

No.41

医療保険者による 病気予防・健康づくり の実態

—ばらつき目立つ保険者の取組—

翁 百合 + 関島梢恵

NIRA 総合研究開発機構理事
日本総合研究所理事長

NIRA 総合研究開発機構
研究コーディネーター・研究員

Content

はじめに	1
1. 特定健康診査・特定保健指導	2
1 - 1. 全体像	4
特定健診は健保の実施率が国保を大きく上回る	4
特定保健指導の実施率はどの保険者も非常に低い	7
保険者ごとのばらつきと大規模保険者の低実施率が課題	10
保険者の中にも潜む実施率の差―被扶養者へのアプローチ	12
保険給付費との明確な関係は見出せず	14
1 - 2. 個別の保険者	16
企業「経営」としての取組が高実施率を実現	16
小規模な国保が工夫を重ねて高実施率	18
保険者の意識の高さで大きな違い	19
コラム 1. 健保組合の取組例（南都銀行健康保険組合）	20
コラム 2. 市町村国保の取組例（福岡県広川町）	21
2. 後発医薬品	21
2 - 1. 全体像	22
保険者ごとのばらつきは少ないが、国保の使用割合が低め	22
2 - 2. 個別の保険者	25
沖縄の市町村国保の使用割合が高い	25
3. 提言	26
参考文献	28

医療保険者による病気予防・健康づくりの実態

—ばらつき目立つ保険者の取組—

翁 百合・関島 梢恵

はじめに

2019 年 3 月に初めて、厚生労働省から保険者ごとの特定健康診査・特定保健指導の実施状況が公表された¹。高齢化がますます進展し、社会保障費が増大する中で、保険者の予防・健康づくりの取組により健康増進や医療費の適正化が期待されている。糖尿病など生活習慣病等の発症・重症化の予防を目的とする特定健康診査（健診）と特定保健指導は、保険者が共通で取り組む保健事業として、強化されている取組の一つだ。全保険者データの公表は、保険者の責任を明確にする観点から行われた施策であり、保険者に取組を促す可能性がある点で評価できる。しかしながら、単に個別データを羅列して公表するだけでは保険者の行動変容につながらない。データは、分析してわかりやすく「見える化」し、保険者の取組推進に向けて生かされる必要がある。保険者による実施状況の違いはどの程度存在するのか。保険者の属性や地域によってどのような違いがあるのか。医療費への影響は認められるのか。こうした視点でデータを観察することで、予防医療をめぐる保険者の取組の現状や問題が見えてくる。

そこで、本稿では、同時に初めて公表された全保険者の後発医薬品使用割合のデータも合わせて、保険者ごとの取組状況を整理し、課題を探ることとした。1. では特定健診・保健指導の実施状況について、2. では後発医薬品の使用状況について、各医療保険制度や個別の保険者ごとの特徴を示し、3. で分析を総括して今後に向けた提言をする。

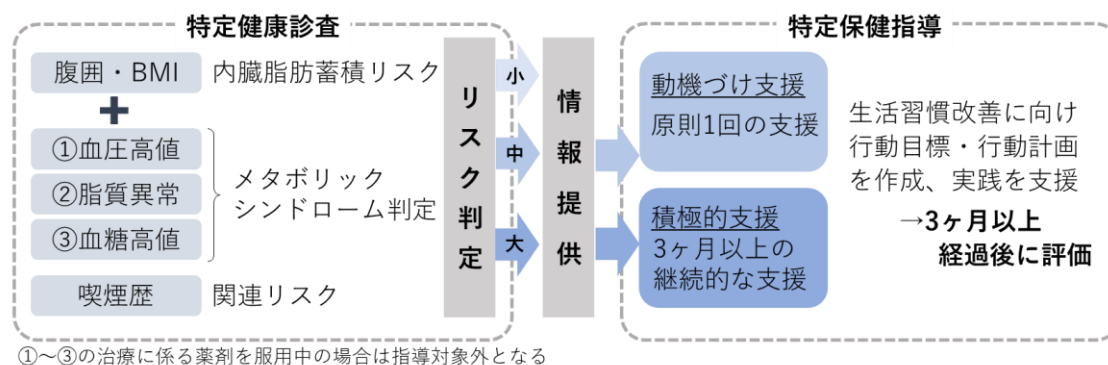
本稿の執筆にあたり、保険者の特定健康診査・特定保健指導の取組事例に関して、南都銀行健康保険組合の辻本清氏、光本昭子氏、福岡県広川町役場住民課健康係の中島真実氏の各氏からご教示をいただいたことに御礼申し上げます。ただし、本稿に瑕疵がある場合は、筆者に帰せられる。

¹ 『未来投資戦略 2017』の中で、健康寿命延伸を実現する目的で保険者機能をより発揮するためには、保険者の取組の「見える化」が必要とされることから、課題とされていた項目を厚生労働省が 2019 年になって実現したもの。

1. 特定健康診査・特定保健指導

本章では、厚生労働省の「2017年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（保険者別）」をもとに、特定健康診査と特定保健指導の実施状況を見る。最初に制度について説明しておきたい。特定健康診査は、40歳から74歳までの人を対象に、生活習慣病の予防のため、メタボリックシンドロームに着目して糖尿病等のリスクを判定する検査だ。一般に「メタボ健診」とも呼ばれる。特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高いが、生活習慣の改善で生活習慣病の予防効果が多く期待できる人を選定する。彼らに対して、専門スタッフ（医師、保健師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すサポートをすることを特定保健指導という²。面接や電話等の個別支援やグループ支援を通じて、対象者に自らの健康状態を自覚させ、生活習慣を振り返り、健康管理が自分のこととして重要であることを認識させるとともに、体重や腹囲を減らす、食生活や身体活動を改善するなど行動目標・行動計画を作成して、その継続的な実践を支援する（参考）。

参考 特定健康診査・特定保健指導の概要



（出所）厚生労働省健康局「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】」（2018年4月）をもとに作成。

これらは糖尿病等の発症・重症化を予防し、医療費を適正化するために、保険者が取り組む法定義務の保健事業であり、高齢者の医療の確保に関する法律施行令に基づき2008年度以降実施されている。全保険者の特定健診・保健指導の実施率は、2019年3月に初めて公表された。保険者は加入者の健康の保持増進や、病気の予防・早期回復を図る役割がますます期待されており、公表には保険者機能の責任を明確にするねらいがある。このデータを精査し、保険者の実績をわかりやすく「見える化」して問題を探ることは、保険者の予防・健康づくりの取組を推進するために重要であろう。

データでは、全国の3,373保険者について、特定健康診査の対象者数、受診者数、実施率（受診者数／対象者数）、および特定保健指導の対象者数、終了者数、実施率（終

² 例えば、保険者が特定保健指導業務を保健指導実施機関に外部委託し、委託先から職場や自宅へ保健師等が派遣されるといった実施体制が取られている。

了者数／対象者数）がわかる。特定健診の対象は40歳から74歳までの公的医療制度の全加入者（被保険者・被扶養者）、保健指導の支援対象は健診によって糖尿病等のリスクが高いと判定された者である。保険者の内訳は図表1-1にまとめた。大手企業の被用者保険の健康保険組合（以下、健保組合）が1,385保険者、中小企業を対象とする全国健康保険協会（以下、協会けんぽ）と船員保険が各1保険者、公務員などの共済組合が85保険者、自営業者や非正規社員、74歳以下の年金受給者などが対象となる国民健康保険（以下、国保）の市町村国民健康保険（以下、市町村国保）が1,738保険者、同じ種類の職業に就いている人を対象とする国民健康保険組合（以下、国保組合）が163保険者である。

図表 1-1 医療保険制度の概要

医療保険制度	主な対象	保険者数	加入者数 (万人)	うち 被扶養者
健保組合	大企業サラリーマン	1,385	2,949	1,296
協会けんぽ	中小企業サラリーマン	1	3,869	1,561
船員保険	船員	1	12	6
共済組合	公務員、私学教職員	85	865	411
市町村国保	自営業者、非正規雇用者、農林漁業者、74歳以下年金受給者	1,738	2,870	—
国保組合	同じ種類の職業に就いている者	163	277	—
(参考)後期高齢者医療制度	75歳以上高齢者、65歳以上75歳未満の障害認定者	47	1,696	—

（注）保険者数は2017年度の特定健康診査・特定保健指導実施状況のデータに含まれる保険者（後期高齢者医療制度のみ支部数を記載）。協会けんぽの加入者数は、一般被保険者分と法第3条第2項被保険者（日雇特例被保険者）分の合計。共済組合の加入者数は、国家公務員共済組合と地方公務員共済組合、および私学共済制度の組合員数と被扶養者数の合計。国家公務員共済組合の組合員は長期組合員、後期高齢者組合員、短期組合員、継続長期組合員、任意継続組合員を指す。地方公務員共済組合と私学共済制度の組合員は短期給付（保健給付、休業給付、災害給付など）が適用される組合員を指す。市町村国保と国保組合の加入者数は前期高齢者を含む一般被保険者と退職被保険者等の合計。加入者数の時点について、組合健保、協会けんぽ、および船員保険は2017年度速報値、共済組合は国家公務員共済組合と地方公務員共済組合は2017年度末、私学共済制度は2018年3月、後期高齢者医療制度は2017年度の各月末平均。

（出所）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（保険者別）」、厚生労働省「平成29年度健康保険・船員保険事業状況報告＜月次報告（速報）＞」、財務省「平成29年度国家公務員共済組合事業統計年報」、総務省「平成29年度地方公務員共済組合等事業年報」、日本私立学校振興・共済事業団「私学共済制度統計要覧平成30年版（平成29年度）」、厚生労働省「平成29年度国民健康保険事業年報」、厚生労働省「平成29年度後期高齢者医療事業状況報告（年報）」より、翁百合「医療分野へのデータ活用と技術革新の実装：効果と課題」（自民党厚生労働部会講演資料、2019年3月19日）を参考にして作成。

1－1．全体像

特定健診は健保の実施率が国保を大きく上回る

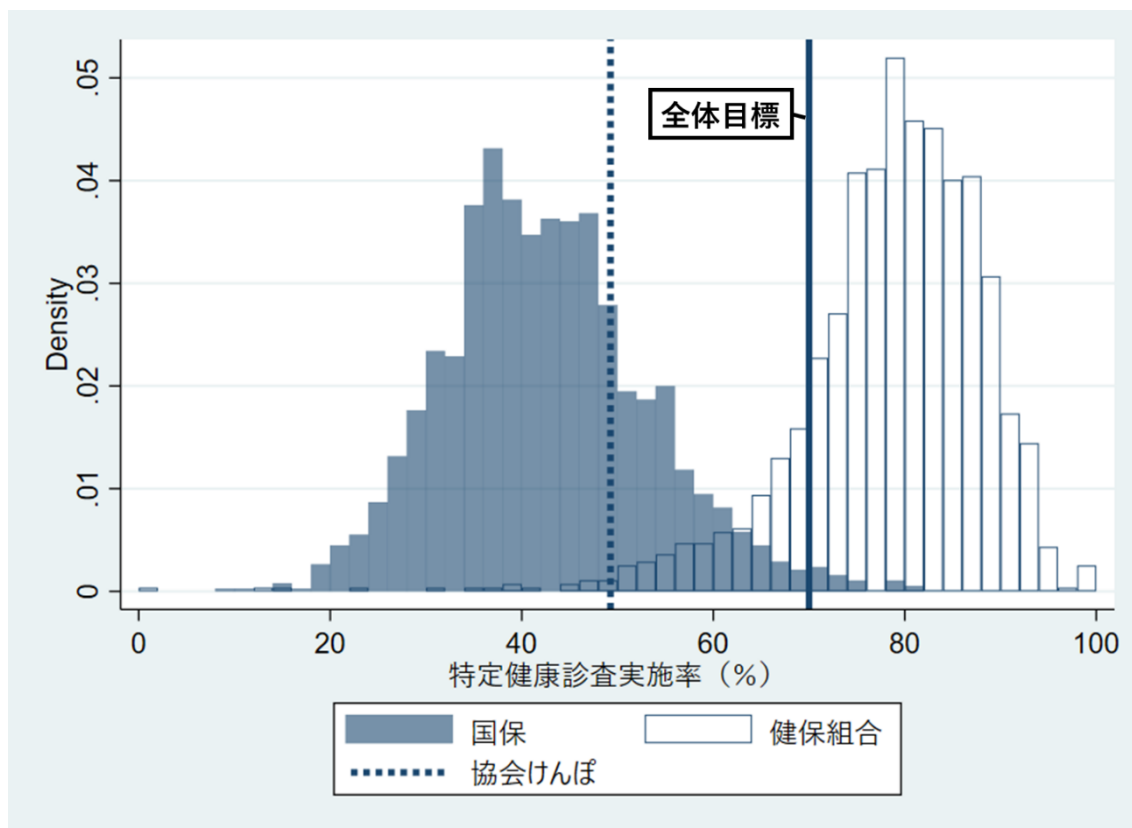
まず、特定健康診査の保険者種別の全体実施率を見てみよう。2017 年度の保険者全体の実施率は 53.1%であった。つまり、40 歳から 74 歳までの国民のほぼ半分しか受けていないということになる。2017 年度の全体の実施率目標は 70%以上であり、政府は 2023 年度まで引き続き目標に掲げているが、全体としては目標を相当下回っている³。これを保険者種別に見ると、健保組合は 77.3%、共済組合は 77.9%と高く、政府の目標をクリアしている一方、国保は市町村国保が 37.2%、国保組合が 48.7%と低く、目標を達成できていない。中小企業の保険者である協会けんぽも 49.3%と低い水準である⁴。

次に、保険者種ごとのばらつきを見る。図表 1－2 は、保険者数が多い健保組合と国保について健診実施率の分布を描いた。協会けんぽの実施率も点線で示している。分布を見ると、国保は健保組合と比べて全体的に実施率が低い。健保組合では実施率の中央値が 79.8%と、半数近くの保険者が 80%を超える実施率を達成しているのに対し、国保で実施率 80%を超える保険者はわずか 2 団体だ。協会けんぽの実施率も、大手企業の多い健保組合を大きく下回っている。また、健保組合も国保もそれぞれ平均付近を中心に大きなばらつきが見られる。

³ 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の資料「第二期特定健康診査等実施計画期間に向けての特定健診・保健指導の実施について（とりまとめ）」（2012 年 7 月 13 日）を参照。

⁴ 厚生労働省の「2017 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（概要）」で示されている全国平均の実施率および保険者種類別の実施率。

図表 1-2 保険者種別特定健康診査実施率の分布（2017 年度）

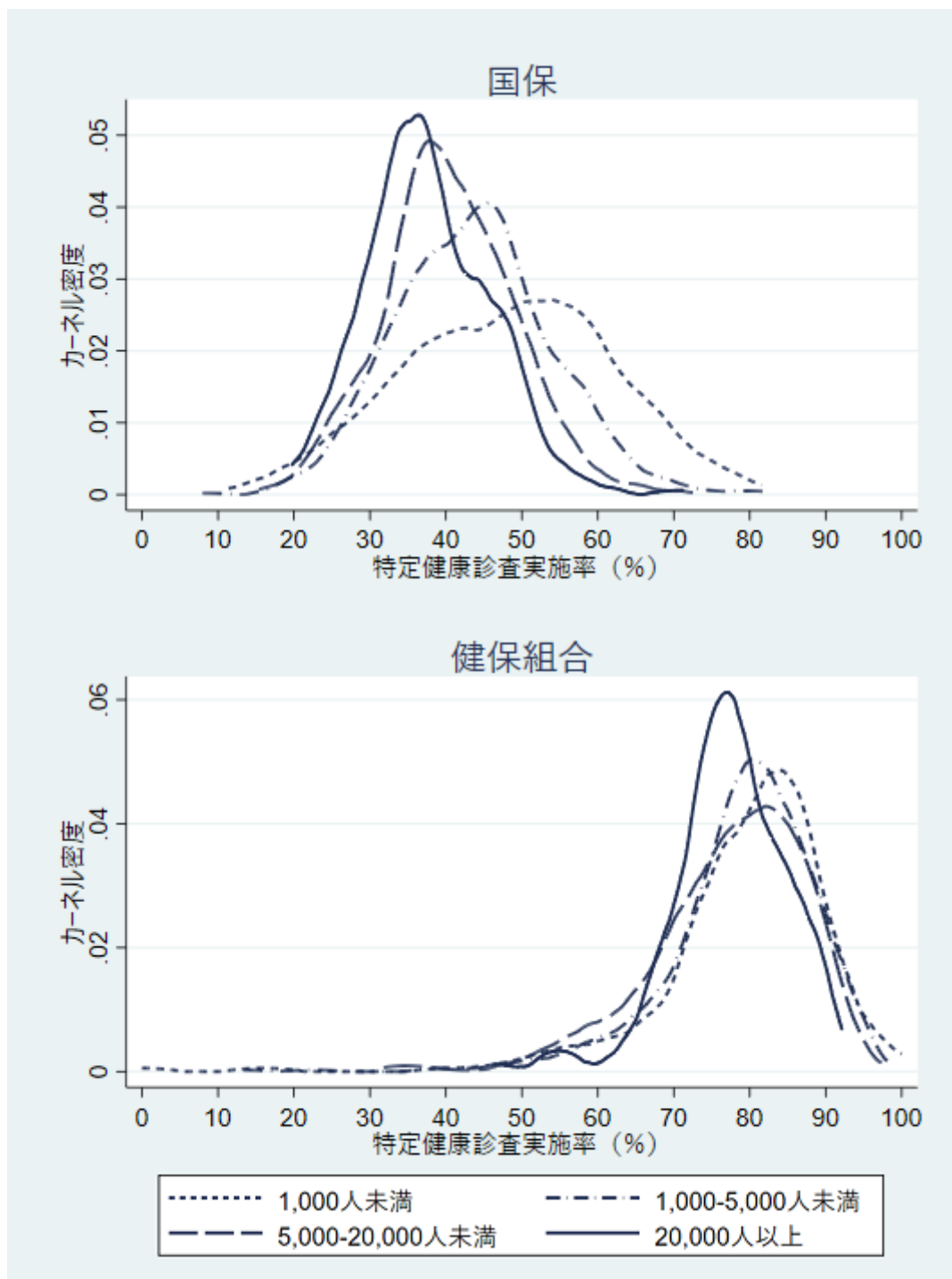


（注）国保には市町村国保と国保組合が含まれる。協会けんぽは支部ごとではなく全体の実施率のみが公表されている。保険者全体の目標値は70%。

（出所）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（保険者別）」（2019年3月）より作成。

続いて、規模別の実施率に着目する。図表 1-3 では、特定健康診査の対象者数に応じて各制度の保険者を 4 つの規模（①1,000 人未満、②1,000 人以上 5,000 人未満、③5,000 人以上 20,000 人未満、④20,000 人以上）に分け、保険者規模別の実施率の分布を描いた。国保は、対象者が多い（規模が大きい）保険者ほど分布の山が左に寄り、健診実施率が低いことがわかる。健保組合にも同様の傾向が見られ、対象者数 20,000 人を超える大規模な保険者は、対象者数 1,000 人未満の保険者と比べると健診実施率が低い。規模の違いは保険者間のばらつきが生じる要因の一つと考えられる。規模が大きくなると、保険者の特定健康診査実施率が低くなることが示唆される。

図表 1-3 健康診査対象者数別実施率の分布（2017 年度）



（注）国保には市町村国保と国保組合が含まれる。特定健診対象者数に応じて保険者の規模を4つに分け、カーネル密度推定（Epanechnikov カーネルを仮定）によりそれぞれ分布を描いた。国保の規模別の保険者割合は、特定健診対象者数1,000人未満の保険者が15.5%、1,000人以上5,000人未満の保険者が39.5%、5,000人以上20,000人未満の保険者が32.7%、20,000人以上の保険者が12.4%、健保組合は1,000人未満の保険者が17.6%、1,000人以上5,000人未満の保険者が46.9%、5,000人以上20,000人未満の保険者が25.4%、20,000人以上の保険者が10.1%。

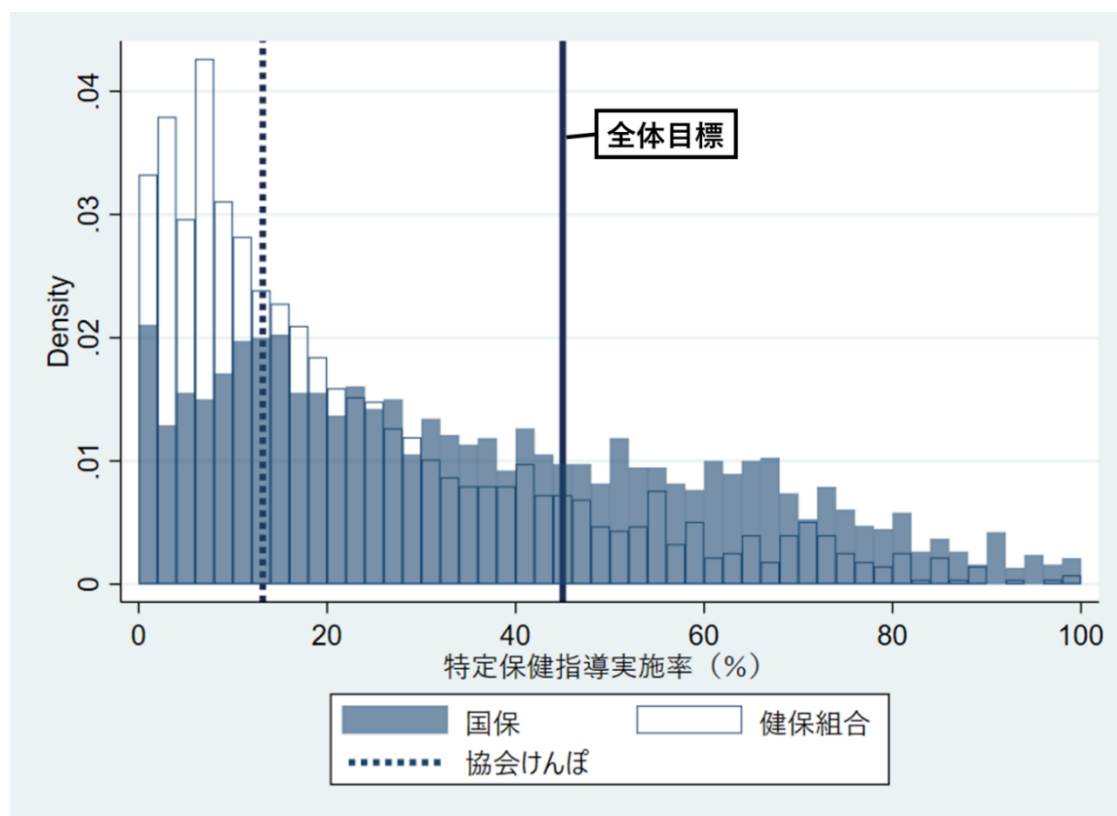
（出所）厚生労働省「2017年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（保険者別）」（2019年3月）より作成。

特定保健指導の実施率はどの保険者も非常に低い

特定保健指導の保険者種別の全体実施率を見よう。2017 年度の保険者全体の実施率は非常に低く、19.5%であった。全体目標は 45%以上であり、どの保険制度も達成できていない⁵。同業者で形成している国保組合が 9.3%と保険制度の中で最も低いが、市町村国保は 25.6%で全体の実施率よりは高い。健保組合は 21.4%、共済組合は 25.5%で、全体実施率よりは高いものの、特定健診と異なり市町村国保並みの水準にとどまっている⁶。

保険者種ごとのばらつきはどうだろう。図表 1-4 は、健保組合と国保の保険者別の実施率の分布だ。中小企業が加入する協会けんぽの実施率（13.2%）も参考として点線で示している。ともに左寄りの分布で、実施率 0%の保険者も多く、同一保険者種内でも保険者間でばらつきが見られる。ただし、国保の分布の山はなだらかであり、比較的实施率が高い保険者もいる一方、健保組合は実施率 0%付近に大きく寄っている。

図表 1-4 保険者種別特定保健指導実施率の分布（2017 年度）



(注) 国保には市町村国保と国保組合が含まれる。協会けんぽは支部ごとではなく全体の実施率のみが公表されている。保険者全体の目標値は 45%。

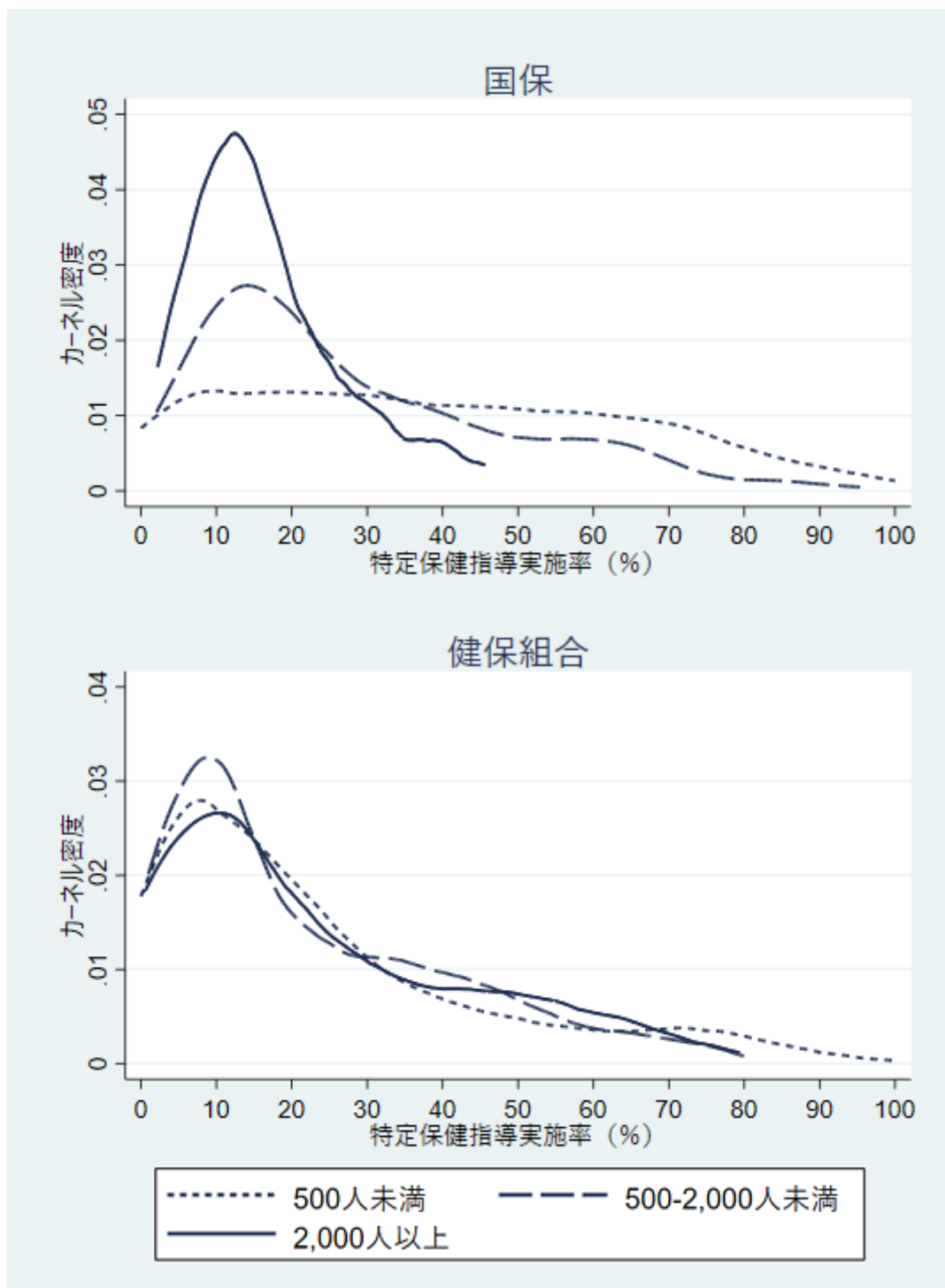
(出所) 厚生労働省「2017 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（保険者別）」（2019 年 3 月）より作成。

⁵ 注 3 参照。

⁶ 注 4 参照。

最後に、規模別の実施率を見る。図表 1-5 では、特定保健指導の対象者数に応じて国保と健保組合それぞれの保険者を 3 つの規模（①500 人未満、②500 人以上 2,000 人未満、③2,000 人以上）に分け、保険者規模別の実施率の分布を描いた。国保は、対象者数 500 人未満の小規模な保険者では実施率のばらつきが大きいのに対し、2,000 人以上になると低い水準に偏る。国保全体の分布はなだらかな山の形状に見えていたが、保健指導対象者数で分けると規模によって分布の形状が異なることがわかった。健保組合は規模別にしても大きな差は見られず、どの規模でも低い実施率に偏っている。

図表 1-5 特定保健指導対象者数別実施率の分布（2017 年度）



（注）国保には市町村国保と国保組合が含まれる。特定保健指導対象者数に応じて保険者の規模を3つに分け、カーネル密度推定（Epanechnikov カーネルを仮定）によりそれぞれ分布を描いた。国保の規模別の保険者割合は、特定保健指導の対象者数500人未満の保険者が75.0%、500人以上2,000人未満の保険者が20.5%、2,000人以上の保険者が4.6%、健保組合は500人未満の保険者が54.0%、500人以上2,000人未満の保険者が32.3%、2,000人以上の保険者が13.8%。

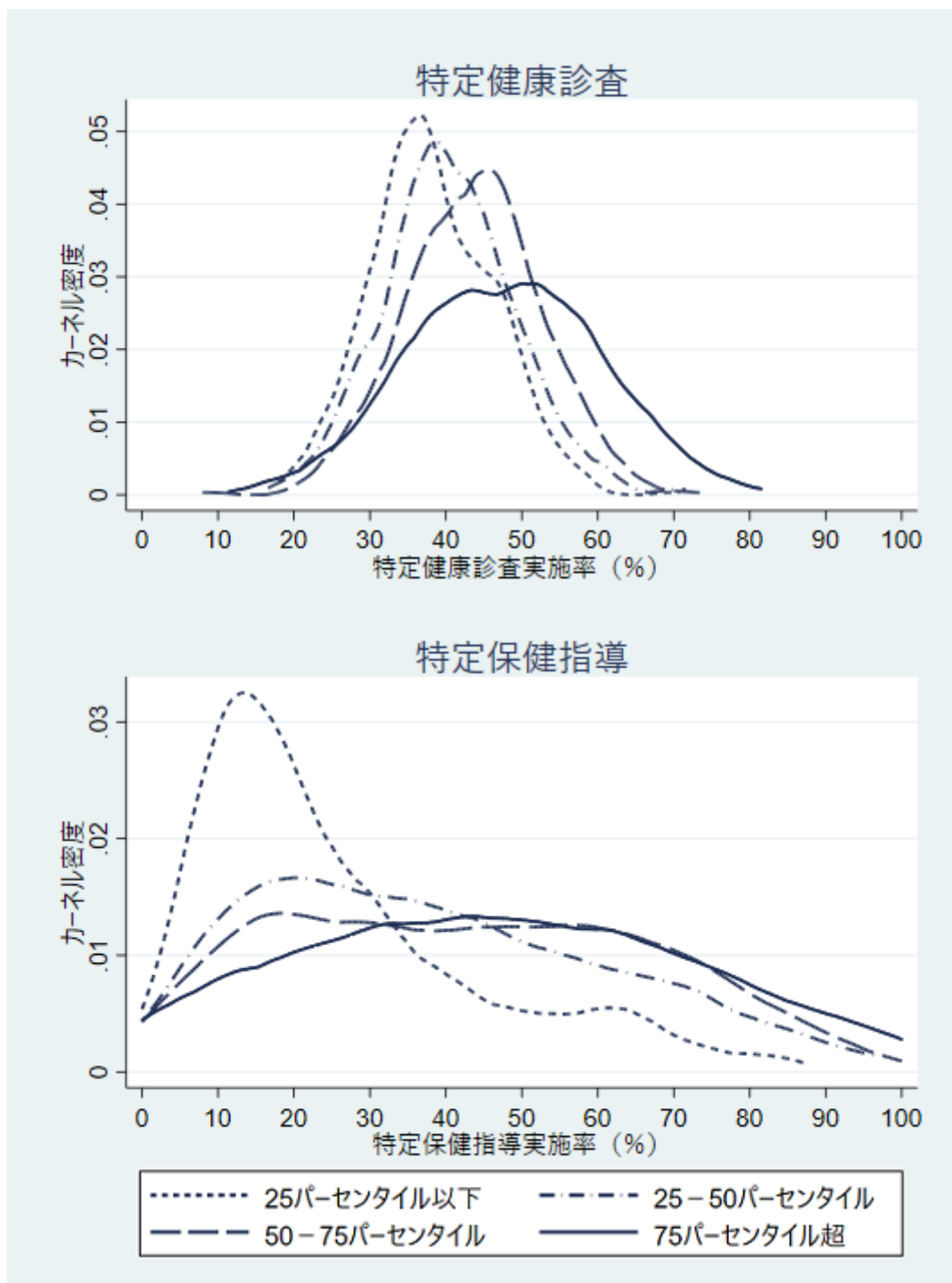
（出所）厚生労働省「2017年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（保険者別）」（2019年3月）より作成。

保険者ごとのばらつきと大規模保険者の低実施率が課題

以上の図表からわかるのは、特定健康診査や特定保健指導の実施率に保険者ごとの大きなばらつきがあることだ。保険制度で見ると、国保の特定健診実施率が健保組合と比べて顕著に低く、保健指導は国保も健保組合も低い。国保の健診実施率の低さは、糖尿病等の発症リスクが高い人がどれくらい存在するのか実態が把握できていないことを意味する。保健指導の実施率の分母は健診を受けてリスクが見つかった人であり、国保の分母が少なく見積もられている点には注意が必要だ。国保には、まず、予防・健康づくりの入り口である特定健診実施率の向上が望まれる。一方、健保組合は、健診後のサポートにつなげる取組が必要である。こうした保険制度間の差に加え、全保険者データを用いた保険者種別の実施率の分布から、国保も健保組合も保険者ごとにばらつきがあることが見えてきた。すなわち、保険制度間だけでなく、同じ保険制度内でも保険者によって予防医療の取組に差が生じている。また、特定健診や保健指導の実施率は、保険者の規模（対象者数）が大きくなるほど下がる傾向にある。その背景の一つには、対象者数が多いと実施が徹底しにくいことが考えられる。特に保健指導は専門スタッフによる個別の対応が求められるため、対象者が多い保険者はフォローが行き届いていない可能性がある。

ここで、市町村国保の予防医療の取組において中心的な役割を果たす保健師に着目してみよう。行政保健師は、都道府県・市町村等の保健所・保健センター等で保健行政に従事している。乳幼児健診、成人への生活習慣病予防教室、高齢者の介護予防教室等、住民の健康づくりのためのさまざまな事業を担っており、特定健診・保健指導もその一つだ。図表 1-6 では、市町村国保の 40 歳以上の被保険者 10,000 人当たりの常勤保健師数に応じてグループ分けをし、グループごとに特定健診・保健指導の実施率の分布を描いた。10,000 人当たり保健師数が 4.2 人以下と少ない市町村国保は、保健師の多いところと比べて実施率が低い。専門人材が少ない市町村は、きめ細やかな予防ケアを行うのが難しい状況にあるかもしれない。こうした保険者の規模に対する実施体制のあり方も、実施率のばらつきを生んでいる可能性は否定できない。

図表 1-6 人口当たり保健師数別実施率の分布（2017 年度、市町村国保）



（注）40 歳以上被保険者人口 1 万人当たり常勤保健師数の四分位点に応じて保険者を 4 つのグループに分け、カーネル密度推定（Epanechnikov カーネルを仮定）によりそれぞれ分布を描いた。25 パーセンタイル以下とは人口当たり保健師が約 4.2 人以下の保険者、25－50 パーセンタイルは保健師が約 4.2 人から約 6.2 人以下の保険者、50－75 パーセンタイルは保健師が約 6.2 人から約 9.6 人以下の保険者、75 パーセンタイル超は保健師が約 9.6 人より多くいる保険者を指す。

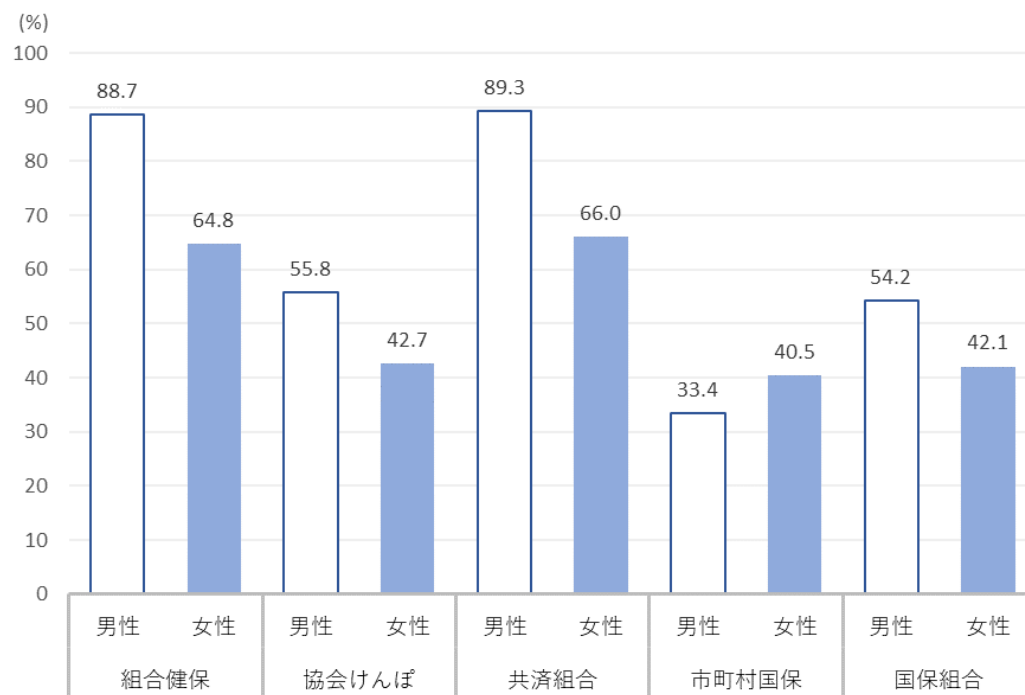
（出所）厚生労働省「2017 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況（保険者別）」（2019 年 3 月）、厚生労働省「保健師活動領域調査 平成 29 年度」（2017 年 5 月 1 日時点）、厚生労働省「国民健康保険実態調査（2017 年度）」（2019 年 1 月）より作成。

保険者の中にも潜む実施率の差—被扶養者へのアプローチ

さらに保険者種別の実施率を性別で分けると興味深い事実が見つかる。厚生労働省の「2017 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況」では、保険者種ごとに男女別の実施率が示されている。これによると、市町村国保は男性より女性の実施率が高いのに対し、健保組合や協会けんぽ、共済組合などの被用者保険は女性の方が総じて実施率が低い（図表 1-7）。保健指導にも同様の傾向が見られる。この逆転現象の背景には、被用者保険の対象に被保険者の妻（被扶養者）も多く含まれることが考えられる。図表 1-1 で示したように、国保には被扶養者の概念がないのに対し、被用者保険の加入者には被扶養者が含まれる。被用者保険の健診実施率を被保険者・被扶養者別に推計した図表 1-8 によると、被用者保険全体で被保険者の実施率は 72.5%と国の目標（70%）を上回るのに対し、被扶養者は 35.6%と極めて低い。これは市町村国保の女性実施率 40.5%よりも低く、被扶養者として被用者保険に加入する専業主婦等に、特定健診や保健指導の実施が徹底されていない可能性が示唆される。被用者保険の保険者にとって、被用者に健診受診を促すことは、被用者が健康で働き続けるために重要視されるべき保健事業だ。そうした予防医療の取組は、被保険者には届いても、被扶養者までは届きにくいのであろう。この構図は、働いているかどうかで健診受診率に差が生じ得ることを意味する。これは職域型でない市町村国保の実施率が総じて低い状況とは異なる点として注意が必要である。

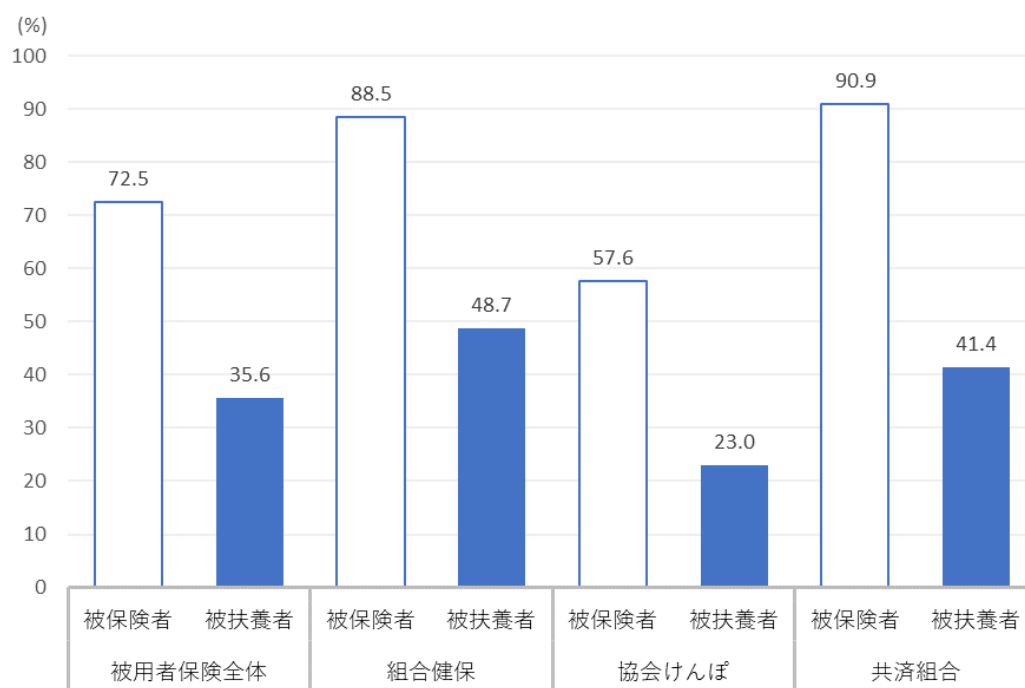
なお、国保の被保険者には自営業者が含まれるが、彼らは事業を営むことで忙しく、病気の予防や健康づくりへの意識が生まれにくい、特定健診や保健指導を受ける時間が確保できない、自分で段取りをつけるのに手間がかかる、といった状況にあるかもしれない。休業時の所得補償がない国保に加入する自営業者こそ、健康維持が不可欠であるにもかかわらず、こうした状況にあるとすれば問題は深刻だ。このように、各保険者がカバーする加入者の属性によって、保険者の中にもさらに実施率の差が存在するかもしれない。

図表 1-7 保険者種別・性別特定健康診査実施率（2017 年度）



（出所）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の資料「2017 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」（2019 年 3 月）より作成。

図表 1-8 保険者種別・被保険者/被扶養者別特定健康診査実施率（2017 年度）

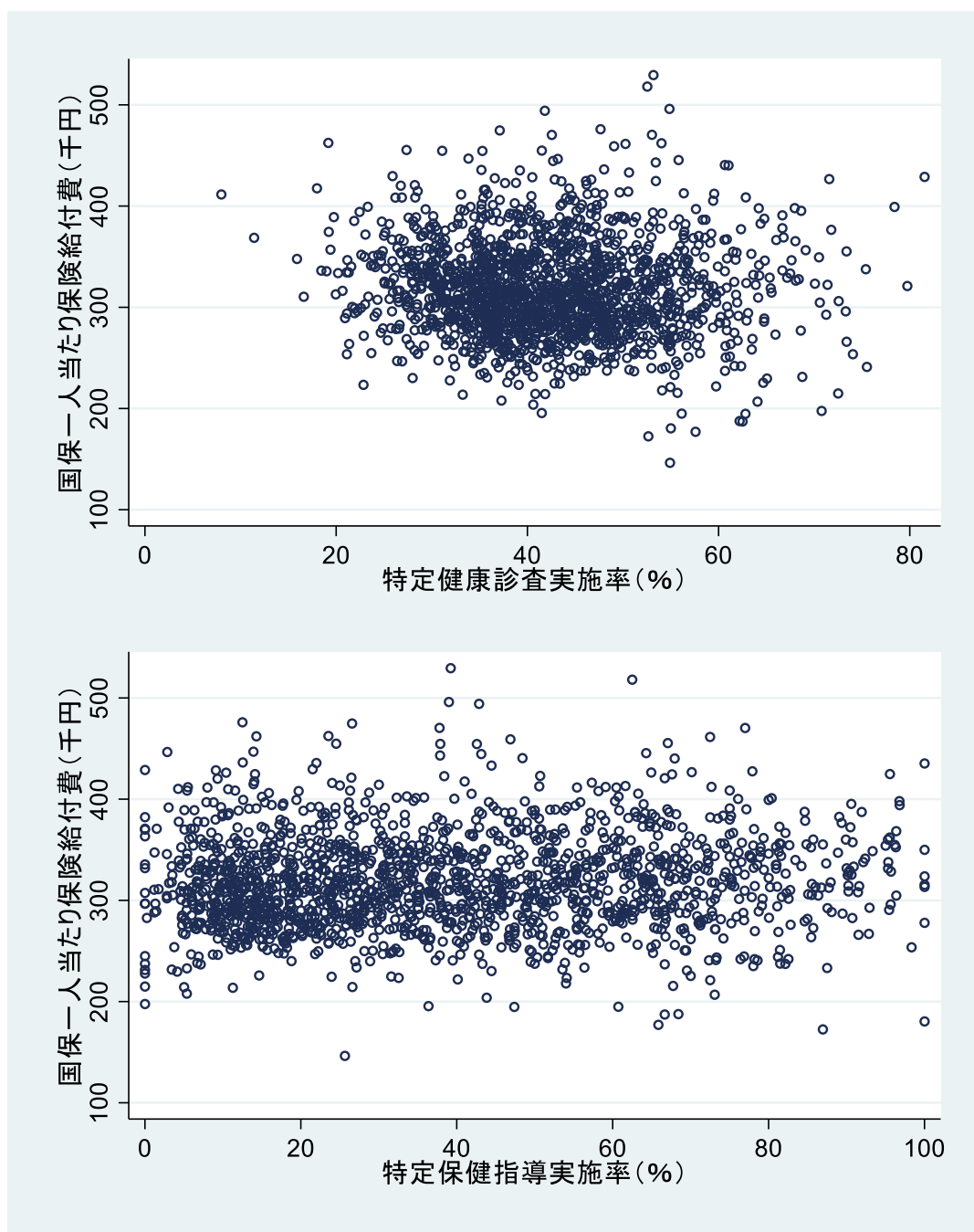


（出所）厚生労働省 保険者による健診・保健指導等に関する検討会の資料「2017 年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況について」（2019 年 3 月）より作成。

保険給付費との明確な関係は見出せず

ここで、特定健康診査や特定保健指導の実施率と保険給付費との関係も見てみたい。厚生労働省の「国民健康保険事業年報 平成 29 年度」では国保の保険者別に被保険者数や保険給付費などがわかる。これを用いて被保険者一人当たり保険給付費を算出し、実施率との関係を図にした（図表 1-9）。この図表からは、特定健診や保健指導の実施率が高いほど保険給付費が低くなるといった相関関係は見られない。ただし、保険給付費は医療費のかかる高齢者層が多い保険者ほど高くなる可能性が高い。予防医療に熱心に取り組んでいても、高齢化率が高いために保険給付費が高い国保があるかもしれない。この影響を取り除くには、年齢階級別の保険給付費から算出する年齢調整済み一人当たり保険給付費を用いる必要があるが、「国民健康保険事業年報」では公表されていない。そこで、対象を市町村国保に限定し、厚生労働省の「国民健康保険実態調査 平成 29 年度」から各保険者の年齢構成を調べ、40～75 歳の被保険者割合に応じた 4 つのグループで実施率と保険給付費の関係を見ることも試みた。40～75 歳の被保険者割合が高い市町村国保ほど一人当たり保険給付費が高い傾向は見られたものの、実施率と保険給付費との間に明らかな関係を見出すことはできなかった。大まかなグループ分けでは年齢の影響を排除しきれないことに加え、保険給付費を決める要因が多くあるため、その関係を捉えることが難しいのだろう。特定健診や保健指導と医療費との関係については現時点で結論付けることはできず、今後の詳細な分析が必要だ。

図表 1-9 特定健康診査・特定保健指導実施率と保険給付費（2017 年度、市町村国保）



(注) 市町村国保のみ。

(出所) 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（保険者別）」（2019 年 3 月）、厚生労働省「国民健康保険事業年報 平成 29 年度」（2019 年 4 月）より作成。

1－2．個別の保険者

企業「経営」としての取組が高実施率を実現

さらに詳しく個別の保険者を見ていく。図表 1－10 は、全保険者のうち、特定健康診査と特定保健指導の実施率がともに高いという点で優良な保険者のリストである。どちらも全体の 90 パーセンタイル値を超える保険者は健保組合のみとなるが、そのうち一定規模(健診対象者数 1,000 人)以上の健保組合を健診実施率が高い順に全て記載した。特定健診は 80%後半から 100%に近い実施率となっており、特定保健指導の実施率も 60%台後半から 90%台に達する。これを見ると、健診対象者数が 10,000 人を超える大規模な保険者でも、花王や明治安田生命、第一生命、大和証券グループ、京セラは実施率が高い。いずれも経済産業省の「健康経営優良法人 2019」に認定されており、健康経営への意識の高い企業といえる。その他にも、山形銀行や大垣共立銀行、南都銀行など地方銀行の保険者、医薬品の日本新薬や大日本住友製薬といった製薬業種の保険者も健闘している。

一方、全保険者のうち、特定健康診査と特定保健指導の実施率がともに低い保険者を示した図表 1－11 を見ると、下位 10 保険者の特定健診実施率は 20%前後にとどまり、特定保健指導実施率は 0%のところも複数ある。ほとんどが国保の保険者であり、健診対象者数で見た規模はまちまちだ。医師や薬剤師といった医療従事者の国保組合が目立つ。医師や薬剤師は医療の専門知識があるので保健指導は不要なのかもしれないが、自律的に生活習慣が改善されているのかチェックする機会が必要であろう。

図表 1-10 特定健康診査・特定保健指導実施率が高い保険者（全体、健診実施率順）

上位	保険者名	特定健康診査		特定保健指導		健康経営 優良法人
		対象者数	実施率	対象者数	実施率	
1	山形銀行健康保険組合	1,527	98.89	145	74.48	○
2	雪の聖母会健康保険組合	1,283	98.44	130	74.62	
3	K O A 健康保険組合	1,675	95.94	231	67.53	
4	日新電機健康保険組合	3,073	95.57	546	71.06	○
5	富士機械製造健康保険組合	1,805	93.57	212	73.11	
6	大垣共立銀行健康保険組合	3,058	93.17	320	80.94	
7	南都銀行健康保険組合	2,704	92.97	318	84.59	○
8	きらやか健康保険組合	1,449	92.34	165	70.91	
9	花王健康保険組合	20,067	92.13	2,140	66.96	○
10	静岡新聞放送健康保険組合	1,532	91.19	163	71.78	
11	アコム健康保険組合	2,172	91.11	332	84.94	
12	筑波銀行健康保険組合	2,156	91.09	361	70.64	○
13	みちのく銀行健康保険組合	1,759	90.51	200	76.00	○
14	独立行政法人都市再生機構健康保険組合	3,994	90.24	518	72.01	
15	鹿児島銀行健康保険組合	1,867	89.93	303	79.54	
16	阿波銀行健康保険組合	2,067	89.40	261	69.73	○
17	明治安田生命健康保険組合	36,930	89.39	4,492	68.70	○
18	第一生命健康保険組合	46,285	88.80	5,230	71.34	○
19	日本新薬健康保険組合	1,474	88.74	203	68.97	○
20	日本ケミコン健康保険組合	2,199	88.49	325	85.23	
21	大和証券グループ健康保険組合	11,226	88.41	1,546	72.64	○
22	イズミグループ健康保険組合	6,482	88.40	1,058	70.98	
23	青森銀行健康保険組合	2,090	88.18	211	92.42	○
24	大日本住友製薬健康保険組合	4,096	87.33	396	72.22	○
25	京セラ健康保険組合	23,067	87.22	3,318	79.29	○
26	フランスベッドグループ健康保険組合	2,118	86.54	295	86.44	
27	首都高速道路健康保険組合	1,592	86.37	240	70.00	
28	セディナ健康保険組合	4,444	86.25	614	69.87	○
29	ホトニクス・グループ健康保険組合	2,887	85.94	263	80.23	○

（注）全保険者における特定健康診査実施率の 90 パーセンタイル値（約 85.67%）と特定保健指導実施率の 90 パーセンタイル値（約 66.96%）をともに超え、特定健診対象者数が 1,000 人以上の保険者を、特定健診実施率が高い順に記載。

（出所）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（保険者別）」（2019 年 3 月）、経済産業省「健康経営優良法人 2019」（2019 年 2 月 21 日）より作成。

図表 1-11 特定健康診査・特定保健指導実施率が低い保険者（全体、健診実施率順下位 10）

下位	保険者名	特定健康診査		特定保健指導	
		対象者数	実施率	対象者数	実施率
1	三貴健康保険組合	42	0.00	—	0.00
2	兵庫県医師国民健康保険組合	10,983	15.40	—	0.69
3	栃木県医師国民健康保険組合	2,396	18.49	—	2.00
4	北海道札幌市（国民健康保険）	268,098	20.20	16,328	3.42
5	鳥取県医師国民健康保険組合	732	20.22	—	0.00
6	奈良県大淀町（国民健康保険）	3,073	20.92	—	1.45
7	福岡県薬剤師国民健康保険組合	1,114	21.45	—	0.00
8	愛知県薬剤師国民健康保険組合	1,422	22.36	—	0.00
9	大阪府医師国民健康保険組合	17,248	22.42	—	0.00
10	東京芸能人国民健康保険組合	5,372	22.97	—	1.46

（注）全保険者における特定健康診査実施率の 10 パーセンタイル値（約 33.03%）と特定保健指導実施率の 10 パーセンタイル値（約 4.09%）をともに下回る保険者を、特定健診実施率が低い順に記載。

（出所）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（保険者別）」（2019 年 3 月）より作成。

小規模な国保が工夫を重ねて高実施率

次に、対象を国保に限定し、特定健康診査と特定保健指導の実施率がともに高い保険者を見ていこう。国保内でどちらも 90 パーセンタイルを超える保険者を抽出し、健診実施率順に上位 10 保険者を並べたのが図表 1-12 だ。全て市町村国保の保険者であり、特定健診対象者数 1,000 人未満の小規模なところが多い。特定健診実施率は 70% 台、特定保健指導実施率は 70% 台から 90% 台後半にまで達する。なお、前述の被保険者一人当たり保険給付費も記載しており、国保の保険者平均 303,789 円を下回る保険者が半数あり、熱心な介入が医療費の抑制に効果をもたらしている可能性もある。図表 1-13 では、特定健診対象者数順に並べ替えた上位 10 保険者を示しているが、対象者数が 2,000 人を超えるような市町村でも特定健診から保健指導まで高い実施率を達成しているところがある。

図表 1-12 特定健康診査・特定保健指導実施率が高い保険者（国保、健診実施率順上位 10）

上位	都道府県	市町村	特定健康診査		特定保健指導		一人当たり 保険給付費
			対象者数	実施率	対象者数	実施率	
1	熊本	五木村	199	78.39	15	80.00	399,290
2	宮崎	椎葉村	694	75.50	71	73.24	241,193
3	福島	鮫川村	678	74.04	60	98.33	253,731
4	長野	喬木村	988	73.38	59	91.53	266,086
5	福島	柳津町	691	73.37	46	86.96	355,355
6	福島	三島町	352	73.30	23	95.65	296,081
7	沖縄	東村	481	72.56	67	85.07	306,177
8	熊本	山江村	613	71.78	47	89.36	376,637
9	北海道	中富良野町	1,106	71.25	85	92.94	292,796
10	北海道	陸別町	451	70.07	35	74.29	323,376

（注）国保保険者における特定健康診査実施率の 90 パーセンタイル値（約 56.35%）と特定保健指導実施率の 90 パーセンタイル値（約 72.22%）をともに超える保険者を、特定健診実施率順に記載。

（出所）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（保険者別）」（2019 年 3 月）、厚生労働省「国民健康保険事業年報 平成 29 年度」（2019 年 4 月より作成）。

図表 1-13 特定健康診査・特定保健指導実施率が高い保険者（国保、健診対象者数順上位 10）

上位	都道府県	市町村	特定健康診査		特定保健指導		一人当たり 保険給付費
			対象者数	実施率	対象者数	実施率	
1	岐阜	飛騨市	4,292	65.33	179	75.98	329,396
2	石川	志賀町	4,087	56.52	240	72.50	382,192
3	福岡	広川町	3,242	61.94	248	96.37	304,853
4	山梨	身延町	2,490	56.39	172	73.84	356,221
5	石川	宝達志水町	2,256	59.53	150	72.67	412,250
6	熊本	美里町	2,092	56.50	139	81.29	348,005
7	熊本	和水町	2,051	67.48	165	90.91	333,436
8	長野	高森町	2,013	60.85	121	75.21	277,424
9	徳島	海陽町	2,007	57.35	110	96.36	368,489
10	長野	木曽町	1,913	63.88	120	80.00	322,235

（注）国保保険者における特定健康診査実施率の 90 パーセンタイル値（約 56.35%）と特定保健指導実施率の 90 パーセンタイル値（約 72.22%）をともに超える保険者を、特定健診対象者数順に記載。

（出所）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（保険者別）」（2019 年 3 月）、厚生労働省「国民健康保険事業年報 平成 29 年度」（2019 年 4 月より作成）。

保険者の意識の高さで大きな違い

これらの保険者リストから、保険者の意識の重要性が示唆される。健保組合に関しては、健康経営優良法人の認定を受けているなど、特定健診や保健指導に限らず予防・健

康づくりの取組全般への意識が、企業経営者と保険者がともに高いことが推察される（コラム1参照）。その中にはかなり大規模な保険者もあり、対象者が多くても保健指導終了まできちんとフォローされている。国保の中で相対的に高い実施率を達成しているところは、個々の加入者に対するきめ細やかで熱心なアプローチを行っていることがうかがえる（コラム2参照）。

このように、保険者の意識は予防医療の取組状況に大きな違いとなって現れ得る。職域や居住地によって加入先が決まる医療保険制度では、保険者を自由に選ぶことができない。保険者の予防医療の取組の意識に差があることで、どこの保険者に加入しているかによって将来の健康状態が変わってしまうかもしれない。保険者間のばらつきを是正し、専門人材が少ない地域や予防ケアが届きにくい被扶養者も含め国民全体の健康増進に取り組むことが必要だ。

コラム1：健保組合の取組例（南都銀行健康保険組合）⁷

全保険者の中でも健診・保健指導の実施率がともに高い南都銀行健保組合にヒアリングをしたところ、経営層を巻き込みながら、“受診しなければならない”という緩やかな強制力と、“受診しやすい”環境をつくることで、高い実施率を達成してきたことがわかった。健康経営優良法人2019にも認定された南都銀行では、30歳代奇数年および40歳以上の人間ドック受診を毎年必須として公休扱いにしており、内容も充実させるなど力を入れている。指定医療機関から本人が受診機関を選んで健保組合が予約をコーディネートし、ドックを受けることで特定健診も受診したことになる。

まず、健診・指導受診の促し方として、機関誌等で繰り返し情報を発信するほか、支店長会で役員が声かけをしたり、人事企画部と健保組合が連名で通知を出したり、健保組合職員が直接会って話をする。また、被扶養者には社員である配偶者経由で通知するなど、個々人を動かす工夫をしている。特に保健指導は、本人のためになること、実施率が低いと後期高齢者支援金の加算ペナルティで保険料が上がる可能性があり皆に迷惑がかかることも情報として伝えている。実施における工夫としては、医療機関と交渉し、（特定）保健指導を土曜、日曜に受けられたり、保健指導の初回面談をドック当日に受けられるようにする。保健指導に行かない人を平日の夕方に行う「集合面談」に呼び出すこともある。また、医療機関と連携し、保健指導を中断している人には健保組合から注意喚起し、指導終了まで働きかけを続ける。さらに、スポーツクラブで個人指導を受けて腹囲と体重を減らす目標を達成すると、料金の約9割を返還するプログラムも導入した。

⁷ 南都銀行健康保険組合の辻本清氏、光本昭子氏へのヒアリングをもとに筆者がまとめた。

コラム 2： 市町村国保の取組例（福岡県広川町）⁸

実施率が高順位の福岡県広川町の特定健診・保健指導の取組について調査したところ、個々の被保険者に合わせた地道できめ細かいアプローチによって実施率の向上に努めていることがわかった。特定健診の実施に際しては、被保険者の個別カルテを作成し、特定健診の受診勧奨（電話・訪問・来庁時声かけ）を実施して、その都度、本人との会話や様子をカルテに記入する。住民の健診に対する受け入れ方（感触）を考慮しつつ、受診説明の内容を変えている。町内の医師に協力を依頼し、かかりつけ医から健診の必要性などを説明してもらうと受け入れてもらいやすいという。「受けない」「電話しないで」等の発言があった場合にはすぐに訪問することもある。実際に会って話すと理解してもらえることがあり、次年度からは窓口へ来るようになった方もいる。

日程や予約状況のお知らせは町の広報誌や回覧を活用する。スペースの少ない広報よりも、月 2 回の回覧の方が、保健師が書きたいことを全部書けるため、よく活用されており、回覧の方が住民の反応が良いとの感触も得ている。

特定保健指導では、特定健診の判定が「動機付け支援」「積極的支援」「ハイリスク」「塩分が 10 g 超」の方に個別に電話し、訪問または面談の約束をしている。保健指導前には、必ずかかりつけ医へ「連絡票」を出し、保健指導のポイントを指示してもらう。正規職員の保健師 2 名のほか、一般非常勤の管理栄養士 1 名、栄養士 1 名、保健師 1 名、看護師 1 名の専門職のみで構成される係でこうした取組を行っている。

2. 後発医薬品

本章では、厚生労働省の「保険者別の後発医薬品の使用割合（平成 30 年 9 月診療分）」をもとに、保険者別の後発医薬品使用割合を見る。本調査も、2019 年 3 月に初めて全保険者の実績が公表された。合わせて見ることは保険者機能の発揮度合いを見る上で参考になると考えられる。後発医薬品（ジェネリック医薬品）は、先発医薬品と治療学的に同等であるものとして製造販売が承認され、一般的に研究開発に要する費用が低く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が安くなっている。後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するとされ、使用促進のための施策が取り組まれている。2017 年 6 月の閣議決定では、2020 年 9 月までに、後発医薬品の使用割合を 80%とする目標が定められた。全保険者の使用割合は、特定健診・保健指導と同じく 2019 年 3 月に公表されている。使用促進に向けて保険者の取組も期待される中、保険者ごとの実績を明らかにすることは、取組のインセンティブにつながると考えられる。使用割合は数量シェアで示されており、後発医薬品の数量を後発医薬品がある

⁸ 福岡県広川町役場住民課健康係の中島真実氏へメールにて調査協力を依頼し、回答をもとに筆者がまとめた。

先発医薬品の数量と後発医薬品の数量の和で割った値を指す。

2-1. 全体像

保険者ごとのばらつきは少ないが、国保の使用割合が低め

2018 年 9 月診療分の後発医薬品使用割合は、全国平均で約 72.6%であった⁹。この集計では、協会けんぽが 47 支部別に公表されているほか、後期高齢者医療広域連合の 47 保険者分も公表されている。保険者ごとの使用割合を用いて保険者種別に平均をとると、被用者保険の健保組合は 73.2%、協会けんぽは 74.0%、共済組合が 72.7%と概ね全体平均に近い。国保は市町村国保が 74.3%で平均並みだが、国保組合は 66.9%と若干低い。また、後期高齢者医療広域連合は 72.4%であった。どの保険者種も全体としては目標とする 80%に向けて取り組んでいる状況に見える。

図表 2-1 は保険者種別の使用割合の分布である。被用者保険は保険者間のばらつきが小さく、平均付近で高い山ができています。国保はばらつきが大きくなり、市町村国保は平均より高い保険者も比較的に見られるのに対し、国保組合は他より低い方に偏っている。

後発医薬品使用割合を年齢階級別に見たのが図表 2-2 である。20 歳から 75 歳まではどの年齢層も全体平均に近い。一方で、5 歳から 15 歳までの子どもや 75 歳以上の後期高齢者の使用割合が低い。75 歳以上の高齢者が加入する後期高齢者医療制度は、都道府県ごとの広域連合を保険者とし、医療費の約 9 割を公費や他の医療保険からの支援金が負担する¹⁰。保険者機能が働きにくい仕組みである。後発医薬品の使用促進に向けては、保険者の中には、広島県呉市の国保のように保険者として積極的に取り組んでいるところも少なからずある¹¹。ただ、必ずしも全体として保険者機能が十分働いているとはまだいえず、後期高齢者医療制度には特にその懸念がある。医療受診が多い高齢者層は薬剤料も多くかかるため、医療保険財源への影響は大きいだろう。保険者による一層の取組が期待される。

なお、後発医薬品使用割合についても、国保の被保険者一人当たり調剤費との関係を図に描いたが、使用割合が高いほど調剤費が低いといった相関関係は見られない（図表 2-3）。ただし、特定健診や保健指導の実施率と保険給付費との関係と同様、被保険者

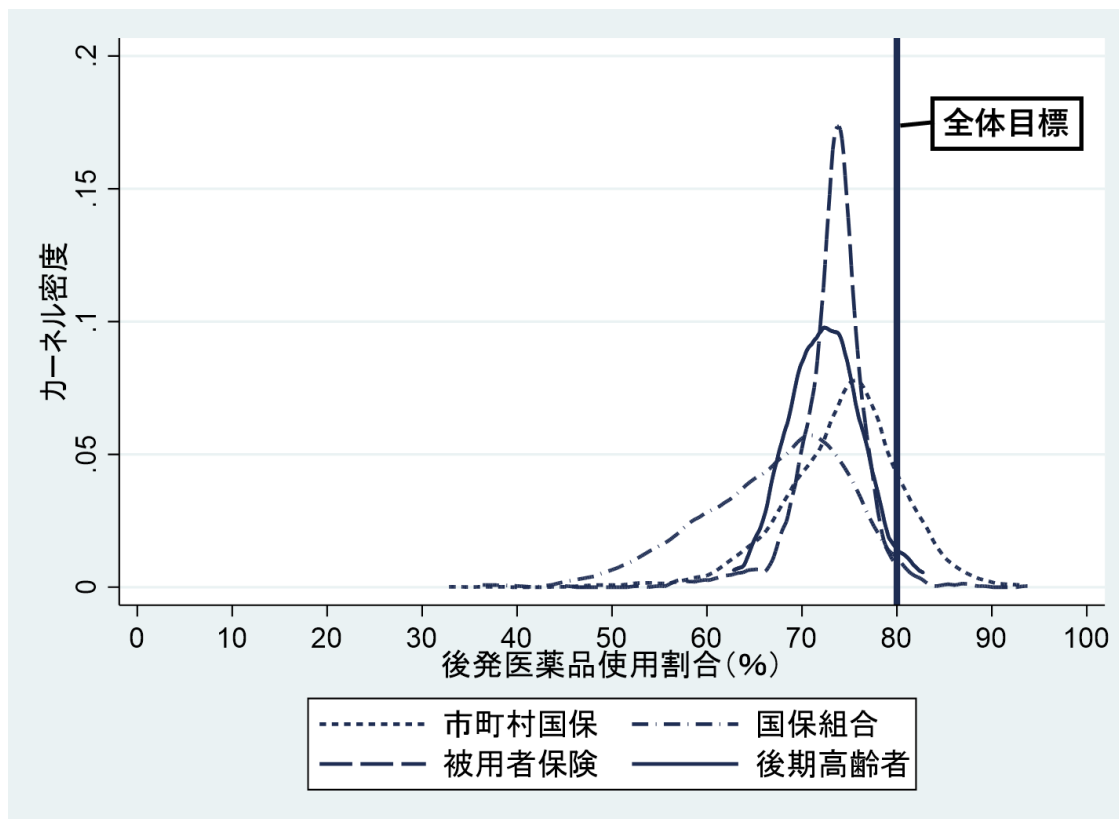
⁹ 厚生労働省「平成 30 年度医薬品価格調査」（2019 年 8 月 22 日）を参照。

¹⁰ 厚生労働省ホームページの「後期高齢者医療制度について」
<<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info02d-35.html>>（2019 年 8 月 27 日アクセス）を参照。

¹¹ レセプトデータ分析を行い、積極的に重症化予防などの保健指導の介入をしている広島県呉市（成長戦略実行計画 2019 でも言及）では、データ分析によって後発医薬品使用割合の低い人を特定し、個別に介入して引き上げを図り、医療費削減につなげている。詳しくは、翁百合「データ活用なしに医療崩壊は止められない」（PRESIDENT Online、2019 年 3 月 26 日）<<https://president.jp/articles/-/28067>>（2019 年 8 月 27 日アクセス）を参照。

の年齢構成が反映された調剤費のデータではないため、今後の詳細な分析が望まれる。

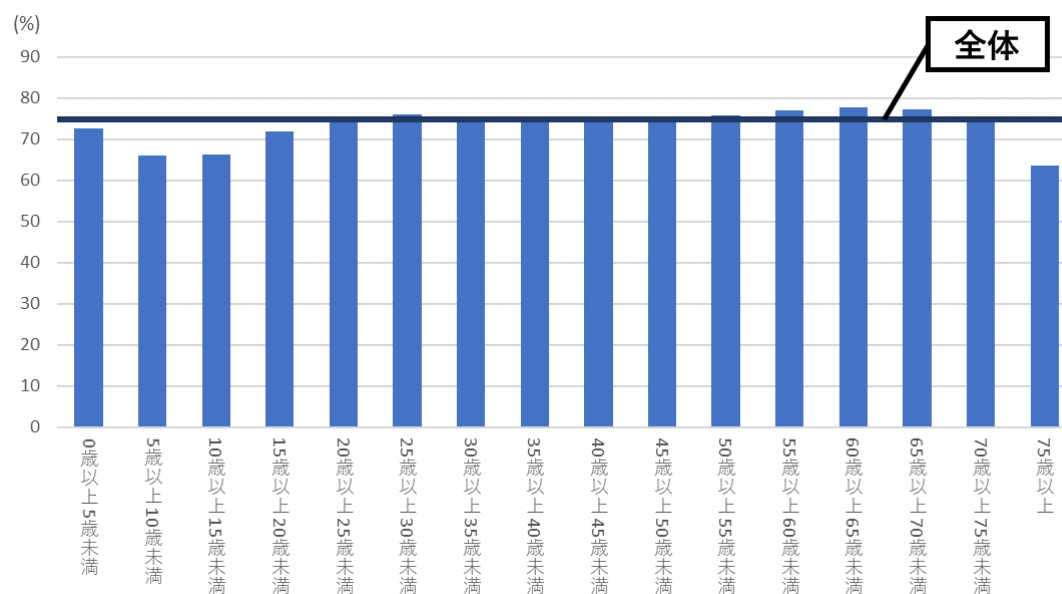
図表 2-1 保険者種別後発医薬品使用割合の分布（2018 年 9 月診療分）



（注）数量シェア。被用者保険には健保組合、協会けんぽ、船員保険、共済組合が含まれる。協会けんぽは支部ごとに公表されている。カーネル密度推定（Epanechnikov カーネルを仮定）によりそれぞれ分布を描いた。

（出所）厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合（平成 30 年 9 月診療分）」（2019 年 3 月）より作成。

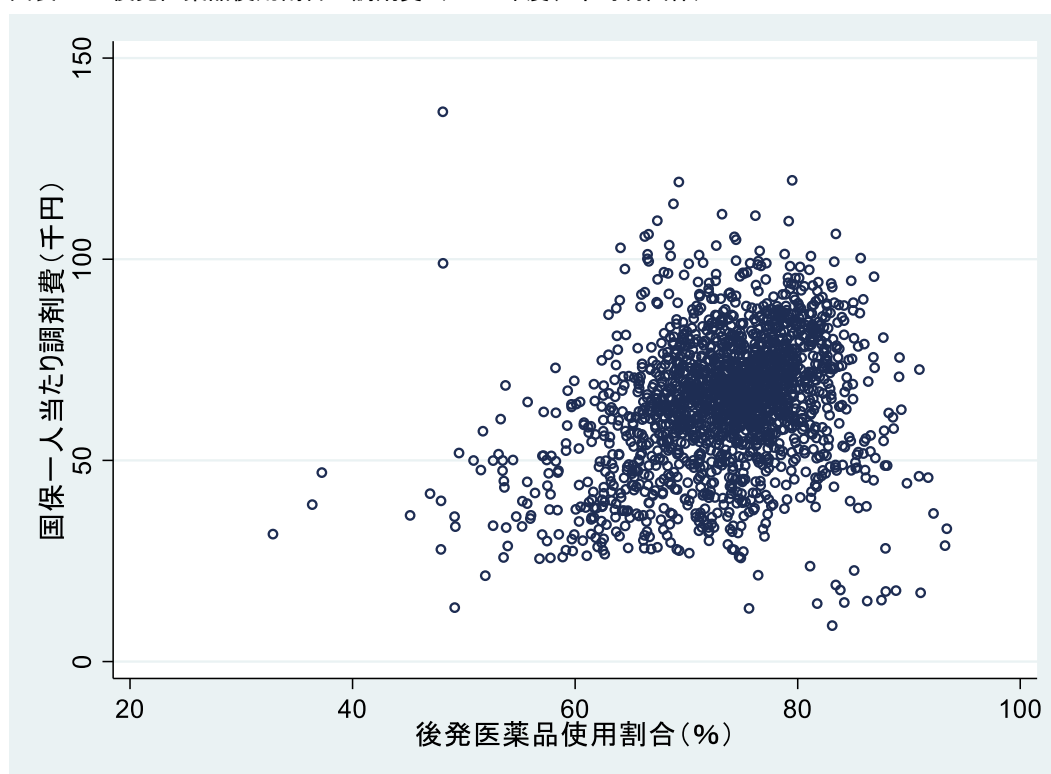
図表 2-2 年齢階級別後発医薬品使用割合



(注) 数量ベース。2018年4月-9月。実線は全体の使用割合（74.6%）を表す。

(出所) 厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向 平成31年2月号」より作成。

図表 2-3 後発医薬品使用割合と調剤費（2017年度、市町村国保）



(注) 市町村国保のみ。

(出所) 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（保険者別）」（2019年3月）、厚生労働省「国民健康保険事業年報 平成29年度」（2019年4月）より作成。

2-2. 個別の保険者

沖縄の市町村国保の使用割合が高い

図表 2-4 は、後発医薬品使用割合が高い上位 10 保険者である。上位は後発医薬品の数量シェアが 9 割を超えている。また、沖縄県の市町村国保が多く見られる¹²。図表 2-5 は下位 10 保険者である。全て国保であり、低いところは 30%台にとどまる。地域的な特徴は見られないが、医師の国保組合が複数入っているのが目立つ。

図表 2-4 後発医薬品使用割合が高い保険者（全体上位 10）

上位	保険者名	使用割合 (数量シェア)
1	アイテックス健康保険組合	93.76%
2	沖縄県渡名喜村（国民健康保険）	93.39%
3	沖縄県北大東村（国民健康保険）	93.23%
4	沖縄県伊平屋村（国民健康保険）	92.20%
5	沖縄県渡嘉敷村（国民健康保険）	91.72%
6	沖縄県伊是名村（国民健康保険）	91.04%
7	沖縄県大宜味村（国民健康保険）	90.93%
8	沖縄県粟国村（国民健康保険）	90.90%
9	岩手県普代村（国民健康保険）	89.81%
10	沖縄県国頭村（国民健康保険）	89.31%

（注）後発医薬品の数量シェアとは、後発医薬品の数量／（後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）で計算される数値である。

（出所）厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合（平成 30 年 9 月診療分）」（2019 年 3 月）より作成。

¹² この理由について、石橋未来「後発医薬品のシェア拡大に必要なこと」（大和総研レポート、2018 年 7 月）は、一人当たり県民所得が低い沖縄県では所得対比の医療費負担が重いという背景に加え、自治体や医療機関、調剤薬局などが後発医薬品の普及に地域全体で取り組んできたことが大きいと指摘する。適切な情報提供を主な目的とした差額通知、医師による積極的な後発医薬品の処方・「変更不可」への原則不署名、保険薬局から患者への積極的な説明、「不動在庫・備蓄ネットワークシステム」の導入による後発医薬品の在庫管理の負担軽減、医薬品卸売業者による医薬品の安定供給や情報提供を評価基準とした後発医薬品の推奨メーカーの選定などの取組が行われてきたという。

図表 2-5 後発医薬品使用割合が低い保険者（全体下位 10）

下位	保険者名	使用割合 (数量シェア)
1	北海道礼文町（国民健康保険）	32.84%
2	高知県医師国民健康保険組合	36.37%
3	東京都御蔵島村（国民健康保険）	37.23%
4	天理よろづ相談所健康保険組合	45.08%
5	長野県平谷村（国民健康保険）	45.17%
6	青森県医師国民健康保険組合	46.96%
7	新潟県津南町（国民健康保険）	47.93%
8	徳島県医師国民健康保険組合	47.94%
9	北海道音威子府村（国民健康保険）	48.10%
10	新潟県粟島浦村（国民健康保険）	48.12%

（注）後発医薬品の数量シェアとは、後発医薬品の数量／（後発医薬品のある先発医薬品の数量＋後発医薬品の数量）で計算される数値である。

（出所）厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合（平成 30 年 9 月診療分）」（2019 年 3 月）より作成。

3. 提言

本稿では、全保険者の数値が初めて公表された特定健診・保健指導の実施率、および後発医薬品使用割合のデータから個別の保険者の取組状況を見てきた。保険者の実績を公表し、「見える化」することは、保険者の積極的な予防・健康づくりの取組を推進する上で重要である。ただし、単に数値を出すだけではあまり効果がなく、データを丁寧に分析して何がわかるのかを示すことが大切だ。

本稿の分析を踏まえて、以下の 6 点を指摘したい。

1. 保険者ごとの特定健診・保健指導の実施率のばらつきが大きいことは問題である。これまで保険者種による違いは指摘されてきたが、全保険者データの公表によって、同じ医療保険制度内でも保険者ごとにきわめて大きなばらつきがあることが初めて確認できた。職業または勤務先によって加入する保険者は確定され、加入者は自由に保険者を選ぶことができないことから、こうした保険者間の差は是正していくべきだ。健保組合等については、保険者のみならず、経営層が健康経営の認識を高めることが欠かせない。保険者の予防・健康インセンティブの強化は重要な施策といえる。

2. 人手不足の中、保険者は、健康増進を推進する態勢を工夫する必要がある。一部の国保では、保健師等によるきめ細やかなアプローチによって特定健診・保健指導の高い

実施率が達成されてきたことがうかがえる。保険者の熱心な取組は望ましいが、人手不足が深刻化する中でそうした体制を維持することが困難になることも予想される。特に保健指導は資格を有する専門スタッフしか行うことができないが、IT 活用、オンラインでの指導など少ない専門スタッフをうまく活用する工夫が必要である。また看護師の資格を持ちながら、実際には働いていない潜在看護師などを活用することはできないだろうか。持続可能な制度とするための議論を行うべきだ。

3. 保険者の取組は、被保険者だけでなく、配偶者などの被扶養者へも届くことが必要だ。被用者保険は、被保険者の特定健診・保健指導には力を入れていても、被扶養者へのアプローチは足りていない可能性がある。国民全体の健康増進のためには、被扶養者の受診率引き上げにも保険者の取組が望まれる。

4. 後期高齢者医療制度の保険者機能の強化についても考えるべきではないか。後期高齢者医療制度の保険者は、都道府県ごとに置かれた広域連合だ。財源の多くを公費や現役世代からの支援金が負担するため、保険者機能が働きにくい。しかし、ボリュームゾーンである後期高齢者の後発医薬品使用割合が低いことは、医療保険財源に及ぼす影響を考えると問題であり、保険者機能を強化するために工夫をして使用促進に取り組む必要があるだろう。

5. 市町村国保は財政運営が 2018 年度から都道府県単位となったが、これを踏まえ保険者機能を発揮する上で工夫が必要である。まず、特定健康診断などの保健事業は引き続き市町村に残るが、先に挙げたような少人数故のきめ細かな対応が持続的に行われるよう留意する必要がある。財政を都道府県単位化していく中で、先進的な市町村の取組を横展開して県全体の取組レベルが上がるのが求められる。小規模な市町村国保が多く存在するより、都道府県単位の方が比較しやすいこともあり、今後は都道府県ごとの実施率の「見える化」を行っていくことにより、より競争が働くようになる可能性もある。成長戦略実行計画 2019 では、新たに国保に対して、「保険者努力支援制度」の抜本強化が図られる。都道府県が国保の財政責任主体、市町村が保健事業を実施するという体制の中で、各保険者の取組の一層のインセンティブにつながるよう支援制度を工夫することが必要だ。

6. 特定健診等の推進は重要だが、健康寿命延伸のためにこれを推進する以上、その健康診査内容も見直していく必要がある。特定健診の項目や保健指導の内容が、どの程度健康増進、健康寿命の延伸に寄与するかについてのエビデンスは不可欠だ。また、技術革新も進んでいる。効果のある健診の項目を残し、必要なものはその手法も含めて見直し、必要な検査内容は追加するといった特定健診と保健指導、その他検査の内容の定

期的な PDCA が今後一層重要になるだろう。また、本稿の分析では結論が出せなかった医療費との関係も今後の研究が必要である。

参考文献

- 石橋未来（2018）「後発医薬品のシェア拡大に必要なこと」大和総研レポート
- 翁百合（2019）「医療分野へのデータ利活用と技術革新の実装：効果と課題」自民党厚生労働部会講演資料
- 経済産業省「健康経営優良法人 2019」
- 厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向 平成 31 年 2 月号」
- 厚生労働省（2012）「第二期特定健康診査等実施計画期間に向けての特定健診・保健指導の実施について（とりまとめ）」
- 厚生労働省「国民健康保険実態調査（2017 年度）」
- 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（保険者別）」
- 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（概要）」
- 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について」
- 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】」
- 厚生労働省「平成 29 年度健康保険・船員保険事業状況報告＜月次報告（速報）＞」
- 厚生労働省「平成 29 年度国民健康保険事業年報」
- 厚生労働省「平成 29 年度後期高齢者医療事業状況報告（年報）」
- 厚生労働省「保健師活動領域調査 平成 29 年度」
- 厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合（平成 30 年 9 月診療分）」
- 財務省「平成 29 年度国家公務員共済組合事業統計年報」
- 総務省「平成 29 年度地方公務員共済組合等事業年報」
- 日本私立学校振興・共済事業団「私学共済制度統計要覧平成 30 年版（平成 29 年度）」

著者プロフィール

翁百合（おきな ゆり）

NIRA 総合研究開発機構理事、日本総合研究所理事長。

京都大学博士（経済学）。未来投資会議・構造改革徹底推進会合「健康・医療・介護」
会合会長、金融審議会委員、税制調査会委員等も務める。

関島梢恵（せきじま こずえ）

NIRA 総合研究開発機構研究コーディネーター・研究員。

大阪大学博士（国際公共政策）。2018 年より現職。



医療保険者による病気予防・健康づくりの実態
—ばらつき目立つ保険者の取組—

NIRA モノグラフシリーズ No.41

2019 年 9 月発行

著 者 翁百合・関島梢恵

発 行 公益財団法人 NIRA 総合研究開発機構

〒150-6034 東京都渋谷区恵比寿 4-20-3 恵比寿ガーデンプレイスタワー34 階

電話 03-5448-1710

ホームページ <https://www.nira.or.jp/>

無断転載を禁じます。

©NIRA 総合研究開発機構 2019