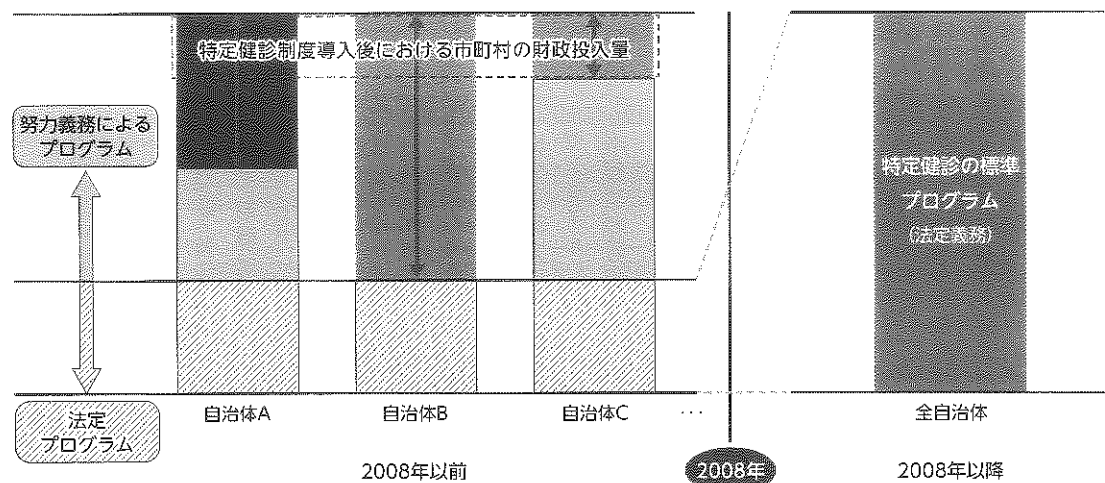


図 特定健診・特定保健指導導入前後における市区町村の財政的取り組みの概念図



注: 灰色の矢印は、特定健診・特定保健指導導入に伴い各自治体に求められる追加的な財政的取り組みを示す。導入前の保健事業支出が少なかった自治体ほど、標準化されたプログラムへの対応に大きな財政的努力が必要となった。

の財政的取り組みの格差が顕著であった。00年代初頭に実施された「健康日本21」の中間評価では、糖尿病や肥満といった生活習慣病が増加傾向にあることが明らかになった。政府の調査では、健診プログラムの内容が自治体間で大きく異なっていたこと、自営業者・無職者の健診受診率が被用者と比較して低かったこと、そして従来の健診プログラムは既に疾病の初期段階にある者を対象としており、ハイリスク者への効果的な介入が不十分であったことが課題として指摘された。

特定健診・特定保健指導の制度設計

これらの課題に対応するため、2008年4

特定健診・特定保健指導の導入効果を検証する

—自営業者・無職者の生活習慣病予防と費用対効果—

野口 晴子 ● 早稲田大学 政治経済学術院 教授

はじめに

わが国の2023年度における国民医療費は48兆915億円(前年比+3.0%、国内総生産(GDP)比約8.1%)と過去最高を更新し、とりわけ、糖尿病や高血圧といった生活習慣病に係る医療費の増大が、社会保障制度の持続可能性を脅かしている。こうした傾向は世界共通の課題であり、世界保健機関(WHO)によれば、14年時点で世界の糖尿病患者数は約4億2200万人に達し、1980年と比較してほぼ倍増した。こうした状況を踏まえ、2008年4月に「特定健康診査・特定保健指導」(以下、特定健診・特定保健指導)が導入された。

本稿では、厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究)(課題番号:19FA103)研究代表者・野口晴子)の一環として行った研究を紹介しよう(Oikawa 他「Journal of Health Economics, 103(2025)」)。この研究は、特定健診・特定保健指導の導入が、国民健康保険に加入する自営業者・無職者―従来、研究対象として十分に上げられてこなかった層―の健康状態や行動にどのような影響を与えたかを、市区町村間の政策対応の差異を活用して実証的に分析したものである。

研究の背景

2008年以前の健診制度の課題

特定健診・特定保健指導が導入される以前、市区町村は「老人保健法」に基づく基本健康診査と、「国民健康保険法」に基づく努力義務としての保健事業を実施していた。しかし、これらの事業内容は自治体間で大きく異なっていた。

図は、特定健診・特定保健指導導入前後における市区町村の財政的取り組みの概念図を示している。導入前、法定の老人保健法に基づく健診プログラムは全ての自治体で実施されていたが、国民健康保険法に基づく追加的な保健事業については、積極的に取り組む自治体(図中の自治体AおよびC)と、法定事業のみを実施する自治体(図中の自治体B)が混在していた。

総務省「地方財政状況調査」のデータによれば、1995年から2007年までの国民健康保険法に基づく1人当たり保健事業費は0円から4211円まで大きな幅がある。732の市区を対象とした分析では、平均値が1344円(標準偏差:745円)で、下位25%に位置する自治体の平均支出額は、それ以外の自治体の約70%低い水準にとどまっていた。自治体間

月に特定健診・特定保健指導が導入された。この制度改革は、被用者健康保険の被保険者・被扶養者、および市区町村国保の被保険者のうち40歳から74歳までの全ての者を対象として、統一的に実施された。

特定健診・特定保健指導の特徴として、まず厚生労働省が健診・保健指導の実施基準を策定し、保険者間でプログラム内容を標準化したことが挙げられる。また、メタボリックシンドロームに着目した健診を実施し、生活習慣病の発症リスクが高い者を特定する仕組みが導入された。そして、特定された高リスク者に対しては、医師、保健師、管理栄養士等の専門職による面接指導が実施されることとなった。

さらに、保険者に対する財政的インセンティブが組み込まれた。厚生労働省は、健診・保健指導の実施率やメタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率について数値目標を設定し、目標達成状況に応じて後期高齢者支援金の加算・減算を行う仕組みを13年から導入した。

図が示すように、特定健診・特定保健指導の導入により、全ての市区町村は標準化されたプログラムを実施することが求められた。その結果、導入前の保健事業支出が少なかった自治体(図中の自治体B)ほど、大きな財政的努力が必要となった。

研究手法：
自治体間の政策対応の差異を活用した分析

本研究では、特定健診・特定保健指導導入に伴う自治体間の財政的対応の差異を「自然実験」として活用し、差の差分分析(Difference-in-Differences: DID)を実施した。

具体的には、2007年以前の国民健康保険法に基づく1人当たり保健事業費が下位25パーセンタイルに位置する自治体を「処置群」(高い財政的努力を要した自治体)、25～50パーセンタイルに位置する自治体を「対照群」(中程度の財政的努力を要した自治体)として定義した。

表1は、特定健診・特定保健指導導入前後における1人当たり保健事業費の変化を、自治体の導入前支出水準別に示したものである。処置群の自治体では、導入前の2422円から導入後は4489円へと85.3%の大幅な増加がみられた。一方、対照群では2939円から4455円へと51.6%の増加にとどまった。上位25パーセンタイルの自治体では23.5%の増加であり、導入前の支出水準が低かった自治体ほど大きな財政的対応を迫られたことが

健康行動の変化

本研究では、健康行動の変化についても

表1 特定健診・特定保健指導導入前後における1人当たり保健事業費の変化

自治体区分	導入前(円)	導入後(円)	差額(円)	変化率(%)
全体	3,260	4,764	1,504	46.1
下位25パーセンタイル(処置群)	2,422	4,489	2,067	85.3
25～50パーセンタイル(対照群)	2,939	4,455	1,516	51.6
50～75パーセンタイル	3,386	4,809	1,423	42.0
上位25パーセンタイル	4,291	5,302	1,010	23.5

注：導入前は健康診断部門と国保部門の合計支出を推計。導入後は国保法に基づく保健事業費。

表2 生活習慣病診断および外来医療費への効果

変数	DID推定値	標準誤差	導入前平均(処置群)	変化率(%)
診断数	-0.026**	(0.011)	0.162	-16.0
単一診断あり	-0.013*	(0.007)	0.126	-10.4
複数診断あり	-0.010**	(0.005)	0.028	-35.8
外来医療費(円)	-15.318***	(4.667)	155.083	-9.9

注：***p<0.01、**p<0.05、*p<0.1。標準誤差は市区町村レベルでクラスタリング。個人レベルの分析には国民生活基礎調査、市区町村レベルの分析には社会医療診療行為別統計を使用。

確認できる。この結果は、特定健診・特定保健指導の導入が、自治体間の保健事業の標準化に寄与したことを示している。

分析には、厚生労働省「国民生活基礎調査」(01～16年)から個人の健康状態、健診受診行動、生活習慣に関するデータを、厚生労働省「国民健康・栄養調査」(01～13年)から飲酒量、歩数等の詳細な行動データを、そして厚生労働省「社会医療診療行為別統計」(02年～10年)から市区町村別の外来医療費データをそれぞれ使用した。

分析対象は、市区町村国保に加入する40歳から59歳の自営業者および無職者とした。60歳以上を除外したのは、定年退職に伴う国保への加入者の特性が異なる可能性があるためである。

分析結果：
生活習慣病診断への効果

表2は、特定健診・特定保健指導導入が生活習慣病診断および外来医療費に与えた効果を示している。

分析の結果、処置群の自治体では、対照群と比較して、生活習慣病の診断数が16.0%減少し、単一的生活習慣病を有する者の割合が10.4%減少し、複数の生活習慣病を有する者の割合が35.8%減少し、生

分析を行った。その結果、処置群において顕著な行動変容が確認された。禁煙率は導入前の3.7%から5.6%へと50.1%増加した。飲酒量については、導入前の1日当たり175.5グラムから15.7グラムへと91.0%の大幅な減少がみられた。また、1日8000歩以上歩行する者の割合は、導入前の31.9%から84.0%へと163.5%増加した。

一方、健診受診率には統計的に有意な変化は認められなかった。これは、健診を受診する者の数が増えたというよりも、健診・保健指導の内容が充実したこと、受診者の健康状態が改善したことを示唆している。

生活習慣病に係る外来医療費が9.9%減少したことが確認された。

特筆すべきは、複数の生活習慣病を有する者(より重症度の高い患者)への効果が、単一診断者への効果の約3倍であった点である。複数の生活習慣病を併発する者は、心筋梗塞や脳卒中といった重篤な合併症のリスクが飛躍的に高まることが知られている。こうした高リスク者への予防効果が大きいことは、将来的な医療費抑制の観点からも極めて重要な知見である。この結果は、特定健診・特定保健指導が、単に生活習慣病患者全体を減少させるのではなく、重症化予防により大きな効果を発揮していることを示唆している。

本研究では、効果の時間的推移を検証するためにイベントスタディ分析も実施している。その結果、生活習慣病診断への効果は導入直後から徐々に現れ、2016年時点(導入後8年)で最も顕著になることが確認された。具体的には、16年における診断数の減少率は28.9%、単一診断者の減少率は22.2%、複数診断者の減少率は42.6%に達した。また、外来医療費については10年時点で17.6%の減少が確認された。これらの結果は、特定健診・特定保健指導の効果が一時的なものではなく、中長期的に持続することを示している。

効果の異質性：
自営業者と無職者の違い

サブグループ分析の結果、特定健診・特定保健指導の効果には重要な異質性が存在することが明らかになった。

自営業者については、全ての生活習慣病指標において統計的に有意な改善が確認された。診断数は18.5%減少し、単一診断者は12.8%、複数診断者は36.6%それぞれ減少した。一方、無職者については、統計的に有意な効果は確認されなかった。同様に、持ち家世帯では有意な健康改善が見られたが、賃貸住宅居住者では効果が確認されなかった。

この異質性の背景として、2007年時点のデータ分析からいくつかの要因が示唆された。無職者の健診受診率は自営業者と比較して33.1%低く、健診を受けない理由として「費用がかかる」を挙げる割合が自営業者より32.9%高かった。また、無職者は「症状があれば医療機関を受診すればよい」と考える傾向が強いことも明らかになった。

生活習慣病は「サイレントキラー」と呼ばれ、自覚症状がないまま進行することが多い。健診を受けずに症状の出現を待つ姿

勢は、重症化のリスクを高める。無職者や低所得者層への効果的なアプローチが今後の政策課題として浮かび上がった。加えて、無職者の中には、健康への関心が低いだけでなく、社会的孤立により健康情報へのアクセスが限られている者も少なくない。こうした層へのアウトリーチには、地域の民生委員や社会福祉協議会等との連携も有効と考えられる。

費用対効果の分析

本研究では、特定健診・特定保健指導導入の費用対効果についても試算を行った。表3はその結果を示している。全ての予防医療が必ずしも費用対効果に優れているわけではないことを踏まえると、政策立案者にとってこうした分析は極めて重要である。

費用対効果の試算に当たっては、厚生労働省「国民医療費」のデータを活用した。まず、2007年時点における45歳から64歳の生活習慣病（高血圧性疾患および糖尿病）に係る外来医療費は、全国で7784億円であった。次に、処置群の自治体に居住する45歳から64歳の市区町村国保被保険者が全国の同年齢層に占める割合（12.4%）を乗じて、処置群住民の医療費を967億

を最大化するためには、受診率向上のための追加的な施策が必要であることを示している。

さらに、無職者等の健診受診を妨げる要因として、費用負担への懸念や健診の必要性に対する認識不足が挙げられた。これらの層に対しては、自己負担の軽減や、生活習慣病のリスクに関する情報提供の強化が効果的である可能性がある。また、近年普及が進むマイナンバーカードと健康保険証の一体化は、健診受診履歴や検査結果

表3 費用対効果の試算

項目	金額(億円)
A. 医療費削減効果	
全人口の生活習慣病外来医療費 (2007年)	7,784
うち処置群住民分	967
推定削減率	-22.4%
推定削減額	-216.4
B. 健診事業費増加額	
処置群における1人当たり増加額	551円
対象者数	約430万人
総増加額	23.7
C. 費用対効果	
医療費削減額/事業費増加額	9.1倍

注:医療費削減効果の推定に当たっては、健診受診率(44.15%)を考慮して調整を行った。

円と推計した。

効果の推定に当たっては、健診受診率を考慮した調整を行った。本研究のDID推定値は、健診受診者と非受診者の両方を含むサンプル全体に対する効果を示している。しかし、特定健診・特定保健指導の効果は主に健診受診者に現れると考えられるため、健診受診率(44.15%)で調整することで、受診者に対する真の効果を推定した。この調整により、外来医療費の削減率は9.9%から22.4%に修正される。

試算の結果、医療費削減額は216.4億円に達し、事業費増加額23.7億円の約9倍という高い費用対効果を有することが示された。仮に健診受診率による調整を行わない場合でも、医療費削減額は96億円となり、事業費増加額の約4倍の効果が確認される。

この結果は、健診・保健指導プログラムの費用対効果を検証した先行研究とも整合的である。Iizukaら(2021年)は、日本の特定健診における糖尿病の早期診断がもたらす健康改善効果を分析し、診断に伴う予防的医療への支出増加を上回る便益があることを示した。また、Hagiharaら(2015年)はオーストリアの健診プログラムを分析し、約60歳以下の若年層では費用対効果が認められるものの、高齢者で

の一元管理を可能とし、未受診者への効果的な受診勧奨や、継続的な健康管理支援の基盤となることが期待される。

おわりに

本研究は、特定健診・特定保健指導の導入効果を、市区町村国保の被保険者(自営業者・無職者)を対象として実証的に分析した。その結果、プログラムの標準化・充実が生活習慣病の予防に有効であり、高い費用対効果を有することが明らかに

なった。

一方で、無職者や低所得者層への効果が限定的であるという課題も明らかになった。全ての被保険者が健診・保健指導の恩恵を受けられるよう、政策ターゲットを明確にした受診率向上に向けた取り組みを強化していくことが、今後の持続可能な社会保障制度の構築に向けて重要である。なお、ターゲットの明確化には、単に疫学情報のみならず、所得・資産・教育水準等の社会経済属性情報の収集が必須であることも付記しておく。今後は、本研究の知見を基に、より精緻な費用対効果分析や、長期的

は効果が限定的であることを報告している。姜ら(2020年)は、日本の健診プログラムによる健康行動の変化が年取増加をもたらし、プログラムコストを相殺することを確認した。本研究の結果は、これらの先行研究の知見を補強するとともに、自営業者・無職者という従来あまり分析されてこなかった集団においても、健診・保健指導プログラムが高い費用対効果を有することを示した点で重要な貢献といえる。

政策的含意

本研究の結果は、健康保険制度の運営に携わる実務者に対して重要な示唆を提供する。

まず、健診・保健指導プログラムの標準化と充実が、生活習慣病の予防・重症化防止に有効であり、かつ費用対効果が高いことが実証された。特に、複数の生活習慣病を有するハイリスク者への効果が大きいことは、重症化予防の観点から重要な知見である。

また、効果は受診者の社会経済的属性によつて異なることも明らかになった。自営業者や持ち家世帯では効果が確認されたが、無職者や賃貸住宅居住者では効果が限定的であった。これは、健診・保健指導の効果

な健康アウトカムへの影響についても検証を進める必要がある。特定健診・特定保健指導制度のさらなる発展に向けて、エビデンスに基づく政策立案が一層求められる。保険者においては、本研究の知見を踏まえ、加入者の特性に応じた効果的な健診・保健指導事業の展開と、未受診者へのアプローチの強化を検討されたい。

参考文献

Hackl, F., Hala, M., Hummer, M., & Pruckner, G. J. (2015). The effectiveness of health screening. *Health Economics*, 24(8), 913-935.

Iizuka, T., Nishiyama, K., Chen, B., & Eggleston, K. (2021). False alarm? Estimating the marginal value of health signals. *Journal of Public Economics*, 195, 104368.

Kang, C., Kawamura, A., & Noguchi, H. (2020). Benefits of knowing own health status: Effects of health check-ups on health behaviours and labour participation. *Applied Economics Letters*, 28(11), 1-6.

Oikawa, M., Otake, T., Awatani, T., Noguchi, H., & Kawamura, A. (2025). Impacts of health checkup programs standardization on working-age self-employed and unemployed: Insights from Japan's local government response to national policy. *Journal of Health Economics*, 103, 103046.

■野口 晴子(のぐち はるこ)

早稲田大学政治経済学術院教授、スタンフォード大学研究員、東洋英和女学院大学、国立社会保障・人口問題研究所を経て、2012年4月より現職。中央社会保険医療協議会、社会保険審議会、経済財政諮問会議等の委員を歴任。21年文部科学大臣表彰受賞。26年現在、日本学術振興会「American Economic Review」The Lancet Annals of Internal Medicine、Demography、Journal of Health Economics等10論文を発表。