

參考資料

健保連における「かかりつけ医」に関する検討のステップ

〈最終目標〉

全国民が身近で信頼できる「かかりつけ医」を持ち、外来医療の機能分化・連携を強化することで、安全・安心で効率的・効果的な医療(体制)を実現する



〈ステップ1〉令和3年度

「かかりつけ医」を起点とする医療の大きな流れをつくるための環境整備

- 健保連として「かかりつけ医」の「基本的な考え方」をとりまとめ、発信(機能の明確化、法令等での明示、国民への情報提供・周知強化等)
- 令和4年度診療報酬改定に向け、かかりつけ医機能評価の再構築を政策提言(令和3年9月)し、将来に向けた足掛かりを付ける
- 国の令和3年度「外来機能WG」「調査普及事業」における議論・情報・データを収集し検討を深化



〈ステップ2〉令和4年度～

「かかりつけ医」制度の構築に向けた展開

- 国の「かかりつけ医」の在り方に関する検討の場における詳細情報、エビデンスデータ等を踏まえ、健保連として「制度化の考え方」をとりまとめ、主張
- かかりつけ医を起点にした外来医療の機能分化・連携の強化を主張
- 国民に対し健保連の主張を発信・周知し、国民・患者の理解を促進・醸成
- 国民への情報提供・開示の強化を具体化(医療機能情報提供制度の整備等)

国民が身近で信頼できる「かかりつけ医」の推進

【基本認識】

- ・ コロナ禍で国民から「かかりつけ医」への期待・関心が高まっている。コロナ後も見据えた「**かかりつけ医機能**を**明確化**したうえで、国民が「かかりつけ医」を選ぶために**必要な環境整備**を進めることが重要。
- ・ 国民が身近で信頼できる「かかりつけ医」を起点とした医療提供体制の構築と適切な受診行動を進め、国民にとって最も重要な「**必要な時に必要な医療にアクセスできる**」体制を堅持することが求められる。

【目的】

かかりつけ医を起点に外来医療の機能分化・連携の強化を進める

【当面の課題】(ステップ1)

○かかりつけ医の**要件(機能)**〈概要〉

- ・ 国民・患者に選ばれる
→ 必要に応じ専門医療を紹介、幅広い診断・治療が可能等
- ・ 患者をよく知っている
→ 患者の情報を一元的に把握、生活・家庭背景を理解等
- ・ 患者の多様なニーズに応えられる
→ オンライン診療、リフィル処方、在宅医療等

※将来的には総合診療専門医を基本とする



要件を満たし、患者の選択した「かかりつけ医」が、健康・医療全般のコーディネーター、ゲートキーパー役を担う

○かかりつけ関係の構築に必要な**環境整備**

- ・ かかりつけ医の要件(機能)を**法令等で明確化**
- ・ **情報提供・開示の強化**(国民への可視化)
- ・ 診療報酬におけるかかりつけ医機能の**評価を再構築**

【継続検討課題】(ステップ2)

認定・登録・管理・人数等、医師の偏在対策、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担、総合診療専門医の育成促進、保健事業等との整理一等の具体的制度の在り方については引き続き検討

「かかりつけ医」の要件(機能)〈概要〉

将来的には総合診療
専門医が基本

かかりつけ医



かかりつけ医 としての責務

- 自機能の情報提供・開示
- 研修等で研鑽
- 患者の同意を定期的に確認

健康・医療全般のコーディネーター、ゲートキーパー役を担う
地域の保健、福祉、介護、職域等の関係者と連携

患者をよく知っている

- 患者の情報を一元的に把握
- 生活・家庭背景を理解
- 生活指導含めた総合的な診療

- 必要に応じ専門医療を紹介
- 幅広い診断・治療が可能
- 患者と関係を構築
- 地域の保健、福祉、介護、職域の関係者と連携

患者の多様なニーズに対応

- ワクチン接種、感染症拡大時の検査・診療
- オンライン診療
- リフィル処方
- 健康・介護の相談対応
- 在宅医療
- 終末期医療・ACP相談等



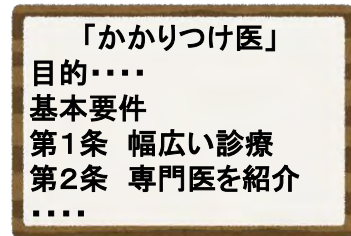
国民・患者に選ばれる

「かかりつけ医」機能の明確化

かかりつけ医の要件(機能)や必要性・目的等を法令で明示する
国民・患者がニーズに合った「かかりつけ医」を選択し、受ける医療に理解・同意

国民が選択できる情報提供・開示の強化

法令等で要件・機能を明確化



かかりつけ医要件充足
(例: 認定、登録、研修、広告等)



・同意
・患者を
一元的
把握

患者が「要件」や
自分のニーズを基
に選択



◎法令等で国民が見られるよう要件・機能、目的等を明示し、国を挙げて周知

◎要件を満たす医師の情報提供・開示(可視化)を強化

【見込まれる効果・必要事項等】

〈国民・患者〉

- かかりつけ医の機能や必要性(目的)の理解が進む
- かかりつけ医を探し、選択する指標となる

〈医師〉

- かかりつけ医になる(選ばれる)努力を促す(努力が進む)
- 専門医等との差別化・機能分化が進む

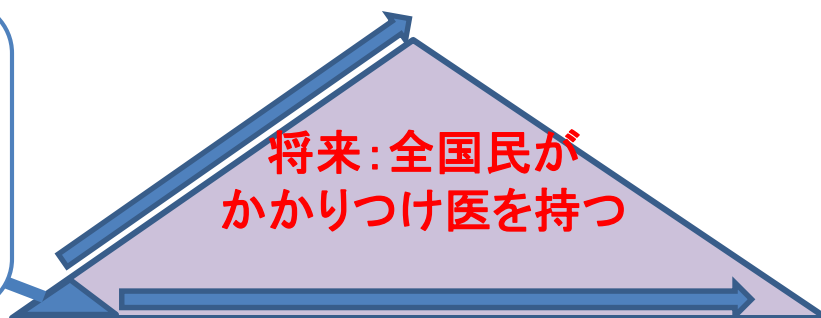
〈国・保険者など〉

- 今後の詳細な制度化に向けたベースとなる(制度化が進みやすくなる)
- 地域での医療提供体制構築、機能分化・連携、強化のベースとなる
- かかりつけ医(総合診療専門医)の拡大に向けた施策の促進
- 保険者としてかかりつけ医を持つことを加入者に推奨する取り組み

診療報酬におけるかかりつけ医機能の評価を再構築

診療報酬における「かかりつけ医機能の評価」の再構築を実現し、国民がかかりつけ医による継続管理を受ける大きな流れを作る足掛かりとする

- 診療報酬で「かかりつけ医機能」の評価を再構築
- かかりつけ医による継続管理への流れを作る足掛かりとする



要件・機能
の明確化

法令等
で明示

情報提供・
開示の強化

環境
整備

現
行

【課題①】外来患者の1%しか算定されていない

【課題②】継続管理評価が重複する他点数との併算定

【課題③】かかりつけ医のない患者の7割は1年間に3施設以上を受診

【診療報酬改定への主張(提言)】

【健保連レセプト分析事業より】

● 現行の診療報酬の問題点を解消し、かかりつけ医機能の評価を再構築すべき。

- 慢性疾患の患者を想定し、既存のかかりつけ医関連の診療報酬について、患者による同意の必要性や評価の重複等に留意しつつ算定要件等を見直し、計画的な医学管理を徹底する。
- 慢性疾患以外の患者を含めて幅広い患者を想定し、以下の視点でかかりつけ医の新たな評価を新設すべき。
 - 1人の患者を原則1人の医師または1か所の医療機関が担当し、患者の同意に基づき、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明し、患者の疑問や不安を解消する。
 - かかりつけ医・医療機関には、幅広い疾患に対応し、必要に応じ専門医・専門医療機関を紹介できる等が求められる。
 - 計画的な医学管理や基本的な診療行為等を含む包括報酬とする。

● 患者がかかりつけ医を選ぶための情報提供環境の整備として、アウトカム等の「見える化」を推進すべき。

入院医療体制の強化

【基本認識】

- ・ 今般のコロナ禍を通し、医療資源の散在是正による入院医療の機能強化と医療機関間の連携体制の構築により、感染症拡大時に入院が必要な患者が速やかに入院できる医療体制を平時から整備しておく重要性が確認された。
- ・ 一方、2025年以降を見据えれば、「治し支える」医療体制の構築も引き続き重要課題であり、将来の医療需要を見据えた入院医療体制の整備も喫緊の課題として速やかに対応すべきである。

【重要課題】

- 新型コロナなど感染症拡大時の病床の確保(転換)方策、平時・緊急時の各医療機関の役割や医療機関間の連携など **感染症に対応可能な柔軟な医療提供体制のあり方を予め地域で計画・共有**できるようにすべき。
- 併せて、急性期機能の強化は感染症対応力の向上にもつながるため、入院医療の機能強化・分化、連携を目的とした **地域医療構想は、第8次医療計画(2024年度～)を見据え着実に推進**すべき。
- その際、地域の協議に資するデータ提供、統合・再編に係る財政支援など国の支援は継続しつつ、さらには **構想の進捗状況・結果の公開や未達成の場合の都道府県の責任の明確化**などを行いながら、診療報酬上の対応(急性期病床の要件厳格化等)も行うべき。

医療の重点化・効率化

【基本認識】

（保険給付範囲の見直し）

- ・ 国民皆保険が深刻な財政危機を迎える中、医療の質向上につながり、かつ個人での負担が困難な新薬等を保険適用しながら制度を維持していくためには、保険給付範囲の見直しの検討・実施が必要。
- ・ このような見直しと併せて、公的医療保険の給付になじまない医療がないかの検証も必要。

（薬剤費の伸び抑制等）

- ・ 効率的・効果的な医薬品処方を推進するため、有効性、安全性、安定供給を前提としながら、経済性も考慮した医薬品の使用指針（フォーミュラリ）を医療の中に浸透させていくべき。
- ・ 同じ処方が長期間にわたって続いている患者の通院負担軽減と安心して効率的な治療の継続を両立させるため、繰り返し調剤を受けられる処方箋（リフィル処方箋）が利用可能な環境の整備が必要。

【重要課題】

（保険給付範囲の見直し）

- スイッチOTC化の推進でセルフメディケーションを行える環境を整えつつ、**OTC医薬品で代替可能な市販品類似薬**については**保険給付範囲からの除外や給付率の見直し**を行うべき。
- **公的医療保険の給付は「疾病の治療」が大原則**。公的医療保険の給付に馴染まないものについては**保険の対象外**とすべき。

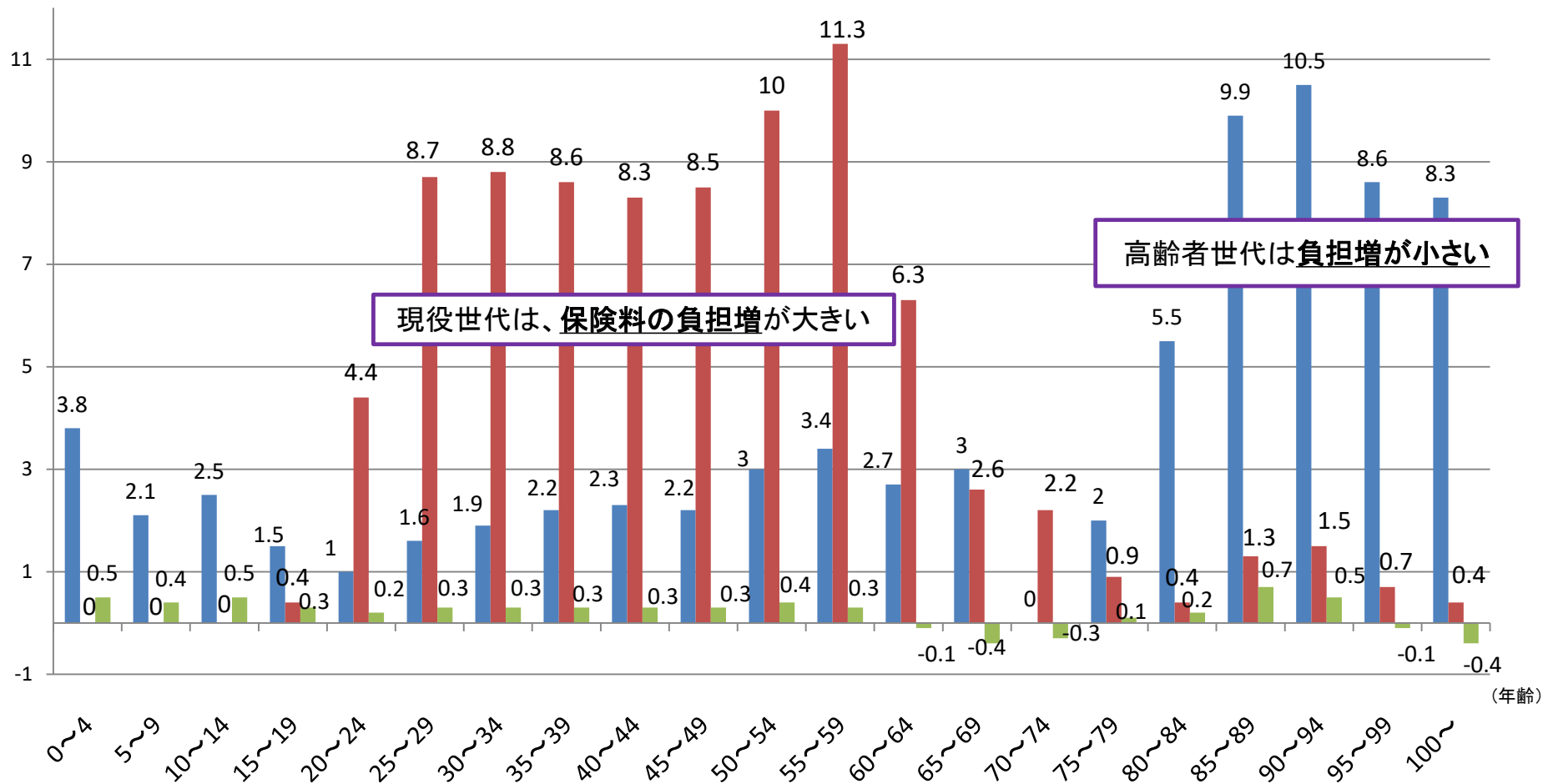
（薬剤費の伸び抑制等）

- **フォーミュラリの取り組みを普及させ、安全性や有効性に明らかな差がない場合、価格の低い医薬品から選択する考え方を徹底**するべき。
- 慢性疾患など長期にわたる薬物治療が必要で、**病状が安定した患者を対象にリフィル処方を早期に導入し、かかりつけ薬剤師がその機能を発揮**しながらかかりつけ医との連携の下で実施できるようにすべき。

広がる負担と給付のアンバランス

年齢別1人当たりの医療費・保険料・自己負担の変化額(2009年度⇒2018年度)

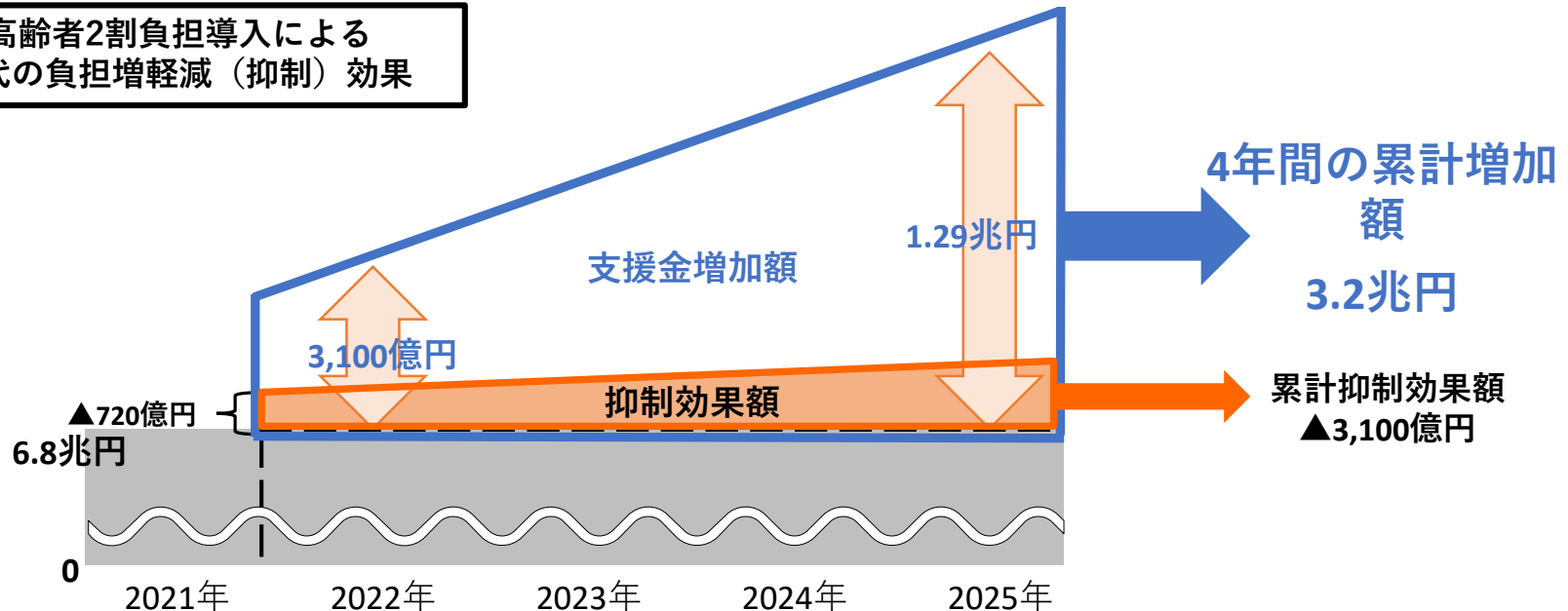
(万円)



現役世代の負担軽減へ、さらなる検討が必要

2022年度の後半に、後期高齢者の一定以上所得者の2割負担が実施される予定だが、現役世代の負担軽減効果は十分とは言えない。2割負担の早期実施とともに、低所得者を除き原則2割負担とするなど、現役世代の負担軽減につながる方策の検討を継続すべきである。

後期高齢者2割負担導入による
現役世代の負担増軽減（抑制）効果



年度	2022	2023	2024	2025	4年間の 累計	対2021年度増加額 累計に対する 抑制効果の割合 (%)
支援金額（兆円）	7.1	7.5	7.8	8.1	—	—
対前年度増加額（億円）	3,100	3,900	2,600	3,400	—	—
対2021年度増加額（億円）	3,100	6,900	9,500	12,900	3兆2,400億円	100%
抑制効果額（億円）	▲720	▲760	▲790	▲830	▲3,100億円	10%

（注）第139回社会保障審議会医療保険部会資料に基づき、健保連において2023、2024を粗く推計したものである。

医療費適正化計画の取り組み強化

医療保険制度の持続可能性確保のためにも、全体的な医療費適正化の取り組みを強化していくことが重要。とくに、後期高齢者、前期高齢者の医療費の適正化は現役世代全体の拠出金負担の軽減につながるため、「経済財政運営と改革の基本方針2021」に沿って、確実に効果を得られるよう実行すべきである。

経済財政運営と改革の基本方針2021

(2021年6月18日閣議決定)

～医療費適正化計画関連抜粋～

- 効率的な医療提供体制の構築や一人当たり医療費の地域差半減に向けて、地域医療構想のP D C Aサイクルの強化や医療費適正化計画の在り方の見直しを行う。
- 都道府県が策定する医療費適正化計画における医療に要する費用の見込みについては、定期改訂や制度別区分などの精緻化を図りつつ、各制度における保険料率設定の医療費見通しや財政運営の見通しとの整合性の法制的担保を行い、医療費の見込みを医療費が著しく上回る場合の対応の在り方など都道府県の役割や責務の明確化を行う。
- 保険者協議会を必置とするとともに、都道府県計画への関与を強化し、国による運営支援を行う。審査支払機関の業務運営の基本理念や目的等へ医療費適正化を明記する。
- これらの医療費適正化計画の在り方の見直し等について、2024年度から始まる第4期医療費適正化計画期間に対応する都道府県計画の策定に間に合うよう、必要な法制上の措置を講ずる。

医療費適正化に向けて
都道府県ごとの
取り組みを強化
(各種交付金の活用等)

関係者が協力して
医療費適正化に
取り組む

2024年度に向けて
改革実現を

後期高齢者の保険料負担割合の見直し

1 現状

後期高齢者負担率（＝給付費のうち後期高齢者の保険料で負担する割合を指す）



<後期高齢者負担率>

「現役世代人口の減少」による現役世代1人当たりの負担の増加分 α を、高齢者と現役世代で折半。折半した分 $\alpha/2$ について、高齢者の負担率が増加することとなる。

後期高齢者負担率の推移

	平成20-21年度	平成22-23年度	平成24-25年度	平成26-27年度	平成28-29年度	平成30年度 令和元年度	令和2・3年度
後期高齢者負担率	10 %	10.26 %	10.51 %	10.73 %	10.99 %	11.18 %	11.41 %

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
① 後期高齢者一人当たり 平均保険料額	5,332 (100)	5,236 (98)	5,258 (99)	5,241 (98)	5,576 (105)	5,563 (104)	5,699 (107)	5,567 (104)	5,726 (107)	5,843 (110)	5,895 (111)	5,857 (110)
② 現役世代一人当たり 支援金保険料相当額	2,371 (100)	2,768 (117)	3,010 (127)	3,190 (135)	3,280 (138)	3,438 (145)	3,517 (148)	3,740 (158)	3,876 (163)	4,135 (174)	4,345 (183)	4,534 (191)

令和元年度の後期高齢者平均保険料額は月5,857円（20年度比1.10倍）、
一方、現役世代一人当たり後期高齢者支援金保険料相当額は月4,534円（20年度比1.91倍）

2 対応案

少なくとも、現役世代の一人当たり負担額の伸び率を、後期高齢者の一人当たり負担額の伸び率の同程度以下にすべき

※骨太の方針では、保険料賦課限度額の引上げが記述されており、後期高齢者の賦課限度額(64万円)の見直しも必要であるが、後期高齢者負担率の見直しを行わないと、現役世代の負担軽減にはつながらない。

現役並み所得者の給付費への公費投入

後期高齢者医療制度の財源構成は、本来、公費50%だが、現役並み所得者の給付費には公費が入らないため、公費は全体で47%にとどまっている。

その分(約4300億円)が現役世代の負担になっているため、公費を投入すべき。

現役並み所得者の基準を見直す場合には、公費負担の減少分が現役世代の負担増「肩代わり」にならないようにすべき。

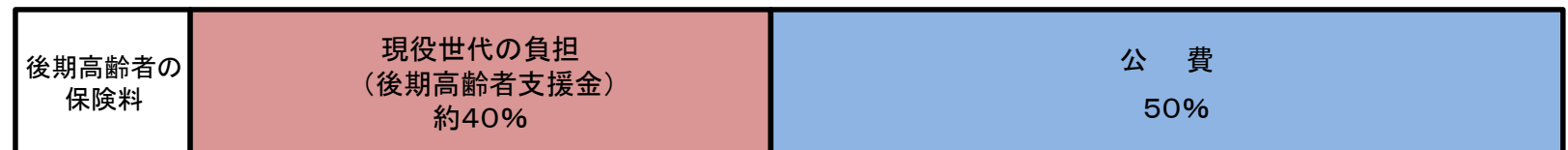
〈対象者数〉
75歳以上の高齢者 約1,820万人

〈後期高齢者医療費〉(2021年度ベース)
18兆円(給付費16.6兆円、患者負担1.4兆円)

【後期高齢者医療制度全体の財源構成】=16.6兆円



【現役並み所得者以外の財源構成】=約15.7兆円



【現役並み所得者の財源構成】=約0.9兆円



本来公費が入るべき部分

拠出金負担割合の上限設定

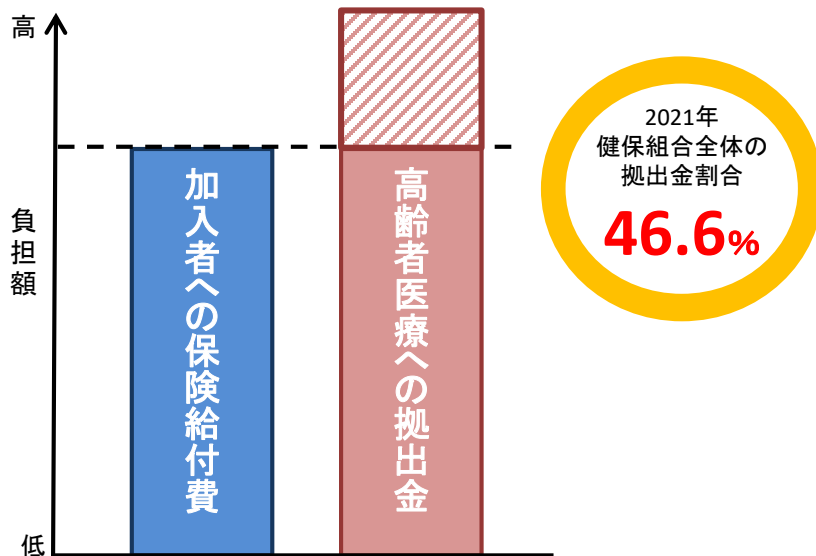
健康保険制度は、本来、加入者に保険給付を行うための社会保険制度であるが、高齢者医療への拠出金の割合が50%を超える健保組合が、2021年度は346組合(26%)。団塊世代の後期高齢者入りにより、拠出金負担がより重くなるため、該当組合数が増加する見込み。

現行制度の「負担調整」等のしくみを改正し、拠出金割合に上限を設定するとともに、これによる減額分は公費負担とし、高齢者医療に充当すべき。

拠出金割合が50%以上の健保組合

2021年

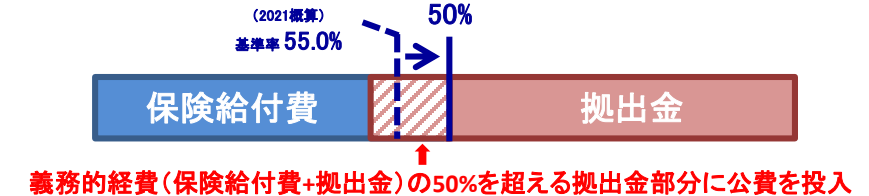
346組合
(26%)



健保連 令和3年度健康保険組合の予算早期集計より

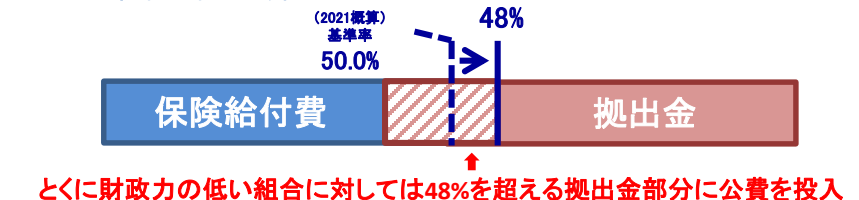
負担調整

- ・基準率を超える部分は全保険者で再按分
- ・この基準率は年々上昇している



特別負担調整 (2017年度導入)

- ・基準率を超える部分は国費100億円と全保険者で再按分
- ・この基準率も年々上昇している



健保組合が果たしている価値

●特定健診・保健指導（生活習慣病対策）

- ・若年加入者（本人・家族）も手厚くカバー
- ・特定健診に加え、人間ドック、安衛法健診

●がん検診の推進

- ・早期発見、治療により加入者のQOLの向上
- ・早期復職・就業継続にも寄与
- ・国の受診率向上に多大な貢献

●事業主への支援

- ・安衛法健診の受託、福利厚生代行
- ・健康経営のパートナーへ

●ポピュレーションアプローチの実践

- ・健康教育や広報活動の展開による加入者のヘルスリテラシー向上
- ・事業主のインフラを活用した効率的な展開

さらなる事業の推進 健康寿命の延伸へ

価値向上への新たな取り組み

社会環境の変化に伴う対応

- 社会の高齢化への対応（ロコモ）
- 女性の社会進出への対応（女性特有の健康課題）

リテラシー向上への取り組み

- ヘルスリテラシー向上による予防健康づくり
- セルフメディケーションの醸成による効率的な医療資源の活用

価値を支える組織基盤

●組織の特性

- ・自主的な設立による組織運営
- ・加入者の意向を迅速に反映可能
- ・事業所との連携基盤（コラボヘルス）
- ・健診・医療データの保有（データヘルス）

データ活用の深化

- PHRとスコアリングレポートの活用
- 働き方の変化等に伴う集団最適・個人最適へ向けた適切な情報提供と保健事業サービスの展開

- ・迅速な保険証の発行
- ・適切な保険料の徴収
- ・付加給付の実施

国や関係機関への 要望

- ①個人・企業への健康投資の後押し（健康投資減税）
- ②国民のリテラシー向上への環境づくり
- ③ヘルスケア事業者・ヘルスケア商品の評価制度等の構築

「Well-Being」 向上へ貢献

価値を支える組織基盤①

- 民主的な運営により事業主と加入者の意向を反映した事業の選択が可能
- 少ないステークホルダーにより、自律的かつ機動的な組織運営と高い実行力
- 事業主等の意思により設立されることから、事業主との連携体制が強固

	健保組合	協会けんぽ
成り立ち	自主的な設立	国による設立
民意の反映 ※議員一人あたり被保険者数	◎ 1/約560人	△ 1/約2,800,000人
意思決定の速さ ※ステークホルダーの種類と属性	◎ 事業主・被保険者 ※属性が比較的近い	△ 事業主・被保険者・学識経験者 ※属性は多種多様
国庫補助率	— (約0.08兆円相当)	法定給付費16.4% (約1.2兆円相当)

価値を支える組織基盤

- ① 加入者の特性やニーズに対応した事業選択が可能
- ② 環境の変化や財政状況に応じた機動的な事業を展開
- ③ 事業主との連携が強固

① 加入者の特性やニーズに対応した事業選択が可能



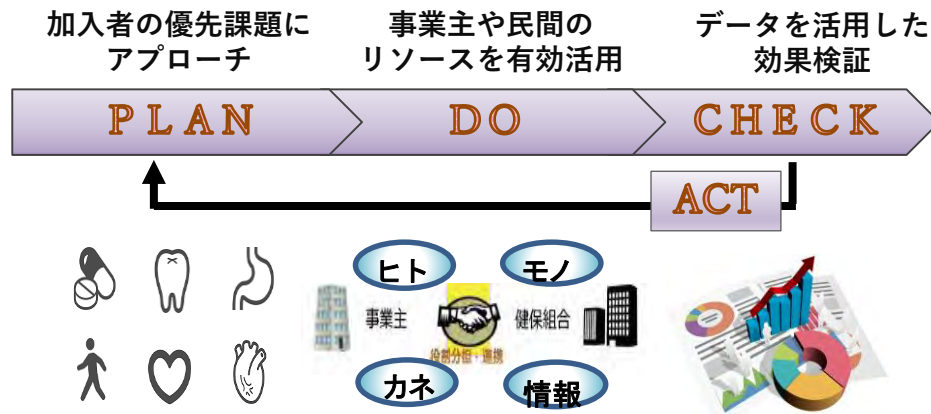
各種保健事業項目 (任意事業)	健保組合	協会けんぽ
若年層等への保健指導	×	×
がん検診	○	○
歯科健診	×	×
予防接種	×	×
健康相談	×	×
心の健康づくり	△	△
健康教育活動 体力づくり	△	△
栄養・食生活	△	△
たばこ	△	△
アルコール	△	△
歯の健康	△	△
介護	×	×
育児	×	×
在宅療養・高齢者訪問支援	×	×
健保会館・保養所・運動施設	×	×
常備薬の配布	×	×

・健保組合が自由に事業選択
(加入者の特性やニーズ)

価値を支える組織基盤②

- 健診・レセプトデータを活用した予防・健康づくりや医療費適正化に向けた先駆的な取り組みを実施
- 健保組合と事業主との連携した取り組みが医療費にも効果がある

②環境の変化や財政状況に応じた機動的な事業を展開



✓ 健保組合による先駆的な取り組みが一般化

医療費適正化

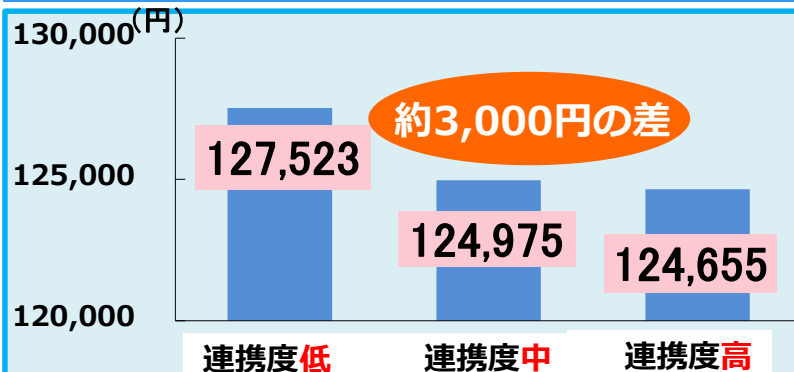
- 医療費通知
レセプトデータを活用した健保組合の取り組みが他の保険者でも定着
- ジェネリック医薬品の使用促進
差額通知、お願いカード等による普及促進

保健事業

- 人間ドック等各種検診
人間ドック等の普及・新たな技術による検査
- データヘルス
健診・レセプトデータを活用した保健事業の展開

③事業主との連携が強固

事業主との連携度合い別被保険者 1 人当たり医療費



健保連：「健康保険組合における保健事業の運営実態と医療費との関連分析」

【参考】健保組合と協会けんぽとの一人あたり医療費の差

✓ 年齢が高くなるにしたがい格差は拡大



Withコロナ・Afterコロナ

〈コロナ禍において健保組合が果たしていること〉

①特定健診・特定保健指導(生活習慣病対策)への取り組み

- 生活習慣病に対する一次予防やリスク保有者の早期発見の必要性を周知
- 生活習慣病対策は、糖尿病や高血圧といった基礎疾患の予防によるコロナウイルス感染時の重症化予防にも貢献



②企業との連携した取り組み(データヘルス・健康経営)

- 事業所とのコラボヘルスにより、パーソナルデータを活用した個人向け健康づくり施策で在宅勤務等働き方の変化に対応



③社会環境の変化や加入者のニーズに応じた機動的対応

- 正しい手洗い・マスクの着用や咳エチケットなど、感染症予防策を周知
- 職域における新型コロナワクチンの接種
- 外出自粛や在宅勤務による運動不足、生活の変化に伴う心身の不調等を防止するための情報提供
- 感染を恐れた健診受診控えによる健康二次被害防止のための啓発

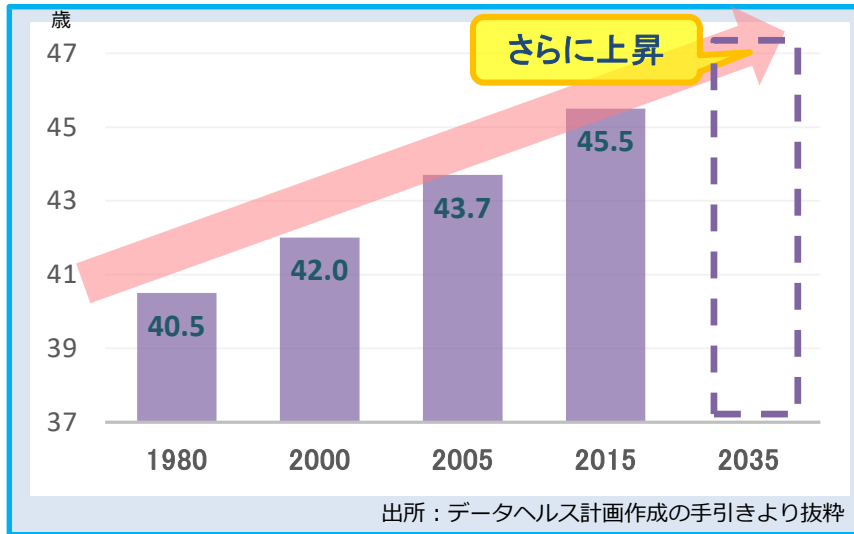


価値向上への新たな取り組み①

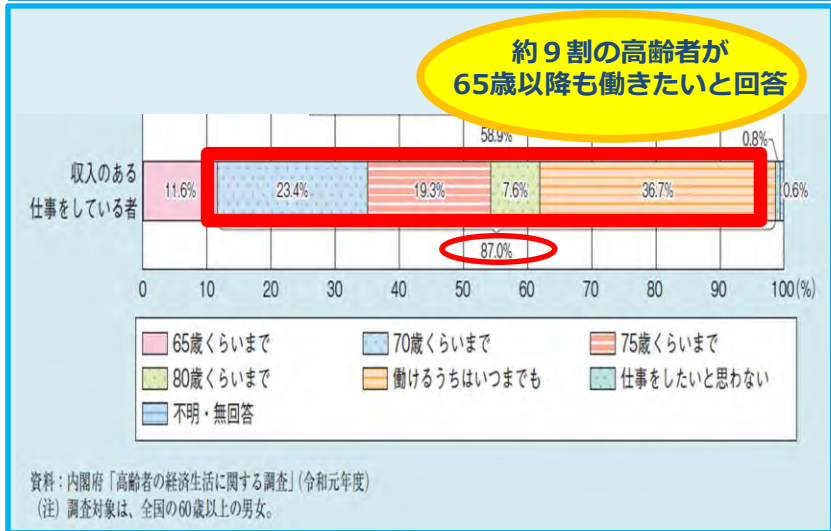
〈社会環境の変化に伴う対応〉社会の高齢化

- 就業者の平均年齢は上昇し、社会保障の支える側の年齢も変化していくことが予想される
- 就業者の高齢化に伴う再雇用・定年延長に向けた運動機能維持への対応

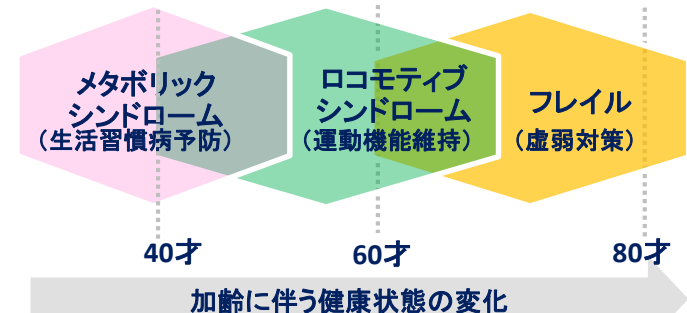
就業者の平均年齢の推移



高齢者の就労意欲



- ✓ メタボ対策のみならず現役世代からロコモ(運動機能維持)への対応が必要
- ✓ ロコモ対策は事業主の労働安全衛生にも寄与
事業主からの需要も拡大
- ✓ これらの取り組みが元気な高齢者を増やしていく



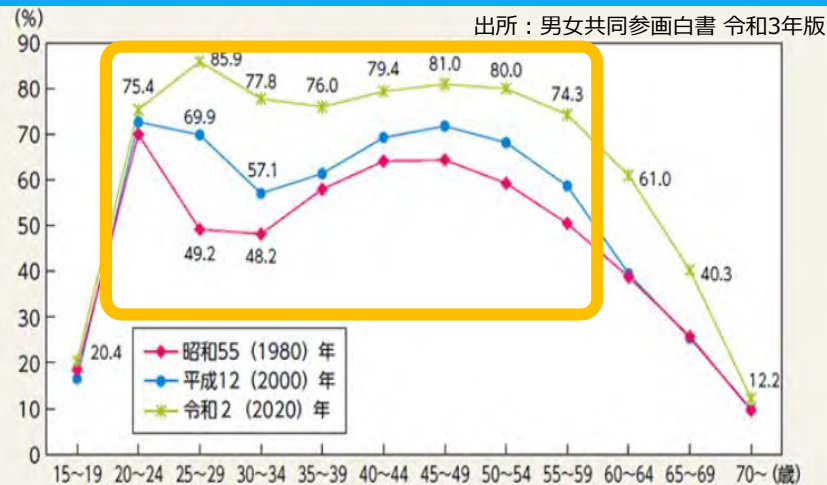
〈ロコモティブシンドローム(通称:ロコモ)運動器症候群への対応〉ロコモになるとからだを動かすのに必要な運動器に障害が起こり、歩行障害や転倒リスクが増大します。現役世代の転倒事故や業務効率低下の防止も踏まえ、高齢者の社会参加を促進するためにも「ロコモ」を早期に対策・予防することが大切。

価値向上への新たな取り組み②

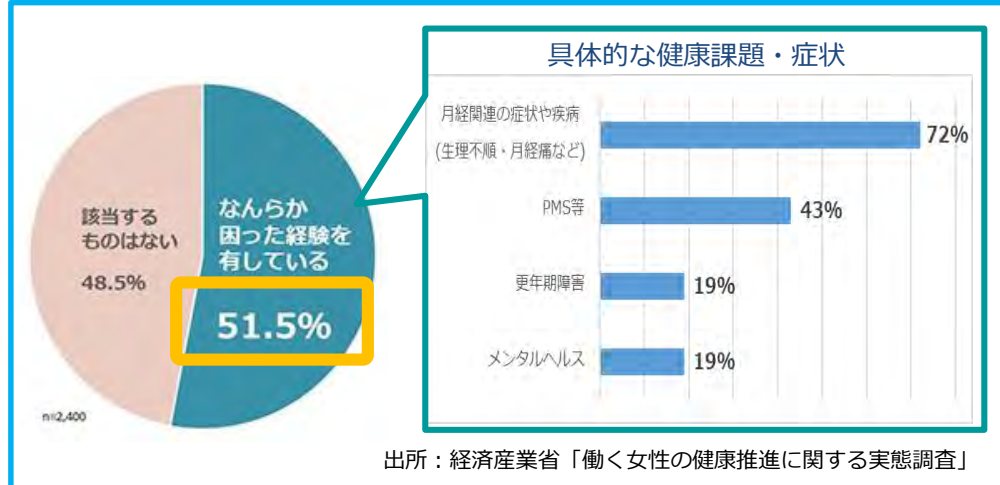
〈社会環境の変化に伴う対応〉女性の社会進出

- 女性の社会進出により結婚・出産後も仕事を継続するようになり、女性の管理職の割合も年々上昇
- 女性従業員の約5割が女性特有の健康課題などにより職場で困った経験があり、今後対応が求められる

女性の年齢階級別労働力率の推移



女性特有の健康課題で困った経験の有無



- ✓ 職場環境・相談体制の整備
- ✓ 女性のライフステージごとに必要な知識の習得

＜男女の健康リスク＞※○は発症の高い年代

年代	女性特有の健康リスク					男女共通の健康リスク		
	PMS ^{注)}	産後うつ病	更年期障害	子宮頸がん	乳がん	がん	脳梗塞	生活習慣病
20代	○	○		○				
30代	○	○		○				
40代	○	○	○		○			○
50代			○		○			○
60代						○	○	○

注) PMS(月経前症候群)月経の3~10日くらい前に始まるさまざまな精神的・身体的不調

出所：三菱総合研究所資料

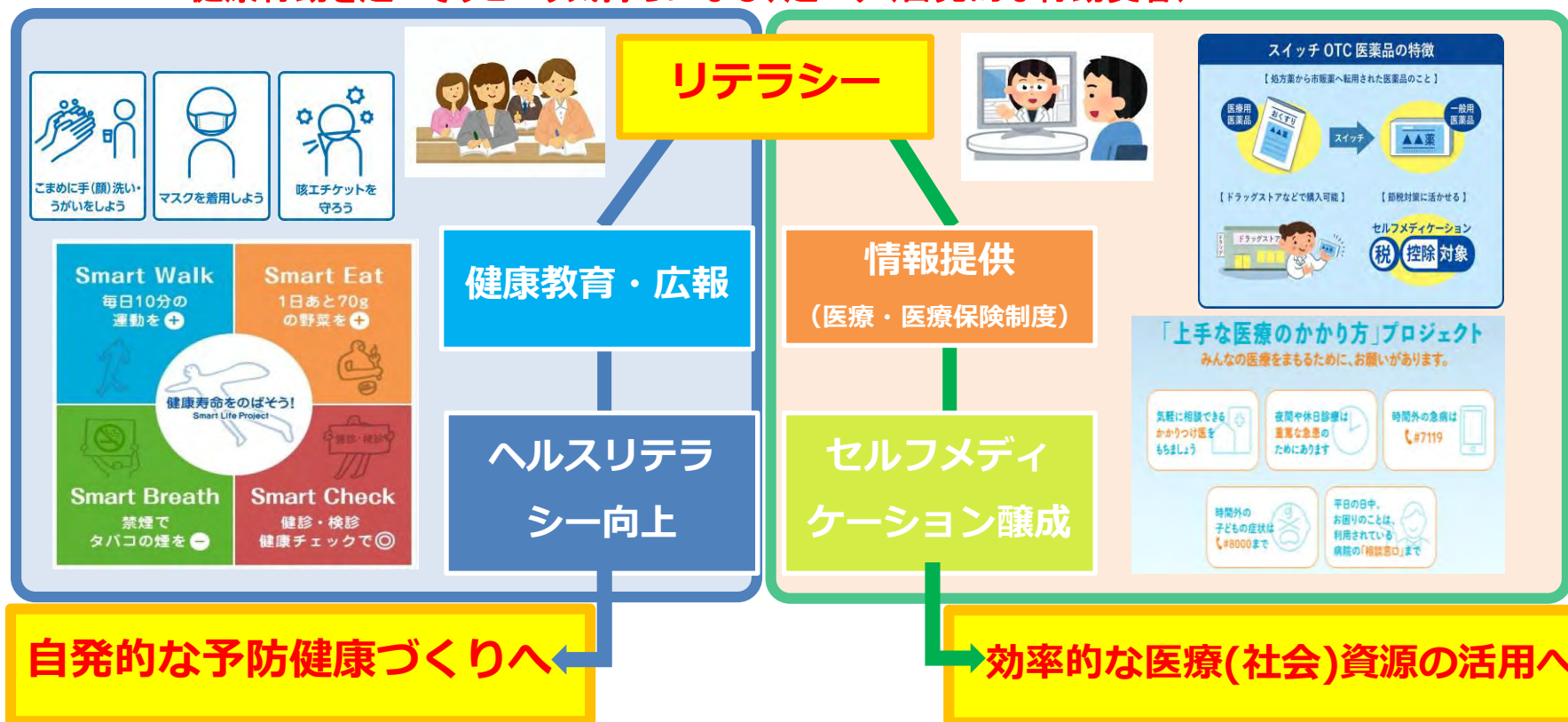


価値向上への新たな取り組み③

〈リテラシーの向上〉

- 「ヘルスリテラシー向上」と「セルフメディケーション醸成」の両輪で自発的な予防・健康づくりと効率的な医療資源の活用へとつなげる

- ✓ 加入者が正しい知識や理解をもつ(知識の習得、理解)
- ✓ 上手な医療機関のかかり方を選択できるようになる(正しい選択)
- ✓ 健康行動を起こそうという気持ちになる、起こす(自発的な行動変容)



〈ヘルスリテラシー〉健康や医療に関する情報を探し、理解し、評価して、活用できる力。ヘルスリテラシーを備えることで、自分の健康のために最も適した行動を選ぶことができる。「健康を決める力」と呼ぶことができる

〈セルフメディケーション〉自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること(WHO定義)

価値向上への新たな取り組み④

〈データ活用の深化〉(集団最適・個人最適へ)

- 個人の働き方や新しい生活様式の変化に合わせた各種保健事業とヘルスケアサービスの充実
- 事業主と健保組合とのコラボヘルス・健康経営のさらなる推進

- ✓ 個々人の健康状態にあったオーダーメイド型の健診・予防サービスの提供
- ✓ 事業主の健康経営等の取組状況に応じたコラボヘルスの展開



〈PHR(Personal Health Record)の略〉個人の健診や服薬履歴等を本人や家族が一元的に把握し、生活習慣の改善や必要に応じた受診、医療現場での正確なコミュニケーションに役立てる
〈ナッジ理論〉表現や伝え方の工夫で人々の自発的な行動を促す手法

well-being向上へ貢献

- 健保組合の設立からほぼ100年。この間に平均寿命は2倍に延び、労働者の平均年齢も大幅に上昇
- 新たな社会システムの構築が急がれる今、健保組合は事業主との連携基盤を活かし、人生100年時代における社会の多様性に対応した保健事業を推進していくことが求められている
- 健康寿命の延伸に向けた健保組合の更なる取り組みが、真の健康である“well-being”向上へ貢献

WHO憲章では「健康」を以下の通り定義

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」

真の健康とは
「肉体的」「精神的」「社会的」
3要素が調和した状態
||
“ well-being ”

