

健保の健全経営のポイントは**予防可能な疾患の重症化予防**と**前期高齢者の医療費抑制**

健保の予算・決算報告書から明らかなように、支出の大幅な抑制が期待できる項目は①**保険給付**と②**前期高齢者保納付金**の2つです。

この2つに対して費用対効果の高い方法は「**予防可能な疾患の重症化予防支援**」と「**前期高齢者の月別医療費管理**」です。

1. **重症化予防支援**

重症化予防支援の方法は複数年の健診・問診データを基に、事前に計算式を組み込んだPCにて**予防可能な疾患の重症化リスクを算定**し、**ハイリスク者リストを作成**することです。

次いで、リスクの高い順からこの**リスクを可視化**し、対象者に伝え、リスク回避に有効な**健康行動**を取らせることです。対象者にこのリスクが伝われば、この施策は**ほぼ100%成功**します。理由は、重症化してもいい人など1人もいないからです。これまでうまくいかなかったのは、対象者を絞り切れなかったことと、リスクを伝えきれなかったからです。

2. **前期高齢者の月別医療費管理**

前期高齢者納金の計算方式は複雑ですが、**前期高齢者1人当たりの医療費を減少**させれば、それに連動して減らすことが可能です。

前期高齢者はもともと健康に対する関心が高いため、自分が健康になる、医療費の自己負担が減らせることが伝われば、健保の指示に従って頂ける集団です。

ただ、ヘルスリテラシーやITリテラシーが高くない方もおられるので、理解して頂けるまで、何度でも丁寧に伝えることがポイントです。

前期高齢者は人数も限られるので、**健診・問診・レセ・アンケート**から、**継続支援が必要な方を選別**し、その集団を中心にサポートしていくことで、前期高齢者の医療費とそれに連動する納付金を抑制することが可能です。

1. 考え方

1. 予防可能な疾患と予防不可能な疾患を区別して、予防可能な疾患の予防に集中
2. 予防可能な疾患はどのような人が起こしているかを明確にしてリスト化する
3. 予防可能な疾患を起こしそうな人に集中して、順に予防支援や健康管理をする



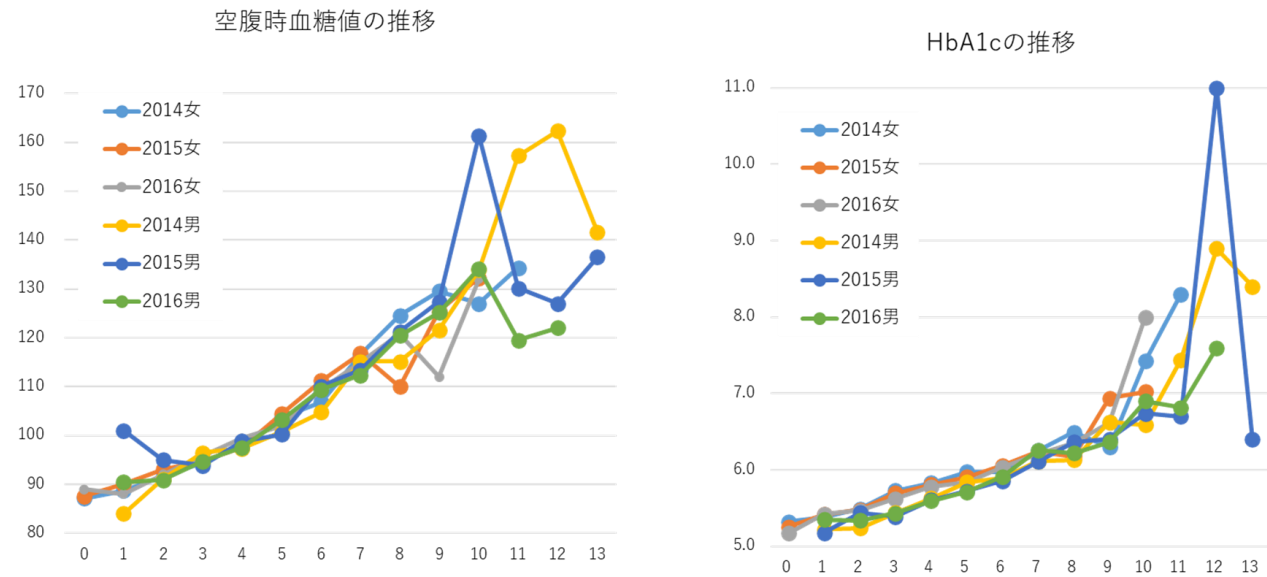
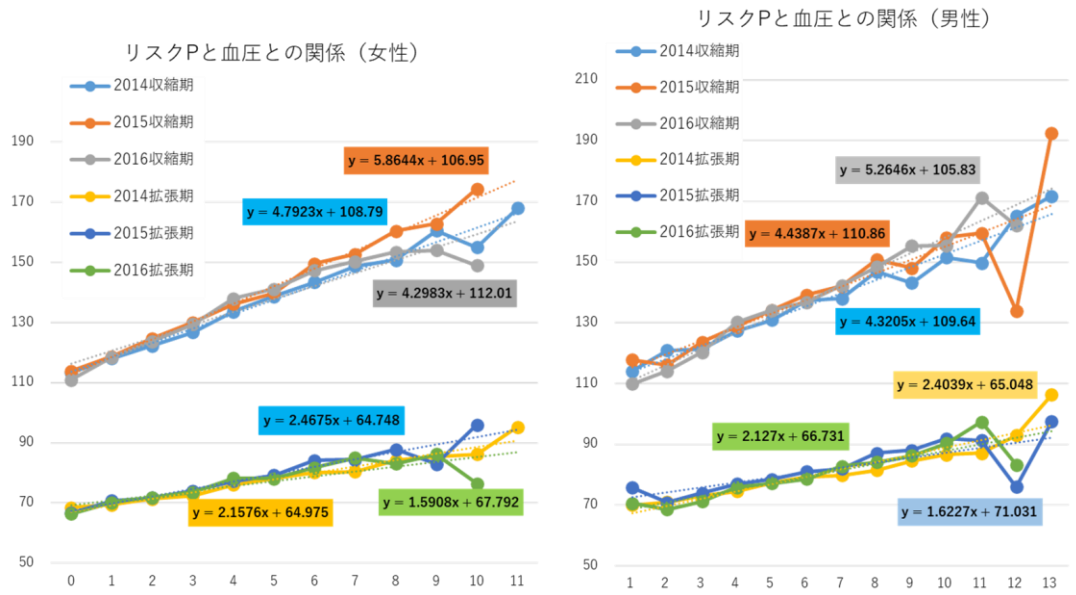
予防可能な疾病の医療費を削減するためのPDCA（3年計画）

1. 医療費解析から**起こっている予防可能な疾病**を明確にする（何を・誰が・どの程度）
2. 上記疾病を**次年度発症する可能性の高い人**は誰かを3年分の健診データから**予測**する
3. 発症リスクの高い方から漏れなく**最適行動**（受診・受療・食行動・運動）が取れるように支援する
4. 最適行動の結果、**健診データと医療費データ**はどのように変わったかを評価する
5. 評価結果から、予測システムの抽出条件や最適行動支援の**方法を再検討**する

対象者の重症化を予測するリスクポイントと健診値および生活習慣病関連疾患医療費との相関性

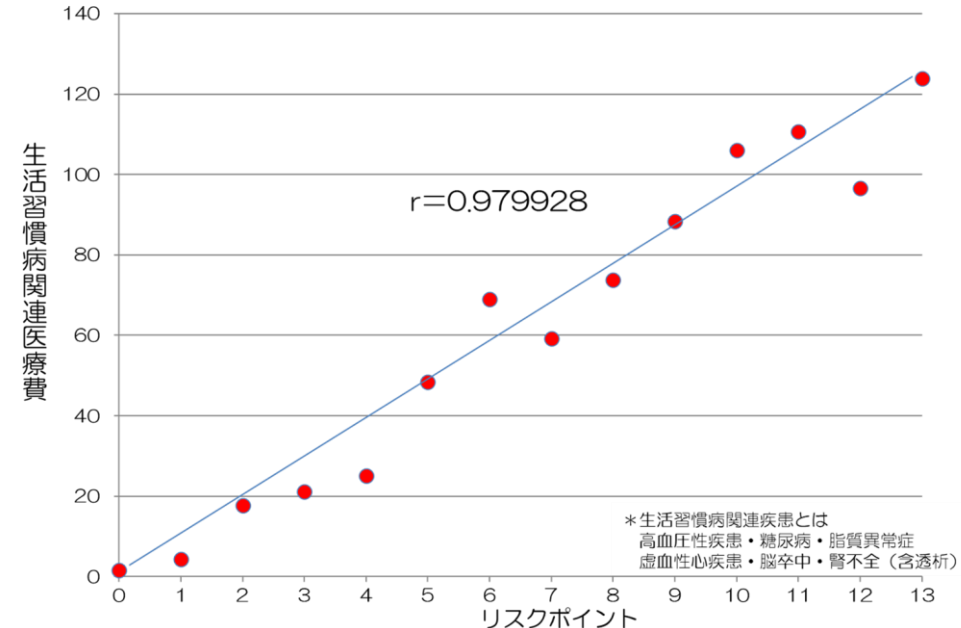
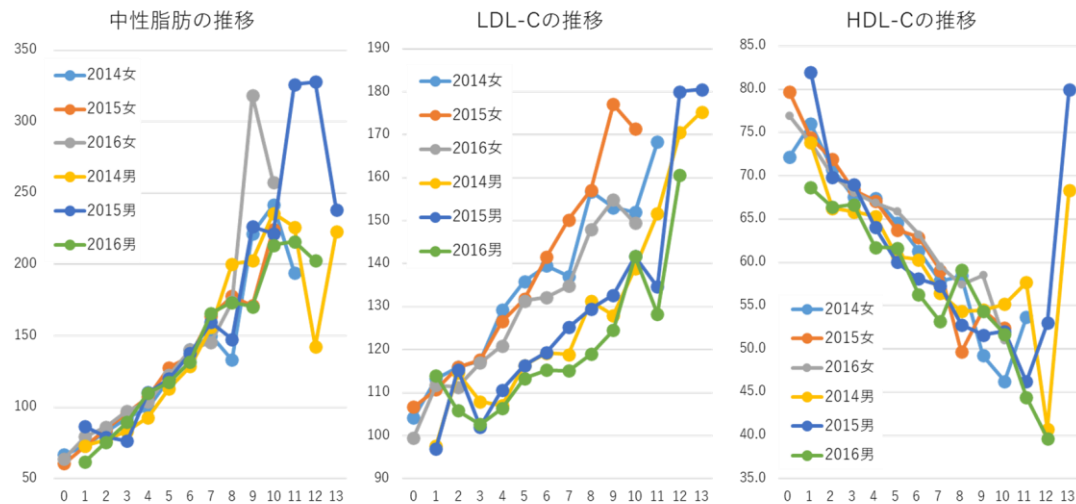
●女性はリスクP9、男性はリスクP11まで、血圧と正比例関係が認められる。

●男女ともリスクP9辺りまで、リスクPと空腹時血糖値・HbA1cとは正比例関係にある。



●男女ともリスクP9～10辺りまで、リスクPと脂質代謝の指標とは正比例関係にある。
●LDL-Cに関しては、女性は男性に比べて傾きが大きい。

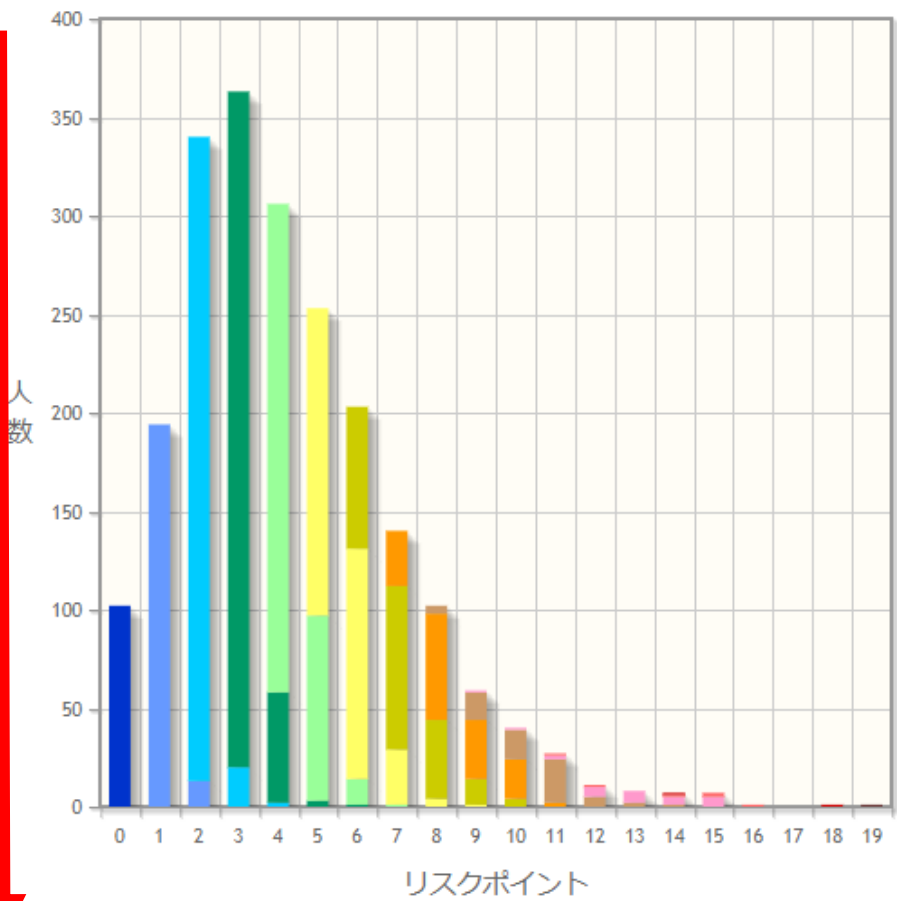
（千円/人/年） リスクポイントが高まると生活習慣病関連医療費も高くなる！



●自健保(自社)の従業員の健康度はどのように分布しているか？

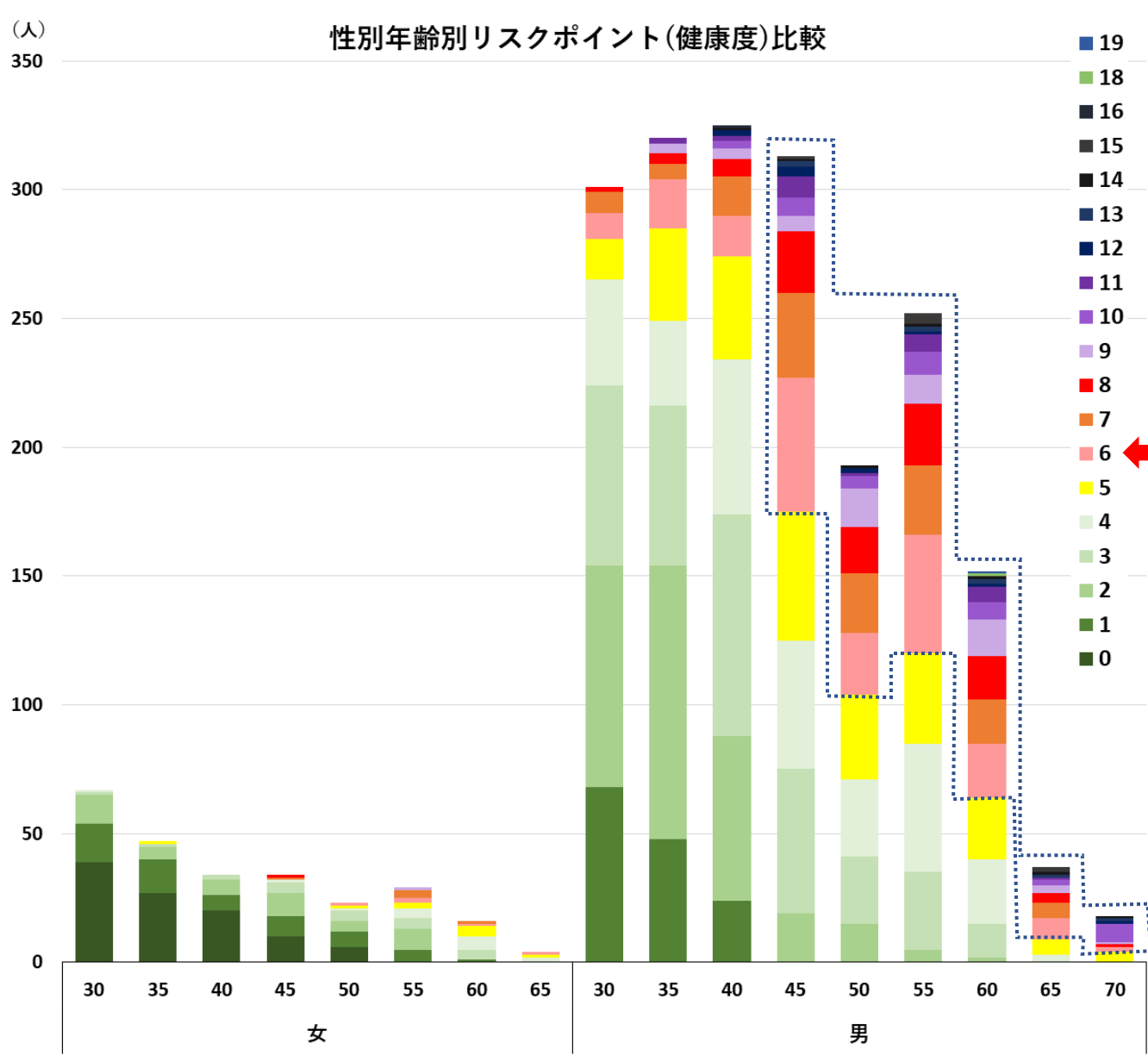
		リスクポイント																			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	合計
0	102	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	102
1	0	194	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	207
2	0	0	327	20	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	349
3	0	0	0	343	56	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	403
4	0	0	0	0	248	94	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	356
5	0	0	0	0	0	156	117	28	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	306
6	0	0	0	0	0	0	72	83	40	13	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	212
7	0	0	0	0	0	0	0	28	54	30	20	2	0	0	0	0	0	0	0	0	134
8	0	0	0	0	0	0	0	0	4	14	15	22	5	2	1	0	0	0	0	0	63
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	5	6	4	5	0	0	0	0	24
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	1	0	0	0	6
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
合計	102	194	340	363	306	253	203	140	102	59	40	27	11	8	7	7	1	0	1	1	2,165

リスクポイント別分布 → 人数を確かめるには棒グラフをクリック

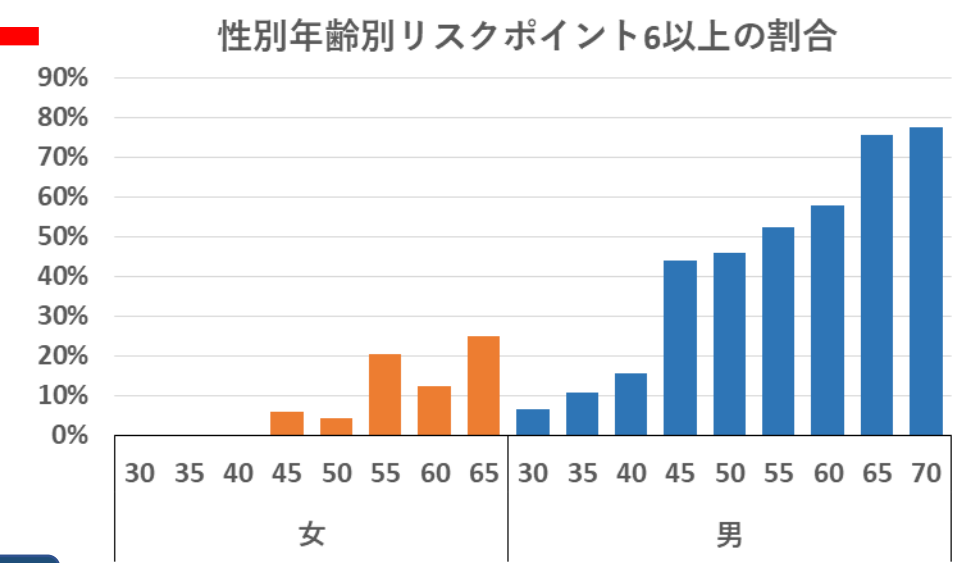


悪化

リスクポイントの年齢別・性別健康度比較



- 加齢に伴って健康度は悪化(リスクポイントは上昇)しそれは女性よりも男性で顕著に起こる。
- K健保の課題は、健康度の低い方が多い45歳以上の方々の重症化を抑制する事。
- 前期高齢者納付金(2億1千万円)に影響を与える91名の前期高齢者の医療費(32万円/人)を抑える。
 $211,455,000 \div 91 \times 323,997 = 7.18$

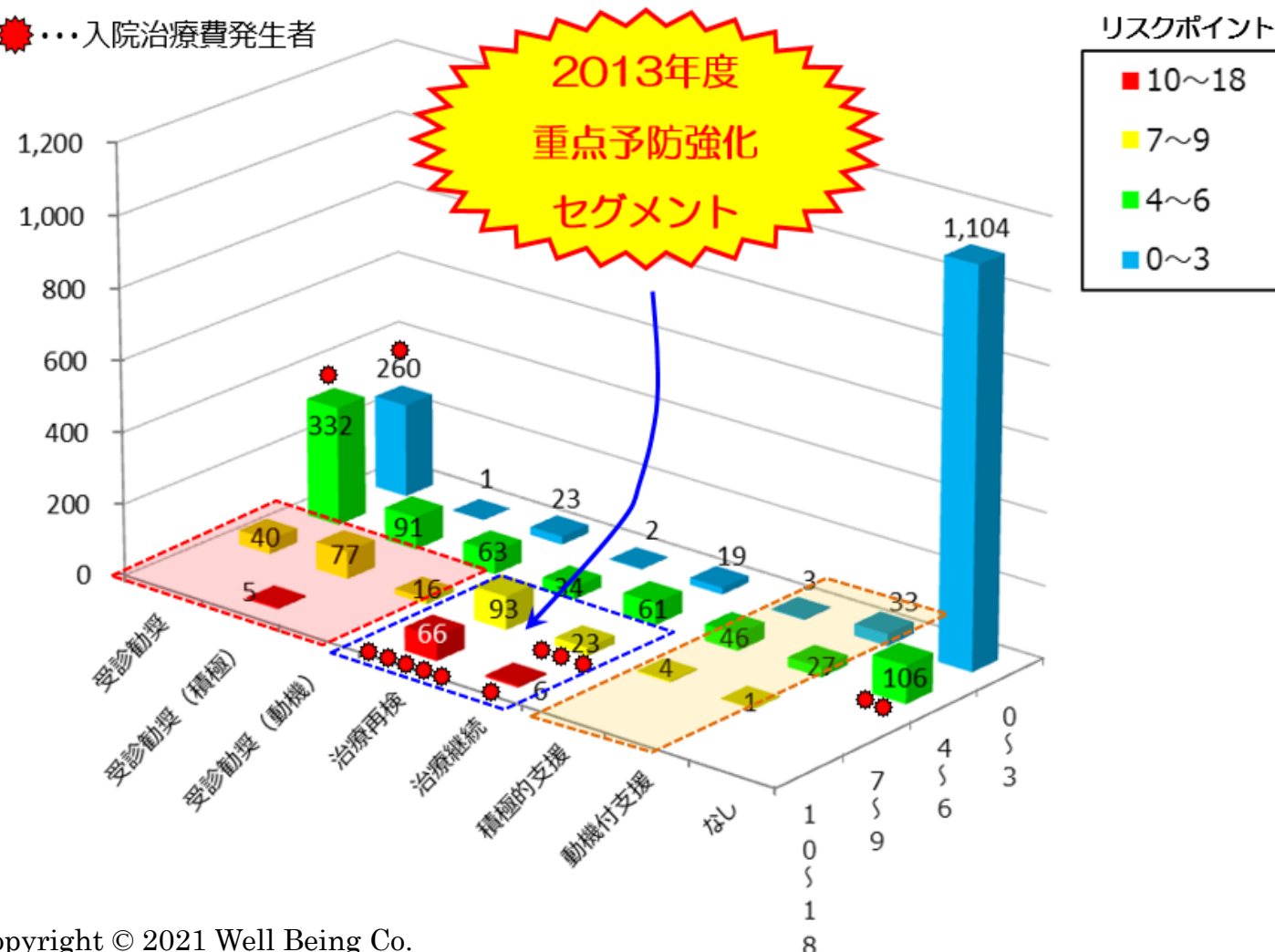


産業看護師・・・健診の値が悪いのに治療していない人に注目（受診勧奨）

・治療している人（主治医にお任せ。余計なことと言わない）

結論：治療効果が不良の者については、治療の適正化を働きかける必要がある。≡（気づきを与える）

●・・・入院治療費発生者



●Well Being Co.が予後不良者に注目する理由●

予防可能な脳・心・腎関連疾患の高額医療者や入院患者のレセと健診データを調べれば、その方々の多くが治療(服薬)しているにも拘らず予後不良の方々が少なくないことに気づくであろう。

重症化の抑制可能な費用対効果の高い対象者は服薬者(特定保健指導の対象者ではない方)に多いことに気がつけば、打つ手は変わる。

「JAMA Internal Medicine 誌オンライン版 2020 年 10月 5 日号」に『メタボ健診後の指導に心血管リスク軽減効果なし』と報告された京都大学の福間氏らの疫学研究結果はそれを裏付けている。

特定保健指導の対象者からいきなり重症患者が発生するのは稀で、且つ、6ヶ月間の定型の保健指導で習慣を獲得するのは難しい。結果、3年後の健診データは未実施群と有意差はなく、医療費の抑制効果においては福間らが言うように全く期待できないのが一般的だからである。

高額医療者(脳・心・腎関連疾患医科医療給付費≧30万円/年)の属性分析結果

性別	年代	続柄	事業所	RP	WB判	B M I	収縮期	拡張期	T G	HDL	LDL	B S	HbA1c	尿糖	尿蛋白	薬圧	薬糖	薬脂	既往脳	既往心	既往腎	喫煙	医科医療費	総医療費	脳・心・腎	腎不全	血圧	血糖	脂質
男	50	本人		7	治療再	23.2	136	82	74	68	120	99	5.1	-	3+	有	無	無	無	無	有	無	5,671,510	5,671,510	5,482,340	5,460,790	●		
男	45	本人		13	治療再	24.5	113	71	132	36	83	100	6.1	-	-	有	有	有	有	有	無	無	5,264,280	5,264,280	5,038,670		●	●	●
男	55	本人		7	治療再	34.7	139	81	140	45	135	94	5.2	-	-	有	無	有	無	無	無	無	3,964,730	3,964,730	3,624,670		●	●	●
男	70	本人		13	治療再	21.6	142	73	154	55	96	146	6.9	-	-	無	有	有	無	有	無	無	2,232,530	2,503,660	2,423,260		●	●	●
男	45	本人		10	治療再	32.9	138	91	161	32	130	93	5.4	-	-	有	無	無	無	無	無	有	1,565,180	1,565,180	1,458,810		●		●
男	45	本人		13	治療再	25.5	188	124	169	59	127	145	7	-	-	有	無	無	有	無	無	有	1,420,930	1,420,930	1,273,270		●	●	
男	60	本人		11	治療再	22	129	68	79	42	126	154	6.9	-	2+	有	有	有	無	無	無	有	1,324,610	1,324,610	1,055,870			●	●
男	40	本人		6	受診勧	22.5	104	66	130	64	141	92	5.3	-	-	無	無	無	有	無	無	有	1,827,350	1,827,350	1,031,600			●	●
男	45	本人		6	受診勧	21.5	150	93	125	81	79	111	5	-	-	無	無	無	無	無	無	有	793,020	793,020	743,540		●		●
男	60	本人		19	治療再	26.4	145	74	230	34	127	209	9.1	3+	-	有	有	有	有	有	無	無	557,340	557,340	557,340				●
男	55	本人		12	治療再	34.5	103	76	104	49	73	131	5.9	-	-	有	有	有	有	無	無	無	635,740	635,740	484,080		●	●	●
男	70	本人		5	治療再	19.7	132	73	55	74	94	92	5.4	-	-	有	無	有	無	無	無	無	828,350	848,810	477,930		●		●
男	50	本人		12	治療再	22.8	156	94	156	49	116	104	5.7	-	2+	有	無	無	有	無	無	無	627,070	627,070	454,190		●		
男	55	本人		11	治療再	23.8	131	92	70	44	119	155	7.9	-	-	有	有	有	無	無	無	有	781,710	781,710	423,080		●		●
男	60	本人		9	治療再	22.7	98	53	84	46	84	175	7.9	3+	-	無	有	有	無	無	無	有	715,030	715,030	394,750			●	●
男	50	本人		5	治療再	21.4	133	82	130	50	111	101	5.3	-	-	有	無	無	無	無	無	有	711,360	711,360	348,540		●		
男	60	本人		8	治療再	24.9	121	75	137	50	89	115	5.4	-	-	有	無	無	無	有	無	無	561,090	561,090	331,000		●		

脳・心・腎関連疾患患者の属性

1. リスクP≧6：88.2%

2. 服薬者：100%

(血圧)：76.5%

(血糖)：47.1%

(脂質)：70.6%
3. 45歳以上：94.1%

4. 男性：100%

5. 本人：100%

6. 治療再検&受診勧奨者：100%



虚血性心疾患を起こした事例の健診データ推移の推移とリスクポイントの関係

問診/健診項目	治療対象値	Aさん(54歳)					Bさん(52歳)				Cさん(58歳)			
性		男					男				男			
年齢(歳)		51	52	53	54	54	50	51	52	52	56	57	58	58
BMI	30≦	23.6	22.9	23.2	23.2	★	20.3	20.2	20.2	★	23.6	24.1	24.9	★
空腹時血糖値(mg/dl)	126≦	110	110	108	113		108	100	101		118	107	122	
HbA1c(%)	6.5≦	5.9	6.1	5.9	6.3		5.9	6	5.3		5.8	5.8	6.5	
中性脂肪(mg/dl)	300≦	185	126	187	123		153	108	150		200	105	229	
HDLコレステロール(mg/dl)	34≧	51	41	45	43		40	46	47		39	49	44	
LDLコレステロール(mg/dl)	160≦	150	143	176	151		164	161	176		177	172	164	
収縮期血圧(mmHg)	161≦	108	102	114	124		117	107	131		104	124	129	
拡張期血圧(mmHg)	100≦	80	74	86	74		70	64	79		66	75	78	

実際に虚血性心疾患を★の時点で起こされた方々の健診データの推移です。

共通していたのは

- ①50歳以上 ②男性 ③軽度の糖代謝異常 ④LDL-C代謝異常
⑤生活習慣 ⑥ストレス ⑦既往歴 ⑧家族歴

WBのリスクポイント(RP)
全員がRP≧7(重症化のリスク有)

主治医にも見て頂くリスクポイントを活用した「カラダつうしんぼ」

重要なお知らせ さんの健康診断の結果についての重要なお知らせ

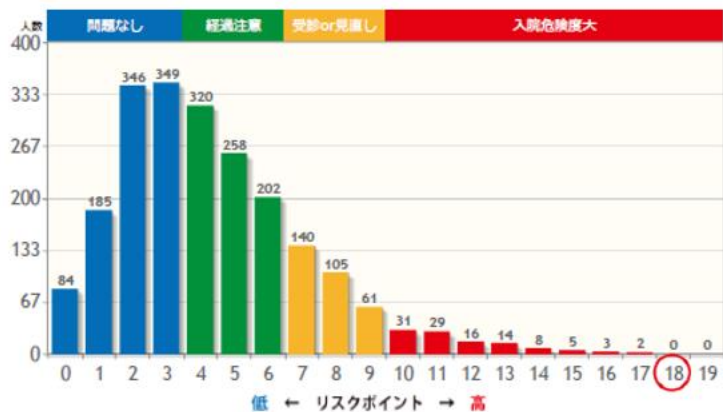
直近のあなたの健診データを解析し、生活習慣病の発症や重症化の危険性に焦点を絞って評価しました。以下の「あなたのリスクポイント」「カラダつうしんぼ」をご確認下さい。「検査項目の基準値と解説」も参考にしながら、ご自身の今後の健康管理にお役立て下さい。

「リスクポイント」について

ここの「リスク」とは、生活習慣病の発症や重症化の危険因子という意味で、医学会のガイドラインや論文、さらに専門家のアドバイスを基に表示しました。「リスクポイント」は、あくまでも健康度の目安であり、決定的な評価ではありませんが、数値が高いほど近い将来、疾病の発症や重症化の可能性が高くなります。

「あなたのリスクポイント」は **18** です。

このグラフは、当健保の組合員の昨年度のリスクポイントの分布を示しています。
今年度のあなたのリスクポイントは、グラフの赤丸の位置になります。



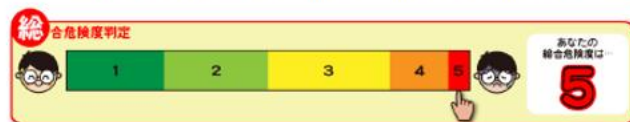
リスクポイント	推 奨 行 動
0～3	今の生活習慣を今後も継続して下さい。
4～6	経過に注意し、生活習慣の改善に取り組んで下さい。
7～9	受診の必要があります。すでに治療中の方でも、主治医に相談して下さい。
10以上	今すぐ受診して下さい。すでに治療中の方でも、必ず主治医に相談して下さい。

カラダっうしんぼ

記号	番号	性別	氏名	事業所	性別	年齢
[Redacted Content]						

最近の健診結果をもとに、あなたのカラダの、健康状態の危険度をお知らせします。

総合危険度判定、重大な病気発症の危険度、高血圧症、糖尿病、脂質異常症の重症化の危険度が高い方は、今すぐ予防策を実行しましょう。



重大な病気発生の危険度



※重大な病気とは、悪い生活習慣によって発症し、悪化の場合は、命の危険に繋がる病気です

3大生活習慣病の重症化の危険度

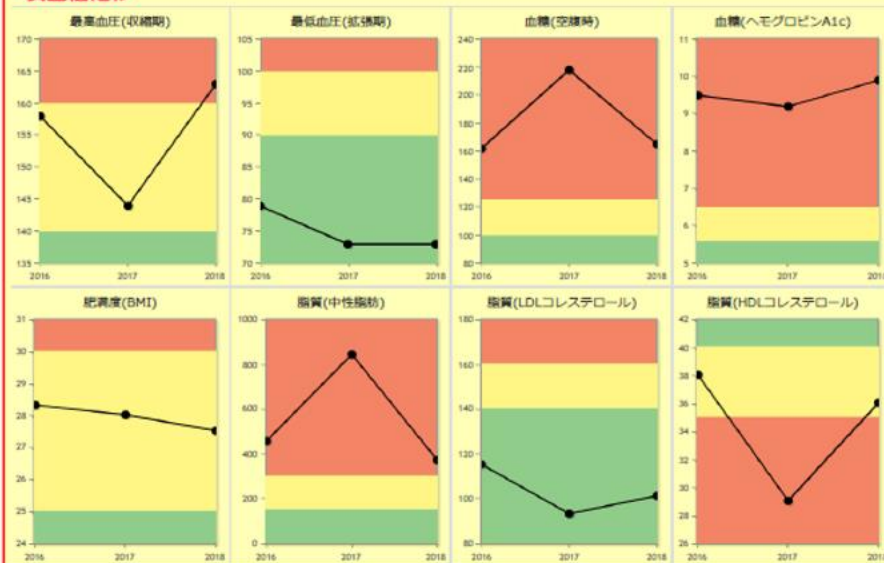


※1 収縮期血圧(最高血圧)と拡張期血圧(最低血圧)を中心に、その差を10%を加減して判定
 ※2 収縮期血圧とHDL-C(通常1〜2ヶ月の平均血値)を中心に、その差を10%を加減して判定
 ※3 血中の中性脂肪、HDL-C(値)/LDL-C(総コレステロール)値を中心に、その差を10%を加減して判定
 ※4 以上の5項目は、医師の判断で外れ値があると、上記の「最大と最小」になる可能性が強くあります。

アドバイス

尿タンパクが出ています。すぐに医療機関で腎臓科の再検査を受けてください。★
すぐに医師・腎臓科のアドバイスを受けてください。検査項目の異常値が複数あることで、動脈硬化が進みます。一度減った血圧は元には戻りません。食べ過ぎ・飲み過ぎ(お酒・甘い飲料)・塩分の取りすぎ・夜食・早食い・ストレスなど、改善すべきことは思い当たりますか? 食生活改善と運動習慣による減量ですが、各検査値の改善が期待できるまで、生活習慣全体の見直しが必要です。また、喫煙は、あらゆる病気のリスクとなります。是非、禁煙外来にて禁煙する方法をご相談ください。

検査値推移



娯楽・飲酒の状況

	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
たばこ	No Data	No Data			
お酒	No Data	No Data	なし	なし	なし

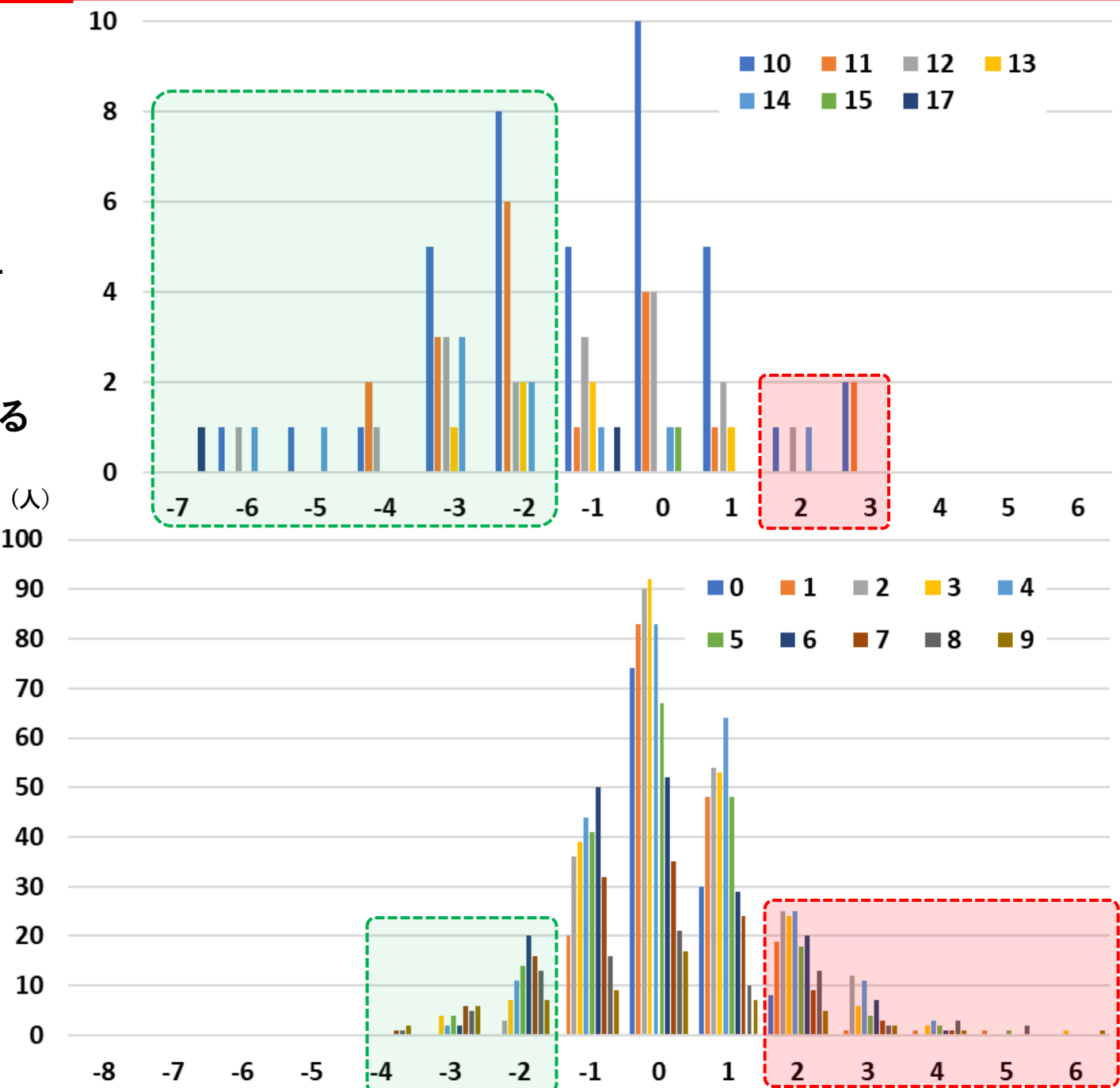
※グラフの点が赤のゾーンにあると危険です。黄色・緑のゾーンを目指しましょう。また、黄色・緑ゾーンでも、経年で悪化していないか、変化にも注目して下さい。

年度	リスク ポイント	身体		肥満度		血圧		血中脂質			血糖		尿 蛋白	尿酸			既往歴			飲酒		
		身長	体重	BMI	腰囲	収縮期	拡張期	TG	HDL	LDL	BS	HbA1c		血圧	血糖	尿酸	脳卒中	心臓病	腎不全	喫煙	頻度	量(合)
2016	15	165.5	77.5	28.3	98.5	158	79	454	38	115	162	9.5	-	有	有	有	無	無	無	有	殆ど	
2017	15	165.3	76.5	28	98.7	144	73	841	29	93	218	9.2	-	有	有	有	無	無	無	有	殆ど	
2018	18	165.7	75.4	27.5	99.1	163	73	369	36	101	165	9.9	1+	有	有	有	無	無	無	有	殆ど	

●**血圧・血糖・脂質の薬を3年間飲み続け、健康度悪化し、特定保健指導の対象外で、腎不全のリスクNo1の方**

● 2019年度のリスクPをローリスク(0～9)とハイリスク(10～17)のグループに分け2020年とのリスクPの差をみると、ハイリスクグループの方が減少(改善)していることがわかる。

● 重症化予防支援は効を奏している
(ハイリスク者の悪化が抑制されている)



T 健保の支出削減効果

	2018年度	2019年度	2020年度	2020年度対前年
被保険者数（人）	3,802	3,757	3,871	
受診者(患者)数	6,586	6,527	6,254	
保険給付費（円）		1,162,788,000	1,053,963,000	-108,825,000
前期高齢者数(人)	561	531	546	
前期高齢者納付金（円）	243,584,576	232,312,000	211,365,000	-20,947,000
前期高齢者 1 人当たり納付金(円/人)	434,197	437,499	387,115	
●脳・心・腎関連とは「虚血性心疾患・内出血・脳梗塞・脳動脈硬化症・動脈硬化症・腎不全」として計算。				-129,772,000
■は重症化予防支援実施後、対象とした項目に対して成果が得られたと判断した値。コロナ禍は考慮すべき				
◎これらの成果は① 高額医療者数 ②ハイリスク者数の減少とも連動して起こっていた。				ROI* = 27

* ROI(Return On Investment 投資利益率の略)：健保の保健事業においては、効果的な予防策を実施しなければ、毎年、一定確率で発生する**予防可能な疾患の発症/重症化による保険給付費や前期高齢者支援金を、重症化予防支援費用を投じて(投資)、抑制しよう(支出抑制による投資額の10倍以上の利益を得る)**という考え方。

私は、2001年に日野原重明先生を顧問に迎えて起業して以来、20年間、健保険組合の専門コンサルタントとして現場を観てきました。

健保険組合の2大ミッションは「保険給付」と「保健事業」であるにも関わらず、効果的で効率的な保健事業を5年・10年と継続している健保険組合が殆どないことに気がつきました。

理由はその健保に合った効果的で効率的な保健事業ではなく、国から降りてくる保健事業、昔からずっとやってる保健事業をしていたからです。また、稀に効果的で効率的な保健事業を考える常務理事が就任しても、3-5年で辞めてしまう方が殆どだからです。健保の仕事が医療に関わることであるのも一因と考えられます。自分は医療の専門家でもなく、医療には責任が見え隠れするからです。

このような背景から、健保では効果的で効率的な保健事業よりも、無難な保健事業・国から言われた保健事業・可能な限り責任を伴わない保健事業が行われるようになったのではないかと推察しました。

国も健保連も「保健者機能を発揮して下さい」とは言うものの、そのような保健事業が行われなくとも指導される訳でも、健保の経営者の責任が問われる訳でもないので、何十年もの間「効果的で効率的な保健事業」は定着しなかったのだと思います。

また、目に見える保健事業の成果(アウトカム評価)がなかなか得られないので「病気の発症や重症化の予防はそう簡単にできるものではない」という言葉で自分を慰め、内心ではアウトカム評価を諦めてしまっている方が少なくないのも一因かもしれません。

しかし、よく考えて欲しいのです。**病気になりたい人や重症化しても良いと思っている人など1人もいない**ということ。

予防医学や予防医療を、医学や医療という言葉がつくという理由だけで医療従事者に任せておいてはいけない理由がここにあります。

予防医療がうまくいかない本質的問題は、**伝えたいこと(未来のリスク)が、伝えたい人に、伝わらないので、本人がリスクを回避するための行動を取らない**ことです。これは医学ではなく、社会科学(認知行動科学)やマーケティングが得意とする分野なので、保健事業はデータから未来のリスクを予測して最適解を見つけるという「**マーケットデザイン**」という学問が極めて有効です。

常務理事の任期は限られ、行動なくして成果を得ることはできません。本資料からこれまでとは違う何かを感じられたなら、ウェル・ビーイングで行っている「効果的・効率的保健事業」の考え方とシステムをすぐに試してみたいはかがでしょう？