

特定保健指導ビジネスの今後の展開について

力石 啓史 生活設計研究部 主任研究員

要旨

1. 特定保健指導ビジネスモデルの現状と課題

既存のモデルだけでは、特定保健指導ビジネス（注1）の成長は頭打ち、縮小傾向となっていく可能性もある。特定健康診査等の対象に対して特定保健指導の実施率を高める実質的インセンティブ機能がほとんど期待できない仕組みとなってしまった以上、市場の拡大は容易ではない。特定保健指導ビジネスのサービス内容の自由度を高める規制緩和が行われたが、それを事業面で顧客拡大に向けてプラスに活用できるかが成長の課題となる。

（注1）本稿では、主に特定保健指導及び関連する保健指導等のサービスを実施している団体を指す。

2. 健康寿命と生活習慣に関する意識

現在、健康寿命の延伸にとって良い生活習慣を実践していない30-69歳の約9割が生活習慣を「すぐにも改善したい」あるいは「将来的には改善したい」と考えている。2013年からの5年間で特定保健指導実施率の向上が大幅に求められていることを背景に、特定保健指導ビジネスは成長のために、この潜在的な顧客層の需要を掘り起こして取り込んでいく必要がある。

3. データヘルス計画の影響

データヘルス計画の導入により、保険者はレセプトや特定検診・特定保険指導等の情報を分析、活用して健康づくりや疾病予防等に役立てることになる。この機会は加入者ごとのデータが整備される点で、新規のビジネスチャンスの創出につながる契機である。

はじめに

2013年6月14日、安倍総理は、成長戦略である「日本再興戦略」の閣議決定にあたり、健康・予防サービスの可能性を広げることを表明した。

図表1に示したように、4つの戦略市場創造プランのうちの1つとして、「国民の健康寿命（注2）の延伸」がとりあげられ、予防から治療、早期在宅復帰に至る適正なケアサイクルを確立するものとし、効果的な予防サービスや健康管理の充実により、健やかに生活し、老いることができる社会に向け、健康寿命伸長産業の育成、予防・健康管理の

推進に関する新たな仕組みづくりがうたわれている。健康寿命延伸産業の育成に向けた法制・ルール等の枠組み整備により、国民の健康寿命を延伸し、メタボ人口減、健診受診率の向上を目指すこととした。

図表 1 成長戦略の構成

「日本再興戦略」	戦略市場創造プラン (ロードマップ)	テーマ 1 国民の「健康寿命」の延伸
		テーマ 2 クリーン・経済的なエネルギー需給の実現
		テーマ 3 安全・便利で経済的な次世代インフラの構築
		テーマ 4 世界を惹きつける地域資源で稼ぐ地域社会の実現
	日本産業再興プラン	(省略)
	国際展開戦略	(省略)

政府は現状分析として次のような要因で予防への動機付けが乏しいとしている。

- i) 個人は、健康なときは、食事管理や運動などの予防・健康管理を継続して行う意識が弱くなる傾向がある。
- ii) 保険者は、健康管理や予防の必要性を認識しつつも、個人に対する動機付けの方策を十分に講じていない。

企業にとっても、本来、社員の健康を維持することは、人材の有効活用や保険料の抑制を通じ、会社の収益にも資するものであるが、こうした問題意識が経営者に浸透しているとはいえない。

- iii) 健康管理や予防サービスが産業・市場として成長していない。特に、公的分野との境界で制度的な不明確さもあり、サービスの提供者が参入に躊躇したり、消費者にとっても安心してサービスを受けにくい状況にある。

そして、政府は解決の方向性と戦略分野（市場・産業）及び当面の主要施策として、こうした現状を打開するため、個人・保険者・企業の意識・動機付けを高めることと健康寿命延伸産業の創出を両輪として取り組むとした。

本稿では、この戦略目標達成に重要な役割を果たす生活習慣病対策のキープレーヤーの1つである特定保健指導ビジネスに関し、示唆に富み、重要と思われる最近の動向に関して整理したうえで今後の展開について考察する。

(注 2) 日常的に介護を必要としないで、自立した生活ができる生存期間をいう。2010 年で男性 70.4 歳、女性 73.6 歳である。

I 特定保健指導ビジネスモデルの現状

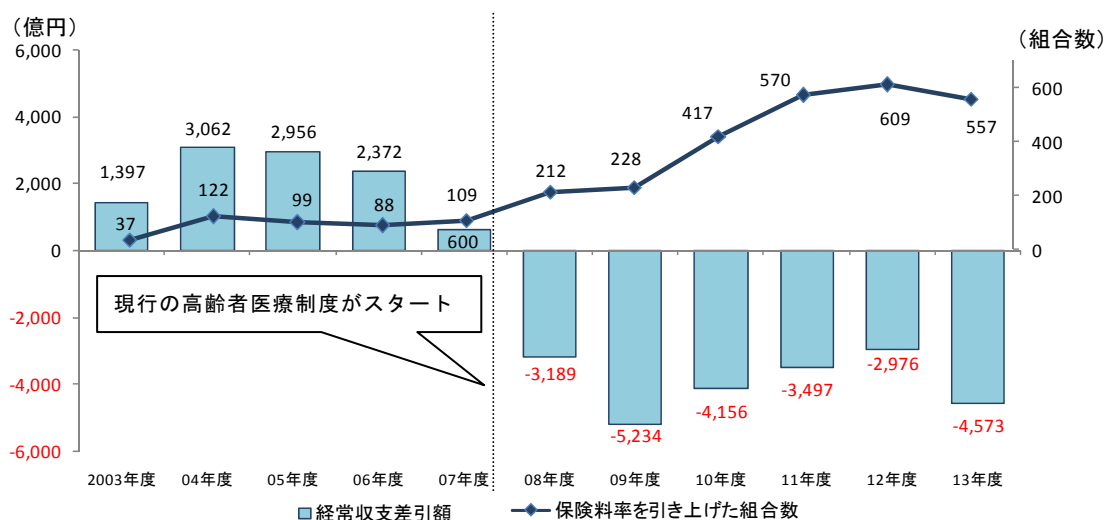
1. 健保組合の財政・保健事業費の状況

まず、特定保健指導の1つの大きな担い手である健保組合の原資面について考察を行

う。健保組合の財政状況（予算）は、2002年度の制度改正で、総報酬制の導入、高齢者医療費の給付対象年齢及び公費負担割合の段階的引き上げを実施した影響により、2003年度～2007年度は黒字となった。

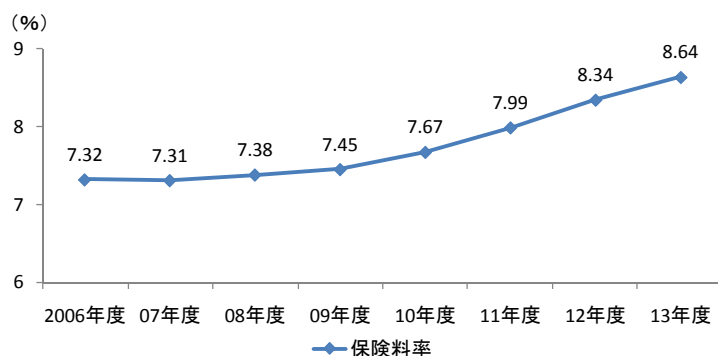
しかし、その後、現行の高齢者医療制度がスタートしたことをきっかけに、2008年度以降、今年度に至るまで、3,000億円以上の赤字が継続し（図表2）、2012年度では全組合数の74%が赤字（2012年度決算見込み状況）、2013年度では8割超が赤字の見込みである（予算早期集計）。保険料率を引き上げた組合は、3年連続で全組合の4割超。平均保険料率は8.343%で、前年度比0.356ポイント増加した（図表3）。

図表2 経常収支差引額と保険料率を引き上げた組合数の推移



出所：健康保険組合連合会「平成25年度 健保組合予算早期集計結果の概要」平成25年4月、「平成24年度健保組合決算見込の概要」平成25年9月より作成

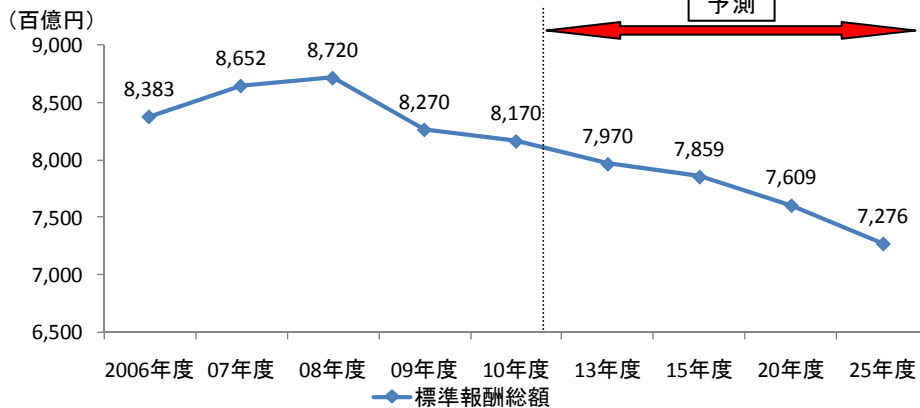
図表3 健保組合保険料率の推移



出所：健康保険組合連合会「平成25年度 健保組合予算早期集計結果の概要」平成25年4月、「平成24年度健保組合決算見込の概要」平成25年9月より作成

また、今後も続くと予測される標準報酬総額（＝賃金×被保険者数）の低迷と保険料率の高騰も、財政余力を奪うという点で、特定保健指導も含めた保健事業拡大の制約要因としてあげられる（図表4）。

図表4 健保組合標準報酬総額の推移・予測



出所：第11回高齢者医療制度改革会議資料（2010年10月25日）、日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会における厚生労働省保険局大島氏の講演資料「企業と健保組合の新しい関係」（2013年7月4日）より作成（2010年度は予算ベース）

上記のような厳しい財政事情のもとで、高齢者医療制度への支援金・納付金等と法定給付費を合わせた額（義務的経費）の保険料収入に対する割合は99.0%に至っている。厳しい組合運営の中、それでも保健事業費としては保険料収入の約5%が確保されるよう努めている状況であるから、経常収支が赤字の中では特定保健指導等の保健事業拡大の余力は乏しい（図表5）。

図表5 保健事業費の額と保険料収入に対する割合の推移

	義務的経費 (億円)	同左・ 保険料収入に 対する割合	保健事業費 (億円)	同左・ 保険料収入に 対する割合
2007年度	55,109	91.1%	3,144	5.2%
2008年度	60,348	97.4%	3,295	5.3%
2009年度	60,630	101.6%	3,299	5.5%
2010年度	60,873	99.1%	3,166	5.2%
2011年度	64,010	98.3%	3,084	4.7%
2012年度	67,183	97.7%	3,070	4.5%
2013年度	70,370	99.0%	3,456	4.9%

出所：健康保険組合連合会「平成25年度 健保組合予算早期集計結果の概要」平成25年4月、「平成24年度健保組合決算見込の概要」平成25年9月より作成

2. 後期高齢者支援金の加減算(ペナルティー)のインセンティブ機能低下

本来、後期高齢者支援金の加減算は、医療保険者の生活習慣病対策推進の努力を評価し、特定健康診査や特定保健指導の実施に向けたインセンティブと位置づけられてきた。つまり、制度の発足当初、特定保健指導の実施率が低い健保に対しては後期高齢者支援金が加算されるかもしれない、という状況が前提とされていた。

しかし、制度発足時は最大で10%だった支援金の加減算幅は、2013年度では加算対象保険者の調整率が0.23%とされた。さらに加算の場合、特定健康診査または特定保健指

導の実施率が 0.1%未満の組合が前提とされたので、特定保健指導の実施率を高める実質的なインセンティブ機能がほとんど期待できない仕組みとなってしまった。

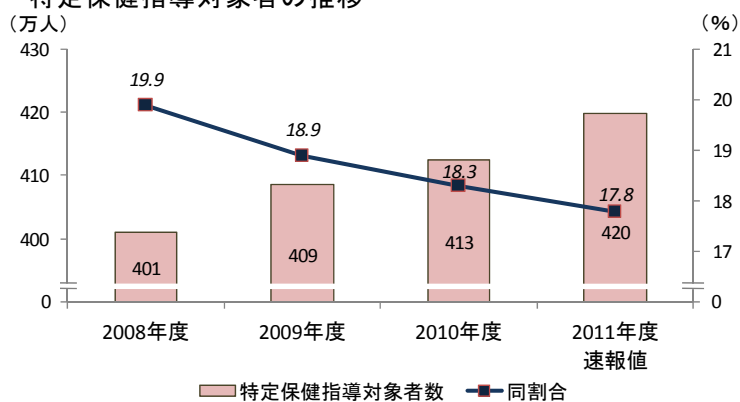
3. 特定保健指導の実施状況

厚生労働省「平成 23 年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況（速報値）」によれば、2011 年度に特定健康診査等の結果、特定保健指導レベルの評価対象とされたのは 2,363 万人。このうち、積極的支援と動機付け支援の対象となる特定保健指導対象者は 420 万人（17.8%）。

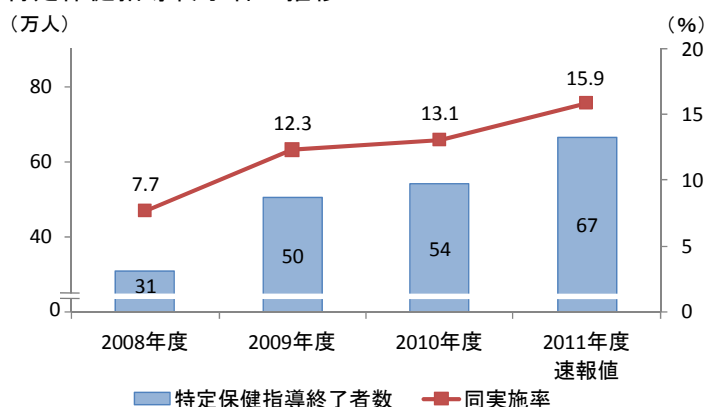
特定健康診査等でリスクが確定して特定保健指導が受けられる対象者のうち、積極的支援と動機付け支援の対象とされた者の割合に関しては、減少（マイナス 0.5 ポイント）したが、対象者数は 1.7%増加した（図表 6）。一方、特定保健指導対象者のうち、指導を終了した割合は 15.9%で前年度よりも 2.8 ポイント増加し、特定保健指導終了者数も 24%増加している（図表 7）。

このように、近年の特定保健指導対象者、特定保健指導終了者の推移を見ると、行政目標とは別に、特定保健指導の実態としては、終了者数、実施率ともに増加傾向だが、ビジネスの対象者数としては伸び悩んでいるような傾向がみてとれる。

図表 6 特定保健指導対象者の推移



図表 7 特定保健指導終了者の推移



出所：図表 6、7 とともに、厚生労働省「平成 23 年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況（速報値）」平成 25 年 3 月より作成

4. 小括

以上、概観したように、既存のビジネスモデルでは、行政が高い特定保健指導の実施率目標（2017年度中に単一健保 60%、総合健保 30%）を掲げていても、特定保健指導ビジネスの市場自体は頭打ち、縮小傾向となっていく可能性がある。

また、特定健康診査等の対象を 40 歳未満まで範囲を拡大する前向きな動きも中にはあるものの、健保組合に対するインセンティブ機能がほとんど期待できない仕組みとなってしまう以上、特定保健指導市場の拡大は容易ではないだろう。

II メタボリックシンドローム及びこれに密接に関連するリスクの調査結果

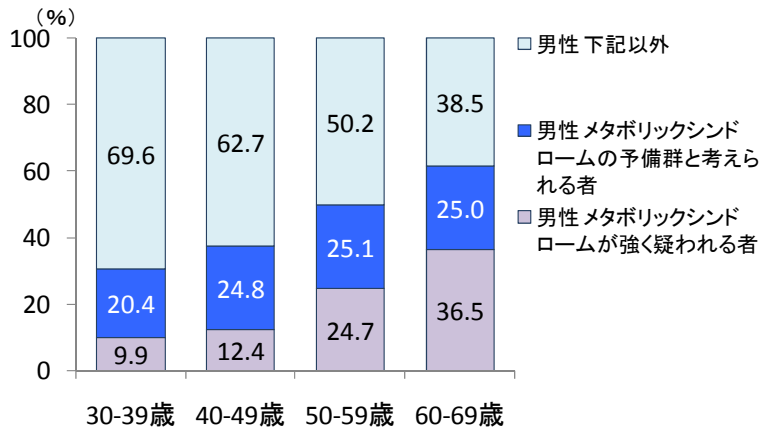
本章では、視点を転じて、特定保健指導の潜在的な市場ニーズの状況を俯瞰すべく、生活習慣病罹患のリスクを上げるとされる肥満に関連する症候群であるメタボリックシンドロームと、これに密接に関連するものとして腹囲区分と血中脂質、血圧、血糖のリスクとの関連に注目した調査結果を紹介する。日本では生活習慣に起因する疾病として主として、がん、脳血管疾患、心臓病などが指摘されており、日本人の 3 大死因ともなっている。肥満はこれらの疾患になるリスクを上げるとされ、内臓脂肪を減らすことは生活習慣病対策、ひいては将来の医療費削減にも通じる意義をもつ。

1. メタボリックシンドロームの状況

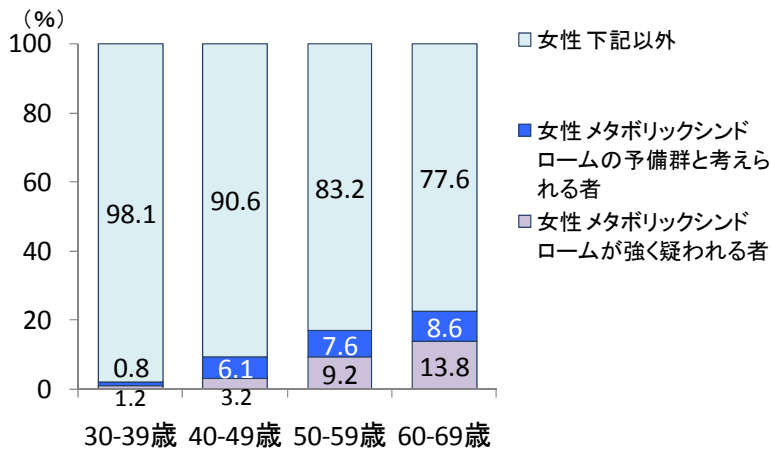
まず、メタボリックシンドロームについて検討する。年齢別に見ると、男女合計でメタボリックシンドロームが強く疑われる割合は、40-49 歳 6.5%、50-59 歳 15.3%、60-69 歳 23.4%と加齢とともに割合が高くなる（厚生労働省「平成 23 年国民健康・栄養調査報告」）。

さらに、性別に見るとメタボリックシンドロームの罹患が強く疑われる割合は、40 歳以上で男性は女性に比べて各年齢を通じて 3 倍前後大きく、また 50 歳代からハイペースで増加している（図表 8、9）。

図表 8 メタボリックシンドロームの状況（男性・年齢階級別）



図表 9 メタボリックシンドロームの状況（女性・年齢階級別）



出所：図表 8、9 ともに厚生労働省「平成 23 年国民健康・栄養調査報告」より作成

この調査結果を見れば、高年齢者雇用が進む中で、50 歳代、60 歳代の男性への特定保健指導について企業としても積極的に対策を講じる必要性が認識されるにちがいない。したがって、市場として今後、リスク発生の可能性が高い集団として優先して取り組む対象となるだろう。

また、厚生労働省が公表している特定健康診査・特定保健指導に関するこれまでの検証結果報告のポイントは次のとおりである（出所：規制改革会議第 5 回健康・医療ワーキング・グループ厚生労働省提出資料「レセプト・健診等のデータ活用について」平成 25 年 5 月）。

○メタボリックシンドロームの該当者は非該当の者よりも、平均して年間 9 万円程度医療費が高い傾向（平成 21 年度の特定健康診査結果でメタボリックシンドロームの該当者及び予備群となった者の平成 22 年度のレセプトにおける年間平均総医療点数を基に比較）。

○特定保健指導を終了した後の特定健康診査結果では、該当者及び予備群数は約 3 割減少（平成 20 年度においてメタボリックシンドロームの該当者及び予備群は約 18

万人。これが特定保健指導を終了した翌年には約 12 万人に減少)。

現在、このデータ分析結果についてはさらに詳細に検討されているが、医療費適正化の観点からも特定健康診査・特定保健指導の役割への期待は高い。

2. 腹囲区分別、血中脂質、血圧、血糖のいずれかのリスクを有する割合の状況

図表 10、11 は性別、腹囲区分別に血中脂質、血圧、血糖のいずれかのリスクを有する割合を年齢階級別に調査した結果である。男性では、30-49 歳について、基準値未満の腹囲区分でのいずれのリスクも全く有さない割合は基準値以上の腹囲区分の場合の約 2 倍である。

一方、女性の 30-39 歳については、基準値未満の腹囲区分でのリスクをまったく有さない割合は基準値以上の腹囲区分の場合と大差はないが、40-49 歳では、同割合の差は約 3 倍まで大きくなる。

50-59 歳になると、腹囲区分別での同差は男性で約 3 倍、女性で約 7 倍に開く。

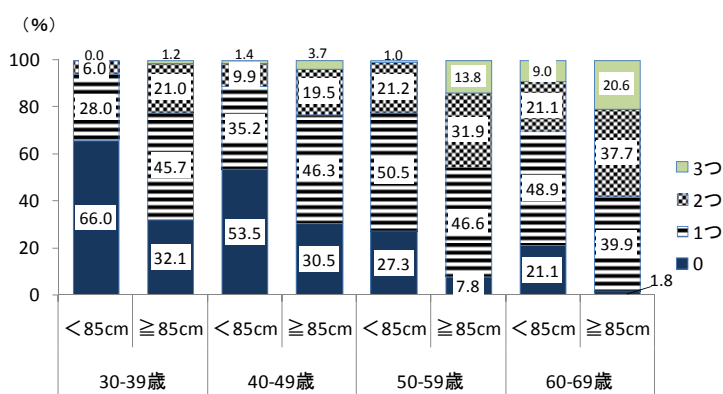
また、50 歳以上の基準値以上の腹囲区分のグループに関しては、リスクをまったく有さない割合は男性では 2-8%、女性で約 7%の低位にとどまっている。これから、いったん腹囲が基準超となれば、50 歳より若い年齢層に比べてリスクを容易に抱えやすくなっていることが示唆される。

以上から、特に女性については、50 歳前後での腹囲を指標とする保健指導の重要度が高く、この段階で腹囲を基準値以下に保つ生活習慣を確立しておくことが効果的ではないかと思われる。

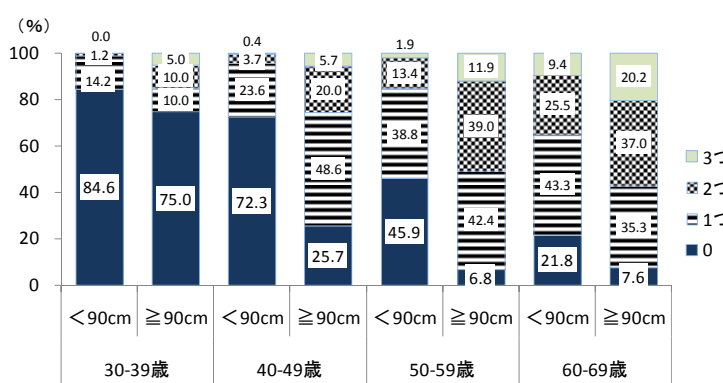
さらに、男性、女性ともに 50 歳以上については、特に腹囲が基準超の場合にはそれ以前の年齢群に比較してリスクの複数保有者が急に増加していることがわかる。

一方、60-69 歳の女性については、50-59 歳と比較して、腹囲が同じく基準以下の場

図表 10 腹囲区分別、血中脂質、血圧、血糖のいずれかのリスクを有する割合 (男性)



図表 11 腹囲区分別、血中脂質、血圧、血糖のいずれかのリスクを有する割合 (女性)



出所：図表 10、11 とともに厚生労働省「平成 23 年国民健康・栄養調査報告」より作成

合でもリスク保有者の増加幅は男性よりも大きいことがわかる（リスク0の者は女性が24ポイント減少、男性で6ポイント減少）。したがって、60歳代の女性については、腹囲基準以外の加齢に関係する要因が意味を持つ可能性が推測できる。

Ⅲ 健康寿命と生活習慣に関する意識

次に、健康寿命に関する意識調査の結果を紹介し、特定保健指導市場の潜在的な顧客層の需要に関して考察する。

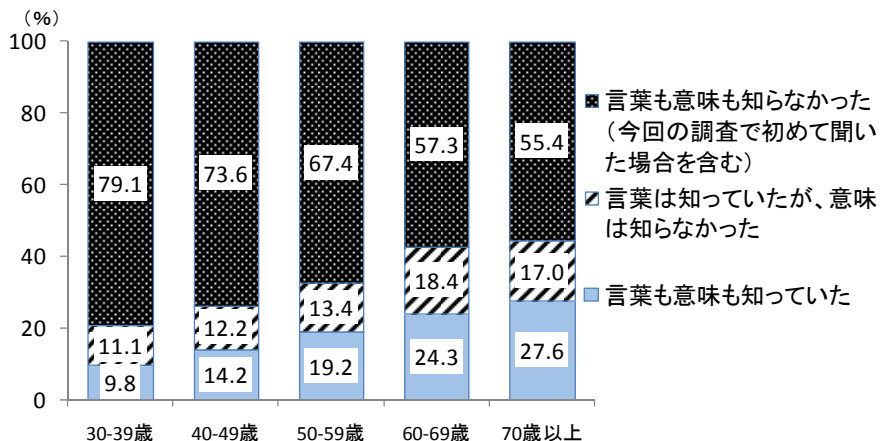
1. 健康寿命についての意識

政府の戦略市場創造プランの中に「国民の『健康寿命』の延伸」という目標が掲げられている。そこで、健康寿命は概念として一般的にどれほど認知されているのか、また、特定保健指導の目標である「良い生活習慣」を意識して実践している割合、そして「生活習慣の改善」への取組意識の程度についての調査結果を検討し、特定保健指導市場の今後についての示唆を探る。

まず、健康寿命という言葉の存在も意味も知っていた者の割合は、50-59歳を中心として20%プラスマイナス10ポイントの幅で年齢階級が高くなるにしたがって大きくなっている（図表12）。この結果と前章で指摘したように、メタボリックシンドロームについては50歳以上の男性への特定保健指導が重要なこと、及び腹囲区分別の血中脂質、血圧、血糖のいずれかのリスクを有する割合についての検討結果として、50歳前後での肥満対策としての保健指導の重要度が高いことを合わせて考えてみる。

本人のみならず、医療費負担の将来的な縮減という観点から健保組合にとっても、健康寿命についての認知度の低い40-49歳を対象にした啓発、さらに前広に手を打つという意味でも、30-39歳の年齢階級に対する意識啓発活動の必要性が高いことがわかる。

図表12 健康寿命の認知度

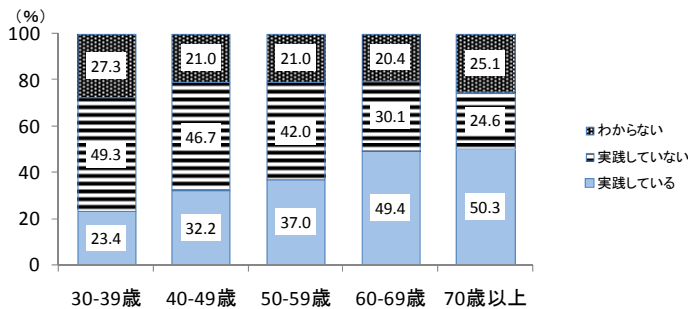


出所：厚生労働省「平成23年国民健康・栄養調査報告」より作成

2. 生活習慣改善への意識

次に、健康寿命を延伸するために良い生活習慣を実践している者の割合を検討する。30-39 歳では 23%、40-59 歳を通じて 35%前後、そして 60 歳以上では約 50%となっている（図表 13）。

図表 13 健康寿命を延伸するために良い生活習慣を実践している者の割合



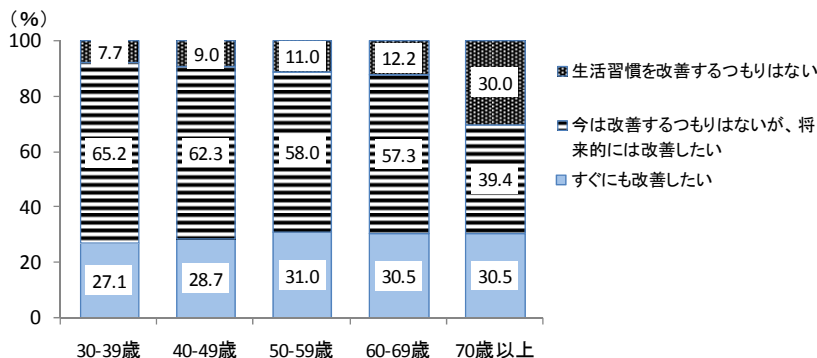
出所：厚生労働省「平成23年国民健康・栄養調査報告」より作成

また、良い生活習慣を実践していない者の割合は、30-49 歳を通じて約 50%と半分近くを占めているが、この点から、特に 40-49 歳で良い生活習慣を実践していないことが 50-59 歳におけるメタボリックシンドローム及び腹囲に関する問題を惹起する少なからぬ要因となっていることが想像できる。

特定保健指導ビジネスとしては、顧客の持つ加入者データ分析を活用し、特に「何も実践していない」40-49 歳の半数近い層、そして 50-59 歳の 4 割近い層に対して先の啓発活動とあわせて市場開拓を仕掛けていく余地があるだろう。

健康寿命を延伸するために良い生活習慣を実践していないと回答した者のうち、「すぐにも改善したい」と回答した者の割合は、30 歳以上では全年齢階級で約 30%となっている。さらに、「今は改善するつもりはないが、将来的には改善したい」と回答した者の割合は、30-69 歳を通じて約 60%となっている（図表 14）。この部分は、的確な意識喚起さえできれば、このうちの少なくない部分は指導効果が高くなる対象であろう。

図表 14 健康寿命を延伸するために良い生活習慣を実践していない者における取組意識



出所：厚生労働省「平成 23 年国民健康・栄養調査報告」より作成

3. 小括

以上のように、特定保健指導ビジネスにとっての見込み顧客、または指導効果の期待できるターゲット層が、現在、良い生活習慣を実践していない 30-69 歳の年齢階級を通じ、「すぐにも」と「将来的には」の合計でそれぞれ約 90%も存在している。

もちろんすでに顧客化している部分も多いとは思いますが、特定保健指導実施率が現状、約 15%のところ、2013 年度から始まる今後の 5 年間で 45%を目標（厚生労働省、特定健康診査等基本方針による。単一健保は 60%）に設定している以上、特定保健指導ビジネスは、この潜在的な顧客層を掘り起こして、その需要増加を取り込んでいく必要があるのではないだろうか。

次章以下では、これまで概観した現状のビジネス環境を変化させる動因を特定保健指導の運用ルール面とデータヘルス計画の導入・実施の観点から整理し、展望する。

IV 特定保健指導における新たな実施方法の動向

1. 初回面接の遠隔実施の解禁による影響

本年度、初回面接の遠隔実施の解禁がなされた（注3）。特定保健指導ビジネスかまたは保険者のサイドでテレビ会議システム等の設備投資をすることが前提だが、特定保健指導ビジネスが現状、サービス実施していないエリア（たとえば、事業所が集中している東京・大阪以外の地域）での営業も可能となる余地が出てくる。

（注3）ICT を活用して行うことができる初回面接及びその所要時間について、厚生労働省の都道府県知事あて通知（「特定保健指導における情報通信技術を活用した面接による指導の実施について」平成 25 年 8 月 1 日付）では保険者による遠隔面接を個別支援に限って行うことができること、また初回の遠隔面接を実施する際には、30 分以上行うこととすることが示された。なお、特定保健指導を直接会って行う場合は、これまでと同様、20 分以上行うこととされている。

2. ポイント制の改正

特定保健指導における 3 カ月以上の継続的な支援の具体的内容に関して規制緩和がなされ、サービス内容の自由度が高まり、従来必須とされていた支援 B のサービス内容（励ましや称賛の実施）が選択制となった（2013 年 4 月以降、適用）。

これにより、特定保健指導ビジネスによるサービスの提供内容も、緩和前は「支援 A のサービス内容（対象者の生活習慣・行動計画の実施状況を踏まえた必要性に応じた支援、生活習慣の改善に必要な事項について実践的な指導をすること等）で 160 ポイント以上かつ、支援 B で 20 ポイント以上の合計で 180 ポイント以上」とされていたものが、現在は「支援 A のみで 180 ポイント以上。または、支援 A（160 ポイント以上）と支援

Bの合計で180ポイント以上」となっている。

3. 小括

以上、概観したように、既存のビジネスモデルよりも提供するサービス内容の自由度が高まっている。これを特定保健指導ビジネスは、事業面で顧客拡大に向けてプラスに活用できるかが課題となる。

V データヘルス計画の影響

1. データヘルス計画の特徴

戦略市場創造プランの1つである「国民の『健康寿命』の延伸」の実現のための重要な手段として、2014年度中には全ての健保組合に対してデータヘルス計画の作成・公表等が要求されることになった。データヘルス計画とは保険者が保有するレセプトや特定健康診査・特定保健指導等の情報を分析、活用し、健康づくりや疾病予防、重症化予防につなげる事業とされる。たとえば、個々の加入者の健康状態の変化も把握できるようになる。加入者自身の健康に対する関心と取組を促す「意識付け」対策や独自の生活習慣病予防プログラムの実践、重症化予防なども取組事例として例示されており、加入者にとり有益な内容である。

特定保健指導ビジネスにとっても、データヘルス計画の導入は対応の仕方によってはビジネスチャンスにもなり得るが、逆に手をこまねいてはマイナスの影響も及ぼしかねない。データヘルス計画について押さえておくべき重要な特徴は図表15の諸点である。特に留意すべきは、保健事業の効果が高い対象者を抽出し、だれに何を行えば効果が高いかをあらかじめ見当をつけて費用対効果を追求することと考える。

図表15 データヘルス計画の特徴

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○レセプト・特定健康診査データの活用による<ul style="list-style-type: none">①組合や事務所における全体的な健康や医療状況の把握②保健事業の効果が高い対象者の抽出○費用対効果の追求（特定保健指導重視からアウトカムのある保健事業重視へ）○PDCAサイクルによるレベルアップ（試行錯誤も可）○「松」「竹」「梅」の身の丈に応じた事業範囲○外部専門事業者の活用○加入者個人への情報提供、インセンティブ付与○コラボヘルス（事業主との協働） |
|---|

出所：日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会における厚生労働省保険局大島氏の講演資料「企業と健保組合の新しい関係」（2013年7月4日）より作成

2. データヘルス計画導入後の新しい保健事業の範囲のイメージ

前述のように、保健事業の範囲については健保組合の置かれている状況により、選択可能になる。たとえば、当局による説明の中では3つのレベル（範囲の広い順から仮に、松・竹・梅と呼ぶ。）のどれかに収まるようにすることが例示されている。

具体的には、一番狭い事業範囲の例では、図表16に示した①から④までの内容をセットにしたイメージが提示されている。保健指導のための分析では、どういう人に対して何を行えば有効なのか、ということまで今回のシステムによる基本分析で可能となることを想定している。分析後、保険者みずからの特色を踏まえた資源投入の仕方を事業化し、計画を作成することになる。

また、個々人に応じた健康情報の提供による意識付けを事業の柱とする。たとえば、比較的健康的な人には予防的な活動を勧奨し、状態の少し悪い人には受診勧奨を通知する。現在の特定保健指導の中にも意識付け対策はあるが、いっそうオーダーメード的に進めていくということになる。

さらに、これらの効果をあげるための必須条件として、事業所と協力しての各被保険者への声かけ、働きかけの実施を求めている。

図表16 データヘルス計画の事業範囲イメージ

<p>○「梅」コースのイメージ</p> <ul style="list-style-type: none">①共通基本分析<ul style="list-style-type: none">・健診データ分析による組合・事業所の特性把握・レセプト分析による医療費把握・保健指導のための分析②オーダーメード的な情報提供による健康意識づくり<ul style="list-style-type: none">・自ら健診結果の内容や相対的な位置づけについて認識を持ってもらう・個々人の状況に応じた健康増進活動の勧奨や受診勧奨・ICT活用によるコスト低減③組合・事業所の特性分析に基づいた事業所から被保険者への声かけ、働きかけ④効果測定 <p>○「竹」コースのイメージ（①から④に次の⑤、⑥を追加）</p> <ul style="list-style-type: none">⑤費用対効果の観点その他戦略性を踏まえて必要と判断した独自保健事業の実施⑥事業主・企業との協働 <p>○「松」コースのイメージ（①から④に次の⑦から⑨を追加）</p> <ul style="list-style-type: none">⑦加入者（当面は被保険者中心でも可）の健康管理に関する基本的考え方や哲学の設定⑧加入者（当面は被保険者中心でも可）を相当程度網羅的にカバーした、リスク別の健康管理⑨事業主・企業との協働

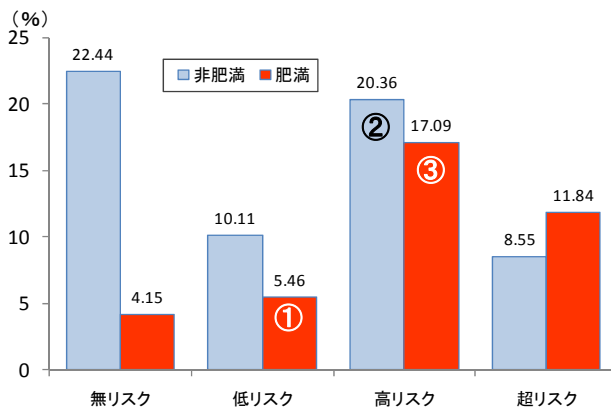
出所：日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会における厚生労働省保険局大島氏の講演資料「企業と健保組合の新しい関係」（2013年7月4日）より作成

上記はいずれにしても、これまでの特定保健指導モデルの対応のみでは特定保健指導ビジネスの事業としての関与の仕方、対応が難しい内容である。しかし、新規のビジネスチャンスの創出につながる契機でもある。

3. 医療費分析と医療費適正化に関連する新ビジネスの展開

そこで、想定される展開を考察する。まず、図表 17 において現状の特定保健指導の対象としているのは、肥満の低リスク層（①）と高リスク層（③のうちの特定保健指導の対象外 2.7%（貧血・肝機能のみの高リスク層）を除いた 14.39%の層）であるが、これは前述のとおり、頭打ち、縮小が予想される。

図表 17 平成 23 年度の健康分布図（分母は特定健康診査を受けた 40 歳以上の加入者全て）



- ・無リスク・・・血圧・脂質・血糖・肝機能・貧血の項目においてリスクを保有していない
- ・低リスク・・・血圧・脂質・血糖のうちリスクを1つ以上保有している
- ・高リスク者・・・血圧・脂質・血糖・肝機能・貧血のうち、医療機関での受診を勧奨する項目あり
- ・超リスク者・・・服薬者（血圧・血糖・脂質）

出所：健康保険組合連合会「平成 23 年度 特定健診・特定保健指導に関する調査（801 組合）」
平成 25 年 6 月より作成

したがって、特定保健指導ビジネスとしては、新規市場、つまり、非肥満の高リスク層（②）をターゲットとした新たな顧客開拓を図ってはどうか。各健保組合のデータヘルス計画策定に伴う加入者データ分析を基にした重症化予防を旗印にするのである。非肥満から肥満への移行に伴う生活習慣病の発症、重症化の予防を支援する新サービスの提供である。「保健事業の効果が高い対象者の抽出」を生活習慣病の発症、重症化のリスクを内包する対象者の抽出、と理解するのである。

また、高リスクの非肥満層（20.36%）は肥満層（前述の 14.39%）よりも 1.4 倍も母集団が多い。したがって、この集団のリスクを低減することによる経済効果も期待できる。特定保健指導では肥満解消を主な目標としているので、非肥満の高リスク者を対象とする場合は指導プログラムの内容変更が必要となるだろう。これは医療費の増加予防にも有効なので目に見える経済効果、「アウトカムのある」保健事業といえる。

4. 保健指導の高付加価値化にあたっての留意点

特定保健指導実施機関には受診勧奨サービスを行っている事業者がある。これは、要受診の人などへ電話で医療機関への受診を促すサービスである。このサービスでも、データヘルス計画の趣旨にはある程度近い内容になっているが、受診を促す以外の付加価値が少ないのが現状であろう。この点、糖尿病及び糖尿病腎症の重症化予防を行っているベンチャーの（株）DPPヘルスパートナーズの事業内容は、さらにデータヘルス計画でも重視されている腎症予防に取り組んでいる点で参考になる。

腎症予防の保健指導の実施方法は、保険者からレセプトデータの提供を受け、症状ごとに区分して対象者を選び出し、かかりつけ医の治療方針に基づいて保健師や看護師などの専門家が生活習慣改善などの支援を行う。一定期間後にかかりつけ医に指導結果などを報告して、効果を判定するという流れで実施している。

このビジネスモデルでは、重症化予防に向けての生活習慣改善や服薬指導を行うために支援者（保健師や看護師）に専門的知識が必要で、しかも医療機関との連携が必要である。さらに、対象者が健康を害するリスクもあるなど、特定保健指導ビジネスが新規ビジネスとしてそのまま取り組むにはハードルが高いといえるが、保健指導を高付加価値化するには、今後、このようなサービスの実施も検討する必要があるだろう。

VI. 総括

以上から、既存のビジネスモデルにとらわれることなく、特定保健指導における新たな実施方法をプラスに活用し、さらにデータヘルス計画に合わせて、非肥満の高リスク者あるいは腎症の予備群などの新規顧客を取り込んでいくビジネスモデルの開発が今後の成長のためには課題となると思われる。

データヘルス計画で特定保健指導重視からアウトカム重視の保健事業への転換をうたっていることから、その方向性を2～3年かけて模索することが必要となるだろうが、生活習慣改善に対する意識は潜在的に高いのでさらなる市場創造と成長の機会になるのではないかと。

また、保険者としても特定保健指導ビジネスを含めてデータヘルス計画を上手に活用することは、被保険者等の健康状況を全体として効果的に改善する強い端緒となるだろう。