

経済・財政一体改革における社会保障改革 ～医療介護提供体制を「価格」の面から考える～

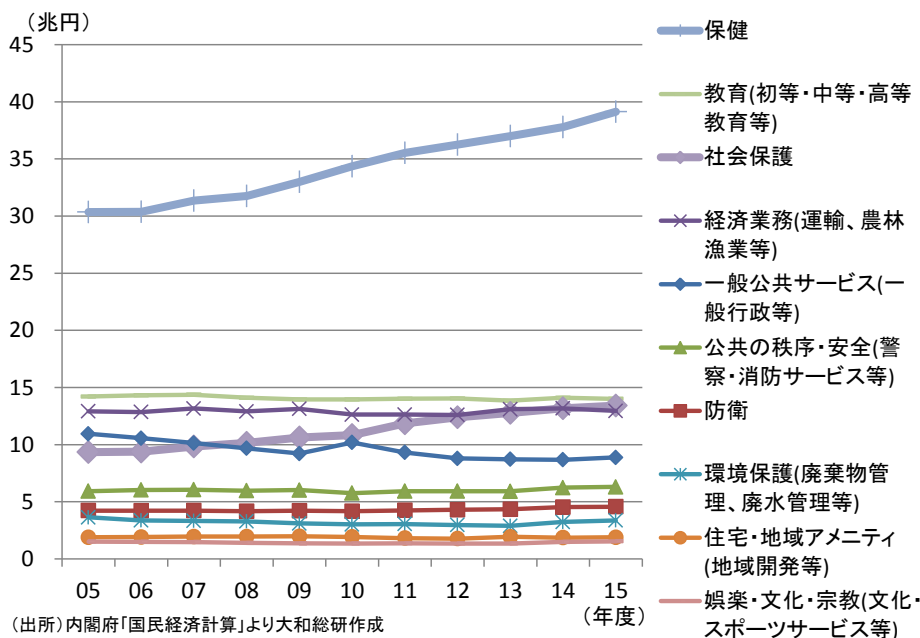
(株)大和総研 主席研究員
(パブリックポリシーリサーチ担当)

鈴木 準

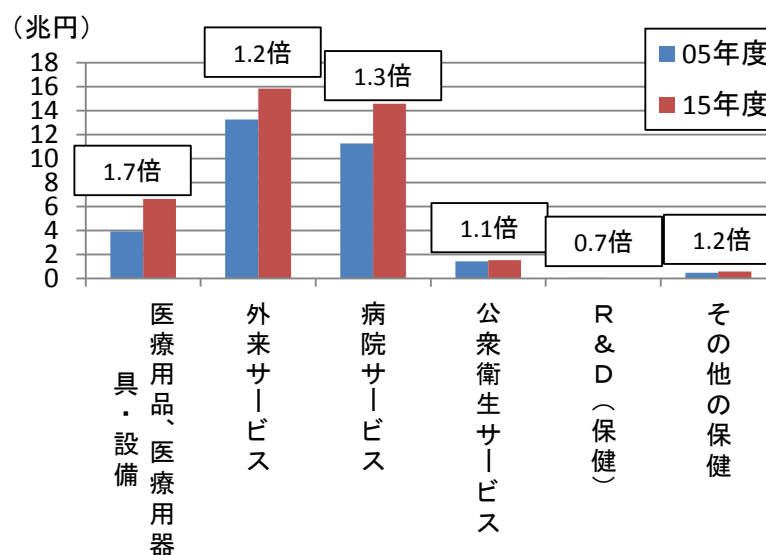
2017年3月22日

国民経済計算でみる政府支出、保健の内訳

一般政府の機能別支出(最終消費支出の内訳)



保健の内訳

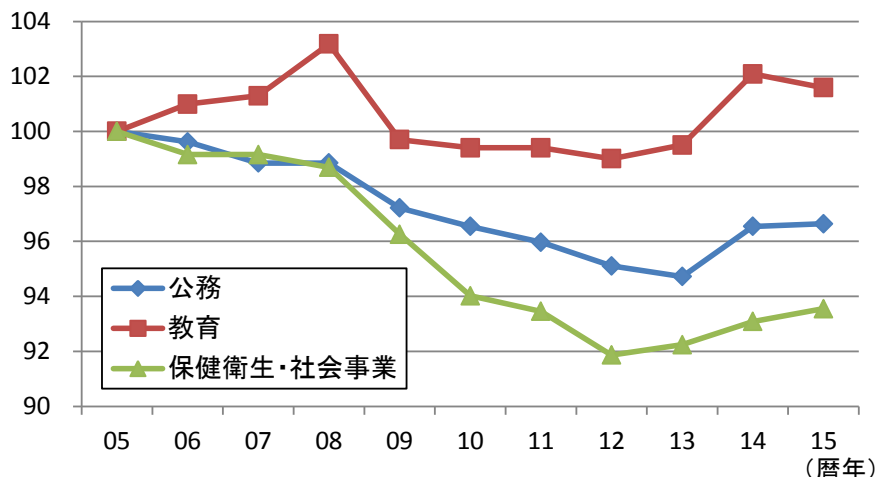


(出所)内閣府「国民経済計算」より大和総研作成

- 過去10年間で、政府の名目歳出額が増えたのは、「保健」と「社会保護」の機能。経済・財政一体改革は網羅的なものだが、全体の規模感で捉えた成否は、この分野の改革にかかっていると言っても過言ではない。
- 「保健」の内訳で増加率が高いのは、「医療用品、医療用器具・設備」や「病院サービス」。マクロ統計からみても、薬剤費や入院医療費に特に課題がある。

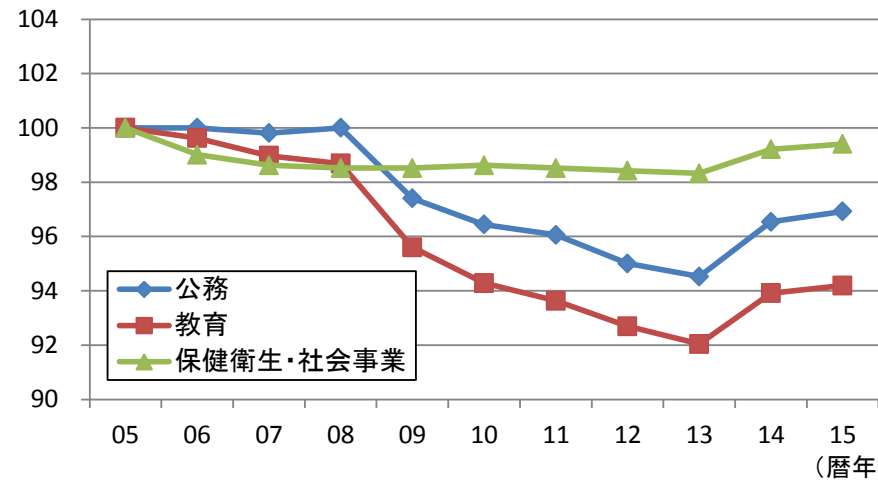
公共・公的サービス関連産業の価格

中間投入デフレーター



(注)11暦年基準のデフレーター(連鎖方式)について、便宜的に05暦年を100として示した。
(出所)内閣府「国民経済計算」より大和総研作成

産出デフレーター



(注)11暦年基準のデフレーター(連鎖方式)について、便宜的に05暦年を100として示した。
(出所)内閣府「国民経済計算」より大和総研作成

- 経済活動(産業)としての「保健衛生・社会事業」に投入されている財貨・サービスのデフレーターは、他の産業並みかそれ以上に低下している。
- これに対して、「保健衛生・社会事業」の産出デフレーター(当該産業が生産している財貨やサービスの構成で作成されたデフレーター)は相対的に高止まりしている。
- それだけ「保健衛生・社会事業」の付加価値デフレーターは上昇しているということであり、当該産業が産出している実質的な価値や生産性は、名目金額でみるほどには高まっていない公算が大きい。

(※)国民経済計算(08SNA)における産業分類は、国際標準産業分類(ISIC)第4次改定版と可能な限り整合的であるとされている。ISIC Rev.4における上記各産業の内容は次の通り。

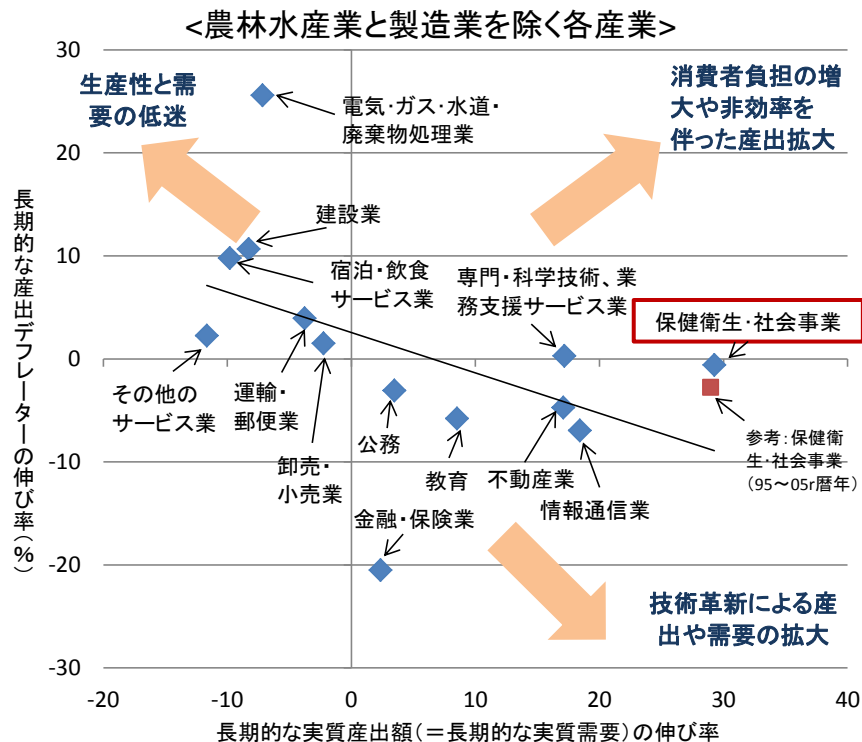
公務: 国家公務及び地域共同体の経済・社会政策業務、社会全体に対するサービスの提供(外務、国防、公共の秩序及び安全に関する事業)、強制社会保障事業

教育: 初等前教育及び初等教育、中等教育、高等教育、その他の教育、教育支援サービス業

保健衛生・社会事業: 病院事業、医療業及び歯科医療業、その他の保健衛生事業、居住介護施設、知的障害・精神衛生及び物質乱用者用居住ケアサービス業、高齢者・障害者用居住ケアサービス業、その他の居住ケアサービス業、宿泊施設のない高齢者・障害者向け社会事業、宿泊施設のないその他の社会事業

公共・公的サービス関連産業の価格と量、生産性

生産量の拡大をどのような価格で実現しているか



(注)2006~15暦年(過去10年間)における変化率。

(出所)内閣府「国民経済計算」より大和総研作成

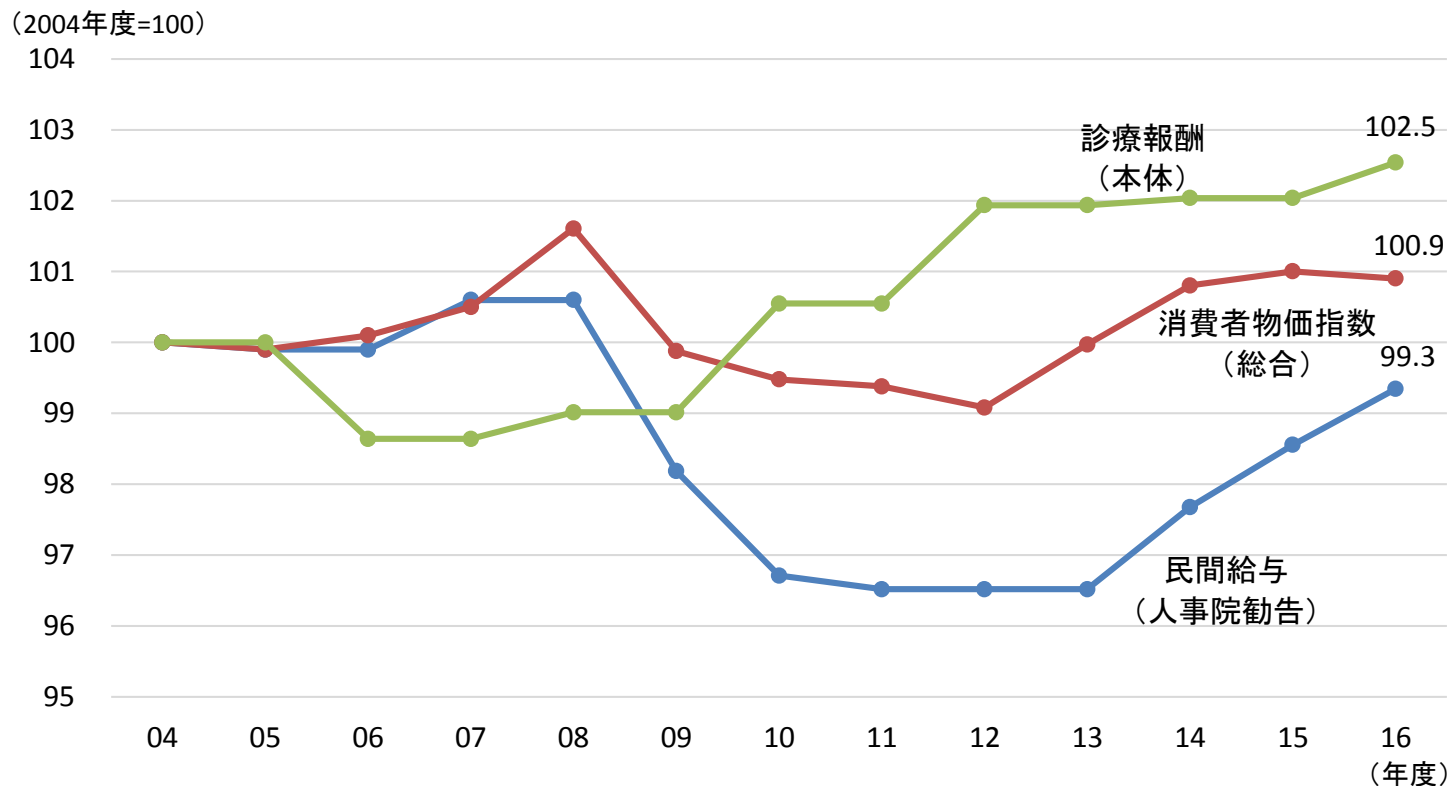
2006~15暦年での付加価値生産性(年率)

	公務	教育	保健衛生・社会事業	経済全体(実質GDP)
1人1時間当たり生産性上昇率(%)	0.9	1.9	▲ 1.5	0.9
実質生産額増加率(%)	0.2	1.0	1.9	0.5
就業者数増加率(%)	▲ 0.4	▲ 0.3	3.7	0.1
1人当たり労働時間増加率(%)	▲ 0.3	▲ 0.6	▲ 0.2	▲ 0.4
1人1時間当たり生産性(15年、千円)	7.7	6.7	2.7	4.5
実質生産額(15年、兆円)	26.3	19.0	35.6	516.7

(注)中間投入を除いた付加価値について。2011暦年連鎖価格のベース。
(出所)内閣府「国民経済計算」より大和総研作成

- 「保健衛生・社会事業」は長期的な生産量の拡大をどのような価格で実現しているか。
- 「保健衛生・社会事業」は生産や需要、雇用を大きく拡大させているが、それを生産性を低下させながら実現している。

物価・賃金の動向と診療報酬改定率の状況



(注1) 各指標とも2004年度を100とした指数。

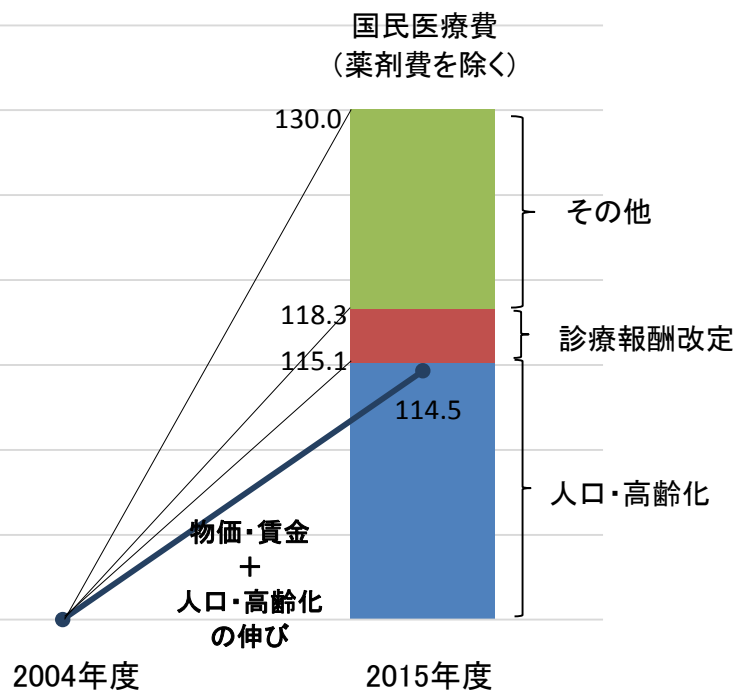
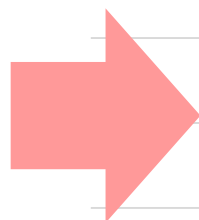
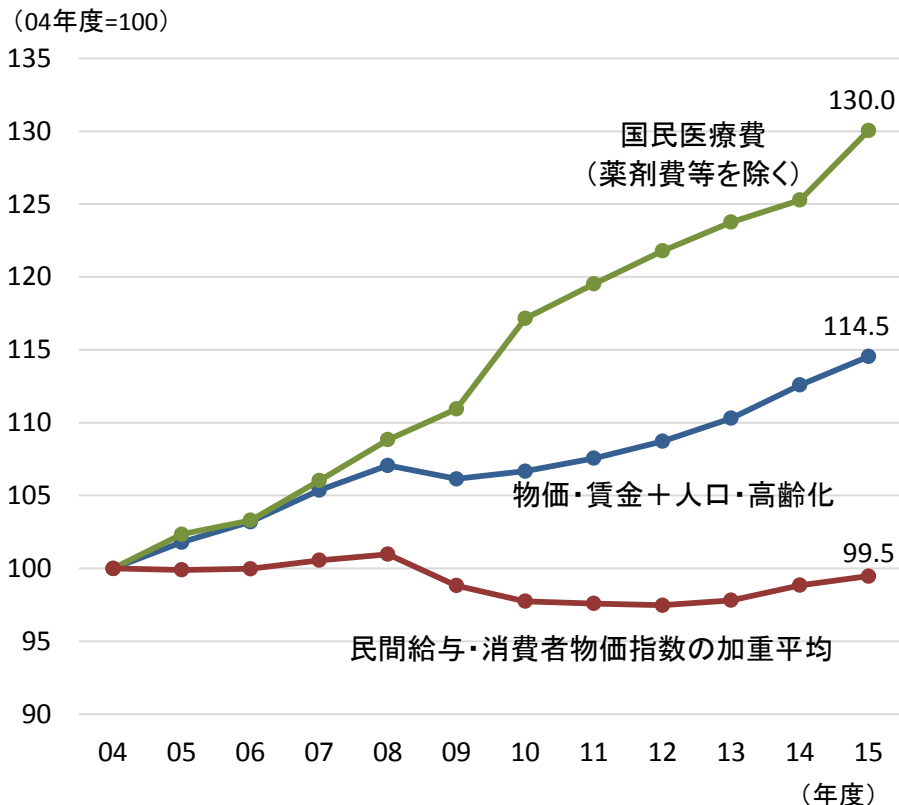
(注2) 診療報酬(本体)について、2014年度の改定率からは消費税引き上げ分を除いている。

(注3) 消費者物価指数について、2014年度は消費税率の引き上げの影響を補正している。また、2016年度は、2017年1月までの平均値による。

(出所) 財政制度等審議会財政制度分科会資料(2015年10月30日)等を参考に、厚生労働省、総務省、人事院の資料より作成

- 今後、一般的な物価や賃金の上昇が見込まれるとしても、医療や介護などの「保健衛生・社会事業」に関する価格は、これまでの物価と賃金の動向を踏まえたものである必要がある。
- 社会保険が賦課方式で運営されている下、年金の改定率については、物価や賃金の動向を踏まえた制度設計と運用が基本的には徹底されてきている。

物価・賃金、高齢化の動向と国民医療費(薬剤費を除く)の推移

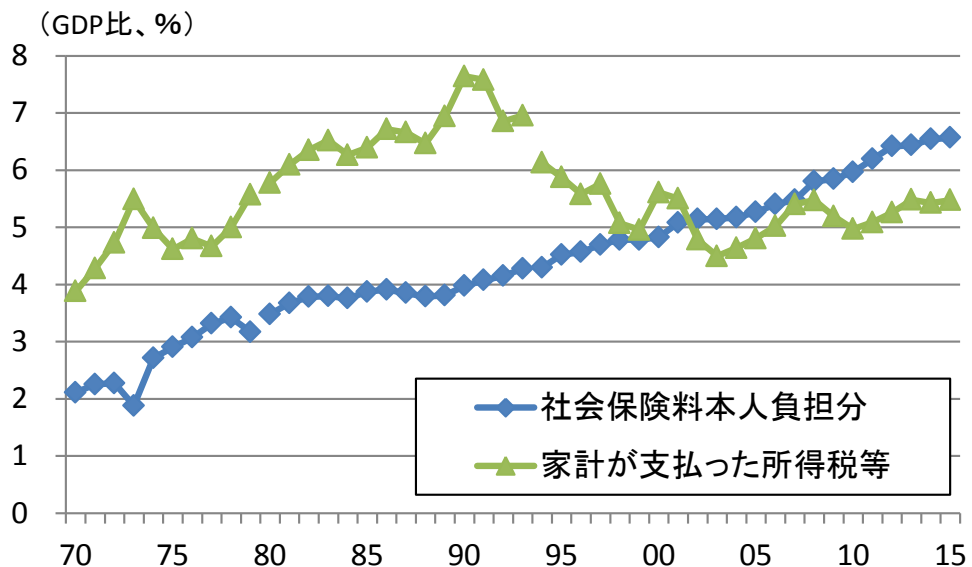


(注1) 各指標とも2004年度を100とした指数。
 (注2) 国民医療費は、薬剤費、特定保険医療材料費を除いている。薬剤費は毎年度の薬剤比率、特定保険医療材料費は2013年度の医療経済実態調査に基づく費用構造推計の結果をもとに算出。
 (注3) 物価・賃金+人口・高齢化は、民間給与・消費者物価指数の加重平均に、人口減と高齢化の影響を加えたもの。
 (注4) 民間給与・消費者物価指数の加重平均は、民間給与(人事院勧告)と消費者物価指数を、医療経済実態調査に基づく医療費(薬剤費等を除く)の費用構造に応じて加重平均したもの。
 (出所) 財政制度等審議会財政制度分科会資料(2015年4月27日)等を参考に、厚生労働省、総務省、人事院の資料等より作成

- 賃金や物価が上昇していない中、高齢化で説明できる国民医療費の増加は半分程度。
- 前頁で示した診療報酬(公定の単価)の伸びは年率0.2%程度だが、実際の<価格×数量>である国民医療費は年率2.4%で伸びている。すなわち、診療報酬の改定率と国民負担の増加率との間には相当の距離がある(現実の価格や数量は大きく伸びている)ことを認識する必要がある。

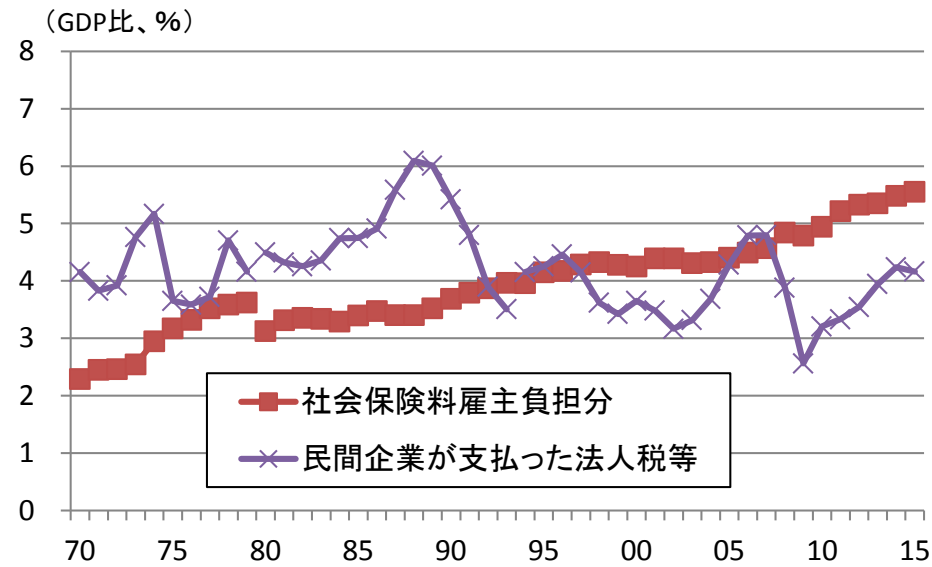
社会保険料負担の長期推移

家計の負担状況



(注) 70-79年度は68SNA、80-93年度は93SNA、94年度以降は08SNAの基準。(年度)
 (出所) 内閣府「国民経済計算」より大和総研作成

企業の負担状況



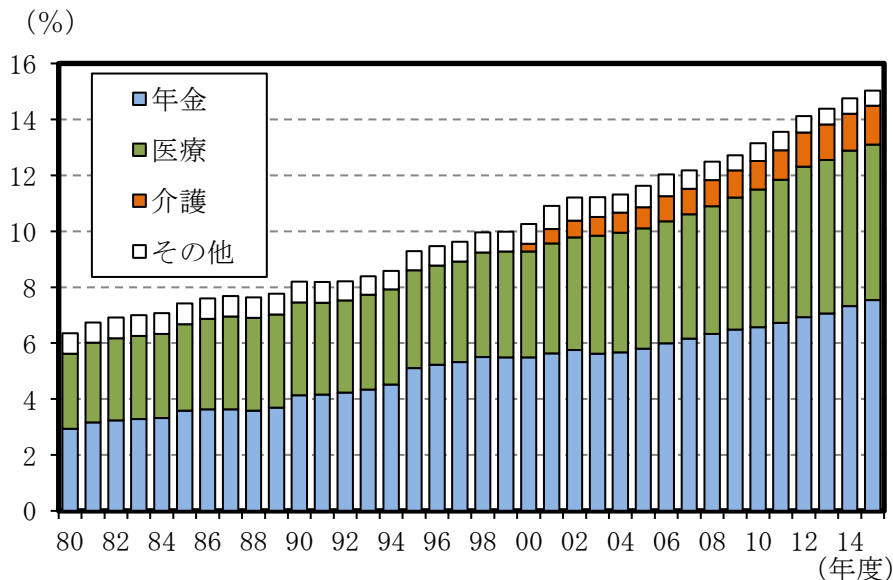
(注) 70-79年度は68SNA、80-93年度は93SNA、94年度以降は08SNAの基準。(年度)
 (出所) 内閣府「国民経済計算」より大和総研作成

- 所得税や法人税などの直接税の負担は時代や税制に応じて変化してきたが、社会保険料はほぼ一貫して負担増のトレンドが続いている。
- 年金保険料率は法定された上限に達しつつあることを踏まえると、医療保険と介護保険の保険料負担の増加の先行きが国民の可処分所得を大きく左右する。

(※) 第12回当WG(2016年9月15日)における鈴木提出資料について、2015年度国民経済計算年次推計(2011年基準・2008SNA)により改定。

家計部門における社会保障負担率(医療・介護)の展望

家計の社会保障負担率

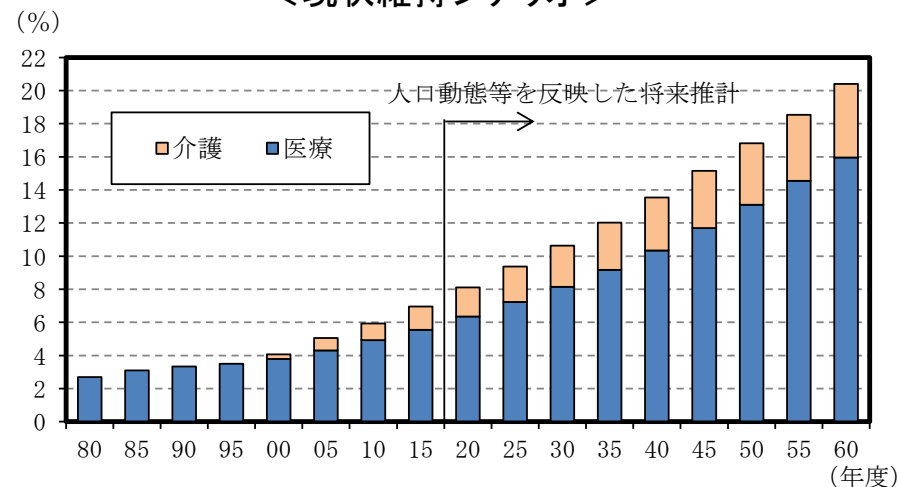


(注) 「賃金・俸給」「混合所得(純)」に対する家計の「現実社会負担」の比率。1993年度以前は旧基準のデータで遡及。

(出所) 内閣府「国民経済計算」より大和総研作成

家計の医療・介護に係る保険料負担率の展望

<現状維持シナリオ>



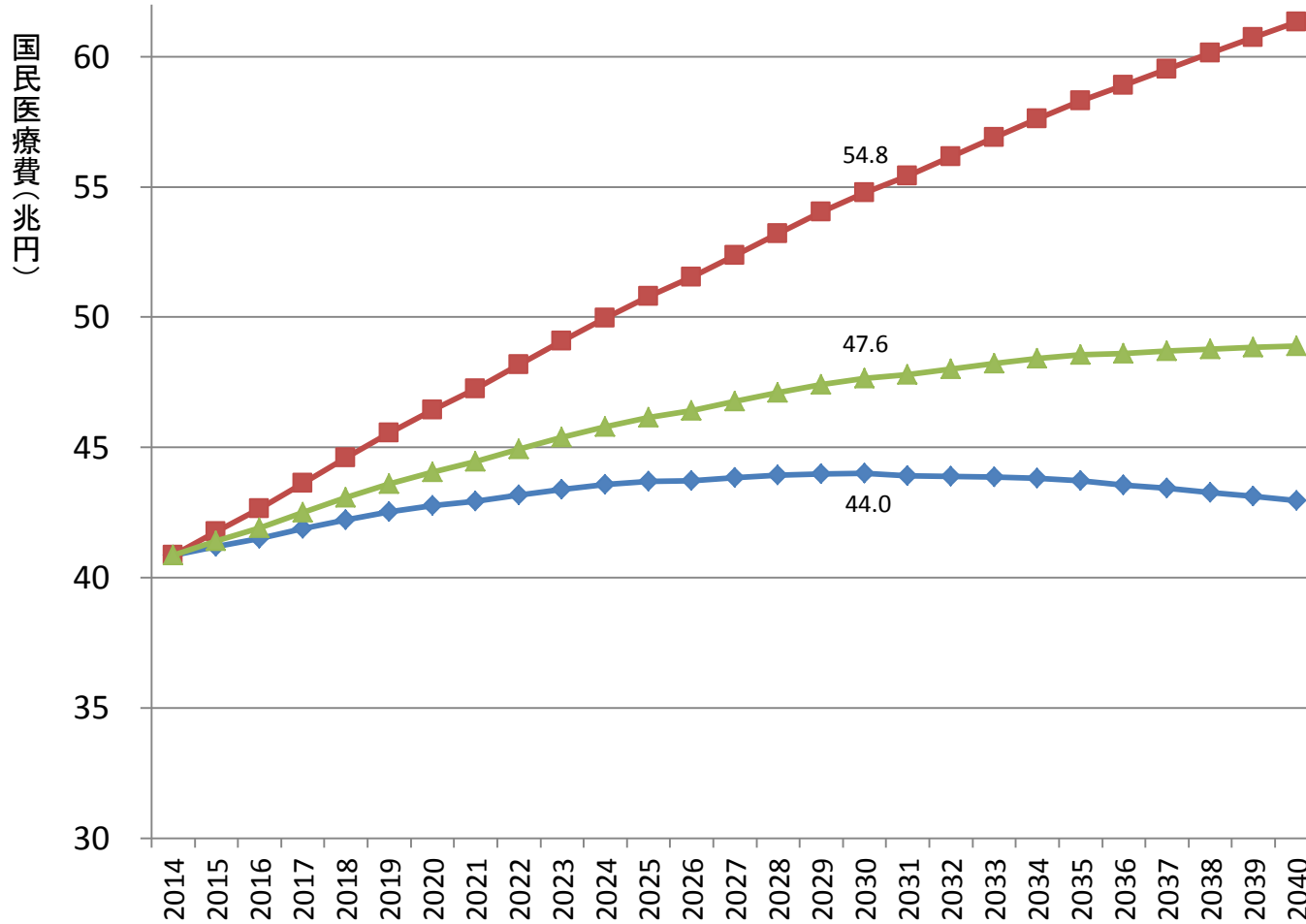
(注1) 「賃金・俸給」「混合所得(純)」に対する家計の「現実社会負担」の比率。人口見通しは国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」における出生中位(死亡中位)推計を利用。

(注2) 医療費は人口動態要因と「その他」要因(2011~15年度の平均で年1.4%pt)、介護費は人口動態要因と受給者割合要因(2020年度にかけて上昇)で増加。診療報酬と介護報酬は就業者1人当たり所得並みに改定される(社会保障負担率に影響しない)と想定。医療費に占める患者負担の割合は高齢化により低下。

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所、厚生労働省、内閣府統計より大和総研作成

- 現状が続くとすれば、家計部門の平均的な医療・介護保険料率は、際限なく高まり続ける恐れがある。
- 上図表は家計の本人負担分のみを示したもの。雇主負担保険料の増加は雇用に悪影響を与えられ、家計部門の負担はより重いものとなることに注意。

報酬改定や高齢化等を上回る「その他の伸び」と国民医療費の伸びとの関係



年齢階層別1人当り医療費が各年齢層とも年1.38%増(その他の伸びの2011～2015年度の5年間の平均)の場合

年齢階層別1人当り医療費が各年齢層とも年0.5%増(その他の伸びが低かった2012年度と2014年度の平均)の場合

年齢階層別1人当り医療費を2014年度で固定した場合

(注1) 将来推計人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」における出生中位(死亡中位)による。
 (注2) 将来の国民医療費の試算額には、賃金・物価等を踏まえた診療報酬改定による増加分を含めていない。
 (出所) 厚生労働省、国立社会保障・人口問題研究所の統計より作成

- 国民医療費を、2014年度の年齢階層別1人当り医療費を基に、将来推計人口により引き延ばして機械的な将来試算を行うと、診療報酬改定、高齢化、人口要因を除く「その他の伸び」の大小により、国民医療費の規模は大きく異なってくる。
- 今後、「その他の伸び」をできる限り縮小していくことが重要。

今後、いっそう重要になると考えられる視点

- ①医療・介護の供給体制の改革においては、インプットの量ではなく、アウトプットやアウトカムを評価し、生産性の向上を図っていくべきではないか。
- ②技術革新を評価するに当たっては、費用の増加を伴う医療・介護の高度化だけでなく、費用を低下させる効率化(これも便益を高めることであり、高度化に他ならない)にもっと着目すべきではないか。
- ③医療・介護の質を追求するに際しては、費用負担との関係(費用対効果)が十分に吟味されるべきではないか。



- こうした原則は、医療・介護の供給側を真の意味で強化していくことになる。
- 経済・財政一体改革の考え方にも合致する。



<ご参考>

医療費の伸び率の要因分解

○ 人口及び報酬改定の影響を除いた医療費の伸びは近年1%程度であったが、平成27年度は3%近い水準。この「その他」の要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.8%	3.8%
診療報酬改定 (消費税対応分を除く) ②		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.19%		-0.004%		-1.26%	
人口増の影響 ③	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%
高齢化の影響 ④	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.2%
診療報酬改定のうち、 消費税対応の影響 ⑤												1.36%	
その他 (①-②-③-④- ⑤) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.6%	2.7%
制度改正	H15.4 被用者本人 3割負担 等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担 等		H20.4 未就学 2割負担						H26.4 70-74歳 2割負担 (※)	

注1: 医療費の伸び率は、平成25年度までは国民医療費の伸び率、平成26年度以降は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 平成27年度の高齢化の影響は、平成25年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成27年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。

注3: 「診療報酬改定のうち、消費税対応の影響」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。

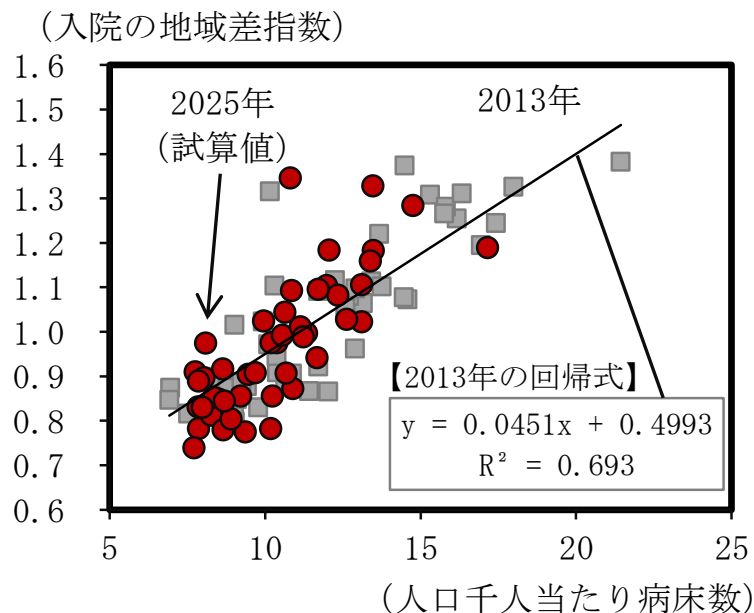
注4: 平成26年度における診療報酬改定の改定率は、②と⑤を合計した0.10%であった。

※70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

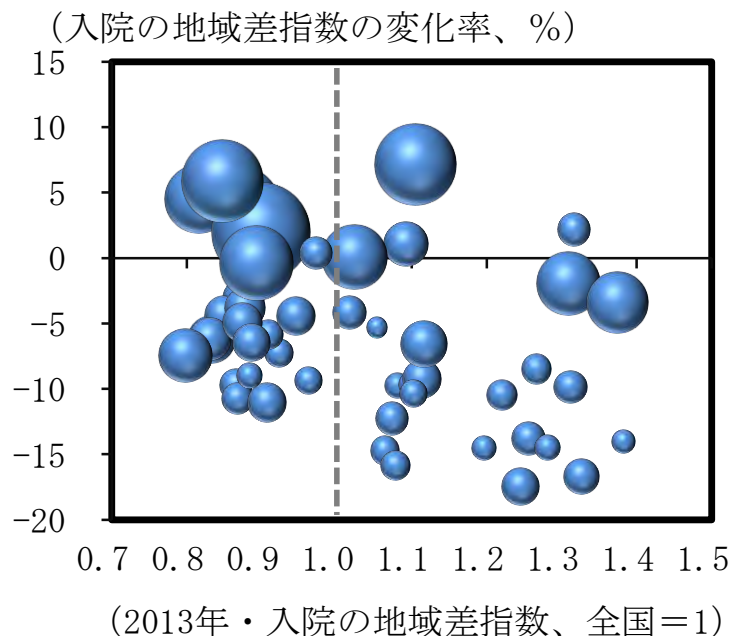
(出所)厚生労働省資料(<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/280915/shiryou2-1.pdf>)

地域医療構想の実現とその効果について

入院医療費の地域差と人口当たり病床数



地域医療構想の実現による地域差指数の変化



- (注1) 地域差指数は国保と後期高齢者医療の合計。2025年の地域差指数の試算値は2013年の回帰式と2025年の必要病床数から試算。右図のバブルの大きさは2013年の人口規模を表す。
- (注2) 必要病床数は各都道府県の地域医療構想(素案を含む)を反映。三重県については社会保障制度改革推進本部「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第1次報告」のバターンCを利用。
- (出所) 厚生労働省統計、各都道府県地域医療構想等より大和総研作成(神田慶司「様々なところで見られる医療費の地域差～地域差半減に向けた政府の取組みと課題」大和総研レポート、2017年3月1日)

- **地域医療構想を実現するために、病床機能報告を客観的なものにしていくことに加え、価格すなわち診療報酬と病床機能を適切に紐づけた政策体系が必要と考えられる。**
- **その上で、地域医療構想が実現した場合に「1人当たり入院医療費の地域差」がどうなるのか、整理・検証が求められる。**

薬効分類別に見た人口1人当たり薬剤費の地域差(2014年度)

薬効分類名称	薬剤費 (億円)	人口1人当たり薬剤費(円)							最大÷最小
		全国平均	上位3地域			下位3地域			
			1位	2位	3位	1位	2位	3位	
血圧降下剤 (内服薬)	4,658	3,661	秋田県 5,375	高知県 4,952	福島県 4,889	沖縄県 2,592	神奈川県 3,059	東京都 3,183	2.1
その他の腫瘍用薬 (注射薬)	2,300	1,808	広島県 2,213	青森県 1,927	富山県 1,899	大分県 795	鹿児島県 809	島根県 897	2.8
高脂血症用剤 (内服薬)	2,254	1,771	秋田県 2,629	高知県 2,277	北海道 2,216	沖縄県 1,172	福井県 1,249	和歌山県 1,289	2.2
糖尿病用剤 (内服薬)	2,155	1,694	秋田県 2,531	岩手県 2,204	青森県 2,201	沖縄県 1,166	和歌山県 1,211	奈良県 1,337	2.2
その他の血液・体液用薬 (内服薬)	2,141	1,683	秋田県 2,820	高知県 2,453	岩手県 2,343	沖縄県 1,088	熊本県 1,238	福井県 1,265	2.6
その他のアレルギー用薬 (内服薬)	2,063	1,621	東京都 2,207	神奈川県 1,978	秋田県 1,968	福井県 1,025	沖縄県 1,083	和歌山県 1,123	2.2

(注) 薬効分類別に集計し、薬剤費(薬価×数量)が年間2,000億円を超える薬剤を対象とした。

(出所) 厚生労働省「第1回NDBオープンデータ」、総務省「人口推計」より大和総研作成

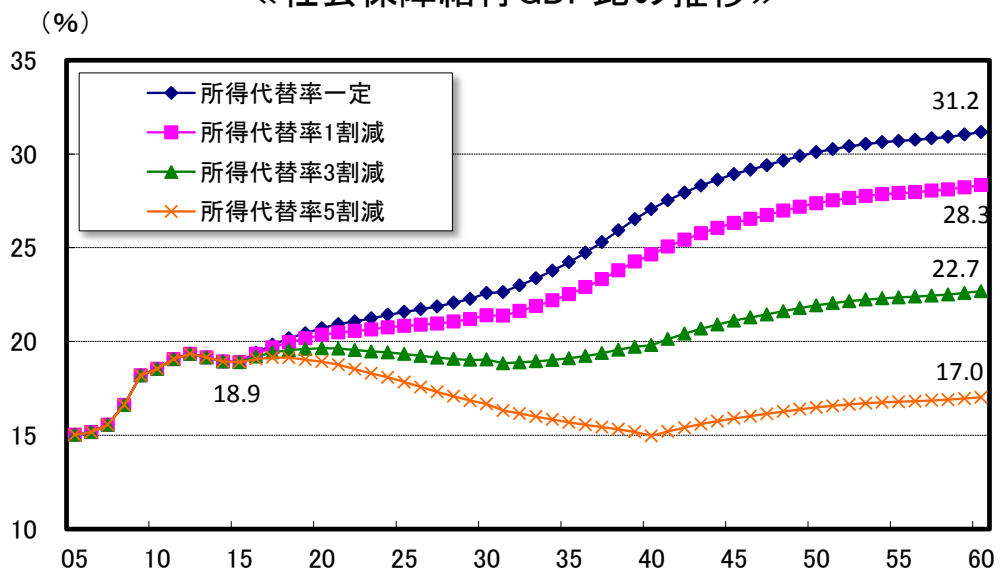
(神田慶司「様々なところで見られる医療費の地域差～地域差半減に向けた政府の取組みと課題」大和総研レポート、2017年3月1日)

- 人口1人当たり薬剤費が最大の地域は最小の地域の2～3倍であり、また、上表中の上位と下位の都道府県名には偏りが見られ、同じ都道府県が複数回挙がっている。
- 例えば、血圧降下剤について見ると、秋田県は沖縄県に比べて薬価の高い医薬品の処方数量割合が高い傾向がみられる。

(※)NDBオープンデータの特定健診データ(13年度)で収縮期血圧を見ると、140mmHg以上の割合が秋田県は男性で23.5%(全国第4位)、女性で17.4%(全国第7位)と比較的高い。血圧降下剤の使用状況にはそうした疾病構造が影響していることは想像に難しくなく、食生活上の課題や高血圧治療への取組状況(生活習慣病治療薬の処方の標準化の状況)など、現状の背景に何があるのかを解明していくことが重要。歴史的に秋田県では脳卒中が多く、関係者はその課題に取り組んできている。

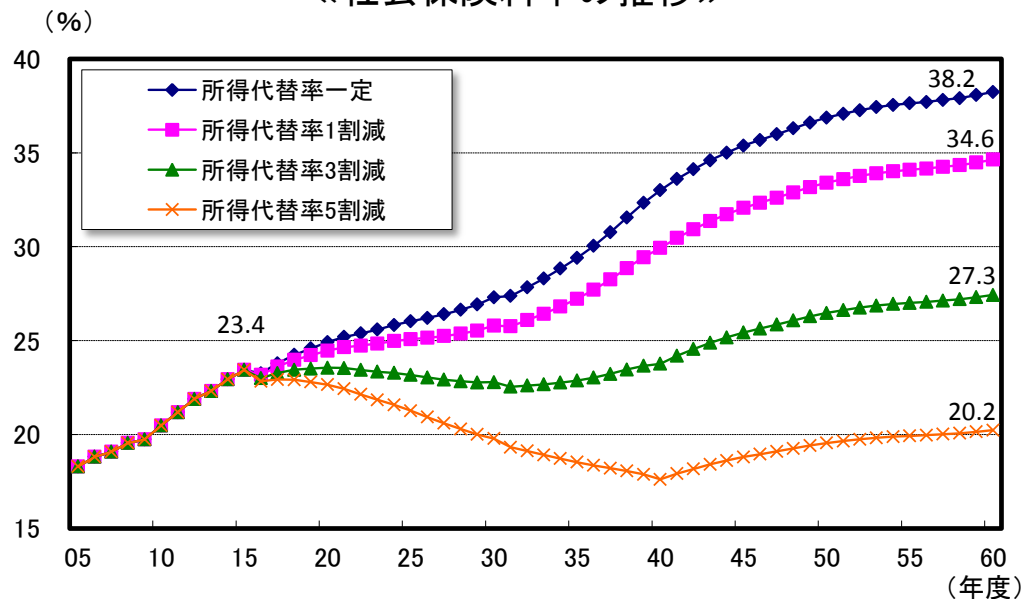
社会保障と財政についての長期シミュレーション①

《社会保障給付GDP比の推移》



(注) 高齢者向けだけでなく現役層向けを含む社会保障給付全体。現役層向けの社会保障給付は賃金や生産年齢人口の動向を反映させて延伸。
(出所) 大和総研作成

《社会保険料率の推移》



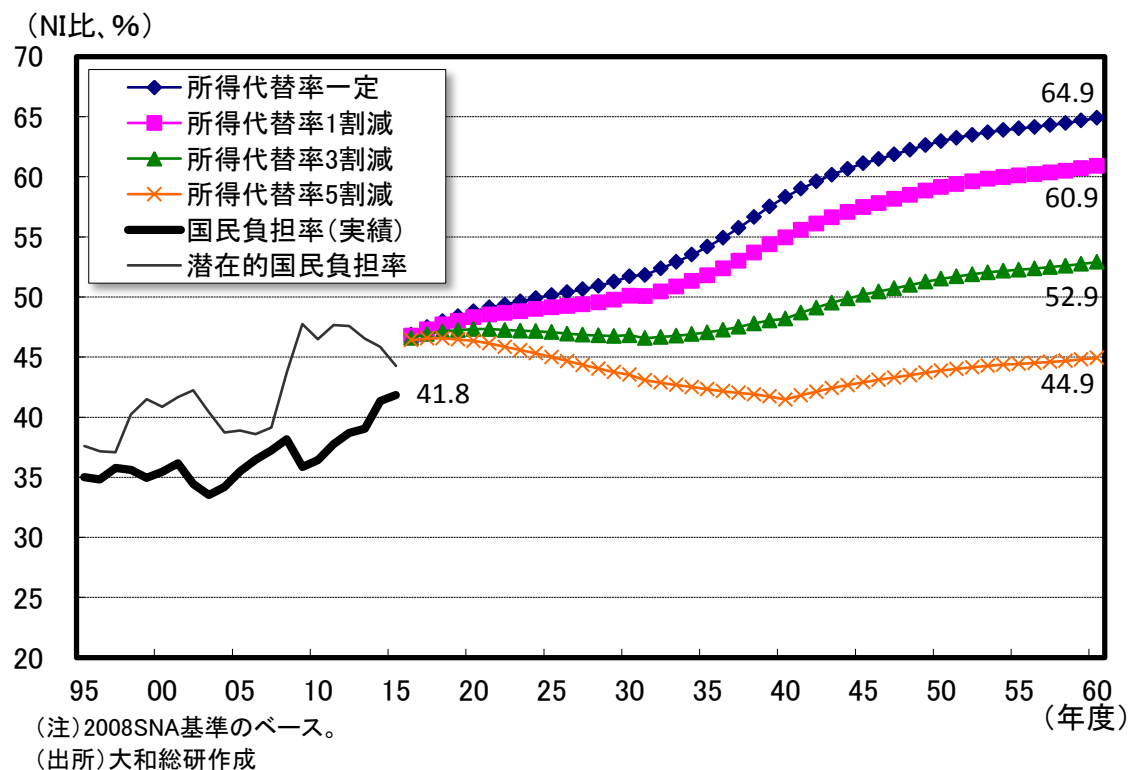
(注) 先行きの社会保険料率は、社会保障基金財政を均衡させるとした場合の社会保険料を雇用者報酬と混合所得の和で除した値。
(出所) 大和総研作成

[シミュレーションの仮定と考え方]

- (1) ここで所得代替率とは、「65歳以上人口1人当たり社会保障給付(65歳未満への医療給付、雇用保険給付、子ども手当等を除く社会保障給付)」の「生産年齢人口1人当たり所得(雇用者報酬及び混合所得)」に対する比として計算。
- (2) 2016年度から25年間(2040年度まで)かけて、現在の所得代替率をグラフの凡例にある割合で低下させる場合を試算した。2041年度以降の代替率は横ばい(給付は賃金スライド)としている。
- (3) 社会保障給付全体のうち直近値である34.2%を公費で、残りを保険料で財源負担するものとしている。
- (4) 社会保障費以外の歳出はGDP比で一定と仮定している。また、名目成長率に対して、直接税の弾力性を1.05、間接税の弾力性を1と仮定している。
- (5) 潜在的国民負担は中央・地方政府の基礎的財政収支と社会保障基金の財政収支を考慮したもの。先行きについては、中央・地方政府での基礎的財政収支均衡、社会保障基金での財政収支均衡を条件としている。
- (6) 現役所得の拡大は年率名目2%と想定。

社会保障と財政についての長期シミュレーション②

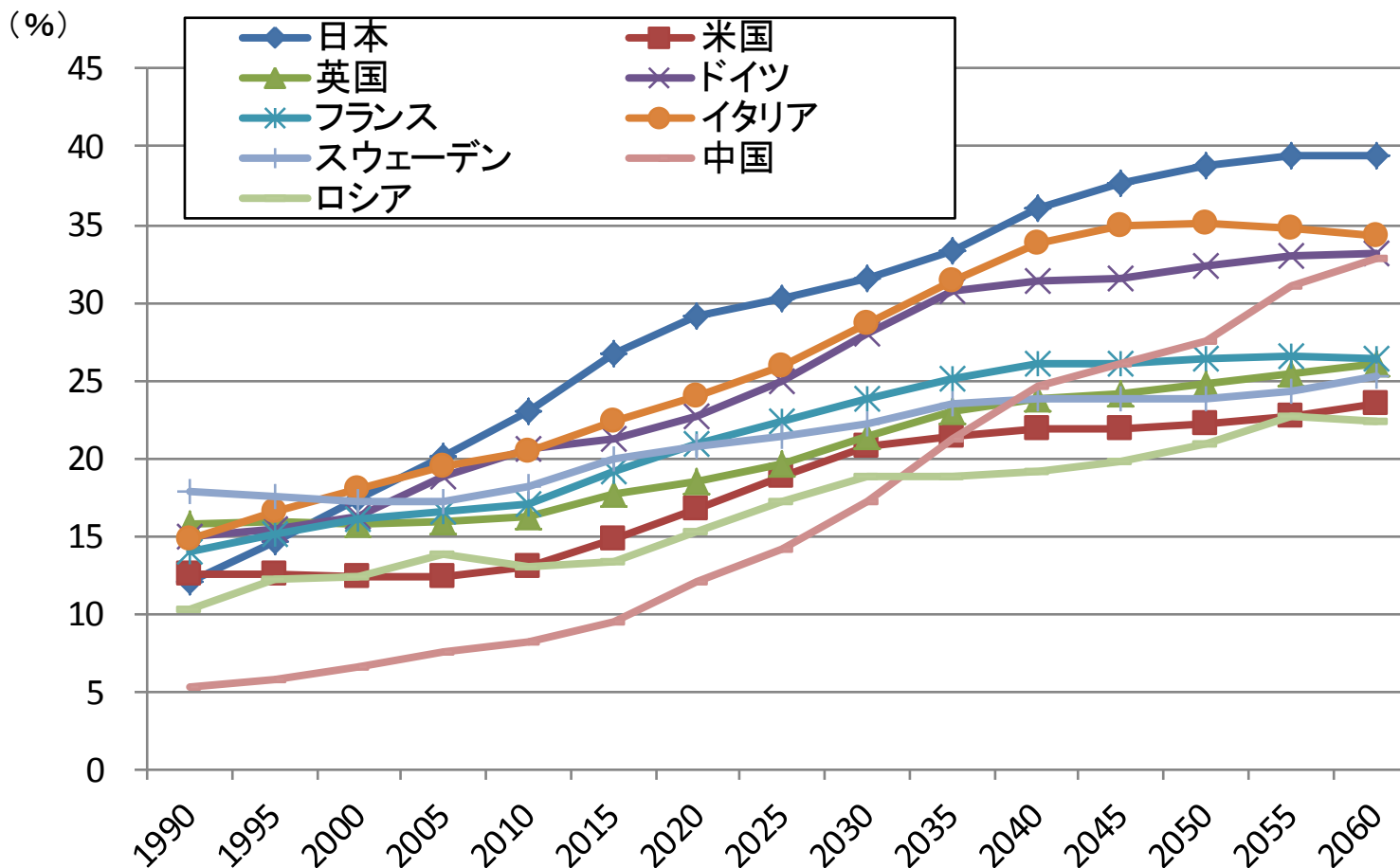
国民負担率の推移



[シミュレーションの仮定と考え方]

- (1) ここで所得代替率とは、「65歳以上人口1人当たり社会保障給付(65歳未満への医療給付、雇用保険給付、子ども手当等を除く社会保障給付)」の「生産年齢人口1人当たり所得(雇用者報酬及び混合所得)」に対する比として計算。
- (2) 2016年度から25年間(2040年度まで)かけて、現在の所得代替率をグラフの凡例にある割合で低下させる場合を試算した。2041年度以降の代替率は横ばい(給付は賃金スライド)としている。
- (3) 社会保障給付全体のうち直近値である34.2%を公費で、残りを保険料で財源負担するものとしている。
- (4) 社会保障費以外の歳出はGDP比で一定と仮定している。また、名目成長率に対して、直接税の弾力性を1.05、間接税の弾力性を1と仮定している。
- (5) 潜在的国民負担は中央・地方政府の基礎的財政収支と社会保障基金の財政収支を考慮したもの。先行きについては、中央・地方政府での基礎的財政収支均衡、社会保障基金での財政収支均衡を条件としている。
- (6) 現役所得の拡大は年率名目2%と想定。

高齢者比率の推移と展望



(注) 65歳以上人口が総人口に占める割合。 (年)

(出所) 日本: 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」、諸外国: 国際連合「World Population Prospects, the 2015 Revision」より大和総研作成

本資料は投資勧誘を意図して提供するものではありません。

本資料記載の情報は信頼できると考えられる情報源から作成しておりますが、その正確性、完全性を保証するものではありません。また、記載された意見や予測等は作成時点のものであり今後予告なく変更されることがあります。

(株)大和総研の親会社である(株)大和総研ホールディングスと大和証券(株)は、(株)大和証券グループ本社を親会社とする大和証券グループの会社です。

内容に関する一切の権利は(株)大和総研にあります。無断での複製・転載・転送等をご遠慮ください。