

# 「変化する社会と医療保険 ～健保組合の新たな挑戦～」

2024年3月4日

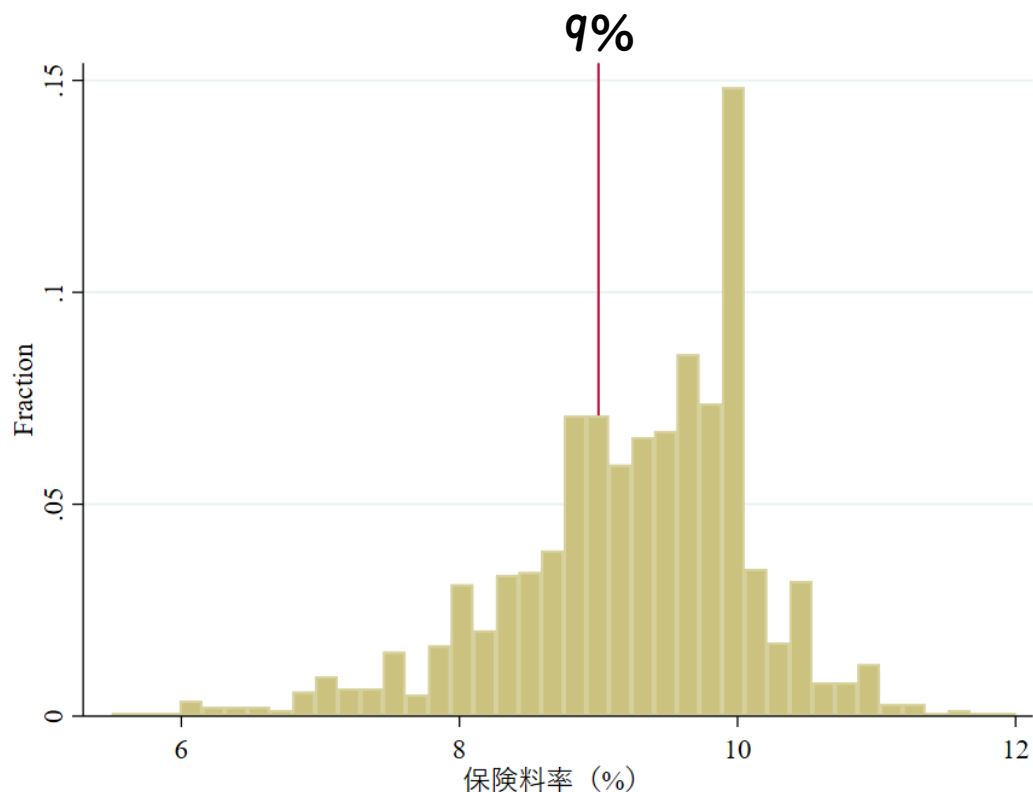
一橋大学 経済学研究科 准教授

高久玲音

1

# 組合健保の保険料率の分布

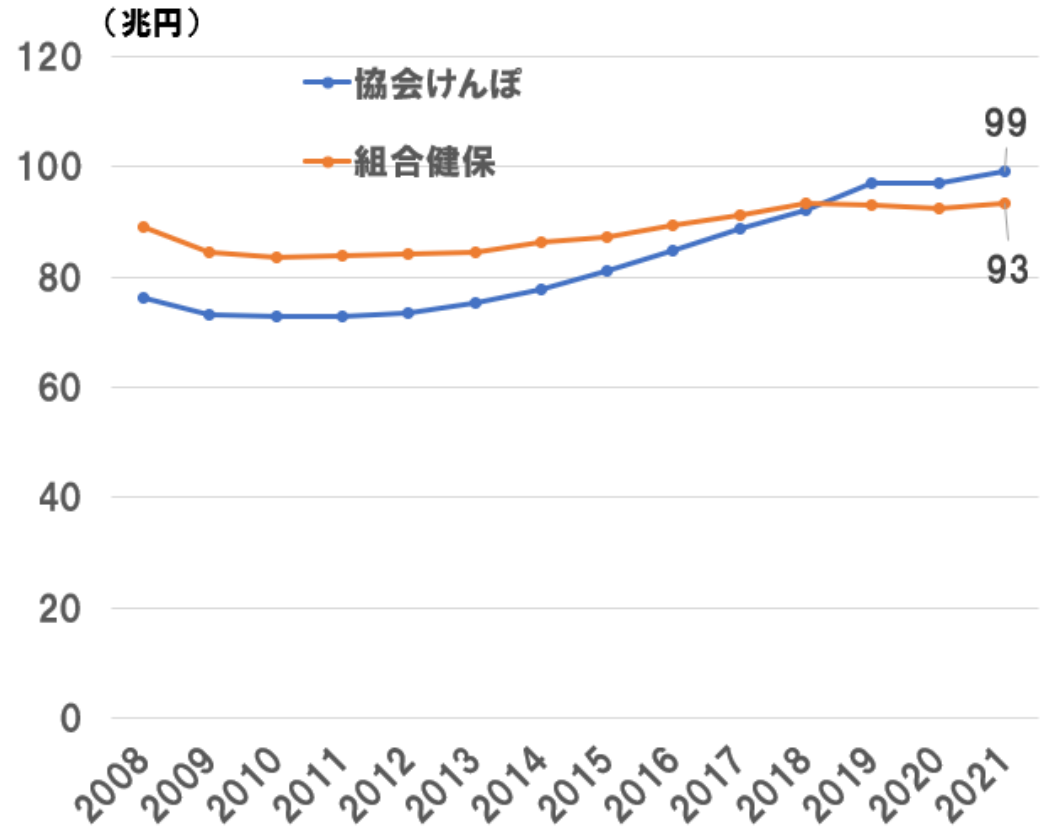
- 民間の情報公開請求で最新の保険料率の実態が明らかに
  - 9%以下の保険者が全体の37.6%



保険料率	健保数	割合 (%)	累積 (%)
6.5%未満	15	1.1	1.1
6.5%-7.0%	24	1.7	2.8
7.0%-7.5%	20	1.5	4.3
7.5%-8.0%	93	6.7	11.0
8.0%-8.5%	121	8.8	19.8
8.5%-9.0%	246	17.8	37.6
9.0%-9.5%	263	19.0	56.6
9.5%-10.0%	424	30.7	87.3
10.0%-10.5%	124	9.0	96.2
10.5%以上	52	3.8	100.0

# 各保険の標準報酬月額（総計）

＜標準報酬月額の総計＞



(資料) 厚生労働省『健康保険・船員保険事業年報』

- 近年の各保険の標準報酬月額は概ね80-100兆円で推移
  - 協会けんぽ
    - 報酬総計99兆円／保険料収入9.9兆円
  - 組合健保
    - 報酬総計93兆円／保険料収入8.3兆円
- 仮に組合健保の保険料率が協会けんぽ同等になれば1兆円程度の増収
- 保険者としての価値の総計が毎年1兆円以上であることが現行制度の正当化に必要
  - ① 加入者の健康管理
  - ② 「支払い側」としての政策提言
  - ③ 医療提供体制の効率化への貢献

# 健康管理政策の歴史とエビデンス

- 過労死は正規社員の特徴だった
  - Kondo 2010 *J Epidemiol Community Health*
- 90年代以降、専門職や管理職の悪性新生物の死亡率がブルーカラーを上回った時期があった
  - Wada 2010 *BMJ*
- 複数の研究で組合による健康管理を継続的に受けている人（勤続年数が長い人やホワイトカラー）で糖尿病などのいわゆる生活習慣病リスクが高いことが報告されている
  - Takaku 2020 *Health Policy*
  - Kajitani 2015 *Journal of the Japanese and International Economy*
- 健保組合は様々な取り組みをしており一部は健康状態の改善に寄与していると思われるが、不健康な企業慣行（過度な残業、過度な飲みニケーション）そのものに介入はしてこなかった

# 分立した保険制度と雇用の流動化

- 日本と同様に保険制度が勤労世代と高齢者で分かれている米国では、「**高齢期の健康に現役世代の保険者は関心を持たないので非効率だ**」という研究も
  - 現役時代に健康に対して労使ともに過少投資をする結果、高齢期の医療費が過大に
- 雇用が流動的になるにつれて従業員の健康に関心を持たなくなる
  - 今後は雇用慣行も更に流動化する見通し
- **雇用の流動化を前提とした制度設計**
  - ① 転職前後の健診データを共有できるようにする (PHR)
  - ② 一定期間中の健康アウトカムの変化に応じた支援金額の減算評価のウェートを拡大する
    - 肥満解消率や非喫煙者割合の改善度合い

<現役世代と高齢世代の保険の分断の非効率性を解析したペンシルバニア大学Fang教授の著名な学術論文>

American Economic Review 101 (December 2011): 3047–3077  
<http://www.aeaweb.org/articles.php?doi=10.1257/aer.101.7.3047>

Dynamic Inefficiencies in an Employment-Based Health Insurance System: Theory and Evidence<sup>†</sup>

By HANMING FANG AND ALESSANDRO GAVAZZA\*

*We investigate the effects of the institutional settings of the US health care system on individuals' life-cycle medical expenditures. Health is a form of general human capital; labor turnover and labor-market frictions prevent an employer-employee pair from capturing the entire surplus from investment in an employee's health. Thus, the pair underinvests in health during working years, thereby increasing medical expenditures during retirement. We provide empirical evidence consistent with the comparative statics predictions of our model using the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) and the Health and Retirement Study (HRS). Our estimates suggest significant inefficiencies in health investment in the United States. (JEL D14, D91, G22, I11, J32)*

小項目	指標名	指標の定義・内容	確認方法	重点項目	必須項目	配点
①	特定健診・特定保健指導の実施率（実施率が基準値以上）	<p>前年度の特定健診・特定保健指導の実施率の基準値<sup>(※)</sup>をどちらも達成すること（未達成の場合は0点）</p> <p>(※)保険者種別ごとに基準値を設定</p> <p>特定健診：単一健保・共済81%、総合健保等76.5%（保険者種別ごとの目標値の90%相当）</p> <p>特定保健指導：単一健保・共済30%、総合健保等15%（保険者種別ごとの2019年度実績の平均値相当：単一健保：34.1%、共済：30.8%、総合14.8%）</p> <p>【配点（整数値に四捨五入し、50点上限）】</p> $10 + (\text{前年度の特定健診の実施率} - \text{特定健診の基準値}) / (100\% - \text{特定健診の基準値}) \times 20 + (\text{前年度の特定保健指導の実施率} - \text{特定保健指導の基準値}) / (100\% - \text{特定保健指導の基準値}) \times 20$	NDB集計	—	○	10~50
②	被扶養者の特定健診・保健指導の実施率（基準値に対する達成率）	<p>前年度の被扶養者の実施率の基準値<sup>(※)</sup>に対する達成率を把握すること</p> <p>(※)保険者種別ごとに基準値を設定（被扶養者の基準値は、加入者全体の基準値とする）</p> <p>特定健診：単一健保・共済81%、総合健保等76.5%（同上）</p> <p>特定保健指導：単一健保・共済30%、総合健保等15%（同上）</p> <p>【配点（整数値に四捨五入し、10点上限）】</p> $\text{前年度の被扶養者の特定健診の基準値に対する達成率} \times \text{被扶養者の特定保健指導の基準値に対する達成率} \times 10$	NDB集計	—	—	1~10
③	肥満解消率	<p>肥満解消率（前々年度から前年度の特定健診の2年連続受診者で、前々年度に服薬の有無を除いて腹囲・BMIで特定保健指導対象者のうち、前年度も服薬の有無を除いて腹囲・BMIで特定保健指導対象外の者の割合）が正の値であること</p> <p>【配点（整数値に四捨五入し、20点上限）】</p> $\text{肥満解消率}(\%) \times 40$	NDB集計	—	—	1~20

# PHRと健保の役割

- 将来的な健康情報等は「個人」で管理するようになる
  - 運動や睡眠の質を自分で日々管理する人が現状でも多数存在
    - 特定健診等の情報についても個人で長期履歴を簡単に確認できるようにする必要
  - 健康情報の個人管理が定着すると、保険者という組織でそこに介入する意義を加入者に理解してもらいにくくなる
- 疾病管理の効果を扱った研究は多いものの、測定された効果は多岐にわたり、同じようなプログラムに対しても個人の反応には大きな異質性があることが知られている
  - e.g., 健診をはじめて受ける人には高い費用抑制効果
    - Simcoe T, Catillon M, Gertler P. Who benefits most in disease management programs: Improving target efficiency. *Health Economics*. 2019; 28: 189-203
- どのような人に対する効果が高いのか（低いのか）明らかにすることで健康増進活動の効果を高める余地は大きい
  - 働き方、家族構成、キャリアパス、など多くの情報と健康情報を突合／解析
  - これまでの健保活動の限界だった「限定された健康への関与」から脱却

# 医師の年収

- 平均年収と医師の年収の比率をとると、日本では開業医の報酬が高い傾向
  - GPよりSpecialistの報酬を高く設定している国が多い

＜全労働者の平均年収と医師の年収の比率（2021）＞

General practitioners (GPs)			Specialists		
	給与	自営		給与	自営
Australia <sup>1</sup>		1.7	Australia <sup>1</sup>		3.8
Canada		2.7	Canada		4.2
Denmark			Denmark	2.5	
Finland	2.0		Finland	2.7	
France (2017)		3.0	France (2017)	2.2	5.1
Germany		5.04	Germany	3.4	5.64
Italy			Italy	2.6	
Japan	2.2	5.4	Japan	3.0	
Korea	2.1	3.0	Korea	4.4	6.8
Netherlands	2.2	2.5	Netherlands	3.2	3.3
Norway			Norway	1.8	
Sweden	2.3		Sweden	2.2	
Switzerland		3.1	Switzerland		3.2
England (UK)	1.8	3.4	England (UK)	3.3	

（資料）日本のデータは「令和3年医療経済実態調査」と「賃金センサス」より計算。他国はOECD” Health at a Glance 2023” Figure 8.11. Remuneration of doctors, ratio to average wage, 2021 (or nearest year)



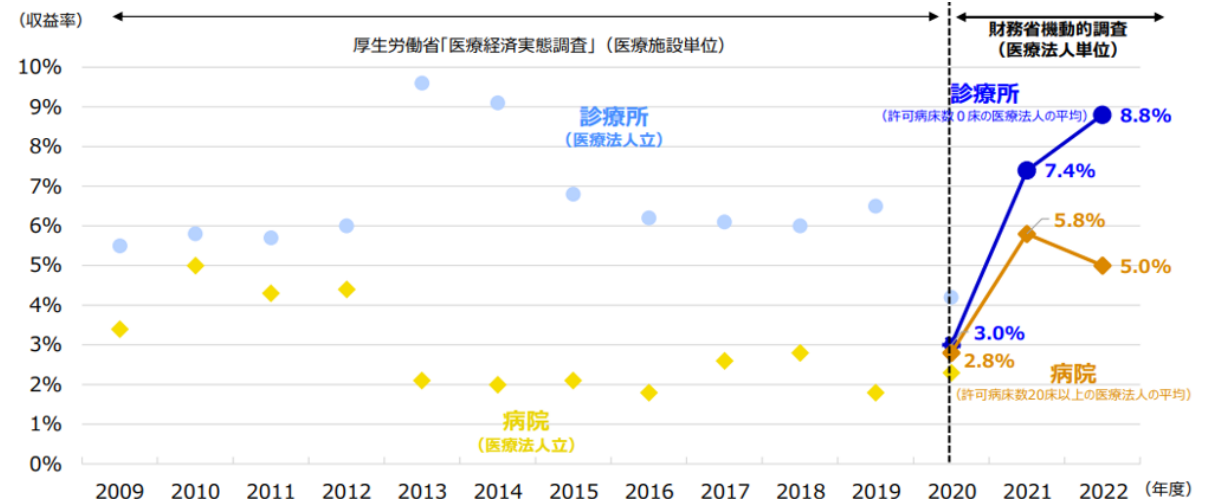
# 小規模でも採算はとれる形態

- 35%が看護系、31%は直接的に医療サービスを提供するわけではない事務職員等
  - 医療の質と直接関係のない人材も多く診療所で就労している

## <診療所の雇用>

	診療所	
	総雇用	割合 (%)
医師	135,606	19.1
歯科医師	2,088	0.3
薬剤師	4,298	0.6
保健師	8,111	1.1
助産師	7,661	1.1
看護師	138,020	19.5
准看護師	87,910	12.4
看護業務補助者	19,152	2.7
その他の医療介護従事者	82,845	11.7
<b>その他の職種</b>		<b>31.4</b>
保育士	1,360	0.2
その他の技術員	6,973	1.0
医療社会事業従事者	1,138	0.2
<b>事務職員</b>	<b>173,292</b>	<b>24.5</b>
その他の職員	39,854	5.6
総数	708,307	

## <診療所の利益率>



注1) 医療経済実態調査は2年に1回(西暦の奇数年)実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。一方、直近3年間を対象とした財務省「機動的調査」は、同一の医療法人の事業報告書等の情報を集計しており、経年比較が可能。

注2) 医療経済実態調査に係る収益率は、一般病院及び一般診療所に係る補助金を含んだ収益率(医療収益及び介護収益の合計額に対する損益差額の割合)。財務省「機動的調査」結果に係る収益率は、診療所については許可病床数0床の医療法人に係る経常利益率、病院については許可病床数20床以上の医療法人に係る経常利益率。

出所) 2009年度から2020年度の診療所及び病院(いずれも医療法人立)の収益率・厚生労働省「医療経済実態調査」。

# Group Practice

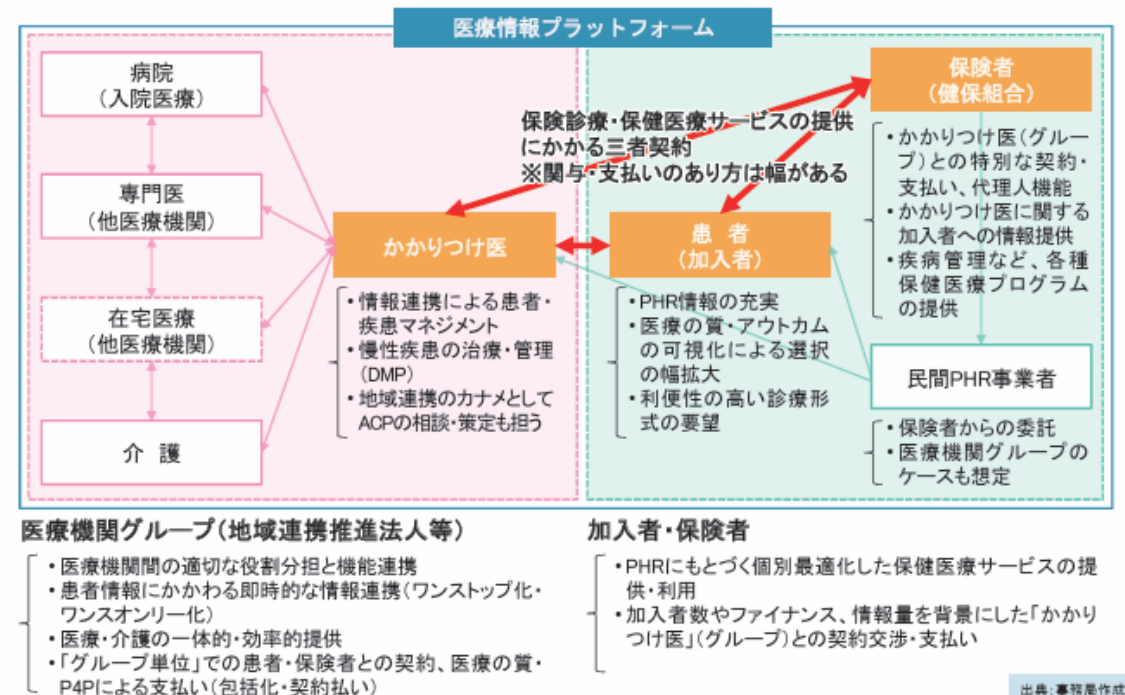
- イギリスではGPは通常3～5人のグループで診療所に勤務（Group Practice）しており、日本の開業医（町医者）とは異なる
- フランスでは2019年では61%のプライマリーケア医がグループで就労
  - 2010年には54%であり近年上昇している
- フランスの最近の研究例ではロックダウン時の慢性疾患患者のケアにもグループ診療の医療機関で就労している医師のほうが積極的だったことが報告されている
  - 危機時に新しい環境に適応するノウハウを共有しやすい
    - Zaytseva, Anna, Pierre Verger, and Bruno Ventelou. "United, can we be stronger? Did French general practitioners in multi-professional groups provide more chronic care follow-up during lockdown?." BMC Health Services Research 22.1 (2022): 1-8.
- ICTの導入など固定費用を伴う投資もグループ診療のほうがしやすい
  - 診療所のDXの遅れも一部には日本の診療所の規模が小さいことが原因である可能性
- 日本でも在宅療養支援診療所はGroup Practiceだが一般的な診療所の形態とは言い難い

# 地域医療連携推進法人の活用

- 現状より地域医療連携推進法人（医療機関グループ）を大幅普及させ連携関係を「見える化」した段階では、**償還価格に差をつける**ことも可能
  - 加入者のアクセスは一定程度制限されるが費用抑制効果があれば保険料は安くても良い
  - 低い保険料を選好する加入者が多いのであれば**選択肢**を提示することで厚生改善に繋がる
- 法的な課題もあるが、**健保として報酬に差をつけられるようにすれば、医療提供体制に対するより強力な介入ツールになる可能性がある**
  - 報酬の調整が困難であれば自己負担額を変え、患者側の「いつでもどこでも」意識を緩やかに変える

## ＜健保連提案の将来像＞

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）



（資料）健保連『医療保険制度の将来構想の検討のための調査研究Ⅰ』

# 組合健保に期待すること

- 現状の保険制度のインセンティブ構造や既存のエビデンスを見ると、現状の健康管理施策のみで「1兆円の保険者機能」を発揮することは難しいのではないか
- ① 働き方を含めた多様な情報と健康情報を突合・解析をすることで新たな価値創出
  - E.g., オンラインワークと健診・検診
- ② 医療介護提供体制の改革への貢献
  - 地域医療連携推進法人を活用した医療提供体制改革
    - 地域フォーミュラリの普及・促進
  - 診療報酬制度（自己負担）の分権化
- ③ EBPMへの貢献
  - 制度改革の事後評価をレセプト等を用いて行ったらどうか
  - 「予算をつけるなら効果検証の義務付けを」という声も盛り上がってきているので、健保も医療介護関連施策の評価に積極的にかかわってほしい