

医療保障総合政策調査・研究基金事業

医療保険制度の将来構想の 検討のための調査研究Ⅰ (制度の変遷と将来構想の検討)

検討委員会報告書

令和5年5月

健康保険組合連合会

医療保険制度の将来構想の検討のための調査研究Ⅰ（制度の変遷と将来構想の検討）検討委員会 委員名簿	3
医療保険制度の将来構想の検討のための調査研究Ⅰ 検討の経過	4
2040年に想定される医療・医療保険制度を取り巻く社会情勢の変化	6
1. 医療ニーズの変化、医療費の増加にどのように対応するか	8
2. 多様な働き方の包摂と制度の持続性をどう確保するか	9
3. その時、健保組合に求められる役割はなにか	10
検討委員の主なご意見	11
参考資料	19
参考：報告書（概要版）	51



2022年（令和4年）、健康保険法は制定から100年を迎えた。

1922年（大正11年）同法の制定によって、わが国初めての社会保険制度として、健康保険組合を中心とする被用者のための医療保険制度が誕生し、その後の国民皆保険制度の構築につながる重要な基盤となった。

その間にこの制度の前提をなす社会情勢は大きく変わり、制度が現実に適合していないケースも散見されるようになってきている。これからもわが国において、国民皆保険制度を維持していくためには、社会情勢の変化を把握し、制度を見直していくことが必要である。

そこで、健康保険法制定から100年目という大きな節目にあたり、健康保険組合連合会において、医療保障総合政策調査・研究基金事業として「医療保険制度の将来構想の検討のための調査研究Ⅰ（制度の変遷と将来構想の検討）」を実施した。

この調査研究では、健康保険法、健康保険組合をめぐる制度の変遷から重要なポイントを確認し、2040年を想定した将来に向けて、医療保険制度、健康保険組合のあり方等を構想し、政策提言等の基礎資料を作成することを目指した。この報告書は、その成果である。

この調査研究の実施に当たっては、健保連の医療保障総合政策調査会の委員（7名）および有識者（5名）からなる検討委員会を設置し、2021年度から2022年度にかけて計9回検討を重ねた。

検討の過程で、新型コロナウイルス感染症まん延後の社会の変化等も視野に入れ、今後の医療保険制度、健康保険組合、保険者機能、医療提供体制、診療報酬、介護保険制度のあり方等にあわせて、制度運営における各般のデジタル化、効率化、近代化等も検討対象とし、2040年に想定される医療・医療保険制度を取り巻く社会情勢の変化について整理した。

この報告書では、社会情勢の変化を検討したのち、「1.医療ニーズの変化、医療費の増加にどのように対応するか」「2.多様な働き方の包摂と制度の持続可能性をどう確保するか」「3.その時、健保組合に求められる役割はなにか」の3つの視点に立って具体的な方策を検討した。

論点が多く、委員の意見も多様であり、本文では3つの視点について、委員会でおおむね意見の一致をみたものについて取りまとめたが、それにとどまらない意見にも非常に示唆に富んだ内容が含まれるため、それらについては項目ごとに整理して報告書に収載した。

本報告書が、この先のわが国の医療・医療保険制度の道しるべとして活かされることを期待したい。

医療保険制度の将来構想の検討のための調査研究Ⅰ（制度の変遷と将来構想の検討）

検討委員会 座長 森田朗

医療保険制度の将来構想の検討のための調査研究 I (制度の変遷と将来構想の検討) 検討委員会 委員名簿

有識者委員

印 南 一 路	慶應義塾大学 総合政策学部 教授
香 取 照 幸	上智大学 総合人間科学部 教授
島 崎 謙 治	国際医療福祉大学大学院 教授
堀 真奈美	東海大学 健康学部 教授
○ 森 田 朗	東京大学 名誉教授

健保組合委員

久 保 俊 裕	健康保険組合連合会大阪連合会 会長
笹 山 秀 彦	トヨタ自動車健康保険組合 常務理事
玉 木 真 理	パナソニック健康保険組合 専務理事
長 尾 健 男	日本製鉄健康保険組合 常務理事
奈良崎 修 二	日産自動車健康保険組合 理事長
宮 前 暢 明	北海道農業団体健康保険組合 専務理事
宮 脇 一 郎	NXグループ健康保険組合 理事長

※令和5年1月より佐竹陽一理事長に交代

(○：座長、各五十音順・敬称略、令和5年3月31日現在)

医療保険制度の将来構想の検討のための調査研究 I

検討の経過

日 程	議 題	主 な 論 点
2021年		
第1回 6月14日	検討テーマ確認 制度変遷を踏まえた 論点について	医療保険制度の変遷とこれらを踏まえた論点 医療保険制度における「負担の公平」に関する調査研究報告書（概要） 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法の一部を改正する法律案の概要
第2回 9月2日	医療保険制度全体の 改革の方向性について	【当面の課題】 全世代型社会保障制度改革（現役世代の負担軽減、負担と給付の世代間アンバランス是正等）、骨太方針等について 【中長期課題】 これからの国民皆保険制度のあり方、全体の制度体系等について
第3回 11月15日	同上 財政シミュレーション 報告	適用範囲のあり方について（被扶養者制度、多様な働き方への対応等） 介護保険制度のあり方
2022年		
第4回 2月25日	同上	適用範囲のあり方（被扶養者制度等） 保険料賦課のあり方について 健康保険組合のあり方と保険者機能について
第5回 4月8日	医療提供体制について 診療報酬体系について 保険給付範囲のあり方 について	入院医療・医療提供体制 外来医療 医療費の抑制策等 保険給付範囲等
第6回 6月21日	制度運営のデジタル化、 効率化、近代化等による 医療保険制度・健康 保険組合／医療提供体制・ 診療報酬体系のあり方 について	国のDX (Digital Transformation) 化構想の実現を踏まえた、2040年の医療保険・医療提供体制の姿（2040年の医療保険制度・健康保険組合、2040年の医療提供体制・診療報酬体系）等

日 程	議 題	主 な 論 点
第7回 9月14日	取りまとめに向けた構成・項目(案)	<p>取りまとめに向けた重点テーマ(案)について</p> <p>【医療保険制度等】 高齢者の就業拡大に伴う前期高齢者の廃止を含めた高齢者医療制度のあり方の見直し 多様な働き方の包摂と支え手の拡充による国民皆保険制度の基盤強化 健保組合業務の集約化と保健事業等へのタスクシフト</p> <p>【医療提供体制、診療報酬等】 医療費の総額管理・調整 高齢者医療と介護の一体的運営 かかりつけ医を中心とする地域連携と包括評価、健保組合とのかかわり方</p>
第8回 11月16日	報告書の取りまとめに向けた骨子について	<p>報告書の取りまとめに向けた骨子について(案)</p> <p>【2040年に想定される医療・医療保険制度を取り巻く社会情勢の変化】 医療ニーズの変化、医療費の増加にどのように対応するか 多様な働き方の包摂と制度の持続性をどう確保するか その時、健保組合に求められる役割はなにか</p>
2023年		
第9回 2月10日	報告書の取りまとめについて	

2040年に想定される医療・医療保険制度を取り巻く社会情勢の変化

少子高齢化・人口減少を始め、わが国はかつて経験したことのない変化の時代にある。加えて、近年のコロナ禍、そしてロシアのウクライナ侵攻は、急速にこれまでの制度が前提としてきた社会を変えた。他方、21世紀に入って急速に発展したデジタル技術も、我々の生活と住む社会を変えつつある。

医療保険制度も、当然こうした社会情勢の変化の影響を受ける。医療保険制度の将来構想を描く前提として、まずは2040年までに想定される社会情勢の変化について述べておくこととしたい。

進展する少子高齢化と深刻化する医療費の増大

2040年、総人口が減少するなか、団塊ジュニア世代が高齢化し、65歳以上人口はピークに到達すると予測されている。その時代になると、高齢者のみ（単身を含む）世帯が増加することに加えて、死亡数もピークに到来する、いわゆる「多死社会」を迎えることとなる。

より医療・介護ニーズの高い85歳以上人口の急増（約4割増）が見込まれており、医療ニーズも大きく変化することが予想される。それゆえ、それらの支え手として、外国人労働者を含め、わが国の医療・介護分野においては、より一層多くの人材を確保する必要がある。

他方、医療は年々高度化し、革新的かつ高額な薬剤や技術が登場することが見込まれる。

このように急速に進展する高齢化と医療の高度化によって、医療費は今後ますます増大することが予想され、減少する現役世代では医療保険制度を支え切れず、深刻な財政危機に陥る可能性が高い。

健保連が行った推計では、国民の生活基盤を形成する経済成長は、2018年の政府推計より鈍化し、そのために国民医療費の対GDPに占める割合を押し上げる見通しとなっている^(※)。

(※)

- ・ 2040年度のGDP→2018年政府推計=790.6兆円、健保連推計=722.3兆円（▲68.3兆円）（ベースラインケース）
- ・ 国民医療費対GDP→2018年政府推計=9.9%、健保連推計=10.1%（+0.2ポイント）（ベースラインケース、現状投影ケース）
- ・ さらに、今後の経済変動、新興感染症の拡大など不測の事態の影響を受ける可能性も十分にある。

出典：「医療保険制度の将来構想の検討のための調査研究Ⅱ 慶応義塾大学 土居文朗教授の推計」

働き方の多様化と就労者像の変化

現在の推計によれば、今後、少子高齢化・人口減少がますます進み、医療保険や経済の支え手である生産年齢人口が大幅に減少し、労働力不足が深刻になる。

他方、2040年には現在と比べ健康寿命が延伸し、「元気な高齢者」が増加する。それに伴い高齢者の社会参加や就業意欲が向上し、就業率も上昇することが予想される。

また、女性の就業率も上昇し、すでに標準的になっている共働き世帯がさらに増加すると見込まれ、その結果として、被用者保険の被扶養者数は減少していくと考えられている。

さらに、これからはますます、正規労働者ではなく、非正規労働者が増加すると予想される。労働の形態も多様化し、副業、兼業、複数就労者、雇用類似の働き方、職場にとらわれない働き方等が増加し、こうした働き方の変化とともに、就労者の収入形態も多様化することになる。

医療・健康情報の活用と個人を取り巻くデジタル環境の進展

医療分野においても、レセプト、健診、カルテ、処方箋といった個人の医療・健康情報についてデジタル環境による管理体制が整い、情報プラットフォームの構築等により情報の活用が進展する。さらに医療のほか、介護を含めた各種データの分析・活用も推進されるであろう。

医療現場においても、オンラインによる遠隔地間での予防、診断、治療など診療環境も変化していくとともに、DX (Digital Transformation) により医療・介護の生産性向上と、人材不足の状況改善が期待される。

マイナンバーの基盤を活用することにより、収入・資産の把握も進んでいくとともに、マイナポータルを利用することで、健保組合と加入者の双方向の迅速なコミュニケーションが可能になることが予想される。

新たな社会情勢への対応の視点

このように予想される2040年の社会情勢の変化に対応すべく、本検討委員会では、以下の3つの視点から将来像を検討した。

1. 医療ニーズの変化、医療費の増加にどのように対応するか
2. 多様な働き方の包摂と制度の持続性をどう確保するか
3. その時、健保組合に求められる役割はなにか

1. 医療ニーズの変化、医療費の増加に どのように対応するか

これからは、人口変動による医療ニーズの変化と介護ニーズの増大、そして医療技術の高度化に応じた医療・介護提供体制の構築が求められる。他方、医療保険制度の持続性確保のためには、医療費の伸びを抑制する対策が不可欠である。

今後も必要な時に必要な医療・介護が受けられるようにするためには、一方で、医療・介護 DX や AI 等の技術を活用した一層の効率化と質の向上を図るとともに、適切な受診を推進すべく、制度的な見直しを図ることが必要である。

以下、具体的な方策について述べる。

考えられる具体的な方策・提案

(医療ニーズの変化への対応)

◆ 高齢化を踏まえた、医療・介護提供体制、高齢者医療・介護保険制度の一体的運営

まず第一に、より高齢化が進んだ2040年の医療ニーズへの対応として、プライマリ・ケア（かかりつけ医）機能を起点として医療と介護をシームレスに連携すべく、医療・介護サービスを一体的に提供する。

具体的には、地域包括ケアシステムを充実・発展させ、医療・介護ともに質の向上につなげる。

また、介護ニーズの増大に対しては、例えば、第2号被保険者の範囲を段階的に74歳へ引き上げることや、各種介護サービスを地域支援事業に移行させる等、75歳以上の要介護者への給付を重点化する。

◆ かかりつけ医機能の充実

第二に、かかりつけ医を緩やかなゲートキーパーにし、病院、専門医、在宅医療、介護など、例えば、現行の「地域医療連携推進法人」のような地域連携グループを構築し、多職種が連携して診療・ケアにあたることとする。それと同時に、それぞれの求められる役割に対応した新たな評価等を新設する。

また、かかりつけ医が保険者等と患者データを共有することなどを可能とする。このようにしてアウトカムデータを蓄積することにより、医療の質の向上に結び付ける。

さらに、かかりつけ医は、高齢者のみならず、現役世代も対象として、その予防・健康管理も担い、多死社会の到来を踏まえて、病院・専門医、多職種と連携したACP (Advanced Care Planning) の策定を進める。

また、受診機会の地域差解消を目指し、オンライン診療のさらなる活用を進める。

このほか、各種データを踏まえ、地域医療構想等、各種計画のバージョンアップを行う。それによって、都道府県の役割、保険者の役割なども含め、医療提供体制に関する責任体制の見直しと強化を行って、急性期医療をさらに集約化・重点化するなど、地域の実情に応じた病床機能のさらなる分化・連携を推進する。

(増加する医療費への対応)

◆ 医療の高度化への対応と持続性確保のための保険給付の効率化

次に増加する医療費に対しては、第一に、医療の質と経済効率性を踏まえた医薬品フォーミュラの制度化、費用対効果を踏まえたバランスのとれた薬価制度への転換等、診療内容や薬剤の種類に応じて給付と負担を調整する。

また、P4P (Pay for Performance) にもとづく報酬体系による評価のように、医療・介護データを分析し、可視化することで質の向上を図る。

さらに、選定療養のあり方なども見直し、保険外併用療養費制度の活用を進める。このほか、都道府県別の医療費適正化努力を反映した医療費の調整、都道府県の取り組みと連携し、国が医療費の目標設定を行う。

2. 多様な働き方の包摂と制度の持続性をどう確保するか

これからは、増加する高齢者や女性、多様な働き方をする労働者を被用者保険が包摂し、被保険者としてふさわしい給付を保障する必要がある。それには、被用者保険の適用拡大や新たな被用者類型の創設とともに、国民健康保険の役割の強化など、医療保険制度の枠組みの見直しが必要である。

また、これらを通して、国民皆保険制度の支え手が広がり、公平な保険料負担が実現することを期待したい。

考えられる具体的な方策・提案

◆ 適用拡大の推進、雇用類似（フリーランス、ギグワーカー等）等が加入する新たな制度の構築（支え合いの強化）

多様な労働者への被用者保険への適用拡大の推進により、多くの被扶養者が被保険者に移行し、実質的に世帯単位から個人単位での加入が進むことになる。こうした流れを踏まえて、一定範囲の被扶養者にも家族被保険者として保険料を賦課し、応益的負担と合わせて権利と義務の関係を明確にし、保険給付や保健サービス等の受益を確保する。

◆ 就労する高齢者は、年齢にかかわらず、現役世代と同じ被用者保険に加入する

就労する高齢者は、現役世代と同じ被用者保険に加入し、保険料負担、自己負担割合、保険給付等についても、原則現役世代と同一にする。

このほか、次のような方策によって、制度の持続性の確保を図る。

- 健康保険組合、協会けんぽは、加入者の多様化に対応した保険者機能を発揮するとともに、加入者数が減少する国保はセーフティーネットとしての役割を強化する。
- 公費負担のあり方を見直しを進め、税の役割を強化し、それによって、社会連帯の強化を図る。
- 標準報酬制度の見直し、年金所得課税の見直し等により、保険料賦課ベースを拡大する。
- 負担軽減者の判定のため金融資産を加味した自己負担割合・所得区分の設定を行うなど、マイナンバーを活用した所得・資産の把握を進め、負担と給付の公平性を確保する。

3. その時、健保組合に求められる役割はなにか

人口構成の変化とともに、加入者像も変化する。また、今後、デジタル化も一層進展する。

こうした変化のなかで、健保組合は、ウェルビーイング (well-being) に貢献する観点からも、事業主と連携して働き方の多様化に対応した加入者サービスの充実を目指すために、運営体制の強化を図る必要がある。

さらに、DX を通じて、保険者機能の新たな可能性を見出し、健保組合の強みとしていくための体制整備が求められる。そのために、データ分析・活用を通じて、保険者としての政策提言力を強化する。

考えられる具体的な方策・提案

(加入者サービスの充実等)

◆ 医療・健康データ分析と働き方の多様化を踏まえ、個人最適化したサービスの提供

まず、高齢就労者、女性就労者の増加といった加入者像の変化を踏まえた加入者の健康保持・増進に努める。そのために、情報プラットフォームの構築・活用、ビッグデータの活用により、加入者に対して個別最適化されたサービスの提供を図る。

また、加入者の利便性を向上させるため、各種申請受付、情報提供、ヘルスリテラシー向上のための取り組みなど、マイナポータルを利用した健保組合と加入者の双方向の迅速なコミュニケーションを促進するとともに、データ連携による事業主とのコラボヘルスを展開し、企業が実施する健康経営に対する支援を強化する。

◆ 健保組合とかかりつけ医のコラボレーションによる加入者へのサービス提供

次に、健保組合は、加入者に対して、かかりつけ医 (地域連携グループなど含む) との特別な契約にもとづき、質が保証された保険診療・保健サービスや各種情報の提供を行う。

(新たな役割を担うための体制強化)

以上に述べてきたような新たな役割を担うためには、健保組合は、その体制を強化することが必要である。そのために、現行の適用・給付業務の標準化・効率化と事務の共同化を進め、業務を保健事業へシフトさせることで、保険者機能をさらに強化していく。また、組合業務へのDX導入のために、デジタル技術に精通した人材を確保し、育成する。

このほか、新たな合併の選択肢、設立認可基準の見直しと存続基準の設定等、健保組合の規模のあり方等についての検討を進めていく。

検討委員の主なご意見

国民皆保険制度、医療保険制度全体について

【負担の公平性・医療保険制度全体の建付け】

- 北欧はほとんど事業主負担のような形で税金で取られている。日本でも、保険と公費の役割分担をもう一度整理する必要がある。
- 本来は年齢によらず同一基準での負担が望ましいと考えられるが、老人医療費の無料化という歴史的な制約のなかで、現行制度が決められてきた点は確認しておくべき。
- 公的年金等控除や、遺族年金が非課税であることなどによって、高齢者に対する年金優遇が効きすぎる状態となっている。世代間負担や同一世代内といった、負担の公平性の観点においても大きな問題となる。
- 後期高齢者支援金を、保険料ではなく租税化すれば、保険料は見かけ上小さくなり、現役世代の保険料に占める給付の割合は上げられるはず。社会保険の基本原則により近づく制度に改変できるのではないか。
- 現在の各制度の年齢区分については、あくまでも歴史的経緯にすぎず、合理性はない。高齢者の定義を75歳以上に改めるのであれば、その根拠についての議論が必要である。64～74歳の要介護者は3%程度に過ぎず、75歳以上で10%を超えてくる話から、75歳を境界とする根拠は得られるだろう。
- 財政上の理由で年齢を引き上げるという議論は、説得力に欠けるので、根拠にもとづいた理屈の立て方が必要。
- 日本社会の見通し（人口構成、働き方、外国人労働者、疾病構造・患者像、医療技術、医療現場の労働生産性、薬価制度・医薬品取引など）を踏まえると、国民皆保険制度を維持するためには医療保険の制度体系全体の見直しはいずれ必要となる。
- 医療保険制度体系全体の見直しの議論においては、協会けんぽとの区別も含めた議論が必要となる。
- 日本の場合、被用者保険と被用者保険以外でまず区切り、後期高齢者医療制度が上に乗る、前期高齢者で調整している構図の話と、ファイナンスの話では例えば給付範囲もどうするか、また制度の話としては被用者保険の建て方において被保険者の範囲をどうするか、被扶養者をどう捉えるかの話があり、医療保険制度は整理が必要。

- 財政的に非常に厳しくなり、今までの年齢によってサービス、負担を支えていくのではなく、収入や資産に応じて変えていく考え方を取り入れなければ財政的に持たないというのが一番目のメッセージではないか。
- 一人一人、収入や負担能力をおさえていく方向で行かなければ、今の世帯や事業主負担のような考え方を取っている限り、破綻が生じてくるため、負担の仕方を考えていく必要がある。
- 既に60歳以上の就業は900万人以上であり、既に総労働人口の10%程度は高齢者人口だ。2040年より前に、65歳、70歳が普通に働いているケースが登場しているかもしれず、前期高齢者は廃止するかどうかよりも、制度自体が空洞化することになる。

【医療費の調整のあり方】

- ドイツの疾病金庫は、リスク構造調整を年齢、疾病体質によって標準化している。保険料に差をつけることで国民がある程度選択できることにより健全な競争が可能となり効率化が進む仕組みである。わが国では保険者間の差がありそれを調整するためには、所得も含めたリスク構造調整がきちんとできるかがポイントになる。
- ドイツのリスク構造調整は、疾病金庫の統廃合を進め、企業と結びつかない形の保険者選択を可能にしながら行われた。それにより保険者（事業主）と被保険者の関係性が希薄になった嫌いもあるので、リスク構造調整の成否について一度検証したほうが良い。
- 都道府県のインセンティブ強化について、医療に係る公的支出金には、普通調整交付金、特別調整交付金、保険者努力支援制度、地域医療介護総合確保基金等の様々な制度があるが、これを医療費適正化やアウトカム評価などの共通の指標を強力に結びつけることができないか。リスク構造調整をし基本的な計算をしなくては行けないが、標準医療費と、地方間の所得格差、人口構成で調整すればもう少しインセンティブがつくのではないか。
- 財政規律については、都道府県レベルの医療費適正化計画と連動させることはありえる。地域別診療報酬と両方検討する価値はあるのではないか。
- 地域別診療報酬の話については、国民健康保険の普通調整交付金の配分方法を変えれば、結果的に医療費が高いところは保険料が上がることとなる。それだけでも非常に強いプレッシャーになるため、地域別診療報酬の議論の前に、医療提供体制の話があってもよい。

- 昔も診療報酬は全国一本であったわけではなく、1963年までは地域差があったが、医療機関でも患者の奪い合いがあったのも事実。医師や看護師の賃金そのものに影響を及ぼすこともあるので、地域別診療報酬については丁寧な議論が必要だ。
- 地域医療構想に関しては、都道府県の権限を強化したうえでの保険者機能の話が出てくるのだが、本当に都道府県が権限を行使できるのか疑問である。
- 地域医療構想で都道府県の権限を強化できるのかとかいうことはこれまでもずっと言われており、一つ一つの案について問題を指摘せよと言えば10も100も出てくると思うが、どういう風にすれば被用者保険の価値が未来へ持続できて、かつそのために医療保障のあり方がどうあればいいのかという、見せ方の部分は工夫されるといいと思う。

【保険外併用療養費制度／選定療養のあり方】

- 保険給付範囲の一部縮小でOTC類似薬が挙げられているが、成分から考えてこれはOTC類似薬だけこれらの部分は除外していいのではないか。特定の適応はそのまま医療保険に残すという考え方、あるいはデフォルトでいったん除外するけれど、適応によっては医療保険でそのまま使えるようにする、といった、もう少し精緻化した議論ができるのではないか。
- 保険給付範囲の一部縮小、負担の一部増加、アクセスコントロールとなると、どれも痛みを伴うものになるので、なぜそこまで痛みが必要なのかを丁寧に共有していかないと、財源的なものから考えていると思われてしまう。
- 保険適用については、収支のバランスが取れる限りとし、それ以外については、保険外で併用するか、あるいはフランスやオーストラリアのように2階建ての保険制度といった仕組みも考えていくというものもあるのではないか。
- 高額な薬剤や技術を保険収載すること自体が価値判断を含む話であり、「混合診療」を認める以前に、こういった議論が必要ではないか。

保険料賦課のあり方

- 金融資産や不動産など資産にも様々なものがあるなかで、資産があったとしても厳密に可処分できない。不動産まで公的医療保険における賦課ベースに加えることに疑問を感じる。

- 老後に残した金融資産をもとに、保険料を多く負担してもらうことが果たしてフェアなのか。高齢者の負担能力を評価するにあたっては、まずは所得捕捉率の不均衡を是正していくことが先。
- 年齢に関係なく医療のニーズを揃えるのであれば、年齢に関係なく3割負担とし、応能負担分が足りないからといって公費負担となれば、賦課のあり方の整理ができる。
- サラリーマンはアパートを所有するなど別途事業所得等があっても、保険料算定に含まれない。国保になると、家賃収入や配偶者のパート給与等が全て計算されて保険料に反映されることになる。
- 働き方が多様化するなかで、事業主を通じて天引きをする算定の仕方自体、それでいいのか。
- 働き方が多様化し、様々な収入源を持つ個人が保険に加入する際の標準報酬月額のある方は論点となる。
- 一定範囲の被扶養者にも保険料を賦課する場合、保険料を支払う人に対する便益（例 家族被保険者の健康診断など）についても合わせて提示した方がいい。
- 医療費が一定程度伸びることを踏まえたとき、どこまでのサービスを要求し、どこまでを負担するのかについての国民の合意を問う必要がある。

資格の適用範囲のあり方

- 高齢被扶養者の問題を中心に、年齢要件について議論すべき。実際に使用従属関係があれば健康保険が適用できるが、高齢被扶養者は雇用を前提としていないため、被扶養者として抱えるのは難しいところ。
- 働き方の多様性や副業への対応、非正規労働者への適用拡大、被扶養者の範囲の見直しといった議論は、究極的には国保と被用者保険の一本化に近い議論になってくる。
- いわゆる「130万円の壁」のような、被扶養者の要件設定が就業の判断基準になってしまう制度は改める必要がある。そうでないと、日本が高齢化し労働人口が減るなかで、経済成長を維持できない。

- 被用者は全員保険料を負担するとなれば、今の標準報酬の上限下限、被扶養者の基準の考え方とは整合しなくなるので、標準報酬の仕組みを変える必要がある。一人一人の所得に対して保険料を賦課して事業主と折半するのか、総人件費に対して事業主が一定の割合で払うと考えるのか等、保険料の徴収方法も変わるのではないか。
- 複数事業所で働く被用者の場合についても、どう適用するのか、保険料は複数の事業所で徴収するのか、片方の事業所で徴収する場合はどちらの事業所が徴収するのか、また複数事業所での報酬の合算をどのようにするか等について、健保組合と協会けんぽとの関係のあり方も含めて議論が必要。
- 今から 20 年後の働き方は、仕事を複数持っているのは当たり前で、リモートや副業もしている状況では。そのうえで、どのように保険料を賦課して公平な仕組みにするのかを考えていくべき。
- 雇用類似は労働形態に対応するとしても、被用者保険の拡大と受け止めるのか、そうではなく、国民健康保険のなかに特別な扱いをする形態として受けるのかという議論になる。
- 被扶養者制度の見直しにあたり、社会保障、公的医療保険における適用の単位を個人単位として考えるのか、世帯単位で考えるのかという視点が必要。保険料だけでなく、給付にも影響。

デジタル化

- デジタル化を進めるには、機械で処理を進めるための法律や規則の制定を考えなければならない。健保組合も DX に適応したルール of 制定・改正が必要ではないか。
- デジタルヘルスを考える時の医療情報は、医療機関を受診した際の情報、サービス・診療に関わる情報、健康診断の情報、所得に関する情報、資格確認に関する情報など様々なものがあり、それらの情報間をどのように繋ぐかにより、保険者として貢献できるのかを確認していくといいのではないか。
- 健保組合の大規模化、合併という話になってくると、効率化を優先した議論になりがちだが、最終的には効率化の先に何らかの付加価値がついた組織としてのビジョンが必要。
- 民間業者がサービスを提供するためには個人の情報を一定のボリュームで

集めなければならないが、情報は売り買いの対象になる。そうするとデータを誰がどう管理するのか、使い方のルールをどうするかを先に整備する必要がある。

- 医療情報は国民の個人情報なので、パブリックの場合は特にそうだが、記録としてきちんと残しながら、情報にアクセスできる人は厳しく規制する。情報の出口規制をしっかりと行い、データは匿名化する形で公衆衛生の政策や創薬研究にフルに使う。わが国の個人情報保護の形では最初に同意を取っておけばいいことになっているが、それでは危ないのではないか。
- 日本の場合、健保組合でレセプト審査はできるが、非現実的だとして支払基金に委ねている。例えば不必要な検査をしているのではないか、薬の使い方に問題があるのではないかと疑われる医療機関のデータを解析するなどして、保険の支払い基準の質を上げていくのが本来の保険者機能。
- リビングラボのように、健保連のなかで健保組合のデータのDX化がどれくらいできるかを実験的にやってみるのはどうか。自治体で進めるのは難しいが、健保連でどれだけスムーズにできるかが分かればいい。
- 医療保険者の業務は、デジタル化やマイナンバーの活用によりどの程度効率化を図ることができるのかは論点の一つとなる。

介護保険制度のあり方

- 1号被保険者と2号被保険者の境を65歳から70歳に引き上げても、保険料の負担に影響はない。線引きを変えても、一人当たりの保険料の負担に変化はない。医療保険と同じく、受給者としての高齢者に負担を求める議論はあるとはいえ、65歳から70歳までの要介護認定率は2~3%にすぎず、平均要介護度も2くらい。給付対象を65歳以上から70歳以上に変えても、給付はほとんど減らない。年齢区分の話を持ち出すのは、実益が少ない。
- 80歳、85歳以上の方の医療と介護については、医療保険と介護保険を合わせたような長期療養の制度で包括的に見て、それ以前であれば介護保険と障害者総合支援が混ざった年齢を問わない制度で対応する、という話があってもよいのではないか。
- 他国では要介護者について、回復が可能な状態にあるのか、それとも亡くなるまで改善が見込めないなかできちんとしたケアを要する状態にあるのかを判定して、回復不可能な要介護者に対しては、リハビリサービス等を

給付しないといった割り切りを行っているように見える。実際に日本に適用できるのかはおいておくとしても、問題点は指摘してもいいのではないか。介護版 DPC のような、出来高ではない包括報酬にもつながる。

- 実際にサービスを受けている方の一人当たり給付費は、要介護度が同等であれば、年齢が異なってもほとんど変わらず、平均要介護度で給付の差はほぼ説明できる。一人当たりの介護給付費が増えているわけではない。適正化は、要介護認定率をコントロールできるかどうかに関わってくるので、フレイル対策が重要になる。現在の施策の方向性は間違っていない。
- 介護保険で非常に重要なポイントはアクセシビリティ。日本はフリーアクセス。介護も認定を受けたい人は受けて、受けた人は自由にサービスを受けるといふ、利用者の権利を相当保証した制度。適用、サービス、自己負担とは別にサービスに対するアクセスがある。社会保障改革会議の報告書では、地域完結と柔らかく書いてある。自分たちの被保険者にアクセスを保証するのか、あるいはコントロールするのが切り口としてある。
- 介護保険では、ケアプランを見たうえで、アウトカムベースで支払をする形や、医療から社会的処方を行う形の議論があってもいい。将来的に考えると、ケアプランのその後の検証がやはり必要。ケアマネは今の形でいいのか。
- アウトカムデータをいかに取るかが医療も含めて課題。ナショナルデータベースでそれが捕捉できるとかなりコントロールしやすくなるのではないか。
- 後期高齢者医療制度について、医療保険と介護保険を一体化することを視野に入れるのかも議論になるところである。
- 介護需要が増加するなかで、介護人材の確保が課題となるとともに、介護離職や老老介護等についても検討が必要となる。

健康保険組合の役割

- 2040 年を見据えた時、企業単位や終身雇用を基本とした健康保険組合の組織が維持できるのか、維持する場合に、健康保険組合の運営についてどのような問題が生じるのかを考える必要がある。
- 健保組合は企業の福利厚生の側面を持ってきたため、その位置付けが今後変わるのか、変わるべきかが問われる。

- 高齢者像や医療の変化を踏まえると、包括的な健康管理による健康の維持が医療費のコントロールにつながるため、療養費用を保証する機能だけでなく、予防も含めた管理を担う保険者機能なども重要な論点である。
- データを活用し、事業主と連携した疾病予防や健康増進を図るなど、保健事業へのタスクシフトが求められる場合、健保組合は規模も含めて効率化や人材の確保を考える必要がある。
- 健保組合の現場ごとに特性に応じた対策を現場目線で企画立案できる人材を、個々の組合がいかに確保し育成するのかは避けられない課題である。
- 社員をより健康にするために、健保組合はどのような役割を今後も果たしていくべきかという事業主の視点も含める必要がある。
- かかりつけ医の紹介や評価など、医療的側面も含めて評価ができる人材や体制を整備することや、疾病管理やフォーミュラリ、保険者独自のサービスの質の向上のためにできることがあると思う。集団的なポピュレーションアプローチを行う点で被用者保険の健保組合がサポートする価値があると思う。

健康保険組合連合会の役割

- 健保組合がサービスを提供するようなアルゴリズムの開発などの役割が健保連に求められるのではないかと。
- 健保組合の規模は様々であるため、かかりつけ医とのコラボレーションなどにおいて健保連は標準化できるような支援の仕組みを提示できると良い。
- 「健保組合を支える健保連」として、医療保険制度のあり方の議論をリードし、問題提起していくことが求められる役割だと思う。

参考資料

(※資料作成は各検討委員会時点である)

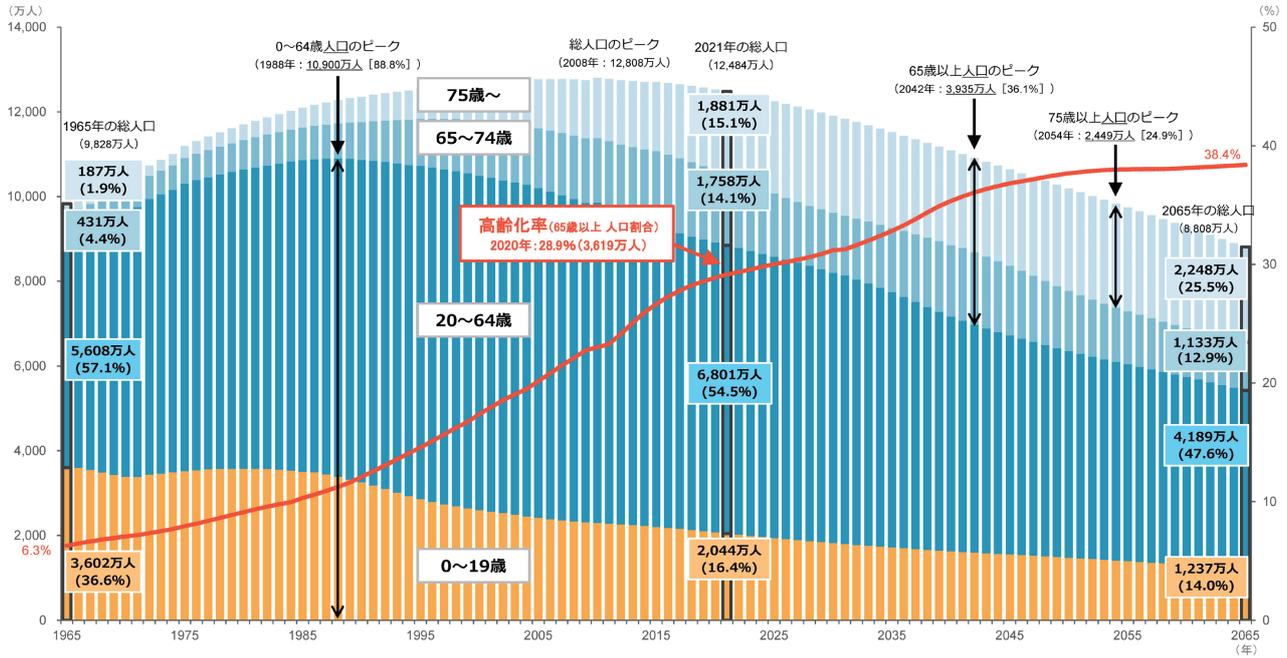
2040年に想定される
医療・医療保険制度を
取り巻く社会情勢の変化



進展する少子高齢化と
深刻化する医療費の増大

日本の人口の推移

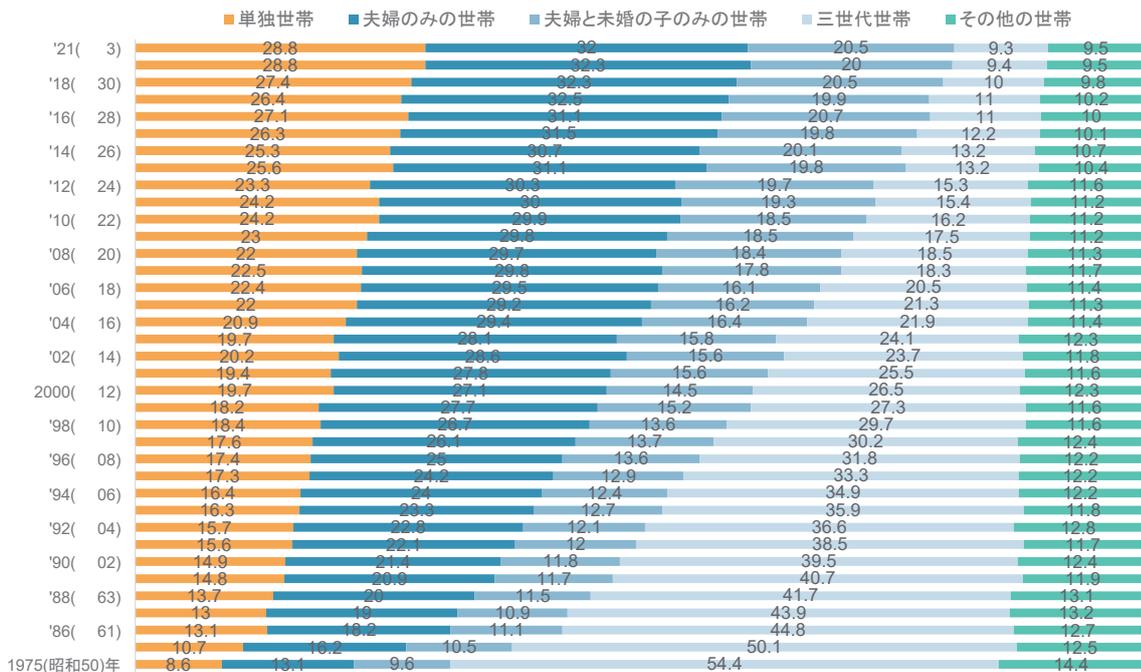
2025年以降も、他国に類を見ない速度で高齢化と少子化が進展し、人口が減少していく見通し。



(出所) 総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所
 「日本の将来推計人口(平成29年4月推計)」(出生中位・死亡中位仮定)
 (注) カッコ書きの計数は構成比

出典: 令和3年5月21日「財政健全化に向けた建議」(財政制度等審議会(財務省))

65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移



1 世帯票 第015表 65歳以上の者のいる世帯数-構成割合、世帯構造・年次別
 注: 1) 平成7年の数値は、兵庫県を除いたものである。 2) 平成23年の数値は、岩手県、宮城県及び福島県を除いたものである。
 3) 平成24年の数値は、福島県を除いたものである。 4) 平成28年の数値は、熊本県を除いたものである。 5) 令和2年は、調査を実施していない。

出典: 令和3年「国民生活基礎調査」(厚生労働省)

死亡数の状況



※2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年1月推計)」

出典:【1985～2015年】「人口動態統計」(厚生労働省)、【2020年以降】「日本の将来推計人口(平成29年1月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)より事務局作成

高額医薬品の保険収載等に係る最近の動向

新規医薬品等の保険収載に関する基本的な考え方について

- 我が国では、これまで、国民皆保険の下、「有効性及安全性が確認された医療であって、必要かつ適切なものは保険適用する」ことを基本に対応している。
- 現在、四半期再算定などにより効能追加などの状況変化に迅速に対応するとともに、最適使用推進ガイドラインを踏まえた使用の最適化などに取り組んでおり、また、今後、費用対効果評価の本格実施に向けて、その具体的内容について検討することとしている。

現在の薬価制度での高額医薬品への対応

- 効能・効果の追加等により年間販売額が極めて大きく拡大した医薬品であって、通常の薬価改定における再算定の検討に間に合わなかったケースに対応するため、緊急的に薬価の見直しを行う特例措置を平成28年に実施。あわせて、最適使用推進ガイドラインにより、革新的な新規作用機序を有する医薬品の使用を最適化。
- その後の薬価制度の抜本改革を経て、現行の薬価制度では、高額医薬品について以下のように一定の対応がとれるようになっている。

■ 国民皆保険の下、「有効性及安全性が確認された医療であって、必要かつ適切なものは保険適用する」ことを基本とし、薬価については以下のように対応。

- (1) 新規収載する医薬品が既存のものと同等の場合は同等の薬価とする(類似薬効比較方式)。比較する既収載医薬品がない場合は、原価計算方式で薬価を算定。
- (2) 薬価改定の際、実勢価を踏まえて薬価を引き下げ。
- (3) 保険収載後の効能追加等による市場規模の拡大に応じて市場拡大再算定等を実施して薬価を改定。

■ 平成30年度の薬価制度の抜本改革で、市場規模の拡大に応じて速やかに薬価を改定できるよう四半期再算定の仕組みを導入。

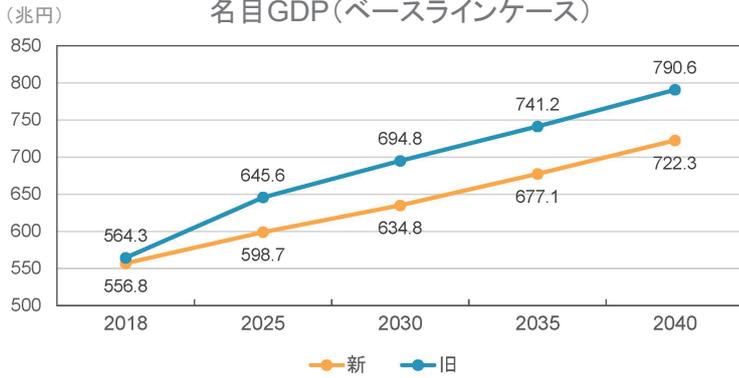
■ 革新性が高く市場規模が大きい品目については、費用対効果評価を試行的に行い、その結果に基づいて価格調整を実施。

- また、費用対効果評価については、今後の本格実施に向け、試行的実施において明らかになった技術的課題への対応策を整理した上で、具体的内容等について本年度中に結論を得ることとしている。

出典: 令和元年6月12日「第118回社会保障審議会医療保険部会」(厚生労働省)資料より事務局作成

経済成長の鈍化

名目GDP(ベースラインケース)



旧(政府推計):「国の2018年の推計」(内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」(平成30年5月21日))に基づく推計結果

新(健保連推計):内閣府中長期試算(2021年7月試算)でのベースラインケースおよびそれに接続する2019年の年金の財政検証におけるケースIV

国民医療費対GDP

年	現状投影:旧	計画ベース:旧	現状投影:新	計画ベース:新
2018	8.0%	8.0%	7.8%	7.8%
2025	8.7%	8.5%	8.8%	8.6%
2030	9.1%	8.9%	9.4%	9.1%
2035	9.5%	9.3%	9.8%	9.5%
2040	9.9%	9.7%	10.1%	9.9%

- **現状投影ケース:**現状(2018年度)の年齢別受療率・利用率を基に計算した将来の患者数や利用者数に基づく見通し
- **計画ベース:**地域医療構想、医療費適正化計画、介護保険事業計画等に基づいた見通し

出典:令和4年10月「医療保険制度の将来構想のための調査研究Ⅱ」(健保連)より慶應義塾大学 土居文朗教授の推計

国民医療費の制度別内訳の推計結果について

2018年に政府が発表した「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」に、足元の入院・入院外の患者数、受療率、医療費単価等を反映させ、2025年度、2030年度、2035年度、2040年度の**国民医療費を推計(基本ケースで2040年度に73.3兆円)**。制度別内訳については、**現行制度を前提**とした場合と**段階的に適用拡大を実施**することを想定した場合の推計を行った。 ※2018年の政府見通しのうち、経済見通しのベースラインケース、制度の現状投影ベースを見直して推計。

現行制度 (億円)

年度	2019	2025	2030	2035	2040
協会けんぽ	74852	85691	92943	101170	107759
健保組合	47299	53760	57789	61593	64712
市町村国保	102876	104512	112341	128436	145558
後期高齢者	170729	226868	270013	305264	341804
その他	48139	55322	61283	67143	72831
国民医療費(計)	443895	526153	594369	663606	732664

適用拡大後 (億円)

年度	2019	2025	2030	2035	2040
協会けんぽ	74852	86521	95394	108160	138042
健保組合	47299	54014	57920	61328	74385
市町村国保	102876	103548	109893	121860	105766
後期高齢者	170729	226868	270012	305264	341804
その他	48139	55202	61150	66994	72667
国民医療費(計)	443895	526153	594369	663606	732664



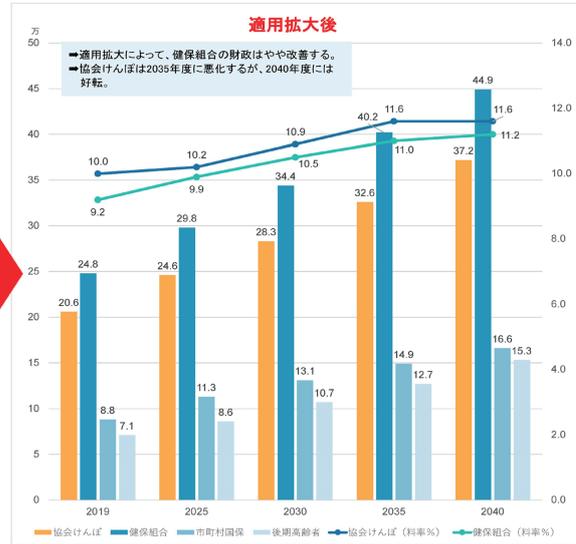
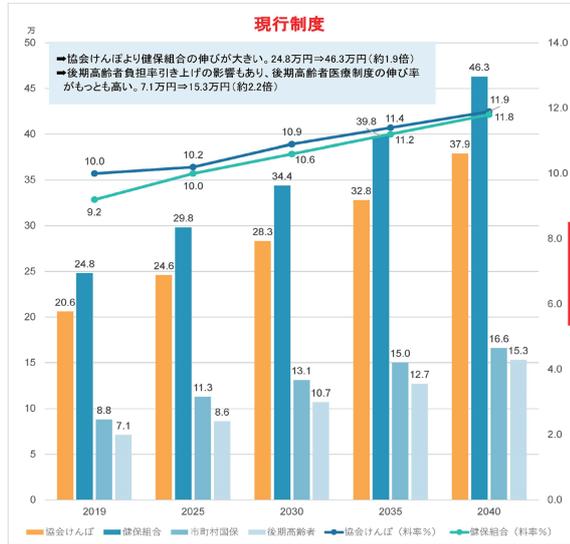
出典:令和4年10月「医療保険制度の将来構想のための調査研究Ⅱ」(健保連)

加入者1人当たり保険料額等の推計結果について

2019年度の加入者1人当たり保険料額等の実績を起点とし、将来推計人口(2017年)等をもとに、**現行制度を前提**とした2025年度、2030年度、2035年度、2040年度の制度別加入者1人当たり保険料額等を推計。あわせて、2020年改正法にもとづく被用者保険の適用拡大に加え、2040年度にかけて**段階的に適用拡大を実施することを想定**した場合の制度別加入者1人当たり保険料額等の推計も行った。※2018年の政府見通しのうち、経済見通しのベースラインケース、制度の現状投影ベースを見直して推計。

年度	2019	2025	2030	2035	2040
協会けんぽ	206,000	246,000	283,000	328,000	379,000
協会けんぽ (料率%)	10.0	10.2	10.9	11.4	11.9
健保組合	248,000	298,000	344,000	398,000	463,000
健保組合 (料率%)	9.2	10.0	10.8	11.2	11.8
市町村国保	88,000	113,000	131,000	150,000	168,000
後期高齢者	71,000	86,000	107,000	127,000	153,000

年度	2019	2025	2030	2035	2040
協会けんぽ	206,000	246,000	283,000	328,000	372,000
協会けんぽ (料率%)	10.0	10.2	10.9	11.6	11.6
健保組合	248,000	298,000	344,000	402,000	449,000
健保組合 (料率%)	9.2	9.9	10.5	11.0	11.2
市町村国保	88,000	113,000	131,000	149,000	166,000
後期高齢者	71,000	86,000	107,000	127,000	153,000

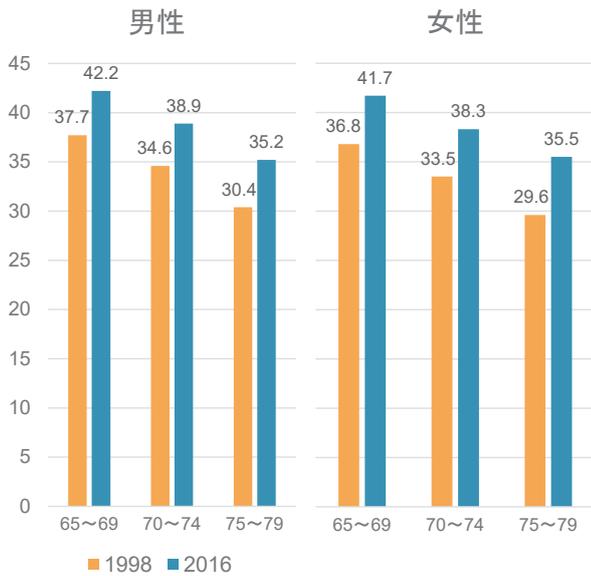


※健保組合の保険料率は、2019年度は設定保険料率の平均値、2025年度以降は収支均衡料率の平均値

出典：令和4年10月「医療保険制度の将来構想のための調査研究Ⅱ」(健保連)

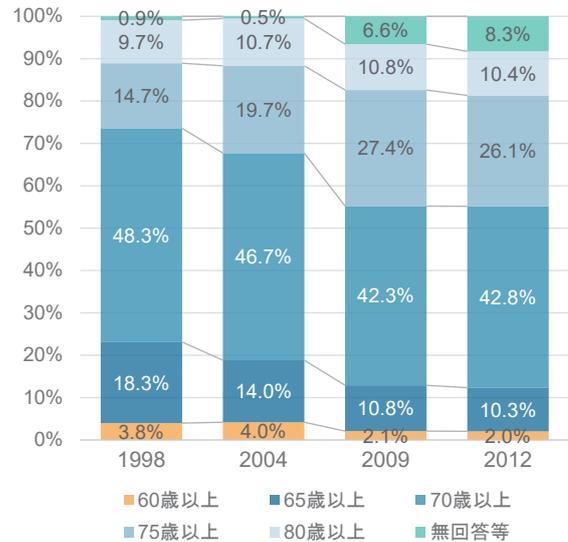
働き方の多様化と就労者像の変化

新体カテストの合計点の年次推移



(資料出所)
文部科学省「平成28年度体力・運動能力調査」

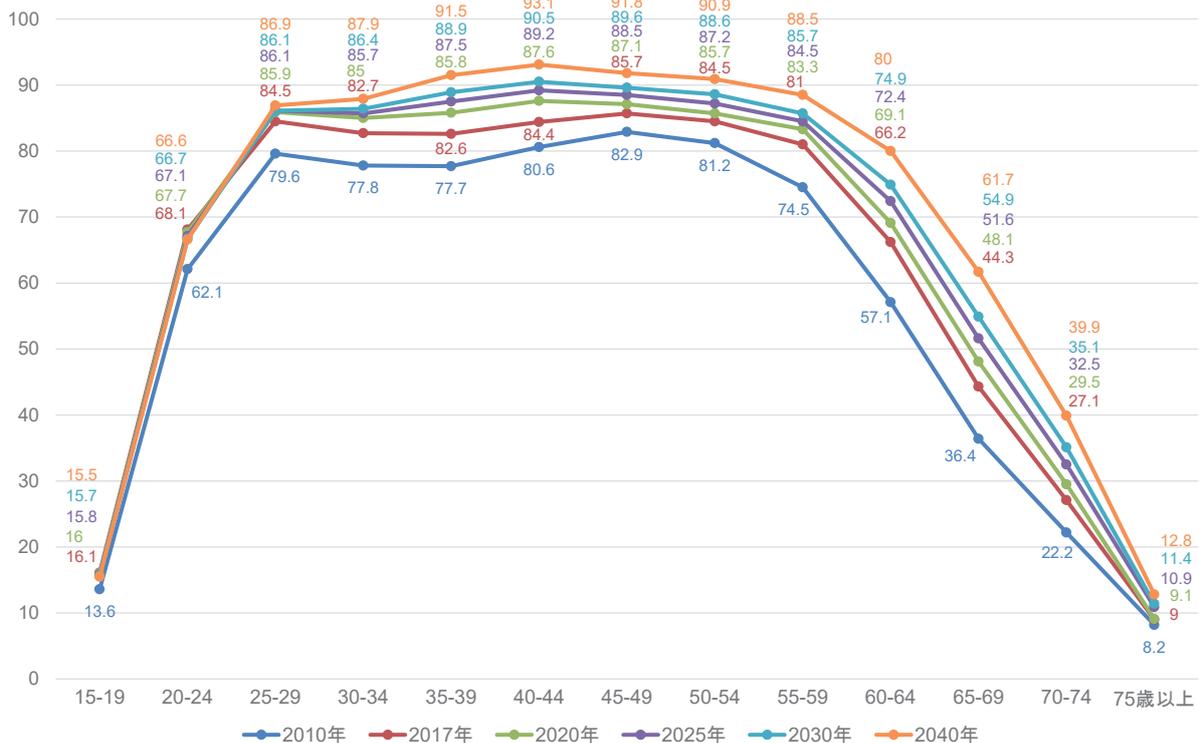
「高齢者とは何歳以上か」との質問への回答



(資料出所)
 ● ～2009年度：全国60歳以上の男女へのアンケート調査(内閣府「高齢者の日常生活に関する意識調査結果」より)
 ● 2012年度：昭和22年～24年生まれの全国の男女へのアンケート調査(内閣府「団塊の世代の意識に関する調査結果」より)

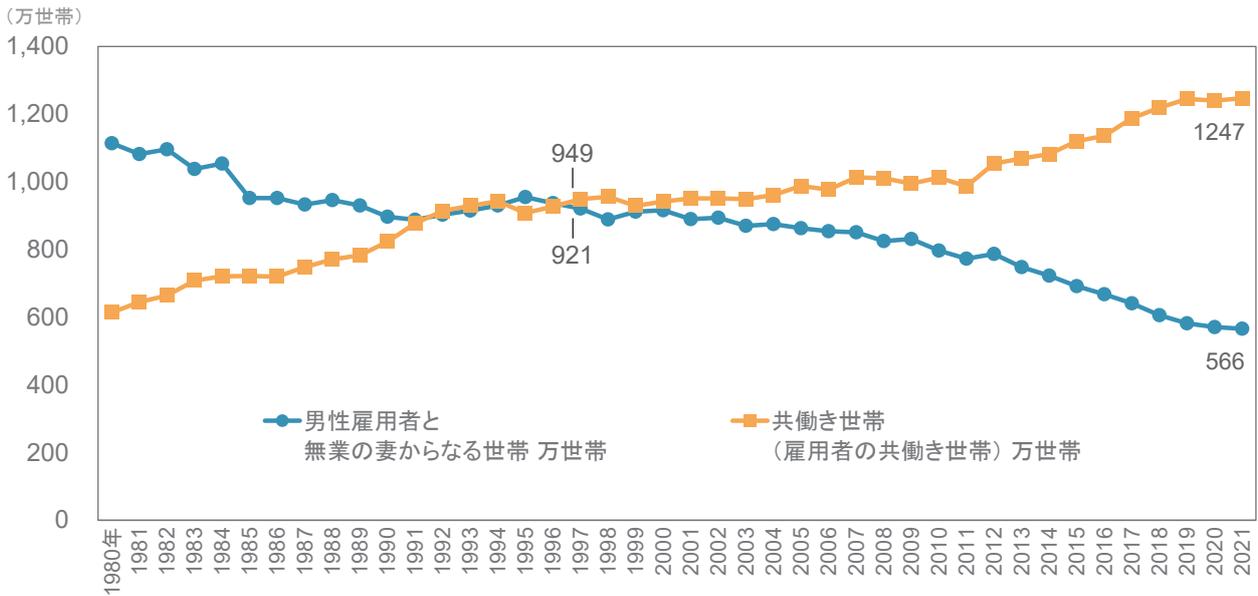
出典：平成31年3月20日「第76回社会保障審議会介護保険部会」(厚生労働省)資料より事務局作成

年齢階級別就業率の見通し ～労働力需給の推計(労働参加進展シナリオ)より～



出典：平成31年3月「労働力需給の推計」(労働政策研究・研修機構)より事務局作成

共働き等世帯数の推移

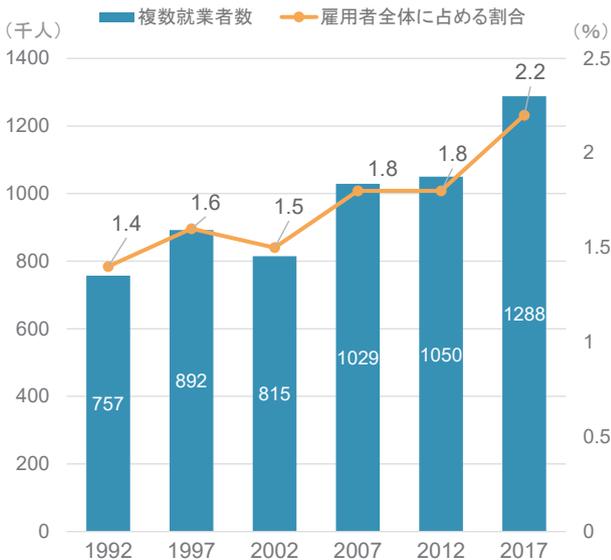


- 注1)「男性雇用者と無業の妻からなる世帯」は、夫が非農林業雇用者で妻が非就業者(非労働力人口及び完全失業者)の世帯。2018年以降は、厚生労働省「厚生労働白書」、内閣府「男女共同参画白書」に依り夫が非農林業雇用者で妻が非就業者(非労働力人口及び失業者)の世帯。
- 注2)「共働き世帯」は、夫婦ともに非農林業雇用者の世帯。
- 注3)2011年は岩手県、宮城県及び福島県を除く全国の結果。
- 注4)2013年～2016年は、2015年国勢調査基準のベンチマーク人口に基づく時系列用接続数値。

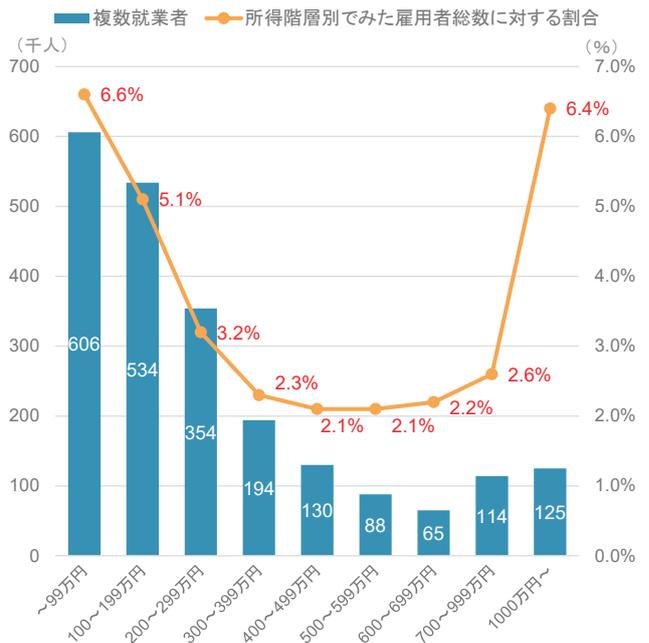
出典:「労働力調査特別調査」(総務省)、「労働力調査(詳細集計)」(総務省)、「統計情報」(労働政策研究・研修機構)より事務局作成

副業・兼業の動向

複数就業者数(雇用×雇用)の変化



複数就業者の本業の所得階級別分布



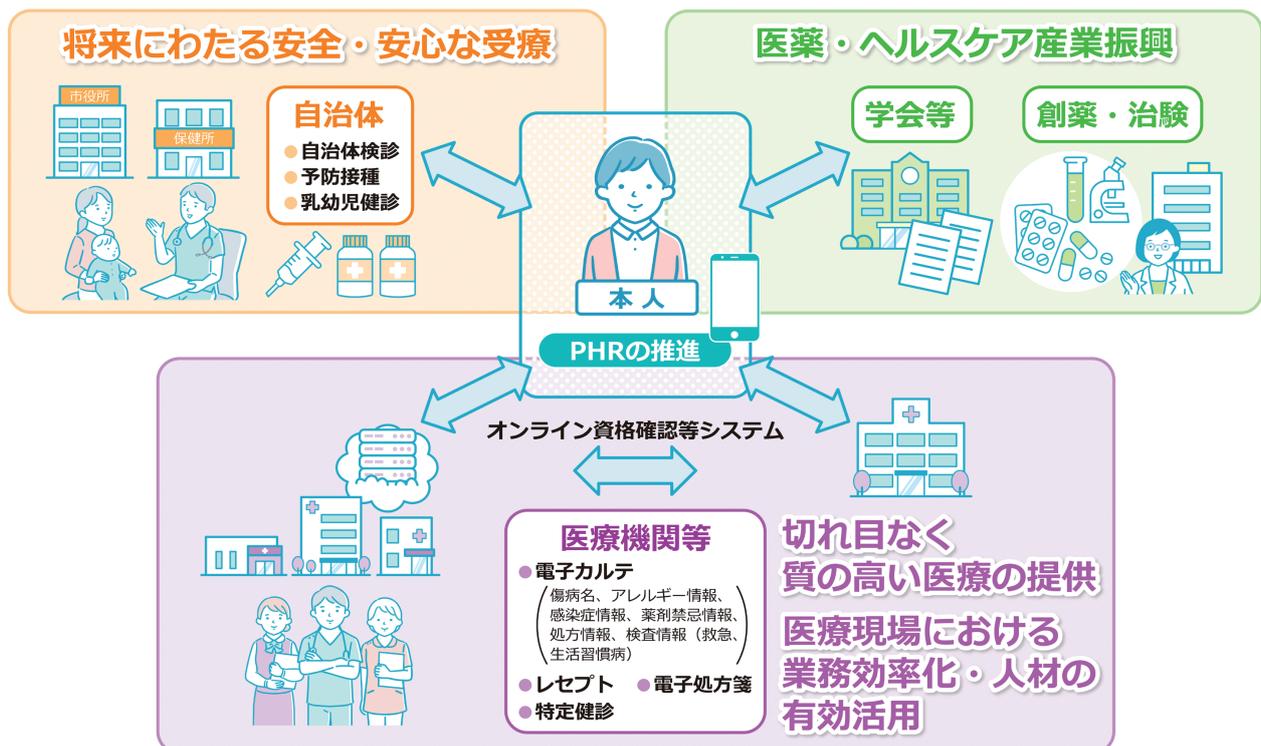
※「雇用者」には、「会社などの役員(会社の社長、取締役、監査役、団体・公益法人や独立行政法人の理事・監事などの役職にある者)」も含まれている。

(注)本業については雇用者。副業については雇用者だけでなく自営業主及び家族従事者を含む。

出典:平成30年12月18日「第1回働き方の多様化を踏まえた社会保険の対応に関する懇談会」(厚生労働省)資料より事務局作成

進む医療・健康情報の活用と 個人を取り巻くデジタル環境の整備

医療DXの目指す姿

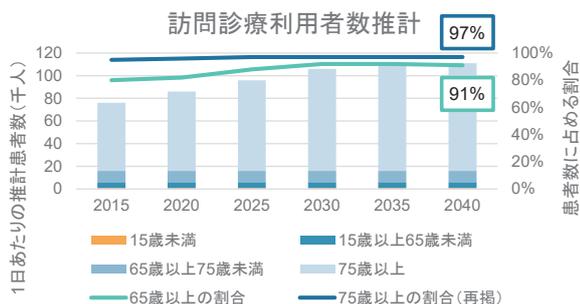
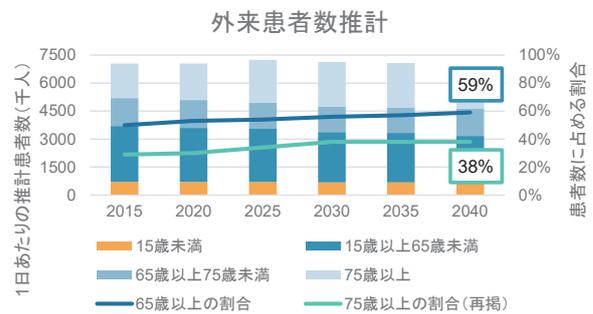
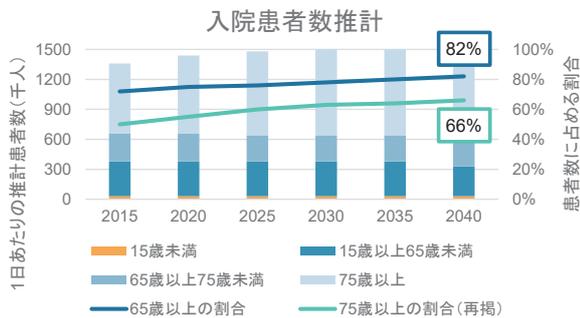


出典: 令和4年10月12日「第1回医療DX推進本部」(内閣官房)資料より事務局作成

1. 医療ニーズの変化、 医療費の増加にどのように対応するか

医療需要の変化

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となることが見込まれる。
- 外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。



出典：患者調査(平成29年)「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類の入院一外来の種別別」

「推計外来患者数(患者所在地)、施設の種類の外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)」

※病院、一般診療所を対象に集計。

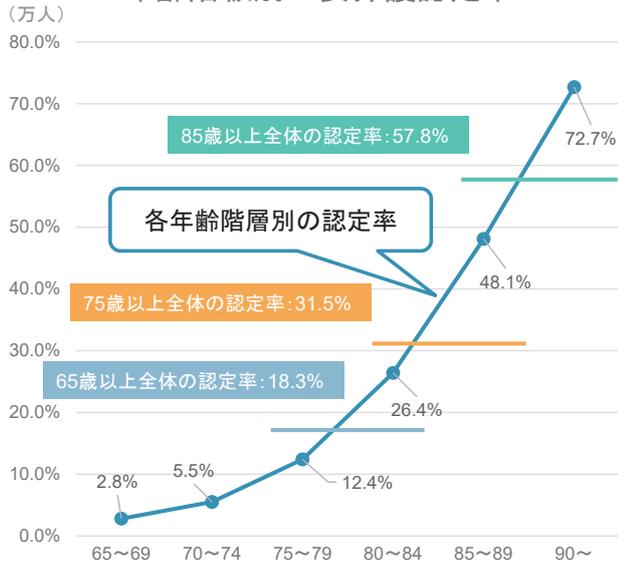
※二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

出典：令和4年3月4日「第7回第8次医療計画等に関する検討会」(厚生労働省)資料より事務局作成

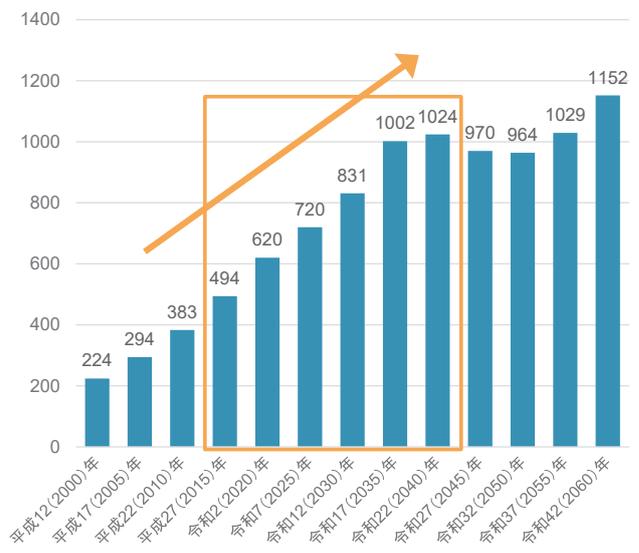
医療需要の変化 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

年齢階級別の要介護認定率



出典: 2020年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2020年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成。

85歳以上の人口の推移



出典: 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

出典: 令和4年3月4日「第7回第3次医療計画等に関する検討会」(厚生労働省)資料より事務局作成

日本、ドイツ、フランス、オランダ、韓国の公的介護制度について —制度概要及び適用対象者の比較—

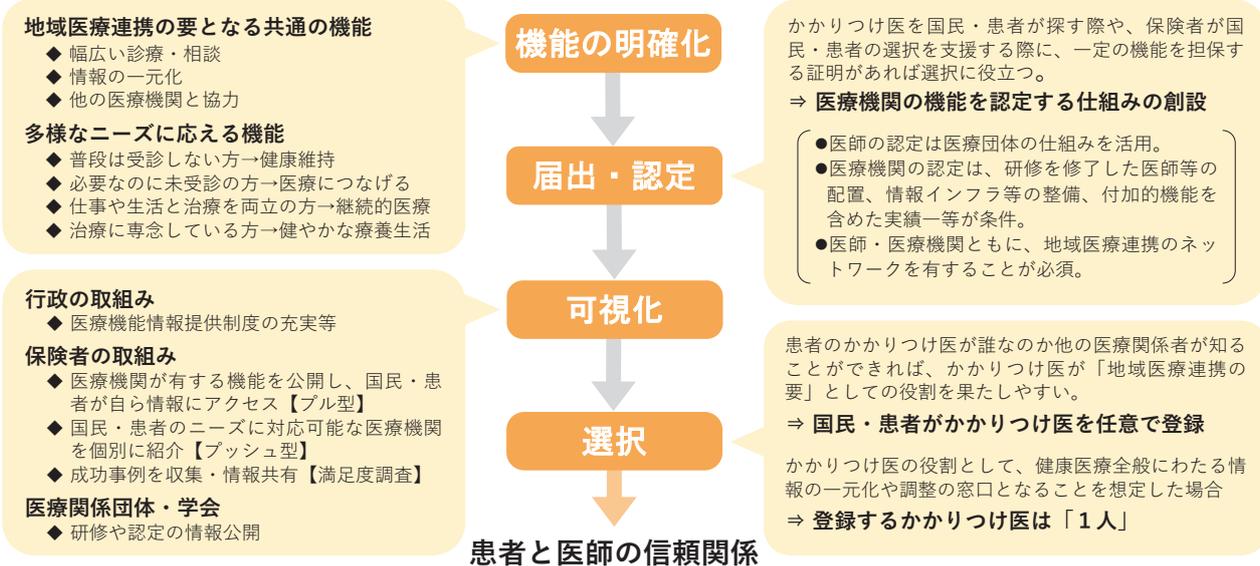
	日本	ドイツ	フランス	オランダ	韓国
制度名称	介護保険	介護保険	個別自立手当制度 (APA)	長期療養サービス保険 (Wlz)	老人長期療養保険
根拠法	介護保険法	社会法典第VI編 (社会介護保険)	社会福祉・家族法典第2巻第3編第2章個別自立手当制度	長期療養サービス保険法	老人長期療養保険法
施行年	2000年	1995年	2002年	2015年	2008年
制度の立て方	・ 医療保険とは独立した保険制度 ・ 地方自治体 (市町村) を保険者とする地域保険型	・ 医療保険者が介護保険者隣、医療および介護保険料を一体的に徴収	・ 税財源に基づく社会扶助制度	・ 医療保険とは独立した保険制度	・ 医療保険者が介護保険者となり、医療および介護保険料を一体的に徴収
加入対象	65歳以上 (第1号被保険者) 40~64歳 (第2号被保険者)	公的医療保険の加入者は公的介護保険へ、民間医療保険の加入者は民間介護保険へ加入する。(年齢制限なし)	保険制度ではないため加入者 (の概念) なし	オランダに居住する者 (年齢制限なし)	韓国に居住する者 (年齢制限なし)
受給者数	全体で約644万人、うち65歳以上は約630万人 (2018年4月末) 総人口の5.1%、65歳以上の18.1%に相当	公的介護保険全体で約369万人、うち65歳以上は約284万人 (2018年時点) 公的介護保険のみで総人口の4.5%、65歳以上人口の16.2%に相当	全体 (60歳以上) で約131万人 (2017年時点) 総人口の2.0%、60歳以上人口の7.6%に相当	全体で約31万人、うち65歳以上は約18万人 (2019年1月時点) 総人口の1.8%、65歳以上人口の5.4%に相当	全体で約59万人 (2017年時点) 総人口の1.1%、65歳以上人口の8%に相当
給付条件	要介護者または要支援の認定を受けた者 (原則として65歳以上だが、特定疾患により要介護・要支援の認定を受けた40~64歳の者も受給可能)	介護グレードの認定を受けた者 (年齢制限なし)	介護等級の認定を受けた者 (60歳以上)	下記の全ての条件を満たすと認定された者 (年齢制限なし) ・ 身体的な疾患、老年精神医学的な疾患 (認知症等)、知的障害または身体障害のいずれかを有している ・ 生涯にわたるケアを必要とすることが明らかである ・ 継続的な管理もしくは24時間のケアを必要とする	長期療養認定を受けた者 (主に65歳以上だが、老人性疾患を有し、長期療養認定を受けた65歳未満の者も含まれる)

出典: 令和2年3月「公的介護制度の国際比較調査」(健保連)より事務局作成

国民・患者が「かかりつけ医」を持てるようにするために

人口減少と更なる高齢化により保険財政と医療資源が限界を迎え、医療の最適化は必須。さらに、コロナ禍で必要な医療を受けられない問題が顕在化したことも踏まえれば、医療機能の分化・強化と連携に向けた改革として、「かかりつけ医」の制度・環境の整備は最重要課題。

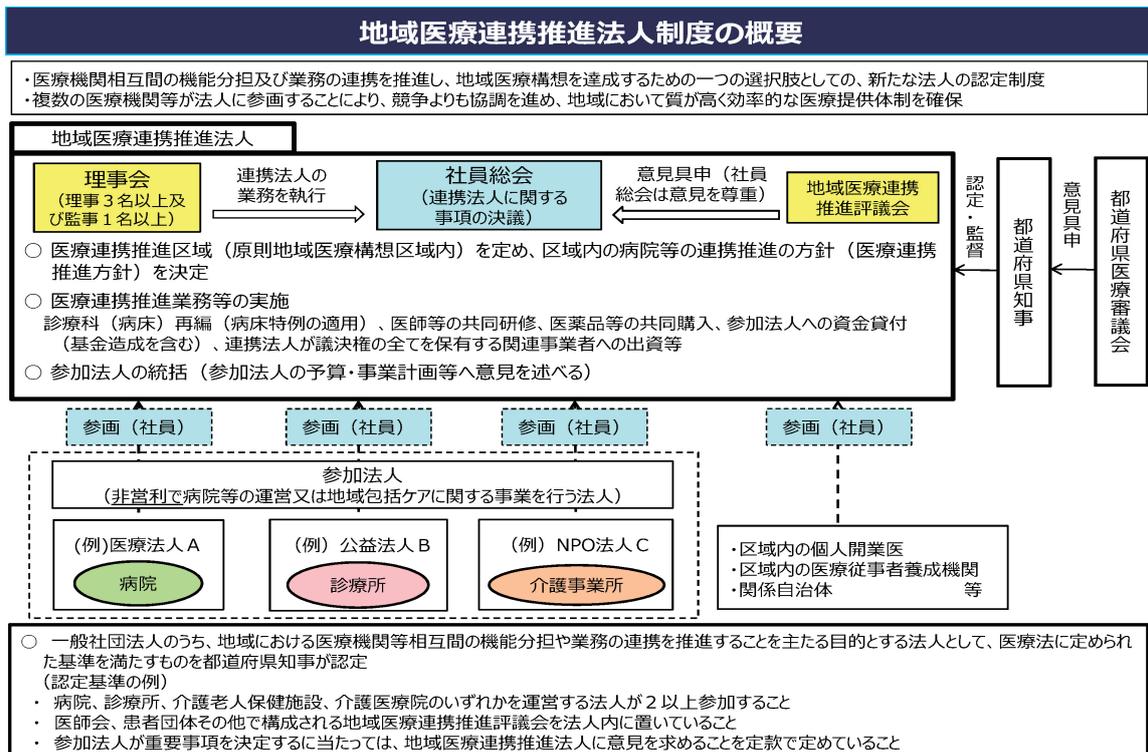
かかりつけ医の制度は「国民・患者の選択」が前提。「国民・患者の支援」が保険者の役割。



各保険者が自らの判断で、かかりつけ医と連携・協働することにより、それぞれの特性を踏まえて保健事業等を工夫できるようになる。

出典：令和4年11月8日「かかりつけ医の制度・環境の整備について（議論の整理）」（健保連）

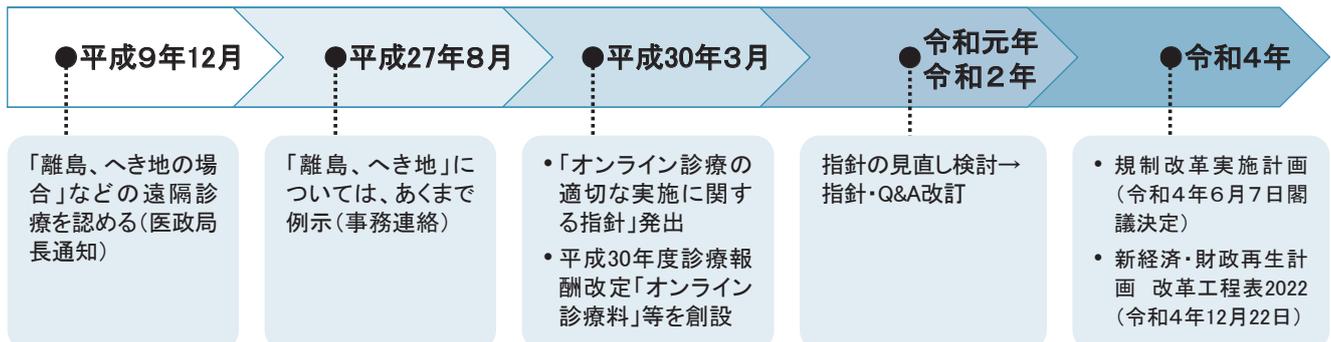
かかりつけ医をゲートキーパーとした地域連携グループの参考となり得る制度



出典：「地域医療連携推進法人制度について」（厚生労働省）

オンライン診療機会の拡大

- オンライン診療（遠隔診療）は、対面診療の補完として、離島やへき地の患者など限定的に行われることが想定されていたため、日常的に行うものについては、これまで、明確な基準やルール、特化した診療報酬がなかった。
- 近年の情報通信技術等の著しい進歩により、オンライン診療に対する現場の要請が高まってきたことに伴い、平成30年3月に「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を発出、平成30年度診療報酬改定において「オンライン診療料」等を創設。
- 厚生労働省は、通所介護事業所や公民館等の身近な場所での受診を可能とする必要があるとの指摘があることや、患者の勤務する職場においてはオンライン診療の実施が可能とされていることも踏まえ、デジタル デバイスに明るくない高齢者等の医療の確保の観点から、オンライン診療を受診することが可能な場所や条件について、課題を整理・検討し、結論を得る。（規制改革実施計画 令和4年6月7日閣議決定）
- 初診からのオンライン診療については「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において恒久化。また、新型コロナウイルス感染症の拡大に際してのオンライン診療・服薬指導の時的措置については着実に実施／適切なオンライン診療の普及のために、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の情報セキュリティに係る項目等の見直しに向けた取り組みを推進予定。（新経済・財政再生計画 改革工程表 2022 令和4年12月22日）



出典：平成31年1月23日「第1回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」、令和4年12月5日「第94回社会保障審議会医療部会」（厚生労働省）、令和4年12月22日「第16回経済財政諮問会議」（内閣府）資料より事務局作成

データに基づいたP4Pによる報酬体系 〈イギリスのGPに対するQOF: Quality and Outcome Framework〉

イギリスのGP (General Practitioner) に対する報酬は、人頭払い、出来高払いだけでなく、P4Pの仕組み (QOF) が導入された。

GPの診療報酬体系

報酬体系	概要
人頭支払い	<ul style="list-style-type: none"> 登録住民の年齢別、性別、医療ニーズに応じた住民一人当たりの包括報酬が支払われる。地域や登録患者の事情も加味する。 診療所の維持費、各種検診、簡単な外科的処置、時間外診療なども含めた額が支払われる 時間外診療を引き受けない場合は、その報酬分が差し引かれる
出来高払い	<ul style="list-style-type: none"> 特別なサービス（追加サービス）を提供すると報酬が出来高払いで追加される
QOF (Quality and Outcomes Framework)	<ul style="list-style-type: none"> 1臨床指標ごとに標準的な達成目標値を設定し、目標を達成すれば成功報酬が支払われる

出典：平成30年12月20日「新たな経済社会システムに対応した社会保障のあり方に関する調査研究」（日本総合研究所）

Pay for Performance (P4P) :

一定の治療効果が見込まれる一連の診療行為全体に対して、その効果・クオリティに応じた医療費を支払う方式。治療アウトカムを評価しやすいものを除いては、「いかに一般的に良いとされている医療行為を効率的に提供したか」（例えば、治療ガイドラインとの整合性）を評価して支払いが実施される形が想定されるのもPay for Performanceの1つの形。

出典：「日本の医療費支払い方式の将来像」（デロイトトーマツ）より事務局作成

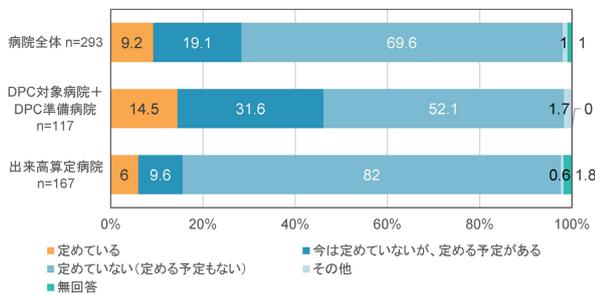
フォーミュラーについて

我が国でのフォーミュラーの厳密な定義はないが、一般的には、「医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針」を意味するものとして用いられている。

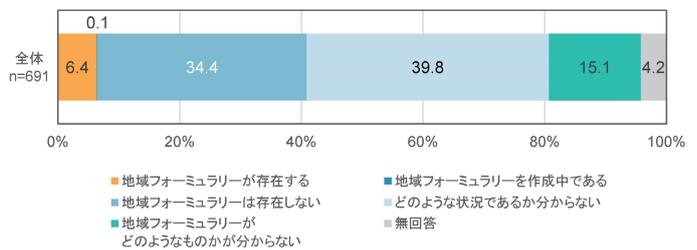
院内フォーミュラー及び地域フォーミュラーについて

	院内フォーミュラー	地域フォーミュラー
作成者	院内の医師や薬剤師	地域の医師(会)、薬剤師(会)、中核病院
ステークホルダー (意思決定者)	少ない (理事長・オーナー・薬剤部長など)	多い (診療所、薬局、中核病院、地域保険者、自治体など)
管理運営	病院薬剤師	薬剤師会(医師会)
難易度	易	難
地域の医療経済への影響度	小さい	大きい

病院におけるフォーミュラーの作成状況(単数回答)



薬局の所属する地域における地域フォーミュラーの状況



出典:診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(R3後発医薬品)

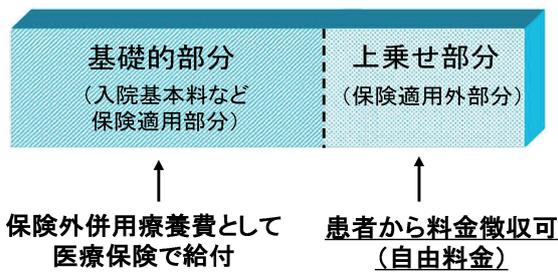
出典:令和3年12月8日「第503回中央社会保険医療協議会」(厚生労働省)資料より事務局作成

保険外併用療養費制度について

○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- ① 評価療養 } 保険導入のための評価を行うもの
- ② 患者申出療養 }
- ③ 選定療養 → 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み [評価療養の場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の揭示等)を明確に定めている。

〔平成18年の法改正により創設(特定療養費制度から範囲拡大)〕

○ 評価療養

- ・ 先進医療
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用 (用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用 (使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

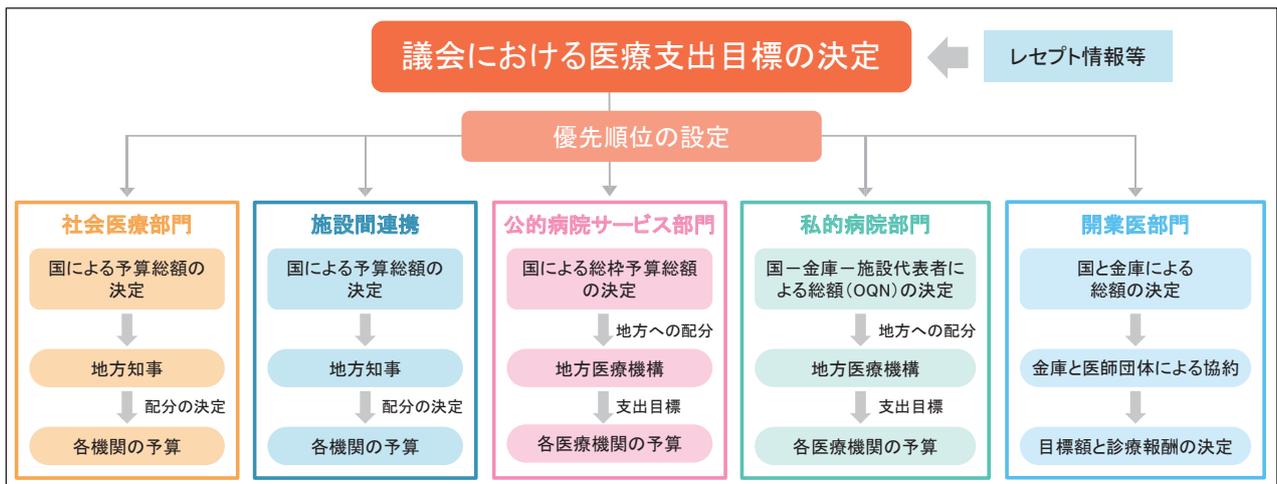
○ 患者申出療養

○ 選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

出典:「保険診療と保険外診療の併用について」(厚生労働省)

医療費の総額管理・調整の例 〈フランスの医療費支出国家目標制度(ONDAM)〉



出典：平成26年4月22日「第6回経済財政諮問会議」(内閣府)資料より事務局作成

- 1996年社会保障財政法により全国疾病保険支出目標(ONDAM)による目標管理制度を導入。8年連続で目標が達成。
- 2018年全国疾病保険支出目標(ONDAM)2.3%(対前年44億ユーロ増の2,000億ユーロ)実現に向けて、全体で41億6,500万ユーロの縮減のための抑制策として、
 - ①医療提供の構造化(受診経路の構造化、物品調達等の施設運営に関する効率化)
 - ②医薬品・医療機器の適正化・効率化(薬価引下げ、ジェネリック使用促進、バイオシミラー、医療機器価格引下げ、使用量の抑制、値引き)
 - ③医療行為の適正化・質(医学的抑制、適正化対策) ④病欠・移送の診断書の適正化・効率化(移送、傷病手当)
 - ⑤不正の監督・対策、 ⑥その他 が盛り込まれている。

出典：平成30年6月「独仏の医療保険制度に関する調査研究」(健保連)

2. どのような仕組みで 働き方の多様化を包摂するか

公的医療保険制度の適用範囲 概要一覧

	ドイツ	フランス*	オランダ**	韓国	日本
公的医療保険制度の概要	強制加入は一定所得未満の被用者等で国民が対象ではない。ただし、強制加入対象以外のものも、公的医療保険への任意加入が民間医療保険への加入が義務付けられており、公的医療保険、民間医療保険の併存により皆保険となっている。	基礎的医療保険と補足的医療保険の2階建て。 基礎的医療保険 : フランス居住者および就労者を幅広く対象とする一般制度と、農業従事者や特別職種の被用者を対象とした特別制度が並立。 補足的医療保険 : 基礎的医療保険の自己負担分や対象外となる医療費等を補償する民間医療保険。	長期療養サービス保険（日本の公的介護保険に相当）、短期医療保険（日本の公的医療保険に相当）および追加医療保険（公的医療保険を補完する任意加入の民間医療保険）の3層で構成される。	単一保険者による制度であるが、加入者の属性により、職場加入と地域加入の2つに区分されている。両者に給付内容の違いはないが、保険料の算定基準が異なる。また、国内に居住するすべての国民は強制加入対象である。	被用者保険である健康保険（健康組合・協会けんぽ）及び共済と、地域保険である国民健康保険及び後期高齢者医療による皆保険となっている。
被保険者	被用者、農業者、芸術家、出版者、無職者、年金受給者、大学生等 ※就労者のうち、所得が保険加入義務上限（2019年は6万7500ユーロ/年、5,062,500ユーロ/月）未満のものが対象。	就労しているものはすべて強制加入対象。就労していない場合、フランスに合法的かつ安定的に長期滞在するものは強制加入対象。 ※雇用形態や労働時間、所得に基づく適用基準は存在せず。短時間労働者や複数事業所で働く被用者、低所得者も、強制加入対象である。 ※年金受給者は通常の所得比例保険料、補足的医療保険料(CSM)とも免除される。	就労しているものはすべて強制加入対象。就労していない場合、オランダに居住するものは強制加入対象。 ※雇用形態や労働時間、所得に基づく適用基準は存在せず。短時間労働者や複数事業所で働く被用者、低所得者も強制加入対象である。 ※ただし、18歳未満の子どもは保険料負担免除	被用者は一部例外を除いて職場加入となり、職場加入とその被扶養者以外のものはすべて地域加入となる。 ※非常勤の被用者、1か月の所定労働時間が60時間未満の短時間被用者は地域加入となる（職場加入者の被扶養者として加入する場合を除く）。 ※雇用形態や労働時間、所得に基づく適用基準は存在せず。短時間被用者や複数事業所で働く被用者、低所得者も強制加入対象である。	
被扶養者	下記のものには家族被保険者としての加入資格を有する。※原則として国内に居住していることが要件。 ①1か月前の所得が4500ユーロ未満（2019年時点）の配偶者、養育した養育子または同性のパートナー ②18歳未満の子ども ※就労者は23歳まで、学生や福祉業務従事者は25歳まで可	18歳未満の子どものみ ※18歳未満で所得がある場合は、被保険者として公的医療保険に加入する。		職場加入、被用者の配偶者、被用者またはその配偶者の父母、祖父・外祖母以上の直系尊属、子・孫以下の直系尊属、18歳未満または55歳以上の兄弟姉妹 ※所得・財産が一定額以下の者に限る。 地域加入、被扶養者資格なし。ただし、一定以上の所得や財産をもたない未成年者は保険料負担なし（外国人はこの規定の対象外）。	被用者保険、配偶者（内縁含む）、子、父母、孫、祖父及び兄弟姉妹、その他の三親等内の親族 ※国内居住要件、生計維持要件（年収130万円未満等）、同一世帯要件（婚姻により不要となる）を満たす者に限る 地域保険、被扶養者制度なし
保険料負担の有無	なし	なし	なし	なし	なし
適用対象外	下記のものは強制加入対象外（任意加入は可能） ①所得が保険加入義務上限（2019年は6万7500ユーロ/年、5,062,500ユーロ/月）を超える被用者 ②公務員、職業軍人等の医療費対象外者 ③宗教団体構成員等 ④自営業者・自由業者	—	オランダ軍人、信念に基づく保険加入拒否者、囚人、広域看護者（政治生命看護） ※患者者として強制加入拒否者は、加入が免除されるも保険料相当額を納税しなければならない。	医療費が公費負担となる者（医療給付法の対象者、低所得者、有労者、種別者等）	生活保護受給者は、国民健康保険制度や後期高齢者医療制度が適用除外となる。（被用者保険の被扶養者又は被扶養者については、各制度において給付されない部分が医療扶助の給付対象）
特別な状況	・ミニジョブ被用者（所得が4500ユーロ/月未満または、勤務日数が週5日の場合は年間3か月以下、週5日未満の場合は年間70日以下の被用者は強制加入対象外（公的医療保険の家族被扶養者（被扶養者）として加入する場合を除く）） ・複数事業所で働く場合、すべての事業所の所得の合計が4500ユーロ/月以上のもの、勤務日数が週8日の場合は合計年間6か月を超えるもの、週5日未満の場合は合計年間70日を超えるものは強制加入対象となる。 ・外国人被用者への適用条件は、ドイツ国民と同様である。家族被保険者（被扶養者）は、EU加盟国からの通勤者等の家族を除いて、原則として国内居住が求められるが、社会保障協定の内容によっては国外居住者が認められる場合もある。	・外国人被用者への適用条件は、フランス国民と同様である。非被用者の場合、連続して6か月または年間合計6か月以上滞在する場合は強制加入対象となる。被扶養者もフランス国民と同様に18歳未満の子どものみが対象であり、EU加盟国からの通勤者等の家族を除いて、原則として国内居住が求められる。	・外国人被用者への適用条件は、オランダ国民と同様である。非被用者の場合、4か月を超えて滞在する場合は強制加入対象となる。被扶養者は、EU加盟国からの通勤者等の家族を除いて、原則として国内居住が求められる。	・外国人被用者への適用条件は、韓国国民と同様である。非被用者の場合、6か月以上滞在する場合は地域加入者として強制加入対象となる。被扶養者は原則として国内居住が求められる。	・外国人に対する被用者保険の適用条件は、原則として、日本国民と同様である。地域保険は、在留期間が3か月を超える場合は強制加入対象となる。被扶養者は原則として国内居住が求められる。

*フランスの適用対象以下の記述は、基礎的医療保険の一般制度について記載している。
**オランダの適用対象以下の記述は、短期医療保険制度について記載している。

出典：令和元年10月「公的医療保険における適用対象範囲に関する国際比較レポート」（健保連）より事務局作成

被扶養者制度

被扶養者制度の変遷

被扶養者に対する保険給付は、健康保険法施行当初は行われなかったが、昭和14年の改正により、いわゆる銃後の守り、職場挺身者の家族の生活安定という目的で家族補給金の形で、**任意給付**として創設された。その後、昭和17年の改正により**法定給付**に改められ、保険事故に出生を追加、昭和22年に死亡に関する給付が加わった。現在に至るまで、医療保険では、被保険者によって生計を維持されている被扶養者の疾病等は、被保険者にとって経済上の負担となることから、**被保険者の生活の安定のために**、被扶養者についても保険給付を行ってきた。

被扶養者の範囲は、任意給付創設時には一年以上被保険者であった者の**世帯員**（専ら生計を維持される者に限る）とされており、法定給付となった際に、配偶者（内縁含む）と子についての同一世帯要件が除かれ、昭和20年には直系尊属も同一世帯要件が除かれた。昭和32年改正において、「専ら生計を維持される者」から「主として生計を維持される者」に要件が緩和される一方、**親族関係のない者まで包含していた範囲を民法の扶養義務者の最大限（三親等内の親族）に一致させた**。その後、昭和48年改正で孫と弟妹、平成24年改正で兄弟姉妹について同一世帯要件が除かれた。

制度の運用

被扶養者制度にかかる実際の運用は、以下のとおりとなっている。

- 健康保険法（第3条）：被扶養者の範囲・生計維持要件・同一世帯要件・国内居住要件を定義
- 健康保険法施行規則（第38条）：届出について規定
- 通知・事務連絡：いわゆる**130万要件**や要件確認事務、夫婦共同扶養の取扱い等を規定

R2.4.1 施行

被扶養者認定基準（130万要件）の経緯

いわゆる**130万要件**は、**昭和52年通知「収入がある者についての被扶養者の認定について」**で規定

昭和61年4月まで

52年4月	56年4月	58年4月	59年4月	61年4月
70万円	80万円	据置き	90万円	据置き

昭和62年5月以降

62年5月	元年5月	4年1月	4年4月	5年4月
100万円	110万円	120万円	据置き	130万円

年齢及び障害の特例

昭和56年4月より、65歳以上の高齢者と概ね障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者については基準を120万円とする特例が設けられた。昭和61年4月より年齢の特例は**60歳以上**とされ、金額も段階的に引き上げられ、現在のところ**180万円**とされている。

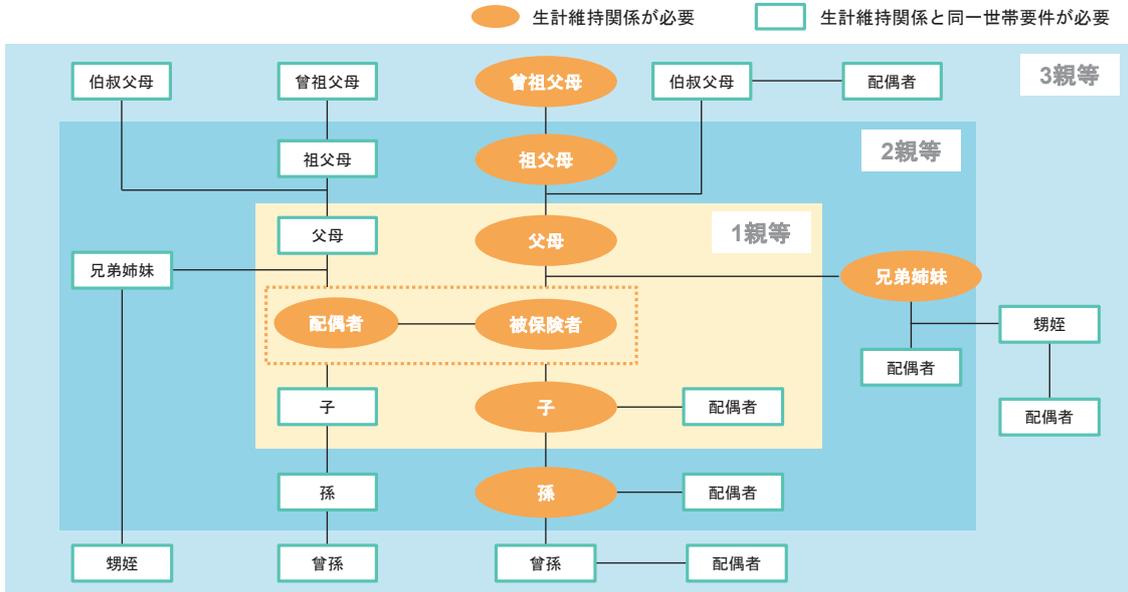
出典：事務局作成

健康保険における被扶養者の範囲

- 健康保険においては、被扶養者認定にあたり、被保険者の直系尊属、配偶者(事実婚含)、子、孫、及び兄弟姉妹については、①主として被保険者の収入によって生計を維持していることが必要*。また、上記以外の三親等以内の親族については①に加えて、②被保険者と同居していることが必要

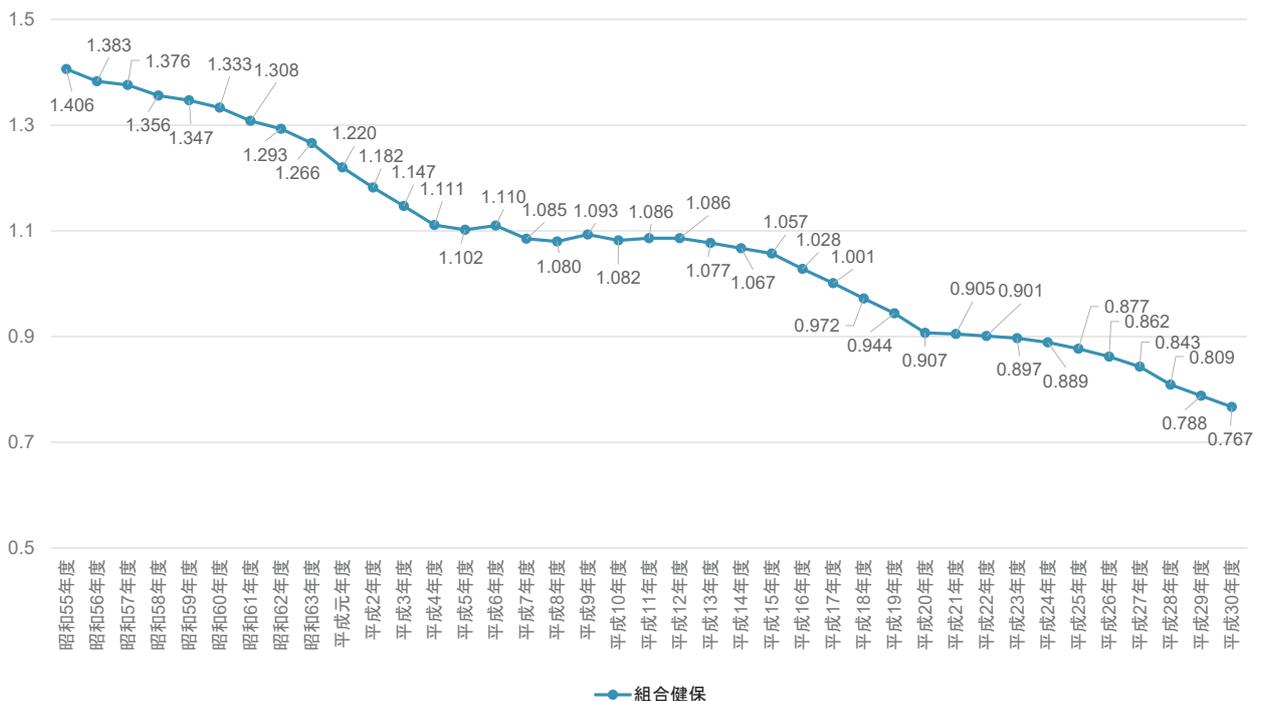
*主として被保険者の収入によって生計を維持していること(生計維持要件)

生計維持要件については、被保険者と同居している場合には、対象者の年収が130万円未満で(60歳以上及び障害年金が受けられる程度の障害者であれば180万円未満)、被保険者の年収の半分未満であることが必要である。また、同一世帯にない場合は、対象者年収基準は同居している場合と同一で、かつ被保険者からの仕送額より少ないことが必要(昭和52年4月6日保発第9号・庁保発第9号)



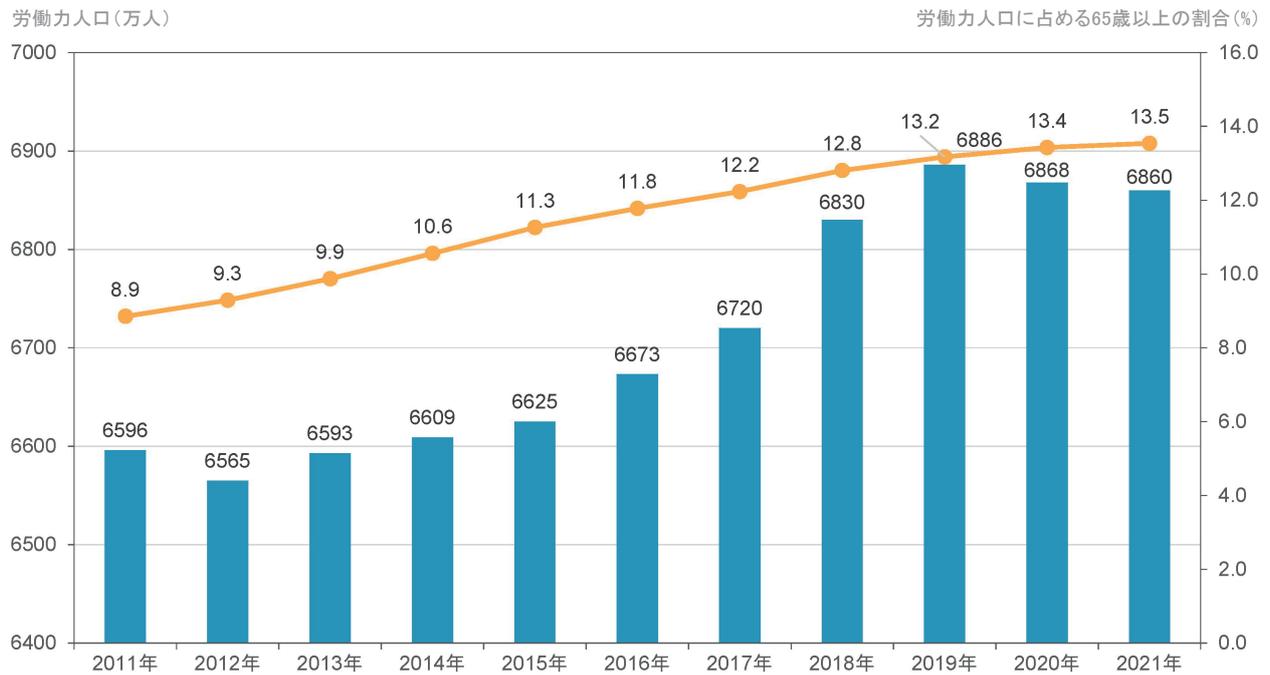
出典: 事務局作成

組合健保扶養率の推移(昭和55年度～平成30年度)【年度末現在】



出典: 令和3年1月「医療保険に関する基礎資料」(厚生労働省)、「健康保険組合の現勢」(健保連)より事務局作成

高齢者の就業状況



注1 「労働力人口」とは、15歳以上人口のうち、就業者と完全失業者を合わせたものをいう。

注2 2011年は岩手県、宮城県及び福島県において調査実施が一時困難となったため、補完的に推計した値を用いている。

出典：令和3年「労働力調査(基本集計)」(総務省)より事務局作成

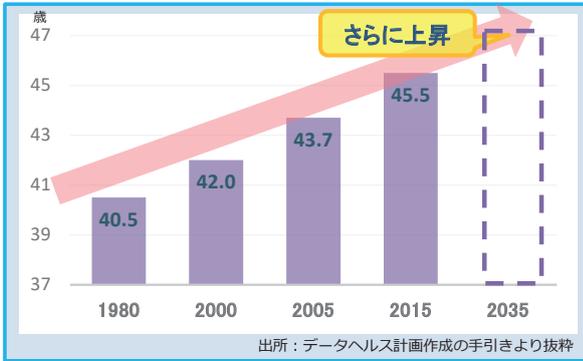
3. その時、健保組合に求められる 役割はなにか

価値向上への新たな取り組み①

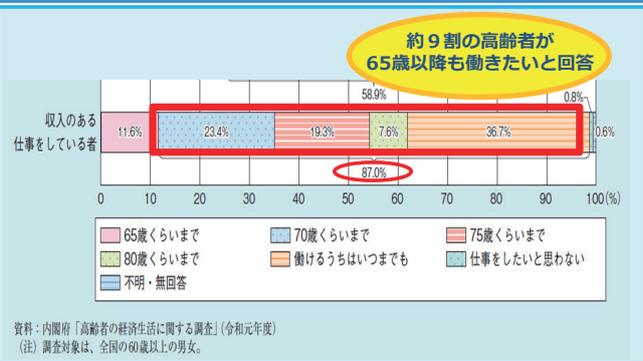
〈社会環境の変化に伴う対応〉社会の高齢化

- 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

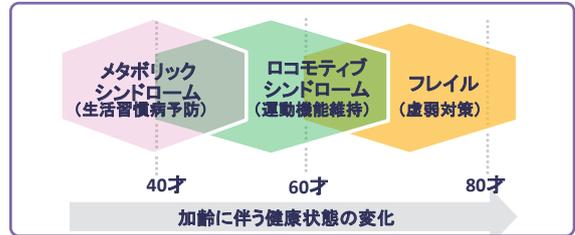


高齢者の就労意欲



- ✓ **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。



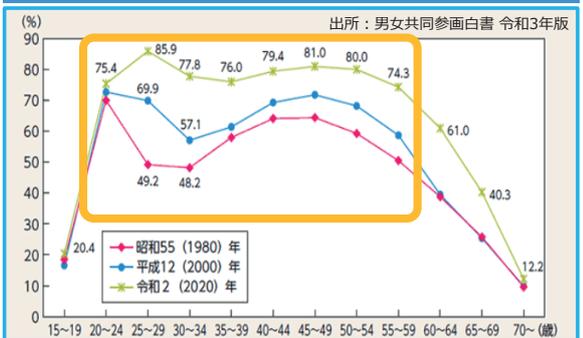
出典：令和3年10月「健保組合・健保連の提言」(健保連)

価値向上への新たな取り組み②

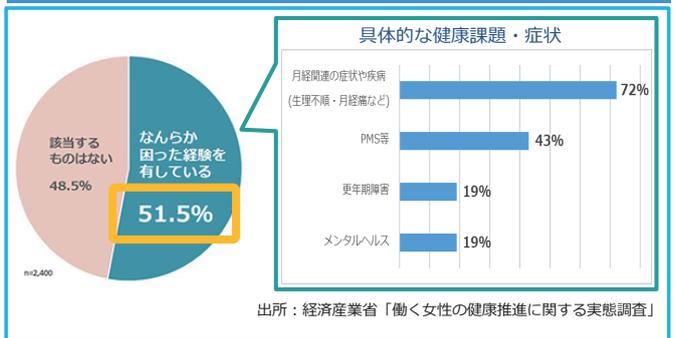
〈社会環境の変化に伴う対応〉女性の社会進出

- 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＞※○は発症の多い年代

年代	女性特有の健康リスク					男女共通の健康リスク		
	PMS等	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



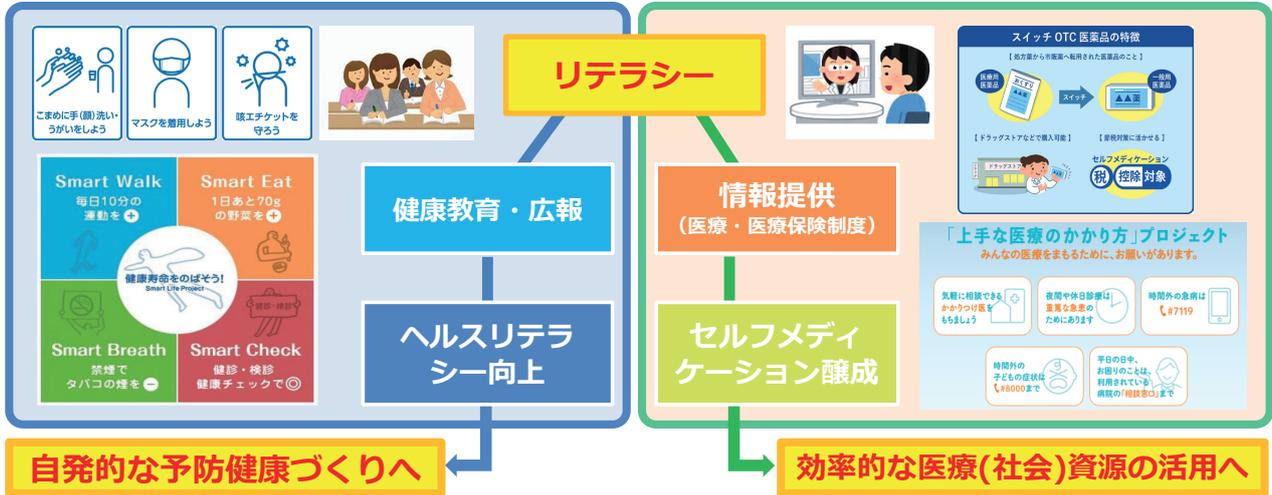
出典：令和3年10月「健保組合・健保連の提言」(健保連)

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)

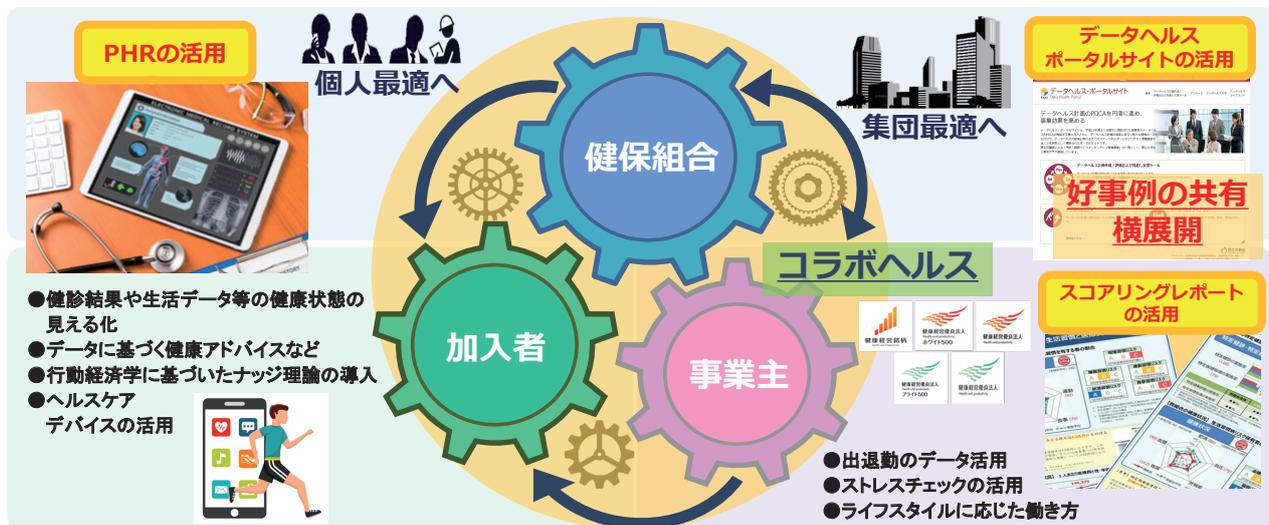
出典：令和3年10月「健保組合・健保連の提言」(健保連)

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

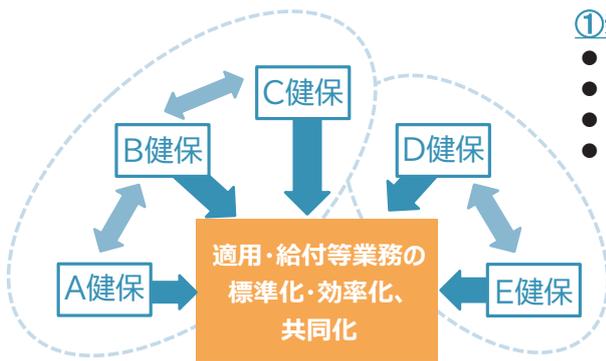
- ✓ 個々人の健康状態にあったオーダーメイド型の健診・予防サービスの提供
- ✓ 事業主の健康経営等の取組状況に応じたコラボヘルスの展開



〈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

出典：令和3年10月「健保組合・健保連の提言」(健保連)

医療保険制度・健保組合は2040年にどのような姿にTransformするか(イメージ)



①新たな役割を担うための健保組合の体制強化

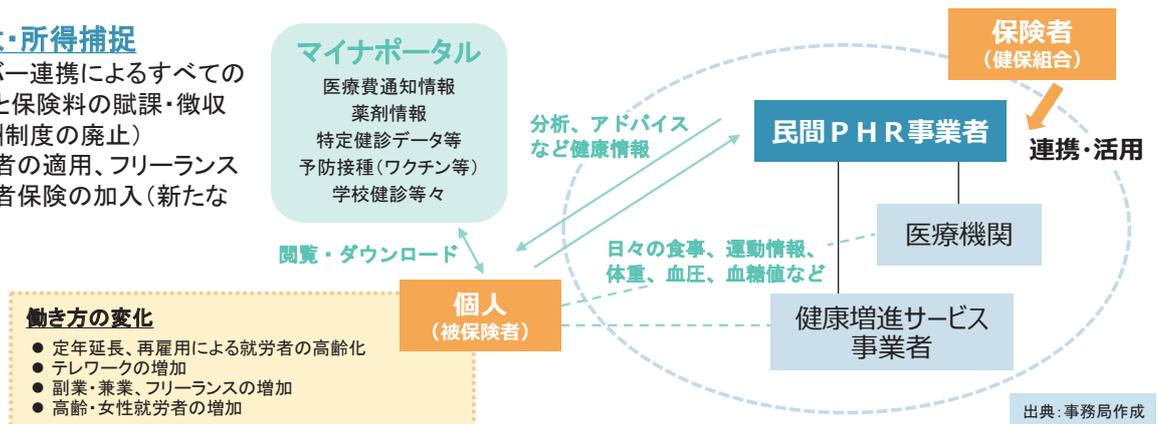
- 適用・給付など業務の標準化・効率化、共同化
- 加入者への新たなアプローチなど保険者機能のタスク・シフト
- DXを担うための人材の確保・養成
- 新たな合併の選択肢等

②保険者機能のあり方の変化

- 個人単位に最適化されたきめ細かなサービス
- 個々の加入者のニーズに対応した新たなサービス提供
 - 「提案型・プッシュ型」サービス
 - PHRリテラシーの向上・教育
- 被保険者の代理人として医療提供体制との交渉・契約

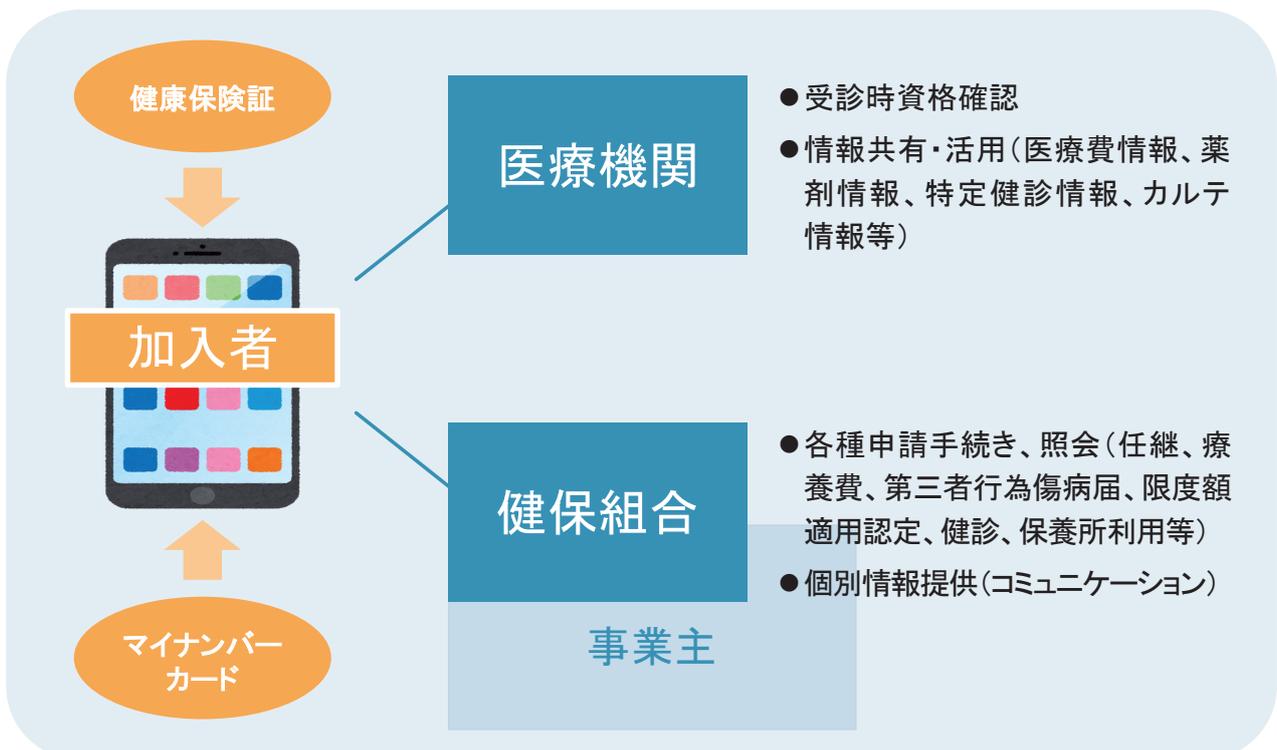
③適用拡大・所得捕捉

- マイナンバー連携によるすべての所得捕捉と保険料の賦課・徴収(標準報酬制度の廃止)
- 複数就業者の適用、フリーランス等の被用者保険の加入(新たな制度)



出典:事務局作成

情報プラットフォーム

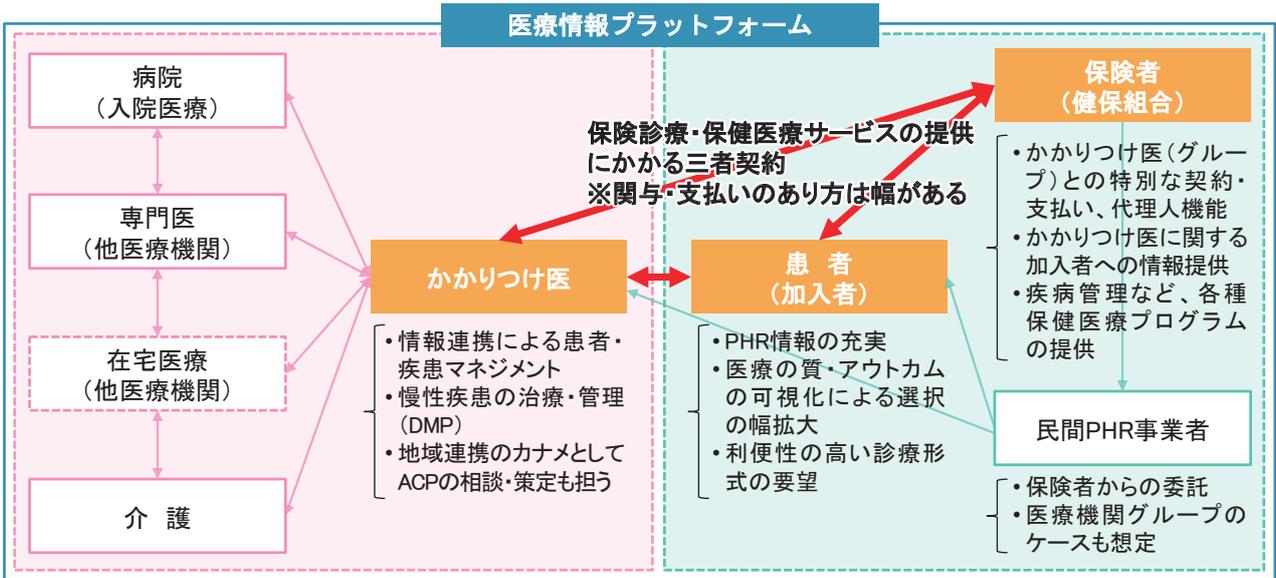


- 受診時資格確認
- 情報共有・活用(医療費情報、薬剤情報、特定健診情報、カルテ情報等)

- 各種申請手続き、照会(任継、療養費、第三者行為傷病届、限度額適用認定、健診、保養所利用等)
- 個別情報提供(コミュニケーション)

出典:事務局作成

医療提供体制・診療報酬体系は2040年にどのような姿にTransformするか(イメージ)



医療機関グループ(地域連携推進法人等)

- ・医療機関間の適切な役割分担と機能連携
- ・患者情報にかかわる即時的な情報連携(ワンストップ化・ワンスオンリー化)
- ・医療・介護の一体的・効率的提供
- ・「グループ単位」での患者・保険者との契約、医療の質・P4Pによる支払い(包括化・契約払い)

加入者・保険者

- ・PHRにもとづく個別最適化した保健医療サービスの提供・利用
- ・加入者数やファイナンス、情報量を背景にした「かかりつけ医」(グループ)との契約交渉・支払い

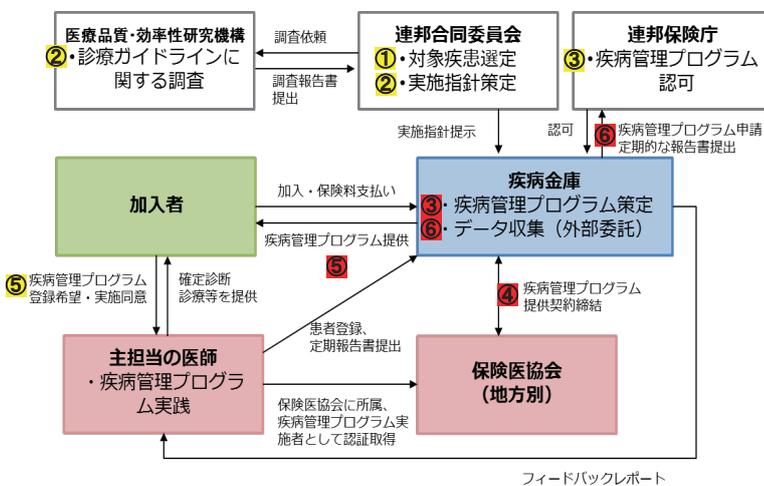
出典: 事務局作成

かかりつけ医と保険者のコラボレーションによる加入者へのサービス提供の例 (ドイツにおける慢性疾患の発症・重症化予防(疾病管理:DMP)の取り組み)

疾病管理プログラム(DMP)の主な流れ

根拠法令 社会法典第V編 第137条f
(慢性疾患における構造化された治療プログラム)

図表 DMPの関係者相関図



出典: 社会法典第V編第137条f、連邦合同委員会、疾病管理プログラム実施指針等より事務局作成

※図中①～⑥はDMPの主な流れ。赤字は特に疾病金庫の関与が強い部分

①対象疾患選定

②DMP実施指針の策定

- ・医療品質・効率性研究機構(IQWiG)が各国の診療ガイドラインを調査・報告

③各疾病金庫によるDMP策定・認可

- ・実施指針に沿って行われるため、疾病金庫間での提供内容の差別化はほとんどない

④DMPに関する医療提供者との契約

- ・プログラムの発効から1年以内に、疾病金庫は保険医協会や病院と疾病管理プログラムの実施について契約を締結し、加入者に提供できる体制を整備

⑤DMP登録希望者への提供・契約

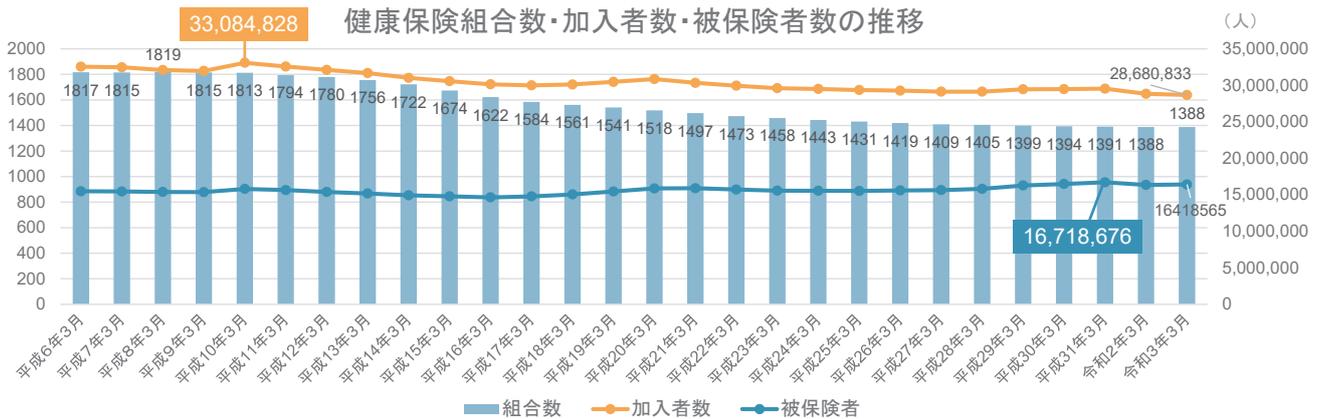
- ・DMPへの登録希望加入者は、疾病金庫とプログラム実施についての契約を締結している医師に参加を申し出、DMPの疾患の確定診断を受け、かつ医師によってDMP参加による恩恵を受けられると判断された場合、主治の医師と登録に関する契約を締結

⑥品質報告書の作成・提出・公開

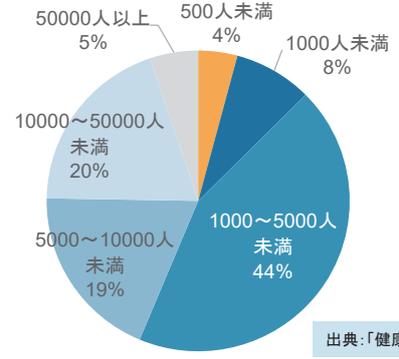
- ・疾病金庫はDMPにかかる1年間の品質報告書を作成し、連邦保険庁に提出。また、36か月ごとに品質報告書の公表を義務づけられている

出典: 令和元年6月「保険者等による慢性疾患の発症・重症化予防に関する国際比較調査」(健保連) より事務局作成

健康保険組合の数の推移並びに健康保険組合の規模



被保険者数別組合数 (割合)



出典:「健康保険組合の現勢(令和3年3月末現在)」(健保連)より事務局作成

健康保険組合設立認可基準について

改正 昭和六三年五月一六日保発第五六号 (昭和六〇年四月三〇日) (保発第四四号)

1 単一組合等の認可基準

- 単一組合(一事業所の事業主が単独で設立する健康保険組合をいう。)を設立する場合には、次に掲げる要件に該当しなければならない。
 - ア 健康保険組合(以下「組合」という。)設立の際の被保険者数が概ね七〇〇人以上であり、今後もその数を維持することが確実であると見込まれること。
 - イ 組合設立の際の保険料収入に対する法定給付費(老人保健拠出金、退職者給付拠出金等の拠出金を含む。)の割合が七割五分程度にとどまり、将来にわたって健全な組合財政が維持できると認められること。
 - ただし、被保険者数が相当多い等、将来にわたって安定した事業運営が見込まれるものについては、当該割合を超える場合であつても差し支えないこと。
 - ウ 組合の規模等を勘案して、適正に組合事務を遂行するため必要な事務処理体制が確保されること。
 - エ 過去における健康保険に関する実績が良好であること。
 - オ 当該組合を設立しようとする事業所の事業運営が将来にわたって良好に行われること等により、公法人としての組合の円滑な事業運営が期待されること。
- 中心となつている事業所の事業主との間に資本関係等において密接な関係を有する二以上の事業所の事業主が共同して設立する組合及び中心となつている事業所の事業主を除く他の事業所の事業主のみが連合して設立する組合については、単一組合と同様とし単一組合の基準を適用する。

2 総合組合の認可基準

総合組合(同種の事業を行う二以上の事業所の事業主が共同して設立する組合又は一定の地域に所在する業種を異にする二以上の事業所の事業主が共同して設立する組合(1の(2)に該当する組合を除く。)をいう。)を設立する場合には、1の(1)のイからオまでの要件の他次に掲げる要件に該当しなければならない。

- 同種の事業を行う二以上の事業所の事業主が共同して設立する組合
 - ア 組合を設立しようとする事業所の事業主相互間の協調が十分であり、かつ、各事業所間の共同意識が旺盛であること。
 - イ 各事業所の事業主に対し、工業会、協会等事業運営の合理化、事業活動の共同化等に関して指導統制力を有する組織が存在し、設立後の組合の事業運営が円滑に行われると認められること。
 - ウ 組合設立の際の被保険者数が概ね三〇〇〇人以上であり、今後もその数を維持することが確実であると見込まれること。
 - ただし、各事業所の被保険者数の規模、平均標準報酬月額、平均年齢、扶養率等を総合的に勘案し、将来にわたって組合の保険財政が健全に維持できると認められる場合にあつては、その数を下廻つて差し支えないこと。
- 一定の地域に所在する業種を異にする二以上の事業所の事業主が共同して設立する組合
 - ア 組合を設立しようとする事業所間に卸商業団地、流通センター等の共同事業を行う協同組合等が組織され、かつ、当該協同組合等が各事業主に対し適切な指導統制力を有し、設立後の組合の事業運営が円滑に行われると認められること。
 - イ 2の(1)のア及びウは同様であること

出典:昭和60年4月30日保発第44号厚生省保険局長通知「健康保険組合設立認可基準について」より事務局作成

健康保険法制定から100年

～制定前、1922年制定から 2022年までの主な動き～

0. 健康保険法が制定されるまで(～1922年)

健康保険法は1922年3月に制定。わが国で初めての社会保険制度が誕生した。その保険者は、欧州の先進国の例に倣い、また、労使協調、適正な保険運営の観点(仮病、怠業など不正行為の防止等)からも、当事者自治による組合方式が最善と考えられた。任意設立による健康保険組合、それ以外を政府が管掌する被用者保険制度の基礎が形作られた。

健康保険法制定までの主な動き

年月	背景、主な動き
1894年～95年(明治27年～28年)	日清戦争
1897年(明治30年)前後～	日本における産業革命、急激な工業化。
1898年(明治31年)1月	ドイツ疾病保険法(1883年)をもとに構想された「労働者疾病保険法案」(後藤新平内務省衛生局長)を内務省中央衛生会に諮問するも否決。
1904年～05年(明治37年～38年)	日露戦争
1905年(明治38年)頃～	民間企業による共済組合の誕生 (鐘紡、富岡製糸所、富士紡績、北海道製麻、三菱造船所、足尾銅山、日本石油等)。 官業の共済組合も発足 (八幡製鐵所、帝国鉄道、印刷局、海軍等)。
1911年(明治44年)3月	「工場法」制定(業務上災害への事業主による扶助等)⇒1916年全面施行。
1914年～18年(大正3年～7年)	第一次世界大戦
1920年(大正9年)2月	憲政会の「疾病保険法案」を帝国議会に提出するも審議未了、成立に至らず。早期の法制定が求められる。
1922年(大正11年)3月	3月13日、帝国議会へ「健康保険法案」提出。同15日、衆議院本会議可決。23日、貴族院本会議で満場一致で可決、超スピード成立。「健康保険法」制定。4月22日、公布。わが国で初めての社会保険制度の創設へ。

■ 低賃金、長時間労働、業務上傷病など厳しい労働環境
■ 労働運動の活発化、労使の対立
■ これに対応する社会政策の必要性

健康保険法の概要(1922年制定当時)

- 目的…「新しい貧民」(労働者)の救済、健康な労働力の確保、労働能率増進、産業の健全な発展、労使の協調(乖離防止)
- 保険者…**健康保険組合と政府**。被保険者300人以上(当初法案の100人以上を修正)の事業主は健康保険組合を設立可能。500人以上の事業主には政府が強制設立を命令できる(解散した健康保険組合の権利義務は政府が承継)。官業の共済組合は適用除外。
- 被保険者…**強制被保険者(工場法等の適用事業所の被用者。高所得者を除く)**、任意包括被保険者、任意継続被保険者
- 保険料…原則として労使折半。事業主負担を増やすことが可能。
- 保険給付…**業務上、業務外の傷病に対する療養の給付**(被保険者本人のみ。被保険者は指定された保険医から選択。支給期間等上限あり。入院や「転医」は保険者の承認制)、傷病手当金、埋葬料、分娩費、出産手当金。保険給付費の1割を国庫負担(被保険者1人当たり2円を限度)。
- 保健施設事業…健康保持のため、必要な施設を為すことができる。

1. 健康保険法制定からの10年(1922年～1931年)

1924年4月に施行予定だった健康保険法は、関東大震災の発生によって施行延期を余儀なくされた。政府と日本医師会による初めての診療契約の締結を経て、1927年1月、健康保険法はようやく全面施行を迎えた。このときすでに316の健康保険組合の設立が認可されていた。

健康保険法制定から10年間の主な動き

年月	背景、主な動き
1922年(大正11年)3月	健康保険法制定。4月22日、公布。1924年(大正13年)4月施行予定。11月、内務省に「社会局」を設置。
1923年(大正12年)9月	9月1日、関東大震災。死者10万5385人。健康保険法施行延期へ。
1925年(大正14年)	「普通選挙法」制定。「治安維持法」制定。
1926年(大正15年)	7月1日、健康保険法の一部施行。 11月4日、政府と日本医師会との間で政府管掌健康保険に関する診療契約を締結。内務省社会局に「保険部」設置。各都道府県に「健康保険署」設置。
1927年(昭和2年)1月	1月1日、健康保険法(保険給付、費用負担等)の全面施行。 被保険者数約200万人のうち、健康保険組合約80万人、政府管掌健康保険約114万人。
1929年(昭和4年)	世界大恐慌。 健康保険法改正(国庫負担の見直し=定率1割から被保険者1人当たり2円を標準。事業主の協力義務。政府管掌健康保険に保険料強制徴収権。「健康保険署」廃止。都道府県の警察部に「健康保険課」設置。
1931年(昭和6年)	満州事変。重工業化が進展。

施行前から
設立認可が進み
施行時すでに
316組合

一方、労使双方から批判も
■ 事業主の責任が縮小
⇒ 健康保険ストライキ
■ 労働者の欠勤増加、労働能率低下
■ 保険医による粗診粗療

健康保険法施行当時の診療契約の概要(1926年11月4日)

- 政府が日本医師会との間で政府管掌健康保険に関する診療契約を締結(団体請負契約、公立病院には別途委託)。
- 日本医師会に支払う診療報酬は人頭割。日本医師会から道府県医師会への支払いも人頭割。個々の保険医には出来高払い。
- 契約にもとづき、日本医師会が予算を策定し、保険医の指定と監督を行う。



(*なお、健康保険組合は、それぞれの実情に応じて、医師会、工場や健康保険組合の専属診療機関、公立病院等と診療契約を締結)

2. 戦時体制のもとでの制度拡充(1932年～1941年)

戦時体制のもと、健康な労働力の確保が重要視されるなか、適用事業所の範囲拡大、家族への給付の拡大、事務系職員のための健康保険制度の創設など健康保険制度の拡充が進められた。その一方で、患者一部負担の導入、拡大の議論も始められた。

この10年間の主な動き

年月	背景、主な動き
1934年(昭和9年)	健康保険法改正(強制被保険者の適用拡大。工場法等の適用事業所以外にも拡大。常時5人以上の事業所に適用)。⇒翌年4月から施行され、被保険者数が大幅に増加。
1936年(昭和11年)	2・26事件(決起に加わった歩兵第一連隊、同第三連隊の所在地は現在、六本木の東京ミッドタウン、国立新美術館)
1937年(昭和12年)	盧溝橋事件、日中戦争へ。
1938年(昭和13年)	国家総動員法制定。厚生省創設。 旧国民健康保険法制定(「健兵健民対策」、「挙国統後の守り」。農山漁村民や自営業者の病気による窮乏化の防止と健康状態の改善を目指す。国民健康保険組合の任意設立)。
1939年(昭和14年)	ドイツ軍がポーランドに侵攻、第二次世界大戦へ。 健康保険法改正(家族への任意給付の導入=法定付加給付、5割給付。結核等の給付期間延長。健康保険組合に保険料強制徴収権)。 職員健康保険法制定(事務系職種が対象)。船員保険法制定。
1940年(昭和15年)	政府が「社会保険構成基本要綱」策定(健康保険と国民健康保険の二本建て。前者には患者一部負担導入を提言)。
1941年(昭和16年)	健康保険法改正(適用事業所の範囲を拡大)。労働者年金保険法の制定。 日本軍が真珠湾攻撃、太平洋戦争へ。

職員健康保険法の概要(1939年制定当時)

- 目的・・・これまで適用対象外であった事務系職種のための健康保険制度の創設。
- 保険者・・・職員健康保険組合と政府。導入当初、職員健康保険組合は約100組合、約21万人、政府管掌健康保険は約47万人(1940年度末)
- 被保険者・・・強制被保険者(市または指定町村にある販売、金融、保険等の適用事業所の被用者。高所得者を除く)、選択包括被保険者、任意包括被保険者、任意継続被保険者。
- 保険給付・・・療養費(療養費払い=現金給付が原則。8割給付、自己負担2割。支給期間等に上限あり)、傷病手当金、埋葬料、分娩費、出産手当金。被保険者本人と家族も給付対象。
- その他・・・健康保険の「姉妹制度」であり、制度の大部分が共通。診療報酬は、療養費払いを原則としたことにより、日本医師会との診療契約(人頭割)は不要とされ、「勤労定額式」(点数単価方式)を採用。

3. 終戦と医療保険制度の基盤強化(1942年～1951年)

適用範囲の拡大、国民健康保険組合の普及など医療保険制度の拡充が進められるなかで、終戦を迎え、日本国憲法の制定・公布へと、わが国社会は大きな転換を余儀なくされた。その後も医療保険制度はめまぐるしく制度改正を重ね、基盤強化、近代化が図られていった。

この10年間の主な動き

年月	背景、主な動き
1942年(昭和17年)	健康保険法改正 (職員健康保険法を統合、一本化。患者一部負担の導入=内服薬、注射、手術、入院1日に定額負担。保険医の強制指定制。診療報酬の人頭割団体請負方式を改め「勤労定額式」(点数単価方式)に変更。保険医療費担当規則の制定。適用範囲の拡大。保健施設事業の対象に被扶養者を追加。 健康保険組合連合会の法定化 。 国民健康保険法改正 (地方長官に国民健康保険組合の強制設立命令権を付与)。 ⇒全市町村の95%が普通国民健康保険組合を設立。被保険者数約3700万人。 イギリス「ベヴァリッジ報告」(全国民を対象に社会保険方式による社会保障の構築を提唱)
1943年(昭和18年)	健康保険組合連合会(公法人)の設立 。
1944年(昭和19年)	健康保険法改正 (業務上傷病の傷病手当金の給付期間の延長等)。健康保険組合被保険者数が政管健保を超える。厚生省に保険局を設置。社会保険診療報酬算定協議会も設置(1950年に中央社会保険医療協議会に改組)
1945年(昭和20年)	敗戦。第二次世界大戦終結。健康保険の被保険者数が半減。健康保険組合の被保険者数は約3分の1に減少。
1946年(昭和21年)	日本国憲法制定、公布 (第25条生存権、社会保障の向上・増進等)。生活保護法制定。
1947年(昭和22年)	健康保険法改正 (業務上の傷病を労災制度に移管。強制被保険者の所得制限を撤廃。家族埋葬料など給付の拡充。被保険者本人患者一部負担の任意制。国庫負担が事務費に対するものであることを明確化)。 労働者災害補償保険法、労働基準法の制定。健保連、初の「全国健康保険組合大会」を開催。
1948年(昭和23年)	健康保険法改正 (被保険者本人一部負担の廃止。保険医強制指定制から任意指定制に。適用事業所の範囲拡大。健保組合の附加給付。家族給付の法定給付化)。 国民健康保険法改正 (市町村公営原則。市町村国民健康保険への強制加入)。 医療法の制定 (病院、診療所の基準等)。社会保険診療報酬支払基金の設置。国家公務員共済組合法の制定。
1949年(昭和24年)	健康保険法改正 (患者一部負担の復活)。健保連「全国健康保険組合大会」で給付費の3分の1国庫負担等を決議。
1950年(昭和25年)	中央社会保険医療協議会が発足。薬価基準制度の導入(翌年80%)バルクライン方式採用。
1951年(昭和26年)	国民健康保険税の創設(当時、国保の保険料収納率は77%)。

この時期の主要な提言

- 1948年・・・**ワシントン勧告(米調査団勧告)**⇒健保組合存続、政管健保の地方移譲、国保強制加入、政府に勧告できる審議会設置等。
- 1950年・・・社会保険制度審議会(内閣総理大臣の諮問機関)「**社会保険制度に関する勧告**」
⇒社会保険方式。総合一元的運営のため社会保険省の設置。健保組合方式の勸奨。政管健保は都道府県、国保は市町村へ等
- 1951年・・・社会保険制度審議会「**社会保険制度推進に関する勧告**」(第二次勧告)
⇒社会保険行政の一元化。国保、健康保険への国庫負担の拡充(給付費の2割)。政管健保は都道府県へ等

公法人・健康保険組合連合会の誕生

1942年の健康保険法改正により、「健康保険組合連合会」が法律上に明文化。「**健康保険組合は共同してその目的を達成するため健康保険組合連合会を設立することができる**」と規定された。当時の主な事業は、結核療養所など医療機関の運営、医師会との診療契約、医療費の審査支払い、体育奨励施設、講習会、運動競技大会、功労者表彰などであった。1942年度末の健康保険組合の数は580、被保険者数は約295万人。

年月	任意団体から公法人へ
1931年(昭和6年)頃まで	地域別、業種別の事務研究会(任意団体。医師会と契約も)
1932年(昭和7年)11月	日本健康保険組合総連合会の設立(同上)
1936年(昭和11年)12月	健康保険組合連合会の設立(同上。翌年、社団法人化)
1940年(昭和15年)6月	職員健康保険組合連合会の設立(同上)
1942年(昭和17年)2月	健康保険法改正(健康保険組合連合会の法定化)
1943年(昭和18年)4月	健康保険組合連合会(公法人)の設立 。設立認可4月29日、設立総会5月5日(東京会館)。従前の各団体は発展的に解散。

健康保険組合の任意団体が
医師会と診療契約を締結
(人頭割方式、勤労定額式等)

健康保険組合連合会の法定化についての政府答弁

(1942年2月、貴族院、木村社会保険局長答弁要旨)

健康保険の運営は事業管理と密接な関係を有している。従って、相当規模以上の工場、鉱山等については政府管掌よりも組合管掌のほうが余程行き届いた施設を為し得ると考える。中小企業にあつては財政面から見て政府管掌でなければならぬと思つてゐるが、相当規模以上の事業にあつては、むしろ組合管掌のほうがよいと考える。従つて、今後とも組合管掌がより良き成績をあげるよう努めたい。この度の健康保険組合の連合会を健康保険法で認めて、個々の組合では比較的困難なことを連合会で公法的な施設としてもやり得るようにすることも考へている。

4. さるなる制度拡充から、国民皆保険の実現へ(1952年～1961年)

財政悪化が深刻な政府管掌健康保険や国民健康保険への国庫負担拡充で安定化を図りつつ、日雇労働者など各種の新制度を整備。被用者保険の財政調整議論を受け、健保連は自ら健保組合の改革を提起。そして、政府の「国民皆保険化計画」のもと、新たな国民健康保険法の制定を経て、1961年4月、国民健康保険の全市町村実施により国民皆保険の実現に至った。

この10年間の主な動き

年月	背景、主な動き
1952年(昭和27年)	町村職員恩給組合発足。診療報酬引き上げをめくり保険医総辞退騒動。
1953年(昭和28年)	健康保険法改正 (強制適用事業所の範囲拡大)。国民健康保険の給付費に国庫負担2割導入。日雇労働者健康保険法制定(政府が保険者)。私立学校職員共済組合法制定。
1954年(昭和29年)	政管健保の財政悪化を受け定額国庫補助10億円。
1955年(昭和30年)	国民健康保険法改正 (医療費に対する国庫補助2割)。 7人委員会報告書 (被用者保険の財政調整。被用者以外は国保に強制加入。差額徴収。入院時食費一部負担)。
1956年(昭和31年)	政府が「国民皆保険化計画」を策定。 社会保障制度審議会「医療保険制度に関する勧告」 (国民皆保険の実現を提言＝被用者保険と国民健康保険の二本建て。政府管掌健康保険の組合方式への移行。健康保険組合の結核医療費と低所得者部分に国庫負担。被用者保険、国民健康保険とも7割給付)。
1957年(昭和32年)	健康保険法改正 (政管健保の定率国庫補助1割。健康保険組合の国庫補助は実現せず。保険医療機関指定制と保険医登録制。患者一部負担増額は医師会の反対により実現せず＝保険医総辞退騒動)。
1958年(昭和33年)	健保連「組合方式の具体的推進方策基本要綱」(健康保険組合の運営改善、設立推進方策等)。健康保険組合数が1000に到達(9月)。とくにこの時期、総合健康保険組合の増加が顕著)。 国民健康保険法(新法)制定 (全市町村義務化。被用者保険以外は強制加入。5割給付。医療費に国庫補助25%＝調整交付金5%を含む。事務費は全額国庫負担)。新医療費体系導入(診療報酬点数1点10円。物と技術の分離。甲表と乙表)。
1959年(昭和34年)	健保連と日本病院協会による短期人間ドックの開始。
1961年(昭和36年)	診療報酬引き上げ、地域差撤廃をめくり保険医総辞退騒動(実行は回避)。 国民皆保険の実現 (4月。全市町村が国民健康保険を実施)

国民皆保険の実現⇒1961年4月の国民健康保険の被保険者数4902万人(国民の過半数)、保険者数3670

■1955年7月岩手県、■1957年1月滋賀県、同7月山形県、■1958年4月石川県、同6月島根県、同10月秋田県、同11月福島県、
■1959年4月福井県、鳥取県、同10月長野県、■1960年1月宮城県、同2月茨城県、同4月栃木県、新潟県、山口県、宮崎県、同6月愛媛県、同7月富山県、同10月青森県、埼玉県、東京都、岡山県、徳島県、山梨県、大分県、同12月広島県、香川県、福岡県、同12月北海道、
■1961年1月岐阜県、和歌山県、同2月静岡県、同3月兵庫県、同4月群馬県、千葉県、神奈川県、愛知県、三重県、京都府、大阪府、奈良県、高知県、長崎県、熊本県、佐賀県…
⇒ 健康保険組合の加入者数1274万人。政管健保の加入者数1858万人。

5. 国民皆保険の実現後、制度改革議論が活発化(1962年～1971年)

国民皆保険制度の実現後、被用者保険と国民健康保険の二本建てを前提にした財政調整議論が活発化した。一方、厚生大臣による診療報酬改定の職権告示事件等を受けて、健康保険組合と健保連が積極的な活動展開。行政訴訟に発展し、社会問題化した。

この10年間の主な動き

年月	背景、主な動き
1962年(昭和37年)	社会保険庁の設置。地方公務員共済組合法の制定。国民健康保険の国庫負担拡充(25%から30%へ)。岩手県沢内村が老人と乳幼児の医療費を無料化。 社会保障制度審議会「社会保障制度の総合調整に関する答申および社会保障制度の推進に関する勧告」 (プール制による財政調整、低所得層に対する国庫負担の拡充、7割給付の実現等)
1963年(昭和38年)	国民健康保険法改正 (低所得世帯の保険料軽減、国庫負担割合を35%に引き上げ)。制限診療の撤廃(健康保険、国民健康保険とも療養の給付の期間の3年制限の撤廃)。診療報酬の地域差を撤廃(乙地を甲地並みに引き上げ)。
1964年(昭和39年)	東京オリンピック開催。厚生省「医療保険における総合調整実施の可能性を検討するための試案要綱」発表(医療保険調整基金の創設。離職者医療制度と高齢退職者医療制度、家族給付率引き上げ等に要する費用をまかなう)。船員保険法制定。
1965年(昭和40年)	神田厚生大臣が中医協答申を逸脱する診療報酬9.5%引き上げを職権告示(1月)。支払側委員総辞職。
1966年(昭和41年)	国民健康保険法改正 (国庫負担割合を45%に引き上げ)
1967年(昭和42年)	健康保険臨時特例法成立 (患者一部負担の増額。薬剤一部負担の導入。政管健保の保険料率引き上げ。2年間の時限立法)。厚生省「医療保険制度改革試案」発表(被用者保険と地域保険の二本建て。被保険者本人入院10割給付。外来7割給付。被用者保険の医療費2分の1財政調整。現物給付と出来高払いを原則)。⇒各方面から否定的な反応。
1968年(昭和43年)	国民健康保険の7割給付を完全実施。
1969年(昭和44年)	健康保険臨時特例法の延長法案が一転廃止。 健康保険法改正 (患者一部負担を本則に規定。薬剤一部負担の廃止等)。厚生省が「老人保健制度要綱試案」発表。自民党「国民医療対策大綱」(社会保険方式を中核、保険料負担の均衡、給付の改善と格差是正、地域保険と職域保険と高齢保険の二本建て。家族を地域保険へ移管。業務上傷病の職域保険への移管)。
1971年(昭和46年)	社会保障制度審議会の答申(被用者保険と地域保険の二本建て、被用者保険と地域保険はそれぞれ財政調整、プール制)。 中医協「審議用メモ」を機に日本医師会が保険医総辞退を決定 。7万人を超える保険医が辞退届。医療保険制度統合の主張も。

健保連の積極的な活動展開

- 1963年…健保連が健康保険制度調査会の報告を発表 ⇒ 職域保険と地域保険の二本建て。職域保険は組合方式を主体。プール制は経営意欲を阻害。保険者の自主的経営体制基盤のうえで考えるべき。健保連を中核として共同事業体制確立の方向をとるべき(法定準備金の共同保有、共同疾病基金、共同保健施設事業の3事業を構想)。
- 1965年…職権告示を受け、4健康保険組合(安田、保土谷化学、全国食糧、三井)と健保連が行政訴訟を提起。4組合は告示の効力停止(東京地裁)。健保連は当事者適格を欠くとして棄却。4組合には従前の点数を適用＝二本建て診療報酬。医師会は自由診療、診療拒否(約500件)の対応。入院を拒否された被保険者が死亡する事件(岩手医大事件)が発生し、支払側は「法と生命を守る」主張。東京高裁が地裁決定を取り消し、4組合の訴えを棄却(4組合限定では職権告示の効力停止ほどの緊急性はない)。二本建て診療報酬の解消、混乱の終息へ。
- 1968年…健康保険組合連合会が見解を発表(被用者保険と地域保険の二本建て。組合方式を基本。9割給付。国庫負担投入。**政管健保の改革がないまま財政調整には反対**。診療報酬のモノと技術の分離)

6. 老人医療費無料化と健保連の共同事業の展開(1972年～1981年)

老人医療費の無料化が医療費の急増をもたらした。それが、老人保健制度の創設に向けた議論に結び付いた。一方、被用者保険制度間の財政調整議論のなか、健保連が独自に展開した共同事業が法定化された。

この10年間の主な動き

年月	背景、主な動き
1972年(昭和47年)	厚生省が社会保障制度審議会等に2分の1財政調整案を含む財政調整案を提案するも反対答申。2分の1財政調整案を断念。健康保険法改正案を国会に提出するも廃案に(政府管掌健康保険と健康保険組合による高齢者医療費の共同負担、健保連による健康保険組合間の相互扶助事業等を含む)
1973年(昭和48年)	老人医療費の無料化 (老人福祉法改正、70歳以上の自己負担額を公費負担)。以後、老人医療費の増大を招く。 健康保険法改正 (家族給付率5割から7割へ引き上げ。高額療養費制度新設。政府管掌健康保険の定率国庫負担10%+α=保険料率との連動制導入と累積赤字棚上げ)。第一次オイルショック。国民医療費の大幅な増加も加わり医療保険財政を圧迫。
1974年(昭和49年)	雇用保険法制定。
1977年(昭和52年)	健康保険法改正 (特別保険料=賞与の1%=時限措置、政管健保一部免除、健康保険組合は任意。患者一部負担額引き上げ)。健保連「医療保険に関する基本方針」発表(財政調整に反対。組合方式の健全な発展。医療提供体制整備のための公費投入。診療報酬に出来高払いと登録人头払い、包括払いなど複数方式の併用。職域保険と地域保険の二本建て+老人医療保健制度と退職者医療給付制度の設置。9割給付確保。健康保険組合間の共同事業に健康開発共同事業を追加)。
1979年(昭和54年)	自民党議員による医療保険財政調整法案が国会に提出されるも、各方面の反対で廃案へ。
1980年(昭和55年)	健康保険法改正 (家族入院給付率7割から8割に引き上げ。政府管掌健康保険の国庫負担率10%から16.4%に引き上げ=16.4%から20%の間で政令で定める。患者一部負担額の引き上げ。政府管掌健康保険の累積赤字を6年間で償還。 健康保険組合間の財政調整事業=健保連の共同事業(高額医療給付費共同負担事業と財政窮迫組合助成事業) を法定化。被用者保険制度間財政調整の前提は削除)。
1981年(昭和56年)	老人保健法案の国会提出 。健康保険組合全国大会で「支払い方式改善の道を閉ざす老人保健法案に絶対反対」を決議。 第二次臨時行政調査会設置 (第一次答申。増税なき財政再建。支払い方式改革を含む医療費適正化。老人保健制度早期実施)。

健保連の共同事業の展開

- 1959年…短期人間ドックなど健康管理事業を実施。
- 1963年…健保会館の設置。共同事業構想を策定(法定準備金の共同保有、共同疾病基金、共同保健施設事業の3事業)。
- 1967年…共同利用保養所を実施。
- 1971年…テレビ番組放映など共同広報活動を実施。**健康保険組合共同事業基金設置大綱を策定(財政窮迫組合助成事業、高額医療費等共同負担事業、健康管理センター等共同設置事業)。**
- 1974年…共同事業委員会を設置。
- 1975年…**高額医療費共同負担事業を実施。**
- 1978年…**財政窮迫組合助成事業を実施。**
- 1980年…**健康保険法改正で健保連の交付金交付事業(上記2事業)を法定化。**
- 1983年…**健康開発共同事業実施要項決定(調査研究・広報、健康管理等の研修、保健婦等の要請、コンサルタントの設置、健康手帳の作成)。**

健康保険法附則第8条(当時)「健康保険組合間の財政調整」【第1項】健康保険組合の管掌する健康保険の医療に関する給付に要する費用の財源の不均衡を調整するため健康保険組合連合会は政令の定むるところにより会員たる健康保険組合に対する交付金の交付の事業を行うものとする。

7. 老人保健制度と退職者医療制度の創設(1982年～1991年)

経済の低成長化のもと、人口の高齢化と生活習慣病等により医療費の増加が続き、医療保険財政はよりいっそう厳しくなり、国庫補助の拡大も限界にきていた。そうしたなか、老人保健制度が創設され、老人医療費無料化が廃止された一方で、被用者保険と国民健康保険の間の実質的な財政調整が始まった。退職者医療制度も創設され、これらの拠出金負担を通じて、被用者保険が国民皆保険制度を支える役割が大きく拡大した。

この10年間の主な動き

年月	背景、主な動き
1982年(昭和57年)	老人保健法制定 (70歳以上の高齢者等を対象に医療給付等を実施。老人医療費無料化の廃止=患者定額一部負担導入)。
1983年(昭和58年)	第二次臨時行政調査会の最終答申 (これまで複数回の答申。支払い方式改革を含む医療費適正化。高額医療機器の共同利用等の医療供給体制の改革。退職者医療制度の創設を提言。民間の活力を活かし、その調整、補完に重点を置く行政へ)。
1984年(昭和59年)	健康保険法改正 (被保険者本人定率2割負担=国会承認まで1割負担。特定療養費制度の創設=高度先進医療と選定療養)。 国民健康保険法改正 (被用者保険OBを対象とする退職者医療制度の創設。あわせて健康保険法改正で特定健康保険組合制度を導入)。 国民健康保険の国庫負担割合を医療費の45%から給付費の50%へ実質引き下げ。
1985年(昭和60年)	第一次医療法改正 (病床規制を含む医療計画制度)。健保連「拠出金増大阻止総決起大会」(加入者按分率拡大阻止に800万人署名)。
1986年(昭和61年)	老人保健法改正 (加入者按分率引き上げ=1986年度80%、1987年度から90%、1990年度から100%⇒財政調整の拡大=被用者保険の拠出金負担増。患者一部負担額の引き上げ。老人保健施設の創設)。健保連ほか関係団体は強硬に反対するも法案成立。
1988年(昭和63年)	健保連「医療保険制度改革の提言」 (被用者保険と国民健康保険の二本建て=組合方式推進。老人保健制度は間接税による新税制で負担する仕組みに再編。家庭医の制度化。高度医療機器の共同利用。老人の慢性疾患の包括的定額払い。老人登録医制度と人数に応じた支払い)⇒翌年、当面の改革案として、老人保健制度の公費負担3割を5割への拡充を提言。関係団体も同調。 国民健康保険法改正 (保険基盤安定制度暫定措置導入。高額医療費共同事業拡充。老人保健拠出金の国庫補助率引き下げ)
1989年(平成元年)	消費税の創設(税率3%) 。厚生省「ゴールドプラン」(高齢者保健福祉推進10か年戦略)策定。天安門事件。ベルリンの壁崩壊。
1990年(平成2年)	国民健康保険法改正 (保険基盤安定制度の恒久化。国庫補助による財政調整機能の強化)。 老人保健拠出金の加入者按分率100%へ移行 ⇒健康保険組合財政は急激に悪化。被用者保険財政支援措置900億円。
1991年(平成3年)	老人保健法改正 (患者一部負担額の引き上げ。介護に着目した公費負担割合5割への拡充。被用者保険財政支援措置1000億円に増額)。中民協で薬価算定方式の見直し(バルクライン方式から加重平均値一定価格幅方式に変更)。バブル崩壊。

老人保健制度(1982年老人保健法制定当時)

- 市町村が実施主体。70歳以上(65歳以上の「寝たきり」者を含む)を対象に医療給付を実施。無料化を廃止し、定額の患者一部負担を導入。
- 給付費の3割を公費負担。7割を老人保健拠出金で賄う。
- 老人保健拠出金は被用者保険、国保の保険者がそれぞれの老人医療費と老人加入率に応じて負担(当初、医療費按分率50%、加入者按分率50%による実質的な財政調整=共同事業との説明も)。
- 40歳以上を対象に保健事業を実施。

⇒ **健保連の主張(当時)**…○出来高払い見直しを含む医療費適正化、○拠出金負担に歯止めを設けるべき、○被用者保険と国保の間の財政調整に反対。

退職者医療制度と特定健康保険組合制度(1984年法改正当時)

- 退職者医療制度では、国保の被保険者のうち、被用者年金加入期間が20年以上等の者を退職被保険者、その家族を被扶養者として医療給付を実施。
- 給付割合は被用者保険と同等の本人8割、家族入院8割、入院外7割。
- 給付費に退職被保険者の国保保険料を充当し、それ以外は被用者保険が負担する退職者医療拠出金で賄う。公費負担なし。
- ⇒ **健保連の主張(当時)**…○被用者保険と国保の間の財政調整に反対、○退職者医療は被用者保険の領域で実施すべき(法案修正により特定健康保険組合制度が実現)。
- 特定健康保険組合は、退職被保険者の要件を満たす者を特例退職被保険者、その家族を被扶養者として医療給付を実施。給付割合は被用者保険と同等。
- これに要する費用は退職者医療拠出金から控除できる。

8. 介護保険制度の創設と医療保険者の新たな役割(1992年～2001年)

人口の高齢化の進展に対応するため、高齢者の介護を社会全体で支えあう仕組みとして、1997年に介護保険法が制定され、2000年に施行。わが国では5番目の社会保険制度となった。健康保険組合をはじめとする医療保険者は、介護保険料の徴収等の新たな役割を担うことになった。一方、健保連は2000年度の医療保険制度の抜本改革実現を求め、新たな提言をまとめるとともに、老人保健拠出金の延納実施に踏み切った。

この10年間の主な動き

年月	背景、主な動き
1992年(平成4年)	健康保険法改正 (政府管掌健康保険に中期財政運営方式を導入。積立金約1兆4000億円を事業運営安定資金化。国庫補助16.4%を13%に引き下げ=老人保健拠出金は16.4%)。国民健康保険の財政安定化支援事業の創設(地方財政措置)。 第二次医療法改正 (医療提供の理念の明文化。療養型病床群、特定機能病院、老人保健施設の法定化等)。
1993年(平成5年)	健康保険法改正 (政府管掌健康保険国庫補助の減額1300億円)。国民健康保険法改正(財政安定化支援事業の恒久制度化等)
1994年(平成6年)	健康保険法改正 (付き添い看護・介護の解消と療養の給付へ位置づけ。入院時食事療養費制度。訪問看護制度。分岐費を出産育児一時金に変更。健康診査等の保健事業の努力義務化。育児休業中の保険料免除)。厚生省「高齢者介護自立支援システム研究会」報告。
1995年(平成7年)	老人保健法改正 (老人保健拠出金の上下限の引き上げ)。社会保障制度審議会勧告「社会保障体制の再構築—安心して暮らせる21世紀の社会をめざして」(公的介護保険システムの創設、社会的入院の是正等を提言)。厚生省が一般病院の療養型病床群への転換推進を決定。
1996年(平成8年)	消費税率3%から5%に引き上げ 。厚生省「介護保険制度案大綱」を審議会に提出。介護保険法案を国会に提出。
1997年(平成9年)	健康保険法改正 (被保険者本人定率負担1割から2割へ引上げ。外来薬剤一部負担制度導入。政府管掌健康保険の保険料率引下げ等)。 老人保健法改正 (患者定額一部負担の引き上げ。外来薬剤一部負担制度導入)。 第三次医療法改正 (地域医療支援病院制度化=かかりつけ医支援、施設設備の共同利用。患者への説明と合意の努力義務化等)。 介護保険法制定 (保険者は市町村。65歳以上を第1号被保険者。40歳から64歳までの医療保険加入者を第2号被保険者等)財政構造改革法の制定(財政赤字縮小目標。主要経費の増加に上限設定)⇒翌年凍結。
1998年(平成10年)	国民健康保険法改正 (退職被保険者等にかかる老人保健拠出金の2分の1を被用者保険が負担)。入院の診断群別定額払い試行開始。
1999年(平成11年)	健保連「医療保険制度構造改革への提言」 (組合方式による管理運営。新たな高齢者医療制度=突き抜け方式。入院診療報酬の定額払い方式。かかりつけ医機能の明確化。薬価制度に日本型参照価格制の導入)。 抜本改革の促進を求め老人保健拠出金の延納断行 。
2000年(平成12年)	健康保険法改正 (外来薬剤一部負担の廃止。継続療養制度の廃止。高額療養費制度の自己負担限度額に一定額+医療費の1%を導入。指定健康保険組合制度)。老人の月額上限付き定額1割負担。目標とされた2000年度の抜本改革実施は先送り。 第四次医療法改正 (一般病床と療養病床の病床区分。医療計画の見直し、広告規制の見直し等)。 介護保険法施行(介護保険料徴収凍結、介護納付金納付猶予等)。厚生省「健康日本21」策定(生活習慣病予防と健康づくり推進)。
2001年(平成13年)	省庁再編。厚生労働省に社会保障審議会、内閣府に経済財政諮問会議を設置(政治主導の政策実現を図る)。アメリカ同時多発テロ。

介護保険法の概要(1997年制定当時)

- 保険者=市町村。被保険者=第1号被保険者(65歳以上)。第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)。
- 介護保険料の徴収=第1号被保険者は市町村が徴収。第2号被保険者は健康保険組合をはじめとする医療保険者が健康保険料と一体的に徴収。
- 利用者負担=1割負担。**公費負担=利用者負担を除く介護給付費等に対して公費50%+介護保険料50%(第1号被保険者と第2号被保険者の人数比で按分)**。
- 介護サービスの受給=第1号被保険者は要介護・要支援状態になったときに受給。第2号被保険者は特定疾病が原因で要介護・要支援状態になった場合に受給。
- 要介護認定制度(要介護1～5、要支援)、施設・居宅・介護予防等の各種サービス、ケアマネジメントなどの仕組みを導入。

9. 抜本改革議論を経て新たな高齢者医療制度へ(2002年～2011年)

健康保険組合の財政は2002年の改正法によって小康を得たが、2008年に施行された新たな高齢者医療制度により急激な財政悪化に転じた。2009年の政権交代後、改革議論が行われるも実現には至らず、社会保障費抑制のため、国庫負担の削減(肩代わり)を図ろうとする制度改正が行われた。

この10年間の主な動き

年月	背景、主な動き
2002年(平成14年)	健康保険法改正 (制定以来のカタカナ文語体からひらがな口語体へ。患者負担割合=3歳から69歳まで3割、70歳以上1割(現役並み所得者2割)、0歳から2歳まで2割。保険料賦課に総報酬制導入。将来にわたり7割給付維持等)。 健康増進法制定 (医療保険者を健康増進事業実施者に)。老人保健法改正(対象年齢を70歳から75歳へ、公費負担割合を3割から5割へ段階的に引き上げ。現役並み所得者は公費負担対象外。老人加入率上限撤廃。患者一部負担に定率1割(現役並み所得者は2割)。外来薬剤一部負担廃止。退職被保険者にかかる老人保健拠出金の被用者保険負担部分を2分の1から全額へ)。経済財政諮問会議「骨太の方針」(2006年度までの5年間で社会保障費を1.1兆円削減=毎年2200億円削減)。診療報酬改定は初めての本体マイナス。
2003年(平成15年)	「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」閣議決定 (後期高齢者医療制度と前期高齢者財政調整、都道府県単位の保険者統合再編、急性期入院包括評価の構想等)。 特定機能病院を対象に急性期入院1日当たり定額払い制度(DPC)導入 。WHO「たばこ規制枠組み条約」。SARS発生。
2004年(平成16年)	厚生年金保険法、国民年金法の改正(将来の保険料水準を固定。基礎年金の国庫負担2分の1。マクロ経済スライド)。診療報酬改定をめぐる贈収賄事件。
2005年(平成17年)	介護保険法改正 (新予防給付・地域支援事業の創設。施設入所者の食費・居住費負担。地域密着型サービス・地域包括支援センター等)。 健保連「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」 =65歳以上別建ての高齢者医療制度に公費負担5割、患者負担割合は原則2割(高所得者は3割)、世代間扶養のための保険料(被用者保険は総報酬割)。健保組合再編・事業共同化。医療機能分化・連携。診療報酬包括払い拡大等。
2006年(平成18年)	健康保険法改正 (70歳から74歳まで2割負担。未就学児2割負担。高額医療介護合算制度。保険外併用療養費制度。地域型健康保険組合制度。政管健保を全国健康保険協会「協会けんぽ」へ)。高齢者の医療を確保する法律制定(後期高齢者医療制度と前期高齢者財政調整。医療費適正化計画。特定健診・特定保健指導の導入・義務化等)。 第五次医療法改正 (都道府県の医療情報提供制度。医療計画に4疾病5事業の連携体制)。
2008年(平成20年)	政管健保国庫負担肩代わり法案国会提出(廃案)。健保連「財政調整・一元化阻止最終報告」。「健保組合IT基本構想」による「特定健診・特定保健指導共同情報処理システム」を導入(2年後「データ分析事業」)。後期高齢者医療制度等施行(70歳から74歳患者一部負担と75歳以上の保険料の軽減等)。
2009年(平成21年)	民主党マニフェスト(医療保険制度の統合、一元的運営。後期高齢者医療制度の廃止。被用者保険適用拡大等)。 衆議院総選挙で民主党が勝利、民主党・社民党・国民新党による連立政権の発足 。前年秋に発生したリーマンショックの影響が深刻化。
2010年(平成22年)	健康保険法・高齢者医療確保法の改正 (協会けんぽに3年間の特例支援措置=国庫補助率を13%から16.4%へ引き上げ。後期高齢者支援金3分の1総報酬制導入等)。健保連「肩代わり」法案に反対し街頭活動。厚生労働省「高齢者医療制度改革会議」改革案(後期高齢者医療制度の廃止。後期高齢者支援金総報酬割の段階的導入。75歳以上の給付費に公費5割。現役並み所得者の給付費にも公費割。国保の都道府県単位数)⇒法案提出に至らず。
2011年(平成23年)	介護保険法改正 (介護療養病床廃止期限延長、定期巡回・随時対応サービス導入等)。東日本大震災。政府の検討本部「社会保障・税一体改革案」。

後期高齢者医療制度(2006年高齢者医療確保法制定当時)

- 75歳以上の後期高齢者(65歳以上の一定の障害状態を含む)を対象に医療給付を行う**独立型の制度**。都道府県の後期高齢者医療広域連合が運営主体。
- 患者負担割合は原則1割(現役並み所得者は3割)。給付費の5割を公費負担(現役並み所得者の給付費は対象外)、1割を後期高齢者の保険料、残りの4割強を現役世代が負担する後期高齢者支援金で賄う。
- 現役世代が負担する後期高齢者支援金は被用者保険、国保の各保険者が加入者数に応じて負担(加入者割)。
- 医療費適正化計画の導入。40歳以上を対象とする特定健診、特定保健指導を各保険者に義務付け。

前期高齢者財政調整(2006年高齢者医療確保法制定当時)

- 65歳から74歳までの前期高齢者が国保に偏在することによる負担の不均衡の是正を目的に、被用者保険と国保の各保険者の前期高齢者加入率に応じて費用負担を調整。
- 各保険者の前期高齢者にかかる給付費と後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率が全国平均並みであるとみなして算定した額を負担する。主に被用者保険が前期高齢者納付金を負担。国保には前期高齢者交付金を交付。
- 患者負担割合は、65歳から69歳までは3割負担、70歳以上74歳までは2割負担(予算措置により当面1割負担に軽減)(現役並み所得者は3割負担)。
- 協会けんぽの前期高齢者納付金には定率の国庫補助。国保は前期高齢者交付金を充当した後に公費5割。

10. 社会保障・税一体改革、全世代型改革を経て健康保険法100年へ(2012年～2022年)

2012年の社会保障・税一体改革関連法により、消費税率の段階的な引き上げ、年金、医療、介護等の改革が推進された。国民健康保険の都道府県単位化を含む2015年の国民健康保険法改正は、国民皆保険制度達成以来の大改革とも評された。この間、後期高齢者支援金の全面総報酬割の拡大等により、健康保険組合は大幅な負担増を求められた。団塊の世代が75歳に到達する「2022年危機」と同時に、健康保険法はその制定から100年を迎える。

この10年間の主な動き

年月	背景、主な動き
2012年(平成24年)	社会保障・税一体改革関連法案成立 (消費税率5%から10%へ段階的に引き上げ。消費税を医療、介護、年金、少子化対策の社会保障4経費に充当。基礎年金国庫負担2分の1の恒久化。短時間労働者の被用者保険適用拡大。産休中の保険料免除等)。 社会保障制度改革推進法も成立 (民主・自民・公明による三党合意で追加提出。社会保障給付の公費負担に消費税充当。国民皆保険制度の維持。高齢者医療制度の検討。社会保障制度改革国民会議の設置と審議結果を踏まえて1年以内に「法制上の措置」等)。マイナンバーを含む番号関連4法案成立。 衆議院解散、総選挙で自民党が勝利し、自民・公明の連立政権を奪還 。厚生労働省「健康日本21(第二次)」策定(健康寿命延伸と健康格差縮小等)
2013年(平成25年)	健康保険法等の改正 (2010年からの協会けんぽの特例支援措置を2年間延長。第1条の改正＝保険給付の対象について「業務外の事由による疾病・負傷」を「(労災保険法上の)業務災害以外の疾病・負傷」に)。政府「日本再興戦略」閣議決定(データヘルス計画の実施)。 社会保障制度改革国民会議の最終報告にもとづき、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(社会保障改革プログラム法)成立 (改革の検討項目とスケジュールを明文化。医療は病床機能報告制度、病床機能の分化・連携、国民健康保険の保険者等の改革、後期高齢者支援金の全面総報酬割、70歳から74歳の患者負担の見直し等。介護は予防給付の見直し、介護納付金の総報酬割等が検討項目に)
2014年(平成26年)	消費税率8%へ引き上げ(4月) 。 医療介護総合確保推進法成立 (消費税財源で総合確保基金の設置。地域医療構想の策定、病床機能報告制度＝ 第6次医療法改正)。 介護保険法改正 (一定以上所得者の利用者負担割合を1割から2割へ引き上げ。特別養護老人ホームの入所者を要介護3以上に限定。要支援者の予防給付を市町村の地域支援事業に移行等)。「健康経営」の取り組み開始(翌年3月、経済産業省が「健康経営銘柄」を発表)。
2015年(平成27年)	健康保険法改正 (協会けんぽの国庫補助率16.4%の恒久化と国庫補助減額。入院時食事患者負担額の増額。紹介状なし大病院外来受診時定額負担の導入。患者申出療養制度。保健事業に「健康管理及び疾病の予防に係る被保険者と被扶養者の自助努力についての支援」を追加(努力義務)。被用者保険の拠出金負担に対する財政支援の拡充(2017年度以降約720億円)。 高齢者医療確保法改正 (後期高齢者支援金全面総報酬割の段階的実施。特別負担調整の導入。医療費適正化計画と地域医療構想との整合)。 国民健康保険法等改正法 (国民健康保険の都道府県単位化＝2018年度実施。財政支援拡充3400億円＝消費税1700億円＋全面総報酬割による1700億円。国保組合の国庫補助の見直し)。 第7次医療法改正 (地域医療連携推進法人制度)。退職者医療制度の退職被保険者の新規適用が2015年3月までで終了)。
2017年(平成29年)	介護保険法改正 (介護納付金の全面総報酬割の段階的実施。上位所得者に3割負担導入。保険者機能強化交付金の導入等)。 第8次医療法改正 (特定機能病院、広告規制の見直し)。政府が「骨太方針2017」を閣議決定(後発医薬品の使用割合を2020年9月までに80%とする目標を設定)。
2018年(平成30年)	診療報酬・介護報酬同時改定(オンライン診療の評価等)。健康保険法改正(病床過剰地域での保険医療機関の指定の見直し)
2019年(平成31年)(令和元年)	健康保険法改正 (被扶養者の国内居住要件。医療・介護情報の連結解析。マイナンバーカードを被保険者証とするオンライン資格確認を可能に)。 医療介護総合確保推進法改正 (医療情報化支援基金の創設)。高齢者医療確保法改正(高齢者保健事業と介護予防の一体的実施)。 消費税率10%へ引き上げ(10月)
2020年(令和2年)	厚生年金保険法・健康保険法改正 (短時間労働者等の被用者保険適用拡大)。介護保険法改正(医療・介護データ基盤整備等)。新型コロナウイルス感染拡大。
2021年(令和3年)	「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」 可決、成立(一定所得以上の後期高齢者に2割負担導入。傷病手当金、任意継続被保険者の見直し等)。 医療法等改正法案 の可決、成立(医師の働き方改革、地域医療構想実現に向けた医療機関の再編支援、感染症等の医療計画への位置づけ、外来医療の機能の明確化)。
2022年(令和4年)	上記改革法の順次施行(全世代型社会保障改革の議論がさらに進む) 。感染症法改正(発生・蔓延時の医療提供体制整備、流行初期医療確保措置等)

団塊の世代が75歳に到達する「2022年危機」と同時に、健康保険法は制定から100年。

【 参 考 文 献 】

- 「健保連二十五年の歩み」1969年(昭和44年)11月、健康保険組合連合会(安田彦四郎会長)発行
- 「健康保険法の歩み」1973年(昭和48年)11月、健康保険組合連合会(安田彦四郎会長)発行
- 「健保連四十年の歩み」1983年(昭和58年)11月、健康保険組合連合会(西野嘉一郎会長)発行
- 「健保連五十年の歩み」1993年(平成5年)12月、健康保険組合連合会(有吉新吾会長)発行
- 「健保連六十年の歩み」2004年(平成16年)3月、健康保険組合連合会(千葉一男会長)発行
- 「健保連七十年の歩み」2014年(平成26年)3月、健康保険組合連合会(平井克彦会長)発行
- 「日本医療保険制度史」(第3版)2020年(令和2年)1月、吉原健二・和田勝共著、東洋経済新報社発行
- 「日本の医療—制度と政策」(増補改訂版)2020年(令和2年)4月、島崎謙治著、東京大学出版会発行

参考：報告書（概要版）

医療保障総合政策調査・研究基金事業 医療保険制度の将来構想の検討のための調査研究Ⅰ (制度の変遷と将来構想の検討) 検討委員会報告書

2022年（令和4年）、健康保険法はその制定から100年を迎えた。この大きな節目にあたり、これからの社会を見据えて、長期的に持続可能な制度のあり方を、原点に立ち戻って探求した。

21世紀に入ってから、わが国の社会は大きく変化している。人口構成の変化等に加えて、とくに近年は新型コロナウイルス感染症やロシアによるウクライナ侵攻のような想定外の事態も発生するなど、これまで前提とされてきた社会の姿が大きく変化しており、現在のままでは医療保険制度を持続していくことが難しくなっていくものと予測される。

本調査・研究では、2021～2022年度にかけて検討を行い、将来（2040年想定）に向けて、これからの医療保険制度、健康保険組合のあり方等を構想し、その結果をとりまとめた。

検討委員会 委員名簿・検討過程

1. 委員名簿

【有識者委員】

印南 一路 慶應義塾大学 総合政策学部 教授
香取 照幸 上智大学 総合人間科学部 教授
島崎 謙治 国際医療福祉大学大学院 教授
堀 真奈美 東海大学 健康学部 教授
○森田 朗 東京大学 名誉教授

【健保組合委員】

久保 俊裕 健康保険組合連合会大阪連合会 会長
笹山 秀彦 トヨタ自動車健康保険組合 常務理事
玉木 真理 パナソニック健康保険組合 専務理事
長尾 健男 日本製鉄健康保険組合 常務理事
奈良崎 修二 日産自動車健康保険組合 理事長
宮前 暢明 北海道農業団体健康保険組合 専務理事
宮脇 一郎 NXグループ健康保険組合 理事長

※令和5年1月より佐竹陽一理事長に交代

(○：座長、各五十音順・敬称略、令和5年3月31日現在)

2. 検討過程（2021～2022年度・計9回）

2021年度		2022年度	
第1回(6月14日)	検討テーマ確認 制度変遷を踏まえた論点	第5回(4月8日)	医療提供体制 診療報酬体系 保険給付範囲のあり方
第2回(9月2日)	医療保険制度全体の改革の方向性	第6回(6月21日)	制度運営のデジタル化、効率化、 近代化等による医療保険制度・健康 保険組合／医療提供体制・診療 報酬体系のあり方
第3回(11月15日)	同上 財政シミュレーション報告	第7回(9月14日)	取りまとめに向けた構成・項目(案)
第4回(2月25日)	同上	第8回(11月16日)	報告書の取りまとめに向けた骨子
		第9回(2月10日)	報告書の取りまとめ

2040年に想定される医療・医療保険制度を取り巻く社会情勢の変化

□ 進展する少子高齢化と深刻化する医療費の増大

- 総人口減少のなか、団塊ジュニア世代が高齢化。65歳以上人口がピークに到達
 - 高齢者のみ（単身を含む）世帯の増加。死亡数のピークが到来（多死社会）
 - 医療の高度化が進み、革新的かつ高額な薬剤や技術が登場する
 - 急速な高齢化や医療の高度化の影響で医療費が増大する。減少する現役世代では支え切れず、深刻な財政危機に。医療ニーズも大きく変化する
 - より医療・介護ニーズの高い85歳以上人口が急増（約4割増）
 - 医療・介護人材（外国人労働者を含む）の確保の必要性が高まる
 - 経済成長は2018年の政府推計より鈍化し、国民医療費の対GDP比を押し上げる見通し
 - * 2040年度のGDP→2018年政府推計=790.6兆円、健保連推計=722.3兆円（▲68.3兆円）（ベースラインケース）
 - * 国民医療費対GDP→2018年政府推計=9.9%、健保連推計=10.1%（+0.2ポイント）（ベースラインケース、現状投影ケース）
- さらに、今後の経済変動、新興感染症の拡大など不測の事態の影響を受ける可能性も十分にある。

□ 働き方の多様化と就労者像の変化

- 健康寿命が延伸し、元気な高齢者が増加する。社会参加や就業意欲も向上し、高齢者の就業率が上昇する
- 女性の就業率が上昇し、すでに標準的になっている共働き世帯がさらに増加するなか、被扶養者は減少する
- 非正規労働者の増加や副業、兼業、複数就労者、雇用類似の働き方、職場にとられない働き方が増加する
- 働き方の多様化とともに、収入形態も多様化する

□ 医療・健康情報の活用と個人を取り巻くデジタル環境の進展

- 医療・健康情報の管理・活用（レセプト、健診、カルテ、処方箋、情報プラットフォームの構築等）
- 医療、介護の各種データの活用推進
- オンラインによる遠隔地間での予防、診断、治療など診療環境の変化
- DXによる医療・介護の生産性向上と人材不足の改善
- マイナンバーの基盤を活用した収入・資産の把握
- マイナポータルを利用した健保組合と加入者の双方向の迅速なコミュニケーションが可能になる

新たな社会情勢への対応の視点

2040年の社会情勢の変化に対応すべく、

1. 医療ニーズの変化、医療費の増加にどのように対応するか
2. 多様な働き方の包摂と制度の持続性をどう確保するか
3. その時、健保組合に求められる役割はなにか

これら3つの視点から将来像を検討する

1. 医療ニーズの変化、医療費の増加にどのように対応するか

人口変動による医療ニーズの変化と介護ニーズの増大、そして医療技術の高度化に応じた医療・介護提供体制の構築が求められる。一方で、医療保険制度の持続性確保のためには、医療費の伸びを抑制する対策が不可欠である。必要な時に必要な医療・介護が受けられるよう、医療・介護DXやAI等の技術を活用した一層の効率化と質の向上を図りつつ、適切な受診を推進すべく、制度的な見直しを図る。

考えられる具体的な方策・提案

(医療ニーズの変化への対応)

- ◆ **高齢化を踏まえた、医療・介護提供体制、高齢者医療・介護保険制度の一体的運営**
 - ・ プライマリ・ケア（かかりつけ医）機能を起点とした医療と介護のシームレスな連携とサービス提供（地域包括ケアシステムの充実・発展、質の向上）
 - ・ 75歳以上の要介護者への給付重点化（ex.第2号被保険者の範囲を段階的に74歳へ引き上げる、各種サービスの地域支援事業への移行等）
- ◆ **かかりつけ医機能の充実**
 - ・ かかりつけ医を緩やかなゲートキーパーにした病院、専門医、在宅医療、介護など地域連携グループ（ex.地域医療連携推進法人）の構築および多職種連携と求められる役割に対応した新たな評価等
 - ・ かかりつけ医による保険者等への患者データのフィードバックなど、アウトカムデータの蓄積による医療の質の向上
 - ・ 高齢者だけでなく現役世代についても予防・健康管理を実施
 - ・ 病院・専門医、多職種と連携したACP（Advanced Care Planning）の策定
 - ・ 受診機会の地域差解消を目指したオンライン診療のさらなる活用

このほか、

- ▼ 急性期医療の集約化・重点化など、地域の実情に応じた病床機能のさらなる分化・連携（各種データを踏まえた地域医療構想等、各種計画のバージョンアップ、都道府県の役割、保険者の役割など、医療提供体制に関する責任体制の見直し・強化）一等

考えられる具体的な方策・提案

(増加する医療費への対応)

- ◆ **医療の高度化への対応と持続性確保のための保険給付の効率化**
 - ・ 診療内容や薬剤の種類に応じた給付・負担の調整（医療の質かつ経済効率性を踏まえた医薬品フォーミュラリの制度化、費用対効果を踏まえたバランスのとれた薬価制度への転換等）
 - ・ 医療・介護データの分析による可視化と質の向上（P4P（Pay for Performance）にもとづく報酬体系による評価）
 - ・ 保険外併用療養費制度の活用（選定療養のあり方一等）
 - ・ 医療費の調整（都道府県別の医療費適正化努力を反映した調整、都道府県の取り組みと連携した国の目標設定等）

2. 多様な働き方の包摂と制度の持続性をどう確保するか

高齢者や女性、多様な働き方をする労働者を被用者保険が包摂し、被保険者としてふさわしい給付を保障する。被用者保険の適用拡大や新たな被用者類型の創設とともに、国民健康保険の役割の強化など、医療保険制度の枠組みの見直しが必要である。

また、これらを通して、国民皆保険制度の支え手がひろがり、公平な保険料負担が実現することが望ましい。

考えられる具体的な方策・提案

◆ 適用拡大の推進、雇用類似（フリーランス、ギグワーカー等）等が加入する新たな制度の構築（支え合いの強化）

- ・ 多くの被扶養者が被保険者に移行→実質的に世帯単位から個人単位へ
- ・ 一定範囲の被扶養者にも保険料を賦課（家族被保険者）する（応益的負担と権利・義務の確立、保険給付や保健サービス等の受益の確保）

◆ 就労する高齢者は、年齢にかかわらず、現役世代と同じ被用者保険に加入する

- ・ 保険料負担、自己負担割合、保険給付等については、原則現役世代と同じにする

このほか、

▼健康保険組合、協会けんぽは加入者の多様化に対応した保険者機能を発揮

▼加入者数が減少する国保のセーフティーネットとしての役割強化 等

▼公費負担のあり方を見直し、税の役割強化（社会連帯強化）

▼マイナンバーを活用した所得・資産の把握（負担と給付の公平性の確保）

- ・ 保険料賦課ベースの拡大（標準報酬制度の見直し、年金所得課税の見直し等）
- ・ 金融資産を加味した自己負担割合・所得区分の設定（負担軽減者の判定のため） 等

3. その時、健保組合に求められる役割はなにか

人口構成とともに、加入者像も変化する。また、今後、デジタル化も一層進展する。こうした変化のなかで、健保組合は、ウェルビーイング（well-being）に貢献する観点からも、事業主と連携して働き方の多様化に対応した加入者サービスの充実を目指すべく、運営体制の強化を図る必要がある。

さらに、DXを通じて、保険者機能の新たな可能性を見出し、健保組合の強みとしていくための体制整備が求められる。また、データ分析・活用を通じて、保険者としての政策提言力を強化する。

考えられる具体的な方策・提案

（加入者サービスの充実等）

◆ 医療・健康データ分析と働き方の多様化を踏まえ、個人最適化したサービスの提供

- ・ 高齢就労者、女性就労者の健康保持・増進
- ・ 情報プラットフォームの構築・活用、ビッグデータの活用
- ・ マイナポータルを利用した健保組合と加入者の双方向の迅速なコミュニケーション（各種申請受付、情報提供、ヘルスリテラシー向上の取り組み）
- ・ データ連携による事業主とのコラボヘルス、健康経営の支援強化

◆ 健保組合とかかりつけ医のコラボレーションによる加入者へのサービス提供

- ・ かかりつけ医（地域連携グループなど含む）との特別な契約にもとづき、質を担保した保険診療・保健サービスの提供、情報提供一等

（新たな役割を担うための体制強化）

- ・ 現行の適用・給付業務の標準化・効率化と事務の共同化
- ・ 保健事業へのタスクシフト→保険者機能のさらなる強化
- ・ 組合業務へのDX導入に精通した人材の確保・育成

このほか、

▼健保組合の規模のあり方等について検討（新たな合併の選択肢、設立認可基準の見直しと存続基準の設定等）

医療保障総合政策調査・研究基金事業
医療保険制度の将来構想の検討のための調査研究Ⅰ
(制度の変遷と将来構想の検討)
検討委員会報告書

令和5年5月

発行者 健康保険組合連合会

〒107-0052 東京都港区赤坂 8-5-26

住友不動産青山ビル西館内

