

2019年3月に、厚生労働省が初めて公表したデータが2つある。1つは糖尿病など生活習慣病の予防を目的として行う特定健康診査・特定保健指導の保険者別の実施率であり、もう1つは後発医薬品の保険者別の使用割合だ。これまで国保や健保組合など保険者種別の実施率や国全体の数字は出ていたが、全保険者の実績が明らかになったのは初めてだ。

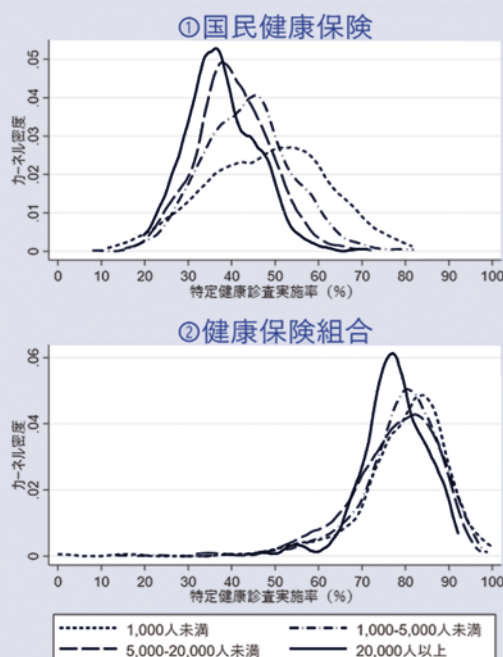
保険者による健康増進や医療費適正化への取組は、超高齢社会で社会保障費が増大する中、制度を維持するための活路の1つだ。個々の保険者の実績を「見える化」し、保険者に取組の推進を促さなければならない。本稿では、保険者の取組の現状をデータから整理・分析し、保険者間のばらつきの是正と今後議論すべき課題を提言する。

● 保険者による取組のばらつき

特定健診・保健指導の実施率には保険者間で大きなばらつきがある。保険者種の違いを2つのグラフ（下図）で比較すると、国保の特定健診実施率は健保組合と比べて極めて低い。

特定健診実施率の実態

- 国保①の方が健保組合②より実施率が低い
- 対象者数が多いほど実施率が低い
- 保険者種間で見ても、また、同じ保険者種に属する保険者間で見ても、実施率にばらつきが存在する



加えて、規模の大きい保険者ほど特定健診や保健指導の実施率が低いといった保険者の特徴による差も存在する。また、被扶養者の実施率が低いなど、保険者の中でも予防医療の取組が届いていない層がある（本文 p.13 参照）。

● 保険者の意識が生む差

保険者の取組にばらつきが生じる要因の1つに、保険者の意識の違いがありそうだ。花王や明治安田生命、第一生命、大和証券グループ、京セラなどは、被保険者を多く抱えながらも、特定健診・保健指導の実施率が高い。「健康経営優良法人 2019」に認定され、健康経営への高い意識がうかがえる。保険者の取組事例を調べていくと、実施率向上のための様々な工夫が見つかった。

被保険者にとって、加入する保険者は職業や勤務先または住む場所などによって確定され、自由に選ぶことができない。保険者の意識の差が、予防医療の取組を通じて被保険者の健康の差に表れるとしたら問題だ。専業主婦など被用者保険の被扶養者であれば、なおさら保険者の意識が及びにくく、病気予防や健康づくりから取り残されてしまう。こうした差を解消しない限り、国民誰もがより長く元気に活躍できる社会は実現しない。

● 保険者間のばらつきを是正し、制度設計を工夫せよ

個々の保険者の意識を高め、保険者による取組のばらつきを是正し、国民全体の健康増進を図らなければならない。そのためには、保険者に対し適切な予防に取り組むインセンティブを付与するとともに、被扶養者へのアプローチや、予防医療を担う保健師等の専門人材の配置、健康診査内容や手法のPDCAなどを考える必要がある。保険者機能が一層発揮される工夫が望まれる。

NIRA 総研

翁 百合／理事・日本総合研究所理事長
関島 梢恵／研究調査部研究コーディネーター・研究員



PDFはこちらから