

最近の健康政策と本書出版の意義  
—学習の社会的成果—

名城大学薬学部臨床経済学研究室  
教授 坂 卷 弘 之

# 骨子

## 学習の社会的成果 (Social Outcomes of Learning; SOL) の概要

1. なぜ「SOL研究」が必要か
2. SOL研究における課題
3. 健康成果の計測
  - 医療費
  - 健康度: DALYとQALY
  - 医療の効率性評価
4. 健康政策における本書の意義
  - 特定健診と特定保健指導

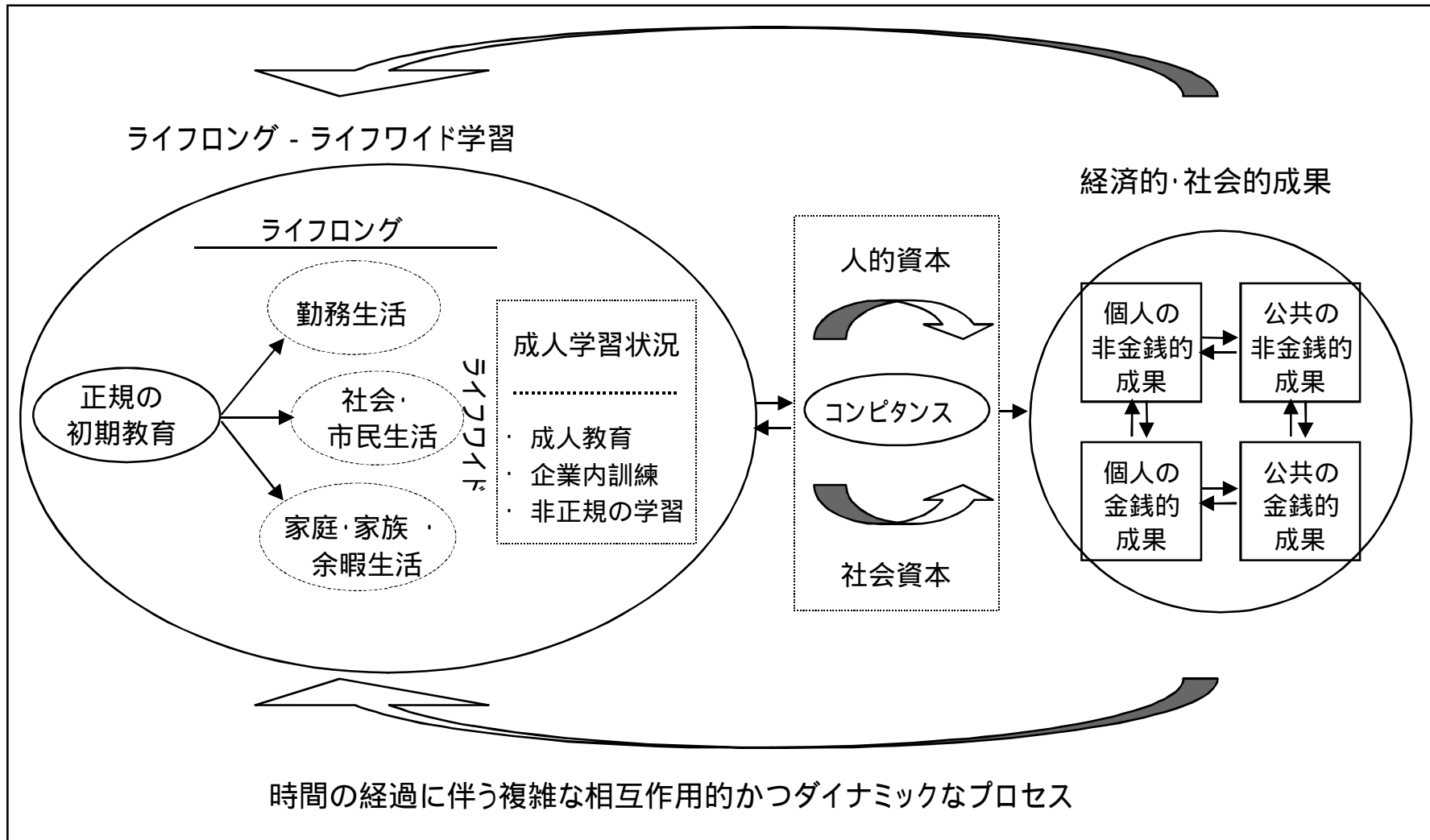
# なぜ「SOL研究」が必要か

1. 説明責任:教育等へ行った社会的投資の個人への利益のみならず、経済成長以外の個人的・社会的な充足感(Well-being)への影響を明らかにすること。
2. 公的費用を獲得するための競争:教育に資金を投入するために、公共的財源の競争的な獲得のための根拠を提示すること。  

例) 高齢化社会では、健康のまま歳を重ねる上で学習が重要な役割を果たすかもしれない。教育資金と高齢者ケアのバランスで比較をする。
3. 価値の認識:雇用と同様に、充足感や社会的一体性に関わる価値を浸透するための教育の役割をあきらかにする。
4. 領域分野を越えた関わり:利益を最大限にするために、領域分野の境界を越える資源配分の在り方を明らかにする。

# SOL研究における課題

1. 教育、学習の多面的側面
2. 理論的枠組み
3. 成果の種類と評価尺度



学習、コンピテンシー、資本形成の主要な関係性、  
ならびに経済および社会に対する学習の影響

図2.1(P.58)

# 教育、学習の多面的側面

- 時間軸や場面による種類
  - ライフロング学習 = 生涯学習
  - ライフワイド学習 = 生活の各領域での学習
- 教育や学習のタイプ
  - フォーマルな学習: 教育機関において行われ、何らかの資格に結びつく。
  - ノン・フォーマルな学習: 職場や市民団体やグループを通して提供されたりするもの。音楽教室、スポーツ教室なども含まれる。
  - インフォーマルな学習: 仕事、家族などの日常行動の結果、習得されるもの。
- 学習に影響を与える要因
  - 人的資本とコンピテンシー: 個人的、社会的および経済的な福利の創造を促進する、個々人に具現化した知識、技能、コンピテンシーおよび属性認識面、非認識面を含む心理的な必要条件を動員して、特定の状況において複雑な要求を首尾よく満たす能力
  - 社会関係資本: 集団内または集団間の協力を促進する規範、価値観および理解の共有を備えたネットワーク

それぞれの相互関係

# 理論的枠組み

## 1. ARCモデル

- 絶対モデル (Absolute Model) : 教育の個人への直接効果に重点を置くモデル。このモデルは、教育を多く受ければそれだけより良くなるというものであり、成果の総和は「ポジティブ・サム」になる。個人レベルでは、教育は本質的に負の効果、例えば、個人の自信を傷つけるといったこともおこり得る。
- 相対モデル (Relative Model) : 教育が社会のヒエラルキーの中での個人の地位を変えることで効果を及ぼすとするモデル。このモデルでは、ある人々には良い成果をもたらすが、そのことで他の人々が前より悪い状態をなることもある。成果の総和は「ゼロ・サム」となる。
- 累積モデル (Cumulative Model) : 教育が個々人の仲間集団と関連することを前提としたモデル。個人は、その仲間、あるいはそのまわりの集団内の人たち(配偶者、パートナーを含めて)の平均的な教育水準に左右される。

- ## 2. 「状況における自己」モデル: 個人は、人生の選択とその選択を実現する能力を通して社会的な成果に影響を与える。このアプローチでは、家族、職場、地域などの社会的な相互作用への教育の影響を考察できる。

# 成果の種類

	(A) 個人の成果	(B) 公共の成果
(1) 金銭的成果	収益、所得、富、 生産性	税収 社会移転コスト ヘルスケア・コスト
(2) 非金銭的成果	健康状態、 生活への満足	社会的一体性 信頼 良く機能する民主主義 政治的安定

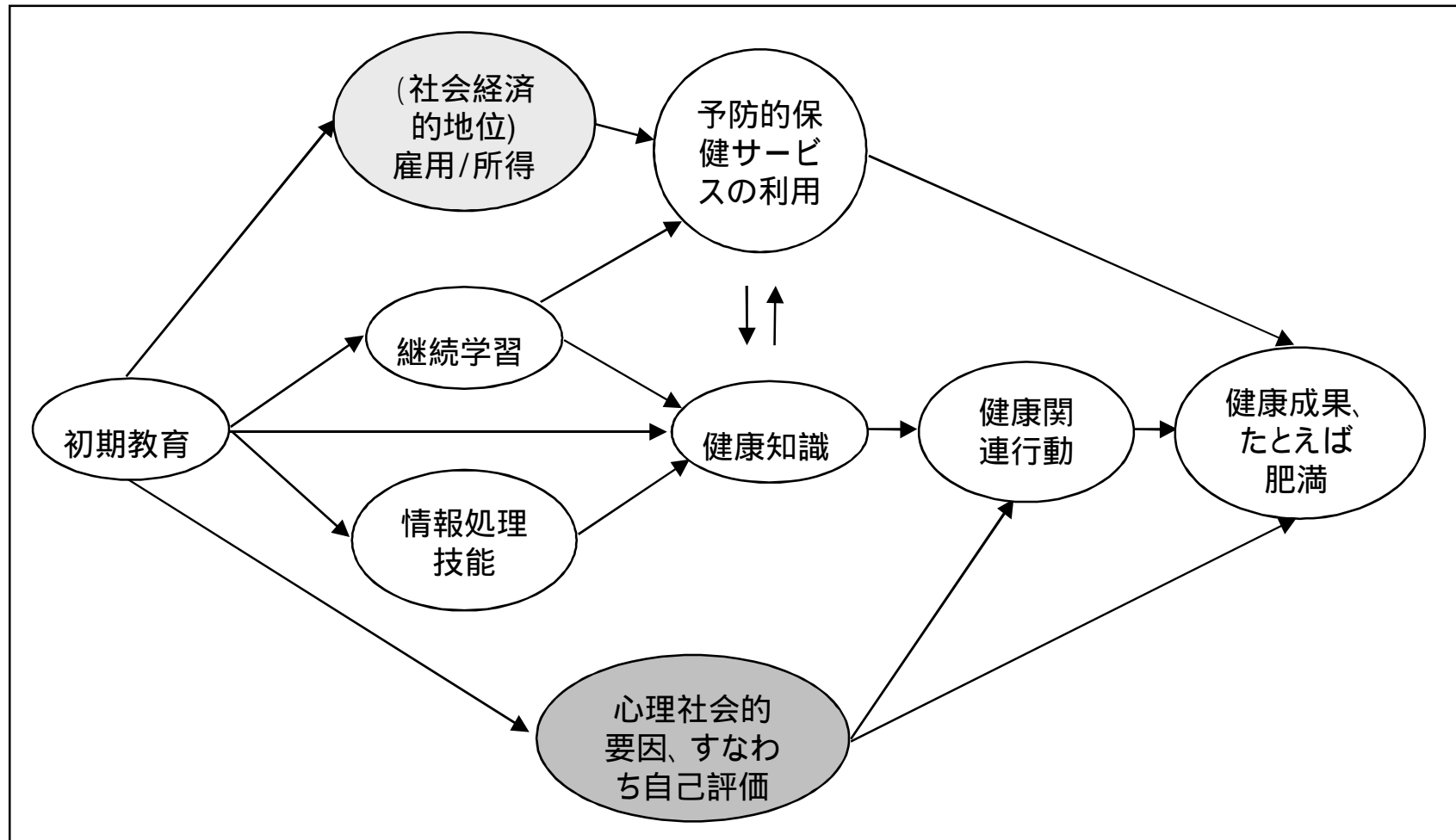
- 健康成果
- 市民・社会的関与

学習の経済的・社会的成果可能性

表2.3 (P.67)



# 学習と健康との要因相関



健康に対する教育の影響のチャンネル  
図5.3 (P.144)

## 健康・厚生成果・行動に対する教育の効果 (表5.1、P.151)

成果	エビデンス
成人の健康	
死亡率	
身体的健康状態	
成人期の機能的な能力	
成人のうつ	
生活に対する満足度・幸福感	
自己評価による健康状態	
子どもの健康	
子どもの死亡率	
出生時の子どもの人体計測尺度	

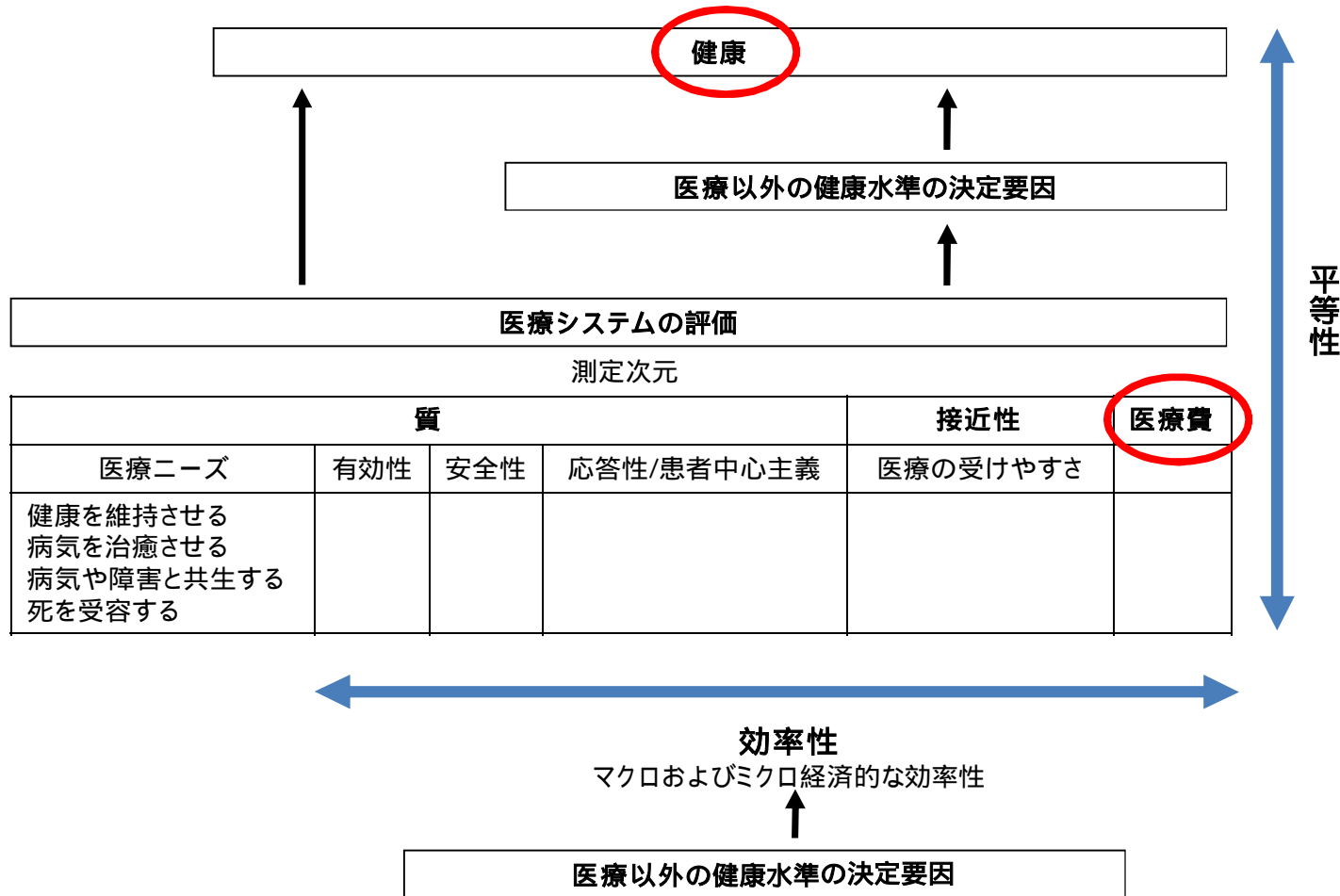
成果	エビデンス
健康行動	
喫煙	
アルコール消費	-
肥満	
果物・野菜摂取	
身体活動	?
違法ドラッグ使用	?
十代での出産	?
サービスの利用	
プライマリ・ヘルスケアの利用	?
専門家のケアの利用	
入院	
救急サービスの利用	×
社会医療の利用	
慢性健康状態の管理	?

# 健康成果の計測

# 学習がもたらす健康成果

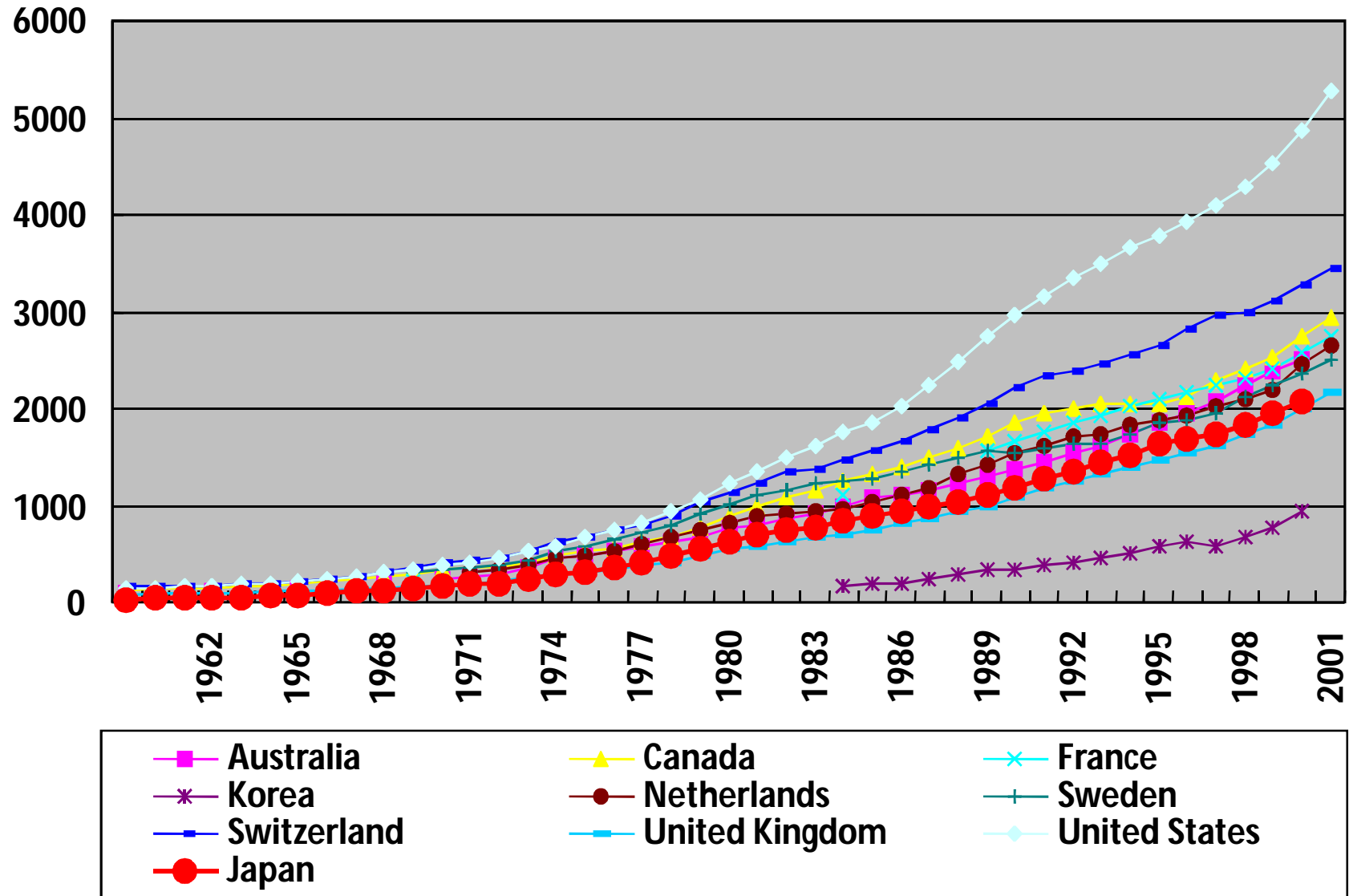
## 集団的な健康成果をどのように計測するか。

OECDにおける医療の質指標プロジェクトの概念図



OECD編著 岡本悦司訳:医療の質国際指標  
- OECD医療の質指標プロジェクト報告書 -  
明石書店, 2006.12

# 医療費：一人あたり保健医療支出



# OECD保健医療支出の目的と要件 (National Health Accounts; NHA)

## ● 目的

国際比較を可能にする。

各国の政策目的への利用可能性が高い推計手法。

## ● 要件

包括性(comprehensive):

医療制度、健康政策のすべてのコンポーネントを含む。

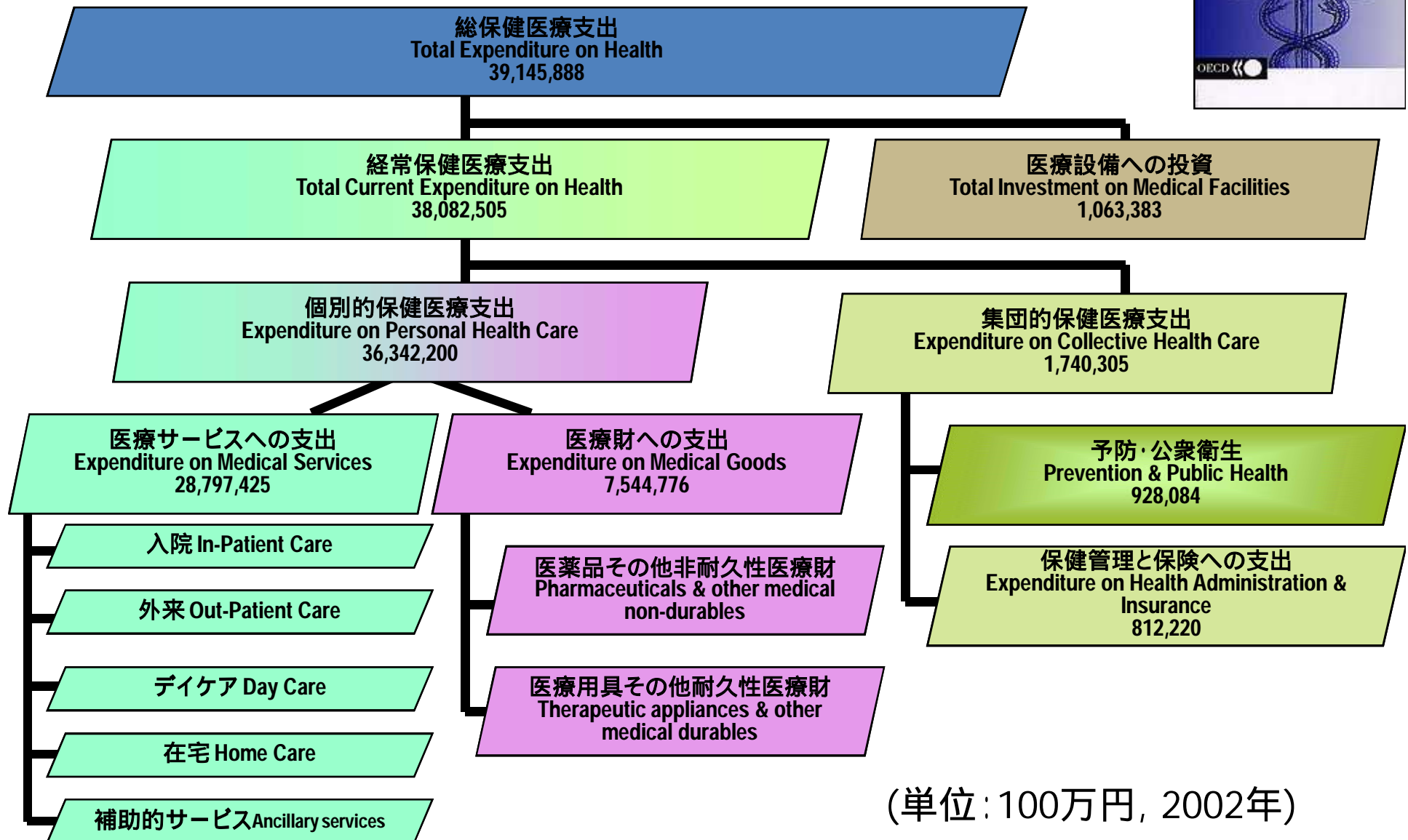
多次元性(multi-dimensional): 供給主体、財源、地理的分布、年齢、など。

一貫性(consistent): 経時的な比較を可能にする。



# 保健医療支出の構造

(National Health Accounts; NHA)



(単位: 100万円, 2002年)

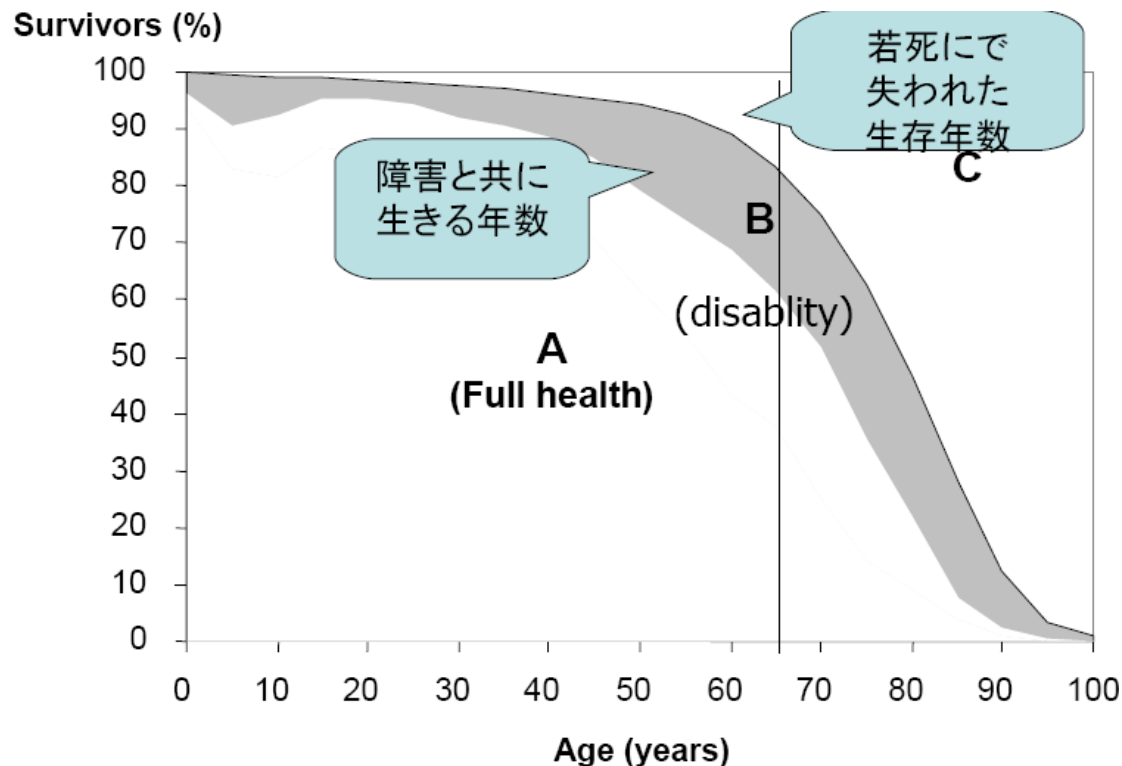
# 「健康」をどのように計測するか？(1)

障害で調整した生存年 DALY(disability-adjusted life years)

World health report 2002

- 死亡と非致死的な障害を時間という共通指標で連続的に表現される(単一スカラー量)。
- 理想的な生命表(=日本女性)からの乖離を見る。
- 若死により失われた年 + 障害をもって生きる年の合計。
- $DALY = \text{損失生存年数(YLL)} + \text{障害生存年数(YLD)}$

YLL(Year of Life Lost)、  
YLD(Year of Life with Disability)





# 健康水準と医療支出

## 健康寿命 99年 (歳)

1. 日本 74.5
2. オーストラリア 73.2
3. フランス 73.1
4. スウェーデン 73.0
5. スペイン 72.8
6. イタリア 72.7
7. ギリシャ 72.5

## 平均寿命 99年 (歳)

1. 日本 80.9
2. オーストラリア 79.5
3. スウェーデン 79.5
4. スイス 79.3
5. フランス 79.3
6. モナコ 79.1
7. マカオ 79.1

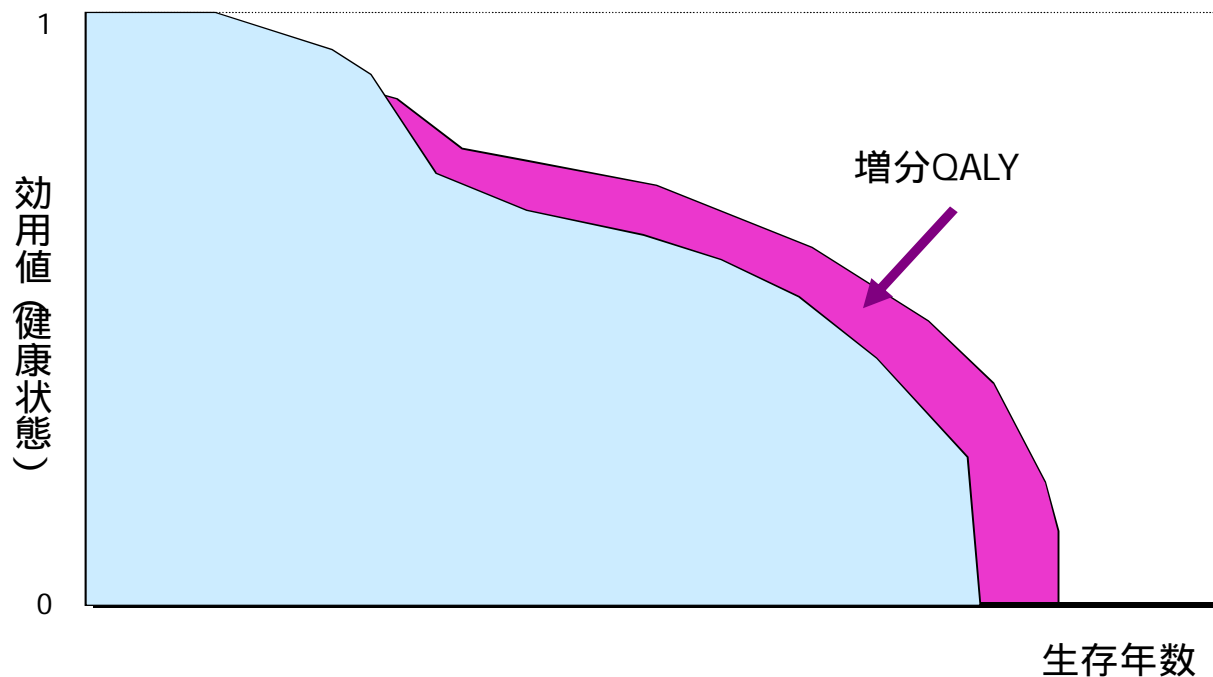
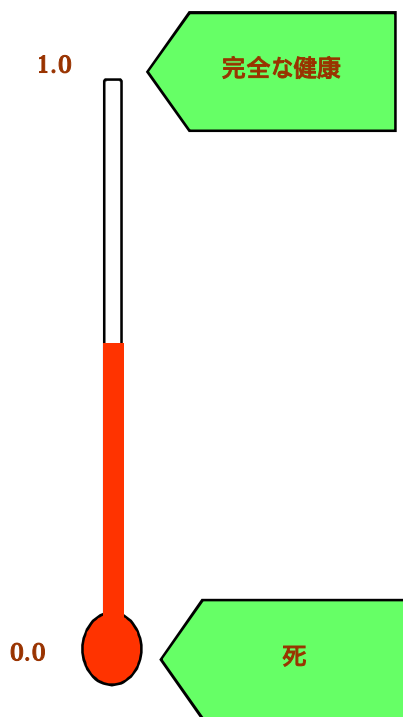
## 医療支出対GDP比順位

1. 米国 15.2
2. スイス 11.4
3. フランス 11.0
4. ベルギー 10.7
5. ドイツ 10.6
6. オーストリア 10.3
7. ポルトガル 10.0
8. アイスランド 9.9
22. 英国 8.0
23. 日本 8.0

# 「健康」をどのように計測するか？(2)

## 質調整生存年QALY(s): Quality Adjusted Life Year

医療成果について、患者のQOLと生存年延長の両方を、  
共通の測定単位で記述し分析する。  
= すべての疾患に共通の指標



# 医療の効率性評価(1)

- 費用 - 効果分析 Cost-Effectiveness Analysis
  - 追加効果1単位を得るのに追加費用はいくらかかるか？

	治療A	治療B
成果 (QALY)	15	10
費用	2,000万円	1,500万円

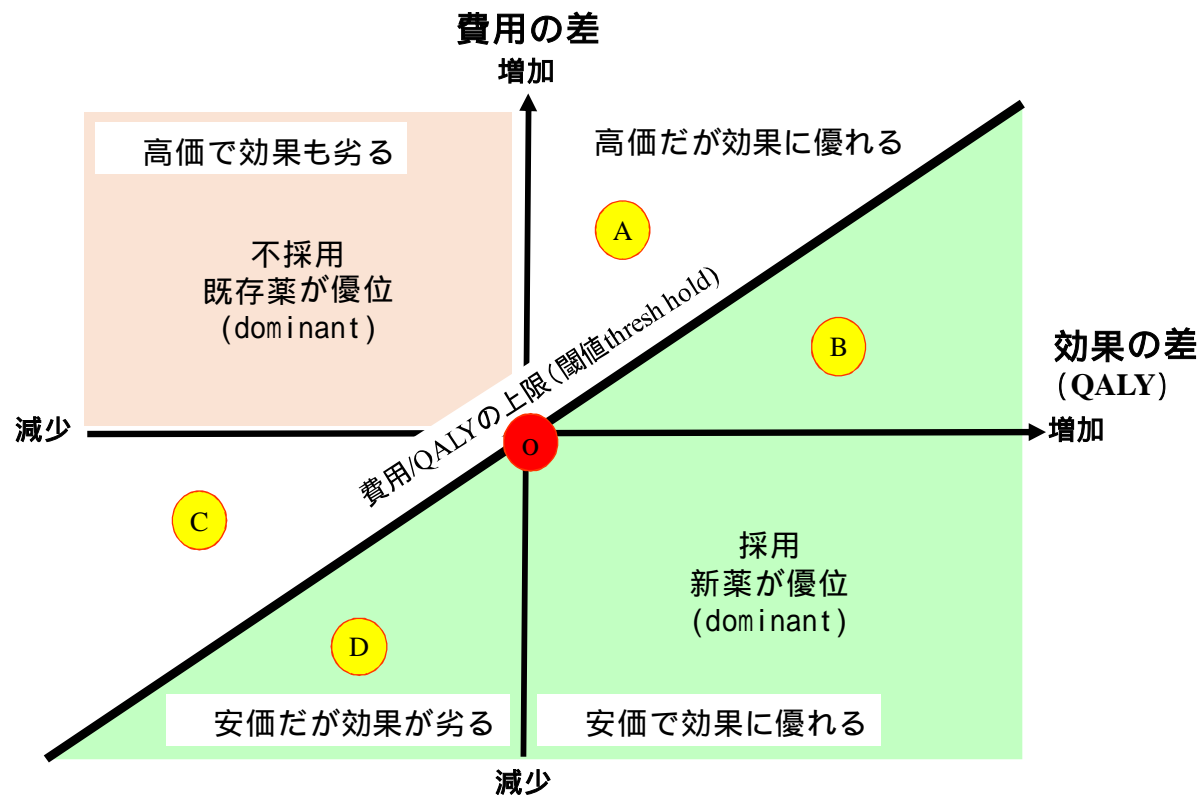
$$\text{増分費用/効果比 (ICER)} = \frac{\text{新薬の費用} - \text{既存薬の費用}}{\text{新薬の効果} - \text{既存薬の効果}}$$

$$\text{ICER (治療A-B)} = (2,000 - 1,500) / (15 - 10) = 100.0 \text{万円/QALY}$$

- 費用 - 便益分析 Cost- Benefit Analysis
  - 健康状態をすべて金銭価値に換算し、その健康状態をえるのにかかった費用を控除する。
  - Net Benefit = 「健康状態の金銭価値」 - 「ヘルスケアコスト」

# 医療の効率性評価(2)

新たに得られる効果は、追加的な費用にみあうか？



P.156

1年の教育は  
男子の健康状態を0.6%、  
女子の健康状態を0.3%  
増加させる。

費用および効果の差は代替案(O)との差を示している。また、斜めの線は、費用/QALYの基準値(閾値)を結んだ直線であり、これより上に位置するもの(AおよびC)は、費用/QALYに劣る(基準を満たさない)ことを意味する。

# 健康政策における本書の意義

# 健康増進対策の沿革(1)

- 歴史的には大きな概念の転換が...

- 第2次世界大戦後の栄養改善

- 国民栄養調査(1947年～2003年)

「厚生省栄養課では昭和20年来、連合軍最高司令官覚書にもとづき全国的に栄養調査を実施することになった。本調査は国民栄養の実情を把握し、これが改善をはかるための方策樹立に対しその基礎資料とするためと、一方困窮する国内食糧への輸入を懇請する重要な参考資料とするために行われるものである。」

- 国民健康・栄養調査(2004年～)

平成15年5月栄養改善法を改廃した健康増進法の施行に伴い、国民栄養調査は国民健康・栄養調査として、栄養のみならず運動、休養(睡眠)、飲酒、喫煙、歯の健康等の生活習慣全般に調査項目が拡充され引き継がれた。



## 健康増進対策の沿革(2)

- 1964年(昭和39年)国民の健康・体力づくりについての閣議決定
- 1978年(昭和53年)第一次国民健康づくり対策
  - 妊産婦,乳幼児等を対象とした健康診査と老人保健事業の総合的实施による生涯を通じた予防・健診体制の整備
  - 市町村保健センターなどの設置と保健師などのマンパワー確保による健康づくり基盤整備
  - (財)健康・体力づくり事業団などによる活動を推進し,健康づくりの啓発普及
- 1988年(昭和63年)第二次国民健康づくり対策:  
「アクティブ80ヘルスプラン」
  - 生活習慣の改善による疾病予防・健康増進
- 2000年(平成12年)第三次国民健康づくり対策:「健康日本21」
  - 要介護状態でなく生活できる期間(健康寿命)を延伸
  - 健康増進法 2002年(平成14年)8月制定・2003年5月施行
- 2005年(平成17年)健康フロンティア戦略 2004年5月策定

# 医療制度改革に関する主な流れ

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/index.html>

- H17.6.21 経済財政運営と構造改革に関する基本方針(いわゆる「**骨太の方針**」)2005」閣議決定  
「医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標」について
- H17.10.19 医療構造改革推進本部「医療制度構造改革試案」
- H17.12.1 政府・与党医療改革協議会「**医療制度改革大綱**」
- H18.1.31 医療構造改革推進本部「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」
- H18.2.10 第164回通常国会に医療改革関連法案(下記)提出
- H18.6.14 「健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年6月21日法律第83号)」及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律(平成18年6月21日法律第84号)」が成立



# 医療制度改革大綱

平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会決定

(医療費適正化の総合的な推進)

急速な少子高齢化の進展の中で、国民の安心の基盤である皆保険制度を維持し、将来にわたり持続可能なものとするため、医療費について過度の増大を招かないよう、経済財政と均衡がとれたものとしていく必要がある。

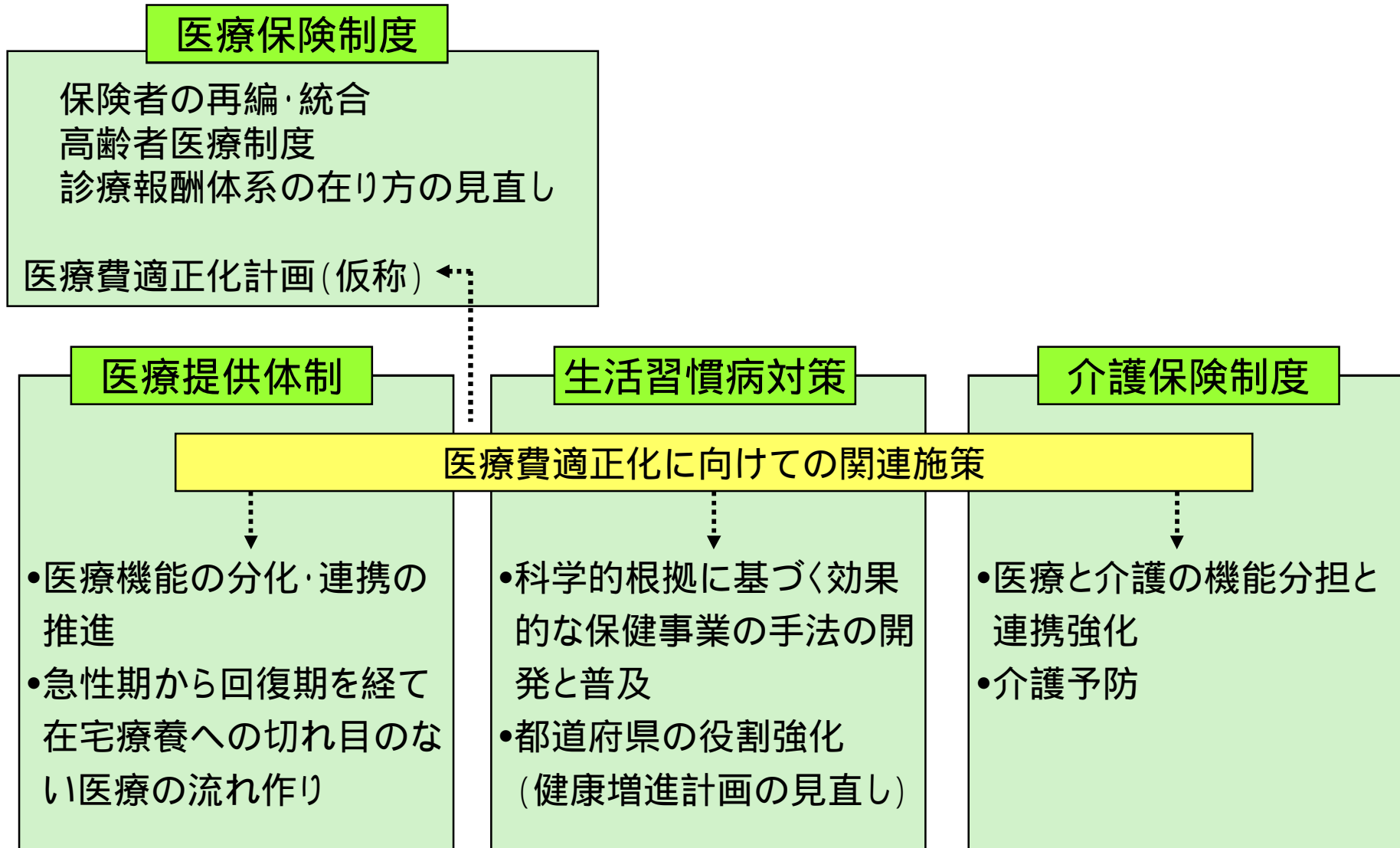
このため、医療給付費の伸びについて、その実績を検証する際の目安となる指標を策定するなど、国民が負担可能な範囲とする仕組みを導入する。

医療費の伸びが過大とならないよう、**糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮を図る**など、計画的な医療費の適正化対策を推進する。

医療費の無駄を常に点検するとともに、国民的な合意を得て、公的保険給付の内容・範囲の見直し等を行う。

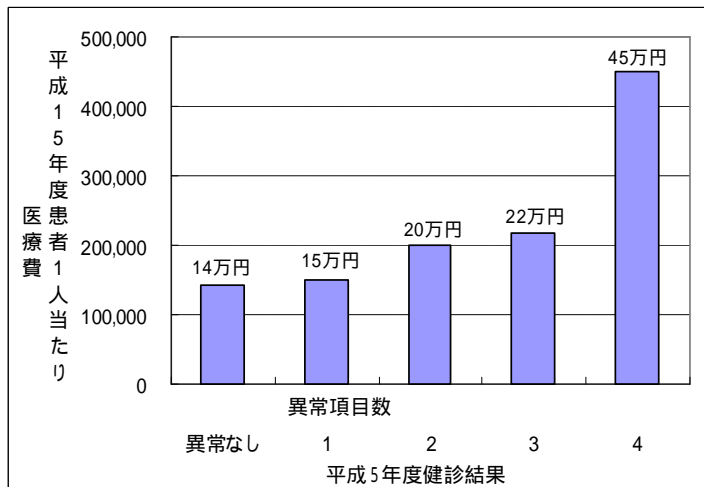
# 医療制度改革の主要論点

(平成17年9月厚生労働省試案を改変)



## 健診結果と医療費の関係

平成5年度の健診結果で異常が見つかった項目が多いほど、10年後の平成15年度での患者1人当たり医療費は高くなり、異常なしの者と主要4検査項目異常ありの者では3倍の格差。



- ・全項目異常なし 約14万円 ...
- ・主要4検査項目 (BMI、血圧、脂質、代謝系) 異常あり 約45万円 ...

→ との差 約3.2倍

(参考) 主要4検査項目の健診結果と医療費の関係

	(異常なし)	(異常あり)	格差
BMI(肥満)	16.3万円	19.3万円	約1.2倍
血圧	15.6万円	22.5万円	約1.4倍
脂質(コレステロール等)	16.4万円	17.6万円	約1.1倍
代謝系(血糖値等)	16.1万円	27.1万円	約1.7倍

## 糖尿病患者と健診・医療費の関係

平成5年度の健診結果を見ると、代謝系に異常があった者のうち、約43%が10年後の平成15年度には糖尿病患者となっており、代謝系に異常がなかった者の約6倍で糖尿病が発症している。

(平成5年度)

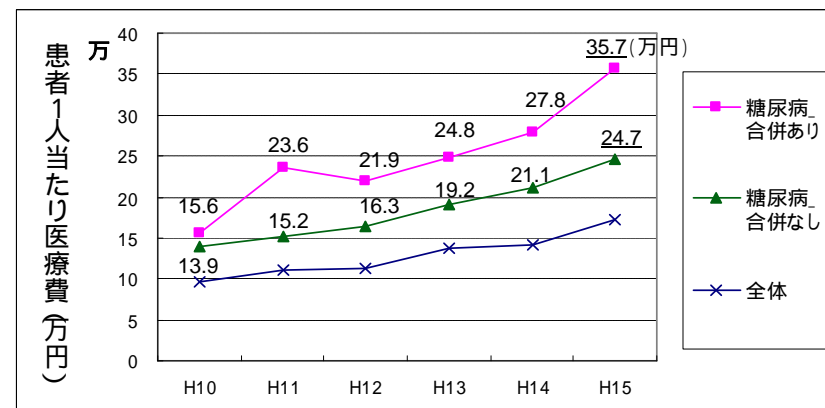
(平成15年度)

代謝系で異常あり  
代謝系で異常なし

43%が糖尿病患者  
7%が糖尿病患者 } 約6倍の差

糖尿病患者について、合併症ありと合併症なしの医療費を比較すると、平成10年においてはほぼ同額であったが、年々格差が拡大し、5年後の平成15年には約10万円の差が生じている。

糖尿病・合併症ありなし別患者一人当たり医療費の推移



# 特定健診・保健指導と疾病管理

## 生活習慣病対策による医療費適正化

- ✓ 国・都道府県・保険者の役割分担・責任の明確化
- ✓ 健康づくりにおけるハイリスクアプローチにおける健診データ等の活用

### 【基本的方向】

- 医療保険者(国保・被用者保険)に対し、40歳以上の被保険者・被扶養者を対象とする、内臓脂肪型肥満に着目した健診及び保健指導の事業実施を義務づけ。

### 【主な内容】

- 各医療保険者は、国の指針に従って計画的に実施。
- 都道府県ごとに設置される保険者協議会において、都道府県が中心になって各医療保険者間の調整や助言を行う。
- 健診によって発見された要保健指導者に対する保健指導の徹底を図る。
- 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受ける者を効率的に選定するとともに、事業評価を行う。
- 被保険者・被扶養者に対して、健診等の結果の情報を保存しやすい形で提供。

# 特定健診・特定保健指導の課題

- 健康教育の医療費、医療の質への効果の検証
- データ収集方法の標準化
- 介入対象の層別化のための有効な予測モデルの開発と検証
- 品質管理のあり方の検討

# 健康政策への適用可能性

- 健康増進に関わる教育・学習の意義の検討。
- 健康教育の効果に関わる研究へのフレームワークの提示。
- 健康格差に関する研究。