

#### 4. 介護ニーズと医療ニーズの関係

##### 4.1 介護ニーズと疾病構造の関係

第2節で述べたとおり、本研究で利用した国保レセプト情報からは入院患者の疾病情報（主傷病名）を一部利用することが可能である。表3は同情報を用いて入院患者の疾病構造についてまとめた結果であり、全エピソード7,875件のうち、疾病情報を有するエピソードは1,012件となる（表3上段参照）。以下、疾病情報を有する1,012エピソードを対象として、認定者と非認定者の疾病構造について検討を行うが、はじめに検討を行う上での若干の留意点について述べる。

第2節で述べたとおり、本研究で利用した国保レセプト情報からは、5月審査分のみ疾病情報が利用可能となる。当然のことながら、あるエピソードが疾病情報を持つためには、同一エピソード内に5月審査分レセプトが含まれる必要があり、結果として、疾病情報を持つエピソードは在院日数が相対的に長いエピソードに偏ることになる。また、認定者の在院日数は非認定者に比べて長いことから、全エピソードに占める認定者の比率が29.8%であるのに対し、疾病情報を有するエピソードに占める認定者の比率は37.1%となる。このように、以下の分析で利用するサンプルには若干のバイアスが存在することに留意する必要がある。

表3下段には、主傷病名別の入院患者数の比率（表中「相対度数」）、および、それぞれの主傷病名を持つ入院患者数の中での認定者の比率（表中「認定者比率」）がまとめてある。傷病大分類に基づく主傷病名の分布についてみてみると、「循環器系の疾患」が27.2%で最も多く、以下、「新生物」（14.5%）、「呼吸器系の疾患」（10.3%）、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」（7.8%）、「消化器系の疾患」（7.6%）と続く。これらの5つの傷病分類について、入院患者に占める認定者の比率を見てみると、「循環器系の疾患」46.5%、「呼吸器系の疾患」49.0%、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」45.6%となっており、全体で見た認定者の比率37.1%を上回る結果となっている。逆に、「新生物」、「呼吸器系の疾患」では認定者の比率がそれぞれ19.7%、24.7%と全体に比べて低くなっている。換言すれば、認定者では「循環器系の疾患」（脳梗塞、脳内出血など）、「呼吸器系の疾患」（肺炎など）、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」（骨折など）を主傷病とする入院が相対的に多く、「新生物」（胃・気管、気管支及び肺の悪性新生物など）や「消化器系の疾患」（胃潰瘍及び十二指腸潰瘍、胆石症及び胆のう炎など）を主傷病とする入院が相対的に少ないということになる。このように、認定者と非認定者では疾病構造が異なっており、このことが両者の在院日数に影響を与えている可能性がある。

<表3挿入>

##### 4.2 主傷病名と在院日数の関係

次に、入院患者の主傷病名と在院日数との関係について検討を行う。表4には、入院患者

の主傷病名ごとに、在院日数別の患者数の分布をまとめてある。表 3 と同様、表 4 上段には全サンプルを利用した時、あるいは、疾病情報を有する入院エピソードを利用した時の入院患者の分布を示してあるが、先述したとおり、疾病情報を有するエピソードでは在院日数が相対的に長くなっていることが確認できる。

在院日数が相対的に長い傷病分類としては、「循環器系の疾患」が挙げられる。特に、「60 日以上」、「90 日以上」、「180 日以上」の階級で平均との差が大きくなっており、入院患者の 16.7% が在院日数 180 日以上となっている（平均 8.3%）。特に、脳内出血、脳梗塞では在院日数が長くなっており、180 日以上入院患者比率はそれぞれ、37.0%、26.3%となっている。一方で、在院日数が相対的に短い傷病分類としては、「消化器系の疾患」、および、「呼吸器系の疾患」の二つが挙げられる。いずれの傷病分類においても、全ての在院日数階級において入院患者の比率が平均を下回っており、在院日数 20 日未満の入院患者の比率は 5 割前後の値となっている（平均 39.1%）。

以上挙げた 3 つの傷病分類のうち、在院日数の長い「循環器系の疾患」は認定者に相対的に多く、在院日数の短い「消化器系の疾患」は認定者に相対的に少ない。したがって、これら二つの傷病分類の在院日数が、認定者の在院日数を長期化させている一因とも考えられる。一方で、在院日数の短い「呼吸器系の疾患」は認定者に相対的に多く、この点では、認定者の在院日数を短縮する方向に作用すると考えられる。

その他の傷病分類としては、「精神及び行動の障害」、「神経系の疾患」の二つが注目される。いずれも認定者に多くみられる傷病であると同時に、在院日数が最も長くなっている。「精神及び行動の障害」では入院患者の 26.7%、「神経系の疾患」では入院患者の 18.5% が、在院日数 180 日以上となっており、やはり認定者の在院日数を長くしている一因と考えられる。

#### <表 4 挿入>

### 5. 在院日数の変動要因に関する分析

前節でみたとおり、認定者と非認定者では疾病構造が異なっており、そのことが両者の在院日数に影響を与える可能性がある。それ以外にも性別、年齢などの基礎的属性が両者で異なっており、このことも在院日数に影響を与える可能性がある。したがって、本節では、在院日数を被説明変数とする多重回帰分析を行うことにより、介護ニーズと医療資源投入との関係について検討を行うこととする。

説明変数には、性別、年齢、要介護度ダミー、入所実績ダミー、および、疾病ダミーを利用した。このうち要介護度ダミーは介護ニーズを表わす指標と考えており、要介護度別のダミー変数を投入した。基準は「非認定」であり、予想される符号はプラスである。また、要介護度が高くなるほど介護ニーズも拡大すると考えられることから、要介護度の上昇とともに回帰係数の値は大きくなるものと予想される。

介護施設に対する超過需要が発生している状況下では、医療機関における医学的治療が完了したのちの介護施設等への円滑な移行が難しく、結果として在院日数が長期化する可能性がある。逆に、介護施設等から医療機関へ入院するケースでは、入院期間中ベッドが確保されることにより退院後の移行が円滑に行われ、在院日数が短縮できる可能性がある。入所実績ダミーはこの点を考慮した変数であり、予想される符号はマイナスとなる。なお、入所実績ダミーについては、施設種別のダミー変数を投入した。

最後に、疾病ダミーは主傷病の違いによる在院日数の変動を制御する目的で投入されており、疾病大分類ごとのダミー変数を投入した（基準は「新生物」）。

回帰分析の結果は表5にまとめてある。表中推計式1-1から推計式1-2は、全エピソード7,875レコードを対象として、自治体B、自治体Cを対象とした調査と同様のフレームワークの下で推計を行った結果である。まず、要介護度についてみると、「要支援」を除く全ての要介護度で有意となっており、符号についても予想した結果と一致したものとなっている。また、要介護度が重度化するほど係数の値は大きくなっており、この点についても本研究の仮説と整合的な結果となっている。次に、入所実績ダミーについてみると、「特養」（介護老人福祉施設）でのみ統計的に有意、かつ、予想と一致した結果となっている。特養入所者については、入所実績のない個人に比べて、在院日数が17日ほど短縮される結果となっている。なお、推計式1-1、推計式1-2の要介護度ダミーの係数を比較すると、重度の要介護度（要介護4・要介護5）で推計式1-2の方が係数の値が大きくなっている。これは、介護施設への入所が重度の要介護認定者に集中しており、推計式1-1の係数には施設入所の効果（在院日数に対して負の効果）が含まれていたためと考えられる。

以上の結果については、自治体B、自治体Cを対象とした分析からも同様の結果が得られているが、本研究の関心は、疾病構造の差異を考慮した上でも以上の結果が維持されるかどうかである。推計式1-3から1-5は、疾病情報を有する1,012エピソードを対象に回帰分析を行った結果を示している。推計式1-3、推計式1-4について見てみると、一部の要介護度で有意な結果となっていないものの、(1)要介護度ダミーがプラスで有意、(2)要介護度が高くなるほど回帰係数の値が大きくなる、および、(3)入所実績ダミー（特養）がマイナスで有意、という3点に関しては、全サンプルを利用した場合と同じ結果となっている。

最後に、説明変数に疾病情報を追加して回帰分析を行った結果が推計式1-5である。疾病ダミーについて見てみると、「精神および行動の障害」、「循環器系の疾患」、および、「呼吸器系の疾患」において有意な結果となっており、きわめて自然なことであるが、患者の疾病により在院日数が変化することを示している。具体的には、「新生物」を主傷病とする入院患者に比して、「精神および行動の障害」、「循環器系の疾患」を主傷病とする入院患者の在院日数が長く、「呼吸器系の疾患」を主傷病とする入院患者の在院日数が短いことを示しており、前節で確認した主傷病名と在院日数との関係とも整合的なものとなっている。

このように患者の在院日数が疾病によって変化することは確かであるが、医療ニーズを疾病情報で制御した上でも、要介護度ダミー（要介護3以上）、入所実績ダミー（特養）は

依然として有意であり、符号条件も満たしている。すなわち、少なくとも本研究の調査対象地域である自治体 A においては、依然として、介護ニーズに対する医療資源の投入が行われており、このことが在院日数長期化の一因であると考えられる。なお、推計式 1-4 との比較では、要介護度ダミーの係数の値が小さくなっており、その意味で、(疾病情報を制御していない) 推計式 1-4 では、要介護度が在院日数に与える影響を過大に評価していたと考えられる。

#### <表 5 挿入>

### 6. おわりに

本研究では、静岡県自治体 A から提供を受けた国民健康保険・介護保険個票データを用いて、高齢期における介護ニーズと入院受療行動の関係について検討を行った。本研究から得られた主な結果は以下の通りである。

第 1 に、要介護度を介護ニーズの指標と考えた場合、介護ニーズが高いほど在院日数が長期化している実態が明らかとなった。また、在院日数は入院患者が罹患している疾病によっても変化しうるものであるが、患者の疾病を制御した上でも以上の関係が維持されることが示された。したがって、少なくとも本研究の調査対象地域である自治体 A においては、依然として、介護ニーズに対して医療資源（入院サービス）が投入されていると考えられる。

第 2 に、特別養護老人ホーム入所者が医療機関に入院するケースでは、在院日数は比較的短期間で済むことが明らかとなった。特養入所者が医療機関に入所した際には、少なくとも 3 ヶ月はベッドが確保される。このことが退院後の介護施設への移行を円滑なものとし、在院日数の短縮化に寄与していると考えられる。逆にいえば、特養以外の施設からの入院するケース、あるいは、自宅から入院するケースでは、退院後の介護施設への移行が円滑に行われず医療機関に滞留することとなり、このことが在院日数を長期化させている可能性がある。

以上の結果を踏まえて、今後の医療・介護保険制度の在り方を考える上で、次の 3 点が重要と考える。第 1 に、依然として介護ニーズに対して医療資源（入院サービス）が投入されている現状を踏まえると、介護施設に対する超過需要が解消されていないと考えられる。保険財政、あるいは、高齢者の生活の質といった観点からも、医療・介護施設の提供バランスについて引き続き検討が求められる。この意味で、療養病床再編は引き続き推進すべき重要な課題と考える。第 2 に、介護施設整備の推進と同時に、医療機関と介護施設との連携を強化し、退院後の円滑な移行を可能とする体制の整備が求められる。第 3 に、本研究の分析対象からは外れるが、介護施設における看取り機能の強化など、医療と介護の担うべき機能についても再検討が求められる。限りある資源の中で、高齢期の生活の質をいかに確保していくべきか、早急に国民的コンセンサスを固めていく必要がある。

参考文献

- 井伊雅子・別所俊一郎(2006)「医療の基礎的実証分析と政策：サーベイ」『フィナンシャル・レビュー』第80号
- 菊池 潤(2008)「高齢期の医療・介護サービス利用行動に関する考察」第65回日本財政学会報告論文
- 菊池 潤(2009)「高齢者の入院受療行動の要因に関する考察」第66回日本財政学会報告論文
- 菅原琢磨・南部鶴彦・開原成允・河口洋行・細小路岳史(2005)「介護保険と老人保健の利用給付関係の検討—個票データを用いた栃木県大田原市における例」、(編)田近栄治・佐藤主光『医療と介護の世代間格差』第8章、東洋経済新報社
- 鈴木 亘(2004)「レセプトを用いたわが国の医療需要の分析と医療制度改革の効果に関する再検証」日医総研ワーキングペーパー、No. 97
- 鈴木 亘(2005)「老人医療の価格弾力性の計測と最適自己負担率—国保レセプトデータを用いた研究」、(編)田近栄治・佐藤主光『医療と介護の世代間格差』第2章、東洋経済新報社
- 花岡智恵・鈴木 亘(2007)「介護保険導入による介護サービス利用可能性の拡大が高齢者の長期入院に与えた影響」『医療経済研究』第19巻第2号

図1 エピソード・データの作成例

a) レセプトデータの構成

	個人ID	医療機関	診療年月											
			1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
ケース1	A	a			20日					10日				
ケース2	B	a					15日	30日	2日					
ケース3	C	a			10日									
	C	b			2日	30日	31日	12日						
ケース4	D	a					15日	10日	2日					
ケース5	E	a		31日	18日									
ケース6	F	a									3日	31日		

注) 表中の数字は診療日数を表わすものとする。

b) エピソード・データの作成方法

ケース1	個人Aの医療機関aへの入院エピソード×2
ケース2	個人Bの医療機関aへの入院エピソード×1
ケース3	個人Cの医療機関aへの入院エピソード×1、個人Cの医療機関bへの入院エピソード×1
ケース4	個人Dの医療機関aへの入院エピソード×1 → 診療年月6月の日数が30日に満たないため除外
ケース5	個人Eの医療機関aへの入院エピソード×1 → 「入院年月」が対象期間の先頭月に一致しているため除外(注)
ケース6	個人Fの医療機関aへの入院エピソード×1 → 「退院年月」が対象期間の最終月に一致しているため除外(注)

表1 分析用データの総流統計

	全サンプル					疾病情報サンプル					備考
	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max	
入院年月	7875	200589.5	110.8	200408	200802	1012	200589.5	86.2	200408	200705	
退院年月	7875	200596.7	110.9	200406	200802	1012	200611.5	81.7	200501	200802	
日数(日)	7875	27.9	56.6	1	1140	1012	70.0	132.1	1	1140	
医療費(円)	7875	920862	1266807	1690	2.10E+07	1012	1721657	2226534	15190	2.10E+07	2「1」男、「2」女
性別	7875	1.44	0.50	1	2	1012	1.44	0.50	1	2	
生年	7875	77.28	7.75	64	104	1012	78.20	7.82	65	101	
要介護度	2345	21.83	3.36	11	25	375	22.43	2.82	11	25	
要介護度ダミー	7875	0.013	0.114	0	1	1012	0.008	0.089	0	1	「1」該当、「0」非該当
要支援	7875	0.090	0.286	0	1	1012	0.097	0.236	0	1	「1」要支援「0」経過的要介護を含む
要介護1	7875	0.051	0.219	0	1	1012	0.062	0.242	0	1	
要介護2	7875	0.049	0.216	0	1	1012	0.080	0.238	0	1	
要介護3	7875	0.042	0.201	0	1	1012	0.084	0.227	0	1	
要介護4	7875	0.053	0.223	0	1	1012	0.089	0.285	0	1	
要介護5	7875	0.016	0.124	0	1	1012	0.020	0.139	0	1	
入所実績ダミー	7875	0.001	0.028	0	1	1012	0.001	0.031	0	1	「1」入所実績有り
認知症対応型共同生活介護	7875	0.036	0.185	0	1	1012	0.037	0.188	0	1	
特定施設入所者生活介護	7875	0.029	0.168	0	1	1012	0.051	0.221	0	1	
介護老人福祉施設	7875	0.010	0.098	0	1	1012	0.010	0.099	0	1	
介護老人保健施設	7875	0.104	0.306	0	1	1012	0.157	0.364	0	1	
介護療養型医療施設	1012	894.49	483.86	101	1905	1012	894.49	483.86	101	1905	
死亡ダミー	1012	8.90	4.84	1	19	1012	8.90	4.84	1	19	
疾病コード	1012	0.028	0.164	0	1	1012	0.028	0.164	0	1	
疾病コード(大分類)	1012	0.145	0.353	0	1	1012	0.145	0.353	0	1	
疾病ダミー(大分類)	1012	0.009	0.094	0	1	1012	0.009	0.094	0	1	
感染症及び寄生虫症	1012	0.053	0.225	0	1	1012	0.053	0.225	0	1	
新生物	1012	0.030	0.170	0	1	1012	0.030	0.170	0	1	
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	1012	0.027	0.161	0	1	1012	0.027	0.161	0	1	
内分泌、栄養及び代謝疾患	1012	0.038	0.190	0	1	1012	0.038	0.190	0	1	
精神及び行動の障害	1012	0.001	0.031	0	1	1012	0.001	0.031	0	1	
神経系の疾患	1012	0.272	0.445	0	1	1012	0.272	0.445	0	1	
聴及び平衡器の疾患	1012	0.103	0.304	0	1	1012	0.103	0.304	0	1	
耳及び乳突突起の疾患	1012	0.076	0.265	0	1	1012	0.076	0.265	0	1	
循環器系の疾患	1012	0.016	0.125	0	1	1012	0.016	0.125	0	1	
呼吸器系の疾患	1012	0.058	0.234	0	1	1012	0.058	0.234	0	1	
消化器系の疾患	1012	0.046	0.211	0	1	1012	0.046	0.211	0	1	
皮膚及び皮下組織の疾患	1012	0.005	0.070	0	1	1012	0.005	0.070	0	1	
筋骨格系及び結合組織の疾患	1012	0.016	0.125	0	1	1012	0.016	0.125	0	1	
腎泌尿生殖器系の疾患	1012	0.016	0.125	0	1	1012	0.016	0.125	0	1	
先天奇形、変形及び染色体異常	1012	0.078	0.268	0	1	1012	0.078	0.268	0	1	
先天奇形、変形及び染色体異常 症状、徴候及び運動臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの 損傷、中毒及びその他の外因の影響	1012	0.078	0.268	0	1	1012	0.078	0.268	0	1	

表2-1 入院患者の在院日数  
在院日数別・入院患者数(構成比)

在院日数	自治体A(N=7,875)			自治体B(N=991)			自治体C(N=1,491)		
	非認定者		認定者	非認定者		認定者	非認定者		認定者
	入所実績なし	入所実績あり		入所実績なし	入所実績あり	入所実績なし	入所実績あり		
10日未満	45.7%	26.1%	20.8%	40.9%	20.0%	20.4%	48.0%	34.8%	27.7%
10日以上20日未満	22.5%	21.6%	28.1%	22.9%	22.8%	22.3%	23.0%	20.8%	30.1%
20日以上30日未満	10.7%	14.3%	15.2%	11.8%	18.4%	19.1%	11.0%	11.2%	14.5%
30日以上60日未満	12.7%	22.5%	18.8%	15.6%	17.2%	21.0%	10.6%	15.5%	16.9%
60日以上90日未満	4.3%	7.5%	6.3%	5.0%	8.8%	8.9%	4.7%	7.5%	6.0%
90日以上180日未満	3.4%	5.2%	5.5%	2.6%	9.2%	6.4%	2.0%	6.8%	2.4%
180日以上	0.5%	2.9%	5.3%	1.2%	3.6%	1.9%	0.6%	3.4%	2.4%
総数	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表2-1 入院患者の1日当たり医療費  
在院日数別・1日当たり医療費(円)

在院日数	自治体A(N=7,875)			自治体B(N=991)			自治体C(N=1,491)		
	非認定者		認定者	非認定者		認定者	非認定者		認定者
	入所実績なし	入所実績あり		入所実績なし	入所実績あり	入所実績なし	入所実績あり		
10日未満	74,950	58,211	45,266	39,712	26,936	20,168	55,611	38,979	37,977
10日以上20日未満	52,032	39,761	36,031	27,919	23,488	23,364	42,644	33,650	24,340
20日以上30日未満	46,513	31,882	28,584	26,360	20,369	26,385	37,607	33,117	21,795
30日以上60日未満	37,889	29,598	27,373	24,415	21,880	17,670	36,756	24,889	26,643
60日以上90日未満	31,951	26,735	22,473	22,963	16,282	17,319	28,715	22,203	23,003
90日以上180日未満	31,515	22,680	18,747	28,508	16,274	25,594	24,425	23,248	21,585
180日以上	24,071	16,906	15,511	14,699	11,951	13,519	16,608	15,717	12,638
総数	58,392	38,645	32,311	24,423	17,201	20,151	46,494	31,907	27,711



表3 疾病分類別・入院患者数

	非認定者	認定者	合計	相対度数*	認定者比
全サンプル	5530	2345	7875	-	29.8%
疾病情報なし	4893	1970	6863	-	28.7%
疾病情報あり	637	375	1012	100.0%	37.1%
1. 感染症及び寄生虫症	-	-	-	2.8%	39.3%
結核	-	-	-	1.0%	40.0%
ウイルス肝炎	-	-	-	0.8%	37.5%
2. 新生物	-	-	-	14.5%	19.7%
胃の悪性新生物	-	-	-	2.5%	16.0%
気管、気管支及び肺の悪性新生物	-	-	-	1.9%	21.1%
3. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	-	-	-	0.9%	22.2%
4. 内分泌、栄養及び代謝疾患	-	-	-	5.3%	37.0%
糖尿病	-	-	-	4.8%	32.7%
5. 精神及び行動の障害	-	-	-	3.0%	66.7%
血管性及び詳細不明の痴呆	-	-	-	0.9%	88.9%
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	-	-	-	1.0%	40.0%
6. 神経系の疾患	-	-	-	2.7%	48.1%
7. 眼及び付属器の疾患	-	-	-	3.8%	15.8%
白内障	-	-	-	1.3%	15.4%
9. 循環器系の疾患	-	-	-	27.2%	46.5%
高血圧性疾患	-	-	-	2.2%	31.8%
虚血性心疾患	-	-	-	2.5%	32.0%
その他の心疾患	-	-	-	6.5%	40.9%
脳内出血	-	-	-	2.7%	70.4%
脳梗塞	-	-	-	9.8%	57.6%
10. 呼吸器系の疾患	-	-	-	10.3%	49.0%
肺炎	-	-	-	6.9%	55.7%
11. 消化器系の疾患	-	-	-	7.6%	24.7%
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	-	-	-	1.2%	33.3%
胆石症及び胆のう炎	-	-	-	1.0%	20.0%
12. 皮膚及び皮下組織の疾患	-	-	-	1.6%	31.3%
13. 筋骨格系及び結合組織の疾患	-	-	-	5.8%	20.3%
関節症	-	-	-	1.4%	7.1%
脊椎障害(脊椎症を含む)	-	-	-	1.5%	33.3%
14. 腎尿路生殖器系の疾患	-	-	-	4.6%	31.9%
腎不全	-	-	-	1.9%	36.8%
17. 先天奇形、変形及び染色体異常	-	-	-	0.5%	20.0%
18. 症状、徴候及び異動臨床所見・異常検査所見で他に分類されない	-	-	-	1.6%	43.8%
19. 損傷、中毒及びその他の外因の影響	-	-	-	7.8%	45.6%
骨折	-	-	-	5.2%	50.9%

表4 疾病分類別・在院日数別・入院患者数の分布

	入院患者比率				
	20日以上	30日以上	60日以上	90日以上	180日以上
全サンプル	37.8%	25.9%	10.6%	5.4%	1.4%
疾病情報なし	34.4%	22.5%	7.8%	3.4%	0.4%
疾病情報あり	60.9%	49.4%	29.2%	18.7%	8.3%
1. 感染症及び寄生虫症	39.3%	39.3%	35.7%	25.0%	10.7%
結核	70.0%	70.0%	60.0%	60.0%	20.0%
ウイルス肝炎	25.0%	25.0%	25.0%	0.0%	0.0%
2. 新生物	65.3%	49.0%	32.0%	19.7%	4.8%
胃の悪性新生物	68.0%	48.0%	24.0%	8.0%	0.0%
気管、気管支及び肺の悪性新生物	73.7%	68.4%	52.6%	21.1%	10.5%
3. 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	55.6%	55.6%	33.3%	22.2%	0.0%
4. 内分泌、栄養及び代謝疾患	50.0%	37.0%	13.0%	9.3%	1.9%
糖尿病	49.0%	34.7%	12.2%	10.2%	2.0%
5. 精神及び行動の障害	96.7%	83.3%	60.0%	46.7%	26.7%
血管性及び詳細不明の痴呆	100.0%	77.8%	55.6%	44.4%	22.2%
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	100.0%	90.0%	60.0%	30.0%	10.0%
6. 神経系の疾患	74.1%	74.1%	51.9%	33.3%	18.5%
7. 眼及び付属器の疾患	18.4%	10.5%	7.9%	5.3%	0.0%
白内障	15.4%	7.7%	7.7%	0.0%	0.0%
9. 循環器系の疾患	63.3%	55.3%	38.5%	29.1%	16.7%
高血圧性疾患	31.8%	22.7%	13.6%	4.5%	0.0%
虚血性心疾患	20.0%	12.0%	8.0%	4.0%	0.0%
その他の心疾患	43.9%	36.4%	22.7%	13.6%	6.1%
脳内出血	85.2%	85.2%	77.8%	70.4%	37.0%
脳梗塞	86.9%	79.8%	54.5%	40.4%	26.3%
10. 呼吸器系の疾患	52.9%	39.4%	20.2%	7.7%	3.8%
肺炎	52.9%	37.1%	20.0%	7.1%	1.4%
11. 消化器系の疾患	45.5%	36.4%	19.5%	7.8%	2.6%
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	33.3%	33.3%	25.0%	8.3%	0.0%
胆石症及び胆のう炎	70.0%	40.0%	20.0%	0.0%	0.0%
12. 皮膚及び皮下組織の疾患	56.3%	37.5%	18.8%	0.0%	0.0%
13. 筋骨格系及び結合組織の疾患	79.7%	57.6%	16.9%	6.8%	1.7%
関節症	92.9%	64.3%	21.4%	0.0%	0.0%
脊椎障害(脊椎症を含む)	73.3%	66.7%	13.3%	6.7%	0.0%
14. 泌尿器生殖器系の疾患	57.4%	44.7%	29.8%	23.4%	10.6%
腎不全	73.7%	52.6%	36.8%	31.6%	21.1%
17. 先天奇形、変形及び染色体異常	100.0%	80.0%	40.0%	20.0%	0.0%
18. 症状、徴候及び異動臨床所見・異常検査所見で他に分類されない	43.8%	43.8%	12.5%	0.0%	0.0%
19. 損傷、中毒及びその他の外因の影響	78.5%	63.3%	26.6%	13.9%	2.5%
骨折	86.8%	67.9%	30.2%	17.0%	3.8%

表5 在院日数の変動要因:推計結果

サンプル 推計方法	推計式1-1 全サンプル OLS	推計式1-2 全サンプル OLS	推計式1-3 疾病あり OLS	推計式1-4 疾病あり OLS	推計式1-5 疾病あり OLS
性別	-0.918 (1.289)	-0.696 (1.289)	-3.125 (8.090)	-2.922 (8.097)	-0.148 (8.217)
年齢	0.011 (0.091)	0.022 (0.092)	-0.371 (0.574)	-0.409 (0.579)	-0.538 (0.591)
要介護度ダミー(基準「非認定」)					
要支援	5.751 (5.539)	5.627 (5.532)	76.605 * (44.593)	76.860 * (44.542)	71.589 (44.199)
要介護1	9.993 *** (2.304)	9.595 *** (2.314)	17.927 (14.089)	18.402 (14.220)	12.495 (14.211)
要介護2	12.968 *** (2.973)	12.807 *** (3.008)	22.739 (17.323)	19.225 (17.506)	15.755 (17.393)
要介護3	18.413 *** (3.013)	18.506 *** (3.113)	48.799 *** (17.467)	50.243 *** (18.039)	49.175 *** (17.975)
要介護4	22.565 *** (3.209)	24.660 *** (3.344)	71.121 *** (17.994)	75.056 *** (18.567)	60.676 *** (18.530)
要介護5	47.587 *** (2.907)	50.657 *** (3.100)	154.300 *** (14.656)	160.769 *** (15.598)	147.208 *** (15.582)
入所実績ダミー					
グループホーム		6.244 (5.140)		4.774 (28.861)	7.234 (28.650)
特定施設		-28.604 (22.657)		-154.314 (125.759)	-109.200 (124.128)
特養		-16.652 *** (3.670)		-48.948 ** (22.291)	-39.615 * (22.214)
老健		8.344 ** (3.887)		17.786 (18.874)	11.537 (18.740)
療養型		2.331 (6.474)		34.045 (40.572)	23.218 (40.034)
疾病ダミー(基準「新生物」)					
感染症及び寄生虫症					20.541 (25.680)
血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害					-7.950 (42.289)
内分泌、栄養及び代謝疾患					-15.229 (19.707)
精神及び行動の障害					63.351 ** (25.093)
神経系の疾患					31.007 (26.152)
眼及び付属器の疾患					-35.215 (22.739)
耳及び乳様突起の疾患					-41.150 (123.154)
循環器系の疾患					42.065 *** (12.868)
呼吸器系の疾患					-27.257 * (16.177)
消化器系の疾患					-22.936 (17.362)
皮膚及び皮下組織の疾患					-23.752 (32.378)
筋骨格系及び結合組織の疾患					-7.069 (19.092)
腎尿路生殖器系の疾患					9.580 (20.637)
先天奇形、変形及び染色体異常					8.477 (56.061)
症状、徴候及び異動臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの					-26.575 (32.497)
損傷、中毒及びその他の外因の影響					-6.427 (17.569)
定数項	22.296 *** (6.883)	21.224 *** (6.910)	79.297 * (43.600)	81.865 * (43.950)	84.075 * (45.318)
Number of obs	7,875	7,875	1,012	1,012	1,012
F test (zero slope)					
F	44.62	29.70	16.03	10.47	6.64
Prob > F	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
R-squared	0.043	0.047	0.113	0.120	0.164
Adj R-squared	0.042	0.045	0.106	0.109	0.139

注)括弧内の値は標準誤差を表す。また、\*は10%、\*\*は5%、\*\*\*は1%水準で有意であることを示す。

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）

「医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究」

## 医療保険者における特定健康診査等の実施状況と検討課題に関する制度的考察

東 修司

国立社会保障・人口問題研究所企画部長

### 1. はじめに

2008年4月から導入された特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健康診査等」という。）については、先般の医療制度改革の中で「高齢者の医療の確保に関する法律」及び医療保険各法において、医療保険者による実施が義務付けられたところであるが、初年度の実施率は必ずしも高くない状況にあることが報告されており、同事業の施行準備の遅れや情報の混乱、システムの複雑性など現場から問題点も指摘されてきた。また、特定健康診査等の実施を通じて生活習慣病など国民の健康に対する関心が強まったという指摘がみられるものの、その医療適正化効果をめぐっては引き続き本格的なエビデンスの蓄積が求められる状況にあり、メタボリックシンドローム判定基準や階層化の基準、健診項目等についても関係方面から様々な議論が投げ掛けられている。

一方、本事業を実施する医療保険者の財政状況は引き続き厳しく、市町村国民健康保険については、一般会計から赤字補填している部分を除けば、実質的な収支は赤字が続いている。協会けんぽ（旧政府管掌健康保険）については急速な収支状況の悪化が見られ、2007年度から2008年度にかけて2年連続の赤字決算となり、その赤字額も2倍近くに増加している。健康保険組合も2008年度には赤字決算を計上しており、赤字組合の割合が約7割となる中、賃金の低下等による保険料収入の減少と併せて、前期高齢者納付金並びに後期高齢者支援金の導入など制度改正による影響も指摘される場所である。

本稿においては、事業初年度となる2008年度における特定健康診査等の実施状況などが明らかとなりつつあるこの時期を捉えて、上記の通り厳しい財政状況の下に、本事業の定着に鋭意取り組んでいる医療保険者の現状と課題について整理を行う。そして、特定健康診査等の実施を通じた加入者のQOLの向上、健康寿命の伸長を目指すことが保険者機能としても本来重要であるとの考え方に立ち、あらためて事業創設の意義や今後の方向性などを考察する。以下、まず第2節では現段階で把握される2008年度速報値などを踏まえつつ、特定健康診査等の実施状況と課題を検証するとともに、第3節では特定健康診査等がスタートすることとなった背景や政策的位置付けをあらためて確認する。さらに、第4節では事業の実績に対する評価の在り方等を考察し、最後に第5節では特定健康診査等をめぐる各方面からの指摘や高齢者医療制度の見直しの動向等も踏まえつつ、今後の政策議論に向けた基本的視点を提示する。

## 2. 2008年度における実施状況と検討課題等について

### (1) 2008年度における特定健康診査等の実施状況

本年1月14日の厚生労働関係部局長会議の保険局資料に示された速報値によれば、2008年度における特定健康診査の実施状況は表1の通りとされている。あくまでも速報値としての位置付けであり、回収率が100%でない医療保険者も存在しているため、数値が変わり得るものという前提ではあるものの、市町村国民健康保険をはじめ各医療保険者ともにその実施率は高くなく、参酌標準に定められた2012年度目標水準からみれば、いずれも厳しい状況にあると言わざるを得ない。

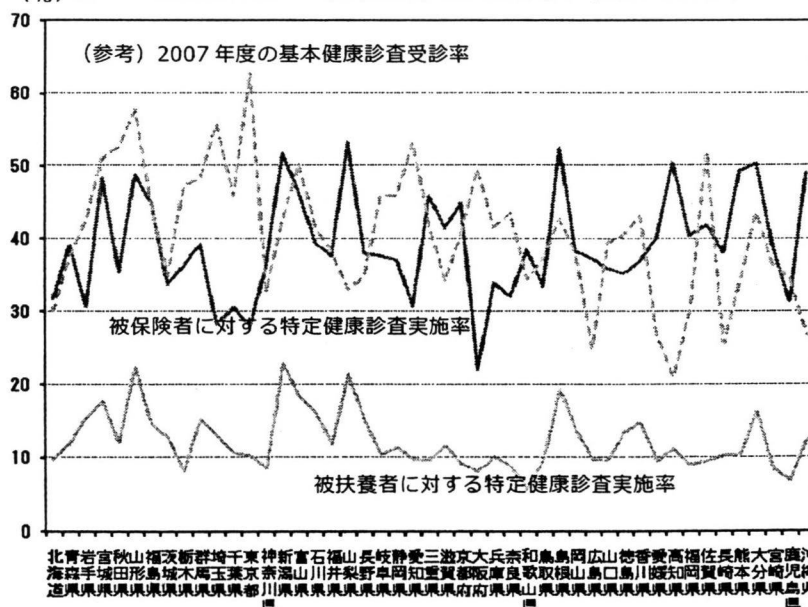
次に、これらの実施状況を地域別にみるため、協会けんぽの都道府県支部別状況、市町村国民健康保険の都道府県別集計結果を確認する。まず、全国健康保険協会「2008年度事業報告書」のデータに基づき、各都道府県支部における特定健康診査の実施状況を比較すれば、図1の通りであり、被保険者に対する実施率及び

表1 2008年度特定健康診査の実施状況（速報値）

区分	回収率	加入者	被保険者	被扶養者
市町村国保	97.2%	28.3%	—	—
国保組合	100.0%	29.2%	—	—
協会けんぽ	100.0%	—	35.9%	11.2%
健保組合	95.8%	59.8%	75.0%	32.5%
国共済	76.2%	61.8%	80.6%	21.2%
地共済	100.0%	59.5%	71.4%	32.9%
私学共済	100.0%	68.8%	86.8%	33.9%
合計	96.7%	—	52.3%	21.4%

- (注1) 「全国厚生労働関係部局長会議(2010年1月14日)」保険局資料による。各保険者団体の中央組織を通じて調査した結果をとりまとめたもの。  
 (注2) 実施率は、2009年3月31日までに受診した者の数を2008年4月1日現在の対象者数(協会けんぽは2009年3月31日現在の対象者数、健保組合は年度途中喪失者を除いた数)で除した率である。  
 (注3) 調査は2009年5月から6月に実施されており、調査時点で各保険者が把握している数値を速報値として提供されたもの。

(%) 図1 都道府県別の特定健康診査実施状況(協会けんぽ)



- (注1) 全国健康保険協会「2008年度事業報告書」の各支部の運営状況に示された都道府県別データに基づき作成。  
 (注2) 参考数値とした基本健康診査の受診率は「2007年度地域保健・老人保健事業報告の概要」による。

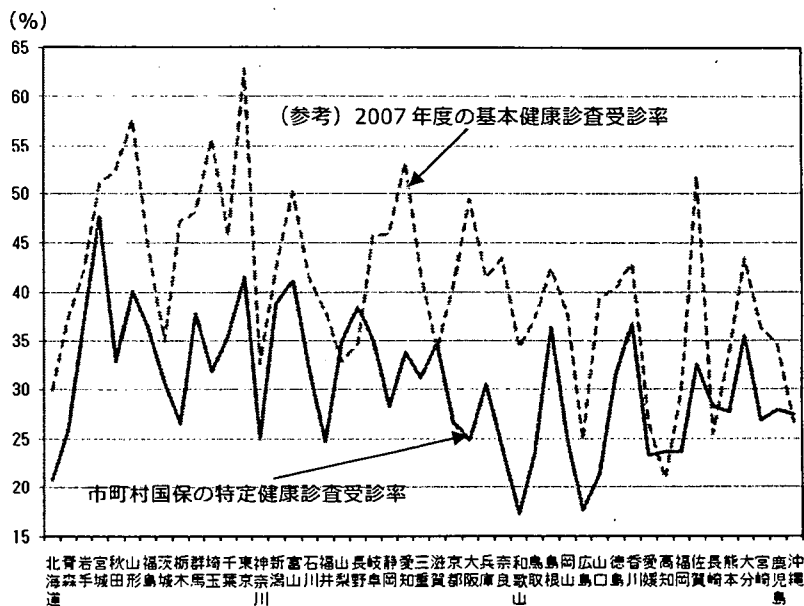
被扶養者に対する実施率ともに地域別に高低の差が生じている。また、被扶養者に対する実施率を、旧老人保健法に基づく基本健康診査の2007年度実施率との間で比較すれば、地域別の傾向は一様ではなく、両事業の実施主体や手法が異なる中、必ずしも受診者側の潜在的な行動パターンに引き寄せた議論はできないことも伺われる。さらに、全国健康保険協会の「2008年度事業計画」における実施目標が被保険者60.0%、被扶養者40.0%とされていたことと比較すれば、いずれも低い水準に留まっていると言わざるを得ない。他方、特定保健指導についても「2008年度事業計画」では被保険者28.2%、被扶養者20.0%という実施目標が定められているが、「2008年度事業報告書」では被保険者に対する実施率は0.9%とされる一方、被扶養者については実績を上げることができなかったと報告されている。後者の特定保健指導については、特定健康診査の実施結果を踏まえた上で、必要と判断される対象者に対して実施する前提で目標水準が定められているため、上記の通り、2008年度における特定健康診査の実施率が低く留まる中、潜在的なニーズに対する実施状況は一層厳しい状況にあると考えられる。

次に、市町村国民健康保険における特定健康診査の実施状況について、第6回「市町村国保における特定健康診査・特定保健指導に関する検討会」に提出された「特定健診・保健指導実施状況アンケート調査結果概要」の2009年9月集計結果（速報値）に基づき整理すれば、図2の通りである。前述の協会けんぽの都道府県支部とは異なり、都道府県の中でさらに数多くの保険者が存在することにも留意する必要があるが、概ね15%から50%の範囲で地域別に高低の差が生じており、全体としても2012年度に向けた参酌標準の

65%から未だかなりの隔たりを残す状況にある。また、旧老人保健法に基づく基本健康診査の2007年度実施率との間でみても、類似した地域別の傾向が確認できる状況には無い。

さらに同データでは、特定保健指導についても利用率及び終了率が示されており、それぞれを都道府県別に整理すれば図3の通りとなる。

図2 都道府県別の特定健康診査実施状況（市町村国民健康保険）



- (注1) 第6回「市町村国保における特定健康診査・特定保健指導に関する検討会」に提出された「特定健診・保健指導実施状況アンケート調査結果概要」の2009年9月集計結果（速報値）に基づき作成。
- (注2) 参考数値とした基本健康診査の受診率は「2007年度地域保健・老人保健事業報告の概要」による。

地域別の利用率に高低の差がみられることはもとより、利用率と終了率の乖離も一様ではない。2008年度においては、事業がスタートした初年度ということもあり、地域における特定保健指導の取組の実態も、様々な様相を呈していることが伺われる。

以上、協会けんぽと市町村国民健康保険について、都道府県別に見た実施状況を、旧老

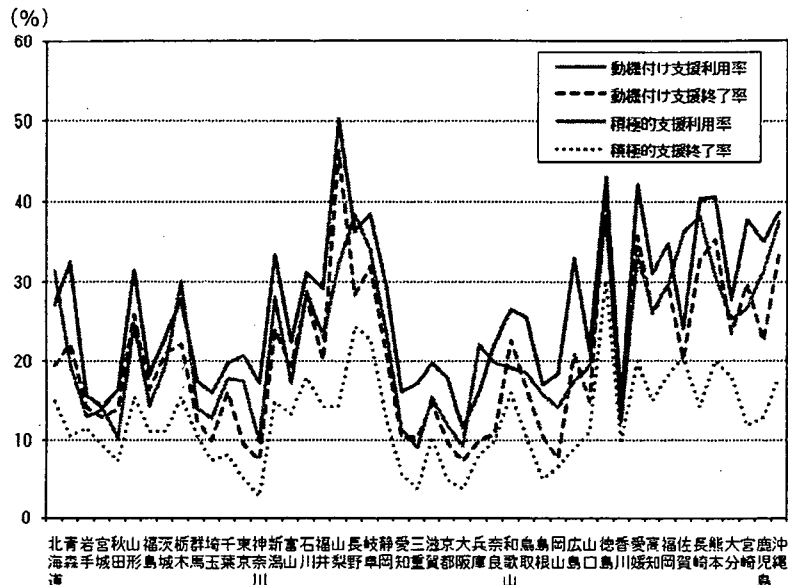
人保健法に基づく基本健康診査の実施率との比較を含めて確認したが、次にこれらの実施状況を生み出した背景事情等を、関係者による指摘等を通じて整理する。

## (2) 2008年度における事業実施の背景事情等

上記で概観した2008年度の実施状況が、必ずしも芳しくない結果に至った大きな理由として、松田(2009, p.12)では「理念の問題」と「システムの複雑性」を指摘している。すなわち、前者の「理念の問題」としては、事業を医療費抑制の視点から説明することが多く、中高年者を誘導するインセンティブが巧く付けられなかったことを、また後者の「システムの複雑性」としては、フォーマットの複雑さやコンピュータシステムの重さ、職域と地域における事業展開の具体的検討の欠如などを挙げている。

他方、厚生労働省の説明<sup>1</sup>によれば、施行の初年度であったため、各医療保険者が一斉に事業スタートできる状況にはなかったこと、集合契約を含む契約の締結やデータの電子的な送受信が課題であったこと、制度の目的に関するPRが十分でなかったこと、メタボリックシンドローム判定基準や階層化の基準、健診項目などにも科学的知見の集積による検討が必要であることなどが挙げられている。特に、2008年度における被用者保険グループと市町村国民健康保険の実施機関との間の集合契約の締結については、制度施行初年度ということもあって、契約関係にも慣れておらず、契約交渉自体も長期化したことが指摘されている。このため、地域によっては年度当初に契約が成立せず、契約の成立や追加の作業が最も遅いところでは12月まで続くこととなり、健診等の実施時期が遅くなった

図3 特定保健指導の利用率及び終了率(市町村国民健康保険)



(注1) 第6回「市町村国保における特定健康診査・特定保健指導に関する検討会」に提出された「特定健診・保健指導実施状況アンケート調査結果概要」の2009年9月時点集計結果(速報値)に基づき作成。  
 (注2) 終了率とは特定保健指導の利用者のうち、6か月後評価を行った者の比率をいう。

<sup>1</sup> 2009年9月4日「日本人間ドック学会学術大会」における厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室の説明内容(社会保険旬報No.2401掲載)から引用。

り、受診券の発券のタイミングが遅れたりすることとなったとされている<sup>2</sup>。

さらに、前出の全国健康保険協会「2008年度事業報告書」では、特定健康診査の実施率が目標に達しなかった理由として、被保険者については事業主健診のデータ提供が進まなかったことを、被扶養者については集合契約の締結や受診券の発行の遅れもあり、本格的な開始が7月頃にずれ込んだことなどを挙げている。他方、特定保健指導については、システムの変更もあり対象者の選定が遅れたほか、特定保健指導の中断率が高かったことなども考えられるとしている。

ただし、これら関係者が指摘する背景事情の中には、様々な要素が含まれていると考えられるため、一律に捉えることはできない。例えば、2008年度は制度が施行された初年度であり、実施体制の整備が遅れたことや制度の趣旨等が必ずしも十分に理解されていなかったことなど、いわば各医療保険者共通の問題が存在したと考えられる。しかしながら、その一方では、個別の医療保険者における取組努力の差が結果となって現れた部分や、医療保険者の個別特性に起因するため次年度以降も解消されにくいと考えられる部分も想定されよう。特に、後者のように必ずしも医療保険者の取組の責に帰せない要因として想定される部分がどの程度存在するのか、そして今後の実績評価等の中でそれをどのように捉えていくべきなのかについては、後ほど第4節でもあらためて論ずることとしたい。

### 3. 特定健康診査等の創設と政策的位置付け等について

#### (1) 保険者機能としての特定健康診査等の展開

先般の医療制度改革に際しては、それに先立つ経済財政諮問会議等における審議の中で「医療費総額管理制」などが議論されたことにも象徴されるように、医療費の効率化が強く求められる背景事情があった。このような状況の中で策定された厚生労働省「医療構造改革試案」や、政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」においては、医療費適正化の総合的な推進という観点から、糖尿病等の患者・予備軍の減少と平均在院日数の減少という大きな2つの柱建てが掲げられており、その後の「健康保険法等の一部を改正する法律案」にも同様の考え方が盛り込まれている。

しかしながら、特定健康診査等の取組を通じた医療費適正化効果については、その後もエビデンスを積み重ねる努力が続けられるものの、引き続き議論が分かれるところである。厳しい医療保険財政の現状に鑑みれば、医療費適正化の重要性は否定できないところであり、例えば、全国健康保険協会が2009年11月に実施した意識調査<sup>3</sup>などでも加入者の関心が高いことが伺われる。他方、特定健康診査等を通じて医療費を

<sup>2</sup> 保険者協議会中央連絡会「平成21年度の集合契約（被用者保険のグループと市町村国保の実施機関との契約）締結に向けた基本的な考え方について」（2008年12月10日）より引用。

<sup>3</sup> 全国健康保険協会が協会管掌健康保険加入者に対してインターネット調査（複数回答）を行った「医療と健康保険に関する意識等調査」（2009年11月）によれば、増え続ける医療費に対して「必要以上の検査や過剰な投薬をしない（61.5%）」という医療機関の対応を求める回答とともに、「毎年健診を受けるなど病気の予防や早期発見を進める（58.9%）」という個人の取組を求める回答も多い。



適正化させる考え方については、前述のように本格的なエビデンスの必要性が指摘されるとともに、メタボリックシンドローム判定基準や階層化の基準、健診項目等についても関係者の議論が続く状況にある。ただし、加入者の QOL の向上、健康寿命の伸長を目指すこと自体は、本来「保険者機能」として重要な取組であることも事実であろう。例えば、辻（2008, p. 38）では、国民皆保険のシステムの中で医療費が増え続け、保険料、税金をどう調達するのか大変に苦しんでいることから、みんなが健康になってお互いの制度を守っていこうというのは保険制度の基本的な機能であるとしている。また、駒村（2005, p.38）では、健康維持・促進、保健サービスの強化によって、医療費そのものを小さくすることが保険者機能として期待されているとした上で、保険者機能を発揮させるためには、保険者が財政に責任を持つことが重要であり、必要のない医療費を拡大させないように保険者に動機付けることが必要であると指摘している。一方、福田（2009, p. 171）では、特定健康診査等のような高リスクアプローチであっても、医療費への影響はすぐに現れないことや介入の費用を上回る削減が期待できるかどうか分からないことを指摘しつつ、単に医療給付の抑制のメリットだけからは医療保険者が取り組むインセンティブは弱いとした上で、医療保険者におけるメリットとしては被保険者の健康状態が向上すること自体を捉えるべきであると指摘している。さらに、これらの指摘のほか、特定健康診査等の実施を通じて得られたデータやレセプトデータを活用して、保険者としての情報提供機能や審査機能、医療機関等への交渉機能にも結び付くことも期待される場所である。

なお、保険者が加入者の QOL の向上、健康寿命の伸長に資する取組を推進するという考え方は、従来より医療保険各法にも規定されてきたところである。例えば、健康保険法第 4 条の「保険者」概念に健康保険組合を設けた考え方として「管理運営上の責任が明らかにされ、保険事業運営上の努力が行われやすいこと」とともに「付加給付あるいは保健事業の実施とも関連し、実情に即した保健対策（健康管理）を講じていくことができる」ことなどが法解釈上位置付けられている。さらに健康保険法第 150 条には、今回の制度改革で特定健康診査等が導入される以前から、保健事業の実施に向けた努力義務規定が定められており、健康保険組合関係者からも、被保険者の意識の高まりや、情報の効果的な収集と分析、事業主の協力などの面を含めて、同一集団における取組の効率性が指摘されているところである。他方、国民健康保険法第 82 条においても、今回の制度改革以前から保健事業の実施に係る努力義務規定が設けられており、先進的なヘルス事業の取組が各地で展開されてきたところである。

ただし、既に述べたように、特定健康診査等の政策的意義を医療費の効率化ではなく、QOL の向上、健康寿命の伸長に求めるとすれば、医療保険財政という観点とは別の角度から、努力義務としてではなく、医療保険者に義務化する必然性をわかり易く説明していくことが重要であろう。一方では、医療保険財政が極めて厳しい現状にある中で、疾病等のリスク対応を目的として抛出される保険料財源を基本として、医療保険者に特

定健康診査等の実施を義務付ける仕組みを疑問視する指摘もみられるところである。例えば、石田（2009, p. 31）では、予防・保健活動は保険制度の枠を超えたものであり、社会保険として仕組むには無理があるとした上で、政策的には保健福祉や公衆衛生の事業であろうと指摘している。しかしながら、医療保険者における取組として位置付ける是非という観点からみれば、同じく医療制度改革の中で都道府県高齢者医療広域連合の努力義務とされた75歳以上の者の健康診査については、2010年度に向けた受診率向上計画の策定や関係補助金の拡充など、むしろその取組を強化する方向にあることも事実である。本件については、単に医療保険者が実施するのが本来適切であったのかという議論を続けるのではなく、例えば、市町村における国保部門と衛生部門の連携強化の在り方なども含めて、既にスタートし定着しつつある関連制度全体の整合的な整理と、関係者へのわかり易い論理を構築していくことが重要であろう。

最後に、こうした政策的な位置付けの問題と併せて、特定健康診査等の実施に対するインセンティブの在り方についても、その要否を含めた議論を十分に深める必要がある。福田（2009, p. 171）では、後期高齢者支援金の加算・減算措置は特定健康診査等の実施について経済的なインセンティブを持たせる仕組みであったと指摘しているが、依然として関係者の中には当該措置をめぐって賛否両論がある。また、尾形（2010, p. 33）では、後期高齢者支援金の加算・減算措置は、かつての老人保健法に基づく老人保健拠出金と比較して、保険者機能が働く範囲を却って狭めていることを指摘している<sup>4</sup>。高齢者医療制度の見直しに向けた議論が進められる中、制度全体の設計についても今後の検討状況を踏まえる必要があるが、その際には、特定健康診査等の在り方はもとより、医療保険者に対するインセンティブの必要性やその具体的な仕組みをどのように考えるのかも大切な論点の1つであろう。

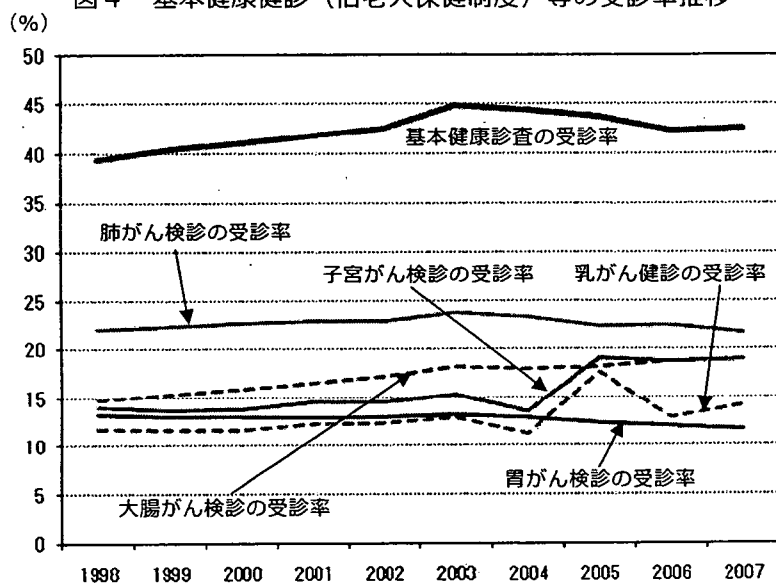
## （2）医療保険者による特定健康診査等の実施と地域保健の変容

上記のような医療保険者による特定健康診査等の実施は、市町村等における地域保健の在り方にも大きな変化をもたらした。従来から、生活習慣病対策をはじめとする健康づくりの取組は、市町村等の自治体現場における行政的な対応と、医療保険者における努力義務の中で進められてきた。堤（2007, p. 86）では、1983年から施行された老人保健法は、わが国の公衆衛生の歴史上初めて本格的に生活習慣病（当時の用語では成人病）対策を制度化するものであったと位置付けた上で、制度立案時には市町村を実施主体としつつ財源には医療保険料も投入することが審議されたが、医療保険者や経済界等の反対で全額公費財源とする一方、医療保険者が行う健康診査等の対象となる場合はそれを優先することで落ち着いたという経緯を整理している。そして、このような経緯からも明らかなように、当時は、成人病対策は公衆衛生行政の一環とし

<sup>4</sup> 尾形（2010, p. 33）では、老人保健拠出金は各制度に加入している老人の1人当たり医療費を算定単価に用いていたため、保険者努力と直接的な関係が保たれていた一方、後期高齢者支援金についてはそもそも保健事業と医療費の因果関係について明確なエビデンスが存在しないこと、支援金の増減を10%の範囲に留めていることから、保険者機能の発揮を促すインセンティブが弱まっていると指摘している。

て当然、地方自治体が中心になって担うべきものと考えられていたと指摘している。また、小林・岡本（2006, p. 32）では、地域保健とは地域住民がその生活基盤の中で健康の保持、増進を図ることができるように、地域の特性に合わせて保健サービスの提供や支援を行う活動であると位置付けた上で、1994年に保健所法が地域保健法

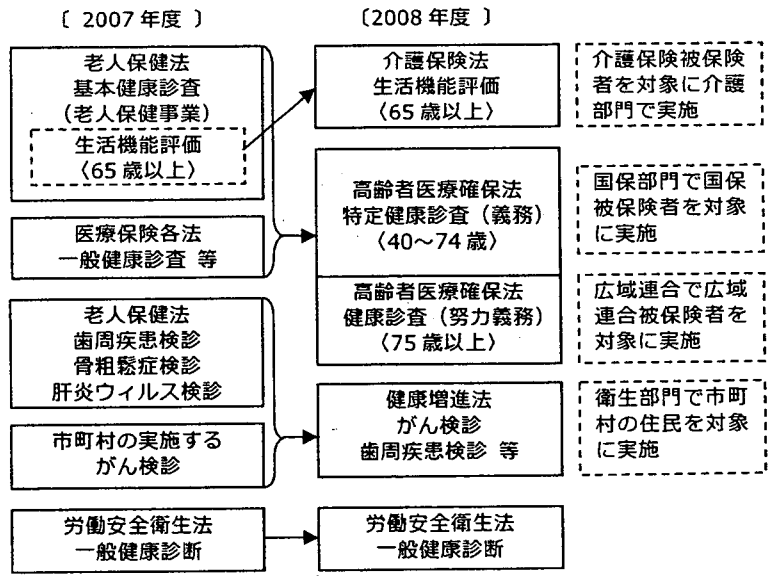
図4 基本健康診査（旧老人保健制度）等の受診率推移



(注) 厚生労働省大臣官房統計情報部「2007年度地域保健・老人保健事業報告」老人保健編に基づき作成

に改められて、地域保健における都道府県と市町村の役割が見直され、市町村は母子保健や成人・老人保健などの身近な保健サービスの提供、都道府県は広域的、専門的、技術的な対応がそれぞれの役割とされたと指摘している。こうした一連の経過の中で展開されてきた旧老人保健法に基づく基本健康診査については、図4に示す通り、必ずしも高い実施率にはなかったことも事実であるが、がん検診などとともに地方自治体現場で一體的に展開されてきたところである。しかしながら、医療保険者に特定健康診査等の実施を義務付けた先般の医療制度改革は、こうした地域保健の取組に大きな変更をもたらすものであった。市町村における各種健診の連携について、制度改革の前後で比較すれば図5の通りであり、2008年度以降は40歳から74歳までの特定健康診査は市町村の国民健康保険部門で対応する一方、75歳以上の健康診査は都道府県高齢者医療広域連合における努力

図5 市町村における各種健診の連携について（制度改正前後）



(注) 厚生労働省「全国老人医療・国民健康保険主管課(部)長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議(2008年2月6日)」提出資料に基づき作成。

義務となった。他方、がん健診をはじめ、健康増進法に基づく各種の健康診査は引き続き市町村の衛生部門での対応である<sup>5</sup>。特に、がん検診については特定健康診査との連携を高める必要性<sup>6</sup>が強く指摘されてきたところであり、さらに介護保険法に基づく生活機能評価との連携も極めて重要である。地域における健康診査等を如何なる役割分担と連携関係で実施していくのか、その全体像を住民にできるだけわかり易く提示するとともに、引き続き、地域の実情を踏まえた効率的で利用し易いシステムを構築していくことが求められる。

#### 4. 特定健康診査等の実績評価の在り方等について

特定健康診査の実施率については、労働安全衛生法に基づく事業主健診による実施率向上の見込みや被扶養者比率の水準等に着眼して、表2のような、2012年度に向けた医療保険者別参酌標準が定められている。他方、特定保健指導の実施率とメタボリックシンドローム該当者・予備軍の減少率については、医療保険者全体で一律の参酌標準とされている。具体的には、特定保健指導については必要と判定された対象者の45%以上の実施率を、メタボリックシンドローム該当者・予備軍については2008年度から2012年度にかけて10%以上の減少率を達成することが求められている。そして、今後の実績評価に際しても、これらの参酌標準に定められた目標水準に対する達成度合に着目した評価を行うこと

が見込まれている。なお、前出3(1)で論じたように、特定健康診査等の実施目的を「医療費の適正化・効率化」ではなく「加入者のQOLの向上・健康寿命の伸長」という観点から捉えて、医療保険者の「保険者機能」と位置付ける立場に立つとしても、こうした参酌標準に照らして「それぞれの目標数値が如何に達成

表2 特定健康診査に係る医療保険者別参酌標準(2012年度)

医療保険者種別	医療保険者別の参酌標準
単一健保・共済組合 (被扶養者比率が25%未満)	80%
単一健保・共済組合 (被扶養者比率が25%以上)	当該保険者の実際の被保険者数・被扶養者数に基づき算定
健保組合 政管健保(船員保険) 国保組合	70%
市町村国保	65%

(注1) 厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(2007年10月)」に基づき作成

(注2) 政管健保については、2008年10月以降は全国健康保険協会による運営に移行している。

<sup>5</sup> 「集合契約(被用者保険のグループと市町村国保の実施機関との契約)締結のための基本的な考え方について(2009年12月18日保険者協議会中央連絡会)」によれば、市町村国保の実施機関との集合契約においては、検診項目は法定項目のみとされ、地域ニーズとして必要な検査項目は、市町村が住民に実施するよう要請することとされている。

<sup>6</sup> 「がん健診と特定健康診査の同時実施による受診促進について(2009年10月14日事務連絡)」では、地域住民のがん健診と特定健康診査の受診の利便性の向上と受診促進のため、実施機関情報の共有化や同時実施の体制づくりが求められている。