

に、ある程度の負担の増加はやむを得ないと考える者は42.3%と20代に比べて7%低く、社会保障の給付水準を大幅に引き下げて、負担を減らすことを優先すべきと答える者の割合は21.5%と、全世代の中でも最も多い。60代と70代以上の間で顕著に異なるのは、給付水準を保つためにある程度の負担の増加はやむを得ないと考える者の割合で、60代では44.4%であるのに対し、70代は32.4%と12%も低いことである。また、70代以上はわからないと答える割合が全世代で最も多く28.6%に達している。

大まかに言えば、30代と40代は、負担を現状維持、あるいは減らしたいと考えている者と負担を引き上げることをやむを得ないと考える者の割合が均衡している。逆に20代、50代、60代は、負担を引き上げることをやむを得ないと考える者の割合が半数を超え、負担を現状維持あるいは減らしたいと考えている者の割合が35%を切る状態にある。そして、70代以上は、他の世代と違って特異な世代であり、負担に対して現状維持・減らす派と増加派が拮抗しながらも、回答を保留する割合が約3割に達している。70代以上は最も社会保障の恩恵を受ける世代である。それにも関わらず、負担増に対して肯定的に答える者の割合が少なく、回答を保留する者の割合が多いのは、解釈が難しいところである。

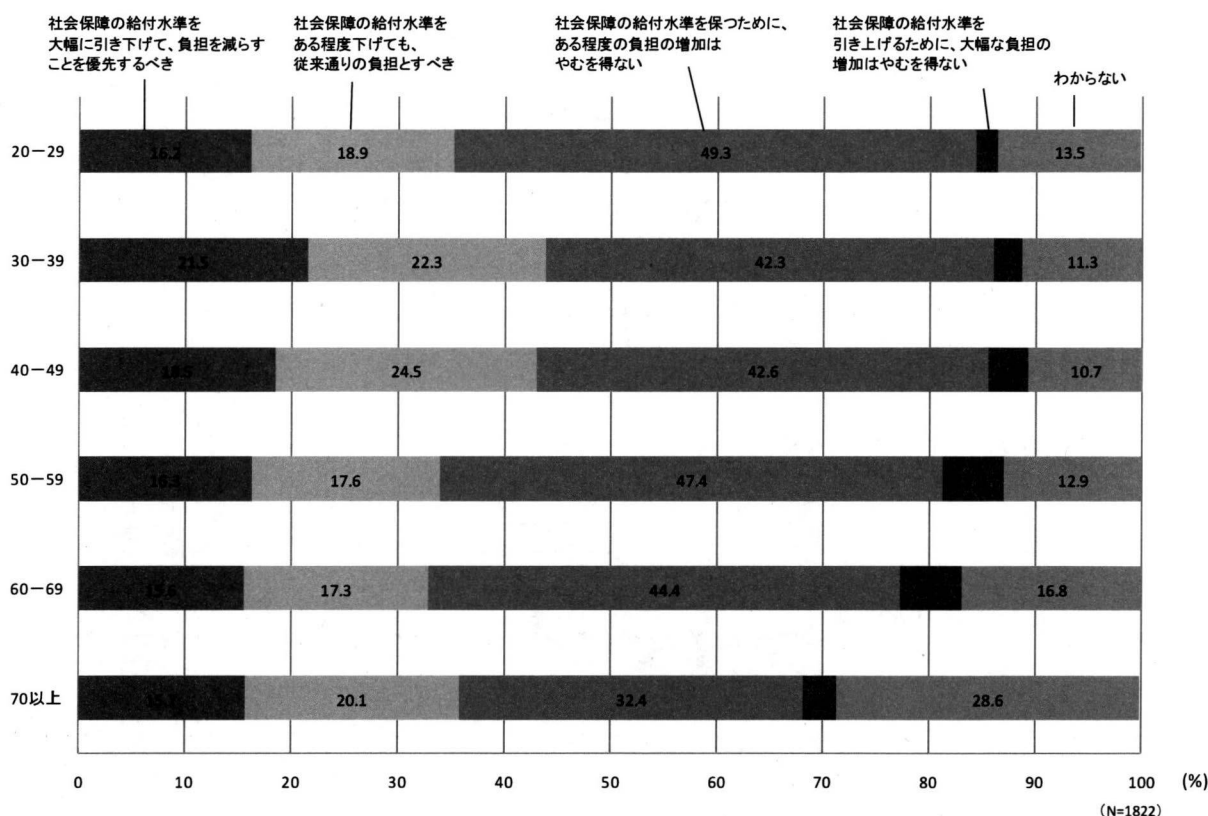
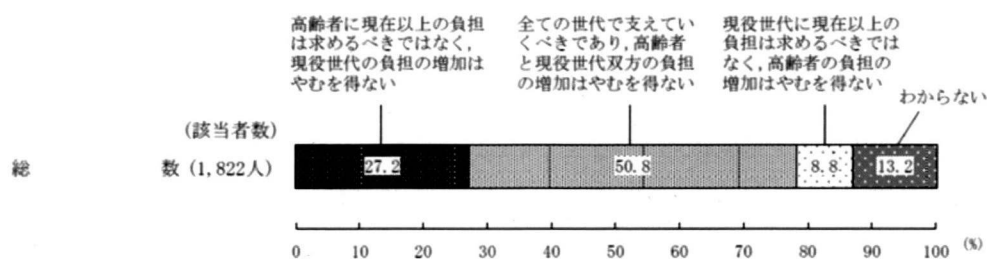


図9 社会保障の給付と負担のバランスについての意見調査結果(世代間分析)

では実際に負担を引き上げるとして、高齢者と現役世代でどのように負担するべきだと考えているのだろうか。高齢者と現役世代の双方で支えるべきだと考える者の割合が最も多く、50.8%、次いで、現役世代の負担を引き上げるべきだと考える者が27.2%、高齢者の負担を引き上げるべきだとする者が8.8%であった。現役世代の負担を引き上げることにに対しては全体の78%、高齢者の負担を引き上げることに

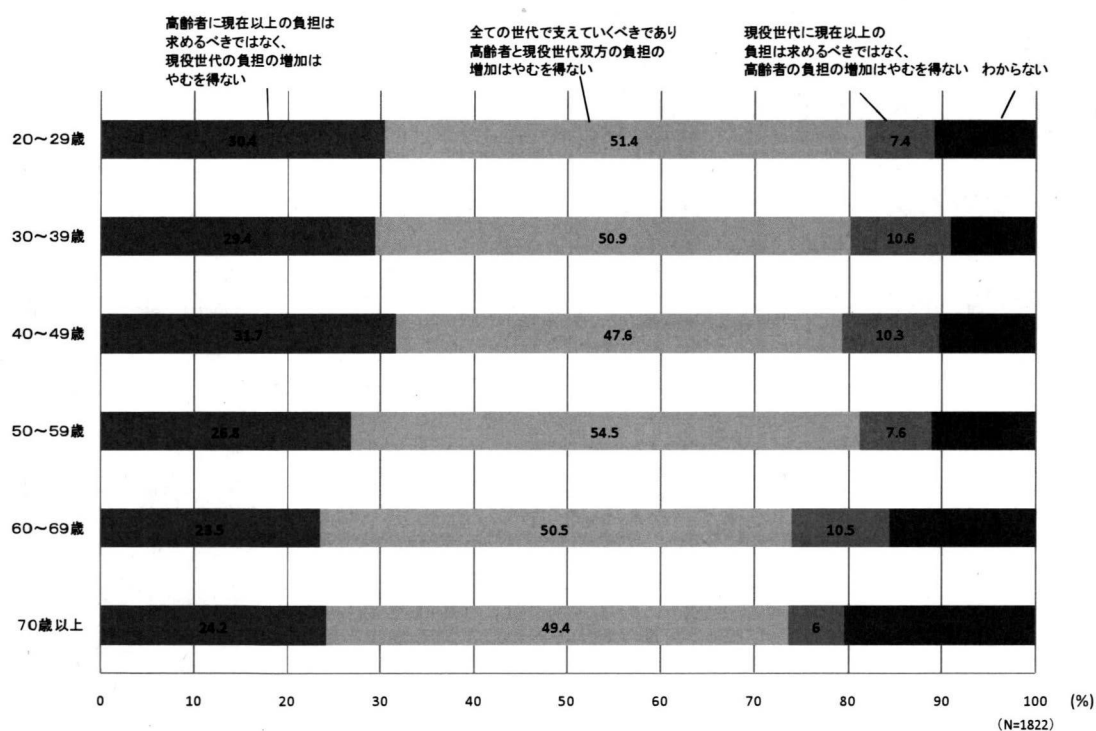
は全体の 59.6%が肯定的であると言える。

5 社会保障制度における高齢者と現役世代の負担のあり方について



出所：内閣府「社会保障制度に関する特別世論調査」平成20年9月

図 10 社会保障制度における高齢者と現役世代の負担のあり方について



出所：内閣府「社会保障制度に関する特別世論調査」平成20年9月

図 11 社会保障制度における高齢者と現役世代の負担のあり方について(世代間分析)

先ほどと同じように、年齢階層別に回答割合を分析することで、世代間に傾向の違いがないかを確認した(図 11)。現役世代と高齢者世代の双方の負担が増加するのはやむを得ないと答える者の割合は、約 50 程度と世代を通じて一定であった。興味深いのは高齢者ではなく、現役世代の負担の増加はやむを得ないとする回答者の割合が、50 代以上よりも 20 代～40 代の割合の方が多くことである。若い世代の方が、高齢者の負担を求めべきではないと考える回答者の割合が多いことは、興味深い点であろう。現役世代ではなく、高齢者の負担をやむを得ないと回答する者の割合は、30代、40代、60代で10%程度であり、20代、50代、70代以上では8%以下の一桁代であった。先ほどと同じように、70代以上はわか

らないと回答するものが 20.4%と、全世代の中で最も多かった。

内閣府の調査をもとに考えると、社会保障の給付水準を現状維持以上に保つために負担を引き上げることやむを得ないと考える者は 46.9%に達し、逆に給付水準を引き下げても現状の負担か、それ以下にするべきだとする者の割合である 37.2%を上回っていた。今のところ、負担を求めることに理解が得られないという事実はなさそうである。また、負担のあり方については、高齢者と現役世代の双方で支えるべきだと考える者の割合が 50.8%最も多かった。現役世代の負担を引き上げることに対しては全体の 78%、高齢者の負担を引き上げることには全体の 59.6%が肯定的であり、現役世代、高齢者ともに負担を引き上げることについても一定の理解が得られそうな状況にある。

医療は、年金や介護と比べれば、世代を通じて恩恵を感じられるサービスである。これらの調査結果を踏まえれば、国民に負担を求めることへの理解が得られないことを根拠に医療費の伸び率を抑制することには、説得力が低いと思われる。

3.2. 医療費の範囲を適正化することの必要性-公的医療保険の給付範囲

医療費を適正化する必要性の理由に、医療保険でカバーする範囲の適切性、つまり公的医療保険の給付範囲が指摘されることがある。公的医療保険の財源の大半は、国民から集めた税金と被保険者が支払う保険料であるため、給付対象とする医療サービスは有効性、安全性、普及度の観点からその適切性を判断する必要がある³⁶。議論の内容は、国民皆で負担するべき給付内容ではないとして給付範囲を狭めるものと、国民皆がその医療を受けられるようにするために、給付内容を拡大するものの二つの議論に分けられる。医療費の適正化の文脈では、給付範囲を狭める方の議論が語られることが多いが、公的医療保険の給付範囲を適切に設定するという意味では、給付範囲を広げる方の議論も医療費適正化としてあり得るであろう。

では、どういった議論がなされてきたのであろうか。給付範囲を狭める議論では、ホテルコストの自己負担化や疾患別リハビリテーション料の日数制限、長期入院の自己負担化などがあげられる。それぞれ簡単に説明すると、はじめのホテルコストの議論は、入院の有無に関わらず一定の生活費(光熱費や食材費など)はかかるため、これに該当する部分は給付するべきでないというものである。また、長期にわたるリハビリテーションの効果の有効性が確保されていないため、平成 18 年 診療報酬改定において疾患別リハビリテーション料の算定について上限日数が設定された(その後の診療報酬改定で、緩和された)。長期入院に関しては、入院医療の必要性が小さいにも関わらず、社会的な理由によって病院に入院しているケース(社会的入院)が見られることから、180 日を超える入院の入院基本料の 15%を自己負担化している。

一方、給付範囲を広げる議論では、高度先進医療の保険適用が代表例である。吉原・和田(2008)によれば、平成 16 年 11 月までに高度先進医療として承認のあった技術は累計 156 技術あったが、そのうち同時期までに 58 技術が保険適用された。また、高度先進医療ではないが、在宅医療の推進や医療機能の分化と連携の推進の観点から、様々な形で導入された加算は、それ以前までの給付対象サービスの範囲を広げるものであると言える。

³⁶ 医療サービスを保険給付の対象とすることが適切かどうかの判断にあたっては、保険給付の財源が国民からの強制徴収する保険料と税金であること、患者は受診時の一部負担で医療サービスを受けることができることなどを考慮すると、公平性等の観点から、当該医療行為について相当の有効性と安全性が認められ、かつ、社会的にある程度普及していることが必要であるとされてきた(吉原・和田、2008、p614-620)

医療技術が日々進歩し、国民が求める医療サービスが多様化する現代では、保険給付の対象とするべき医療サービスの範囲を継続的に検討する必要があるだろう。そして、そういった観点から保険給付の内容を見直し、医療費の適正化を考えることは重要であろう。

4. 医療費適正化政策の課題

4.1. 従来の医療費適正化論議を振り返る

医療費適正化政策が導入された背景と概要を説明し、医療費適正化政策の一つの目標であった医療費の伸び率管理が、結果として成功を収めたかどうかを振り返った。また、医療費適正化が必要とされた理由について検討し、一つ一つの根拠の正当性について考察を行った。簡単にここまでの議論を振り返り、これからあるべき医療費適正化政策について論じたい。

4.1.1. 第1次医療費適正化期と第2次医療費適正化期

まず、戦後医療費適正化が活発に議論された時期は、二期あったことを示した。第一期は、石油危機と老人医療費無料化の時代を経て医療費と財政赤字が急増した第1次医療費適正化期(1981年度～1990年度)であり、第二期はバブル崩壊以後の長期の経済低迷を脱却するため、聖域なき構造改革を旗印に小泉内閣が登場した第2次医療費適正化期(2002年度～2008年度まで)である。

第1次医療費適正化期では、医療費適正化は単純に医療費総額を抑制(まして削減ではない)することとは考えられておらず(むしろ批判的)、医療費の非効率な面を是正する部分と、必要な医療に十分な費用を投下することの双方が重要であることが謳われていた。そして、それらの対策を通じて、国民経済と無関係に増大すること(つまり、経済成長と調和する範囲に医療費を留めること)が目指されていた。この頃から、医療費の伸び率を国民所得の伸び率の範囲内に留めることが、医療政策の目標になったと言われている(広井 1994、吉原・和田 2008)。要約すれば、医療費の効率化と重点配分を通じて、医療費の伸び率を国民所得の伸び率の範囲内に留めることを目指す政策が、医療費適正化政策であったと思われる。

しかし残念ながら、そのような理念の下掲げられた政策は、医療費適正化の一側面である医療費の効率化に注目した政策が多かった。1982年の白書では、医療費適正化政策を、1)指導監査の強化、2)レセプト審査の充実、改善、3)薬価基準の適正化、4)検査の適正化、5)高額医療機器の共同利用の促進等、6)医療費通知の充実の6つに整理している。

第2次医療費適正化期では、医療費適正化の理念的な説明がされることは少なくなり、医療費適正化政策の実効性をあげる仕組みが、政策目標とともに具体的に示された。この時に掲げられた具体的な政策目標が、1)メタボリックシンドローム患者及び予備軍の減少と、2)平均在院日数の短縮、介護療養病床の廃止である。そして、国と都道府県は医療費適正化を具体的に進めるための医療費適正化計画を策定することとなった。

第1次医療費適正化期と第2次医療費適正化期の大きな違いは、第2次医療費適正化期では、1)医療費適正化のための専門的な計画を策定することを義務付け、しかも具体的な目標を掲げたこと、2)予防を医療費適正化政策の柱に据えたこと、3)医療提供体制を効率化することの重要性を強調する一方で、必要な医療に対し重点配分を行うという理念が語られなくなったことにある。

4.1.2. 医療費の伸び率を上手く管理してきたか

医療費の伸び率を経済成長の伸び率程度に留めるといことが、医療費適正化政策を推進する大きな要因であったと思われる。そこで、経済成長(GDP)に対する国民医療費の割合(医療費負担率)の推移を確認したところ、(図 12)、次の3つの興味深い点があることがわかった。1961年に皆保険が達成されて以降、医療費負担率が上昇する拡大期と、安定または多少低下する安定期が交互に現れていることが分かった。二つ目は、拡大期には財政赤字を埋めるための新規公債発行額が増加し、安定期には低下する傾向がみられることである(ただし、第3次安定期は、後半で公債発行額が低下する)。三つ目は、医療費適正化政策の実施時期が、医療費負担率の第2次・第3次安定期に重なる点である。

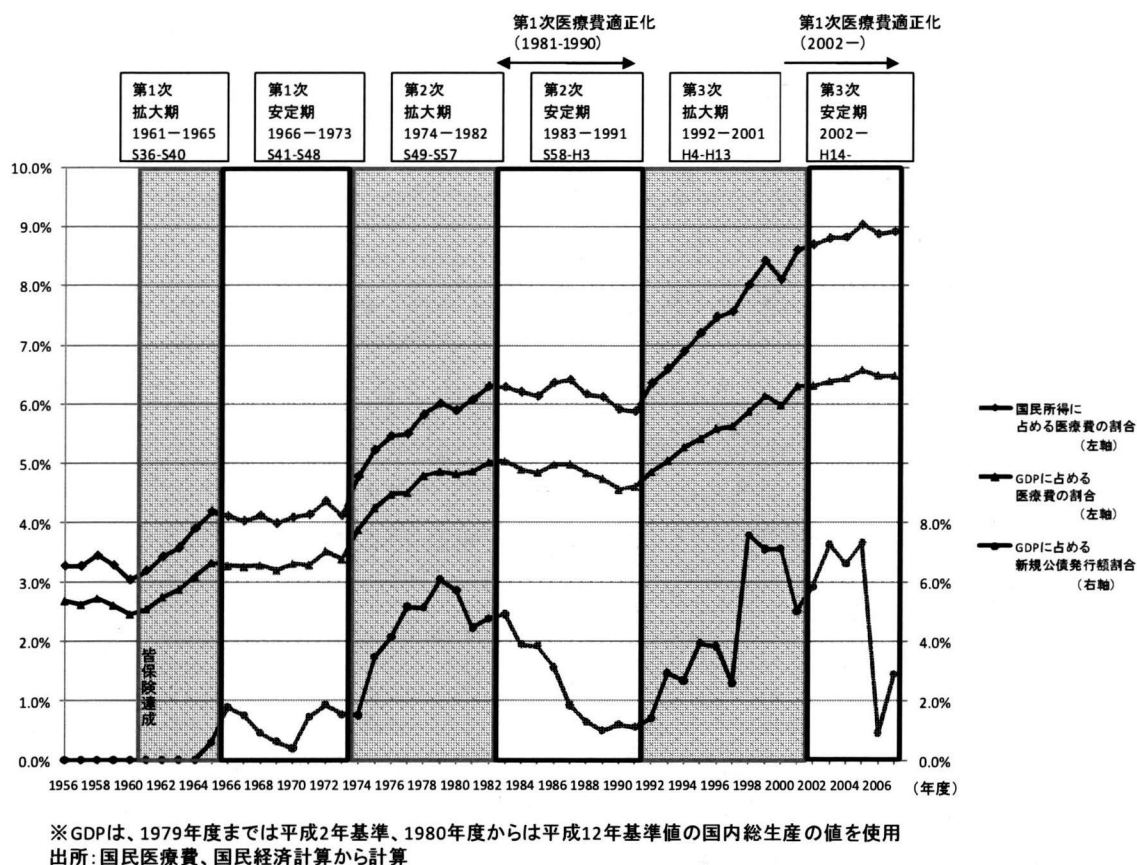


図 12 国民医療費、GDP、高齢者人口の期間別平均成長率(再掲)

まず、医療費負担率の安定期(第2次・第3次)が、医療費適正化期(第1次・第2次)に該当することをみると、医療費の伸び率を抑制することを達成してきたと言える(それが正しかったということを言いたいわけではない。)ただし、医療費負担率の増減には、景気循環、高齢化、診療報酬の改定が影響していると考えられ、それらの影響を吟味せず、医療費適正化政策の効果を評価することは少し性急であろう。そこで、景気循環説、高齢化説、診療報酬改定説の3つを検討した。

検討した結果、第1次拡大期を除けば、景気循環は医療費負担率に影響を与えていることがわかった。また、高齢化(高齢者人口と高齢者割合の増加)は安定的に進んでおり、特定の時期に進展したり減退し

たりすることはないため、医療費負担率の安定期と拡大期が生じている事実はなかった。そして診療報酬改定の影響であるが、拡大期には常に医療費の伸び率(診療報酬改定分除く)が GDP の伸び率を超えていたにも関わらず、さらに診療報酬を引き上げる政策を行ったために、医療費負担率が拡大していたことがわかった。逆に、安定期では、対称的に医療費の伸び率が GDP の伸び率に合わせるような診療報酬改定が行われていたことを明らかにした。

総括をすれば、第1次・第2次医療費適正化期で医療費負担率が安定したのは、景気拡大期に重なったという状況に加え、GDP の伸び率と調和する方向で診療報酬を改定したことの二つが理由にあげられよう。診療報酬の改定は、医療費適正化政策の重要な柱であることを考えれば、医療費適正化政策は国民負担率を安定させるために一定の成果をあげたと評価できるだろう。

4.2. 医療費適正化の真の必要性はどこにあるか

厚生労働省は、医療費の効率化と重点配分(ただし、最近では重点配分の理念は語られなくなった)を通じて、経済成長と医療費の伸び率を調和させるような医療費適正化政策を推進してきた。しかし、なぜそもそもそういった医療費適正化政策が必要なのかについて、しっかりと議論しておく必要がある。

医療費の適正化の内容を大雑把に分類すれば、医療費の規模、範囲、内容を適正化することと言えよう。医療費の規模を適正化することは、つまり医療費総額の伸び率が経済成長の伸び率と同程度にすることを意味し、医療費の範囲を適正化することは、公的保険の給付範囲としての適切性を判断・整理することであった。また、医療費の内容を適正化することは、医療費の非効率を是正することを意味していた。医療費の非効率を是正すること自体は批判の余地が少ないため、医療費の規模や範囲を適正化すること(=医療費の伸び率を経済成長の伸び率程度にすることと、公的医療保険の給付の範囲を整理すること)の必要性に的を絞り、その必要性の妥当性について検討した。

4.2.1. 医療費の規模を適正化することの必要性

これまで医療費の規模を適正化することの根拠としてあげられてきた説明を分類すると、1)医療費をはじめとする社会保障費が増大すると経済成長への悪影響が出るという、経済成長弊害説、2)増加する医療費を賄うために必要な財源(保険料、公費、自己負担)に限界があるという、財源制約説、の2つに大別することができる。結論から先に言えば、経済成長弊害説と財源制約説の双方とも、説得力に欠けると思われる。

まず、経済成長に対する弊害説であるが、OECD 諸国のデータを用い、国民負担率と経済成長の関係を実証研究では、両者の間には負の関係が認められていた。ただし、税や社会保障負担が経済成長に及ぼす影響は、その他要因と比べて小さいことも明らかにされている。その上、因果の逆転や社会保障の便益に関して過小推計になっている可能性があること、また OECD 諸国のデータを分析した研究結果を日本にそのまま適用することについては、注意が必要であること、が指摘されていた。日本の時系列データを用いた分析では、経済成長率は社会保障の規模からはほとんど影響を受けていなかった。したがって、紹介した研究結果を基に類推すれば、公費や保険料を引き上げて医療の財源を確保した場合、経済成長に対する負の影響はあったとしても限定的である可能性が高く、経済成長弊害説の説得力は低いだろう。

次に、財源制約説を検討した。財源には、公費、保険料、自己負担の3つがある。公費については、国および地方の長期債務残高が2008年度末の時点で対GDP比147.6%に達するという危機的状況

にあることを鑑みれば、公費の投入割合を大幅に引き上げることは厳しいといえる。しかし保険料と患者負担については、方法次第では引き上げる余地がないとは言えない。まず、保険料であるが、個々人の経済的負担能力をフローだけではなくストックも加味して再定義し、できるだけ正確に把握するような方法（納税者番号制度や社会保障会計）を導入すれば、低所得者に配慮した形（保険料賦課限度額や標準報酬月額等の等級の引き上げ）で保険料収入を増加させることは可能であろう。

また、患者負担についても、患者の受診行動の適切性を推進する形や高額療養費制度の設定方法を見直すことで、過度な受診抑制を引き起こすことなく患者負担を引き上げることは、一つの有力な選択肢と言えよう。

なお、医療も含めた社会保障費の水準を維持あるいは向上させるために、さらに負担を求めることに対して、国民が得られないという意見についても検討した。内閣府の調査によれば、内閣府の調査をもとに考えると、社会保障の給付水準を現状維持以上に保つために負担を引き上げることをやむを得ないと考える者は 46.9%に達し、逆に給付水準を引き下げてでも現状の負担か、それ以下にするべきだとする者の割合である 37.2%を上回っていた。負担を求めることに反対論は多いものの、理解を得ることも不可能ではなさそうである。また、負担のあり方については、高齢者と現役世代の双方で支えるべきだと考える者の割合が 50.8%最も多かった。現役世代の負担を引き上げることに対しては全体の 78%、高齢者の負担を引き上げることには全体の 59.6%が肯定的であり、現役世代、高齢者ともに負担を引き上げることについても一定の理解が得られそうな状況にある。医療は、年金や介護と比べれば、世代を通じて恩恵を感じられるサービスである。これらの調査結果を踏まえれば、さらに国民に負担を求めることへの理解が得られないとは言えないだろう

4.2.2. 医療費の範囲を適正化することの必要性—公的医療保険の給付範囲

公的医療保険の財源の大半は、国民から集めた税金と被保険者が支払う保険料であるため、給付対象とする医療サービスは有効性、安全性、普及度の観点からその適切性を判断する必要がある（吉原・和田、2000）。一方、医療技術が日々進歩し、国民が求める医療サービスが多様化する現代では、保険給付の対象とするべき医療サービスの範囲を継続的に検討する必要があるだろう。したがって、公的医療保険の給付範囲を見直すことは常に必要であるため、このことを理由に医療費適正化の必要性を訴えることは説得的であると言える。

4.3. 医療費適正化の政策の課題

昭和 50 年代後半から始まった医療費適正化は、医療費の効率化と十分な費用の投下を通じて、医療費負担率を安定させる政策であった。しかし、①実際に適正化政策の名の下に実行された政策は、薬価基準の引き下げ、検査費の包括化、高額医療機器の共同利用の促進など、医療費の効率化を推進する内容が多かった³⁷、②また、低成長時代の到来と国家財政の危機という現実と直面し、医療費の規模を経済成長の伸び率程度に留めることが強く求められた、③さらに、給付率の引き下げや自己負担と保険料率の引き上げといった保険財政を立て直すための政策が、医療費適正化が叫ばれた時期と同時に実施された。そのために医療費負担率を安定させることに注目が集まり、医療費の伸び率を抑制あるいは

³⁷ 正確には、医療費適正化政策として説明されていないと表現する方が適切であろう。この間、在宅医療やリハビリの推進・新しい技術や新薬の保険適用など、必要な医療を受けられるような政策も実施されているが、医療費適正化政策としては位置づけられていないのである

削減に関連する政策の全てが、(政治的な誘導もあり)医療費適正化政策であると受け止められるようになっていったのではないだろうか。

しかし、既に説明したように、医療費負担率を安定化させることの根拠であった、医療費負担率の上昇が経済成長の妨げにつながるという指摘は、説得力を持たなくなりつつある。むしろ現在深刻なのは、経済成長との兼ね合いよりも、国家財政の危機的状況から医療も含めた社会保障費に、公費を捻出することが難しくなっていることであろう。つまり現在では、経済成長阻害説の観点から医療費負担率が問題視されているというよりは、巨額の財政赤字を背景とした医療に対する公費負担率が問題視されてきていると言えよう。

先にも述べたように、医療の財源を確保する余地は残されている。公費については、その割合を増やすことは難しいかもしれないが、消費税と中心にすることで安定的に確保する方法は残されており、保険料や自己負担についても、国民の理解を得ながら引き上げる余地は残されている。であるならば、医療に必要な財源が限界に達しつつあるという財源制約論にも、絶対的な説得力はないように思われる。

もちろん、無批判に医療費を増加させるべきだと主張するつもりはないが、これまでのように医療費負担率あるいは公費負担率を安定化させることを根拠に、医療費適正化を論じる必要は薄れてきているのではないだろうか。医療費負担率や公費負担率を安定化させることを目標としないならば、何を目標として医療費適正化を考えていけばいいのであろうか。

筆者らの考えでは、この目標設定自体を再考することが、これまでの医療費適正化の議論を発展させる上で、最も重要な点だと考えている。そこで、最後に目標設定の話について論じたい。

4.4. 医療が果たすべき役割の再検討－国民の健康水準の回復・維持・向上と医療へのアクセスの格差縮小

これまでの医療費適正化の議論では、医療費負担率を安定化させることを目標とされることが多かったが、医療サービスを利用した結果である費用総額を目標に設定すること自体の意味を、もう一度再検討する必要があるだろう。結論から言えば、医療費適正化政策の目標を、医療政策の本質的な目標(生命保障と自由尊重を基盤とした、3つの目的)を体現したものに、修正していくべきである。医療政策の目標体系や理念については、別の分担報告書「医療費適正化の在り方について－医療政策の目的と理念」で詳しく論じたので、ここでは医療費適正化の政策目標について簡単に論じたい。

そもそも医療は、怪我や疾病を患った患者の治療が目的であり、その治療は健康水準の回復・維持・向上にある。そして、医療政策の究極的な目標は、国民の生命保障と自由尊重にある。このことを理解せずに、医療サービスの提供・利用の結果である医療費だけを論じることは本末転倒であろう。もちろん、国民が医療費に捻出できる、あるいは捻出したいと思える財源には限りがあることは自明であり、無批判に増やせばいいと言うものではない。重要なことは、この医療が担っている役割とそれにかかる費用のバランスを考えることであり、医療費のパフォーマンスを向上させることにある。今までの医療費適正化の議論では、この観点からの議論が不足していたように思われる。

現行の医療費適正化政策は、政策目標として平均在院日数と特定健康診査の受診率を掲げているが、これは本来の医療の政策目標からすると、直結する指標ではない。医療の究極的な目標が健康水準の維持・回復・向上にあるのであれば、疾病別死亡率や健康寿命といった指標の方が適切であろう。また、医療政策の目標からすれば、生命保障に直結する医療へのアクセスも考える必要がある。具体的には、救急救命に代表される急性期医療機関へのアクセスや乳幼児や難病の患者を治療する高度医療機関

へのアクセスこそが重要になるだろう。

これからの医療費適正化政策は、医療費負担率を安定させることを目標とするのではなく、国民の健康水準の回復・維持・向上と医療へのアクセスの格差縮小を目標とした政策に力を注いでいくべきではないだろうか。

参考文献

- ・ 池上直己(1996)「医療費抑制の仕組み」『日本の医療』, 中央公論社
- ・ 池上直己(2008)「都道府県単位の医療費適正化--その課題と展望」『社会保険旬報』(2368)
- ・ 石弘光「税の負担はどうなるか」中公新書 2004
- ・ 井堀利宏(2008)『「歳出の無駄」の研究』日本経済新聞出版社
- ・ 岩本康志(2006)「社会保障の規模拡大は経済に悪影響を与えるのか」『季刊社会保障研究』42(1)p2-3
- ・ 江見康一,加藤寛編(1980)『医療問題の経済学: 日本の現状と将来予測』日本経済新聞社
- ・ 内田文四郎(1983)「提言 私の医療費適正化策--適正化のための五つの提案」『健康保険』38~39
- ・ 「医療費の動向と適正化対策の推進(時の流)」『健康保険』38~39
- ・ 大西証史(2008)「医療提供体制の効率化で結果として医療費適正化を」『週刊社会保障』41~43
- ・ 川上武(1965)『現代日本医療史: 開業医制の変遷』現代日本医療史年表
- ・ 川上武(1986)『技術進歩と医療費』勁草書房
- ・ 川上武(1997)『21世紀への社会保障改革: 医療と福祉をどうするか』勁草書房
- ・ 京極貴宣(2007)「社会保障と日本経済―「社会市場」の理論と実証」慶應義塾大学出版会
- ・ 郡司篤晃(2001)「医療費の地域差研究とその意義」『医療費の地域差』東洋経済新報社
- ・ 健康保険組合連合会(2008)「社会保障年鑑 2008年版」東洋経済新報社
- ・ 健康保険組合連合会(1981)「第二臨調が指摘した医療費の適正化(時の流)」『健康保険』35(7)、12-14
- ・ 健康保険組合連合会(2002)『組合決算概況報』
- ・ 健康保険組合連合会(2005)『組合決算概況報』
- ・ 健康保険組合連合会(2007)『組合決算概況報』
- ・ 健康保険組合連合会(2007)『組合決算概況報』
- ・ 健康保険組合連合会(2009)『社会保障年鑑』東洋経済出版社
- ・ 厚生省保険局保険課(1982)「医療費適正化対策の推進について」『健康保険』36(3)、44-49
- ・ 厚生労働省(2001)『国民医療費』
- ・ 厚生労働省(2005)『国民医療費』
- ・ 厚生労働省(2009)『国民医療費』
- ・ 厚生労働省(2001)『国民健康保険事業年報』
- ・ 厚生労働省(2005)『国民健康保険事業年報』
- ・ 厚生労働省(2009)『国民健康保険事業年報』
- ・ 厚生労働省(2001)『老人医療事業年報』
- ・ 厚生労働省(2005)『老人医療事業年報』
- ・ 厚生労働省(2006)「社会保障の給付と負担の見通し-平成18年5月」
- ・ 佐藤格(2006)「社会保障の規模と経済成長-公的年金制度を中心に-」季刊社会保障研究 Vol42. No.1 p17-28
- ・ 茂呂賢吾(2004)「政府の規模と経済成長―先進国パネル分析に見る負の相関の再検証―」内閣府経済社会総合研究所ディスカッションペーパー、No.103
- ・ 西村万里子(1996)「診療報酬決定のメカニズムに関する歴史的考察」『医療保障と医療費』東京大学出版会

- ・ 西野嘉一郎(1983)「最大の課題は医療費適正化と健康づくり運動」『健康保険』37(1)、18～23
- ・ 二木立,(1995)『日本の医療費-国際比較の視点から』, 医学書院
- ・ 庭田範秋(1983)「医療費適正化"の内容と方向 (私の医療費適正化策(提言))」『健康保険』37(1) 、38～45
- ・ 中央社会保険医療協議会(2008)「平成 19 年 6 月実施、第 16 回医療経済実態調査(保険者調査)報告」
- ・ 都村敦子(1978)「医療サービスに対する需要と供給の見通し」『季刊社会保障研究』Vol. 14, No. 1, 2-17
- ・ 内閣府(2003)『経済財政白書』
- ・ 内閣府(2004)『経済財政白書』
- ・ 内閣府(2006)『経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2006』
- ・ 内閣府(2009)『経済財政改革の基本方針 2009』
- ・ 広井良典(1994)「医療の経済学」日本経済新聞社
- ・ 広井良典(1997)『医療保険改革の構想』日本経済新聞社
- ・ 法研(2004)『平成 16 年版医療費ハンドブック』
- ・ 堀真奈美(2002)『老人医療費の決定要因構造に関する探索的データ分析』慶應義塾大学大学院政策メディア・研究科博士論文
- ・ 堀真奈美(2003)「地域特性と老人医療費、介護費」『介護費の決定構造モデルに関する研究』(代表研究者;印南一路),医療経済研究機構
- ・ 堀真奈美(2004)「老人医療費と介護費の決定要因構造の分析」『介護費決定構造モデルに関する研究』(代表研究者;印南一路),医療経済研究機構
- ・ 堀真奈美(2003)「医療保険制度改革と保険者機能」『医療制度改革の論点』丸尾直美・藤井良治編、社会経済生産性本部
- ・ 堀真奈美「新しい高齢者医療制度をめぐる混乱と今後の行方」『埼玉の国保』225, 2-5 2008
- ・ 丸尾直美(2003)「市場指向の医療福祉改革」『医療制度改革の論点』丸尾直美・藤井良治編、社会経済生産性本部
- ・ 丸尾直美(1983)「医療費適正化策をどう進めるか」『健康保険』37(1) 45-53
- ・ 宮島洋(1992)「高齢化時代の社会経済学」岩波書店 p39-43
- ・ 堀真奈美(2004)「医療費の適正化」『患者・国民のための医療改革』山崎 泰彦編、社会保険研究所
- ・ 三友雅夫・坂田周一・佐々木俊一(1978)「地域社会特性の変動と受診行動」保健医療社会学研究会『保健 医療社会学の展開』垣内出版, pp. 467-495.
- ・ 山崎泰彦 尾形裕也(2003)『医療制度改革と保険者機能強化』東洋経済新報社
- ・ 吉村仁(1983)「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」健康保険 37(3) p28-32
- ・ 吉原健二,和田勝著(1999)『日本医療保険制度史』東洋経済新報社
- ・ 吉原健二,和田勝著(2008)『日本医療保険制度史増補版』東洋経済新報社
- ・ atkinson,A.B.(1995)“The Welfare State and Economic Performance”, National Tax Journal, Vol.48, pp171-198

参考 URL

- ・ 白書データベース <http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wp/index.htm>
- ・ 厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/>
- ・ 財務省 HP「日本の財政を考える」 <http://www.mof.go.jp/zaisei/index.htm>

平成21年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究
分担研究報告書

研究協力6府県の医療費適正化計画に関する評価レポート

古城 隆雄

慶應義塾大学 SFC 研究所 上席所員（訪問）

（現：自治医科大学 地域医療学センター 地域医療学部門 助教）

印南 一路

慶應義塾大学 総合政策学部 教授

研究要旨

2006年の医療制度改革により、国及び都道府県は医療費適正化計画を作成することが義務付けられた。この医療費適正化計画は、医療費適正化に焦点を絞った初めての総合計画であり、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」の二つを柱としている。具体的な政策目標を掲げ、国と都道府県の両者がそれぞれ目標に沿った計画を立てることを求めている点や、メタボリックシンドロームの該当者を対象とした本格的な予防対策を導入する点など、意欲的な計画内容と言える。

平成20年度からの5年間を第1期とする医療費適正化計画では、3カ年目である平成22年度に中間評価を行う予定になっている。本分担報告書では、研究協力6府県の医療費適正化計画の内容を精査し、各府県の計画に対する評価レポートをまとめた上で、医療費適正化計画に関する課題について考察を行った。

評価にあたって採用した基準は、①地域の実情を理解する現状分析がなされているか、②現状分析を踏まえた政策目標が設定されているか、③政策目標を達成するための実行性のある対策と計画が掲げられているか、④住民に対する説明や参加を促す仕組みがあるか、の4つである。この4基準全てにおいて、充実した計画を策定している例はなく、いずれかの基準で優れていても、他の基準では凡庸であることが多かった。

評価の結果、次のような改善が必要であることを指摘した。まず①現状分析では、県内の地域差に着目した分析や、また保健・医療・介護分野に関する個々の分析をするのではなく、有機的に関連させて分析する必要がある。②政策目標の設定では、他計画や全国的に定められた目標を設定するだけでなく、地域の実情を踏まえた現状分析から目標を設定することが望まれる。③政策内容については、各政策の責任主体とスケジュールを明示し、さらに政策間のプライオリティも明らかにする方がいいだろう。④住民の意見を把握することや住民の主体的な行動を促す取り組みについても、考えていく必要がある。最後に次期計画の課題として、医療の本来の目的である健康水準の回復・維持・向上に対応する政策目標を設定することや、医療へのアクセスの格差縮小を設定することを提言した。

目次p@ I 「

| | |
|-----------------------------------|----|
| 1. 本研究の背景と目的・方法..... | 85 |
| 1.1. 医療費適正化計画の政策目標と国、都道府県の役割..... | 85 |
| 2. 医療費適正化計画を評価する視点..... | 85 |
| 3. 都道府県の医療費適正化計画の評価レポート..... | 87 |
| 3.1. 山形県医療費適正化計画..... | 87 |
| 3.2. 長野県医療費適正化計画..... | 88 |
| 3.3. 静岡県医療費適正化計画..... | 89 |
| 3.4. 大阪府医療費適正化計画..... | 90 |
| 3.5. 広島県医療費適正化計画..... | 91 |
| 3.6. 高知県医療費適正化計画..... | 92 |
| 4. 医療費適正化計画の課題..... | 93 |
| 4.1. 現状分析について..... | 93 |
| 4.2. 現状分析を踏まえた政策目標の設定..... | 93 |
| 4.3. 政策目標を達成するための実行力ある政策の立案..... | 93 |
| 4.4. 住民に対する説明や参加を促す仕組みが十分か..... | 94 |
| 4.5. 次期計画に向けての課題..... | 94 |
| 参考文献..... | 96 |

研究協力 6 府県の医療費適正化計画に関する評価レポート

1. 本研究の背景と目的・方法

1.1. 医療費適正化計画の政策目標と国、都道府県の役割

2006年の通常国会において、「健康保険法等の一部を改正する法律」及び「良質な医療を提供する体制を確保するための医療法等の一部を改正する法律」が可決成立した。この法律により、老人保健法（昭和57年法律第80号）は「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正され、国及び都道府県は医療費適正化計画を作成しなければならないことになった¹。医療費適正化計画は、医療費適正化を具体的に推進するための総合計画としては初めてのものである。ただし、医療費適正化計画の目的は、医療費の適正化そのものではなく、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」の二つが掲げられている。

第一の「住民の健康の保持の推進」に向けた政策目標として、1) 特定健康診査の実施率（5年後の目標数値、70%）、2) 特定保健指導の実施率（45%）、3) メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者及び予備軍（特定保健指導の実施対象者）の減少率（10%）を掲げることと定められている。一方、「医療の効率的な提供の推進」では、1) 療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く）の病床数と、2) 平均在院日数が掲げられている。

昨年、国と都道府県医療費適正化計画の作成状況について調査したところ（医療費適正化計画の作成状況に関する実態調査と課題の考察、分担報告書）、住民の健康の保持の推進に関する政策目標については、大半の都道府県が厚生労働省の示した通りの数値を掲げていた。また、平均在院日数についても、最短日数である長野県との差を三分の一短縮する目標が掲げられていた。しかし、療養病床については、厚生労働省の意図したとおりの目標値が掲げられていなかった。各都道府県の医療費適正化計画の計画病床数を合算すると20万床以上であり、これは厚生労働省の当初の計画である15万床を大幅に上回るものであった。

医療費適正化計画は、平成20年度～平成24年度までを第1期として策定され、3年目を目処に計画の達成状況について中間評価がなされる。その結果を踏まえ、計画の見直しを行い、計画内容に修正が加えられる。国の主な役割は、医療費適正化に向けての政策目標の設定と都道府県への政策立案の援助、情報提供、財政支援である。都道府県は、国が定めた全国的な目標や基本方針に沿った形で、政策目標を設定し、実行計画を策定する。メタボリックシンドロームの予防を実際に行うのは、保険者であり、国や都道府県は情報提供や財政支援などの形で保険者をサポートすることになる。

本分担報告書では、研究協力を得た6府県（山形県、静岡県、長野県、大阪府、広島県、高知県）の医療費適正化計画の内容を分析し、今後の課題について考察を行った。

2. 医療費適正化計画を評価する視点

研究協力6府県の医療費適正化計画の内容を評価する前に、評価する視点を明らかにしておきたい。評価する視点は、次の4点である。

¹ 2008年3月31日に公表された「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」を参考にしている。

1) 地域の実情を理解する現状分析がなされているか

医療費適正化計画は、各都道府県が主導する地方分権型の計画である。これは、各都道府県を取り巻く状況に大きな差があることを踏まえたものであり、地域事情に則して計画を推進するための工夫であると言えよう。そのため、計画を作成する際には、他の都道府県との比較のみならず、都道府県内の地域差も踏まえて、地域の実態を詳細に分析することが期待されている。理想的には、この現状分析により地域事情に即した政策目標の設定、対策の実施を行うことが求められている。

2) 現状分析を踏まえた政策目標が設定されているか

現状分析を踏まえて、各都道府県の事情にあった形で政策目標を立案することになる。基本的な政策目標は、国が指針により示しているが、都道府県が独自に政策目標を設定することも可能である。理想的には、現状分析を踏まえた上で、国が定めた政策目標だけに縛られることなく、必要であれば独自の政策目標を設定することが望ましい。

3) 政策目標を達成するための実行性のある対策と計画が掲げられているか

医療費適正化計画の中でも、この対策の部分が最も重要である。結局のところ、政策目標に対していかに実効的な対策を立てられるかが肝心である。対策を評価する視点として、1) 政策目標との整合性と2) 実行可能性の二つが重要な項目としてあげられよう。

今回の医療費適正化政策では、具体的な政策目標を掲げているのであるから、対応する対策についても政策目標を達成する上で必要と思われる政策を具体的に記す必要がある。行政の計画としては、2) の実行可能性についての方がより難しいかもしれない。

一般企業の事業計画と異なり、実際にこの計画を実施するのは都道府県の関係者だけではなく、保険者である市町村や保険組合、検査の委託機関、医療・介護機関の関係者などである。また、対象とするのは被保険者一般である。しかも進め方については政治的な合意形成も必要となる。そして、この計画に投下できる資源（人材や時間、財源など）も限られている。

こういったことを踏まえると、都道府県には、相当のプロデュース力が求められているといえよう。都道府県にとっても初めての試みであるため、最初から完全無欠の実行可能性ある計画を求めることは不可能である。しかしながら、都道府県とそれ以外の関係者との役割分担や、都道府県内の組織の役割分担、必要な人材と費用、そしていつ何をどこまでするのかのスケジューリングは必要であろう。政策評価では、もちろん政策目標の達成度から評価することも重要であるが、それに向けてのプロセスも評価する必要がある。このプロセスを評価できるような計画にしていなければ、目標設定自体が間違っていたのか、それともやり方が適切でなかったのかの判別が難しくなる。

4) 住民に対する説明や参加を促す仕組みがあるか

住民の理解なくして医療費適正化計画の実行は、難しい。理想的には、住民の問題意識を喚起し、理解を得るような内容が計画に盛り込まれていることが望ましい。そういう意味では、計画の作成段階や公表後のパブリックコメントに至るまで、様々な段階で住民の協力を得られるよう工夫が必要であろう。

3. 都道府県の医療費適正化計画の評価レポート

3.1. 山形県医療費適正化計画

1) 地域の実情を理解する現状分析がなされているか

死亡率、医療費の三要素、病床数について、都道府県間の比較から山形県の位置づけを明確にしている。他の都道府県と比較して、特に優れている点は、構造的に分析を行っている点と市町村間の比較分析が行われている点にあるだろう。

山形県は全国的に見ても医療費が低い地域にあたる。その理由について、都道府県の比較から、入院受診率の低さと平均在院日数が短いことにあると分析している。さらに、入院受診率が低い点については、45歳～54歳にかけての外来受療率が全国平均よりも高い一方で、入院受療率が全国平均よりも低いことから、早期の受診によって入院受療率の上昇を抑えているのではないかと分析している。一方の平均在院日数が低い理由については、患者調査に掲載されている疾病別平均在院日数を参照し、悪性新生物、糖尿病、高血圧、虚血性心疾患、脳血管疾患のいずれも全国平均よりも大幅に低いことを指摘している。このように構造的な原因にまで踏み込んで分析している計画は少ない。

また、都道府県間だけでなく都道府県内の市町村間比較まで行われていることについても、評価できよう。入院・入院外の1人当たり老人医療費を比較しているだけでなく、市町村の被保険者の年齢構成の違いを調整した上、疾患別の医療費を分析している。さらに山形県の分析で優れている点は、市町村の医療費の水準の高低が、市町村全体の国保医療費、都道府県全体の国保医療費に与える影響度も分析されており、しかもそれがわかりやすく地図化して示されている点にある。この地図化されたものを見れば、県内の市町村の疾病別医療費の水準と、それが保険財政に与える影響を一覧することができる。

2) 現状分析を踏まえた政策目標が設定されているか

政策目標には、特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率、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、療養病床数、平均在院日数が掲げられており、目標項目とその目標水準ともに、厚生労働省が定めたものを踏襲している。独自に政策目標を掲げるようなことはしていない。人口当たりの療養病床数については、現状でかなり低い水準にあることから、必要な病床数を高めに設定していることも問題がないと思われる。

新たに付け加えるとするならば、現状分析で脳血管疾患の死亡率が高いことが分析されているので、それを目標に掲げることを検討しても良いだろう。

3) 政策目標を達成するための実行性のある対策と計画が掲げられているか

住民の健康の保持の推進、医療の効率的な提供の推進、その他医療費適正化推進のための取り組みに3分類し、分類に応じて具体的な対策が掲げられている。問題は、対策の内容というよりも、対策の進め方（役割分担や計画）、必要な人材と費用について、ほとんど示されていない点にあるだろう。

療養病床の再編成については、相談窓口が書かれているが、それ以外については対策の担当部署が書かれていない。少なくとも担当部署と大まかなスケジュール程度は示しておかねば、責任の所在が明確でなく、対策が予定通り進捗しているかどうかについても評価しにくい。また、政策を実施する上で重要なパートナーとなる保険者と医療・介護関係者との協力関係、役割分担についてもある程度

示しておく方が望ましい。

4) 住民に対する説明や参加を促す仕組みがあるか

計画本文には、住民参加を促すような事業については記載されていない。計画の作成に当たった医療費適正化部会や保健医療推進協議会のメンバーについても、住民を代表するようなメンバーは入っていない。住民の意見を反映したり、協力が得られるような取り組みをしていたならば、それは積極的に記載しておいた方が良好だろう。

3.2. 長野県医療費適正化計画

1) 地域の実情を理解する現状分析がなされているか

診療区別 1 人当たり医療費、1 人当たり病床数、平均在院日数について、都道府県間で比較分析することにより、長野県の医療費が低い理由について説明を行っている。要約すれば、受診率、1 人当たり病床数、平均在院日数のいずれもが他の都道府県より低いことが、長野県の医療費の低さの原因であるとしている。また、長野県の健診率の高さと、長野県の健診未受診者についての調査結果も報告されており、これは特定健診の受診率向上を考える上で有用な分析だと思われる。

しかし、長野県の医療費が低いことはこれまでに何度も指摘されおり、本計画で示されている原因についても、目新しいものがないことが残念である。受診率や平均在院日数が低いのはなぜなのか、疾病によって違いはないのか、あるいは県内の市町村全てが同じような状況なのかといった、基礎的かつ重要な質問には答えられていない。また、長野県の平均在院日数は都道府県の中で最も短い値であるが、それで何か問題は生じていないのかについても分析が必要であろう。現在では長野県がモデルように扱われているが、脳卒中や虚血性心疾患の死亡率は高いため、全てにおいて問題がないわけではない。この点についても詳しい分析をすることが必要であると感じる。

長野県は、全国的にも注目されている都道府県であるため、他の都道府県の参考になるよう、もっと意欲的な分析が行われることが期待されているだろう。もし、そのために特別な予算措置が必要であるならば、国に働きかけて協力を得ることも必要ではないだろうか。

2) 現状分析を踏まえた政策目標が設定されているか

政策目標には、特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率、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、療養病床数、平均在院日数が掲げられており、目標項目とその目標水準ともに、厚生労働省が定めたものを踏襲している。独自に政策目標を掲げるようなことはしていない。平均在院日数についても、既に都道府県の中でも最も短い値であるため、現状維持を目標としている。

新たに付け加えるとするならば、現状分析ではあまり触れられていないが、脳血管疾患や虚血性心疾患の死亡率について、独自に目標設定を行うことを考えてはどうだろうか。

3) 政策目標を達成するための実行性のある対策と計画が掲げられているか

住民の健康の保持の推進、医療の効率的な提供の推進、その他医療費適正化推進のための取り組みに 3 分類し、分類に応じて具体的な対策が掲げられている。食事バランスガイドの普及啓発、在宅医療や地域ケアの推進といった対策は、長野県の特徴を生かしたものであり、地域事情に合わせた対策の推進の在り方と言えよう。

問題は、対策の内容ではなく、対策の進め方（役割分担や計画）、必要な人材と費用について、ほとんど示されていない点にあるだろう。療養病床の再編成については、相談窓口が書かれているが、それ以外については対策の担当部署が書かれていない。少なくとも担当部署と大まかなスケジュール程度は示しておかねば、責任の所在が明確でなく、対策が予定通り進捗しているかどうかについても評価しにくい。また、政策を実施する上で重要なパートナーとなる保険者と医療・介護関係者との協力関係、役割分担についてもある程度示しておく方が望ましい。

4) 住民に対する説明や参加を促す仕組みがあるか

計画本文には、住民参加を促すような事業については記載されていない。計画の作成に当たった医療費適正化部会や保健医療推進協議会のメンバーについても、住民を代表するようなメンバーは入っていない。住民の意見を反映したり、協力が得られるような取り組みをしていたりしたならば、それは積極的に記載しておいた方が良好だろう。

市民から寄せられたパブリックコメントを見ると、現状で低い医療費を抑制する必要があるのか、医療提供体制が十分なのか、必要な医療を確保された上で医療費の適正化を行うべきかといった、意見が寄せられている。これらの意見は素直な疑問であり、疑問に回答できるような分析をしっかりと行うべきであろう。

3.3. 静岡県医療費適正化計画

1) 地域の実情を理解する現状分析がなされているか

生活習慣病対策では、メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の調査、医療の効率的な提供の推進については、療養病床数と入院患者の医療区分のみが分析されており、現状分析としては乏しい内容となっている。医療費についても分析はされているが、冒頭ではなく後半の4章で診療区分別の1人当たり医療費だけを分析するに留まっている。

医療費適正化計画なのであるから、詳しい医療費の分析は不可欠であり（しかもそれは始めに分析されるべきである）、それと呼応する形で死亡率や健診状況、医療提供体制の状況など、課題を浮き彫りにするような分析が必要であろう。

2) 現状分析を踏まえた政策目標が設定されているか

政策目標には、特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率、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、療養病床数、平均在院日数が掲げられており、目標項目とその目標水準ともに、厚生労働省が定めたものを踏襲している。独自に政策目標を掲げるようなことはしていない。

現状分析の内容が乏しいため、設定された政策目標の意義が感じられにくい。

3) 政策目標を達成するための実行性のある対策と計画が掲げられているか

政策目標を達成するための対策には、生活習慣病対策では、県民個人の健康づくりの支援、県民運動の展開、健康づくり支援機能の充実、連携・協働で進める健康づくりの推進、先駆的な健康づくりの推進、地域資源を活用した健康づくりの推進と幅広い対策が立てられている。

静岡県の計画で特徴的なものは、関係団体等の役割分担が明確に記載されていることである。このように一覧表で関係団体等の役割が明示されている計画は少ない。これは保健医療計画と同様な内容

のものであろうが、医療提供体制の構築に当たる7疾病、5事業についても詳しく紹介がなされている。ただ、健康づくりに関しては対策内容が広範に書いてあるにも関わらず、その内容に対する説明が数行程度であり、この記述だけからではその対策内容の実効性については、判断できない。取り組む内容やスケジュール、役割分担などがわかるよう、記述を増やすべきであろう。

4) 住民に対する説明や参加を促す仕組みがあるか

しずおか健康づくりの戦略の2. 県民運動の展開のところで、「広く県民から健康づくりに関わる企画や提案を募集し、施策に反映します」との記載がある。その他の医療費適正化政策についても、同様に県民の主体的参加を促すような取り組みをしているのであれば、ぜひ説明しておいた方が良いと思われる。

医療費適正化計画の作成主体や実行管理をどこの部署が担当するのかについて記載されていないので、その点は追加するべきであろう。その際、住民の窓口となるような部署があれば、わかるように示されると良い。

3.4. 大阪府医療費適正化計画

1) 地域の実情を理解する現状分析がなされているか

老人医療費の3要素、基本健康診査受診率と1人当たり老人医療費、被保険者の年齢構成と対応する医療費の割合、平均在院日数と医療費との関係、療養病床の患者の医療区分など、一通りの分析がなされている。また、分析の冒頭には、括弧で括った中に分析の要約とそこから府として取るべき対応が書かれており、分析結果と府の見解がわかりやすいように工夫がなされている。この記述の方法は、他の都道府県も参考になるのではないだろうか。

現状分析の表現方法はこの方法を踏襲して、さらに大阪府内の地域差を分析することや、受診率の高さの原因、死亡率の現状と原因などについて、詳しく分析がなされると良いだろう。

2) 現状分析を踏まえた政策目標が設定されているか

政策目標には、特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率等といった厚生労働省が定めたもの以外に、大阪府の医療費の特徴を踏まえた上で別途3つの目標が立てられている。具体的には、糖尿病の有病者及び予備群の減少率、レセプトデータを活用した効果的な保健指導、後発医薬品等の適正な使用を前提とした普及・啓発することの3つである。レセプトデータの活用と後発医薬品等の使用推進に関しては、具体的な数値目標は掲げられていないものの、府として独自に政策目標を掲げていることは、大いに評価されて良いだろう。

3) 政策目標を達成するための実行性のある対策と計画が掲げられているか

住民の健康の保持の推進、医療の効率的な提供の推進、大阪府の医療費の特徴に対応した取組みに関する事項に3分類し、幅広い対策が具体的に掲げられている。府がすべきことが明確かつ具体的に書かれおり、わかりやすい。

また、他の都道府県では記載されていない特徴的な取組みについても説明がなされている。まず、メタボリックシンドロームに該当するかどうかに関わらず特定健康診査を受診した者全員を対象に、