

経済・財政一体改革における重点課題(社会保障)

2022年12月1日

十倉 雅和

中空 麻奈

新浪 剛史

柳川 範之

成長と分配の好循環実現には、個人消費に大きな影響を与える家計可処分所得の拡大が不可欠。そのためには、人への投資を通じた賃金・所得の上昇に加え、更なる踏み込んだ社会保障制度改革を通じて、現役世代の社会保険料負担の上昇を抑制していくことが重要。その対応として、医療・介護等の社会保険制度の中の改革を徹底するとともに、医療・介護分野の成長力強化という社会保険制度の外の改革にも取り組んでいくことが必要である。

前者については、今後、労働人口が減少していく中において、2025年に全ての団塊世代が後期高齢者となり、2040年代初頭には高齢者数が最多を迎えることから、医療・介護費の地域差縮減と増加の抑制を徹底するとともに、全世代型社会保障の考え方の下で、現役世代への給付の拡充と応能負担の着実な強化を進めていくべきである。

後者については、医療・介護分野でDXを始めとする生産性の向上やヘルスケアや創薬等の市場拡大を通じて、国民の健康を増進し、医療・介護費の抑制や高齢者の労働参加による社会保障の担い手の増加に結び付けていくため、必要な規制・制度の見直しを抜本的に行う必要がある。

こうした可処分所得拡大に向けた取組に加え、今後の医療・介護需要の増大、緊急事態対応への備えといった大きな変化を乗り越えるため、医療・介護の提供体制の構造を強化することも急務である。データを活用しながら、地域医療構想の実現、地域包括ケアシステムの深化を図り、限られた医療・介護資源の最適配分を実現していかなければならない。

こうした観点を踏まえ、社会保障分野については、令和5年度予算を含め、以下の改革を実行していくべき。

1. 家計可処分所得の拡大に向けた負担の抑制ときめ細やかな給付

来年度策定される都道府県の次期医療費適正化計画に、長年の課題である医療費の地域差縮減を加速する方策を反映すべき。また、マイナンバーも活用した世帯属性に応じたきめ細やかな給付や応能負担の強化を実現すべき。

- 一人当たり医療費の地域差は、入院が主要因。その解消には、地域医療構想を推進し、病床の機能分化を進めるとともに、次の施策を講ずべき。
 - 同じ疾病・症状で外来と入院の判断が異なるなど、提供する医療サービスのバラつきが地域差に影響している可能性。医療DXの下で整備するデータベースを活用し、標準的な医療サービスを特定した上で、その展開を図るべき。
 - 入院発生率を抑制し、重症化を防ぐには、予防・健康づくりが重要。保険者である都道府県・市町村間の財源調整に使われる国保の普通調整交付金は、保険者努力支援制度²と一体的に見直し、移行期間を確保しつつ、予防・健康づくりと医療費適正化への自治体のインセンティブを高める仕組みに計画的に転換していくべき。

¹ 都道府県間の年齢構成の相違を調整した一人当たり医療費の地域差。

² 保険者(都道府県・市町村)における予防・健康づくりや医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況や成果に応じて交付金を交付する制度。

- 全世代型社会保障の下で議論が進められている医療・介護の給付と負担の見直し³については、現役世代の保険料負担の上昇を抑制するとともに、将来世代に負担を先送りすることのないよう検討し、議論を先送ることなく、年内に結論を得るべき。
- マイナンバーを通じた、所得等の情報の活用による給付の迅速化等について、「マイナンバーの利活用拡大に向けたタスクフォース」の検討に基づいて着実に推進すべき。

2. 医療・介護分野でのイノベーションを生み出す規制・制度整備

医療・介護のDX等により、ヘルスケア・医薬産業の成長力強化(HX)を進めるとともに、予防・健康づくりを強化し、医療・介護費の抑制や、高齢者の労働参加による社会保障の担い手の増加を図るべき。そのための規制・制度整備を強力に推進すべき。

- HXを推進する上で、電子カルテ標準化や医療・介護全般の情報を共有する「全国医療情報プラットフォーム」の創設は不可欠な基盤であり、確実に実現すべき。
- 同時に、民間事業者がイノベーションのためにデータを円滑に二次利用できるよう、現行の規制⁴を見直すべき。具体的には、上記プラットフォーム等にある幅広い個人情報を、研究開発に適した形で匿名化した上で、その扱いについて事前規制(二次利用に関する本人同意原則)から事後規制(事務負担の少ない形でのオプトアウト)とする等の制度整備を行うべき。
- 医療・健康アプリ(SaMD⁵)をはじめ医療機器の社会実装を促進するため、迅速に各種規制の見直しを図るべき。

3. 医療・介護資源の最適配分の実現

将来の医療・介護需要の増大に対して、国民が安心して必要なサービスを受けることができるよう、人材・インフラ・財政といった限られた資源の最適配分を実現すべき。

- 医療提供体制について、かかりつけ医機能の発揮・在宅医療の充実につながる身近な地域での連携強化と、入院・救急を中心とする高次機能の集約化を図り、機能分化を徹底して進めるべき。
 - かかりつけ医機能は、地域での日常的な医療の提供・介護サービス等との連携のために必要なインフラ。国民、診療所、病院それぞれがWIN・WINの関係となるよう具体的な検討を行い、国民目線で分かりやすい仕組みとすべく、かかりつけ医機能を明確化し、情報提供を行う等の制度整備の内容を次期医療制度改革法案に盛り込むべき。
 - ナース・プラクティショナー制度⁶の検討など、地域医療における医療関係職間のタスクシェアを推進すべき。

³ 医療：後期高齢者の保険料負担と現役世代の支援金について、賦課限度額や所得に係る保険料率の引上げにより、負担能力のある高齢者に応分の負担を求めつつ、一人当たりの伸び率が均衡するような見直し。出産育児一時金の費用総額について負担能力のある後期高齢者も含めて医療保険の加入者全体で支え合う仕組み、等。介護：高齢者の負担能力に応じた負担、公平性等を踏まえた保険料、利用者負担、多床室の室料負担、ケアマネジメントに関する給付、軽度者への生活援助サービス等の見直し、等。

⁴ 現行制度では、医療情報の二次利用について、仮名加工情報の場合は、個人情報保護法に基づき本人同意の取得が原則であるため、多大な事務負担がかかる等の指摘がある。匿名加工情報の場合は、次世代医療基盤整備法に基づき丁寧なオプトアウト(あらかじめ通知を受けた本人や遺族が停止を求めないこと)により二次利用が可能だが、匿名加工はデータの真正性が失われる、同法のカバーするデータ範囲が狭い等の指摘がある。

⁵ Software as a Medical Device：医療機器プログラム。

⁶ 看護師が診断や治療等の医師の一部業務を担う制度。

- 地域医療構想の実現に向けて、機能別にみた回復期病床への転換が遅れている。都道府県における達成状況の公表や未達成の場合の都道府県の責務の明確化に関する法制上の措置を講ずるべき。また、財政上のインセンティブに技術的支援を組み合わせることで、病床機能の転換を強力に推進すべき。
- 医療機関の経営状況の見える化の推進について
 - 国公立病院等⁷は、病床確保のための補助金により2020年度以降経営状況が大きく改善。民間に比べて高い病床確保率という成果と補助金というコストのバランスが適正であったか十分な検証を行い、将来の感染症危機の対応に活かすべき。
 - 医療機構系の独立行政法人は、補助金による積立金の発生によって財務規律が緩むことのないよう、引き続き経営改善・強化に取り組むとともに、法令に基づき余剰資金は国庫返納すべき。また、構造的な赤字体質である公立病院は、「公立病院経営強化ガイドライン」に沿った改革を加速すべき。
 - 民間病院については、政府からの補助と経営状況の見える化はセットであるべき。職種別の給与データをはじめ医療法人等の財務諸表のデータベース整備を、時間軸を定め、強制力を持って進めるべき。
- 今後、サービス需要が特に高まる介護については、
 - ICT・AI・ロボットの活用により生産性向上を図るとともに、事業者の大規模化・協働化による経営・システム面の効率改善を進め、人材面・財政面で事業者の持続可能性が高まるよう基盤整備を進めるべき。
 - 地域で医療・介護サービスを一体的に提供する必要性が高まる中、NPO等の共助も重要な支え手として位置付けた上で、かかりつけ医機能が発揮される制度整備とも連携して、地域包括ケアシステムの深化を進めるべき。

⁷ 独立行政法人国立病院機構、同地域医療機能推進機構及び公立病院。

経済・財政一体改革における重点課題 (社会保障)

参考資料

2022年12月1日

十倉	雅和
中空	麻奈
新浪	剛史
柳川	範之

成長と分配の好循環と社会保障

- 賃金等に占める社会保険料の割合は年々高まっており、家計可処分所得の伸びは賃金の伸びに対して抑制。
- 成長と分配の好循環のカギとなる可処分所得拡大に向けて、応能負担の強化、医療・介護制度の効率化とともに、医療・介護分野でのDX(HX)の推進により成長力強化と健康増進を同時に実現することで、社会保障給付費の増加とそれによる社会保険料の引上げを抑制していくことが重要。

図1 家計可処分所得と社会保険料負担率

～家計可処分所得の伸びは、賃金を上回る社会保険料の増加等から抑制的。賃金等に占める社会保険料の割合は上昇傾向～

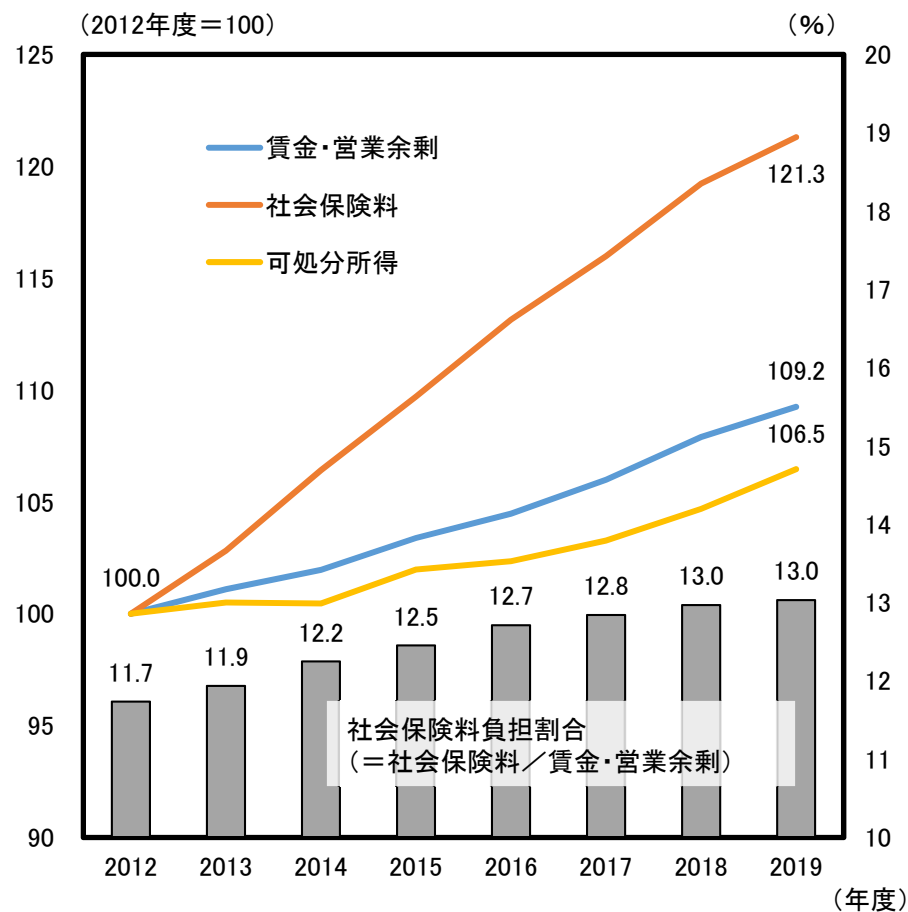


図2 社会保障給付の伸び(2012年度差)

～高齢化に伴い医療・介護・年金給付は増加、このうち年金は負担を固定し給付を調整する仕組みを整備～

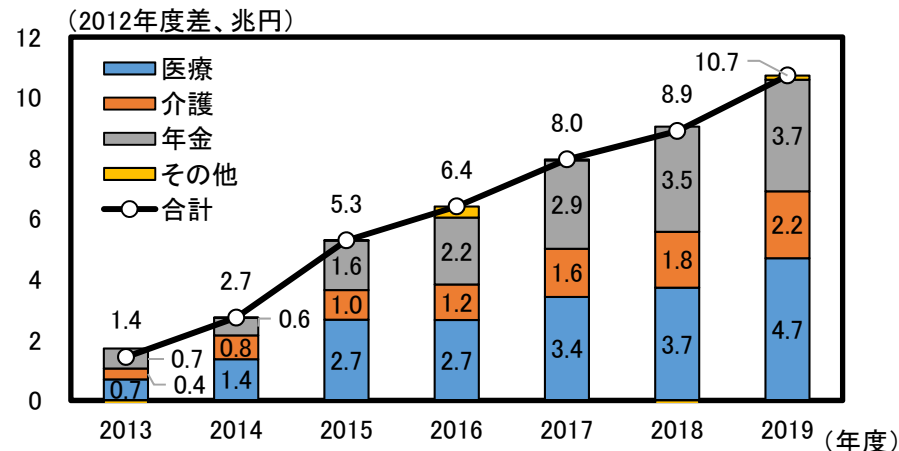
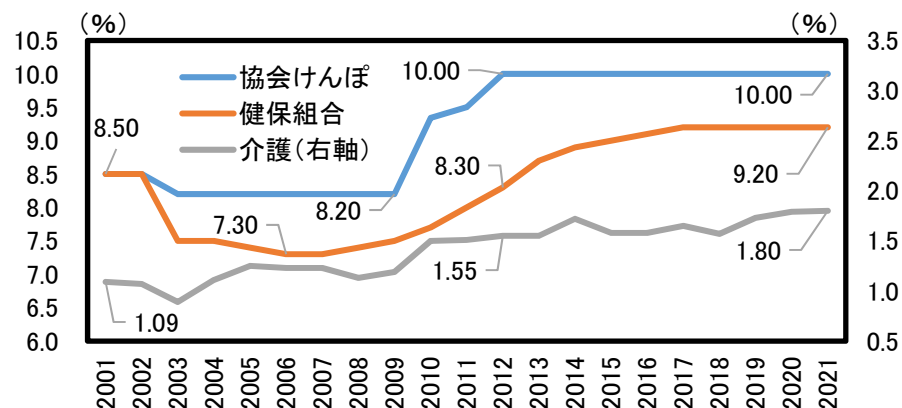


図3 医療・介護保険料率(労使分)の推移

～給付費の伸びに伴い医療・介護保険料率は趨勢的に上昇～



(備考) 図1, 2は内閣府「国民経済計算」により作成。社会保険料は家計の現実社会負担。営業余剰と可処分所得はグロスベース。図3は、厚生労働省及び全国健康保険協会の資料により作成。厚生年金保険料率は、2017年9月に最後の引上げが終了し、18.3%で固定されている。

一人当たり医療費の地域差縮小の加速

- 一人当たり医療費の地域差の主たる要因は、入院。地域医療構想の実現により病床の機能分化を進めるとともに、医療サービスの標準化を行い、外来・入院等の判断の違いを狭め、投入する医療資源の平準化を図るべき。
- あわせて、入院発生率を抑制し、重症化を防ぐため、予防・健康づくりを推進する必要。財政インセンティブの大胆な見直しを図るべき。

図4 一人当たり医療費の地域差指数の要因分解(2019年度)
～地域差を生んでいる主たる要因は、入院～

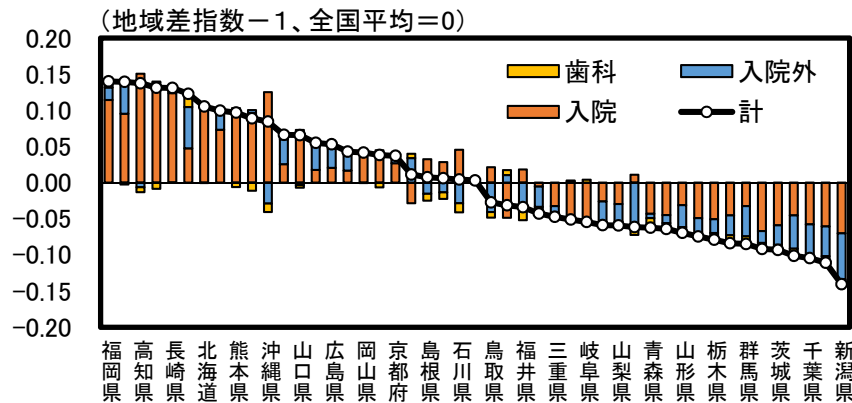
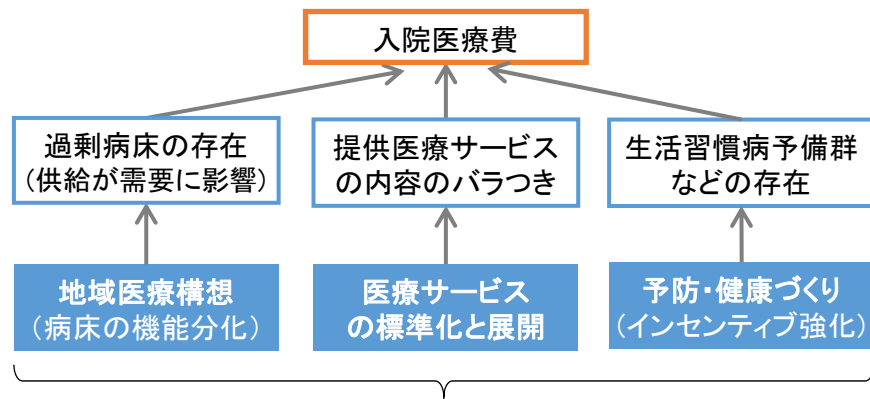


図5 入院医療費に影響を及ぼす要因の整理



次期医療費適正化計画に適切に反映

(備考)厚生労働省「医療費(電算処理分)の地域差分析」、「患者調査」等により作成。一人当たり医療費は、年齢調整後ベース。地域差指数は、各県の値と全国平均の値との比率によって計算される(つまり、当該県=全国平均であれば1の値を取る)ため、「地域差指数-1」の値が1を上回っていれば一人当たり医療費が平均よりも大きいことを意味する。

図6 医療サービスのバラつきの例
～がん治療について、化学療法の進歩により外来での治療は増えているが、地域ごとに入院させる割合にはバラつきがある～

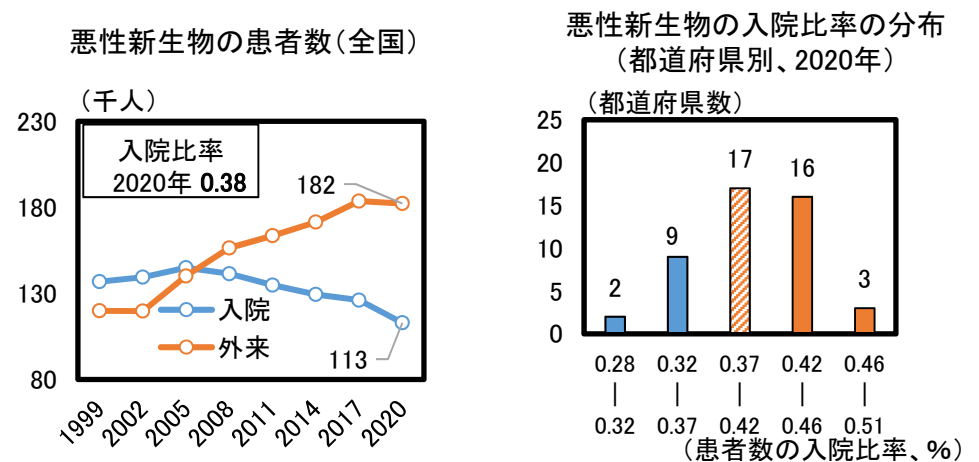


図7 予防・健康づくりと医療費抑制の実証研究
(特定健診・保健指導による医療費抑制効果を示す研究事例)

特定健診・特定保健指導による効果検証(厚生労働省)
＜経済・財政一体改革エビデンス整備プラン関連事業＞

【分析内容】

・2013年度に特定健診を受診した糖尿病予備群について、特定保健指導の実施の有無による、2019年度(6年後)の医療費抑制効果を検証

【分析結果】

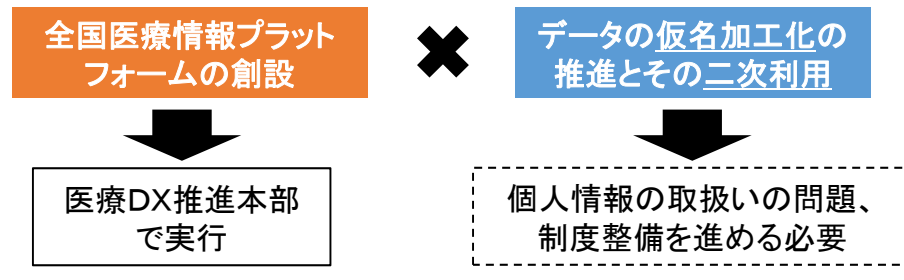
・特定保健指導による医療費適正化効果(1人当たり単価): **約6,000円**
 ・実施率の目標(特定健診70%、特定保健指導45%)達成によるマクロの医療費適正化効果: **約200億円**

ヘルスデータの利活用によるHXの推進

- HXの推進は、ヘルスケア産業や医薬産業の成長力強化につながるとともに、国民の健康増進を通じて、医療・介護費の抑制や社会保障の担い手となる高齢者の増加にも資する。
- 民間事業者がイノベーションのためにデータを円滑に二次利用できるよう、データベースにある幅広い個人情報をも、研究開発に適した形で匿名化し、事前規制(本人同意)ではなく事後規制(オプトアウト)により管理する規制・制度整備を行うべき。

図8 HX推進のために必要な政策

～データ整備とその二次利用のための制度整備を実現する必要～



(参考)匿名加工情報と仮名加工情報の違い

～匿名加工は、情報の真正性が失われ、研究開発に利用しにくい～

<医療情報(個人情報)>

氏名	被保険者番号	住所	性別	年齢	体重	来院日	高血圧症	糖尿病	収縮期血圧
佐藤太郎	12345...	〇県×市本町1	男性	74	59.1	6/26	○		211
高橋二郎	34567...	〇県〇市南町3	男性	39	72.3	4/17	○	○	141

<匿名加工>【加工度:高】

特定個人を識別できないよう、元の個人情報を復元できないように加工。

- ・項目削除(氏名、被保険者番号、特異な記述(糖尿病))
- ・一般化(住所・年齢・体重) ・ノイズ付加(来院日)
- ・トップ(ボトム)コーティング(年齢・収縮期血圧)

氏名	被保険者番号	住所	性別	年齢	体重	来院日	高血圧症	糖尿病	収縮期血圧
-	-	〇県×市	男性	70代	56-60	6/24	○	-	201以上
-	-	〇県〇市	男性	30代以下	71-75	4/21	○	-	141

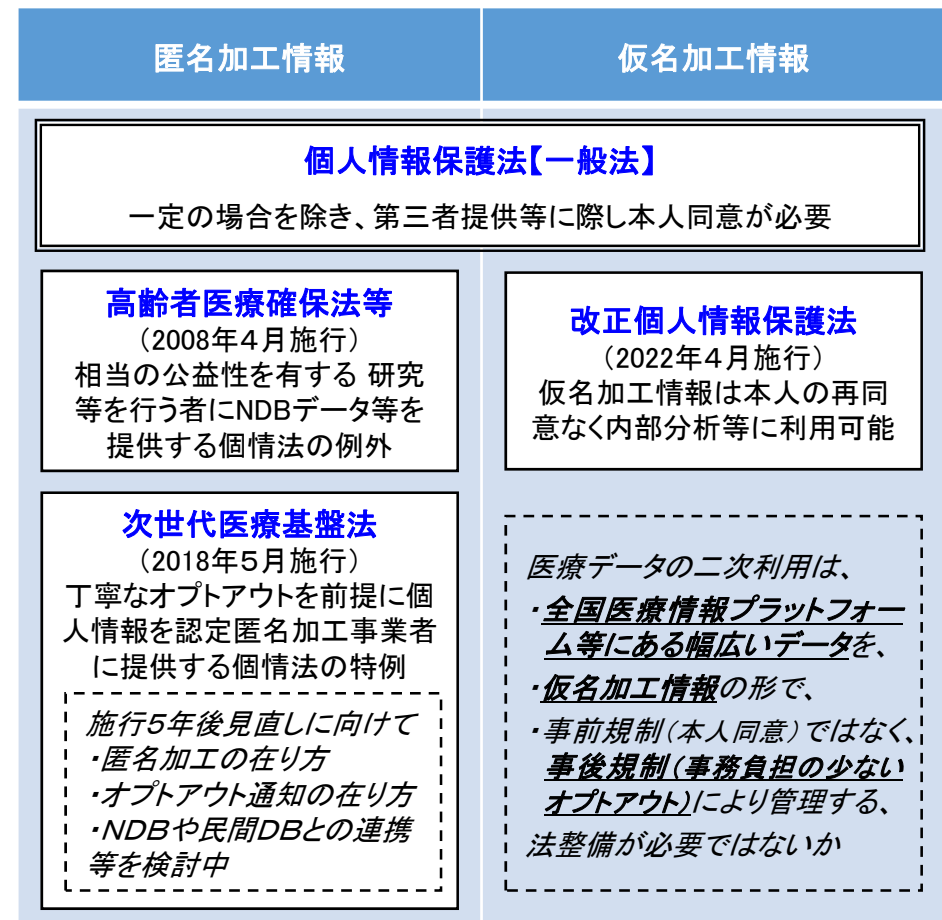
<仮名加工>【加工度:低】

他の情報と照合しない限り特定の個人を識別できないように個人情報を加工。

- ・項目削除(氏名、被保険者番号) ・一般化(住所)

図9 個人情報を含む医療情報の二次利用に適用される法令

～医療情報の二次利用は、匿名加工情報に関する制度整備が先行。仮名加工情報も、限定利用が可能となったが、更なる制度整備が必要～



(備考)厚生労働省資料、日本製薬工業協会資料により作成。

※オプトアウト:あらかじめ通知を受けた本人又はその遺族が停止を求めないこと

医療提供体制の強化

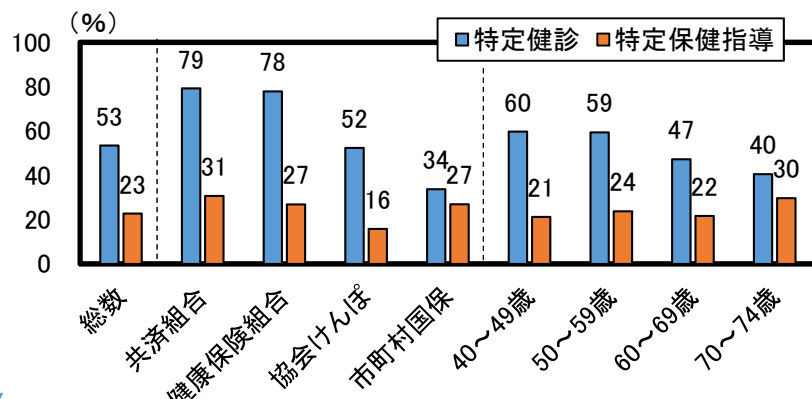
- かかりつけ医機能は、国民目線で分かりやすい仕組みとすべく、かかりつけ医機能を明確化し、情報提供を行う等の制度整備の内容を次期医療制度改革法案に盛り込むべき。
- 地域医療構想は、機能別に見た回復期病床への転換に遅れ。未達成の場合の都道府県の責務を法制上明確化するとともに、財政インセンティブに技術的支援(データ分析、助言)を組み合わせ、病床機能の転換を強力に推進すべき。

図10 かかりつけ医による地域医療体制の充実
～患者、診療所、病院が互いにWIN・WINの関係となるよう、かかりつけ医の役割を具体化し、制度整備を進めるべき～

<地域医療の課題と「かかりつけ医」に与える役割(例)>

- ・成人病予防のために重要な特定健診は、60代以上の高齢者やそうした高齢者が多く加入する国保において実施率が低い。
- ・こうした組織に属さない層は、地域においてケアする必要。かかりつけ医の役割に、プライマリケアや在宅医療などとともに、「特定健診・保健指導の積極的な実施」を位置付ける。

(参考) 特定健診・保健指導の実施率(2020年度)

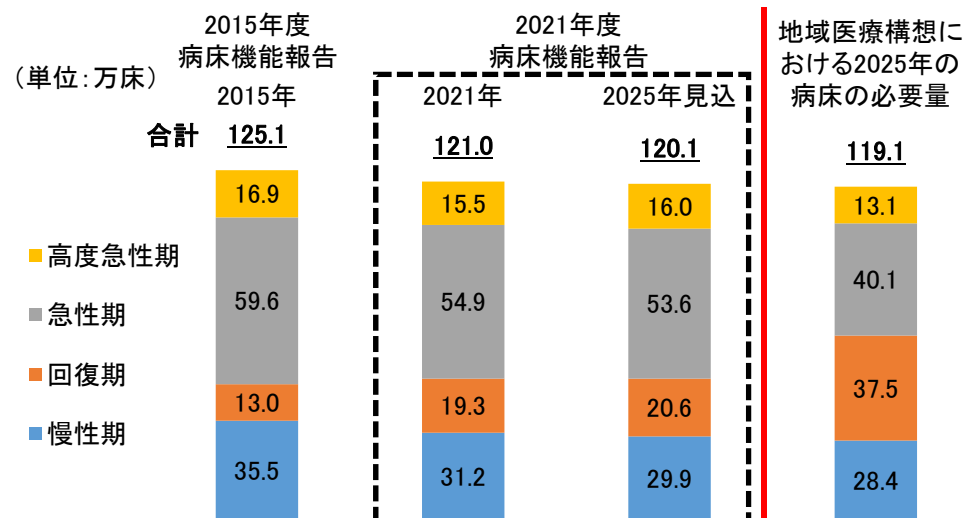


(備考) 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」により作成。

<WIN・WINの関係>

- 患者**：健診のみならず、保健指導まで一貫して受診することができ、健康増進につながる
- 診療所**：かかりつけ医となることで、地域の医療ニーズにアクセスすることができる
- 病院**：高度医療に専念することができる

図11 機能別病床数の推移と見込み
～2025年の病床必要量に対して、病床数全体の削減は進展も、回復期への転換に遅れ～



急性期病床から回復期病床への転換等に対する施設・設備整備助成 <地域医療介護総合確保基金の一部>

2014～2020年度執行実績(累計、国・地方負担)

交付額：2,780億円 執行額：1,222億円 執行率：44%

⇒ 執行率が低く、財政インセンティブに加え、都道府県、医療機関等に対する技術的支援が必要

- (備考) 1. 厚生労働省資料(出典：2021年度病床機能報告等)等により作成。
2. 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要。
3. 2025年見込は、2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数。
4. 2025年の病床の必要量は、2013年度のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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月中位推計)」等を用いて推計。

医療機関の経営状況の見える化

- 国公立病院等は、民間に比べて高い病床確保率であったが、一方で病床確保のための補助金受給により、2020年度以降経営状況が大きく改善。成果とコストのバランスが適正であったか検証を行い、将来の感染症危機対応に活かすべき。
- 医療機構系の独立行政法人は、財務規律が緩まぬよう引き続き経営改善・強化に取り組むとともに、法令に基づき余剰資金は国庫返納すべき。構造的な赤字体質である公立病院は、「公立病院経営強化ガイドライン」に沿った改革を加速すべき。

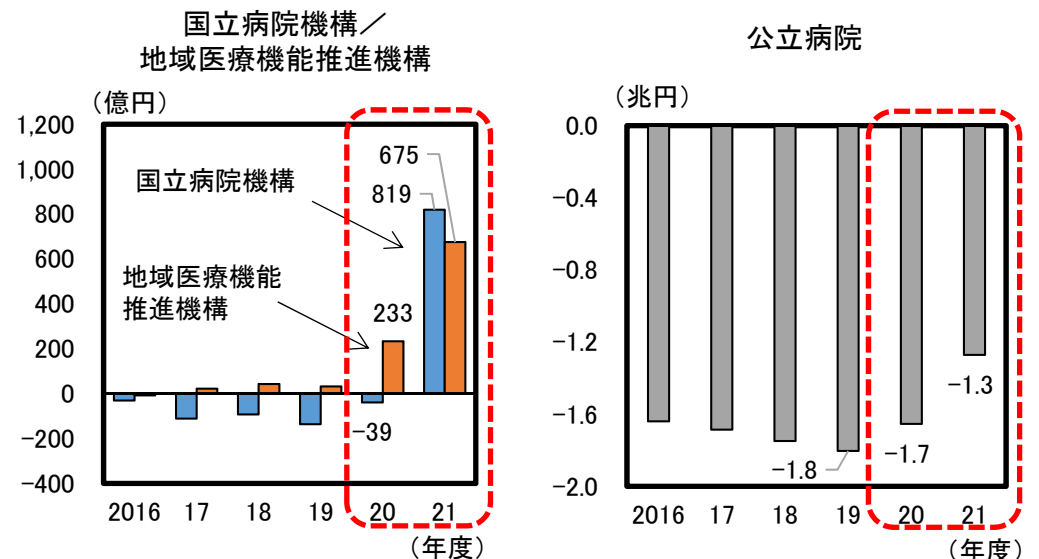
図12 国公立病院等のコロナ病床確保状況(2021年度末)
～国公立病院等は、民間医療機関に比べて高い病床確保率～

(単位:床)	総病床数(A)	確保病床数(B)	割合(B/A)
(独)国立病院機構	47,013	2,681	5.7%
(独)地域医療機能推進機構	14,957	1,145	7.7%
公立病院	188,959	9,982	5.3%
民間医療機関等	637,020	29,863	4.7%

図13 国公立病院等の経営状況
～2021年度には補助金以外の収入がコロナ前を回復するも、補助金の受給は継続。その下で経常損益は大きく改善～
(億円)

機構	区分	2019年度	2020年度	2021年度
国立病院機構	経常収益	10,202	10,755	11,486
	補助金以外	10,148	9,710	10,190
	補助金	54	1,045	1,296
	経常損益	23	576	908
地域医療機能推進機構	経常収益	3,755	3,937	4,354
	補助金以外	3,742	3,615	3,785
	補助金	12	322	569
	経常損益	42	213	480
公立病院	経常収益	51,713	54,399	57,515
	医業収益	45,526	44,360	46,676
	医業収益以外(含補助金)	6,187	10,039	10,839
	経常損益	▲980	1,251	3,256

図14 国公立病院等の積立金／繰越欠損金の状況
～独法二法人は巨額の積立金が発生、公立病院は欠損金が縮減～



(参考)「独立行政法人国立病院機構法」の積立金の処分に係る規定
※独立行政法人地域医療機能推進機構法にも同様の記載

第十七条 機構は、…中期目標の期間の最後の事業年度に係る…整理を行った後、…積立金があるときは、その額に相当する金額のうち厚生労働大臣の承認を受けた金額を、…当該次の中期目標の期間における…業務の財源に充てることができる。

2 機構は、前項に規定する積立金の額に相当する金額から同項の規定による承認を受けた金額を控除してなお残余があるときは、その残余の額を国庫に納付しなければならない。

(備考) 1. 図10は、厚生労働省①「医療施設動態調査」、②「両用状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査」、③「新型コロナウイルス感染症対策に係る各医療機関内の病床の確保状況・使用率等の報告」により作成。総病床数は、感染症病床と一般病床の合計、2021年10月時点。公立病院は、都道府県・市町村・地方独立行政法人の病院のみ計上。確保病床数は、国公立病院等は2022年4月6日時点のもの(資料③)。民間医療機関等は総数(資料②)と国公立病院等との差分。

2. 図11、12は、国立病院機構及び地域医療機能推進機構の財務諸表、総務省資料等により作成。