

# 国民皆保険の将来と 克服すべき政策課題

政策研究大学院大学教授 島崎謙治

# プレゼンテーションの趣旨

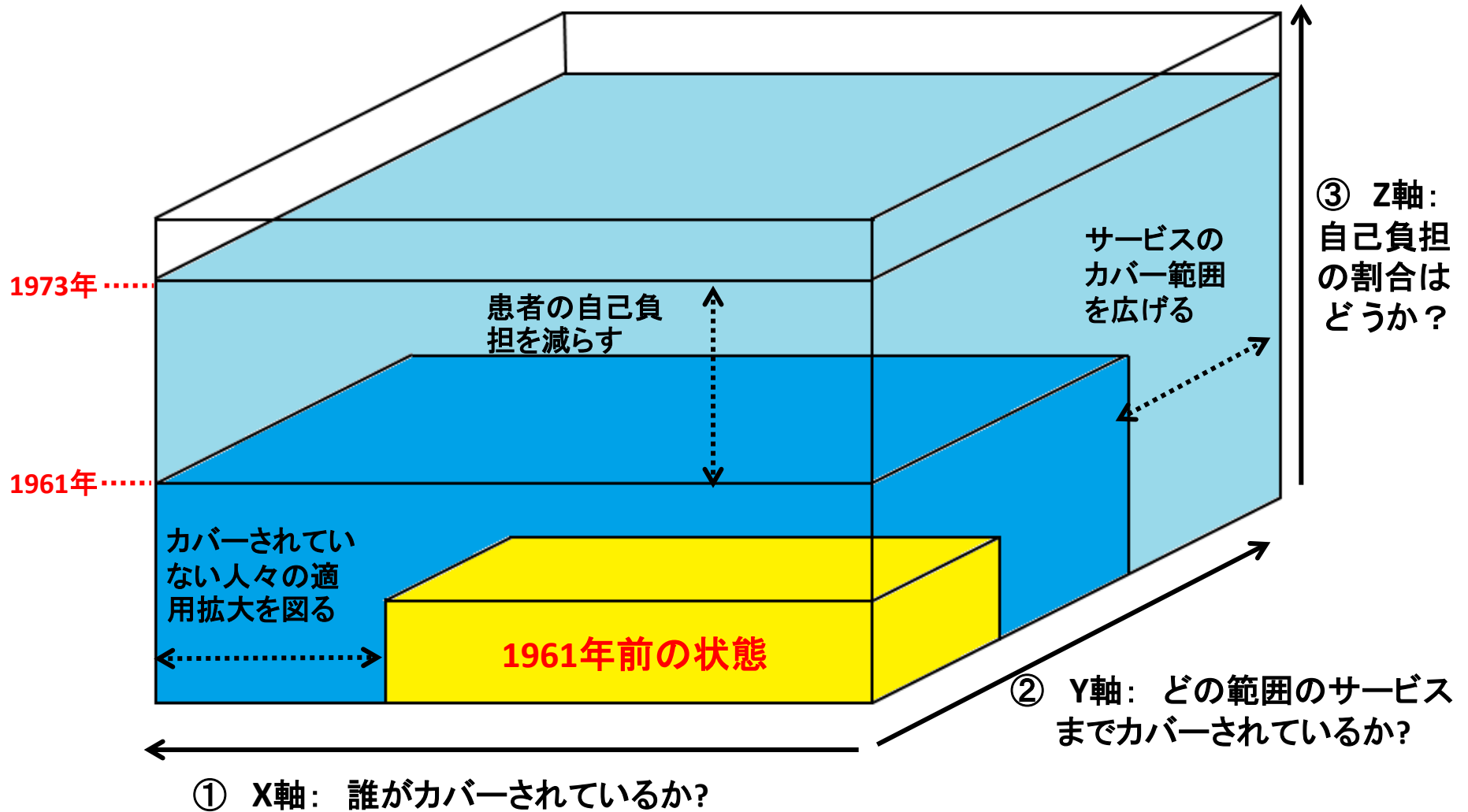
社会経済の変容のインパクトは甚大。「国民皆保険の堅持」という旗は掲げたまま、医療給付内容の低下、地域医療の崩壊が進み、国民皆保険は形骸化するリスクがある。

それに関する客観的事実を押さえたうえで、“悪しきシナリオ”を回避するための医療政策の動向および評価・課題について述べる。

強調したいことは、時間的余裕はまったくなく、この数年が正念場であることである。

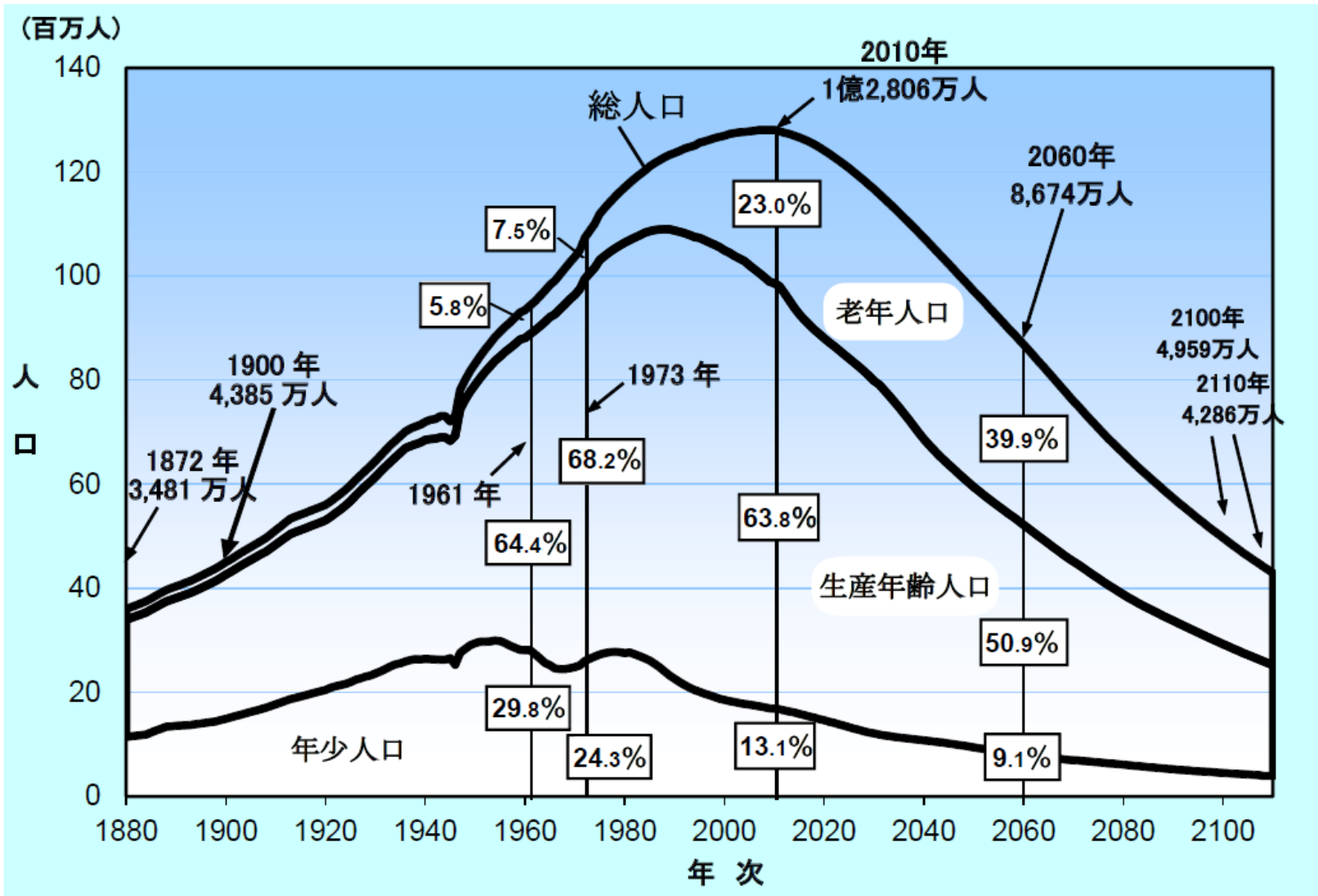
# 国民皆保険の達成・成熟過程

(1961年前・1961年・1973年の比較)



(出典)筆者作成。立方体の図のコンセプトは「World Health Report 2010」による。

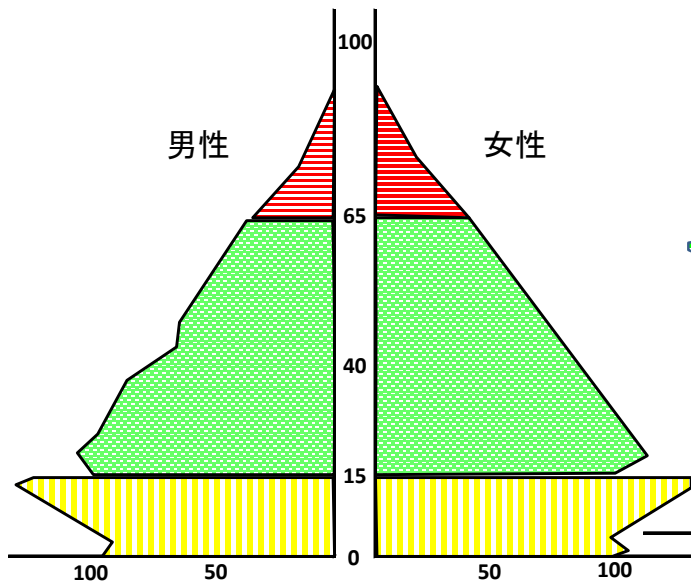
図：日本の人口の推移（年齢3区分） 1880—2110年



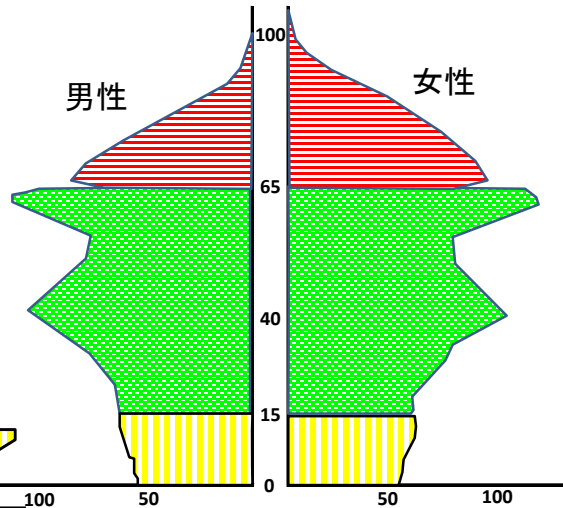
(出典)「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計(2012年1月推計)」

# 人口ピラミッドの変化（1960, 2010, 2060年）

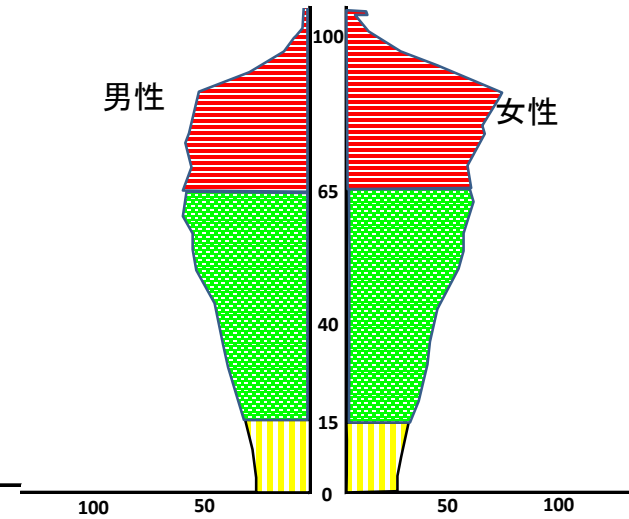
1960年



2010年



2060年



（留意すべき点）

- ① 「第一次ベビーブーム」(および「第二次ベビーブーム」)の影響が、“波のように”長期にわたり及ぶ。
- ② 今後、出生数が減少するのは合計特殊出生率が低下するからではない。母数となる出産年齢人口が減少するからである。(参考)出生率中位の場合の仮定値は、2010年が1.39、2035年が1.34、2060年は1.35。
- ③ 100歳以上は、1963年が153人。2010年は約4.4万人。2060年は約63.7万人と見込まれる。

（注）縦軸は年齢、横軸は人口(単位:万人)。

（出典）「国勢調査、推計人口」(1920～2010年)、および「日本の将来推計人口(2012年1月推計)」の出生中位(死亡中位)推計(2011年以降)。

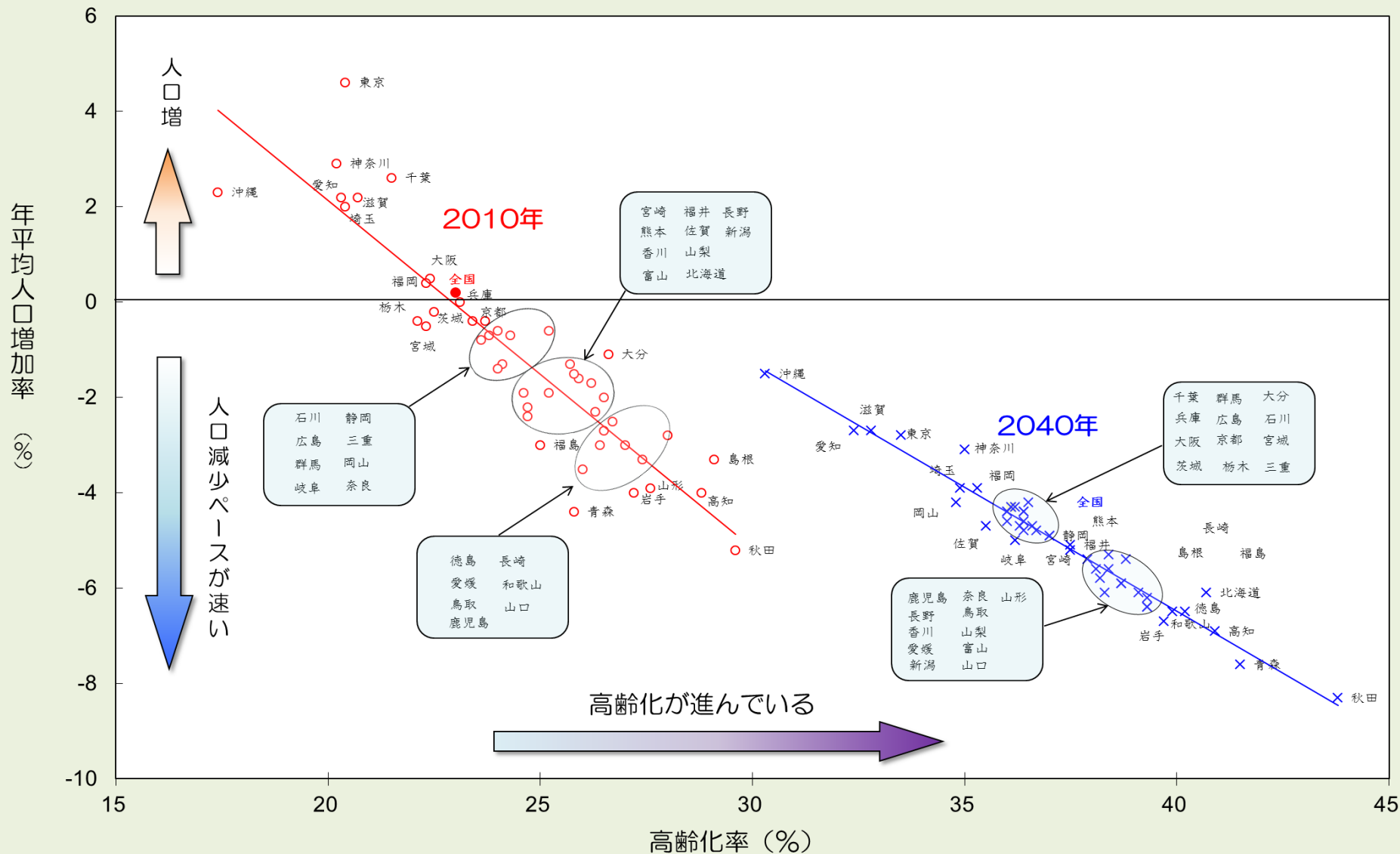
# 将来人口の基本指標

年	総人口 (A) (万人)	人口3区分				高齢 化率 (D/A) (%)	老年人口 の生産年 齢人口に 対する割 合(C/D)	(参考) 生産年齢人口 を20～69歳、 老年人口を70 歳以上とした 場合の、老年 人口の生産年 齢人口の割合
		年少 人口(B) (15歳未満) (万人)	生産年齢 人口(C) (15～64 歳) (万人)	老年 人口(D) (65歳以 上) (万人)	(参考) 再掲 (75歳以 上) (万人)			
2010	12,806 (100)	1,684 (100)	8,173 (100)	2,948 (100)	1,419 (100)	23.0	2.8人で 1人を 支える	4.0人で 1人を 支える
2035	11,212 (88)	1,129 (67)	6,343 (78)	3,741 (127)	2,245 (158)	33.4	1.7人で 1人を 支える	2.3人で 1人を 支える
2060	8,674 (68)	791 (47)	4,418 (54)	3,464 (117)	2,336 (165)	39.9	1.3人で 1人を 支える	1.6人で 1人を 支える

(注) 括弧書は2010年を100とした場合の割合。

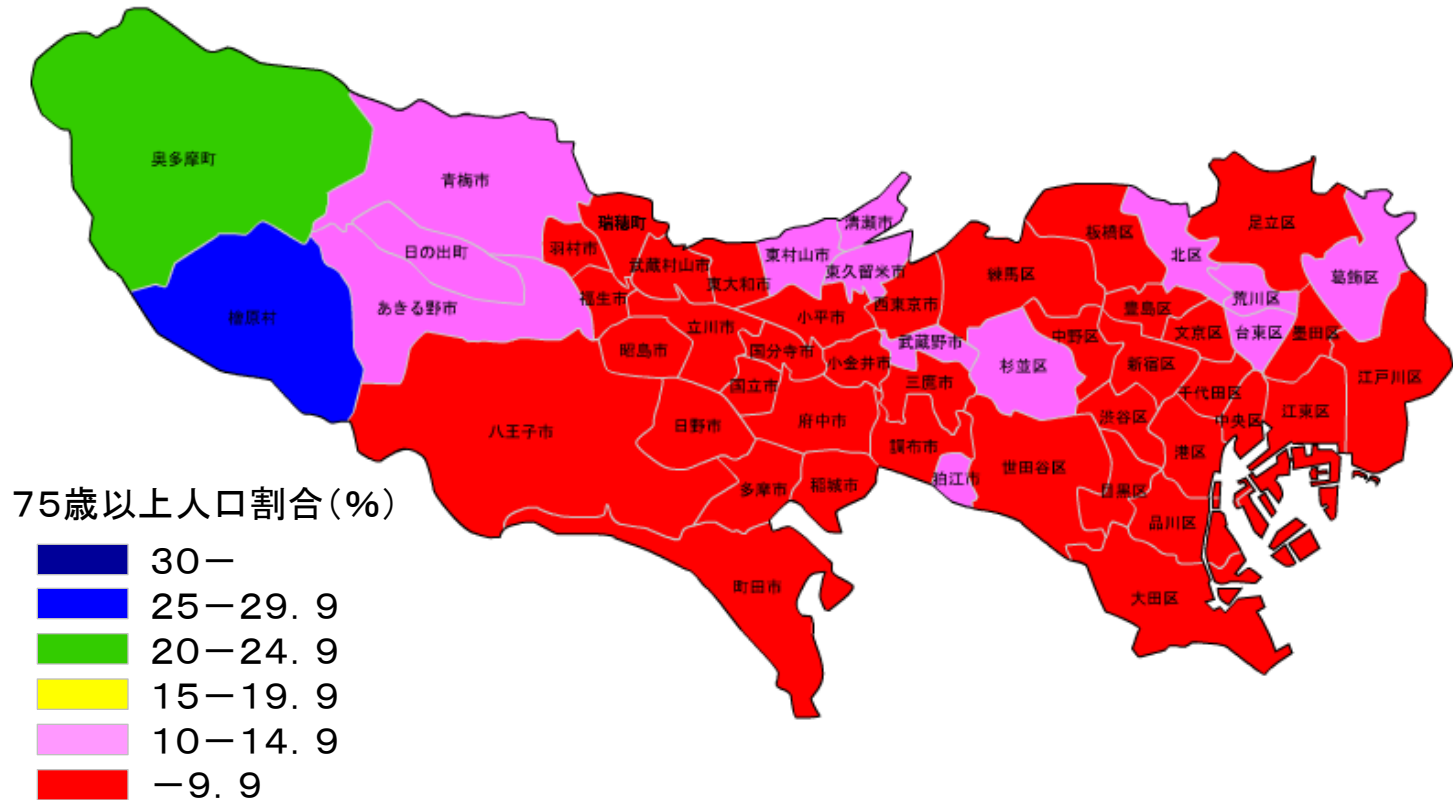
(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2012年1月推計)」(出生中位・死亡中位の場合)。

# 図：都道府県別 高齢化率(2010年) × 人口減少率(2010~40年)



(原出典) 総務省統計局「国勢調査」、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25年3月推計)」  
 (出典) 国立社会保障・人口問題研究所金子副所長のスライドを本人の承諾を得て借用。一部筆者加工。

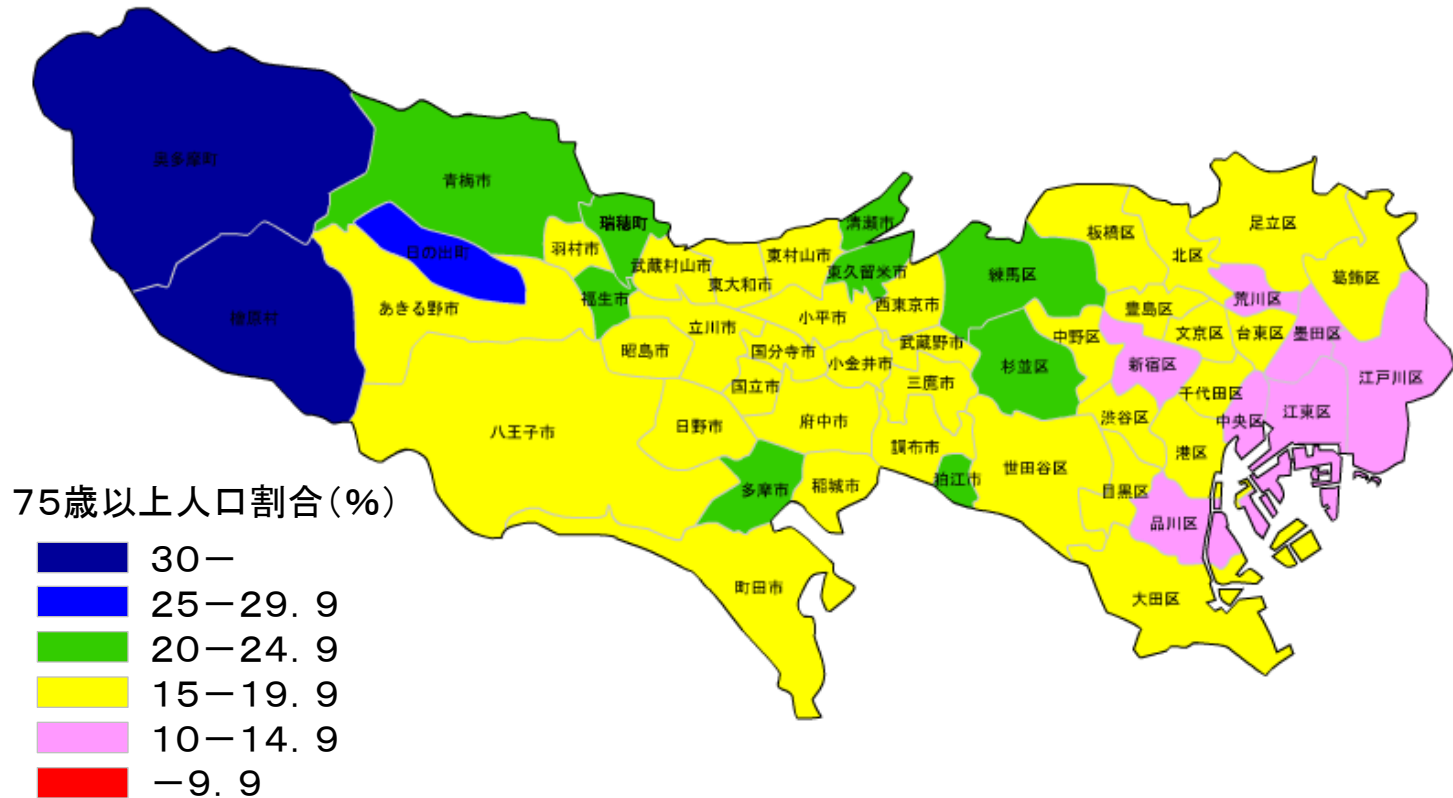
図：市区町村別75歳以上人口比率（東京都：2010年）



出典：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(2013年3月推計)」

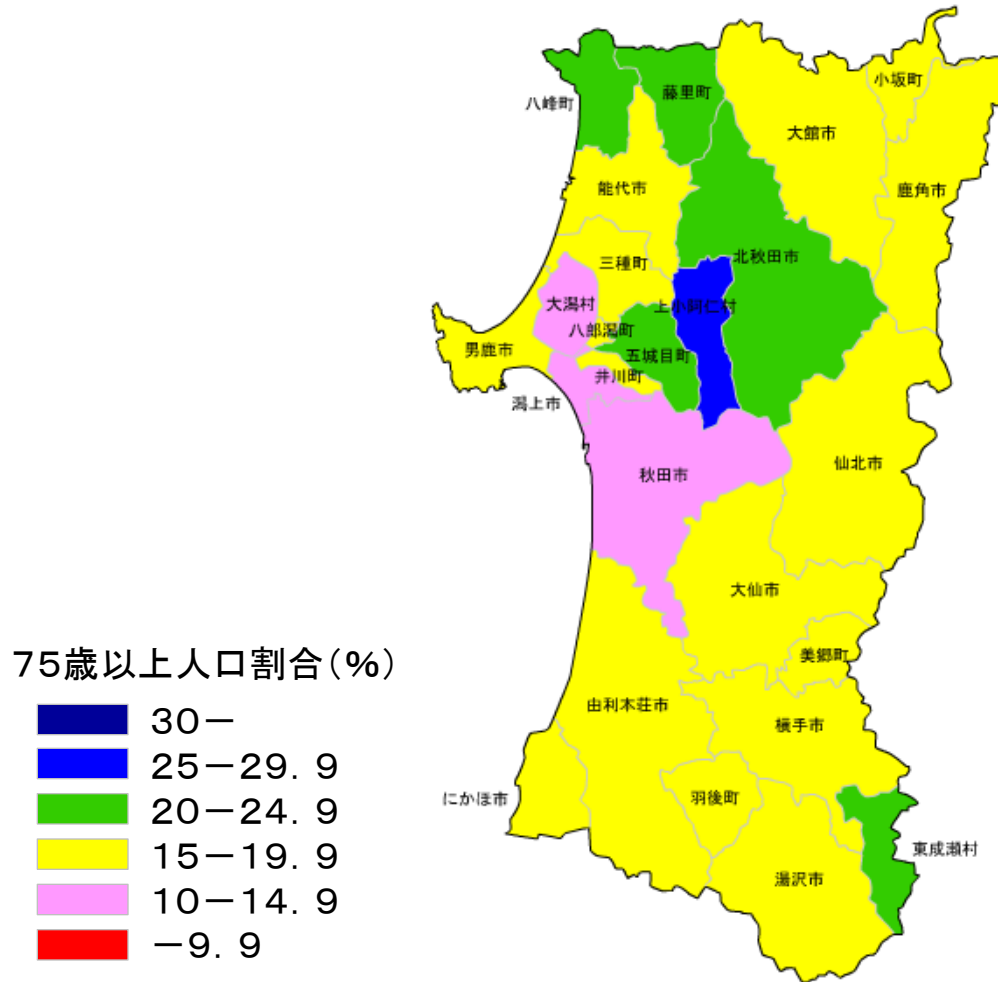


図：市区町村別75歳以上人口比率（東京都：2040年）



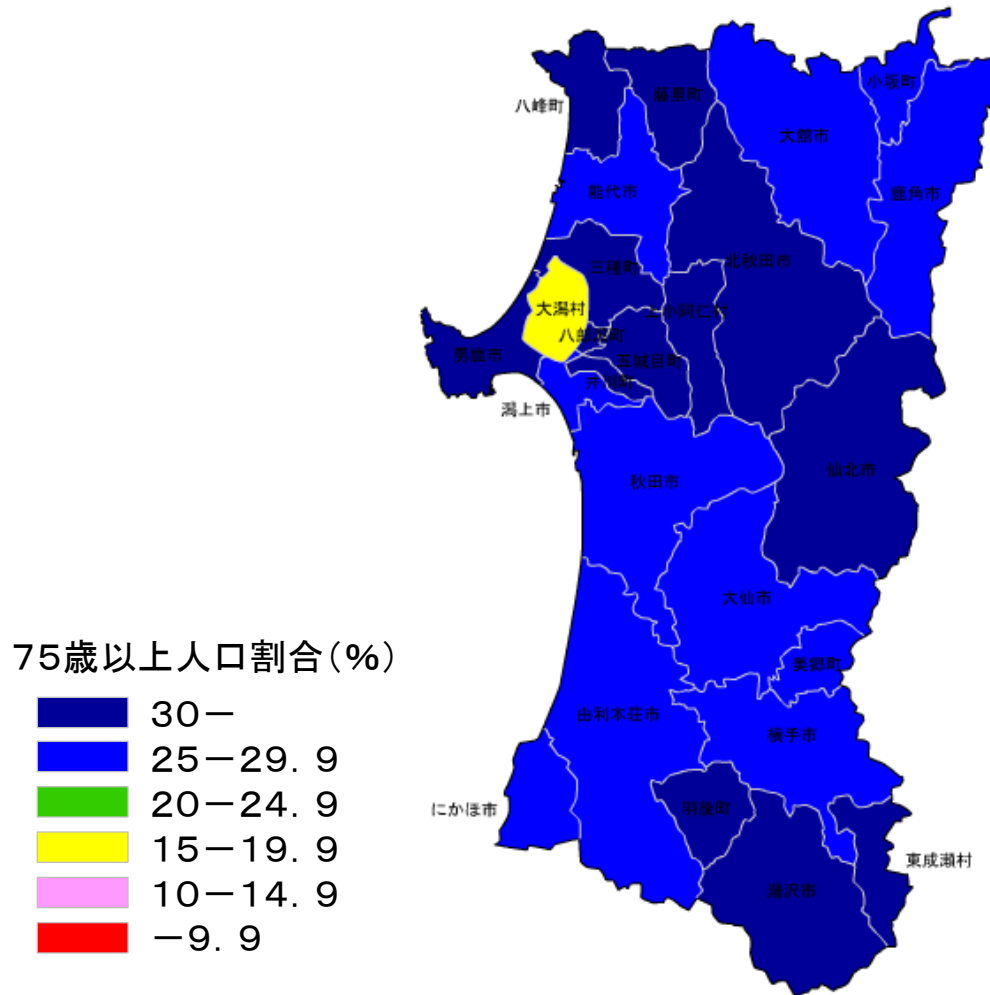
出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2013年3月推計）」

図：市区町村別75歳以上人口比率（秋田県：2010年）



出典：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（2013年3月推計）」

図：市区町村別75歳以上人口比率（秋田県：2040年）

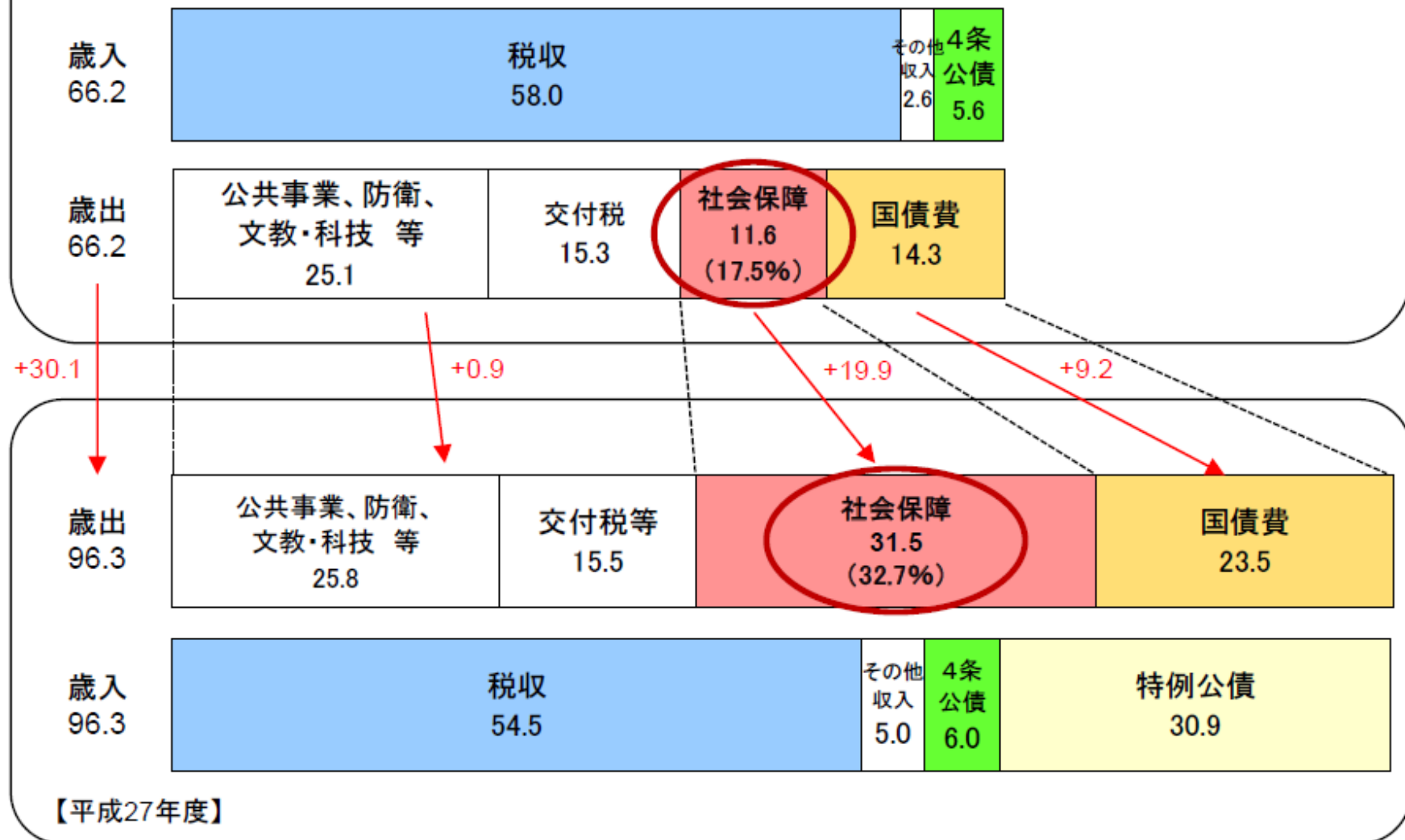


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2013年3月推計）」

# 社会保障関係費の増加と税収の減少

(単位:兆円)

【平成2年度】 ← 赤字(特例)国債発行から脱却した年度



(注) 当初予算ベース。

(出典) 財政制度等審議会「平成27年度予算の編成等に関する建議(平成26年12月25日)」(一部改変)

# 我が国の財政健全化目標

2014～  
2015年度

国の一般会計の基礎的財政収支について、少なくとも各年度  
4兆円程度改善（「中期財政計画」H25.8.8 閣議了解）

2015年度  
(平成27年度)

国・地方を合わせた基礎的財政収支の赤字対GDP比を  
2010年度(▲6.6%)に比べて半減(▲3.3%)

2020年度  
(平成32年度)

国・地方を合わせた基礎的財政収支を黒字化

以降～

債務残高対GDPの安定的な引下げ

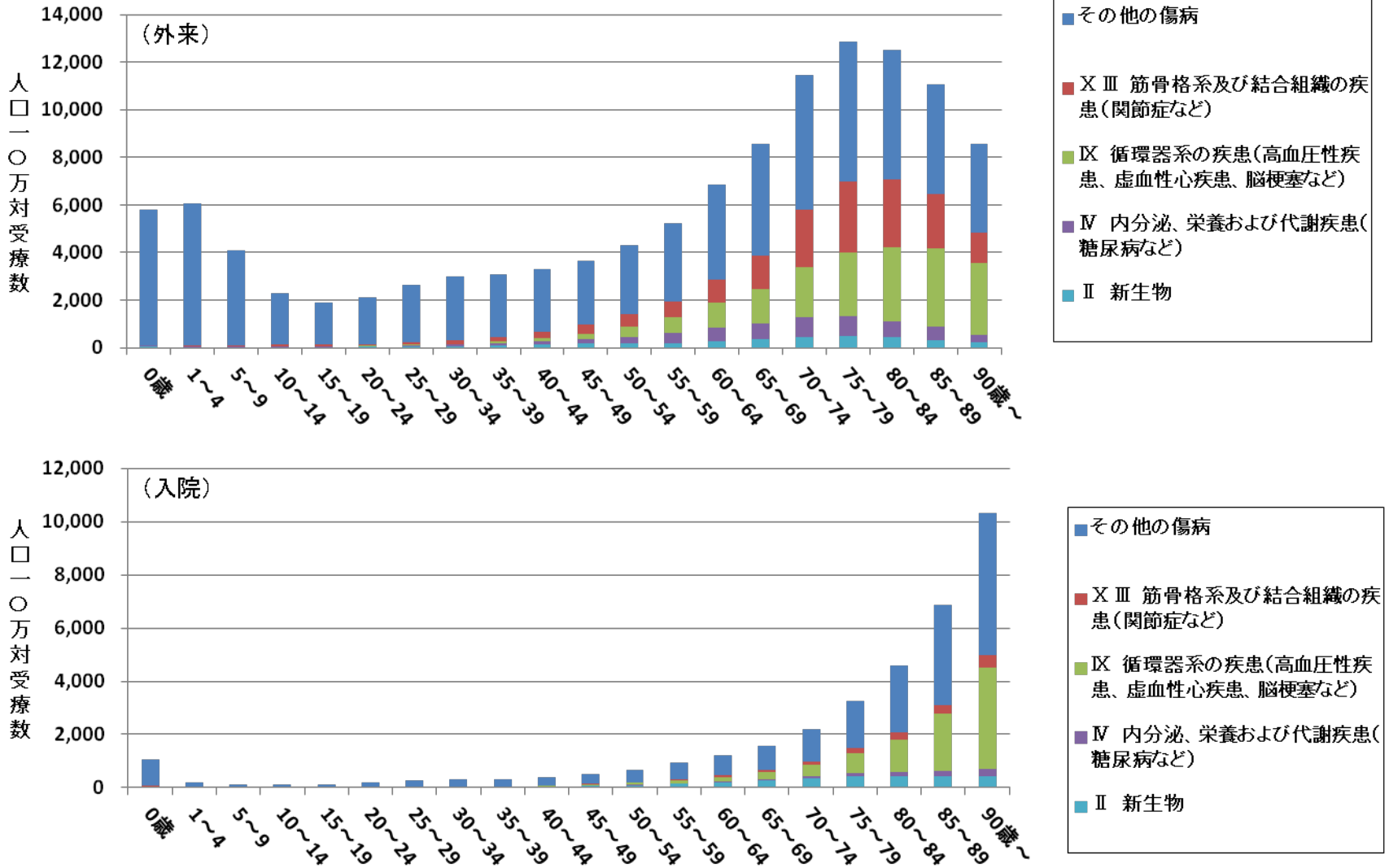
# 社会保障給付費及び負担額の将来推計

	2012年度		2025年度		2012年度から2025年度の伸び	
	金額	GDP比	金額	GDP比	金額	伸率
給付費	109.5兆円	22.8%	148.9兆円	24.4%	39.4兆円	1.36
年金	53.8	11.2	60.4	9.9	6.6	1.12
医療	35.1	7.3	54.0	8.9	18.9	1.54
介護	8.4	1.8	19.8	3.2	11.4	2.36
子ども・子育て	4.8	1.0	5.6	0.9	0.8	1.17
その他	7.4	1.5	9.0	1.5	1.6	1.22
負担額	101.2兆円	21.1%	146.2兆円	23.9%	45.0兆円	1.44
年金	45.5	9.5	57.7	9.5	12.2	1.27
医療	35.1	7.3	54.0	8.9	18.9	1.54
介護	8.4	1.8	19.8	3.2	11.4	2.36
子ども・子育て	4.8	1.0	5.6	0.9	0.8	1.17
その他	7.4	1.5	9.0	1.5	1.6	1.22

(注) 四捨五入の関係で合計は必ずしも一致しない。

(出典) 厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(2012年3月30日)。

# 年齢階級別受療数

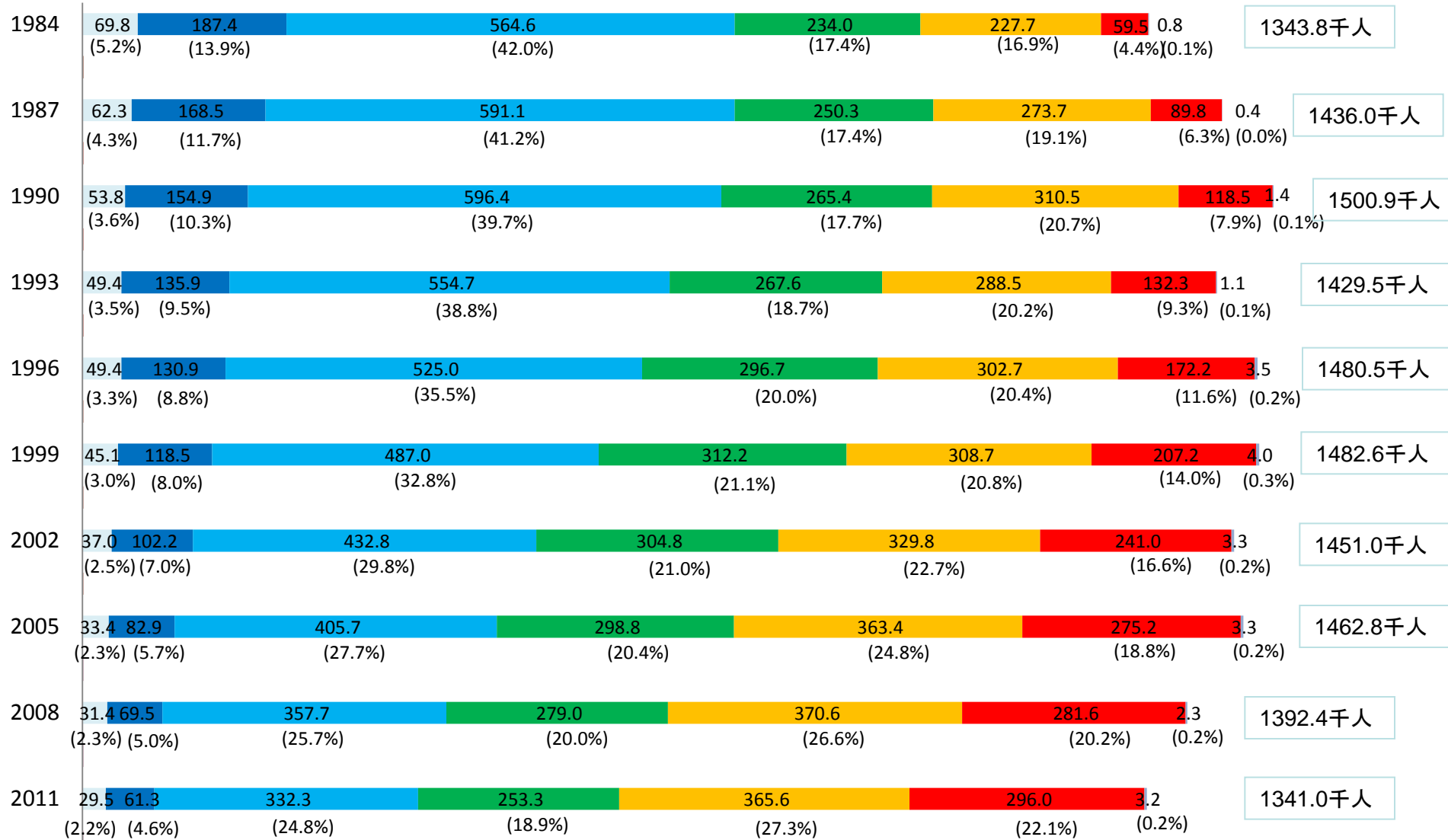


(出典):厚生労働省統計情報部「患者調査(2008年)」。

# 高齢化の影響(入院患者の高齢化)



単位(千人)



出典: 厚生労働省「患者調査」

注: 2011年の数値は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値



# 人口の要素のみを考慮した 国民医療費の将来推計(粗い試算)

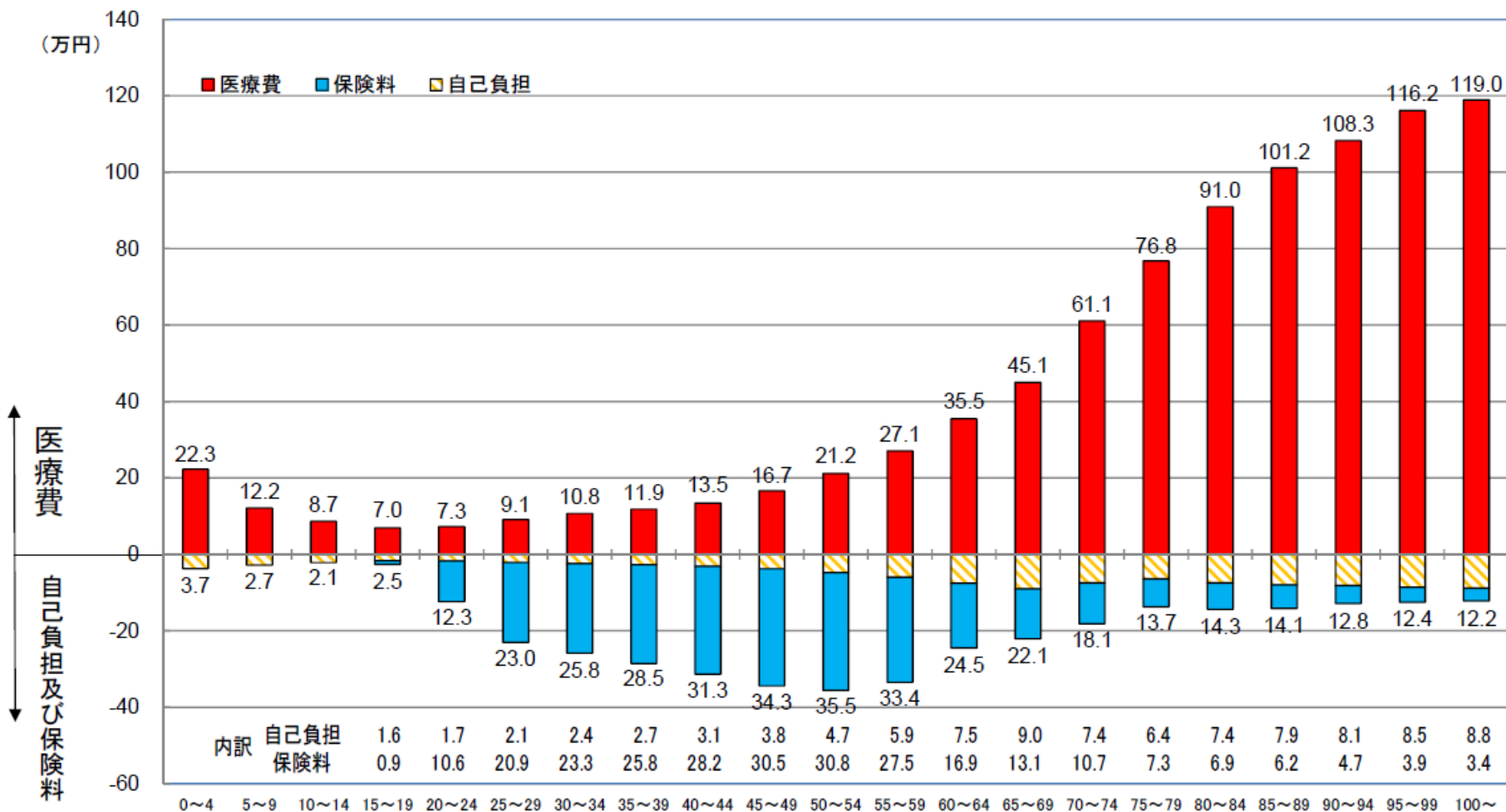
	2012年度		2025年度	
	人口	国民医療費	人口	国民医療費
0～64歳	9,672万人 (76%)	17.1兆円 (44%)	8,409万人 (70%)	15.1兆円 (35%)
65～74歳	1,560万人 (12%)	8.5兆円 (22%)	1,479万人 (12%)	8.2兆円 (19%)
75歳以上	1,519万人 (12%)	13.6兆円 (35%)	2,179万人 (18%)	19.7兆円 (46%)
計	12,752万人	39.2兆円	12,066万人	43.0兆円

(注)国民医療費とは、医療給付費のほか患者の自己負担を含む。概念的には総医療費に近い。

(推計方法)2012年度の国民医療費の年齢階級別1人当たり医療費(基本的に5歳刻み)に、2025年の年齢別人口を乗じて算出した極めて粗い試算(機械的試算)である。

(出典)厚生労働省統計情報部「2012年度国民医療費」、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(2012年1月推計)』(出生中位・死亡中位の場合)。

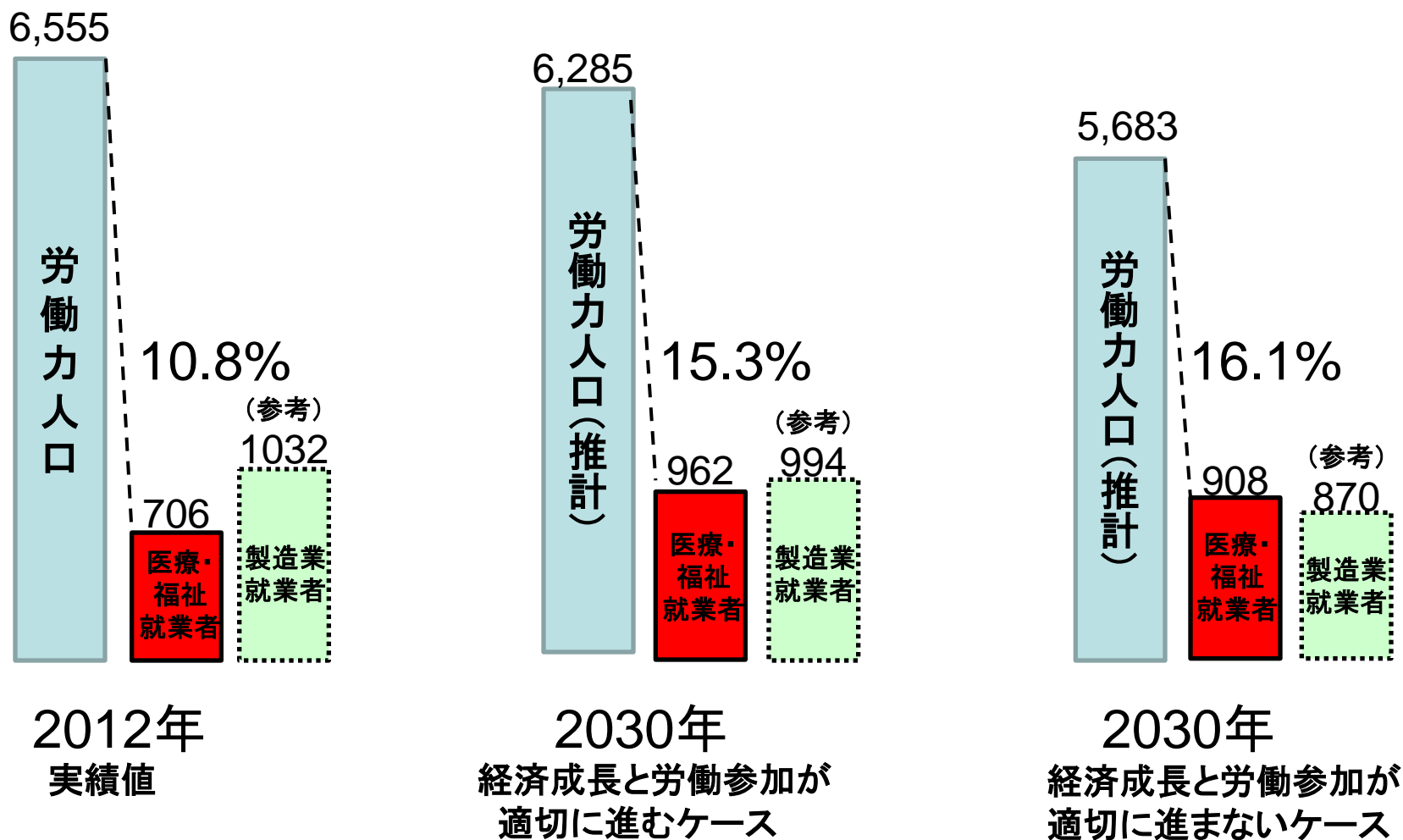
# 年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (平成24年度実績に基づく推計値)



- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。  
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。  
 3. 予算措置による70~74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。  
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。  
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。  
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

# 図：労働力人口に占める医療・福祉就業者の割合

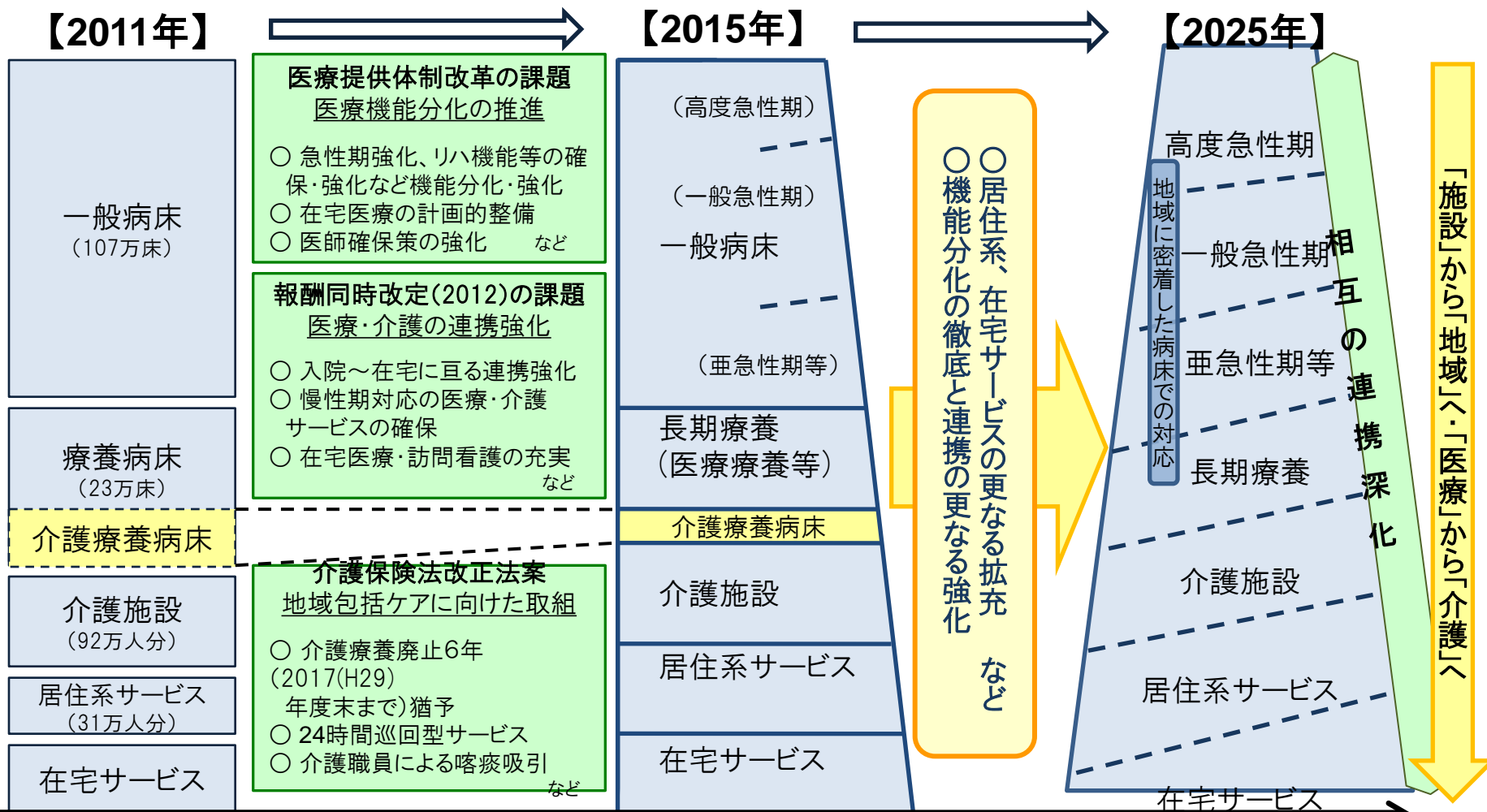
(単位：万人)



(出典)「雇用政策研究会報告書」。2012年実績値は総務省「労働力調査」、2030年は(独)労働政策研究・研修機構推計。

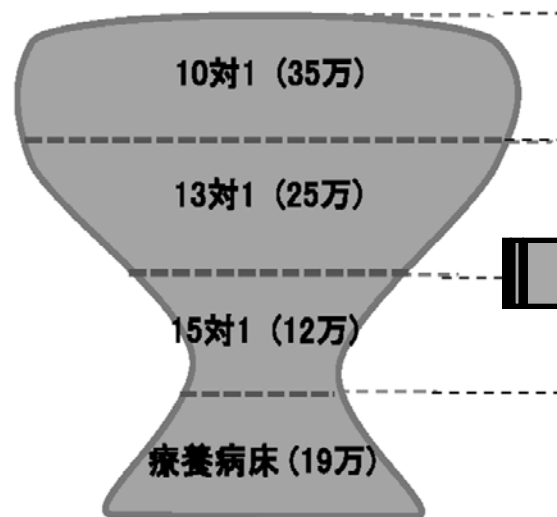
# 医療・介護機能の再編の方向性(イメージ)

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを拡充。

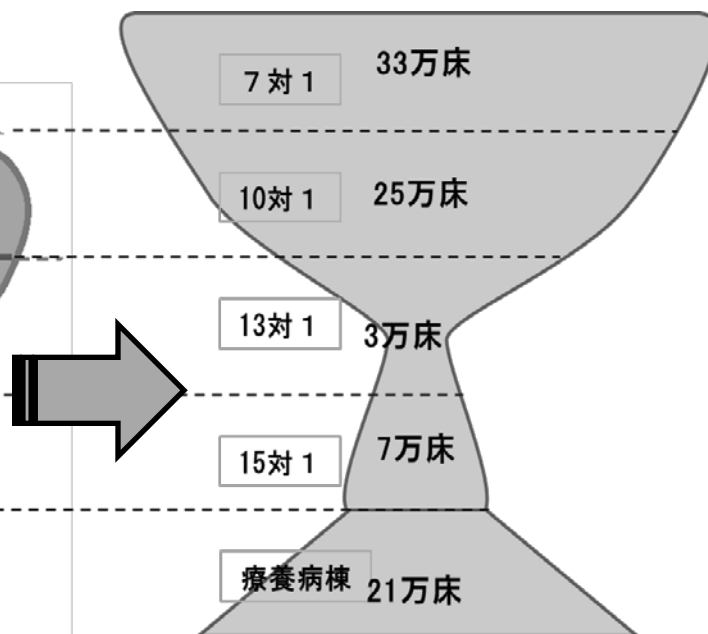


# 看護体制(入院基本料)別の病床数の推移(概念図)

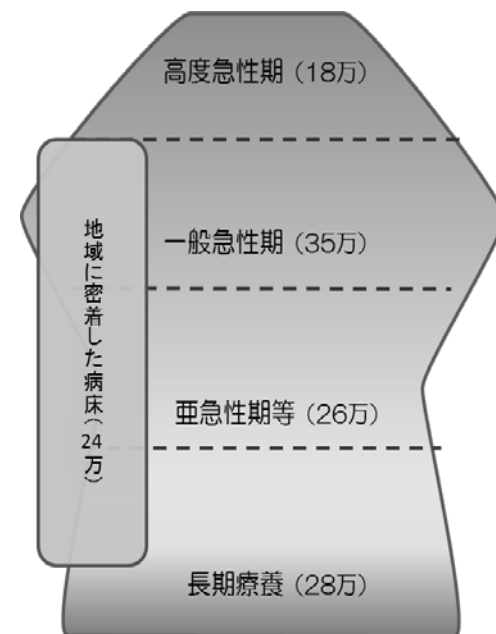
<2004年の姿>



<2012年の姿>



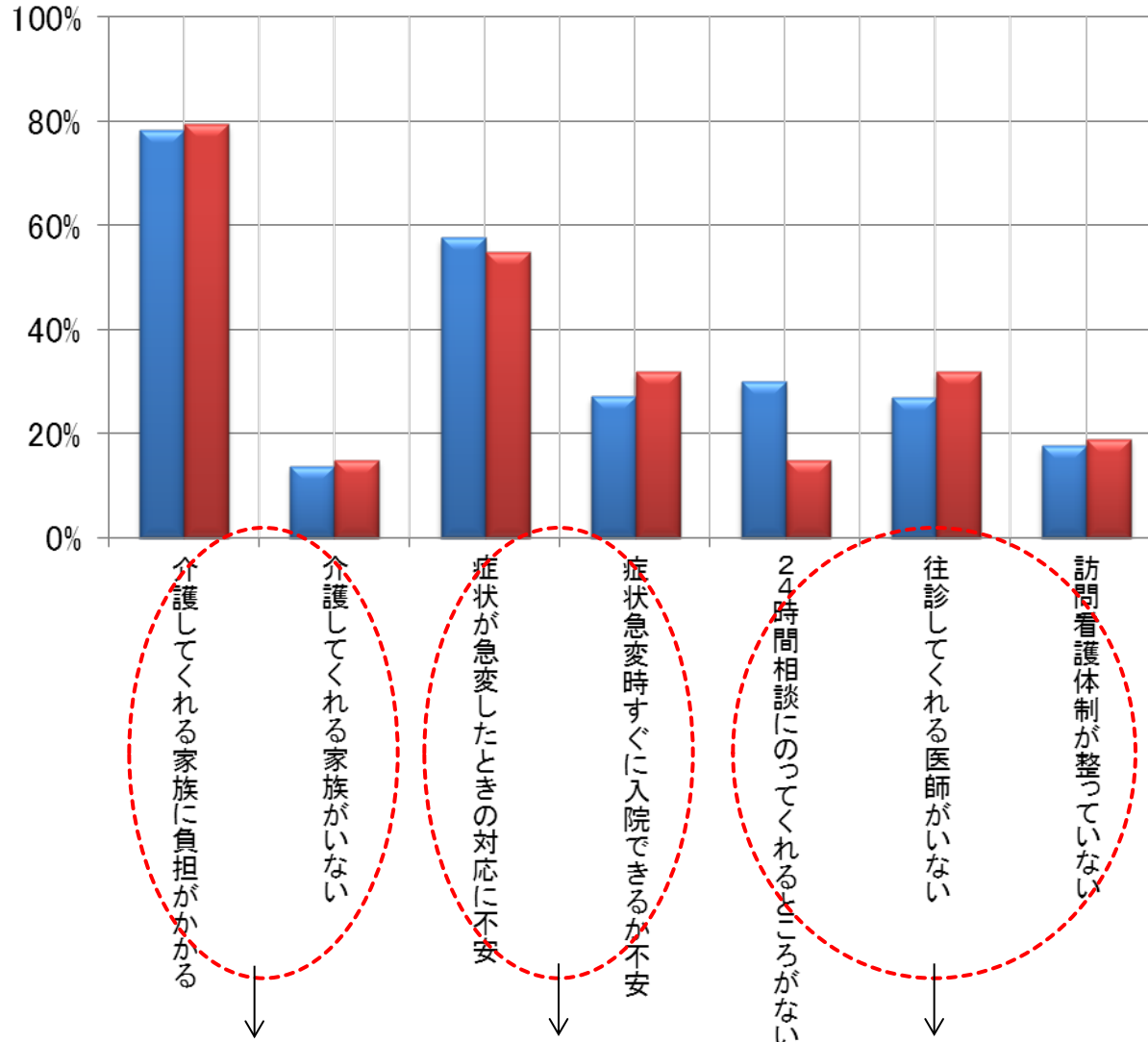
<参考:2025年の姿>



(注) イメージを捉えるために簡略化している。また、「2025年の姿」は参考である。たとえば、2012年の7対1病床の機能と2025年の高度急性期が直接的な対応関係にあるわけではない。  
 (出典)「財政制度等審議会建議書」(2013年11月29日)、「社会保障審議会 医療保険部会・医療部会資料」(2013年9月6日)等を基に筆者作成。

# 在宅療養推進に当たっての課題

## ■在宅療養移行や継続の阻害要因



■平成15年 ■平成20年

- 調査対象及び客体
  - ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
  - ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出
- 調査の方法
  - 郵送法
- 回収数
  - 2,527人(回収率50.5%)

(出典)終末期医療に関する調査(各年)

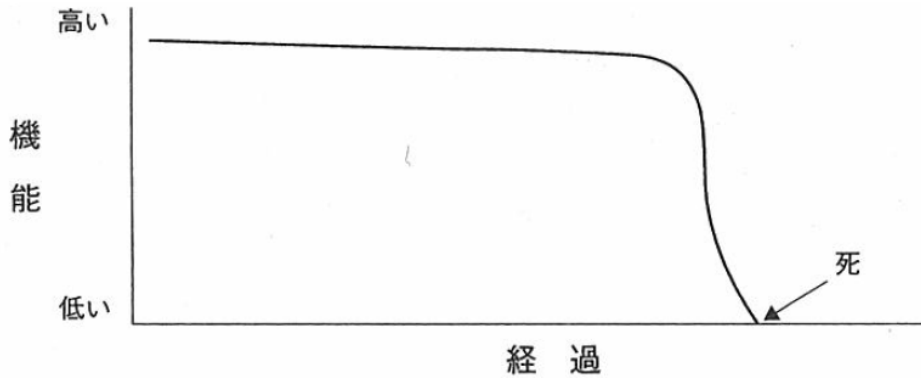
①介護者の不在

②急変時の不安

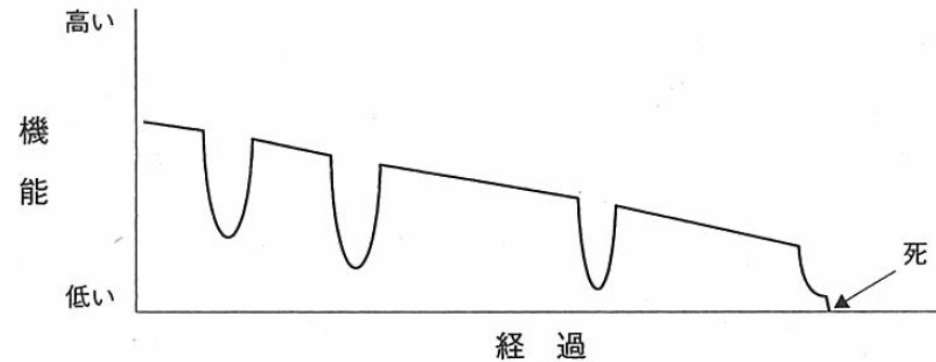
③在宅医療サービスの不足

# 疾患別の死に至るパターンの相違

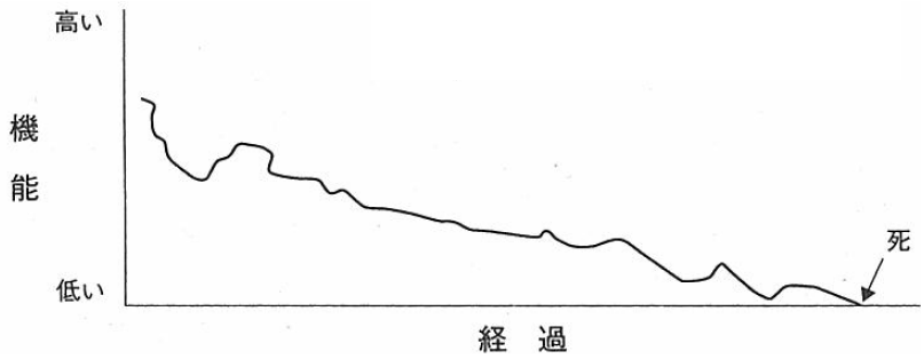
①がん等:死亡の数週間前まで機能は保たれ、以後急速に低下



②心臓・肺・肝臓等の臓器不全:時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下



③老衰・認知証等:長い期間にわたり徐々に機能は低下



(島崎:コメント)

在宅医療や緩和ケアが必要なのは、がんの患者だけではない。②や③で急性増悪した場合の病院との連携、状態変化に対応できる在宅医療(訪問看護等を含む)の質の確保が必要。

出典 Lynn and Adamson : *Living Well at the End of Life*, WP-137, Rand Corporation, 2003.

# 地域医療構想（ビジョン）の策定

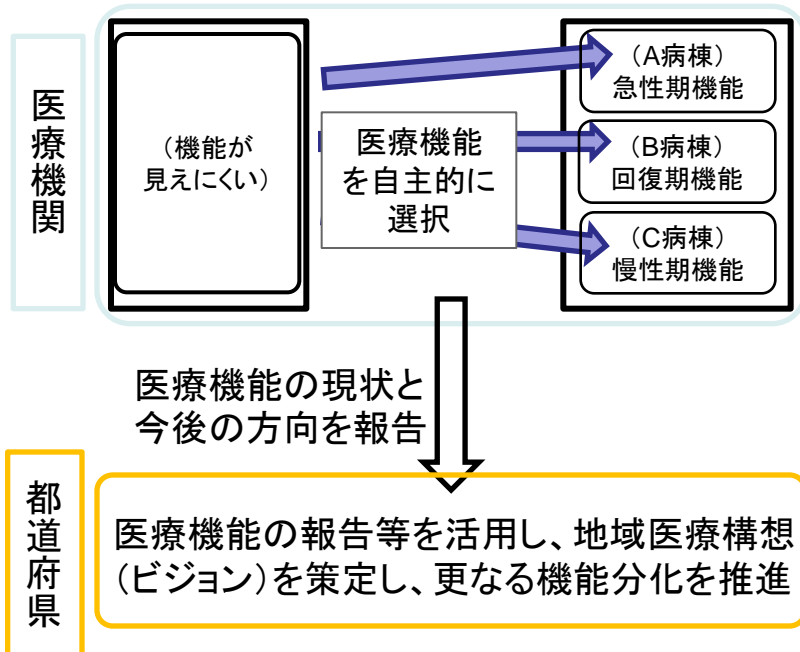
## ○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。

→ 10月1日～11月14日までに今年度分の報告を受け付け。現在、集計作業中。

## ○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、更なる機能分化を推進。国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度中）。



## 地域医療構想（ビジョン）の内容

- (1) あるべき将来の医療提供体制の姿
- (2) 2025年の医療需要及び各医療機能の必要量・構想区域ごとに推計
- (3) あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等



# 2025年のあるべき病床数の推計結果について

## 【現 状:2013年】

**134.7万床**

(医療施設調査)

病床機能報  
告123.4万床

高度急性期  
19.1万床

一般病床  
100.6万  
床

急性期  
58.1万床

回復期  
11.0万  
床

療養病床  
34.1万床

慢性期  
35.2万床

## 【推計結果:2025年】

機能分化等をしないうまま高齢化を織り込んだ場合:

**152万床程度**

2025年の必要病床数(目指すべき姿)

**115~119万床程度**

高度急性期  
13.0万床程度

急性期  
40.1万床程度

回復期  
37.5万床程度

慢性期  
24.2~28.5  
万床程度

NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7  
万人程度

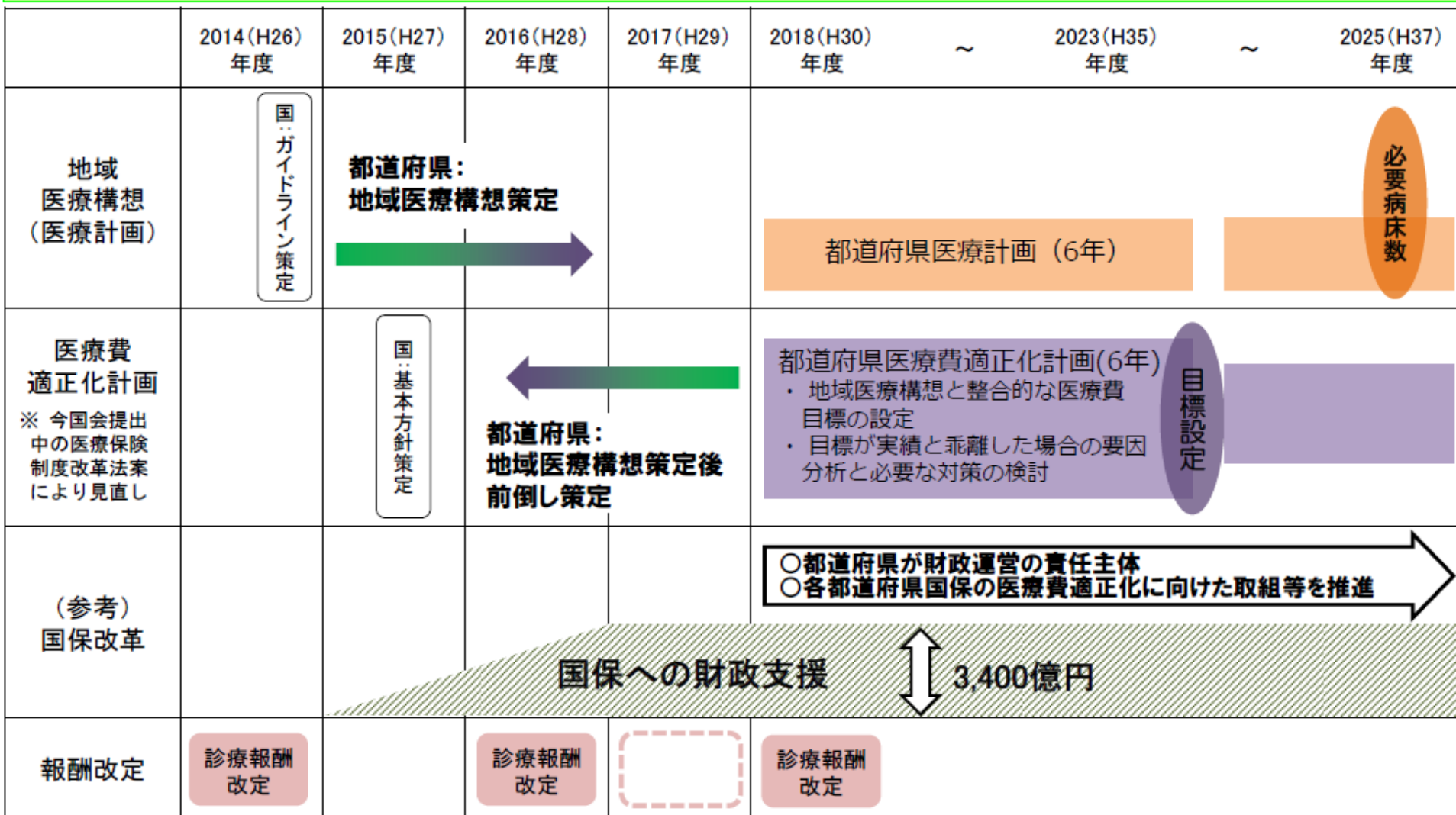
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

機能分化・連携

地域差の縮小

# 医療提供体制改革、医療費適正化計画策定等のスケジュール

○ 将来のあるべき病床機能を達成するために、都道府県において、データに基づいて将来必要となる病床数に係る地域医療構想を策定するとともに、地域医療構想と統合的な医療費目標等を盛り込んだ医療費適正化計画を前倒して策定することとされている。



# 国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

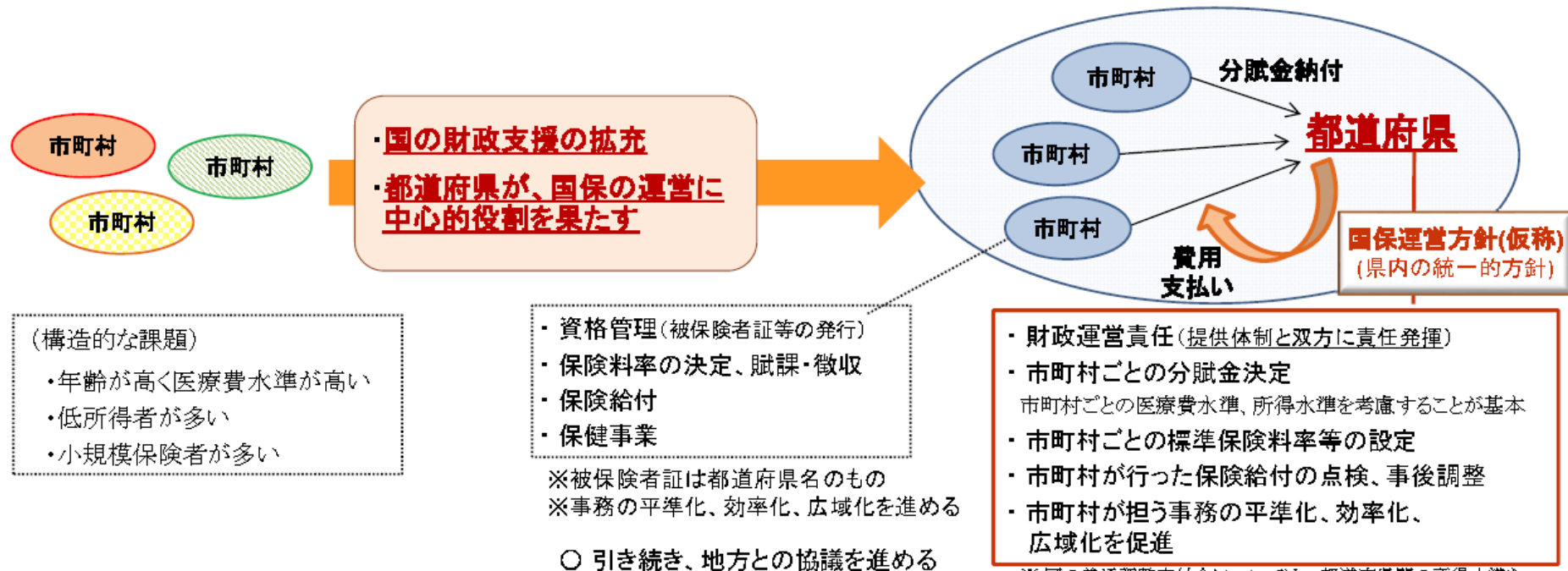
○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の**国保運営に中心的役割**を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、**全額**、都道府県が市町村に交付
- ・保険料負担の平準化を更に進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、**国保の運営方針を定め**、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と直接顔の見える関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

## 【現行】市町村が個別に運営

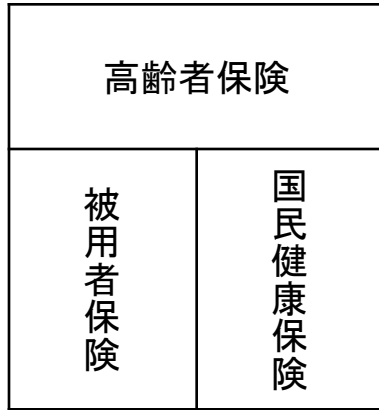
## 【改革後】都道府県が中心的役割



※ 国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

## 図： 高齢者医療に関する制度設計(概念図)

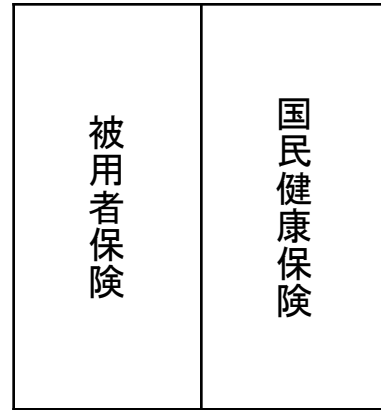
### 独立方式



#### [説明]

高齢者を対象として被用者保険および国民健康保険から独立させ保険制度を設ける方式。後期高齢者医療制度はこれに該当する。

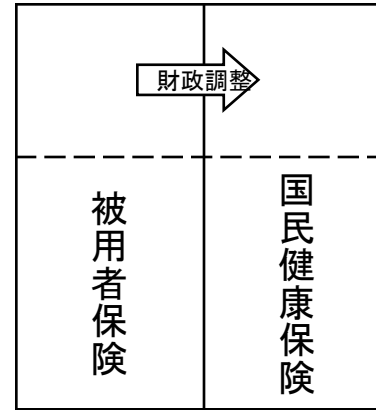
### 突き抜け方式



#### [説明]

被用者OBは被用者保険の現役が、国民健康保険OBは国民健康保険の現役が支えるという方式。二本建て体系を高齢者部分まで「突き抜け」させ純化させた方式である。

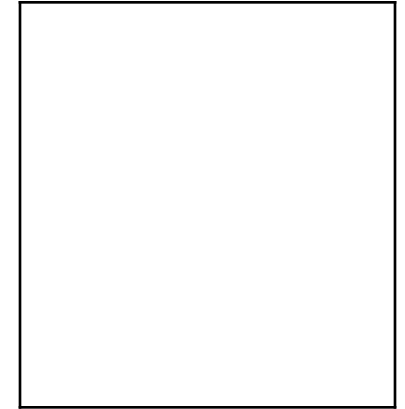
### 年齢リスク構造調整方式



#### [説明]

加入者の年齢構成の差は保険者の責任ではないから、年齢構成の相違に起因する医療費は、保険者間で財政調整する方式。前期高齢者医療制度で採られた方式であり、老人保健制度もこの方式に属する。

### 一本化方式

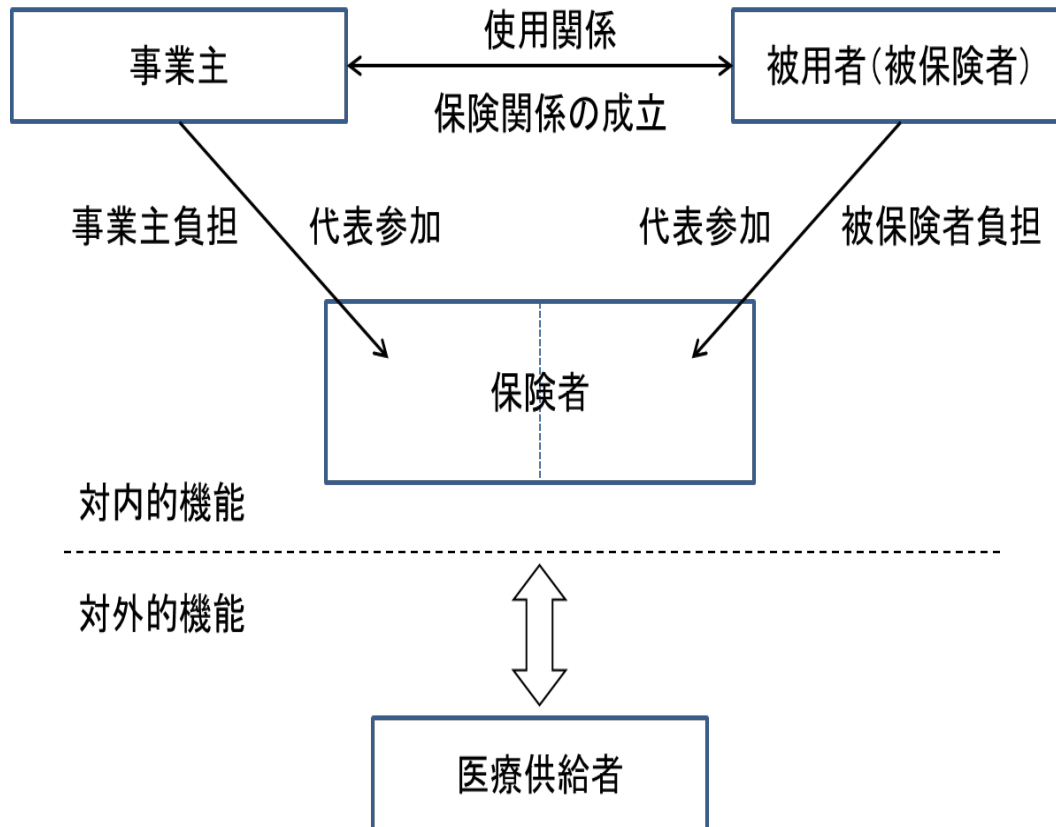


#### [説明]

保険集団を区分すれば年齢・所得の相違による「不公平」が発生するため、年齢や稼得形態で区分せず医療保険制度を一本化する（全国一本でなくとも都道府県単位で一本でもよい）という方式。

(出典) 島崎謙治『日本の医療—制度と政策』(東京大学出版会)

# 健保組合の構造と保険者機能



## 【対内的機能】

- ①被保険者の適用・管理
- ②給付見積と保険料設定
- ③保険料の賦課・徴収
- ④療養(費)の給付・支給
- ⑤保健事業

## 【対外的機能】

- ⑥レセプトの審査・支払
- ⑦医療供給側への働きかけ

(出典) 島崎謙治(2015)『医療政策を問いなおす』(ちくま新書)140-141頁。

# まとめ

1. 1961年から73年にかけて国民皆保険が実現・成熟した要因は社会経済が「右肩上がり」であったこと。「右肩下がりに」になれば、その逆(国民皆保険の形骸化)が生じるリスクがある。
2. 人口構造の変容は医療に直接あるいは(経済等のバイパスを通じ)間接的に甚大な影響を及ぼす。財政制約および人的資源制約は非常に厳しい。
3. 社会保障の持続可能性の焦点は年金よりも医療・介護に移る。さらに、医療制度改革の重点は提供体制の改革に置かれる。
4. 今後とも診療報酬は最も重要な政策ツールであるが、診療報酬一本槍ではなく、計画的手法や医学教育の見直し等を含めたポリシー・ミックスが必要。ただし、克服すべき課題は山積。
5. 主要な医療制度改革は2018年度に結節する。この数年が正念場であり時間的余裕はまったくない。
6. 保険者機能の発揮は重要であるが、わが国の保険者のガバナンス構造および実態等を十分踏まえる必要がある。