

**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～」**  
**開催報告書**

令和6年3月

健康保険組合連合会



## ◆◆目次◆◆

開催の記録・プログラム .....	1
講演者紹介 .....	2
開会挨拶 .....	4
第1部 基調講演 .....	7
「医療保険制度の将来構想と医療 DX」 .....	9
将来構想検討委員会報告書の概要 .....	15
パネリストによるプレゼンテーション（1） .....	21
パネリストによるプレゼンテーション（2） .....	26
パネリストによるプレゼンテーション（3） .....	30
第2部 パネルディスカッション .....	35
参考資料 .....	59



## 開催の記録・プログラム

日時：令和6年3月4日（月） 14：30～17：30

会場：イイノホール&カンファレンスセンター Room A

プログラム：

14：00 開場

14：30 開会挨拶 佐野雅宏氏（健康保険組合連合会 副会長）

<第一部 基調講演>

14：35 将来構想検討委員会座長 森田朗氏（東京大学 名誉教授）

「医療保険制度の将来構想と医療DX」

14：55 松本展哉（健康保険組合連合会 総合企画室長）

「将来構想検討委員会報告書の概要」

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

<第二部 パネルディスカッション>

16：10 （登壇者）

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

## 講演者紹介

### <講演者>

#### **森田 朗（もりた あきら）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（いとう ゆきこ）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（さほ しょういち）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 (たかく れお) 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 (みやまえ のぶあき) 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専務理事に就任。同年、健康保険組合連合会専務理事に就任し、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 (おおばやし つかさ) 氏**

### **日本経済新聞社 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 を決めた英国国民投票を取材。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。

## 開会挨拶

**健康保険組合連合会 副会長**  
**佐野 雅宏**



ただいまご紹介いただきました、健康保険組合連合会副会長の佐野でございます。本日は大変お忙しい中、健保連主催のシンポジウムにご参加いただきまして、誠にありがとうございます。会場には約 150 名の方、また約 350 名の方が全国からオンライン参加ということで、合計 500 名の方にご参加いただいております。ご登壇される有識者の皆様も含めまして、重ねて感謝申し上げます。

健保連が主催するシンポジウムの開催は 6 年ぶりとなりますが、今回は「変化する社会と医療保険 ～健保組合の新たな挑戦～」というタイトルを付けました。人口構造の変化、医療・介護ニーズの変化、働き方の変化、デジタル化、DX の進展等、これから先もわが国の社会がさらに大きく変化していくことが予想されます。それに伴い、健保組合の役割も変化していくと考えております。こうした社会の期待に応えるためにも、新たな課題にチャレンジしていく健保組合であることを願い、このようなタイトルにいたしました。

健保連では令和 3 年度と 4 年度の 2 年間、有識者と健康保険組合からなる「将来構想検討委員会」を設置し、議論を深めてきました。その結果として昨年 5 月に報告書を取りまとめ、公表しております。検討委員会では、本日基調講演をお願いしております森田朗先生に座長をお務めいただいたほか、慶應義塾大学の印南教授、当時は上智大学、現在は兵庫県立大学大学院の香取特任教授、また国際医療福祉大学大学院の島崎教授、東海大学の堀教授にもご参画いただき、2 年間にわたり非常に中身の濃い議論を行っていただきました。多大なるご支援・ご協力をいただきましたことを、改めて感謝申し上げます。

今回のシンポジウムでは、これまでの取組みの成果をもとに今後の医療保険制度や健康保険組合のあり方などについてご議論いただき、今後の改革に向けた議論を喚起したいと考えております。「将来構想検討委員会」は当初、2025 年から 2040 年までの社会変化を想



定しながらの議論でしたが、近年の医療費の伸び、厳しさを増す健保組合の財政状況、さらには一段と深刻化している少子化への対策等を鑑みますと、更なる改革に向けて緊急度は高まりつつあり、従来の想定よりも早い段階で取り組んでいく必要があります。来年にも、全世代型社会保障制度を実現していくための次の改革法案の国会提出が見込まれますが、健保連としては、今年秋頃までに更なる改革の実現を目指し、新たな提言を取りまとめていきたいと計画しております。

今回のシンポジウムは、こうした活動の一環として取り組むものでもあり、まさに有識者の皆様のご議論を新たな提言の検討に役立てていきたいと思っておりますので、ぜひとも幅広い観点から活発なご議論をいただければ大変ありがたいと考えております。

最後に、本日は長時間となりますが、最後までお付き合いいただきますようお願い申し上げます、主催者としての挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。



# 第 1 部 基調講演



## 「医療保険制度の将来構想と医療 DX」

東京大学 名誉教授  
森田 朗氏



ただいまご紹介いただきました森田でございます。「将来構想検討委員会」の座長を務め、最終的な報告書の取りまとめに携わってきました。この検討会は昨年 5 月に報告書が出ましたが、2021 年 6 月からそれまでの間、9 回にわたり、議論を続けてきました。

当初は健康保険組合のあり方にフォーカスをあてていましたが、たくさんの論客が集まった議論の中でとてもそれだけでは解決を見出せないということで、日本の医療制度、さらには社会保障制度まで議論が拡大し、そのため予定よりも長く議論を続けることになりました。そうした状況ですから、取りまとめには事務局も大変ご苦労されたと思います。私もかなりいろいろ勉強させていただきましたし、その後のいろいろな変化もありますので、ここでは報告書そのものというより、むしろ私見を交えてお話いたします。

### 1. はじめに — 国民皆保険制度と発足時の社会

〔スライド 2〕

最初に背景、そして今の健康保険制度の問題について、やはり作られた時とかなり社会情勢が変わっているのも、その変化についてお話します。そして、どのようにこれを変えていったらいいか、エッセンスだけをお話しさせていただきます。

国民皆保険制度がスタートしたのは 1961 年です。今から 63 年ぐらい前になりますが、この時の高齢化率は 5.7%です。現在は 30%弱まで増えてきています。人口構成も変わり、もちろん経済情勢も大きく変わってきた中で、同じような制度をずっと継続させてきており、課題が出る度にパッチワーク的な形で対応してきました。しかし、やはりそれでは問題を解決し切れないというのが、検討会の認識でした。

医療保険制度について、私の理解を簡単にお話します。

図は WHO で作成されたものです。病気や怪我をすることで、非常に多額の医療費がかかる方がいる。しかし、みんながそうなるわけではないので、可能性のある人は皆、保険料を払い、実際に医療が必要になった時に、そのプールしておいたところからお金をもらうという簡単な仕組みが医療保険です。従って、病気になる確率が低く、かかった医療費が少なければ、みんなが負担する 1 人当たりの保険料は少なくなります。みんなが病気になって、しかも医療費が高くなると、保険料を上げるか、保険加入者を増やさなければ、帳尻が合わないことになってきます。わが国の高齢化と医療の発展は関連しており、それが実際に医療費の支出を増やしています。それに対し、保険料を負担する人は、生産年齢人口が減りつつあり、負担能力もかなり限界に来ています。これが財政的に見た大きな問題だと思えます。

このグラフの横軸はどれくらいの人をカバーしているかで、皆保険の場合はほぼ全員をカバーしています。奥行きは、保険でどの程度医療サービス（薬剤・治療等）をみるかです。わが国の場合、保険収載されたものについては、原則として保険でみることになっています。一部先進医療については、「保険との併用を認める」・「自己負担を一部してもらう」こともあります。

縦軸は費用負担です。どの程度自己負担をするか、ブルーの直方体部分が保険料収入で、外側が負担（出るお金）だとすると、理想的に言えば隙間がないのが最もよいですが、わが国の場合、人の軸は全て埋まっています。この奥行きと高さをどうしていくか、それにより医療のあり方を考えていくことが今の課題です。

## 2. 社会環境の変化—医療保険制度が直面する課題

### 〔スライド 3-8〕

わが国の場合、高齢化が進んでいます。さらに人口構成で言えば、高齢者は増えているが、年少人口は減っています。少子化が大きな問題となっていますが、それ自体は長い間続いており、生産年齢人口（15 歳～64 歳人口）が大きく減少しています。

グラフ（スライド 4）は高齢者の絶対数とその割合を表しています。高齢者はずっと増えてきています。2022 年と 2023 年だけは 1 年毎のグラフで、あとは 5 年単位です。高齢者の増え方も絶対数ではだんだん緩やかになってきていますが、それでもまだ増えています。特に注目しなければいけないのは 80 歳以上、75 歳以上の後期高齢者で、こうした医療を受

ける可能性が高い年齢の方が増えてくることになります。

他方、全体の人口では、生産年齢人口がだんだん減少し、少子化はもちろん進んでいます（スライド5）。因みに、15歳以下人口がいちばん多かったのは1955年で、今から70年ぐらい前になります。そして生産年齢人口のピークは1995年で、その40年後になります。高齢者人口のピークは2040年ぐらいと言われていています。総人口は2010年ぐらいをピークにして、減り始めています。

右に厚生労働省が発表した最新の世代別人口構成がありますが、これはコロナの関係もあって、前回よりも少し人口の減り方が少なくなっているのではないのでしょうか。しかし、14歳以下の人口に関してはかなり減り方が大きく、これが将来どうなるか。医療保険を考える場合には、もちろん医療を受ける高齢者の増加も問題ですが、生産年齢人口の減少が大変厳しいと思います。要するに、保険料を負担する人の話になります。

人口はそのように変化するわけですが、医療費についてはどうか。医療技術はとても進歩しています。私は医学専門ではないですが、かつては治らなかった病気が治るようになり、よい薬ができ、よい治療方法が開発されています。それにより、かつては亡くなっていた方が亡くならなくて済む、これは大変素晴らしいことです。医学が人類にもたらした最大の恩恵ですが、逆に言えば、その分だけ医療費が増えることにもなります。高齢者の場合、完全に治ってしまうことは難しいですから、医療を継続しつつ、長生きされます。そこで高齢化が進むと同時に、医療費が増えます。新しい医療技術や薬ができ、その単価が高くなり、だんだん財政上の問題、当初の医療保険のあり方を変えてきたことになります。

直接医療に関係はないかもしれませんが、わが国の一般会計の歳入・歳出の状況です（スライド6）。平成2年頃はいわばバブルの頂点で、この後「失われた10年」が40年近くになります。歳出・歳入の間に乖離が生じています。このギザギザは「ワニの口」と言われていましたが、コロナで「ワニの口」の先が上に折れてしまう状態です。

社会保障に関するグラフです（スライド7）。社会保障費は現在、134.3兆円程度で、半分弱が年金、3分の1が医療費、残りの6分の1強がそれ以外です。10%少しが介護で、増えています。

1961年を見ると、インフレがあるため実質的な価値は違いますが、この時に作られた制

度が今もずっと維持されています。

社会保障の給付と負担の割合（スライド 8）です。給付はおよそ 45%です。かつては年金 2 分の 1、医療 3 分の 1、福祉その他 6 分の 1 と言われていましたが、少し年金が減ってきました。

他方、負担割合は、60%が保険料で、40%が公費です。保険料のうち、事業主負担がかなりの額です。公費と言っても、税金、あるいは地方から地方交付税等を通して出るものですが、いわゆる保険制度といいながら、保険料で支えられている部分はかなり限られています。しかも、公費とはいえ今の税金ではなく、将来払われる税金がかなり入っていることとなります。

このように財政的にも非常に変わってきており、厳しくなっています。さらに保険者も含め、医療を受ける側でなく、保険料を負担する側の形態も変わってきています。かつては、勤労世帯は男性が働き、女性が専業主婦、そして子どもは 2 人程度を標準としていました。その時は、一つの企業に勤務して収入を得ていることになり、従業員の健康を守るため事業主負担と本人負担が原型になっていましたが、今日では共働き世帯が増加しており、年収の壁という議論もあります。また兼業や副業をする方も多く、フリーランスや自営業の方も多いです。収入を得る形態が非常に多様化していると同時に、世帯という概念もかなり変わってきています。しかし、そうした方の実質的な所得を捕捉し、それに応じた形で保険料を支払う形には必ずしもなっていません。ここをどう変えていくかが大きな問題になります。

さらに、今では働き方改革で、勤務時間自体の短縮も考えられていますが、多分わが国の場合、生産性をよほど上げない限り、現状のまま労働時間を減らすことはただけアウトプットが減ることになりかねません。この辺りは、本格的に取り組まなければならないと思います。いわゆる DX というか、デジタルがそこで大きな力になりうるのではないかと考えています。では、どのように変えていったらいいか、次にお話しします。

### 3. 制度改革の方向 (1) 一保険者機能の強化

〔スライド 9〕

医療費負担がだんだん増えているため、やはり収支の改善、できるだけバランスが取れる形にしなければならないと思います。

一つは、払っていただける方にはしっかりと保険料を平等・公平に払っていただく。この



ためには、マイナンバー等で収入を捕捉することにより、公平・正確に、しかも非常に効率的に徴収できる仕組みを考える必要があります。

他方で、支出に関しては、いままでのように必要な医療を提供し、かなりの部分を原則として保険で負担する、というようなことはだんだん厳しくなってくるでしょう。収入との見合いで、どこまで保険で負担していくのか。それ以上のサービスについては、どういう形で自己負担なり、他の負担の方向で考えていくか。他の負担の方向とは、たとえば、外国で行われている二階建ての保険制度を考えていく必要があるのではないか。

いずれにしても、原則として保険で医療費をカバーする状態をこのまま維持することは非常に難しいのではないかと考えています。保険者の役割という意味で言えば、どのような形できちんと保険財政の収支が取れる運営をしていくかというマクロ的な意味での収支の話がある。

被保険者の健康を守ることが保険者の機能だとすると、プライマリ・ケアを重視し、かかりつけ医の役割を拡大する、あるいは健診をしっかり行い、健診結果を使って予防に努める、などがある。保険料の負担をどうコントロールするかは難しいところですが、できるだけ早い段階で、適切な治療を受けられる形で被保険者にインセンティブを与えることが重要だと思っています。

3番目の「多様な労働者の包摂」は、労働形態が非常に多様になっているため、一人ひとりの社会保障のアカウントを考え、負担と受けるサービスの量を把握し、最適にコントロールしていくことが必要ではないでしょうか。

4番目の「医療保険制度、保険者の再編」は、わが国の医療保険制度がパッチワーク的に作ってきたところもあり、非常に数が多いことが大きな問題です。国保に関して言えば、財政の単位は市町村から都道府県に移しましたが、後期高齢者医療制度があります。併せて、保険財政という観点から、保険制度のあり方をもう少しシンプルなものにしていく改革もありうるのではないのでしょうか。

### 3. 制度改革の方向 (2)―医療 DX

[スライド 10-14]

以上のような改革を進めていくわけですが、細かく制度をコントロールしていくためには、基礎になる情報がなければだめです。データをきちんと取る仕組みが、以上の分野においても必要なのではないかと考えています。欧米先進国ではかなり多くの医療データを集

め、それにより医療政策を立てたり、治療のあり方を変えたりするなどが行われています。その効果として、ヨーロッパの一部の国ですが、コロナの時に非常に早い段階でワクチンの効果や副反応についての情報が提供されてきました。わが国の政策もそれをかなり参考にしていたところから、そうした世界が広がっていることはご存じだと思います。逆にこの分野に関して言えば、日本は先進国に比べ、2周か3周遅れている現実を知らしめられたと思っています。

医療データについては、出生から死亡までわれわれの健康状態に関するデータを記録しておき、治療の場で必要な時にそれにアクセスできるようにする（一次利用）。医療機関を受診すると、過去にどういう病気をしたか、どういうお薬を飲んでいるか、他にどの医療機関を受診しているか等を聞かれますが、患者の覚えている医療情報よりも、実際にそれぞれの専門の先生が作成したカルテにアクセスできるほうがはるかにいいです。

同じように、そうした情報を集めて、このお薬はどういう方に効くのか、あるいはある分野の人には副反応があるのではないかという情報を集めることが「二次利用」になります。

さらにコロナの時に病床で問題になりましたが、どういう医療需要があり、どういう医療の供給体制が望ましいのか。それに対し、医療資源の配分をどうするか。これについてもこの情報を活用すれば、かなり効率的に、正確に政策も立てることができ、治療もできると思っています。

わが国でも実際これは動き出しています。昨年から総理大臣をトップとする「医療 DX 推進本部」ができ、工程表を作成しています（スライド 12）。ただ、日本の場合は、これもパッチワーク的な政策という感が拭えないところがあります。

それに対し、ヨーロッパではおそらく今月 EU で法律が成立するのではないかと思います。European Health Data Space (EHDS) という、一元的に医療情報を EU 域内で使う仕組みが出来ようとしています（スライド 13）。わが国もこうした仕組みを導入することにより、改善を図っていくことが必要です。

これからはそういう時代に向かっていかなければならないのではないかと。データに基づき、保険制度もきめ細かく効率的に運営していくことが求められます。

私の話は以上にさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

## 将来構想検討委員会報告書の概要

健康保険組合連合会 総合企画室長  
松本 展哉



ご紹介いただきました松本展哉でございます。本日はオンライン視聴の方も含め、たくさんの方にご参加いただきまして、あらためてお礼を申し上げます。

### ◆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

[スライド 2-3]

「将来構想検討委員会報告書の概要」について、説明します。

2022年、健康保険法が制定されてから100年という大きな節目を迎えました。この間、人口の高齢化・少子化などに加え、特に近年はコロナの感染拡大や激動する国際情勢等、わが国の医療保険制度の持続性に影響を与えるような事態が多数発生しました。

そこで、本会では、2021年度に有識者と健保組合の委員からなる「将来構想検討委員会」を設置し、2040年を視野に入れた将来の医療保険制度や健康保険組合のあり方等について2年間検討を重ねた結果を報告書に取りまとめ、昨年5月に発表しました。

現在はこの内容を踏まえ、本会の中で検討を深め、今秋を目途に「ポスト2025」のさらなる改革に向けて新しい提言策定を計画しています。

「将来構想検討委員会」のメンバーはこちらです（スライド3）。2年間に9回会合を開催し、基調講演の森田朗先生に座長をお務めいただき、広範な議論をまとめたところです。委員の皆様にはあらためて感謝申し上げます。

## 〔スライド 11-20〕

報告書の内容に入る前に、いくつか参考資料をご覧いただきたいと思います。11 ページからです。

わが国の人口の年齢構成変化を表したグラフです（スライド 11）。濃い青の部分が 20 歳～64 歳のいわゆる「現役世代」で、これから先どんどん減っていきます。

一方、高齢者は増えていきます。2040 年を過ぎた頃に 65 歳以上人口はピークに達します。そこで今から 2040 年代にかけて、65 歳～74 歳、あるいはそれ以上の方々が現役世代にできるだけ加わってもらいと、人口構成のバランスを維持できる、あるいはアンバランスを修復できると考えられます。

もちろん少子化対策も重要ですが、現存する人口の中で経済社会を支える基盤を強化していくことも必要なのではないのでしょうか。

次に「死亡数の状況」です（スライド 12）。死亡数のピークは 2040 年前後にやってきますので、対応を考える必要があります。

2021 年度に本会が実施した財政シミュレーションの結果の一部です（スライド 13）。慶應義塾大学の土居丈朗教授にご担当いただき、2018 年に政府が発表した「社会保障の将来見通し」の数値を直近の数値に修正する形でシミュレーションを行いました。当時の政府の推計よりも、成長率は少し鈍化し、それに伴い国民医療費対 GDP 比率を押し上げる数字になっています。

同じく財政シミュレーションの中で実施した制度別の国民医療費の推計です（スライド 14）。左のグラフのように、2019 年度に 44 兆円だった国民医療費は 2030 年度には 60 兆円に迫り、2040 年度には 73 兆円に達します。このうち、後期高齢者の医療費が 47%を占めます。

右のグラフのように短時間労働者の適用拡大を段階的に進めた場合には、医療費のウエイトが国保から被用者保険にシフトします。

同じく制度別の保険料率と加入者 1 人当たりの保険料の額を推計しました（スライド 15）。左のグラフでは、健康保険組合の場合、2019 年度の平均 9.2%（24.8 万円）が、2040 年度には 11.8%（46.3 万円）になります。

右のグラフでは、一定の前提で適用拡大を進めた場合に 11.2%（44.9 万円）となり、若干数値の低下が見られます。

次に、年齢階級別就業率の見通しです（スライド 16）。全体的に就業率は年々上がっていきませんが、特に 60 歳代・70 歳代前半の就業率の上昇が顕著に表れています。これに加え、各種の法整備を進めると、さらに上昇する可能性があります。高齢であっても、健康で元気に就労できる方が今後さらに増えていくと考えられます。高齢者像は大きく変化しており、これに対応した社会制度に改めていく必要性も高まっています。

次に、世帯の状況です（スライド 17）。共働き世帯がかなり増えています。そうではない世帯数を逆転しており、共働きが標準的な形になってきています。

そういったこともあり、健康保険組合の扶養率は、この 40 年ほどの間に半減し、近年は 0.7 台です（スライド 18）。適用拡大を進めると、さらに減少していきます。財政シミュレーションの結果によれば、2040 年度に 0.5 程度まで減少する見込みです。こうした変化への対応も求められます。

次に、医療需要の変化です（スライド 19）。厚生労働省のデータによると、外来患者数のピークは 2025 年、入院患者数のピークは 2040 年とされています。同時に、要介護認定率の高い、より介護ニーズの高い高齢者の増加も想定されます。

そうすると、医療と介護の連携、また医療と介護ともに、より一層の効率化・重点化が必要になります（スライド 20）。

#### ◆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

##### [スライド 4]

「将来構想検討委員会」では、近い将来、わが国がどのような社会になっていくかを想定し、ご検討いただきました。

より一層の高齢化が進み、多死社会となり、医療・介護のニーズが変わります。また医療が高度化し、非常に高額な薬剤・技術が出てきます。少子化も進み、現役世代が減ってくるため、医療保険制度の財政、そして現役世代の負担はより一層厳しいものになります。

同時に、働き方が多様化し、就労者像が変わります。現役世代が減少する一方で、健康寿命が延伸し、元気な高齢者も増え、高齢者就業率の上昇が加速します。女性の就業率もさらに上昇し、共働き世帯の増加、被扶養者数の減少につながります。非正規労働者がこれまでに以上に増加することも予想され、働き方とともに収入形態の多様化も考えられます。

医療・健康情報の活用とデジタル環境の進展については、政府が進めている情報プラットフォームが構築され、各種の情報が有効に活用されるようになります。

医療・介護の生産性向上、人材不足の改善に役立つような DX の進展も期待されます。

マイナンバーの基盤を活用した収入・資産の把握も進み、マイナポータルなどを通じ、健康保険組合と加入者の双方向のコミュニケーションも可能になるでしょう。

#### ◆新たな社会情勢への対応の視点

##### 〔スライド 5〕

以上のようなことを踏まえ、以下の 3 つの視点に基づきご検討いただいた結果、取りまとめられた具体的な提案を紹介します。

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何か

#### 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

##### 〔スライド 6-7〕

まず一つ目の視点は、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です。

ここではまず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を挙げています。その中で、プライマリ・ケアを起点とし、医療・介護サービスを一体的に提供することと、介護ニーズの増大に対しては、2号被保険者の範囲を段階的に74歳に引き上げること、各種介護サービスを地域支援事業に移行させること等により、75歳以上の要介護者への給付の重点化を図ることを提案しています。

次に、かかりつけ医機能の充実では、かかりつけ医を緩やかなゲートキーパーにした地域連携グループを構築し、多職種が連携する機能を持たせることや、各種のアウトカムデータを蓄積し、医療の質の向上につなげること、また予防や健康管理にも取り組むほか、多死社会の到来を踏まえ、ACP（Advanced Care Planning）を進めることも重要になります。

医療の高度化への対応、持続性確保のための保険給付の効率化では、診療内容や薬剤の種類に応じて、給付と負担の調整を図ること、医薬品フォーミュラリの制度化、費用対効果を踏まえた薬価制度や、Pay for Performance のように、データ分析を通じ医療・介護の質の向上を図ること、保険外併用療養費制度の活用、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の仕組みも提案しています。

## 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

[スライド 8]

2つ目の視点は多様な働き方の包摂と制度の持続性をどう確保するかです。

ここでは、適用拡大の推進と雇用類似の方々が加入する新たな制度を構築することを提案しています。また、短時間労働者の適用拡大を進めていくと、多くの被扶養者が被保険者に移行し、実質的に個人単位の加入のような形になります。そうした中で、残る被扶養者のうち、一定範囲の方には家族被保険者という形で保険料を負担してもらい、家族被保険者としての権利・義務を確立し、受益を確保することも提案しています。

さらに就労する高齢者には、現役世代と同じ被用者保険に加入してもらい、保険料負担、自己負担割合、保険給付などについても、現役世代と同じにすることを提案しています。前期高齢者だけではなく、後期高齢者になっても就労する方が増えてくると予測されます。年齢に関わらず、こうした方々には現役世代とともに支える側に加わってほしいという提案です。

## 3. その時、健保組合に求められる役割は何か

[スライド 9]

3つ目の視点は、その時、健保組合に求められる役割は何かです。

加入者像が変化し、デジタル化、DXも進展していく中で、ウェルビーイング(well-being)に貢献する観点からも、保険者の新たな可能性を見出していくことが求められます。

高齢者、女性、多様な働き方の加入者が増えるため、加入者の特性に合わせ、情報プラットフォームや各種のデータを活用し、個人最適化されたサービスを提供すること。

あわせて、まさにこれから被保険者証がなくなるため、マイナポータル等を活用し、加入者と健保組合の双方向のコミュニケーションを促進することを提案しています。

加入者へのサービス拡充という面から、健保組合とかかりつけ医が連携して、保険診療、あるいは保健サービスを提供することも期待されます。

こうした取り組みには、健保組合の体制強化も必要です。業務の標準化・効率化、事務の共同化を図り、保健事業にシフトしていくことで、保険者機能をさらに強化することが期待されます。

以上が、報告書の主な内容です。この後、有識者の皆様のプレゼンテーション、パネルディスカッションと続きますが、将来の医療保険制度、健保組合のために活発なご議論をお願いしたいと存じます。ご清聴いただきまして、ありがとうございました。



## パネリストによるプレゼンテーション（1）

津田塾大学 総合政策学部 教授

伊藤 由希子氏



本日はよろしくお願いいたします。「健保組合の新たな挑戦」という名にふさわしい非常に挑戦的な内容が織り込まれた報告書になっており、私も非常におもしろく拝見しました。私の考えになりますが、報告書の内容とも呼応するもので3点、結論から申し上げます。

### 〔スライド2〕

まずは徹底的な可視化です。これからの可視化の大事な条件は、IDの一元化という観点だと思います。医療費について、たとえば同じ人が5年間、10年間でどう変化したかというデータはいまだきちんと見たことがないという現状を、やはり健保組合から変えていくことができるのではないかと考えています。マイナンバーの一元化をうまく利用し、さらに可視化をしていただきたい。

2番目に、健保組合としてできることは「保険給付」の取捨選択と「医療現場」の機能分化です。まずは保険給付の部分ですが、「こういうサービスには保険給付できません」、ないし、「こういうサービスには保険給付したいです」という「減らす」・「増やす」の部分です。もう一つ、提言の中には、「かかりつけ医とのコラボ」が書いてありましたが、医療現場への目利きもしていただきたいと思います。つまり、「こういう診療所とはコラボできません」といった判断を健保組合側からしていくことにより、医療者も選ばれる立場になる。そして患者が選びやすくなることは非常によい循環ではないでしょうか。

3番目は、保険料と税という話です。「一元把握による応能負担」と書きましたが、応能負担と声だけで言っても、その手前の段階にある「一元把握」がまずできなければ、その先の議論ができないと思っています。一律に応能負担を叫ぶことがよいかどうかは非常に難しい問題ですが、まず一元把握をしようではないか。これは、健保組合に率先して提言

してほしいことのひとつです。働く人が後期高齢者等を含む社会保険を支えているのだと言われることがあります。違うのではないかと。社会保険料は何のために払っているのか。自分のため、家族のためにまずは還元されなければ意味がない。つまり、私たちが働いたお金で払うものだから、まずは私たちの健康と働き方を支えてくれるものでなければ、意味がないのではないかと。でなければ払う意味がないという言い方をしていくことがとても大事です。

#### 〔スライド 3〕

医療経済学者として、医療費に関して 1 枚で語れと言われれば、私はこのグラフを必ず出します。それは、保健医療支出の対 GDP 比です。つまり身の丈であるところの稼ぎのうち、どれくらい保健医療に使っているのかを国際比較したデータです。最新のデータによれば、日本は 4 番目で、GDP 比 11.5% という数字になっています。見方はいろいろで、れっきとした高福祉の国ではないかという見方もあり、「高齢化社会なのだから、高福祉、上等ではないか」という見方もありつつ、「いや、でも、これは身の丈に合っているか」という議論もあるわけです。自分たちの稼ぎでやっているのだったらまだしも、約 4 割は将来からの前借ではないか。将来世代からの借金で、今の保健医療支出を使っているのはどうなのかといった、いろいろな議論があると思います。

ただ問題は、この額を使っていることに対する納得感です。よくこのグラフを見て、「多いですか。少ないですか」と訊かれますが、多いか少ないかを判断できる材料があるのかどうか。これが多分大事なのではないか。なぜこの水準なのか、どうしてこんなに高く使っているのかわからない。つまり、情報不足は判断の欠如にもつながるため、これを解消することが大事です。

#### 〔スライド 4〕

よく言われるのは、「高齢化によって保健医療支出が増えるのは仕方がない」という議論です。このグラフをご覧くださいと、左側は OECD の国です。年代別の保健医療支出は、当然高齢者のほうが高くなりますが、40～44 歳を「水準 1」とした時、たとえば 70 歳以降の高齢者は何倍くらい使っているか。特に支出が高い水準の国、いわゆる「高福祉」と呼ばれている国（紫）の水準を見ると、それをはるかに上回り、日本の高齢者は 40～44 歳の 7 倍の医療費を使っています。

もっとすごいのが介護です。介護では、65～69 歳の 1 人当たり支出を「1」とした時に、いわゆる他の高福祉と呼ばれている対 GDP 比支出が高い国でも、80 歳ぐらいの方が大体

20 倍ぐらいですが、日本は 31 倍です。つまり、日本は高齢化で数も多いですが、1 人当たりの使い勝手がかなり多くなっています。ここまでの水準が要るかどうかという議論は大事です。高齢化で伸びるのは仕方がないが、若い人の 7 倍や、いわゆる若い層の何十倍も使ってよいのかどうか、この議論にメスを入れなければいけないと思います。10 年前ぐらいから同じことはもう既に課題として指摘されています。

#### 【スライド 5】

そして次は、医療の高度化が問題です。高度化するのだから、医療費が伸びるのはもう仕方がないという話もあります。紫の棒が高齢化による伸び、そして赤い棒がそれ以外の伸びを示しています。それ以外の伸びは何かといえば、経済水準が上がるとより健康になりたいとサプリアを買うとか、進展した医療技術をもっとほしいといった、需要の高まりを示したものです。

日本を見ると、他の国や平均と比べ紫（高齢化の寄与度）は非常に高くなっています。もう一方、技術革新による伸びについては、ブルーのラインが OECD の平均水準であり、38 か国ある OECD の中で、日本の医療技術の進展による医療費の伸びは、ちょうど平均ぐらいです。つまり、高福祉の国オランダとか、お金の厳しいイギリスでも、年 3% ぐらいの平均的な伸びで、医療技術の進歩とともに医療費は増えているのに、日本の場合、その部分は相対的には抑制されていると言えます。これは、「医療費が上がらなくていいではないか」という議論も一部にあります。果たしてそうなのか。私たちの求めるものは、「高い・低い」の医療費ではなく、より健康になるか、そのツールとしての医療費の使い方だとすると、もっとよい技術がある、もっとよい薬があるのに、もしかすると高齢化の波に押されて、その技術革新の恩恵を受け損ねている可能性があるのではないかということです。個人的には、この話題はとても深刻だと思っています。これだけ高い支出をしている割に、日本だけよい技術が入ってこないのは問題です。では、どうするか。高い技術のためにお金を使えるようにするためには、低い技術のためのお金をカットするしかないと思います。

#### 【スライド 6】

昨年 9 月に出た健保連のレポートは非常にすばらしく、コロナによるいわゆる OTC がある薬の受診の減少です。これまで医療機関に通院して薬をもらっていたが、「OTC があるから、もういい」という受診の減少が、鼻炎薬や点眼薬だと約 4 割減となっており、これは非常にすばらしいことだと思います。その状態について、医療費的にはいくら程度かも試算されています。医師のレセプトの中で、実は OTC 類似薬しか処方していないというレセプト

は7分の1です。医師の処方7分の1はOTCで買える薬をただ処方しているだけなのです。それに1兆635億円です。従って、これは削れるという話なのです。実はもっと健保連がこれを大々的に提示するといいいのですが、すごく小さな表現になっています。私はピックアップしてきましたが、この1兆635億円はぜひ真っ先にやってもらいたいです。

#### 〔スライド7〕

介護についてお話したいと思います。介護の保険者は市町村ですが、私たちはいわゆる雇用に納めています。つまり、代行納付を企業側がされているので、直接文句を言えないのですが、本当に何も言わずに払っていてよいのか。これも議論のしどころです。

特に私が問題視するのは、重要性や緊急性が低い介護給付です。皆さんの親御さんの中にもこうしたサービスを使って、ありがたいと思っている方は多いと思いますが、たとえば調理や洗濯や掃除は、自己負担45分当たり183円です。私は同じぐらいの家事代行業を1時間4,000円ぐらいでお願いしているので、183円なんてただみたいなサービスです。いわゆる訪問介護と呼ばれる中の生活援助中心は黄色い部分で、額で言うと、1兆562億円の内のいくらかという水準になっています。

#### 〔スライド9〕

最後に財政の話です。今、医療保険で行っていることは、現役世代のための給付ですが、もう一つ大事な役割は後期高齢者向けの拠出です。これは健保連のレポートですが、25歳～59歳において、保険料は7～10万円上がっていますが、医療費は1～3万円しか変化していません。一方で、80歳以上の場合、保険料はほとんど変化していないが、医療費の変化は5万円～8万円程度あることで、結果的には医療サービスという現物給付を通じて、所得再分配的なことを医療保険で行っていることになります。でも、その役割は、本来は税です。医療サービスでどこまで再分配することが適切なのかを考える必要があります。

#### 〔スライド10〕

再び土居先生の試算による、税と社会保険料との負担のベースです。消費税は全体の負担の中で60歳以上の方が約5割を負担しています。一方、健康保険料は、もちろん若い方中心に納めているので、60歳以上の負担は約3割です。これからの議論でいろいろ拠出すると言っているのは、全部右側（保険料）です。この右側の財源だけで負担を何とか設計しようとする、現役世代への負担がどんどん重くなるのは、皆さんご承知の通りです。では、どうすればよいか。結論としては、税・社会保険料・自己負担・歳出削減全部合わせて社会保障制度ということに尽きるわけですが、やはりその前段階として、保険料と税をそれぞれ

一元把握する。自分がどれぐらい保険料や税を払っているかに関する自分自身での把握は、それだけでも結構難しいです。所得税は所得税で、引かれ方が違うし、社会保険は社会保険で、毎月引かれる。たとえばそういったものを全部一覧表にして可視化するだけでもだいぶ違うのではないかと思います。長くなりましたが、頭出し等の議論とさせていただきました。

## パネリストによるプレゼンテーション（2）

日本労働組合総連合会  
総合政策推進局 総合局長  
佐保 昌一氏



ご紹介いただきました連合で社会保障を担当しております総合政策推進局長の佐保でございます。健保連の皆様方には平素から大変お世話になっております。この場をお借りして、感謝を申し上げたいと思っております。

### 〔スライド1〕

人口減少と少子化社会が急速に同時進行する中で、連合は2035年の社会を展望した連合としての運動と政策の方向性を「連合ビジョン」として掲げています。目指す社会は、働くことに最も重要な価値を置き、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、自己実現に挑戦できるセーフティネットが組み込まれた社会です。そして「持続可能性」と「包摂」を基底に、多様性を受け入れ、互いに認め合い、誰一人取り残されることのない社会の実現を目指しています。

資料にある絵は、その実現に向けた政策パッケージをイメージとして示したものです。連合では「5つの橋」と呼んでいますが、中央の「働く」という島では良質な雇用、安定した雇用やディーセント・ワークが基本にあり、そのためのしっかりとした橋が組み込まれています。周囲にある「暮らし」「健康・長寿」「離職」「学び」というそれぞれの島とも、働く人の選択によって行き来できる、しっかりとした橋が備わっています。そのような政策が必要だと考えています。

その一環で、社会保障に関しては「社会保障構想」というビジョンを掲げています。

### 〔スライド2〕

「社会保障構想」からいくつか抜粋して、紹介します。誰一人取り残されることのない社会の実現に関しては、社会的セーフティネットの確立が欠かせません。コロナ禍においても、

セーフティネットが脆弱だったことが浮き彫りになりました。また日々の生活で困難を抱える人々の課題が複雑化・多様化していることが実態として浮かび上がっています。安定した雇用や建設的な労使関係がまず大きなセーフティネットとなります。そのうえで、第1のネットとして、社会保険が果たす役割は非常に重要です。これを将来にわたり、持続可能なものにしていくことが不可欠であるとともに、雇用される人は誰もが社会保険に加入できるよう、完全適用すべきと考えています。

そして万が一の時には、第2のセーフティネットとして就労支援等の生活困窮者の自立支援、第3のセーフティネットである生活保障があり、それは現行では生活保護ですが、そういうところに陥ることを防ぐ支援が重要です。そして第4のセーフティネットとして、住宅支援など、居住保障の確立や、医療・介護費の補助制度について掲げています。

#### 〔スライド3〕

次は連合が目指す姿の医療です。患者本位の医療提供体制として、地域偏在と診療科偏在の解消が必要です。また、初期医療を担う「家庭医（連合の仮称）」を制度化し、初期医療から高次医療に至る医療機関の機能分担を明確化し、相互連携を図ることが必要です。

医療保険制度については、高齢者医療制度を廃止し、いわゆる突き抜け方式の実現を求めています。年齢で制度を分けてしまうのではなく、被用者保険全体で退職者を共同で支える「退職者健康保険制度（連合の仮称）」を創設し、保険者機能を十分に発揮させる仕組みにすべきです。

また自らが希望する医療やケアについて、自分自身や周囲の家族等と話し合う「人生会議」の普及を図り、患者の尊厳と生存権を尊重した終末期医療を受け入れられるよう、延命治療の拒否を含め、患者に最善の医療を選択できる体制を整えることが必要です。

#### 〔スライド4〕

介護については、住み慣れた地域で生活を継続することができるよう地域包括支援センター機能を抜本的に拡充し、センターを中心に地域包括ケアが推進され、多様な職種や専門家、コミュニティによる支援体制の整備を図るべきと考えています。

また、家族等ケアラーへの情報提供や相談支援、レスパイトケアの体制が整備され、介護と就労が両立できる「介護離職のない社会の実現」が求められます。そのためには、介護保険制度を将来にわたり、持続可能なものにするのが不可欠ですが、残念ながら、今、人材確保の面で持続可能性が脅かされています。連合としては、継続的にさらなる処遇改善を行い、人材確保を強力に進めなければならないと考えています。

また介護保険制度の創設議論の段階から、連合は制度の普遍化を求めています。要介護または要支援の理由を問わず、介護や支援が必要な時に受給できるようにするため、介護保険制度の加入者の範囲を現行の40歳以上から18歳以上のすべての医療保険加入者に拡大すべきと考えています。

#### 〔スライド5〕

多様な働き方の包摂という観点からは、連合として、「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）」を紹介します。これはまだ素案ということで、今後さらに検討を深めていきます。昨年5月に連合の機関会議「中央執行委員会」で確認したのですが、これ以降、メディア等で「連合は3号廃止に決定か」と騒がれ、連合にも抗議のメールがたくさんきております。

〔スライド1〕にある橋の2番目「くらし」と「働く」をつなぐところにも記載していますが、性やライフスタイルに中立的であると同時に、就労を阻害することなく、働き方に中立的な制度にしていくことが必要です。そのため、社会保険制度については、全労働者に社会保険を完全適用すること、全ての人が加入する所得比例年金制度の構築、第3号被保険者制度の廃止という方向性で検討を深めようとしています。

ここで示しているイメージ図は、自営業も含め、多様な生き方や働き方に対応した所得比例年金制度を実現しようというもので、これは既に社会保障構想に掲げています。しかし、第3号被保険者制度については、適用拡大を進めることで縮減を図るという考え方に、現在は留まっており、それを今回、明確に廃止という方向性で合意形成を図ることができるかどうか、ていねいに議論を進めていきたいと考えています。この点は、連合は来年10月までの間に一定の方向性を決めていきたいと考えています。

医療保険制度についても、被用者保険の被扶養者をどうするかは、論点の一つとなっています。

#### 〔スライド6〕

健保連に集う保険者の皆様へのご期待について述べます。

健康の維持・確保、医療費削減等の目標を、労使と保険者が共有し、一致して取り組むことこそが様々な取組みの成果につながる鍵になります。そうした保険集団の連帯は、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言えます。医療費が増加していく中での保険者財政の健全化、加入者の健康増進などの取組みを積極的に進めることは、極めて重要です。加えて、保険者が持つ高い専門性を発揮し、医療提供側との協



議や、医療提供側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しています。そのためにも、保険者が自由に専門性を発揮できる体制と人材の確保の重要性について、連合としても、課題を共有しておきたいと考えています。以上、ご清聴ありがとうございました。

## パネリストによるプレゼンテーション（3）

一橋大学大学院 経済学研究科 准教授  
高久 玲音氏



ご紹介いただき、ありがとうございます。一橋大学の高久と申します。このような場で発言の機会をいただき、誠に光栄です。健保連の報告書を私も拝読して、非常に意欲的な内容が数々散りばめられており、興味深かったところです。

### 〔スライド2〕

最初に健保組合全体として、これから社会とどう関わっていき、説明責任を果たしていくのが明確になってくるとよいかと考えています。その観点で最近「健康保険組合の保険料率はどうなのか」、応能負担の徹底が様々なところで議論されています。社会保険料は一体誰が負担しているのかという研究が、私が大学院時代に経済学で多数あり、賃金の低下か、それとも雇用のカットという形で負担しているのか、私も研究をしようと思った時に、健康保険組合の保険料率がよくわからないことに直面しました。最近、民間の情報公開請求で明らかになった保険料率ですが、6.5%未満が15組合程度あるようです。協会けんぽの保険料率よりも1%程度低い9%以下という保険者が全体の37.6%ぐらいになっており、経営状況も苦しい中でやっただけにしているのが、負担が低いことをことさら取り上げるのもどうかと思いますが、やはり国民全体の負担のあり方に関して述べます。

### 〔スライド3〕

協会けんぽも組合健保も現在、標準報酬月額総額は100兆円程度あります。100兆円の1%は1兆円で、協会けんぽよりも目安としては1兆円程度負担が少ないのが、現在の組合健保の重要な特徴の一つです。

仮にそうだとすれば、組合健保が存在することによる社会のメリットは、総額で1兆円になるという説明責任の果たし方をしないといけないのではないのでしょうか。つまり、保険

者として、各健保組合は分かれて、健康活動を行う等、いわゆる支払側として、様々な政策提言を行う。また、医療の提供体制に対する改革への貢献といったことも特筆すべきところとしてあります。こうした様々な取組みの価値の合計が 1 兆円であるのだと思います。逆に、そういうデータで、組合健保があることによりこんなにいいことがあるのだと、その価値を言っていないと国民に対する説明責任の果たし方として、どうなのかという議論が出てくるのではないかと考えています。

保険者として行っていることの代表は、加入者の健康管理です。私自身様々な研究を行っていますが、健診を受けるだけで健康が守られるかと言えば、そうではなく、多くの健康の側面は生活習慣病と呼ばれる病も含め、働き方と密接な関係があります。

保険制度を頻繁に変えることはできないため、歴史として健康管理政策はわれわれの健康とどう関わってきたのかという振り返りも大事です。いわゆる過労死のような問題は、日本では戦後長らくありましたが、これは正社員の特徴であったことがよく知られています。健康管理は保険者でやっていたか、そうした取組みに積極的に関与した姿はこれまでのところなかったのではないのでしょうか。

『ブリティッシュ・メディカル・ジャーナル』にも掲載されている有名な論文では、90年代以降、健康管理を受けていると見られる専門職や、管理職の悪性新生物の死亡率が一時期ブルーカラーを上回ることがありました。先進各国では、「社会経済的地位が高い人ほど健康」ということが一貫して観察されますが、日本は部分的に少し逆になっていた時期もありました。そしてその期間も、組合健保の健康管理は続いていました。

まとめると、1 点目として、健保組合は様々な取組みをしており、一部は健康状態の改善に結びついていると思います。しかし健康状態は、様々な雇用慣行も含めた属性によって決まっているため、今後は特定健診の情報等を企業の持っている労働時間のデータと突合して解析するなど、より働き方全般に関わるような取組みをもう少し増やしていくことで、国民の健康に寄与していく方向性が必要ではないかと思っています。

#### 【スライド 5】

日本の保険制度は非常に分立しており、米国と少し似ている点もあります。つまり、高齢者になると違う制度に移動するのは、日本の仕組みと米国の仕組みは全く同じといってもよいのではないかと。ただ、米国でそういう制度に関する議論は、たとえば「年を取って、他の保険に入るわけだから、現役世代の保険者はあまり健康管理にインセンティブを持たなくて、非効率なのではないか」ということが研究でも指摘されています。

今後は雇用の流動化が避けられない流れになるため、企業の持っている保険が、どれくらい加入している方々の健康に気を遣うかというインセンティブはむしろ下がってくる可能性もあるのではないかと。従って、今後とも有効な健康管理活動をしていくにあたり、制度のインセンティブとどう整合的なのかをもう少し議論しなくてはならないと思います。

転職前後の健診データ等を一貫して共有できるようにすることも必要でしょうし、一定期間中の健康アウトカムの変化に応じた、アウトカムベースの高齢者に対する支援金の算定も、もう少し強めていくことによって、より加入者の健康に強いインセンティブを持って取り組むことが可能になるのではないかと思います。

#### 〔スライド7〕

将来的には、健康情報等は個人で管理していくことが徹底されていくだろうと考えています。運動や睡眠の質などを日々チェックし、自分で管理している方も多いです。それから特定健診も始まって20年くらい経ちますが、そうした情報もすぐに自分で閲覧でき、過去の履歴と現在の状況を比べることができるのは、おそらく将来の健康に関わる情報のあり方として、デフォルトになってくるのではないのでしょうか。

マネジメント・プログラムのような疾病管理の効果を扱った学術研究は非常に多いですが、測定された効果にはばらつきがあります。とても効果があるという報告もあれば、「このプログラムはあまり効果がなかった」という報告もあります。なぜそういう結果になるのかは、効果の異質性が個人個人で非常に大きいためだと思います。特定健診は日本でもやっていますが、非常に反応する方もいれば、全く気にしない方もいて、個人のばらつきが非常に大きいことが知られています。今後は、様々なキャリアパスや、家族構成、学歴などの個人単位の重要な情報と健康管理の情報を各保険者でしっかりと紐づけて、どういう方に本当に効果があるのかを、よりデータに基づいて行うことが必要です。

健康管理については、そうした取組みを今後深めざるを得ないのではないかとということですが、もう一つ健保組合のやっていることとして、かかりつけ医を含め、提供体制の改革への貢献も大きいのではないかと思います。医療費全体の中で診療所の報酬は、8～9兆円程度ですので、かかりつけ医を含め、そうしたことが有効に機能していくあり方を引き続き提言していただきたいと思います。

#### 〔スライド8〕

開業医の年収を示したものです。この1年非常に注目され、マスコミ等でも平均年収の5～6倍という言い方がされています。OECDでは、対比で見た医師の年収を各国公表して

います。日本のデータは私が算出しましたが、他のデータは OECD のものです。外来を主に担当する医師の報酬で、5.4 倍払っている国は全く無いということだと思います。そうしたことから、引き続き報酬のあり方は見直しの俎上に載って行くのではないかと思います。

かかりつけ医の議論が非常に盛んですが、やはり 1 人で開業し、往診や ACP のようなことを継続的に行うのは無理があるため、各国はグループで開業していく方向性を政策的にも進めています。日本の場合、かかりつけ医の議論は登録制が注目されますが、登録したとしてもできないことはできないため、実態として、診療所のあり方が変わる方向の提言が必要なのではないかと思います。

#### 〔スライド 9〕

現在、診療所の雇用の 4 人に 1 人は会計処理の事務職員であり、医療の質に関係のない話です。そうした方の給与も含め、先進国で最も高い報酬は、社会保障全体の持続可能性を非常に脅かすのではないのでしょうか。

#### 〔スライド 10〕

Group Practice のスライドです。集まって開業していくことを続けていき、20 年経つと、提供体制は様変わりすると思います。今開業している方に「明日からグループで働いてください」とは言いませんが、今後開業する方に、ある種の義務付けをすとか、インセンティブを与えることは十分に可能です。30 年経つと、より良い「かかりつけ医機能」をわれわれの国も持つことができるのではないかという話だにご理解ください。

DX の話もありましたが、ICT 等の固定費用を伴う投資が診療所でなかなかされないのも、非常に小規模であることが避けられない論点と考えています。DX 全体の遅れの中でも、診療所の遅れにはめざましいものがありますので、ただ単に ICT を導入したらどうかというより開業の形態を含め、働き方全体から見直していくほうがよいのではないのでしょうか。

#### 〔スライド 11〕

その観点から、地域医療連携推進法人の活用の提案も健保連はしているので、そうした法人に入っていて連携関係の取れているところであれば、報酬は柔軟に考えることができる制度があると、提供体制の改革がより進みやすくなるのではないかと思います。診療報酬には医師は非常に反応します。

〔スライド 12〕

組合健保に期待することとして、概ね 2 点話をさせていただきました。働き方を含めた多様な情報と健康情報との突合・解析と提供体制の改革への引き続きの貢献については、非常に期待しているところです。

最後に、EBPM 全体に関して、予算をつけるなら効果検証の義務付けをしたらどうかということが国会でも非常に議論されています。医療・介護は歳出改革の 1 丁目 1 番地ですので、効果検証により貢献するような方向性を期待したいところです。私からは以上です。

## 第2部

# パネルディスカッション





## パネルディスカッション

モデレーター

日本経済新聞社 編集委員

大林 尚 氏

### 【登壇者】

津田塾大学 総合政策学部 教授

伊藤 由希子 氏

日本労働組合総連合会 総合政策推進局 総合局長

佐保 昌一 氏

一橋大学大学院 経済学研究科 准教授

高久 玲音 氏

北海道農業団体健康保険組合 専務理事

宮前 暢明 氏

健康保険組合連合会 理事

秋山 実 氏



(大林氏) ご紹介いただいた日本経済新聞の大林です。今日は「変化する社会と医療保険～健保組合の新たな挑戦～」というタイトルで、第一部は森田さんをはじめ、ここに登壇されている方からプレゼンテーションを行っていただきました。また健保連の事務局の松本さんからは報告書の内容を明瞭にご説明いただきました。それを踏まえ、パネルディスカッションに移っていきたいと思います。

最初に、森田さんが2040年代に向けての人口動態の変化から解きほぐされました。医療DXについてはEUのヘルスデータスペースが一つの鍵になるのではないかという話でした。

伊藤さんは、保健医療支出のグローバル比較をベースに、減らすべき医療と増やすべき医療の峻別、メリハリをという話でした。

連合の佐保さんからは、退職者健康保険のあり方、あるいは保険者のガバナンス、健保組合は患者の代理人であるべきだという話、また社会保障制度のあり方として、連合として、介護の普遍化であるとか、年金の第3号被保険者の廃止を検討されているという話がありました。これは健保組合の被扶養者の問題にも直結する、極めて大きな問題だと思います。

高久さんからは、健保組合が協会けんぽとの比較で、まだ1兆円程度の保険者機能を十分に発揮できていないのではないかという投げかけがありました。もっと主体的に従業員の健康管理を行っていくべきではないかという趣旨であったと思います。

以上、雑駁なまとめですが、最初に宮前さんと秋山さんからこのプレゼンテーションを聞いて、どういう印象を持たれているかについてお話を聞きたいと思います。まず宮前さんからお願いします。

### プレゼンテーションについて

(宮前氏) 先ほどの基調講演とプレゼンテーションでは、森田さんをはじめ、パネリストの皆さんからさまざまなご提案と励ましをいただきました。この場を借りて、お礼を申し上げたいと思います。

私も2年間検討委員として、将来構想検討委員会の議論に参加いたしました。振り返れば、2040年の経済社会の状況を想像しながら、健保組合や制度の姿をいかに構築するかという非常に難しい議論であった印象があります。特に医療制度は、経路依存的な経過があり、様々な制約があります。有識者の先生方の話を聞くにつれ、問題の奥深さあるいは複雑さを強く感じました。そうした経過の中で、報告書がまとめられましたが、私なりに思い入れが

あったのは、その報告書の中に、健保組合に求められる役割として、加入者のウェルビーイングに貢献するところを挙げられたことです。WHO 憲章の中で「健康とは、肉体的・精神的・社会的に満たされた状態」とされ、この3つの要素が調和した状態をウェルビーイングと表現しています。健保組合が加入者の心身の状態をどうすれば具体的に向上させられるか。健保組合の価値を上げていく上で、これは重要なキーワードになっていくだろうと私は考えていました。今日のディスカッションでもそこが深まればよいと思います。

ウェルビーイングにも関連しますが、先ほどのプレゼンテーションの中で佐保さんから、労使と健保組合の連帯が保険者機能の重要な基盤であるという話がありました。私もまさにそうだと思います。加入者である従業員の疾病予防、健康管理のためのコラボヘルスなどの取組みについては、業界あるいはその事業所特有の課題への対応となるため、健保組合を含めた三者の協力なくしては達成できないでしょう。

当健保組合の場合は、北海道全域に220の農業関係団体の事業所があります。健康経営の促進として、事業主の方々にコラボヘルスを働きかけていますが、その際、どうしても健康経営という言葉から、経営者マターという意識が働いてしまい、その分労働者サイドの関与についての意識が少し足りなかったのではないかと思います。当該事業所に対し、健保組合として健康課題を提示し、事業所の担当部署が取組みについての立案をする。働き方改革の問題があればなおさらのことですが、現場の従業員の生の声を十分把握し、それを対策に反映していけば、その後のPDCAを回す上でも、実効性がより高まると感じました。

(大林氏) ありがとうございます。秋山さん、お願いします。

(秋山) 森田先生をはじめ、3名の先生方、どうもありがとうございました。皆さんの話の中から、大きなヒントやこれから取り組むべきものがいくつか見えてきたように思います。

伊藤先生の話の中にあつた技術革新から恩恵を得ていないのではないかとこのところに伴い、情報不足をご指摘いただいたと思います。情報不足については、健保連としても大きな課題だと思っています。たとえば出産育児一時金について、出産に関わる費用も透明化する必要があることを提言し、その内容の公開がその後検討されてきました。大きな分野ではないですが、それなりに努力してきました。あるいはOTC薬のところでも、健保連で分析した内容をもっと広く議論の場に持っていってもよいのではないかとこのご指摘があつたと思いますが、まさにその点での工夫が今後必要になるのではないかと思います。

特に医療現場への目利きは、大きな課題です。医師が選ばれるようなところは、われわれ

もやはりそういう理解であるべきだと思いますので、ここは必要だと思います。

また、高久先生の話もいろいろご示唆に富む内容でした。1兆円の可視化というテーマが私にとっては非常にインパクトが大きく、健保連の役割を一度ご説明させていただければと思います。国民皆保険において、国保、協会けんぽ、共済組合といった役割のある中で、健保組合としての役割を果たしていますが、その中で基本は自主自立です。各健保組合が医療費等の費用を自分たちの収入の中で賄うことが大原則ですので、実態的には保険料率にばらつきが出てきてしまうことは、健保組合の特徴です。ただ、健保組合の大きな特徴は、事業主や従業員と近い立場にあることですので、たとえば事業主の皆さんと医療費を分析する中で、どういうところに会社あるいは事業所の問題があるかについて、コミュニケーションをよくしていき、森田先生がお話しになった予防医療等に大きな力を発揮していると思っています。

(大林氏) ありがとうございます。秋山さんから伊藤さんのプレゼンテーションについて、情報の不足、まだ可視化が足りていないという話がありました。そこについて、伊藤さんからコメントがあれば、いかがでしょうか。

(伊藤氏) 出産の費用の可視化も然りですが、健保組合の組合員に出産育児一時金を出す時に、実態としての医療費がどれぐらいかという、そのひとつひとつを足元から可視化していくことは大変素晴らしいと思います。ただ、出産しただけでは終わらないわけで、そのタイミングで辞められる方もいます。継続して雇用される従業員のデータ等を使い、たとえば子どもを産んだ後10年間の医療費に関する支出はどのぐらい必要なのかが見通せるだけでも、従業員に対する情報提供になりますし、健保組合の財政的な検討にも資すると思います。その意味で、できることをもっとやっていただきたいと思っています。

(大林氏) 高久さんにも一言コメントをいただきたいと思っています。秋山さんから、健保組合の意義として、従業員あるいは経営者により近いところで活動できるという趣旨の話がありました。それを含めて、いかがでしょうか。

(高久氏) コメントをいただき、ありがとうございます。従業員と近い立場で、身近に健康管理をしているのはそれ相応の価値があるのではないかということは、私も全く否定しないところです。ただ、やはりどれだけそれでメリットがあるかを、たとえば「何億円の価値がある」と公明正大に可視化し、天秤にかける作業自体は今後も行ってもらいたいと思いました。

(大林氏) ありがとうございます。

## 前提の激変に追いつかない対応について—前期高齢者は「現役世代」にカウントすべき

(大林氏) 今日は、テーマが非常に幅広く多岐に及ぶので、少し端折って進めていきたいと思えます。まずプレゼンテーションの中で、森田さんや松本さんから、あらゆる前提が激変していることへの対応がついていないという趣旨の話がありました。

2040年の死亡者数は170万人と見込まれています。一方で、その時の出生数は60万人を切っているかもしれず、激しい超少子高齢化になっているということです。あるいは、2040年に向けて、増えるのは80歳以上の高齢者、とりわけ85歳以上が増えるという話がありました。1961年に皆保険・皆年金が確立した時の男性の平均寿命は60歳程度でした。因みに、サザエさんの父・波平さんの劇中の年齢は54歳です。当時、日本企業の定年は55歳でした。平均寿命が60歳～65歳だとすると、波平さんは1年後に定年退職し、10年弱年金をもらい、天寿を全うするという時代にできた制度がこの2040年に向けてそのままではよいわけではないと思えます。

今日のプレゼンテーションの中では、前期高齢者はもう現役世代にカウントすべきではないかという問題提起もありました。これを含め、今度は連合の佐保さんから、前提の激変をどう捉え、労働界としてどう対応していくかについて、コメントをいただければと思えます。

(佐保氏) 先ほどのスライド5で紹介しましたが、働き方に中立的な社会保険制度が求めている背景も、この激変だと思えます。基礎年金や第3号被保険者制度が導入されたのは1985年頃でしたが、その時は男性の雇用者と無業の妻から成る世帯が標準的なモデル世帯とされていました。しかし、今や単独世帯や共働き世帯が増加し、高齢者、しかも単身高齢者が多くなっています。一方で、少子化問題もクローズアップされている中で考えると、そこに対応した社会保険制度なり年金制度なりを待たないで考えていかなくてははいけないと思えます。

(大林氏) 高久さんは、この前提の激変について、どのようにお考えですか。

(高久氏) 人口が増えていく中で考案された社会保障制度は、全体として人口減少に向かう中で、様々な制度疲労を起こしています。これからは支え手が減ってくるのが前提で、医療保障全体の中で質の管理をどう考えるかが一番重要なトピックです。

その観点で現在、医療の質の管理として「人が張り付いているので、報酬が高くていいだろう」といった考え方が非常に色濃く出ているのではないのでしょうか。全ての産業でそうしたことを行くと、人が当然足りなくなることにこれから直面します。その中でどうするの

か、データ社会ですので、しっかりと測って「アウトカムがよければ、払う」方向性に改めていかないと、人手不足と質の維持・管理という両立はなかなか難しいのではないかと考えています。

(大林氏) 伊藤さんはプレゼンの中で、「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」と述べられました。それを踏まえ、コメントをいただければと思います。

(伊藤氏) 健康保険ができた時は、自分たちの疾病リスクを支えるために自分たちが出すという、受益と負担が非常に見やすい仕組みでしたが、自分たちは払っているが、自分たちのためにはなっておらず、より高齢世代のために支払っているのが現実です。高齢の方に使う仕組み自体が悪いとは思いますが、問題はその水準が果たして妥当なのかということです。もちろん高齢になったら、サービスを使うのは当たり前だが、他の世代と比べて4倍程度で済むはずを、6倍、7倍と使っているのではないか。10倍で済むところを、20倍、30倍と使っているのではないか。その負担のあり方に全くメスが入らないまま使い続けるのはさすがにナンセンスです。やはり何にこのお金は使われているかの可視化は喫緊の課題です。

(大林氏) 宮前さん、いかがでしょうか。おそらく北海道と東京では、人口構造の問題も含め、だいぶ違いがあるのではないかと思います。そうした地域特性等も含め、この問題についてどうお考えでしょうか。

(宮前氏) 激変する前提にどう対処するかという点では、医療DXの対応をどうしていくかが非常に重要なポイントです。

都市部と郡部の違いで言えば、北海道を例にとると、札幌や旭川といった都市部に医療が固まり、それ以外のところとは格差があります。医師偏在指標がありますが、人口10万人当たりの医療資源はどうなっているかといえば、将来の人口の増減、構成の変化等も含めた指標ですが、令和2年は、全国は239.8、全道では224.7という数字です。札幌では276.4、旭川が所属しているところは281.9、それ以外の地域は軒並み200未満です。ひどいところでは100そこそこで、非常に格差があります。そういう中で、うちの場合は加入者が北海道全域に広がっています。北海道の総面積は全国の約2割で、関東・中国・四国の1都14県が大体入ります。従って、医療機関へのアクセシビリティは非常に難しい状況です。そこで、DXの問題です。医療機関へのアクセスをまず保障した上で、たとえばオンライン診療を駆使する等、都市部の大病院と連携するハブ役として、かかりつけ医の役割を期待したい

と思っています。

北海道の事例を紹介すると、北海道のオホーツク地区にある網走市が主体となり、地元の JA グループの網走厚生病院と地元のハイヤー会社が協力体制を作り、道内では初めてとなる網走市の「移動型医療サービス推進事業」を立ち上げています。看護師と医療機器を乗せた専用の診療車が患者宅に行き、当該車両の中で医師によるオンライン診療を行う取組みです。診療報酬を除く車両関係、あるいは医療設備については、行政サービスで網走市が負う方針です。メリットは、高齢者の診療に伴う通院不安や、通院回避による症状の悪化リスクといった問題が解消できます。一方、医療機関も、訪問診療の負担の緩和につながることで、双方に win-win が期待されています。昨年 12 月から実証期間に入っており、新年度から正式運用となりますが、その後は地元の医師会も入り、参加する医療機関は増加する見込みです。将来的には、市内に留まらず、100 キロ先の知床半島方面に至る広域の取組みに拡大していきたいと市長さんが述べておられました。今の基本的な活動形態は「D to P with N」で、看護師が患者宅に出向く形ですが、将来、その N が D になって、「D to P with D」になると、患者宅にかかりつけ医が向かう形態になります。まさにかかりつけ医が都市部の大病院とのハブ役になることも期待されると思っています。こうした取組みの中で、保険者がどういう関わりを持てるかについては、まだ見えないところもありますが、今後取組みプロセスの検証過程を通じ、可能な提案をしていくべき問題だと思っています。

(大林氏) ありがとうございます。今の宮前さんの話は非常に示唆があると思います。東京と北海道の医療水準の地域格差がある上に、北海道という広い地域の中でも、道内での医療水準の格差がはっきり出ており、それを緩和する一つの手立てが DX であるということでした。網走で行われている移動型の医療サービス推進事業は、網走のような医療過疎の地域は日本の至るところにあり、そうした地域の一つのモデルになるのではないかという感想を持ちました。

(大林氏) 医療 DX については、また後で議論したいと思います。佐保さんと高久さんに、高齢者の定義を変える（たとえば前期高齢者（65 歳～74 歳）はもう「現役世代（生産年齢人口）」として位置付ける）ことについて、どうお考えか、一言ずついただければと思います。佐保さん、お願いします。

(佐保氏) どのように位置付けるかは、様々な議論があります。いろいろな制度のこともあり、私としてはすぐに「では、現役で」というのはなかなか難しいと思っています。ただ実態としては、「いくつになっても、働く」時代が訪れようとしており、「働けるうちは働き、

それなりの医療保険に加入する」時代はもう目の前に来ています。

(大林氏) 高久さんはいかがでしょう。

(高久氏) 私も、基本的には賛成です。今の高齢者は50年前の同じ年齢の高齢者と比べ、疾病も少なければ、働いている方も多いので、そうした年齢の基準を変える。ただ、年齢によらず、働ける方が働き、負担できる方は負担し、必要なサービスを行うのが今の「全世代型社会保障」であり、「年齢の基準を変える」よりも、「年齢を考えない」ことがより重要になると思います。

(大林氏) エイジフリーの考え方であり、そこはお二人共通していたのではないかと思います。先ほど波平さんの年齢は54歳と言いましたが、今54歳で有名な人は福山雅治です。60年経って、もうそれぐらい差が出ているのが日本人の長寿化の一断面だと思います。

#### 今後の保険財政の展望—「低負担・高福祉」を実現するためには

(大林氏) 次に、保険財政についてです。伊藤さんの話によれば、保健医療支出(Health expenditure)の国際比較において、日本はOECDで4位、11.5%でした。つまり、経済規模との比較でかなり支出をしている国であることがわかります。これは、国民医療費の統計を見ているだけでは見えてこない現実です。一方、われわれがよく枕詞に「高負担・高福祉国家」と付けるスウェーデンは、グラフを見ると10.7%です。従って、スウェーデンをはるかに凌ぐ保健医療支出をしているのが日本です。だからこそ、保険者機能をこれからもっと効かせていくことが重要になると思います。保険者機能とは、保険者として医療機関にもっとガバナンス(制御)を効かせていくことだと思います。

一方で、今日は来場者やwebでご覧になっている方からのご質問も取り交ぜながら、話を進めていきます。被用者の立場で言えば、いろいろな社会保険の料率は、厚生年金、健康保険、介護保険、あるいは雇用保険等を含めると、労使合計で収入の30%程度である現実があります。これ以上保険料負担を働き手に求めていくことが果たして可能なのかどうか。この問題を含め、これから保険財政をどう見ていくかについて、会場の森田さんからコメントをいただければと思います。

(森田氏) 大変重要な難しい問題だと思います。ただ、私自身元々政治学をやっていたため、その観点から言えば、選択の余地がいろいろあります。よく言われるように、低負担で低福祉なのか、高負担で高福祉なのか。その選択肢が示される中で、皆さんで議論して決めることが一番の前提になっています。そのためには、今、どれぐらい負担し、どれぐらいの



サービスを受けているのか。逆に言えば、必要なサービスを受けるためには、どれぐらい負担しなければいけないのか。そうしたことについて、数字を出し議論していく環境を作るのが重要ではないかと思っています。

今は各政党の政策を拝見しても、皆さん「低負担・高福祉」と述べられており、なかなか選択の余地がない気がします。これは、現実には非常に難しいと思いますが、そこにメリハリをつけて、どれぐらい負担するのか。逆に言えば、何を我慢するのかという議論を、データに基づいて行うことが重要です。できるだけ低負担で高福祉をやるためには、そのプロセスの合理化が必要になってきます。そこは伊藤さんも高久さんも述べていたと思いますし、医療財政の方も含め、皆さんが指摘されていることです。可視化・透明化が重要だと思います。

(大林氏) 伊藤さん、この問題について、どうお考えでしょうか。

(伊藤氏) 日本がこういう社会になって、今さら低福祉・低負担はないのではないのでしょうか。急に今まで使っていた水準の、たとえば3割になるのは少し難しいと思います。「高負担・高福祉」が成熟した国家の姿であるなら、たとえばスウェーデンよりも使っている日本は「スウェーデンよりも高福祉だと思いますか」とこの会場の皆さんにお訊きした時には、「スウェーデンほどのサービスではない」とおそらく多くの方がおっしゃると思います。しかし、実際にお金の使い道を見ると上回っているため、やはりどこかに無駄があり、どこかに満足感がないのだと思います。そこを比較していくのも、一つの国際比較の意味だと思いますので、日本がこんなに使っているものは一体誰のためになり、誰の満足になっているのかをもう少し見ていく必要があります。

さらに言えば、「高福祉・低負担」はやはり政治のごまかしです。ひと頃、「中負担・中福祉」という、わけのわからないものもありましたが、それもごまかしだと思います。何が「中」なのか。高齢化社会にあって、きめ細やかな福祉があることはやはり成熟した国家にとって大事な機能ですので、その高福祉を、より実のあるものにするための中身の精査と、身の丈に合わない負担を続けていくわけにはいかないもので、負担の仕組みをなるべく健全化していくことだと思っています。

(大林氏) 高久さんはいかがでしょう。

(高久氏) 保険財政をどうしていくかに関して言えば、やはり医療は国民にとって必要な生活基盤でもあるので、質を維持したまま、保険財政を立て直していくことが必要になると思います。どの国も質を担保したまま、いかに医療費をサステナブルにしていくかで悩んで

います。一つ挙げるとすれば、医療の雇用の中で、直接医療サービスに携わっていない雇用が非常に多いことです。行政コストもかなり大きく、アメリカの場合、医療費全体の 15%程度はそうした直接医療に携わらない行政コストなのではないかと言われています。質を落とさずに保険財政の健全化を考えるのであれば、費用についてより厳しい目を持って見ていく必要があります。

それから、伊藤先生のご講演の中で、年齢階級別の医療費の利用の図がありましたが、日本は年齢の傾斜が非常に高いことを私も初めて知り、非常に興味深い図だと思いました。自己負担の問題は相当効いているのだらうと、あの図を見て思いました。高齢者の自己負担は今、7割程度が1割になっているのでしょうか。また3割負担は、後期高齢者の7%に過ぎないと言われます。現在、後期高齢者の自己負担は確か1兆5,000億円程度だと思えますので、2倍に上げると、保険財政が1兆5,000億円節約されることとなります。年齢に関わらず、自己負担のあり方を統一し、その中から必要な保険財政の立て直しを図っていくことは一つの方向性だらうと思っています。

(大林氏) 年齢に関わらず、医療費の窓口負担(自己負担)のあり方を収斂させていくことは、長年言われている政治課題であり、私も避けられない課題だと思いますが、そこにはやはり政治的なハードルがまだあるのが現実だと思います。

あるいは、高齢者だけではなく子どもの医療費についても、地方自治体(市区町村)が補助をして、実質無料化しているところがかかりあります。そこで地域間の問題が出て、子どもの医療費無料化を実はやめるべきだと考えている首長も少なくないと思いますが、政治的にこれをやめられない現実もあるのではないのでしょうか。

この保険財政、あるいは税の問題も含め、健保連の立場として、秋山さんはどのようにお考えですか。

(秋山) 緊迫する保険財政はまさにその通りだと思います。まず健保組合における収入・支出を見ると、過去のような右肩上がりの経済成長ではない中で、政府のいろいろな努力はありますが、賃金の上昇をそれほど大きく見込めない中で、費用はどうなっているか。一番大きいものは2つあり、一つは医療費の高騰、もう一つは上昇する高齢者医療の拠出金の負担です。この2つがやはり費用の中で大きく高騰しています。

医療費の中でも、特に薬剤費が非常に大きくなっています。健保連の中に高額医療費を共助するシステム(交付金交付事業)がありますが、レセプトの中では、1か月単位の請求の中で大きく占めるのは薬剤費です。薬剤費が大きく上昇する中で、健保組合の財政をどう考

えていくかは非常に大きな問題です。

従来からジェネリックや、適切な医療の受け方について絶えず努力してきていますが、それではとても賄いきれるものではなく、保険給付の効率化に取り組んでいかなければならず、健保組合の中でも、努力としてはその辺りがもう限界ではないかと思います。

今回の報告書の中にあるように、まずは医薬品のフォーミュラリの制度化や、費用対効果を踏まえたバランスの取れている薬価への転換等もあります。併せて、税と保険料についてどういう負担のあり方があるか。消費税が 10%になった後から、いろいろな状況の中でそれより増やす話がなかなか進まない中で、社会保障をどう負担していくかは今後あらためて議論になるのではないかと思います。

(大林氏) 今、消費税の話がありましたが、この問題についても後ほど少し深めて話を進めていきたいと思っています。

今の問題について、佐保さんからもコメントをいただきたいと思っています。働き方が多様化している中で、たとえば10年ぐらい前には想定されていなかったギグワーカー(Gig worker)のような働き手も、今はかなり市民権を得ています。おそらく20年程度前の労働組合の団体は、正社員(フルタイムで働く従業員)のみを中心にいろいろなことを考え、制度改革を提言していたと思います。しかし、今や非正規、あるいはギグワーカー等、働き方が多様化し、共働きが当たり前になった家族形態の変化等も踏まえ、連合として、この問題をどのように考えていくかについて、いかがでしょうか。

(佐保氏) 今は働き方がどんどん多様化し、正規と非正規という2分類だけでは収まらないところに来ています。フリーランス、ギグワーカー、雇用と自営との間の中間的な働き方や、業務委託、請負、副業・兼業など、中にはどれが主たる職業かわからず働く方もいます。そうした方に対しても、労働者性が認められる場合は、しっかり保険なり、社会保障の仕組みなりの中に入れてもらうことが必要ですし、そのための社会保障のあり方の見直しも必要です。

因みに、連合はフリーランスの方等もサポートする「Wor-Q(ワーク)」を立ち上げています。その中で、曖昧な雇用で働く皆さん方に寄り添い支援していく取組みを今進めています。

(大林氏) 保険財政のコントロールに関するキーワードは、森田さんが述べた「可視化」だと思います。誰の目にも医療費の使われ方が見えてくると、自ずと無駄がわかり、データの活用やDXの推進が避けられない課題になっていると思います。

## 今は、医療 DX を推進するチャンスである

(大林氏) 日本はコロナのパンデミックの3年間にDXが欧米、台湾、東南アジア、中国などに比べ、かなり遅れを取っていることが可視化されました。これはチャンスだと思います。アフター・コロナに名実ともに入ったことを機に、本当に覚悟を決めて医療DXを推し進めていくチャンスではないでしょうか。

その一つが、健康保険証の機能をマイナンバーカードに搭載する「マイナ保険証」だと思います。この取り組みを含め、健保連として、これからどう進めようとしているか、秋山さんからお願いします。

(秋山) 医療DXは非常に大きな問題です。今日も医療DXの必要性について様々な形でお話いただきました。マイナンバーカードの保険証利用は、医療DXの最初の入り口だという認識です。将来的な医療の変革は、被保険者から見た時の医療へのアクセス、あるいは医療の質といった中で重要になるという認識で、これを進めるのは総論として賛成です。

もう一つ、かかりつけ医との関係も医療DXの中で大きく変わってくるのではないかと思います。様々な議論が行われていますが、今の実態に足場を置いた議論が多いように思います。しかし、電子化により医療の変革が行われると、かかりつけ医の役割も患者にとって、より有益となる大きな転機となるポテンシャルがあるのではないのでしょうか。たとえば、かかりつけ医が自らの診療や検査に加え、患者が今まで他の病院や診療所でどのような検査や診断をされていたかの情報や制度の情報を得ることにより、診療領域が広まっていくのではないかと思います。こうした流れは、今、高齢者が医療に関わる部分が着目されていますが、今後若い方(デジタル・ネイティブ)が医療に関わる時に、患者側あるいは医療機関側も、デジタルを使って、様々な情報により判断を下すことに慣れた世代が出てきます。そこが求められますし、これが進むと医療の質の向上が実現するのではないかと思います。

あるいは、DXを進めていく中でいろいろな医療情報の扱い方が出てくると、デジタル・ネイティブの方は、まずはアプリで自分の健康情報を見ることで、自身の健康に対する意識がより進んでくるのではないかと思います。大きな期待をしています。

(大林氏) 伊藤さんからも、医療DXについて、あるいは秋山さんからかかりつけ医機能の話も出ましたが、それも含めていかがですか。

(伊藤氏) 履歴が見られること自体も素晴らしいのですが、非専門家にとっては履歴が見られることだけでは多分不十分だと思います。だからこそ、かかりつけ医という自分の健康に責任を持ち、予防に対しても積極的に関わる存在のありがたさが増すと思います。かかり

つけ医ないし家庭医は、医師会にとってもチャンスですが、そういう議論にならないことを常日頃感じています。私が健保連の今回の報告書の中で一番感心したのは、かかりつけ医機能を果たしているグループ診療なりの診療所に対し、健保組合がクオリティスタンプを押し、認定していくことです。これは厚生労働省が登録や認定等を実施しても意味がある情報がおそらく出てこないで、日頃従業員がどういう医療にかかっているかをよくご存じの健保組合側から、この診療所だったら信頼できるというスタンプを押すことは、公の制度よりも非常にグリップが効くと期待しております。情報が可視化されるからこそ、責任を持って自分の健康に関わる医療者（看護の方も含め）の役割は大きくなるので、その役割を果たしてもらうためにデータを使う。たとえば「健保組合に医者のことかわかるのか」と言われますが、データは医療に勝る最大のツールなので、ぜひ活用して行ってほしいです。

（大林氏） 高久さんにもコメントをいただきたいと思います。高久さんのプレゼンテーションの中で、かかりつけ医について **Group Practice** が必要ではないかという問題提起もありましたが、そこを含めご意見をいただければと思います。

（高久氏） フランスは医師のプロフェッショナル・オートノミーが非常に強い国でしたが、2010年代頃から **Group Practice** の促進が継続的に進められています。かつ、日本でも非常に問題となっていますが、地方における医師の偏在があります。地方で、1人で開業し、その地域の住人の健康に責任を持つのは医師にとってもハードルが非常に高いことです。やはり3人とか4人とか、ある程度の人数で地域全体の往診や看取りにあたるような制度の仕組みを整えていかないといけないのではないかと思います。やはり1人で開業するよりも、まとまったほうがDXも促進されるのではないかという研究論文もあり、積極的にそういうエビデンスを見て判断することが必要ではないかと思います。

DXの中でも、電子カルテ共有をすれば、おそらく現在の「3分診療」をする時に、前の病院の情報等はいらなくなります。むしろ知ってしまうと、「知っていたのに、なぜこういう治療をしてくれなかったのか」という訴訟リスクが高まることを懸念される医療者も非常に多いと聞きます。そうした法整備を進めることにより、そもそも3分診療して、数を稼いで、経営を成り立たせるという薄利多売方式を少し見直していくことが根本的には必要ではないかと思います。

（大林氏） 今、高久さんが述べたのは、おそらく包括的な診療報酬のあり方だと思います。佐保さんにもコメントをいただきたいと思います。佐保さんのプレゼンテーションの中では、家庭医という言葉も出てきましたが、その説明も含めてお願いします。

(佐保氏) 家庭医の話ですが、かかりつけ医のような感じです。まずは家庭医の受診を原則化することがスタートであり、必要に応じて、高度医療へ連携します。ファーストドクターを決めることにより、適正な受診・適正な医療になればよいと思います。そうなることで、医師の偏在の是正につながると考え、打ち出しています。

医療保険財政を考えると、しっかりかかりつけ医や家庭医を作っていく。要は医療の提供体制をある程度コントロールしていかないと、これから先、高齢社会が進み、医療費がどんどん自然増になっていくのは自明の理だと思います。従ってどういう提供体制をどういう地域で構築していくかについても、国全体で考えていく必要があります。そこはもう待ったなしだと思っています。それに医療保険・診療報酬をミックスしていく形でやらないと、医療保険財政を抜本的に健全にしていくことにはならないのではないのでしょうか。

(大林氏) 今の説明の中でかかりつけ医と患者の関係は、登録制のようなものをイメージしていますか。

(佐保氏) そうです。登録制か、指定制です。要するに、個々の患者が指定することが必要ではないかと思います。早く議論しないと、どんどん時は過ぎていきます。「今年言って、来年すぐ」はなかなか難しいので、まずはそうした議論が必要です。コロナ禍でこれだけ「医療危機、地域医療崩壊」と言われたのにも関わらず、まだ話が進んでいないのが現状です。地域医療構想も、「感染症を想定して、見直しを」と言っているところで現実感がなくなり、「喉元過ぎれば、何とか」で忘れ去られています。結局、医療提供体制改革や医療制度改革につながらないのではと心配しています。

(大林氏) 宮前さんにもコメントをいただきたいと思います。先ほど医療 DX の中で、「D to P with N」から「D to P with D」が、かかりつけ医機能の強化にもつながる話がありました。それも含めもう少し具体的に説明していただければと思います。

(宮前氏) かかりつけ医に関しては健保連で取りまとめた登録・認定などひと通りの考え方はありますが、なかなか抵抗の強い部分があります。これは今緒に就いたばかりの話ですが、直接斬り込むのは難しい部分もないわけではないので、地ならしをいかにしていくかが当面大事です。医療サイドの動きは、そこにどうやって関与していくかは難しい部分もあり、当面は全体を見ながらどうサポートしていけるかを考えながら進めざるを得ないです。

医療 DX に関しては、先ほど大林さんから、コロナ等を通じてあからさまになった状況が一つのチャンスだという話もありました。昨年、健保連の海外調査に同行し、情報を得ましたが、EHDS 構想は 22 年 5 月、欧州議会に付議され、そこからスタートしています。ドイ

ツも日本と同じように、冠たる医療体制を誇りに思う分があったため、DXに対する着手が遅れていました。しかしそのEHDS構想を踏まえ、急ピッチで後れを取り戻す動きとなっています。

わが国では、森田さんが深く関わる「全国医療情報プラットフォーム」がそれに代わると思うので、ここをしっかりと固め国家プロジェクトとして進めていくことが必要だと思います。

DXに関しては、25年度以降スマートフォンにマイナ保険証が搭載可能となる話もあり、これから利便性や機能性が一層高まるでしょう。そうしたプラス面をどんどんアピールしながら、一方で汎用的になると、自分が一体どこの保険者に所属しているかの帰属意識の部分で、加入者が浮いてしまう状況も懸念されます。そこで、帰属意識を高めるためにも、こちら側の準備も必要だろうと思います。サービスをより個人最適化し、ワンストップ、ワンズオンリーという形でのサービス提供ができる考え方をどうやって進めていくかが今後の課題だと思います。ただ、個々の組合には一定の限界があるので、健保連本部あるいは健保組合間の共同事業という形での対応が必要です。

DXが進んでもやるのは自分の職場の職員なので、そちらの準備こそが今大事だと思います。その時、健保組合に求められるのが新たな役割を担うための体制強化です。これはまさに自分のところの職員をどうやってこれから持っていくかが課題です。特にファイナンスだけでなくデリバリーに大きく関わる部分であり、人材育成や人材確保が非常に大きな問題になるでしょう。

たとえば、コラボヘルス一つとっても、事業所の健康課題を保険者として明確にし、それに関する話し合いをして、健保組合の担当が牽引しますが、その際にこちら側の支援が必要のため、コンサルティング能力も必要となります。そうすると、課題を挙げただけではなく解決に向けた取組み支援を進める能力も必要になります。意識改革も含めた人材育成がまさに今、早急に着手すべき課題ではないかと思います。

私の所属している組合は全国に20ある農業団体の健保組合で、「全国農団協」という協議会を作っています。20組合に共通する課題として人材育成の問題があるため、その教育研修等の取組みを共同で実施することを通し、課題解決型の強い組織にしていかななくてはいけないという思いで、一昨年9月から検討を始め、昨年12月に「人材育成基本方針」を協議会でまとめました。その中で、まずは共通して求められる人材像を定義し、今後の人づくりの目標と位置付けました。

同時に、具体化するための実践能力の開発が必要です。平成 18 年に経済産業省が提唱した「社会人基礎力」がありますが、その人の基礎学力や専門知識などを具体的に実践の場で活かすため、こうした能力要素が必要であることをまとめたものです。健保組合の職員が過去の経験や実務知識を活かし、問題解決するための能力を社会人基礎力の習得ということで、具体的な取組み課題として、今後農団協としての研修に活かしていこうと考えています。往々にして、健保組合の職員は、実務知識・実務能力には長けていますが、未経験の新たな問題に対する課題認識や具体的解決策の策定、あるいは実践は意外と不慣れでもあり、その動き方を、意識改革を含めこれからいかに取り組んでいくかが非常に大きな課題であるため、本部のお力も借りながら、これから進めていこうとしています。令和 6 年度からスタートするため、今は計画段階にあり成果はこれからですが、効果が上がるように取り組んでいきたいと思えます。

(大林氏) ありがとうございます。自己改革の重要性を述べられました。

#### **European Health Data Space について**

(大林氏) 今、宮前さんの話の中で、EU のヘルスデータスペース (European Health Data Space) に関する話が出てきました。森田さんに EU のヘルスデータスペースについて解説していただければと思います。

(森田氏) 基本的に医療データもそうですが、様々な場所にデータを集め共有することにより価値を生み出します。従って、医療で言えば、複数の医療機関にかかっている場合、それを合わせることで、たとえば同じお薬が処方されているのではないかと、一緒に飲んではいけない併用禁忌の薬があるのではないかなどに関する情報を得られることがまず患者にとって大きなメリットです。あるお薬がどれくらい効いているかについては、大量にそのお薬を飲んでいる患者のデータを集めることによりわかります。最初の個々の患者にとってのメリットを「一次利用」、そして全体として医療政策や医学研究、あるいは医薬品の創出等に使う時には「二次利用」という言い方をします。

ヨーロッパの場合には、コロナで懲りました。というのは、EU の中には国境がないものだから、人もウイルスも移ってしまいます。しかも地続きです。医療制度や医療データの仕組み自体は国ごとに違っていたため、コロナの対応がなかなかできなかったことから、コロナの時に EU 全体として医療情報を共有する仕組みを作ろうとなり、緊急にできたのが European Health Data Space (EHDS) という考え方です。先ほどの資料 (後ろから 2 枚



目)にある EHR (Electronic Health Record) ですが、要するに電子カルテで、処方箋も入っています。EU 全体として、安全に標準化されたデータをそこに置きます。

もう一つは、EU の中、たとえばドイツに住む人がスペインに行き、病気になり、スペインの医療機関にかかった時、ドイツの自分の電子カルテにアクセスできる。あるいは EU 圏内なら、その情報を見ることができるようにし、それを医療従事者に提供することにより、最善の医療を受けられる。これが一つのやり方です。そのためのデータ交換のプラットフォームである「My Health @EU」を作っていく。同時に、大量にそういうデータが集まるため、それをベースとして、それ以外の様々な行政データや研究に必要なデータを集め、研究者や行政目的あるいは医薬品開発のための創薬をする製薬メーカーに利用させることにより、医療政策や医学研究を進めていく。これが二次利用になります。それについて、「Health Data @EU」というプラットフォームを作る。その基本的な制度を作るのが EHDS の考え方です。

わが国もコロナの後、私も少し関わっていますが、厚労省で「医療 DX 推進本部」ができ、実施しようとしています。しかし、基本的な EHR とその一次利用のためのプラットフォーム、二次利用のためのプラットフォームという最もベースになるコンセプトは必ずしも存在していない気がします。電子カルテは電子カルテであり、レセプト情報はレセプト情報である。それはつながりますが、処方箋情報はまた違うシステムでやり、後からそれをつなぐシステムを作っており、歯がゆい思いをしています。最初にベースになるグランドデザインがあり、最も基本的なシステムがあり、それにいろいろな利用の形のモジュールをつなげていく仕組みをまず開発すべきなのです。ヨーロッパは、まさに今月、EU の理事会で決定し法律になるかどうかというところで、多分なるのではないかと思います。そういう試みにチャレンジし、同様に安全な形でデータの結合ができる場合には、域外の国や機関もそれにつながることができます。これはまさにコロナの時の研究等もそうですが、薬の開発において非常に大きな効果があります。わが国の今のシステムだと、そこにつなげるのはなかなか難しいという気がします。まず日本では必ずしも十分に認識されていないこと、人がいないこと、そしてやはりベースになるシステムをつくるためのお金の問題が常に議論されますが、ここは思い切ってやる時期ではないかと思います。

(大林氏) ありがとうございます。宮前さんから話があったように、ドイツは EU のシステムがあるからこそ否応なく医療 DX を進めざるを得ないところに追い込まれたというか、いわば外圧によってやっています。しかし日本の場合はその梃子になるものがなく、自力で

やらなければいけないというハンデがあります。医療界、政府、自治体、あるいは患者側や健保組合も含め、一丸となって同じ方向を向いて推し進めていくしかないのではないかと感じました。

### かかりつけ医機能の強化

(大林氏) かかりつけ医について、会場から質問が来ています。伊藤さんにお答えいただきたいのですが、かかりつけ医機能の強化を念頭においた今後の診療報酬上の配分の見直しのあり方はどうか、またそもそもかかりつけ医をどのように選べばいいかという質問です。

(伊藤氏) 重要なご指摘だと思います。選ぶための情報がほしいですし、区議会や市議会の議員を選ぶ時に選挙公報だけで選べるかと同じで、医師に関しても本来であれば、医師会等が自ら情報開示を透明的にやるのが理想ではあるかもしれないが、動かないのであれば、健保組合の出番だと思います。

もう一つ国ができることは、経営情報の可視化です。今年「診療報酬 0.88%上乘せ」と言われていますが、その 0.25%は診療所の経営の効率化で、0.64%は従業員の賃上げだと説明されています。しかし本当に、たとえば看護師や保健師の賃上げをしているかどうかは誰もチェックできないのです。本当に従業員を大切に思い、従業員のマネジメントがあり、うちのグループ診療は成立しているから、その働きに見合い賃金を上げるという診療所なのか。医師だけが何千万と収入を得る経営形態かは可視化されるべきです。財源の 9 割は保険料と税で、自己負担は残りの 1 割でしかないのです。どんなに小規模であれ公費（保険料と税）で運営している経営体に関するガバナンスが全く効かないのは、どのような制度を考えるにしても欠陥であり、まずはそこからです。

さらには、本当に包括化していくのか、グループ診療にさらにポイントを付けるという診療報酬のグリップも必要です。

(大林氏) ありがとうございます。

### 健保組合における保険料率の格差について

(大林氏) 会場からの質問を続けます。これは高久さんと秋山さんにお答えいただこうと思います。健保組合の保険料率の分布を見ると格差がありますが、こうした健保組合間の格差についてどう考えますか。健保組合の実務者としては、是正には反対だが、広い視点に立ってどう見ているか。高久さん、いかがですか。

(高久氏) 健保組合の間でも保険料率に相当な格差があります。一般的な説明としては、その健保組合の加入者の年齢構成や医療費が低い、特定健診も実施しているため支援金が少なく、保険料負担が低い。「使ったので、払ってください」という応益の原則に基づき、そうした保険料の格差が現在は正当化されているのでしょう。

負担の公平感の話であるため、皆さんがどういう負担を公平と思うかにかかっていると、「使った人が払うべき」という公平感もあり、「払える人が払うべき」という公平感もあります。重要なのはバランスの問題ではないかと思います。相対的に見ると、2つの異なる負担の公平感の考え方がある中で、「将来世代は受益がないのに負担だけをしている」のは、国全体の財政運営としても非常に重要です。つまり、将来世代には、応益負担はそもそも存在していません。その中で、どれぐらい保険制度として応益性を重んじ、使わなければ保険料も低くてよいという考え方を徹底する必要があるのか、その原理原則に基づいて評価しなければいけない問題です。

(大林氏) 秋山さんはいかがでしょう。

(秋山) 結構難しい話ですが、健保組合という仕組みは、自主自立です。健保組合の中で集めた保険料で、医療費や保健事業の費用を賄っていくのが大原則なので、その中では、報酬、年齢構成、あるいは事業特性で料率にばらつきが出てくるものです。ただ、今の全体の平均は9.3%程度で、10%のところもある状況では、料率としては右（高いほう）に寄ってきています。その中で、われわれ健保組合が役割として与えられているところをどうやっていくかがあるのではないのでしょうか。

また、受益負担も一つの考え方としてあると思います。保険料率はいろいろな状況が絡み合った中で差が出ていますが、全体には医療費の高騰等による健保組合財政の圧迫があると思いますから、そちらへの取組みも併せて必要だと思っています。

(大林氏) ありがとうございます。

### 「子ども・子育て支援制度」—公的医療保険に上乗せして支援金を徴収することについて

(大林氏) 5人のパネリスト全員に答えてほしい質問が来ていますので、お答えいただきたいと思います。これはとても重要な問題です。政府が検討している「子ども・子育て支援制度」に関する質問です。これは本来、医療保険の範疇ではないのではないかと。今回、公的医療保険に上乗せして、この支援金を徴収することについて、どうお考えですか。財源確保のために社会保険料の徴収だけではなく、税制改革にも踏み込んでほしいという付帯意見

がこの質問にはついてはいます。高久さんから、いかがでしょうか。

(高久氏) 支援金の制度は、社会保障制度を持続可能にするために、各社会保険が協力するのが制度趣旨です。それは正当に評価していく必要があるのではないかと思います。「社会保険らしくない」という議論もありますが、世の中の社会保険制度は非常に多様です。台湾の社会保険制度は、国全体が一つの保険者であり、これを「National Health Insurance」と呼んでいます。国際的に見て、保険らしさにも相当なばらつきがあることを認識し、今回の制度を判断する必要があります。

(大林氏) これについて、宮前さんはいかがですか。

(宮前氏) 健保連の政策委員会の中でこの議論を行いました。健保連サイドとしては、少子化対策は持続的な社会保障制度を維持するための基盤であり、重要な問題として、政府に対して協力姿勢で臨んできました。ただ一方で、「実務的な部分での徴収、保険料徴収ルートを活用するのであれば、一般保険料や介護保険料とはしっかり区別してもらいたい。そして被用者保険、一律の負担割合として、説明責任も国が負ってもらいたい」という要請をし、概ねこれらは反映されつつあると理解しています。

ただ財源に関しては、まだ具体的なものが示されていませんが、そもそもこの問題は国民の将来に関わる重要な問題であることは明らかで、それだけに国民の納得のもとで、租税を含めた財源のあり方を本来検討すべきです。「全世代で支える」理念を実現できるような配慮が必要ですが、それに向けた議論が現在不十分な中で進められており、その影響で国民は疑心暗鬼になっているように思います。この問題を乗り越えられなかった反動はストリートにわれわれに返ってきますので、歯がゆい思いをしています。

(大林氏) 佐保さんは支援金制度について、どういうお立場ですか。

(佐保氏) 連合は今年の「こども未来戦略会議」の時からずっと必要な負担については反対していないが、「この支援金制度の仕組みからすれば、給付と負担の関係性が不明確であることや、使途が広がってしまうのではないかと、さらにたとえば障害者にも財源が必要だと言ったら、支援金を作ってしまうばよい等、次から次へ支援金制度を活用される恐れがあるのではないかと」いったところがあるので、あくまでも子ども・子育てに必要な財源は財政全体の見直しと公費で賄うべき」と主張しています。

(大林氏) 伊藤さん、お願いします。

(伊藤氏) 出す額もさることながら、出す額に比した意見を言えないのが一番の問題です。今の支援金はもう「総額ありき」で中身がないことは皆さんよくご存じだと思います。つま

り、見直すタイミングが絶対必要です。では、見直すタイミングができた時に意見を言えるのか。「こうすべきだ」という意見を言えないが、お金は出して」という存在になってしまうことが問題です。目先の額もさることながら、これにどういうガバナンスの仕組みを入れていくのか、どれだけ社会保険側が意見を言えるのかという設計を急いでいただきたい。

(大林氏) 秋山さん、この問題について健保連の立場をもう一度ご説明いただけますか。

(秋山) ほとんど宮前さんにお話いただいたので、健保連もかなり重複していますが、一つだけ付け加えます。上乘せという話ですが、これは健保連の主張とは違います。健保連は、「健康保険料に上乘せする形は避けるべき」と述べています。「対応方針の中で、社会保険から拠出する趣旨や理由付けは国が示し、一般保険料、介護保険料とは別勘定として、拠出額を明確にすべき」としているため、上乘せではなく「別勘定にするように」という意見です。

(大林氏) ありがとうございます。今の話の中で、宮前さんから「租税」という言葉が出ましたが、これに適している税目を考えると、結局、消費税に落ち着くのではないのでしょうか。その点では、佐保さんからも「公費で賄うべき」という話がありました。今、政治がこの問題に正面から向き合っていないのは非常に残念です。どこかのタイミングで、ポスト社会保障と税一体改革の議論を政治主導で始めていかないと、こうした議論が続いて残念な感じがしました。

この支援金の問題は、これから国会で法案が審議されますが、皆さんもご関心を持っておられると思いますので、ぜひメディアの報道にも注目していただきたいです。

これでパネルディスカッションを終わりにします。パネリストの皆さん、最後までありがとうございました。



## 參考資料





# 医療保険制度の将来構想と医療D X

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

Copyright(C) 2022 Next Generation Fundamental Policy Research Institute (NFI) All Rights Reserved.

## 今日お話しすること

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D Xの推進

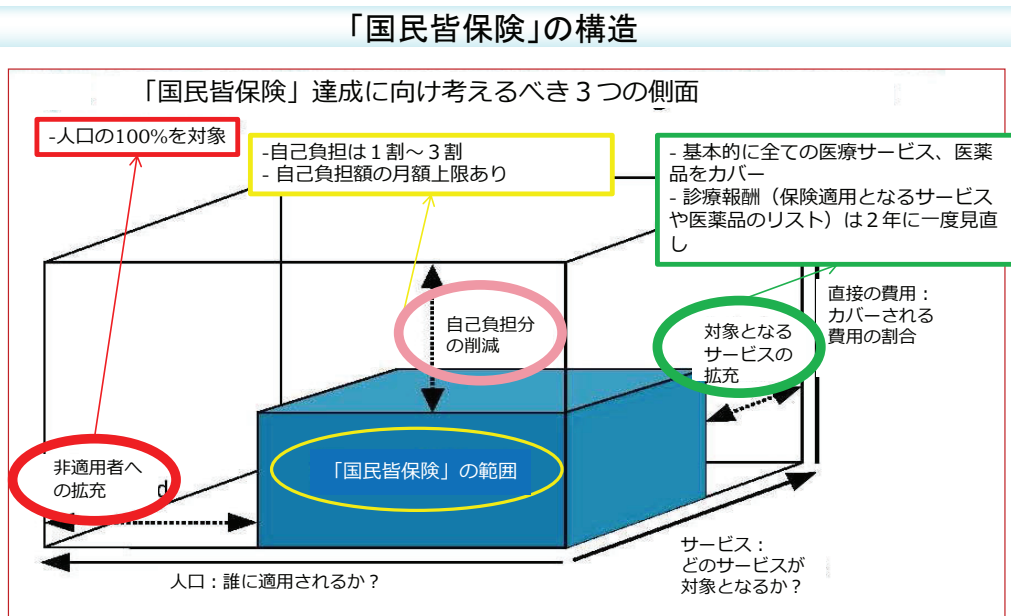
# 1. はじめに——国民皆保険制度と発足時の社会

## 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



Copyright(C) 2022 Next Generation Fundamental Policy Research Institute (NFI) All Rights Reserved.

2

# 2. 社会環境の変化——医療保険制度が直面する課題

## 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

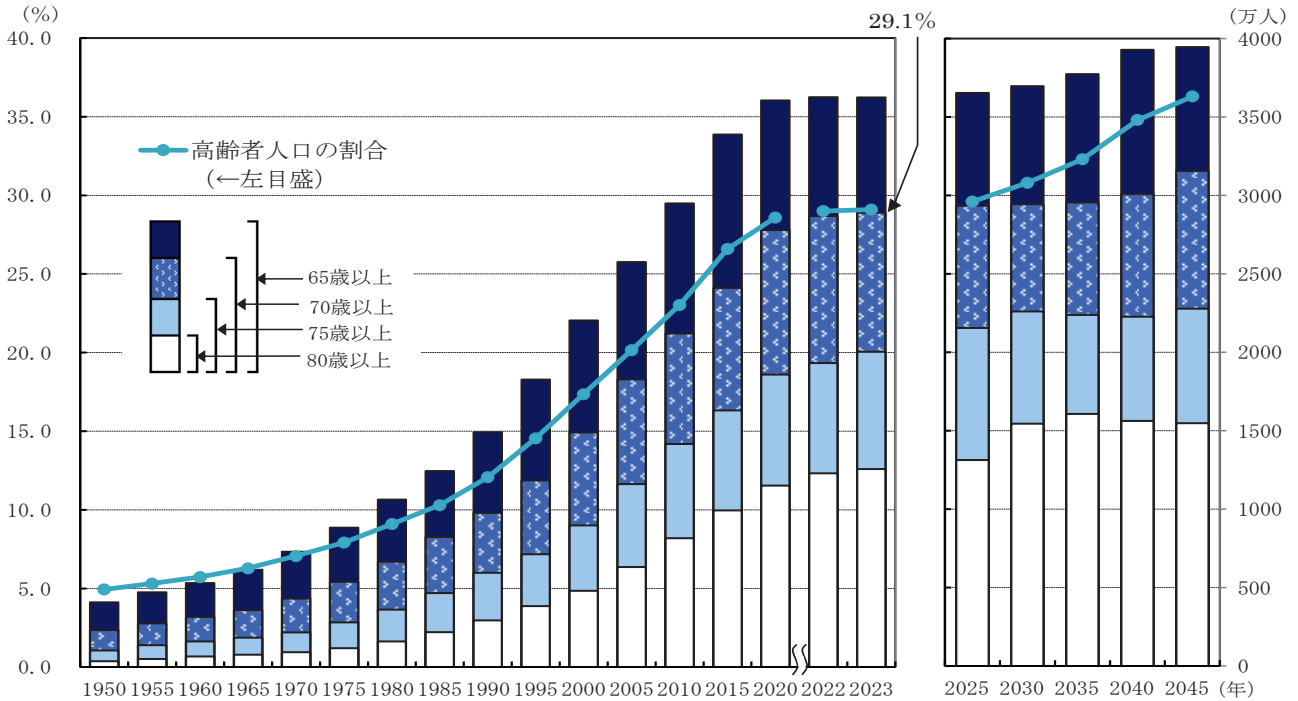
## ③ 働き方の多様化

—— 共働き世帯等の増加、兼業・副業の増加

Copyright(C) 2022 Next Generation Fundamental Policy Research Institute (NFI) All Rights Reserved.

3

# 高齢者人口および割合の推移（1950年～2045年）

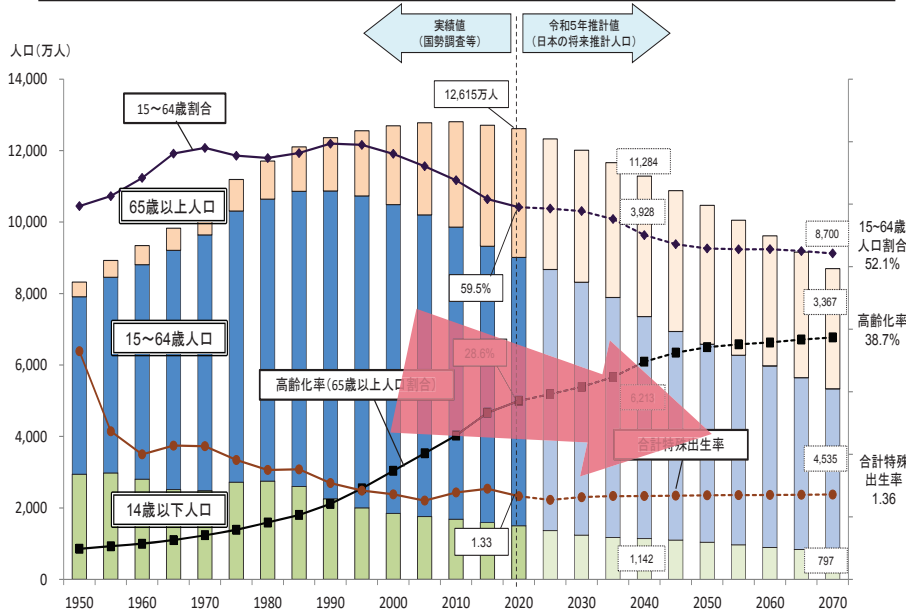


総務省資料 2023/09/17

Copyright(C) 2022 Next Generation Fundamental Policy Research Institute (NFI) All Rights Reserved.

## 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。



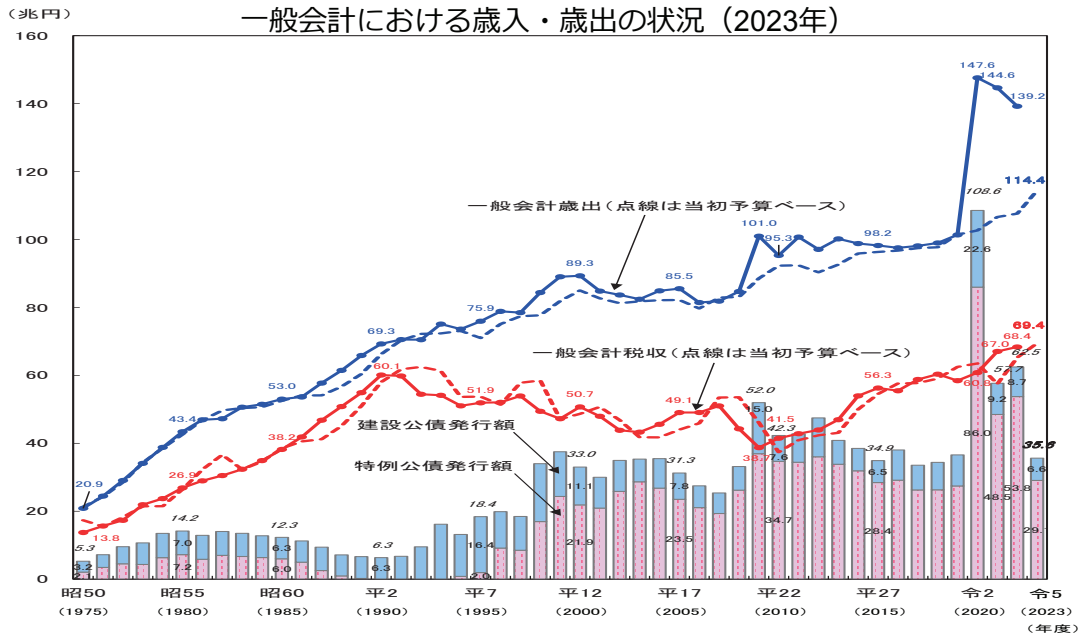
日本の総人口		※《 》内は高齢化率	
<実績>	<今回推計>	前回推計	
2020年	2070年	2070年	
1億2,615万人	8,700万人	8,323万人	
65歳以上人口	3,367万人	3,188万人	
3,603万人	《28.6%》	《38.7%》	《38.3%》
15~64歳人口	7,509万人	4,535万人	4,281万人
0~14歳人口	1,503万人	797万人	853万人

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%)

2023年 厚生労働省資料

(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)

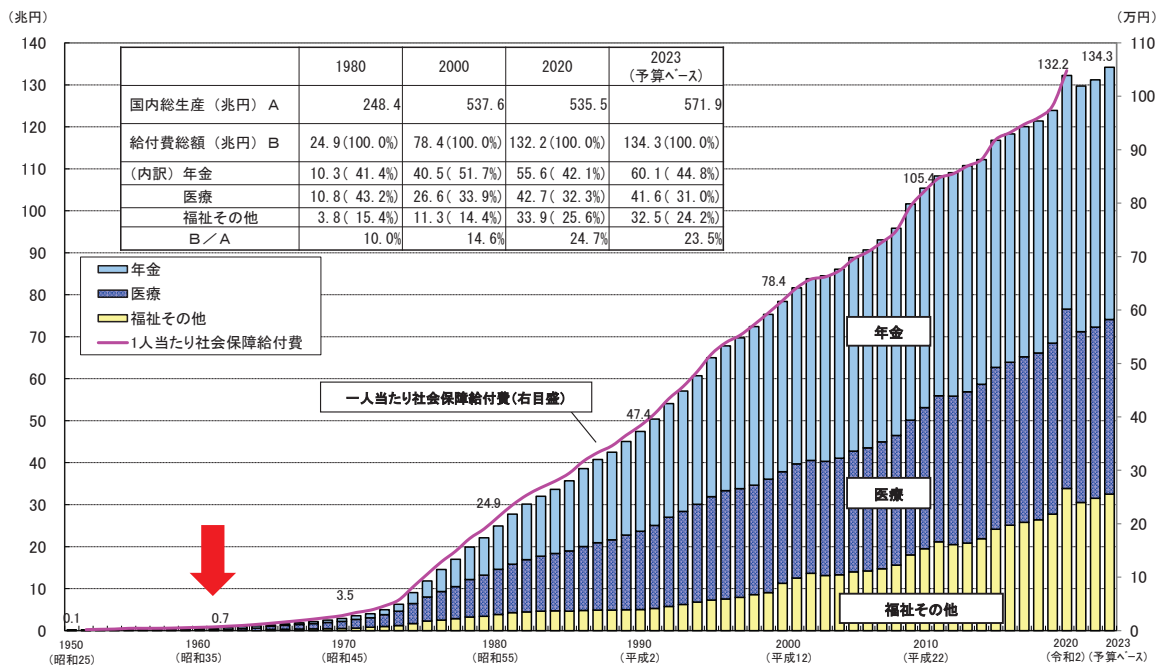
Copyright(C) 2022 Next Generation Fundamental Policy Research Institute (NFI) All Rights Reserved.



(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年度は沿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分の1を実現する財源を調達するための年金特別公債を除いている。  
 (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。

Copyright(C) 2022 Next Generation Fundamental Policy Research Institute (NFI) All Rights Reserved.

## 社会保障給付費の推移

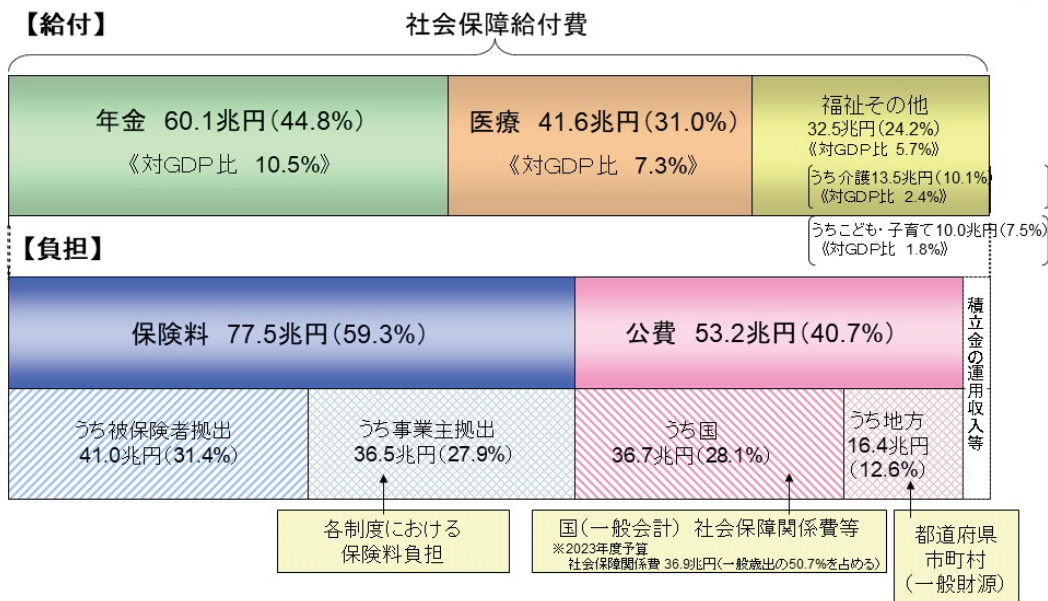


資料：国立社会保障・人口問題研究所「令和2年度社会保障費用統計」、2021~2023年度(予算ベース)は厚生労働省推計、  
 2023年度の国内総生産は「令和5年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和5年1月23日閣議決定)」  
 (注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000,2010及び2020並びに2023年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

Copyright(C) 2022 Next Generation Fundamental Policy Research Institute (NFI) All Rights Reserved.

**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%)



### 3. 制度改革の方向 (1) —— 保険者機能の強化

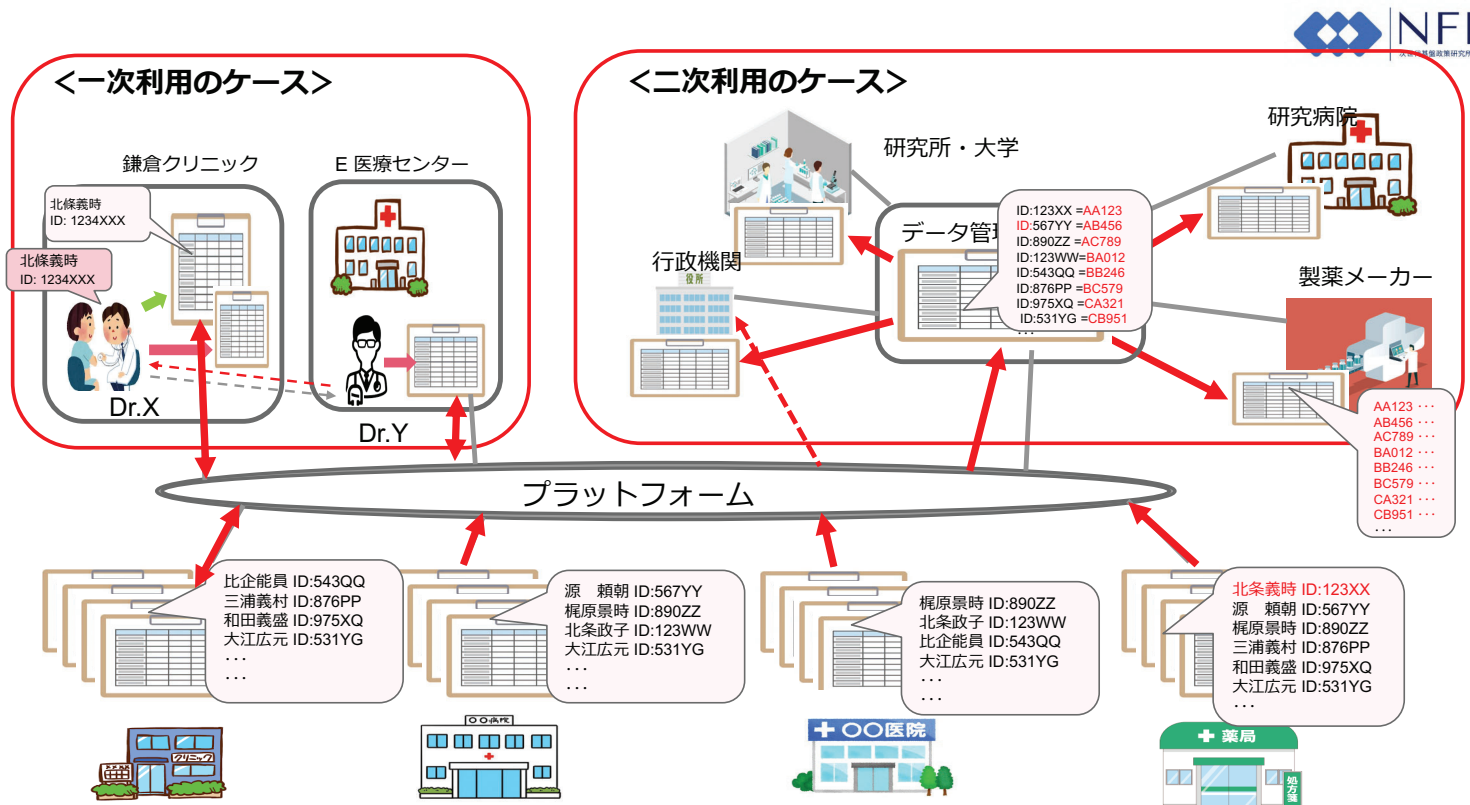
- ① **医療費負担の適正化**  
—— 保険収支の改善、保険でカバーする範囲の限定
- ② **総合的な健康管理**  
—— 予防医療、かかりつけ医の活用
- ③ **多様な労働者の包摂**
- ④ **医療保険制度、保険者の再編**  
—— 保険者の統合再編?、後期高齢者医療制度

### 3. 制度改革の方向（2）——医療DXの推進

- 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!

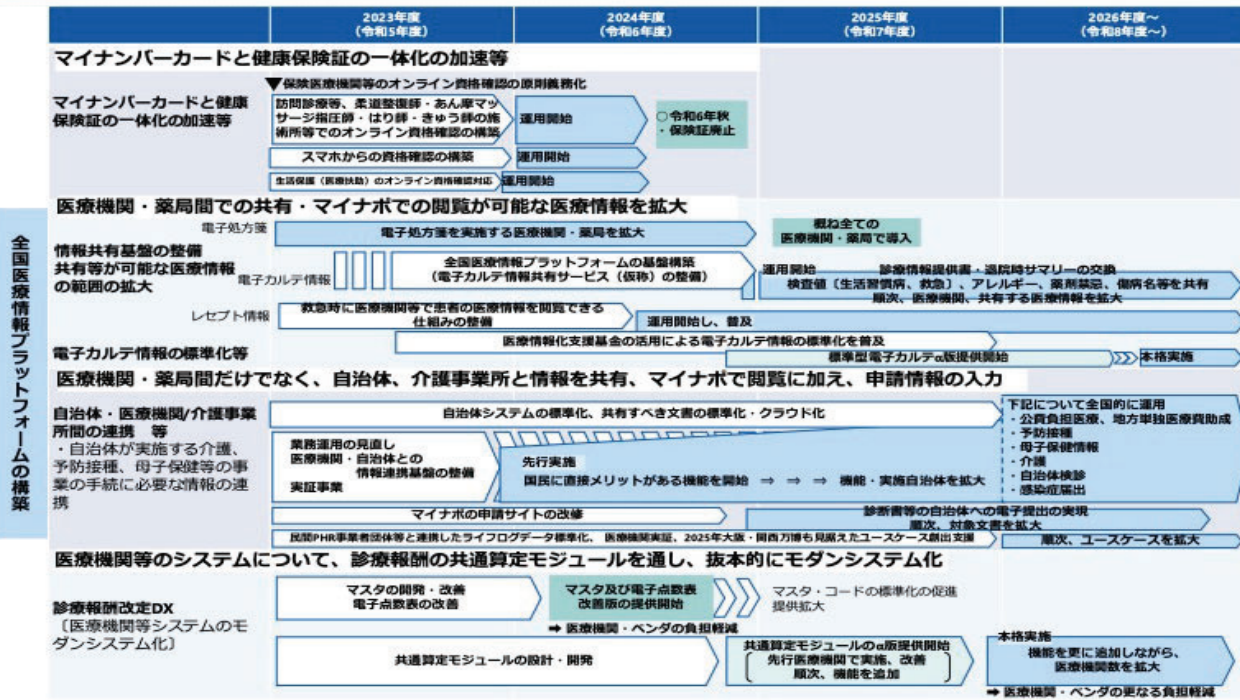
Copyright(C) 2022 Next Generation Fundamental Policy Research Institute (NFI) All Rights Reserved.

10



Copyright(C) 2022 Next Generation Fundamental Policy Research Institute (NFI) All Rights Reserved.

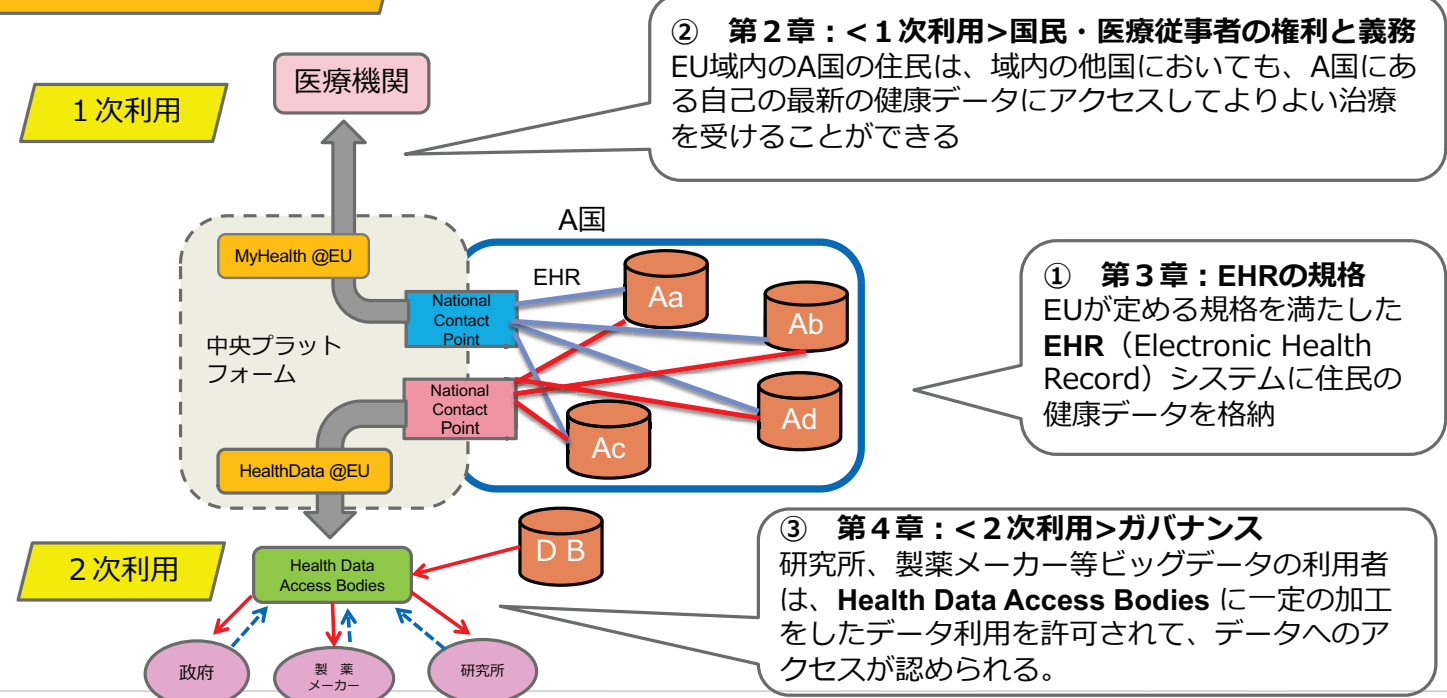
11



医療DX推進本部  
2023年6月2日

## EHDSにおける1次利用と2次利用

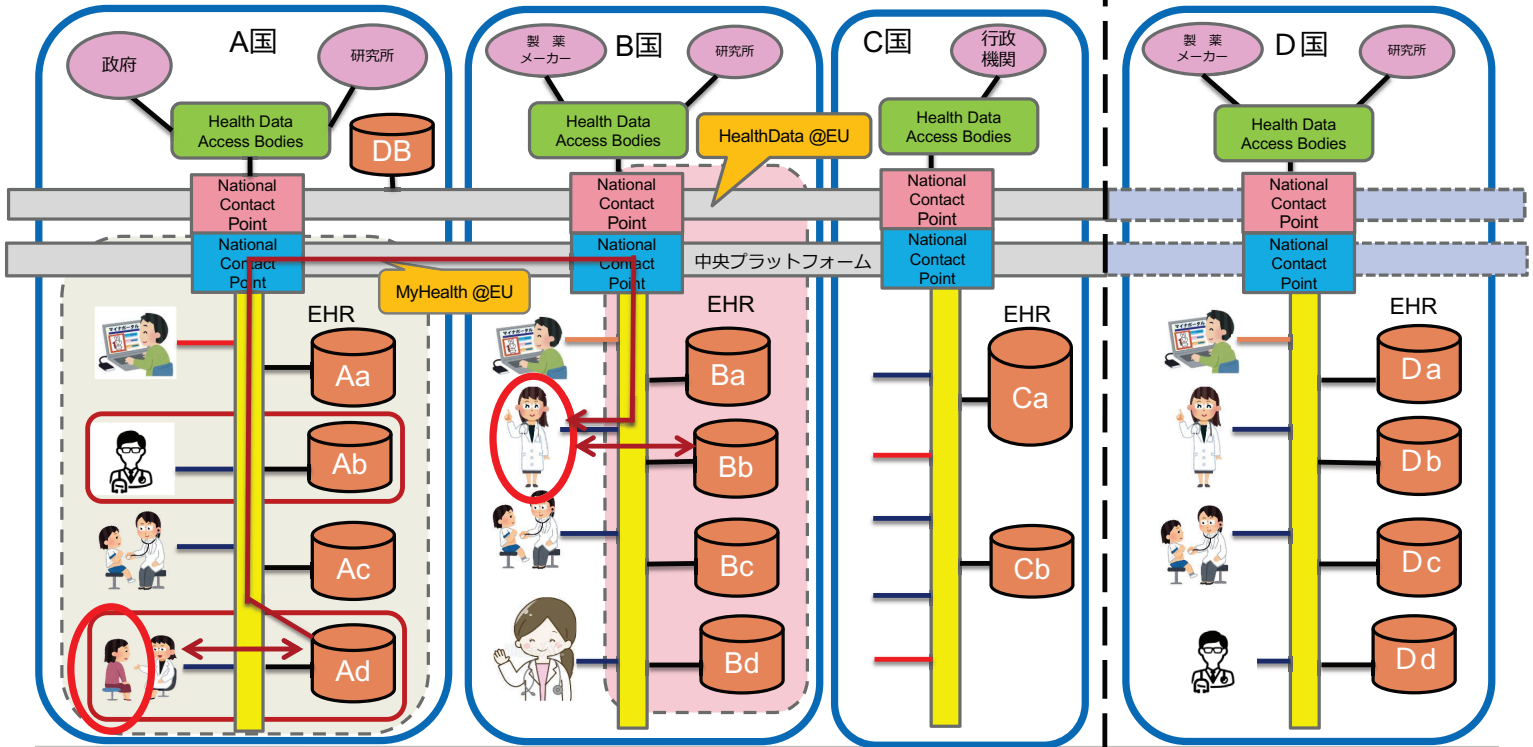
EHDSのイメージ：1



EHDSのイメージ：2

EU域内

域外





# 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

1

## 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 <b>3</b>

## 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

5

### 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、

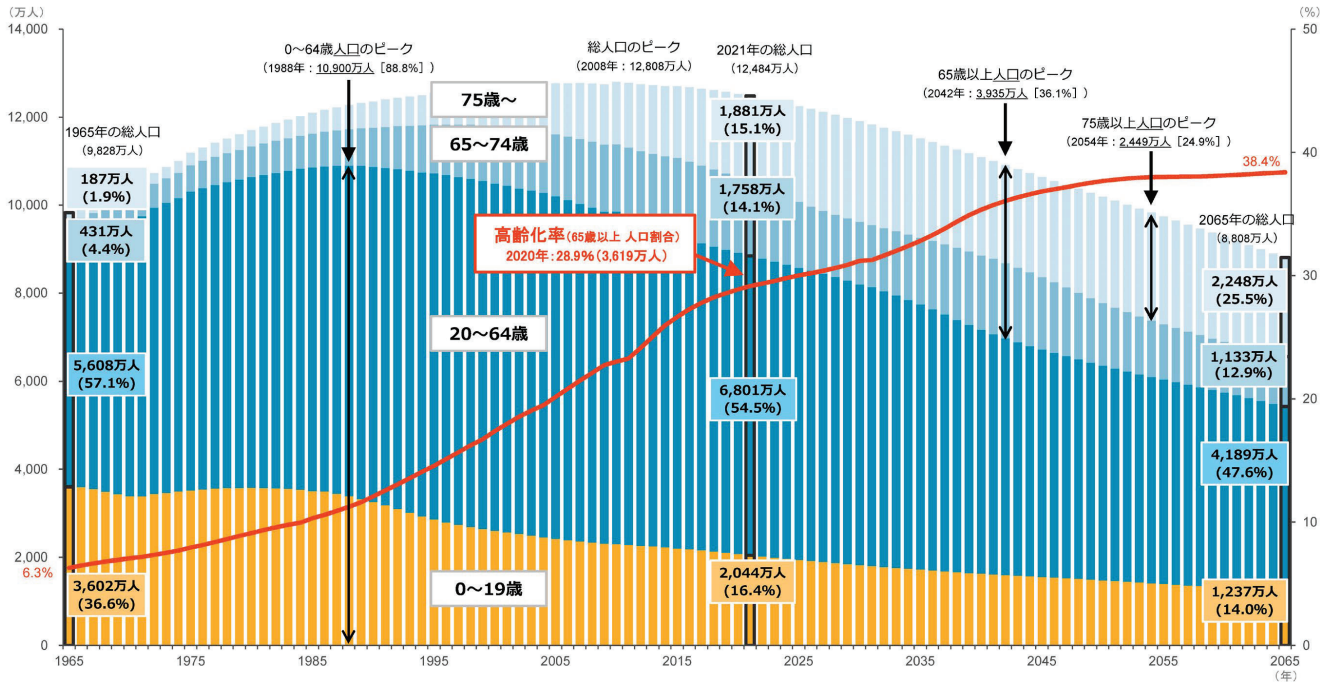
▼健保組合の規模のあり方等について検討（新たな合併の選択肢、設立認可基準の見直しと存続基準の設定等）

9

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

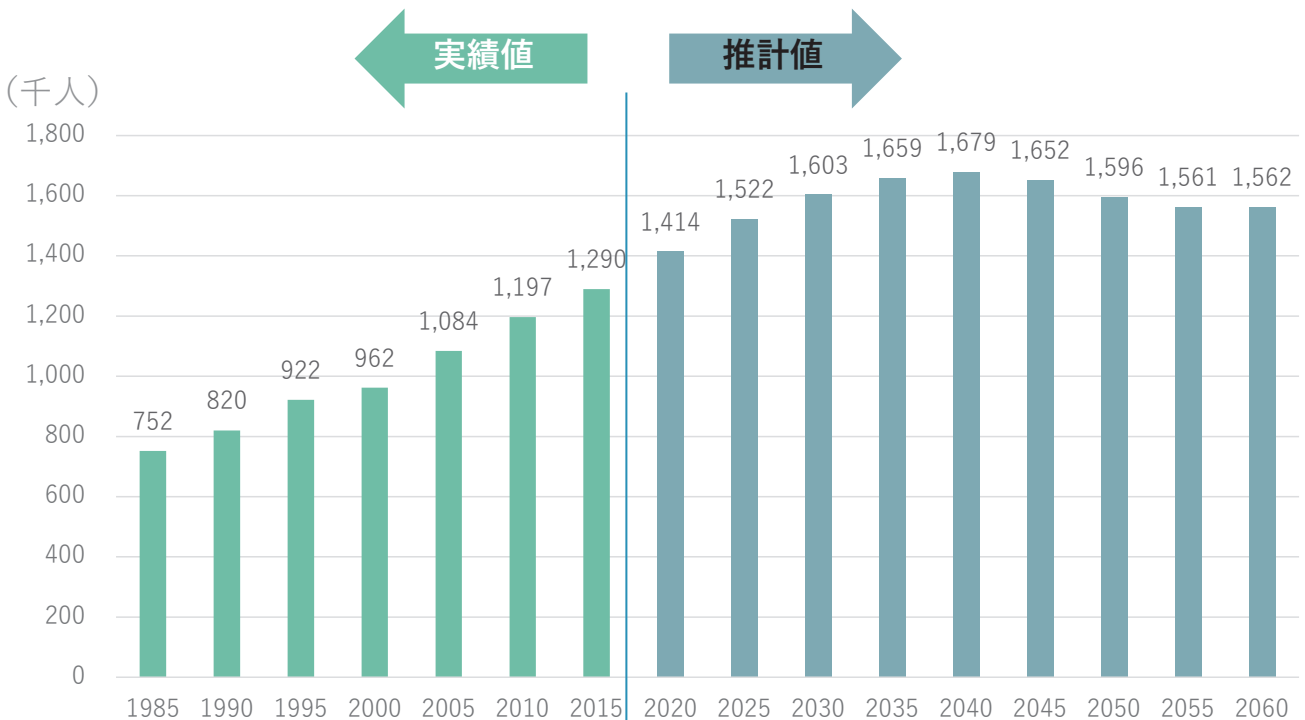
2025年以降も、他国に類を見ない速度で高齢化と少子化が進展し、人口が減少していく見通し。



(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

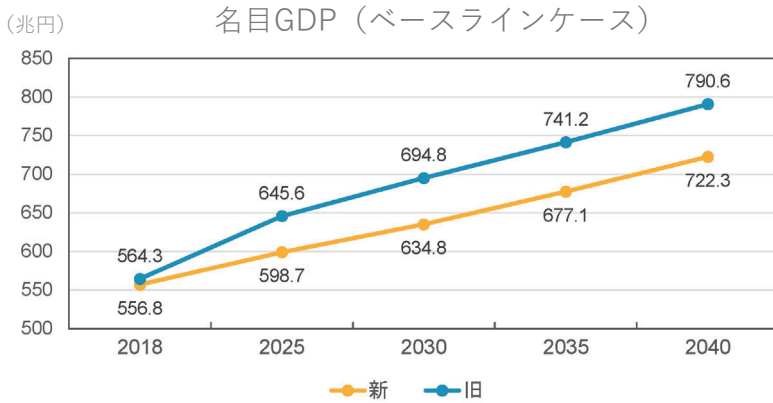
令和3年5月21日「財政健全化に向けた建議」(財政制度等審議会(財務省))

# 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



**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

	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 土居丈朗教授の推計

# 国民医療費の制度別内訳の推計結果について

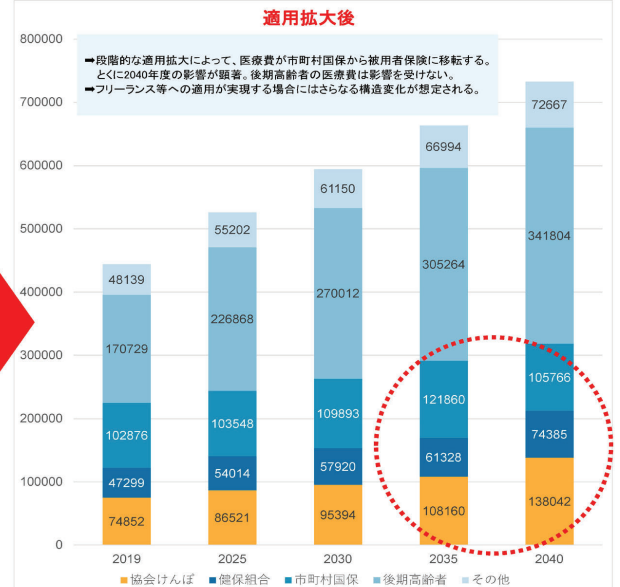
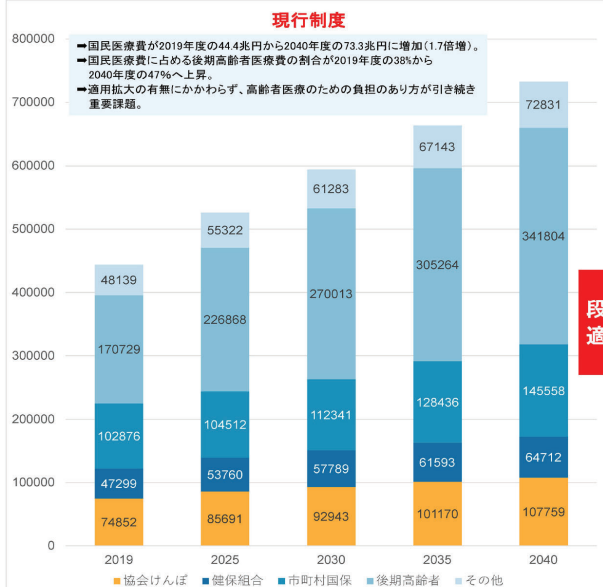
2018年に政府が発表した「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」に、足元の入院・入院外の患者数、受療率、医療費単価等を反映させ、2025年度、2030年度、2035年度、2040年度の国民医療費を推計（基本ケースで2040年度に73.3兆円）。制度別内訳については、**現行制度を前提とした場合と段階的に適用拡大を実施することを想定した場合の推計を行った。** ※2018年の政府見通しのうち、経済見通しのベースラインケース、制度の現状投影ベースを見直して推計。

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



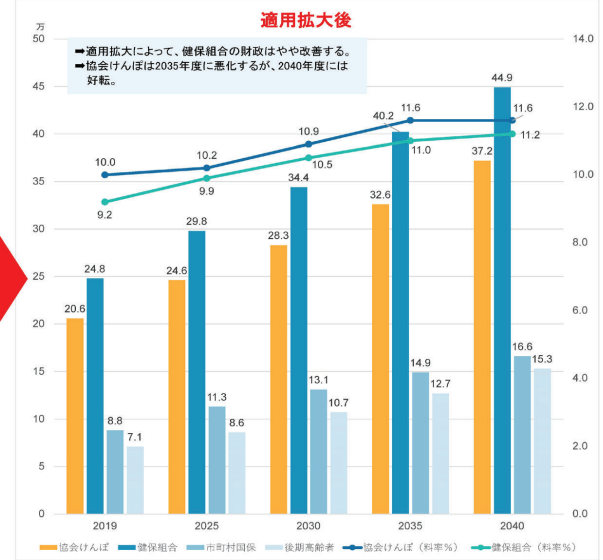
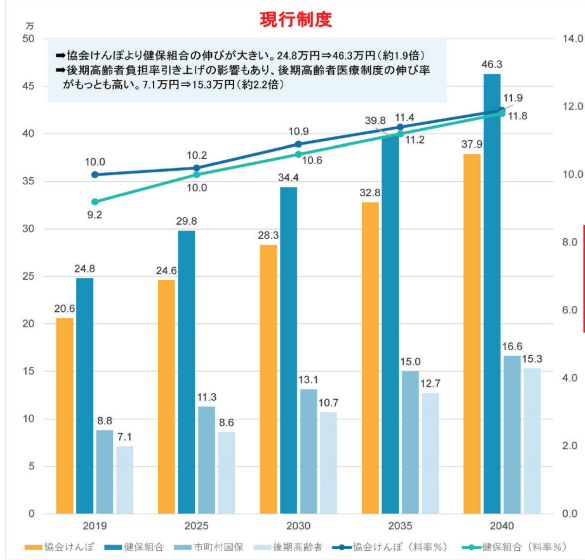
出典：令和4年10月「医療保険制度の将来構想のための調査研究II」（健保連）

# 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	10.6	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

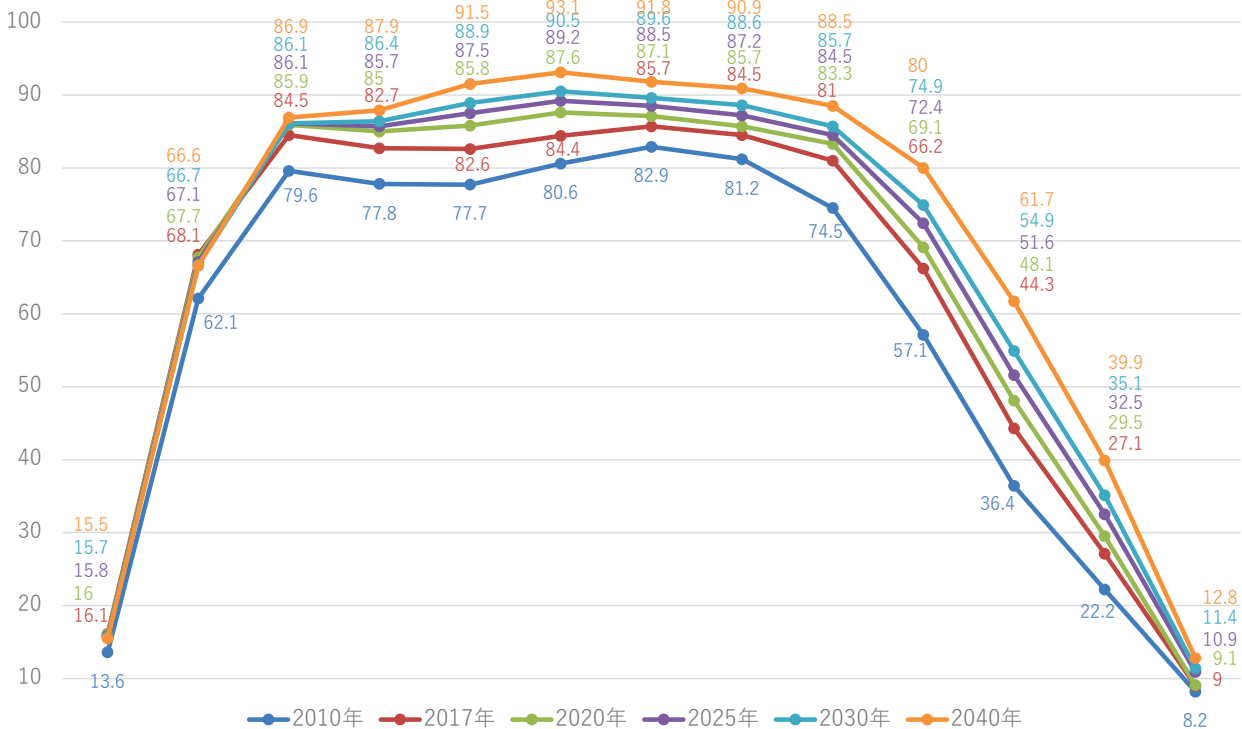
年度	2019	2025	2030	2035	2040
協会けんぽ	206,000	246,000	283,000	326,000	372,000
協会けんぽ(料率%)	10.0	10.2	10.9	11.6	11.6
健保組合	248,000	298,000	344,000	402,000	449,000
健保組合(料率%)	9.2	9.9	10.5	11.0	11.2
市町村国保	88,000	113,000	131,000	149,000	166,000
後期高齢者	71,000	86,000	107,000	127,000	153,000



※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）

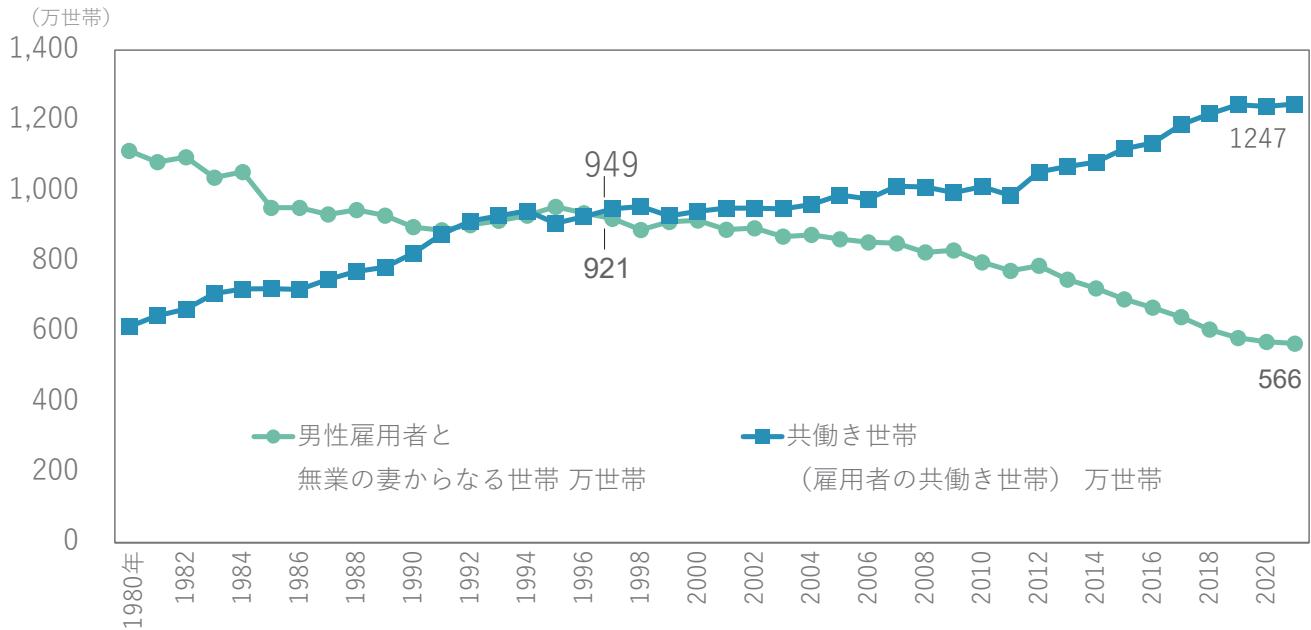
# 年齢階級別就業率の見通し ～労働力需給の推計（労働参加進展シナリオ）より～



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



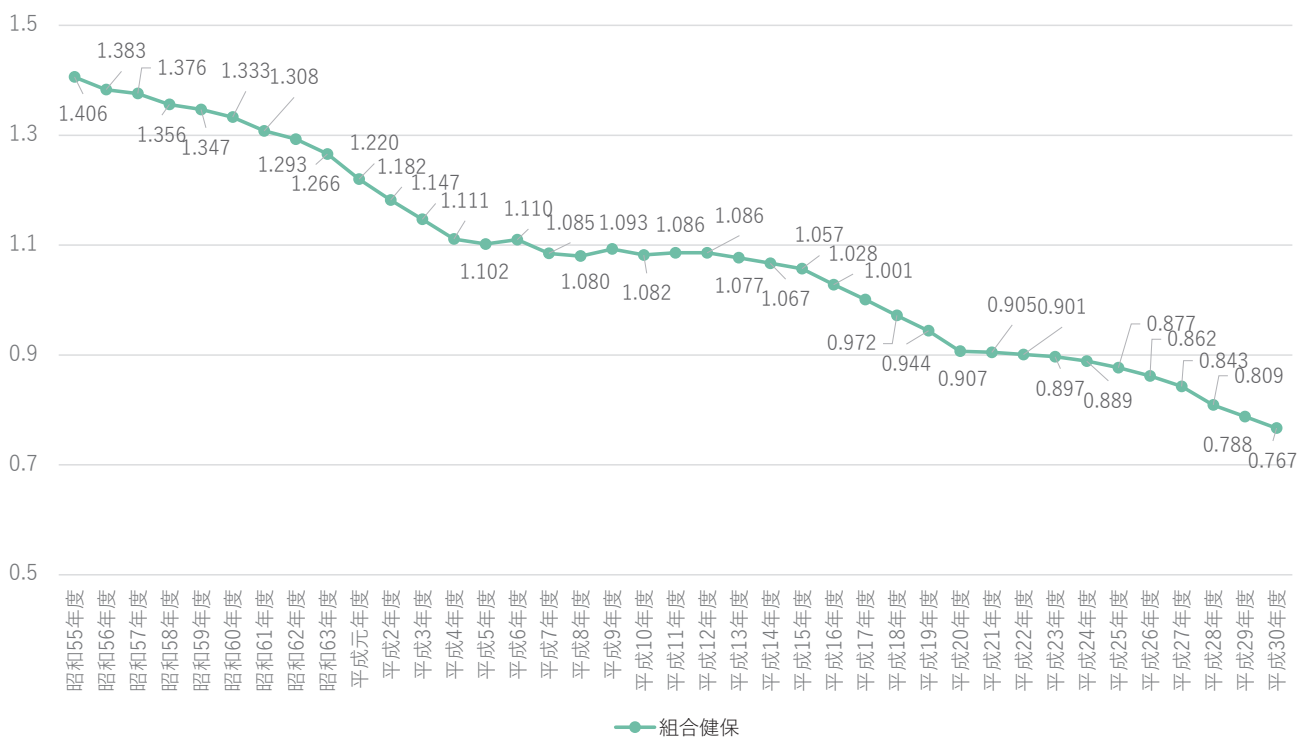
## 共働き等世帯数の推移



- 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

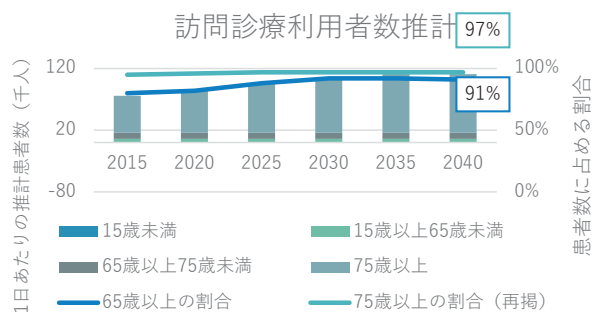
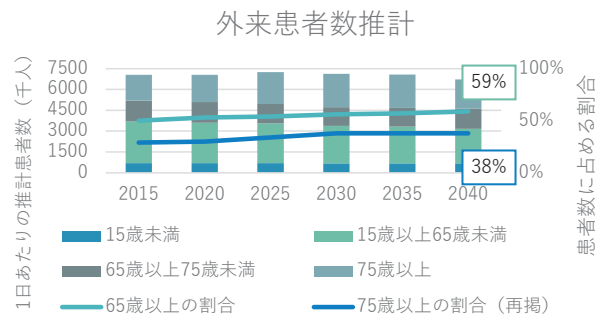
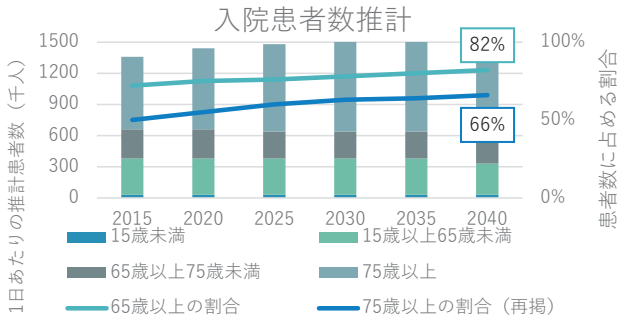
## 組合健保扶養率の推移（昭和55年度～平成30年度）【年度末現在】



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。



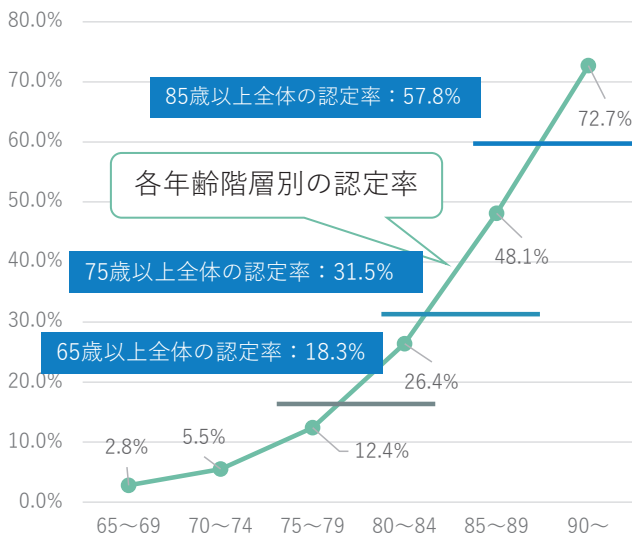
出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×傷病小分類×施設の種類の入院-外来の種別別」「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種類の外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」  
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※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

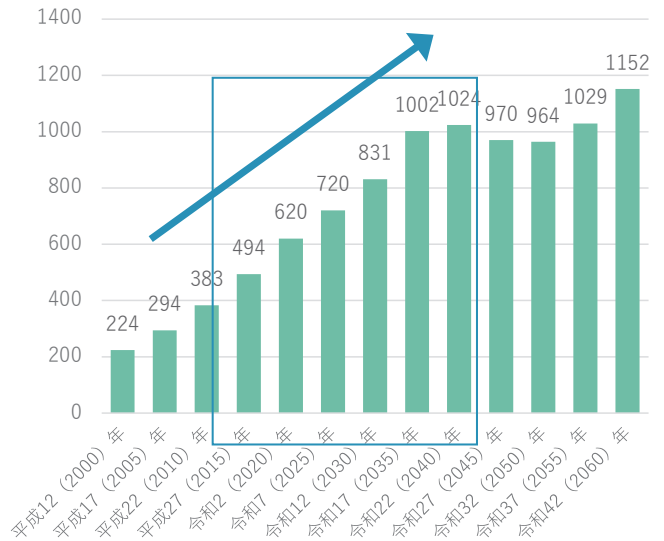
# 医療需要の変化 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

## 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。

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～」

1

- 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

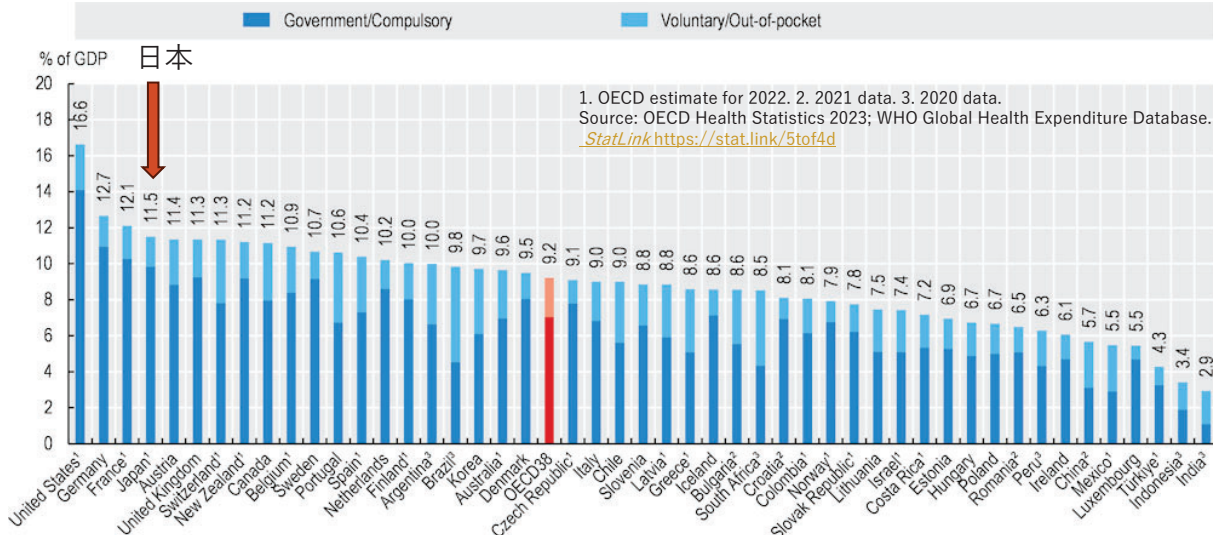
「働く一人ひとりが支える社会保険」から

「働く一人ひとりを支える社会保険」へ！

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～」

2

# 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！

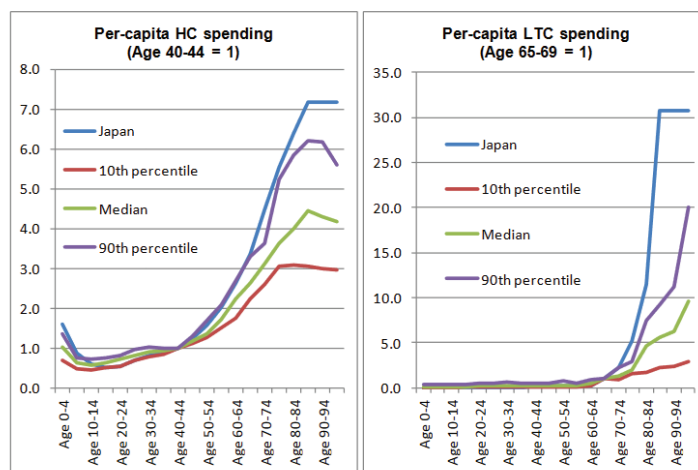
## 「高齢化による保健医療支出の伸びは仕方がない！」のか？

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

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  
 一人当たり支出が高い

日本は約7倍



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

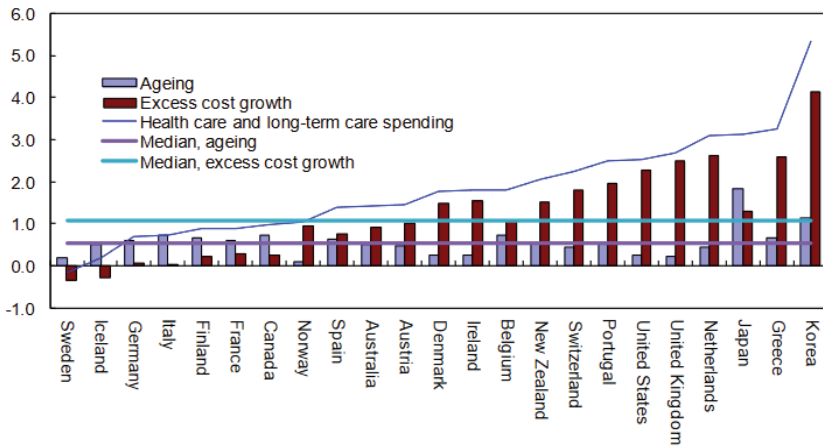
OECD諸国における年代別の介護費用支出において、65～69歳の1人あたり支出を1としたときの年代別の相対的な水準

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  
 一人当たり支出が高い

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？

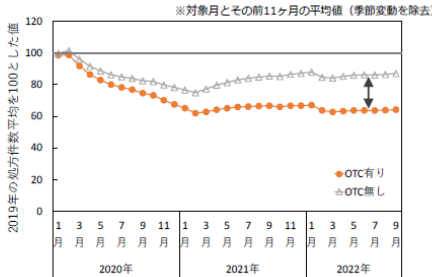
Masahiro Nozaki ; Kenichiro Kashiwase ; Ikuo Saito (2014) "Health Spending in Japan: Macro-Fiscal Implications and Reform Options"

# 「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

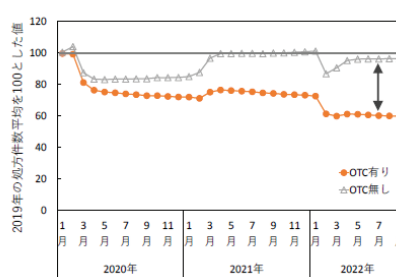
OTC有無別で比較が可能と考えられた薬剤について処方箋の処方件数の水準（2019年平均値を100とした値）の月次推移をOTC有無別にみたところ、**2020年以降はOTC有りの方がOTC無しに比べて低い水準で推移していた。**

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）

<処方箋> 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\*



<処方箋> 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	処方箋がOTC類似薬のみのレセプト	
			分析対象レセプト	全国推計値 <sup>※2</sup>
内科レセプト件数	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	1兆635億円
うちOTC類似薬の処方額 <sup>※1</sup>	—	453億円	127億円	919億円
レセプト1件当たり医療費	17,933円	20,388円	13,694円	—
うちOTC類似薬の処方額	—	1,284円	1,182円	—

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。

処方箋が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内科入院外および調剤医療費の合計額（約1,469億円）と、同期間の65歳未満の国民医療費の内科入院外および調剤医療費の合計額（約10,111億円）（厚生労働省「医療費の動向調査」）の比率（1：7.24）を基に、「処方箋が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

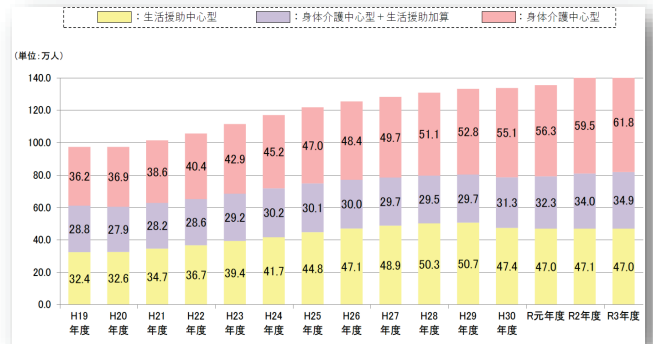
訪問介護	調理・洗濯・掃除など、45分あたり183円（1割自己負担の場合）	単位数（令和3年4月改定後）	単位数（単位：千単位）	割合（単位数ベース）
身体介護			総数	8,664,947
				100.00%
		167単位～579単位（1時間以上は30分を増すことに+84単位）	5,393,164	62.24%
身体介護・生活援助		上記に加えて+67,134,201単位	1,499,425	17.30%
生活援助		183・225単位	838,909	9.68%
通院等乗降介助		99単位	45,565	0.53%
2人訪問介護加算		×200/100	109,110	1.26%
夜間・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

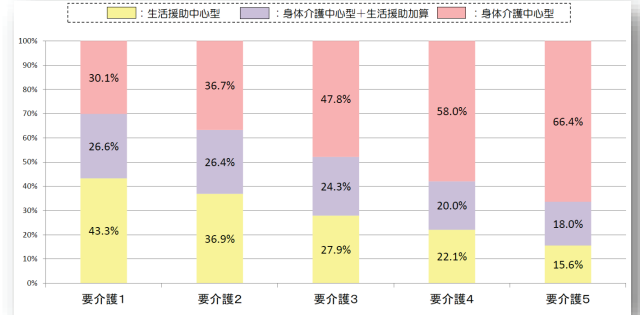
R3年度介護給付費等実態統計では「訪問介護」の費用は1兆562億円（介護保険の総費用の9.8%）訪問介護の内容類型別受給者数（右上图）においては、47万人が生活援助中心型の受給である。

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円を上回っている41医療機関（60.3%）	△120,000円以上	20医療機関（42.0%）
	△80,000円以上 △120,000円未満	4医療機関（9.8%）
	△40,000円以上 △80,000円未満	4医療機関（9.8%）
	△1円以上 △40,000円未満	4医療機関（9.8%）
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円を上回っていない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	6医療機関（8.9%）
	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

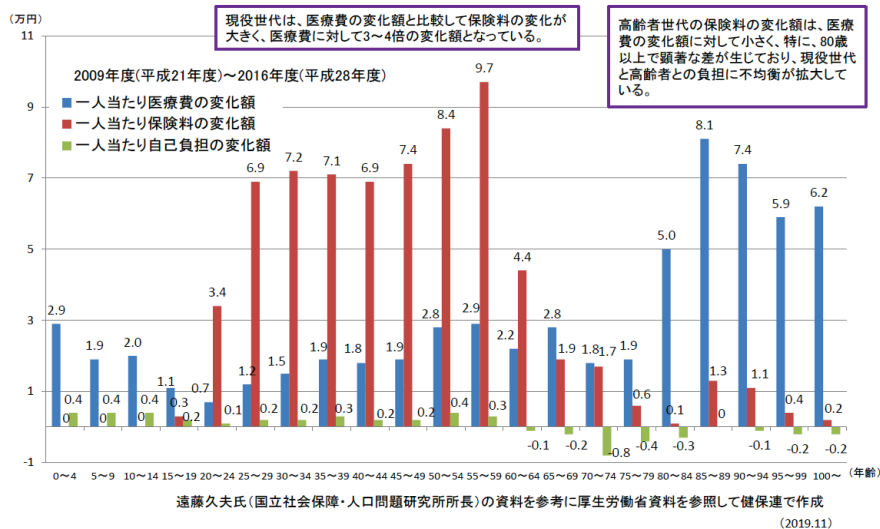
報酬の制度設計の歪みから、COVID-19対応に必要な以上の医療資源が割かれ、COVID-19以外の医療提供体制が供給過少となることによって、全体として患者にとって必要な治療への資源配分が損なわれた可能性

# 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



「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

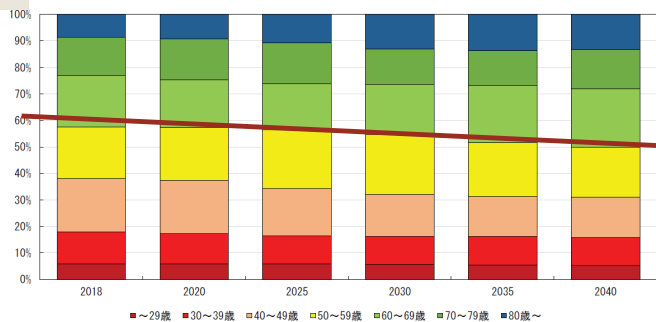
80歳以上の年齢構成において  
2009年～2016年  
保険料の変化額 0～1万円  
医療費の変化額 5～8万円

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）

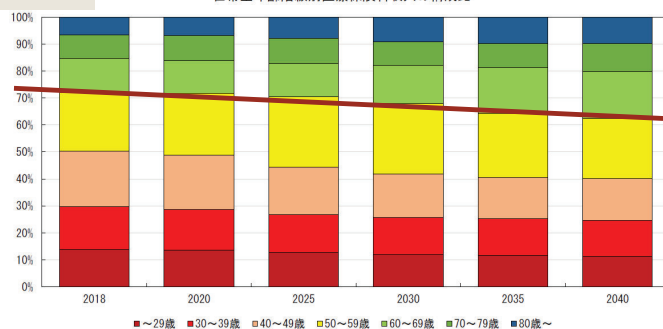
## 消費税

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るべき

# 「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）



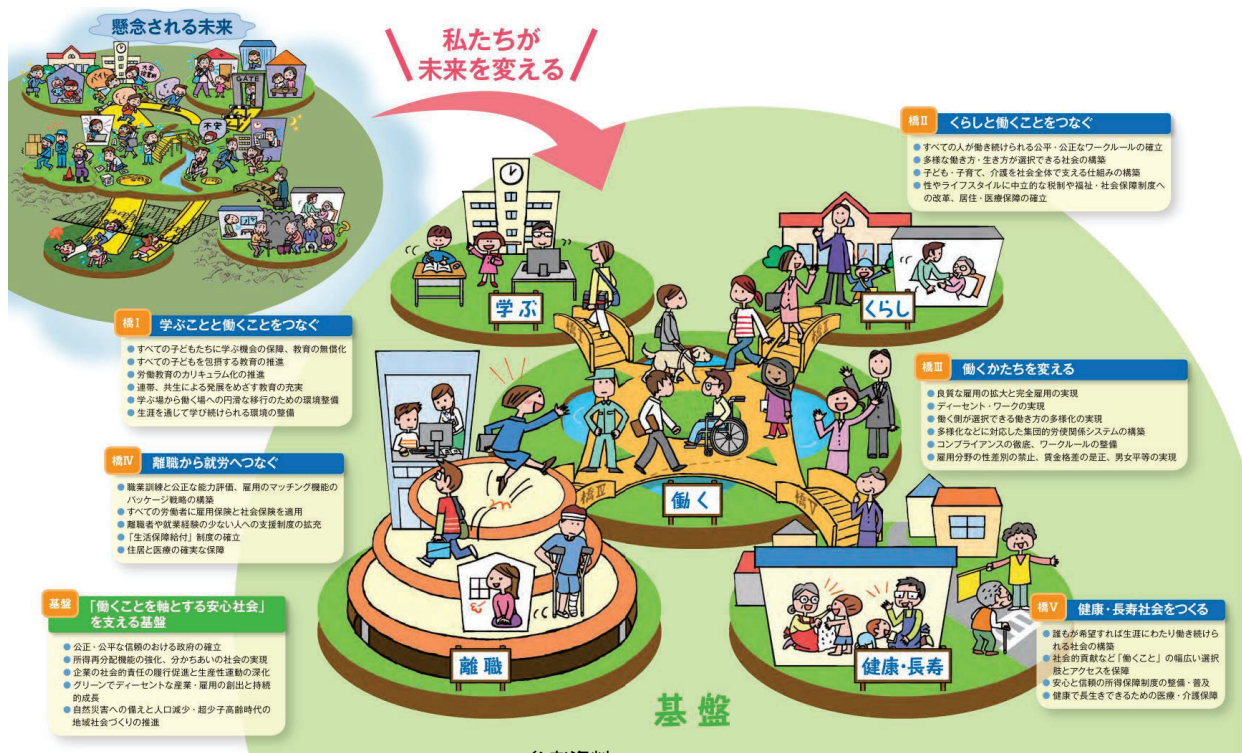
日本労働組合総連合会（連合）

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



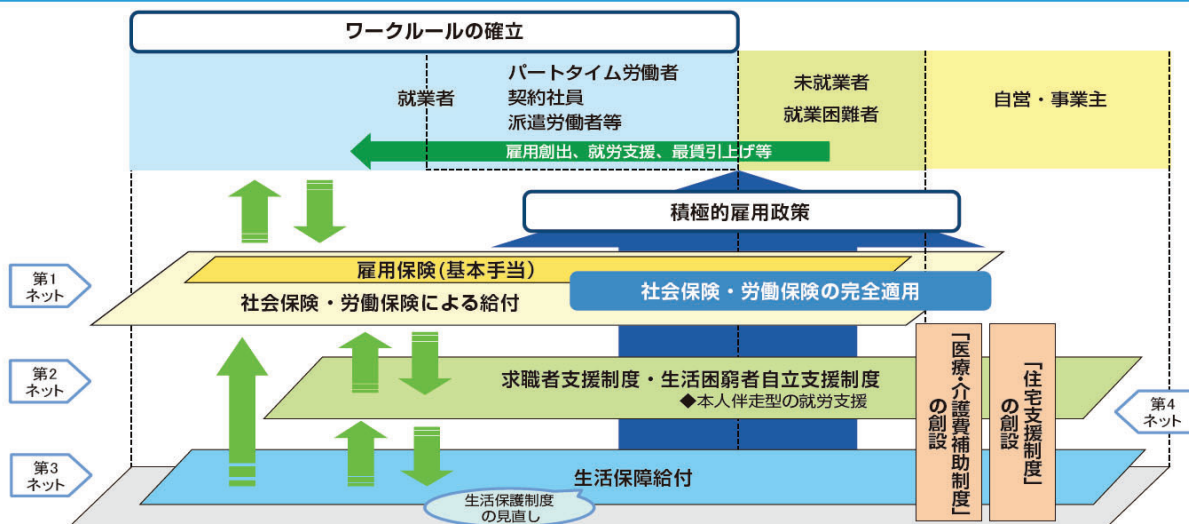


# 連合がめざす姿 ～社会的セーフティネット～

## 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、建設的な集团的労使関係の構築、社会保険の完全適用が重要。

### 重層的な社会的セーフティネットの構築



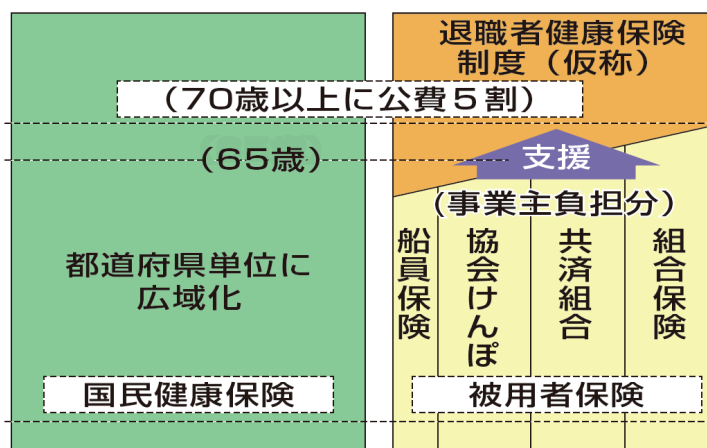
2

# 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>



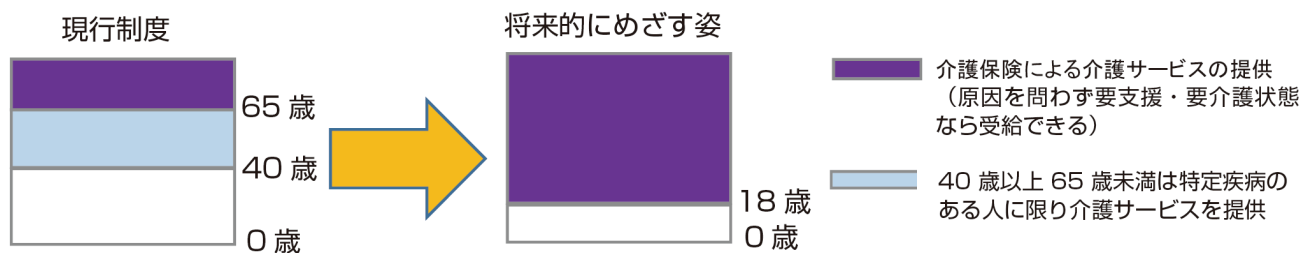
3

# 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。

4

## 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。

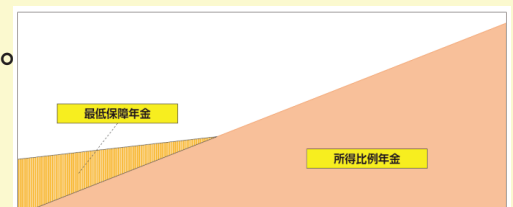
### 税制

- 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。

### <所得比例年金制度のイメージ>



## 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

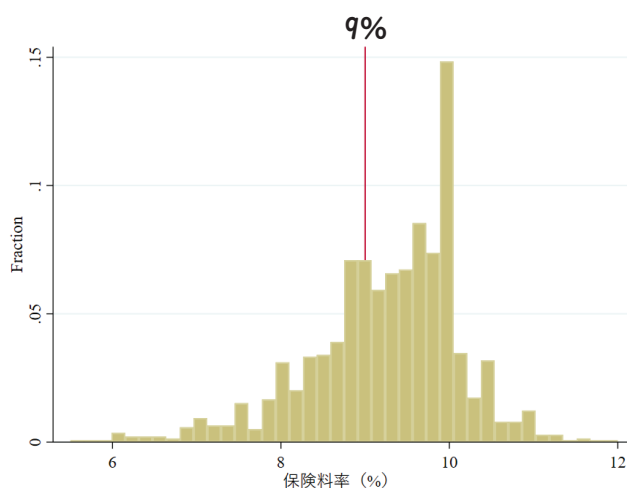
一橋大学 経済学研究科 准教授

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%



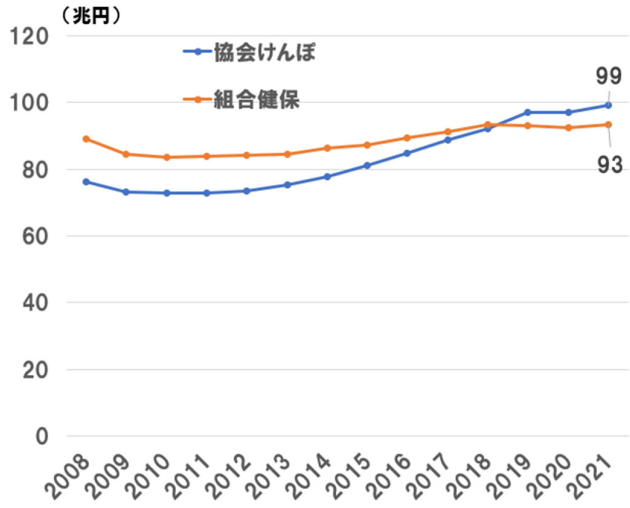
保険料率	健保数	割合 (%)	累積 (%)
6.5%未満	15	1.1	1.1
6.5%-7.0%	24	1.7	2.8
7.0%-7.5%	20	1.5	4.3
7.5%-8.0%	93	6.7	11.0
8.0%-8.5%	121	8.8	19.8
8.5%-9.0%	246	17.8	37.6
9.0%-9.5%	263	19.0	56.6
9.5%-10.0%	424	30.7	87.3
10.0%-10.5%	124	9.0	96.2
10.5%以上	52	3.8	100.0

(資料)高橋義憲 (2023) 「健康保険組合の保険料率ランキング」

2

# 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イトを拡大する
  - 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)	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) (※)保険者種別ごとに基準値を設定 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) 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%) 【配点(整数値に四捨五入し、50点上限)】 $10 + (\text{前年度の特定健診の実施率} - \text{特定健診の基準値}) / (100\% - \text{特定健診の基準値}) \times 20 + (\text{前年度の特定保健指導の実施率} - \text{特定保健指導の基準値}) / (100\% - \text{特定保健指導の基準値}) \times 20$	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)	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 (※)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) 特定健診：単一健保・共済81%、総合健保等76.5%(同上) 特定保健指導：単一健保・共済30%、総合健保等15%(同上) 【配点(整数値に四捨五入し、10点上限)】 前年度の被扶養者の特定健診の基準値に対する達成率×被扶養者の特定保健指導の基準値に対する達成率×10	NDB集計	-	-	1~10
③	肥満解消率	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 【配点(整数値に四捨五入し、20点上限)】 肥満解消率(%)×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

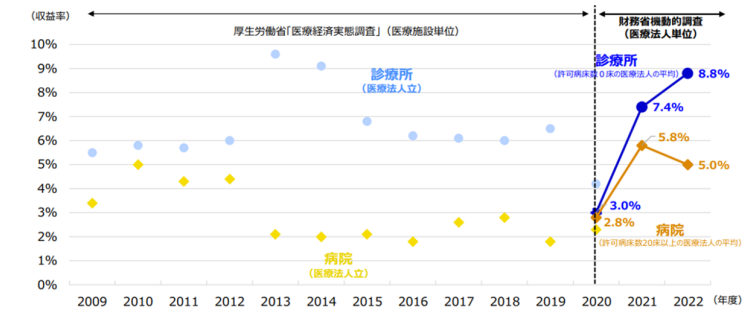
- 35%が看護系、**31%は直接的に医療サービスを提供するわけではない事務職員等**
  - 医療の質と直接関係のない人材も多く診療所で就労している

## <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	

(資料) 医療施設調査

## <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年間の対象とした財務省「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(いずれも医療法人等)の収益率・厚生労働省「医療経済実態調査」

(資料) 財務省

9

# 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

10

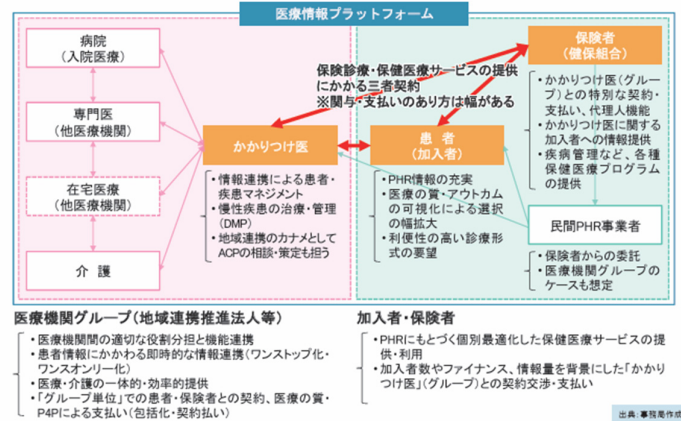


# 地域医療連携推進法人の活用

- 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年にもどのような姿に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と**
  - 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
  - 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
  - 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

# 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

参加無料

会場先着順

ZOOM  
による  
ライブ配信

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 総合局長)

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

みずほリサーチ&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 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専務理事に就任。同年、健康保険組合連合会専務理事に就任し、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 を決めた英国国民投票を取材。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。

## 登壇者へのご質問募集

本日のシンポジウムをより充実した内容とするため、皆様からの登壇者へのご質問を募集いたします。お手持ちの携帯電話ならびにスマートフォンで、以下の【質問票 QR コード】を読み取り、質問票にアクセスいただき、ご入力ください。

パネルディスカッションの際に、お時間の許す限りご回答いたしますので、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

### 【質問票 QR コード】



---

## (終了後) アンケートへのご協力をお願い

本日は「医療保障総合政策調査・研究基金シンポジウム」にご参加いただき、誠にありがとうございました。今後の事業をより充実した内容とするため、皆様からご意見・ご要望をお聞かせいただけますと幸いです。

お手持ちの携帯電話ならびにスマートフォンで、以下の【アンケート QR コード】を読み取り、アンケート入力フォームにアクセスいただき、ご入力ください。

ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

### 【アンケート QR コード】



ご協力いただき、誠にありがとうございました。

---

## 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～」

### 開催報告書

令和6年3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