

経済再生と財政健全化を両立する計画の策定に向けて ～論点整理・各論のポイント～

平成27年5月19日

伊藤 元重
榊原 定征
高橋 進
新浪 剛史

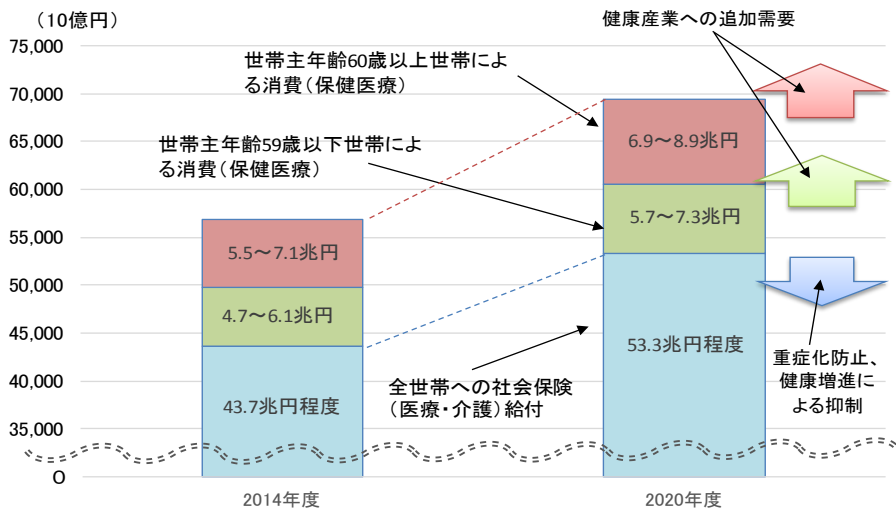
【社会保障】改革の基本方針(1) 産業化促進

- 社会保障サービス分野(医療、介護、保育等)並びに健康増進、疾病予防等に関する分野への多様な民間事業者の参入、医療機関・介護事業者等との連携を促し、健康長寿、社会保障サービスの質と効率の向上、高付加価値な新サービスの創出促進、これらによる地域活性化を実現。
 - 1) 医療データの利用環境を前倒しで整備
 - 2) 社会保障サービス分野等への多様な事業者の参入拡大
 - 3) 医療関係者の活動範囲拡大による質の高い産業化促進
 - 4) 医療・介護に関連する多様なサービスの充実・拡大

● 高齢化等により、社会保険給付だけでなく家計の医薬品、保健医療用品・器具、健康保持用摂取品支出も増加見込み。国民の健康ニーズを満たす事業の産業化を促進し、慢性病の重症化防止(同時に、病気による経済的損失を防止)、健康長寿とQOLの上げを目指すべき。

● 例えば、「糖尿病、高血圧性疾患、ロコモティブシンドローム、誤嚥性肺炎や胃ろう」を対象とした予防・重症化防止事業の市場創出効果は4兆円程度、医療給付費削減効果は1.2兆円との試算。

図表1 公的及び私的な社会保障サービス需要見込み(試算)



(備考)総務省「家計調査」、社会保障人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算」、「国民経済計算」により推計。2014年の世帯主年齢別消費支出に同年の世帯数を掛け、水準をSNAの家計消費に一致するよう補正。その結果を用いて、消費総額を2020年度までの名目成長率(内閣府試算)、世帯数は人口問題研究所推計で延伸。

図表2 予防・重症化防止事業の市場創出と医療費削減効果(試算)

対象疾患	主なサービス	市場創出 (億円/年)	医療費削減 (億円/年)
糖尿病	● 運動・栄養指導 ● 配食	10,176	2,192
高血圧性疾患	● 運動・栄養指導 ● 配食	23,223	3,135
ロコモティブ予防 (関節等の機能が加齢等により低下する運動器症候群)	● ロコモ予防 ● 要介護化予防	2,418	5,087
誤嚥性肺炎予防や胃ろう造設抑制	● 口腔ケア ● 嚥下機能低下予防 ● 再発防止、リハ ● 配食	3,703	2,009
合計		39,520	12,423

(備考)株式会社日本総研(2013)『経済産業省「平成24年度医療・介護等関連分野における規制改革・産業創出調査研究事業(医療・介護周辺サービス産業創出調査事業)調査研究報告書」』図6-49。

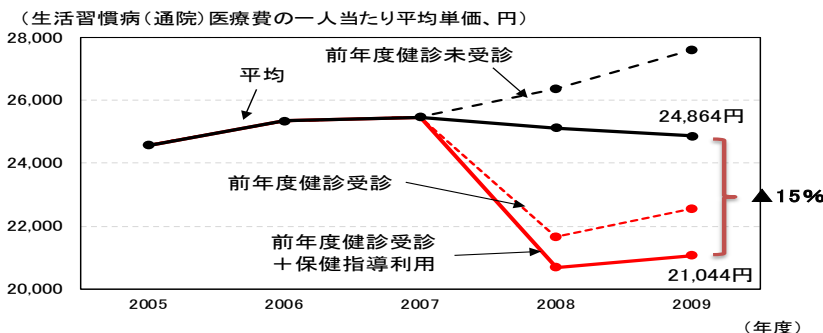
(注)各疾患について健康から重症(慢性化)に至るいくつかのステージ別人員、費用、対応するサービス単価を基に、例えば10%のサービス利用率で生まれる市場規模と医療費削減額を算出している。なお、1.24兆円の保険給付費減は、自己負担の0.23兆円減を伴い、自己負担+保険料は▲1兆円、公費は▲0.47兆円となる。

【社会保障】改革の基本方針(2) インセンティブ改革

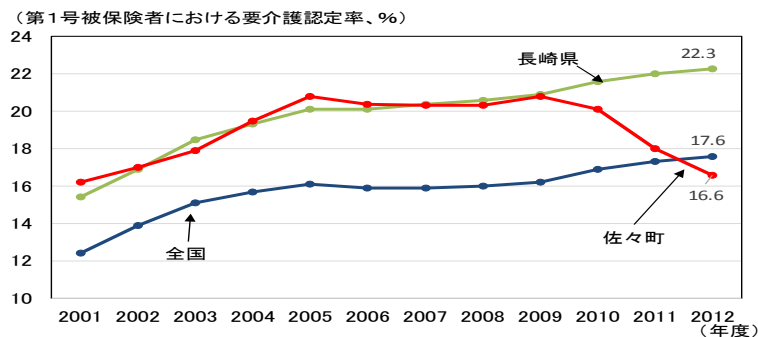
- 疾病予防・適切な受診行動等の実現には、データ活用の徹底と保険者と被保険者双方が自らムダをなくすよう努力することを促すインセンティブの強化が不可欠。また、ニーズに応じた効率的な病床配置等を実現するために、医療機関を誘導する報酬体系が必要。さらに、データヘルスを推進し、好事例を強力に横展開すべき。
 - 1) 保険者努力支援制度や後期高齢者支援金制度の見直し
 - 2) 健康ポイント付与と保険料の傾斜設定等による予防・健康づくりの推進
 - 3) 医療機関・介護事業者のインセンティブ強化による病床再編、在宅ケアの促進

● 兵庫県尼崎市の健診と指導は生活習慣病医療費を15%抑制、長崎県佐々町の介護予防は認定率を6%押し下げた効果あり(全国展開すれば医療介護の給付費合計で3.3兆円程度(1.5+1.8)の効果)。

図表3-1 予防の生活習慣病医療費への効果(尼崎市)



図表3-2 予防の要介護認定率への効果(佐々町)



● 2025年までの人口推計を用いた都道府県別・病床類型別の過不足推計によれば、県により病床過不足が大きく変化。徳島県等では一般(急性期、高度急性期)も療養(回復期、慢性期)も過剰、東京等ではいずれも不足。介護も含め、基金の配分、診療報酬、都道府県の機能強化等によって、早期対応を図るべき。

図表4 将来病床数の過不足推計(病床類型別・都道府県別)

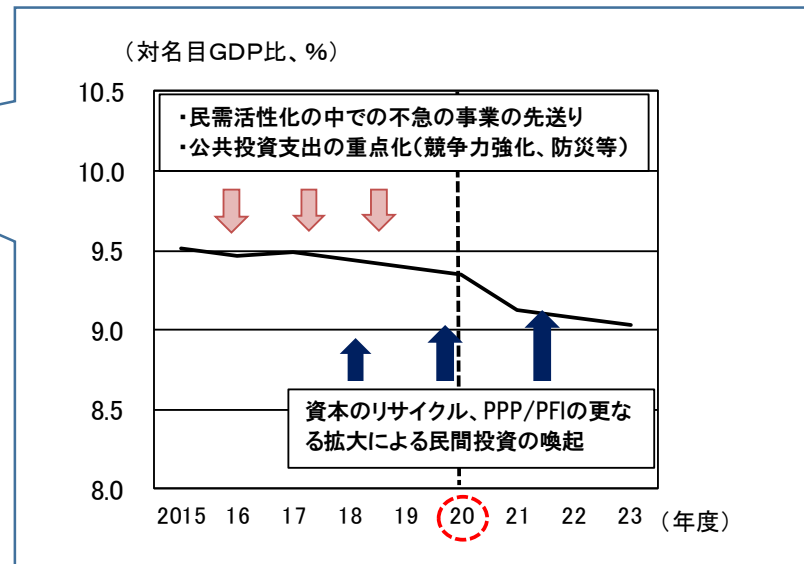
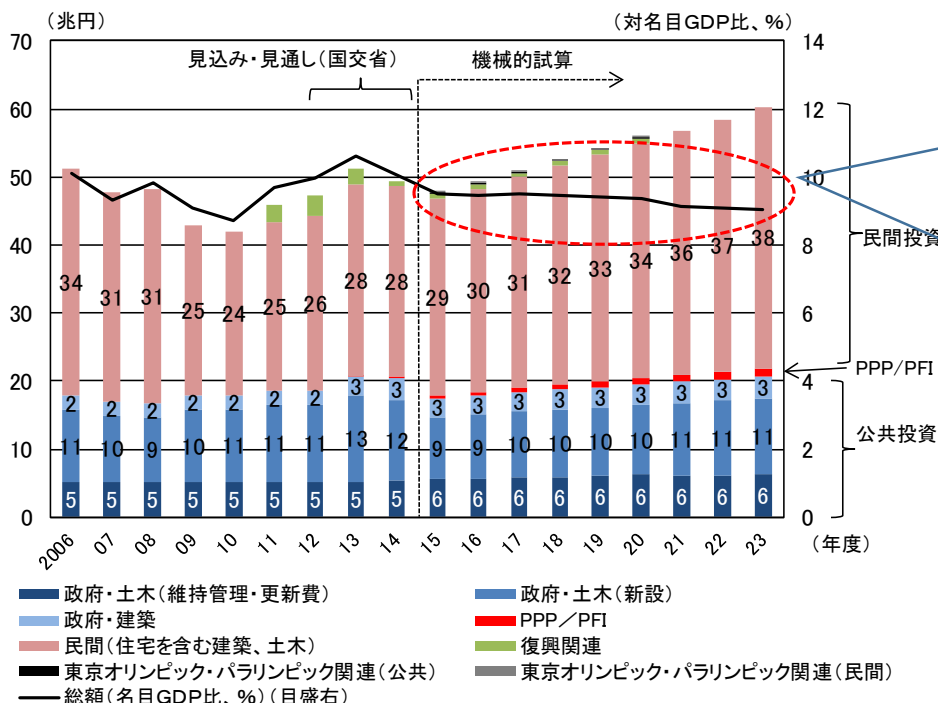
	一般病床				
	不足	適正		過剰	
療養病床	過剰		山口県	徳島県 長崎県 高知県 熊本県	7
	適正		富山県	北海道 福岡県 石川県	4
不足	茨城県 岐阜県 宮城県 山梨県 埼玉県 静岡県 秋田県 長野県 千葉県 愛知県 山形県 滋賀県 東京都 三重県 福島県 京都府 神奈川県 群馬県 大阪府 福井県 大分県 鳥取県	9	18	20	36
			島根県	鳥取県	宮崎県
		9	18	20	47

(備考) 図表3-1及び3-2は厚生労働省資料により作成。3-1の効果額は、生活習慣病(循環器系疾患、糖尿病)の医療費・薬剤料の2020年度見込み(10兆円)×▲15%＝▲1.5兆円(保険料▲0.95、公費▲0.58)。自己負担減は▲0.28兆円。3-2の効果額は、2020年度時点に見込まれる要介護1・2の認定率が20%減、3～5が10%減となった場合で▲1.8兆円。保険料、公費はそれぞれ▲0.9兆円。自己負担は1割として、▲0.2兆円。図表4は、高橋泰(2015)「人口減少社会に向かう日本の医療介護の現状と将来予測」より引用。

【社会資本整備】改革の基本方針 建設投資の中長期の見通しの下での安定化

- 公共投資、民間投資を含めた建設投資全体が東京オリンピック・パラリンピック後の2020年度以降も含め安定するよう、予測可能性を高め、公共投資の進捗を管理することが重要。また、建設業の人材育成・担い手確保、建設分野のIT化、ロボット導入等を計画的に進めるためにも必要不可欠。
 - このため、建設投資全体の中長期の見通しの下、今後10年程度を見越して、公共投資の重点分野(注)について、時間軸、優先度を明示し、国土形成計画や社会資本整備重点計画等に反映すべき。
 - 東京オリンピック・パラリンピック需要や復興需要などを踏まえ、優先度の低い公共事業の実施は2020年度以降とすることなどにより、建設投資の安定を目指すべき。
- (注)特に、国際競争力の強化、防災・国土強靱化、コンパクト・プラス・ネットワーク、老朽化対策

図表5 建設投資全体の見通し(機械的試算)

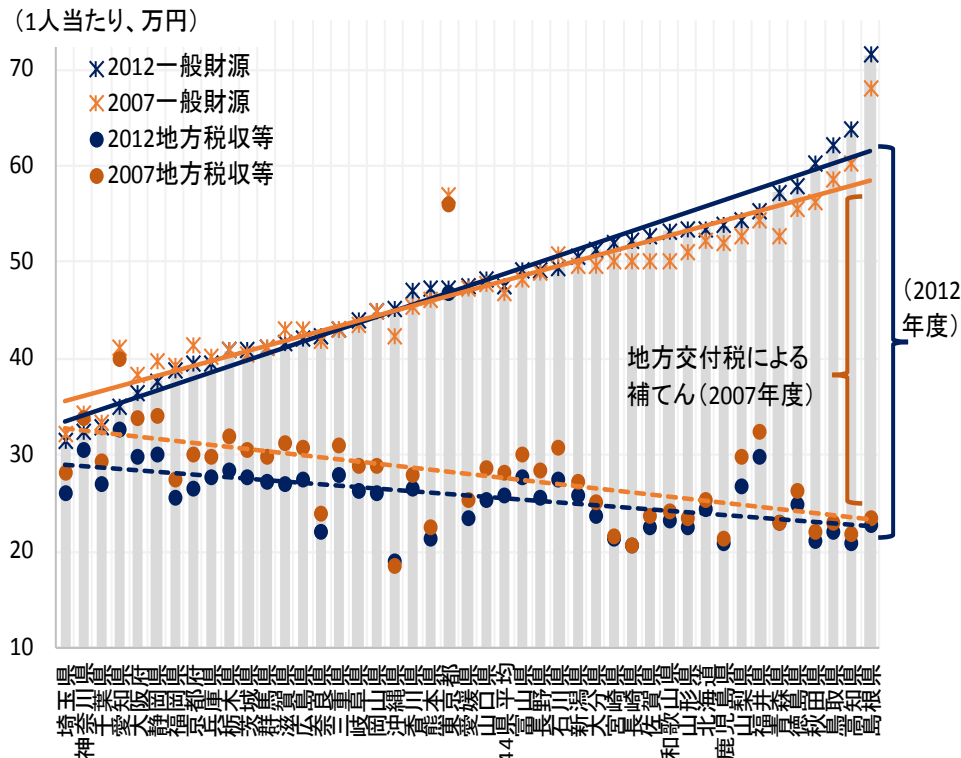


(備考) 1. 国土交通省「平成26年度建設見通し」、「平成27年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(政府経済見通し)」、内閣府「経済財政の中長期試算(試算)」、「PPP/PFIの抜本改革に向けたアクションプラン」、復興庁資料、東京都資料等により作成。
 2. 2015年度の公共投資、民間投資は政府経済見通し、2016年度以降の公共投資は試算の消費者物価上昇率、民間投資は試算の名目GDP成長率で延伸。

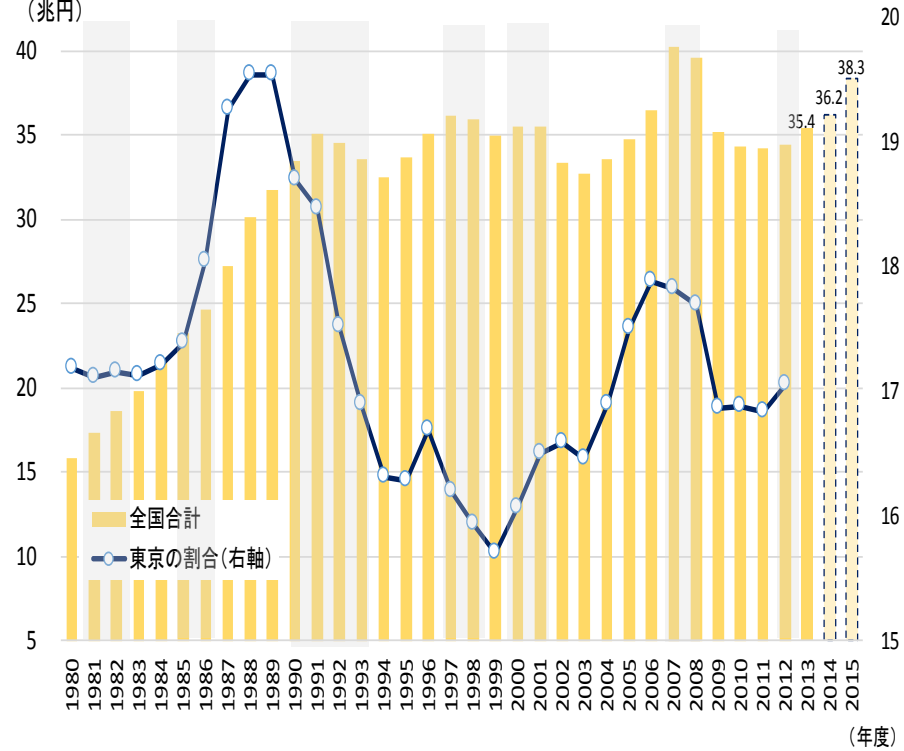
【地方行財政改革・地方創生】 改革の基本方針における論点

- 地域別の一人当たり一般財源額をみると、一人当たり税収の少ない都道府県に地方交付税がより多く配分され、結果として一般財源もより多くなっている。また、その地域間格差は、リーマンショック前と比べより拡大している(図表6)。交付税の財源保障機能が税収偏在を補正する以上に過度に強く効いていないか、行政コスト(歳出サイド)と併せて比較検証すべき。また、リーマンショック後の歳入・歳出面の特別措置を早期に解消すべき。
- 歳出面からは、国と同様、インセンティブ改革、公共サービスの産業化等を徹底して推進すべき。そうした努力に応じた交付金、地方交付税の配分を強化すべき。また、地方交付税制度については、頑張る自治体への重点配分強化、一定期間後の優良自治体の単位費用の全国展開、財政収支黒字化の下での交付税法定率の在り方の検討等を通じて、抜本的に見直し、地方の自助努力を支援すべき。
- 今後、東京への税源集中が進む可能性が高い(図表7)。東京等の大都市に税源が集中する、いわゆる税源偏在の是正に向け、抜本的対応を推進すべき。

図表6. 一人当たり一般財源額と地方交付税額



図表7. 地方税収と東京の割合



(備考) 総務省地域別統計データベースより作成。税収、交付税額ともに、都道府県分と所在都道府県別市町村分の合計を県民一人当たりで計算(決算ベース)。

図表6: 地方交付税は普通交付税と特別交付税の合計。「地方税収等」は地方税収と地方譲与税の合計。東北被災3県を除く。

図表7: 総務省「平成27年度地方税に関する参考計数資料」、地域別統計データベースより作成。2013年度まで決算額、14年度は実績見込み、15年度は見込み額。シャドーは景気後退期。

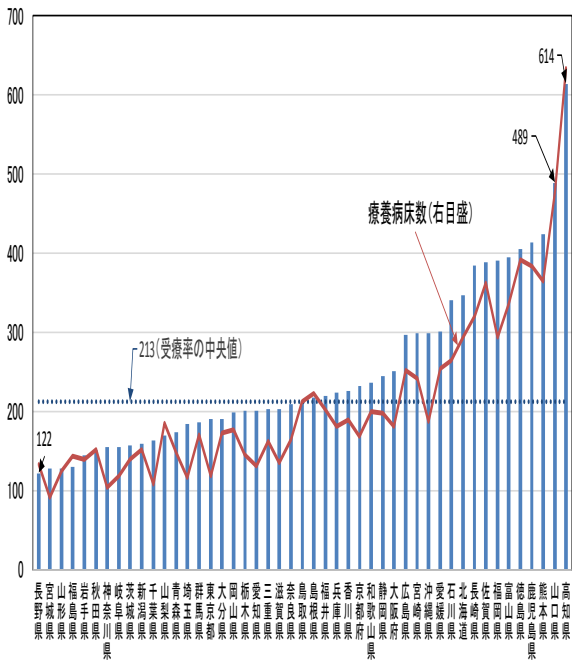
- 社会保障(医療)の地域間格差は、都道府県ごとの病床の過剰・ミスマッチ、後発医薬品普及への保険者の取組努力の違い等により生じている面が大きい。価格付け(診療報酬等)への大胆なメリハリ、保険者に努力を促す仕組みづくり、といったインセンティブ改革が重要。
- 医薬分業の成果を評価し、調剤にかかる報酬のあり方を抜本的に見直すことが必要。

年齢や性別による地域差を補正しても、受療率(入院)には大きな地域差が存在し、病床数と高い相関

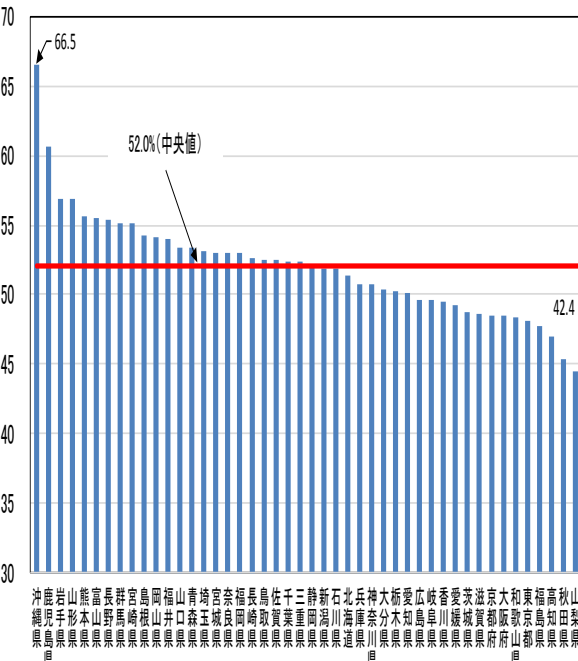
後発医薬品の普及にも大きな地域差。後発医薬品の普及率は沖縄の66.5%に対し、徳島では42.4%

院外処方(調剤薬局)は院内処方(病院・診療所)に比べ、同一薬剤を用いた場合に、1.2~1.5倍の費用

(人口10万人当たりの入院受療率) (人口10万人当たりの療養病床数)



(%)



自己負担3割の場合 (円)		院内処方	院外処方	差	倍率
事例① 「痛風」1日2回30日分	初診	1,540	2,040	500	1.3
	再診	940	1,440	500	1.5
事例② 「湿布」5パック	初診	1,200	1,480	280	1.2
	再診	590	880	290	1.5
事例③ 「花粉症」錠剤14日分・漢方14日分・目薬	初診	2,150	2,820	670	1.3
	再診	1,550	2,210	660	1.4

(備考) 療養病床は平成23年医療施設調査。性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)は平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査により推計。方法は、各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数(Σ[全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口])×全国の入院受療率

(備考) 厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向~平成25年度版~」により作成。数値は、後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア。目標は60%(平成30年度)

(備考) 矢澤(2013)「院外処方の評価に関する研究—医薬分業元年から約40年を経た調剤報酬の妥当性についての考察—」No. 291 2013年7月 日本医師会総合政策研究機構より引用。