

# 社会保障制度・健康産業について (説明資料)

平成26年4月16日

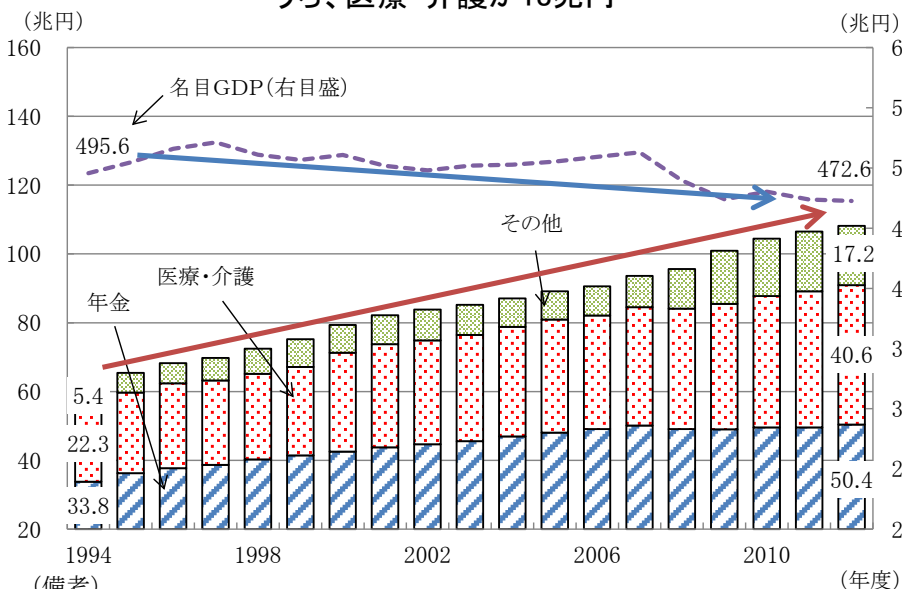
伊藤 元重  
小林 喜光  
佐々木 則夫  
高橋 進

# 社会保障と経済の関係(1)

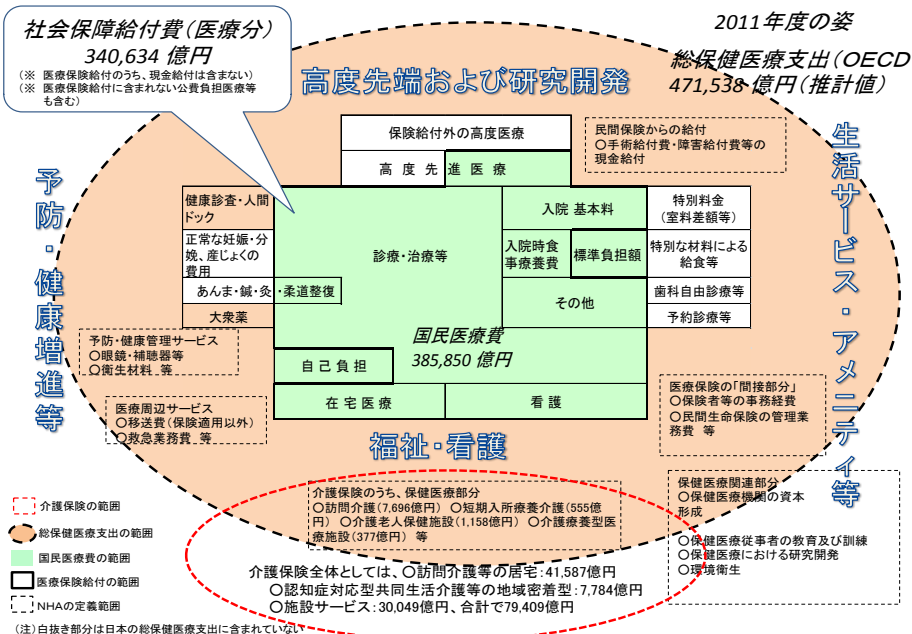
- 我が国の社会保障(医療・介護・年金等)給付は、過去18年で46兆円の増加。少子高齢化の下、経済成長を大幅に上回るこうしたトレンドを維持し続けることは不可能。
- 社会保険(グリーン)の効率化に加え、健康関連事業(オレンジ)の活性化・産業化により、国民のニーズを満たしながら持続可能性を確保する視点も重要。その際、集約による「規模」や複数サービスの同時提供による「範囲」の経済性が発揮されるよう、非営利、福祉法人改革も進め、サービスの多様化、効率化を実現すべき。
- 上昇する国民負担を抑制するため、社会保障給付の効率化、ニーズに応じた保険範囲の絞り込み、保険者機能の強化等を進めるべき。

## 社会保障給付

～名目GDPが減少するなか、過去18年で46兆円の増加。  
うち、医療・介護が18兆円～



## 我が国経済の1割以上を占める医療・介護分野

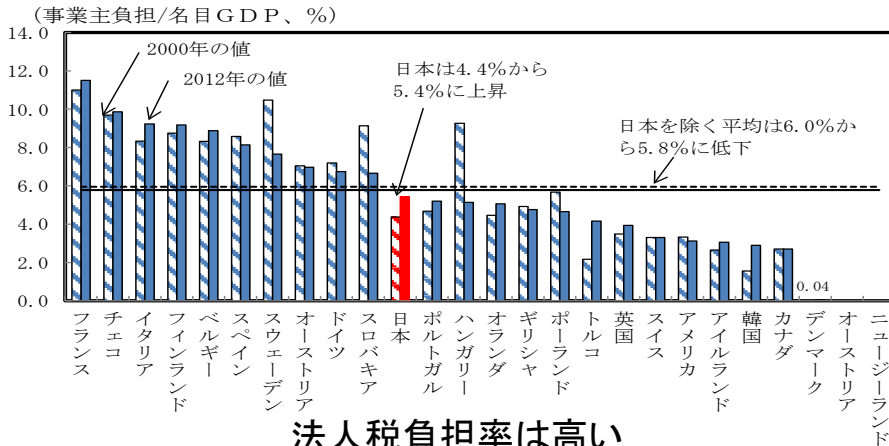


1. 左図は内閣府「国民経済計算年報」により作成。右図は厚生労働省「医療費統計の整備に関する検討会報告書(平成23年3月)、OECDヘルスデータ等により作成。  
 2. 左図の年金は特別会計の年金(除児童手当)、共済組合の長期経理、医療・介護は特別会計の健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療、共済組合の短期経理、組合管掌健康保険、全国健康保険協会、介護保険の合計、その他は労働保険、児童手当及び子ども手当、社会扶助給付(恩給除く)等。

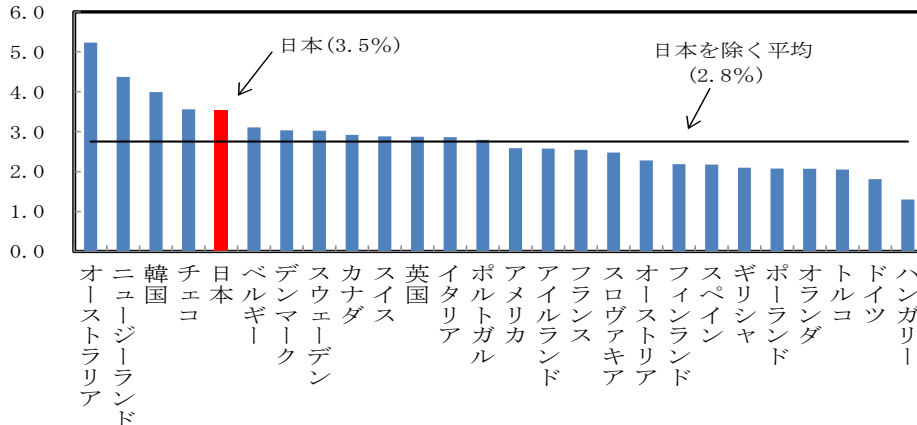
# 社会保障と経済の関係(2)

- 「世界で最も企業が活動し易い国」の実現のためには、企業の負担を抑制すべき。雇用に応じてすべての企業が負担する社会保険はOECD平均以下であるが、課税される利益計上法人が3割に止まるなかで、法人税負担率はOECD平均以上と高い。
- 健康長寿は、就業を通じて経済の拡大のみならず、医療費の抑制にも資する。生涯現役を実現できる賃金・雇用制度の改革を果たし、高齢期の就労を促進することが重要。

現状、社会保険料(雇主)の負担率はOECDの平均並

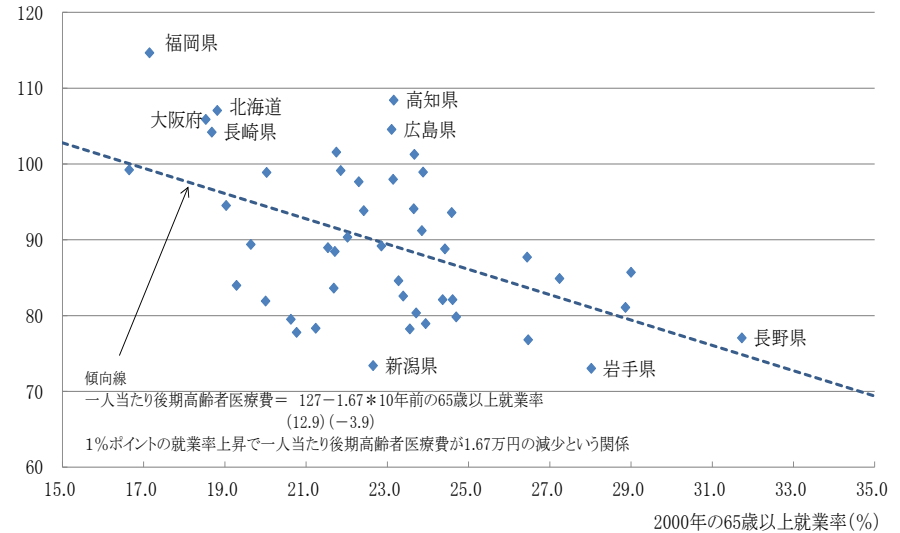


(法人税負担率=法人税収/名目GDP、%)



高齢者(65歳以上)の就業率(2000年)が高かった都道府県では、10年後の後期高齢者医療費が低水準

2010年度の一人当たり後期高齢者医療費(万円)



(備考)

- 左図はOECD“Revenue Statistics,”、財務省資料、総務省資料により作成。右図は厚生労働省「平成24年労働経済の分析」を基に加工。原データは、厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」、総務省「国勢調査」により作成。
- 左上図は2012年。日本、オランダ、ギリシャ、ポーランド、オーストラリアは、2011年の値。なお、オーストラリア、ニュージーランドは税方式のため、雇用主負担はない。左下図は2012年。オーストラリア、ギリシャ、オランダ、ポーランドについては2011年の値。

# 医療介護費の適正化に向けて(1)

## □ 診療報酬・介護報酬の適正化

- 診療報酬は、現状、病院調査等を実施して部分的に個別サービスの原価検証をしているが、料金と費用の対応について、改めて公共料金としての適正な費用評価、徹底した査定を実施すべき。
- 薬価について、2年に一度ではなく、毎年薬価調査を実施し、概算要求に合わせて、市場価格を適正に反映することをルール化すべき(仮に2004年～10年で改定の無い年に引き下げていけば、7年累積で国民負担額07～0.8兆円程度の効率化が実現できた可能性)。

## □ 社会保険範囲(保険収載)の適正化

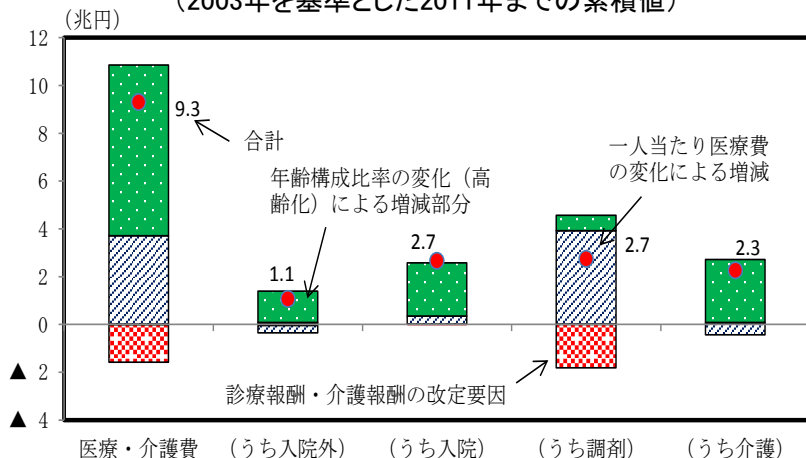
- ニーズ、技術、価格の変化に合わせて保険収載を大胆に見直すべき(例えば、長期収載品の一定期間後の全面見直し、市販類似薬品の更なる保険適用除外等)。
- 一人当たり調剤費の高い伸びに鑑み、医薬分業に伴うコスト構造等の検証が必要。

## □ 病床数の適正化と機能別病床への再編

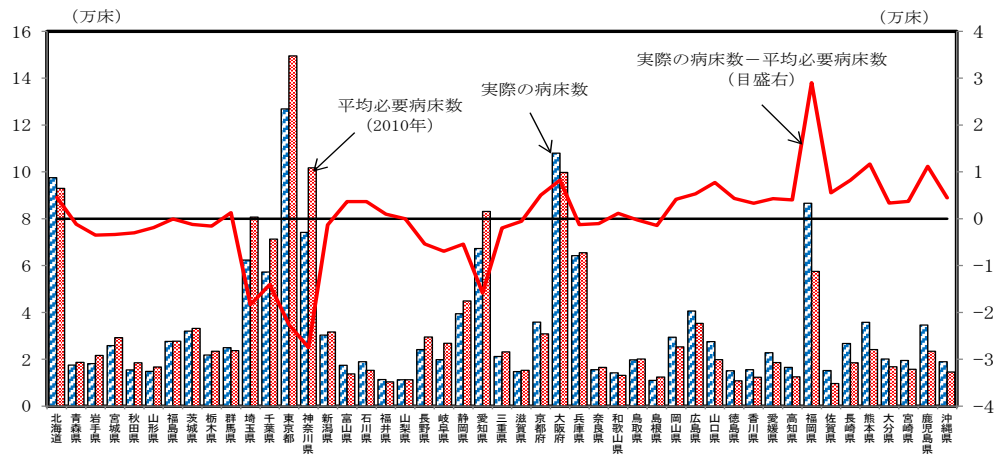
- 病床(供給)が多い都道府県ほど、医療費がかさむ傾向が顕著(次頁も参照)。病床再編にむけた効果的な政策ツールを用意すべき。また、政策効果検証の仕組みを整備すべき。

### 調剤は一人当たり医療費が主因で増加

(2003年を基準とした2011年までの累積値)



### 人口、面積、高齢化率から求めた平均的な必要病床数と実際の病床を比べると、西日本を中心に病床が過剰



(備考)厚生労働省「国民医療費」、「介護給付費実態調査」、総務省「人口統計」により作成。内訳に歯科を加えると全体に一致する。なお、0.7兆円の効率化は、薬価改定による縮減額が2005年に2,929億円(04年と06年の平均)、07年に2,064億円(06年と08年の平均)、09年に2,510億円(08年と10年の平均)と生じた場合の累積値。右図はウェルネス「2次医療圏データベース」により作成。平均必要病床数は、2010年における2次医療圏の人口、面積、65歳以上人口比で既存病床数を回帰して求めた値を都道府県単位に集計した値。

# 医療介護費の適正化に向けて(2)

## □ 保険者による被保険者管理のインセンティブ付与

- 国民健康保険の保険者となる都道府県(来年法案提出予定)が、自らの被保険者保険料を抑制するよう医療介護保険の収支改善努力を促す仕組みを制度化すべき。
- 後期広域連合による頻回受診者の指導等、その他の保険者についても被保険者管理を進めるべき。被用者保険においては、健康管理努力が負担軽減(後期高齢者支援金等)という形でより報われるよう、インセンティブを強化すべき。

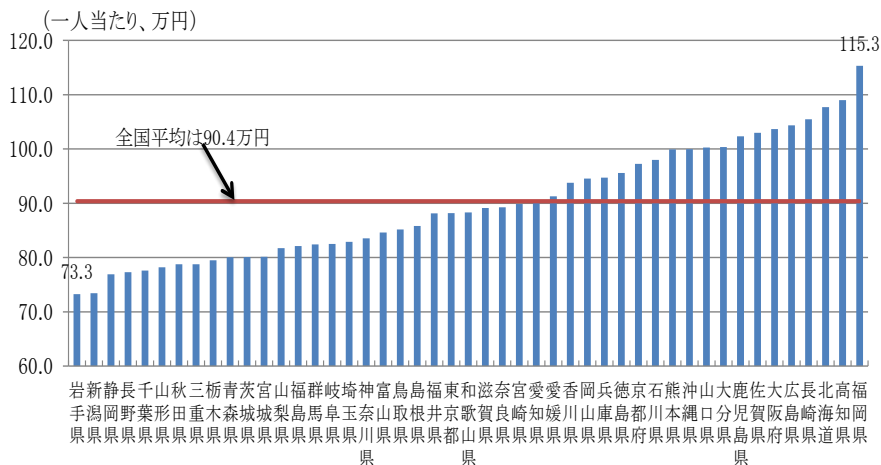
## □ 地域医療ビジョンに関する医療支出目標の導入

- 都道府県ごとに、ベストプラクティスをベンチマークにしたあるべき医療需要に基づく医療支出目標、その実現に向けた保険者(都道府県)単位の医療介護費のPDCAマネージメントを導入すべき。

## □ 国のイニシアティブによる地域横断的な医療介護情報のICT化

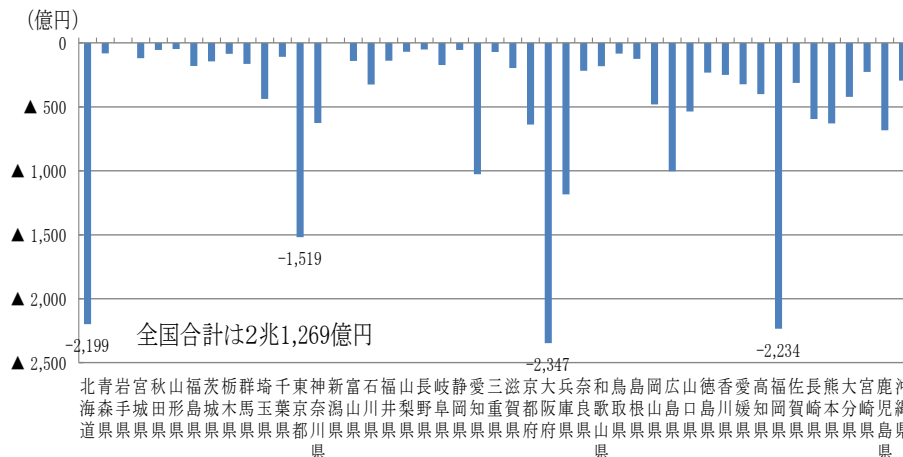
- 昨年提言したデータに基づく医療サービスの質的改善(参考1参照)の横展開を、1)KDB(国保データベース)、2)地方自治体のイニシアティブ、3)市町村と都道府県の連携強化を通じつつ、早期に推進すべき。

都道府県単位の一人当たり医療費(後期高齢者)の格差  
是正に取り組む必要(福岡は岩手の1.6倍(2011年度))



(備考)厚生労働省「医療費マップ」により作成。

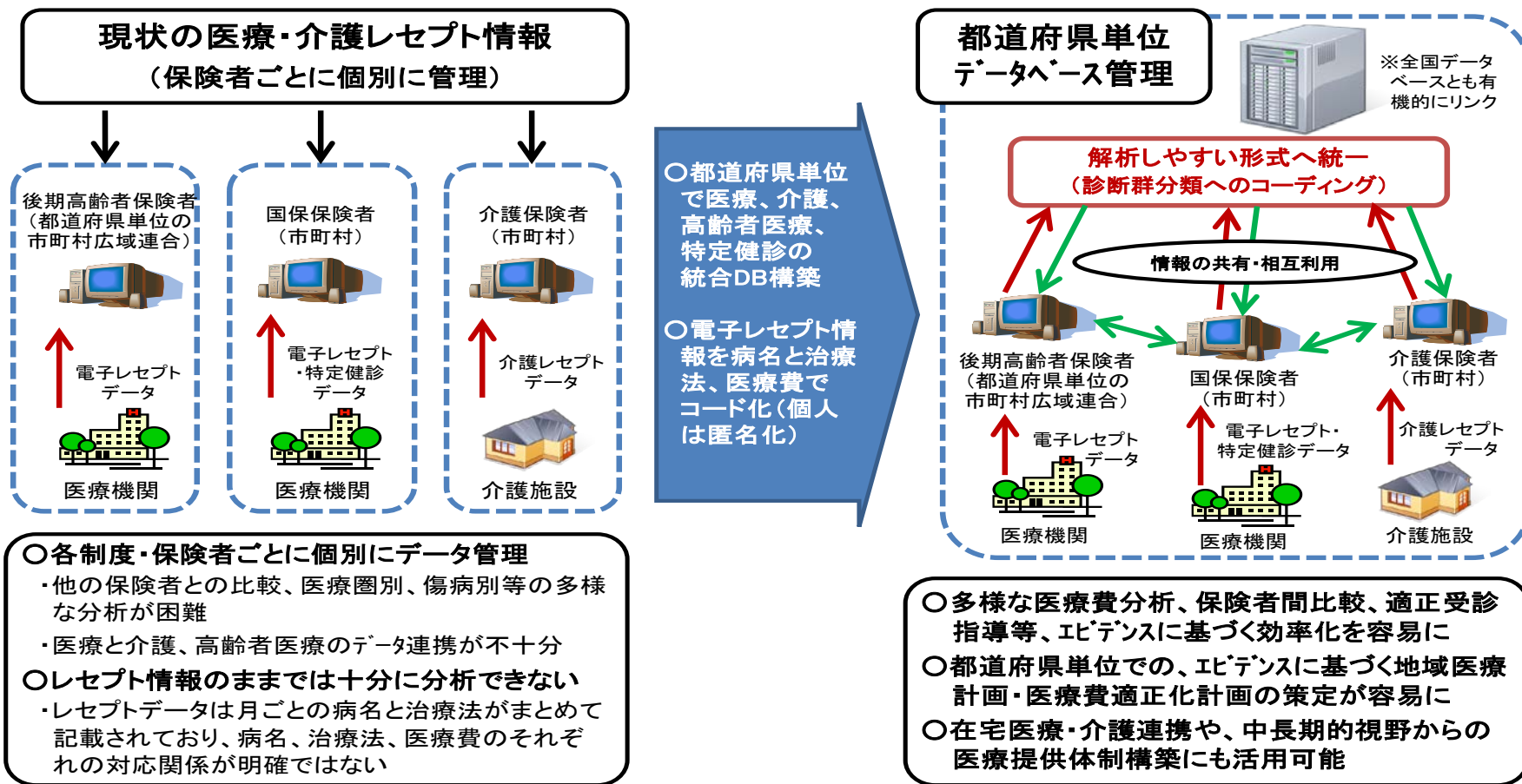
仮に、全国の後期高齢者の一人当たり医療費が長野を含む低位5県並であれば、2兆円程度の後期高齢者医療費を軽減。国民が他の用途に支出することが可能に



# (参考1) データに基づく医療サービスの質的改善の枠組み

## 医療・介護等データベースの連結・統合による効率化イノベーション

～市町村単位から都道府県単位へ、医療・介護等の統合運用へ、そして直ちにできること～

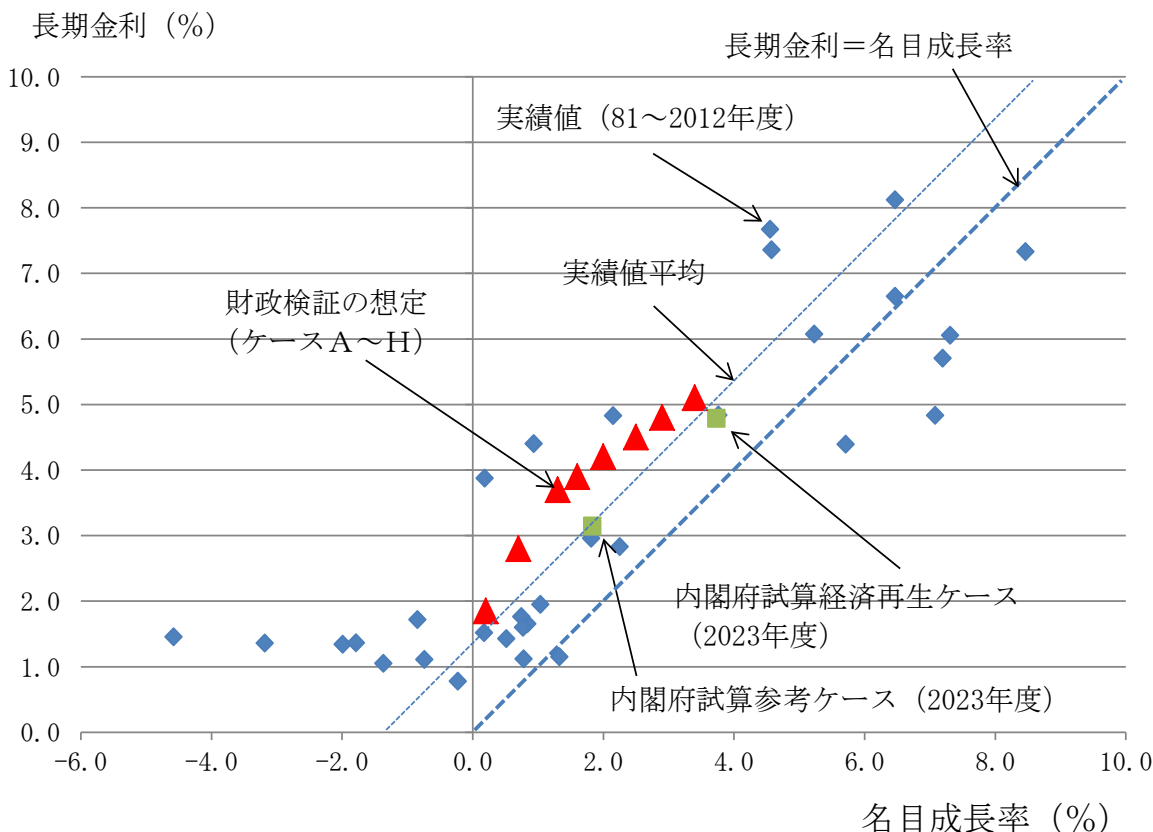


# (参考2)年金の財政検証に用いられる経済前提について

- 2024年度以降の経済前提について、名目成長率より名目長期金利が1.7%~2.3%程度高い。成長率に対して高めの金利は年金財政に有利な想定。年金の持続可能性を確実なものとするために、今次の財政検証において、成長率と金利の差が①半分の1%、②金利と成長率が一致するケース等を、比較のために感応度分析として試算すべき。

(注)2012年の純金融資産負債残高を前提にした場合であれば、1%の金利上昇により、国・地方の収支は▲8兆円程度(支払超過)。社会保障基金の収支は+2兆円弱(受取超過)。

## 金利と成長率に関する実績と財政検証想定と比較



	成長率	金利	差
1981~2012年度の実績			
平均	2.1	3.4	-1.4
中央値	1.0	2.4	-1.4
リーマンショックを除く			
平均	2.4	3.6	-1.1
中央値	1.2	2.9	-1.7
デフレ状況の有無			
81~94年度	5.0	5.9	-0.9
95~2012年度	-0.2	1.6	-1.8
内閣府試算 (2023年度)			
経済再生	3.7	4.8	-1.1
参考	1.8	3.1	-1.3
財政検証 (2024年度以降)			
A	3.4	5.1	-1.7
B	2.9	4.8	-1.9
C	2.5	4.5	-2.0
D	2.0	4.2	-2.2
E	1.6	3.9	-2.3
F	1.3	3.7	-2.4
G	0.7	2.8	-2.1
H	0.2	1.9	-1.7