

2024年1月23日 全8頁

2024年度以降の保険者の役割

データ分析を通じた健康づくりの成果と医療費適正化の取り組み

政策調査部 研究員 石橋 未来

[要約]

- 少子高齢化・人口減少の中で社会の活力を維持・向上するためには、年齢にかかわらず働き続けることが重要であり、その前提となる予防・健康づくりが欠かせない。同時に、社会保障制度の持続性を確保するための医療の効率化も必要だ。各保険者には、データを活用した効率的・効果的な保健事業と医療費適正化の取り組みが求められる。
- 生涯現役社会の実現に向け、まずは第4期特定健康診査等実施計画期間（2024～2029年度）の目標値である特定健診実施率70%以上、特定保健指導実施率45%以上を保険者全体で達成し、生活習慣病の発症予防や重症化防止を徹底することが重要だ。
- また、医療費の伸びを抑制する後発医薬品の使用促進に関しては、数量ベースでの置換率がほぼ80%に達したことから、金額ベースでの政府目標が検討される見込みである。数量ベースでの置換率が不十分な保険者は取り組みの加速が必要だ。
- 加えて、かかりつけ医を持つことやリフィル処方箋の活用に関する普及・啓発を通じて、効率的な医療提供体制の構築を後押しするような役割が、2024年度以降の保険者には期待されるだろう。

はじめに

超高齢社会にある日本では、予防・健康づくりの重要性が増している。2023年12月22日、政府が公表した「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（全世代型社会保障構築会議）においても、疾病予防等の取り組みの推進によって健康寿命の延伸等を図ることが必要とされた。少子高齢化・人口減少の中で社会の活力を維持・向上するためには、女性や高齢者のさらなる就業・社会参加率の向上が必要であり、その前提として健康づくりの取り組みが欠かせないからである。

さらに、主に現役層が負担する社会保険料が増え続けており、社会保障の制度改革やそれを通じた歳出の見直しに不断に取り組むことで、制度の持続性を確保することが重要だ。各保険者には、医療費適正化の取り組みを通じて、医療の効率的な提供を後押しすることも求められている。

本稿では、各保険者の特定健診・特定保健指導の実施状況や後発医薬品の使用状況を確認し、これらの取り組みを一段と進めるには、対象者を適切に抽出して効率的に実施するなど、健診・レセプト等のデータ活用が不可欠な点を説明する。また、医療費やそれに伴う保険料の増加が続く中、加入者の健康度を改善する保健事業だけでなく、医療費適正化に向けてもデータを活用していくことが、これまで以上に保険者に求められている点について述べる。

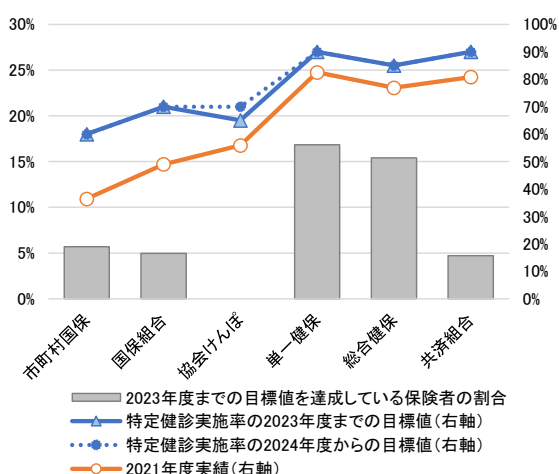
予防・健康づくり

① 特定健診・特定保健指導の実施率向上

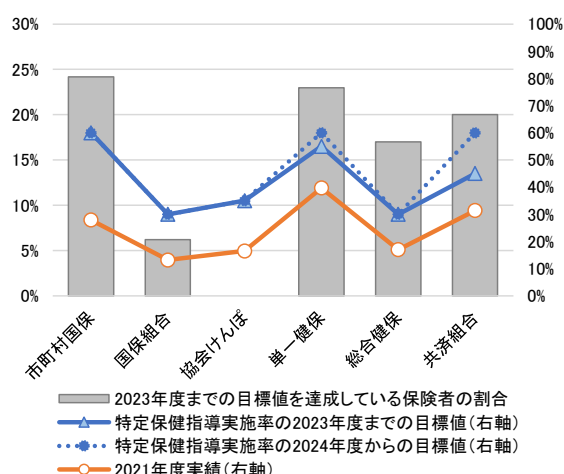
政府は、2016年を起点として、2040年までに健康寿命（健康上の問題で日常生活に制限のない期間）を男女ともに3年以上延伸し、75歳以上とする目標を掲げている（厚生労働省「健康寿命延伸プラン」（2019年5月29日）¹）。それには、糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化予防等に取り組むことが有効である。まずは、第4期特定健康診査等実施計画期間（2024～2029年度）で掲げられた目標値、即ち特定健診実施率70%以上、特定保健指導実施率45%以上を保険者全体で達成し、早期発見・早期介入によって対象者の生活習慣の改善を図ることが重要だ。

図表1・2は、全体の目標値を達成するために各保険者に設定された特定健診実施率と特定保健指導実施率の2023年度までの目標値（2018年度からの第3期特定健康診査等実施計画期間）と、2024年度からの目標値、2021年度時点の実績、2023年度までの目標値を2021年度時点で達成している保険者の割合をそれぞれ示している。

図表1 特定健診実施率の目標値等



図表2 特定保健指導実施率の目標値等



(注) 保険者数は、市町村国保 1,738、国保組合 161、協会けんぽ 1、単一健保 1,128、総合健保 253、共済組合 85。

(出所) 厚生労働省「第4期特定健康診査等実施計画期間における保険者種別の目標値について」第3回 第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会 資料（2022年10月12日）、「2021年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況（保険者別）」より大和総研作成

¹ 2019年時点の健康寿命は男性が72.68年、女性が75.38年と、2016年と比べて男性で0.54年、女性で0.59年延びた（厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」（2018年度、研究代表者 辻一郎）、「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」（2021年度、研究代表者 辻一郎））

特定健診については、健保組合（単一、総合）や共済組合で2021年度の実績が70%を超え、設定された目標値に迫る一方、市町村国保や国保組合の実績が低い様子が窺える。また、特定保健指導については、単一健保の2021年度の実績が高い一方、総合健保のそれが低く、同じ健保組合でも違いが目立つ。総合健保では、単一健保と比べて事業主との連携が難しいことなどが影響しているのではないかと考えられる。ただ、特定健診・特定保健指導ともに、実施率が2021年度時点で2023年度までの目標値を達成している保険者は、いずれの医療保険制度でも少ない。多くの保険者で、実施率の向上に向けた取り組みの加速が必要だろう。

国も特定健診・特定保健指導の実施率等に応じて、被用者保険では後期高齢者支援金を加算減算（最大±10%）するほか、国保（都道府県・市町村）では保険者努力支援制度におけるインセンティブを強化するなどして、実施率の向上を後押ししている。第4期後期高齢者支援金の加算・減算制度（2024～2026年度の第4期前半）では、減算の対象となる保険者を、後発医薬品の使用割合やがん検診の実施状況、コラボヘルスやPHR（Personal Health Record）の体制整備状況等の複数の指標が総合的に評価する仕組みに改定した。しかし依然、特定健診・特定保健指導の実施率が重要な指標であることに変わりはない²。また、国保の保険者努力支援制度では、特定健診・特定保健指導の実施率などの評価指標の達成状況に応じて交付金（国民健康保険保険者努力支援交付金³）を交付しており、2024年度も引き続き、指標ごとの配点のメリハリを強化するなどして、予防・重症化予防・健康づくり等に関する取り組みを強力に推進するとしている⁴。

さらに、近年は、実施率を向上させるだけでなく、対象者の健康度を明確に改善するような特定保健指導のあり方についても注目されている。例えば、特定健診の結果、積極的支援の対象となった者（メタボリックシンドロームの該当者または予備群）に対し、日々の歩数や食事内容を記録するアプリを活用して、生活習慣改善に向けた行動変容を促すといった方法である。2018年度以降、特定保健指導の運用ルールが緩和され、保険者はそれぞれ成果を出せる方法で特定保健指導を実施（モデル実施）することが可能になった⁵。モデル実施の終了者（3か月後に腹囲2cm・体重2kgの改善を達成した者）は、翌年度の健診時でも腹囲・体重が減少した状態を維持できているだけでなく、その他の収縮期血圧、HbA1c等の項目についても改善傾向が統計的に有意であることが確認された⁶。特定健診・特定保健指導の実施率向上は当然だが、今後は、対象者の生活習慣を改善し、自己管理の継続を促すような成果についても重視されるだろう。

² 加算の対象となる保険者については、従来通り特定健診・特定保健指導の実施率で評価する。

³ 令和6年度予算1,212億円（厚生労働省「令和6年度予算案（保険局関係）の主な事項」）。

⁴ 国民健康保険の保険者努力支援交付金は、事業費分・事業費連動分と取組評価分から成るが、後者について、①保険者の役割である「医療の効率的な提供」の評価指標の配点割合が低い、②ほとんど大半の保険者が達成している指標が存在する、③点数が高い地方公共団体について医療費が低いという相関関係が見られない、などの課題が指摘されている（財務省「令和5年度予算の編成等に関する建議」（2022年11月29日））。

⁵ 従来は、医師や保健師などによる面談、電話やメール等による支援だった。

⁶ 厚生労働省「モデル実施の効果検証分析<報告>」第1回 第4期特定健診・特定保健指導の見直しに関する検討会 資料2-3（2021年12月9日）

医療費適正化の取り組み

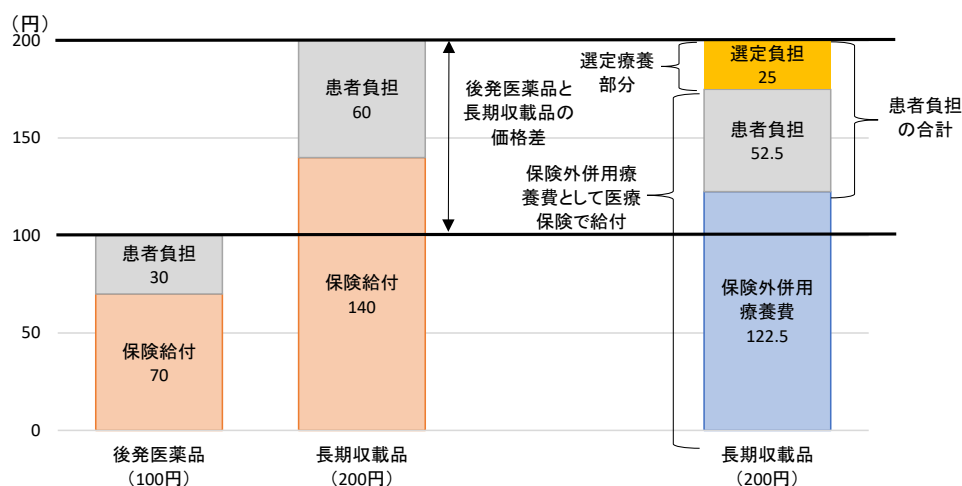
① 後発医薬品の使用促進

医療の質を落とすことなく医療費を適正化する後発医薬品の使用促進については、「経済財政運営と改革の基本方針 2021」（骨太の方針 2021）（2021 年 6 月 18 日閣議決定）及び第 3 期医療費適正化計画（2018～2023 年度）において、2023 年度末までに各都道府県で数量シェア 80%（数量ベース）の達成を目標としている。足もと、後発医薬品への置換率がほぼ 80%を達成するなど、後発医薬品の使用は国民の間に相当程度定着したと言えよう。しかしながら、金額ベースで見るとその置換率は 4 割程度にとどまり、約 6 割に達するイギリスやドイツなどと比べて低い水準にある⁷。後発医薬品の割合が数量ベースで増えても、金額ベースでの割合が小さいままであれば、国民負担の軽減にはつながりにくい。

また、長期収載品（後発医薬品のある先発医薬品）を扱う全企業 120 社のうち、売上全体に対する長期収載品の売上比率が 50%を超える企業が約 2 割も存在するなど（2021 年度調査）⁸、製薬産業の長期収載品への依存が懸念されている。長期収載品に対する保険給付の在り方を見直し、その財源の一部を研究開発型のビジネスモデルへの転換に充て、創薬力強化につなげることも重要だ。

そこで、2024 年 10 月より長期収載品については選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の発売後 5 年以上経過したもの、または後発医薬品の置換率が 50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の 4 分の 1 を選定負担として患者負担に加えることが決まった（図表 3）。患者希望などにより長期収載品を処方・調剤した場合⁹は選定療養とされ、従来と比べて保険給付部分が小さくなることから、後発医薬品への切り替えを後押しするとみられる。

図表 3 保険給付と選定療養の負担についてのイメージ（3 割負担の場合）



（出所）厚生労働省「『経済財政運営と改革の基本方針 2023』等関連事項について」第 171 回社会保障審議会医療保険部会 資料 2（2023 年 11 月 29 日）より大和総研作成

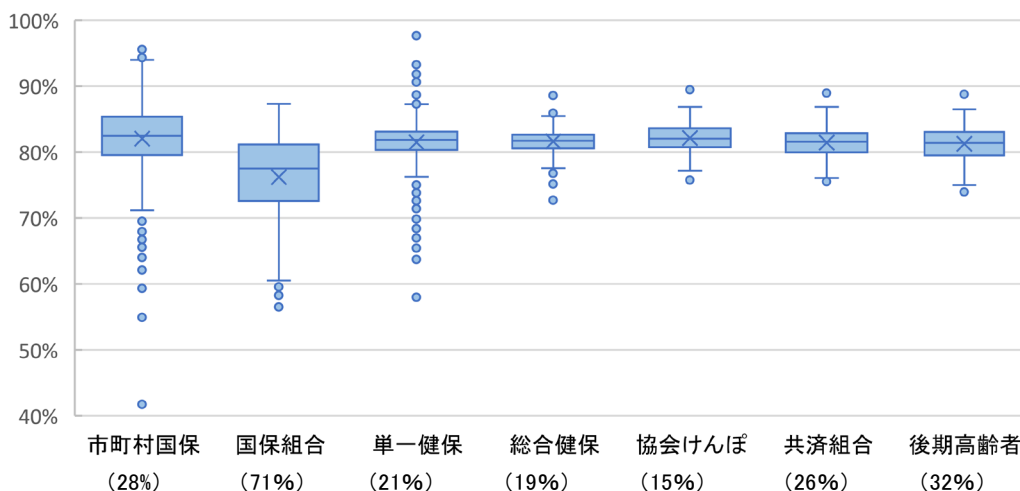
⁷ 財務省「社会保障」財政制度分科会（2023 年 11 月 1 日）

⁸ 厚生労働省「革新的医薬品の迅速な導入について③」第 8 回 医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会 資料 2（2023 年 1 月 26 日）

⁹ 医療上の必要性があると認められる長期収載品の処方は選定療養とはせず、患者負担は従来のままである。

後発医薬品の使用割合については、金額ベース等を踏まえた新たな政府目標が設定される予定だが、現時点で数量シェア 80%を達成していない保険者については、可能な限り早期に数量シェア 80%を達成することが必要だ。医療保険制度別に見て、全体の使用割合（数量ベース）が 80%を超える保険者の中でもばらつきが大きく、底上げの余地は大きい（図表 4）。

図表 4 医療保険制度別、後発医薬品の使用割合（数量ベース、2023 年 3 月診療分）



(注 1) カッコ内は後発医薬品の使用割合が 80%未満の保険者の割合。

(注 2) ×は平均値。箱ひげ図は中央値及び第 1 四分位数、第 3 四分位数を示し、ひげの先端は（第 1 四分位数 - 1.5 × 四分位範囲）から（第 3 四分位数 + 1.5 × 四分位範囲）の範囲内のそれぞれ最小値と最大値。それを超えるデータは外れ値。

(出所) 厚生労働省「保険者別の後発医薬品の使用割合（令和 5 年 3 月診療分）」より大和総研作成

後発医薬品の使用促進策としては、後発医薬品の希望を伝えるシールを加入者に配布したり、レセプト分析を通じて対象者に差額通知を送付したりする保険者が多いようだ。こうした取り組みは引き続き重要だが、さらに、地域の医療関係者に対して、レセプト分析を基に地域フォーミュラの作成・運用を働きかけることも必要ではないか。地域フォーミュラとは、有効性・安全性など科学的根拠と経済性を総合的に評価して策定された地域における医薬品の使用方針である。例えば、協会けんぽ静岡支部は、2018 年度に静岡県内にて生活習慣病 4 薬効群¹⁰を後発品への変更と地域フォーミュラを導入した場合、医薬品費削減効果が年間最大 13 億 5,692 万円と試算した結果を県内基幹病院 85 機関に発信した¹¹。さらに、レセプトデータから基幹病院ごとに生活習慣病薬等のフォーミュラ導入による医療費削減効果を示すなどして、フォーミュラの策定推進を図っている。骨太の方針 2021 において、フォーミュラの活用が明記されたことを受け、厚生労働省は 2023 年 7 月、「フォーミュラの運用について」をとりまとめた。第 4 期医療費適正化計画の基本方針では、後発医薬品の使用促進策として、フォーミュラに関する必要な取り組みを進めることも挙げられた。今後は保険者がデータ分析に基づくフォーミュラの作成・運用を、地域の医療機関や薬局に積極的に提案していくことも重要だ。

¹⁰ HMG-CoA 還元酵素阻害薬、プロトンポンプ阻害薬（経口薬）、レニンアンジオテンシン系薬（ACE 阻害薬、ARB）、ビスホスホネート系薬（経口薬）。

¹¹ 協会けんぽ静岡支部「保険者による地域フォーミュラ提案の取り組み」（2019 年 5 月 30 日）

う¹²。

② バイオシミラーの普及促進

医療費適正化に向けては、バイオ後続品（バイオシミラー）¹³の普及も注目されている。長期収載品の国内売上高に占めるバイオ医薬品の額は現時点で低いが、その比率が近年増加中であること、また、将来的にバイオ医薬品の特許が切れていくことから、医療費の伸びを抑制するためには先行バイオ医薬品と比べて価格が低いバイオシミラーへの置き換えが必要だからだ。しかし、バイオシミラーへの置き換えについては成分ごとにばらつきがあり、全体では後発医薬品ほど置き換えが進んでいない。政府は2029年度末までに、バイオシミラーに80%以上（数量ベース）置き換わった成分数が、全体の成分数の60%以上（成分ベース）となる数値目標を掲げており（2021年度は18.8%¹⁴）、保険者には、後発医薬品と同様に普及促進が求められるだろう。将来的には、バイオシミラーへの置換状況などが後期高齢者支援金の加算・減算制度や保険者努力支援制の評価指標などに加えられることもあるのではないかと見られる。

③ かかりつけ医の普及・啓発

また、医療費適正化と質の高い医療を提供する観点で、加入者に対し、特定のかかりつけ医を持つことに関する普及・啓発に継続して取り組むことも重要だ。例えば、図表5は、初診の約1割で算定されている機能強化加算の算定回数の内訳である。機能強化加算とは、かかりつけ医機能（慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要な機能）を持つ医療機関で、初診を行った際に算定できる診療報酬である。医療機関側の機能が条件となっているのみであるため、実際には疾患や診療内容に必ずしも関係なく、初診の多い保険者で算定回数が多くなっている。

機能強化加算を算定される患者は、当該医療機関がかかりつけ医機能を有しているために、窓口負担が増えることを理解している必要がある。2020年度の診療報酬改定では機能強化加算の算定要件に、それらの点を見やすい場所に掲示することなどが追加された。しかし、機能強化加算を算定された患者の半数以上が、かかりつけ医に関する説明を受けたり、院内掲示を見たり、文書を持ち帰ったりした経験はないとしており¹⁵、患者が価格の高い医療サービスを購入していることを十分に認識しているとは言い難い。そこで、保険者がレセプト分析を通じて2つ以上の医療機関から機能強化加算を算定されている患者を抽出し¹⁶、かかりつけ医の認識につい

¹² 健康保険組合連合会は、生活習慣病治療薬（降圧薬、脂質異常症治療薬、血糖降下薬）について、後発医薬品を優先的に処方すること等で薬剤費が年間3,100億円削減可能と試算している（健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究IV」（2019年8月））。

¹³ 国内で既に承認されたバイオテクノロジー応用医薬品（微生物や細胞が持つタンパク質をつくる力を利用して生産される、ヒト成長ホルモン、インスリン、抗体などの「遺伝子組換えタンパク質」を有効成分とする医薬品）と同等・同質の有効性、安全性を有することが治験により確認されている医薬品。

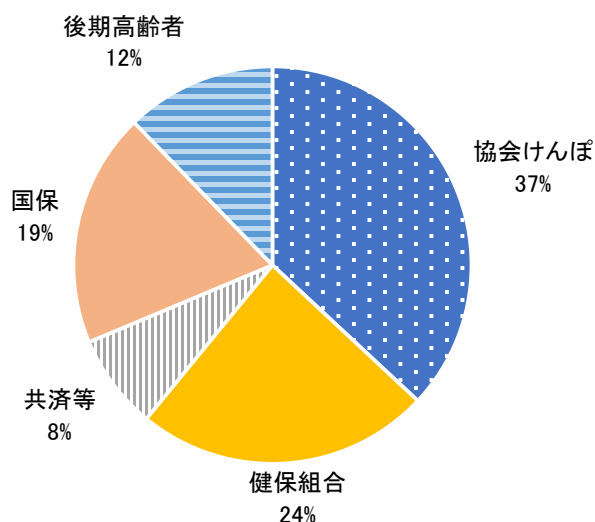
¹⁴ 内閣府「改革工程表2022（社会保障分野）の進捗状況について」経済・財政一体改革推進委員会 社会保障ワーキング・グループ 資料1（2023年4月28日）

¹⁵ 厚生労働省「令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和3年度調査）の結果について」中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会（第64回）（2021年12月1日）

¹⁶ 2019年度に健保組合の加入者を対象に行われた調査では、機能強化加算を算定された患者のうち、約6割が

て確認することなどが考えられる。緊急時はもちろん、日常的に健康に関して相談できる身近なかかりつけ医を持つことの重要性を加入者に啓発することは、保険者の重要な役割だろう。

図表 5 機能強化加算の算定回数の内訳（2022年6月審査分）



（出所）厚生労働省「令和4年社会医療診療行為別統計」より大和総研作成

④ リフィル処方箋の周知・啓発

加えて、保険者にはリフィル処方箋（一定期間内に反復使用できる処方箋）に関する情報提供を拡充し、加入者の利用を促進することも求められる。2022年度の診療報酬改定における大臣合意では、リフィル処方箋の導入・活用促進による再診の効率化で、年間▲470億円程度（改定率換算で▲0.1%程度）の医療費を削減できると見込まれていた¹⁷。だが、2023年6月の応需実績（0.148%）に基づいた計算によると、医療費効率化効果は年間▲70億円程度（改定率換算で▲0.014%程度）にとどまる。実際、リフィル処方箋の算定回数は全処方箋の0.05%（病院0.11%、診療所0.03%）と低く、ほとんど利用されていない（2023年5月）¹⁸。これは、医療機関としてリフィル処方箋に対応しない方針を掲げている事例や、処方箋のリフィル可欄に打消し線を入れている事例等も影響しているのではないかと考えられる。患者がリフィル処方箋を希望する場合、それに対応している施設を探して受診しなければならないというのは政策に反する理不尽な話だ。

この点、電子処方箋にリフィル処方箋の機能が追加されたことに伴い（2024年5月末までの5か月強はプレ運用期間）、リフィル処方箋（電子）を発行・受付する医療機関や薬局が厚生労働省HPで公表されるようになった。電子処方箋でリフィル処方箋が発行された場合、患者は電子処方箋・リフィル処方箋に対応する薬局で調剤を受ける必要があるからだ。2024年1月14日時点で薬局116件、病院1件、診療所8件、の合計125施設が電子処方箋のリフィル処方箋機

2つ以上の医療機関から同加算を算定されていた（健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」（2019年8月））。

¹⁷ 財務省「社会保障」財政制度分科会（2023年11月1日）

¹⁸ 厚生労働省「リフィル処方箋の実施状況調査報告書（案）〈概要〉」中央社会保険医療協議会 総会（第563回）（2023年11月10日）

能の運用を開始しており、対応施設は徐々に拡大される予定だ¹⁹。利便性ととも、対応施設の情報を周知することも、リフィル処方箋の普及促進には必要だろう。

2024 年度以降の保険者に期待される役割

少子高齢化が進展する中、経済社会の活力を維持するためには、希望する誰もが働き続けられるようにすることが必要であり、その前提として、予防・健康づくりが不可欠である。さらに、社会保障の制度改革やそれを通じた歳出の見直しに不断に取り組むことで、社会保障制度の持続性を確保することも重要だ。

これまでも各保険者は健診・レセプトデータ等を活用した保健事業（データヘルス計画）を実施してきた。だが、見てきたように、特定健診・特定保健指導の実施率や後発医薬品の使用割合には引き上げ余地のある保険者が多く、また、バイオシミラーの利用やかかりつけ医の適切な運用、リフィル処方箋の普及状況には課題がある。2024 年度以降の保険者には、データヘルス計画による成果を示すことや、医療費適正化の取り組みを通じて効率的な医療提供体制の構築を後押しすることがますます期待されるだろう。

¹⁹ 厚生労働省ウェブサイト「電子処方せん対応の医療機関・薬局についてのお知らせ」