

# 変化する社会と医療保険

## ～ 健保組合の新たな挑戦～

2022年に健康保険法は制定から100年を迎えました。この大きな節目の年にあたり、健保連は、21年度から22年度にかけて、有識者と健保組合からなる検討委員会を立ち上げ、「医療保険制度の将来構想の検討のための調査研究」を実施しました。

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・介護保険制度、健保組合、医療提供体制、診療報酬のあり方等にあわせて、制度運営のデジタル化、効率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ました。

本シンポジウムでは、昨年5月に公表した報告書をご紹介しつつ、「医療ニーズの変化、医療費の増加への対応」、「多様な働き方の包摂と制度の持続性の確保」、「健保組合に求められる役割」をテーマとして、パネリストの皆さまにさまざまな視点に立った意見をうかがうことで、提言を補強し、その実現に向けた筋道を立てるとともに、健保組合が挑むべき課題を明らかにする契機としたいと考えています。

開催日時

令和6年3月4日(月) 14:30～17:30

ZOOM  
による  
ライブ配信

参加無料

会場先着順

会場

イノホール&カンファレンスセンター Room A  
〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目1-1 飯野ビルディング4階

主催



健康保険組合連合会

東京都港区赤坂8-5-26  
(住友不動産青山ビル西館内)

プログラム

14:00 開場

14:30 開会挨拶 佐野雅宏(健康保険組合連合会 副会長)

### <第1部 基調講演>

14:35 総論的講演 将来構想検討委員会座長 森田朗氏(東京大学 名誉教授)

14:55 将来構想検討委員会報告書の概要

松本展哉(健康保険組合連合会 総合企画室長)

15:10 パネリストによるプレゼンテーション

伊藤由希子氏(津田塾大学 総合政策学部 教授)

佐保昌一氏(日本労働組合総連合会 総合政策推進局 総務局長)

高久玲音氏(一橋大学大学院 経済学研究科 准教授)

15:55 休憩

### <第2部 パネルディスカッション>

16:10 パネルディスカッション

大林尚氏(モデレーター:日本経済新聞社 編集委員)

伊藤由希子氏、佐保昌一氏、高久玲音氏

宮前暢明氏(北海道農業団体健康保険組合 専務理事)

秋山実(健康保険組合連合会 理事)

17:30 閉会



申込 URL

<https://meeting15.jp/jp/join-event/health-federation2024march/138>

お問い合わせ先

みずほサーチ&テクノロジーズ株式会社

社会政策コンサルティング部 シンポジウム事務局 担当: 田中(陽)、小曾根、井上、浅井、牛込

東京都千代田区神田錦町2-3 竹橋スクエアビル Tel: 03-5281-5277(平日10時～17時) e-mail knp2024@mizuho-rt.co.jp

# 変化する社会と医療保険 ～健保組合の新たな挑戦～

## 講演者



森田朗氏（東京大学 名誉教授）

（一社）次世代基盤政策研究所（NFI）代表理事。（株）協和キリン社外取締役。1976年東京大学法学部卒。行政学、公共政策の研究者として、千葉大学法経学部教授、東京大学大学院法学政治学研究科教授、同公共政策大学院教授・院長、学習院大学法学部教授、国立社会保障・人口問題研究所所長、津田塾大学総合政策学部教授を歴任。財務省関税・外国為替等審議会会長、総務省政策評価審議会会長代理、厚生労働省中央社会保険医療協議会（中医協）元会長。

## パネリスト



伊藤由希子氏（津田塾大学 総合政策学部教授）

2001年東京大学経済学部卒業。2006年米国 Brown 大学経済学博士課程修了・同経済学博士（Ph.D.）。東京経済大学経済学部専任講師、東京学芸大学人文社会科学系経済学分野准教授、津田塾大学総合政策学部准教授を経て、2018年より現職。専門は医療経済学および国際経済学。2015年から内閣府経済・財政一体改革推進委員会委員を務める。東京医科大学兼任教授、東京医科歯科大学非常勤講師等を兼務。



佐保昌一氏（日本労働組合総連合会 総合政策推進局総局長）

1982年旧宇目町役場（現佐伯市役所）入庁、社会福祉協議会や地域包括支援センターでも勤務、2012年大分県後期高齢者医療広域連合賦課・資格管理係長に就任。また、佐伯市労働組合（2006年～）、自治労（2013年～）にて役職を担い、2019年より現職。厚生労働省の中医協、社会保障審議会の医療部会、生活困窮者自立支援及び生活保護部会、年金部会等の委員を務める。社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員（ケアマネは実務復帰前に要再研修）。



高久玲音氏（一橋大学大学院 経済学研究科准教授）

慶応義塾大学で2015年に博士号取得。日本経済研究センター研究員、医療経済研究機構主任研究員を経て2019年に一橋大学経済学研究科に着任。この間、全世代型社会保障構築会議構成員、東京都地域医療構想アドバイザー、日本医師会医療政策会議委員、東京都医師会病院委員会委員、厚生労働省行政事業レビュー外部有識者などを歴任。専門は医療経済学と応用ミクロ計量経済学。



宮前暢明氏（北海道農業団体健康保険組合 専務理事）

2017年、北海道農業団体健康保険組合常務理事に就任。同年、健康保険組合連合会常務理事に就任し、健保連本部の各種委員会に所属する。医療保険制度の改革推進に関する事項について調査・研究を行う医療保障総合政策調査会委員長を務め、「医療保険制度の将来構想のための調査研究」（2021～2022年度）に検討委員会委員として参画する。2018年に全国農業団体健康保険組合協議会会長に就任。2020年より現職。

## モデレーター



大林尚氏（日本経済新聞 編集委員）

早稲田大学卒業後、日本経済新聞社へ。東京本社経済部記者として通産省（現経済産業省）、日銀、経済企画庁（現内閣府）、厚生省（現厚生労働省）などの記者クラブに所属し、経済政策の立案を取材した。経済部次長を経て、編集委員兼論説委員として医療・年金改革、消費税と財政、規制改革、独占禁止法などに関する社説やコラムを執筆した。2014年より欧州総局編集委員、欧州総局長としてロンドンに駐在し、EU 各国の社会保障・税制や BREXIT を決めた英国投票を取材。2017年に帰任し上級論説委員、2021年より現職。慶応義塾大学総合政策学部特別招聘教授。武蔵野大学客員教授。

# 医療保険制度の将来構想と医療DX

シンポジウム「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

森田 朗

東京大学名誉教授・次世代基盤政策研究所 NFI

1. **はじめに** —— 国民皆保険制度と発足時の社会
2. **社会環境の変化** —— 人口構成・医療・働き方
3. **制度改革の方向（1）** —— 保険者機能の強化
4. **制度改革の方向（2）** —— 医療DXの推進

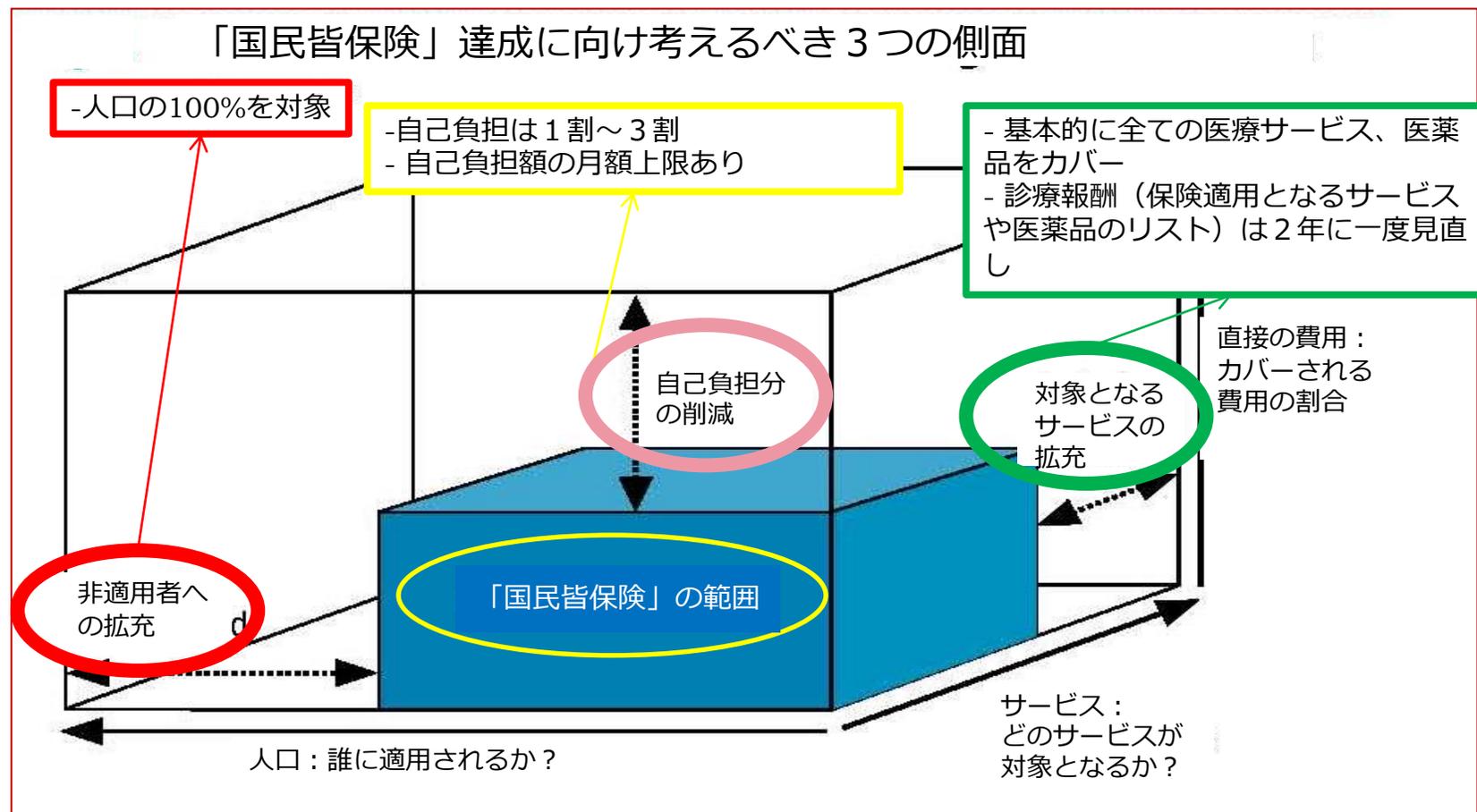
## ① 1961年皆保険、皆年金がスタート

## ② 当時の高齢化率

1960年 5.7%  
2000年 17.3%  
2023年 28.9%

## ③ 医療保険制度

### 「国民皆保険」の構造



### ① 人口構成の変化

—— 高齢者の増加、生産年齢人口の減少、家族構成の変化

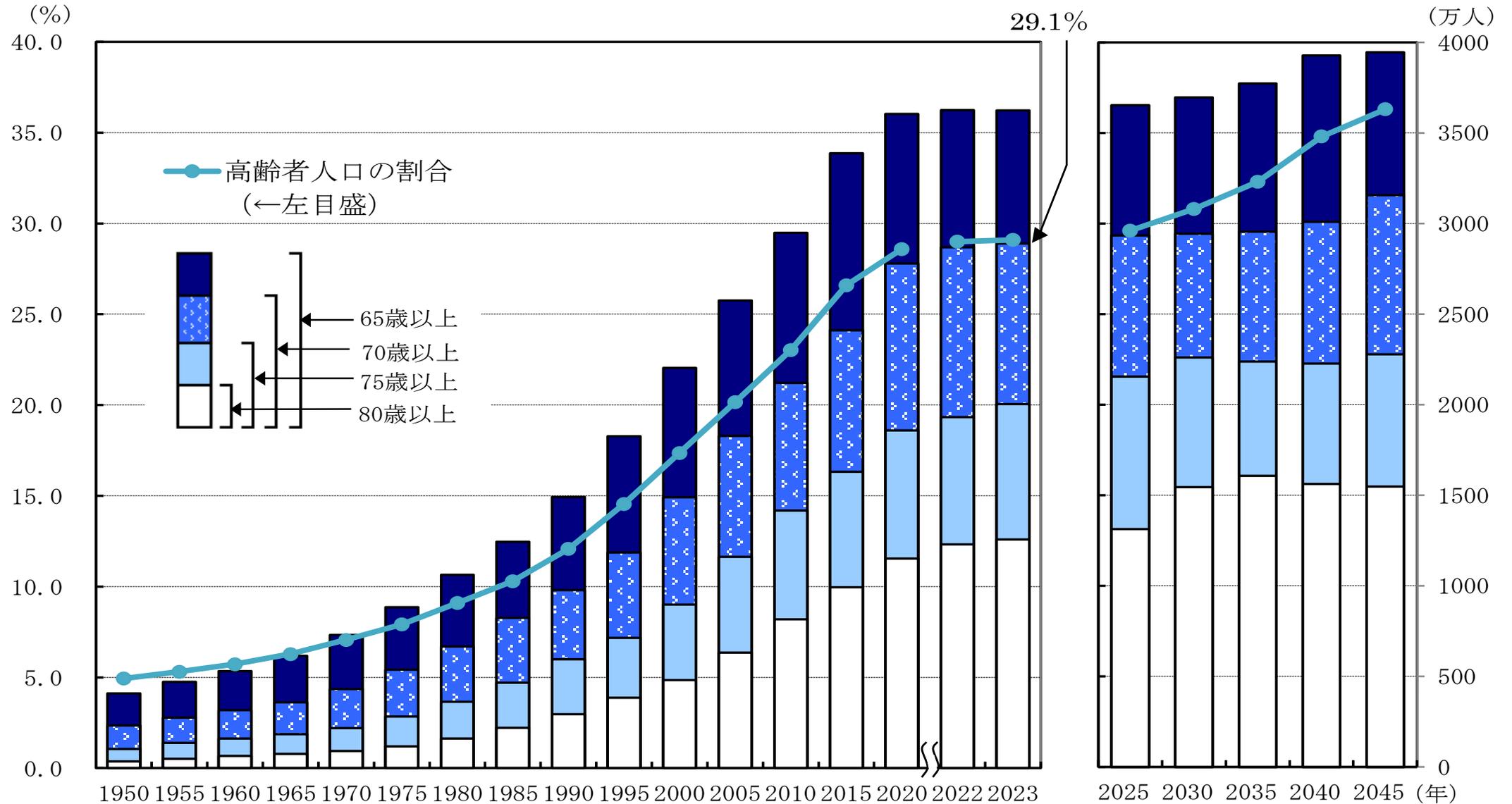
### ② 医療費（社会保障費）の増加

—— 技術の進歩、医療費単価の上昇、高齢化による医療需要の増加

### ③ 働き方の多様化

—— 共働き世帯等の増加、兼業・副業の増加

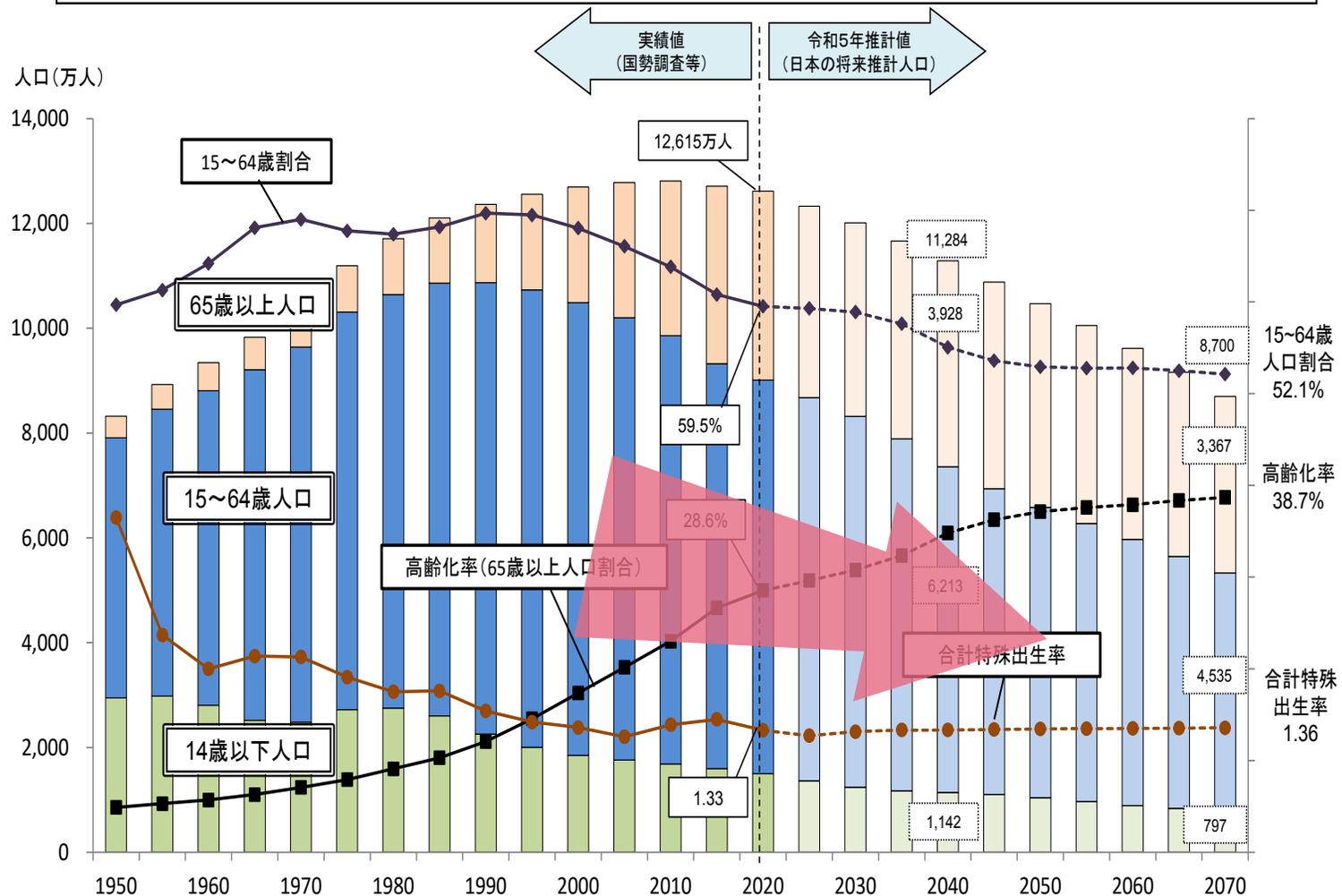
# 高齢者人口および割合の推移（1950年～2045年）



総務省資料 2023/09/17

# 日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



## 日本の総人口

※《 》内は高齢化率

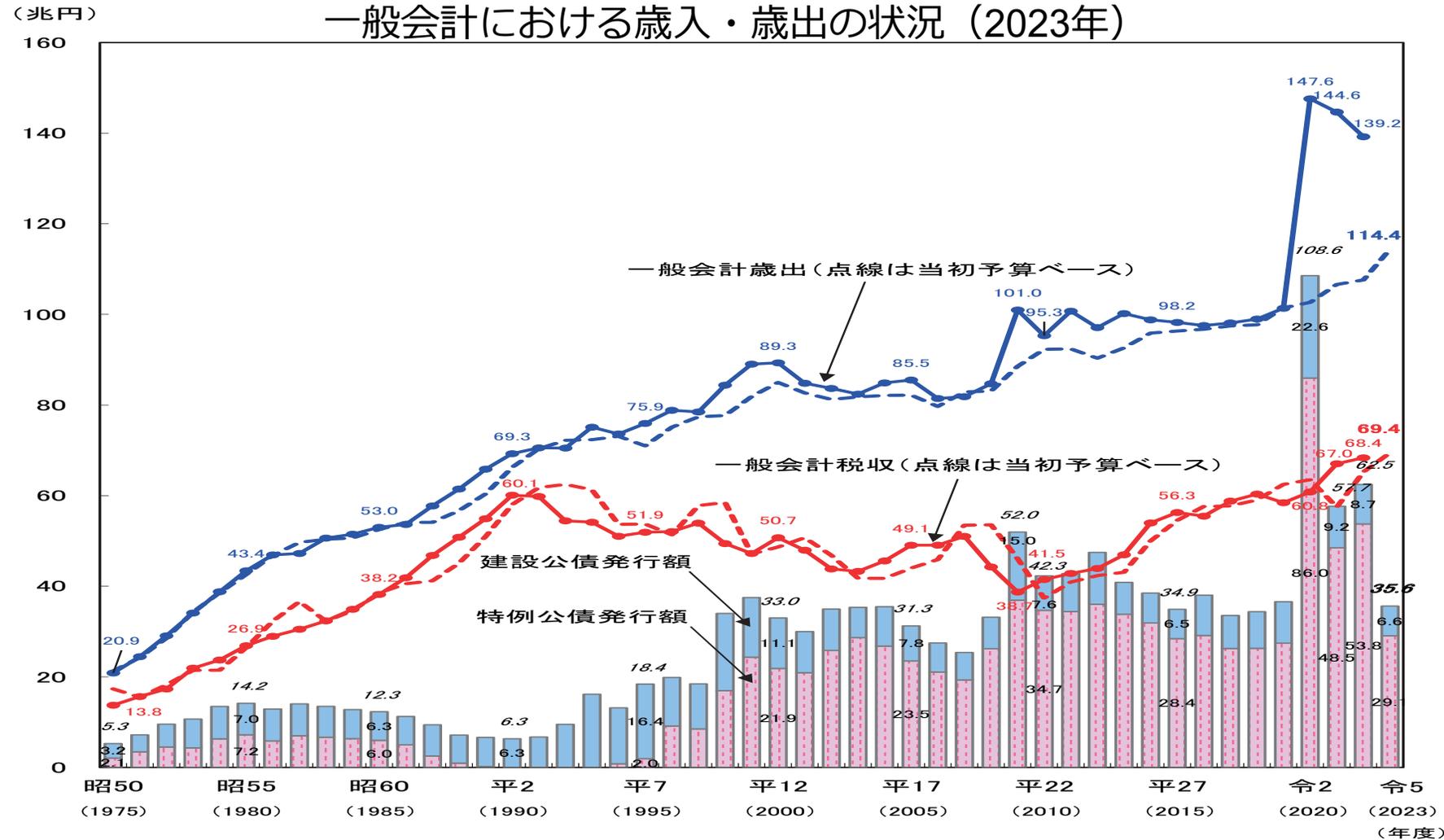
《実績》	《今回推計》	《前回推計》
2020年	2070年	
1億2,615万人	8,700万人	8,323万人
65歳以上人口	3,367万人	3,188万人
3,603万人	《38.7%》	《38.3%》
《28.6%》		
15~64歳人口	4,535万人	4,281万人
7,509万人		
0~14歳人口	797万人	853万人
1,503万人		

出生仮定を変えた場合の2070年の総人口、高齢化率

高位推計 (1.64)	9,549万人《35.3%》
低位推計 (1.13)	8,024万人《42.0%》

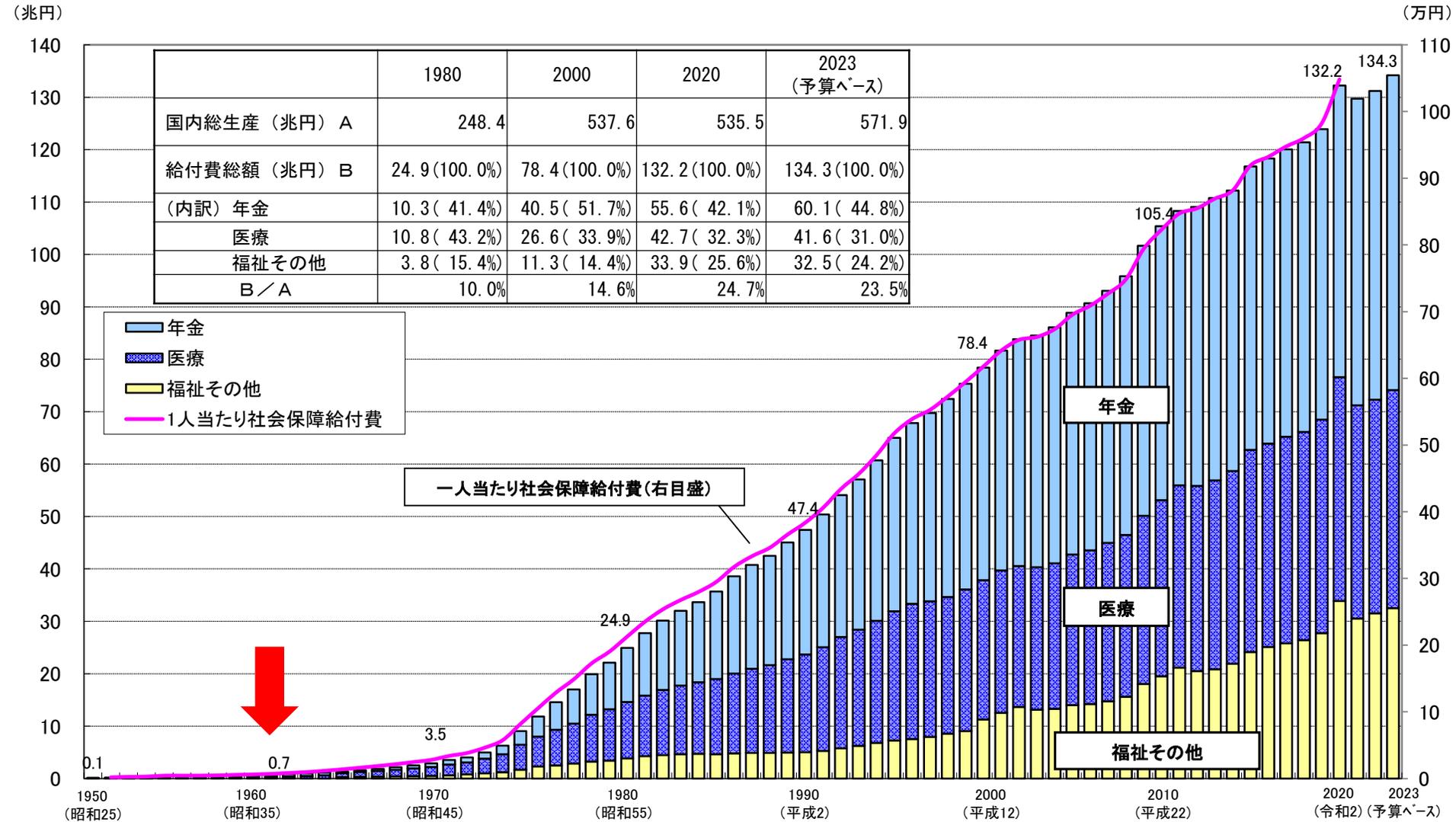
(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

2023年 厚生労働省資料



(注1) 令和3年度までは決算、令和4年度は第2次補正後予算、令和5年度は予算による。点線は令和4年度までは当初予算、令和5年度は予算による。  
 (注2) 特例公債発行額は、平成2年度は湾岸地域における平和回復活動を支援する財源を調達するための臨時特別公債、平成6～8年度は消費税率3%から5%への引上げに先行して行った減税による租税収入の減少を補うための減税特別公債、平成23年度は東日本大震災からの復興のために実施する施策の財源を調達するための復興債、平成24年度及び25年度は基礎年金国庫負担2分の1を実現する財源を調達するための年金特例公債を除いている。  
 (注3) 令和5年度の歳出については、令和6年度以降の防衛力整備計画対象経費の財源として活用する防衛力強化資金繰入れ3.4兆円が含まれている。

# 社会保障給付費の推移



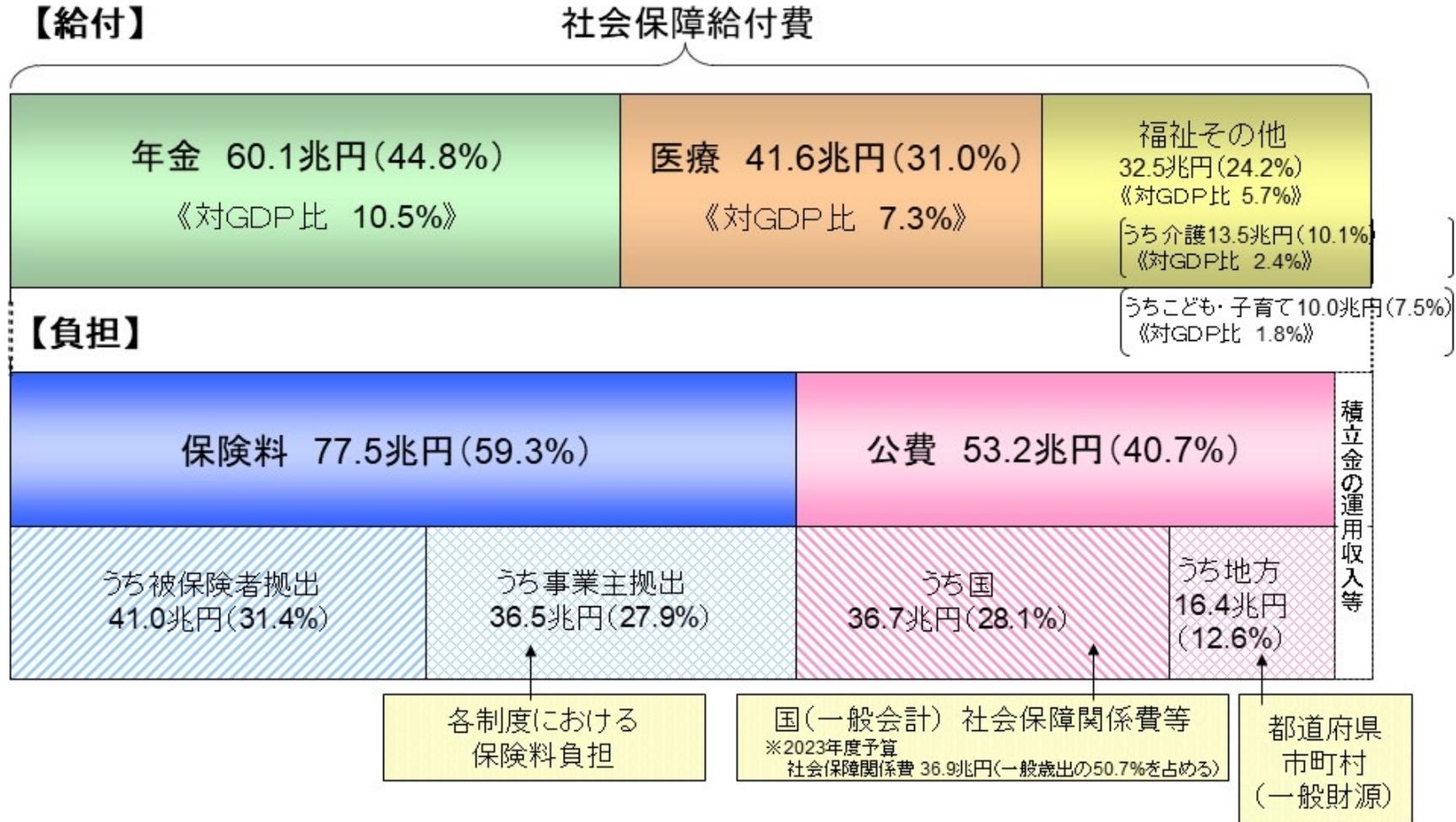
資料:国立社会保障・人口問題研究所「令和2年度社会保障費用統計」、2021~2023年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2023年度の国内総生産は「令和5年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和5年1月23日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000,2010及び2020並びに2023年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

## 社会保障の給付と負担の現状(2023年度予算ベース)

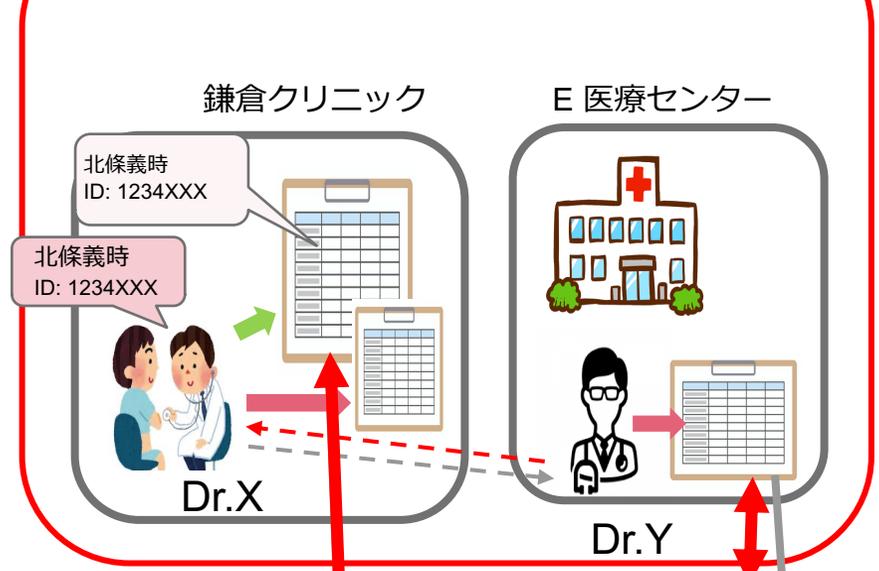
社会保障給付費 2023年度(予算ベース) 134.3兆円 (対GDP比 23.5%)



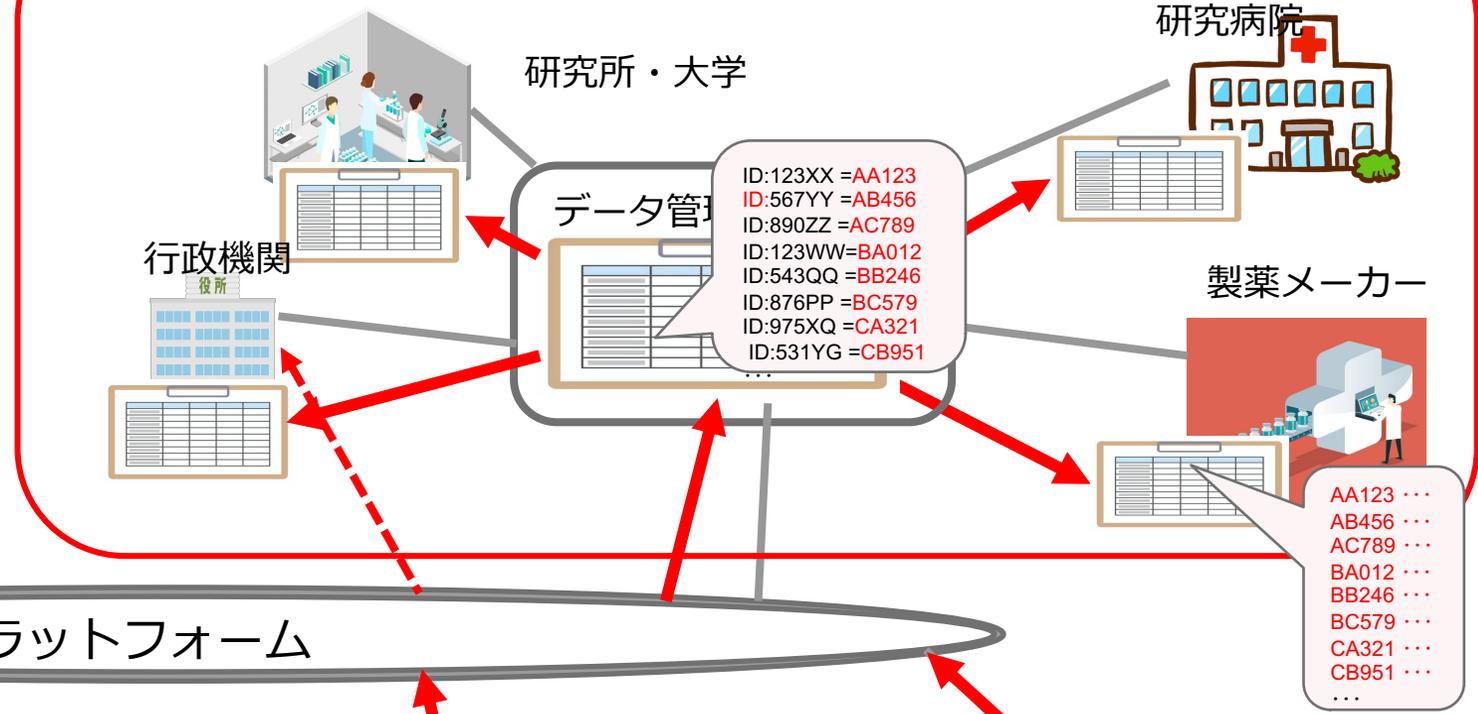
- ① **医療費負担の適正化**  
—— 保険収支の改善、保険でカバーする範囲の限定
- ② **総合的な健康管理**  
—— 予防医療、かかりつけ医の活用
- ③ **多様な労働者の包摂**
- ④ **医療保険制度、保険者の再編**  
—— 保険者の統合再編？、後期高齢者医療制度

- ① 全国民についての**出生から死亡までの電子健康データ**の蓄積——D B
  - ✓ 各国民の治療の質の向上・健康管理のための健康データの活用〈**一次利用**〉——P F
  - ✓ 的確な医療政策の策定、医学研究、医薬品等の開発のためのデータ利用〈**二次利用**〉
- ② 多様で流動的な社会における公正で効率的な**医療需給**の把握
  - ✓ データに基づく医療の適正化・効率化・医療資源の最適配分
- ③ **医療DXの推進に関する工程表 2023年6月**
  - ✓ EUにおける**EHDS構想**（European Health Data Space）
  - ✓ 必要な**国民の理解**と十分な説明が必要——**Data save lives!**

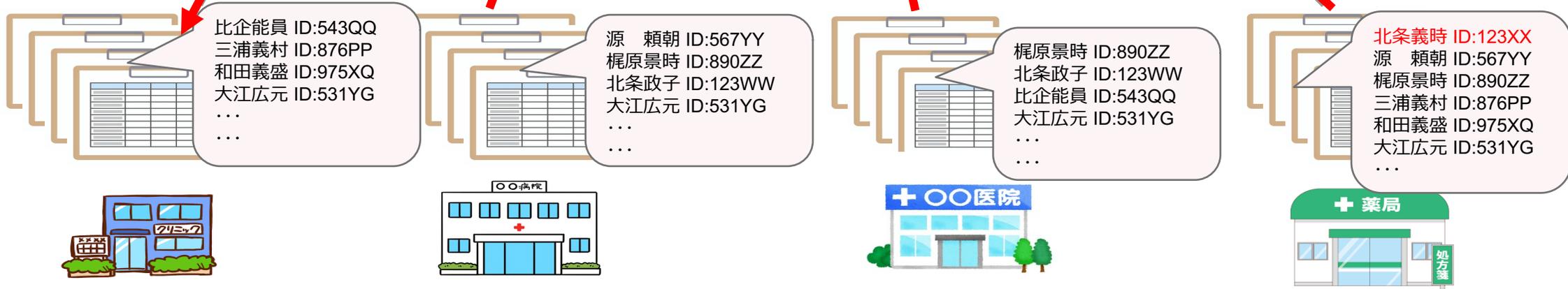
### <一次利用のケース>



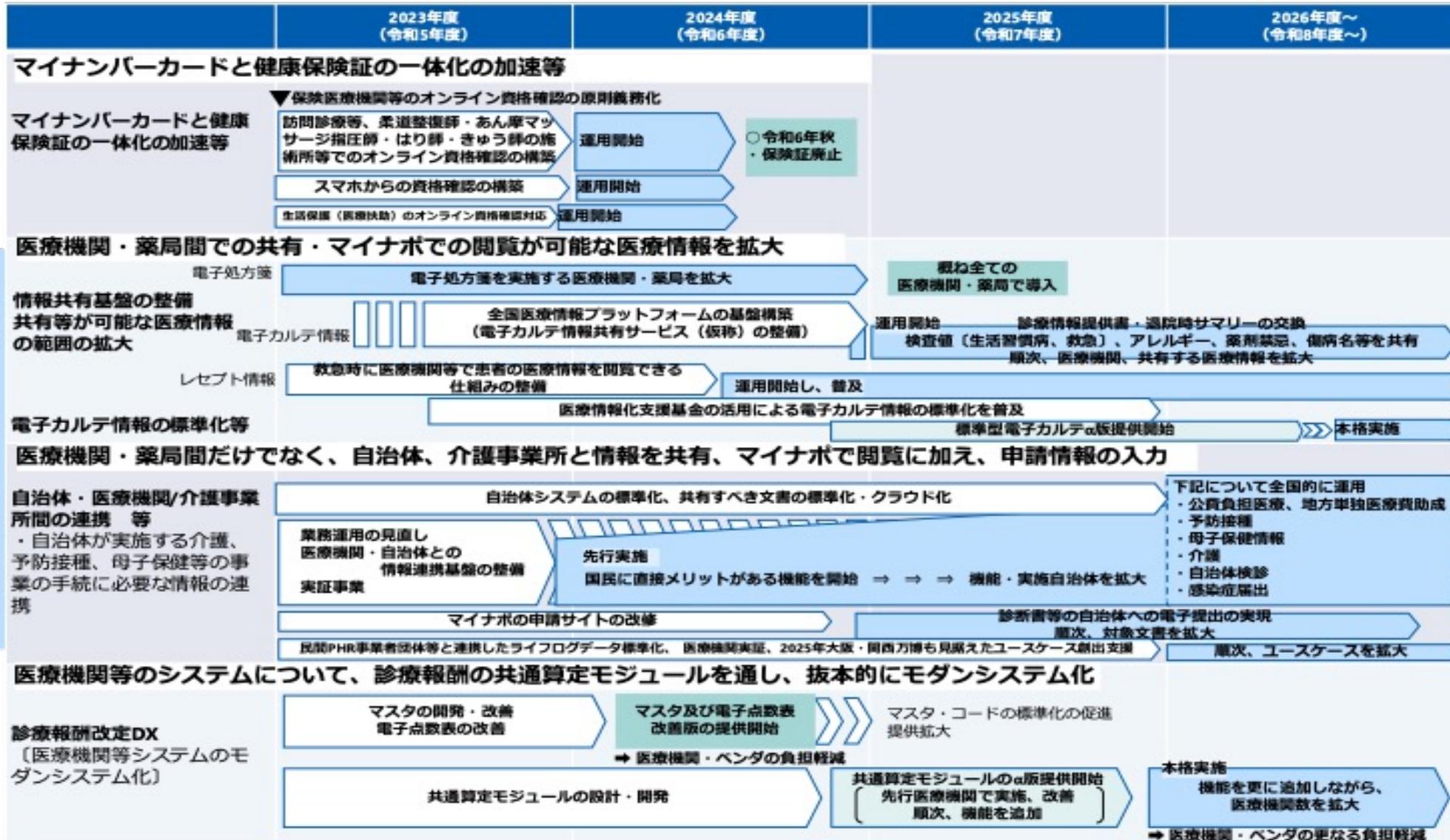
### <二次利用のケース>



## プラットフォーム



全国医療情報プラットフォームの構築

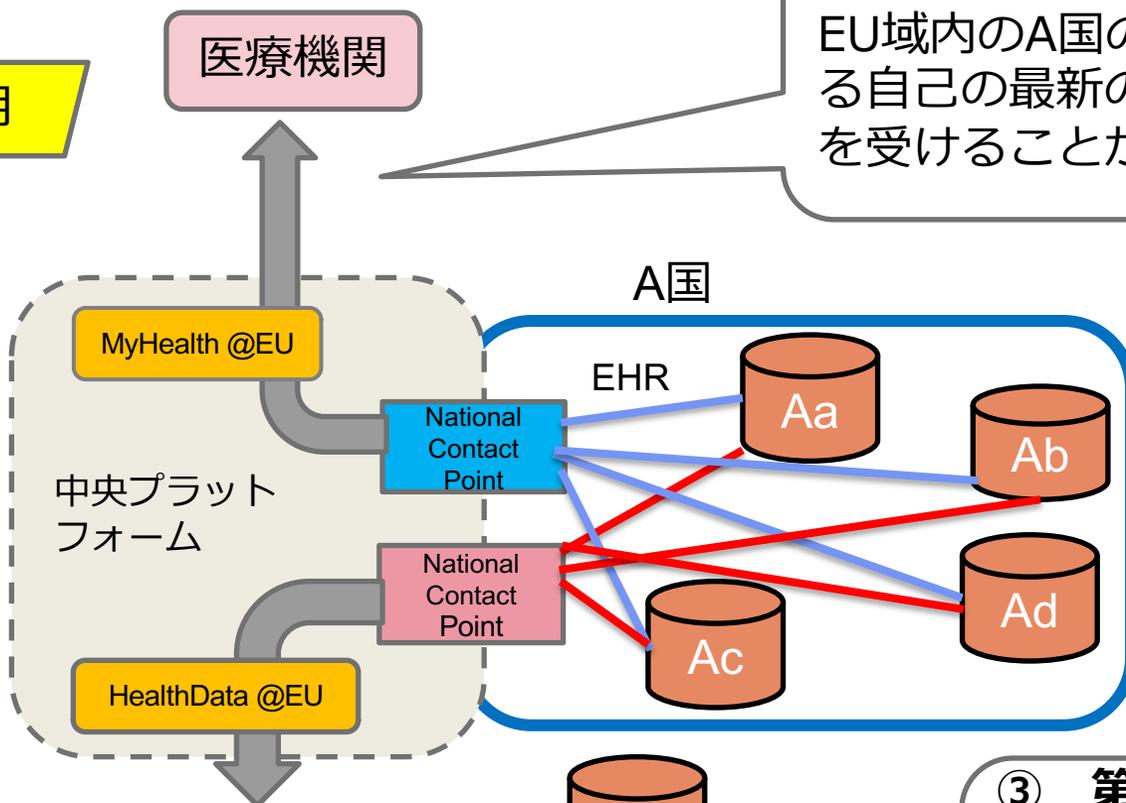


医療DX推進本部  
2023年6月2日

## EHDSのイメージ：1

### 1次利用

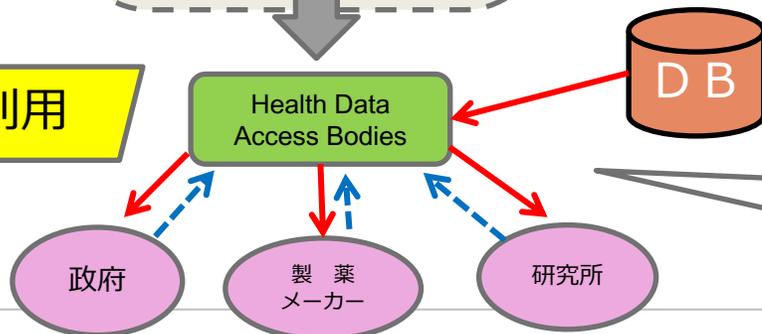
医療機関



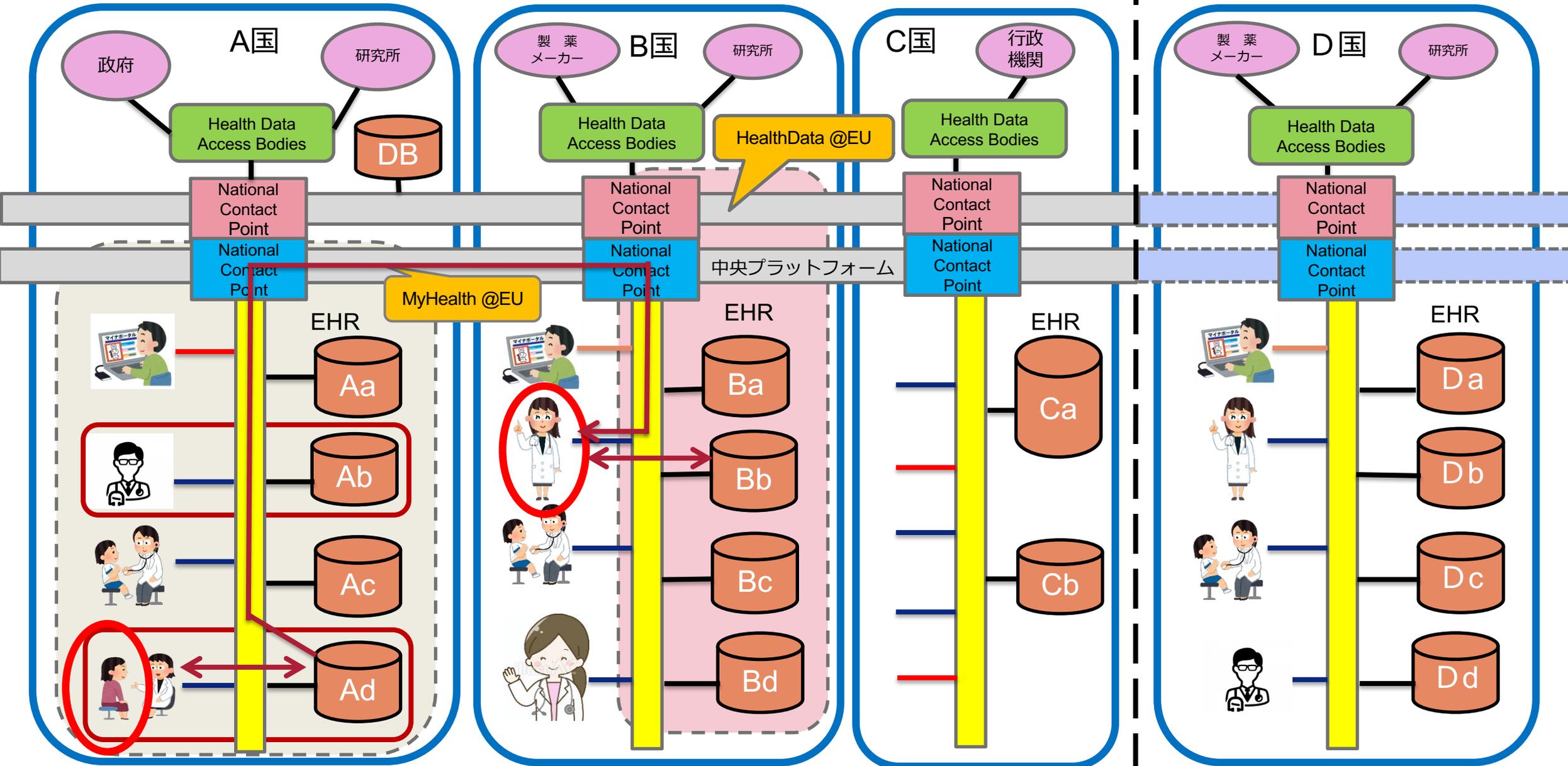
② 第2章：<1次利用>国民・医療従事者の権利と義務  
EU域内のA国の住民は、域内の他国においても、A国にある自己の最新の健康データにアクセスしてよりよい治療を受けることができる

① 第3章：EHRの規格  
EUが定める規格を満たしたEHR (Electronic Health Record) システムに住民の健康データを格納

### 2次利用



③ 第4章：<2次利用>ガバナンス  
研究所、製薬メーカー等ビッグデータの利用者は、**Health Data Access Bodies** に一定の加工をしたデータ利用を許可されて、データへのアクセスが認められる。



# 将来構想検討委員会報告書の概要

シンポジウム「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

健康保険組合連合会  
総合企画室長 松本展哉

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。

## 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	N X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、職場にとらわ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

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

### (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

▼公費負担のあり方の見直し、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

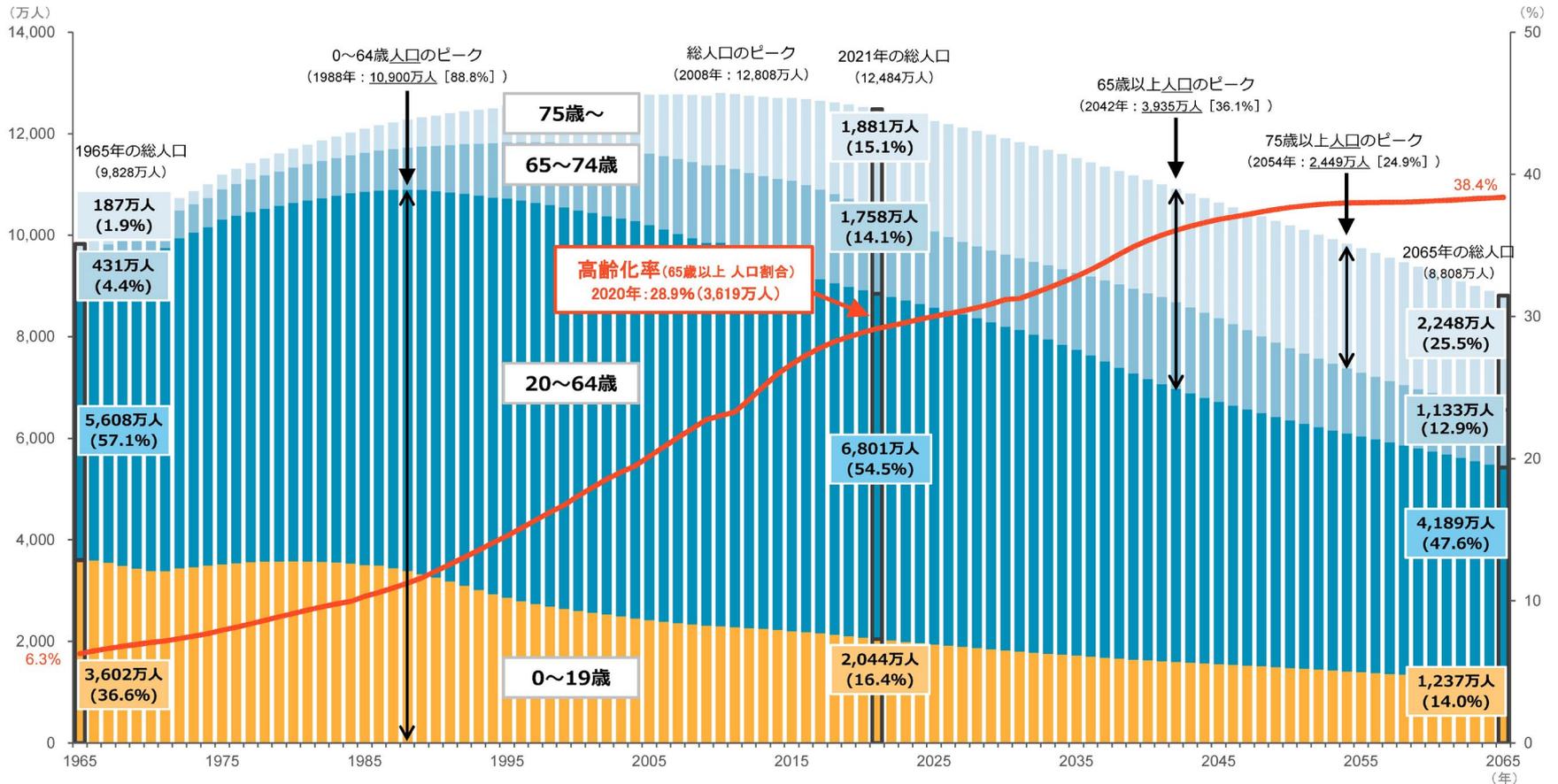
このほか、

▼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）

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  
【参考資料】

# 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。

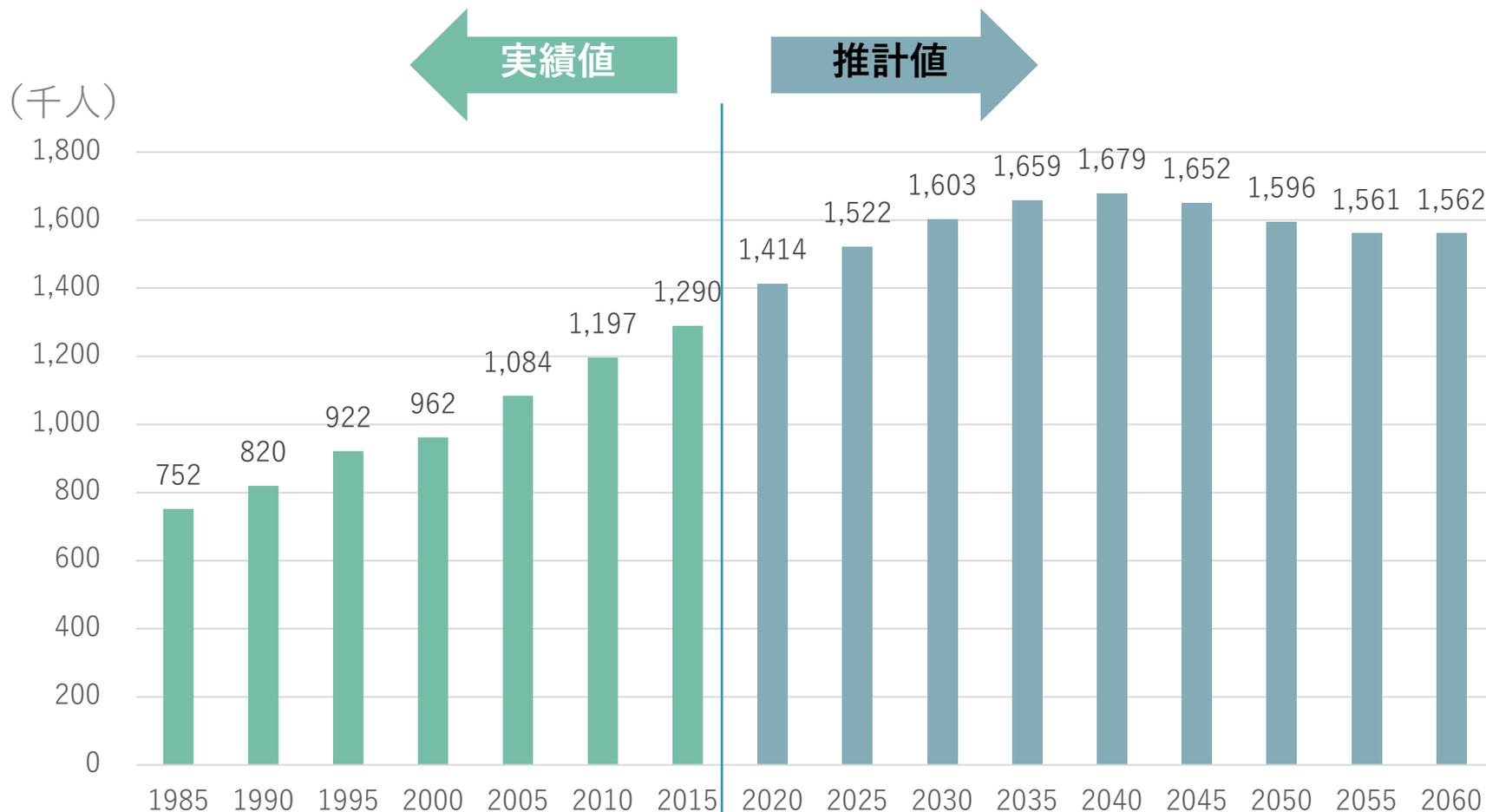


(出所) 総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所  
「日本の将来推計人口(平成29年4月推計)」(出生中位・死亡中位仮定)

(注) カッコ書きの計数は構成比

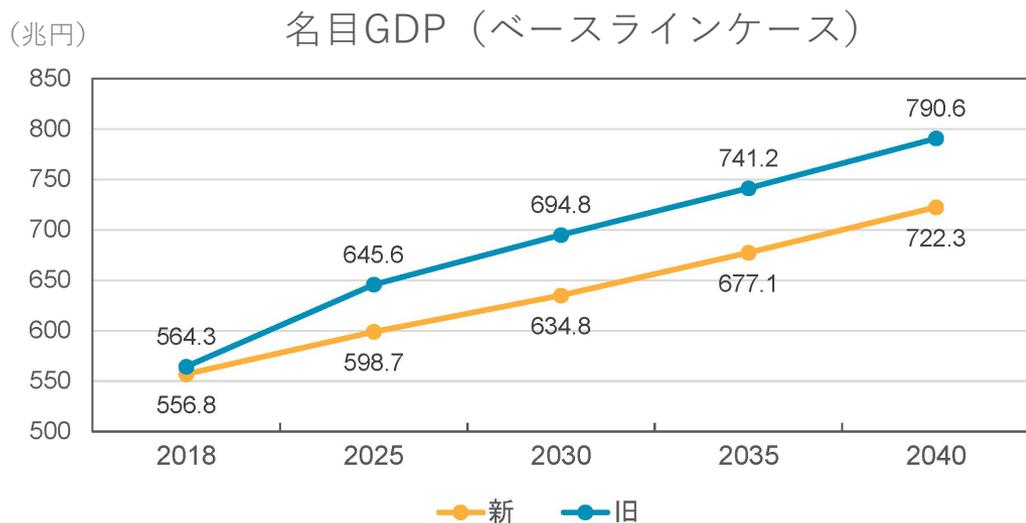
令和3年5月21日「財政健全化に向けた建議」(財政制度等審議会(財務省))

# 死亡数の状況



出典：※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）」  
これらのデータをもとに事務局作成

# 経済成長の鈍化



## 国民医療費対GDP

	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%

**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

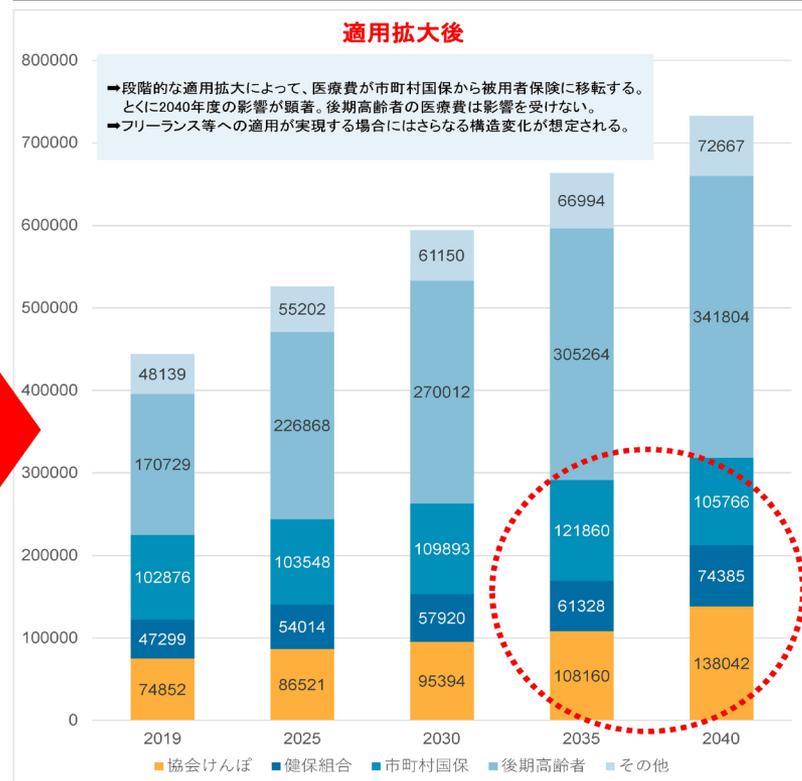
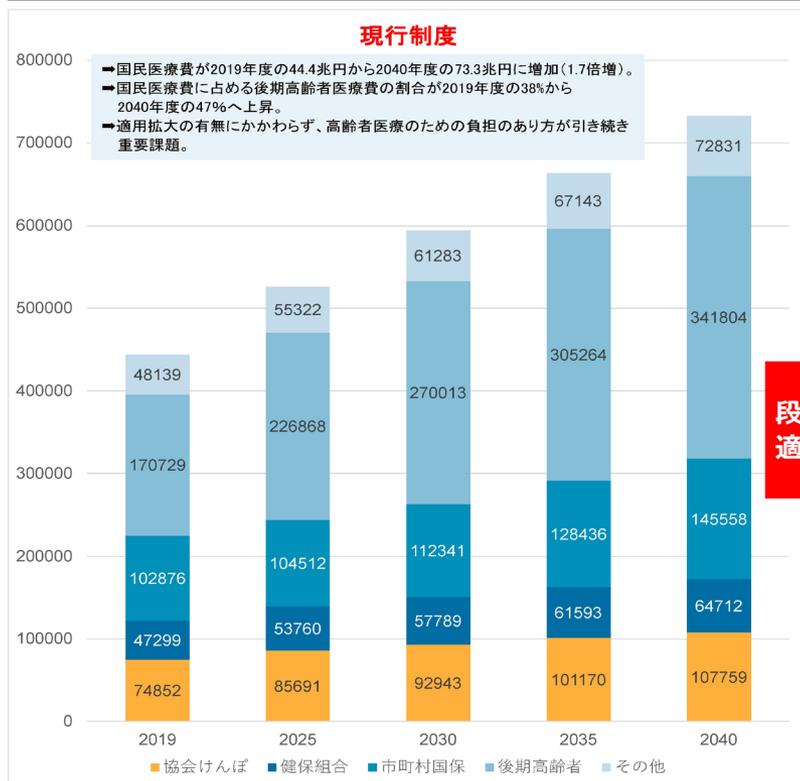
- **現状投影ケース :** 現状 (2018年度) の年齢別受療率・利用率を基に計算した将来の患者数や利用者数に基づく見通し
- **計画ベース :** 地域医療構想、医療費適正化計画、介護保険事業計画等に基づいた見通し

# 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	



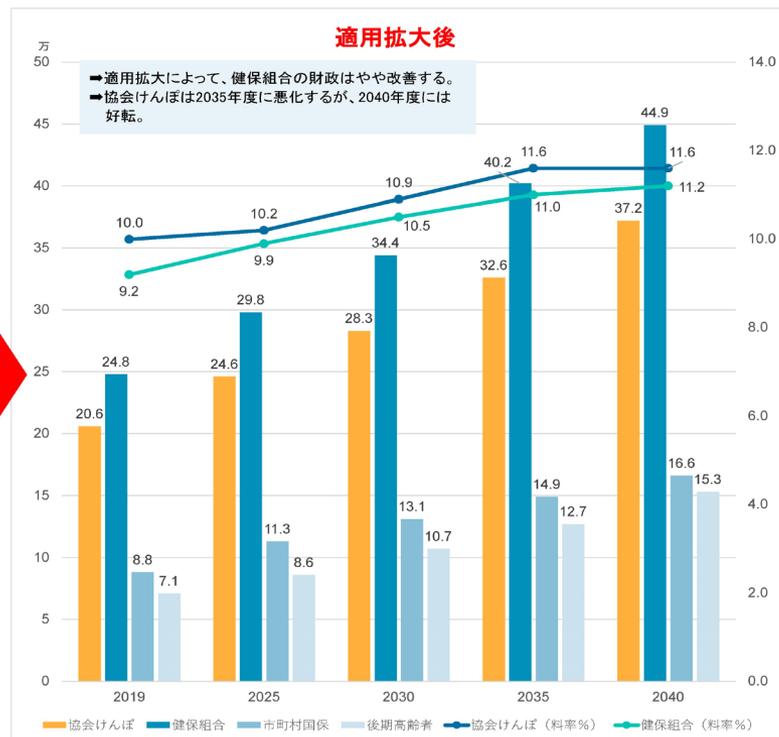
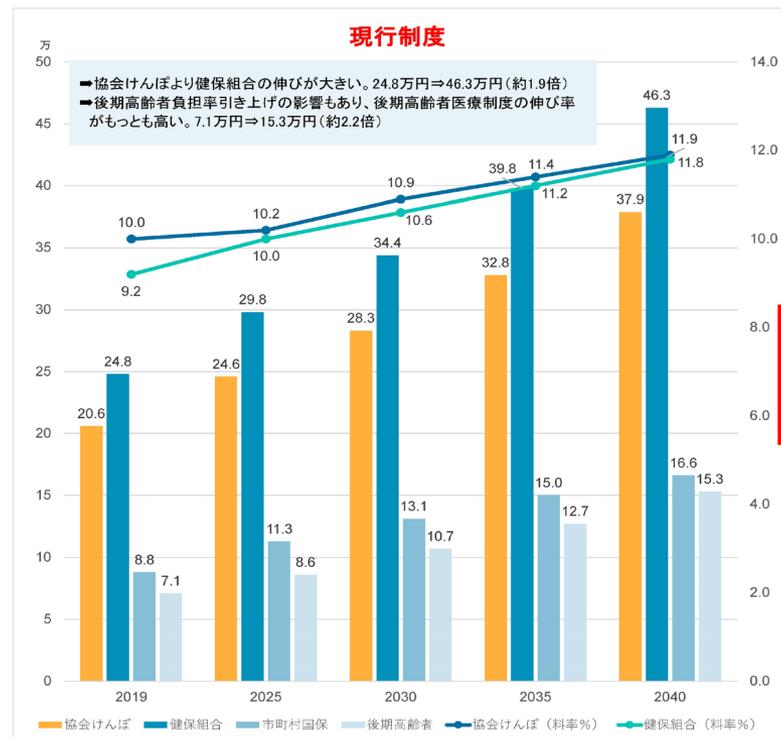
出典：令和4年10月「医療保険制度の将来構想のための調査研究Ⅱ」（健保連）

# 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	10.6	11.2	11.8
市町村国保	88,000	113,000	131,000	150,000	166,000
後期高齢者	71,000	86,000	107,000	127,000	153,000

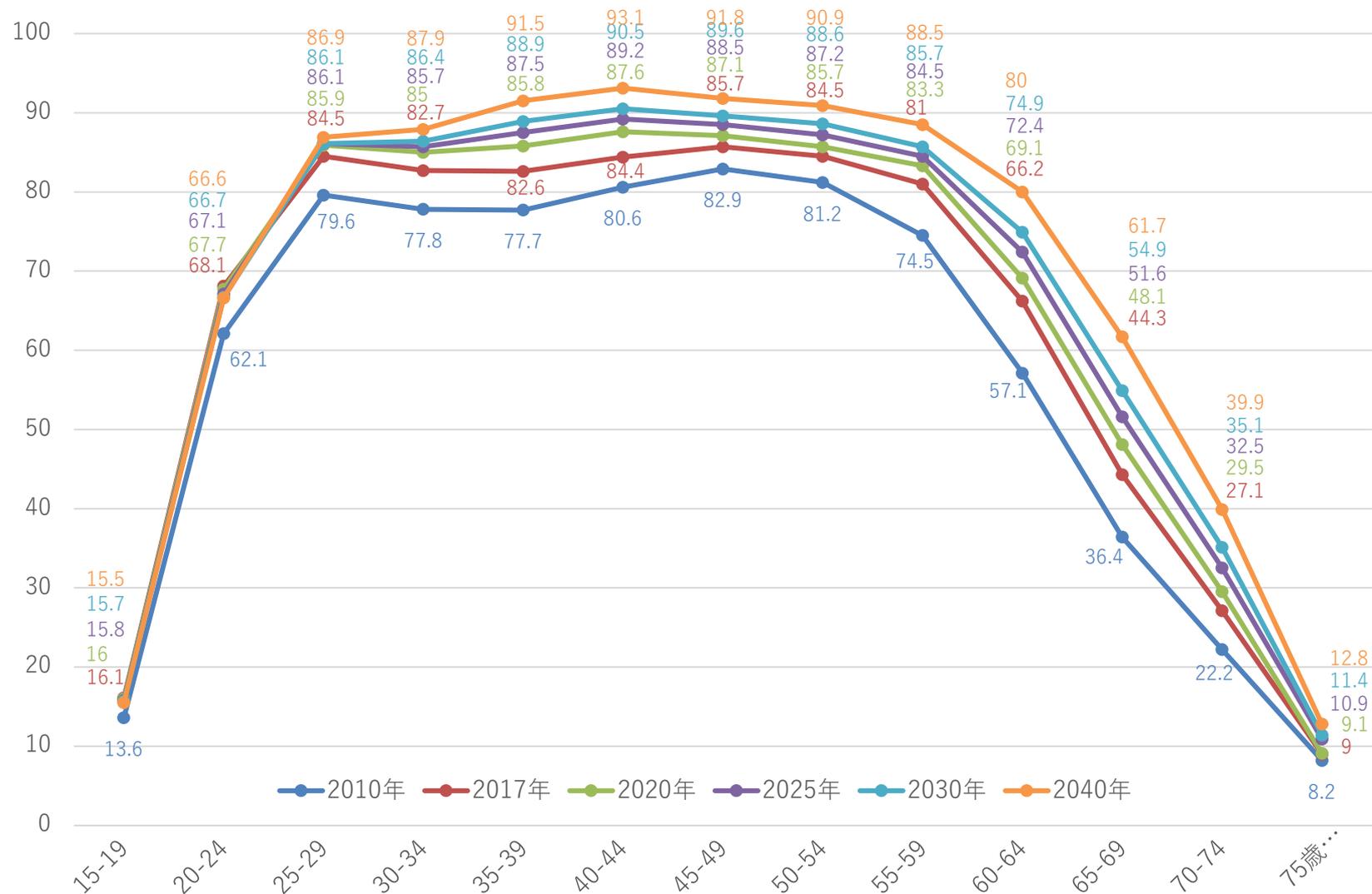
年度	2019	2025	2030	2035	2040
協会けんぽ	206,000	246,000	283,000	326,000	372,000
協会けんぽ (料率%)	10.0	10.2	10.9	11.6	11.6
健保組合	248,000	298,000	344,000	402,000	449,000
健保組合 (料率%)	9.2	9.9	10.5	11.0	11.2
市町村国保	88,000	113,000	131,000	149,000	166,000
後期高齢者	71,000	86,000	107,000	127,000	153,000



※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年度以降は收支均衡料率の平均値

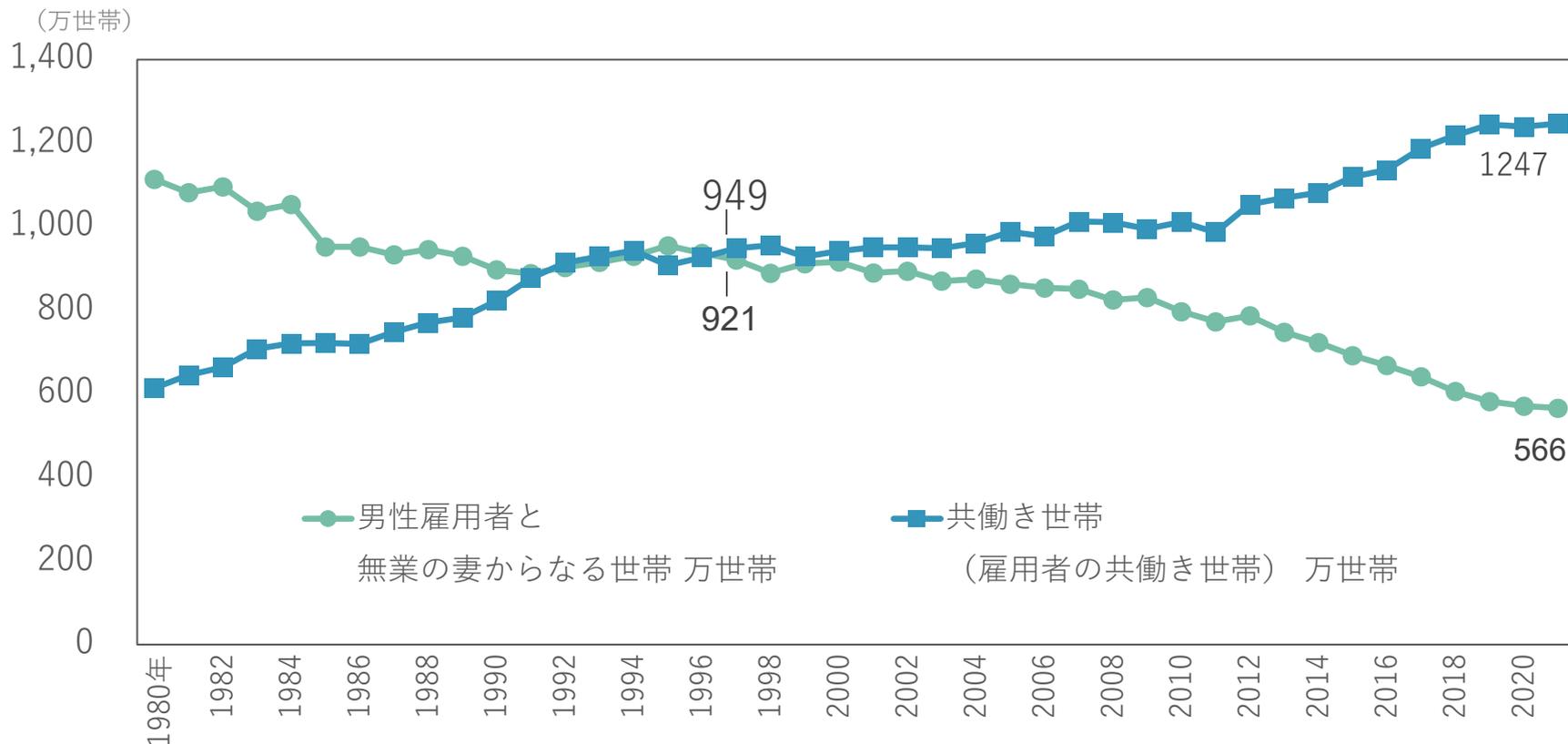
出典：令和4年10月「医療保険制度の将来構想のための調査研究II」（健保連）

# 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」に倣い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。

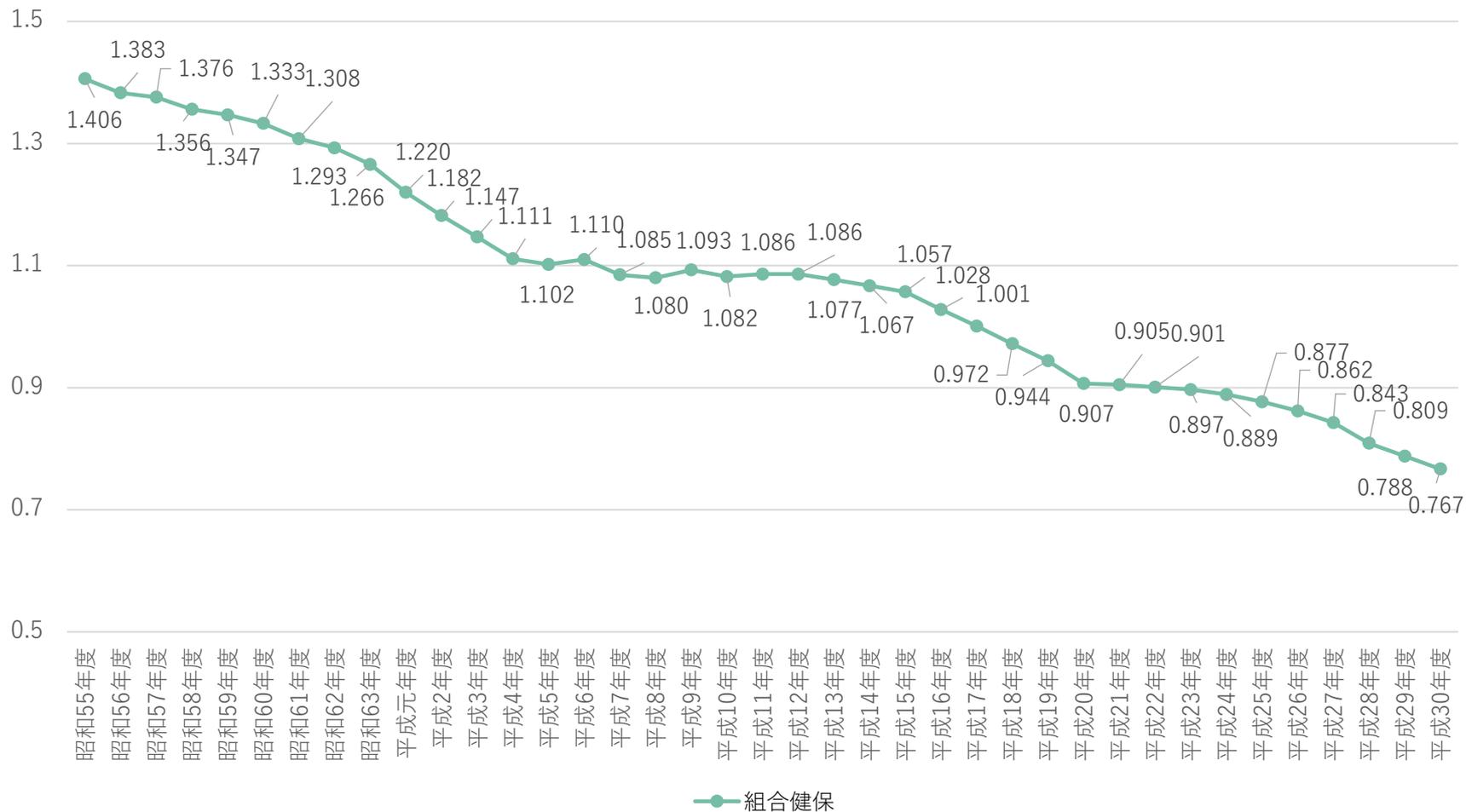
注2) 「共働き世帯」は、夫婦ともに非農林業雇用者の世帯。

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

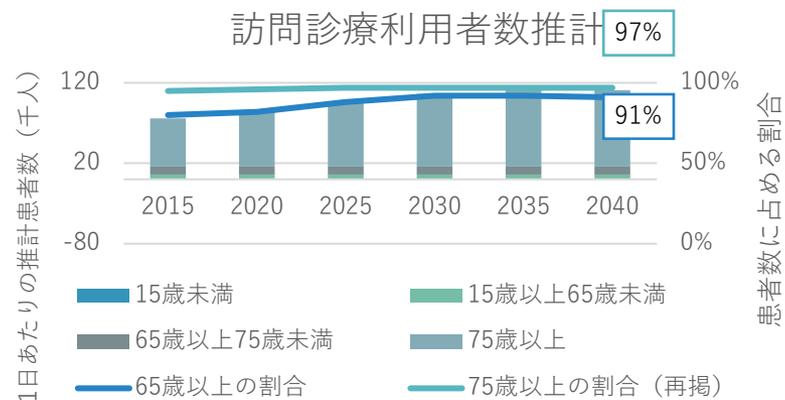
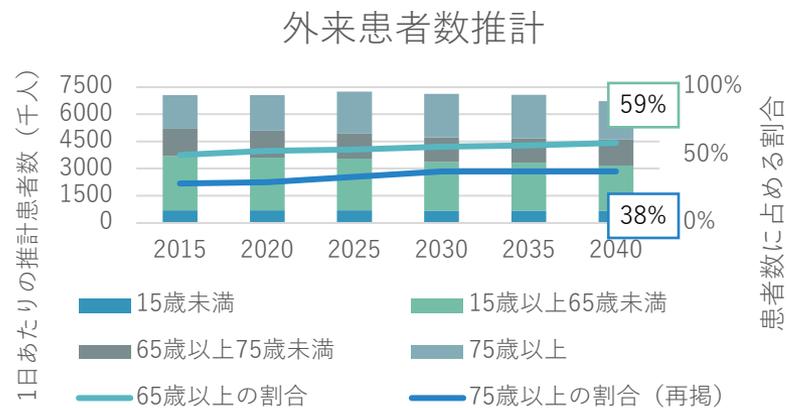
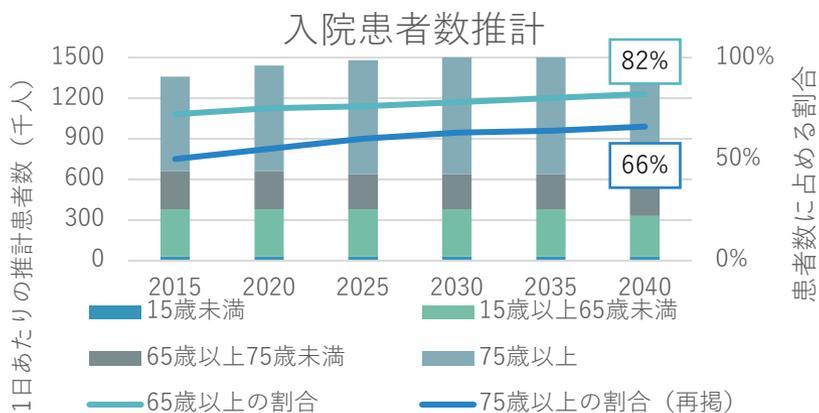
# 組合健保扶養率の推移（昭和55年度～平成30年度）【年度末現在】



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

# 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・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・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）」

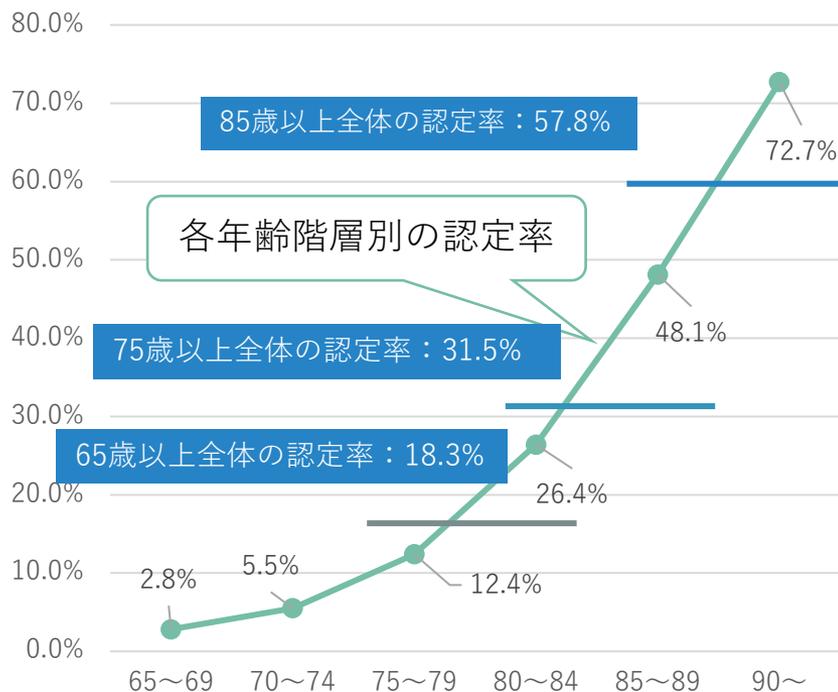
※病院、一般診療所を対象に集計。

※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。

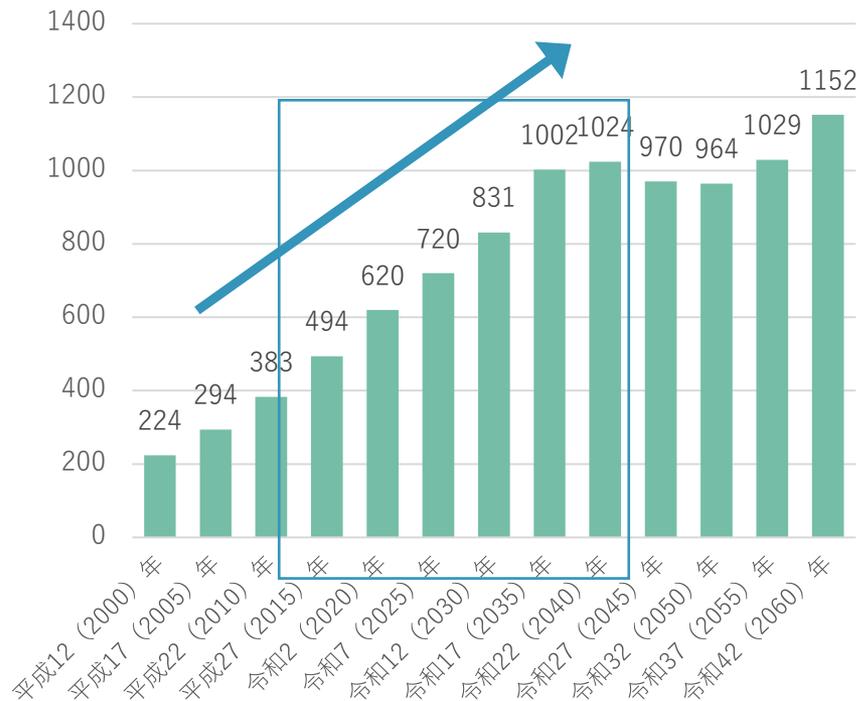
# 医療需要の変化 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

## 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

# 「変化する社会と医療保険 ～健保組合の新たな挑戦～」

医療ニーズの変化、医療費の増加にどう対応するか

2024年3月4日

津田塾大学 総合政策学部 教授  
伊藤由希子

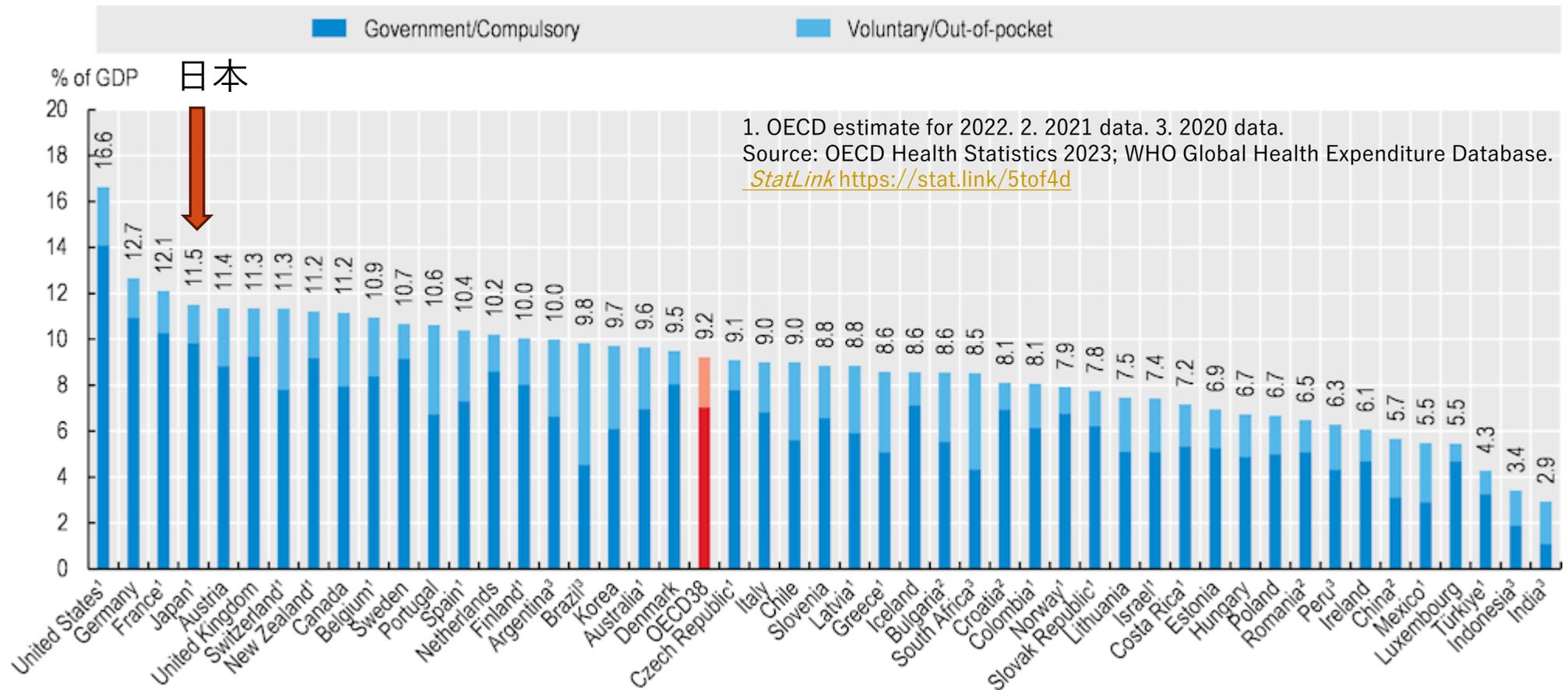
※発表内容は報告者個人の見解に基づくものであり、報告者が所属する組織および、当シンポジウム主催者の見解を示すものではありません。また、ありうべき誤りはすべて報告者個人に帰すものです。

- ① 「保険医療費・介護給付費」の徹底的な可視化がまず大事！  
IDの一元化された保険者のレセプトデータの活用
- ② 「保険給付」の取捨選択と「医療現場」の機能分化  
質や効果の高い医療サービスに保険給付を行うこと  
「減らす」医療と「増やす」医療のバランス
- ③ 「保険料と税」の一元把握による応能負担

「働く一人ひとりが支える社会保険」から

「働く一人ひとりを支える社会保険」へ！

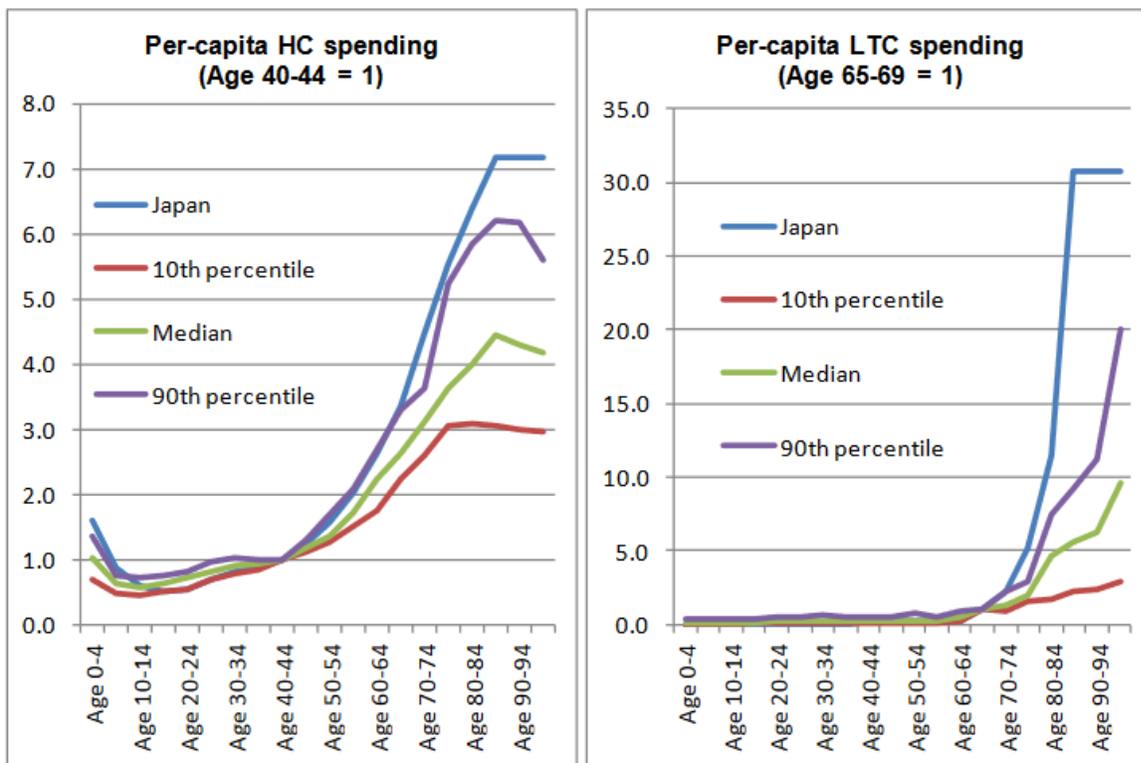
# 保健医療支出（Health Expenditure）の対GDP比は11.5%



GDPの約1割を費やす価値があると住民が納得するなら水準自体は問題ではない  
⇒ 費やす価値があるかどうか判断できない・なぜこの水準なのか分からない  
という**情報不足**のほうが問題！

# 「高齢化による保健医療支出の伸びは仕方がない！」のか？

Figure 5. OECD Countries: Health Spending by Age Cohort <sup>1/</sup>



Sources: Ministry of Health, Labor, and Welfare; De La Maisonneuve and Oliveira Martins (2013); and IMF staff estimates.

<sup>1/</sup> The data for Japan is public and private spending for 1990–2011. The data for other countries is public spending.

課題は10年前から指摘されている

OECD諸国における年代別の保健医療支出において、40～44歳の1人あたり支出を1としたときの年代別の相対的な水準

対GDP比での支出水準が高い国（90%分位点）  
 高齢者は約6倍  
 中位の国（50%分位点）  
 高齢者は約4倍  
 低い国（10%分位点）  
 高齢者は約3倍  
 一人あたり支出が高い

日本は約7倍

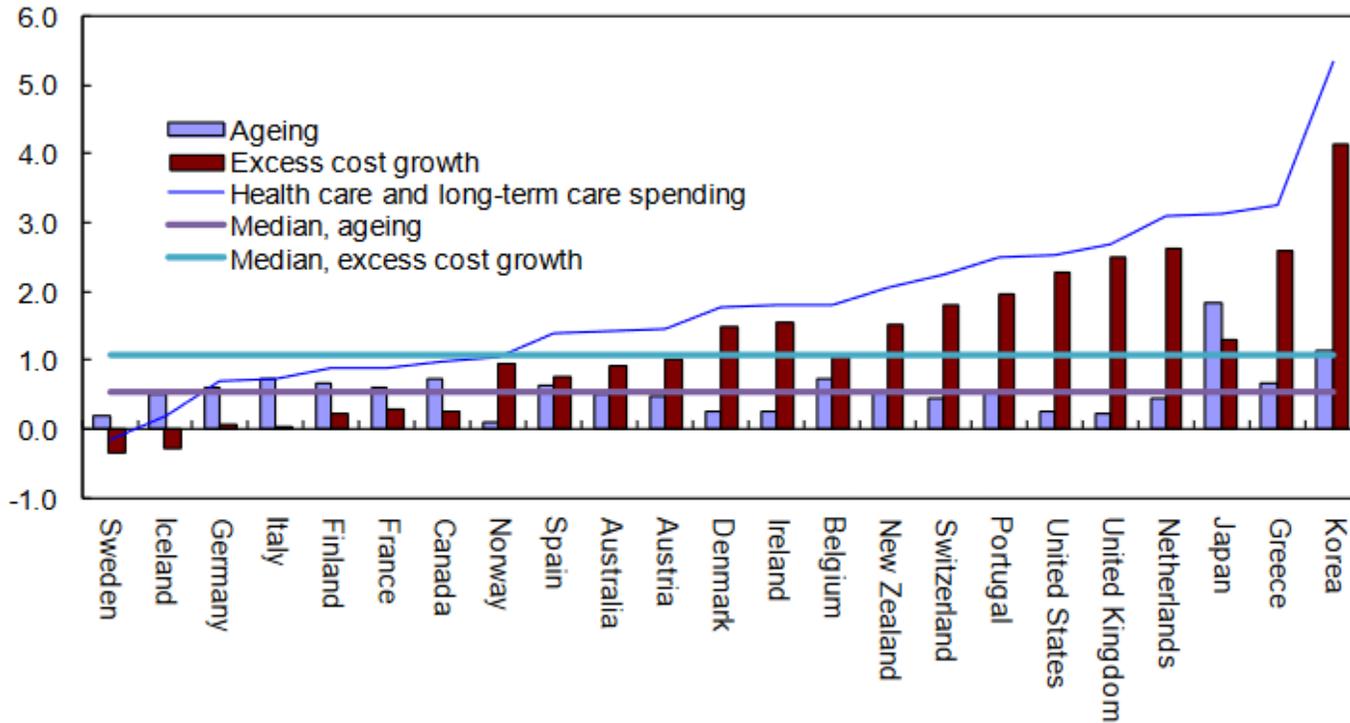
OECD諸国における年代別の介護費用支出において、65～69歳の1人あたり支出を1としたときの年代別の相対的な水準

対GDP比での支出水準が高い国（90%分位点）  
 高齢者は約20倍  
 中位の国（50%分位点）  
 高齢者は約10倍  
 低い国（10%分位点）  
 高齢者は約3倍  
 一人あたり支出が高い

日本は約31倍

# 「医療の技術革新が進めば保健医療支出も伸びる」のか？

Figure 4. OECD Countries: Decomposition of Changes in Health Spending <sup>1/</sup>  
(Annual percent change, average for 1990–2010)



Sources: OECD; IMF, World Economic Outlook database; and IMF staff estimates.  
Note: The data for Japan is from Table 1 (public and private spending during 1990–2011 excluding 2000–02). For other countries, OECD data on public spending during 1990–2010 is used.  
<sup>1/</sup> Includes LTC spending.

OECD諸国における1990年～2010年の保健医療支出の伸びを「高齢化」と「人口構成以外の要因（Excess Cost Growth）」に要因分解したもの

## Excess Cost Growth

- ：所得水準上昇と共に医療への需要が高まること
- ：経済水準の向上とともに医療技術が進展すること
- ：賃金水準の上昇によりサービスの単価が上昇すること

日本は他のOECD諸国と比較して、高齢化の保健医療支出への影響が大きい

一方で医療技術の進展に伴う保健医療支出増は他国と比べると相対的には抑制されている

これは望ましい傾向？ それとも他国が享受する技術革新の恩恵を獲得し損ねている??

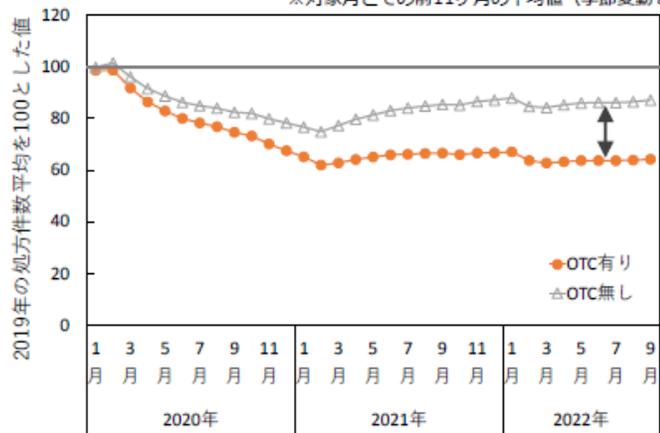
# 「質や効果の低い医療サービスには保険給付を行わない」原則を徹底する

OTC有無別で比較が可能と考えられた薬剤について処方薬の処方件数の水準（2019年平均値を100とした値）の月次推移をOTC有無別にみたところ、**2020年以降はOTC有りの方がOTC無しに比べて低い水準で推移していた。**

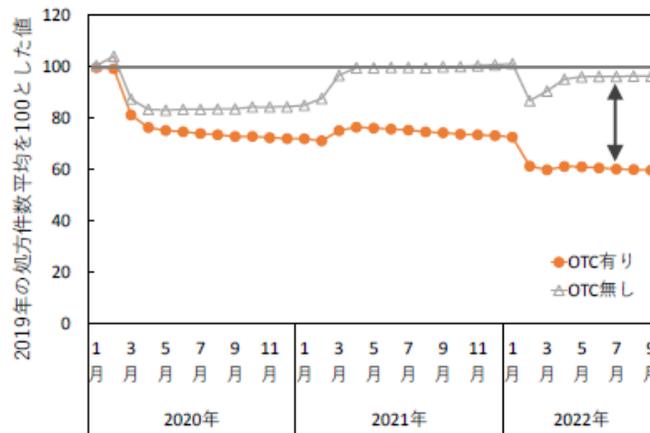
健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究VI」より抜粋（2023年9月7日）

<処方薬> 鼻炎治療薬（内服薬）のOTC有無別処方件数の12カ月移動平均推移※

※対象月とその前11ヶ月の平均値（季節変動を除去）



<処方薬> アレルギー用点眼薬のOTC有無別処方件数の12カ月移動平均推移※



2019年⇒2022年  
鼻炎薬や点眼薬の  
OTC類似薬の処方  
(受診による処方)は  
約4割減少

## OTC類似薬に関する分析結果（2021年10月～2022年9月）

	分析対象レセプト全体	OTC類似薬を含むレセプト	処方薬がOTC類似薬のみのレセプト	
			分析対象レセプト	全国推計値※2
医科レセプト件数	7,774万件	3,524万件	1,073万件	—
医療費総額	1兆3,941億円	7,185億円	1,469億円	<b>1兆635億円</b>
うちOTC類似薬の処方額※1	—	453億円	127億円	<b>919億円</b>
レセプト1件当たり医療費	17,933円	20,388円	<b>13,694円</b>	—
うちOTC類似薬の処方額	—	1,284円	<b>1,182円</b>	—

65歳未満の患者について、結果的にOTC医薬品で対応が可能だったと考えられる医薬品の見込み額

※機械的な粗い試算であり、必ずしも処方の必要性を否定するものではない。

処方薬がOTC類似薬のみのレセプトは分析対象全体の約14%

医師の処方の7分の1はOTCがある医薬品の処方のみ（処方箋料や初診料・再診料など：1兆635億円に相当）

全国推計値から、65歳未満の患者について、結果的にOTC類似薬の処方（919億円）は、市販のOTC医薬品のみで対応が可能だったと推計（下図）。

(注) \*1 処方額は処方された医薬品の額。

\*2 2021年10月～2022年9月における分析対象レセプトの医科入院外および調剤医療費の合計額（約1.4兆円）と、同期間の65歳未満の国民医療費の医科入院外および調剤医療費の合計額（約10.1兆円）（厚生労働省「医療費の動向調査」）の比率（1：7.24）を基に、「処方薬がOTC類似薬のみのレセプト」の医療費総額・処方額を7.24倍することで算出した粗い推計値

# 「重要性や緊急性の低いサービスには保険給付を行わない」原則を徹底する

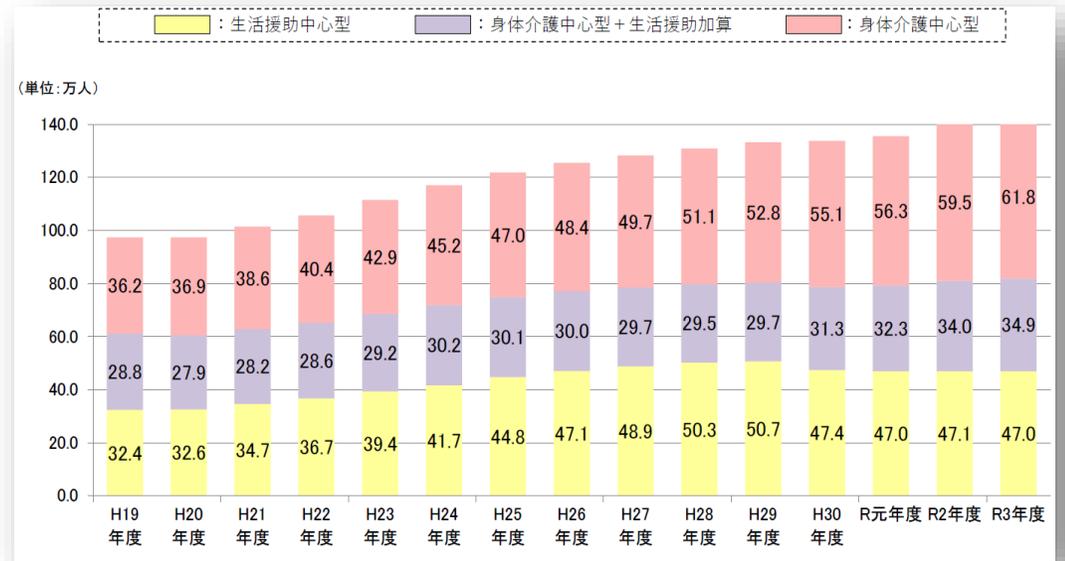
訪問介護	調理・洗濯・掃除など、 45分あたり183円 (1割自己負担の場合)	単位数 (令和3年4月改定後)	単位数 (単位:千単位)	割合 (単位数ベース)
		総数	8,664,947	100.00%
身体介護		167単位~579単位 (1時間以上は30分を増すごとに+84単位)	5,393,164	62.24%
身体介護・生活援助		上記に加えて+67・134・201単位	1,499,425	17.30%
生活援助		183・225単位	838,909	9.68%
通院等乗降介助		99単位	45,565	0.53%
2人訪問介護加算		×200/100	109,110	1.26%
夜間・早朝加算		+25/100	1,415,375	16.33%
深夜加算		+50/100	442,091	5.10%
特定事業所加算 (I)		+20/100	881,507	10.17%
特定事業所加算 (II)		+10/100	2,429,044	28.03%
特定事業所加算 (III)		+10/100	110,100	1.27%
特定事業所加算 (IV)		+5/100	4,197	0.05%
特定事業所加算 (V)		+3/100	1,283	0.01%
共生型サービス居宅介護減算1 (30%)		×70/100	△ 3	△ 0.00%
共生型サービス居宅介護減算2 (7%)		×93/100	△ 8	△ 0.00%
共生型サービス重度訪問介護減算 (7%)		×93/100	△ 10	△ 0.00%
同一建物減算1 (10%)		×90/100	△ 288,438	△ 3.33%
同一建物減算2 (15%)		×85/100	△ 58,282	△ 0.67%

社会保障審議会・介護給付費分科会 (2023年7月24日) より一部抜粋

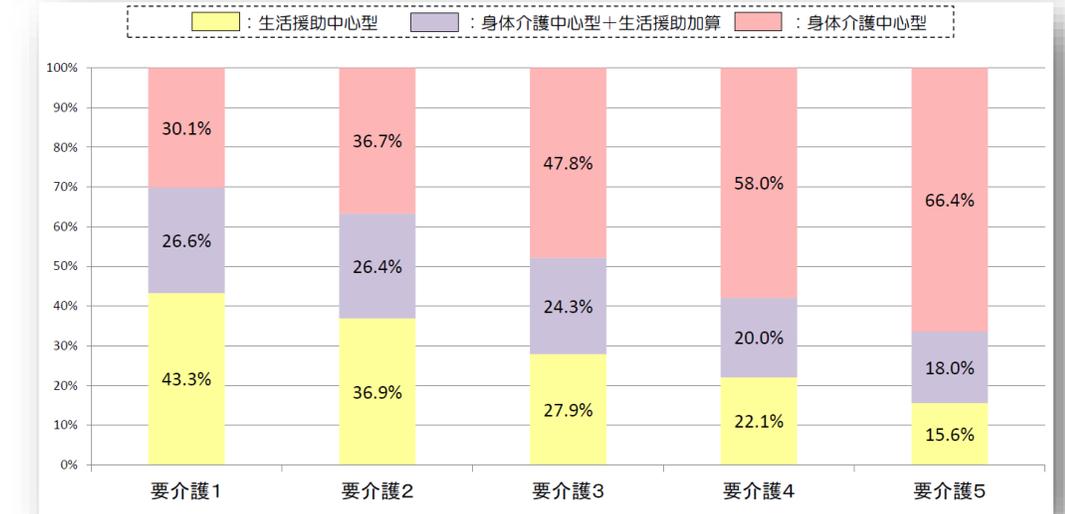
R3年度介護給付費等実態統計では「訪問介護」の費用は1兆562億円 (介護保険の総費用の9.8%) 訪問介護の内容類型別受給者数 (右上図) においては、47万人が生活援助中心型の受給である。

調理・洗濯・掃除は「あったほうがいい」サービス  
しかし重要性や緊急性が高いサービスとは言えない

訪問介護の内容類型別受給者数 (単位:万人)



訪問介護の要介護度別受給内容 (単位:%)



# 病床確保のための緊急包括支援交付8.7兆円（R2～R4年度）の示す課題

図表6-4 特定機能病院等のICU区分に該当する68医療機関における入院患者1人1日当たりの診療報酬額と病床確保料上限額との差の状況

区分	差額	医療機関数（割合）
入院患者1人1日当たりの診療報酬額が病床確保料上限額438,000円を下回っている 41医療機関 (80.2%)	△120,000円以上	28医療機関 (42.0%)
	△80,000円以上 △120,000円未満	4医療機関 (5.8%)
	△40,000円以上 △80,000円未満	4医療機関 (5.8%)
	△1円以上 △40,000円未満	4医療機関 (5.8%)
入院患者1人1日当たりの診療報酬額が病床確保料上限額438,000円を上回っている 27医療機関 (39.7%)	0円以上 40,000円未満	10医療機関 (14.7%)
	40,000円以上 80,000円未満	8医療機関 (8.8%)
	80,000円以上 120,000円未満	5医療機関 (7.3%)
	120,000円以上	6医療機関 (8.8%)

会計検査院の指摘（2023年1月13日）

「新型コロナウイルス感染症患者受入れのための病床確保事業等の実施状況等について」

- ① 患者の受入態勢のできていない病床にも交付
- ② もともと空床の病床にも交付
- ③ 補助金の水準が高額

空床の方が、患者を受け入れるよりも1日1床当たりの報酬が高い設定の特定機能病院のICUが全体の60%  
空床確保料が、入院受入時の診療報酬を1日12万円以上上回ったICUが全体の43%  
(図表出典) 会計検査院報告書P.42

## ガバナンスの問題

病床確保料を含む包括支援金は全額国費負担（都道府県の費用負担なし）であるため、「都道府県に調査・報告を求める」と言っても都道府県が精査するインセンティブには限界があること

## 医療の治療アウトカムの問題

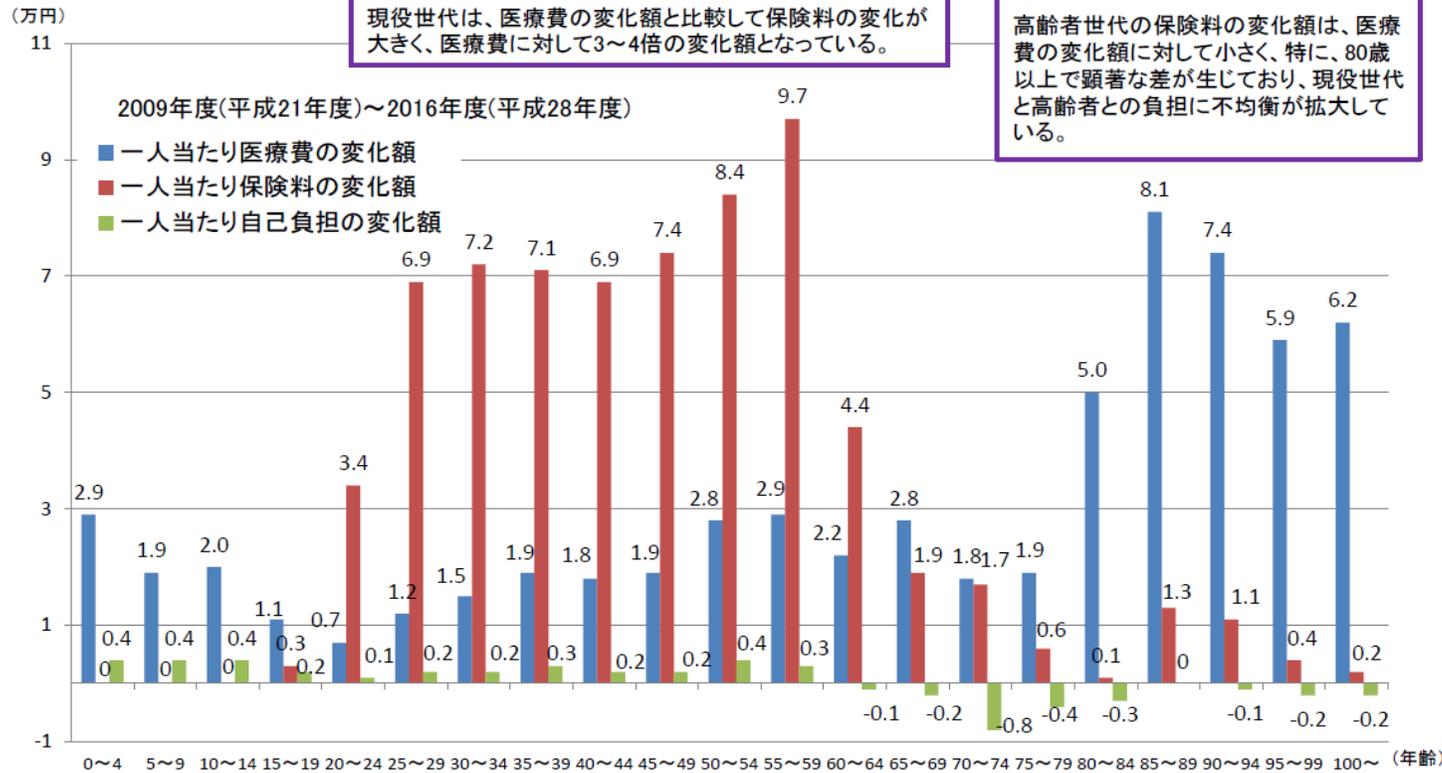
報酬の制度設計の歪みから、COVID-19対応に必要な以上の医療資源が割かれ、COVID-19以外の医療提供体制が供給過少となることによって、全体として患者にとって必要な治療への資源配分が損なわれた可能性

# 医療保険制度を通じた現役世代から高齢世代への所得移転の傾向

## 〔世代間のアンバランス〕

### 年齢別1人当たりの医療費・保険料・自己負担の変化額

医療保険制度を通じた現役世代から高齢世代への所得移転が強まっている



現役世代は、医療費の変化額と比較して保険料の変化が大きく、医療費に対して3～4倍の変化額となっている。

高齢者世代の保険料の変化額は、医療費の変化額に対して小さく、特に、80歳以上で顕著な差が生じており、現役世代と高齢者との負担に不均衡が拡大している。

遠藤久夫氏(国立社会保障・人口問題研究所所長)の資料を参考に厚生労働省資料を参照して健保連で作成  
(2019.11)

「今、必要な医療保険の重点施策  
－ 2022年危機に向けた健保連の提案－  
2019年9月9日 健康保険組合連合会より引用

25～59歳までの年齢構成において  
2009年～2016年  
保険料の変化額 7～10万円  
医療費の変化額 1～3万円

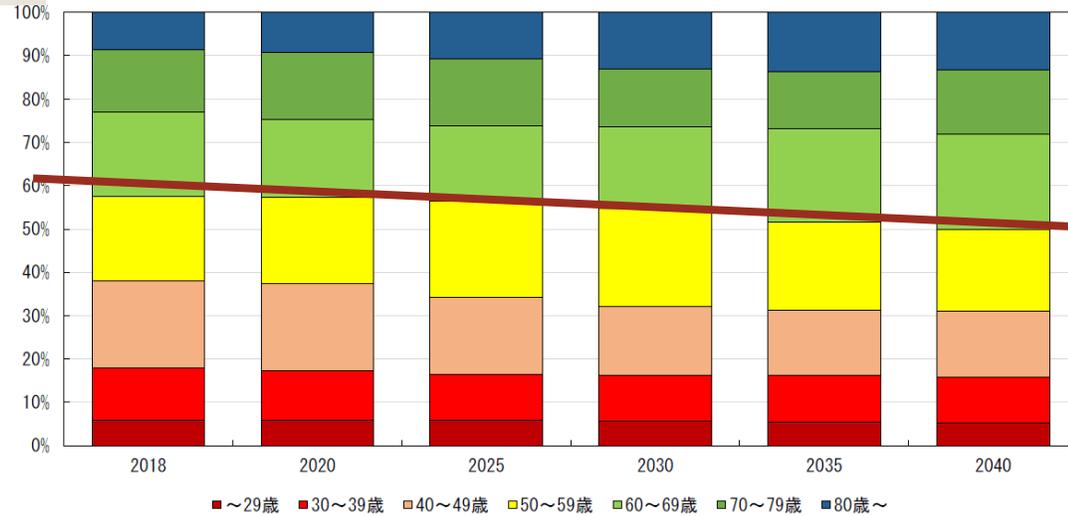
80歳以上の年齢構成において  
2009年～2016年  
保険料の変化額 0～1万円  
医療費の変化額 5～8万円

所得再分配は、本来は税  
＋  
医療サービスで再分配  
することが適切か？

# 税（消費税）と社会保険料（健康保険料）の世代間負担（2040年まで）

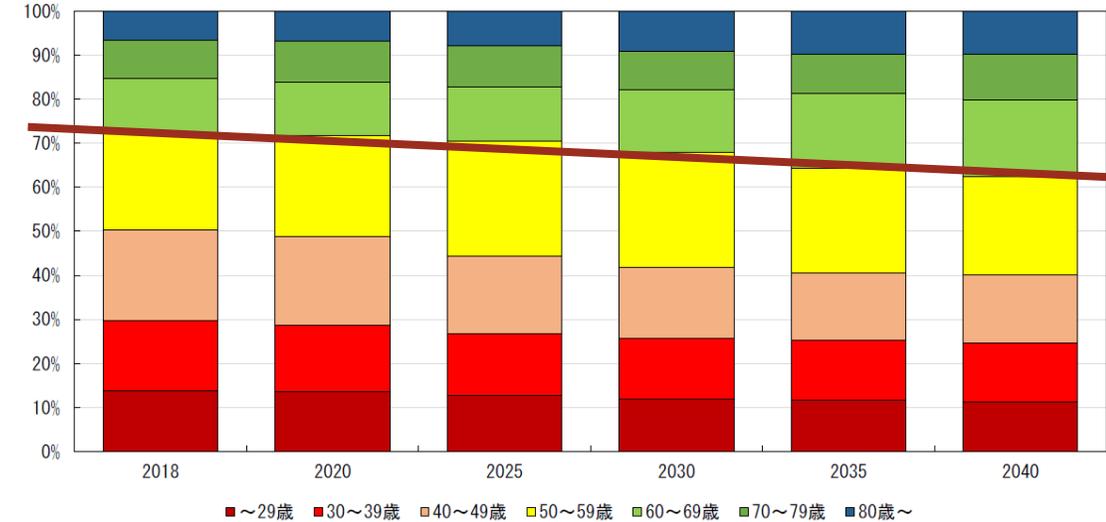
## 消費税

世帯主年齢階級別消費税収の構成比



## 健康保険料

世帯主年齢階級別医療保険料収入の構成比



※上記左図・右図は土居丈朗教授（慶応義塾大学）による推計を引用

（2023年4月「第31回日本医学会総会」講演「医療・介護の経済・財政的課題の改善に向けて」発表資料より）

原典「人口減少と経済成長に関する研究会」報告書（2020）第8章 人口減少が及ぼす社会保障財源への影響（土居丈朗）の再推計

消費税は、将来にわたって、全世代が幅広く負担  
2030年時点において、**60歳以上の負担が約5割**

社会保険料（医療）は、現役世代に負担が偏る  
2030年時点において、**60歳以上の負担が約3割**

「保険料と税」の一元把握なしには、働く一人ひとりを支えることは不可能

税・社会保険料・自己負担・歳出削減を合わせた社会保障制度を検討すべき

# 「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（月）



日本労働組合総連合会（連合）

総合政策推進局長 佐保 昌一

# 連合ビジョン「働くことを軸とする安心社会 ーまもる・つなぐ・創り出すー」

連合は“働くことに最も重要な価値を置き、誰もが公正な労働条件のもと、多様な働き方を通じて社会に参加でき、社会的・経済的に自立することを軸とし、それを相互に支え合い、自己実現に挑戦できるセーフティネットが組み込まれている活力あふれる参加型社会。加えて、「持続可能性」と「包摂」を基底に置き、年齢や性、国籍の違い、障がいの有無などにかかわらず多様性を受け入れ、互いに認め支え合い、誰一人取り残されることのない社会”の実現をめざしている。

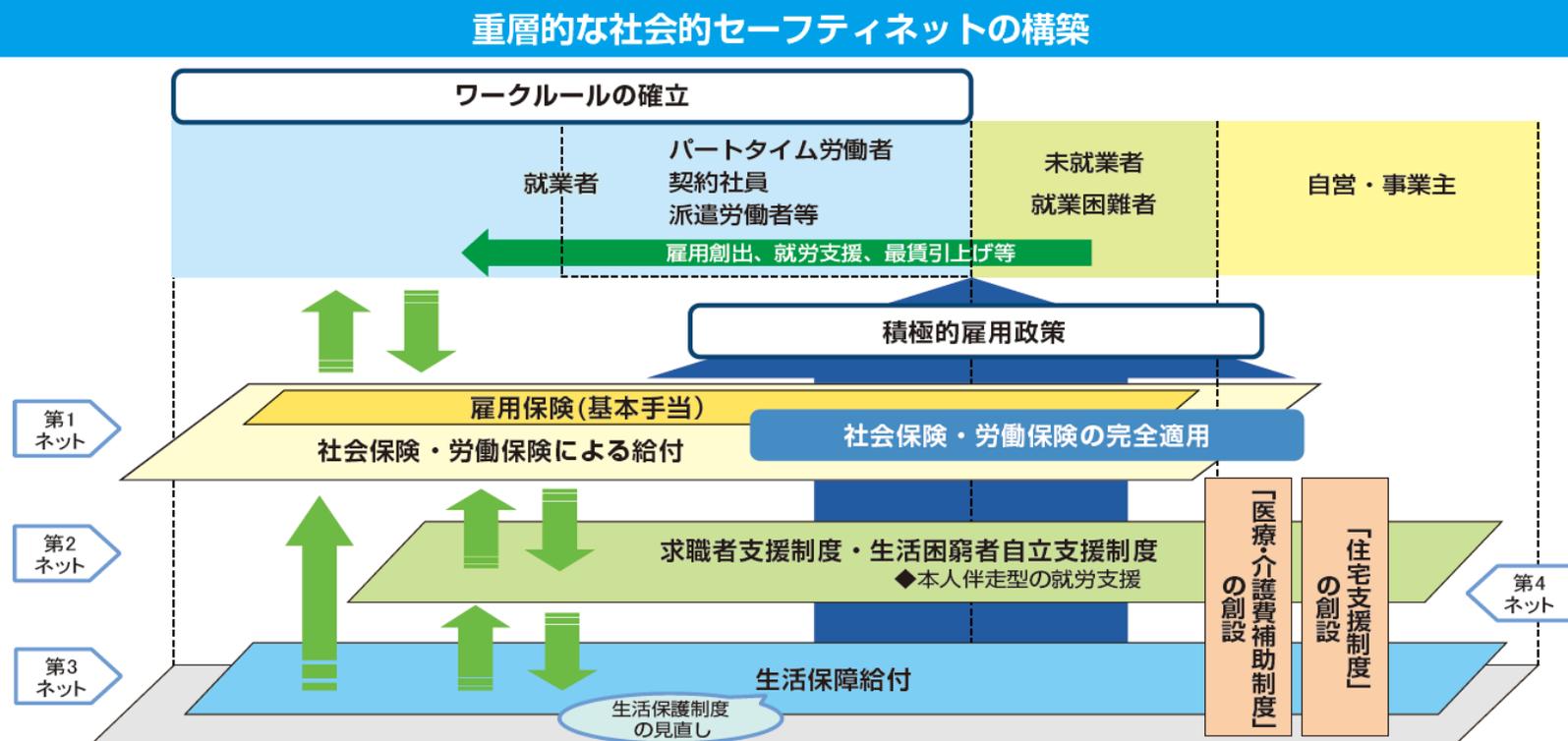
実現に向けた政策パッケージ



# 連合がめざす姿 ～社会的セーフティネット～

## 連合の考え方

- 生活上の困難に直面しても、公的支援制度の狭間に陥ることなく重層的な社会的セーフティネットを利用でき、複雑化・多様化する課題に対応できるようにすることが必要。
- まずは質の高い安定した雇用、建設的な集団的労使関係の構築、社会保険の完全適用が重要。

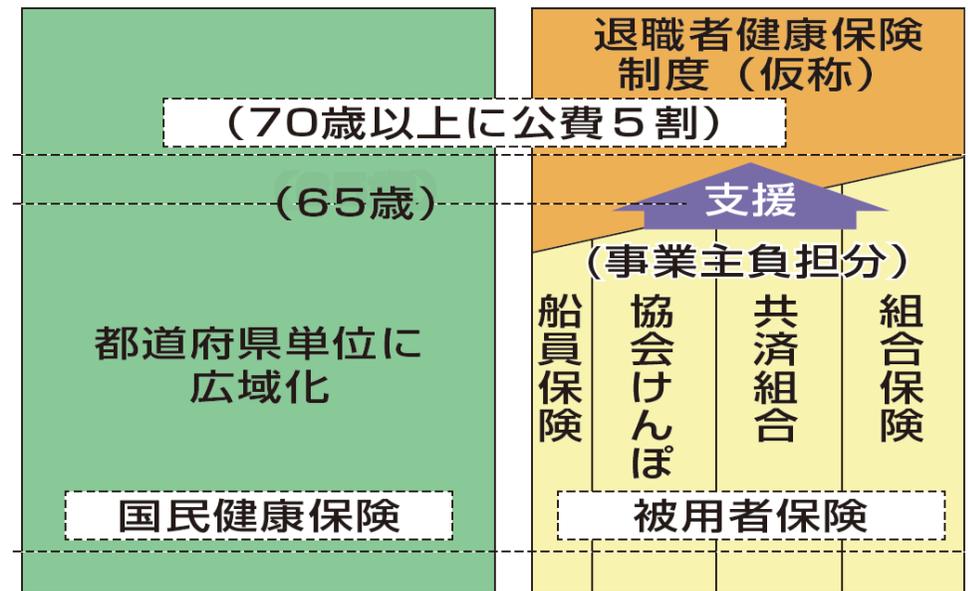


# 連合がめざす姿 ～医療～

## 連合の考え方

- 都道府県毎に国が定めた診療科ごとの医師数等の目安を超える地域での保険医の登録や診療所の開設について、地方厚生(支)局は登録・指定を行わない。なお、病院勤務医は制限に含めない。
- 医療受診時に「家庭医(仮称)」の受診を原則化し、必要に応じて高度医療への連携を行う等、医療機関の機能分化を徹底する。
- 窓口負担は、就学前は無料、その他は年齢にかかわらず原則3割とし、応能負担とする。
- 退職者が加入する“退職者健康保険(仮称)”を創設し、保険者機能を強化する。
- 「人生会議」を普及し、患者が自らのターミナルケアを選択できる体制を整備する。
- 適切な情報提供にもとづく個人の主体的な意志を前提に、個々の健康状況等に応じた積極的な取り組みを評価する仕組みを創設する。

### <退職者健康保険(仮称)のイメージ>



# 連合がめざす姿 ～介護～

## 連合の考え方

- 在宅ケアを支えるサービスの充実など、地域包括ケアを推進する。
- 介護専門人材の育成と継続的な処遇改善により、人材を確保する。  
介護現場で働くすべての労働者の賃金は全産業平均との格差を是正するとともに、利用者やその家族からの介護労働者へのハラスメント防止対策の制度化など、労働環境の改善で離職防止策を強化する。
- データや新技術の積極活用による効率的な介護を実現する。
- 家族等介護者（ケアラー）、ヤングケアラーへの支援を強化する。
- 早期発見・治療や情報提供、生活・就労・移動・相談支援など認知症の人への支援強化
- 介護保険制度の普遍化

### <介護保険制度の普遍化のイメージ>



※障がい者については、財源や給付制度のあり方を早急に検討し、障がい者独自の介助ニーズへの支援のあり方など制度設計の見直しをはかる。

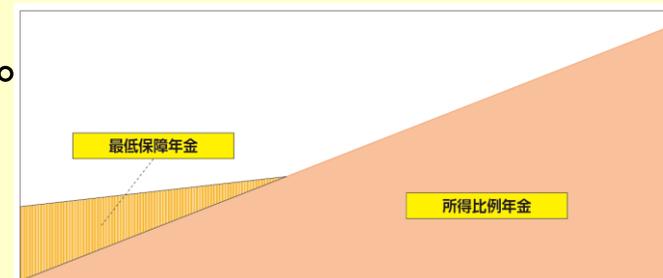
# 働き方に中立的な社会保険制度等のあり方に関する 連合としての検討の方向性(素案) ※検討中

社会保険制度、税制、諸手当等について、良質な雇用の拡大と完全雇用の実現を前提に、就労を阻害せず働き方に中立的な制度の構築をめざす。

## 社会保険制度

- 全労働者に社会保険を完全適用する。
- すべての者が加入する所得比例年金制度を構築する。
- 第3号被保険者制度を廃止する。

<所得比例年金制度のイメージ>



## 税制

- 配偶者控除を含む人的控除は、社会保障給付や各種支援施策等に振り替える。  
残すものは所得控除から税額控除に変える。
- 「給付付き税額控除」の仕組みを構築する。

## 諸手当等

- 社会情勢や働く人の意識の変化を踏まえた諸手当等の見直しについて、労使で必要な検討を行う。

# 保険者に期待する機能

- 健康診査や保健指導の実施、後発医薬品の使用促進などの取り組みは、健康の維持・確保、医療費削減といった目標を、労使と保険者が共有し、一致して取り組むことによって成果が上がるもの。保険集団の連帯が保険者機能の発揮にとって重要な基盤であり、またそれを後押ししているということもできる。
- 保険者が労使自治のガバナンスにより、主体的に医療費の抑制、保険者財政の健全化、加入者の健康増進などの取り組みを積極的に進めることが重要。加えて、保険者には、医療提供者との交渉力の発揮や、医療提供者との情報の非対称性を埋める、被保険者・患者の代理人としての役割も期待。
- 労使の自治によるガバナンスを基本に、被保険者及び患者の立場を支援し、医療提供者と対峙する力を持つための専門性が発揮される体制とそのための人材の確保が重要。

# 「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

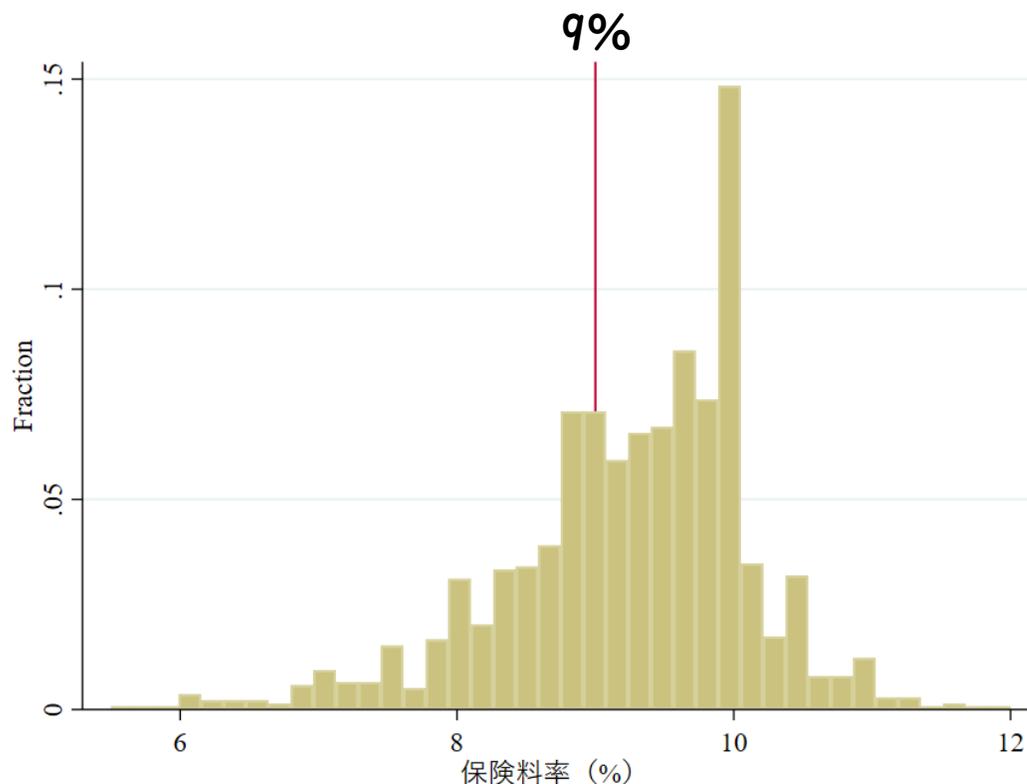
一橋大学 経済学研究科 准教授

高久玲音

1

# 組合健保の保険料率の分布

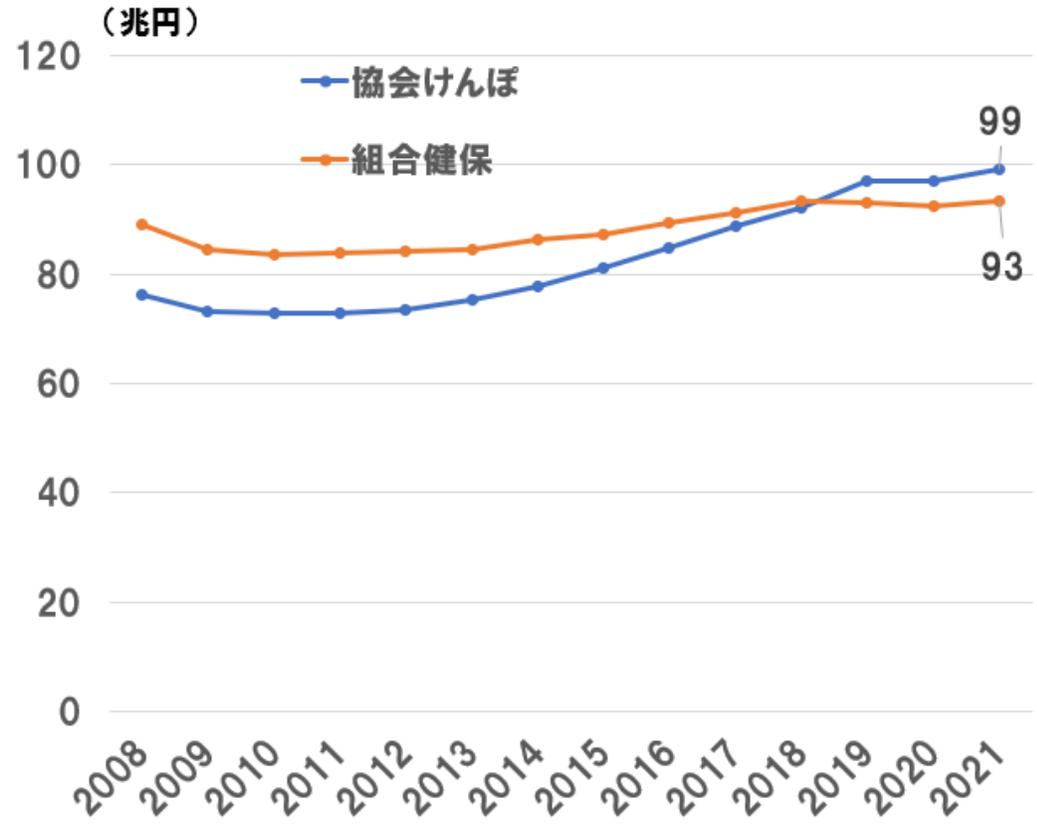
- 民間の情報公開請求で最新の保険料率の実態が明らかに
  - 9%以下の保険者が全体の37.6%



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)

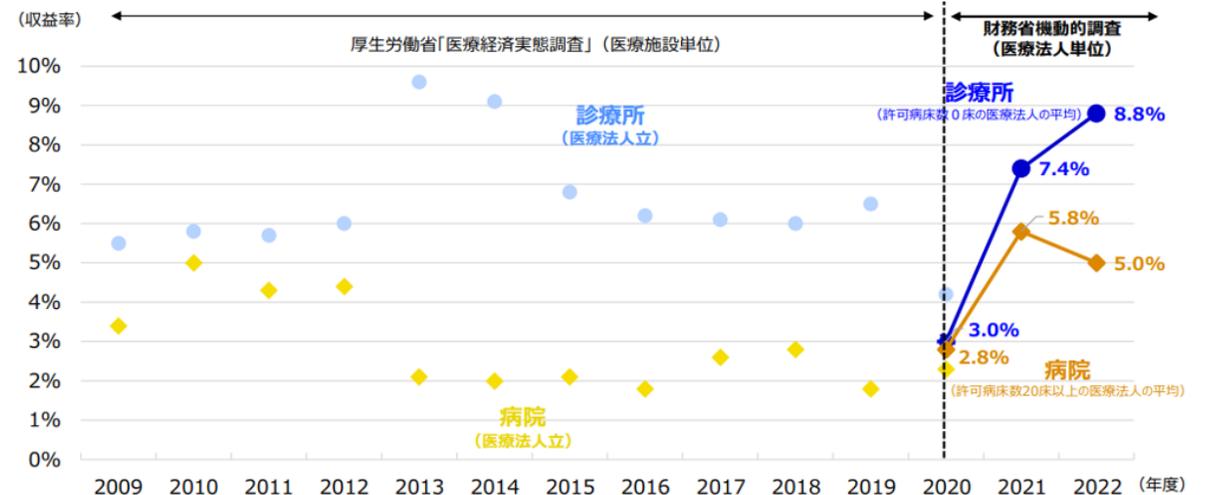
# 小規模でも採算はとれる形態

- 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

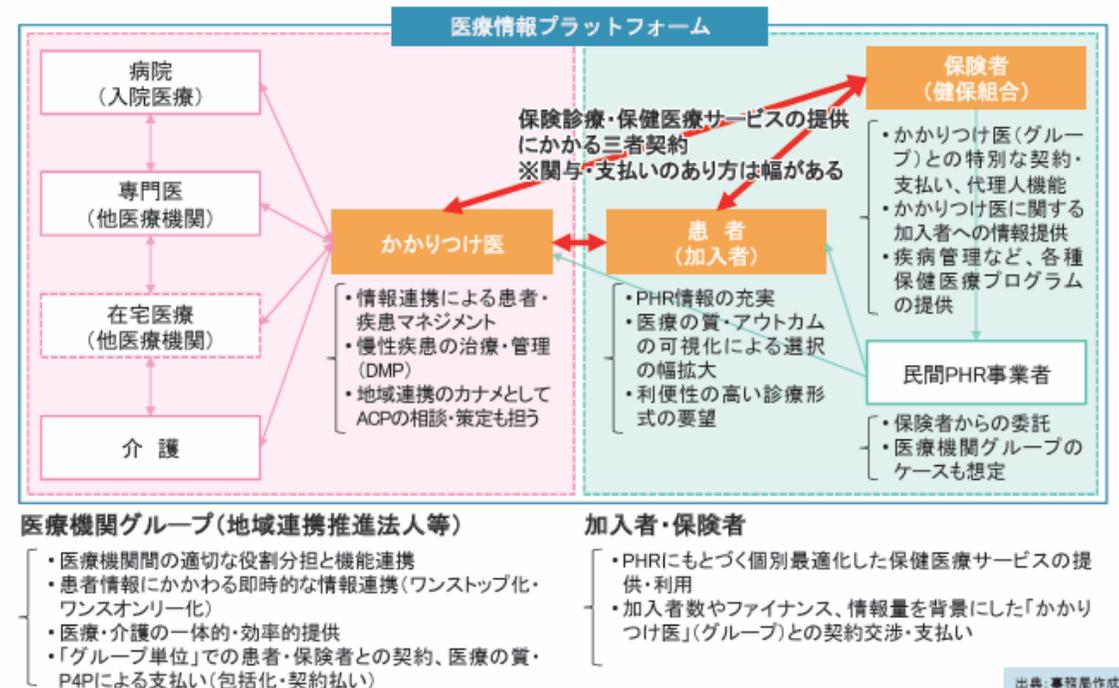
- イギリスではGPは通常3～5人のグループで診療所に勤務（Group Practice）しており、日本の開業医（町医者）とは異なる
- フランスでは2019年では61%のプライマリーケア医がグループで就労
  - 2010年には54%であり近年上昇している
- フランスの最近の研究例ではロックダウン時の慢性疾患患者のケアにもグループ診療の医療機関で就労している医師のほうが積極的だったことが報告されている
  - 危機時に新しい環境に適応するノウハウを共有しやすい
    - Zaytseva, Anna, Pierre Verger, and Bruno Ventelou. "United, 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