

# 健康保険組合と調剤薬局の業務提携について

## — 健康保険組合の経営戦略 —

伊藤 務<sup>†</sup>

### Business alliances between health insurance associations and dispensing pharmacies: Management strategy of health insurance associations

Tsutomu Ito

## 1. 序論

### 1.1 研究の背景

団塊世代の後期高齢者への突入に伴い、高齢者人口が激増している。「65歳以上人口の高齢化の将来予測」(健康保険組合連合会 2018)によれば、1990年には日本の65歳以上人口は12.1%程度であり、先進国諸国中で最も低い国であった。しかし、その後は年度が進むごとの傾斜角度は最も高く、2000年度は17.4%、2010年度は23%、2020年度は28.9%と他国の比率も高まっているものの、その格差は広がる一方である。このような傾向を踏まえ、高齢者医療制度の見直しが行われた。この高齢者医療制度創設に伴う納付金等の大幅増をきっかけに、健康保険組合の経常収支が悪化したことから、多くの組合が保険料率を引き上げて収入増を図った。

健保財政を守るために健康保険組合が保険料率引き上げが許容されるのは協会けんぽの保険料率以下の水準までであり、この水準を超えた状態が恒常化した場合、健康保険組合を設立した加入事業主は、企業単体または企業グループで健康保険組合組織を維持する動機づけを失う。

田中(2019)によれば、こうした状況下で、2018年には日生協と人材派遣という大型の総合健保組合が2018年度をもっての解散を決定し、衝撃が走ったのである。

一方で健康保険組合に対しては、監督官庁による詳細な行政指導が行われている。上村(1981)によれば、健康保険組合は法律の規定によって法人であるとされている(法第26条)。この規定の意味は、健康保険組合が健康保険事業の運営主体として法律上の権利能力を有することを認めたものである。健保連東京連合会(2019)によれば、健康保険組合は、本来、国が行うべき健康保険制度の運営を代行するという役割を担う法人であり、設立には国の許可を必要とすることから「公法人」とされ、法により

さまざまな行政権能が与えられている、と述べる。健康保険事業の実施主体は健康保険組合であるのか、厚生労働省の代行・下請け機関にすぎないか、この理解如何で、財政危機対応、予防医療の取組、新たな役割の開発は影響される。

一圓(2009)によれば、国民医療費は人口の高齢化もあって国内総生産に占める比率は高い。それとともに生活習慣病など予防に取り組むことで病気の発生や進行をおくらせることが、これまで以上に重要な課題である。これは、健康保険組合による予防措置、いわゆる保健事業を効果的に進め、病気の発生、進行を遅らせることが医療費抑制につながり、保険料率を現行水準で維持させる施策となるということである。

### 1.2 研究の目的

健康保険組合は、財政危機に直面し、解散組合も慢性的に発生している。また、事業運営にあたって、監督官庁から詳細な指導を受け裁量の余地も少ない。一方で、保健事業(生活習慣病の予防)により、健康年齢を延長し、結果として医療費増嵩の傾向を緩めることも期待される。

これら増嵩する医療費及び期待される予防医療に関わる課題を、医療専門職当事者の視点や医療サービスの提供を受ける市民視点ではなく、普段語られることの少ない、公的医療保険運営者側視点で課題抽出・論点整理をしたい。

### 1.3 リサーチ・クエスチョン

本論文では、2018年度の厚生労働省コンソーシアム事業に認定された保険者連携プログラムを取り上げることで健康保険組合の保健事業を分析し、研究を進める。

これは、現在、実施率が低迷する保健指導を実施する上で、健康保険組合の提携先として有力視され、各種媒体で取り上げられるようになってきた事業体の一つが、「調剤

<sup>†</sup>2020年度修了(社会経営科学プログラム)、現所属:東京地下鉄株式会社

薬局・薬剤師」だからである。

調剤薬局を取り巻く環境もここ数年で大きく変わり、生き残りをかけ、従来型の立地最重視戦略から脱皮し、さまざまな打ち手を試行している。そのうちの 하나가、健康保険組合との提携の検討である。したがって、パートナー側の立場からも健康保険組合の分析に資すると考える。

## 2. 先行研究

先行研究として、第一に健康保険組合論、第二に調剤薬局・薬剤師、第三に特定保健指導事業について論ずる。

### 2.1 健康保険組合論

健康保険組合を論ずるにあたり、第一に適正事業規模、第二に公企業性、第三に機能強化論を述べる。

第一点の健康保険組合の適正な事業規模について、一圓(2009)は、健康保険制度成立以前の農商務省工務局長の説明を引用し、政府管掌健康保険(現在の協会けんぽ)は、自治組合等の経験の乏しい企業に健康保険組合の運用を最初から任せられないためのやむを得ない存在であり、本来、企業単位の健康保険組合こそが原則であると述べる。石田(2014)は、経済合理性の観点から、健康保険組合が企業単位であることに否定的であり、保険者の広域化の必要性を主張する。

第二点の健康保険組合を公企業性の観点から分析するうえで、公企業には、私企業にない政府による規制が存在することに留意が必要である。住田(1994)によれば、公企業群は、基本的には三形態に大別され、第一に「政府現業」として、政府又は地方公共団体の部局に所属し、その長が経営管理責任を持って経営する事業体を指す。第二に「公共法人」として、政府又は地方公共団体が全額出資し、特別法によって設立された法人格を有する企業で、その責任者が経営を委託された企業を指す。第三に「公私混合企業」として、政府又は地方公共団体が資本の一定部分を所有し民間も出資した企業、一般に株式会社の形態を取り、企業組織に最も近い形態を指す。この第一から第三の三形態に照らした場合、健康保険組合はいずれにもあてはまらない。監督官庁はその設立及び年度ごとの予算・決算に関し、許認可権を保有している。しかし、あくまで事業主と被保険者で運営に必要な保険料をまかなっており、政府からの経済的支援は受けていない。逆に、加入組合員以外の存在である高齢者のための医療費等の原資を拠出しているのが現状である。

第三点の健康保険組合の機能強化を求めらるる「保険者機能強化論」について、あくまで企業グループ単位と比較的小規模な事業規模である一方、国民皆保険制度の維持の観点から行政から財政面で厳しい制約が課され、健康保険組合の主体的な活動は決して活発なものではない。この現状を踏まえ、健康保険組合はもっと機能強化をすべきであるという意見と、そもそも当事者意識をもつてのぞむ

べきという意見がある。一圓(2009)は、医療保険の場合、分権化された権限を担う重要な主体は保険者である、とする。保険者機能の強化という場合、医師集団に対抗できる高度な情報収集力を持つ大規模保険者の機能強化が念頭に置かれるが、規模拡大がかえって被保険者や患者の医療への関心を損なう恐れもあり、被保険者の参加意識、帰属意識が保たれ、被保険者がコスト意識を持てるよう、拠出と給付の関係が意識される程度とすることが望ましい(一圓, 2009)。尾形(2001)は、公的な医療保険制度の下での価格メカニズム機能に限界があることを踏まえ、市場参加者間の契約関係を強調することで、実質的な競争、疑似的市場メカニズムを機能させ、効率的な資源配分を目指し、単なる個々の保険者機能にとどまらず、より一般的な「保険者当事者論」として問題を捉える(尾形, 2001)。

### 2.2 薬剤師及び調剤薬局の役割の変化

調剤薬局・薬剤師を新たなアライアンス先として検討するにあたり、薬剤師及び調剤薬局を取り巻く現況・課題を示していく。

赤木(2018)によれば、医薬分業自体は1974年に徐々に開始されたが、それ以前の町の薬局の薬剤師は、一般用医薬品を売るに過ぎない立場で、医師の処方箋により調剤する行為は病院・診療所内で完結していた。1990年頃から医薬分業が本格的に始まることで、はじめて薬剤師は保険医療制度の中で働くことになった。医薬分業後も保険調剤薬局における薬剤師は、処方箋に対して正しい薬を供給することが求められてきた。一方で、調剤薬局・薬剤師を取り巻く環境には変遷があり、この変遷を踏まえた薬剤師の役割を再定義すると、「患者のQOLの向上を目指す薬物療法に責任をもつ医療者」となる。従前の「正しい薬の供給者」である薬剤師と新たな定義である「患者のQOLの向上を目指す薬物療法に責任をもつ医療者」としての薬剤師は3つの点で異なる。すなわち、第一に薬剤師の立場が「供給者」であったのに対し「医療者」となる。第二に、薬剤師の扱う対象が「医薬品」であったのに対し「患者の薬物療法に責任をもつ」ことになる。第三に、業務の目的が「正しい薬という規格管理が可能なもの」であったのに対し、「QOLという個人によって異なり、規格管理ができないもの」であることである。

厚生労働省(2015)発表「患者のための薬局ビジョン」の趣旨は、①立地から機能へ、②対物業務から対人業務へ、③バラバラから一つへ、の三点であった。第一の点は、医療施設の門前に林立する調剤薬局、いわゆる門前薬局などの「立地依存型」から脱却し、薬剤師としての専門性、24時間対応・在宅対応等各種ニーズに対応できる機能を有すること、第二の点は、専門性・コミュニケーション能力により患者・住民とかわり度の高い対人業務にシフトすること、第三の点は、住民・患者がかかりつけ薬剤師・薬局を選択することで服薬情報を一元化し、飲み合わ

せの確認や残薬管理を可能にしていくこと、およびかかりつけ医等の多職種と連携して地域包括ケアを担うことである。

また、「患者のための薬局ビジョン」において、かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能として、①服薬指導の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、②24時間対応・在宅対応、③かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携強化が挙げられた。さらに、患者等のニーズに応じて強化・充実すべき機能が2つあるとし、①地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する「健康サポート機能」、②学会等が提供する専門薬剤師のような高度な知識・技術と臨床経験を有する薬剤師による高度な薬学的管理ニーズへの対応を図る「高度薬学管理機能」が示されている。「患者のための薬局ビジョン」は以上のような、かかりつけ薬剤師に求める役割を踏まえ、対物業務から対人業務にシフトすることが必要であるとし、患者・住民が安心して相談に行けるよう相談に傾聴し、平易で分かりやすい情報提供・説明を心がけられるようコミュニケーション能力を高めることを、薬剤師に求める。

松下（2019）によれば、地域の患者にとって地域の薬局の薬剤師は日常の中で出会える数少ない医療職であり、薬剤師は調剤業務のみに止まることなく、専門職として地域の患者や多職種に助言をする役割を強化すべきと考える。一方で、薬剤師は患者に具体的に助言をするにあたり、患者情報の収集スキルを身につけなければならない。患者情報は多面にわたり、日常的に服用している医薬品、医薬品相互の作用、医療機関への受診勧奨の是非、生活像や家族構成、普段の健康状態などの情報を収集したうえで総合的に判断せねばならない。しかし、現場レベルの薬剤師は情報収集スキルが不足しており、患者の症状に対して経験的な判断で助言をしている例がみられる（松下、2019）。

### 2.3 特定保健指導事業の検証（リスクマネジメント論）

健康保険組合による保健事業施策は、自らの組合員・被保険者にとって有意なものでなければならない。リスクマネジメントの観点から、公的医療保険が対応する数多くの疾病リスクのなかで、特定の疾病に着目した予防医療施策に保健事業予算を集中的に特化する意味があるリスクが存在せねばならない。以下に、従来のリスクマネジメント論とその問題点を紹介し、問題点を修正するためのリスク想定（リスクマップの作成）を述べる。小室（2013）によれば、リスクマネジメントとは、損失を予測し損失の発生や財務的影響を最小化するための手続きを計画し実行することである。このようにリスクマネジメントを捉えた場合、損失を予測することと、その損失を最小化するための手続きを計画し実行することが、リスクマネジメントを行う際に重要となり、予防医療もリスクマネジメントの観点からは施策の一つと把握できる。しかし、従来の研究はリスクマネジメントの実施・内在化を過度に意識するあま

り、リスクの想定を当然視するという矛盾を抱え、この矛盾はリスク想定の高難性を矮小化する課題を生じさせた。この点、小室（2013）は、逆にリスクの想定は困難であるという前提に立ち、リスクの想定プロセスそのものに焦点を当てる必要があると論じている。このリスク想定プロセスは、次のように「リスクの発見」「リスクの算定」「リスクの評価（リスクマップの作成）」と整理される。

リスクの発見とは、組織に潜む損失を引き起こす事故、災害、不祥事の可能性を洗い出す作業である。見過ごされたリスクは対策を講じることができず、現実には発生したときに被害をもたらす。リスクの算定とは、発見されたリスクを定量的に把握する作業であり、定量化されれば、リスクの相対関係が明らかとなり、順位の高いものから優先的に取り組むことができる。

リスクの評価とは、定量的に把握されたリスクに対し優先的に対策を講じるか、監視の目に留めておくべきかを判断し、その優先順位を決定する作業である。具体的な手法として「リスクマップ」があり、リスクの発生頻度と損害規模のそれぞれを2次元の座標軸上に表示して、その上に発見されたリスクをプロットするのである。

基本的には、①発生頻度と損害規模がともに大きいリスクに対して最も気を配らなければならない。この種のリスクは、原則として回避すべきである。②発生頻度は低いが損害規模が大きいリスクは、保険等を利用したリスクの移転を原則とする。③発生頻度が高いが損害規模が小さいリスクは軽減を行うことが基本となる。④発生頻度も損害規模も小さいリスクは、特に対策を取らずに、監視の目に留めておけばよくリスクを保有しておけばよい。

健康保険組合連合会（2020）は、健保組合医療費の動向について、2018年度実績を外部公表している。これは、健康保険組合所属の本人及びその扶養家族医療費実績を疾病分類別・金額・件数等で整理している。上記のリスクマップ作成の考え方に従い、費用実績と件数を軸に疾病分類をマッピングし、①～④の分類に整理する。このマップにより、対象となる疾病の位置づけを確認する。

## 3. 調査研究

### 3.1 研究法の整理について

明石（2018）によれば、自分の見解の妥当性を検証する方法には、「定量的分析」と「定性的分析」がある。定量的分析とは、要因の数値や要因間の数量的関係についての分析を表し、定性的分析とは、数値や数量では捕捉・表現できない質的要因についての分析を指す。

井上（2013）は、量的調査研究と質的調査研究を対立的に考えずに、これらを組み合わせることで、研究対象のより正確な把握をすることができるかと論じる。量的調査研究と質的調査研究は相互に補完しあう関係になっている（井上、2013）。

上記の研究方法の特性を踏まえ、今回の研究において筆者は「混合研究法」を採用することとする。

### (1) 第一段階 量的調査からのスタート

まず、保健指導を実施している薬剤師が、求められるスキルを満たしているかを検証するため、薬事政策研究所が2018年度に実施した今回の対象事業に参加した薬剤師と指導を受けた参加者のアンケート調査結果を確認する。

特定健診・特定保健指導事業の分析のために、まず、健保連が公表している健康保険組合の疾病分類別医療費実績をもとにリスクマップを作成し、特定健診・特定保健指導の対象となる疾病のリスク度合いを見ていく。

### (2) 第二段階 質的調査による深堀

上記の量的調査で補えない点を調査・分析することが必要となる。この点を、当該事業者、薬剤師、管理栄養士、保健師にヒアリングを実施することで、仮説の検証、修正、想定していなかった課題の発見につなげていきたい。

## 3.2 量的調査

### 3.2.1 リスクマップによる医療費分布状況の確認

疾病19分類別とは、「社会保険表章用疾病分類表」における中分類コードを指す。この社会保険表章用疾病分類表とは、世界保健機関（WHO）により公表されている「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」（略称：ICD）に準じて定めたものであり、社会保険の分野で疾病統計を作成する際の統一的基準として、広く用いられている。

疾病19分類別医療費とは、この中分類によって医療費実績を分けたものである。

今回、公表されている医療費実績として、健康保険組合連合会（2020）による「健康保険組合医療費の動向に関する調査（基礎数値編）」から数値を抽出する。この資料の対象年度は2018年度のデータである。

対象となる数値の属性は、公的医療保険のなかでも、本論文で対象とする健康保険組合であり、1,280組合、被保険者本人：1,532万6,859人、扶養家族：1,181万8,777人の電算処理レセプト3億1,445万4,152件を基礎とした。

健保連による医療費調査資料は、疾病19分類別に医療費3要素と言われる①受診率（千人当たり件数）、②1件あたり日数（日）、③1日あたり医療費（円）の3項目について数値整理をしてある。この医療費3要素は、医療費を分析していくうえでの基本的な指標となる。

さらに、この資料において対象者は「被保険者本人」/「扶養家族」、「入院」/「入院外」にも分けられている。

今回、リスクマップとして作成したのは「被保険者本人：入院」を対象とした。これは、企業健保として従業員の疾病状況、かつ、日常的な通院では済まない程度の疾病をみることに絞り込むためである。

マップを作成する上での横軸（発生頻度）を受診率とし、縦軸（損害規模）を1日あたり医療費とした。また、医療費の規模感をわかりやすく示すため、バブルチャートにより医療費の大小をあらわすこととした。

### 3.2.2 保険者連携プログラム参加薬局及び参加者意見

保険者連携プログラム（以下「HORP」とする。）は、薬事政策研究所が共和薬品工業と共同で開発・運営した事業であり、その内容は全国の健康保険組合からの要請により、各地の薬局で薬剤師が、その地域に居住する健康保険組合加入者及び扶養家族に対する健康・服薬指導を請け負うことを支援するものである。

薬事政策研究所は、2018年度の厚生労働省実施の公募事業「高齢者医療運営円滑化等補助金における『レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業』」に応募・採択されることとなった。この公募事業は、中小規模の保険者を複数連携させ、予防医療に資する保健事業に取り組むことを国が支援するものである。公募事業に採択された当事者は、愛知県に本拠地を置く6つの健康保険組合が形成したコンソーシアムである。ここに外部協力団体として地域の薬剤師会と健保連も名を連ね、薬事政策研究所が事務の中心を執り行った。

一回目の参加案内は、事業の対象者として最終的に「50歳以上の服薬者」、一部の健保では「40歳以上の服薬者」で抽出を行い、6健保合計で1,299名を抽出した。二回目の案内は、少しでも参加者を増やすため、抽出条件を緩和し、「40歳以上の非服薬者」及び「健保組合職員」も対象として、新たに1,166名を抽出した。抽出対象者は合計2,465名となった。これらの対象者に案内状を送り、結果、149名が参加することとなった。149名のうち、7名が種々の事情で途中キャンセルとなったため、最後まで指導を受けた対象者は142名である。これら142名の対象者が、74の薬局に分かれて指導を受けた。74薬局に対して行ったアンケート調査（57薬局が回答、回収率79.2%）の結果をもとに、これらの薬局が実際にどのようにHORP実務を担ってきたかを明らかにしている（薬事政策研究所2019）。アンケート調査項目は多岐に及ぶが、注目したいのは別紙に抜粋した参加者意見と薬局側意見の相違である。

薬局薬剤師側の意見は、指導内容の巧拙及び参加者満足度について、おおむね6割程度が肯定的に見ていたことに対し、参加者側は8割以上が満足しており、またかかりつけ薬局の重要性を85%もの参加者が認識している結果となった。

## 3.3 質的調査—ヒアリングの実施

今回の質的調査研究の対象は、薬事政策研究所が公募に応じて提案・採択・実施した厚生労働省所管公募コンソーシアム事業である。この事業の検証を行うことを目的に、(1) 薬事政策研究所事業責任者、(2) 薬剤師、(3) 管理栄養士及び(4) 保健師にヒアリングを行うこととした。

この4者に対し、ヒアリングを実施する理由は、以下の通りである。

まず、今回のコンソーシアム事業を推進した当事者である薬事政策研究所は、地域に分散する各調剤薬局のとりまとめを実施する主体であり、本論文のテーマである「健保

組合と調剤薬局の業務提携」を実施する場合の窓口・当事者となりうるからである。次に、薬剤師は、調剤薬局の窓口で保健指導を実施する場合の課題感、新たな事業に対する魅力を語れるからである。三つ目の、管理栄養士は、現行、特定保健指導の受託先として実際に保健指導を行っている職種だからである。保健指導事業で先行している職種の管理栄養士の立場から、既存の保健指導業務に調剤薬局という異業種からの参入について、どうとらえることができるかを聞き取りできるからである。最後に、保健師は、保健指導そのものを実施できる職種であると同時に、企業内診療所や病院等において保健指導事業の企画・立案・委託を行う職種である。保健指導事業を委託する側の立場から調剤薬局薬剤師が委託先たりうるかの聞き取りを行った。なお、薬剤師、管理栄養士、保健師については、実際に保健指導を行う専門職であることから、ヒアリング内容をそれぞれの項目別（ア 当該職種を取り巻く状況・課題感、イ 特定保健指導事業に対するかかわり方、ウ 対人業務について、エ アライアンスの可能性）に整理することで職種別の意見対比を可能にした。

※ヒアリング対象者及びヒアリング日時

	所属企業	氏名	日時
事業責任者	薬事政策研究所	阪本大介 田中祐紀子	2019/7/5 14時～ 2020/11/16 10時～
薬剤師	(株)薬樹	町田裕里恵	2020/7/6 11時～
管理栄養士	(株)オレンジキッチン	若子みな美	2020/7/14 14時～
保健師	東京地下鉄(株)	島忍	2020/6/28 14時～

※ヒアリング対象者からは、当論文に氏名を明記することについて、事前に同意を得た。

## 4. 考察

### 4.1 特定保健指導について

#### 4.1.1 リスクマップ検証に関する考察

被保険者本人と扶養家族を、入院と入院外に分けた健保連調査による2018年度の医療費実績を発生頻度と損害規模のマトリクスで分類したものの一つとして図1を示す。図1は、被保険者本人の入院のリスクマップだが、損害規模と発生頻度の点で高リスクの疾病が発見された。これは、新生物（がん）と循環器系疾患であり、いずれも予防医療の対象だが、成人病対策として保健指導の対象となるのが循環器系疾患（成人病）である。したがって、このリスクマップによる疾病の分類によれば、特定保健指導で成人病対策を取ることは誤りとまではいえない。一方で、本人の入院外、扶養家族の入院及び入院外いずれも損害規模

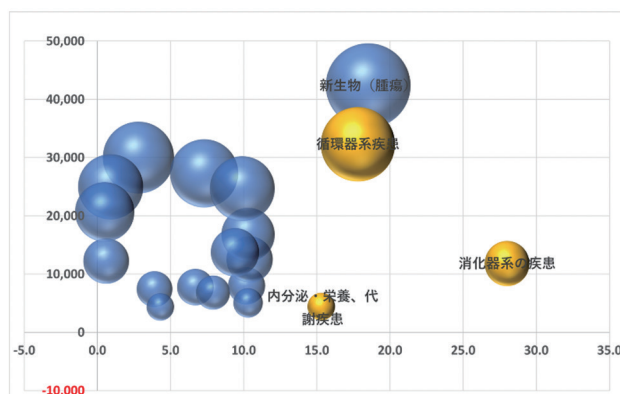


図1 疾病19分類別医療費リスクマップ

出典：健康保険組合連合会（2020）『健康保険組合医療費の動向に関する調査（基礎数値編）』をもとに筆者作成

と発生頻度が大きく重なる領域に疾病は存在しなかった。

ここから言えることは、企業が主体となって組成する健康保険組合にとっては、事業運営の点からしても被保険者本人の健康が第一であり、予防医療にかかるコストの優先順位をそこに置いたものと理解できる。

#### 4.1.2 実務担当者ヒアリング結果からの考察

まず、若き管理栄養士によれば、経験値が浅い管理栄養士も、特定保健指導のマニュアルがしっかりしているため、個人のスキルによって指導内容に大きなブレを生じる恐れはない。ただし栄養士によって対人業務に対する姿勢は異なり、限られた指導時間のなかで対象者に適切な情報を適切なタイミングで伝えるよう心掛ける栄養士がいる一方、栄養指導の実績があげられる報告書作成にしか注意がなく、一辺倒な指導しかしない栄養士もいるのが現状である、とのことであった。

町田薬剤師は、保健指導事業を有力な新規事業の一つと捉えるとともに、予防医療施策として薬剤費増嵩に歯止めをかける施策であることにも留意している。また、保健指導事業を展開するうえで社内に管理栄養士を揃え、店頭での保健指導の際には管理栄養士と薬剤師が連携して指導し、それぞれの専門領域に配慮していた。

島保健師は、特定保健指導制度を肯定的にとらえ、日本に居住する市民全体に予防医療の意識付けを図った点で画期的な制度であると理解している。現時点で直接的に数値の改善につながる状況でなくとも、現時点で制度の是非を論ずべきではなく、この制度に関わる医療専門職は対象者の行動変容につながるような意識付けに注力すべきとする。

#### 4.1.3 まとめ

以上の点から言えることは、まず、リスクマネジメントの観点からリスクマップ上に疾病分類を示したうへでも、循環器系疾患が頻度・金額において重点分野であることから、成人病対策としての特定健診・特定保健指導は「リスクの想定」として正しい判断をしていたことが検証された。

次に、保健指導に関わる医療専門職三者（保健師、薬剤師、管理栄養士）は、制度そのものに関し皆肯定的にとらえていた。制度運用の点では、薬剤師と管理栄養士の専門領域をうまく連携させ、対象者の行動変容を促すために保健指導で使える短い時間のなかで伝えるべきことをいかに効果的に伝えていくかが大切であることが明らかになった。

## 4.2 健康保険組合について

健康保険組合は公企業的一种ではあるが、財政的な視点でいうと前期高齢者納付金、後期高齢者支援金のような他の保険者への拠出を求められるばかりで、行政側からの資金的な補助は、ほぼない。また、予算・決算を始めとした各種意思決定は、当該組合の組合会に委ねられており、最終的に年度の予算・決算は地域の厚生局に許認可を受けるものの、個々の健康保険組合に施策に関する裁量権がないわけではない。

住田（1994）が述べるような公企業としての制約は、前期高齢者財政調整と後期高齢者医療費負担を強制されていることであり、そのコストが年々増大するため、自組合所属組合員医療費が横ばいであっても、費用総額が増大する構造にあり、当事者以外の医療費負担であることから、自組合の組合員向けの各種保健施策で解決はできない。

保険者規模が現行規模のまま維持できるのに越したことはないが、保険料率増嵩を可能な限り抑制しながら保険者としての裁量を保有し続けるためには、親和性の高い保険者同士の統合が望ましい。

一圓（2009）のいう保険者機能強化論を規制緩和論と理解しても、個々の健康保険組合は財政的負担から解放されない限り、現状からの変化は期待できない。また、尾形（2001）のいう保険者当事者論は現行制度の運用の枠を超えた国家レベルでの社会政策論議であり、現時点においては現実的なものではなく、個々の組合では解決できない。

予防医療領域など各種施策ごとに考え方の合致する健保でアライアンスを組むという、緩い意味での事業統合は現行ルールの中でも実施可能なものであり、施策単位で事務局を外注できるという仕組みもマンパワーが不足する健康保険組合にとって魅力的である。今回、事例として取り上げた厚生労働省主導のコンソーシアム事業は、事務局機能が乏しい中小健康保険組合救済の色彩を持っていた。

薬事政策研究所の阪本氏は、H O R Pプログラムへの取り組みが愛知エリアの健康保険組合で成立したことは偶然ではなく、愛知エリアの各健康保険組合には、新しいことに取り組む熱意・文化があることで受け入れられたと言う。2018年度のH O R P終了後は、愛知の健保連が主体となって同様の取り組みを推進したこと、主体となったのは個々の企業健保のリーダーであったこと、一方で他地域の健保では意欲にばらつきがあるとの示唆をいただいた。

公的医療保険事業者として、加入者以外の医療費負担を過大に強いられることへの納得感は低い。

個々の健康保険組合を運営する事業責任者は、総論とし

て保険者機能強化論や保険者当事者論で述べられる、もっと主体的に公的医療保険を運営し、予防医療を主導すべきとの意見は傾聴せねばならない。

本来的に望ましいのは、行政主導の枠内でしか動けないという思い込みから脱却し、法の範囲内において行政の想定を超える施策を試み、医療費低減や予防医療を実現することである。それを具現化した一例が、愛知エリアやその他のエリアで見られるように、地域の健保連を中心にした主体的な予防医療・保健事業への取り組みである。健康保険組合のピラミッドの中間に位置する地域健保連の活動状況に地域格差があるなら、仕組みとして地域健保連が個々の企業健保をリードする役割を担えるような役割の明確化、人材の配置が必要と考える。

## 4.3 薬剤師及び調剤薬局について

赤木（2018）によれば、近年、薬剤師を取り巻く環境が大きく変わり、化学者としての薬剤師から医療者としての薬剤師に変貌し、薬の管理からQ O Lという規格管理が困難なものに向き合わねばならない。一方で、薬学教育制度が6年制に変更されてから、それほど年月が経過しておらず、2015年に公表された「患者のための薬局ビジョン」にある、厚生労働省が地域のかかりつけ薬剤師に求める万能薬剤師・調剤薬局に転換可能かが懸念される。松下（2019）の指摘する、患者に関する情報収集能力等を薬剤師に求めるなら、そのスキル向上まで補える措置をセットで考えない限り「患者のための薬局ビジョン」は、掛け声だけに終わる危険性がある。

この点、町田薬剤師は、「患者のための薬局ビジョン」を肯定的に捉え、旧来型の町の個人調剤薬局ではサービス内容への対応に限界があることから、大手の調剤会社が主導的に調剤薬局の提携を進め、そのなかで地域のかかりつけ薬局を実施していくべきとする。日本全国に調剤薬局は約57,000店舗とコンビニエンスストア以上の拠点がありながら、大手チェーンの寡占状態になっておらず個店単位数が多いため、業務提携を含めた再編次第で社会的インフラ機能を発揮できる可能性があるという。

町田薬剤師は、健康保険組合との保健指導事業での提携に肯定的であり、相互の不足部分を補うことで事業を推進すべきとする。医療費・薬剤費の増嵩傾向が続けば公的医療保険制度自体が危機に瀕し、医療サービス・薬剤提供側の課題になる。自社のみ収益増を目指すのではなく、地域市民の予防医療に取り組み、医療費の抑制を試みながら、保健指導という新たな領域を開拓するというのである。

保健指導の主な担い手である管理栄養士の若子は、薬剤師が保健指導に関わることに肯定的であった。「食」の専門である管理栄養士と「薬」の専門である薬剤師が連携しながら保健指導をすることは意味があり、特定保健指導から一歩先に進んだ重症化予防プログラムの段階に入ると、対象者は服薬していることが多く、薬剤師は薬の知識が薄

い管理栄養士をサポートすることが可能だからである。重症化予防のためには、管理栄養士と薬剤師が連携して対象者に対応していくべき領域であるとする。さらに進行した場合は、医師と薬剤師の領域となる。

なお、保健師の立場から企業内での保健指導計画を企画・立案・実行してきた島は、薬剤師の保健指導に関し、運動や食事とは異なる服薬領域の専門家である薬剤師が関わることに一定の評価を示しつつ、薬剤師の患者に対する対人スキルの面が十分であるのか、薬学部卒前及び卒後のスキル維持・向上のシステムが大学や学会等で十分に準備がされているのか課題点も指摘した。

薬事政策研究所実施のHORPプログラム実施時の参加薬局及び参加者からのアンケート結果からは、薬剤師による保健指導に対する不安点が払しょくされている。アンケートは、参加薬局と参加者両方に実施しており、薬局側はその指導に対し概ね6割程度がうまくできた、参加者に満足してもらえたとの慎重な意見であったのに対し、参加者側は実に8割以上が参加して良かった、と回答した。

大手調剤薬局会社及び薬剤師は、厚生労働省が示す「患者のための薬局ビジョン」を指向し、地域のかかりつけ薬剤師となることに同意する調剤薬局と連携することを目指している。また、健康保険組合は、加入組合員が居住する

エリアに近接する調剤薬局の数が多いほど、保健指導の機会を確保できるため、調剤薬局会社による拠点数増の試みを肯定している。

薬剤師の保健指導スキルに関し、先行研究では情報収集能力等に懸念を示すものがあり、保健師からも同様の意見が示されたが、保健指導実施の大半を占める管理栄養士からは、薬剤師と管理栄養士の連携による保健指導が、次の段階になる重症化予防プログラム対応の点でも十分に意義がある旨主張された。さらに、アンケートによれば、実際に薬剤師による保健指導を受けた受診者は、指導をした薬剤師以上に肯定的な評価を下していた。

結論として、薬剤師による保健指導は肯定すべきものであり、それを実施する上で管理栄養士との連携が望ましく、また、対人スキル等の継続的向上を意識し、大学・学会・薬剤師本人が学び続けられる環境整備を意識することが必要である。

## 5. 結論

### 5.1 概要

第4章 考察で述べたとおり、特定保健指導事業はリスクマップによる医療費実績の検証からは成人病対策に資源

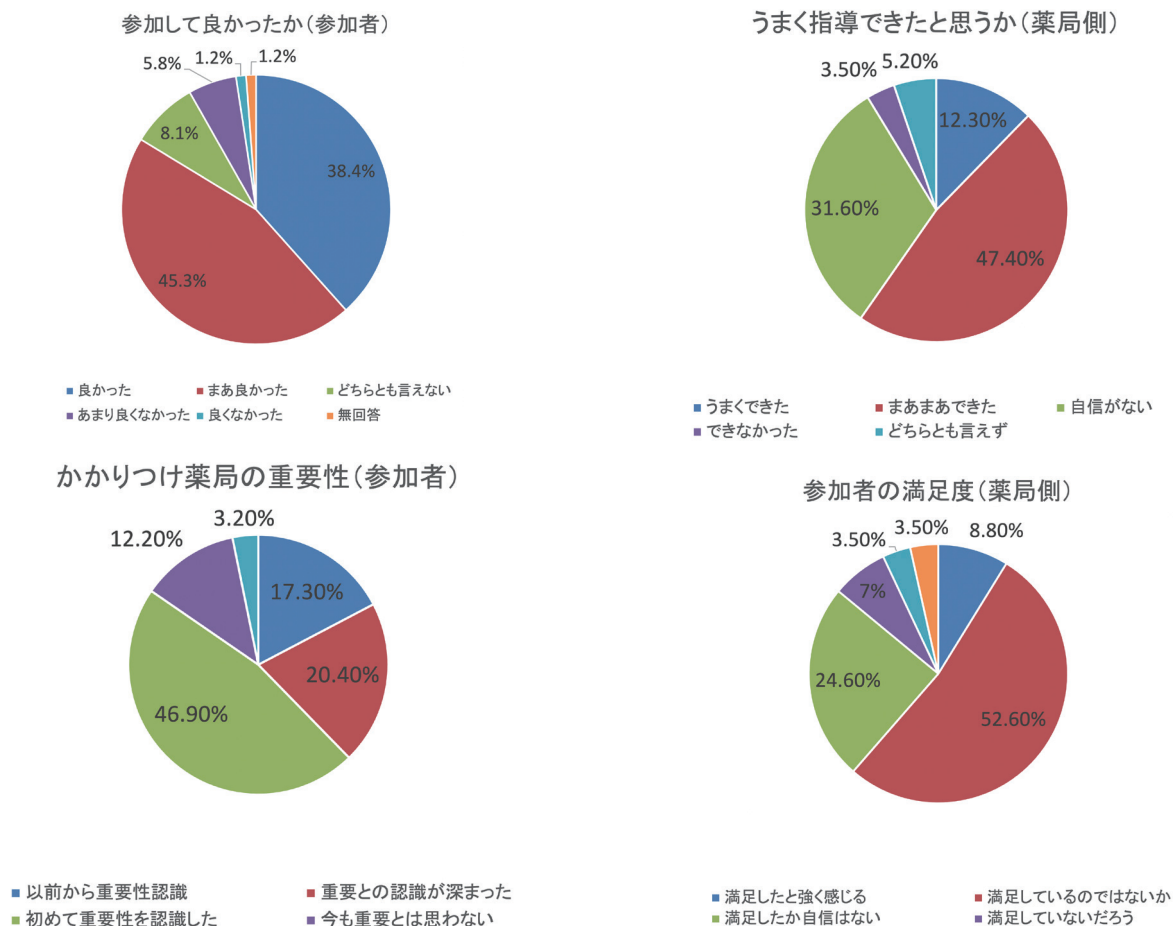


図2 2018年度 HORP参加者・薬局アンケート  
出典：『薬事政策研究所Monthly Report 2019.12』抜粋

を特化することは妥当であることが再確認された。

また、各医療専門職へのヒアリングでは、保健指導事業自体は、皆、肯定的に捉えており、保健指導をより効果的に運用するための方法論をそれぞれの職域から述べてくれた。そのなかでも特に、対象者本人の行動変容を促す気づきを与える技術の重要性が強調された。

健康保険組合の機能強化・当事者としての自覚を持った行動を促す先行研究を具現化する施策として、今回の研究対象としたような他の事業体との連携・アライアンスは選択肢として有用なものであり、今後、健康保険組合及び地域単位の健保連は、主体的に医療費低減・予防医療施策の主体的な研究・実際の行動、それを支える組織づくりが必要であろう。

薬局・薬剤師を取り巻く業界の先行研究により最近の変動は小さいものではないことは理解したが、一方でヒアリングを通じた調査により、公的医療保険者との連携に意欲的である事業体が存在することも判明し、また、保健指導の現場における管理栄養士との保健指導の連携が有効であることも明らかとなった。

以上のことから、健康保険組合の経営戦略の一つの手段としての特定保健指導事業における事業提携（調剤薬局・薬剤師との連携）は、保健指導の社会的評価はまだ確定的なものではないことから、制度ありきで取り組むべきものであり、健康保険組合はこのような予防医療・医療費低減施策に主体的積極的に関わっていくべきであり、そのなかで連携するパートナーの特徴・長所、今回でいうところの薬局・薬剤師の業界の近年の変化、薬剤師のスキルの状況をよく理解したうえで、連携していくべきものとする。

## 5.2 今後の研究の発展方法

本研究では、健康保険組合の財政的危機の解決のための手法としての特定保健指導における事業連携に焦点を当てた。調査・研究を進める中で保健指導の現場における実務担当者レベルでの連携という論点が、複数の医療専門職から述べられたことに注目したい。

すなわち、アライアンスを分析するうえで異なる事業体による連携という形と同時に、その事業体に属する異なる職種の連携がすでに現場レベルでは生じている。したがって、事業の成否は並行して進む連携のいずれも注視したうえで調査・研究を進めることが必要である。

限られた経営資源のなかでお互いの長所を發揮しあうことによって連携の効果を高めることが不可欠である。今回の調査で言えば、医療保険事業責任者と調剤会社や製薬会社が、新たな保健指導担当者である調剤薬局薬剤師と、従来から保健指導の経験を積む管理栄養士との連携上、いずれにいかなる長所があり、どのように補い合うのが効果的であるのか見極めれば、それぞれのポテンシャルを有効に發揮できると考えられる。

## 引用文献リスト

- 赤木佳寿子（2018）「地域包括ケアシステムにおける薬剤師の役割—薬剤師の定義—」『保険医療社会学論集』29巻1号，pp.33-39。
- 明石芳彦（2018）『社会科学系論文の書き方』ミネルヴァ書房。
- 石田成則（2014）「医療保障における官民の役割分担」『保険学雑誌』625号，pp.71-91。
- 一圓光彌（2009）「健康保険組合が果たすべき役割—そして、その機能強化に向けて」『健康保険』6月号，pp.18-23。
- 井上洋士（2013）『ヘルスリサーチの方法論』放送大学教育振興会。
- 上村政彦（1981）「健康保険組合論」『健康保険』11月号，pp.18-25。
- 尾形裕也（2001）「『保険者機能』の強化による医療供給の効率化」『医療と社会』10巻4号，pp.13-24。
- 健康保険組合連合会（2018）『図表で見る医療保障 平成30年度版』ぎょうせい。
- 健康保険組合連合会（2020）「健康保険組合医療費の動向に関する調査（基礎数値編）」  
<[https://www.kenporen.com/toukei\\_data/pdf/chosa\\_r01\\_03.pdf](https://www.kenporen.com/toukei_data/pdf/chosa_r01_03.pdf)>（2020.12.11検索）。
- 健保連東京連合会（2019）「健康保険組合 事業運営基準」『事務講習会～庶務・運営基準～』
- 健康保険編集部（2018）「健保組合と事業者で事業体形成薬局が加入者に保健指導」『健康保険』12月号，pp.6-8。
- 厚生労働省（2015）「患者のための薬局ビジョン ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～」  
<[https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/vision\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/vision_1.pdf)>（2020.12.08検索）。
- 小室達章（2013）「リスクマネジメント研究における『リスクの想定』」『日本情報経営学会誌』34巻1号，pp.64-76。
- 住田友文（1994）「公企業の特性とその評価」『オペレーションズ・リサーチ』6月号，pp.286-291。
- 田中耕太郎（2019）「平成を振り返りこれからの健康保険組合に期待すること」『健康保険』3月号，pp.18-25。
- 松下綾（2019）「地域で活躍する『かかりつけ薬剤師』の養成」『医療と社会』29巻1号，pp.107-117。
- 薬事政策研究所（2019）『Monthly Report 2019.12』。