

国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

論題 Title	第5章 予防医療・医療費適正化と EBPM—特定健康診査・特定保健指導を中心に—
他言語論題 Title in other language	Chapter 5, Preventive Medicine and Medical Care Expenditure Regulation, and EBPM: Focusing on Specific Health Checkups and Specific Health Guidance
著者 / 所属 Author(s)	高野 雄太 (TAKANO Yuta) / 社会労働課
書名 Title of Book	EBPM (証拠に基づく政策形成) の取組と課題 総合調査報告書 (Evidence-Based Policymaking: Current Status and Issues)
シリーズ Series	調査資料 2019-3 (Research Materials 2019-3)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
刊行日 Issue Date	2020-03-17
ページ Pages	85-100
ISBN	978-4-87582-857-0
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
キーワード keywords	予防医療、健康、医療費適正化、特定健康診査、特定保健指導、メタボ健診、医療経済学、QALY、ICER、EBPM
摘要 Abstract	本稿では、予防医療と医療費適正化につき、特に、厚生労働省が医療費適正化の 1 つの方策として年額 200 億円超を投じる特定健康診査・特定保健指導につき、EBPM の観点を含めた考察を行う。

* この記事は、調査及び立法考査局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰 (めいせき) 性等の観点からの審査を経たものです。

* 本文中の意見にわたる部分は、筆者の個人的見解です。

第5章 予防医療・医療費適正化と EBPM

—特定健康診査・特定保健指導を中心に—

国立国会図書館 調査及び立法考査局
社会労働課 高野 雄太

目 次

はじめに

- I 予防医療と医療費適正化に関する政府の考え方
- II 特定健康診査・特定保健指導
 - 1 特定健康診査・特定保健指導の概要
 - 2 特定健康診査・特定保健指導をめぐる議論
- III 施策目標「生活習慣病対策等により中長期的な医療費の適正化を図ること」
 - 1 「生活習慣病対策等により中長期的な医療費の適正化を図ること」の概要
 - 2 施策目標・事業についての検討
- IV 予防医療と医療費をめぐる考え方
 - 1 予防医療と医療費適正化の関係
 - 2 予防医療の有効性・費用対効果等
- V 予防医療に関する政策形成の在り方—結びにかえて—

キーワード：予防医療、健康、医療費適正化、特定健康診査、特定保健指導、メタボ健診、医療経済学、QALY、ICER、EBPM

はじめに

「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」とする健康増進法（平成14年法律第103号）が制定されたのは、平成14（2002）年のことである。

令和の時代を迎えた現在、政府は、「人生100年時代の安心の基盤は「健康」である」とし、「予防・健康づくりには、①個人の健康を改善することで、個人のQOL⁽¹⁾を向上し、将来不安を解消する、②健康寿命⁽²⁾を延ばし、健康に働く方を増やすことで、社会保障の「担い手」を増やす、③高齢者が重要な地域社会の基盤を支え、健康格差の拡大を防止する、といった多面的な意義が存在している」としている⁽³⁾。さらに、政府は、「生活習慣の改善・早期予防や介護・認知症の予防を通じて、生活習慣病関連の医療需要や伸びゆく介護需要への効果が得られることも期待される」としている⁽⁴⁾。

他方、そもそも健康は義務ではなく、健康寿命を強調することには、「健康ではない個人」の生存権を侵害する危険が伴うとの指摘もある⁽⁵⁾。

増加傾向にある日本の国民医療費⁽⁶⁾は、平成29（2017）年度には43兆710億円に達している⁽⁷⁾。1980年代から、「医療費亡国論」⁽⁸⁾に代表されるように、医療費の抑制が政策の前提であるかのような雰囲気が強まり、1990年代に入ってバブル経済が崩壊し、医療費を取り巻く財政状況が更に厳しくなると、医療費を抑制すべきという雰囲気は一層強まったとされる⁽⁹⁾。

本稿は、予防医療⁽¹⁰⁾と医療費適正化（医療費の抑制）について、特に、厚生労働省が医療費

* 本稿は令和元年12月27日までの情報を基にしている。インターネット情報への最終アクセス日は令和2年1月7日である。

- (1) QOLとは、Quality of Life(生活の質)のことであり、「肉体的、精神的、社会的、経済的、すべてを含めた生活の質」を意味するとされる（「クオリティ・オブ・ライフ」国立がん研究センターがん情報サービスウェブサイト<https://ganjoho.jp/public/qa_links/dictionary/dic01/quality_of_life.html>）。
- (2) 健康寿命とは、「ある健康状態で生活することが期待される平均期間を表す指標」であり、「算出対象となる集団の各個人について、その生存期間を「健康な期間」と「不健康な期間」に分け、前者の平均値を求めることで表すことができる」とされる（「健康寿命のあり方に関する有識者研究会報告書」2019.3, p.3. 厚生労働省ウェブサイト<<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000495323.pdf>>）。
- (3) 「経済財政運営と改革の基本方針2019—「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦—」（令和元年6月21日閣議決定）p.15. 内閣府ウェブサイト<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2019/2019_basicpolicies_ja.pdf>
- (4) 同上, p.15.
- (5) 岩永直子「健康は義務ではない 「予防医療」を医療費抑制の道具にするな」（二木立・日本福祉大学名誉教授へのインタビュー）2019.1.27. BuzzFeed News ウェブサイト<<https://www.buzzfeed.com/jp/naokoiwanaga/ryuniki-3>>
- (6) 国民医療費は、「当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもの」であり、「医科診療や歯科診療にかかる診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等」が含まれるが、「保険診療の対象とならない評価療養（先進医療（高度医療を含む）等）、選定療養（入院時室料差額分、歯科差額分等）及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用」や「(1) 正常な妊娠・分娩に要する費用、(2) 健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3) 固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用」は含まれない（「国民医療費の範囲と推計方法の概要」厚生労働省ウェブサイト<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/09/gaiyou.html>>）。
- (7) 厚生労働省「平成29年度 国民医療費の概況」2019.9.26, p.3. <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/17/dl/data.pdf>>
- (8) 昭和58（1983）年、吉村仁厚生省保険局長（当時）が、「あらゆる面にわたって公共的経費の見直し、洗い直しが行われているのであるが、医療費に対する風当りは、それが公共的経費の中でも巨額であるし、その伸び率も著しく高いこともあって、その風圧はかなり高い。このまま医療費が増えつづけられれば国家がつぶれるという発想さえ出ている。これは仮に「医療費亡国論」と称しておこう」と論じている（吉村仁「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」『社会保険旬報』1424号, 1983.3.11, pp.12-14.）。
- (9) 村上正泰「『医療費亡国論』からの脱却が不可欠」2009.11.25. m3.com ウェブサイト（会員サイト）<<https://www.m3.com/open/iryohiShin/article/111827/>>

適正化の1つの方策として年額200億円超の予算を投じている特定健康診査・特定保健指導について、「証拠に基づく政策形成」(Evidence-Based Policymaking: EBPM)の観点に基づく考察を行うものである。Iでは、予防医療と医療費適正化に関する政府の考え方を整理する。IIでは、特定健康診査・特定保健指導について概観する。IIIでは、主にEBPMの観点から厚生労働省の施策目標「生活習慣病対策等により中長期的な医療費の適正化を図ること」について検討する。IVでは、予防医療と医療費をめぐる考え方について検討する。Vでは、本稿全体を踏まえ、特定健康診査・特定保健指導や予防医療に関する政策形成の在り方について考察を行う。

I 予防医療と医療費適正化に関する政府の考え方

厚生労働省は、急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等、医療を取り巻く様々な環境が変化してきている中、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく必要があるとしている⁽¹¹⁾。

同省は、平成20(2008)年4月に施行された「高齢者の医療の確保に関する法律」(昭和57年法律第80号)⁽¹²⁾は、「制度の持続可能な運営を確保するため、国と都道府県が保険者・医療関係者等の協力を得て、住民の健康増進や医療費の適正化を進めるため、6年を1期として、国において医療費適正化基本方針を定めるとともに、都道府県において医療費適正化計画を定め、目標の達成に向けて、保険者・医療関係者等の協力を得て、取組を進めることとしている」と説明している⁽¹³⁾。

第3期(平成30(2018)～令和5(2023)年度)の医療費適正化計画では、外来医療費について、糖尿病の重症化予防、特定健康診査・特定保健指導の推進、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用による、医療費適正化の効果を織り込んで推計することとされている⁽¹⁴⁾。同計画においては、予防医療が医療費適正化の方策の1つとして位置付けられているのである。

しかしながら、予防医療の医療費適正化効果については議論がある。平成30(2018)年10月には、財務省が、「予防医療等の促進は重要な課題」としつつも、「予防医療等による医療費や介護費の節減効果は定量的に明らかではなく、一部にはむしろ増大させるとの指摘もある」との見解を示し⁽¹⁵⁾、厚生労働省や日本医師会が反発する事態となった⁽¹⁶⁾。このような議論は、まさに政策形成のエビデンスをめぐる生じているものであるといえよう。

(10) 予防医療は、「生活習慣の改善や予防接種などによって病気になるのを防ぐだけでなく、たとえ病気になっても早期に発見・治療して重症化を防ぎ、さらには病気からの回復を早め、再発を防ぐことまで含めた広い概念」である(「予防医療とは」予防医療.jp(MSD)ウェブサイト<<http://www.yobou-iryuu.jp/about.xhtml>>)。

(11) 「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」(平成28年3月31日厚生労働省告示第128号、一部改正 平成28年11月4日厚生労働省告示第389号、一部改正 平成29年12月19日厚生労働省告示第356号) p.3. 厚生労働省ウェブサイト<<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000190697.pdf>>

(12) 旧老人保健法が、「健康保険法等の一部を改正する法律」(平成18年法律第83号)により、題名を含め改正されたものである。

(13) 「医療費適正化基本方針の改正・医療費適正化計画について」p.1. 厚生労働省ウェブサイト<<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000190972.pdf>> なお、第1期(平成20(2008)～平成24(2012)年度)、第2期(平成25(2013)～平成29(2017)年度)においては、5年を1期として医療費適正化計画が実施されている。

(14) 同上, p.1.

(15) 「社会保障について」(財政制度等審議会財政制度分科会(平成30年10月9日開催)資料) p.17. 財務省ウェブサイト<https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia301009/01.pdf>

厚生労働省は、その政策体系（平成29（2017）年度～）において、基本目標1「安心・信頼してかかる医療の確保と国民の健康づくりを推進すること」の下に、施策大目標9「全国民に必要な医療を保障できる安定的・効率的な医療保険制度を構築すること」、施策目標9-2「生活習慣病対策等により中長期的な医療費の適正化を図ること」を設定している⁽¹⁷⁾。同省は、当該施策目標につき、「特定健康診査・保健指導に必要な経費」として、225億7800万円を平成31（2019）年度当初予算に計上している⁽¹⁸⁾。

Ⅱ 特定健康診査・特定保健指導

1 特定健康診査・特定保健指導の概要

平成20（2008）年4月、特定健康診査・特定保健指導が開始された⁽¹⁹⁾。これは、「40歳～74歳のすべての国民に対して年1回の健診を行い、その結果を踏まえて保健指導を行うことを健康保険組合などの医療保険者に義務づけたもの」⁽²⁰⁾である。特定健康診査は、日本人の死亡原因の約6割を占める生活習慣病の予防のため、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目して行われる⁽²¹⁾ものであり、特定保健指導は、特定健康診査の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が期待できる者に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士等）が生活習慣を見直すためのサポートを行うものであると説明されている⁽²²⁾。特定健康診査・特定保健指導の特徴は、メタボリックシンドロームに照準を合わせたところにある⁽²³⁾とされ、検査項目にはウエスト周囲径（腹囲）の測定が加えられている⁽²⁴⁾。

特定健康診査・特定保健指導の詳細は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準」（平成19年厚生労働省令第157号）によって定められている。当該基準は、特定健康診査の項目として、①既往症の調査（服薬歴及び喫煙習

(16) 財務省の見解について、根本匠厚生労働大臣（当時）は「私は（社会保障費の）抑制につながると思う」と強調し、横倉義武日本医師会会長は「地域の健康づくりに水を差す。強い怒りを感じている」と批判したと報じられている（「医療費削減、予防医療は役立つか 財務・厚労が「入り口」論争」2018.10.17.日本経済新聞ウェブサイト <<https://www.nikkei.com/article/DGXMZO36433480S8A011C1000000/>>）。

(17) 「厚生労働省 政策体系（平成29年度～）」総務省政策評価ポータルサイト <http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/hyouka/seisaku_n/portal/index/mhlw_h29.html>

(18) 厚生労働省「平成31年度行政事業レビューシート 事業番号0318」 <https://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/gyousei_review_sheet/2019/h30_xls/318.xlsx>

(19) 特定健康診査・特定保健指導の概要については、「特定健診・特定保健指導について」厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>>; 宮崎滋・山岸良臣「特定健診・特定保健指導とは」（国立国会図書館が保存した令和元（2019）年10月1日時点の厚生労働省e-ヘルスネットウェブサイト上のページ）国立国会図書館インターネット資料収集保存事業ウェブサイト <<http://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/11377356/www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/metabolic/m-04-001.html>>を参照。

(20) 宮崎・山岸 同上

(21) 「日本人の死亡原因の約6割を占める」とされる「生活習慣病」には「がん」が含まれるが、メタボリックシンドローム関連要因やその集積には「がんにかかるリスクを左右するようなインパクトはない」ことが報告されている（「メタボリックシンドローム関連要因（メタボ関連要因）とがんとの関連について」国立がん研究センター社会と健康研究センター予防研究グループウェブサイト <<https://epi.ncc.go.jp/jphc/outcome/344.html>>）。もっとも、特定健康診査・特定保健指導による生活習慣の一般的な改善はがん予防にも寄与し得ると考えられる。例えば、「禁煙する」、「節酒する」、「食生活を見直す」、「身体を動かす」、「適正体重を維持する」ことは、がんのリスクを低減させるとされている（「科学的根拠に基づくがん予防」2018.8.13.国立がん研究センターがん情報サービスウェブサイト <https://ganjoho.jp/public/pre_scr/cause_prevention/evidence_based.html>）。

(22) この点については、「特定健診・特定保健指導について」前掲注(19)による。

(23) 特にメタボリックシンドロームに着目するという性格から、特定健康診査は、「メタボ健診」とも呼ばれている。

(24) この点については、宮崎・山岸 前掲注(19)による。

慣の状況に係る調査を含む。)、②自覚症状及び他覚症状の有無の検査、③身長、体重及び腹囲の検査、④BMI⁽²⁵⁾の測定、⑤血圧の測定、⑥肝機能検査、⑦血中脂質検査、⑧血糖検査、⑨尿検査等を定め、また、特定健康診査の結果(リスクの高さ)に応じて実施される特定保健指導の対象者の選定に係る基準等を定めている⁽²⁶⁾。

2 特定健康診査・特定保健指導をめぐる議論

厚生労働省は、特定健康診査・特定保健指導を生活習慣病の予防や医療費適正化に資するものであるとしている⁽²⁷⁾。しかしながら、特定健康診査・特定保健指導の予防医療としての有効性・妥当性等について、また、その医療費適正化効果等については議論がある。

(1) 特定健康診査・特定保健指導の有効性・妥当性等に関する議論

特定健康診査・特定保健指導については、比較的早い時期から、「腹囲の基準に科学的根拠がない」、「やせていても糖尿病などになる人はいる」、「いろいろな健康問題がある中で、メタボ対策に偏りすぎ」等の批判が専門家からなされてきた⁽²⁸⁾。

経済学者らが計量経済学的手法を用いて行った研究によれば、腹囲・BMI・血糖・脂質・血圧に対する特定保健指導の効果(数値の改善)は、僅かに存在することが確認できるか、存在が確認できないかのどちらかであった⁽²⁹⁾。他方、内閣府所管の日本医療研究開発機構(AMED)の支援により行われた国立循環器病研究センターの研究チームによる研究は、特定健康診査・特定保健指導の結果を集約した「ナショナルデータベース」(NDB)を分析し⁽³⁰⁾、特定健康診査・特定保健指導による生活習慣病抑制効果を明らかにしたとされる⁽³¹⁾。

また、特定健康診査・特定保健指導全体としては、その推進がメタボリックシンドローム予防につながり、国民の健康の維持・増進を一定程度期待できるという専門家の見解も示されている⁽³²⁾。

特定健康診査・特定保健指導が、生活習慣病予防や健康の維持・増進につながっているのか(どの程度つながっているのか)、その評価はまだ定まっていない(確定的な結論を示す研究成果は発表されていない)のが現状である。

(25) BMIとは、Body Mass Index(体格指数)のことであり、「体重(kg)÷[身長(m)の2乗]で算出され、肥満や低体重の判定に用いられる(「BMI」厚生労働省e-ヘルスネットウェブサイト<<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/dictionary/metabolic/ym-002.html>>)。

(26) 特定健康診査・特定保健指導の実施等については、厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(第3版)」2018.3.<<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000173545.pdf>>に詳しい。

(27) Iで見たように、厚生労働省は、施策目標9-2「生活習慣病対策等により中長期的な医療費の適正化を図ること」のために特定健康診査・特定保健指導に係る予算を計上している。

(28) 「特定健康診査・特定保健指導「メタボ」判定に批判も」『読売新聞』(大阪本社版)2009.6.21.

(29) 鈴木亘ほか「特定健康診査・特定保健指導の効果測定—プログラム評価の計量経済学からのアプローチ—」『医療経済研究』27(1), 2015, pp.2-39.

(30) 近年、医療を含む様々な分野においてビッグデータの利活用への期待が高まっている。NDB等医療ビッグデータの利活用については、岡林楠博「医療ビッグデータの利活用—医療情報の二次利用に向けた政府の取組—」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』1005号, 2018.5.8.<http://dl.ndl.jp/view/download/digidepo_11092418_po_1005.pdf?contentNo=1>に詳しい。

(31) 国立循環器病研究センター・日本医療研究開発機構「ビッグデータを用いた特定健康診査・保健指導の効果の検証」2018.1.26.日本医療研究開発機構ウェブサイト<https://www.amed.go.jp/news/release_20180126-03.html>当該研究が「個人の生活習慣改善に国家レベルの政策として介入がなされることでメタボリックシンドローム、肥満、心血管リスクを長期的に抑制できる可能性」を「科学的に証明」したとされる一方、「健康に対する意識が高い人ほど特定保健指導の受診や改善に積極的である可能性」も示唆されている。

(32) 康永秀生「予防医療で医療費を減らせるか③メタボ健診に予防効果」『日本経済新聞』2017.1.6.

(2) 特定健康診査・特定保健指導の医療費適正化効果等に関する議論

特定健康診査・特定保健指導が短期的には医療費を下げる可能性を示すデータはいくつか存在するものの、特定健康診査・特定保健指導は、高額な医療費等がかかるタイミングを先送りするのであって、一生涯の総額で見た医療費等の抑制につながるわけではないと指摘されている⁽³³⁾。

また、特定保健指導の医療費に対する効果を評価しようとする際に、(一生涯の総額等ではなく)翌年度の医療費というような短期の効果について評価を行うことは、生活習慣病の発症を防ぐという特定健康診査・特定保健指導の趣旨に鑑み、そもそも問題があるのではないかとという指摘もある⁽³⁴⁾。

費用も踏まえた議論としては、特定健康診査・特定保健指導の医療費抑制効果額(目標受診率等が達成されていることを想定した厚生労働省による粗い試算⁽³⁵⁾に基づくもの)は200億円程度(国費の抑制はその約4分の1)とされる一方、特定健康診査・特定保健指導の実施には、この抑制効果額を上回る国費⁽³⁶⁾が投入されていることが指摘されている⁽³⁷⁾。

Ⅲ 施策目標「生活習慣病対策等により中長期的な医療費の適正化を図ること」

1 「生活習慣病対策等により中長期的な医療費の適正化を図ること」の概要

Iで見たように、厚生労働省は、その政策体系(平成29(2017)年度～)において、基本目標1「安心・信頼してかけられる医療の確保と国民の健康づくりを推進すること」の下に、施策大目標9「全国民に必要な医療を保障できる安定的・効率的な医療保険制度を構築すること」、施策目標9-2「生活習慣病対策等により中長期的な医療費の適正化を図ること」を設定している。同省は、当該施策目標につき、「特定健康診査・保健指導に必要な経費」として、225億7800万円を平成31(2019)年度当初予算に計上しているが、この「特定健康診査・保健指導に必要な経費」事業は、当該施策目標の予算の大半を占める事業である⁽³⁸⁾。以下Ⅲでは、「生活習慣病対策等により中長期的な医療費の適正化を図ること」、中でも「特定健康診査・保健指導に必要な経費」事業について、主にEBPMの観点から検討を行う。

厚生労働省の平成31年度行政事業レビューシート⁽³⁹⁾(担当:保険局医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室)においては、「特定健康診査・保健指導に必要な経費」事業の目的について、

(33) 康永秀生「予防医療で医療費を減らせるか④ 費用かかる時期を先送り」『日本経済新聞』2017.1.9.

(34) 岩本康志ほか『健康政策の経済分析—レセプトデータによる評価と提言—』東京大学出版会, 2016, p.148.

(35) 厚生労働省は、同省のワーキンググループにおける分析結果を踏まえ、特定保健指導の実施者(指導を受けた者)1人につき単年度で最低でも6,000円程度の医療費適正化効果があると仮定し、また、特定健康診査・特定保健指導の実施率の目標が達成されると仮定した上で、令和5(2023)年度の特定健康診査・特定保健指導による外来医療費の適正化効果額を約200億円と機械的に試算している(「医療費適正化基本方針の改正・医療費適正化計画について」前掲注(13), pp.2, 4.)。

(36) Iで見たように、厚生労働省は、「特定健康診査・保健指導に必要な経費」として、225億7800万円を平成31(2019)年度当初予算に計上している。

(37) 権丈善一「「予防医療で医療費を削減できる」は間違いだ」2018.9.14. 東洋経済オンライン <<https://toyokeizai.net/articles/-/237147>>

(38) 施策目標9-2「生活習慣病対策等により中長期的な医療費の適正化を図ること」には、「特定健康診査・保健指導に必要な経費」事業のほか、「療養病床転換助成に必要な経費」事業が設けられているが、その予算は2億3200万円(平成31(2019)年度当初予算)であり(厚生労働省「平成31年度行政事業レビューシート 事業番号0319」<https://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/gyousei_review_sheet/2019/h30_xls/319.xlsx>),「特定健康診査・保健指導に必要な経費」事業が当該施策目標の予算の大半を占めている。

(39) 厚生労働省 前掲注(18)

「特定健康診査・特定保健指導は、運動・食事・喫煙などに関する不適切な生活習慣が引き金となり、肥満、脂質異常、血糖高値、血圧高値から起こる虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の発症・重症化を予防し、医療費を適正化するため、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、保険者が共通に取り組む保健事業である。本事業では、特定健康診査・特定保健指導の実施による糖尿病等の発症・重症化の予防により医療費適正化を図る」と説明されている。同シートにおいて、当該事業の事業概要は、「高齢者の医療の確保に関する法律に基づき保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導に要する費用の一部を補助し、円滑な実施を支援することにより生活習慣病の予防を推進し、もって医療費の適正化を図る。(補助率 1/3)」と説明されている。

2 施策目標・事業についての検討

ここでは、主にEBPMの観点から、施策目標「生活習慣病対策等により中長期的な医療費の適正化を図ること」及び「特定健康診査・保健指導に必要な経費」事業（以下、必要に応じて「本施策目標・本事業」と一括して表現する。）について、政策評価等の実施状況、アウトカムの設定状況、アウトプット目標・アウトカム目標の達成状況等に関する検討を行う。

(1) 政策評価等の実施状況

本施策目標・本事業に係る政策評価関係の最近の文書としては、「実績評価書（厚生労働省27（I-9-2）」（政策評価実施時期：平成28年8月）⁽⁴⁰⁾（以下「平成28年度実績評価書」）、「平成31年度行政事業レビューシート 事業番号0318」⁽⁴¹⁾（以下「平成31年度行政事業レビューシート」）、「令和元年度実施施策に係る政策評価の事前分析表（厚生労働省1（I-9-2）」⁽⁴²⁾（以下「令和元年度事前分析表」）等がある⁽⁴³⁾。

平成28年度実績評価書及び令和元年度事前分析表は、本施策目標・本事業の「測定指標」として、「特定健診実施率」、「特定保健指導実施率」、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」を挙げている⁽⁴⁴⁾。令和元年度事前分析表においては、「特定健診実施率」及び「特定保健指導実施率」は政策の「アウトプット」として、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」は政策の「アウトカム」として位置付けられている。

他方、平成31年度行政事業レビューシートにおいては、「特定健康診査実施率」及び「特定

(40) 「実績評価書（厚生労働省27（I-9-2）」厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyuu/16jisseki/dl/I-9-2.pdf>> なお、当該実績評価書作成時点では、施策目標名は「生活習慣病対策や長期入院の是正等により中長期的な医療費の適正化を図ること」であった。

(41) 厚生労働省 前掲注(18)

(42) 「令和元年度実施施策に係る政策評価の事前分析表（厚生労働省1（I-9-2）」厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/hyouka/dl/r01_jizenbunseki/I-9-2.pdf>

(43) なお、医療費適正化計画については、「定期的にその達成状況を点検し、その結果に基づき必要な対策を実施するいわゆるPDCAサイクルに基づく管理を行う」とこととされている（厚生労働省「第2期医療費適正化計画の実績に関する評価（実績評価）」2019.3, p.1. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000517336.pdf>>）。この実績評価につき、厚生労働省は、「特定保健指導の実施に係る医療費適正化効果の推計」の「基本的な指標」について「今後、算出の考え方をお示しする予定」とし、その時期は「2018年9月頃」としていた（「平成30年度に実施する第2期医療費適正化計画の実績評価に関する基本的な考え方について」（平成30年3月29日付保連発0329第1号厚生労働省保険局医療介護連携政策課長通知）別紙2 <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000202639.pdf>>）が、平成31（2019）年3月時点の実績評価においては、特定保健指導の実施に係る医療費適正化効果について、特に指標は提示されていない（厚生労働省 同, p.32.）。

(44) 平成28年度実績評価書においては、「平均在院日数の減少」も「測定指標」として挙げられているが、特定健康診査・特定保健指導と直接関係するものではないため、本稿では検討の対象としない。

保健指導実施率」が「活動指標」（「アウトプット）」、「特定保健指導対象者数の減少率」が「成果目標」（「アウトカム）」として位置付けられている。

この「アウトカム」に関する齟齬（そご）は、平成30（2018）～令和5（2023）年度（第3期特定健康診査等実施計画期間）においては、「保険者による取組の努力を反映させるため、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率に代えて、特定保健指導対象者数の減少率により、評価すること」とされた⁽⁴⁵⁾ために生じている。なお、「特定保健指導対象者数の減少率」と「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」の数値は乖離（かいり）するが、厚生労働省はその理由として、特定保健指導については、血圧・血糖・脂質についての服薬をしている者が保健指導の対象から除かれる一方、メタボリックシンドロームについては、血圧・血糖・脂質の値に加えて、服薬していることが判定の基準の1つとなることを挙げている⁽⁴⁶⁾。

(2) 政策目的は適切に設定されているか

本施策目標・本事業については、「生活習慣病対策」（生活習慣病予防）と「中長期的な医療費の適正化」という2つの政策目的が設定されているといえる。

「生活習慣病対策」についても、「中長期的な医療費の適正化」についても、超高齢社会となった日本の現状に鑑みれば、それぞれの必要性・重要性につき総論としては社会的合意が得られるものと考えられる。ただし、例えば、生活習慣病について「自己責任」が過度に強調されたり、医療費適正化が追求されるあまり医療保険制度や医療提供体制が脅かされたりすることは好ましくないと考えられる⁽⁴⁷⁾。

(3) アウトカムは適切に設定されているか（「生活習慣病対策」）

前述のとおり、本施策目標・本事業について、厚生労働省は、平成29（2017）年度までは「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」を、平成30（2018）年度からは「特定保健指導対象者数の減少率」をアウトカムとしている。具体的な減少率の数値目標は、令和5（2023）年度までに平成20（2008）年度と比べて25%以上の減少としている⁽⁴⁸⁾。

アウトカムとして、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」や「特定保健指導対象者数の減少率」が設定されていることは、「生活習慣病対策」（生活習慣病予防）という本施策目標・本事業の政策目的と特に矛盾しないと考えられる。

他方、数値目標については検討の余地がある。数値目標の「平成20（2008）年度と比べて25%以上減少」について、第1期（平成20（2008）～平成24（2012）年度）医療費適正化計画に

(45) 厚生労働省「平成30年度行政事業レビューシート 事業番号0304」<https://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/gyousei_review_sheet/2018/h29_xls_saisyu/304.xlsx>

(46) 「2017年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について【概要】」（第34回保険者による健診・保健指導等に関する検討会 資料1-1）2019.3.28, p.8. 厚生労働省ウェブサイト<<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000494438.pdf>>

(47) 例えば、「生活習慣病」にならないように、認知症にならないように国によって個人へのインセンティブが強化されたら、「生活習慣病」になった人、認知症になった人が差別、排除される危険があることも考えなくてはなりません」との指摘（岩永 前掲注(5)）や、「医療費の抑制により医療保険制度を維持するのは本末転倒であり、十分な財源確保により医療保険制度を持続可能なものとする必要がある。医療費の抑制によって、例え一部であっても、県民に必要な医療が提供されないような事態は招いてはならない」との指摘（「第3期兵庫県医療費適正化計画（案）」に対する意見（全文）」2018.3.15. 兵庫県保険医協会ウェブサイト<<http://www.hhk.jp/senmonbu/seisaku/180315-180848.php>>）がなされている。

(48) 厚生労働省 前掲注(8)；「令和元年度実施施策に係る政策評価の事前分析表（厚生労働省1（I-9-2）」前掲注(42) なお、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」の算出に際しては、年齢構成の変化による影響等が考慮されている。詳しくは、後掲注(63)を参照。

においては、「平成20年度と比べた、平成24年度時点での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を、10%以上の減少とする。なお、この目標は、中期的には平成27年度末時点で平成20年度当初と比べて25%以上減少という目標を踏まえて設定するものである」とされていた⁽⁴⁹⁾。この当初の数値目標設定には、明確な根拠が存在しなかったと当時の担当者は述べている⁽⁵⁰⁾。「平成20(2008)年度と比べて25%以上の減少」という当初の数値目標は、平成27(2015)年度までに達成されることなく、現在も数値目標として継承されている⁽⁵¹⁾。

(4) アウトカムは適切に設定されているか（「中長期的な医療費の適正化」）

前述のとおり、本施策目標・本事業については、「生活習慣病対策」だけではなく、「中長期的な医療費の適正化」という政策目的も設定されているといえる。そして、「生活習慣病対策等により中長期的な医療費の適正化を図ること」の意味するところは、「生活習慣病対策」が中間アウトカムであり、「中長期的な医療費の適正化」が最終アウトカムである、と解するのが相当であろう。

EBPMの文脈においてしばしば用いられるロジックモデルによる整理を試みれば、本施策目標・本事業については、次表のように整理できよう⁽⁵²⁾。

表 本施策目標・本事業のロジックモデル

インプット	特定健康診査・特定保健指導への国費の投入
アクティビティ	特定健康診査・特定保健指導の実施
アウトプット	特定健康診査・特定保健指導実施率（の向上）
中間アウトカム	特定保健指導対象者数の減少率（の向上）
最終アウトカム	中長期的な医療費の適正化

（出典）筆者作成。

この整理を踏まえれば、厚生労働省は、本施策目標・本事業の政策評価に際して、中間アウトカムは設定しているものの、最終アウトカムについては、明確に（「アウトカム」等の語を用いて）設定してはならず、具体的な指標も設定していない⁽⁵³⁾といえる。政策目的を明確にするというEBPMの取組の観点からは、これは必ずしも好ましくないといえよう。

もっとも、最終アウトカム「中長期的な医療費の適正化」につき、そもそも適切な指標を設定することが可能であるのかという点については十分に検討する必要がある。例えば、国民医療費は、様々な説明変数を有している⁽⁵⁴⁾ため、本施策目標・本事業を評価するための指標

(49) 「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」（平成20年3月31日厚生労働省告示第149号）p.12. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000190960.pdf>>

(50) 厚生労働省への出向中に設定を担当した元財務官僚の村上正泰氏は、「2015年度までにメタボリックシンドロームの該当者・予備群を25%減少させる」といった目標は「根拠のない数値目標」であり、「「なんらかの指標が必要」という小泉〔純一郎〕総理の言葉を受けて、仕方なく「えいやっ」と設定しただけの代物」（〔 〕は筆者補記）であったと述べている（村上正泰『医療崩壊の真犯人』PHP研究所, 2009, p.172.）。

(51) 令和元年度事前分析表においては、「測定指標の選定理由及び目標値（水準・目標年度）の設定の根拠」として、「高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画（第二期（平成25～29年度）及び第三期医療費適正化計画（平成30～35年度））に定める目標であり、本施策目標に合致したものであるため、測定指標として選定している」と説明されている。

(52) 筆者による厚生労働省の政策評価関係の文書を対象とした調査の限り、同省が作成した本施策目標・本事業に係るロジックモデルは見いだされなかった。

(53) 前掲注(43)のとおりである。

として必ずしも適切ではないと考えられる。また、Ⅱでも見たように、特定保健指導の医療費に対する効果を評価しようとする際に、(一生涯の総額等ではなく)翌年度の医療費というような短期の効果について評価を行うことは、生活習慣病予防という特定健康診査・特定保健指導の趣旨に鑑み、必ずしも適切とはいえないことにも留意すべきであろう。

(5) アウトプットとアウトカムはどのように関係付けられているか

本施策目標・本事業のアウトプットの1つである「特定健康診査の実施率(の向上)」は、特定保健指導の対象となる者(メタボリックシンドロームのリスクの高い者)の洗い出しにつながる。そして、「[[特定保健指導]対象者の個別性を重視した効果的な保健指導」([]は筆者補記。以下同じ。)が実施され、「健康の保持・向上」が図られるという厚生労働省の論理(ロジック)⁽⁵⁵⁾が正しいとすれば、もう1つのアウトプットである「特定保健指導の実施率(の向上)」は、特定保健指導対象者の健康の維持・増進に寄与し、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率(の向上)」ないし「特定保健指導対象者数の減少率(の向上)」という(中間)アウトカムにつながることになる。

なお、前述のとおり、本施策目標・本事業について、最終アウトカム「中長期的な医療費の適正化」は明確に設定されていないが、厚生労働省は、「[[特定保健指導]対象者の個別性を重視した効果的な保健指導の実施により」、「健康の保持・向上や医療費適正化等がはかられる」としており⁽⁵⁶⁾、2つのアウトプットと最終アウトカムとは、同省のロジックの中では、関係付けられていることになる。

(6) 政策の因果効果は適切な方法で検証されているか

筆者による調査の限り、アウトプットである「特定健康診査の実施率」及び「特定保健指導の実施率」が、アウトカムである「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」、「特定保健指導対象者数の減少率」に及ぼす効果の大きさを、厚生労働省が精緻に検証しているという事実は確認されなかった。例えば、「特定健康診査の実施率が1ポイント増加した場合にメタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合が何ポイント減少するか」といった推定を同省が行っているという事実は確認されなかった。

この点について付言すれば、特定健康診査・特定保健指導について、経済学者らは、「NDBを用いた全国ベースのより適切な評価が行われる必要」があり、「[[より適切に]評価された腹囲・BMI等の改善割合が、将来の生活習慣病の発生リスクをどの程度引き下げ、それに伴って将来の医療費をどの程度削減するのか、シミュレーション等の手法を用いた試算を行い、行政当局自体が対費用効果分析を実施すべき」と指摘している⁽⁵⁷⁾。

⁽⁵⁴⁾ 国民医療費の増加要因としては、「人口増減の影響」、「高齢化の影響」、「診療報酬改定」、「新規の医薬品・医療技術の保険収載」、「医師・医療機関の増加」等があるとされる(「時鐘 医療費の伸びの「その他」を抑制」『週刊社会保障』73(3038), 2019.9.16, p.3.)。なお、「医療費増加の最大の原因は、医療技術の進歩である」との指摘もある(康永秀生「国民医療費が増加する「意外な要因」」『エコノミスト』97(20), 2019.5.21, pp.38-39.)。

⁽⁵⁵⁾ 「令和元年度実施施策に係る政策評価の事前分析表(厚生労働省1(I-9-2))」前掲注⁽⁴²⁾ 厚生労働省は、「特定保健指導は、保険者が健診結果により内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげられるよう、専門職等が個別に介入するものである。こうした対象者の個別性を重視した効果的な保健指導の実施により、加入者の健康の保持・向上や医療費適正化等がはかられる」としている。

⁽⁵⁶⁾ 同上

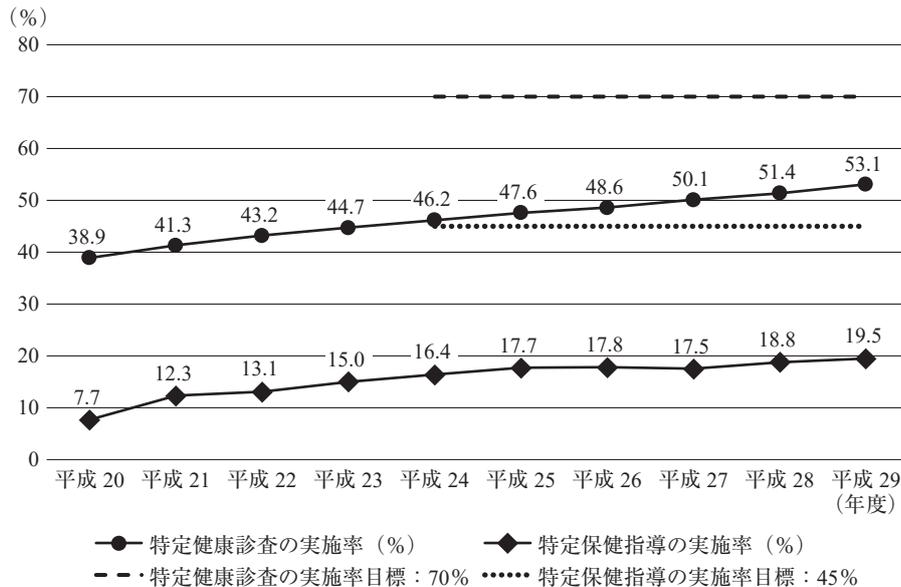
⁽⁵⁷⁾ 鈴木ほか 前掲注⁽²⁹⁾, p.26.

(7) アウトプット目標やアウトカム目標は達成されているか

まず、本施策目標・本事業のアウトプットである「特定健康診査の実施率」及び「特定保健指導の実施率」の目標達成状況について検討する。

厚生労働省は、現在、「特定健康診査の実施率」については「令和5年度において70%以上」、「特定保健指導の実施率」については「令和5年度において45%以上」という数値目標を設定している⁽⁵⁸⁾。両実施率は増加傾向にあるものの、増加のペースが従来のみであれば、これらの数値目標の達成は難しいと考えられる(図1)。

図1 特定健康診査・特定保健指導の実施率の推移



(出典)「2017年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について【概要】」(第34回保険者による健診・保健指導等に関する検討会 資料1-1) 2019.3.28, p.1. 厚生労働省ウェブサイト<<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000494438.pdf>>を基に筆者作成。

そもそも、厚生労働省は、当初、「平成24年度において40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする」、「平成24年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする」という数値目標を設定していた⁽⁵⁹⁾。この数値目標は平成24(2012)年度において達成されず(図1)、同省は、「平成29年度において40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする」、「平成29年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする」という新たな数値目標を設定した⁽⁶⁰⁾。しかし、この目標も達成されなかった(図1)。

ここまで見てきた経緯・現状を踏まえれば、本施策目標・本事業のアウトプット目標の達成状況は、全体として芳しいものではない⁽⁶¹⁾。

(58) 「令和元年度実施施策に係る政策評価の事前分析表(厚生労働省1(I-9-2))」前掲注(42)

(59) 「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」前掲注(49), pp.11-12.

(60) 「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」(平成24年9月28日厚生労働省告示第524号、一部改正平成25年6月14日厚生労働省告示第197号)厚生労働省ウェブサイト<<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000190968.pdf>>

(61) ただし、アウトプットがほぼ毎年度改善していることは一定程度評価されるべきであろう。

なお、平成30(2018)年11月には、経済財政諮問会議において、有識者議員らから「特定健診の実施は法律で義務付けられているにもかかわらず、市町村国保等の40～50歳台を中心に低い水準にとどまっているのは問題。厚生省は特定健診実施率の現行目標の大胆な引き上げとその実現に向け、改革工程を具体化すべき」との指摘がなされている⁽⁶²⁾。

次に、本施策目標・本事業のアウトカム(平成29(2017)年度までは「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」、平成30(2018)年度からは「特定保健指導対象者数の減少率」)の目標達成状況について検討する。

前述のとおり、本施策目標・本事業のアウトカムについては、「平成20(2008)年度と比べて25%以上減少」という数値目標が設定されてきた。しかしながら、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」についても、「特定保健指導対象者数の減少率」についても、目標は達成されていない(図2)。

近年は、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」も「特定保健指導対象者数の減少率」も低下傾向にあるように見え、平成29(2017)年度には、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」は負となっている(図2)。すなわち、平成20(2008)年度比でメタボリックシンドロームの該当者・予備群が増加している⁽⁶³⁾。

ここまで見てきた経緯・現状を踏まえれば、本施策目標・本事業のアウトカム目標の達成状況は、全体として芳しいものではない。

Ⅳ 予防医療と医療費をめぐる考え方

本稿では、ここまで、予防医療の1つである特定健康診査・特定保健指導と医療費適正化に関する施策目標・事業について検討してきたが、以下Ⅳでは、政府も期待感を示す⁽⁶⁴⁾「予防医療により健康が維持・増進(健康寿命が延伸)され、(中長期的な)医療費適正化につながる」という観点を必ずしも前提とせず、予防医療と医療費(予防医療自体のコストを含む)をめぐる考え方について検討する。

1 予防医療と医療費適正化の関係

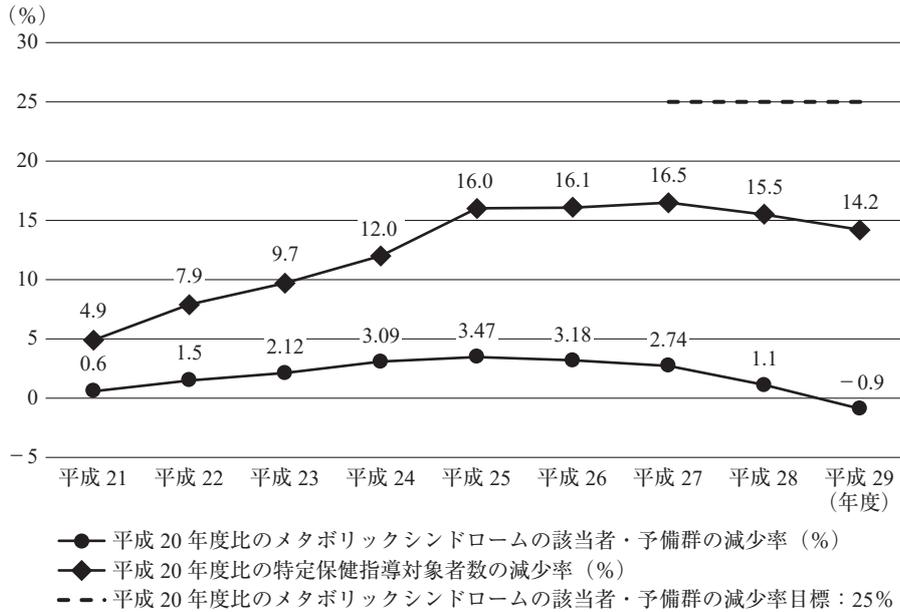
医療経済学・医療政策学の専門家によれば、「これまでの医療経済学の多くの研究によって、

⁽⁶²⁾ 伊藤元重ほか「全世代が安心できる社会保障制度の構築に向けて」(平成30年第14回経済財政諮問会議資料6-1)2018.11.20, p.2. 内閣府ウェブサイト<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2018/1120/shiryo_06-1.pdf> 特定健康診査等の実施率については、平成31(2019)年3月、自由民主党厚生労働部会(小泉進次郎部会長(当時))のプロジェクトチームが、「人生100年時代は健康診断100%へ」との方針(標語)を示している(自由民主党厚生労働部会厚生労働行政の効率化に関する国民起点プロジェクトチーム「人生100年時代は健康診断100%へ」小泉進次郎衆議院議員ウェブサイト<https://shinjiro.info/shinjiro_koizumi/wp-content/uploads/2019/05/201903_kenshin-1.pdf>)。

⁽⁶³⁾ 実数を見れば、他の年度においてもメタボリックシンドロームの該当者・予備群は平成20(2008)年度比で増加している。「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」の算出に際し、「特定健康診査の実施率の変化による影響及び年齢構成の変化による影響を排除するため」の処理を厚生労働省が行っている(「実績評価書(厚生労働省27(I-9-2))」前掲注(40)ため、このような齟齬が生じる。

⁽⁶⁴⁾ ただし、Iで見たように、財務省は予防医療による医療費適正化に懐疑的な見解を示している。なお、予防医療による健康寿命の延伸、その医療費適正化効果(や経済効果)については、近年、厚生労働省以上に経済産業省が注目しているとされ(庄子育子「厚生省が掲げた「健康寿命延伸」の裏側」2019.5.17.日経BP Beyond Healthウェブサイト<<https://project.nikkeibp.co.jp/behealth/atcl/feature/00010/051600001/>>)、従来「犬猿の仲」であった厚生労働省と経済産業省がかつてない「蜜月」関係にあるとの指摘もある(「皆保険は沈没」断じた経産官僚『朝日新聞』2019.4.24.)。

図2 平成20年度比のメタボリックシンドロームの該当者・予備群、特定保健指導対象者数の減少率



- (注1) 減少率は、正の場合に減少を意味し、負の場合には増加を意味する。
- (注2) 数値については、各出典の表記に従ったため、有効数字の桁数が統一されていない。
- (注3) 25%という減少率目標は、変更後のアウトカム「特定保健指導対象者数の減少率」についても継承されている。なお、厚生労働省の一部の文書においては、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」の数値として「特定保健指導対象者数の減少率」の数値が採用されており、注意が必要である。例えば、令和元年度事前分析表において、平成29(2017)年度の「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」は14.2%とされている。

(出典) 厚生労働省「平成22年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況(確報値)」2012.12.12. <<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002qxla-att/2r9852000002qxmr.pdf>>;「実績評価書(厚生労働省27(I-9-2))」厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyuu/16jisseki/dl/I-9-2.pdf>>;「平成26年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」(第22回保険者による健診・保健指導等に関する検討会 資料2)2016.7.11, p.6. 同 <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000129999.pdf>>;「平成27年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」p.10. 同 <<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000173093.pdf>>;「2016年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について【概要】」p.7. 同 <<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000340009.pdf>>;「2017年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況について【概要】」(第34回保険者による健診・保健指導等に関する検討会 資料1-1)2019.3.28, p.7. 同 <<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000494438.pdf>>を基に筆者作成。

予防医療による医療費削減効果には限界があることが明らかにされており、「それどころか、大半の予防医療は、長期的にはむしろ医療費や介護費を増大させる可能性」があり、「そのことは医療経済学の専門家の間ではほぼ共通の認識」であるという⁽⁶⁵⁾。

米国の公衆衛生学の専門家は、「予防が節約につながるか、という問いの立て方は適切なものではない。ヘルスケアは、他の財と同様に、節約のために購入されるのではない」、「予防的(あるいは治療的)介入への適切な問いは、その投資によってどれだけの健康を購入できるか

(65) 康永秀生「予防医療で医療費を減らせるか① 健康の維持・増進には寄与」『日本経済新聞』2017.1.4.

ということである」と指摘している⁽⁶⁶⁾。

このような考え方も踏まえて、予防医療と医療費の関係を整理すれば、予防医療は、健康寿命を延ばすために行われるものであり、医療費を削減するために行われるものではなく、健康という価値（ないし財）を得るための「投資」である⁽⁶⁷⁾ということになる⁽⁶⁸⁾。そうであるとすれば、特定健康診査・特定保健指導といった予防医療の目的として医療費適正化を挙げることについては、十分な検討が求められることになる。

2 予防医療の有効性・費用対効果等

予防医療とその費用については、「[医学的・疫学的な] エビデンスの不十分な予防医療に対する財源を減らす一方で、エビデンスのあるがん検診やワクチンなど費用対効果に優れた予防医療に対しては国で十分な財源を確保し、一人でも多くの人に受けてもらうような政策が望ましい」という専門家の見解が示されている⁽⁶⁹⁾。

先に見たように、予防医療が健康のための投資であるとすれば、このような指摘は、①リターン（財としての健康）が得られる可能性の高い投資、②投資効率のよい投資を積極的に行うべきだという指摘であるといえよう。リターンが得られる可能性（予防医療の有効性）の評価に際しては、医学的・疫学的なエビデンスが重要になると考えられる。他方、投資効率（予防医療の費用対効果）の評価に際しては、医療経済学における QALY（クオリー）や ICER（アイサー）という概念を用いることが想定される⁽⁷⁰⁾。

QALY とは、Quality-Adjusted Life Years（質調整生存年）のことであり、「完全な健康状態で過ごす1年間を1として、これを基本量とし、特定の健康状態について測定された効用値を掛け合わせることで、生存状態の質（効用値による重みづけで表現される）と量（年数）を同時に表現した概念」⁽⁷¹⁾である。例えば、同一の人物が、完全な健康状態で10年間過ごせることと、完全な健康状態の半分の健康状態で20年間過ごせることを、どちらも10QALYと表現するのがQALYの考え方である⁽⁷²⁾。

ICER とは、Incremental Cost-Effectiveness Ratio（増分費用対効果比）のことであり、ある医療介入「A」を基準（比較対照）として、他の医療介入「B」について、「[Aに替えてBを実施したときに] 増加する分の費用（cost）を増加する分の効果（effectiveness）で割って得られる

(66) Steven H. Woolf, "A Closer Look at the Economic Argument for Disease Prevention," *The Journal of the American Medical Association*, 301(5), February 4, 2009, pp.536-538.

(67) この点については、康永秀生「医療費削減の幻想」『朝日新聞』2019.6.12による。

(68) なお、医療経済学の観点からは、「健康投資には複数の方法がある。1つは医療機関受診による医療サービスの利用である。運動や生活習慣の改善などの「健康増進」や健診などの予防という形でも健康投資が行われる。健康投資のためには金銭的費用と自分の時間を投入する必要がある。しかし所得や時間は健康投資以外に、消費や余暇、労働等にも使用できる。それゆえ、健康投資とその他の投資・消費の関係は、経済学が分析対象とするトレードオフの関係となる」と説明されている（泉田信行「医療サービスの需要」橋本英樹・泉田信行編『医療経済学講義 補訂版』東京大学出版会、2016、p.44.）。

(69) 津川友介「予防医療 費用対効果で選択」『日本経済新聞』2018.12.7.

(70) QALY・ICERについては、小林慎「今さら聞けない費用対効果評価 QALYとICERを説明できますか？」『ミクス』47(2), 2019.2, pp.82-84; 中部貴央「効用、質調整生存年（QALY）とは」『治療』98(4), 2016.4, pp.492-495; 原広司「増分費用対効果比（ICER）とは」『治療』98(4), 2016.4, pp.502-504; 岡林楠博「我が国における医療技術評価—現状と制度化に向けた課題—」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』1050号, 2019.3.28. <http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11254544_po_1050.pdf?contentNo=1>を参照。

(71) 中部 同上, p.493.

(72) QALYは、「QOLを考慮した生存年」とも説明でき、死亡を0、完全な健康状態を1として、0から1までの値でQOLを表した「QOL値」と生存年数とを掛け合わせたものといえる（この点については、岡林 前掲注(70), p.3を参照）。

指標」⁽⁷³⁾である。例えば、基準であるAの効果が1QALY、費用が100万円、Bの効果が2QALY、費用が200万円であるとすると、ICERは100万円/QALYとなる⁽⁷⁴⁾。さらに、別の医療介入「C」について、Cの効果が21QALY、費用が5100万円であるとすると、ICERは250万円/QALYとなる⁽⁷⁵⁾。BとCを比較すると、Cの方が効果は大きい、ICERを見れば、Bの方が効率はよい、ということになる⁽⁷⁶⁾。

予防医療の文脈においては、例えば、保健指導においてどのようなメニューを組むか検討する際に、ICERを考慮するといったことが想定される。また、ある疾病の予備群に対して、どの段階でどのような予防的介入を行うことが、予備群（のQOL）にとって、また、医療財政にとって、好ましいかといった検討に、ICERを用いることも考えられよう。

EBPMの観点からも、予防医療の有効性（医学的・疫学的エビデンス）や予防医療の費用対効果（ICER等）は重要であると考えられる。ただし、「優れた有効性や優れた費用対効果が証明されていない予防医療は（国の政策として）行うべきでない」と考えるのは極端であろう。一定の予算制約の下、できる限り確かで効率的な予防医療を、安定した体制で広く提供するにはどのようにすればよいか、その検討に際し、各選択肢の有効性・費用対効果等を十分考慮するという姿勢が現実的なものであろう。

V 予防医療に関する政策形成の在り方—結びにかえて—

本稿では、ここまで、予防医療の1つである特定健康診査・特定保健指導と医療費適正化に関する施策目標・事業等について、主にEBPMの観点から考察してきた。

Ⅱで見たように、特定健康診査・特定保健指導については、予防医療としての有効性・妥当性、医療費適正化効果等に関して議論があり、その実施は、無条件に肯定されるとはいえない。

また、Ⅲで見たように、施策目標「生活習慣病対策等により中長期的な医療費の適正化を図ること」及び「特定健康診査・保健指導に必要な経費」事業については、最終アウトカム（「中長期的な医療費の適正化」に係るもの）が適切に設定されていないこと、政策の因果効果の検証が十分ではないこと、アウトプット（「特定健康診査の実施率」、「特定保健指導の実施率」）及びアウトカム（「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率」、「特定保健指導対象者数の減少率」）の目標達成状況が全体としては芳しくないこと、といった課題が指摘できる。

本稿で検討した内容を踏まえれば、「特定健康診査・保健指導に必要な経費」事業について検討すべき事項として、例えば、次のようなことが指摘できよう。

まず、特定健康診査・特定保健指導と中長期的な医療費の適正化の分離である。Ⅳで見たように、予防医療を、医療費適正化の方策ではなく、健康のための投資と考えるとすれば、特定健康診査・特定保健指導についても、健康のための投資としての必要性を議論する余地が生じる。予防医療と医療費適正化とを結び付けているのは、最近では、厚生労働省というより経済産業省であるとの見方⁽⁷⁷⁾もあるが、厚生労働省が、施策目標「生活習慣病対策等により中長期

(73) 原 前掲注(70), p.503.

(74) $(200 \text{万円} - 100 \text{万円}) / (2\text{QALY} - 1\text{QALY}) = 100 \text{万円} / \text{QALY}$ である。

(75) $(5100 \text{万円} - 100 \text{万円}) / (21\text{QALY} - 1\text{QALY}) = 250 \text{万円} / \text{QALY}$ である。

(76) なお、ICER算出に際し、医療介入の効果は、QALY以外で測られることもある。例えば、単純な寿命の延伸を効果とする場合、ICERは、「100万円/年」といった形で算出される。

(77) 庄子 前掲注(64)

的な医療費の適正化を図ること」のための事業として、「特定健康診査・保健指導に必要な経費」事業を現在も実施しているのは事実である。このような特定健康診査・特定保健指導の位置付けは、必要に応じて改められるべきであろう。

さらに、厚生労働省は、特定健康診査・特定保健指導が、全国一律に安定的に実施可能な予防医療として、有効性や費用対効果等において相対的に優れていることを示すべきであろう。例えば、Ⅳで見たような、ICER等の考え方をを用いて、想定される他の選択肢よりも特定健康診査・特定保健指導が優れていることを客観的に説明するといった対応が求められるよう。

なお、本稿で検討した内容からは離れるが、特定健康診査・特定保健指導の実施の意義としては、国民の健康に関するデータを広く収集できる⁽⁷⁸⁾こと自体に価値がある、という考え方もあろう。特定健康診査・特定保健指導から得られたデータ⁽⁷⁹⁾を用いて、エビデンスに基づいた政策形成を今後行うことができるとすれば、それは望ましいことであり、特定健康診査・特定保健指導の実施を、将来の保健医療分野におけるEBPMのための投資と考えることができる。もっとも、そのためには、政策形成のエビデンスとして適切に利用できるような形でデータベース等が整備されることが前提となろう。

「特定健康診査・保健指導に必要な経費」事業に関する検討は、他の予防医療に関する政策についても応用され得ると考えられる。すなわち、①予防医療は、健康のための投資という観点から、医療費適正化とは関係なく、その必要性を議論できる、②予防医療は、ICER等の考え方をを用いて費用対効果を検討することでより合理的に実施され得る、③予防医療の実施により副次的な効果が生じ得る、といった点である。

本稿で検討・考察した内容について明瞭な結論を述べることは難しいものの、予防医療に関する政策形成へのインプリケーションとしては、予防医療と医療費適正化とを分離して考えることで、ロジックモデルが洗練され、EBPMの水準が高まる可能性があるということを提示できよう。

このことにとどまらず、医療政策全般におけるEBPMの実質的な推進が、厚生労働省自身も目標とする「安心・信頼してかけられる医療の確保と国民の健康づくり」の実現につながることに期待したい。

(たかの ゆうた)

(78) もちろん、特定健康診査・特定保健指導の実施率が低い場合は、データを広く収集できたことにはならない。

(79) 特定健康診査・特定保健指導から得られたデータを含む、レセプト情報・特定健診等データベース(NDB)の概要や二次利用の現状については、岡林 前掲注(30), pp.4-5に詳しい。