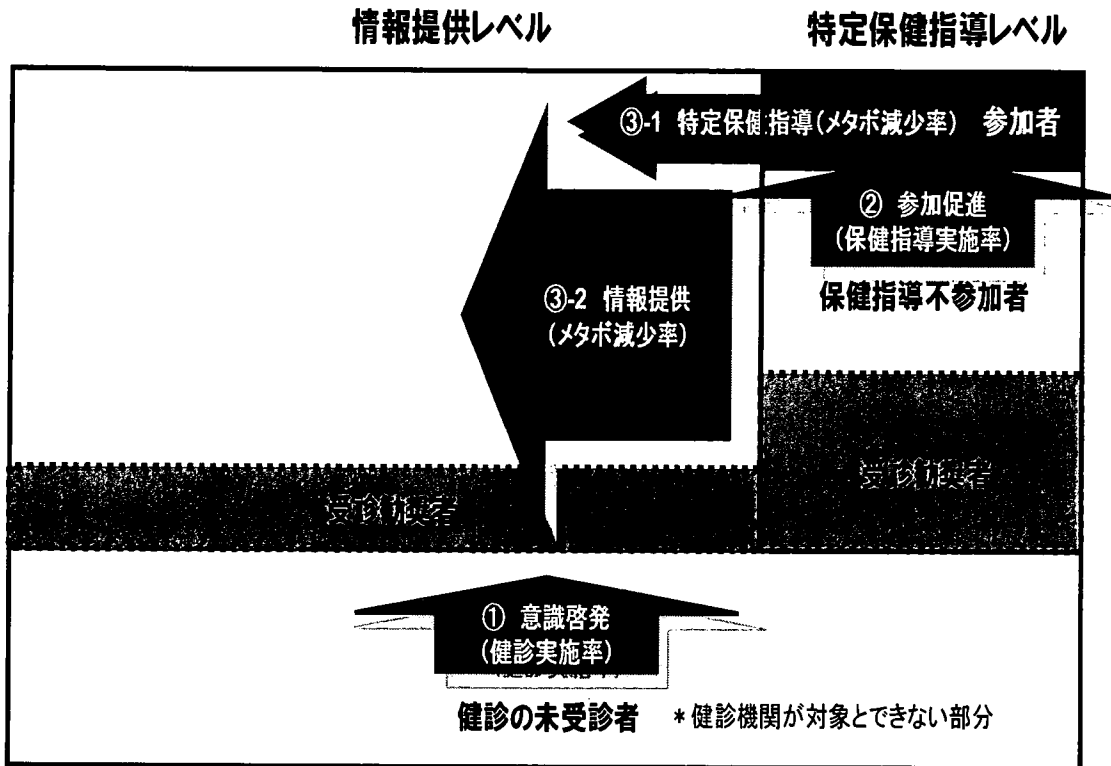
IT利用を希望しない方

▶ 運営システムによる管理



資料)日本公衆衛生学会, 2007

戦略的な予防介入



資料)日本公衆衛生学会,2007

- ① 健診の未受診者に対する意識啓発。健診の実施率向上に寄与
- ② 特定保健指導の対象者に対する参加促進。特定保健指導の実施率向上に寄与
- ③-1 特定保健指導プログラムの実施によりメタボ該当者・予備群から改善。メタボ減少率に寄与
- ③-2 個々の特性に応じた「情報提供」の実施によりメタボ該当者・予備群への悪化を防止。メタボ減少率に寄与

「情報提供」による悪化（メタボ突入）防止の重要性

毎年5%が「情報提供」群からメタボに突入しています

情報提供レベルからの **メタボ突入者数(400名)** > 特定保健指導レベルからの **メタボ脱出者数(160名)**

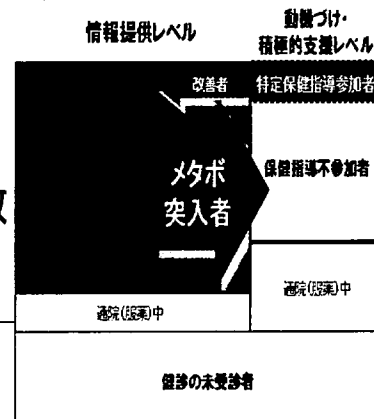
1万人規模の健康保険組合の5年間のデータにより検証

「情報提供」レベルからメタボ突入者数
 $1万人 \times 80\% \times 5\%$ ^{注1)} = 400名

「特定保健指導」対象からのメタボ脱出者数
 $1万人 \times 20\% \times 20\%$ ^{注2)} $\times 40\% = 160$ 名

注1)健康保険組合における年間での「情報提供」レベルからのメタボ突入割合。
注2)「特定保健指導」プログラムの参加割合。健保組合での先行事業を参考に20%と設定した。

資料)厚労省内会議(HCC作成)



参酌標準例（事業評価項目）でのシミュレーション

	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度
1 メタボ減少率(%)	-	-11	-20	-23	-9
2 メタボ予備群・該当者(%)	28	31	34	35	31
3 メタボ予備群・該当者(人)	1,903	2,201	2,460	2,663	2,496
4 メタボ突入者(人)from情報提供群	251	250	247	251	261
5 メタボ突入率(%)from情報提供群	5	5	5	5	5
6 メタボ脱出者(人)from特定保健指導	20	37	61	184	566
7 メタボ改善率(%)from特定保健指導	30	30	30	35	45
8 特定保健指導継続者(人)	-	-	-	526	1,258
9 特定保健指導ポイント制継続者(人)	67	124	205	-	-
10 特定保健指導実施率(%)	4	6	9	20	45
11 継続率(%)	-	-	-	45	67
12 確定版ポイント制継続率(%)	20	25	30	-	-
13 初回参加率(%)	20	25	30	45	67
14 情報提供対象者(人)	6,690	6,989	7,221	7,618	8,015
15 情報提供実施率(%)	100	100	100	100	100
16 メタボ予備群・該当者・特定保健指導対象(人)	1,673	1,988	2,274	2,595	2,801
17 その他(人)	5,018	5,001	4,947	5,023	5,214
18 特定健診受診者(人)	6,690	6,989	7,221	7,618	8,015
19 特定健診実施率(%)	67	70	72	76	80
20 被保険者 受診者(人)	6,030	6,164	6,231	6,298	6,365
21 被保険者 受診率(%)	90	92	93	94	95
22 被扶養者 受診者(人)	660	825	990	1,320	1,650
23 被扶養者 受診率(%)	20	25	30	40	50
24 被保険者(人)	6,700				
25 被扶養者(人)	3,300				
26 合計(人)	10,000				

* 年度ごとの被保険者・被扶養者の流入は定常的なものとしている

目標値に関連する数値の定義及び計算式

- メタボ減少率(%)： $1 - ((26 \times \text{当該年度の} 2/100) / (26 \times \text{H20年度の} 2/100))$
26は本来は年度ごとに異なる不確定要素だが、ここでは算定を簡便にするためどの年度も26を用いるとした。
- メタボ予備群・該当者(%)： $3 \div 18$
- メタボ予備群・該当者(人)： $16 - 6 + 4$
- メタボ突入者(人)from情報提供群： 17×5
- メタボ突入率(%)from情報提供群：
情報提供群から年間メタボに突入する割合は、健保組合データ分析実績値より、初年度は5%とした。2年度以降は情報提供による啓発効果により、年々1%ずつ減少させるとした。
- メタボ脱出者(人)from特定保健指導群： $9 \times 7 (\text{H20} \sim \text{H22年度})、8 \times 7 (\text{H23} \sim \text{H24年度})$
特定保健指導の確定版ポイント制は、今後、事業運営状況を鑑みながら改善・修正される想定であることから、当初2年間はポイント制による継続者数、後半2年間はポイント制改善後の継続者数に対して、それぞれメタボ改善率を乗じるとした。
- メタボ改善率(%)from特定保健指導群：
HCC先行事業の実績値は改善率40%であり、また年々保健指導のシステム・技術の進歩が予想されるが、2008年度以降は必ずしも意識が高くない対象者が特定保健指導に参加しないことを想定し、改善率は当初3年間は30%、その後、35%、45%と段階的に上昇するとした。
- 特定保健指導継続者(人)： $16 \times 13 \times 11$
当初3年間はポイント制による継続者のみの算定(9)としたため、後半2年間の算定式である。
- 特定保健指導ポイント制継続者(人)： 16×10
当初3年間のポイント制による継続者の算定式である。
- 特定保健指導実施率(%)： $13 \times 12 (\text{H20} \sim \text{H22年度})、13 \times 11 (\text{H23} \sim \text{H24年度})$
- 継続率(%)：
ポイント制改善後のH23～24年度の継続率。6か月後の評価までの継続者割合は、先行事業の実績値は90%を超えているが、必ずしも意識が高くない対象者も参加することを想定し、最終的に2/3が継続するとした。
- 確定版ポイント制継続率(%)：
確定版に定められたポイントをクリアする継続率(H20～22年度)。当該要件は、モデル事業などから一般的には参加者にとってハードルが高いことが示唆されており、初年度の20%から段階的に上昇するとした。
- 初回参加率(%)：
先行事業の実績値は20%前後であるが、情報提供による啓発効果により、初年度の20%から最終的に対象者の2/3が参加するとした。
- 情報提供対象者(人)： 18×15
- 情報提供実施率(%)：
確定版要件のとおり、健診受診者全員に実施するとした。情報提供は、特定保健指導の初回参加率及び情報提供群からのメタボ突入率を下げるために重要かつ不可欠と位置づける。
- メタボ予備群・該当者(人)： 当該年度18×前年度2
ただし、初年度のみ前年度2をデータ分析結果などに基づき0.25と設定している。
- その他(人)： 当該年度18×(100-前年度2)
- 特定健診受診者(人)： $22 + 20$
- 特定健診実施率(%)： $(21 \times 24 + 23 \times 25) / 26$
- 被保険者受診者(人)： 24×21
- 被保険者受診率(%)：
実績の90%程度から徐々に上昇させるとした。
- 被扶養者受診者(人)： 25×23
- 被扶養者受診率(%)：
初年度はデータ分析結果(実績)の30～40%から、自治体健診受診分の20%程度を差し引き、徐々に上昇させるとした。
- 被保険者(人)：
40～74歳の被保険者
- 被扶養者(人)：
40～74歳の被扶養者
- 合計(人)： $24 + 25$

厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)

分担研究報告書

医療保険者の特定健診・保健指導に対する準備状況と課題

分担研究者 水嶋 春朔 古井 祐司 大江 和彦 研究協力者 満武 巨裕

研究要旨 2008年4月に導入される特定健診・保健指導に対する医療保険者の準備状況と課題を把握することで、今後の効果的な保健事業の検討に資することを目的とした。アンケート調査の回答率は健保が70.1%、国保が41.6%であった。健診の受診率は、健保の被扶養者16.7%、国保の被保険者15.5%で低かった。健診データの収集・管理方法については、現時点では電子的に管理していない保険者が全体の64.2%であり、特定健診導入後のデータ管理の範囲が未定であるのは、国保48.4%、健保25.4%を占めた。健診の標準的な電子データ様式に関して漠然と知っているが79.0%を占めたが、具体的な技術までの理解は5.0%以下であった。特定健診・特定保健指導の準備のための現状把握および特定健診等実施計画作成のためのデータの収集の方法が未定である保険者が3割以上存在した。特定健診制度の実施主体となる医療保険者では、現状把握に基づく計画の作成、健診データの管理といった事業基盤の整備と、健診受診率の向上など被保険者・被扶養者への意識啓発が最重要課題である。

A. 研究目的

2008年4月に導入される特定健診・保健指導に対する医療保険者の準備状況と課題を把握することで、今後の効果的な保健事業の検討に資することを目的とした。

B. 研究方法

調査は、健康保険組合連合会および国民健康保険中央会の協力を得て、3,375の保険者(健康保険組合1,541、国民健康保険1,834)にアンケート調査票を郵送して実施した。実施時期は2007年3月である。質問内容は、保険者の基本属性、健診受診率、健診データの収集・管理方法、健診の標準的な電子データ様式に関する理解度、被保険者への保健指導・意識啓発等である。

C. 結果

アンケート調査の回答率は健保が70.1%、国保が41.6%、全体で54.6%であった。

健診の受診率は、健保の被保険者79.6%、被扶養者16.7%、国保の被保険者は15.5%であり、被扶養者と国保の被保険者で低かった。

健診データの収集・管理方法については、現時点では電子的に管理していない保険者が全体の64.2%であった。特定健診導入後のデータ管理の範囲が未定であるのは、国民健康保険は48.4%、健康保険組合は25.4%を占めた。

健診の標準的な電子データ様式に関する理解度については、漠然と知っているが79.0%を占めたが、具体的な技術(XMLやHL7等)までの理解は5.0%以下と低かった。

特定健診・特定保健指導の準備のための現状把握および特定健診等実施計画を作成・提出する上でのデータの収集については、方法が未定である保険者が3割以上存在した。

D. 考察

(1) 被保険者・被扶養者への意識啓発

健診受診率は健康保険組合の被扶養者と国民健康保険で低く、特定健診導入にあたっては受診の重要性に関する意識啓発が保険者としての大きな課題となる。

(2) 健診プログラムの構築

また、特定健診制度下での健診プログラムおよびデータ管理について、特定健診だけの実施・管理とするか、人間ドックやがん検診との組合せとするかの検討が難航していることがうかがえる。

背景には、特に健保組合ではこれまで健診項目の多い人間ドック受診の助成を導入していた組合が多く、健診プログラムの再構築が迫られていることがうかがえる。

(3) 健診データの電子的管理

標準的な電子データ様式に関しては漠然とは知っているものの、具体的な内容の周知・普及は今後の課題であることが示された。情報システム担当者がいるのは健保14.5%、国保19.3%であり、健診データの標準化に基づく流通・活用に障害となる可能性が示唆された。

このような状況下において、当研究班では、保険者の基幹システム及び今回の特定健診データの管理システムを担当するベン

ダーに対して、ホームページや意見交換会などを通じて、情報提供や教育支援を行い、医療保険者の電子的管理が円滑に運用されるよう努めた。

(4) 現状把握に基づく計画

法定要件である特定健診等実施計画の作成は、保険者が効果的な保健指導を実施しメタボリックシンドロームの減少という成果を上げるためには重要であるが、現状では3割以上の保険者が取りかかっている。計画作成に必要なデータ収集の推進は喫緊の課題である。

当該保険者に応じた効果的・効率的な事業の設計及び実施には、まず現状把握が前提となるが、これに取り組まずに参酌標準例として示された数値を計画に記載するだけの保険者も散見され、セミナーや各種会議への参加などを通じて、保険者への技術的な支援及び啓発を進めている。

E. 結論

特定健診制度の実施主体となる医療保険者では、現状把握に基づく計画の作成、健診データの管理といった事業基盤の整備と、健診受診率の向上など被保険者・被扶養者への意識啓発が最重要課題である。

F. 研究発表

満武巨裕、古井祐司、奥真也他：特定健診・特定保健指導に対する保険者の現状のニーズ及び課題-保険者に対するアンケート調査から；第66回日本公衆衛生学会総会, 2007

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

分担研究報告書

ドイツの疾病管理に関する研究

分担研究者 興梠 貴英

研究要旨

わが国において平成20年度から特定健康診査・特定保健指導が導入される。これは増大する医療費抑制策の一つとして、重症化する前に重症化予備群を抽出し、保健指導を行うことにより病的状態(=医療資源消費状態)への移行を予防することを目的としている(一次予防)。ドイツにおいても2003年より広く国民を対象とした疾病管理プログラムを導入してきており、わが国の特定健康診査・特定保健指導と類似のスクリーニングおよび介入を行っている。その実態を調査し、今後の参考とするため2007年12月にドイツを訪れ関連部署の担当者へのインタビューを行った。その結果、すでにドイツでは400万人が疾病管理プログラムに加入しており、例えば2型糖尿病の網膜スクリーニング実施率が急激に上がった地域もある等成果を出しつつあることが分かった。また、各疾病管理プログラムにおいては年に二回詳細なデータの提出が求められており、このデータを用いて各プログラムの評価が行われていることが分かった。本研究においてはドイツの医療制度全般に関しても文献等を通じて調査し、疾病管理プログラムが導入された背景、実施の現状、アウトカムについて報告する。また、日本の特定健康診査・特定保健指導の実施のあり方や評価の方法についても考察を加えた。

A. 研究目的

わが国において平成20年度から特定健康診査・特定保健指導が導入される。これは増大する医療費抑制策の一つとして、重症化する前に重症化予備群を抽出し、保健指導を行うことにより病的状態(=医療資源消費状態)への移行を予防することを目的としている(一次予防)。ドイツにおいては医療費抑制も一つの目的として2003年から疾患管理プログラムが導入されている。ドイツの場合は二次予防を目的としており、日本の一次予防とは異なる面もあるが、広く国民を対象にスクリーニングを行い、介入を行うことにより、疾患の重症化を予防

することで、医療の質の向上、医療資源の効率的な利用を目指す点では類似している。ドイツの疾患管理プログラムは導入されてからすでに4年以上が経過しており、そこで蓄積された知見が今後日本の特定健康診査、特定保健指導の実施、評価の参考になると考えた。そのため、2007年12月にドイツを訪れ、ドイツ連邦保険庁、疾病金庫の方にインタビューを行い、ドイツの疾病金庫の成り立ち、現状および評価方法につき知見を得た。文献的な知見と合わせて、ドイツの医療制度全般を含めて疾病管理プログラムについて詳細に調査を行い、現状やアウトカムからこれから導入が予定され

ている日本の特定健康診査・特定保健指導の実施方法や評価方法がどうあるべきかにつき提案を行うことが目的である。

B. 研究方法

2007年12月にドイツを訪れ、ドイツ最大の疾病金庫であるAOKの担当者、および連邦保険庁の担当者に対してインタビューを行った。その際に得られた情報と文献的検索によって得られた情報を併せてドイツの疾病管理プログラムに関する知識を整理し、今後日本で実施される特定健康診査・特定保健指導の制度的な特徴との比較を通じた考察を加えた。

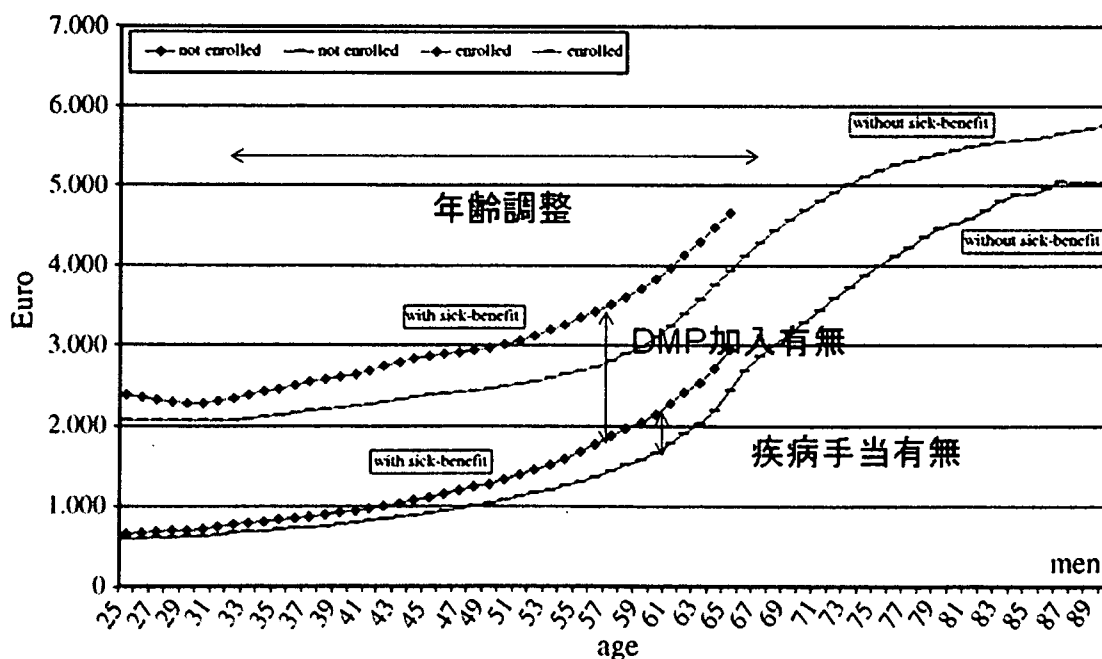
C. 結果

ドイツにおいても他の先進諸国と同じく、人口の高齢化等に伴う医療費の増大が問題となっており、既に1980年代から医療費を予算制にするなど医療費増大に対する対策を立ててきたが、必ずしも十分な効果を上げられなかった。そのために1996年からは疾病金庫(日本の健康保険組合に相当)を自由

に選択可能にするという形で競争原理を導入し、医療資源利用の効率化の促進を図った。一方でドイツは社会保障制度を世界で最初に導入した国、という自負があり、(社会的)連帯を損ねないということが重視される。

疾病金庫の自由選択が、疾病金庫間の不均衡につながり、ひいては異なる疾病金庫に加入している被保険者間の格差増大(=連帯の減損)につながらないように、自由選択に先立って1994年には疾病金庫間で加入者のリスク因子による調整の仕組み(=risk compensation scheme: RCS)が導入された。具体的には、年齢、性別、失業、疾病手当の給付有無をリスク調整因子として、疾病金庫間の保険料を移動する仕組みである(図1)。

しかし、RCSには疾病の重症度がリスク調整因子として入っておらず、例えば同じ65歳男性で、就業状態、疾病手当給付状態が同じであっても、健康人と慢性疾患患者とでは年間2000~3000ユーロのコストの違いがあることを反映できていない。



また、連帯の原則を守るため、疾病金庫側では加入希望があるときにはそれを断れない仕組みとなっているが、慢性疾患患者にとって魅力的なプランを提示すると、保険料収入が少なくなり、コストのかかる加入者が増えるため、疾病金庫側として積極的に良質な医療プランを提供するインセンティブにかけていた。

こうした問題を解決し、競争と連帯を両立させつつ、慢性疾患の医療の質を向上させることを目的に疾病管理プログラムが導入された。

2007年時点で既に導入されている疾病管理プログラムは

- 2型糖尿病(2003/3～)
- 乳がん(2003/3～)
- 虚血性心疾患(2004/7～)
- 1型糖尿病(2005/3～)
- 気管支喘息(2006/4～)
- COPD(2006/4～)

であり、肥満、心不全については現在検討中である。

疾病管理プログラムの対象疾患は下記の基準で選択される。

- 患者数が多いこと
- 疾病管理プログラムを施行することにより、医療の質が改善すること
- エビデンスに基づいた診療ガイドラインが存在すること
- セクターを超えたケアが必要とされていること
- 患者の自覚を通じて改善する可能性があること
- 医療コストがかかること

各疾病管理プログラムは連邦保険庁で一括

して問題がないかチェックを受ける。疾病管理プログラムに加入した患者については、医療機関側から年に二回比較的詳細なデータを提出する義務がある(2型糖尿病のチェックシートについては別添資料5を参照)。このチェックシートに基づき、治療目標が達成されたかどうか、適切な指導が行われたかどうか、合併症を防げているかどうかということが評価される。また、患者に対して定期的受診を促したり、疾病に関するパンフレットを渡したりして患者側の疾病への取り組みも増大させる仕組みとなっている。

前述のように、疾病管理プログラムは連帯の原則の下、競争原理を働かせつつ医療の質、医療資源の効率的な利用を促進することを目的として導入された。予備的な研究結果では、2型糖尿病の眼底チェック率が上昇したなど、医療の質が上がっているという報告もあるが、医療経済的な効果を含めた総体的な評価はこれから行われる予定である。

別添資料1 - ドイツのDMP/PPT (Dr. Gawlik)

別添資料2 - ドイツのDMP/PPT (Dr. Egger)

別添資料3 - ドイツの医療制度・DMP/PPT (Dr. Egger)

別添資料4 - 1型糖尿病の疾病管理プログラムの施設要件

別添資料5 - DMPで用いられるチェックシート

別添資料6 - ドイツの医療費に関連する資料 (AOK ポケットブック)

D. 考察

最初にドイツの公的医療制度につき簡単に述べる。日本の医療制度はドイツのそれをお手本として導入しており、そのため比較的類似点が多い。財源はわずかな例外はあるが、ほぼ社会保険方式であり、各被保険者は疾病金庫(日本の健康保険組合に相当する)に加入し、所得の一定割合を保険料として支払う。また、現在は自由選択になったが、1995年以前は日本の保険者と同じように職能別に加入する疾病金庫が決まっていた。また日本と異なる点は公的な医療保険に加入する義務が一定の所得以下(額面で月収約 3,900 ユーロ)の被用者に限られており、高額所得者、自営業者などは加入の義務がないことである。現在ドイツ国民の約 90%が公的保険に加入しており、約 10%が民間保険に加入している。

現在はやや境界が曖昧になっている部分があるが、以前は外来治療(開業医)と入院治療は完全に分かれており、病院では外来治療を行っていなかった。基本的に開業医へはフリーアクセスが確保されており、イギリスのようなかかりつけ医制はない。

公的医療における給付内容は疾病金庫、医師会等から選出されたメンバーから成る連邦合同委員会によって決められている。また、ドイツの医療は予算制になっており、年度ごとに病院枠、開業医枠、薬剤費枠が決まっており、さらにそれらが州毎に病院毎と分配される仕組みとなっている。

医療費の自己負担については、数年前から導入され、外来通院で3ヶ月に10ユーロまで、入院治療で最初の28日まで一日10ユーロとなっている。また自己負担は収入の2%が上限であり、さらに慢性疾患を患っ

ている場合には1%が上限である。

前述のようにドイツにおいても医療費の増大は問題視されており(別添資料1、p22)、予算制は総額に枠をはめることで増大の抑制を図った。

しかし、2000年のWHOの報告やOECDの報告において、ドイツの医療は、コストがかかる割にはパフォーマンスがよくない、という結果が示されており、医療資源利用の効率化を進めるために疾病金庫の自由選択を通じた競争が導入された。

一方で、ドイツは社会保障制度を世界で初めて整えた国である、という自負があり、そうした「社会的連帯」が重視され、制度改革を行う際にも連帯を損ねないように、ということは常に留意される。

こうした、競争原理の導入と連帯の両立、さらに医療の質の向上を図る手段の一つとして疾病管理プログラムの導入が図られた。

結果のところでも述べたように、上記の目標を達成するために、疾病管理プログラムの対象とする疾患についてはあらかじめ基準を定義し、専門家などの議論を経て決められた(別添資料2、p9-10、別添資料3、p8-9)。

既に最初の疾病管理プログラムは実施されてから4年以上がたっており、近い将来包括的な評価がされ報告が出てくるものと思われる。ドイツではDMP導入の効果を見る上で評価が難しい点として、

法的規制が厳しいために、同一疾病金庫内でDMP参加の有無で比較ができない(別添資料2、p26)

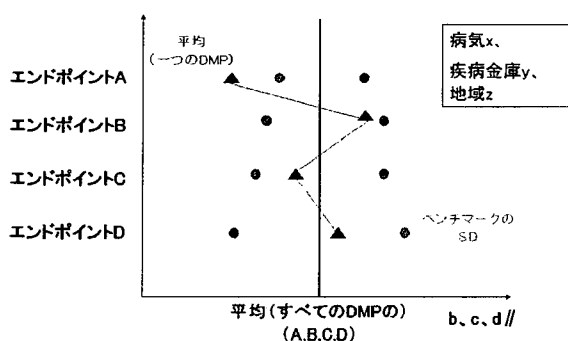
全国的に一斉に導入したためにDMPと非DMPのランダム割付比較ができなかったというものが認識されている。そのため結

果の解析の際、統計学的にはやや精度の劣る方法を用いざるを得ない、ということである。

予備的な結果として、ある疾病金庫の血圧や血糖値のコントロールが改善した(別添資料 2、p28)、2型糖尿病患者の定期的眼底チェックの割合が急激に上昇した(別添資料 2、p29)ということが報告されている。

また患者へのインタビュー結果から、患者からの評価も高いことが示されている(別添資料 2、p30~35)。

疾病管理プログラム単位の評価は連邦保険局で行われることとなっている。結果のところでも述べたように、別添資料 5 にあるようなチェックシートのデータを疾病管理プログラム担当の医師が年に二回提出し、最終的には全てのデータがドイツ連邦保険庁のデータベースに集積される。このデータを用いて、各疾患のエンドポイントをどの程度達成しているか、ということを経験として、各疾病金庫の疾病管理プログラムのパフォーマンスを測ることができる(図 2、別添資料 3、p20)。



E. 結論

わが国において2008年4月から特定健康診査・特定保健指導が始まる。

ドイツでは2003年から公的医療制度において疾病管理プログラムが導入され、実

施されてきたが、どのような疾患を疾病管理プログラムの対象として含めるか、ということについてはエビデンスに基づいて専門家の判断を経て決められた。さらに、最初からアウトカムのための指標を決め、それを全国から収集して各疾病管理プログラムの有効性を評価し、継続できるかどうかを決める、という評価体系もあらかじめ制度として整えている。

一方、日本の特定健診制度には今後制度を評価していく上で課題があるものと思われる。

まず、一次予防のための保健指導(カウンセリングによる介入)に関する科学的エビデンスの蓄積が十分にはない、ということがある。しかし、これについては今回全国で大規模に保健指導を行うため、きちんとした評価が行えればエビデンスの蓄積につながられる可能性が高い。

また、現時点では特定健康診査・特定保健指導に関して、データの収集は健康診査結果の客観データ及び保健指導実施状況が義務づけられているが、これらのデータから各保健指導プログラムの評価をどのように行うか、という手法が十分には確立されていない。

これらのことより、今後とも実施しながらきちんと効果を評価できるような研究を行い、仕組みを作っていくことが必要と考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

Kohro T, Furui Y, Mitsutake N, Fujii R, Morita H, Oku S, Kazuhiko Ohe, Nagai R.

The Japanese National Health Screening
and Intervention Program Aimed at
Preventing Metabolic Syndrome from
Worsening, Int Heart J 2008, *In press*

2. 学会発表

特になし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社 名	出版地	出版年	ページ
東京大学大学院医学系研究科 循環器内科/健康医科学創造講座/健診情報学講座			疾病予防サーブिसに対する勧告 2007 (仮訳)	中央法規出版	東京	2008年	
大江和彦、奥真也、古井祐司他		奥 真也、中島直樹	これでわかる特定健診制度	株式会社じほう	東京	2007年	
古井祐司他		田中 滋、小林 篤、松田晋哉	ヘルスサポートの方法と実践	東京大学出版会	東京	2007年	
古井祐司他		木村廣道	リーダーたちが語る医療経営イニシアティブ	かんき出版	東京	2007年	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
奥真也、古井祐司、満武巨裕、藤井良、大江和彦	特定健診制度におけるリスク者階層化の最適化についての研究 (第一報)	第 27 回医療情報学連合大会論文集		p798-799	2007年
奥真也、古井祐司、満武巨裕、藤井良、大江和彦	特定健診制度・特定保健指導制度の効果的実施への情報技術の貢献	第 27 回医療情報学連合大会論文集		p142-143	2007年
古井祐司	効果的な保健指導の実現可能性	第 27 回医療情報学連合大会論文集		p139	2007年

満武巨裕、古井祐司、 奥真也、藤井良	生活習慣病リスク要因と医療 費の検討 -健康診断データ およびレセプトデータの突合 分析-	第 27 回医療情報 学連合大会 論文 集		p806-807	2007 年
古井祐司、奥真也	特定保健指導の効果に関する モデル研究	第 66 回日本公衆 衛生学会総会 論 文集		p247	2007 年
満武巨裕、古井祐 司、奥真也他	特定健診・特定保健指導に対 する保険者の現状のニーズ及 び課題-保険者に対するアン ケート調査から	第 66 回日本公衆 衛生学会総会 論 文集		P293	2007 年
満武巨裕、奥真也、古 井祐司他	健診データの電子的授受にお いて付加的作業に要した原因 の分析	産業衛生学雑誌	第 49 巻臨時 増刊号	p447 (R202)	2007 年
永井良三、林同文、古 井祐司	生活習慣病の検査、指導、診 療の新しい対策	最新医学	Vol. 62 No. 3	p107-123	2007 年
古井祐司他	医療制度改革と保険者機能、 審査支払機関のあり方	月刊基金	第 48 巻第 1 号	p10-14	2007 年
Kohro T, Furui Y, Mitsutake N, Fujii R, Morita H, Oku S, Kazuhiko Ohe, Nagai R.	The Japanese National Health Screening and Intervention Program Aimed at Preventing Metabolic Syndrome from Worsening	Int Heart J 2008			<i>In press</i>

研究成果の刊行物・別刷

別添のとおり

これでわかる

特定健診制度

監修 **名和田新**
福岡県立大学学長

大江和彦
東京大学大学院医学系研究科教授

編集 **奥 真也**
東京大学医学部附属病院
22世紀医療センター健診情報学講座准教授

中島直樹
九州大学病院医療情報部講師

JiP じほう