

県医療費適正化計画終了の翌年度となる25年度には、5年間の実績評価が実施されることとなる⁶。医療費適正化計画に掲げられた各般の取組が、その成果を十分に達成することができれば、都道府県管内の住民の健康や生活の質（QOL）の向上に資することはもとより、市町村国民健康保険や広域連合の後期高齢者医療制度に係る都道府県負担⁷の縮減にも結び付くということを踏まえれば、今回の改革で新たに構築された枠組みのように、都道府県が中核となって総合調整機能を発揮するとともに、医療保険者が都道府県単位を軸として再編・統合されるスキームが、本来必要とされていたものと考えられる。

（２）医療費適正化計画の数値目標及び関連する都道府県計画との調和

上記（１）で述べたように、各都道府県では5年を1期とする都道府県医療費適正化計画を策定するが、同計画の中には図4の通り、住民の健康の保持の推進や医療の効率的な提供の推進に関する「具体的な数値目標」を盛り込むことが求められている。

これらの数値目標については、当該都道府県における他の計画策定と深く関連するため、高齢者の医療の確保に関する法律第9条第3項において「医療計画、介護保険事業支援計

図4 都道府県医療費適正化計画に盛り込まれる数値目標等について

（１）住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標

- ① 特定健康診査の実施率：24年度において、40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診することとする。
- ② 特定保健指導の実施率：24年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けることとする。
- ③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する数値目標：20年度と比べた、24年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を10%以上の減少とする。

（２）医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標

① 療養病床の病床数

24年度末時点での療養病床の病床数＝ $a-b+c$ に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定

- a 医療療養病床数（18年10月、回復期リハビリテーション病棟の病床を控除したもの）
- b 医療療養病床から介護保険施設等へ転換又は削減する見込み数（18年10月）
（医療区分1）＋（医療区分2）×3割
- c 介護保険適用療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数（18年10月）
（医療区分3）＋（医療区分2）×7割

② 平均在院日数に関する数値目標

24年時点での平均在院日数＝各都道府県の平均在院日数－（各都道府県の平均在院日数－最長の都道府県の平均在院日数）×3/9（18年の病院報告データを使用）

（注）厚生労働省「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（19年4月）」等に基づき作成

⁶ 5年間の実績評価の結果を踏まえて、都道府県は診療報酬の特例を定めることもできる仕組みとなっているが、この特例の設定に当たっては、中央社会保険医療協議会における審議が必要とされている。

⁷ 市町村国民健康保険の公費負担には、都道府県調整交付金として7%相当の都道府県負担が入るとともに、高額医療費共同事業や保険基盤安定制度にも都道府県負担が入る仕組みとなっている。また、後期高齢者医療制度の公費負担（約5割）は、国と都道府県と市町村の負担が4:1:1の割合とされている。

画及び健康増進計画と調和の保たれたものでなければならない」ことが明確に規定されている。さらにこの規定を受けて、厚生労働省保険局が19年4月に公表した「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」では、20年度から24年度を対象期間とする第1期都道府県医療費適正化計画の策定に際して、他の計画との調和を図る観点から、次に掲げる①から③の対応が必要とされている。

① 健康増進計画との調和

健康増進計画における生活習慣病対策に関する取組の内容と第1期都道府県医療費適正化計画における住民の健康の保持の推進に関する取組の内容とが整合し、両者が相まって高い予防効果を発揮するようになる必要がある。このため、健康増進計画の改定時期及び改定後の計画期間について、第1期都道府県医療費適正化計画の作成時期及び計画期間と同一にすることが望ましい。

② 医療計画との調和

医療計画における良質かつ効率的な医療提供体制の構築に関する取組の内容と、第1期都道府県医療費適正化計画における医療の効率的な提供の推進に関する取組の内容とが整合し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が実現されるようにする必要がある。このため、医療計画（基準病床数制度関係部分を除く。）の改定時期及び改定後の計画期間について、第1期都道府県医療費適正化計画の作成時期及び計画期間と同一にすることが望ましい。

③ 介護保険事業支援計画との調和

介護保険事業支援計画における介護保険施設等の整備等に関する取組の内容と、第1期都道府県医療費適正化計画における療養病床の再編成に関する取組の内容とが整合し、療養病床から介護保険施設等への円滑な転換が図られるようにする必要がある。このため、各都道府県の地域ケア整備構想で定めた療養病床の転換後の受け皿に関する事項を、第1期都道府県医療費適正化計画及び21年度から始まる第4期介護保険事業支援計画に、適切に反映させることが必要である。

まず、上記の「①健康増進計画との調和」は、前出図4の「(1)住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標」に係る数値設定と連動している。また、「②医療計画との調和」及び「③介護保険事業支援計画との調和」は、いずれも前出図4の「(2)医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標」に係る数値設定と連動している⁸。これらの計画相互間の連携が実効性のあるものとして機能するためには、単にそれぞれの計画に同じ数値目標が「裏打ち」されているということにとどまらず、20年4月以降、実際に保健・医療・福祉の現場における取組にその政策的な意図が着実に反映されるように、より踏み込んだ検討や具体的な対応が必要であろう。このような考え方

⁸ 特に療養病床の再編成については、医療費適正化計画と医療計画、介護保険事業支援計画の相互間で整合性の取れた方針を整理する必要があることから、10年単位でおよそ30年後までを展望して、地域のケア体制の望ましい将来像とその実現に向けた方策などを盛り込んだ「地域ケア体制整備構想」が、各都道府県で策定されている。

に立ち、以下本稿においては、特に前者の「(1) 住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標」を中心とした考察を深めることとする⁹。そしてその際には、20年4月から全ての医療保険者が実施する特定健康診査・特定保健指導に着目して、生活習慣病対策全体の中での位置付けを整理するとともに、本事業の実施を総合的に調整する観点から都道府県等に求められる対応を分析する。本稿がこの特定健康診査・特定保健指導に着目する理由は、今回の医療制度改革全体において当該事業が有する位置付けの大きさはもとよりであるが、その対象者が都道府県の住民である一方で、医療保険者が直接の実施責任者であるという構造上の複雑性もあり、関係者間の相互連携がより強く求められる分野であると考えられるからである。さらに、25年度以降には当該事業の実施状況等を踏まえて、医療保険者が拠出する後期高齢者支援金を加算・減算する措置¹⁰が予定されているため、その実施体制や評価のあり方、保険者の財政運営に対する影響も含めて、今後とも各方面で議論が深められる必要があると考えられるからである。以上のような観点から、次の第3節においては、まず特定健康診査・特定保健指導が創設された背景やその実施をめぐる最近の議論を確認するとともに、都道府県健康増進計画における位置付けや、都道府県及び市町村等に求められる対応を整理する。さらに、続く第4節では、両事業の実施が義務付けられた医療保険者に求められる取組や実施体制のあり方等を分析する。

3. 特定健康診査・特定保健指導の実施と都道府県等の対応

(1) 医療制度改革における特定健康診査・特定保健指導の創設

厚生労働省の「平成16年度国民医療費」によれば、国民医療費のうち生活習慣病の関係で約10.4兆円¹¹という規模に達しており、総額の約3分の1を占める状況にある。「平成16年度人口動態統計」の主要死因別にみた割合でも、生活習慣病は約6割を占めている。さらに「平成17年度国民健康・栄養調査」では、①生活習慣病の中でも特に心疾患、脳血管疾患等の発症の重要な危険因子である糖尿病、高血圧症、高脂血症等の有病者やその予備群が増加していること、②その発症前の段階であるメタボリックシンドロームが強く疑われる者と予備群を合わせた割合が、男女ともに40歳以上で高い状況にあり、男性では2人に1人、女性では5人に1人の割合に達していることなどが示されている。このような

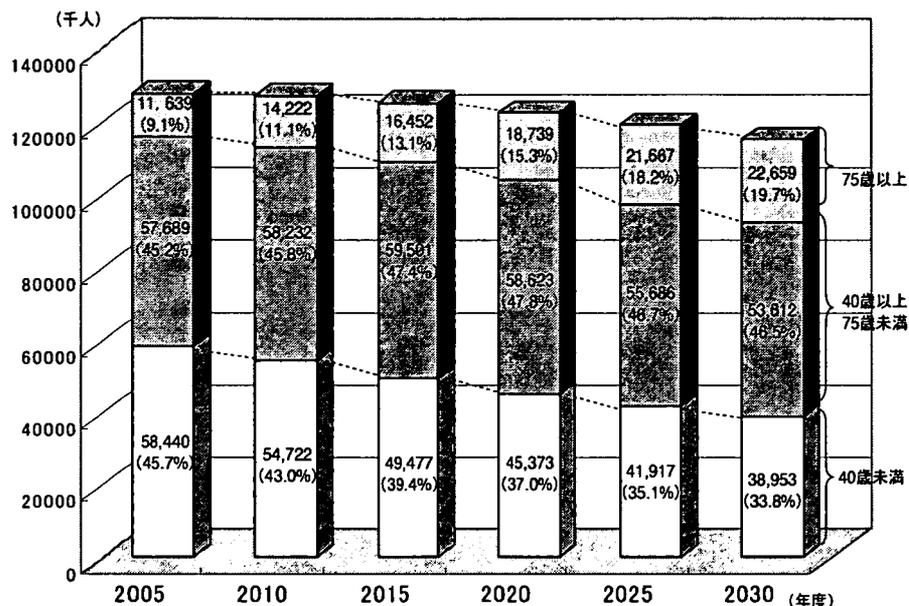
⁹ 他方の「医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標」についても、都道府県を中核とした関係者の連携が重要となることは勿論であるとともに、療養病床の再編成に係る施設設備の基準緩和や介護保険事業支援計画における定員枠弾力化をはじめ各般の対応が実施されてきており、20年度予算案にも新たに病床転換助成事業が盛り込まれている。ただし、本稿においては、特定健康診査・特定保健指導の実施を中心とした考察を深めるという趣旨・目的から、特に「住民の健康の保持の推進に関し、都道府県において達成すべき目標」を中心に論ずる整理としている。

¹⁰ 高齢者の医療の確保に関する法律により、医療保険者が納付する後期高齢者支援金については、特定健康診査等の実施及びその成果に関する具体的な目標の達成状況を勘案して、政令の定めるところにより、10%の範囲内で加算・減算の調整を行うこととされている。なお、この調整は25年度から適用されるものであり、24年度までの支援金は加算・減算の無い100/100で算定される。

¹¹ この「平成16年度国民医療費」における生活習慣病約10.4兆円の内訳は、悪性新生物2.6兆円、虚血性心疾患0.9兆円、脳血管疾患2.1兆円、糖尿病（糖尿病の合併症を含む）1.9兆円、高血圧性疾患2.8兆円から構成される。なお、悪性新生物については、本稿で分析する施策体系とは別途、「がん対策推進基本計画」等に基づく対策が推進されている。

状況を踏まえて、前出の「医療制度改革大綱」では「治療重点の医療から疾病の予防を重視した保健医療体系への転換」が強調されており、先般の医療制度改革においても、40歳以上75歳未満の加入者に対する特定健康診査・特定保健指導の実施が、全ての医療保険者に義務付けられたところである。

図5 40歳以上75歳未満の年齢層等に着目したわが国の人口の動向



(注) 1. 社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(18年12月推計)」に基づき作成。
2. 括弧内の数字は、各年度の総人口に対する割合を示す。

なお、わが国の今後の人口動向を見れば、図5の通り、40歳以上75歳未満の者のウエイトは大きく変化しない一方、40歳未満の者が減少を続け、75歳以上の者はほぼ倍増する見通しとなっている。すなわち、医療保険者が特定健康診査・特定保健指導を実施すべき直接の対象者層はほぼ同規模で推移するものの、本事業の実施効果の影響を受ける中高年齢者全体(40歳以上層)のウエイトが、着実に増加していくことが見込まれるのである。

本事業はメタボリックシンドローム該当者やその予備群に着目した健康診査を実施することにより、保健指導対象者の選定・階層化を行うとともに、情報提供や動機付け支援、積極的支援を通じて生活習慣の改善や本人の行動変容を図るものであり、その実施結果についてはアウトプット(事業実施量)の評価だけでなくアウトカム(結果)の評価を行うこととされている。そして、このようなメタボリックシンドローム対策が有効と考えられる根拠として、①肥満者の多くが複数の危険因子を有していること、②危険因子が重なるほど脳卒中、心疾患等を発症する危険が増大すること、③生活習慣を変え、内臓脂肪を減らすことで危険因子が改善することなどが主張されている¹²。ただし、本事業の実施を通じた医療費適正化の見込みや個人の行動変容に至るフィジビリティ等をめぐっては、様々な指摘がみられることも事実である。例えば松田(2007 p. 155)では、軽症者がより多く医療機関に関わることに繋がるため医療費は却って増加するのではないかという意見

¹² 医療経済研究機構「政府管掌健康保険における医療費分析手法等に関する調査研究」によれば、11年度における4指標(BMI、血圧、脂質、代謝)のリスクの個数が増えるにつれて、18年度時点での糖尿病、高血圧症、高脂血症の有病率が大幅に高くなる傾向にあることなどが指摘されている。また、平成16年度社会保険庁調査「政府管掌健康保険における保健事業に関する研究会報告」では、同じく4つの指標について「全項目異常無し」と「4項目異常有り」とでは、15年度の医療費について約3.2倍の差が生じたことや、10年前に代謝系に異常があった者の約43%が糖尿病患者となっており、代謝系に異常がない者の約6倍であったことが指摘されている。

や、死亡前の一年間に生涯医療費の大部分が使用されるという研究成果を考えると医療費抑制効果はあまり期待できないという意見があることを指摘している。また池上（2006 pp. 122 - 124）では、長い間の生活に根ざしている生活習慣を改めることは容易ではないことや、生活習慣病の予備群にまで対象を広めて介入することで潜在的な受診を喚起する可能性があること、生活習慣病対策による平均余命の伸長が医療費を増加させる可能性があることなどを指摘している。このほかにも、メタボリックシンドローム該当者・予備群の判定基準の在り方や、肥満の無い糖尿病や高血圧等の問題を含めて、各方面で議論がみられるところであるが、いずれにしても今回の特定健康診査・特定保健指導の効果が検証されるためには、実施後一定期間を経過してエビデンスを蓄積する必要がある。前出の松田（2007 p. 156）でも、内臓脂肪型肥満に積極的に介入することの必要性及びその効果を証明する治験も徐々に蓄積されつつあるとした上で¹³、現時点での結論は無いものの、今回の事業は国レベルでの壮大な社会実験であり、その効果をこれから様々なレベルで検証していくための仕組みづくりが不可欠であると指摘している。他方、こうした中で、20年4月から全ての医療保険者が本事業をスタートさせる段階に至っていることや、本事業が住民の健康の増進や生活の質（QOL）の向上を目指す取組であること、さらには4（1）で後述するように医療保険者の保険者機能を高める取組であること等にも留意が必要である。これらの点を総合的に踏まえて、本稿においては現段階で事業効果の検証や実施の是非を議論するのではなく、まずは本事業の円滑な実施を確保していく上で、都道府県等や医療保険者に求められる対応や連携体制のあり方等について考察を深めることとする。

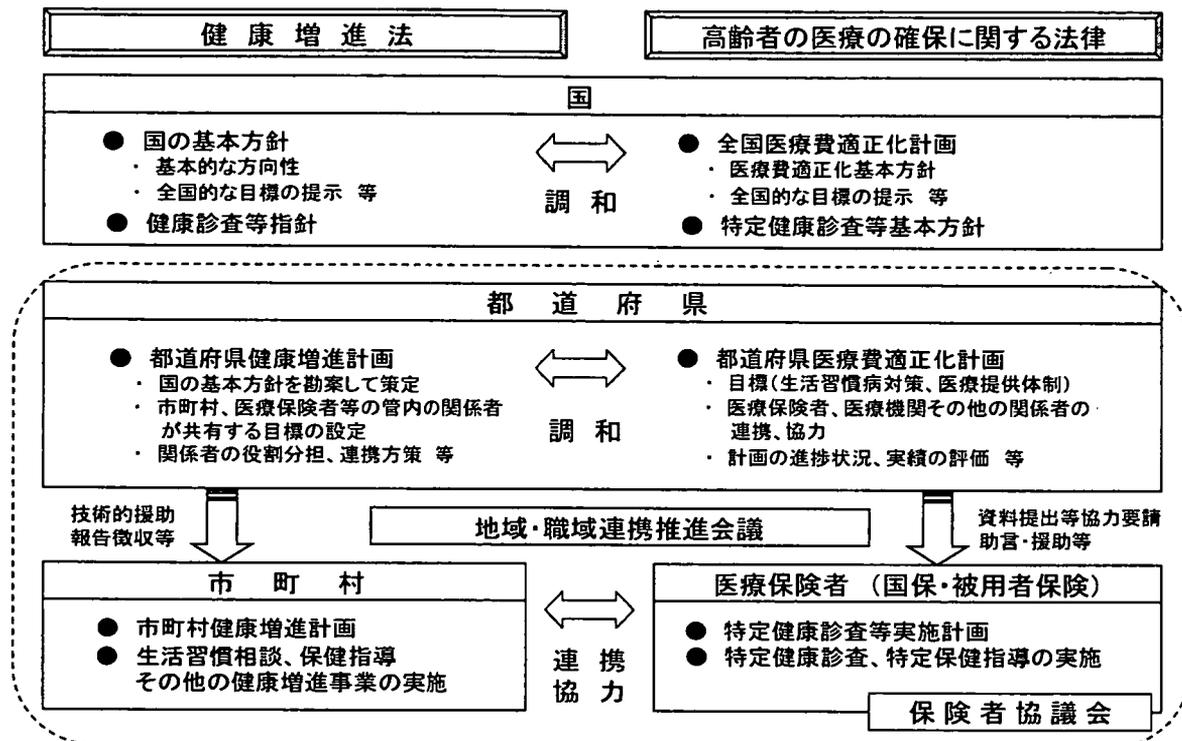
（2）特定健康診査・特定保健指導の健康増進計画上の位置付けと都道府県等の対応

特定健康診査・特定保健指導は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、直接的には医療保険者に実施が義務付けられた取組であるが、わが国における生活習慣病対策の全体スキームとしては、図6にあるように国や都道府県、市町村、医療保険者等の関係者が相互の有機的な連携の下に取り組む体制となっている。

まず、都道府県においては都道府県健康増進計画の見直しを行うことが求められるが、その際には特定健康診査や特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率に関する24年度までの具体的な数値目標を、地域の実情を踏まえて設定するとともに、当該目標を達成するために必要な取組や関係者の役割分担、連携方策等を定めることが必要となる。数値目標の設定に際しては、都道府県医療費適正化計画等との整合性を図ることが求められるが、特に各医療保険者が策定する特定健康診査等実施計画との間には、いわば「重層的」な構造が存在していることに留意が必要であろう。すなわち、

¹³ 同じく松田（2007 p. 156）では、①中川（2007）の『“はらすまダイエット”によるメタボリックシンドローム対策』において、内臓脂肪をCTで測定してメタボリックシンドロームと判定された者を対象に、食習慣と運動習慣の改善を中心とした保健指導を行うことで、対象者の80%が基準から外れたという結果を示していることや、②CDC（米国疾病対策センター）が2003年の医療費に関して、肥満に関連するものが750億ドルにも上ることを示しつつ、対策の必要性を提言していることを指摘している。

図6 関係主体の連携による生活習慣病対策の推進



(注) 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き(19年7月)」等に基づき作成

特定健康診査や特定保健指導に係る数値目標は、一義的には医療保険者が自らの特定健康診査等実施計画の中に具体的に定めることとなるが、その一方で事業の対象となる被保険者や被扶養者は各都道府県に居住する住民でもあるため、当該都道府県の健康増進計画や医療費適正化計画に掲げられる数値目標等にも深く関連する構造となっているのである。逆に、医療保険者が実施率や減少率に係る数値目標を達成していく上で、自らの加入者の多くがいずれの地域に居住しているのかによって、当該地域のメタボリックシンドロームリスク保有者の割合や従来の基本健診受診率といった潜在的な地域要因にも影響を受けざるを得ないこととなるのであるが、この点については4(2)であらためて分析する。さらに4(4)で後述するように、都道府県単位を軸として医療保険者の再編・統合が進められる中で、両者の関連性はより一層強まる傾向にあるものと考えられる。したがって、都道府県としてもその総合調整機能を十分に発揮しつつ、自らの住民が被保険者や被扶養者として恩恵を受けることとなる特定健康診査・特定保健指導が、できる限り円滑に進められるよう必要な対応に努めることが重要となる。他方、都道府県健康増進計画においては、このほかにも糖尿病や高血圧症、高脂血症等の発症者の推定数や重症化・合併症に係る推定数等を掲げることが求められるため、医療計画における主要事業の連携方策など、医療提供体制に関する見通しとも調和を図ることが必要な仕組となっている¹⁴。

¹⁴ 厚生労働省医政局が提示した「医療計画作成指針」によれば、各都道府県が策定する医療計画の中に、地域の現状として生活習慣病の有病者や予備群の数等を記載することが求められるとともに、疾病又は事業ごとの医療連携体制に係る数値目標を、健康増進計画等の各計画における目標を勘案して記載することが求められている。

一方、市町村においては、いわゆるポピュレーションアプローチの展開が重要となる。健康増進計画等における数値目標を達成していく上では、都道府県の総合調整機能の下に、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを効果的・効率的に組み合わせることが必要である。すなわち、医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施だけではなく、40歳未満の年齢層も含めて、健全な生活習慣や生活習慣病予防の必要性に関する知識を普及させる取組も重要であり、両者の組合せを通じた事業実施率の向上や、各個人の生活習慣改善、行動変容の効果が期待される場所である。ポピュレーションアプローチについては、全国的にも「新健康フロンティア戦略」¹⁵が推進されており、産業界をはじめとする幅広い関係者が連携した「健やか生活習慣国民運動」¹⁶も新たに展開される。ただし、松田（2007 p. 157）が指摘するように、「健康という個人の価値観に強く関係するものを医療費適正化という経済的動機で律してよいのか」という意見があることや、食事や飲酒、喫煙等の生活習慣を普及啓発等により外から変容させるのは容易でないことにも留意が必要である。今後「健康に関する社会的コンセプトをどのように形成していくのか」が問われるところであり、行政や医療関係者だけでなく、マスメディアや健康関連産業も含めたコンセプトメイキングが重要であろう。単に医療費適正化という経済的な動機だけではなく、健康的な生活に対する社会的価値観の形成に向けて、効果的なポピュレーションアプローチが展開されることが期待される¹⁷。

図7 都道府県単位の地域・職域連携推進会議の構成メンバー例

他方、特定健康診査・特定保健指導の実施に際して、各都道府県における関係者間の調整を効果的に進める上で、地域・職域連携推進会議や保険者協議会を有効に活用することも重要である。前者の地域・職域連携推進会議については、主として、図7にあるようなメンバーで構成されるが、19年4月に改定された「地

- 地域保健関係
都道府県、保健所、市町村等
- 職域保健関係
国民健康保険団体連合会、健康保険組合連合会、社会保険事務局、社会保険健康事業財団、共済組合連合会、事業者代表、労働局、産業保健推進センター、商工会議所、商工会連合会等
- その他の関係者
医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、医療機関(健診機関)、労働衛生機関、住民代表、大学・研究機関等

(注) 厚生労働省「都道府県健康増進計画改定ガイドライン(19年4月)」に基づき作成

¹⁵ 19年4月に、従来の「健康フロンティア戦略」を発展させた「新健康フロンティア戦略」が、新健康フロンティア戦略賢人会議において策定されており、28年度までの10年間を実施期間として「メタボリックシンドローム克服」をはじめとする9分野の対策等を推進することが定められている。

¹⁶ これまでの健康づくりの普及啓発が行政や外郭団体による取組が中心であったこと等を踏まえて、新たに産業界を含めた社会全体を巻き込んだ形で、日常生活の中での適度な運動、健全な食生活、禁煙を柱とする「健やか生活習慣国民運動」が展開されることとなった。

¹⁷ ポピュレーションアプローチによるコンセプトメイキングに際しては、二木（2007 p. 127）が指摘するように「義務としての健康」を彷彿させるようなものとならないよう留意が必要であろう。

域・職域連携推進事業ガイドライン」にも明示されるように、各種計画の策定時における数値目標の調整をはじめ、特定健康診査・特定保健指導の実施に係るマンパワーの確保やアウトソーシング先となる民間事業者の育成、介護予防施策等との連携方策の協議、さらには管内全域の実施状況の評価など、まさに総合調整機能を発揮する場としてその役割が期待されている。また保険者協議会¹⁸については、特定健康診査・特定保健指導に関するデータとレセプトデータによる医療費の調査・分析・評価を実施することに加えて、集合契約の締結に係る関係者間の調整や民間事業者の評価に係る情報共有、保健婦や管理栄養士等のマンパワーに対する研修の実施など、各医療保険者における事業実施体制の確保に向けた協議が行われる場として位置付けられている。さらに今後は、4(4)で後述するように、医療保険者が都道府県単位を軸として再編・統合される方向にあるため、この保険者協議会がそれぞれの都道府県における調整機能を一層高めていくことが期待される。

4. 医療保険者における特定健康診査・特定保健指導の実施

(1) 特定健康診査・特定保健指導の実施と保険者機能

次に本節では、特定健康診査・特定保健指導の実施を保険者機能という観点から考察するが、最初に保険者機能という用語について、若干の整理が必要と考えられる。尾形(2001 p. 102)が指摘するように、わが国における保険者機能については、必ずしも共通の理解があるわけではなく、例えば、これまでは医療サービスの受け手とプロバイダー、保険者という3者の関係で保険者機能を捉えて、情報提供機能や審査機能、医療機関等への交渉機能といった視点から論じられることが多かった¹⁹。

しかしながら、例えば、従来の健康保険法第150条では「保険者は、健康教育、健康相談、健康診査その他の被保険者及びその被扶養者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない」としており、その努力義務が明確に位置付けられてきた²⁰。その上で、先般の医療制度改革により新たに、高齢者の医療の確保に関する法律第20条及び第24条において、保険者が特定健康診査等実施計画に基づき特定健康診査や特定保健指導を実施することが義務付けられたところである。これを受けて、例えば、健康保険組合連合会が19年6月に公表した提言「これからの医療提供体制と健保組合の役割」では「健保組合は新たな役割として、自らが実施する健診・保健指導と医療提供体制を有

¹⁸ 保険者協議会のメンバーは国民健康保険、健康保険組合、政府管掌健康保険その他の医療保険者による構成が基本であり、そのほか都道府県や市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係者が連携・協力する体制となっている。

¹⁹ 山崎(2003 p. 8)では、保険者機能を「医療制度における契約主体の1つとしての責任と権限の範囲内で活動できる能力」と定義している。また遠藤(2005 p. 231)では、保険者は保険料の徴収と給付だけを行うのではなく、患者(被保険者)の利益の代理人として、医師・患者間の情報の非対称性や交渉力の格差を是正すべきであるという視点から、保険者機能強化論が出てきたと位置付けている。

²⁰ 健康保険法においては、当初は保健施設のみが規定されていたが、昭和17年改正で福祉施設が追加された後に、昭和59年改正で「被保険者等の健康の保持増進を図るため、健康相談、健康診査等の事業を行い、またはこれに必要な費用の支出をすることができる」旨が明文化されている。さらに平成6年改正では、健康の保持増進のための事業を保険者が本来行うべき事業に位置付けるとともに、その実施について努力義務を課すこととされている。

機的につなぎ、患者や加入者に適切な情報やサービスを提供するという、保険者機能のさらなる強化が求められている」とした上で、健康増進・疾病予防機能の充実が強調されている。また、全国健康保険協会設立委員会でも「生活習慣病の予防、医療費適正化など被保険者の利益の実現が保険者機能の発揮である」という認識に立った議論が進められるなど、医療保険関係者の間においても、今回の特定健康診査・特定保健指導を保険者機能の強化という観点から受けとめる方向性にあるものと考えられる。さらに、駒村（2005 p. 38）では、健康維持・促進、保健サービスの強化によって、医療費そのものを小さくすることが保険者機能として期待されているとした上で、保険者機能を発揮させるためには、保険者が財政に責任を持つことが重要であり、必要のない医療費を拡大させないように保険者に動機付けることが必要であると指摘している²¹。他方、4（3）でも後述するように、特定健康診査・特定保健指導の実施を通じて得られたデータやレセプトデータを活用した医療費適正化効果の分析等を行うことにより、保険者としての情報提供機能や審査機能、医療機関等への交渉機能を高めることにも結び付くことが期待される。これらの点を総合的に踏まえて、以下本稿においては、特定健康診査・特定保健指導の実施を保険者機能という観点から捉えることとし、本事業の円滑な実施を通じた保険者機能の強化に向けて必要となる条件整備や当面の課題、今後の方向性等を分析することとしたい。

なお、特定健康診査・特定保健指導の実施に要する財源については、市町村国民健康保険に関しては従来の老人保健事業との継続性を考慮して、国と都道府県がそれぞれ3分の1を負担することが法定化されており、被用者保険の保険者についても予算の範囲内で費用の一部を助成することができる旨法定されている。これを受けて20年度予算案では「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に必要な経費」として、新規に527億円の国庫補助と330億円の地方財政措置が計上されたところである²²。ただし、本事業はあくまでも医療保険者にその実施が義務付けられたものであることから、これらの公費助成等を除けば、保険料財源による実施が基本とされている。このため、先般の医療制度改革の中では、健康保険法第160条に規定される保険料上限が、20年4月より現行95%から100%に改正される予定であり、現在既に上限または上限に近い保険料率で運営されている健康保険組合も含めて、積極的に事業を展開できる制度的な条件整備が図られているところである²³。

（2）特定健康診査等実施計画の策定と数値目標の設定

次に、特定健康診査等実施計画の策定と数値目標の設定について分析する。特定健康診

²¹ 駒村（2005 p. 38）では、保険者機能を発揮する動機付けとして、保険者の努力によって保険料が下がること、被保険者が保険者を選択できること、保険者の経営に被保険者が参画できることを掲げている。

²² 20年度予算案では、このほかにも、特定健康診査・特定保健指導を担う人材の資質向上や、市町村の健康増進事業の円滑な実施等を図るための経費として57億円が計上されている。また、特定保健指導等の体制強化を図る観点から、市町村保健師4,300人分が交付税措置されている。

²³ 政府管掌健康保険の保険料率の上下限についても、公法人化によって自主自律の運営を確保するとともに、都道府県単位の保険料率を設定することを展望して、全国健康保険協会に移行する20年10月から健康保険組合と同様の水準となる。

査・特定保健指導を20年4月から本格的に実施するため、高齢者の医療の確保に関する法律の第18条に基づき、国が特定健康診査等基本指針を定めるとともに、同法第19条に基づき、各医療保険者が5年を1期とした特定健康診査等実施計画を策定する。

まず、国が定める特定健康診査等基本方針では、特定健康診査や特定保健指導

の実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率に関する全国目標と参酌標準を定めることとされている。特に特定健康診査の実施率については、図8にあるように事業主健診による実施率向上が見込まれるか否かという点や、被扶養者比率の水準等に着目して、医療保険者別に異なる参酌標準が定められている。他方、特定保健指導の実施率とメタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率については、医療保険者全体で一律の参酌標準とされている。具体的には、特定保健指導については必要と判定された対象者の45%以上の実施率を、メタボリックシンドロームの該当者・予備群については、2008年度から2012年度にかけて10%以上の減少率を達成することが求められている。こうした全国目標や参酌標準を踏まえ、各医療保険者においても自らの特定健康診査等実施計画の中で、それぞれの実施率や減少率に関する具体的な数値目標を定めることとなる。その際には、各医療保険者がおかれた様々な実情等を考慮することが必要となるが、特に被用者保険については、被扶養者に対する特定健康診査等の実施が大きな課題となる。すなわち、被扶養者に対する健康診査は、従来、老人保健法の基本健診の中で市町村の住民に対するサービスとして対応されてきたが、その実施率は必ずしも高くない状況にあった。今後は、医療保険者が実施責任を有する形となるが、労働安全衛生法による事業主健診ではカバーできない者が多い一方²⁴、例えば、被保険者本人とは別居して遠隔地に居住する被扶養者の存在なども想定される。加入者に対してどの程度の割合で被扶養者が存在しているかは医療保険者により異なるが、例えば、事業所が所在する都道府県別にその扶養率をみれば図9の通りであり、政府管掌健康保険及び健康保険組合ともに一定の地域差がみられる。本データの根拠となる厚生労働省保険局「健康保険被保険者実態調査（18年10月）」が抽出調査であることにも留意する必要があるが、20年4月以降に、個別の保険者毎に事業の

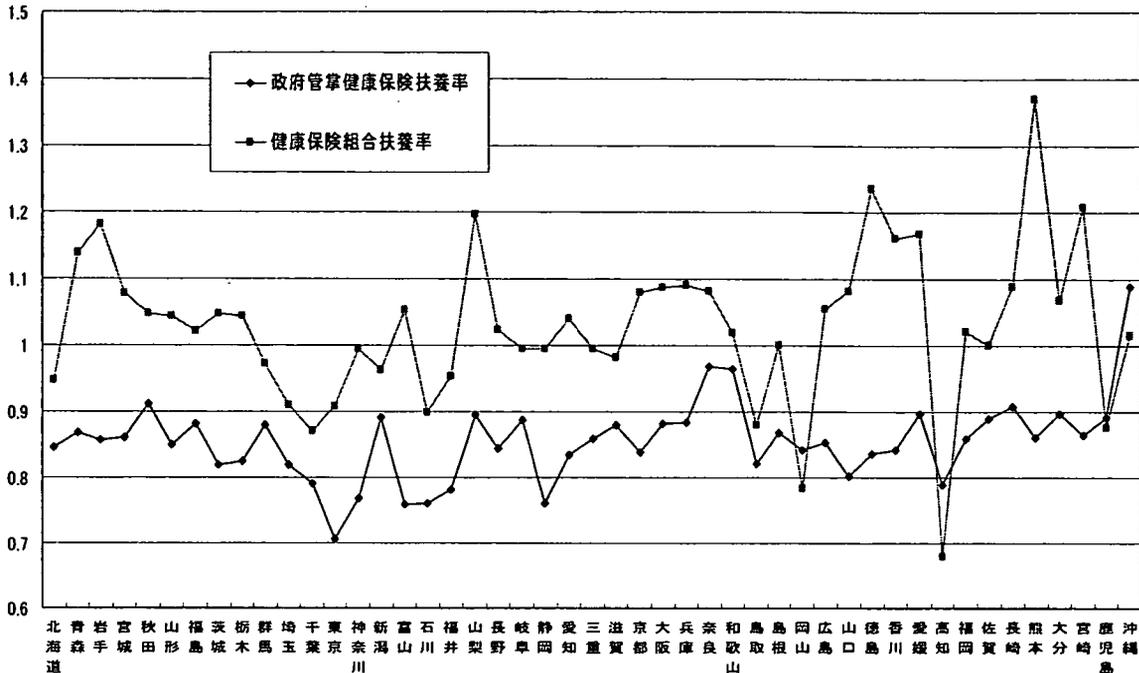
図8 特定健康診査の実施に関する医療保険者別の参酌標準

医療保険者別の参酌標準の設定		
単一健保 共済組合	被扶養者比率が25%未満	80%
	被扶養者比率が25%以上	当該保険者の実際の被保険者数・被扶養者数に基づき算出
健保組合 政管健保(船員保険) 国保組合		70%
市町村国保		65%

(注) 厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(19年10月)」に基づき作成

²⁴ 被扶養者の一部には、パート労働者等として事業主健診の受診対象となる者が含まれているため、各医療保険者においてこれらの者を把握して、事業主から健診結果のデータを受領する対応が必要となる。

図9 都道府県別にみた政府管掌健康保険及び健康保険組合の扶養率



(注) 1. 厚生労働省「健康保険被保険者実態調査(18年10月)」に基づき作成(同実態調査では政府管掌健康保険の被保険者は10分の1、健康保険組合の被保険者は500分の1で系統抽出)
 2. 扶養率は被扶養者数を被保険者数で除した率として算定

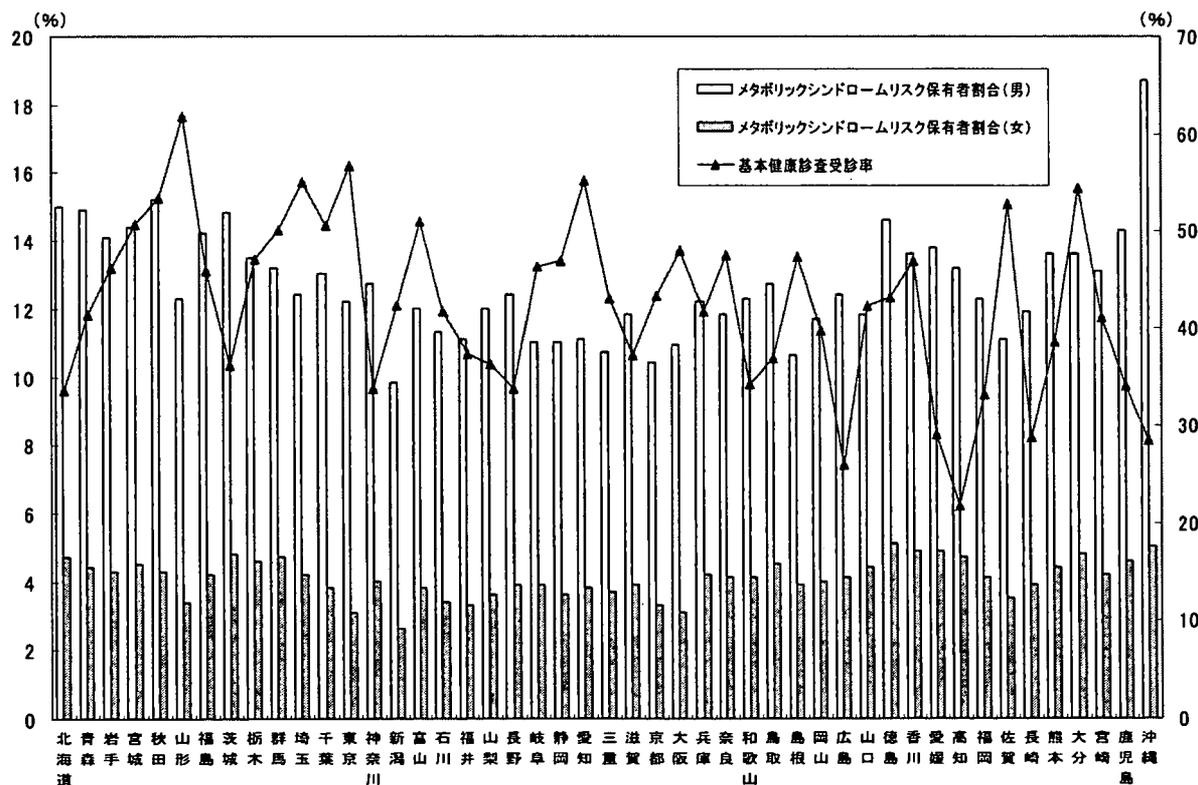
実施実績が問われる健康保険組合において、扶養率の平均値が高く、地域差も大きいことには留意が必要である。現在、被扶養者が自らの居住する身近な地域で引き続き特定健康診査等が受けられるよう、各医療保険者と各実施機関とが集団同士で集合契約²⁵を締結する準備が進められているが、実施に向けての調整には課題も少なくない。他方、市町村国民健康保険についても、従来から健康診査の実施率が低いのが実情であり、今回の特定健康診査の実施率に係る参酌標準も、図8にあるように予め低めに設定されている。松田(2007 p. 157)が指摘するように、40歳代・50歳代の中年男性を中心に昼間就業している加入者については、被用者保険のように事業主健診での対応が期待できないため、平日の夕刻以降か土日・祝祭日に実施するなどの工夫が必要となる。また、他の保険者に比べて年齢が相対的に高い集団であるため、潜在的なリスクの高さや生活習慣の改善等に結び付く可能性の違いなども指摘されている。さらに市町村国民健康保険には、前述した集合契約の締結により、被用者保険の被扶養者に係る特定健康診査等の実施体制を確立する役割も強く期待されている。このほかにも、各医療保険者を取り巻く状況は実に様々であり、かつて厚生労働省保険局「保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会」の場でも多方面から議論が重ねられたところであるが、数値目標の達成に関する評価の在り方については、最終的には22年度以降に具体的検討を行う取扱いとされたところである。

²⁵ 厚生労働省「特定健康診査等実施計画作成の手引き(19年10月)」によれば、「集合契約」はどの地域にどの程度の対象者がいるのかわからない場合、或いはわかっても対象地域の実施機関の確保に膨大な労力を要するため、個別契約では対処できない場合に採用することが考えられる方式である。少ない労力・負担にて全国各地の多数の実施機関と委託契約を確立できるため、対象者の実施機関へのアクセス環境が好転し実施率向上が見込まれるが、契約条件における自由度が低くなるとされている。

既に図8で見た通り、各医療保険者の特性に配慮した参酌標準が設定されており、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率の算定に際しても、特定健康診査受診率の高低による影響の排除や年齢構成に着目した数値補正など、きめ細かな措置が検討されているところであるが、関係者の合意の形成に向けては引き続き一層の調整が必要であろう。

さらに、そもそも都道府県別にみたメタボリックシンドロームリスク保有者の割合や基本健診受診率など、今回の事業実施の直接的な背景となる各種指標には、図10の通り、都道府県単位でも地域差がみられる。例えば、メタボリックシンドロームリスク保有者の割合については、男性では最も高い沖縄県の18.7%と最も低い新潟県の9.8%の間に約1.9倍の地域差があり、女性では最も高い徳島県の5.1%と最も低い新潟県の2.6%との間に約2倍の地域差がある。他方、基本健診の受診率についても、最も高い山形県の61.7%と最も低い高知県の21.8%との間に約2.8倍の地域差がみられる。加入者の居住する地域によって潜在的リスクや健康診査に対する行動等が異なる中で²⁶、こうした地域特性と無関係ではない事業の実施実績を、医療保険者という単位ごとにどのように評価していくのかについては、十分な考え方の整理が必要であろう。併せて、特定健康診査・特定保健指導は医療保険者が今回初めて着手する取組であるため、次の(3)で後述するように、その実

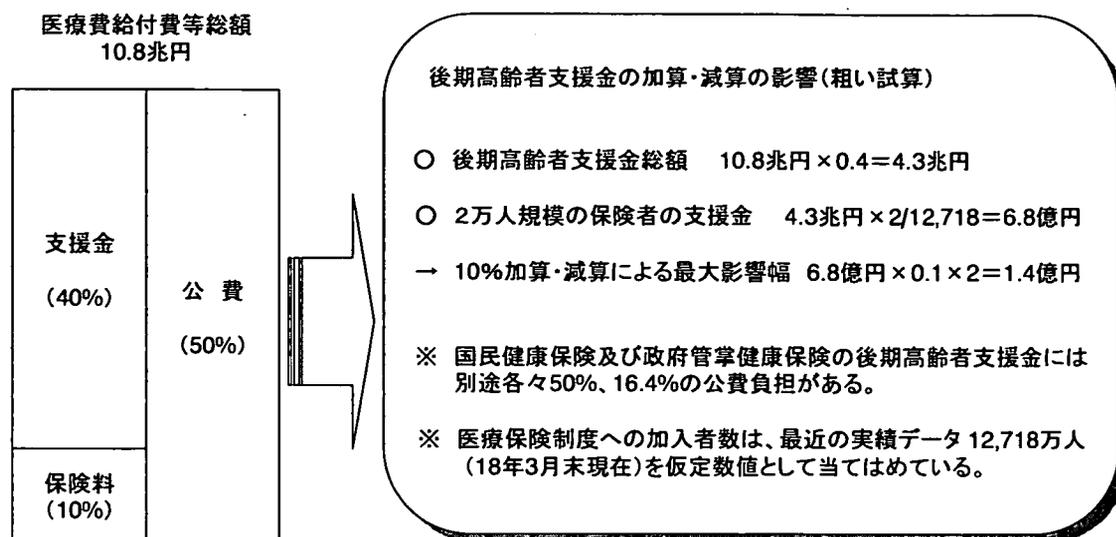
図10 都道府県別にみたメタボリックシンドロームリスク保有者割合と基本健診受診率



- (注) 1. メタボリックシンドロームリスク保有者割合は平成19年度版厚生労働白書「クラスター分析に用いた統計データ」に基づき作成。政府管掌健康保険生活習慣病予防検診受診者を対象としたデータによる。
 2. 基本健康診査受診率は「平成17年度地域保健・老人保健事業報告」に基づき作成。

²⁶ このほかにも、例えば、心疾患や脳血管疾患などの生活習慣病による受療率や死亡率などについても、都道府県別に人口10万人当たりの数値で比較すれば、最も高い都道府県と最も低い都道府県の間に、それぞれ一定の開きが見られるところであり、このような地域差の存在を示す関連指標は少なくない。

図11 後期高齢者医療制度の財政と支援金規模等について



- (注) 1. 後期高齢者支援金の加算・減算の影響試算の方法は、松田(2007 p.155)に基づくもの。
 2. 後期高齢者医療制度に係る給付費総額給付費(20年度予算案ベース)は全国厚生労働省関係部局長会議資料(20年1月16日)による。
 3. 現役並み所得者については公費負担が無い場合、実際の公費負担割合は図中の50%とは異なる。

施体制を確立させるためには、自らの財政状況を踏まえつつ、個別に対応すべき課題も少なくない。ただし、制度的には20年4月から全ての医療保険者が特定健康診査・特定保健指導を一斉にスタートさせる段階に至っており、25年度における実績評価等を踏まえて、後期高齢者支援金の加算・減算が行われる予定である。松田(2007 p.155)が用いた試算例に沿って、その効果を粗く試算すれば図11の通りであり、例えば加入者規模が2万人程度である保険者の場合を想定すれば、後期高齢者支援金の加算・減算を通じて、最大幅で1.4億円程度²⁷⁾の財政影響が見込まれる。25年度の実績評価をどのように行うのか、その評価結果をどのように後期高齢者支援金の加算・減算に反映させるのかについては、今後の制度実施状況や各種データも踏まえつつ、さらにきめ細かな議論を深める必要がある。

(3) 特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた医療保険者の対応

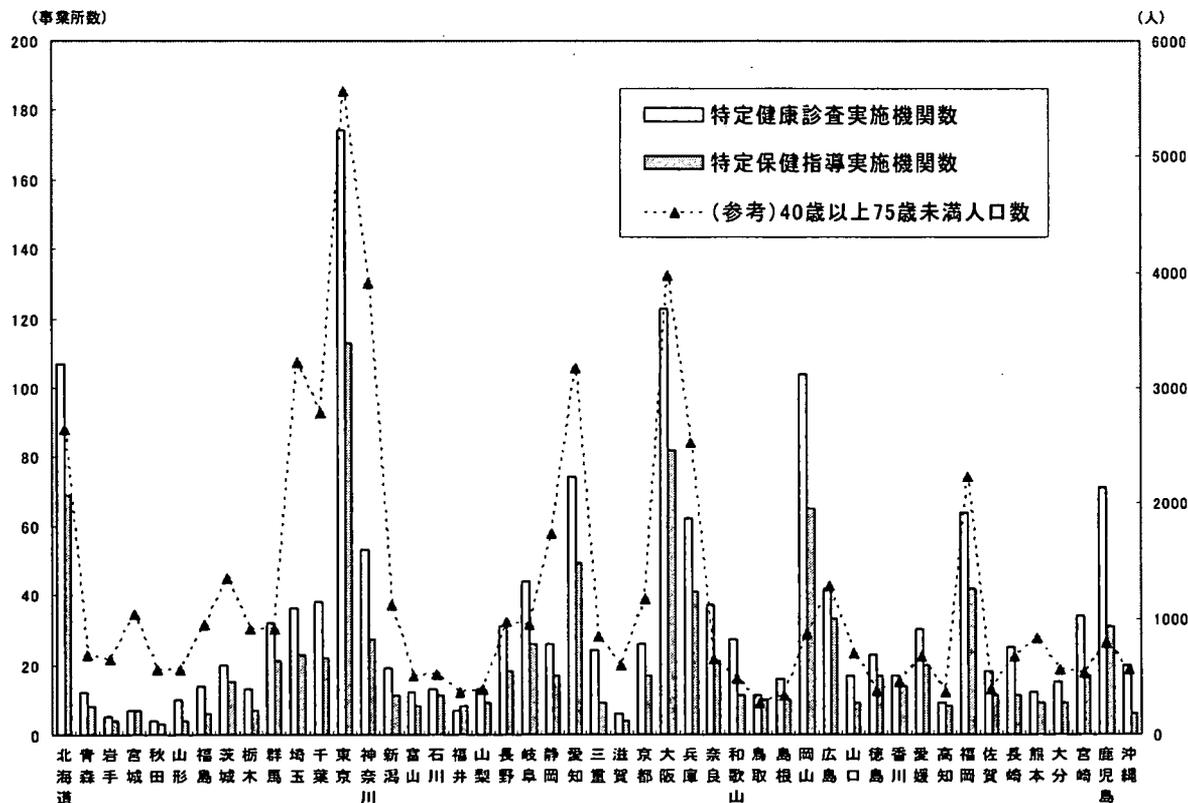
次に、各医療保険者に求められる実施体制の確立に向けた課題として、事業のアウトソーシングの問題とIT化に向けた取組について考察する。

特定健康診査・特定保健指導の実施に際しては、医療保険者ができる限り多くの対象者に対して確実に実施できるよう、また健康診査や保健指導の実施機関による自由で公正な競争を通じて良質なサービスが低廉に供給されるよう、民間事業者を含めた多様な機関へのアウトソーシングが想定されている。また、健康診査機器や生活習慣改善支援機器の大規模効率的な利用や、保健指導に係る専門スタッフの確保と効率的な人材活用、対象者の

²⁷⁾ 18年3月末現在のデータ(「19年度版厚生労働白書」による速報値)では、市町村国民健康保険の1保険者当たりの加入者数が約2.6万人、健康保険組合の1保険者当たりの加入者数が約1.9万人となることを踏まえて、例えば加入者2万人という規模の保険者を想定して、後期高齢者支援金の10%の加算・減算が保険財政に与える影響の最大幅を、極めて粗く機械的に試算している。

ニーズを踏まえた柔軟な対応の確保等の観点からも、医療保険者自らによる実施だけではなく外部事業者への委託が重要と考えられる。厚生労働省健康局「特定健康診査・特定保健指導のアウトソーシング先実態調査結果」は、19年10月と20年2月の2回にわたり公表されているが、まず19年10月調査に基づき、特定健康診査実施機関や特定保健指導実施機関の都道府県別分布を見れば、図12のような状況となっている²⁸。両事業の実施対象となる40歳以上75歳未満の人口が多いところほど多数の実施機関が存在するという、概ねの全体傾向が把握されるが、これは市場規模を勘案した事業者の参入行動としては合理的と考えられる。しかしながら、既に図10で見た都道府県別のメタボリックシンドロームリスク保有者割合や従来の基本健診受診率から推測される潜在的なサービスニーズとは、必ずしも対応していないことも事実であろう。さらに、その後の20年2月調査では、第1回調査以降の3か月間で登録機関数が約2倍に増加したものの、地域別分布など全体的な

図12 特定健康診査・特定保健指導の実施機関数と40歳以上75歳未満人口数の都道府県別分布



(注) 1. 都道府県別の実施機関数は厚生労働省健康局「特定健康診査・特定保健指導のアウトソーシング先実態調査結果」(19年10月19日公表)による。

2. 40歳以上75歳未満の人口数は総務省統計局「平成18年10月現在推計人口」による。

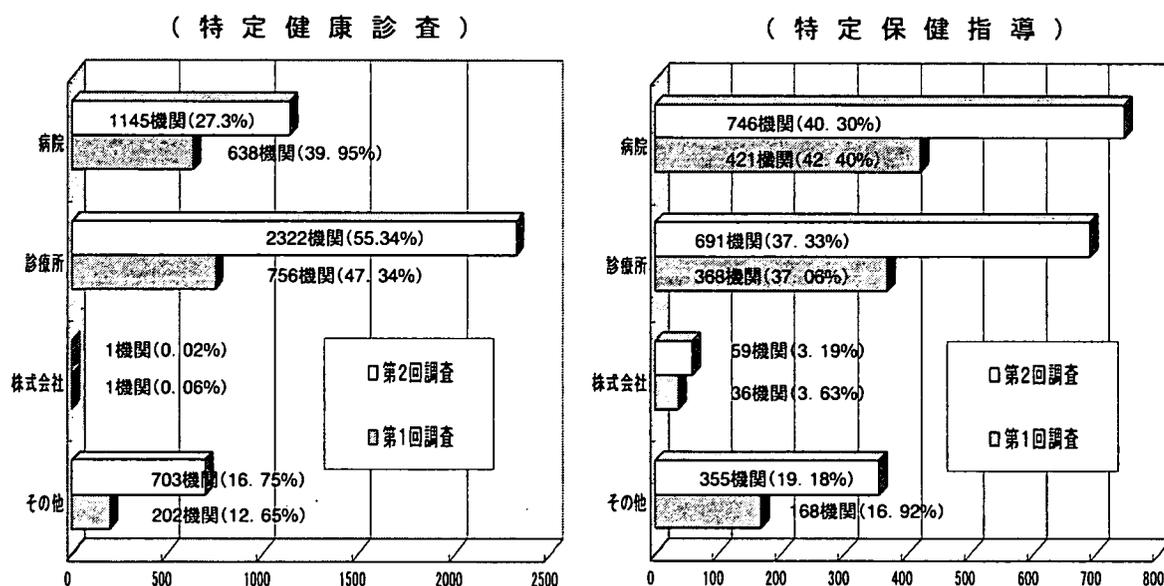
²⁸ 19年10月調査は、19年7月23日から9月14日までの間に、国立保健医療科学院の「特定健康診査機関・特定保健指導機関データベース」に登録した事業者を対象に実施されたものであり、有効回答数は特定健康診査実施機関が1,597、特定保健指導実施機関が993となっている。また、20年2月調査は19年12月13日までの間に同データベースに登録した事業者を対象としており、有効回答数も特定健康診査実施機関が4,159、特定保健指導実施機関が1,851と大きく増加している。実施機関の都道府県別分布については、例えば、岐阜県における特定健康診査実施機関が急増したことなど一部の変化が見られるものの、全体的な傾向は2回の調査の間で大きく変わらないものと考えられる。

傾向はほぼ同様であり、例えば、特定保健指導実施機関の数を市町村間で比較すれば、最低1から最大63までの差が生じていることなども指摘されている。今後、都道府県における地域・職域連携推進会議や保険者協議会を中心に、実際のサービスニーズ等を踏まえた事業者育成のあり方を、さらにきめ細かく検討していく必要があるものと考えられる。

他方、第2回調査の結果に基づき実施機関の経営主体別割合を見れば、図13の通りであり、特定健康診査実施機関のうち「病院」が27.30%、「診療所」が55.34%、特定保健指導実施機関のうち「病院」が40.30%、「診療所」が37.33%となっている。いずれの事業も「病院」と「診療所」を合わせれば実施機関全体の8割前後を占めており、この状況は前回第1回調査の結果と大きく変わっていない。事業の実施日時や実施形態、サービス単価²⁹等については、両事業とも実施機関ごとにややバラツキが見られ、例えば「土・日の対応」など受けられるサービスの内容や、利用者負担にも差が生じる状況となっている。

日本経済団体連合会の「生活習慣病予防に係る特定健康診査・特定保健指導のアウトソース推進に向けて（18年4月）」では、生活習慣病対策の取組を進める結果として、国民医療費の伸びの抑制だけではなく、21世紀の成長産業として期待されるヘルスケア産業の発展にもつながることを指摘している。しかしながら、2回にわたるアウトソーシング先実態調査の結果からは、実施機関の地域別分布や実施主体の多様性、サービス内容やコストの面で今後の課題もうかがわれる。本分野においては現在、前述の通り集合契約の締結

図13 経営主体別に見た特定健康診査・特定保健指導の実施機関



(注) 1. 厚生労働省「特定健康診査及び特定保健指導のアウトソーシング先実態調査結果」に基づき作成
 2. 調査対象は、第1回調査は19年7月23日から9月14日までに、第2回調査は同じく12月25日までに特定健康診査機関・特定保健指導機関データベースに登録した事業者

²⁹ 第2回調査では、例えばサービス単価を見れば、特定健康診査については「6,000円～11,000円未満」が54.34%で最も多く、次に「6,000円未満」が35.70%を占めている。特定保健指導については、動機付け支援では「6,000円未満」が39.33%、「6,000円～11,000円未満」が36.41%を占めており、積極的支援では「16,000円～30,000円」が42.63%、「30,000円～50,000円」が29.66%を占めている。

が進められる一方、例えば、市町村国民健康保険の6割近くが特定保健指導を直営で対応する見通しが示されるなど、20年4月の本格的スタートに向けて、事業を取り巻く環境も変化しつつある。このような状況を踏まえて、特定健康診査・特定保健指導の実施機関の在り方をどのように考えていくのか、またサービスの質や効率性等を如何に評価して情報共有していくのかは、各都道府県の地域・職域連携推進会議や保険者協議会における取組だけにとどまらず、その政策的な方向性について議論が深められる必要がある。

次に特定健康診査・特定保健指導の実施に当たっては、リスクの分析や階層化に際して大量のデータ蓄積が必要となるとともに、個人の行動変容を促す働きかけや支援には多数の対象者との電子的な情報交換が効果的であるなど、IT化を通じて事業が推進される面が大きい。また、各医療保険者が対象者の健診結果データの経年的な変化によりその効果測定を行うとともに、被保険者・被扶養者の疾病等の特徴を多角的に分析し、次年度以降の保健事業に活用する上でも、データが電子化されていることが必要である。さらに、国・都道府県においても、医療費適正化計画の進捗状況を管理する上で、全国或いは都道府県単位での特定健康診査・特定保健指導の実施率等を算出する必要があるほか、今後の医療政策、疫学的対策等を検討していく上でもデータ分析が重要となる。これらの分析や活用を進めるためには、記録データの互換性を確保し、継続的に多くの記録データを蓄積していくことが必要であり、形式・様式の揃った電子データが求められることから、特定健康診査・特定保健指導に関するデータについては、標準化された電子的様式により作成・保管・送付される仕組みが構築されているところである。

一方、23年4月までに原則全てのレセプトをオンライン化する方針が示されている中³⁰、レセプトデータとの連携の在り方も重要であり、健診データやレセプトデータを有効に活用して、生活習慣病のリスクの状況分析や、地域的生活習慣病の動向分析等を行っていく必要がある³¹。例えば、前出の厚生労働省保険局「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」では、健診結果から医療機関への受診が必要であるにもかかわらず未受診或いは長期中断となっている者を、レセプト情報により把握して受診勧奨を行うことなどがその活用方法として例示されている。さらに厚生労働省保険局「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会報告書」では、①全てのレセプトデータを用いることにより、医療費の実態を詳細かつ正確に把握することができること、②同一人物を同定した上で、特定健康診査等のデータを経年的に分析することにより、生活習慣病の発症・重症化の防止効果等を評価することができること、③レセプトデータ及び特定健康診査等のデータを突合することにより、生活習慣病対策が医療費に及ぼす影響等に

³⁰ 現段階におけるレセプト電算処理システムの普及率（19年11月請求分、レセプト件数ベース）は、医科だけで29.3%、医科・歯科・調剤全体で42.1%となっている。

³¹ 医療経済研究機構「政府管掌健康保険における医療費分析手法等に関する調査研究」から引用。他方、19年2月に健康保険組合連合会がまとめた「健保組合IT基本構想（最終報告）」では、2010年度中に全ての健保組合がオンライン請求に対応できる体制を整えるとした上で、特定健康診査・特定保健指導データ及びレセプトデータを活用することにより、保健事業の計画立案、実施、評価、加入者への情報提供、業務の効率化、医療費適正化などを行い、保険者としての機能を高めるとしている。

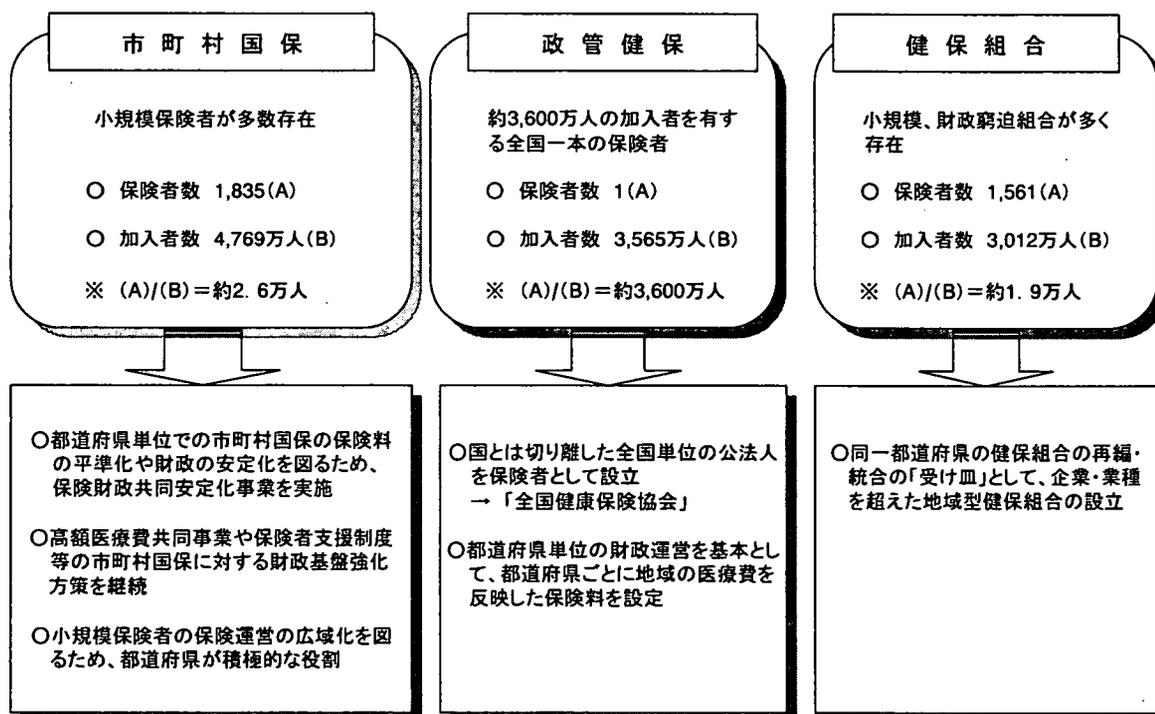
ついて評価することができることなど、正確なエビデンスに基づく分析可能性を指摘している。今後、これらのデータ分析による実態把握や効果的なサービス提供の検討が飛躍的に進むことが期待されるが、他方、そのデータはいずれも個人情報として保護されるべきものであり、情報の漏洩等が無いよう十分なセキュリティ対策が必要であるとともに、一定の情報は予め削除して提供する仕組みとするなど慎重な取扱いが求められる³²。

(4) 医療保険者の再編・統合と都道府県等との連携

最後に、医療保険者の再編・統合と都道府県等との連携の在り方について考察する。まず17年12月の「医療制度改革大綱」では、①保険者として安定的な運営ができる規模が必要であること、②各都道府県において医療計画が策定されていること、③医療サービスは概ね都道府県の範囲で提供されている実態があることを考慮して、都道府県単位を軸として医療保険者の再編・統合を進め、保険財政の基盤の安定化を図ることとされた。

この「医療制度改革大綱」の趣旨を踏まえ、先般の医療制度改革においては、医療保険制度の規模の適正化や財政の安定化を確保するとともに、保険料が地域の医療の水準に見合ったものとなるように、図14の通り、都道府県単位を軸とした再編・統合を基本とする改正が行われたところである。具体的には、まず市町村国民健康保険については、高額医

図14 都道府県単位を軸とする医療保険者の再編・統合



(注) 1. 厚生労働省「医療保険制度改革関連資料」に基づき作成
2. 図中の「保険者数」及び「加入者数」のデータはいずれも18年3月末現在(19年度版厚生労働白書の速報値より)

³² 健康保険法等改正が採決された際の、参議院厚生労働委員会における附帯決議(18年6月13日)においても、入手した個人データについて、委託先を含めて、個人情報保護の観点から万全な管理体制を確立することが求められている。

療費共同事業³³の交付基準を1件80万円に引き上げた上で18年度以降も継続させるとともに、新たに1件30万円超の医療費について保険財政共同安定化事業³⁴が創設されたところである。各市町村の高額医療費の発生リスクを都道府県単位で分散させ、保険財政運営の安定と保険料平準化を促進する措置が採られたことにより、市町村国民健康保険は広域運営に向けて大きく踏み出すこととなった。他方、政府管掌健康保険については、国とは切り離された全国単位の公法人として「全国健康保険協会」が20年10月に設立されることとなるが、その財政運営は都道府県単位とされており、年齢格差や所得格差を調整した上で、都道府県毎に地域の医療費を反映した保険料率が21年4月から設定される。最後に健康保険組合については、同一都道府県内における再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えた地域型健康保険組合の設立を認める仕組みが新たに導入されている。ただし、池上（2006 p.127）が指摘するように、このような制度的受け皿が用意されても、保険料が上がる場合には参加が難しいと考えられるとともに、全国単位の健康保険組合の場合は都道府県単位の事業所に分割する必要が生じる。さらに、今回の改正では、同一都道府県における複数の地域型健康保険組合の設立が認められていることにも留意が必要であろう。

いずれにしても、各都道府県が医療費適正化計画をはじめ医療計画や健康増進計画、介護保険事業支援計画を策定しつつ、医療費適正化に向けた総合調整機能を担う仕組みとなる中で、自らの被保険者の健康づくりと財政運営に責任を有する医療保険者が、都道府県単位を軸として再編・統合される方向性は整合的である。「19年度版厚生労働白書」が指摘するように、都道府県下の各医療保険者の生活習慣病対策の地道な取組が、自らの保険料水準に反映されるのみならず、都道府県が策定する医療費適正化計画等の着実な実施とも連動しながら、全体として都道府県管内の医療費適正化に結び付いてく効果が期待される。また、このような方向性は、既に4(1)で見た保険者機能の強化につながるものであり、この点に関連して権丈（2005p.36）では、医療保険者がその機能を発揮することは簡単ではないとした上で、保険者が国もしくは都道府県レベルの規模まで拡大し、医療の買手独占体として、売手独占体である医療供給の代表と「双方独占的な政治交渉の場」をもち得るまでになれば、保険者機能が効くようになると指摘している。さらに、特定健康診査・特定保健指導のデータやレセプトデータを活用した分析を行うことが、医療保険者の保険者機能を高めることも、既に4(1)で確認した通りである。今回の医療制度改革を通じて、都道府県や医療保険者をはじめとする関係者が、医療費適正化という共通の目標に向けて力を結集する仕組みが構築されたと位置付けるべきであり、今後はその成果について、正面から向き合う緊張関係が生じることとなる。ただし、このように都道府県単位を軸とした

³³ 高額医療費共同事業とは、レセプト1件80万円以上（従来の70万円以上という交付基準を18年度以降に80万円以上に引き上げたもの）の高額な医療費の発生が市町村国民健康保険の財政に与える影響を緩和するために、各市町村国民健康保険からの拠出金を財源として都道府県単位で財政リスクを分散する事業であり、国及び都道府県は1/4ずつを負担する。

³⁴ 国保財政共同安定化事業とは、市町村国民健康保険の財政の安定化や保険料負担の平準化を促進する観点から、レセプト1件30万円を超える医療費を対象として、都道府県内の各市町村国民健康保険からの拠出金を財源とした交付金を交付する事業である。

性格が強まるほど、既に述べたようにメタボリックシンドロームリスク保有者割合や基本健診受診率など、当該都道府県における地域特性にも強く影響を受ける可能性が出てくると考えられる。また、実際に特定健康診査や特定保健指導等の事業実施やレセプト点検などの保険者事務について、都道府県という単位でどこまで効果的・効率的に対応できるのかは、今後あらためて検証されるべき課題であり、その際には、アウトソーシングによる実施体制の確立やIT化の進捗状況なども総合的に影響してくることが見込まれる。

5. おわりに

本稿においてはこれまで、先般の医療制度改革の背景や目的をあらためて確認するとともに、各都道府県が策定する医療費適正化計画やその他の関連する計画との相互連携の在り方等を整理した。また、特に特定健康診査・特定保健指導の実施という点に着目して、都道府県健康増進計画における位置付けや、都道府県及び市町村等に求められる対応、さらには各医療保険者の特定健康診査等実施計画における数値目標の在り方、実施体制の確立に向けた今後の課題等について考察を行った。

まず、都道府県が策定する医療費適正化計画と、医療計画や健康増進計画、介護保険事業支援計画との間の相互連携については、単にそれぞれの計画相互間で整合性が図られ矛盾の無い数値目標が定められているということだけでなく、計画に盛り込まれた各種の取組を実現させる上で具体的にどのような対応が検討されているのか、また効果的な連携体制が確保されているのが重要である。その際には、地域・職域連携推進会議や保険者協議会など、都道府県を単位とした横断的な組織の活用も一層重要性を増すものと考えられる。そして22年度の実施状況評価や25年度の実績評価に際しては、都道府県、市町村、医療保険者などの関係者がそれぞれの役割を十分に果たせたかどうかは勿論であるが、今回の医療制度改革により構築された基本理念に立ち返れば、やはり地域の中核としての都道府県が如何にその総合調整機能を発揮したかが強く問われることとなろう³⁵。

次に、保険者機能という観点からは、今回創設された特定健康診査・特定保健指導の実施が有する意義は極めて大きい。本事業に期待される医療費適正化効果には様々な議論があることは既に述べた通りであるが、医療保険者が自らの被保険者さらには被扶養者の健康状態を把握して責任を持って保健指導を行うことは、本来求められる重要な役割であり、保険財政を運営する観点からも不可欠の対応である。本事業に如何に取り組むのかは、単に後期高齢者支援金の加算・減算だけの問題ではなく、保険者と被保険者との関わり方の再生、換言すれば保険者の存在感の再生につながる試金石と捉えることも可能である。したがって、一部に指摘されるように、後期高齢者支援金の加算を甘受してでも特定健康診

³⁵ 本稿では直接言及していないが、例えば、平均在院日数の短縮に関しては、都道府県が医療計画を通じた権限を有するとともに、診療報酬の特例の申出ができること等から、本来は計画期間中における都道府県の取組の評価も検討が必要と考えられる。柴畑（2007 p. 81）によれば、先般の医療制度改革案の議論の中でも、当初、都道府県の平均在院日数に係る政策目標の実施状況を踏まえて、後期高齢者医療制度及び市町村国保に関する費用負担割合の加算・減算の特例措置も議論された経過があったとされる。

査・特定保健指導の実施に大きな財源は割けないという考え方に立つのではなく、保険者として加入者の健康の増進や生活の質（QOL）の向上に、どこまで前向きに取り組めるのかという姿勢の問題として捉えられるべきであろう。同様の観点から、被保険者本人も自ら加入する保険者の取組を真摯に評価していくような方向性が出てくることも期待される。他方、医療保険者が自らの数値目標を達成できるか否かには、加入者の多くが居住する地域における潜在的な健康リスクの状況、健康診査に対する意識や行動変容の在り方、アウトソーシングの受け皿の整備、都道府県をはじめ他の関係者との相互連携体制など様々な要因が影響することとなろう。後期高齢者支援金の加算・減算の仕組に係る具体的な検討については、制度の実施状況も踏まえて、22年度以降に本格的に着手されることとなるが、その際には「結果」として現れる実施率や減少率の背景にある様々な要因、後期高齢者支援金の制度的性格なども踏まえつつ、きめ細かな議論が深められる必要がある。

さらに、特定健康診査や特定保健指導を円滑に実施していく上で、アウトソーシングやIT化の推進が重要である。アウトソーシングの可否は、身近に適切な事業者が存在するかどうかにも左右されるため、各都道府県の地域・職域連携推進会議や保険者協議会における事業者育成と情報共有が重要となるが、実施機関の在り方について政策的な議論を深めることも必要である。本年1月17日の経済財政諮問会議で答申された「日本経済の進路と戦略」でも、健康分野のサービスを生活の安心につながる成長産業の1つとして育てる方針が示されているが、もとよりその潜在的なニーズは今後高まることが予測されるため、関連産業の経済活性化効果や雇用創出効果についてもあらためて分析を深めることが必要となろう³⁶。他方、IT化の推進については、個々の保険者や保険者団体における取組に留まらず、全国的な基盤整備も不可欠であることから、23年度に向けた確実なレセプトオンライン化の実現はもとより、特定健康診査等のデータやレセプトデータの活用に関するルール化やマニュアル整備などが求められるところである。また、本稿では直接言及しなかったが、個人が希望すれば、生涯にわたる健診情報・診療情報を電子的に入手・管理できる仕組が構築されることも重要な政策課題であり、本年1月25日の厚生労働省「社会保障カード（仮称）の在り方に関する検討会」の報告書等も踏まえつつ、具体的な制度導入に向けた検討が進められようとしているところである。

いずれにしても、都道府県を中核としつつ医療費適正化計画等に基づく総合的な取組を進めていくことは、各方面での様々な議論を経た上で、20年4月からスタートする重要な基本方針である。小塩（2006 p. 179）が指摘するように、今後の社会保障給付費全体の伸びの中で、医療費増加のインパクトは、公的年金を含むその他の給付費を上回るものである。図15は18年5月に厚生労働省が公表した「社会保障の給付と負担の見通し」に基づき、部門別に給付費の動向を示したものであるが、近年における年金・医療・介護各制度の改革効果を織り込んだとしても、2006年度から2025年度にかけて、全体規模で89.8兆

³⁶ 島田（2007 p. 15）では、エビデンスのある予防医学、健康医学が進歩すれば、国民の健康産業への健康投資が活発となり、雇用を生み出して経済活動も活性化され、財政問題も解消に向かうとしている。