

特定健康診査の受診率および制度の 公平性に関する検討

東京大学公共政策大学院法政策コース 2年

51-198001 青木健太郎

目次

第1章	研究課題および研究方法	3
第2章	特定健診・特定保健指導の制度の 現状および成り立ち	4
第3章	受診率の課題分析	11
第4章	制度の公平性などに関する分析	20
第5章	考察	31
Appendix		38
参考文献		41

第1章 研究課題および研究方法

近年、日本での死亡原因として多く上位に挙がるのが、悪性新生物（376,425人）や心疾患（207,714人）、脳血管疾患（106,552人¹）などいわゆる生活習慣病である。こうした疾患に対しては、日々の生活習慣を改善することで、罹患・重症化リスクを低減することが可能であり、生活習慣病予防のために政府は栄養管理や身体活動等を推進するための政策を打ち出している²。こうした政策は、国民が生活習慣病に罹患し、重症化することを予防する目的であると同時に、医療費適正化の目的もある。令和2年度の一般会計歳出においても約102兆円の歳出のうち約36兆円を社会保障費が占めており³、毎年増加する政府債務をいかに抑えるかという目的の下、例えば医療費適正化計画などが立てられ、あらゆる医療政策などが立案、運用されている。

こうした国民の生活習慣病予防および社会保障費の削減という目的で打ち出された政策の1つに、特定健康診査（以下、特定健診とする）および特定保健指導であり、本研究では特に特定健診に焦点を当て、制度の背景や現状を踏まえながら、特定健診が抱える課題を主に2つ分析し、どういった改善が必要かまで検討を行う。

1点目は、受診率に関する課題である。特定健診は受診率の低さが課題の1つに挙げられる。この課題に対して受診率が特に低い層を対象を絞って、国や自治体、医療従事者や保険者そして国民など、複雑な関係性を各種先行研究や健診に関する資料および、インタビューを用いて明らかにし、原因分析を行ったうえで、それらの知見を活かして主にナッジの観点から改善策の方向性を示す。

2点目は、制度の公平性に関する課題である。特定健診の受診率向上等のために各保険者を対象とした、加算減算方式およびインセンティブ方式の制度が運用されている。これらの制度について説明を行ったうえで、そもそも健診を受けるという国民の自由選択の制度の下でそこに加算減算やインセンティブといったかたちで国家が間接的に介入することの正当性や、同じ健診を受けた人2人でも属する保険者が違えば一方の保険者は加算、他方の保険者は減算されることが公平なのか、といった課題について議論する。そのプロセスとしては保険料の法的性格を踏まえながら、公共哲学的な観点を中心に議論し、特定健診の制度において、公平で国民の自由選択を侵害しない制度のあり方を検討する。

本稿を通して、i. 行政が市民に主体的な行動を求める際に、どういった点を検討する必要があるか、ii. 健康という人々の自由選択の余地が大きい分野において、行政はどこまで介入出来るのか、という議論を特定健診という観点から扱った。

¹ 厚生労働省(2020)「令和元年人口動態統計」

² 厚生労働省(2020)「令和2年度版 厚生労働省白書」

³ 財務省(2020)「令和2年度予算のポイント」

第2章 特定健診・特定保健指導の制度の現状および成り立ち

2-1 制度の概要

はじめに、現在の特定健診の制度がどのように運用されているのかについて概観する。まず特定健診の目的は、主にメタボリックシンドローム（以下、メタボとする）に該当する者を健診を通して発見し、保健指導を通じて、該当者の生活習慣を見直し、社会全体での生活習慣病のリスク要因を減少させることである。このため、雇入時健康診断や定期健康診断等の一般健診に比べて、腹囲などメタボ診断のための検査項目が見られる健康診査である。

特定健診の大きな特徴であるのが、保険者に課される実施義務⁴である。これは特定健診および特定保健指導が保険加入者の健康増進に資するとともに、医療費の適正効果が期待され、その取り組みが確実に行われるようにするためである⁵。そして、この特定健診の対象者は40歳から74歳までの保険加入者（被保険者および被扶養者）であり、彼らに対し医師・保健師・管理栄養士・保健指導経験のある看護師などの医療従事者⁶および、歯科医師又は、食や運動に関する生活改善指導の研修を受けた看護師や栄養士等⁷が健診を実施する。ここで重要なのが、被保険者はあくまで対象者であり、特定健診を受診する義務はないということである。このため、受診は任意であり、このため受診率に関する問題が発生している。

健診を受ける際の具体的な流れとしては、まず保険者から個人のもとに申込み日や開催場所に関する案内および、組合によっては受診券が送付される。これを受けて個人は健診を申込み、受診する。そして、健診を受けた結果、年齢や腹囲、BMI値、血圧、コレステロール値、空腹時血糖、喫煙歴などによるリスク判定を行い、特定保健指導が必要かを判別する。その後、保険者が診査結果および保健指導の対象者には利用券が届くので、個人は医療機関を選んで予約する流れとなる。（図1）

次に、特定保健指導の対象者には2種類のどちらかの指導がなされる。それが、動機付け支援と積極的支援である。これは健診結果から判定された生活習慣病のリスクの高さによって階層化され、判別される。比較的軽い支援の方法が動機付け支援であり、より多くの指導が必要と判定された者には積極的支援が行われる。動機付け支援は、生活習慣改善のための自主的な取り組みを促すものであり、医師等の実施者が1回20分以上

⁴ 高齢者の医療の確保に関する法律第20条「保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。…」

⁵ 土佐(2008)85頁

⁶ 高齢者の医療の確保に関する法律第18条1項

⁷ 特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第7条1項2号・第8条1項2号

の面接を通して、生活習慣改善の取り組みへの動機付けに関する支援を行う。支援の内容としては、初めの指導時に面接を行い、診査結果並びに生活習慣の状況に関する結果を踏まえた体重減量目標や実行可能な行動目標を立て、3 か月又は6 か月後に実績評価を行う。

一方で積極的支援は、同様に初回に面接を行って、期間終了後の目標を立てる。しかし動機付け支援と異なって、電話または手紙による、生活習慣の改善状況の調査や改善のための励ましなどについて点数が割り振られており、6 か月後に累計点数が一点の数値を超える必要がある。このため、動機付け支援に比較して支援の頻度が高い。

生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ(イメージ)

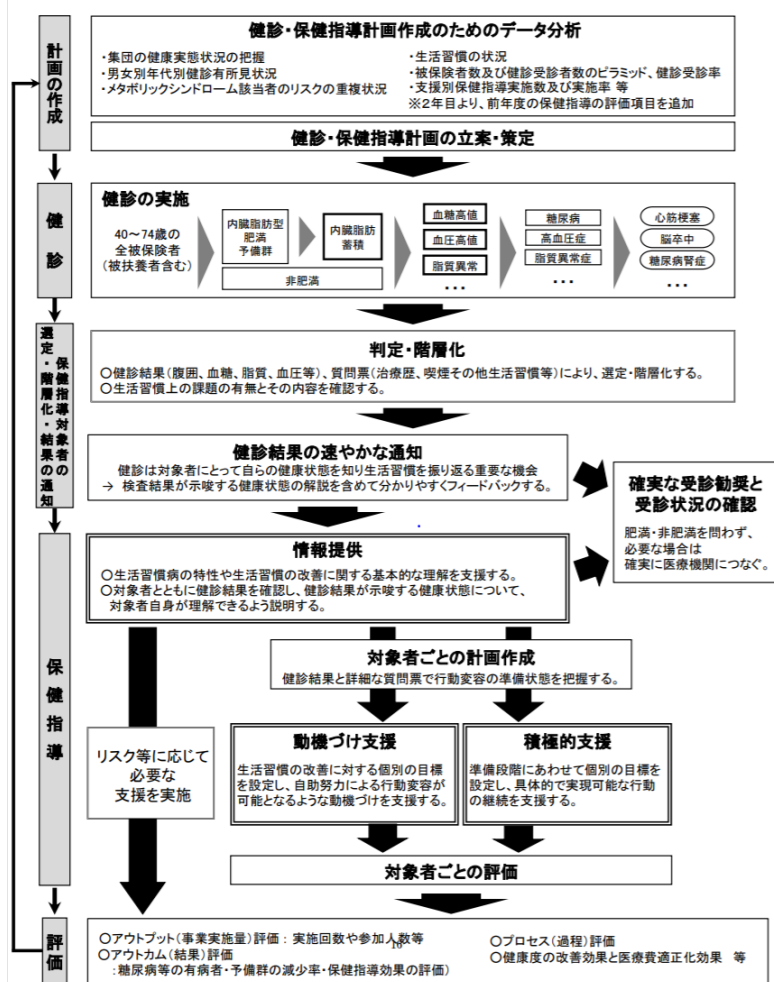


図 1 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ⁸

そして動機付け支援または積極的支援の後、保健指導の対象者ごとに改善状況に関する

⁸ 厚生労働省「標準的な健診・保健指導 プログラム【平成 30 年度版】」

る評価が行われ、最終的に特定健診から特定保健指導までの参加人数や指導実施回数などの事業実施量、そしてその結果による糖尿病予備軍の減少率などの結果の評価が行われる。

行政はこのようにして累積されるデータをもとに、まずは国が特定健康診査等基本指針を打ち出して、保険者がどのような特定健康診査等実施計画を作成すれば良いか⁹の指針を立てる。そしてこれに基づいて保険者は、特定健診等を効率的かつ効果的に実施していくために必要な事項を押さえた計画（特定健康診査等実施計画）を立て、これに沿った形で次期の特定健診等が行われていくこととなる。

2-2 成立経緯および背景

では、この特定健診の制度はどのようにして生まれたのか。それを 20 世紀後半から振り返る。

1978 年には第 1 次国民健康づくり対策が行われ、2000 年に国民健康づくり運動が行われた。これは健康日本 21 の政策の中で生まれた。しかし、その後、生活習慣病に改善が見られず、糖尿病有病者や糖尿病予備軍が増加した。また男性肥満者の増加も見られた。

これを受けて、2005 年厚生労働省厚生科学審議会部会にて、①健診・保健指導のデータ分析評価、②被扶養者などにも見られる生活習慣病予備軍の確実な抽出、③保健指導の徹底が求められた。

省庁再編後、2007 年に厚労省は一次予防を対象に、被保険者の QOL 向上を通じた医療適正化をねらいとした、国保ヘルスアップ事業を特定の市町村でモデル事業として展開する。この事業を通して、対象の市町村では、生活習慣病予備軍を対象とした個別健康支援プログラムが開発、実施、評価が行われることとなった。

そうした公衆衛生面のアプローチに加え、財政再建という観点からも制度立案の必要性が高まる。2005 年に発表された骨太の方針第 5 弾では、『医療費適正化の実質的な生かを目指す政策目標を設定し、…(中略)達成のための必要な措置を講ずることとする。』と明記され、政策の方針として初めて医療費適正化について目標を設定し、対策を講ずる旨が盛り込まれた。

その後 2006 年には、医療制度改革の過程において「高齢者医療の確保に関する法律」が立法され、2008 年には国保ヘルスアップ事業を参考に同法の下で、特定健診が始まった。

2-3 アクターの整理

以下では、この制度に関係する主要なアクターについて改めて整理する。これにより

⁹ 高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条において、保険者は 2018 年から 6 年を 1 期として

現在の制度が課題を生じさせているそのボトルネックを明らかにしていく。

まず制度の主要な関係者を整理したものが図3になる。この中で特に国民、政府、都道府県庁、保険者、医師が特定健診の制度下において果たしている役割を紹介する。

被保険者・被扶養者

40歳から74歳までが特定健診・特定保健指導の対象者となっており、保険者から送られる受診券をもとに、医療機関に予約を行い受診する。その後、健診結果が通知され、それに基づいて特定保健指導を任意で保健師等の指導の下受けることとなる。

政府

政府は高齢者医療確保法第8条に基づいて、全国医療費適正化計画を6年ごとに立てる。この計画においては、「国民の健康の保持の推進に関し、国が達成すべき目標¹⁰」・「医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標¹¹」（いずれも高齢者医療確保法8条）および、国がそれを達成するために実行する施策を記載することとなっている。

医療費適正化計画の他には、直近の実績に基づいて特定健診・特定保健指導の制度の変更を検討会や審議会を通して行っている。具体的には、特定健診の場合、各保険者に対して健診受診率等の目標の達成状況に応じて、助成金や加算減算を行う仕組みとなっており、その金額等の調整や、他には保健指導が効率的かつ効果的な仕組みであるために、指導方法等を見直している。

都道府県および市

都道府県は高齢者医療確保法に基づいて、6年を1期として都道府県医療費適正化計画を策定する。この計画においては、「住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標¹²」・「医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標¹³」（いずれも高齢者医療確保法9条）およびそれを実行するための方策を明記する必要がある。

また、都道府県は平成30年4月から国民健康保険制度改革によって、国民健康保険の財政運営の責任主体となり、国保財政の改善に努めている。その他、保険者と後期高齢者広域連合が都道府県ごとに組織した保険者協議会とともに、医療費適正化計画の策定に当たって、事前に協議している。

市には地域保健法に基づいて、保健所が設置されている。保健所職員を務める保健師

¹⁰ 具体的には特定健康診査の実施率や特定保健指導の実施率、メタボリックシンドロームの該当者および予備軍の減少率

¹¹ 具体的には、療養病床の病床数や全国平均の在院日数

¹² 具体的内容は注10と同様

¹³ 具体的内容は注11と同様

は、実施率向上対策を立て、はがきや電話を用いた受診勧奨を行い、特定保健指導の対象者には保健指導を行う。

保険者

保険者は、まず図2の様に被用者保健と国民健康保険に分別される。被用者保険内においては、被用者のうち主に大企業の従業員とその家族が健康保険組合（以下、組合健保とする）、主に中小企業を中心とした従業員とその家族が全国健康保険協会（以下、けんぽ協会とする）、公務員・教職員等とその家族が共済組合に加入している。一方の国民健康保険（以下、国保とする）は、自営業・無職等とその家族や被用者保険に加入していない被用者（非正規社員など）が加入している市町村国民健康保険、特定職種の自営業者らを被保険者とする国民健康保険組合等が存在する。

他に保険者は高齢者医療確保法に基づいて、6年を1期として特定健康診査等実施計画を立てなければならない。この実施計画には「具体的な実施方法に関する事項」、「具体的な目標」（高齢者医療確保法19条）等を記載することとなっている。

また、保険者が受診場所を指定するが、この際に地区医師会などと集合契約を行って地区の複数の診療所での健診を可能にしたり、国保の場合には公民館で健診を集約して実施している。

医療従事者

特定健診において、健診を行うのは高齢者医療確保法によって定められた医療従事者であるが、診療所で実施する場合などには健診に必要な機器やスタッフが十分であることなど、どのような医療従事者でも実施可能とは限らない。また、国保において保険者が医師会に働きかけている場合等には、特定の医療機関では被保険者等に受診勧奨を行っている。加えて、特定保健指導の対象者には必要な医療を提供するとともに、栄養管理や身体活動などの生活習慣改善に必要な支援を行う。

医療保険名		主な加入者	
被用者保険	健康保険	組合管掌健康保険（組合健保）	大企業の会社員
		協会けんぽ	中小企業の会社員
	共済組合	公務員、私学の教職員	
国民健康保険	市町村国民健康保険（国保）	自営業者、農業従事者、非正規労働者、無職	
	国民健康保険組合	資格を要する特定職種の自営業者	
後期高齢者医療制度		75歳以上の高齢者	

図2 主な医療保険者の種類（筆者作成）

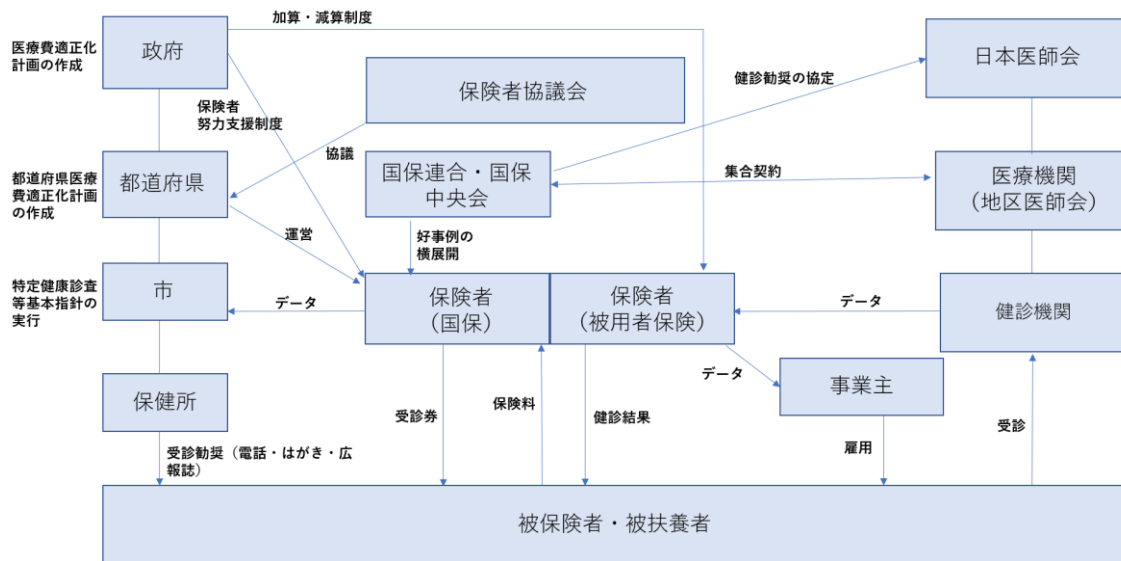


図 3 特定健診制度をとりまくアクター（筆者作成¹⁴）

2-4 現状の概観

では、こうした特定健診および特定保健指導の制度はどの程度機能し、どのような課題を抱えているのか。

まず、特定健診の受診者数については、制度開始時の 2008 年で 2019 万人であったのに対し、2017 年には 2858 万人まで増加している。これを実施率で見ると、2008 年では 38.9%であったが、その後上昇し、2017 年には 53.1%を記録している¹⁵。確かに増加はしているものの、未だ対象者の約半分しか受診していないのであり、政府が 2023 年までの目標とする受診率 70%には遠く及ばない状況である。さらにその中で、特定保健指導の対象となり最後まで脱落せず指導を受け続けた終了者は 2008 年で 30.8 万人、2017 年で 95.9 万人であり、実施率としては 2008 年で 7.7%、2017 年で 19.5%となっている。こちらも政府が掲げる、2023 年までの目標値 45%にはこのままでは遠く及ばない。

また各保険者や被保険者ごとにおいて、それぞれ特徴がある。保険者間での実施率を見てみると、健康保険組合（以下、健保組合とする）における実施率は 77.0%、共済組合においては 77.9%と 2017 年の全体の実施率（53.1%）と比べ、はるかに高い実施率を残している。一方で、全国健康保険協会（以下、協会けんぽとする）では 49.3%、市町村国保においては 37.2%と 2017 年の全体の実施率以下の形となっている。

次に被保険者と被扶養者について目を向けてみると、被用者保険においては、被用者

¹⁴ 奥・中島編（2007）および土佐（2008）を参考にした

¹⁵ それぞれの受診者数および実施率については『2017 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について』（厚労省）<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000600881.pdf> を参照

と被扶養者の受診率に協会けんぽで約 35%（被保険者：57.8%、被扶養者：22.1%）、共済組合で約 55%（被保険者：92.0%、被扶養者；38.3%）もの差が生じている。被扶養者の受診率では健保組合で 43.6%と各組合の中では最も高いが、それでも 50%には満たない。被保険者の場合、一般的に事業者が被用者に対して、受診を課す場合が多く、対して被扶養者などは自主的に受診をする必要があり、被保険者に対して受診率が低下しやすい。

	被用者保険全体		全国健康保険協会		健康保険組合		共済組合	
	被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者	被保険者	被扶養者
2017年度	63.0%	32.8%	49.3%	22.1%	77.3%	43.6%	77.9%	38.3%

※被保険者・被扶養者別の実施率は、「医療保険に関する基礎資料～平成 28 年度の医療費等の状況～(厚生労働省保険局調査課)」を用いて、被保険者・被扶養者別の特定健診対象者数を推計し、算出している。

表 1 特定健康診査の実施率（被保険者・被扶養者別）（厚生労働省資料¹⁶）

¹⁶ 厚生労働省「2017 年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

第3章 受診率の課題分析

改めてこうした現状および課題のもとで、今後は特定健診の受診率が未だ50%強に留まっているその原因について分析していく。これに対してはいくつかの意見も考えられる。例えば①受診率を上げることはあくまで、人々の生活習慣病対策および財政健全化の手段に過ぎない、といった意見や、②受診率を上げるだけでなく、その後の特定保健指導まで1つの制度としてより効果的・効率的に機能することで政策が効果を発揮する、といった意見や、③そもそも特定健診および特定保健指導には、健康面では効果が限定的あるいは、財政的には効果が無い、といった論調がある。この課題に絞った背景としては、特定健診の受診率向上が人々の生活習慣病予防や財政健全化に寄与すれば良いが、それ以上に、健康という人々の自由選択が保障されている領域において、行政がどのように政策を立案していけば、人々の行動変容に繋がり得るのか、というテーマについて示唆を得ることが目的である。また特定保健指導の指導内容の見直しおよび受診率の向上等に関する分析については、例えば糖尿病予備軍の対象者に、いかにして血糖値の改善を促すかなど、医学的観点からの分析が必要となってくるため、本稿の対象には含まなかった。

3-1 全国的な未受診理由および未受診者の属性

それでは、ここから政府統計や先行研究を用いながら、特定健診の受診率が伸び悩んでいる現状を分析していく。特定健診以外の健診や人間ドックを含んだものではあるが、まず未受診理由について見てみると(表1)、全体で最も割合の多い理由が「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから」(33.5%)、続いて「時間が取れなかったから」(22.8%)、そして「めんどうだから」(20.2%)という理由が挙げられている。

また特徴としては「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから」については、50歳未満では20%未満なのに対し、60歳以上になると40%を超え、70歳以上になると50%以上の割合で未受診理由に挙げられている。これから、あくまで全国的に見た場合、年齢が高くなるにつれ、定期的に通院している人の割合が高まるためか、医療機関で診てもらっているため健診を受けない構造が存在する。次に、「時間がとれなかったから」を未受診理由に挙げている年齢階級の割合を見ると、働いている世代、特に40~49の年齢階級において41.4%の人々がこれを理由に挙げている。その一方で、高齢者の年齢階級を見ると、70歳以上の年齢階級ではこれを未受診理由に挙げている割合は10%未満である。これは、退職することによって時間的余裕が生まれたためと考えられる。

(単位：%) 平成28年

年齢階級	総数	心配な時 はいつでも 医療機関 を受診可 いから	時間がと れなかつ たから	めんどろ うだから	費用がか かるから	毎年受け る必要性 を感じな いから	その時、 医療機関 に入通院 していら ないから	健康状態 に自信が あり、必 要性を感 じないか ら	結果が不 安なため 、受けな いから	検査等に 不安があ るから	知らな かったか ら	場所が遠 いから	その他
総数	100.0	33.5	22.8	20.2	14.9	9.7	9.6	8.3	5.4	3.7	3.5	2.3	11.7
20～29歳	100.0	16.6	24.4	25.0	22.9	9.1	1.2	12.9	2.0	3.3	10.9	1.9	14.7
30～39	100.0	16.9	35.5	23.5	28.5	7.6	2.5	7.6	4.0	4.3	5.9	2.4	13.4
40～49	100.0	18.8	41.4	26.1	19.8	7.8	3.8	6.7	7.6	5.0	2.9	2.7	10.5
50～59	100.0	26.8	33.7	24.6	16.7	9.1	7.1	7.3	8.4	4.8	2.2	2.6	10.7
60～69	100.0	41.2	17.9	20.7	11.0	12.6	12.0	8.9	7.7	4.3	1.2	1.9	10.6
70～79	100.0	52.7	7.0	12.6	5.9	11.8	17.5	9.2	4.9	2.7	1.6	2.1	9.9
80歳以上 (再掲)	100.0	54.1	2.6	10.4	2.7	8.2	20.4	5.9	1.9	1.1	2.2	2.6	13.3
65歳以上	100.0	50.8	7.7	13.8	6.1	11.0	17.2	8.2	4.5	2.6	1.7	2.2	11.2
75歳以上	100.0	54.2	3.6	10.6	3.4	9.3	19.9	6.8	2.8	1.6	2.1	2.5	12.2

注：1) 入院者は含まない。
2) 熊本県を除いたものである。

表 2 年齢階級別にみた健診や人間ドックを受けなかった理由の割合¹⁷ (厚生労働省資料)

上では、年齢階級別の健診の未受診理由について概観したが、続いて国民生活基礎調査の後続調査¹⁸をもとに「就業・非就業」や「暮らし向きの状況」、「会話頻度」などより詳細な要素を踏まえたうえで未受診要因を分析した先行研究¹⁹について言及する。泉田・黒田(2014)では、健康診断未受診者に影響を与える要素として就業者と非就業者を合わせた分析では、男女共通で「仕事に就いていない(求職中)」および「仕事に就いていない(求職していない)」、そして「会話が2週間に1回未満」と健康診断未受診で正の関連がみられ、男性のみには、所得が高いことと未受診で負の関連が見られた。この分析でいう仕事に就いていない者とは、国民健保加入者か被用者保険の被扶養者であることが示唆されている。この結果は、2-4で挙げた市町村国保(37.2%)および被扶養者に対する実施率に対する結果と整合的である。

この結果を踏まえたうえで、これまでの分析では、特に国民健康保険および被扶養者での実施率の低さを取り上げたが、今後はより対象を絞って国民健康保険の実施率向上のための課題の分析を行っていく。この背景としては、(i)女性の社会進出が進み、被扶養率が減少傾向にある点²⁰、(ii)仮に被扶養者の対象から外れ、非正規雇用で働いた場合、国民健康保険の被保険者になり得る点、(iii)被扶養者に対しては、被用者保険の保険者が、被保険者を通して被扶養者にも受診してもらおうとする工夫が見られたり、市町村国保に被扶養者の特定健診の受け入れを要請している点がある。

¹⁷ 厚生労働省『平成28年 国民生活基礎調査の概況』

¹⁸ 生活と支え合いに関する調査 2012年

¹⁹ 泉田・黒田(2014)

²⁰ 厚生労働省「健康保険・船員保険 被保険者実態調査」平成18年度版から平成30年度版を参照

3-2 各地での未受診理由の分析

以下では、国民健康保険の被保険者について、特定の地域での特定健診の未受診理由に関する先行研究を概観し、上で行った検討およびデータも踏まえながら、最終的な受診率向上のための課題を挙げる。

まず、後藤など（2011）では、平成 21 年度に山形県花沢市の国保被保険者 44～74 歳の 4 年連続未受診者 1214 名を対象に未受診理由および健診への希望をアンケートで調査している。この結果、最も多い未受診理由としては、「定期的に通院中」（58.2%）が挙げられた。またこの結果については、年齢が上がるにつれてこの未受診理由を挙げる割合が高くなることについて有意差が見られている。この特徴は、先ほどの泉田・黒田（2014）と整合的である。続いて挙げた未受診理由としては「仕事・家事が忙しい」（13.2%）であり、44～49 歳と 50～64 歳で高齢者よりも挙げた割合が高く、この特徴も泉田・黒田（2014）と合致する。また、健診への希望については「自己負担料金の無料化」（48.6%）、続いて「夜間や土日も受けられる」（29.0%）、「自己負担料金の無料化」（20.2%）が挙げられている。

次に、原田など（2019）では、2008 年度に千葉県海匝地域の 3 つの市において未受診理由の調査および、何らかの情報提供を行った後に受診行動に影響を及ぼすか等を調査している。この結果、各市の男女別の割合で、未受診理由として最も多く挙げられたのが、「仕事で都合がつかなかった」（28.1%～39.3%）であり、その他で多く挙げられたのが、「心配な時は医療機関で受診する」（10.7%～24.0%）、「面倒だったから」（11.4%～20.2%）などであった。また特定の市でのみ「健診があることを知らなかった」を未受診理由に挙げる割合が高く（A 市：男性 27.1%、女性 15.4%、B 市：男性 6.0%、女性 3.3%、C 市：男性 8.8%、女性 5.0%）、この特徴は A 市では市民への情報提供が不十分であり、自治体の住民への情報提供が重要であることを示唆している。

そして宮川など（2011）では、長野県須坂市において平成 20 年度から 3 年間未受診だった 168 名に対して未受診理由の調査を行っている。この結果、最も多く挙げられた回答が「かかりつけ医で検査していた」（24.4%）であり、次に「すでに医療機関に通院していた」（21.4%）、「時間が無かった」（16.5%）、「健康状態に自信があった」（10.7%）、「必要性を感じなかった」（9.5%）といった選択肢に回答した者が多かった。

以上の先行研究を踏まえると、地方で挙げられる課題は主に以下の 3 つである。

- ①時間が取れない
- ②通院している
- ③受診する必要性を感じない

まず、①については仕事や家事等で忙しい、特に 40～65 歳において、ある程度受診する意思はあったとしても、休日や夜間に健診を受診できないため未受診となっている者を想定した。②は、医療機関に定期的に通院していたり、かかりつけ医が近くにあるため、特定健診に代替され得る検査を受けている、あるいは検査を受けてはいないが通院

しているため特定健診を受ける必要性を感じていない者を想定した。③については、医療機関にもかかっておらず、自分の健康に自信があるため未受診の者を想定した。

3-3 行動経済学を用いた対象の階層化

上で挙げた課題について、行動経済学の考え方をを用いて乳がん検診受診の受診率向上を試みた先行研究²¹を参考に、詳細に見ていく。まずこの先行研究では、トランスセオレティカル・モデルを用いて、対象をいくつかのカテゴリに分け、その対象が健診を受診するような動機を高めるために、各カテゴリで別々のナッジを行って、その結果を報告している。

ここでナッジについて説明する。もともと経済心理学などでは、人間は合理的な存在であり、非合理行動はあくまで例外事象として考えられていたが、行動経済学における認識は逆であり、非合理的な行動は人間行動の中心原理であり、人間の本性に基づくもの、というものであった。これを裏付けているのが、90年代に発表された研究であり、この実験心理学的な観察では、人の日常的な行動選択が、従来の経済学の仮説に沿った合理性を示すものではなく、偏った非合理的なものであった。こうした現象の背景としては、人間が何らかの対象に接した場合に、即刻判断する場合、論理的に考えた結果を導き出すよりも、過去の経験からの感情によって抱く好きや嫌いなどの個人的な感情に基づいて行動することが知られている。こうした人間の特性を利用して、「選択を禁じることも、経済的なインセンティブを大きく変えることもなく、人々の行動を予測可能な形で変える選択アーキテクチャーのあらゆる要素を意味する」(リチャード・セイラー, キャス・サンステーン, 2009, p.17) ものとしてナッジを考えた。

このナッジを用いた、行動変容に適応される健康行動のモデルと理論があり、その中で代表的な理論として、トランスセオレティカル・モデルがある。この理論では、行動変容のステージを(i)無関心期(何にも関心がない状態)、(ii)関心期(やや関心があるが、まだ準備するに至っていない状態)、(iii)準備期(準備を始める状態)、(iv)実行期(新しい行動を始めようとしている状態)、(v)維持期(行動し続けている状態)の5つのステージに分けた。この理論を用いて行われた先行研究では、乳がん検診の対象者を5つのセグメントに分け、受診率向上を試みている。分け方としては、「いつどこで健診を受けるか計画がある」という具体的な計画に関する実行意図と、「乳がん検診に行くつもりであるか」、という目標意図に関する指標、そして「がん罹患への恐怖・不安があるか」という指標を用いている。その結果、(i)がん罹患について心配していないため(不安なし)、がん検診に行くつもりはない(目標意図なし)(無関心期)、(ii)がん罹患が見つかるのが怖く(不安あり)、がん検診に行くつもりはない(目標意図なし)(関心期)、(iii)がん検診に行くつもりではあるが(目標意図あり)、具体的にいつ

²¹ 受診率向上につながるがん検診の在り方や普及啓発の方法の開発等に関する研究班(渋谷班)

どこへ行くかは決めていない（計画意図なし）（準備期）、(iv)がん健診に行くつもりであり（目標意図あり）、具体的な計画もある（計画意図あり）、(v)がん検診の継続受診者（維持期）という5つのセグメントに分け、それぞれのセグメントに異なる受診勧奨のメッセージを送って、その影響を分析している。

渋谷らの研究ではこのように、各カテゴリで分けて、それぞれの特性に応じたナッジを用いている。今回は、このフレームの指標（不安と目標意図）を上で挙げた①～③の課題と掛け合わせながら国保被保険者を階層化し、それぞれの対象が健診に行くことが出来ない原因をより詳細に見ていく。先行研究のフレームを用いて、上の3つの課題をさらに分けて作成したものが表3になる。まず、①の「時間がとれない」に関しては、例えば健診会場が遠く時間的距離の問題から時間が取れない場合や、仕事が忙しく3時間²²も割けない、などの「a. 絶対的に時間が無い」対象が考えられる。一方で、確かに予定が入っているが調整すれば、健診を受けられるなど「b. 工夫次第では時間が取れる」対象が考えられる。続いて、②の未受診理由が「通院している」の場合には、通院先で予防措置をとっているのかどうか、つまり「c. 病院で検査を受けている」と「d. 罹患した場合のみ通院」の2パターンが考えられる。最後に③のそもそも「受診する必要性を感じない」と考えている対象に対しては、健康への不安があるが、「e. 健診制度への疑いを感じている」等の心理的理由から受診しない場合と、自らの健康への不安が無い「f. 主観的健康観が高い」場合が考えられる。なお、この分類を先ほどのトランスセオレティカル・モデルを用いて述べると、aのグループで受診する意欲のある対象が(iii)準備期、fのグループが(i)無関心期、それ以外が(ii)関心期に分類される。

同先行研究を参考にすると、(iii)準備期の人々は、未来よりも現在の満足を優先する現在バイアスの高い人々であり、受診までの具体的な情報提供や環境設定が受診率を上げる有効な手立てとなる。一方の(ii)関心期の人々は、「自分はもしかするとメタボかもしれない」というネガティブな状況を参照点²³としている。このため、健診未受診の危険性を伝えるのではなく、健診を受診し健康行動をとることで利得が生じることを示すことが重要である。そして、(i)無関心期の人々は、「自分は健康であり、病気になるはずがない」というポジティブな状況を参照点としている。このため健診を現在の生活へのコストと考えやすい。彼らに対しては、「自分はもしかするとメタボかもしれない」という状況を参照点に転換させることが重要であり、健診を受けないことによる損失を率直に伝えることがその手段として考えられている²⁴。

²² 福岡市職員共済組合 HP の情報を参照した。(出典 URL:https://www.kyosai-fukuoka.jp/faq/qa_hoken.html#n_05)

²³ その点をもとに利得・損失の基準が分かれる点

²⁴ 大竹・平井(2018)

	目標意図（受診意欲はあるか）	健康への不安
①時間が取れない		
a.絶対的に時間が無い：(iii)準備期	○または×	○
b.工夫次第では時間が取れる：(ii)関心期	×	○
②通院している		
c.病院で検査を受けている：(ii)関心期	×	○
d.罹患した場合のみ通院：(ii)関心期	×	○
③受診する必要性を感じない		
e.健診制度への疑い：(ii)関心期	×	○
f.主観的健康観が高い：(i)無関心期	×	×

表 3 特定健診の課題に関する状態の分析（筆者作成）

3-4 国民健康保険被保険者の職業を踏まえた対象の分析

さらに、a から d に関して、これまでの先行研究や資料の知見、および国保の現状を鑑みること、より対象を具体化させたい。

国民健康保険実体調査（平成 30 年度）によれば、世帯主の職業別に見た世帯数の構成割合は、無職が 45.4%、被用者が 32.3%、農林水産業が 2.3%、その他の自営業が 15.8% であり、無職と被用者が圧倒的に多い。世帯別に見ると、一般世帯では世帯主が無職である割合が 45.3%で、被用者の割合が 32.3%となっており、無職あるいは非正規の被保険者が多いことが読み取れる。一方で、退職世帯では、無職が 55.0%、被用者が 34.3% ところらは、退職後も就労し雇用されている者が 4 分の 1 以上を占めていることが分かる。ここで 3-1 や 3-2 で行った検討を踏まえると、①「時間が取れない」（a, b）に含まれるのは、主に 40 代・50 代の被用者または自営業を営んでいる者で、②「通院している」（c, d）には高齢者が多く含まれると考えられる。

3-5 解決策の方向性

以上のように 6 つの対象に分類したうえで、どのように各要素について対策を講じていけば良いのか、まずその方向性について議論していく。

まず、「a. 絶対的に時間が無い」に関しては、(iii) 準備期の人々であり、受診までの具体的な情報提供や環境設定が重要であることから、医療サービスの供給量を増やす手段が考えられる。つまり、より近い場所でも健診が受けられるように医療従事者等と保険者が連携する、あるいは夜間や土日の健診を進めるなどである。ただ、これは病院に健診が出来るような設備を導入したり、医療機関自体のキャパシティを増加させる必要

があり、現在の医師不足等の問題とも相まって、1自治体では対処しにくい課題である。

次に b, c, d, e の対象については、各自治体の取り組みが特に重要になってくると考えられる。例えば「e. 健診制度への疑い」については政府が全国的に制度への信憑性を高めるような情報発信を行うよりも、各自治体で保健師等が中心となって、各ターゲットに対してどういったメッセージを発信するかを的確に判断し行う方がより効率的かつ効果的と考えられる。先ほど参照した研究²⁵でも、目標意図はないが乳がんについて不安を持つ対象者に対して、利得フレーム・メッセージ²⁶を伝えることで受診率を 4.7%から 17.3%まで向上させている。このように、対象者が自分の健康面に不安を抱いている場合、自治体から送られてくる送付物 1 つで実施率を向上できることが分かる。こうした場合に、重要なのは各自治体で健診の実施率を上げる方策について考え実行できる人材であり、そうした組織体制である。表 4-1 および 4-2²⁷は東京都 23 区それぞれの、特定健診の受診率向上に向けた主な取り組み 4 つおよび、未受診者対策の主な取り組み 3 つを行っているかの有無についてまとめ、受診率の高い順にまとめたものである。この表の特徴としては、北区（受診率 47.1%）まではどの自治体も合わせて 7 つの取り組みのうち、5 つ以上の取り組みを行っている。一方でそれ以降の目黒区（受診率 46.5%）からは 7 つのうち 3 つ以下の自治体がほとんどである。こうした特徴からも、自治体の人材および組織体制が重要であることが伺われる。これを政府が後押しするやり方として一つ、インセンティブ方式の方法が考えられ、現在施行されている制度もある²⁸。

²⁵ 渋谷班(2010)

²⁶ 受診することの利得を説いたメッセージ。同研究では「乳がんは早期のうちに発見して治療をすれば 90% 治る」という内容が書かれたリーフレットを対象者に送った

²⁷ 表 4-1 と表 4-2 はともに「東京都の健康・医療情報にかかるデータ分析事業 報告書」の表を一部改変したもの

²⁸ 保険者努力支援制度

		葛飾区	墨田区	杉並区	板橋区	江戸川区	北区	目黒区	文京区	荒川区	足立区	練馬区
	特定健診受診率 (%)	51	49.3	48.3	47.9	47.4	47.1	46.5	45.4	44.9	43.9	43.3
受診率向上に向けた取組	個別通知による受診勧奨	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	電話による受診勧奨	○	○	○	○	○					○	
	年齢等のターゲットを絞った受診勧奨	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○
	かかりつけ医からの健診受診勧奨			○		○	○					○
特定健診未受診者対策にかかる取組	はがき等での再通知による受診勧奨	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	電話による受診勧奨	○	○	○	○	○					○	
	医師会等との連携による取組	○	○			○	○				○	

表 4-1 東京都 23 区の受診率向上および未受診者にかかる取組みの有無（筆者作成）

		台東区	豊島区	中野区	江東区	品川区	港区	渋谷区	千代田区	世田谷区	大田区	中央区	新宿区
	特定健診受診率 (%)	42.4	40.8	40.6	39.7	38.5	38.2	37.9	37.7	37.2	36.9	36.7	33.2
受診率向上に向けた取組	個別通知による受診勧奨	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	電話による受診勧奨		○				○						○
	年齢等のターゲットを絞った受診勧奨		○	○	○	○	○	○		○	○	○	○
	かかりつけ医からの健診受診勧奨		○			○	○				○		○
特定健診未受診者対策にかかる取組	はがき等での再通知による受診勧奨	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	電話による受診勧奨		○				○						○
	医師会等との連携による取組		○			○				○			○

表 4-2 東京都 23 区の受診率向上および未受診者にかかる取組みの有無（筆者作成）

加えて、特定健診の受診率向上に向けて、政府が自治体のより質の高い政策形成を支援するために出来ることとして、自治体が政策に取り組む際のハードルをより低くすることがある。具体的には表 4-1、4-2 から読み取れることとして、表の取組み 7 項目のうち、「かかりつけ医からの健診受診勧奨」および「医師会等との連携による取組」については実施している自治体が、はがきでの勧奨などの取組みに比べ少ない。これは自治体と医師会との間の交渉で難航している部分があるためだと考えられる。こうした課題を緩和することが他に政府の役割として期待される。

他に、関心期における個別の解決策の方針として「b. 工夫次第では時間が取れる」については、関心期の対象に対して、健診を受診することで利得が生じることを伝えることの重要性を踏まえると、未受診の対象が健診を受けて健康行動を起こすことに、新しい価値を創出ことが考えられる。国保の被保険者の未受診者には40代・50代の割合が多く、そのうちの一定数が自営業または非正規の被用者として働いていることに着目すると、事業主に対して彼らおよび正規そして、非正規社員の健康を価値として認識してもらうかということが重要になってくる²⁹。

一方、「c. 病院で検査を受けている」人については、検査内容について特定健診と互換性がある場合もある。ただ、健診後、健診票を自治体に届け出ないといった手続きの煩雑さから、cの対象の一部で検査を受けているのに、受けていないとみなされる人もいる³⁰。そうした手続きの煩雑さを解消することは、行政で対処すべき課題であり、マイナンバーを用いて解消を目指す方向性で政府は動いている。

では、「f. 主観的健康観が高い」対象にはどのようにアプローチすべきなのだろうか。表4-1および4-2を見ると、確かに先述したように、受診率が高い自治体の方が、取組んでいる方策の種類は多いが、例えば豊島区(40.8%)や港区(38.2%)、新宿区(33.2%)では取組んでいる方策の種類数に対して、結果が出ていない。では結果が出ている地区ではどのような取組みが行われているのか、東京都23区のうち、実施率が45%を超えている自治体の1つの保健所職員へのインタビューを行った結果、高い要因としては住民の性格なのではないか、という回答を得た。具体的には、自治体からの送付物を確認したり、反応したりする、そうした人が多いことも一因なのではないか、ということであった。ただ、都内の住民の性格が区ごとに異なるとは考えにくく、そうした行動および性格形成に至らしめている一つの要因には住環境、特に住民同士のコミュニケーションといった、ソーシャルキャピタル³¹があるのではないかと考えられる。大橋・渡井・村嶋(2012)の調査では、配偶者や職場の者の指示的規範³²を認識している方が、受診意思を示しており、他方で受診意思がない者には、男性、未婚、単独世帯の者が多いことが分かっている。(i)無関心期への対応も踏まえると、世帯内あるいは、世帯間、地域で、主観的健康観が高い人々に対し、医者らが中心となって、健診を受けないときのリスクを率直に説明することが、特定健診を受診するという規範の醸成につながり、受診率の向上に大きく寄与すると考えられる。

²⁹ 一つのモデルとして、健康経営を念頭に置いた

³⁰ インタビューより

³¹ 調整された諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴(ロバード、2001)

³² 「ある行動に関して他者から『すべき』と伝達されることによって形成される規範」大橋・渡井・村嶋(2012)

第4章 制度の公平性などに関する分析

先ほどまでは特定健診制度の受診率が伸び悩んでいる原因について触れたが、この章においては、現行の制度に関して、制度の公平性の観点から特定健診制度の課題について議論していく。具体的には、保険者に対し予防・健康づくりの施策に継続的に取り組むために盛り込まれた、後期高齢者支援金の加算減算制度について、議論する。これを通して、健康という国民に選択の自由が保障されている分野において、政府がどのように関与していけばよいのかを検討していきたい。

4-1 現行制度の概観

平成18年度の社会保障制度改革³³によって後期高齢者医療制度が設立されたことで、従来の老人保健制度において、それぞれの保険組合の中で現役世代が高齢者を支える仕組みであった構造から、後期高齢者の医療保険制度が独立する形になったため、社会連帯の理念に基づいて現役制度が高齢者全体を支える制度となった³⁴。後期高齢者の保険料だけでは、後期高齢者医療制度が賄いきれないため、財源として公費約5割、被保険者保険料1割、そして約4割を被用者保険・国保等が負担しており、こうした保険組合が負担している支援金を「後期高齢者支援金」という。

現在は同制度の下で、保険者の継続的な予防・健康づくりを促すために、被保険者の生活習慣の改善度合いに応じて、組合健保については後期高齢者支援金の加算減算方式、国保については保険者努力支援制度を導入している。高齢者支援金の加算・減算の具体的方式については、加算（ペナルティ）の場合、受診率を基準に考えており、全保険者に対して実施目標を達成することを目指して、「実施率が第3期目標の1/2未満」（単一健保組合の場合、45%未満）あるいは「特定保健指導の実施率が0.1%未満」の場合、加算率が2018年度は1.0%、2019年度は2.0%、2020年度は5.0%という形で徐々に上がっていく制度設計となっている。また減算（インセンティブ）の方は指標が異なっており、(i)特定健診の実施率や前年度からの上昇幅、(ii)受診勧奨を行っているか、(iii)加入者への情報提供を行っているか、(iv)後発医薬品の促進を行っているか、(v)加入者に向けた健康づくりの働きかけを行っているか、など大きく分けて7項目に基づいて評価されている³⁵。

一方の保険者努力支援制度については、国保が都道府県および市町村の下で運営されていることから、都道府県と市町村に関してそれぞれ行っている取組みや実績に関する

³³ 平成18年度に

³⁴ 土佐(2008)

³⁵ 厚生労働省 第40回保険者による健診・保健指導等に関する検討会 資料2

指標を点数化し、点数の多寡に応じて助成金全体³⁶を按分する制度となっている。例えば特定健診・特定保健指導の実施率はそれぞれ 35 点、個人へのインセンティブ提供は 45 点³⁷という形で、政府が毎年指標及びその点数付けを見直して運用し、給付している。

4-2 正当性や公平性などに関する論点

次に、こうした制度について考えられる論点として以下の 3 つを挙げる。

(i) 【加算減算制度により、個人の健康に対する考え方に干渉し得ることの正当性】について

(ii) 【組合員間の公平性】について

(iii) 【不健康な選択へのペナルティ】について

まず、1 点目として、健診を受けることが人々の自由選択であるにも拘らず、受診しなければ保険組合の後期高齢者支援金の額が増大したり、保険者努力支援制度における支援金の額に影響を及ぼす。現在は、加算（ペナルティ）率について 1%や 2%であり、また対象も比較的少ないが、今後加算率が 10%まで拡大し、対象の組合も拡大した場合に、負担が増加し保険料の差として表れ得る。こうした場合に、特定健診の受診を受けていないことを選択していることで負担を背負うことになるが、それはどのように正当化されるのか。

2 点目は、組合内の公平性に関する議論である。仮に加算減算方式やインセンティブ方式³⁸によって組合間の保険料に影響を受ける場合、被保険者には特定健診を受診した者と受診していない者が考えられるが、現在の方式では彼らの保険料が同一で変動するため、それは特定健診を受診した者からすれば公平性に欠けるのではないだろうか。

3 点目は、インセンティブ方式と加算減算方式の違いに関してである。国保の場合はインセンティブ方式という形をとっているが、健保組合全体の中で、減算（インセンティブ）の対象の保険者が免除された高齢者支援金の金額を、加算（ペナルティ）の対象の保険者が負担する仕組みとなっている。果たして加算減算方式の採用は正当化されるのか、検討を行う。

4-3 加算減算方式導入・施行後の議論

これらの論点に関して、どのように正当化されているのかを調べるために、加算減算方式が導入された経緯や法律が施行された後の議論を追う。なお、国保の保険者努力支援制度のように後期高齢者支援金の負担分に関するインセンティブ付けには、保険者でそ

³⁶ 平成 30 年度の場合、市町村分として 300 億円程度、都道府県分として 500 億円程度が給付されている。

³⁷ いずれの点数も平成 29 年度のもの

³⁸ 保険者努力支援制度のことを指す

れぞれ制度が異なっているが、保険者が後期高齢者支援制度への拠出が法律で定められた、2008年の段階では全保険者を対象に加算減算方式が用いられる予定となっていたため、今回は加算減算方式のみに着目する。

特定健診に加算減算方式が導入された目的は結局、「保険者機能の強化」であり、健診の受診率等が低いと加算（ペナルティー）され、それが間接的に被保険者の負担になることに関してまで被保険者目線で議論しつくされていないと考えている。もともと小泉政権下では「聖域なき構造改革」が掲げられ、平成13年から平成18年3月までの5年間で約1500項目以上の規制改革を実現している³⁹。小泉改革の下では行政のスリム化・財政の効率化の進展に注力しており、その一つの例として市場化テスト法の成立（平成18年5月）が挙げられる。市場化テストは従来の行政が行ってきた外部への業務委託ではなく、行政が提供するサービスについて同種サービスを提供する民間事業者が存在する場合に、公平な競争条件の下で、競争入札を行う、というものである。これは公共サービスの提供を官民の競争下に置くことで、よりよいサービスの提供を目指すものであり、1980年代からのNPMによる行政改革の試みのひとつと言える⁴⁰。

このように小泉改革では市場化あるいは、競争原理の導入を念頭に置いた政策が打ち出される傾向にあり、それを支えていたのが、当時経済財政政策担当大臣等を務めていた竹中平蔵氏や、経済財政諮問会議と言われている。特に経済財政諮問会議は、「経済財政の運営と改革の基本方針」（いわゆる、骨太の方針）を決議しており、政策の基本骨格の構成を担っていた。この経済財政諮問会議が医療費適正化に関して、平成17年2月の経済財政諮問会議において名目GDPの伸び率を指標として、社会保障給付の伸び率を管理する仕組みを提案している一方、尾辻厚生労働大臣（当時）が反対し、当時の政府の意見対立の構造が分かる形となっているので、平成17年度での経済財政諮問会議での意見について簡単に紹介する。

民間議員は以下のように、社会保障給付費におけるマクロ経済指標の必要性を説明している。

○第9回経済財政諮問会議より

システムの持続可能性を高めることが重要である。給付を持続可能な形で管理していくには、それを支える負担を踏まえることが必要である。負担は、所得にリンクしており、国全体の所得は名目GDPであるから、それを超えて社会保障費が膨らむと、持続可能性に欠ける。そこで、名目GDPを基本とするマクロ経済指標に基づいて、社会保障給付費の伸びを管理する。ミクロのきめ細かい政策の積み上げだけでは、持続可能な形で社会保障給付を維持できない。

³⁹ 内閣府(2006)

⁴⁰ 外山など(2014)

こうした意見に対して、谷垣財務大臣（当時）は負担できる水準に合わせて、給付の適正化について合意できる枠組みを作ることが必要であると主張し、麻生総務大臣（当時）は何らかの伸び率管理が必要である、という形で賛成している。一方で尾辻厚生労働大臣（当時）は以下のような考えから反対している。

公的医療保険において、必要な診療を保障するというのは基本的な機能であるので、維持していかなければいけない給付があるうえ、医療費の高度化に伴う自然増もある。このため、経済成長率が低い時期に結果的に GDP の伸びを上回ることも、経済成長率が高い時には下回ることもあり、医療費適正化のための目標は必要だが、マクロ指標は社会保障給付費にはなじまない。

以上が、厚生労働省と経済財政諮問会議のそれぞれの主張であるが、いずれにせよ骨太の方針 2005 では

「超高齢社会にあっては、社会保障制度が持続可能であることは国民生活にとって不可欠なことであり、（中略）「国民の安心」、「持続可能性」という観点は最重要である。そのためには、（中略）過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制しなければならない」（経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2005）

とされ、医療費削減が至上命題となっていた。経済財政諮問会議等に対して、マクロではなくミクロに効果的に政策を積み上げることで、目に見える形で削減効果を出さなければならない、その一つの方法が保険者機能の強化による生活習慣病予防の下での医療費削減であったと考えられる。

社会保障審議会医療保健部会では、医療費削減について遅くとも平成 15 年の段階で入念な検討が行われていたことが伺える⁴¹。ただ、当時の医療費削減に関して具体的な方法として検討されているのは、病床数の管理や平均在院日数といった、「治療」の段階での医療提供体制の見直しであり、生活習慣病予防の重要性に関する意見もあるが、結局は保険者へのインセンティブ付けをどのように行うかという段階の議論であり、医療費削減の主眼はあくまでも医療提供体制の見直しに置かれている。こうした状況の中で、厚生労働省厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会が「今後の生活習慣病対策の推進について」（中間とりまとめ）を平成 17 年 9 月に公表したことで、状況が変化したと考えられる。このとりまとめにおいて、従来から実施されていた健診・保健指導では生活習慣病予備軍の抽出と保健指導の徹底が不十分としてきた。ここで科学的根拠としてメタボリックシンドロームを一つの基準とすることで、生活習慣改善の必要性が高い

⁴¹ 栄畑(2007)

ものを確実に抽出することを政府に求めた⁴²。この提言は社会保障審議会医療保健部会でも取り上げられることとなり⁴³、経済財政諮問会議等にも実効的な政策に基づいた医療費削減効果を明示するためにも、医療提供体制の見直しに加えて、生活習慣病予防に向けた具体的な政策を打ち出す必要があった。

新しい保険制度（後期高齢者医療制度）の創設や、保険者の再編・統合、診療報酬体系の見直しといった、膨大な法改正を平成 17 年の段階で翌年の医療制度改革に間に合わせる必要があり、特定健診の制度も新設であったことから、特段被保険者目線の議論をする間もなく、特定健診において医療費適正化の効果を出すための方法として、従来から問題になっていた保険者のインセンティブ強化と掛け合わせて、後期高齢者支援金への加算減算という形が立案されたと考えている。

加算減算制度の立案プロセスに関する詳しい議論は審議会・検討会では見当たらなかったが、主要な論点についてさえ意見がまとまっていないことを鑑みると、法改正が膨大で、1つ1つ丁寧に検討する時間が無かったと考えられる。平成 17 年 10 月に厚生労働省から出された「医療制度構造改革試案」において、「国は、医療保険者による後期高齢者医療支援金（仮称）の負担額等について、政策目標の実施状況を踏まえた加算・減算の措置を講ずる⁴⁴」旨が初めて明記され、平成 18 年 6 月 14 日に第 164 回通常国会において、「健康保険法等の一部を改正する法律」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」が成立していることから、省庁内部で高齢者支援金への加算減算の導入が決められたと考えられる⁴⁵。

以上が、導入までの議論であるが、施行後はどうだったのか。施行後は、特定健診の制度に関連する議論は、主に厚生労働省保健局が実施する検討会である「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」で行われている。平成 25 年度から加算減算制度が実施されることが決められていたため、平成 23 年度よりこの検討会が立ち上がり、①加算・減算する対象はどのように設定するか、②加算・減算する率をどうするか、といった論点を厚生労働省側が設定して、各保険組合の代表や、医師会の代表・専門家等が集められ検討会が行われた。しかし、この検討会で特徴的なのは、平成 24 年まで各保険者が基本的にこの加算・減算制度に対して反対を示していることである。例えば国保の代表は、被保険者が保険組合を移り変わる中で、国保はセーフティネットとしての役割を備えており、相対的に所得が低く、健康意識の低い被保険者が加入しやすく、他組合に比べて前提条件が大きく異なる、と述べている。また市長会や連合の代表は、加入

⁴² 小林(2015)

⁴³ 第20回社会保障審議会医療保険部会 資料3-1

⁴⁴ 厚生労働省(2005)『医療制度構造改革試案』

⁴⁵ 平成 17 年 10 月 19 日に発表された厚生労働省の医療制度改革試案では、「国は、医療保険者による後期高齢者医療支援金（仮称）の負担額等について、政策目標の実施状況を踏まえた加算・減算の措置を講ずる。」とあることから、この時点では方針として決まっていたことが伺える。

する公的医療保険者の特性によって保険料率が変わり得ることや、被保険者への健診の実施率だけではなく、実施率向上のために行っている施策などにも着目すべき点を指摘した。

こうした反対の意見に対して、検討会の方針としては、前提として制度の廃止は検討されないと明言されている。そのうえで、挙がっている懸念点をどのように解消していくか、と言う方向性である。そのため、先ほど主張にもあった、国保の加入者の健康リスクの高さ等の懸念を踏まえて、国民健康保険は加算・減算制度の対象から外され、代替りのインセンティブ制度として保険者努力支援制度が作られた。また、最近では加算・減算制度の指標の見直しが進み、保険者が健康づくり推進のための施策を行っているか、といった項目も減算（インセンティブ）の対象に入れられている。

4-4 加算減算制度に関する公共哲学的検討

政策の導入および現状は以上の様であるが、どのように政府はこの加算減算制度について正当化しているのか、あるいはどのような対立する意見があるのか、国会での論点に関する発言を挙げる。そのうえで公共哲学的な観点（特に、リバタリアン・パターンリズム、義務論（カント倫理学）、共同体主義）から、各論点について検討し、共同体主義の立場を中心に加算減算制度のあるべき姿を考える。

(i) 【加算減算制度により、個人の健康に対する考え方に干渉し得ることの正当性】について

この論点については以下の発言が記録されている。

・第164回国会 参議院 厚生労働委員会

○家西悟「では、本法案では健康診査の目標達成率に応じて後期高齢者医療への支援金の額が違ってくることになっているわけですね。そして、健康推進のインセンティブを与えているわけです。しかし、これは一歩間違うと健康を強要する環境をつくりかねません。」

（中略）

「そういうようなおかしな雰囲気をお国が率先してつくってしまうことになりかねないかということをお変私に危惧しているわけですが、大臣、そういうことはないのでしょうか。お尋ねを申し上げます。」

○川崎二郎（厚労大臣）「例えば、喫煙というものを取り上げましても、これはいろんな研究結果からいいましても、体には必ずしも良くないだろうと。だから喫煙は避けた方がいいと。しかし、それは個人の自由だということで、結果として病気になってしまった、これはやっぱり個人の責任と、これは個人の判断であろうと思っています。」

そういう意味では、酒の飲み過ぎとかたばこの吸い過ぎとか、こういうものについては、おれが病気になっても余り文句言わぬでくれという中で個人が選択されているものであると思いますので、そういうものは現実としてはある。しかし、我々としては、国としては、喫煙はなるべく避けた方がいいですよということは申し上げていく、申し上げている。しかし、個人の自由まで奪おうとは思わない。そこは、正直申し上げて程度の問題だろうと考えております。」

「国が示す方向として、予防というものに力を入れていただきたい、また、保険者もお願い申し上げたいと、しかし、一人一人の人たちの正に価値観というものゝ国が当てはめるものではないと、こう申し上げたんです。

たばこも、そういった意味では、例えば、こういう全員が仕事をする場についてはたばこを吸わないようにとか、厚生省の中では吸わないようにとか、そういうものはいたしておりますけれども、個人の権利、自由というものももちろんあるだろうと。そういう意味では、私どももこの生活習慣病対策の方向性は指し示して、またある程度目標を持たしていただくけれども、一人一人の生活行動まで全部規制を掛けるというようなことは考えてないと申し上げているわけでございます。」

以上の様に、(i)の論点について政府は、生活習慣病対策について目標を設定する程度であり、個人の生活行動すべてに規制をかける訳ではなく、個人の自由を侵害していないと回答している。しかし、政府は政策において、受診率等の目標設定以上に干渉の強い、受診率等に応じた支援金の負担割合という形式をとっており、果たしてそこまで踏み込んだ政策が個人の自由を侵害していないか、についてまでは回答していない。

この政策方針は、リバタリアン・パターナリズムの立場に立っていると考えられる。3-3で述べたナッジの思想的背景がリバタリアン・パターナリズムであり、人間は非合理的な判断が出来ず、そうした行為を反復することから、パターナリスティックな観点からの、権力的な強制に頼らない施策を打ち出し行動変容を促す必要がある、という考えである。

一方、義務論（カント倫理学）では規範に従うことが、行為が道徳的に善き行為であるための必要条件であり、個人の自律性に固有の価値を認めている。このため他の人たちの権利を侵害しなければ、最善と思われる方法で自分の幸福を追求することは各人の自由裁量に任されている。こうした価値観の下では、国家に求められる役割として重要なことは、他者による自由の侵害の阻止であり、個人の自由に対する介入は、個人の自由と自由を両立させる場合に認められる。この義務論の立場から考えられる、加算・減算制度への意見としては、リバタリアン・パターナリズムの考えに近いこの制度は、自由の体系としての市民社会を、統治の論理で刷新しようとする企てであり、不健康に生きようとする個人の自由を侵害している、と考えられる。また、その行為が道徳法に従ってなされているか、という点を重視する義務論としては、医療が本来的には人の健康

という目的のためにあるのに、その当事者たる被保険者の視点に立つことなく医療費削減という目標を根幹にして打ち出された今回の政策は受け入れられず、より被保険者・被扶養者目線の議論が要求される⁴⁶。

他方で、リバタリアン・パターナリズムから以下のような応答も考えられる。この制度の下では、健診を受けないという、政策による干渉に対する解除可能性が保障されている。このため個人に選択アーキテクチャの下で構築される行為環境は、政府が設定した目的を強要するものではなく、あくまで行為選択者を支持する目的達成の補助・援助だけに介入の範囲と程度を限定しており、個人の自律性尊重との両立が可能である。

ただこうしたリバタリアン・パターナリズムの考えが認められるには、加算・減算制度によって、ペナルティの程度が具体的にどのくらいの金額であるか、またそうした負担を可能な限り個人に負わせない仕組みが取られているか、という観点を踏まえた総合的な個人への影響の程度から検討される必要があると考えられる。

次に共同体主義の立場からの検討を行う。サンデル（2014）は禁煙に関する研究を挙げ、インセンティブ付けを行うことで、個人レベルでは目的に対する善き姿勢が腐敗し、それによって金銭的なインセンティブが長期的には続かず、インセンティブの効果が小さくなったという結果を紹介している。また共同体レベルにおいては、核廃棄物処理場の建設受け入れのために金銭的インセンティブを提案に加えた結果、受け入れの賛成者が減った例を紹介し、市場メカニズムの導入で共通善への貢献といった公共心が締め出されると述べている。よって共同体主義における公共性の基準は、コミュニティの基礎にある公共善の観念であり、それに適っているかが問題となってくる。この観点から加算・減算制度について検討すると、金銭的インセンティブによる受診勧奨は個人の健康に対する善き姿勢の腐敗に繋がっており、また健康行動を通じて医療費適正化や医師の将来的な負担を減らすことにも貢献しているといった、共通善への貢献の意識を損ねることとなる、といった批判が考えられる。

(ii) 【組合員間の公平性】について

続いて、この論点については以下の国会での発言が記録されている。

⁴⁶この考え方は、第21回社会保障審議会医療保険部会における浅野 宮城県知事(当時)の以下の発言に近い部分がある。

「経済財政諮問会議に言われたからといって、医療費適正化ばかり頭にあって、予防とか今のたばこもそうだと思うのですが、これはそれ自体重要な価値であって、それを医療費適正化という中に入れた途端に価値がぐんと下がるという、その辺は今回のこの全体のスキームが国民全般に受け入れられるかどうかという説明上の非常に重要なかぎだと思っています。」

「医療費適正化のために予防をやるのですよ」と言われて、そんなことがハッピーでしょうか。「糖尿病にならないようにするためにこういうことをやるのですよ」と、ほんのわずかなずれのように思われても、これは今回の全体のスキームにとって非常に重要な視点であると。それが都道府県レベルでは今のようないい方になりますよということですので、単に都道府県の役割分担のことだけの話ではなくて、全体のスキームに関連することです。」

第 164 回国会 参議院 厚生労働委員会

○家西悟「では、本法案では健康診査の目標達成率に応じて後期高齢者医療への支援金の額が違ってくることになっているわけですよね。そして、健康推進のインセンティブを与えているわけです。しかし、これは一歩間違えると健康を強要する環境をつくりかねません。

例えば、そうすると、病弱な人、慢性疾患を持っている人、健康でいたくてもいれない人たちは肩身の狭い思いをすることにはならないでしょうか。ある種、私は、これは言葉は悪いのかもしれないけど、ホロコーストにつながりかねない。なぜかという、我が町にはこんなに病人がいる、あなたたちがいるから目標が達成できない、あなたたちのせいで医療費がかさむんだ、太っていることは悪いことだと、こんなような話が聞こえてきそうな気がしています。」

○川崎二郎（厚労大臣）「個人の自由と、また病気になられた方々に対してそのような、ある意味では偏見的な話があったらこれはもう断じていかぬ話でありますから、厚生労働省としてもしっかりその辺は注意してまいりたいと申し上げております。」

以上の様に政府は明確な回答を打ち出せていないが、家西氏の質問にあるような事態が起こるのは、パターンナリズムによって同じコミュニティ内でも、給付を受ける人ももらえない人、あるいはフリーライダーと負担する人、という形で状況の異なる人が存在するという、保険制度に存在する不公平さゆえである。ではどこまでその不公平さを受忍しなければならないのか、社会保険制度の意義を踏まえうえで方向性を見出し、それに対するリバタリアン・パターンナリズムからの反論も検討する。

社会保険制度の特徴としては(a)強制加入であることと、(b)リスクに比例した保険料設定ではないことが挙げられる。これらの特徴には、近代市民社会の基本として個人の自由な意思や選択を保障した自立・自助ではありつつも、人生における数多くのリスクに対して共同でリスクを分散した方が安心できる、という価値観が背景にある⁴⁷。しかし、加算減算制度はこうした保険制度の価値観には馴染まないのではないかと考えられる。前提として、リスクの医学が多因子的病因論に立って、ライフスタイル以外にも外部環境など様々な原因が複合的に合わさって、疾病を引き起こすと考えられている⁴⁸。そしてそうした多様なリスクに備えるために公的医療保険は存在している。しかし、加算（ペナルティ）する対象選定については、現在特定健診や特定保健指導の実施率のみで選定される⁴⁹。少なくとも特定健診の実施率はリスクの考えに馴染

⁴⁷ 島崎(2020)

⁴⁸ 今田(2013)

⁴⁹ 第 40 回保険者による健診・保健指導等に関する検討会 資料 2 によると、少なくとも 2023 年度末ま

みにくいと考えられる。実施率はリスクの考えに馴染みにくい。なぜならば、現在健診受診の無料化が進んでおり、経済的な障壁は低い。また、受診は1年に1回行えばよく、つまり1年で約3時間拘束されるのみであり、現在ほとんどの対象者が、何の障害なく受診することが出来る状況にあると考えられる。上の社会像に照らし合わせると、個人の自由な意思を尊重した自助の方向性をこの政策に関しては取るべきであり、保険者別の実施率に基づいた加算という制度は適さないと考えられる。

しかし、この考えにはリバタリアン・パターナリズムからの反論が考えられる。リバタリアン・パターナリズムでは、個人には限定合理性が存在するため、「健診に行くのを止める」、といった個人の意思力の低さをリスクとして検討しなければならず、保険者別の実施率によって加算（ペナルティ）を行う現在の制度は妥当と判断され得る。

(iii) 【不健康な選択へのペナルティ】について

この論点については、以下の参考人の発言がある。

第 189 回国会 参議院 厚生労働委員会

○白川修二

「私が疑問に思っておりますのは、特定健診の実施率、保健指導の実施率と後期高齢者の支援金の金額との因果関係がはっきり明確にならないまま、現行、今実施されているわけです。

(中略)

そういうインセンティブとかペナルティーとかいうことはなくても、それぞれの保険者は自分たちの保険者機能を発揮するというところに責任感、義務感を持って取り組んでおりますので、こういう、何と申しますか、ペナルティーで誘導するようなことは思想としてもおかしいのではないかなと私は考えております。」

共同体主義の立場から考えると、ペナルティはコミュニティの願いや規範を反映したものであり、仮にペナルティを認めたならば、形式上は保険者が目標の受診率に達しなかったことを認めない規範を反映したものであるが、間接的には個人が健診を受けない自由が認められない事となる。こうした価値観は(i)で取り上げた、川崎大臣の発言「一人一人の人たちの正に価値観というものを国が当てはめるものではない」に反することになる。このため今後提言の方向性にて、「未受診を認めない」という規範を反映したペナルティは採るべきではなく、自身の健康に寄与する行動を起こした個人をインセンティブ方式を用いて称賛する形が望ましいと考えられる。

では、引き続き(1)全保険者目標を達成できていること(特定健診の場合は70%)、(2)保険者種別の目標達成に向けて保険者種別毎に実施率の平均値を大きく下回っていないことのいずれかに該当すれば、加算を免れる設計となっている。

4-5 その他の論点

加算減算制度自体に関しては以上の3つの論点が考えられるが、他に「後期高齢者支援金に関する論点」と、「加算減算制度と後期高齢者支援金の関係性に関する論点」があり、制度を見直す際に重要な論点であるため紹介する。まず、後期高齢者支援金に関しては、被用者保険および国保が後期高齢者支援金を負担する根拠が曖昧であることが挙げられる。後期高齢者医療制度が創設される前の旧老人保健法では、高齢者はみな各医療保険制度に加入しながら、旧老人保健法の適用を受けて居住地の市町村長から給付を受けている。この制度の下では、被保険者の支払った保険料は自らの医療保険の被保険者である高齢者の医療給付に充当されるので、保険者も保険料を被保険者の給付に充てたという反対給付性が確保できた。しかし、後期高齢者医療制度の下では、75歳を基準に全く別の保険制度に属する形となっており、政府はこの構造について「今後増大が見込まれる後期高齢者医療の増大を国民全体で支えるべきという社会連帯の精神」という曖昧な根拠を用いて説明している⁵⁰。次の論点として、加算減算制度と後期高齢者支援金の関係性とは、仮に後期高齢者支援金が社会連帯の精神に基づくものと説明できたとしても、なぜ後期高齢者のために連帯して負担している支援金について、なぜ被用者保険等の健診の実施率で負担割合を変えなければならないのか、ということである。

4-6 解決策の方向性

4-5で述べたように現在の公的医療保険では、被用者保険や国保が後期高齢者医療制度を支えるという、受益と負担のアンバランスな状態が、国民全体で後期高齢者医療を支える「社会連帯」として正当化されている。第4章全体の議論を踏まえると、解決策の方向性としては、給付と負担のバランスが実感できかつ、共同体主義の立場のように個人の公共心を発揮させるインセンティブ方式の制度が良いと考えられる。一方で、「加算減算制度と後期高齢者支援金の関係性に関する論点」に関する方向性として、なぜ健診の実施率で負担割合を変えなければならないのか、という点はあるが、後期高齢者医療制度を引き続き負担する者は必要であるという点から、各保険者数や所得を加味しつつ、各保険者同じ加算率で、後期高齢者支援金を負担していくことが考えられる。

⁵⁰ 白川(2012)

第5章 考察

最後に、3-5、4-6 で述べた課題とそれに対する解決策の方向性を振り返りつつ再検討し、全体としてどういった形での特定健診を進めれば受診率向上および、加算減算制度の公平性等の改善につながるかを考察する。

(i) 3-5 で触れたもの

第3章においては、「a. 絶対的に時間が無い」・「b. 工夫次第では時間が取れる」・「c. 病院で検査を受けている」・「d. 罹患した場合のみ通院」・「e. 健診制度への疑い」・「f. 主観的健康観が高い」の6つに未受診者の要素を分別した。そのうえで取るべき政策の方向性として、以下のものが挙げられる。

(a) 絶対的に時間が無い

この課題を解決するためには、健診に要する時間を削減する必要があるが、そのアプローチとして①医療機関側からのアプローチ、もしくは②被保険者・被扶養者によるアプローチの2つの方向性が考えられる。その具体的な方向性として以下の案が挙げられる。

①医療機関側からのアプローチ

国保の場合、健診を受診するために被保険者が選択できる医療機関がいくつかに限られている。これは、各自治体内で特定健診を受診できる環境が整った機関に限られていることが大きい。このため検査できる機関数を増やすための財政的支援がまず考えられる。ただより迅速に対応できる方向性としては、平日は仕事で受診出来ない被保険者らを念頭に、休日健診の充実への支援も考えられる。一方で、育児・介護等で時間が取れない被保険者・被扶養者等を念頭に置くと、医療機関へ通う機会も比較的多いことから、他の問診等の機会に同時に健診を受診できる環境を整備することも考えられる。

②被保険者らによるアプローチ

被保険者らの行いによって、健診にかかる時間を削減できる方法としては、被保険者ら自身による自宅での測定の実施が挙げられる。これは現在、実施されている事業でもあり、例えばKDDIが展開する「スマホ de ドック」は、血液検査セットを使って自身で採血し送付することで、後日スマホやPCから中性脂肪や総コレステロール、血糖値、HbA1c、肝機能（AST, ALT, γ -GTP）等の生化学14項目の結果をチェックできるサービスである。こうした民間の検査キット等を希望する人々に配布することで、心電図等の機器が必要な健診のみで健診当日は済ませることが出来、より短時間での受診が可能になる他、医療機関側からしても人的資源の投入量を抑えられる。

ただこのアプローチには2点課題があり、1点目は検査結果の信憑性である。これに関しては、例えば上で挙げた「スマホ de ドック」は厚生労働省から組み合わせ医療機

器として承認された検査キットを使用しており、一定の信憑性は見込めるものと考えられる。2点目に関しては事業化出来、企業と連携できるかであるが、これに関しては現在同様のヘルスケア事業では、各自治体と企業との間で個別に契約が結ばれている。これを利用して、契約した自治体でキットを配布した人々の受診率が上昇すれば、一定のインセンティブを自治体から企業に支払う形で連携する余地が見込めると考えられる。このため、政府としては、特定健診を他の血液検査などで一部代替可能という形に制度設計をし直すことが求められる。

(b)工夫次第では時間が取れる

40代・50代の割合が多く、そのうちの一定数が自営業または被用者として働いていることに着目すると、健診受診が健康につながるという利得を生じさせるには、事業主に対して彼らおよび正規そして、非正規社員の健康を価値として認識してもらうという方向性が考えられる。具体的な方向性としてはESG投資や健康経営などを参考に、金銭を介して新たな価値を生み出すことが挙げられる。ここにおいて政府は法律や市場などの投資環境を整備する役割を担う必要がある。

(c)病院で検査を受けている

ここでは病院で検査を受けているが、健診票を自治体に提出せず、健診を受けているにもかかわらず、受診していない人々を対象にしているので、こうした手続きを簡素化するという行政で対処すべき課題である。現在、厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」を中心に、マイナポータルを用いて自身の特定健診情報閲覧出来るようにしたり、また医療機関で受けた場合の受診手続の簡素化を行っており、これを進めれば解消に貢献できると考えられる。

(d)罹患した場合のみ通院、および(e) 健診制度への疑い

最終的に住民への健診制度の重要性についての説明によって解消する方法が望ましく、都道府県ごとでの機能の発揮が重要になってくる。ここで各都道府県あるいは市町村に保険者機能を発揮してもらうには、今までの議論を踏まえるとインセンティブが望ましい。そうした時に加算減算制度では、ただ金銭的ペナルティを課すことで、自発的な改善を促していたが、むしろ国がその実情を知ること、その保険組合だけでは解決できない問題を汲み上げることも重要である。そうした意味で、実施率の低い組合のうち無作為に抽出した組合への調査が有効だと考えられる。これは実施率が低い組合には改善のインセンティブになり、また被保険者には余分な金銭的負担がかからず、また政府にとっては地方の問題を把握する機会となる。加えて、保健師へのインタビューからも分かるように、目の前の業務に追われ業務改善がままならない保険者もいる。そうした保

険者の環境改善が行われれば、一段と保険者機能が発揮されると考えられる。

(f) 主観的健康観が高い

住民の性格が行政単位ごとに異なるとは考えにくく、行動および性格形成に至らしめている一つの要因には住環境、特に住民同士のコミュニケーションといった、ソーシャルキャピタル⁵¹があるのではないかと考えている。例えば、保健師にインタビューを行った際にも、健診の受診率向上の基盤には医師による受診勧奨が昔から行われている背景があった、とのことであった。(b)で述べた形で、幅広い個人に健康観が醸成されていくことが望ましいが、政府が出来ることとしては、医師会といった他のアクターを自治体と連携させることである。特にこの部分の知見は、実施率が上位の組合のベストプラクティスと、(d)(e)の部分で述べた低実施率保険者への調査を行い比較することで見えてくる部分もある。

(ii) 4-6 で触れたもの

第4章では加算減算制度について(i)【加算減算制度により、個人の健康に対する考え方に干渉し得ることの正当性】について、(ii)【組合員間の公平性】について、(iii)【不健康な選択へのペナルティ】について、という論点を挙げ、公共哲学的な観点も踏まえながらどういった制度が最適か検討した結果、以下の方向性となった。

(a) 後期高齢者支援金について

後期高齢者支援金の各保険者の負担割合と特定健診の実施率との連動を無くし、各保険組合の財政状況等に応じて負担割合を固定化していく方法が考えられる。

(b) 受診率向上のためのインセンティブ付け

保険者ではなく、被保険者・被扶養者に自身の健康行動に直結したインセンティブ付けを行う。具体的には、被保険者・被扶養者個人へのインセンティブとして、特定健診・特定保健指導を受けた場合、受診プロセス終了時から1年間生活習慣病治療等の特定疾患で通院した場合の窓口負担割合を提言することが考えられる。これによって個人にとっても受益と負担のバランスが意識でき、公共心の発揮にもつながる。

(iii) 再検討

以上では、主に持続的な医療体制の構築という目的で保険者に対して設けられたインセンティブおよびペナルティに関して、公共心の発揮などの観点から後期高齢者支援金

⁵¹ 調整された諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴(ロバード、2001)

負担分の加算（ペナルティ）を除くべきであるという方向性を示した。また、受益と負担の関係性を明確にするという観点から、個人が特定健診を受診した場合の窓口負担割合の軽減という方向性も示した。全体として、今まで保険者に対して向いていたインセンティブ付けの矢印を被用者・被扶養者にも向けてはどうか、という形の議論を行ったが、仮に個人や自治体へのインセンティブ付けが行われても解決しきれていない部分が存在する。それが自治体と医療機関との連携であり、これは政府が主体的に取り組むべき課題であると3-5でも述べた。自治体と医療従事者との連携が特定健診の受診促進の点では進んでいない、という課題に対して、政府が何らかの文書で通知するだけで状況が変えられるとは考えにくく、反対に全国の地域ごとの状況を把握し連携を進めるために介入出来る資源も現実的に無い。そこで上で述べたようなベストプラクティスの横展開を行いつつ、医療従事者のインセンティブ付けを盛り込んだ制度変更を行うことで、医療機関の側から主体的なソーシャルキャピタル創出のサポートが出来ないか検討する。医療機関へのインセンティブ付けは、海外の方が積極的に行っているため、海外の制度を簡単に紹介し、日本に適用できないか検討する。

①イギリス

まずはイギリスにおける制度を概観する。イギリスでは家庭医がプライマリ・ケアを担っており、患者は受診ごとに家庭医を選択できるが、大抵同じ家庭医を選ぶ場合が多く、登録制の家庭医に近い状況となっている。家庭医の報酬としては、人頭払い 70%、出来高払い 10%、QOF（プライマリ・ケアにおける成果払い） 20%の割合で NHS から支払われる。そして、この QOF がイギリスにおけるプライマリ・ケアのインセンティブ付けの役割を担う主要な部分であるが、報酬が決められるシステムとして、200 に及ぶ評価指標の達成水準に応じた点数を設定されており、また診療所の住民の電子カルテ上の健康データが改善すると、診療所の実績として評価され、報酬が加算される。他にも、患者に生活習慣改善プログラム受講させると加点、患者・家族・介護者と合意してケアプランを立てた割合が多いと加点などという仕組みとなっている。

この QOF の導入により、電子カルテ化がほぼ 100%まで上昇し、また慢性疾患へのケアの質の改善⁵²が進んだとされている。ただ、これには看護師の貢献が大きい。イギリスでは特定の看護師（Practice nurse）は日本と違って、診察が認められており、1995年から 2008 年にかけて診療所で診察を行う人が医師である割合が 76%から 62%まで低下し、看護師である割合が 21%から 34%まで上昇している⁵³。そして、QOF の課題としては、実際に QOF が費用対効果の面でどれだけ疾病管理に影響を及ぼしたのかが不明確で

⁵² 1人当たりの受診回数や1人当たりの受診時間が増加している。（財務総合政策研究所（2016））

⁵³ 財務総合政策研究所（2016）を参照

ある点、報酬の指標の見直しの事務負担が大きい点、家庭医にかかる費用が増加している点が挙げられる。

②アメリカ

アメリカではCMS（連邦保健福祉省）が管轄するメディケアの下で、オバマケア導入時の2010年からACO(Accountable Care Organization)という制度が展開されている。メディケアは65歳以上の高齢者、あるいは障害者などが加入する公的保険であるが、ACOは、従来の民間保険が提供するマネジドケアであるHMOやPPOとは異なり、フリーアクセスを維持したままメディケア加入者に対して高質なケアを提供する、それぞれの地域の医師や看護師などからなる自発的な医療機関グループである。このACOとCMS間の支払い方法の概要としては、まずCMSが担当する患者数や地域特性等を踏まえて算出した予想されるコストをACOに前払いする。そして実際のコストがその額よりも抑えられた場合には、抑えたコスト分から手数料が引いた残りの差額を、医療機関グループ側がインセンティブとして受け取ることが出来る。また、医療の質に関しても治療や医療協力体制の構築、予防への貢献など4分野33項目からなる指標に基づいて評価され、インセンティブとして報酬が支払われる。

なおアメリカでは、ヘルスケア償還市場において民間保険が中心と考えられがちだが、米国の総ヘルスケア支出（2013年）の負担主体の割合⁵⁴は、民間保険35%、公的保険（メディケア・メディケイド）47%、自己負担12%となっており、メディケアも償還市場において一定の影響力を持っている。このため、CMSの発表内容によれば⁵⁵、2014年のACOモデル導入によって4.11億ドルを超える削減効果が出ており、質の基準に関しても半数以上のACOがクリアしていると発表されている。

ただ、同制度の課題が3点存在し、1点目は長期的なインセンティブとして機能するか、という点である。CMSが算出して予め支払う予想コストがACOの過去の実績に影響されるため、コスト抑制するほど次の予想コストを下げ、ACO側にとって厳しいものとなる。このため長期的なコスト抑制インセンティブが働きにくいと考えられる。2点目はACOを組織する経営主体にリーダーシップを備えた人材があるか、という点である。ACOの条件としてグループ全体での被保険者が原則15000人というものがある。それだけの被保険者を抱えられる大規模な医療機関グループの経営主体が、従来各機関で異なる思考様式や組織文化を変革する必要がある、それをコーディネート出来るリーダーシップを発揮できるかが課題である。最後の課題としてはグループに課せられる財務的リスクである。CMSの算出した見積もりよりもコストがかかった場合には自己の資産から不足額を支弁することとなる。こうしたリスクがACO導入の課題となっている。

⁵⁴ 財務総合政策研究所（2016）

⁵⁵ 同上

③オーストラリア

オーストラリアでは国営医療制度メディケアの下での国民皆保障制度を確立している。加えて政府が民間保険加入を奨励している。このため医療費の7割が公営、3割が民間の負担となっている。またアクセスに関しては、家庭医を被保険者が自由に選ぶことが出来る一方、病院へのアクセスは原則家庭医の紹介状が必要となる。ただ自己負担を追加的に支払うことで、病院への受診も可能となるため、フリーアクセスに近い制度と考えられる。こうしたフリーアクセスの下で、QOFに倣ったPIP(Practice Incentives Program)と呼ばれる成果支払い制度を一部導入している。患者のデータが点在しやすいフリーアクセスの下でのQOFを可能にしている特徴が2つある。まず1点目が高いEHRの導入率である。オーストラリアの診療所では電子カルテの導入率が96%とほぼ100%に近い状態である。このため診療所間での患者の情報の閲覧が、患者の同意を得た場合に可能になっている。そしてもう一つが質と量ともに高い家庭医である。量的な面では、全医師の3分の1程度を家庭医が占める。そして質的な面では、家庭医が生涯教育と専門教育を継続しているため、質の高い家庭医が生まれやすく、また国民の診療所への信頼も高いため、患者は診療所を訪れることが多くなっている。これにより、データが診療所に集積し、共有されることで、被保険者の予防を促しやすい構造が設計されている。

以上の海外の制度を概観すると、参考になる点が3点挙げられる。まず1点目はQOF等の様な診療報酬の点数調整の必要性である。より予防医療に注力するのであれば、特定保健指導プログラムを受講させた、血圧を正常値まで低下させた、など1回の受診ではなく6か月等で見た場合の患者の健康増進に繋がった場合の点数づけなど、そもそも診療報酬の構造について医療機関を「治療だけする場所」から「予防もする場所」という考えのもとに見直すことが必要だと考えられる。続いて2点目はインセンティブ等を持たせた電子カルテ導入である。イギリスやオーストラリアの様に「電子カルテ上の」健康データの改善など、電子カルテの導入を進めるインセンティブを持たせた診療報酬の改定を進めれば、EHRの推進に繋がり、フリーアクセスを確保しながら患者の診療情報について地域で共有出来るようになる。そして3点目が、ACOモデルに見られる、地域の医療グループを一体として捉えた制度設計である。ACOモデルの場合、予めコストのベースラインが中央政府から見積もられているという点は、4-3で概観した日本の考え方とは大きく異なる。しかし、日本が今後地域包括ケアを行っていきつつ、医療費適正化を目指すのであるならば、ACOのような地域の医療機関を一体のものとして考える方法は参考になる。こうした方法を採用することで、地域での医療やケアのための連携が進み、同時に効率的な資源の分配にもつながる。こうした制度を進めるには、例えば1次医療圏を単位として予防等の実績に繋がれば、通常の医療費に加え、一定のインセンティブが医療圏の医療機関等に支払われる仕組みが考えられる。

(iv)考えられる政策案

以上、全体を通してより被保険者・被扶養者の公平性等にも目を配りながら、受診率を上げていくために、政府が行うべき施策としては

①対被保険者・被扶養者

- ・ 特定健診受診者への窓口負担割合の低減
- ・ マイナポータル利用による受診手続の簡素化
- ・ 血液検査など特定健診に一部代わる検査の認可

②対医療従事者

- ・ 健診設備導入支援や医師等の増員による、医療機関のキャパシティ増加
- ・ 予防医療や EHR 設備導入へのインセンティブを持たせた診療報酬改定
- ・ 1次医療圏を単位とした予防促進のためのインセンティブの導入

③対保険者

- ・ 健診実施率が低い保険者への調査
- ・ 特定健診実施率と後期高齢者支援金の連動をなくす

Appendix

インタビュー要旨

日時：2020年10月30日

対象：東京都特別区保健所職員

○保険者を取りまくアクターとの関係

市や区と保険者は一緒に運営しているところもあれば、多摩の様に別々に運営しているところもある。区の区役所の部署として保健所がある。働いている区は、区が保険者である。

保健所とのかかわりが深い組織に国保連合がある。国保連合は他の自治体の特定健診のデータやレセプトデータも持っており、近隣の区や東京都全体との比較が可能。特定健診の計画は国保年金課で立てられ、医師会とのやりとりを保健所が担当している。一方、他の市では5つの市に1つの保健所があつたりするので、特定健診に保健所があまり関わらない場合もある。

○保健所の役割

役割としては行政と医療機関との中に入って通訳をするような仕事。主には医師会とやり取りをしている。保健所は医療職の人が多く、比較的医師会とのコミュニケーションがスムーズに行くことが多い。

具体的な仕事内容としては、健診できる期間、受託する医療機関やその要件を確認し、受診勧奨のためのパンフレットやリーフレットの内容についても検討する。

○特定健診の未受診要因について

区ではそこまで詳しい分析が出来ていない。理由としては働いている区の受診率が都内では高く、今後どのように受診率が高めようという議論は見られない。

○受診率が高い背景

①区民性（はがきが届いたら行かないといけないと思ってくれる人が多い）

特定健診が始まる前は、区民健診をやっており、医師会が受診を促して土台を作ってくれた。そうした風土が今の区民性につながっているのかもしれない。

②健診機関を伸ばすのではなく、あえて4か月と短くしている

③受診出来る医療機関は200近くあるので、家から近い所で受けられる

○受診率向上のための取り組み

- ・受診勧奨

昨年未受診の被保険者には、電話・はがき、昨年受診した被保険者には、はがきのみで受診勧奨を行っている。郵送物の中身を検討する等の仕事は保健所でやっている。しかし、受診勧奨の電話は業務委託している。

- ・休日・夜間健診

こちらからお願いしたというよりは、それぞれ特定健診を受診できる医療機関はもともと土曜日の午前中は受診可能な所が多い。夕方から夜（15時～19時）についても、診療を行っている場合が多く、もともと休日でも夜でも受けられる体制が整っている。

○現在の健診制度の問題点について

- ・健診方法が政府の指針と自治体で異なること

政府から2年に1回などの指針は出て、医師会に委託しているが、各自治体でオリジナリティのある健診（検査項目が一部異なる、検査の順番が異なるなど）が行われている。このため保健所が政府の指針に合うように医師会とやり取りをしている。この問題が起こっている背景としては、（がん）健診が一般財源化されて、政府の指針に1つ1つ沿わなくても、お金が入ってくる仕組みとなっていることがある

- ・データ管理

健診について紙の受診票で管理しているので、転記する時に間違ったり、数字を管理するのが煩雑。国へ間違った数値を報告することもある。

- ・個人の健診受診のモチベーション

特定健診を受けて、メタボを改善・予防しようとして、受ける意義を感じている人がどれくらいいるのか？予防・健康づくり、そして医療費適正化とビジョンが大きすぎて、もともとの志が薄れているのではないのか。

○インセンティブに関して

- ・現在のインセンティブのあり方

正しい健診を行っていれば受診勧奨費が一部補助される。

- ・インセンティブの効果

業務整理が上手に整理できない自治体があるが、そういった所はインセンティブが欲しいというよりも、目の前の仕事で手いっぱいの場合が多く、目の前の業務が整理されることに最も喜びを感じる。

行政の場合、組織が大きくなると、国からのどうして欲しいというメッセージが末端まで伝わりにくく、モチベーションが高まらない。

参考文献

- 土佐和男 (2008) 『高齢者の医療の確保に関する法律の解説』 株式会社法研
- 奥真也・中島直樹編 (2007) 『これでわかる特定健診制度』 名和田新・大江和彦監修, 株式会社じほう
- 岩村正彦 (1998) 『岩波講座 現代の法 1 4 自己決定権と法』 岩波書店
- 大竹文雄 (2019) 『行動経済学の使い方』 岩波書店
- 栄畑 (2007) 『医療保険の構造改革—平成 18 年改革の軌跡とポイント—』 法研
- マイケル・サンデル (2014) 『それをお金で買いますか—市場主義の限界—』 鬼澤忍訳, 早川書房
- 島崎謙治 (2020) 『日本の医療 制度と政策』 東京大学出版会
- 今田高俊編 (2013) 『社会生活からみたリスク』 岩波書店
- 外山公美・平石正美・中村祐司・西村弥・五味太始・古坂正人・石見豊 (2014) 『日本の公共経営』 北樹出版
- 白川泰之 (2012) 「後期高齢者医療制度における後期高齢者支援金とその財源としての保険料の法的性格に係る考察」, 『法政理論』 第 44 巻 2・3 号, p. 257-277, 新潟大学法学会
- 大竹文雄・平井啓編 (2018) 『医療現場の行動経済学—すれ違う医者と患者—』 東洋経済新報社
- 堀真奈美 (2016) 『政府はどこまで医療に介入すべきか』 ミネルヴァ書房
- 斎藤純一 (2016) 『公共性と自由—「公共の福祉」をどうとらえるか』 TASK monthly, 2016 年 10 月, No. 490, 公益財団法人たばこ総合研究センター
<https://www.tasc.or.jp/educate/monthly/2016/index.html>
- 蔵田伸雄 (1995) 『義務論としてのカント倫理学: 功利主義との対比』 近世哲学研究 (1995), 1: 49-68
https://repository.kulib.kyoto-u.ac.jp/dspace/bitstream/2433/189777/1/smp_001_049.pdf
- 那須耕介 (2016) 『リバタリアン・パターナリズムとその 10 年』 社会システム研究, 19: 1-35 京都大学
https://repository.kulib.kyoto-u.ac.jp/dspace/bitstream/2433/210568/1/soc.sys_19_1.pdf
- 厚生労働省 『平成 30 年度保険者努力支援制度～制度概要と評価指標について～』
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000620128.pdf>
- 内閣府 『ここまで進んだ小泉改革—経済構造改革の成果と進捗状況—』
「第 31 回 平成 18 年の医療制度改革(1)」 (2019) 『厚生指標』 66 巻 11 号, 厚生労働統計協会
- 小林篤 (2015) 「特定健診, 特定保健指導事業と医療保険者の保険事業—経緯と意義—」,

『日本ヘルスサポート学会 年報』Vol. 1, p. 17-33, 日本ヘルスサポート学会
小林篤 (2015) 「米国ヘルスケア改革におけるイノベーションと健康保険者」, 『SOMPO
未来研レポート』Vol. 66, p. 21-46, SOMPO 未来研究所

厚生労働省 (2005) 医療制度構造改革試案

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2005/10/dl/tp1019-1c.pdf>

(最終アクセス日付 2020/11/28)

舟橋博子・西田友子・岡村雪子・榊原久孝 (2013) 「中年期における特定健康診査未受診者の特性」, 『日本公衛誌』60 巻 3 号, p. 119-127, 日本公衆衛生学会

後藤めぐみ・武田政義・開沼洋一・水上由美子 (2011) 「特定健診未受診者へのアンケート調査からみた未受診の要因と対策」, 『厚生の指標』58 巻 8 号, p. 34-39, 厚生労働統計協会

原田亜紀子・吉岡みどり・芦澤英一・木下寿美・佐藤眞一 (2019) 「特定健診未受診に関連する要因の検討：千葉県海匝地区国金健康保険加入者に対する調査」, 『日本公衛誌』66 巻 4 号, p. 201-209, 日本公衆衛生学会

泉田信行・黒田有志弥 (2014) 「壮年期から高齢期の個人の健康診断受診に影響を与える要因について」, 『季刊・社会保障研究』Vol. 49(4), p. 408-420, 国立社会保障・人口問題研究所

大橋由基・渡井いずみ・村嶋幸代 (2012) 「壮年期国保被保険者における特定健診未受診者の意思確認—家庭訪問・個別面接を通じて—」, 『日本地域看護学会誌』, 15(2): p. 64-72, 日本地域看護学会

公益社団法人国民健康保険中央会 (2020) 『平成 30 年度 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書』

宮川靖子・浅野章子・津田洋子・塚原照臣・野見山哲夫 (2011) 「特定健診の未受診者理由解明のための調査研究—受診者との比較から—」, 『信州公衆衛生雑誌』Vol. 6, p. 38-39, 信州公衆衛生学会

田口貴久子・夏原和美 (2014) 「地域のソーシャル・キャピタルと住民の健康診査・がん検診受診行動との関連」, 『日本赤十字秋田看護大学紀要・日本赤十字秋田短期看護大学紀要』第 19 号, p. 17-26, 日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期看護大学

埴淵知哉・近藤克則・村田陽平・平井寛 (2010) 『健康な街』の条件—場所に着目した健康行動と社会関係資本の分析」, 『行動計量学』37 巻 1 号, p. 53-67, 日本行動計量学会

大林啓吾 (2014) 「パターナリズムの蔓延」, 『千葉大学法学論集』29 巻 1・2 号, p. 141-175, 千葉大学法経学部法学科

佐々木周作・平井啓・大竹文雄 (2016) 「リスク選好が乳がん検診の受診行動に及ぼす影響：プロGRESS・レポート」, 『行動経済学』9 巻, p. 132-135, 行動経済学会

佐々木周作・大竹文雄 (2018) 「医療現場の行動経済学：意思決定のバイアスとナッジ」,
『行動経済学』11 巻, p.110-120, 行動経済学会

三原岳 (2018) 『健康とは何か、誰のための健康づくりなのか』ニッセイ基礎研究所
<https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=59710?site=nli>

ロバード・D・パットナム (2001) 『哲学する民主主義伝統と改革の市民構造』河田潤
一訳, NTT 出版

Rakowski W, Ehrich B, Goldstein MG, Rimer BK, Pearlman DN, Clark MA, Velicer
WF, Woolverton H 3rd. (1998) “Increasing mammography among women aged 40-74 by
use of a stage-matched, tailored intervention”. *Prev Med.* p.748-756.

平成 20～22 年度厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
受診率向上につながるがん検診の在り方や普及啓発の方法の開発等に関する研究班（渋谷班）
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201020004B>

厚生労働省 (2020) 「令和元年人口動態統計」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei19/index.html>
(最終アクセス日付 2020/11/15)

厚生労働省 (2020) 「令和 2 年度版 厚生労働省白書」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/19/index.html>
(最終アクセス日付 2020/11/15)

財務省 (2020) 「令和 2 年度予算のポイント」
https://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2020/seifuan2019/01.pdf
(最終アクセス日付 2020/11/15)

厚生労働省 (2018) 「標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>
(最終アクセス日付 2020/11/20)

厚生労働省「国民生活基礎調査」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21.html>
(最終アクセス日付 2020/10/31)

国立社会保障・人口問題研究所「生活と支え合いに関する調査」
<http://www.ipss.go.jp/ss-seikatsu/j/2017/seikatsu2017.asp>
(最終アクセス日付 2020/11/12)

厚生労働省「健康保険・船員保険 被保険者実態調査」
https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/seido/kenpo_jitai.html
(最終アクセス日付 2020/11/23)

厚生労働省社会保障審議会医療保険部会
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_129197.html
(最終アクセス日付 2020/12/2)

東京都「東京都の健康・医療情報にかかるデータ分析事業 報告書」

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoko/kokuho/tokyo_healthup/healthup_h30.files/02_houkokusho_zentai.pdf

(最終アクセス日付 2020/11/18)

厚生労働省「2017年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173202_00002.html

(最終アクセス日付 2020/12/1)

厚生労働省保険者による健診・保健指導等に関する検討会

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_129197.html

(最終アクセス日付 2020/12/3)

財務総合政策研究所(2016)『医療・介護に関する研究会』報告書

https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/fy2015/zk104_mokuji.htm

(最終アクセス日付 2021/1/30)

健康保険組合連合会(2020)「保険者等による慢性疾患の発症・重症化予防に関する国際比較調査報告書」

https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/kaigai_r01_01.pdf

(最終アクセス日付 2021/1/30)