

IV. 研究成果の刊行物・別刷



健康経営と 「コラボ・ヘルス」

東京大学 政策ビジョン研究センター 健康経営研究ユニット

特任教授 尾形 裕也

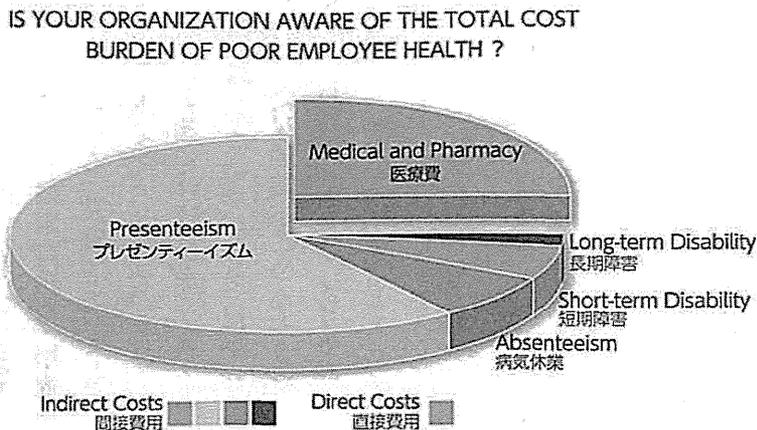


1 「健康経営」の概念 部分最適から全体最適へ

「健康経営」とは何か、その概念を明確化するために、いささか衝撃的な事実を紹介することから本稿を始めよう。図1は、アメリカ商工会議所およびアメリカ疾病予防連盟 (Partnership for Prevention) によるパンフレット (Healthy Workforce 2010 and Beyond, 2009) に掲載されている概念図である。この図は、アメリカのある金融関連大企業における従業員の健康関連コストの構造を表している。図に掲げられたパイ (健康コストパイ) は、当該企業における従業員の健康問題に関連した直接・間接の総コストを集約して示したものである。

この図で、緑色の Medical and Pharmacy というのが、薬剤費を含む通常の医療費に相当する部分であるが、それは、全体の健康コストパイのごく一部分を占めているに過ぎない。医療費のほかに、青 (Absenteeism: 病気休業) やピンク (短期の障害) などの部分もあるが、これらはそれほど大きくない。最大の構成項目は、ベージュ色の Presenteeism (プレゼンティイズム) であることがわかる。Presenteeism というのは、Absenteeism

図1 従業員の健康関連コストの構造



から造られた新造語であるが、職場に出勤はしているものの、なんらかの健康問題の存在によって、業務の能率が落ちている状況（つまり企業の側から見れば間接的ではあるが、健康関連のコストが生じている状態）を指している。わが国でも近年大きな問題になっている「新型うつ」を含むメンタル・ヘルス

のほか、アレルギーや頭痛、さらには生活習慣病などによる業務能率の低下については、すでに多くの先行研究がある^{注1)}。

もちろん、Presenteeismについては、直接的な医療費やAbsenteeismの場合のように、レセプトデータや勤務状況データといった客観的なデータが容易に入手できるわけではない。Presenteeismの程度を測定するためには、従業員に対するなんらかの追加的な調査が必要になる。たとえば、クレジットカード会社における電話相談センターの従業員については、その顧客に対する電話サービスの質および量のある程度客観的に測定することが可能である。また、医療保険における診療報酬請求事務処理会社における従業員の生産性を客観的に測定した研究もある。しかしながら、現代の多くのホワイトカラーの業務について、このような客観的な生産性(Productivity)を測定することは困難である。実際、これまで、欧米諸国における多くの先行研究において採用されてきたのは、自記式の質問票による生産性低下の測定という方法であった。こうした(主観的)測定法によるPresenteeismの測定については、採用した質問票の種類や対象業種、職種、疾病などによって、測定結果にかなりの幅が生じていることも事実である^{注2)}。しかし

ながら、総じて、Presenteeismが直接的な医療費を上回るきわめて大きなコスト要因であるということに関しては、大方の認識が一致している^{注3)}。

こうした研究成果の蓄積を踏まえて、図1に示されたような認識が欧米の経済界においては広がりつつある。狭義の医療費は、企業の従業員に関する健康関連コストの重要な部分を占めてはいるが、あくまでも総コストの一部に過ぎない。そうしたなかで、医療費だけを取り出して、その適正化を図ろうとするのは、企業にとっては、いわば「部分最適」の追求であって、必ずしも企業経営の「全体最適」にはつながらない可能性がある。医療費のみならず、PresenteeismやAbsenteeismも含めた全体の健康関連コストの問題を考えていく必要がある。

「健康経営」は、こうした基本的な認識に基づく概念である^{注4)}。「健康経営」の内容を端的に示すとすれば、Health and Productivity Management(健康および生産性のマネジメント)という考え方がわかりやすい。つまり、従業員の健康と生産性の両方をマネージしていくという発想である。図1について見れば、全体のパイを縮小していくことおよびそれによる全体最適の追求を目指した(企業)経営ということになる。換言すれば、

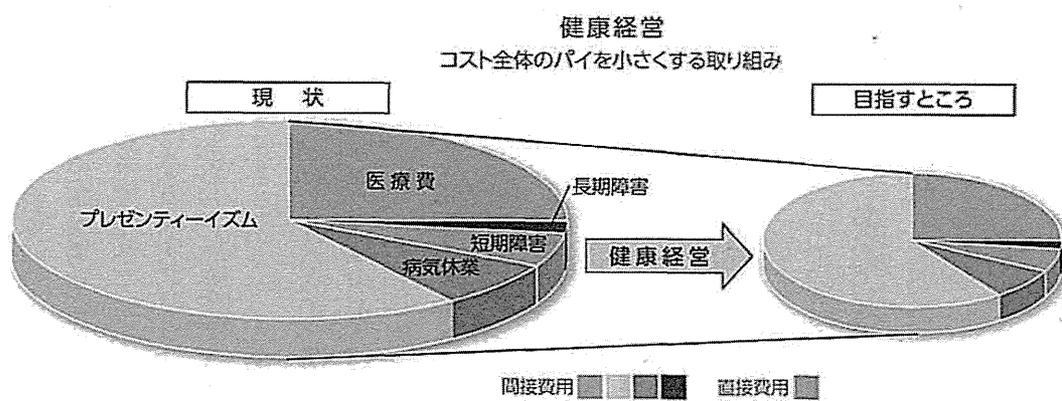
従来の「コスト管理」的な「医療費適正化」から脱却し、「人」を企業における貴重な「資産」と考え、従業員の健康の維持・増進を「人的な資本」に対する「投資」としてとらえていく考え方である^(注5)。そして、こうした「投資」は、適切に実施すれば、十分プラスの収益を生む可能性が高い(つまり、健康コストパイの効率的・効果的縮小につながる)とされている^(注6)。冒頭紹介したアメリカ商工会議所などのパンフレットが示しているように、欧米諸国においては、近年こうした「健康経営」の考え方が有力になりつつある。

2 日本における「健康経営」の推進

「コラボ・ヘルス」の提唱

こうした「健康経営」の考え方は、急速に超少子・高齢社会に突入しつつある日本の経済社会にとって、とくに大きな意義を有している。未曾有の超少子・高齢化が進行する中で、中長期的な労働力の不足が懸念されるとともに、定年延長などを通じ、労働力の年齢構成も中高齢化しつつある。そうした日本の経済社会において、「人」はますます希少となる貴重な「資本」であり、「人的資本」に対する「投資」の重要性は、強調しても、しすぎることはない。その場合、「教育」や「人材開発」と

図2 「健康経営研究ユニット」のミッション



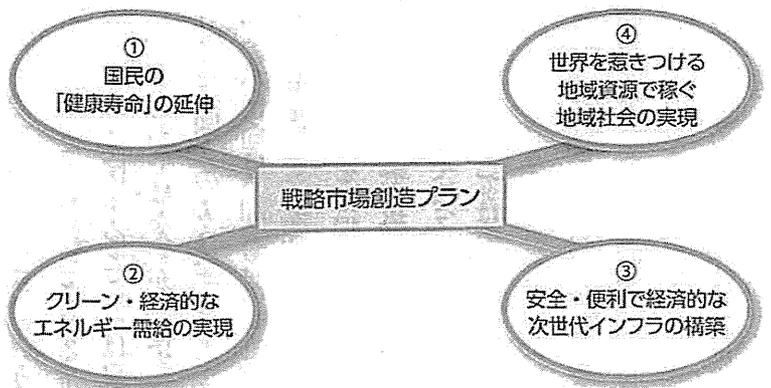
(参考) 直接・間接費用の割合は、アメリカ大手金融サービス会社従業員 16,691 人データを参考に図式化した。

もに、文字通り「人的資本」の「減耗」を防止し、健康状態を維持・改善することが重要である。「健康経営」は、超少子・高齢社会日本における人々の健康と生産性の両方を追求していく経営のあり方であり、その確立および推進は、今後の日本の経済社会発展のカギを握る最大の政策課題の1つであるといっても過言ではない。

東京大学政策ビジョン研究センターに「健康経営研究ユニット」が2012年11月に設置され、2013年4月から本格的な活動を開始したのも、こうした背景を踏まえたことである^(注7)。上述したような欧米諸国における研究成果や実践に基づき、「健康経営研究ユニット」のミッションは、図2のように表わすことができる。

ここで、左側の大きなパイは、前頁図1と同じく、企業の従業員ないしは地域住民の健康に関する総コストおよびその内訳を示している。まず、こうした日本の「現状」をデータに基づいて、正確に把握する必要がある。その場合、欧米諸国における先行研究などを踏まえつつ、日本における健康関連コストの全体像およびその構造を明らかにしなければならぬ。日本には、日本の経済社会や生活習慣、法制度などの特色を反映した、欧米諸国とは異なったパターンが存在する

図3 戦略市場創造プランの4つのテーマ



可能性がある。さらに、こうした「現状」に対して有効な「介入」を実施することによって、パイ全体を縮小していく必要がある。東京大学政策ビジョン研究センター「健康経営研究ユニット」は、保険者や企業、母体組織などの協力を得て、図2に示したような現状把握↓介入↓改善を目指すことを、その基本的なミッションとしている。

現在、政府においては、いわゆる「アベノミ

クス」の金融政策、財政政策に続く「3本目の矢」として、「新たな成長戦略(日本再興戦略)」の展開を図ろうとしている。「日本再興戦略」においては、「日本産業再興プラン」、「戦略市場創造プラン」、「国際展開戦略」の3つのアクションプランが掲げられている。そのうち、2番目の「戦略市場創造プラン」については、図3に示したような4つの具体的な目標テーマが取り上げられている。

このトップに掲げられている「国民の健康寿命の延伸」に関しては、「現状の問題点」として、次のような要因により、「予防への動機付けが乏しい」ことが指摘されている。すなわち、①個人は、健康なときは、食事管理や運動などの予防・健康管理を継続して行う意識が弱くなる傾向がある、②保険者は、健康管理や予防の必要性を認識しつつも、個人に対する動機付けの方策を十分に講じていない。企業にとっても、本来、社員の健康を維持することは、人材の有効活用や保険料の抑制を通じて、会社の収益にも資するものであるが、こうした問題意識が経営者に浸透しているとは言い難い、③これらも要因となり、健康管理や予防サービスが産業市場として成長していない(傍線は引用者)。

意識に基づく記述であると考えられる。そして、「解決の方向性」として、「予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり」として、「すべての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画(仮称)」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する」ことが掲げられている。また、「自治体や企業による市民や社員の健康づくりに関するモデル的な取組を横展開するとともに、健康づくりに向けた幅広い企業連携を主体とした取り組みである「スマート・ライフ・プロジェクト」の更なる推進などにより、個人や企業の「健康意識」及び「動機付け」の醸成・向上を図る」(傍線は引用者)とされている。

個人の健康保持増進に対して、保険者、企業、自治体などがそれぞれの立場から一定の役割を果たすべきことが述べられており、全体として、「健康経営」の考え方に近い発想であると考えられる。しかし、残念ながら、ここでは、表題に掲げられた「予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり」と呼ぶような保険者と企業など母体組織との間の新たな関係構築の提唱にまでは至っていない。この点に関しては、最近、厚生労働省

保険局から「コラボ・ヘルス」という概念が提唱されていることが注目される(注3)。「コラボ・ヘルス」の意図するところは現時点では必ずしも明らかではないが、「健康経営」の視点に立てば、図2のような「健康コストバイ」全体の縮小に向け、加入者のレセプトや健診データを保有している保険者と、従業員の勤務状況や生産性を把握しうる立場にある企業などの母体組織が協働して取り組むこと、と考えることができる。従来の狭義の「医療費適正化」については(それは保険者の問題であるとして)必ずしも熱心とはいえなかった企業なども、図2に示したような生産性も含めた「全体最適」を目指す、ということになれば、これは大きな「経営問題」であり、真剣に取り組みざるを得ないことになる。逆にいえば、こうした「健康経営」を目指すためには、基本的なデータ保有者である保険者と協働する「コラボ・ヘルス」が不可欠の前提となってくるわけである。

3 終わりに 今後の課題および展望

以上述べてきた「健康経営」および「コラボ・ヘルス」を今後推進していくために留意すべき事項などについて、最後にまとめて

おこう。まず、第一に、企業の従業員ないしは地域住民の健康に関する総コストの現状を正確に把握する必要がある。その際、医療費については、幸いに皆保険体制をとっているわが国においては、レセプトデータという形で統一的に把握することが容易である(アメリカのように、医療費と薬剤費が分れ、また、加入している医療保険によつてデータのフォーマットなども異なっている事例と比較すれば、医療費データ集約に関する日本の比較優位性は明らかである)。また、Absenteeismや長期・短期の障害については、企業における勤務状況データや労災保険データに加え、医療保険における傷病手当金データが活用できる。さらに、Presenteeismについては、なんらかの追加的な調査が必要になるが、その際、主観的なアンケート調査結果と、客観的な医療費データや健診データを突合することにより、(疾病・症状別の費用構造など)有益な分析につなげることができる(注4)。これらは、いずれも母体組織と、健康保険組合などの保険者が協働して取り組まなければ達成できない内容であり、まさに「コラボ・ヘルス」が求められているといえる。

第二に、こうした現状分析の結果、医療費増加要因と生産性低下要因との間にはズレが生じる可能性がある。たとえば、Loeppke

et al.(5)によれば、企業にとってのコストは、狭義の医療費についてみると、①がん、②肩こり・腰痛、③冠動脈性心疾患、④慢性疼痛、⑤高コレステロールの順であったが、AbsenteeismやPresenteeismも含めた総コストについてみると、①肩こり・腰痛、②うつ、③倦怠感、④慢性疼痛、⑤睡眠障害の順であった。肩こり・腰痛や慢性疼痛のように、両者に共通する項目もあるが、前者が生活習慣病関連の項目が多いのに比べ、後者はメンタルヘルス関連の項目が多くなっていることが窺える。こうした場合、組織としての「全体最適」を目指すためには、母体組織と保険者の間で、十分な情報共有に基づく真摯な議論を行い、戦略的に取り組み、積極的に介入を行うべき重点項目の優先順位について合意を形成していく必要がある。その際、限りある資金や資源の有効活用という観点から、その配分を変更する必要がある。最終判断に当たっては、混乱が生じることのないよう、トップマネジメントが関与するなど、組織のハイレベルにおけるリーダーシップの発揮が求められる。

第三に、これまでの「健康経営」においては、主として従業員本人の健康問題に焦点が当てられてきた。企業の生産性に直接影響す

るのは、従業員本人の健康状況であることは間違いがない。しかしながら、今後の超少子高齢社会においては、高齢の両親の介護や、配偶者、子供といった家族の健康問題が、間接的に従業員の生産性に影響を与えることが考えられる。その場合には、そうした家族の健康・介護にまで視野を広げて問題を考えていく必要がある。幸い、こうした面の分析を行うに当たっても、わが国は相対的に有利な位置にある。介護の問題については、公的な介護保険データが整備されているし、家族の健康問題についても、皆保険体制の下で、被扶養者などについての医療費データや健診データが蓄積されている。今後、こうした面まで視野を広げた「広義の健康経営」について、これまで「健康経営」に関しては、どちらかといえば先進諸国の後塵を拝していた感のある日本が、世界のトップランナーに躍り出る可能性があるのである。

■注

- (注1) 疾病と生産性および健康経営の一般論に関しては、Dee W. Edgington and Wayne N. Burton「[1]」が包括的な説明を行っている。
- (注2) たんぱは Ron Z. Goetzel et al.「[2]」によれば、10種類の疾病に關する Presenteeism の測定結果は、総費用の18% (低位推計) から61% (平均推計) までの幅を持つとしている。
- (注3) Paul Hemp「[3]」によれば、Presenteeism に係るコストは、通常、直接的な医療費の2倍から3倍の大きさがあるという。また、ダウ・ケミカル社の従業員につ

いて、慢性疾患に關連したコストを推計した James J. Collins et al.「[4]」によれば、総労働費用に占める慢性疾患関連費用の割合は10.1%であり、そのうち、2.3%が医療費(22.8%)、1.0%が Absenteeism (9.6%)、6.8%が Presenteeism に係るコスト(69.3%)であるとしている。

(注4) 「健康経営」のいう用語については、すでに「特定非営利活動法人健康経営研究会」の登録商標となっている。同研究会のホームページによれば、「健康経営」とは「経営者が従業員とコミュニケーションを密に図り、従業員の健康に配慮した企業を戦略的に創造する」ということで、組織の健康と健全な経営を維持していくことと定義されている。また、「従業員の健康管理・健康づくりの推進は、単に医療費とらう経費の節減のみならず、生産性の向上、従業員の創造性の向上、企業イメージの向上等の効果が得られ、かつ企業におけるリスクマネジメントとしても重要である」とされており、本稿と共通する基本的な問題意識が示されている(本稿脚注は引用省)。

(注5) Marc L. Berger et al.「[5]」は、人的資本(human capital)を企業の研究開発やブランドと並ぶ重要な「無形の資産(intangible assets)」の1つとして位置づけている。米国の Institute for Health and Productivity Management (IHPM) 健康および生産性経営協会)は、1967年に設立された非営利組織であるが、そのホームページには「健康同業の認識を示している。また、Loeppke R. et al.「[6]」は、従業員の健康と生産性を統合した健康経営の必要性や、good health is good business という表現を主張している。

(注6) 第1章で引用しているアメリカ商工会議所およびアメリカ疾病予防連盟の Healthy Workforce 2010 and Beyond, 2009 によれば、1ユーロの健康投資は4ユーロ(費用対効果(ROI:投資回収率))は、5.0ユーロに達するとしている。

(注7) 東京大学政策ビジョン研究センター「健康経営研究ユニット」については、東京大学政策ビジョン研究センターホームページを参照。特に、2013年2月にはユニットのキックオフシンポジウムが開催された。基本的な問題意識が示されている。

(注8) たんぱは「週刊社会保険7月22日号(July 2013 Volume 6)」によれば、大島保寿局保険課長(当時)は、健康組合関係者を対象とした講演会に於いて、ターゲット計画の特效の1つとして、「コンボヘルス(事業者の健康)」を挙げている。

(注9) たんぱは James J. Collins et al.「[4]」を参照。

■参考文献

- [1] Dee W. Edgington and Wayne N. Burton, Health and Productivity. In Robert J. McCunney, A Practical Approach to Occupational and Environmental Medicine, third edition, Lippincott Williams and Wilkins, 2003:140-152
- [2] Ron Z. Goetzel, Staacey R. Long, Ronald J. Ozminkowski, Kevin Hawkins, Shaohung Wang, Wendy Lynch, Health, Absence, Disability and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers, Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2004;46(4):398-412
- [3] Paul Hemp, Presenteeism: At Work-But Out of It, Harvard Business Review, October 2004: HBR AT Large 1-10
- [4] James J. Collins, Catherine M. Base, Claire E. Sharda, Ronald J. Ozminkowski, Sean Nicholson, Gary M. Billoret, Robin S. Turpin, Michael Olson, Marc L. Berger, The Assessment of Chronic Health Conditions on Work Performance, Absence, and Total Economic Impact for Employers, Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2005;47(6):547-557
- [5] Marc L. Berger, Robert Howell, Sean Nicholson, Claire Sharda, Investing in Healthy Human Capital, Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2003;45(12):1213-1225
- [6] Loeppke R, Taitel M, Richling D, Parry T, Kessler RC, Hymel P, Konicki D, Health and productivity as a business strategy, Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2007;49(7):712-721

加入者の代理人として保健医療 サービスのあり方を提言

—尾形裕也東京大学教授が「保険者機能」をテーマに講演—

東京大学政策ビジョン研究センターの尾形裕也特任教授はこのほど、健保組合関係者を対象にした研究会で、「保険者機能の現状と課題」をテーマに講演した。尾形教授は保険者機能の定義として、「保険者が、保健医療サービスのあり方に関与していくことができるかが本質である」とのべるとともに、保険者の使命として、「加入者に対し、質の高い保健医療サービスを効率的に提供し、加入者の健康の維持・増進に寄与すること」と説明した。

また、保険者に対しては、医療提供側と対峙できるような高度の専門知識を持った人材を育成し、加入者の代理人としての役割を果たすべく、中医協等の場でも自前の提案ができるよう積極的に参加していくことを求めた。さらに、保険者病院や提携医療機関などを通じて医療機関の本音や行動様式を理解するとともに、新たな診療報酬の提案に向けた実験を行う場として活用すること等を提案した。

(文責本誌)

サービスへの関与が鍵

最初に、保険者機能とは何かという、そもそも論である。

社会保険のなかで「保険者機能」が言われるのは主として医療、あるいは介護までであり、年金については聞いたことがない。このことが実は、保険者機能を考えていくときに一つのポイントになるのではないかと。

年金と医療・介護は同じ社会保険であるが、最大の違いは実物的なサービスが伴っているかどうかである。年金は基本的にお金のお話であるが、医療や介護はお金だけでなく、あくまでも実物的なサービスがそれに伴って提供されているかどうかまで

考えてはじめて完結する。

つまり、保険者が保健医療サービスのあり方に関与しているか、あるいは関与していくことができるかが、保険者機能の問題を考えていくときの本質になる。

保健医療サービスについて、需要側と供給側という二つに分けて考えると、需要側に対する関与では、言うまでもなく保健事業等を通じた被保険者の健康増進、あるいは受診行動にどのように関与していくかということになる。

供給側への関与では、究極的には医療提供政策にどう関与していくかであるが、それをつなぐものとして、わが国では非常に重要な政策になっている診療



尾形 裕也 氏

東京大学工学部、経済学部を卒業し、昭和53年厚生省入省。保険局国民健康保険課課長補佐、国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部長等を経て、平成13年～25年3月まで九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座教授。25年4月から東京大学政策ビジョン研究センター特任教授。九州大学名誉教授。兵庫県出身の60歳。

報酬を通じて提供体制にどのように関与していくかになる。

従来の保険者というのは、O E C Dの文書などによく出てくる passive payer(受け身の支払者)という立ち位置だったのではないか。そこからいかに脱却していくかが、おそらくポイントになってくるだろう。

最近では、厚生労働省の公式文書でも「保険者機能」が使用されるようになってきている。その意味で、保険者機能はずいぶん一般的になってきたが、あえて苦言を呈すると、従来の保険者機能論では、診療報酬の直接審査支払の実現、あるいは医療費適正化をどうするかという

ような議論に傾斜していた。もちろんこれらは大事な問題であるが、これだけが保険者機能かという点、少し視野が狭いのではないか。

保険者の使命を考える

今年4月、「保険者機能のあり方と評価に関する調査報告書」という厚生労働省の委託研究がまとまった。これを見ると、保険者の役割として6項目が挙げられている。すなわち、①被保険者の適用、②保険料の設定・徴収、③保険給付、④審査・支払、⑤保健事業等を通じた被保険者の健康管理、⑥医療の質や

効率性を向上させるための医療提供側への働きかけの6項目である(別掲)。

確かにこの6項目は、一般的によく言われる保険者機能を網羅して示しているという意味では有意義なことだと思う。しかし、問題は相互の関係が必ずしもはつきりしておらず、構造化されていないということではないか。端的に言うところ、それが本当に基本的な項目なのかというあたりが、項目を並べてあるだけでははつきりしない。

常識的には①④が基本ということになるだろう。①④は、被保険者の適用、保険料の設定・徴収、保険給付、審査・支払で

あり、これらは通常保険者の担うべき基本的な役割として出てくるものだと思う。

それに比べると、⑤の保健事業等を通じた被保険者の健康管理については、2006年のいわゆる医療

〈別掲〉 保険者の役割

- ①被保険者の適用
- ②保険料の設定・徴収
- ③保険給付
- ④審査・支払
- ⑤保健事業等を通じた被保険者の健康管理
- ⑥医療の質や効率性を向上させるための医療提供側への働きかけ

「保険者機能のあり方と評価に関する調査報告書(2013)」

制度構造改革によって特定健診・特定保健指導が40歳以上の加入者を対象に保険者に義務化されたということ、これはやらざるを得ないということになった。また、⑥の医療提供側への働きかけは、議論としては言われているが、実際にはまだまだ実践されていない。

ここで少し見方を変え、そもそも保険者のミッションは使命とは何なのかということを考えてみたい。

私は今年の3月まで九州大学で医療経営管理学を担当していたが、つねに強調していたのは、ミッション、ビジョン、ストラ

テジの3点である。これはどんな経営論の教科書にも必ず出てくる言葉だと思うが、日本語に訳すとミッションは「使命」、ビジョンは「将来像」、ストラテジーは「戦略」になる。

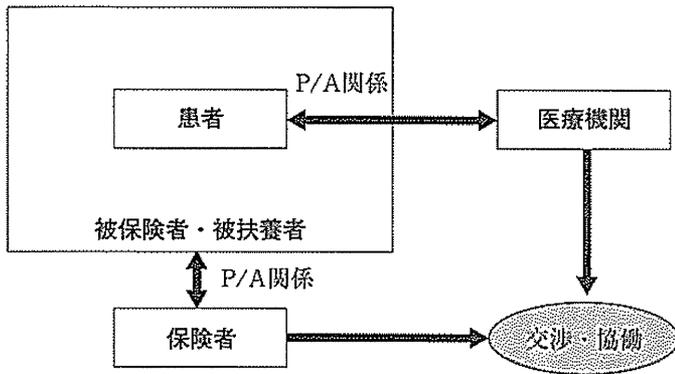
組織の戦略というものを考えるときに、ミッションをまずどのように規定し、将来のビジョンをどう考えるか、そのようななかからはじめてストラテジー戦略が出てくる。

ミッションは決してお題目ではない。組織は特定のミッションを達成するためにあるわけで、組織は組織のためにあるわけではない。逆に言うと、ミッションを喪失してしまうとその組織は生き残れない。その意味で、つねにミッションに立ち返って考えることが大事になる。保険者のミッションは何かを考えてみると、次のように整理できるのではないか。

その保険の加入者(被保険者・被扶養者)に対して、質の高い保健医療サービスを効率的に提供し、加入者の健康の維持・増進に寄与すること。

このように考えたときに先ほどの①～⑥の機能を考えると、6項目のうち、保険者のミッションに最も関連していると思われるのは⑤や⑥であり、①～④は、それを実現するための「実務」になってくるのではないか。そして、⑤や⑥のミッションを達成するためには、専門的なスキルをいかにその組織のなかに蓄積し、それを活用していくかといった戦略的な対応が非常に重要になってくる。

図 保険者と医療提供側との関係：2つのP/A関係



保険者は加入者の代理人

このようなことを前提に、わが国の医療全体のなかでの保険者の位置づけを考えると、保険者と医療提供側との関係は図のように考えられる。

医療機関との関係では、基本的には患者と医療機関の関係で完結し、保険者が出てこない場合も当然ある。保険がない世界では、患者と医療機関の間の相対関係の話になる。

そのときに、P/A関係と書いたが、Pというのはプリンシパル(依頼人)、Aはエージェント(代理人)であり、依頼人と代理人の関係として考えることができるのではないか。

この代理人は依頼人の利益を代表し、依頼人の利益が最大になるように行動する。これを医療に適用すると、医師や医療機関というのは患者の代理人として、患者の利益が最大になるように行動する。そこで完結していれば問題はないが、わが国では国民皆保険体制の下、患者が

全額自分で負担しているわけではなく、原則として全ての国民は何らかの公的な保険に入っている。

図では被保険者・被扶養者という大きなボックスがあるが、患者というのはこの大きな被保険者、被扶養者の一部分と考えられる。全ての被保険者・被扶養者が患者になる可能性を持っているが、両者がつねに一致しているわけではない。

ここで保険者が出てくるわけだが、保険者は実は、被保険者・被扶養者の代理人として行動すべきものと考えられている。このあたりは微妙なところであり、患者と被保険者・被扶養者というのは、基本的な利害が一致する面もあるが、対立する面もある。

端的な例で言うと、医療機関の窓口で払う一部負担は、患者の立場からすると低ければ低いほどよい。無料が一番よいかもしれない。しかし、被保険者や被扶養者の立場からすると、それは好ましくないのではないかと。ある程度一部負担をしても

らい、いわゆるモラルハザードがないような形で適正受診をしてもらわないと、結局保険料にはね返ってくることになる。

すると、患者と被保険者・被扶養者の利害が一致する部分と、必ずしもそうではない部分があり、保険者の役割は患者の代理人ではなく、加入者(被保険者・被扶養者)の代理人ということになる。

この場合、医療機関や医師は患者の代理人として行動するのに対し、保険者は加入者の代理人として行動する。そこではじめて代理人同士が交渉したり協働したり、一緒にいろいろなことを行っていく余地が出てくる。

典型的な例は中央社会保険医療協議会であり、中医協の構成は、公益側の委員を除くと基本的には診療側と支払側ということになっている。これはいわば患者の代理人と加入者の代理人が、それぞれの利害を代表してそこで折衝し、交渉し、診療報酬を決めている。そのような構造と考えることができる。

在院日数短縮で費用増

それでは次に、医療提供体制の問題についてどのようなことを考えていけばよいか。

長期的な医療提供体制のビジョンを考える際、医療界ではここ5年くらい「2025年モデル」という言われ方をしていく。つまり、2025年という時点で将来の医療提供体制をどう考えるかということである。まだいろいろな議論が行われている最中であるが、保険者としてもそれをどう考えるかが非常に重要な問題になってくるだろう。

少なくともこの5年間で、二つのビジョンが発表されている。一つは「社会保障国民会議最終報告」と呼ばれるもので、これは2008年11月の自公政権時代に発表された。医療・介護の基本的な考え方をみると、「選択と集中」の考え方に基いて病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化、医療・介護を通じた

専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築等を図る、と示されている。

この文章自体にはそれほど目新しさはないが、実はこの社会保障国民会議の最終報告で一番注目すべきなのは、医療・介護費用の将来推計(シミュレーション)である。

例えば急性期の医療については、在院日数を短くして病床数を減らしていくということが書かれている。従来だと、在院日数を短くして病床数を減らすということは、医療費適正化と密接に関連していると考えられてきた。しかし、このシミュレーションが従来の考え方と一味違うところは、選択と集中や機能分化を進めて在院日数を短くし、病床数を減らしていった場合には、全体として医療・介護費用は増えていく可能性が高いと言っている点である。

本来の意味での医療政策上の政策選択肢が示されていると考えられるが、では増加する費用をどうするかということへの答えとして、「消費税増税でいく

べき」と明確に示している。

シミュレーションでは、病床数や在院日数の削減の程度と費用を複数のパターンで示しているが、病床数を減らし、あるいは在院日数を短くしているのにどうしてお金がかかるのかという点、二つの要因がある。

一つは、在院日数をシミュレーションの想定どおり、現状から半減(18日→9日)させるとすると、現在のような薄い人員配置では到底達成できず、例えば看護では今は7対1が最高だが、5対1や4対1が当然のように求められるようになってくる。そうでないと、医療の質が大幅に落ちることになる。

すると、在院日数が短くなり病床数は減るが、1日当たりの単価、あるいは1病床当たりの単価は今よりかなり高いものになる。したがって、これだけで医療費を減らすことにはならないだろうということである。

もう一つは、これだけ在院日数が短くなった世界を考えると、それまで入院していた多くの患者が地域に帰ってくる。患

者の多くは一定の医療や介護に
対するニーズを持っており、在
宅でいろいろなサービスに対す
るニーズが出てくる。

そこで、「在宅医療、在宅介
護の推進等（施設から在宅・地
域へ）」への対応が必要になり、
シミュレーションでは、居住系
あるいは在宅介護の利用者は1
日当たり約43万人増加すると見
込んでいる。そのためにも、相
当の数の医療・介護従事者が必
要になる。

居住系サービスを重視

これは、自公政権下でのシ
ミュレーションだが、その後、
歴史的な政権交代があり、民主
党政権下の2011年6月に
出されたのが、「医療・介護に係
る長期推計」である。これをみ
ると、細かいところは別にして、
全体としては先ほどの自公政権
のシミュレーションと非常によ
く似ている。

まず、目標年次が2025年
で同じであり、改革シナリオと
現状投影シナリオがある。一般

急性期の病床数や平均在院日数
もほぼ同じであり、いずれにし
ても在院日数がぐっと短くな
り、病床数も減るといふ基本的
な姿は一緒である。また、改革
シナリオの方がお金がかかる点
も、自公政権のシミュレーショ
ンと全く一緒である。

このことは何を意味している
かということ、長期ビジョンとい
うのは、少なくとも政治的な意
味では、ある程度安定性を持つ
た改革であるということであ
る。つまり、政権交代があつて
も長期ビジョンそのものはあま
り大きく変動していない。

このような2025年モデル
に対して、それに対する外部か
らの代替案が出されているかと
いうと、医療提供側からも保険
者側からも出されていない。政
府が示した2025年モデルで
今のところ世の中は動いている
が、本当にこれでよいかとい
うところについては、実は議論が
必要だと思っている。

民主党政権下での長期ビジョ
ンについてもう一点言及する
と、この長期ビジョンの大きな

特色は、居住系サービスの充実
だと言われている。居住系とは、
特定施設（介護付き有料老人
ホーム）あるいは認知症患者の
ためのグループホーム等であ
る。これらの居住系サービスは、
2011年現在、全国で31万人
分であるが、これを2025年
には61万人分にするということ
で、ほぼ倍増する姿が描かれて
いる。

それに比べると、療養病床で
ある長期療養や、特養、老健と
いった介護施設はかなり抑えぎ
みにしている。

医療提供側はこれをどう考え
ているかということ、病院団体は
おおむね歓迎している。もちろ
ん細かい点ではいろいろ問題が
あると言っているが、基本的に
このビジョンは悪くないとの評
価である。日本医師会は、ずつ
と反対していたが、最近はある
りそういうことを言わなくなっ
てきているように見える。

提供側は好意的にみている
が、問題は保険者である。支払
側がどう考えているかというこ
とが、実はよくわからない。

いずれにしても、自公政権の
シミュレーションにしても、民
主党政権の将来ビジョンにして
も、消費税増税というのが前面
に出てきており、その是非、増
税規模、タイミング、あるいは
当然その裏返しとして保険料の
引上げということが日程に上
がってくるため、この点につ
いてぜひ保険者としての考えを
整理して示していただきたい。

専門的人材の育成を

ここからは、保険者機能の問
題を考えるにあたっての若干の
個人的な見解をのべたい。

保険者という組織のあり方を
考えていくときにいくつかの要
素に分けて考えていく必要があ
るが、一番大事なのはヒトだ
と思っている。「企業は人なり」
という言葉があるが、まさに組
織にとってヒトというのが一番
重要な資本になる。

そのときに、専門的なスキル
を有する人材をいかに養成して
いくかということが非常に大事
なポイントになってくる。とく

に保険者機能というものは、医療サービスの提供にどう関わっていくかという観点から考えると、理想を言えば、医療提供側に対峙できるような高度な専門的知識と見識を身につけることが必要になる。

保険者としての基礎知識はもちろん、それに加えて医療提供体制についてしっかり勉強していただきたいし、スキルを身につけていただきたいと思う。

ただし、そのときに注意しなければならぬのは、細かな医療現場の経営やプロセスに注文をつけるのではなく、任せるべきところは任せ、結果を大いに求めていただきたいということである。

次はカネの話である。カネについては、わが国では診療報酬の話が大きく出てくるため、中医学協等における議論に積極的に参加し、そこに貢献していくことが非常に重要になる。少しきつい言い方になるが、「カネも口も出したくない」というのはそろそろやめにした方がよい。「カネも口も出す」というよう

になつていただきたいと思う。

経営学には Value for Money という言葉がある。払ったお金にふさわしいだけの価値をきちんと実現しているかということ、つねにそれを問うていくべきだろう。幸いなことにわが国の医療費は、99%は公定価格である診療報酬で賄われているため、そこに関わっていくことは非常に大事だと思っている。

その際、これもきつい言い方になるが、中医協の議論を聞いていると、厚生労働省の事務当局がいろいろな案を出してきて、それがよいか悪いかと議論している。

しかし、これはいわば「据え膳」であり、据え膳の案を少し味わって「よい、悪い」と言うのではなく、やはり自前の提案をせひしていただきたい。

また、Value for Money ではなくに大事などころは、今後の超少子高齢社会において医療・介護費用が今よりも大幅に下がるというような状態は考えられない。いずれにしても何らかの形で負担増を求められていくと思

うが、そのときに国民の間での合意が必要になる。合意を形成するためには、それによってどのような価値が達成されるのかという点が非常に大事なので、その意味でとくに中医協を中心とした診療報酬の議論は非常に重要と言える。

保険者病院に役割を

3点目はモノの話である。モノと言つてよいかどうかかわからないが、「フィールド医療機関」の設定を提言したい。

健保組合のなかには保険者病院を持つところもあるが、これがほとんど機能していないのではないかと。保険者病院は、本来は保険者のためにいろいろな実験を行う病院ではないかと思つている。

例えばそこで実験的な診療報酬を考えてみたり、あるいは医療のどこを変えたらどう変わるのかといった情報を得るためにも、貴重なものだと思う。仮に保険者病院が少なくなつてきていくとすれば、どこかの優れた

病院とフィールド病院としての契約をしたらどうか。

そこでいろいろな試みを行うなかで、はじめて先ほどのような単に事務局的「据え膳」をうまくいかまいと言つているのではなく、自分たちの提案ができてくるのではないかと。

具体的には、ぜひ医療機関経営に参画する、あるいは今言つたように提携医療機関に人材を派遣して、人材を養成する場として活用するというようなことを考えてほしい。

4点目は情報である。レセプトの電子化は、単に審査・支払を効率化するという話だけではない。巨大なデータベースの構築・活用の可能性が広がってきている。保険者としてデータベースの分析をすることも、ぜひレセプト自体のフォーマットを改訂するといった提言にもつなげていただきたい。

もう一つは、レセプト分析した結果を、どのように依頼人である加入者に還元し、情報提供していくかであり、この点も非常に重要だと思つている。

OS-9-1

「保険者機能」の発揮を通じた医療の質の向上

保険者機能と医療の質（総論）

尾形 裕也（東京大学政策ビジョン研究センター）

「保険者機能」が医療政策上の概念として議論されるようになって久しい。しかしながら、その本来の意義については、必ずしも十分に明確化されているとは言い難い。レセプトの審査・支払の直接実施や医療費適正化に傾斜した議論は多いが、そもそも「保険者機能とは何か」、「保険者機能が目指しているものは何か」について、共通の理解は得られていない。先般公表された「保険者機能のあり方と評価に関する調査報告書」においては、保険者の役割を網羅的に6項目（① 被保険者の適用、② 保険料の設定・徴収、③ 保険給付、④ 審査・支払、⑤ 保健事業等を通じた被保険者の健康管理、⑥ 医療の質や効率性を向上させるための医療提供側への働きかけ）に整理して示している。これらは、実際に保険者が果たしている（ないしは果たすべきと考えられる）役割を網羅しているが、各項目の構成が構造化されているとは言い難い。

ここでは、保険者のMissionを「当該保険の加入者に対して、質の高い保健医療サービスを効率的に提供し、加入者の健康の維持・増進に寄与すること」と規定する。このように規定すると、上記6項目のうち、⑤及び⑥が基本的な保険者機能に関連した役割であると考えられる。そして、こうしたMissionを達成するために、保険者は①から④のような具体的な実務を実施するということになる。

このように考えると、実は、保険者のMissionは、医療提供者のMissionと重なってくるのがわかる。また、質の高い保健医療サービスを効率的に提供し、国民（正確には市民）の健康の維持・増進に寄与する、といえば、これは一国の医療政策のMissionであると言って過言ではない（実際、国民医療総合対策本部の中間報告（1987年）以来、わが国における医療政策の基本的な目標とされてきている）。

医療提供者のMissionとの差異は、対象者が「当該保険の加入者」であるのか、「患者」であるのか、である。ここから、医療提供者が「患者のagent（代理人）」であるのに対し、保険者は「加入者のagent（代理人）」である、という議論が出てくる。その場合、それぞれprincipal（依頼者）が違うのであるから、そこには大きな対立が生ずる、ということには幸いにしてならない。なぜならば、わが国のような国民皆保険体制の下では、「患者」は「加入者」の部分集合であるからである。「患者」と「加入者」は利害が対立する場合もあるが、基本的には前者は後者の一部であるという事実を踏まえれば、そこには自ずと一定の合意が形成される可能性が高い。

そこから、保険者が、上記のMissionを達成するためには、医療提供者と協働して取り組むことが重要であるという命題が導かれよう。本sessionにおいては、「保険者機能と医療の質」の問題について、幅広い視点から検討を行う。

【略歴】

東京大学工学部、経済学部卒業。

厚生省入省。厚生省年金局、OECD事務局（パリ）を経て、厚生省大臣官房政策課、会計課課長補佐。厚生省老人保健課、保険局、健康政策局勤務を経て、在ジュネーブ日本政府代表部一等書記官。厚生省大臣官房国際課に復帰後、千葉市環境衛生局長、厚生省健康政策局看護職員確保対策官、国家公務員共済組合連合会病院部長を歴任。国立社会保障・人口問題研究所研究部長を経て、平成13年より九州大学大学院医学研究院教授。平成25年より現職。

【主な所属学会】

日本医療・病院管理学会（評議員）、日本社会保障法学会

Ⅲ-4

特集 糖尿病は増加しているのか ―わが国の現状と予防のエビデンス―

Ⅲ. 糖尿病の増加を抑制するために―施策とエビデンス―

特定健診・ 特定保健指導と糖尿病

津下一代

あいち健康の森健康科学総合センター センター長

平成20年度に特定健診・特定保健指導制度が開始され、全国でメタボリックシンドローム (MetS) に着目した保健事業が展開されている。約6千人を対象として積極的支援の効果を見ると、実施群では非実施群と比較して1～3年後の血圧、脂質、肝機能などが有意に改善、検査値の変化量は体重減少率に依存し、3%程度の軽度な減量でも効果的であった。3年後の服薬率は積極的支援実施群で有意に低く、糖尿病型への移行の抑制傾向が示された。

特定健診ナショナルデータベースを用いて、都道府県別に性別・年齢階級別空腹時血糖値の平均値、有所見率を比較すると、明らかな地域格差がみられた。愛知県のデータベースで糖尿病治療状況とHbA1c (NGSP) の関連をみると、治療中と回答者のうちHbA1c 7.4%以上が34%であった。逆にHbA1c 8.4%以上の割合は全体の1.2%であるが、そのうち治療中は6割にとどまることが判明した。特定保健指導実施率には地域格差、保険者間格差があることから、今後はデータ分析結果をもとに、健診から保健指導、受診勧奨、適切な治療へとつなげて、糖尿病を社会全体でマネジメントしていくことが重要と考える。

特定健診・特定保健指導とは

糖尿病などの生活習慣病を予防することで、健康寿命の延伸と医療保険制度の安定化を図るため、特定健診・特定保健指導制度が平成20年度に開始され^{1,3)}、平成25年度からは第二期を迎えた⁴⁾。「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、①40～74歳の加入者を対象として、医療保険者に健診・保健指導の実施を義務付けたこと、②健診・保健指導の方法を標準化し電子的にデータを集約・評価するシステムを導入したこと、③内臓脂肪症候群に着目して保健指導対象者を選定する階層化基準を設けたこと、などの特徴がある。

保健指導対象者の選定基準を表1に示す。ウエスト周囲長 (腹囲) が基準値以上かつ追加リスク2個以上、または腹囲非該当でもBMIが基準値以上の場合には追加リスク3個以上で積極的支援となる。喫煙中では非喫煙者よりも追加リスクが少ない段階で積極的支援を行う。腹囲かBMIが基準値以上で追加リスクが1つ以上で、積極的支援に該当しない人は動機づけ支援とする。65歳以上は動機づけ支援のみを実施すること、生活習慣病に関する服薬者は特定保健指導の対象外となること、などの選定基準が定められている。

積極的支援では対象者自らが生活習慣を振り返って行動目標を設定し、継続的に取り組むことができるよう、初回面接実施後3ヵ月以上の継続的な支援を行うこと、一定の投入量以上の保健指導を行うこと、6ヵ月後の評

表1 保健指導対象者の選定と階層化(文献1)

ステップ1: 腹囲	ステップ2: 追加リスク				ステップ3: 対象	
	①血糖値 ②脂質 ③血圧	④喫煙歴		40~64歳	65~74歳	
≧85cm (男性) ≧90cm (女性)	2つ以上該当	-		積極的支援	動機づけ支援	
	1つ該当	あり				
上記以外でBMI ≧25	3つ該当	-		積極的支援	動機づけ支援	
		あり				
	2つ該当	なし		動機づけ支援		
		あり		動機づけ支援		
1つ該当	-		動機づけ支援			

追加リスクの判定基準: ①血糖値; 空腹時血糖値100 mg/dl以上またはHbA1c (NGSP) 5.6%以上, ②脂質; 中性脂肪150 mg/dl以上またはHDL-C 40 mg/dl未満, ③血圧; 収縮期血圧130 mmHg以上または拡張期血圧85 mmHg以上。
治療中の者の取扱い: 高血圧, 糖尿病, 脂質異常症に対する服薬治療を受けている者については, 特定保健指導の対象としない。

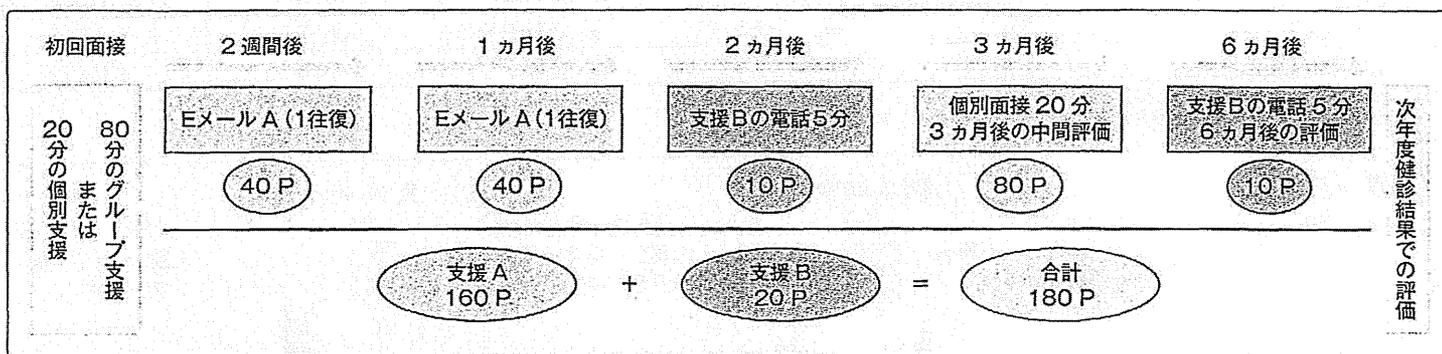


図1 積極的支援例(面接・電話・Eメールを組み合わせたパターン例, 厚生労働省健康局検討会資料)

第2期では支援Bを必須とせず, 全体として180 P以上であれば保健指導完了となる。

支援A: 計画の進捗状況の評価など

支援B: 励ましや賞賛など

価値を行うこととなっている。図1はその一例である。対象者の利便性と効率性を考えて, 面接, グループ支援, 電話やメールなどの手段を活用して180ポイント以上の支援を行う。なお, 平成25年度からの第二期では「励まし」を行う支援Bは必須ではなく, 支援Aのみで180ポイント以上あればよいことと改正された。動機づけ支援は初回面接と6ヵ月後の評価のみである。

特定保健指導の効果

特定保健指導の効果に関して, 永井, 福田, 岡山, 津下⁵⁾らの厚生労働科学研究のほか, 多くの原著論文も発表され, 保健指導の方法や効果に関する検証が行われている⁶⁻¹⁰⁾。ここでは筆者がまとめた厚生労働科学研究の結果について紹介したい。

愛知県, 岩手県, 大阪府, 岡山県, 栃木県, 長野県, 福岡県の医療保険者の協力を得て, 特定保健指導該当者の健診データを登録, 保健指導の有無が1~3年後の健診データ, 服薬状況に及ぼす影響について分析した。積極的支援初回実施者では, 1年後に体重が平均1.7 kg 減, 血圧 (SBP, DBP), 血清脂質 (TG, HDL-C, LDL-C), 血糖値の (FPG, HbA1c), 肝機能 (AST, ALT, γ -GTP) の有意な改善を認め, 集団における有所見率の低下が観察された (表2)。学会基準によるMetS該当者は42.5%→21.9%, 「MetS + 予備群」該当者は92.3%から55.3%へと減少した (表2)。なおMetS予備群とは「腹囲が基準値以上かつMetSの追加リスク1個」を指す。空腹時血糖値, HbA1cの有所見率も低下している。

積極的支援レベルに該当していながら保健指導を実施していない対照群と比較すると, 積極的支援実施群では各検査値の改善が有意に大きかった (表3)。

検査値改善に対する体重減量の影響を検討する目的で,

表2 積極的支援初回実施者6285人における1年後の検査値変化(文献5)

		健診時	1年後	平均値の差	p値
年齢	6285	48.7±5.7			
体重 (kg)	6285	75.9±8.9	74.2±9.4	△1.7	<0.001
BMI (kg/m ²)	6285	26.1±2.7	25.6±2.9	△0.5	<0.001
腹囲 (cm)	6285	91.3±5.9	89.2±6.9	△2.1	<0.001
SBP (mmHg)	6285	128.6±13.1	125.8±12.9	△2.8	<0.001
DBP (mmHg)	6285	82.4±9.2	80.3±9.5	△2.1	<0.001
TG (mg/dl)	6285	170.6±88.0	147.4±98.8	△23.2	<0.001
HDL-C (mg/dl)	6285	51.6±12.4	53.5±13.0	+1.9	<0.001
LDL-C (mg/dl)	6285	135.5±28.6	132.1±28.1	△3.4	<0.001
FPG (mg/dl)	6285	99.8±13.4	98.6±13.6	△1.1	<0.001
HbA1c (JDS, %)	5279	5.40±0.42	5.36±0.73	△0.03	<0.001
AST (IU/l)	6265	24.7±12.0	23.1±10.8	△1.6	<0.001
ALT (IU/l)	6269	33.8±22.6	29.1±19.9	△4.7	<0.001
γ-GTP (IU/l)	5958	60.5±56.1	53.7±51.7	△6.8	<0.001

Mean±SD, Wilcoxon符号付検定
降圧薬45例, 脂質代謝改善薬30例の内服者を含む。

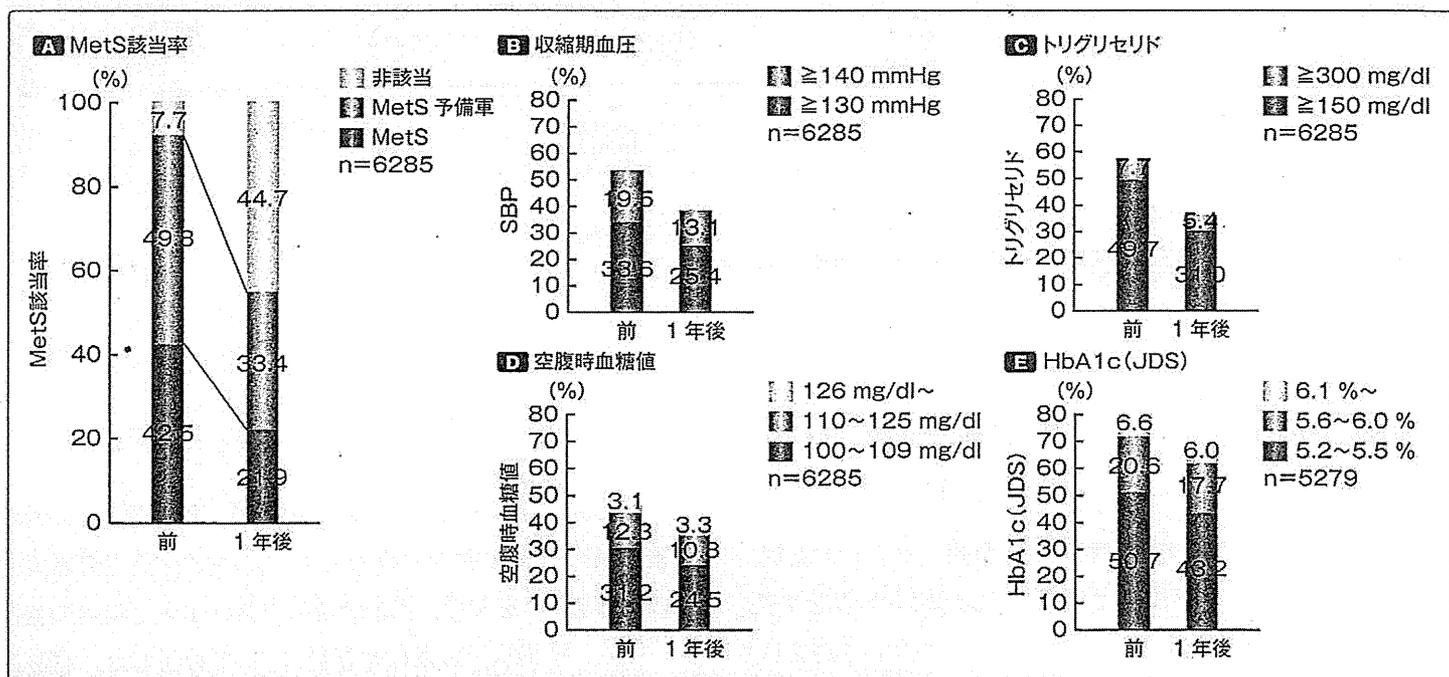


図2 積極的支援初回実施者6285人における1年後のメタボリックシンドローム判定および有所見率の変化(文献5)

表3 保健指導(積極的支援)の有無による1年後の健診データ比較(文献5)

	積極的支援実施者(n=6285)	対照群(n=5370)	群間比較(p値)
△体重 (kg)	1.7±3.4	0.7±3.0	<0.001
△BMI (kg/m ²)	0.5±1.2	0.2±1.0	<0.001
△腹囲 (cm)	2.1±4.0	1.0±3.8	<0.001
△SBP (mmHg)	2.8±12.4	2.2±13.3	0.017
△DBP (mmHg)	2.1±8.8	1.1±9.3	<0.001
△TG (mg/dl)	23.2±92.7	17.5±110.4	0.001
△HDL-C (mg/dl)	+1.9±7.1	+0.6±7.2	<0.001
△LDL-C (mg/dl)	3.4±21.9	1.4±24.2	<0.001
△FPG (mg/dl)	1.1±10.9	0.1±14.8	<0.001
△HbA1c (%)	0.03±0.62	0.00±0.52	0.046
△AST (IU/l)	1.6±10.9	0.4±19.0	<0.001
△ALT (IU/l)	4.7±19.5	2.0±24.6	<0.001
△γ-GTP (IU/l)	6.8±32.8	3.7±47.9	<0.001

Mean±SD, 1変量の分散分析; 年齢により調整。

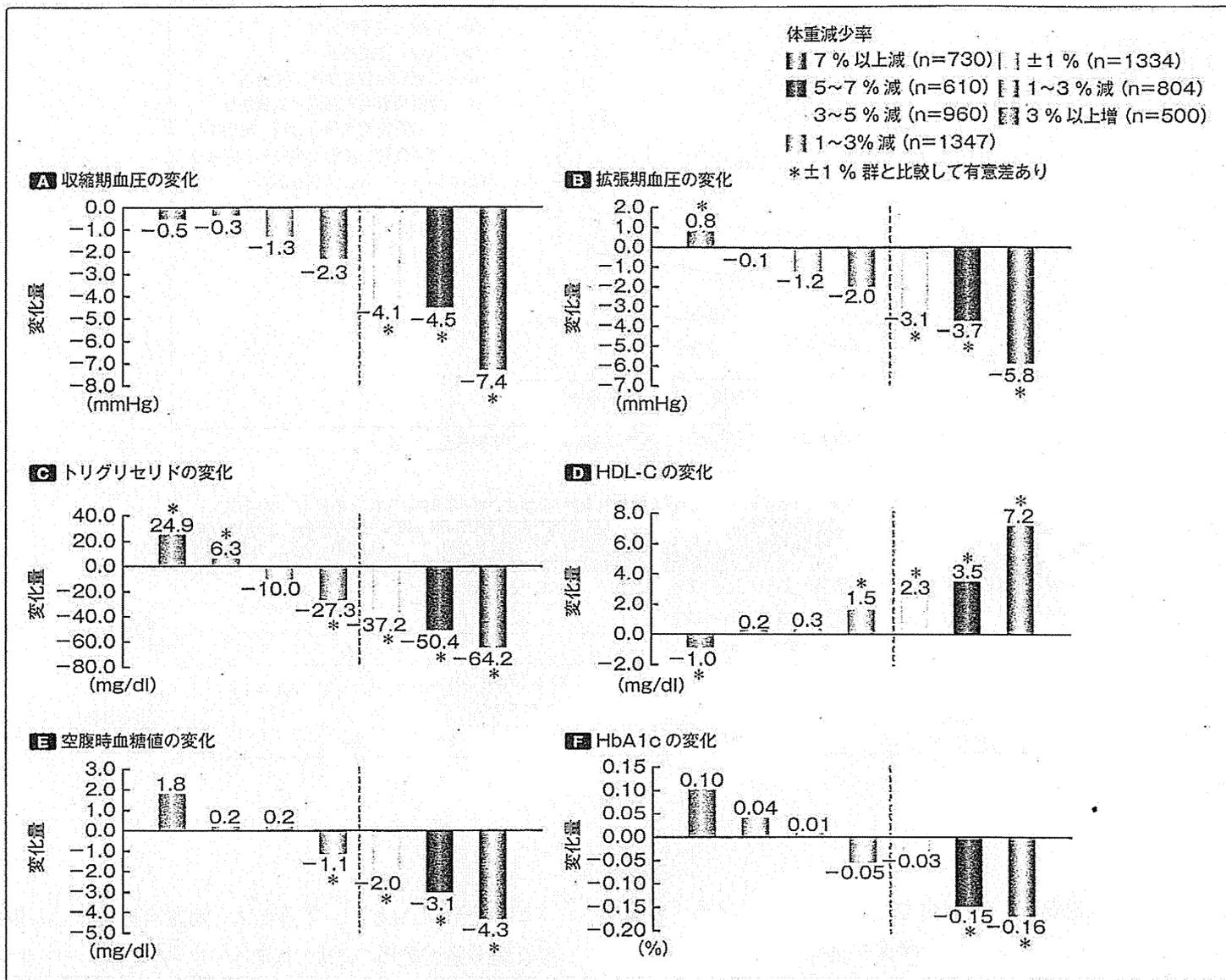


図6 1年間の体重変化率と検査値変化(積極的支援実施群, 文献5)
 一元配置分散分析, Bonferroni法. A~E: n=6285, F: n=5269.

体重減少率2%ごとに区分し, 検査値の変化量について群間比較した(図6)。SBP, DBP, TG, HDL-C, FPG, HbA1cの変化量において一元配置分散分析で有意差がみられ, 「±1%群」を基準にすると, ほとんどの指標において3%以上群から有意な改善を認めた。このことから, わずかな体重減少にも意味があることが示唆された。

長期効果については, 2健保のデータベースを用いて3年後までの効果を検証した。初年度健診時には生活習慣病薬を服用しておらず, 4年間連続してデータ登録がある約3万人のうち, 初回到積極的支援レベルに該当した6,450人を解析対象とした。1回以上積極的支援を実施した群と支援無群を比較すると, 支援無群の3年後の服用率が

19.5%であるのに対し, 実施群では13.7%と有意な抑制効果を認めた。とくに初年度に受診勧奨判定値以上のリスクを持つ対象者での指導効果が大きかった(図4)。

3年後の糖尿病発症率, 大血管疾患発症率を比較すると, 初年度の空腹時血糖値が100 mg/dl以上110 mg/dl未満の群について, 3年後に「糖尿病薬服用または空腹時血糖126 mg/dl以上, またはHbA1c (NGSP) 6.5%以上」の割合は, 支援実施群で7.8%であり, 支援無群10.7%よりも有意に低かった(表4)。大血管疾患発症については, 3年間の発症率が全体では0.61%, 支援無群0.68%, 支援実施群が0.53%であり, 3年間では有意な差を認めなかった。

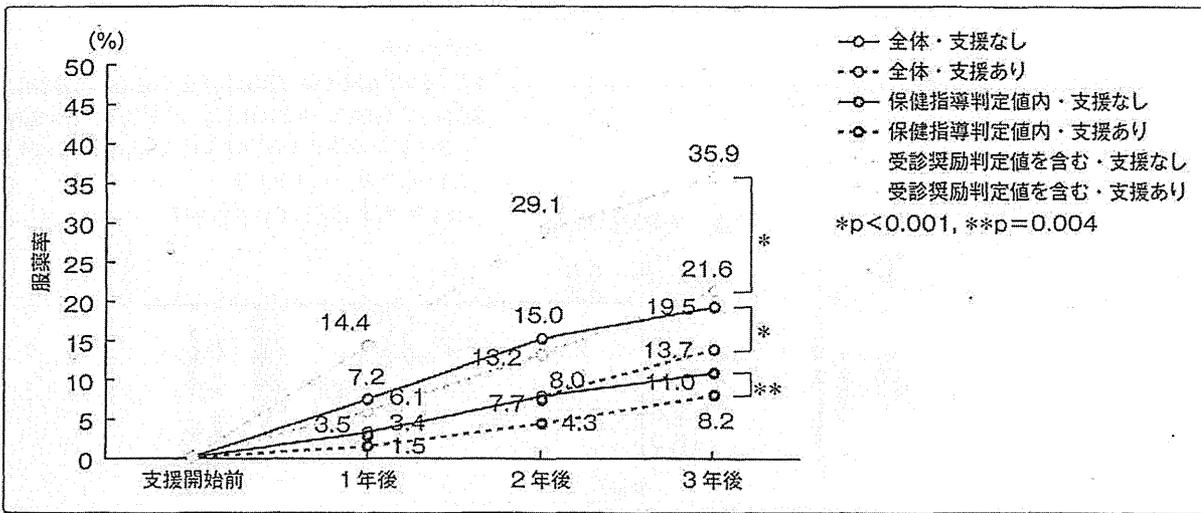


図4 3年間で1回以上の積極支援実施が初年度積極的支援レベル該当者の服薬率に及ぼす効果(文献5)
カイ二乗検定.

図5 初年度積極的支援レベル該当者における3年後に「糖尿病が強く疑われる例」の割合(初年度FPG値による比較, 文献5)

初年度FPG (mg/dl)	3年間で1回以上の積極的支援実施の有無	3年後に糖尿病薬服用等(FPG \geq 126 mg/dlあるいはHbA _{1c} (NGSP) \geq 6.5%)となった人数(割合)	
100以上110未満(n=1695)	積極支援あり(n=776)	62 (8.0%)	} $\rho=0.038$
	動機支援あり(n=22)	0 (0.0%)	
	支援なし(n=897)	96 (10.7%)	
110以上126未満(n=714)	積極支援あり(n=323)	113 (35.0%)	} $\rho=0.297$
	動機支援あり(n=6)	1 (16.7%)	
	支援なし(n=385)	148 (38.4%)	

カイ二乗検定.

以上のことから、いまだ3年間の追跡ではあるが、積極的支援実施により糖尿病の発症予防に貢献できている可能性が示唆されており、今後さらなる追跡検証が必要と考えている。

特定健診データ分析からみた糖尿病マネジメント

特定健診では電子的にデータを集約・評価するシステムを導入しており、全国約2,250万人を対象とする膨大なデータが厚生労働省保険局医療費適正化室から公表されている¹¹⁾。平成22年度の健診受診率は全国値で43.2%であることや、対象年齢が40～74歳に限定されることなどの制約があるが、客体数が大きいために性別・年齢階級別、都道府県別などの分析が可能であり、こうしたデータを活用することで糖尿病の実態把握・対策につながる。

このデータをもとに、著者らは『地方自治体による効果的な健康施策展開のための既存データ(特定健診データ等)活用の手引き』をまとめ¹²⁾、簡単にマップやグラフなどが見える化できるソフトを開発した。このうち、空腹時血糖値、HbA_{1c}に関する分析結果を紹介する。

図5には空腹時血糖値測定者の性別・年齢区別人数、平均値、有所見率を示した。40歳代前半では男性のほうが女性よりも血糖値平均が7 mg/dl高く、有所見率(保健指導判定値: 100 mg/dl以上)も2倍以上高い。男性では50歳代で平均値が100 mg/dlを超え、有所見率が約半数となる。126 mg/dl以上の糖尿病と考えられる人も約10%となる。退職後世代でやや低下する傾向がみられる。女性は平均値、有所見率ともに加齢とともにみられる。女性にみられる増加がみられる。

各都道府県について「空腹時血糖値126 mg/dl以上」の割合を年齢調整してマップ化したのが図6である。四国、沖縄、青森で高い傾向がみられ、岐阜、新潟、滋賀県は男女とも低い傾向がみられる。もっとも有所見率が高い

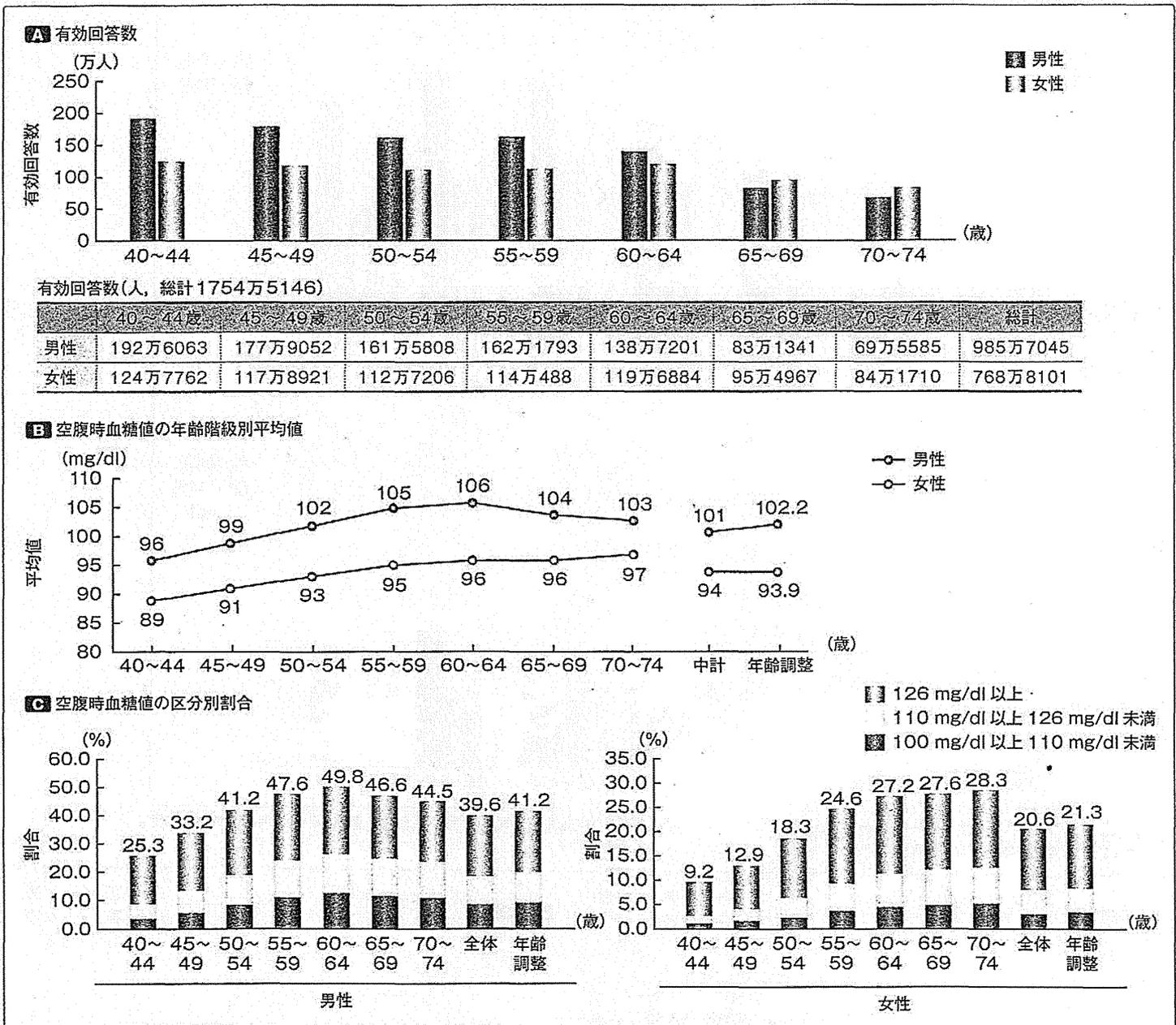


図5 特定健診ナショナルデータベースより分析した全国の高血糖の割合(特定健診2010年暫定データによる)

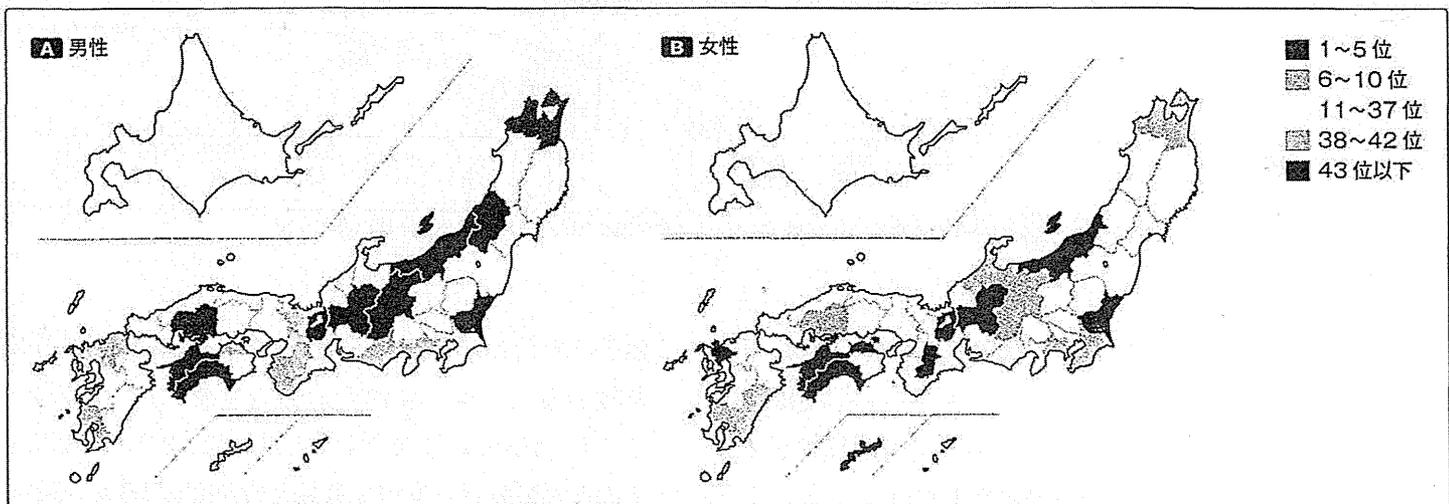


図6 特定健診ナショナルデータベースより分析した高血糖の割合(男女別年齢階級調整済み, 特定健診2010年暫定データによる) 空腹時血糖値126 mg/dl以上を高血糖と定義した。