

**日本製薬産業政治連盟・講演会**

**日本の国民皆保険制度と  
アジアへの示唆**

**平成25年5月17日（金）**

**参議院議員 武見 敬三**

# 目次

1. 中産階級育成のための包括的政策  
パッケージ
2. 日本の皆保険制度の効果と特徴
3. 日本の医療制度の法的枠組み
4. 日本及びアジア諸国が直面している  
課題
5. 日本の今後の方向性と提示しうる教訓

---

# 1. 中産階級育成のための包括的 政策パッケージ

## 1960年代の日本の中産階級育成のための包括的政策パッケージ

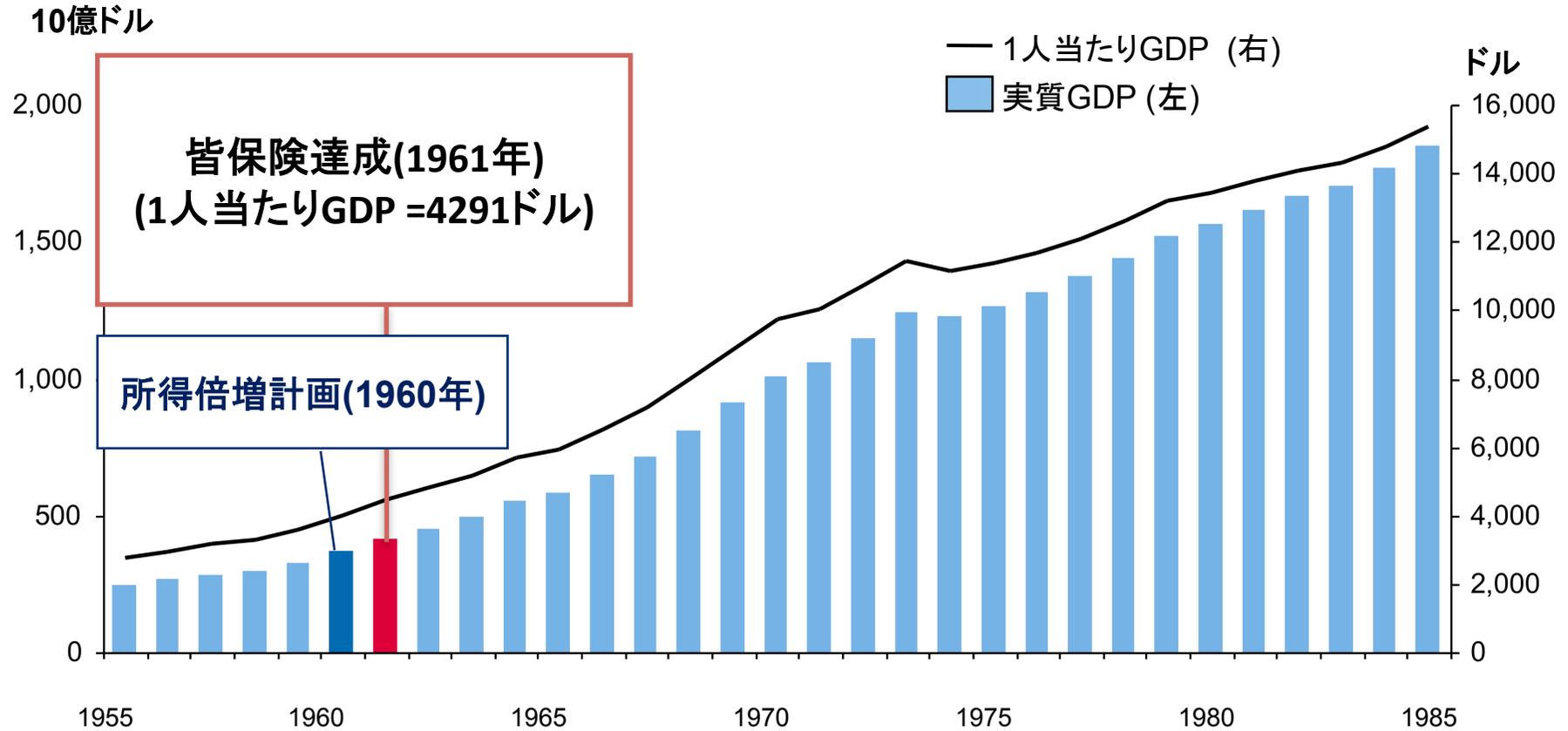
- 『国民所得倍増計画』(1960年)の下、経済政策と所得格差の緩和や社会的安定の確保といった社会保障政策が一つに。
- 輸出増進を主要な手段とする国民生産の倍増に加え、道路・港湾・都市計画・下水・住宅等の社会資本の拡充と失業の解消や社会保障・社会福祉の向上を通じて、健康で教育レベルの高い中産階級を育成。
- 医療皆保険もこの政策パッケージの一環として1961年に導入。

### パッケージの主な内容

- 〔雇用〕 日本型雇用慣行の普及・定着（終身雇用制、年功序列賃金、低い失業率）  
完全雇用を目指した失業者の就職支援
- 〔医療〕 医療皆保険・皆年金の導入（1961年）
- 〔税制〕 累進所得課税（1961～1974年の最高税率：75%）

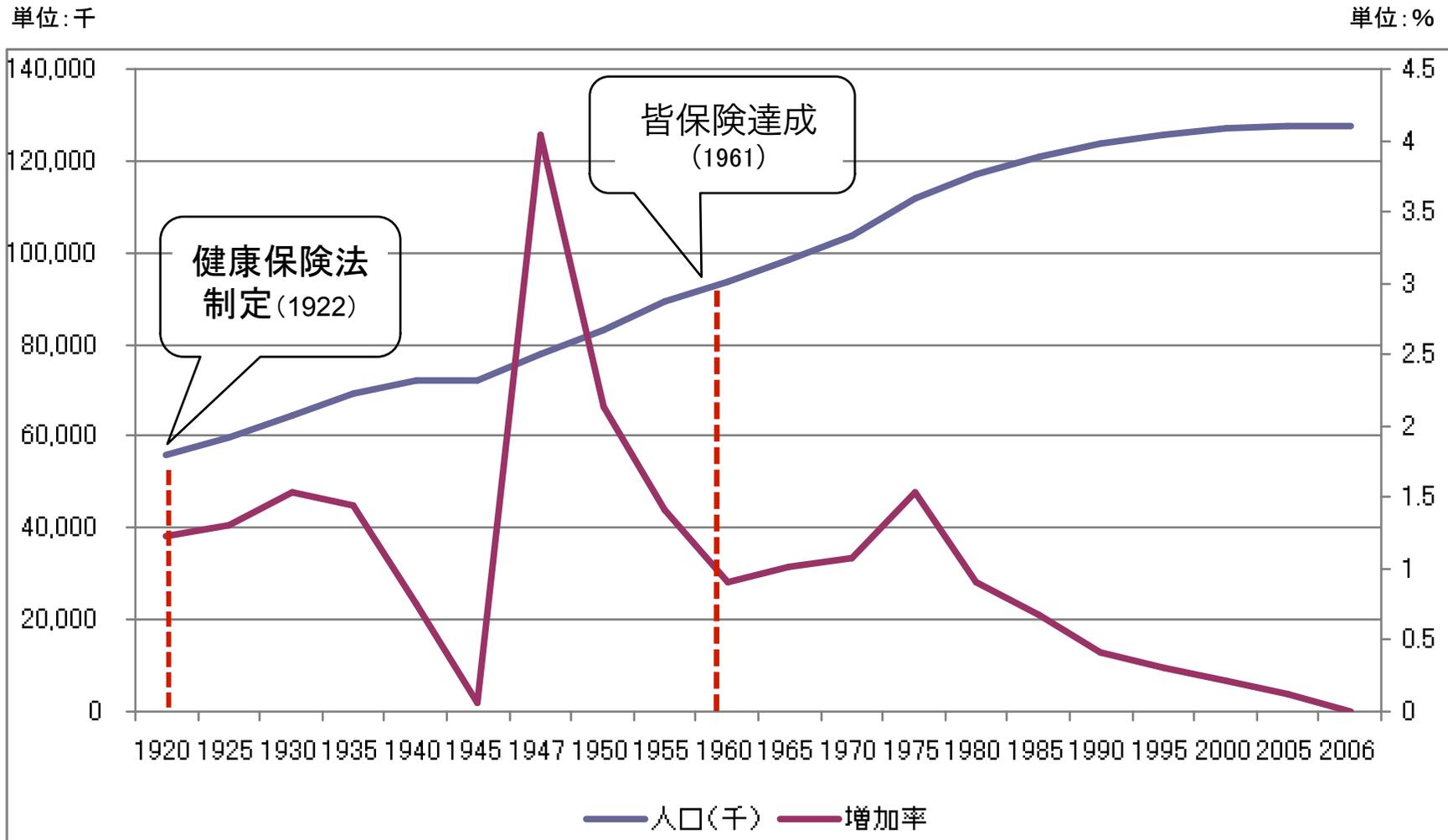
# 日本のGDPの変遷

(ゲリー・カミス集計法)

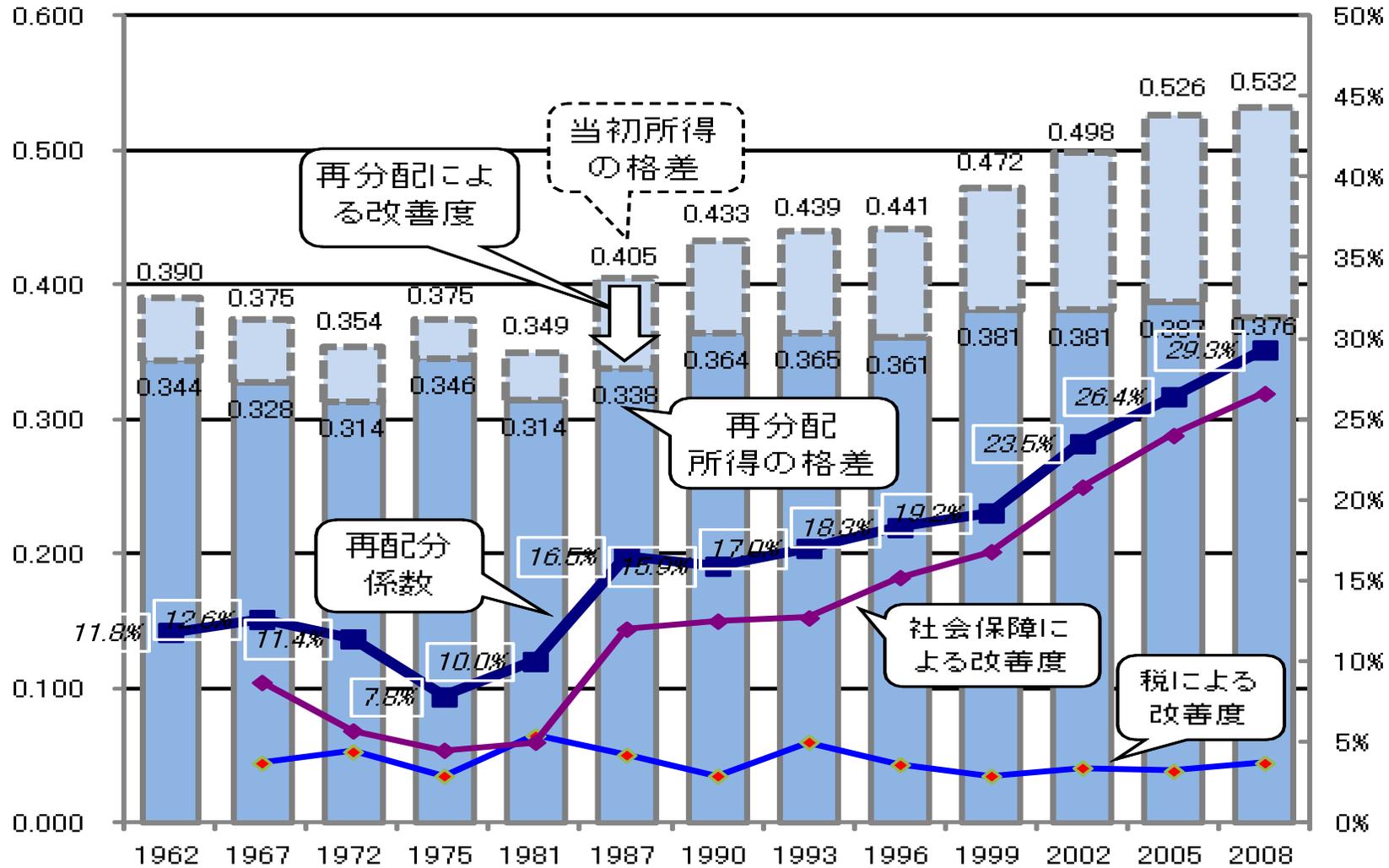


出典: Angus Maddison (2001) "The World Economy – A Millennial Perspective"

# 日本の人口と人口増加率 (1920-2006)



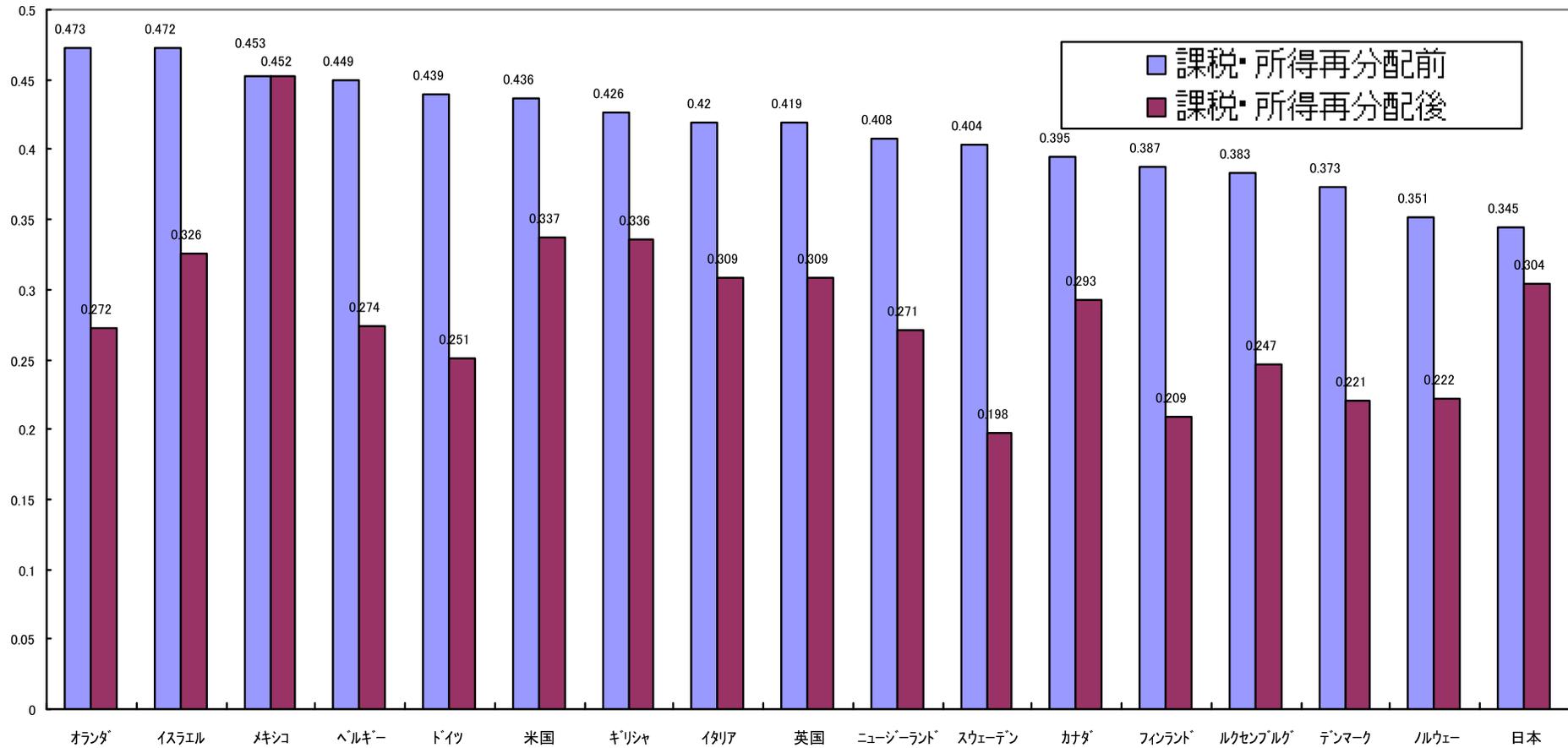
# 日本の所得再分配の推移



(注) 1999年(平成11年)以前の現物給付は医療のみであり、平成14年以降については医療、介護、保育である。

出典:厚生労働省「所得再分配調査」

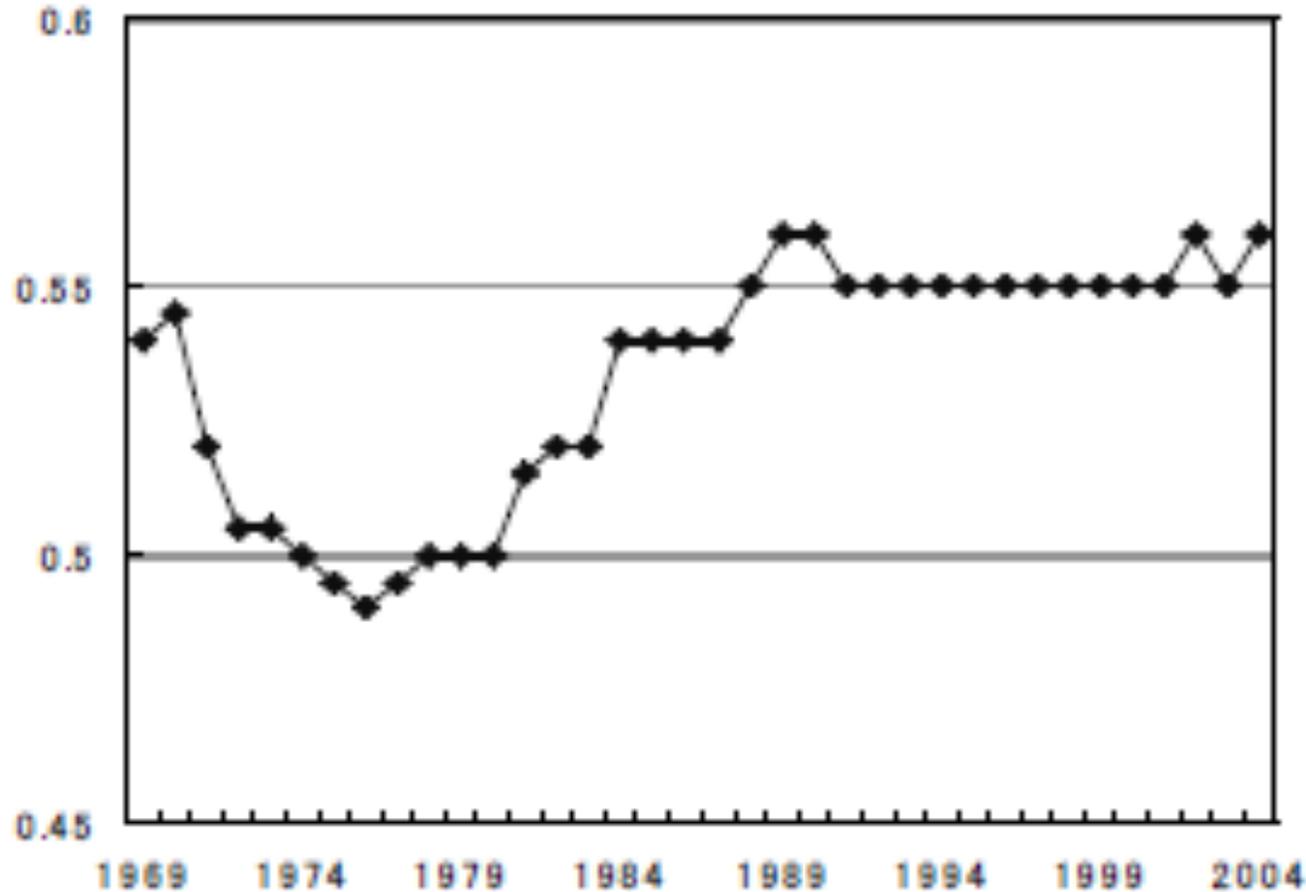
# 各国の1980年代半ばのジニ係数



出典: OECD Database on Household Income Distribution and Poverty

# 賃金格差の動向

十分位分散係数  
(P90-P10)/(2\*P50)

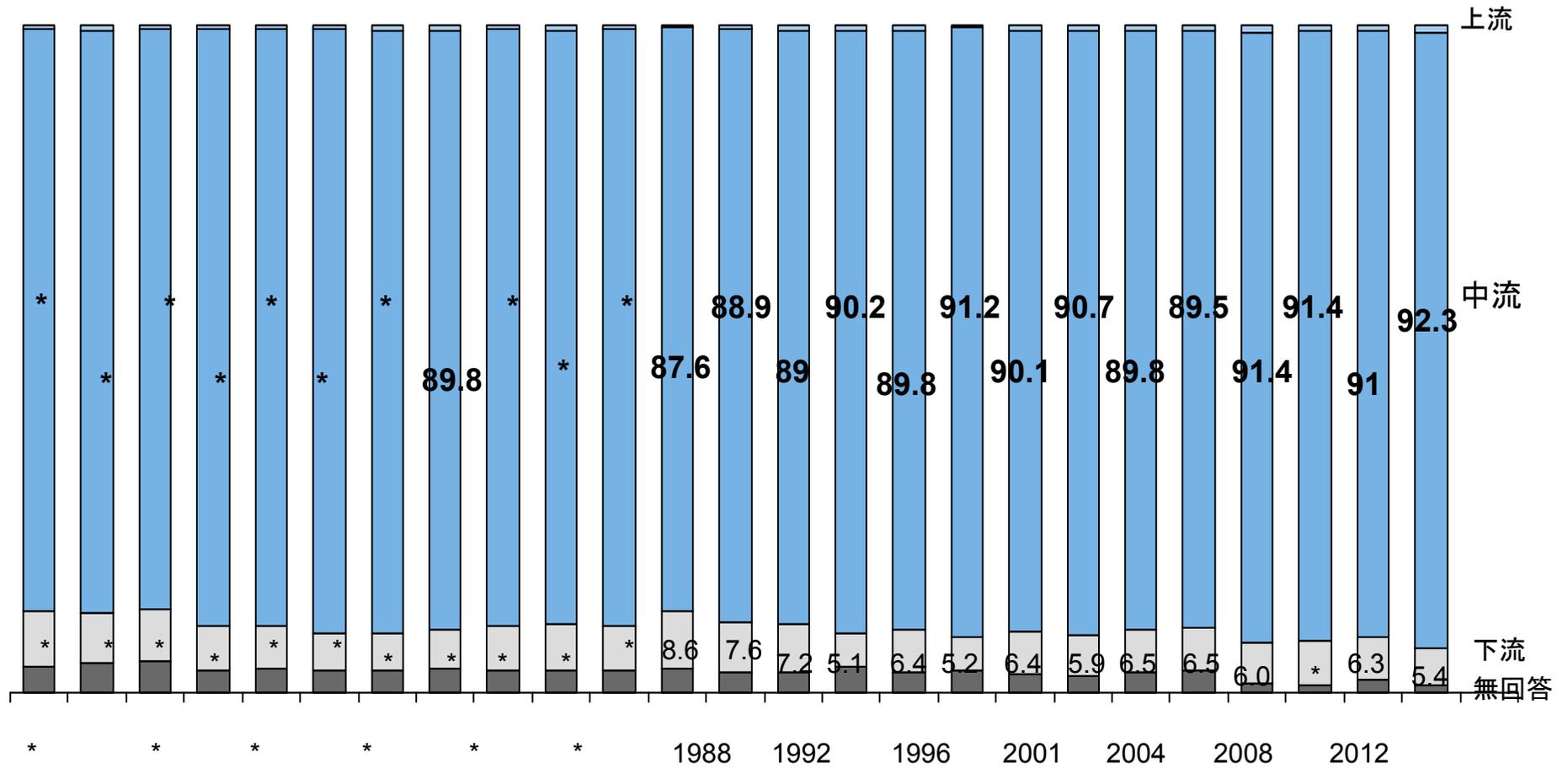


注:本調査は企業規模10人以上の事業所を対象としたものであり、官公庁を含まない。全男性労働人口の45%ほどをカバーしている。第9十分位(全体の中で上から10%)と、第10十分位(下から10%)の差をとって真ん中の値(中位数)の2倍で割ったもの。これが大きければ大きいほど格差は大きい。

出典:「賃金構造基本統計調査」厚生労働省

# 中流意識

自分はどの社会階級に属していると感じているか



出典:内閣府世論調査

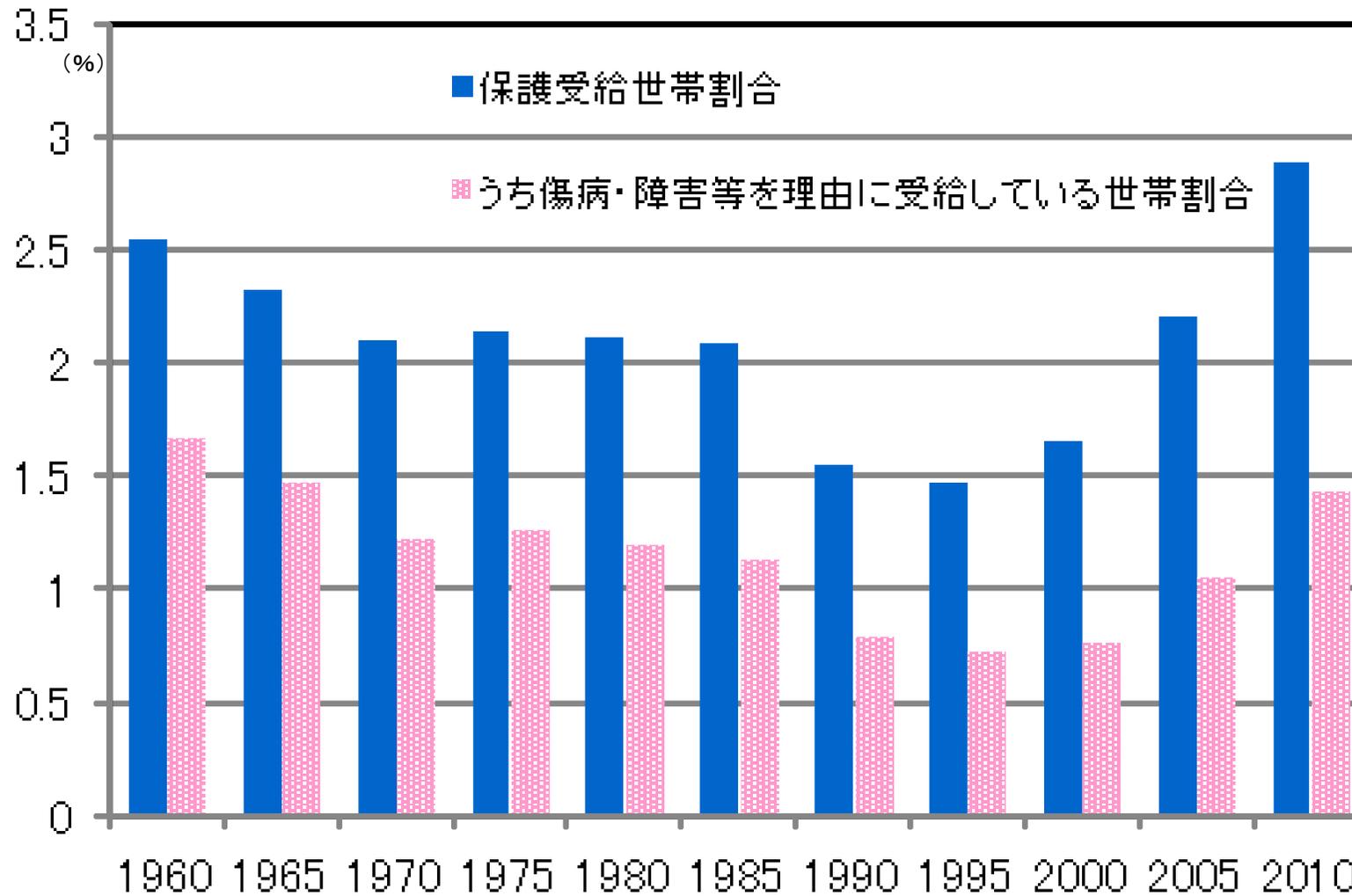
---

## 2. 日本の皆保険制度の効果と特徴

## 日本の国民皆保険制度の特徴

- 保険料、患者負担、税金の医療財源の内、保険料に大きく依存した構成
- 社会的脆弱者は、生活保護制度で対応
- 医療提供体制は官民連携
- 保険者統合せず後に保険者間支援金制度導入
- 健康で安定した中産階級人口の増加を目指す政策パッケージの一つ
- 経済成長、人口ボーナス以前の段階で政策パッケージ導入

# 生活保護受給世帯割合の推移



出典:立社会保障・人口問題研究所「生活保護」に関する公的統計データ一覧(資料3)」

## 日本の国民皆保険制度の5つの効果

- **健康面での効果**

非感染症疾患の対策を通じて、成人人口の平均寿命の延長に貢献

- **所得再分配の効果**

- **家計面での効果**

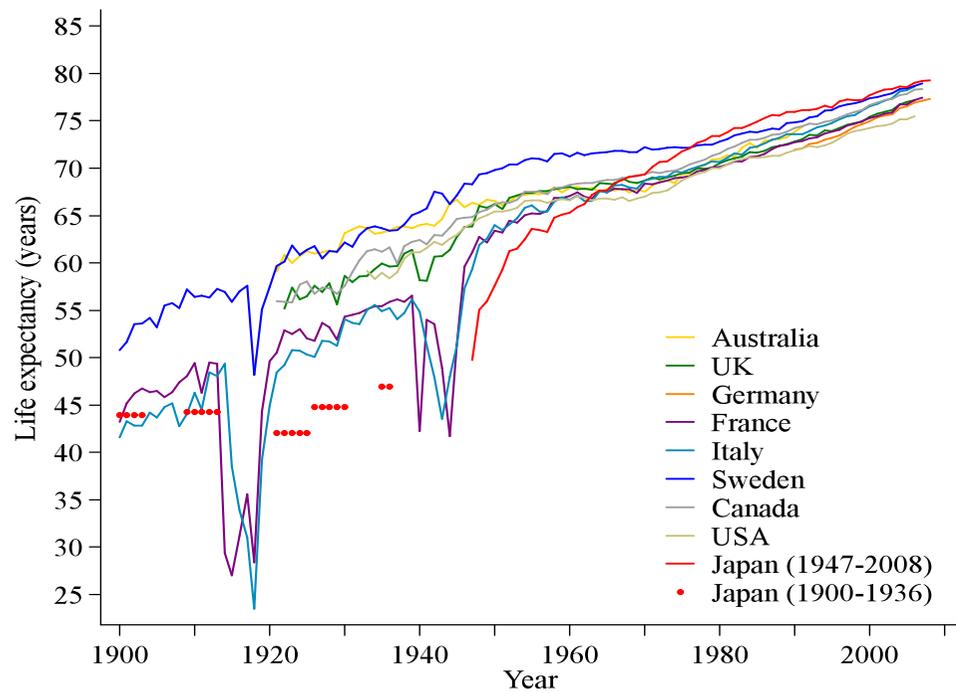
医療費自己負担による家計破綻の回避

- **連帯意識の育成効果**

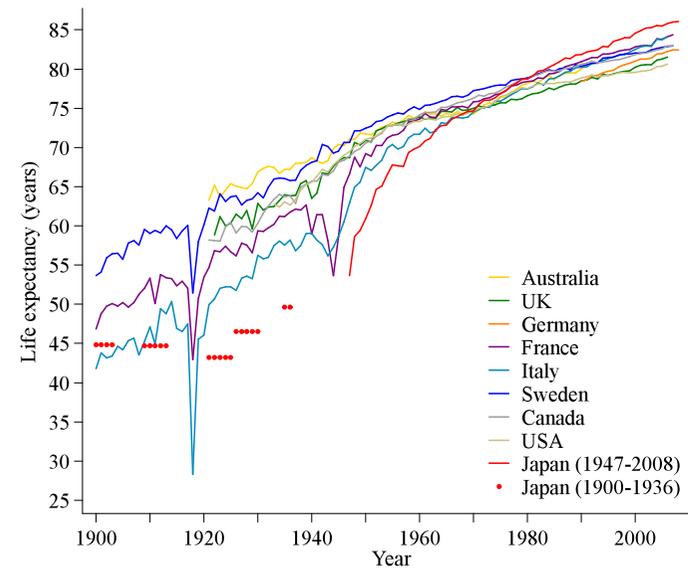
- **社会及び政治の安定効果**

# 出生時の平均寿命の推移 (1900～2008年)

男性



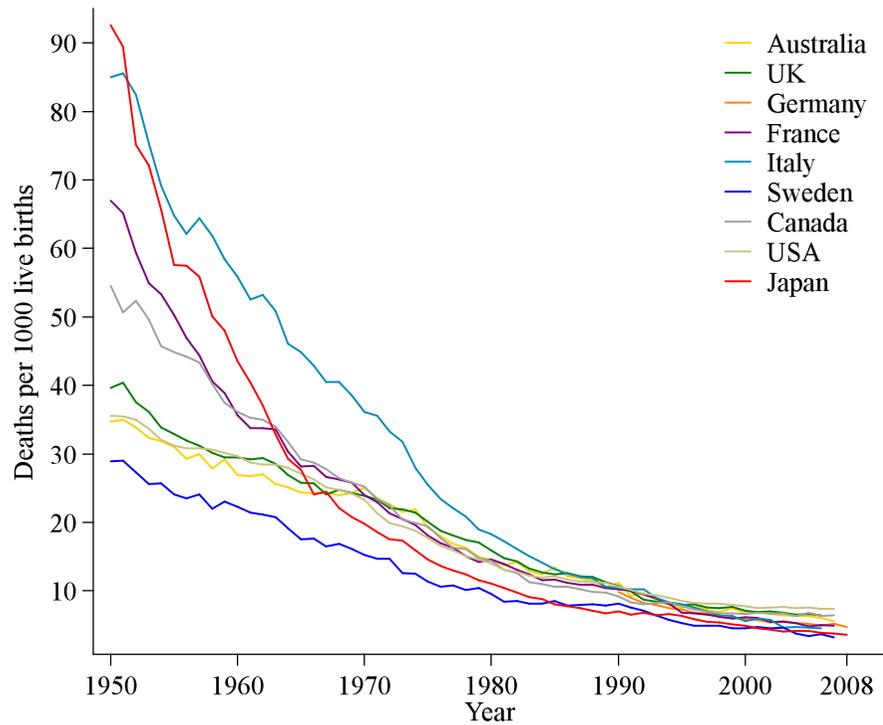
女性



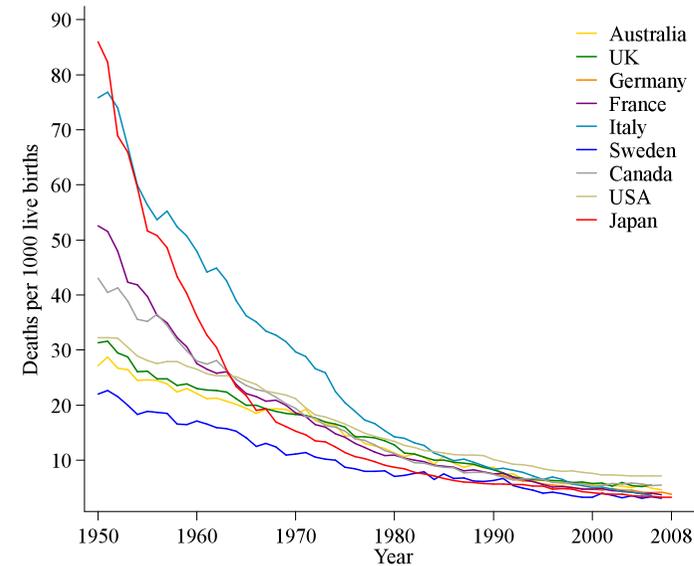
出典: ランセット日本特集号 Population Health

# 5歳未満の小児死亡率の推移 (1950～2008年)

男性



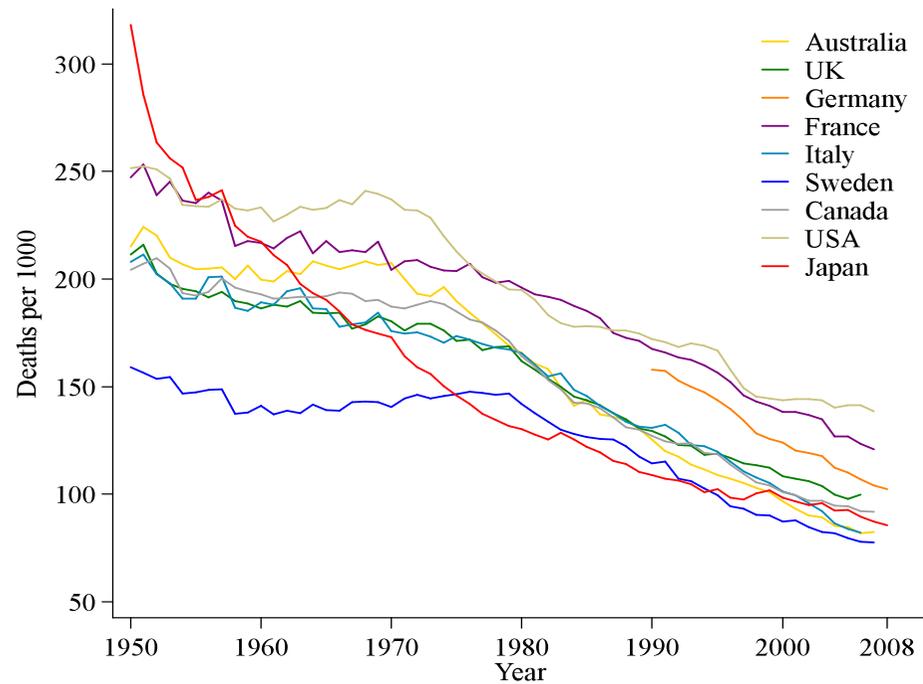
女性



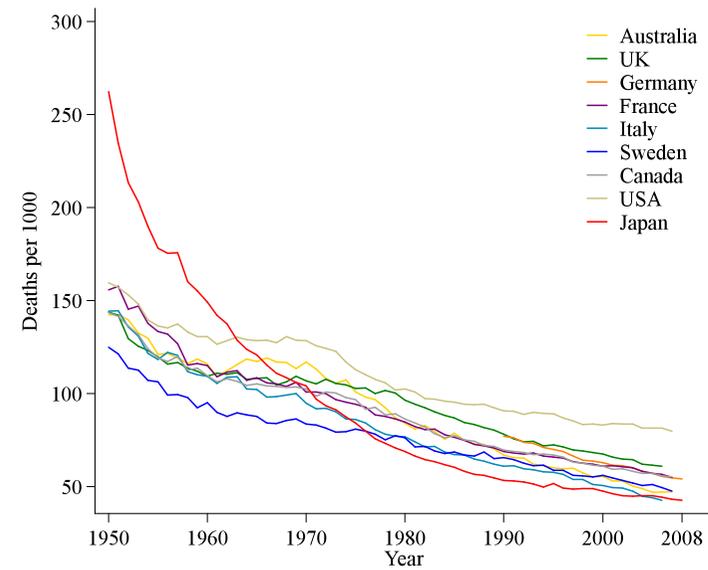
出典: ランセット日本特集号 Population Health

# 成人死亡率の推移 (1950~2008年)

男性

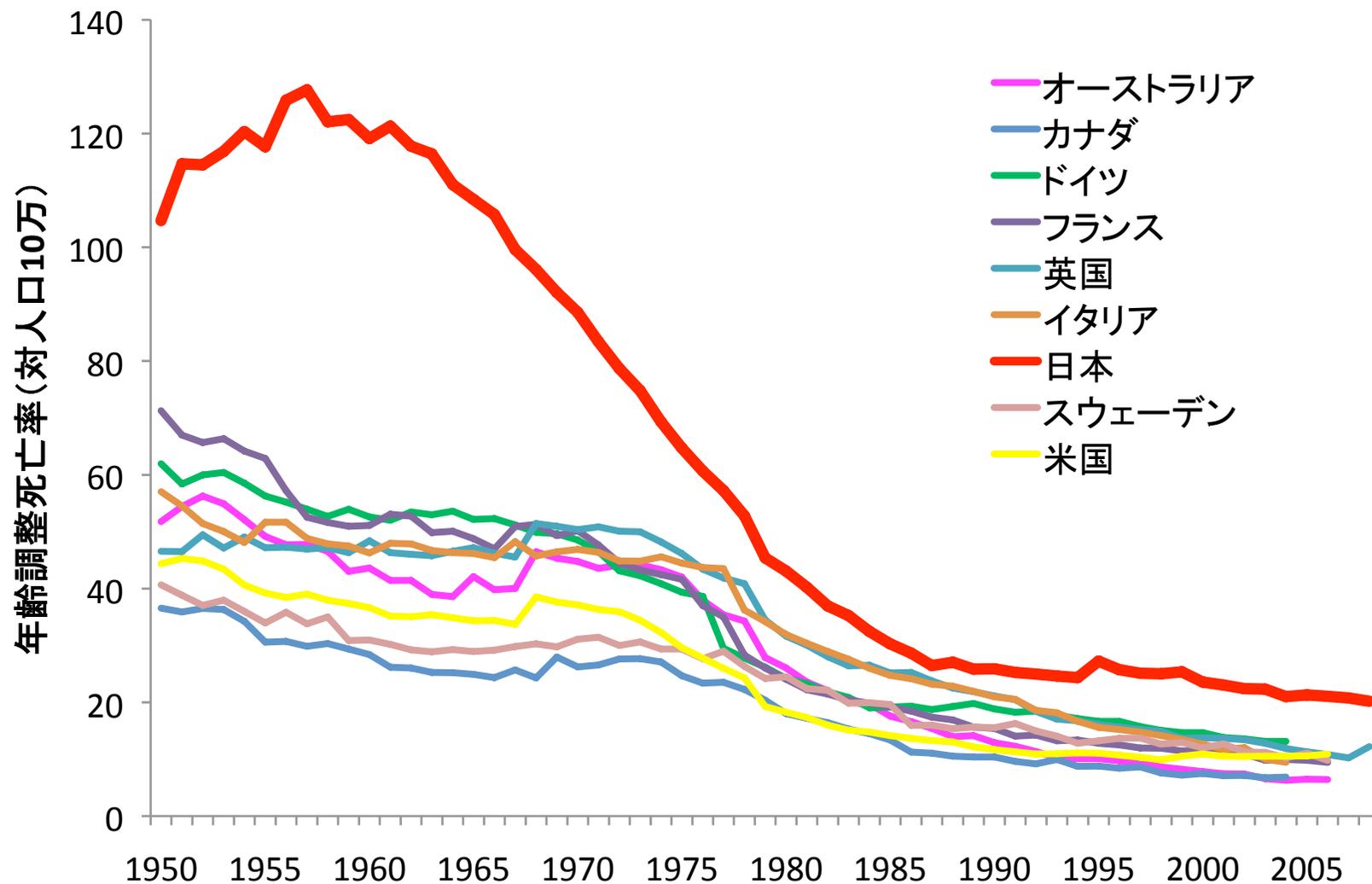


女性



出典: ランセット日本特集号 Population Health

# 脳卒中年齢調整死亡率年次推移 (男性、30歳～69歳)

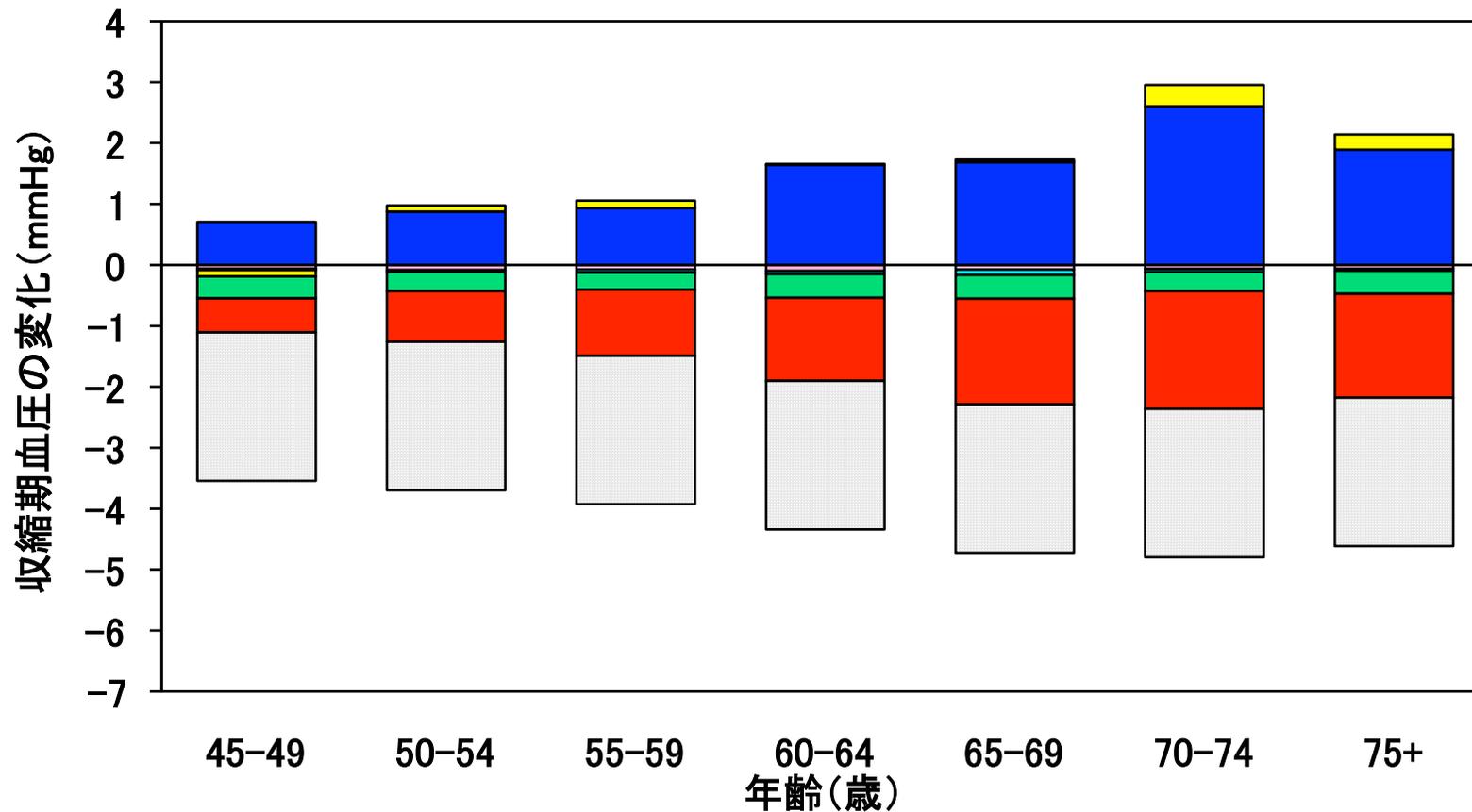


出典: ランセット日本特集号 Population Health

# 平均最高血圧低下への各危険因子の寄与： 降圧剤の影響が大きい

(男性、1984～2002年)

■ 肥満 ■ 運動 ■ 禁煙 ■ 飲酒 ■ 減塩 ■ 降圧剤服用 ■ 不明



出典: ランセット日本特集号 Population Health; Ikeda et al. Bulletin of the WHO 2008;86:978-988.

---

## 3. 日本の医療制度の法的枠組み

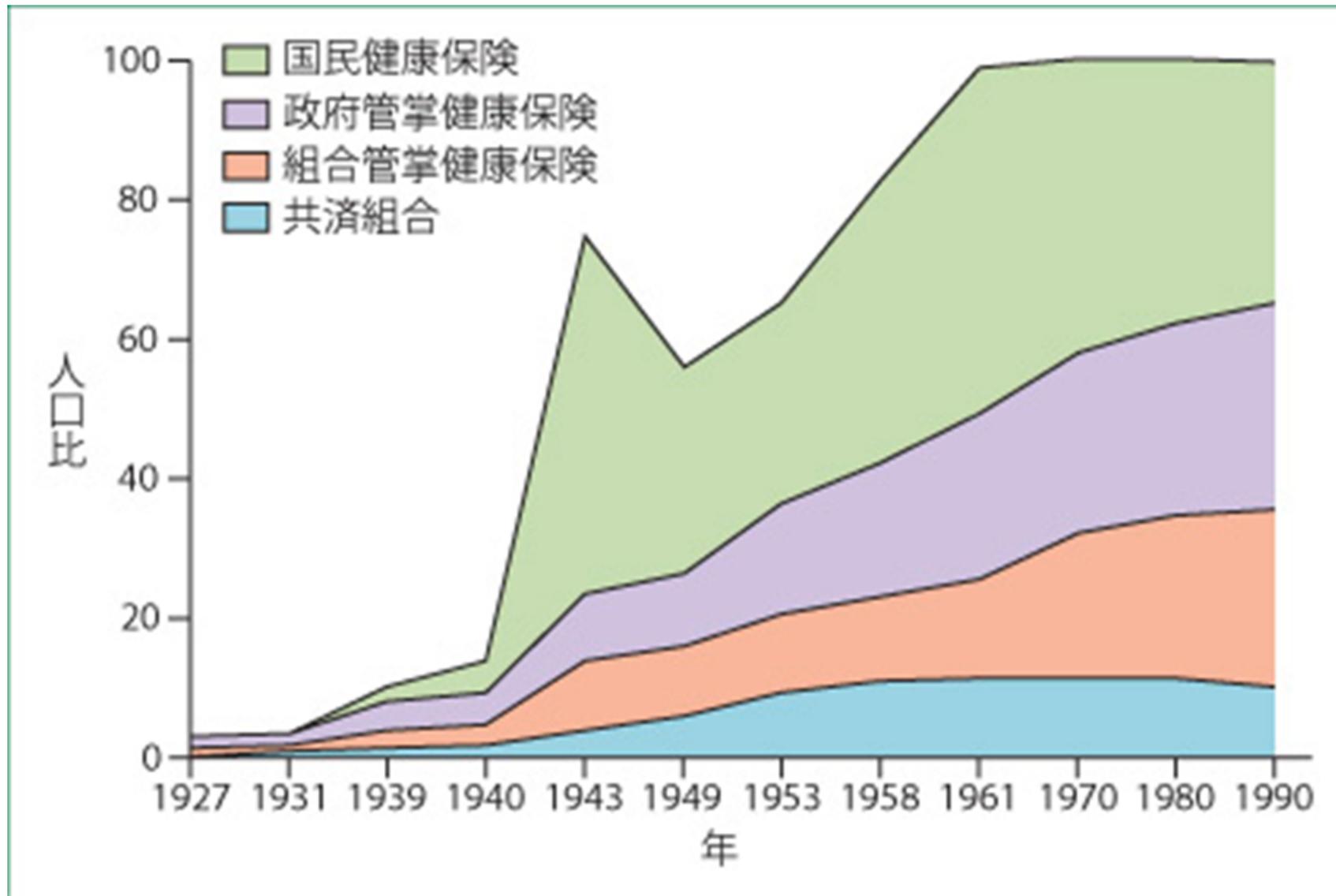
# 法律論から見た皆保険制度の基本構造

1. 戦前：健康保険法（1922年）及び国民健康保険法（1938年）の併存
2. 戦後：国民健康保険法を基本法とした修正による皆保険制度の設計
  - ◆第5条（被保険者）：区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする
  - ◆第6条（適用除外）：健康保険法の被保険者等を国保の被保険者としないと規定。
  - ◆医療保険統合の土台は国民健康保険
3.
  - ①経済的破綻の回避
  - ②アクセスの平等
  - ③診療報酬統一（1958年）による給付の平等に法律運用上の優先順位を置く。

# 日本の医療制度の変遷

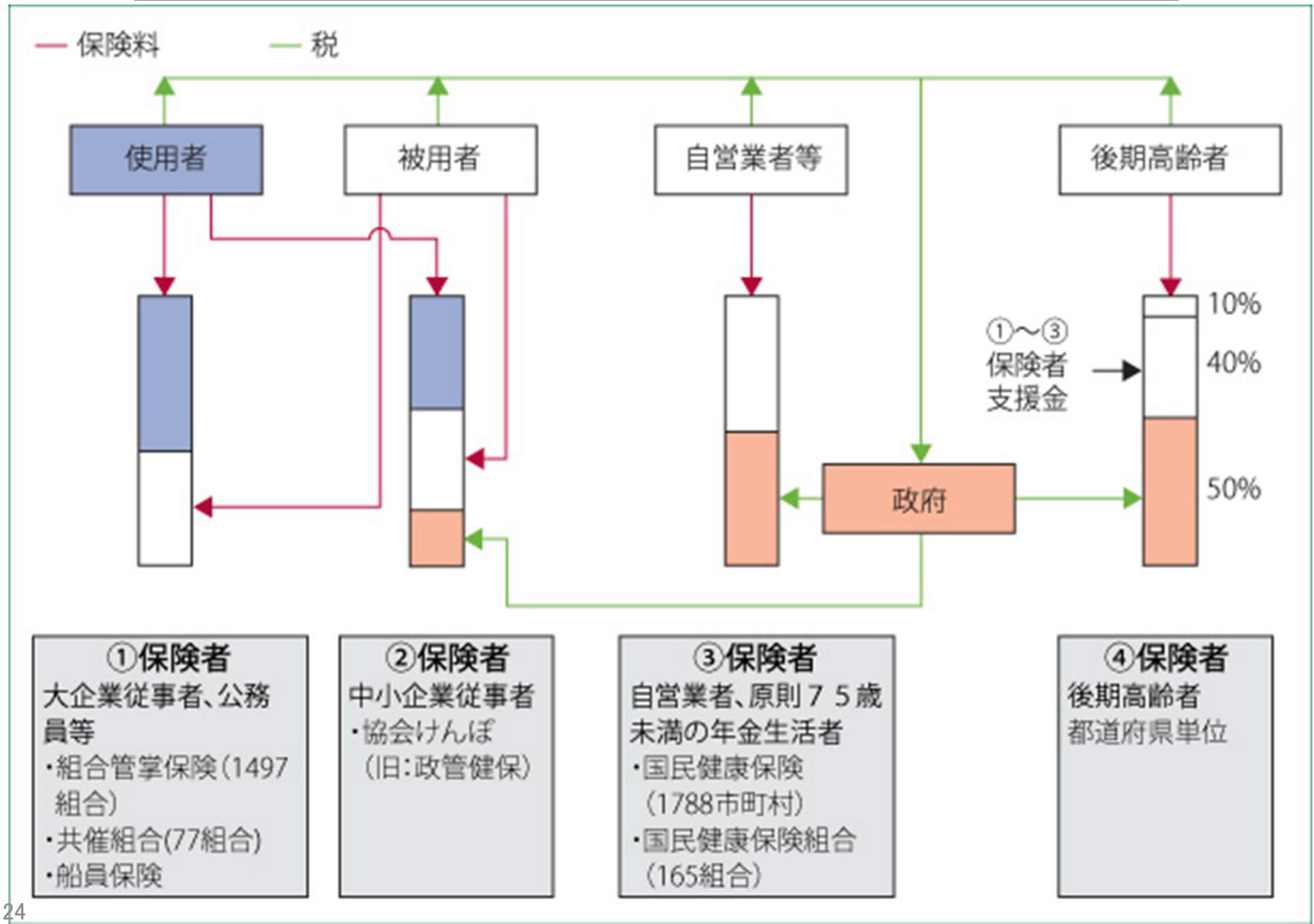
1922年	健康保険法制定
1938年	国民健康保険法制定
1961年	皆保険達成
1973年	老人医療費の患者負担無料化
1982年	老人保健法制定
1984年	被用者の医療費1割負担導入
1997年	被用者の医療費負担2割に引き上げ
2000年	介護保険法制定
2001年	高齢者医療費の自己負担が定額制から上限付きの1割負担に変更
2003年	被用者の医療費負担3割に引き上げ
2008年	後期高齢者医療制度施行

## 日本における医療保険適用人口比率の変遷（1927－90）



資料: 高木安雄(1994)「国民健康保険と地域福祉—長期入院の是非と国保安定化対策の実際と問題点」『季刊社会保障研究』30(3):239 注)戦時下の数値は推計値

# 社会保険の4つの階層におけるお金の流れ



# 健保組合間の格差

## (2007年度、1514組合)

	最低	最高	中央値	平均	S. D.
加入者数(人)	26	58,4681	7,585	20,184.7	4,4147.1
本人の平均年齢(才)	25.8	54.1	41.6	41.3	3.3
標準報酬(月収\)	210,463.0	1,030,349.0	368,333.0	379,381.6	81,462.7
加入者一人当たり医療費(\)	21,113.0	271,336.2	152,946.2	151,222.9	29,535.3
加入者一人当たり付加給付(\)	0	37,973	4,842.5	5,179.9	4,614.7
月収当たりの保険料率(%)	3.12	9.62	7.40	7.31	1.04

\* 付加給付のない組合は205(13.5%)

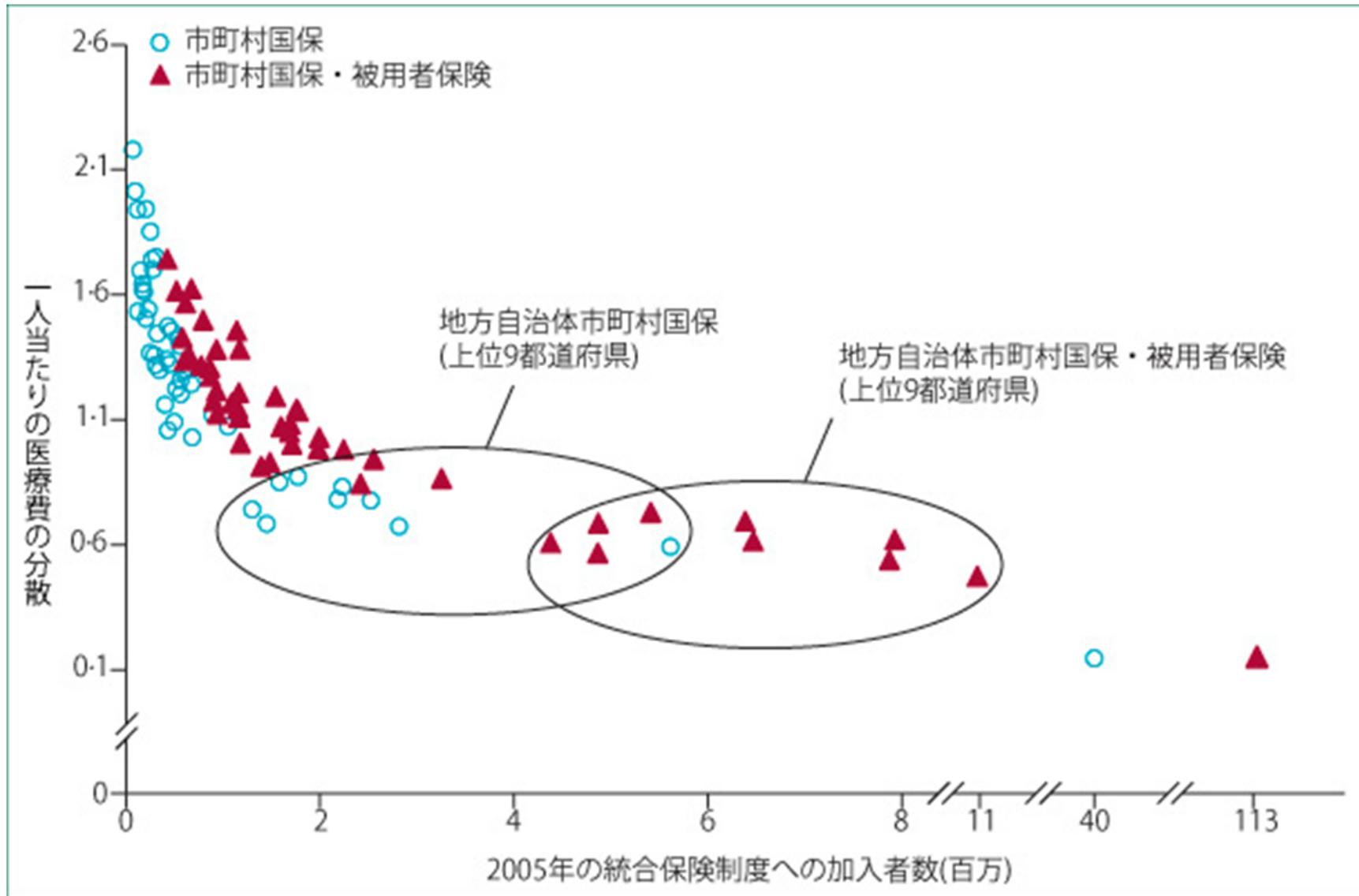
# 保険料負担の格差

(単位:万円)

保険区分 総収入額	市町村	国保				組合 健保	協会 けんぽ
		1人世帯	2人世帯	3人世帯	4人世帯		
給与年収 <b>200万円</b> (月収117,647円) 固定資産税 額6万円	A	10.0	8.6	7.7	10.3	4.0	8.2
	B	13.4	16.0	16.5	18.6	8.2	
	C	15.5	17.9	18.1	20.0	6.2	
	D	16.9	19.9	20.5	22.9	7.5	
給与年収 <b>300万円</b> (月収294,118円) 固定資産税 額8万円	A	17.7	16.4	15.0	11.9	6.1	12.5
	B	20.0	22.6	25.1	27.7	12.5	
	C	22.8	25.2	27.6	30.0	9.4	
	D	25.3	28.3	31.3	34.3	11.4	

出典:国民保険中央会資料

# 日本における市町村国保と被用者保険を統合した場合の規模(加入者数)と医療費の分散(2005)



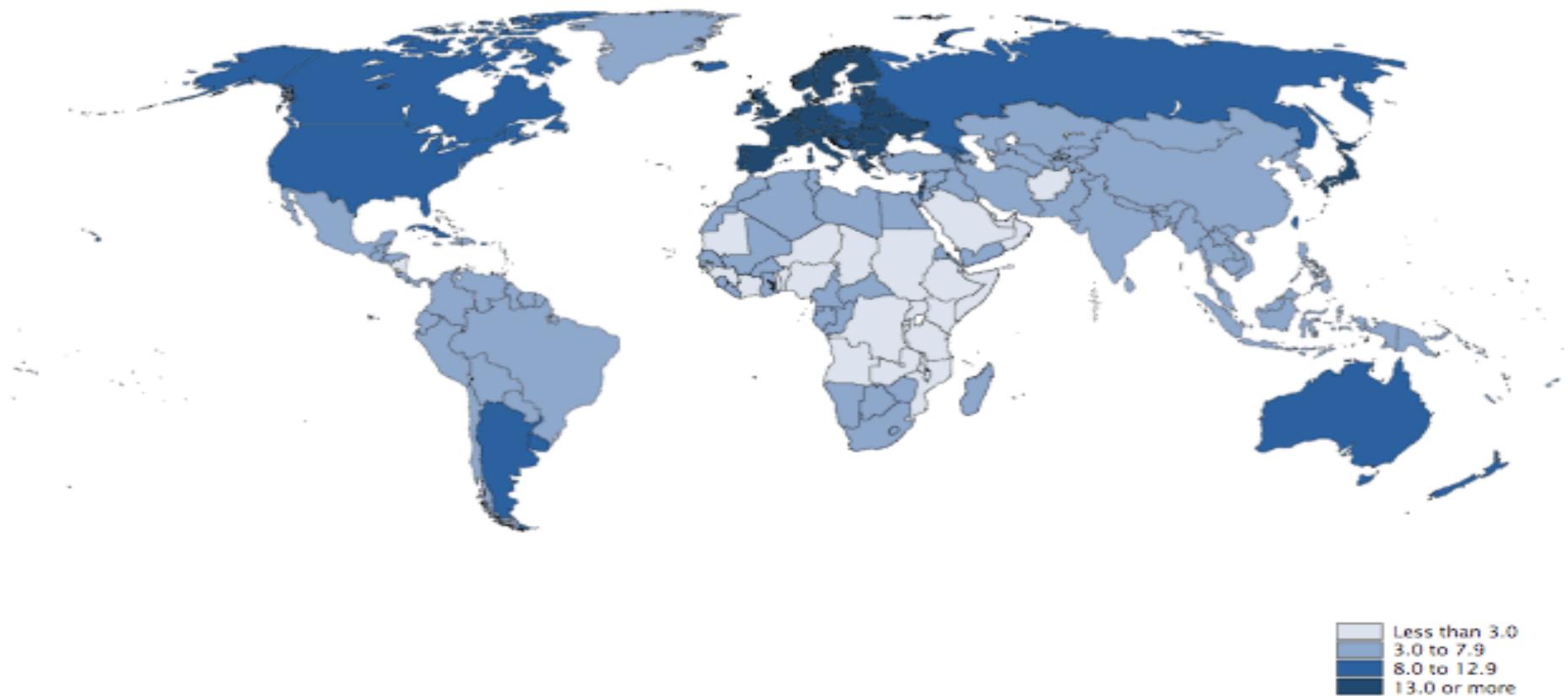
注: 1番右端の青い丸と赤い三角は、全国レベルで統合された場合の分散を示している。  
 出典: 厚生労働省(未公開データ)

---

## 4. 日本及びアジア諸国が直面している課題

# 65歳以上の世界人口 2000

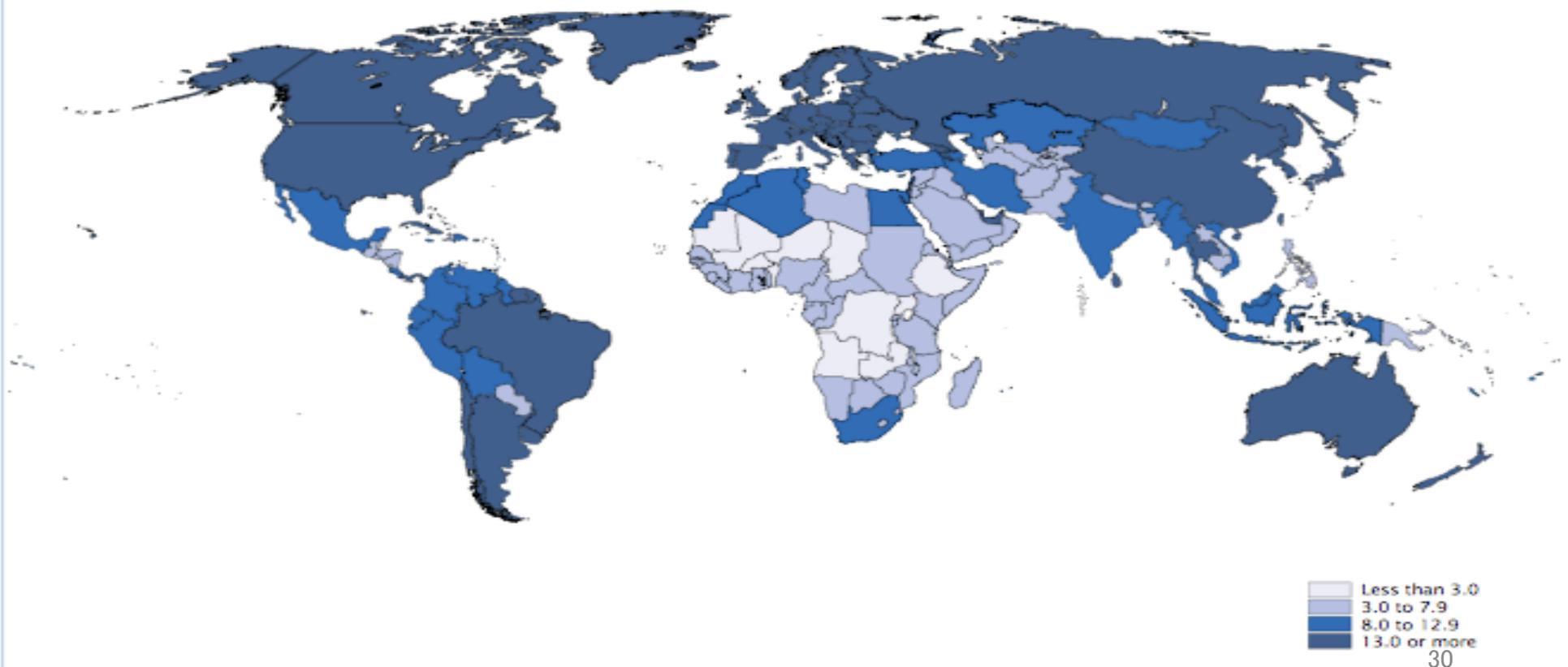
Figure 1-1.  
Percent Aged 65 and Over: 2000



Source: U.S. Census Bureau, 2000a.

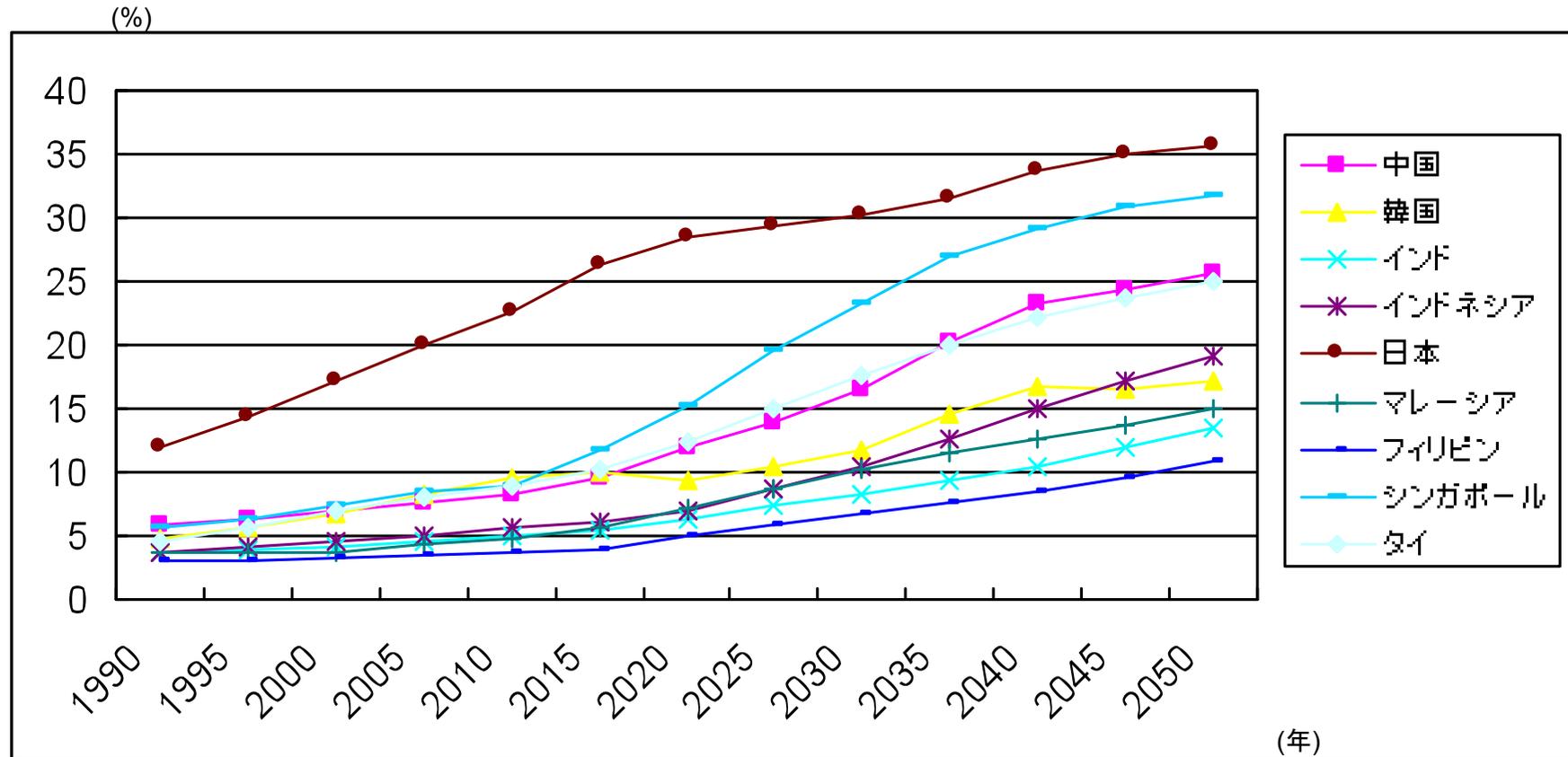
# 65歳以上の世界人口 2030: 高齢化社会

Figure 1-2.  
Percent Aged 65 and Over: 2030



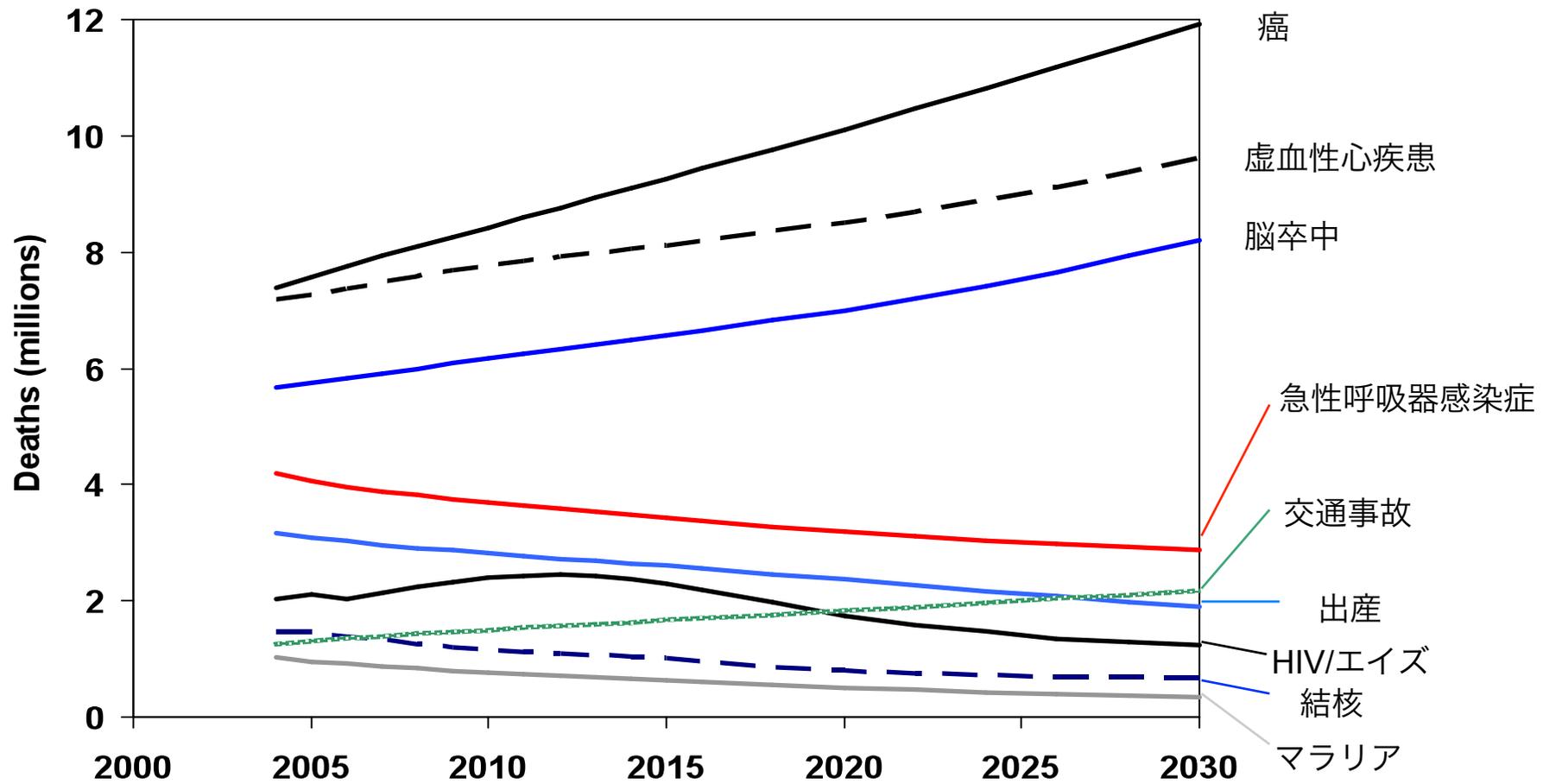
Source: U.S. Census Bureau, 2000a.

# アジア諸国における65歳以上の人口比率の変遷 (1990-2050年)

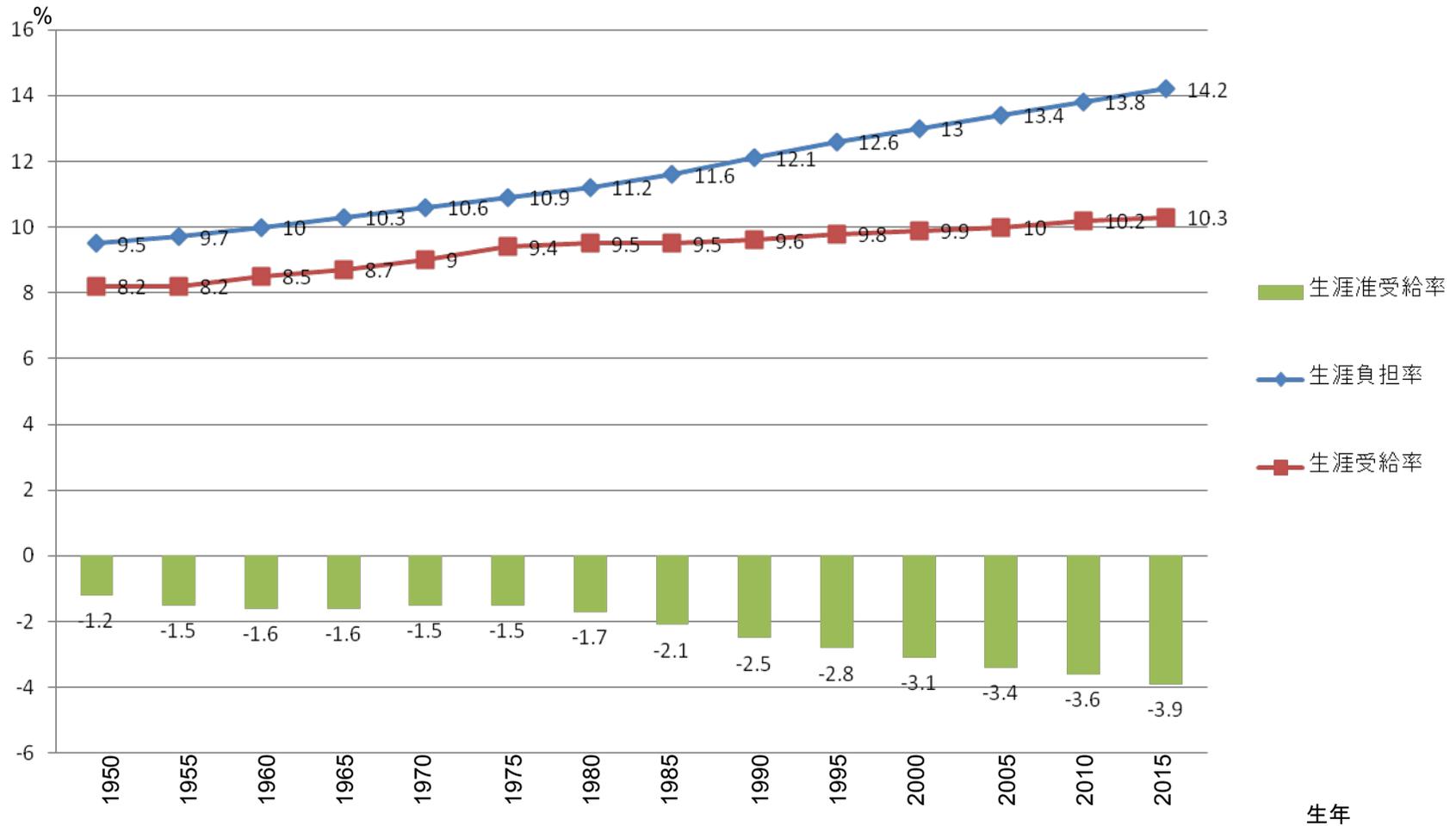


出典: "World Population Prospects: The 2010" 国連事務局経済社会問題局人口課

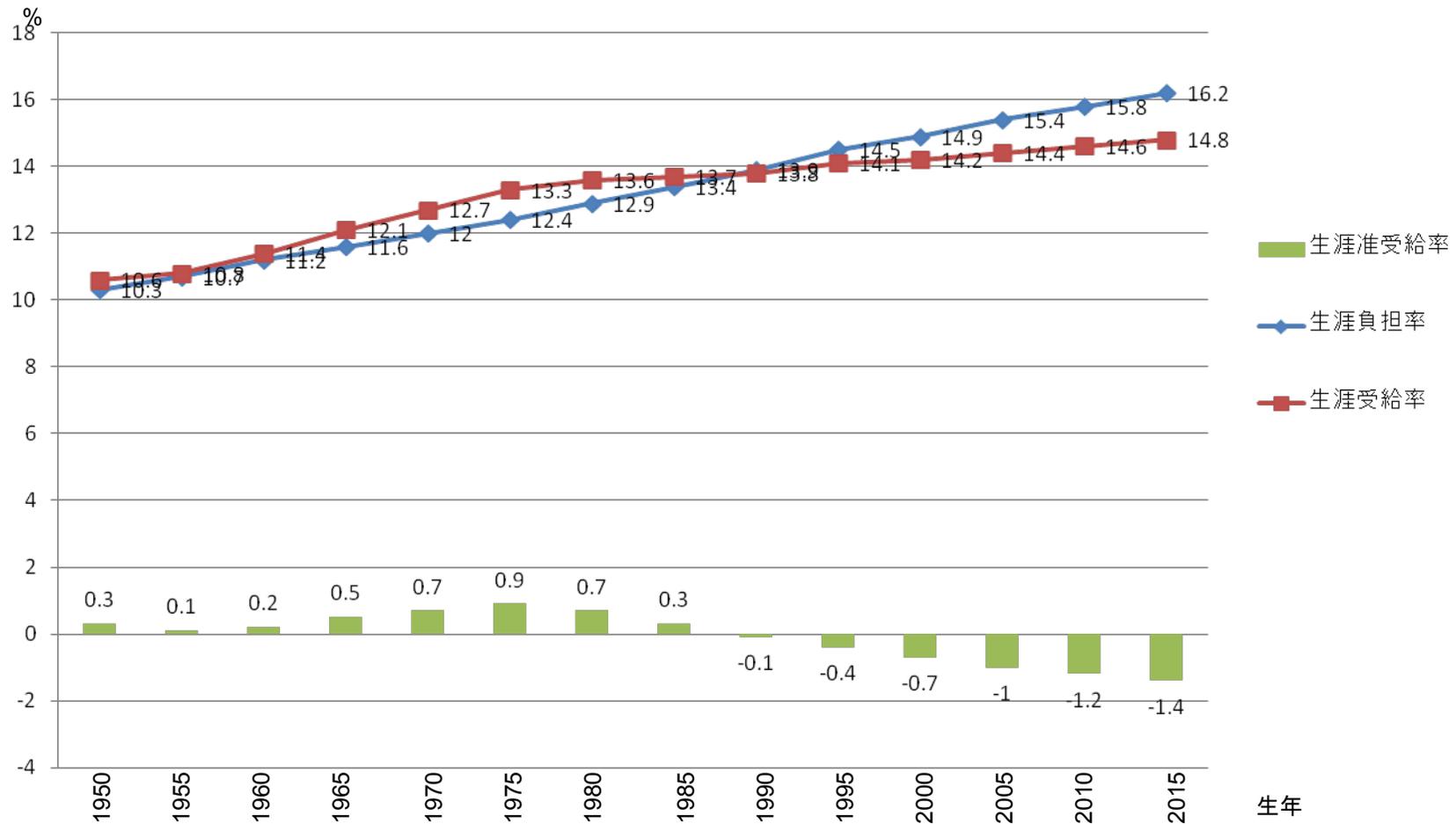
# 死因の将来予測 (2004-2030)



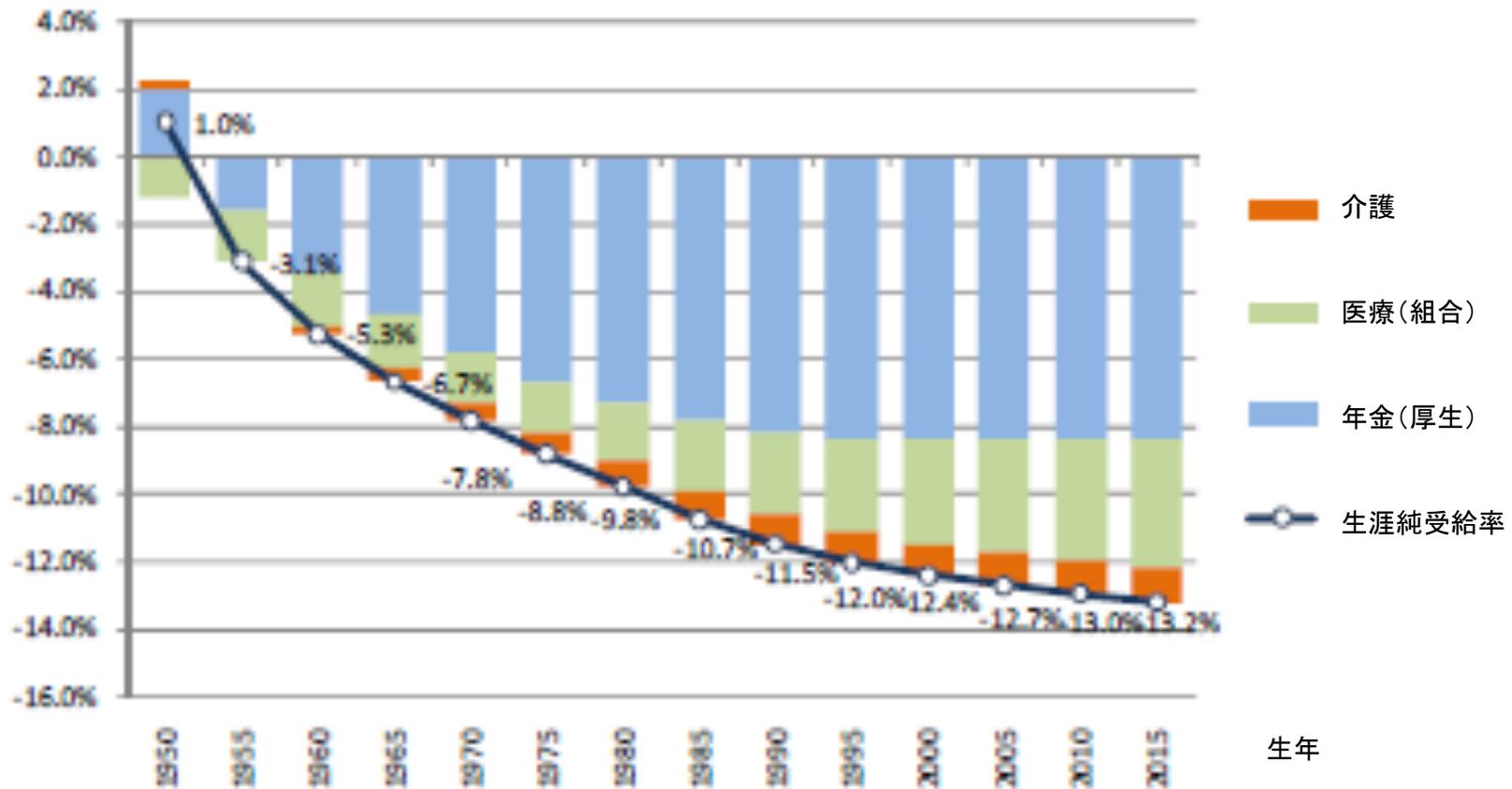
# 医療における生涯純受給率 組合健保 (2008年現在)



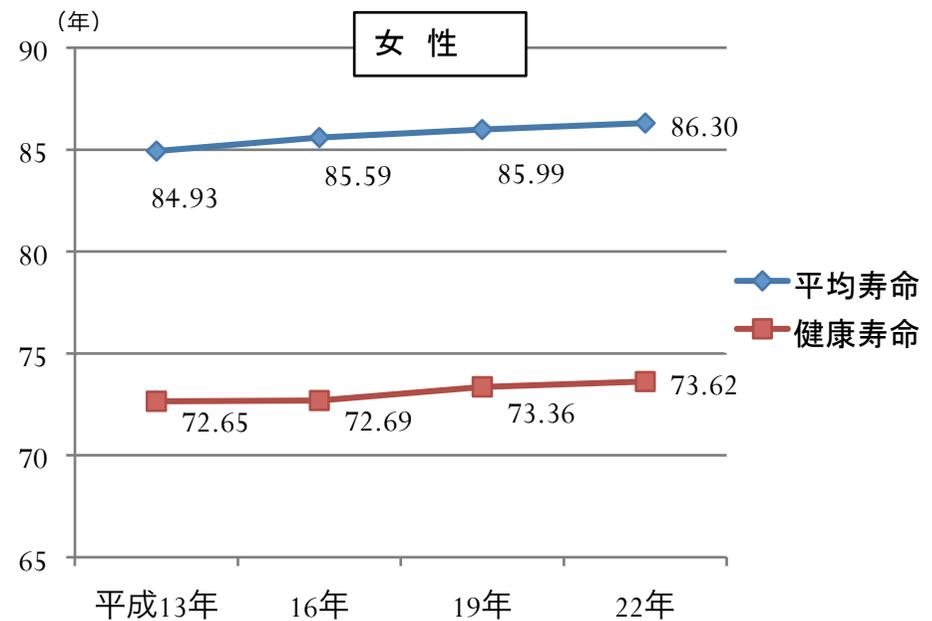
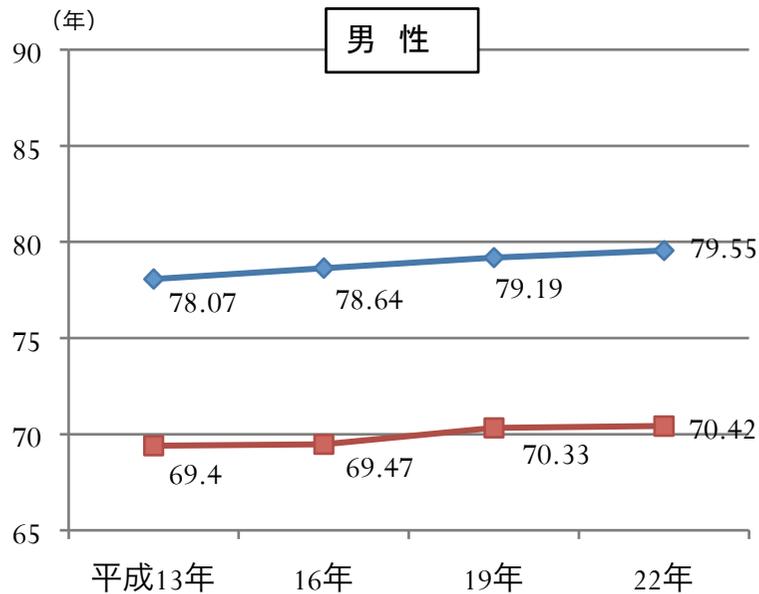
# 医療における生涯純受給率 協会けんぽ (2008年現在)



# 年金・医療・介護全体における生涯純受給率 (2008年現在)



# 平均寿命と健康寿命の推移



(注)

○平均寿命

平成13、16、19年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」

○健康寿命

厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

※健康寿命:健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間(健康日本21)

---

## 5. 日本の今後の方向性と提示し うる教訓

# 日本の今後の方向性

1. 健康寿命を延ばす
2. 定年年齢を引き上げる  
(2013年4月より65歳に引き上げ)  
⇒高齢者の経済活動を支援し、年収300万円を確保できるようにする
3. 健康な高齢者、女性、外国人などの人材を労働力として活かす
4. 保険者統合によって保険料における公平性を確保する

# 日本の教訓

1. 皆保険制度は、経済成長と社会保障を両輪とした包括的な政策パッケージの一部として位置づけるべき  
⇒社会と政治の安定に繋がる
2. 健康保険制度をデザインする際、将来的な改革を妨げることになる政治的なリスクを考慮すべき
3. 皆保険制度は一人当たりGDPが4000ドルの経済規模で導入が可能
4. 介護保険はできるだけ早目に導入し、健康寿命を延ばすことを目指すべき