

保健指導による 潜在患者の掘り起こし

多くの潜在患者が存在する疾患の場合、「受け身の姿勢」(本人が医療機関を受診するまで治療を開始しない状態)では疾患の重症化を防ぐ手段として不十分であると考えられます。そこで役割が注目されるのが、「治療をすべき人を掘り起こす」保健指導です。

健診結果が異常を示していても医療機関での受診が進まない理由は何でしょうか?大きく二つ挙げるとすれば、第一に疾患そのものに関する認識不足があります。自覚症状がなく、日々の生活にも支障がない、また、健診数値の異常値に対する危機意識がないといった理由が挙げられます。第二に医療機関に対する心理的・経済的なハードルの高さがあげられます。定期的な受診に伴う医療費の負担や、医療機関での待ち時間、治療内容の費用対効果に対する不信などで受療のきっかけが遠のいています。また、職業上勤務との調整がつかないという場合も多く見られます。

このように本人の意向だけではどうしてもハードルが高くて無理、という方に保健指導は一つの橋渡しとなります。保健指導は無料または多くとも数千円ほどの自己負担で受けることができ、待ち時間もなく、医師、看護師、保健師や管理栄養士といった専門家が個別にコンサルティングを担当し、食生活や運動実践について現状を確認します。「自己流の健康管理方法があり、医者は必要ない」と思い込んでいる潜在患者の場合、自分の健康状態や生活実態について、治療の必要性の有無を専門家の意見をj得て認識する機会は大変重要

です。個々の健康状態や生活環境に応じて、「治療が必要な人は医療機関へ保健指導で改善できる場合はプログラムの実践へ」と保健指導の際に判断を受けることができます。

掘り起こしによる 医療費増は先行投資

保健指導が全国的に導入された背景には、生活習慣病とその重症化による疾患の増加、そして結果としての医療費の増加があります。現在の政府の財政状況を考えれば、保健指導による予防によつて、1日でも早く1円でも医療費が下がつてほしいところではあるのでしょう。しかし、筆者はその目標の達成つまり「健康が改善し、医療費も軽減する」には少なくとも10年位先を見据えるべきであると考えます。医療費の無駄をなくす努力は常に必要ですが、必要な医療費は(10年後の更に多額の医療費を減らすための)先行投資のようなものです。

表1では、合併症が無い段階での高血圧症、糖尿病、脂質異常症の医療費、そして、重症化した生活習慣病の一例として心筋梗塞や脳梗塞になった場合の医療費、そして生存して退院後の治療を続けた場合の医療費を示しています。(注3)保健指導による潜在患者の掘り起こしが功を奏して、一人当たり年3万円台から5万円台の医療費がかかることになると、短期的には医療費は増加することになるでしょう。一方、重症化して心筋梗塞や

脳梗塞を引き起こすような事態になれば、入院費やその後の通院費を含めると10倍以上の医療費がかかるほか、就業日数や就業機会が大きく制約され、経済面で医療費以上の打撃をうけるでしょう。健康面でも多くの苦勞や苦痛とともに生きるようになってしまいます。(生きていればまたよいほうで、死亡の可能性も当然あります。)

このような重症化による様々な負担を予防・抑止するため、と考えれば保健指導によつて早期治療に要する医療費をある程度増やすべきであることも納得できるのではないのでしょうか?

表1 生活習慣病の医療費
(企業健保組合員年間総受診者55,631名における疾患別医療費)

生活習慣病(合併症なしの場合)				
年間医療費(中央値)	高血圧症 (n=4515)	糖尿病 (n=3681)	脂質異常症 (n=2923)	
※医療費を高い順から並べた時に真ん中の順位に位置する費用 ※年3回以上の受診者のみ	¥52,910	¥48,520	¥37,880	
重症化した生活習慣病				
年間医療費(中央値)	心筋梗塞		脳梗塞	
	入院 (n=46)	退院後 (n=430)	入院 (n=74)	退院後 (n=803)
	¥605,555	¥37,070	¥373,620	¥29,985

(注1) 厚生労働省の発表では、全国に糖尿病が疑われる人、脂質異常症が疑われる人はそれぞれ約2200万人と推計されています。また日本人の有病者のうち約2割が高血圧症の治療薬(降圧剤)を服用しています。(平成19年国民健康・栄養調査、平成12年循環器疾患基礎調査)

(注2) 血圧に関しては収縮期/拡張期が140/90mmHg以上の場合、血糖に関してはHbA1cが6.1%以上の場合、脂質に関しては中性脂肪が300mg/dl以上の場合を受診勧奨者としています。

(注3) 健保組合レセプトデータから、個人別に外来医療費・入院医療費・生活習慣病薬剤費を集計したものです。高齢者(65歳以上)の割合が平均的な人口構成とは異なるため、疾患の罹患率や医療費の分布は全国平均とは異なると考えられますが、全国レベルでは個人別に、入院前、入院、退院後といった段階に応じた医療費の集計がないため、レセプトデータを参考として用いています。

「レセプトから読み解く生活習慣病対策」

第2回

保健指導は医療費節減の切り札か？

生活習慣病の「潜在患者」

前号では、生活習慣病対策として、保険者がレセプトで把握している受療情報と、健診から把握できる検診項目の情報とを車の両輪として活用するべきである、という話をしました。レセプトでは「受療あり」「受療なし」の状態が把握でき、健診では検診項目の「異常あり」「異常なし」が把握できます。

医療の役割としては「異常あり⇨受療あり」、そして「異常なし⇨受療なし」がそれぞれ成り立つことがもちろん望ましいのですが、現実にはそうではありません。特に、生活習慣病は軽度の場合（時には重度であっても）自覚症状がありません。ですから前号で例示したとおり、「健診では異常値を示しているのに、医療機関で受診していない」という場合、あるいは逆に「医療機関（特に薬）に依存して健診数値は正常だが、生活習慣が乱

れている」という場合があります。

第2回となる今回は、前者の「健診では異常値（受診勧奨値以上）を示しているのに、医療機関での受診がない人」に焦点を当てて、生活習慣病対策を考えてみたいと思います。（今回は後者の場合を扱います。）特に三大生活習慣病と呼ばれる、健診での調査項目でもある「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症（高脂血症）」についてみていきたいと思います。（注1）

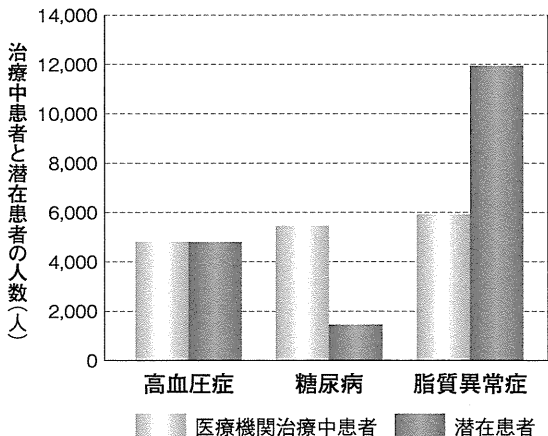
図1は同一企業グループの従業員の特定健診（健診受診率90%・受診者43,604名）を対象としたデータです。健診数値から疾患の「受診勧奨対象者」を特定し、レセプトを用いて、同一人物が健診の前後1年（計2年）に同じ病名で2回以上受診している場合を除いた対象者を「潜在患者」と定義します。（注2）この調査では、高血圧症において現在治療中の患者のほぼ同数（99:6%）、糖尿病では約4分の1（26:8%）、脂質異常症で



東京学芸大学准教授
伊藤 由希子

《略歴》
東京学芸大学 人文社会科学系 経済学分野 准教授
学歴—東京大学経済学部卒
米国ブラウン大学経済学博士課程修了・経済学博士
職歴—2006年 東京経済大学専任講師
2009年～現在 東京学芸大学准教授
他に、東京大学非常勤講師(2009年・2012年)
東京医科歯科大学非常勤講師(2010年～現在)等

図1 三大生活習慣病における潜在患者の規模
(企業健保組合員健診受診者43,604名における調査)



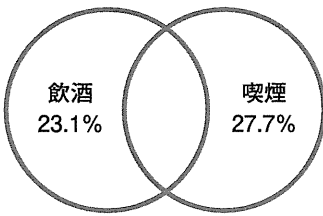
は約2倍（201:6%）の潜在患者が存在することが分かりました。特に脂質異常症は、糖尿病や高血圧症に比べると軽視（放置）される傾向が強くなっています。

図1

**服薬中かつ飲酒・喫煙
健診数値は正常**

年間医療費 平均17,150円(標準偏差4,000円)
(n=10,287名)

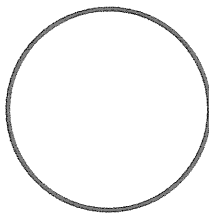
健診正常の服薬者(全体の27%)のうち
飲酒または喫煙者の割合は40.6%で、総数の10.3%



将来的に
働きかけが必要な対象

**服薬なし
健診数値は異常**

年間医療費 0円
(n=9,625人)
健診異常かつ非服薬者は総数の9.6%



現行の保健指導による
働きかけの対象

ほぼ同規模

全体の約3割に相当する「受療あり(年3回以上の受療と服薬)、かつ異常なし」の人の生活習慣を問診結果(自己申告)から、もう少し詳しく見てみましょう。内訳では、喫煙をしている人が28%、飲酒を毎日している人が23%、その両方(喫煙および毎日飲酒)をしている人が10%にもおぼります(図1)。いずれかの習慣がある人が41%、調査対象者全体からみると約1割に相当します。従って、図1にあるように「服薬しつつ、飲酒や喫煙を節制していない」と考えられる人は少なくとも「潜在患者」とほぼ同規模で存在しています。

生活習慣病薬剤費は上昇の一途

しかも、彼らの年間医療費は平均で年1万7千円となっており、日本全体の36歳から60歳までの人口の、仮に1割にこのようなタイプの患者が存在する場合、その医療費総額は決して少なくありません。無論、医療費のすべてが喫煙や毎日の飲酒に由来するものではありません。しかし、生活習慣病の危険因子であることが明らかなライフスタイルを見直すことで、薬に依存しない体づくりを目指すことが本質的な生活習慣病予防です。そして服薬の見直しは医療費の節減にも大きな影響を持ちます。

「薬頼みからの脱却」が今必要であることの情報として、生活習慣病治療薬の価格が上昇していることが挙げられます。たとえば、高血圧の治療一つとっても、多種多様な薬剤があります。80年代はカルシウム拮抗薬やベータ遮断薬が主流でした。この部類で処方頻度が高い薬剤の単価は50〜60円台です。90年代には、アンジオテンシン変換酵素阻害薬(ACE阻害剤)という種類が加わり、薬剤単価は60〜70円台になりました。現在ではアンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)という種類が登場し、生活習慣病治療薬処方件数の上位を占めるようになりました。しかも、これらの薬剤単価は130〜140円台と高くなっています。つまり、安価な後発薬が普及するのをしのぐ勢いで、単価の高い薬剤の投入が進んでいます。投入の背景には臨床医が認める一定の効能があるでしょう。しかし、これらが、毎日の薬、かつ長期間服用する薬であることを考えると、このままでは、生活習

慣病医療費が急速に増えることは必至です。自己負担の点でも、公的保険の維持の点でも大きな課題となるでしょう。

「将来は」ではなく、「今から」

現在の保健指導の枠組はあくまで、現在は服薬していない人に対する「将来の生活習慣病の抑止」であり「現在進行形的生活習慣病の是正」ではありません。「現行の保健指導対象者」は、もともと医療資源の投入が少ないこともあり、医療費節減は、全国で1年あたり推計30億円に満たない状況です。一方、「生活習慣の見直しが必要な服薬者」における医療費節減は1年あたり推計780億円程度の効果があると考えられます。

※2 将来の医療費節減を目指すなら、保健指導による潜在患者の掘り起こしは先行投資として意味があります。効果が現れるまでに時間がかかる悠長な取り組みであり、短期的に医療費の節減を期待することは難しい状況です。一方「待ったなし」と社会保障財政の見直しが迫られる現在、即効性のある医療費節減を目指すのであれば、服薬者のライフスタイルの見直しが有効です。「どんな人にもどんな指導をすれば、どんな効果が出るか」という現行事業でのノウハウの蓄積を、今現在薬で治療中の人にも活かすべきでしょう。

※1 現在の薬価で、代表的なARBであるプロピレン錠は140.4円である。同様に、ACE阻害剤であるタナトール錠は63.6円、カルシウム拮抗剤のアムロジウム錠は57.5円、ベータ遮断薬のテノキシ錠は57.2円である。
※2 いずれの推計結果も、健診受診者10万人の5年間の受療行動の結果から、1年あたりの医療費水準を計測し、同年代(36歳以上60歳以下)の日本の全人口(4,307万人)における比に按分したものである。

「レセプトから読み解く生活習慣病対策」

最終回

保健指導は医療費節減の切り札か？

全体の3割は、薬頼みの「健康」

生活習慣病は、日常生活の延長上にある病気です。自覚症状も軽度の場合ほとんどないので、人それぞれに対応はまちまちです。「健診では異常値を示しているのに、医療機関で受診していない」という場合、あるいは逆に「医療機関（特に薬）に依存して健診数値は正常だが、生活習慣が乱れている」という場合があります。

あります。

表1

健診結果と受療の関係		健康診断結果 (生活習慣病判定)		
		異常なし	異常あり	
生活習慣病での 医療機関受療 (処方箋あり)	受療なし	58.6%	9.6%	68.3%
	受療あり	27.0%	4.7%	31.7%
		85.6%	14.4%	100%

※36歳以上60歳までの企業健保組合組合員100,252名を対象に健康診断(年1回)と、その後1年間の受療服薬の履歴を調べた結果である。
 ※健診の「異常あり」は肥満(BMI25以上又は腹囲基準値以上)に加え、血圧・血糖・脂質の検査値が1つ以上保健指導基準値を超える場合を示す。
 ※「受療あり」はレセプトの病名に「高血圧症・糖尿病・脂質異常症」が含まれ、かつ年3回以上の生活習慣病薬処方箋を受けている場合を示す。

表1は企業健保の組合員(従業員と家族)のうち、健診を受診した100,252名を対象に、検診項目の「異常あり」「異常なし」の結果と、健診の1年後までの生活習慣病の「受療あり」「受療なし」の状態を表したものです。「異常がなく、かつ受療もない」健康であると考えられる人は約6割です。(但し、この調査の特定健診対象者は36歳以上60歳未満であり、生活習慣病の重症化がまだ深刻ではなく、全国平均に比べて比較的健康と言えます。)

一方、「異常があり、かつ受療している」療養中の人が約5%です。また、前号(第2回)で紹介したように、「異常があるが受療していない」「自己流に対処しているか、放置しており、潜在患者と考えられる」人が、その倍の約1割に達します。前回はこのような潜在患者、適切な働きかけを行い、生活習慣の改善に取り組んだり、医療機関への受療を勧めたりといった取り組み、いわゆる「掘り起



東京学芸大学准教授
伊藤 由希子

〈略歴〉
 東京学芸大学 人文社会科学系 経済学分野 准教授
 学歴—東京大学経済学部卒
 米国ブラウン大学経済学博士課程修了・経済学博士
 職歴—2006年 東京経済大学専任講師
 2009年～現在 東京学芸大学准教授
 他に、東京大学非常勤講師(2009年・2012年)
 東京医科歯科大学非常勤講師(2010年～現在)等

こし」の保健指導の意義について紹介しました。第3回(最終回)となる今回は、そのいわば反対ともいえる「受療しており、異常がない」、言い換えれば「薬頼みの健康」を示している約3割(27%)に焦点を当てたいと思います。

薬を飲みつつ、喫煙・飲酒でよこのか

「薬頼み」と書く服薬に否定的な表現に聞こえてしましますが、勿論概にそうではありません。生活習慣とは別個の要因で服薬が不可避な場合もあれば、生活の質を維持する上で服薬が他の手段より効能が高い場合もあります。ただ、このような「必要な薬」もあれば、「必要でない薬」もあります。生活習慣の改善を通して、必要でない薬から脱却することは生活習慣病予防の本丸であり、無駄な医療費を節減することへの切り札なのです。

