全国国保・後期高齢者担当課長会議

厚労省が3月11日にオンラインで開いた国保と後期高齢者医療の全国会議で、長江翔平医療費適正化対策推進室長は、地域で協働して作る推奨薬リスト「地域フォーミュラリ」を作成する検討を始めるよう、都道府県に対し呼び掛けた。こども家庭庁の丸山浩二参事官は、8年度からの子ども・子育て支援金制度を説明した。（以下要旨）

「適正化計画」に追記を
リスト作成の場を各地で

長江翔平　保険局医療費適正化対策推進室長

医療費適正化計画は第4期を迎えている。国民の医療費が上昇し、人口構造が変化するなか、医療費を効率的・効果的に適正化していくかをまとめた計画だ。

特定健診・保健指導、重複投薬・多剤投与の適正化、後発医薬品の使用促進を主なテーマとして取り組みを進めてきた。新たな取り組みとして複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供を加え、既存のデジタル等を活用した効果的な取り組みを推進すると書いた。

効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療について、医療費適正化計画の中で今後追加することが国の責務として書かれている。厚労省は既存の効果が乏しいと言われている医療を国内外の論文や診療ガイドライン、診療報酬上の算定要件などを確認した。

まずは腰痛症へのプレガバリン処方を挙げた。神経が由来の場合、プレガバリンは効果があるが、神経由来でない腰痛、変形性の腰関節症など加齢が伴うものなどにプレガバリンを処方しても、むしろネガティブな副作用があると論文などで挙げられていた。引き続きこういう医療がないか探索していく予定だ。

病診で医薬品統一各側に多くの利点

医療の効率的な提供として、後発医薬品促進の地域フォーミュラリ策定によるさらなる推進がある。地域の医師、薬剤師など医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全に加え経済性も含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている、地域における医薬品使用及びその使用方針としている。

フォーミュラリは、特に経済性も踏まえ地域で関係者と作ることが望ましいとしている。地域によって使われる薬剤の流通が違うことから、メリットとして病院と診療所で違う薬を使うことがある状況を地域で統一していくことがある。

地域フォーミュラリは新しい取り組みだ。始めるときは周知や説明会でどういうものか理解してもらい検討に入ることが望ましい。決して医薬品の使用に制限があるものではないと理解し始めるのが望ましい。

ガイドラインを5年7月7日に国から発出している。薬剤費の自己負担が軽減される、医療機関・医師にとっても診療参考になる、病院・診療所で同じ薬を使うので入退院でも薬を変更しなくてよくなる、薬局側も調剤が標準化することで在庫が減ることもある、供給不足も少なくなるという。行政目線だと、後発医薬品の促進は薬剤費の削減につながる。

地域フォーミュラリはまだ全国で広まっていないことがあり、医療費適正化計画にも更なる促進のために追記を医療保険部会で提案した。まずは設定、全国のフォーミュラリを分析して参考となるリストの作成や公表をやっていきたい。後発医薬品使用割合の地域差の縮減、経済性を踏まえた医薬品の選択順位の決定を進めていきたい。

同じ内容は国の責務にも書いており、都道府県の活動をしっかりと支援すること、保険者による地域フォーミュラリ参加を促すインセンティブの設定、全国のフォーミュラリを参考とするリストの作成や公表をやっていきたい。後発医薬品使用割合の地域差の縮減、経済性を踏まえた医薬品の選択順位の決定を進めていきたい。

6～7月に納入通知書
子ども・子育て支援金制度

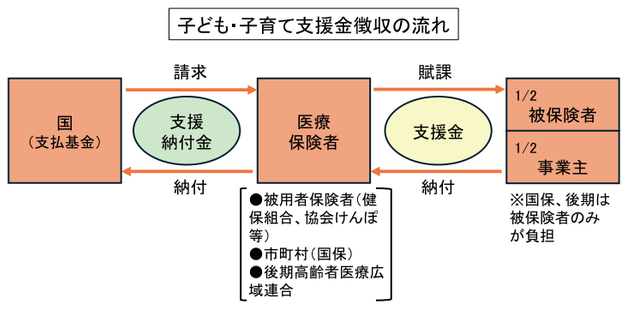
丸山浩二　こども家庭庁成育局参事官

17兆円程度積み上がり、合計0・60兆円程度となったことから、社会保険負担軽減効果範囲内の6000億円で導入することとした。

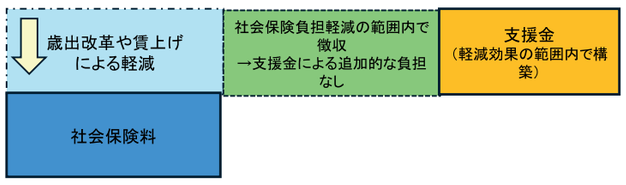
8年度の個人や世帯の支援金額（平均月額）の試算は、健保組合に加入の人は被保険者1人あたり約550円、国保に加入の人は1世帯あたり約8000億円、9年度は8000億円、10年度は1兆円を目安とすることが法定されるとともに、社会保障の歳出改革等による社会保険の負担軽減効果の範囲内で導入するということが法定されている。

社会保障の歳出改革等による8年度の社会保険負担軽減効果が従前からのプラスアルファで0・5兆円程度積み上がり、合計1兆円程度となったことから、社会保険料免除―の拡充の財源の一部に充てられる。支援金は拡充される保険料を決めて、8年4月分から拠出してもらう。被用者保険は5月給与から支援金の天引きが開始され、国保や後期高齢者医療制度は加入保険者によって徴収開始時期が異なるが、6月から7月頃に納入通知書が送付されて徴収開始となっていく。

子ども・子育て支援金徴収の流れ



実質負担がゼロってどういう意味？



「実質負担はゼロ」

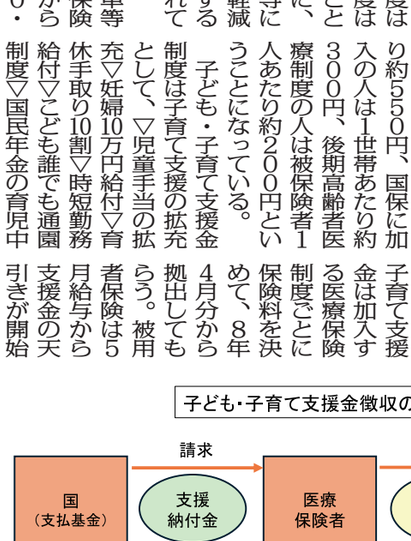
法案審議の過程で支援金制度の導入に伴って、実質負担は生じない仕組みにしているというような趣旨の答弁や説明をしてきたことについて、実は生じない。

すべての人にメリット

支援金は独身税なのか。SNSなどを中心に独身税といったような表現が用いられたことがあった。児童手当やこども誰でも通園制度など、子ども・子育て支援金により拡充される給付を実際に受給されるのは子育て世帯に限定される。

他方で、拡充された給付により育った子どもは成長し、やがて、社会保障制度または経済社会の担い手になるので、現在の現役世代が将来高齢者になったときに社会を支える若い世代を育むという支え合いの循環を維持する観点から、支援金制度は独身の人や高齢者の人を含めすべての人にメリットがある。給付はないが支え合いの制度だ。

地域フォーミュラリ推進体制（例）



地域フォーミュラリの議論要請

「予防医療」を社会標準に

古井祐司　東大未来ビジョン研究センター特任教授

東京大学の古井祐司氏はこのほど開いたシンポジウムで、データヘルスで進める「攻めの予防医療」と題して講演した。データヘルスの高度化による予防医療を社会標準とするために、保険者・企業・個人の3層で構成するインセンティブ制度の設計を提案した。日本の「予防医療モデル」を確立し、国際展開も視野に健康を基盤とした国家戦略の推進を打ち出した。（以下要旨）

データヘルス高度化で推進へ
保険者・企業・個人、3層の報酬制度設計を

データヘルスで進める攻めの予防医療について話をする。攻めの予防医療は首相の施政方針演説の中でも掲げられたが、これで目指す世界観と今後の進展を提起したい。攻めの予防医療で創る未来社会だが、長寿社会・日本が直面する3つの課題がある。働き盛り世代の平均年齢が上がっているので健康リスク増、これによる労働生産性向上の阻害というのも大きな課題だ。また、高齢リスク層の蓄積による医療費構造が硬直化してきたのが大きな課題になっている。ところが課題はやり方次第で変えられる可能性がみえてきた。

攻めの予防医療の世界観だが、1つは予防医療を社会標準にすることだ。EBPM、エビデンスに基づく政策形成の一番の要素が入ったデータヘルスを高度化させて、予防医療モデルを作ろう。もう1つは予防医療を産業化する。日本発予防医療モデルの国際展開、世界最高水準の予防医療で日本が世界の社会課題をむしろ解決していこう。そのためには、攻めの予防医療を進めるインセンティブが重要だと捉えている。

効果の高い施策を共有へ

保健事業をちゃんとやる市町村に保険者にエビデンスがたまらない。だからこそ今、3層同時に改革をしていこう。企業価値を上げることに直接つながる人的資本投資モデル、個人の健康投資を促す健康版NISAモデル、そして、（保険者の）成果を創出していく。

効果の高い施策が抽出されて最終的な1人あたり医療費が抑制される。つまり、予防医療は医療費を直接減らす政策という捉え方よりも、むしろ医療費の構造を変えてしまう政策だ。外来医療費の割合が上がるほど、1人あたり医療費は抑制される。

ただ、大事なことはやり方によってまったく効果が違う。科学的な評価・客観的な評価に基づいてどのような工夫や知見が効果的なのか、現場にたくさん埋もれてしまっている膨大な暗黙知を抽出して再現可能にするという作業が必要になる。やってくれる保険者に補助金だったり、インセンティブも必要だ。

今後は健康課題をKDBやNDB、基幹システムから国保・健保が抽出をして医療のカルテと同じように明文化し、共通のKPI（重要業績評価指標）で保険者間・自治体間・健保間の比較が可能になる。結果的に効果の高い施策が抽出され共有することで、全国で自然に底上げをしていく。

国際貢献に持っていこうとインドネシアをみているが、保健事業がほとんどない。結果的に外来に体制構築と実行のところが非常に差異がある。体制構築では定例会議を作って定期的にコミュニケーションしていくことの重要性が非常に高い。実行期は目標とかそれを図る評価指標を一緒にみながらモニタリングしていくことが圧倒的に大事だ。

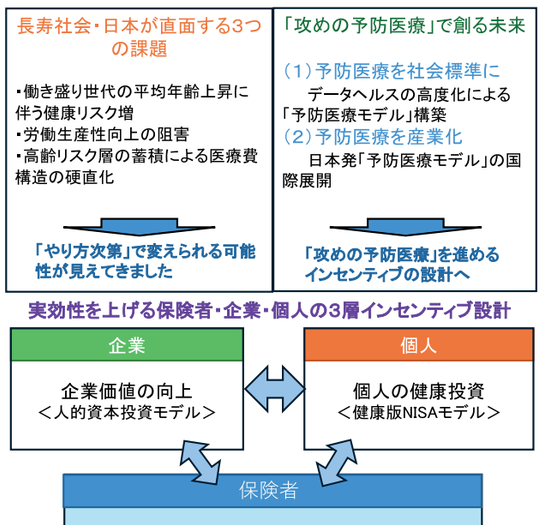
実は健保・企業だけではなくて、自治体・市町村国保と医師会とのコラボヘルスもまったく同様だと考えている。特定健診・特定保健指導、重症化予防は、医師会とのコラボヘルスにものすごい成否がゆだねられていると言っても過言ではない。重症化予防は対象者を選ぶ基準値を一緒に医師会と決めていく。あるいは保健指導をやった結果の共有を必ず主治医にして、共有するだけでなく必ず主治医から意見をもらう。一緒に参画してもらうことが効いてくる。

健康を基盤に経済再生を

最後が個人の健康投資へのインセンティブだ。自然に子ども時代から予防医療への参加が当たり前になる仕組みづくり、義務教育だ。全国の市町村でデータヘルス計画から地域の健康課題を教材にした授業が可能になった。大人も予防医療への参加が社会標準となる仕組みづくりが大事だ。

国民のリテラシー向上が行動変容に結びつくというエビデンスがアウトカム改善に直結していた。自分の健診結果の理解度が高いほど、1年後の健康指標が改善していた。また、プログラムの脱落率も低い。今まで参加することや成果に一生懸命インセンティブを付けていたが、ベースのリテラシーを一緒にやると相乗効果があるのではないか。

健康を基盤とする人的資本国家こそ、経済再生の鍵となる。データヘルスは成果がようやくみえてきた。これをエンジンとして使わない手はない。



佐賀県国保連合会　国保連だより

国保標準システムの共同運用
～国保業務の集約化に向けて～

本会では、令和6年10月から市町村事務処理標準システムの共同運用を行っています。

市町と佐賀県において進められている保険税率一本化、業務集約化の一環として、業務の標準化・効率化を推進するため、市町村事務処理標準システムを全市町で導入し、その運用を本会が担うこととなったものです。

現在、県下20市町中19市町の共同運用を実施しており、システム維持管理・処理のほか、事業月報作成業務や調整交付金等資料作成支援業務なども行っています。

また、市町からの問い合わせ窓口としてヘルプデスクを開設しており、国民健康保険中央会サポートサイト掲載情報や問い合わせ回答履歴などの情報の共有を行っています。

共同運用を開始して1年以上が経過しまし　佐　松嵜良平（情報・介護課課長補

たが、現状では市町に実施いただく処理も多く、解決すべき課題もまだまだあります。

今回の共同運用が、今後の国保業務集約化の基盤となれるよう、市町ニーズを的確に把握し、共同運用で実施する処理、業務の拡大を図り、より一層、国保業務の効率化に努めていきたいと考えています。

株式会社キャンサースキャン
CANCERSCAN
https://www.cancerscan.jp/
全国契約自治体数
弊社事業の導入自治体数
788
令和6年度時点
特定健診受診率向上事業
弊社介入自治体の受診率向上の平均
+2.9pts
令和5年度弊社介入初年度自治体法定報告値より