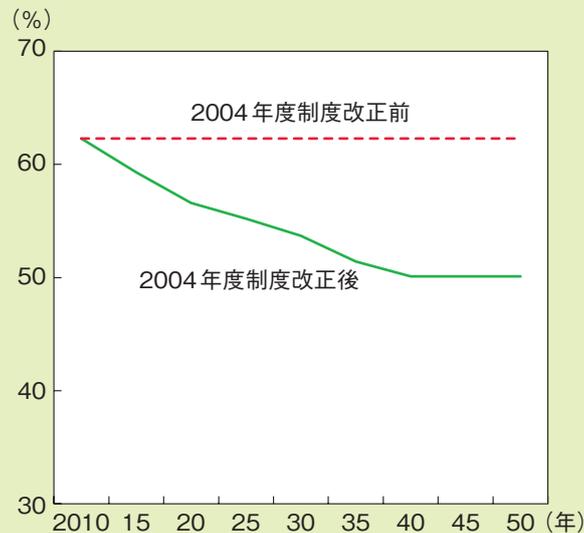


第3-3-9図 厚生年金の所得代替率

高齢世代の所得代替率は引き続き高いものの、改正前の高水準の給付を、改正によりマクロ経済スライドを導入することで制度の持続可能性を確保



(備考) 厚生労働省「平成21年財政検証結果レポート」より数値を引用の上、内閣府作成。

た) 所得代替率が高水準で推移することとなり、予定以上に高い保険料が必要になったり、将来、大幅な年金給付額の減額が必要となり、結果として、世代間の格差が過大になる可能性が生じることになる(第3-3-9図)。

このため、2004年の年金制度改革時に、保険料率の上限を定めるなど年金財政における収入を固定した上で、その範囲内で給付の伸びを抑えるという新しい財政のフレームをつくり、その枠組みを5年ごとにチェックしていく仕組み(「財政検証」)が導入された。具体的には、①保険料率を段階的に引き上げていく一方、保険料の上限を、2017年度以降、国民年金1万6,900円(2004年度価格)、厚生年金保険料率18.3%で固定、②積立金の活用(おおむね100年で財政均衡を図る方式⁸⁷⁾、③基礎年金の国庫負担割合を2分の1に引き上げると定めた上で、④財政の均衡が図れるよう給付の伸びを抑える仕組み(「マクロ経済スライド」⁸⁸⁾)を導入した。また、給付水準については、所得代替率を少なくとも50%を維持できるようにすることとした。

もっとも、高齢世代の所得代替率は、現役世代や将来世代と比べて高くなっている。加えて、戦後の社会保障制度の変遷をみると、1970年以降、老人医療費の自己負担無料化、公的年金における給付水準の大幅な引き上げや標準報酬の再評価(賃金スライドの導入)、給付額に対する物価スライドの導入によってインフレ下での公的年金給付の目減りを防いできたこと

注

(87) 現在保有する給付費の約4年分の積立金を100年後に1年分程度になるように将来の給付に充てる。

(88) マクロ経済スライドとは、労働力の人口の減少及び平均余命の伸びに応じた率(平均で毎年約0.9%(平成16年当時の見込み))を、毎年の年金額のスライド率から控除することで、年金の給付水準を抑えようとする仕組み。

など、高齢世代に配慮した政策が推進されてきた。さらに、物価スライドはデフレ下で機械的に給付水準が引き下げられるべきところ、1999～2001年の物価下落時には据え置かれた（「物価スライドの特例措置」）。こうしたことから、年金を受給する65歳以上の高齢者世帯の平均所得は375万円で、一人当りでは243万円と一般世帯の197万円を上回っている（「所得再分配調査」2008年）。

高齢化が進む中においては、将来世代への過度の負担の先送りは危険であり、社会保障制度の持続可能性に問題を生じさせる。例えば、高齢者の医療費は、後期高齢者医療制度における後期高齢者支援金の仕組みにより、その多くが医療保険者からの拠出金で賄われているほか、公費でも負担しており、現役世代と将来世代の負担が一部充当されている。したがって、今後高齢化が進展していく中で、現在の給付水準を維持するとすれば、高齢世代だけでなく、現役世代と将来世代の負担も重くせざるを得ない。また、年金についても、近年、賃金や物価が下落傾向であることから、2004年の年金制度改革時に導入したマクロ経済スライドが発動しておらず、世代間格差の是正を図るため、「物価スライド特例分の解消」や「デフレ下でのマクロ経済スライド」が議論されている（後述）。

これまでに、高齢化を視野に入れて、世代間の負担の格差の拡大を調整する方策が様々に採られてきた。しかし、「負担の先送り」が十分是正されたとは言えない。こうした状況を放置しておくことは、格差の調整がより若い世代、将来の世代の負担の増加によって賄われ、選挙権のない未成年者や将来世代が大きな負担を負うことを意味する。

● 世代間の格差等を踏まえた給付削減措置

我が国の公的年金制度においては、世代間の公平を図るための措置が導入されている。例えば、2004年の年金制度改革で導入したマクロ経済スライドは、年金制度の給付と負担の均衡を図るために、物価、賃金が上昇している際に、年金額の上昇幅を抑制する仕組みである。

しかし、近年、物価や賃金が低下傾向であることや、過去に、物価下落時に特例的に据え置いた年金額の特例水準を解消していない⁸⁹ことから、現在、マクロ経済スライドは発動されていない。この状況が続くと、中長期的な年金財政に影響が生じかねないことや、将来世代の給付水準が低下することになることから、世代間の公平性を図るため、「年金額の特例水準の解消」や「デフレ経済下のマクロ経済スライドの発動」が議論されている。

なお、マクロ経済スライドは、労働力の人口の減少及び平均余命の伸びに応じた率（平均で毎年約0.9%（2004年当時の見込み））を、毎年の年金額のスライド率（賃金水準や物価水準により決定）から控除する「スライド調整」で、年金の給付水準を抑えようとする仕組みである。もっとも、現行制度では、①スライド率が小さい場合には、スライド率をマイナスとなら

注 (89) 現在支給されている年金は、1999年度から2002年度にかけて、物価下落にもかかわらず、特例法でマイナスの物価スライドを行わず年金額を据え置いたことなどにより、本来の年金額より2.5%高い水準（特例水準）で支払われている。世代間の公平性を図るため、この特例水準について、2012年度から2014年度までの3年間で解消することを盛り込んだ法案を第180回国会に提出している。

ないようにスライド調整すること、②スライド率がマイナスの場合には、スライド調整しないこととなっている⁹⁰。そのため、デフレ経済下においては、マクロ経済スライドの機能が発揮できていない。

公的年金制度は老齢による稼得能力の低下リスク、及び、長生きにより貯金が底をつくりリスク（以下、「長寿に伴うリスク」という）によって国民生活の安定が損なわれることがないよう、国民が共同連帯によって行う保険制度である⁹¹。個人の自助努力や家族の私的扶養により、長寿に伴うリスクに対応しようとしても、老齢により稼得能力も低下しており、個人の寿命についても予測は難しく、また、物価上昇による貯蓄の実質価値の減少等の老後に生じた経済変動に対応することは難しいことから、そうした対応は困難である。このため、老後生活の安定を図るために公的年金制度が果たしている役割は極めて大きい。

我が国の公的年金制度は、現役世代の納める保険料によって高齢者の年金給付を賄うという賦課方式を基本として運営されている。このような制度では、少子高齢化が進み、現役世代が減少していく中では、年金の負担と給付の関係について、世代間で、ある程度の受益と負担に差が生じることは避けられない。

しかし、世代間の格差が大きいことや、高齢化により年金受給者一人当たりを支える現役世代の人数は減少していることを踏まえ、「物価スライドの特例水準の解消」や「デフレ下でのマクロ経済スライド」を通じて世代間の公平性をさらに図る必要がある。

注 (90) スライド率が2%の場合、スライド調整により約0.9%（2004年当時の見込み）控除され1.1%の年金改定率になる。スライド率が0.5%の場合、スライド調整により0%の年金改定率になる。スライド率が-2%の場合、スライド調整しないことから、-2%の年金改定率となる。

(91) 公的年金制度は、障害年金や遺族年金も設立されたことにより、国民生活の安定が損なわれるリスクにも対応している。

コラム

3-4 レセプト電子化の現状とナショナルデータベース

医療においても、「機能面」の持続可能性については、医療の質の向上と効率性の両立などの課題があるが、ここでは、効率性の向上を企図したレセプトの電子化の現状と、電子化されたレセプト（以下「電子レセプト」という。）を活用したナショナルデータベース構築の取組みを紹介する。

レセプトとは、診療報酬明細書（又は調剤報酬明細書）のことであり、保険医療機関は個々に診療行為や診療点数等を記載して保険者に診療報酬を請求する。実務的には、多数の医療機関と多数の保険者が個別に請求のやり取りを行うと煩雑になることから、両者の間に審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）が入り、請求レセプトの審査や料金のやり取りの中継等の業務を担っている。

このレセプト請求の電子化・オンライン化、つまり、保険医療機関から審査支払機関に請求を行う際、①電子レセプトを用いたり、②そのやり取りをオンライン上で行ったりすることは、医療事務の効率化を可能にしている。

実際に、レセプトの電子化を積極的に進めてきた医療機関・調剤薬局からは、レセプト請求のための残業時間が減少したとの指摘が多い。紙レセプトでの事務処理に伴う残業を減らすことで、診療の待ち時間短縮などの医療サービスの質を高めることに集中できるといった指摘もある⁹²。

レセプトの電子化・オンライン化については、国もそのメリットを認識し、着実に推進してきた。レセプトの原則電子化は、2008年4月に400床以上の病院を対象に実施して以降、診療機関の規模等に応じて段階的に実施されてきており、2011年4月には、歯科も対象とされたことで、医科・歯科・調剤の全ての機関において、原則電子化が適用された⁹³。

こうした取組みもあり、レセプトの電子化・オンライン化は進み、2012年3月時点で、電子化率は9割、オンライン化率は6割となっている⁹⁴。普及状況を診療種類別にみると、医科病院と調剤では、電子化、オンライン化ともにほぼ100%の水準に達している一方、歯科では電子化割合が50%に満たず、オンライン化も1割程度と低い水準となっている。医科診療所は、全体の平均と同程度の普及率となっている（コラム3-4図（1））。

医科診療所や歯科の電子化・オンライン化の普及率が、医科病院や調剤と比較して低くなっている背景としては、①原則電子化の適用期日が相対的に遅かったことに加えて、②基本的に、小規模な診療所や歯科では、電子化に必要なレセプトコンピュータの導入費用に見合う効率化の効果が見込まれないこと、があると考えられる。

しかし、レセプトデータには請求情報をはじめとする医療情報が含まれており、電子化・オンライン化の普及が進むことで、これらの情報を医療の研究・分析に活躍できることが期待される。

国は、国内で請求された全電子レセプトを2009年4月から収集し、ナショナルデータベースとして構築した。さらに、2011年からはデータ提供も開始している⁹⁵。

注 (92) 支払基金「月刊基金」における連載「医療のICT化とサービスの向上」（2009～2010年）、「IT化する病院・診療所等を訪ねて」（2008年）による。

(93) 例外規定として、1. レセプトコンピュータを導入していない機関については努力義務とする、2. 常勤の医師・歯科医師・薬剤師がすべて65歳以上の診療所・薬局については適用除外とする、3. 電子化未対応のレセプトコンピュータを利用している機関については義務化時期を延長する、ことが定められている。

(94) 請求レセプト件数ベース。

(95) データ提供の方法としては、大きく、特別抽出によるものと、サンプリング。データセットによるものに分けられる。特別抽出では、申出ごとにその内容に応じた抽出を行うが、サンプリングデータセットについては、予め限定された特定範囲における、抽出データセットを提供する。オーダーメイドである前者の方がより申出者にとって有用と考えられるが、提供までに時間を要するというデメリットがある。

ナショナルデータベースから提供されたデータを用いた研究・分析は、今のところ限定的であるため⁹⁶、ここでは、レセプトデータから得た情報を用いた分析の一例として、医療給付実態調査のデータを用いた分析により、どのような分析が可能になるか、を紹介する⁹⁷。

例えば、都道府県間の医療費格差について、疾病分類別の寄与度を把握することが可能⁹⁸となっており、地域毎での適正な受診の指導や保健事業（特定の予防運動等）への活用ができる。具体的に、医療費水準の高さが1、2位である高知県と福岡県を比較すると、福岡県は、相対的に、新生物⁹⁹の寄与が大きく、神経系の寄与が小さいという違いがある¹⁰⁰。福岡県においては、これを踏まえて、栄養食事指導や禁煙指導を強化するなどの対策を行うことが効果的であると考えられる¹⁰¹。

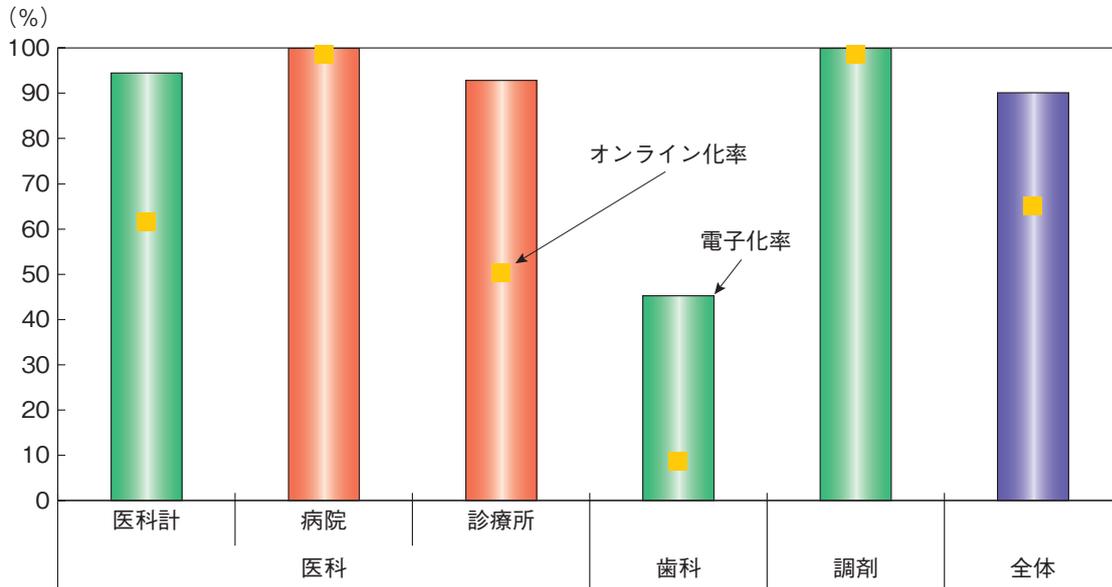
このようなレセプトデータを使った分析は、効果的な医療政策に資する¹⁰²。さらに、ナショナルデータベースを使うと、公費負担医療等も含めたより詳細なデータを基に、クロスセクション・時系列データ、パネルデータによる分析等を実施することができる。こうしたことから、レセプト電子化率の向上により、国レベルでのレセプトデータベースが一段と充実されることが期待される。

なお、より詳細な患者属性や転帰などの情報が記載される電子カルテの標準化と普及が望まれるが、電子カルテは、電子レセプト以上に導入費用がかかる等、普及のための課題が多く、十分な普及の水準に達していない（コラム3-4図（2））。

- 注**
- (96) ナショナルデータベースを活用した分析としては、現時点では、唯一、松田・藤森（2011）が2次医療圏の圏域を越えた医療機関の受診動向に関する分析を行っている。
 - (97) 医療給付実態調査は、2008年度から開始された調査であり、原則全レセプトの医療費等データを集めることとしている点ではナショナルデータベースと同様であるが、医療給付実態調査は電子レセプト以外も対象になっている点や、ナショナルデータベースの方がより詳細なデータを収集している点等が異なる。
 - (98) 疾病分類別の医療費の状況等を把握するための調査としては、今までも、社会医療診療行為別調査が行われてきているが、抽出調査であり、都道府県別、保険者別の詳細分析は難しい。
 - (99) 悪性リンパ腫や白血病を含む悪性新生物の他に、血管腫や色素性母斑などの、良性新生物その他の新生物が含まれる。
 - (100) さらに、医療費水準の低さが1、2位である静岡県と千葉県を比較すると、静岡県は、相対的に、循環器系疾患の比重が高く、精神疾患の寄与が小さいことが分かる。また、特徴的な県として、岐阜県では、医療費は全国最低水準でありながら、循環器系の疾患では全国最高水準となっている。宮崎県では、他の九州各県と比較すると医療費水準は低いが、精神疾患は他の九州各県と同様高水準である。
 - (101) より正確には、人口当たり病床数等の医療提供体制を踏まえた分析が必要である。
 - (102) 一部保険者は、個別に収集したレセプトデータにより同様に分析し、予防活動の推進に活用している。

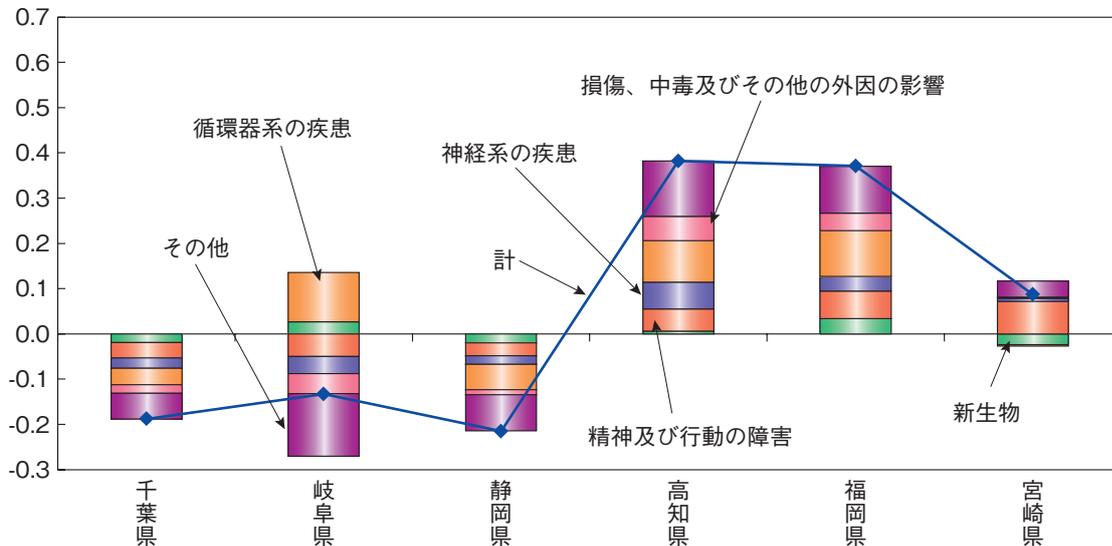
コラム3-4図 レセプト電子化の現状とナショナルデータベース

(1) 診療種類別のレセプトの電子化・オンライン化 (2012年3月請求分)



(2) 医療費の詳細分析 (医療費地域差の疾病分類別寄与)

(地域差指数、平均水準=0)



(備考) 1. 社会保険診療報酬支払基金資料、厚生労働省「医療費の地域差 (医療費マップ)」により作成。
 2. (2) は、市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度における入院医療費の地域差。