

社会保障改革は何が進み、何が遅れているか

集中改革期間で改革が幅広く進められたが踏み込み不足感は強い

政策調査部
シニアエコノミスト 神田 慶司

[要約]

- 経済・財政一体改革では、改革工程表に盛り込まれた全44項目の検討事項について歳出改革が進められている。このうち38項目は医療・介護分野であり、提供体制の効率化や給付の適正化・重点化、健康増進・疾病予防等へのインセンティブの強化、負担能力に応じた公平な負担など幅広く検討・実施されている。
- 国の社会保障関係費は、2016～18年度で1.5兆円程度の増加にとどめるという「目安」に沿って予算編成が行われた。しかし中身を見ると、所得の高い保険者への国庫負担の付け替えや通常の薬価改定に大きく依存する形で歳出が抑制されており、「目安」に収まる範囲だけで歳出改革が行われたという印象を受ける。
- 様々な改革が進められているが、その多くは緒に就いたばかりである。時間の経過とともに改革の効果が現れ、医療・介護費の地域差が縮減したり伸びが抑制されたりする可能性はある。ただ、それらは不確実性が大きく、確度を持って期待することはできない。
- 実効性の高い財政健全化計画を策定するのであれば、給付の適正化・重点化や、年齢でなく負担能力に応じた負担の徹底など、直接的に成果を上げられる施策を大胆に進めるべきだ。2019年度以降も社会保障関係費に「目安」を設ける必要があるが、「目安」に収めるために数字合わせの改革に陥ることは避けなければならない。

1. はじめに

経済・財政一体改革を推進する安倍晋三内閣は、2016～18年度を「集中改革期間」と位置づけて財政健全化に取り組んできた。具体的には、国の一般会計における一般歳出（地方交付税交付金等以外の基礎的財政収支対象経費）について、3年間で1.6兆円程度（このうち社会保障が1.5兆円程度、非社会保障が0.1兆円程度）の増加にとどめるという「目安」が設けられ、2016～18年度の当初予算は「目安」に沿って編成された。

シリーズレポート No. 2 となる本レポートでは、歳出改革の主要分野である社会保障に焦点を当てる。社会保障は、(1)医療・介護提供体制の適正化、(2)インセンティブ改革、(3)公的サービスの産業化、(4)負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、(5)薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革、(6)年金、(7)生活保護等、の7分野にわたり、改革工程表に盛り込まれた全44項目の検討事項について歳出改革が進められている。

社会保障改革は集中改革期間でどのような成果が上がり、今後の課題はどこにあるのか。本稿ではこれらの問いについて検討する。

2. 医療・介護の改革の全体像

(1) 経済・財政一体改革で特に重視されている医療・介護分野

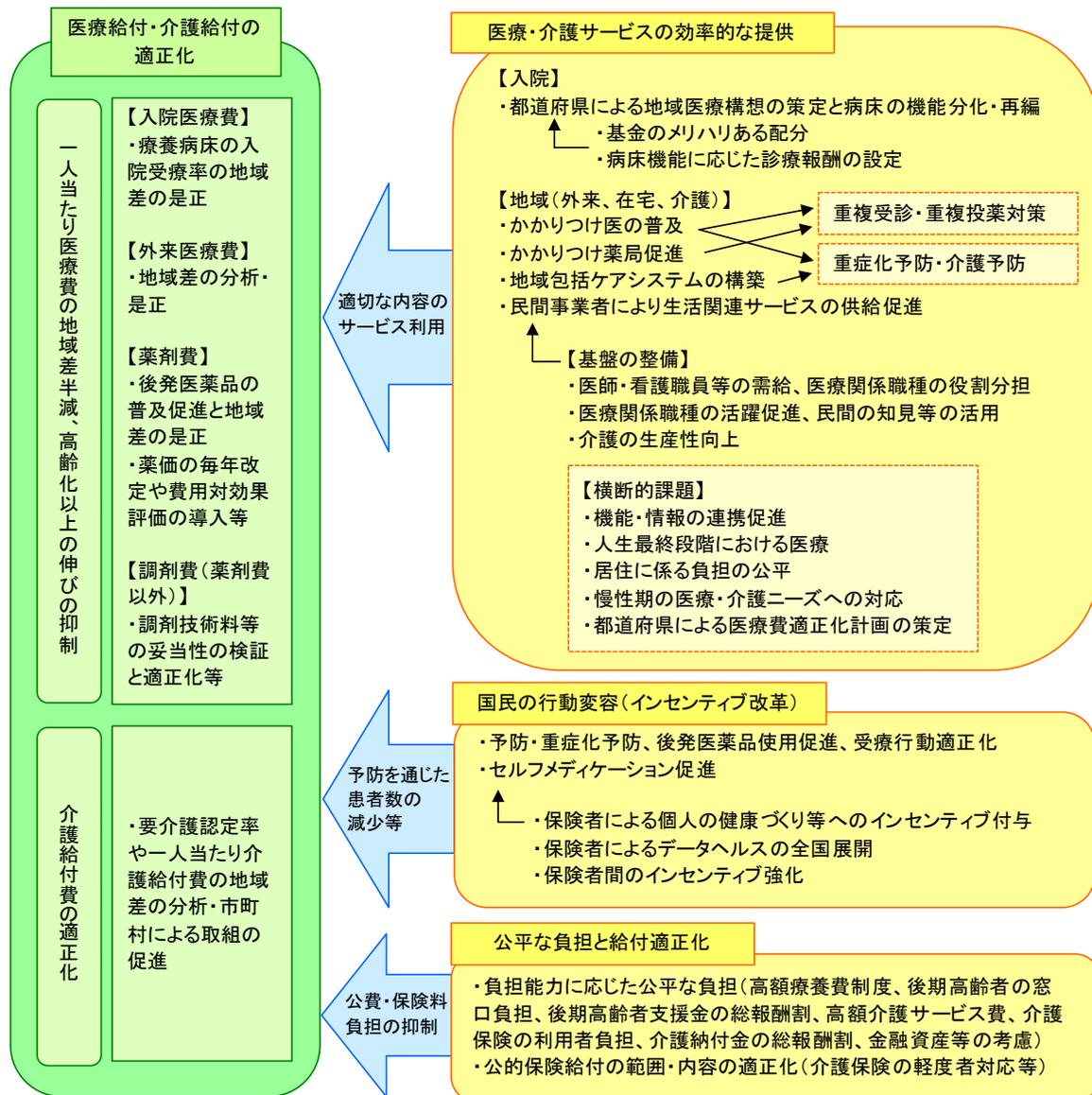
全44項目の検討事項のうち、38項目は医療・介護に関する制度改革である。社会保障の中で給付費が最も大きいのは年金だが、年金に関する検討事項は1項目（その中に4つの小項目）とかなり少ない。その理由として、一人当たりの年金額はひとたび裁定されれば終身で実質額が増えることはなく、今後見込まれる高齢化の影響が小さいことや、現役世代の減少と平均余命の伸びという年金財政の悪化要因に対応して、一定期間、実質的な年金の伸びを抑える「マクロ経済スライド」と呼ばれる仕組みにより、制度の安定化が図られることが挙げられる。

ただ、マクロ経済スライドは2004年に導入されて以降、実際に発動されたのは1回だけであり、当初想定されたよりも給付抑制が大幅に遅れている。そこで集中改革期間では、2016年度にマクロ経済スライドが強化されるとともに、年金額の改定ルールの見直しなどが行われた¹。これにより年金水準の必要な調整が進みやすくなり、制度の持続性が改善した。今後は、短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲の拡大について2019年9月末までに検討し、その結果に基づいて法案の提出も含めた必要な措置を講ずることとされている。また、高齢期における職業生活の多様性に応じた一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方（年金受給開始年齢、就労による保険料拠出期間や在職老齢年金の在り方等）などについては、2019年の財政検証に向けて検討し、その結果に基づいて法案の提出も含めた必要な措置を講ずることとされている。

¹ 2016年の年金制度改革については、神田慶司「最近の年金制度改革と今後の課題」（『大和総研調査季報』2016年7月夏季号、https://www.dir.co.jp/report/research/policy-analysis/social-securities/20160901_011192.html）で取り上げた。

他方、病気やケガ、介護のリスクは加齢とともに高まることから、一人当たり医療・介護費は高齢化に伴って増加する。2015年度における国民医療費は42.4兆円、介護費用は9.8兆円であり、過去10年間でそれぞれ1.3倍、1.5倍に増加した。1947～49年生まれの「団塊の世代」全員が75歳（後期高齢者）を迎える2025年には、医療・介護費が一段と増加すると懸念されている。また、年金のマクロ経済スライドのように人口動態に対応して給付を抑制する仕組みがないため、高齢化や働き手の減少は保険料と公費（税や財政赤字）の増加に直結する。

図表1 医療・介護の改革の全体像（イメージ図）



（出所）経済・財政一体改革推進委員会 第2回社会保障WG資料（2015年9月24日、<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/270924/agenda.html>）をもとに大和総研作成

医療・介護は人々の生活や生命に直結するサービスであり、その主な利用者が高齢者であるところに制度改革の難しさがある。例えば、機械的に供給量を制限すると必要な人にサービス

が提供されなくなったり、一律に負担を求めると所得も資産も少ない人の負担が過重となったりする恐れがある。実情を踏まえた改革を積み重ねる必要があり、それには国民の理解と息の長い取組みが欠かせない。この点、経済・財政一体改革では図表 1 のように、医療・介護サービスの提供体制の効率化、給付の適正化・重点化、健康増進・疾病予防等へのインセンティブの強化、負担能力に応じた公平な負担など様々な施策が検討・実施されている。

(2) 医療・介護分野における主な改革

① 医療・介護提供体制の適正化とインセンティブ改革

医療・介護提供体制の適正化における代表的な取組みとして、「地域医療構想」「医療費適正化計画」が挙げられる。地域医療構想とは、2025 年の人口動態を見据え、その地域にふさわしいバランスのとれた病床機能の分化・連携を推進する計画である²。入院医療の提供体制には、人口当たり病床数の地域差が大きいという特徴がある。病床数の多い地域では、病床の稼働率を上げようと入院医療サービスが必要以上に提供される傾向があり、結果として医療費の高額化を招いている。地域医療構想が実現すれば、一人当たり病床数の地域差は縮小し、医療費の適正化にもつながる。2016 年度末までに全ての都道府県が策定を完了しており、現在は関係者を集めた会議が各地で開かれるなど構想の実行段階に入っている。また、国は都道府県が個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を速やかに策定できるように必要なデータを提供し、2017 年央から 2 年間程度で集中的な検討を促進することとされている。

医療費適正化計画は都道府県が保険者・医療関係者等の協力を得て、住民の健康増進や医療費の適正化を進めるための計画である。実施期間は 2018～23 年度の 6 年間で、2017 年度末までに各都道府県が計画を策定した。計画には医療費の目標が設定され、地域医療構想に基づく病床機能の分化・連携の成果や、糖尿病の重症化予防、特定健診・保健指導の推進、後発医薬品の使用促進、医薬品の適正使用による効果が反映される。目標達成に向けた取組みなどにより、安倍内閣は都道府県別に見た一人当たり医療費（年齢調整後）の地域差の半減を目指している。

政府は医療費適正化の取組みを後押しするため、保険者や医療提供者、個人の予防・健康づくりへのインセンティブを導入・強化した。このうち保険者へのインセンティブ強化については図表 2 で示している。2015 年度までは、後期高齢者医療広域連合を除く全ての保険者を対象に、後期高齢者支援金³が特定健診・保健指導の実施率に基づいて加減算されていたが、加減算率はいずれも小さいなどインセンティブが弱かった。

そこで 2018 年度からは、後期高齢者支援金の加減算率が最大で 10%まで段階的に引き上げられ、加減算が行われる保険者の対象範囲も広げられた。また、保険者種別の特性を踏まえて保

² 地域医療構想については、神田慶司・亀井亜希子「動き始めた地域医療構想の意義と課題」（大和総研調査季報 2017 年夏季号、https://www.dir.co.jp/report/research/policy-analysis/regionalecnmy/20170901_012253.html）で取り上げた。

³ 後期高齢者支援金とは、75 歳（寝たきり等の場合は 65 歳）以上の高齢者が加入する後期高齢者医療制度の医療給付費の約 4 割の財源について、被用者保険等の保険者が負担する支援金である。

険者機能をより発揮しやすくするため、国保には保険者努力支援制度が創設された。この制度は2016年度から前倒しで実施されている。予防・健康づくりをはじめとする医療費適正化等に取り組む自治体ほど財政支援が手厚くなる。評価指標については、従来の特定健診・保健指導の実施率に糖尿病等の重症化予防などを加えた6つの共通指標と、保険者ごとの独自指標が新たに設定された。

他方、保険者が健康づくりの活動状況等に応じて加入者に「ヘルスケアポイント」を付与し、貯まったポイントで健康グッズ等と交換できるといった制度の導入が推進されている。人々の健康度が高まれば医療費を減らすだけでなく、生産性を引き上げて経済にプラスの影響をもたらすだろう。

図表2 保険者における予防・健康づくり等のインセンティブの見直し

〈2015年度まで〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
	後期高齢者支援金の加算・減算制度 ⇒ 特定健診・保健指導の実施率がゼロの保険者は加算率0.23% ⇔ 減算率は0.05%			

〈2016、2017年度〉 ※全保険者の特定健診等の実施率を、2017年度実績から公表

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	後期高齢者医療広域連合
同上		2017年度に試行実施 （保険料への反映なし）	2018年度以降の取組を前倒し実施 （2016年度は150億円、2017年度は250億円）	2018年度以降の取組を前倒し実施（20～50億円）

〈2018年度以降〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	後期高齢者医療広域連合
手法等	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し ⇒ 加算率：段階的に引上げ、2020年度に最大10% 減算率：最大10%～1%	加入者・事業主等の行動努力に係る評価指標の結果を都道府県支部ごとの保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設 （2018年度は、別途特別調整交付金も活用して、総額1,000億円規模）	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映 （100億円）
共通指標	①特定健診・保健指導、②特定健診以外の健診（がん検診、歯科健診など）、③糖尿病等の重症化予防、④ヘルスケアポイントなどの個人へのインセンティブ等、⑤重複頻回受診・重複投薬・多剤投与等の防止対策、⑥後発医薬品の使用促進			
独自指標	・被扶養者の健診実施率向上 ・事業主との連携（受動喫煙防止等）等の取組を評価	医療機関への受診勧奨を受けた要治療者の医療機関受診率等	・保険料収納率向上 ・都道府県の医療費水準に基づく評価等	高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業の実施等

（出所）経済・財政一体改革推進委員会 第26回社会保障ワーキング・グループ 厚生労働省資料（2018年4月19日、<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/300419/shiryout1.pdf>）

② データの「見える化」の推進

国民の行動変容を促すために重視されている取組みが、データの「見える化」である。経済・財政一体改革のキーワードとも言える。専門家でなくとも簡単に比較できるようにデータが整備されれば、課題の所在を理解しやすくなり、保険者や個人などの医療・介護費の抑制に向けた取組みを後押しすることが期待されている。

厚生労働省は2016年10月に「第1回NDBオープンデータ」を公表した。第2回は2017年9

月に公表されている。NDB (National Data Base、レセプト情報・特定健診等情報データベース⁴) オープンデータは、個票データである NDB そのものではなく集計データであり、基礎的な事項に限定されたものだが、誰でも自由に利用できる都道府県別や性・年齢階級別のデータであることから、医療費の地域差などの実態解明が進むことが期待される。また厚生労働省は 2020 年度に向けて、NDB と介護総合データベース (介護レセプトや要介護認定情報) など複数のデータベースを連結し、解析可能なシステムを構築することを目指している。

内閣府のウェブサイトには「経済・財政と暮らしの指標『見える化』ポータルサイト」が 2016 年 7 月に開設された⁵。自治体別 (都道府県別または市区町村別)、時系列 (1975 年～直近のうち可能な限り広く) に整備した各種データ・指標の比較により、経済や財政、医療・介護などの様々な地域差を「見える化」できる。また、NDB を活用して各地域の年齢構成の違いが調整された外来約 2,200 項目、入院約 2,800 項目の診療行為 (診療報酬の算定回数) が自治体別に公表されている。

一人当たり介護費は医療費と同様に年齢構成を調整しても地域差が大きいこともあり、介護分野でもデータの「見える化」が進められている。厚生労働省は都道府県・市町村における計画策定・実行を支援するために「地域包括ケア『見える化』システム」を 2015 年 7 月にリリースした。その後も累次のデータ拡充が行われている。受給者一人当たり給付費や認定率、年齢構成を調整したデータ、将来推計などが収録されており、自治体や介護関係者に限らず誰でも利用することができる。

③ 薬価制度の抜本改革と後発医薬品の普及促進

近年の医療費の伸びのうち、高齢化を要因として説明できるのは半分程度に過ぎない。厚生労働省の分析によれば、高齢化分を除いた要因で医療費の増加に最も寄与しているのは調剤であり、特に薬剤費が押し上げているという⁶。こうした問題意識から、2016 年 12 月 20 日には「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」が塩崎恭久厚生労働大臣 (当時)、麻生太郎財務大臣、石原伸晃経済再生担当大臣 (当時)、菅義偉官房長官によってとりまとめられた。基本方針に基づいて策定された「薬価制度の抜本改革について 骨子」(2017 年 12 月 20 日中央社会保険医療協議会了承) では、効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため年 4 回薬価を見直すことや、全品を対象に毎年薬価調査を行い、価格の乖離が大きな品目について薬価改定を実施すること、費用対効果評価を本格的に導入することなどが盛り込まれた。

現在、薬価調査は 2 年に一度行われているが、近年は市場実勢価格が公的保険で償還される公定価格を下回っている。毎回の調査で乖離が見られるのは市場実勢価格が趨勢的に下落して

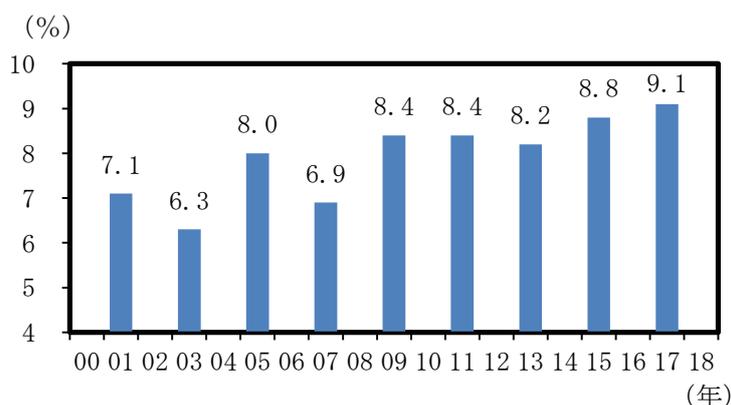
⁴ 保険請求情報の 95%以上をカバーしており、年間約 2,600 万件の特定健診・特定保健指導のデータが蓄積されているなど、世界でも有数の規模と悉皆性をもつデータベース。

⁵ <http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html>

⁶ 平成 29 年 第 8 回経済財政諮問会議・塩崎臨時議員提出資料 (2017 年 5 月 23 日、http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2017/0523/shiryo_02.pdf)

いるためである。図表 3 では市場実勢価格が公定価格を平均的にどの程度下回っているかを示したが、2009～17 年に実施された 5 回の薬価調査では平均 8.6%の乖離が生じた。国民一般の立場からは、公定価格が据え置かれている間は、その限りにおいて市場実勢価格を上回る負担をしているということになるため、薬価の毎年改定により国民負担の軽減が期待される。毎年薬価調査・毎年薬価改定は 2020 年中に対象品目の範囲を設定することとされている。

図表 3 薬価調査における平均乖離率



(出所) 中央社会保険医療協議会薬価専門部会 (第117回) 資料
(2016年8月24日) 等より大和総研作成

費用対効果評価は、2016 年度診療報酬改定で試行的実施の対象となった 13 品目 (医薬品 7 品目、医療機器 6 品目) に導入された。その結果を踏まえ、2018 年 4 月より医薬品 2 品目の価格が引き下げられ、医薬品 1 品目の価格が引き上げられた⁷。費用対効果評価とは、評価対象とされた医療技術の増分費用効果比⁸ (Incremental Cost-Effectiveness Ratio: ICER) を算出し、ICER が公的保険として受け入れ可能な水準かどうかを社会的・倫理的側面等も踏まえて総合的に評価 (アプレイザル) する手法である。新薬や医療機器の価格算定に客観的なデータに基づく効果と費用のバランスに関する評価を反映させることは、平均的な医療の質を下げずに費用の増加を抑える重要な取組みである。費用対効果評価の本格実施については技術的課題を整理し、2018 年度中に結論を得るとされている。

後発医薬品の普及促進は医療の質を落とさずに負担を引き下げ、国民からの支持を得やすい医療費抑制策である。2015 年 6 月 30 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2015」(骨太方針 2015) では、2015 年 9 月で 32.5%であった後発医薬品割合を「2017 年 (平成 29 年) 央に 70%以上とするとともに、2018 年度 (平成 30 年度) から 2020 年度 (平成 32 年度) 末までの間のなるべく早い時期に 80%以上」へ引き上げる目標が定められた。その後、後発医薬品の使用割合は全国的に上昇したが、2017 年央で 70%に届かない見込みであることが明らかになったことを踏まえ、骨太方針 2017 では「2020 年 (平成 32 年) 9 月までに、後発医薬品の使用

⁷ 第 7 回 中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会・薬価専門部会・保険医療材料専門部会合同部会資料 (2018 年 3 月 7 日、<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000196683.pdf>)

⁸ これまでの治療と比べて効果 (QALY、質調整生存年) を 1 単位改善させるために必要となる追加費用

割合を 80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する」と定められた。2017 年 9 月の薬価調査によると、後発医薬品の使用割合は 65.8%であり、後発医薬品への置き換えによる医療費適正効果額は年間 1.3 兆円と推計されている⁹。

後発医薬品の使用割合はどの地域でも進展しているが、その度合いは都道府県の間で大きなばらつきが見られる。最も普及が進んでいる沖縄県の使用割合は 2017 年 12 月で 81.2%であり、34 道県で 70%を超えた¹⁰。一方、最も遅れている徳島県では 63.2%にとどまり、関西や四国などで遅れが目立つ。医療費適正化計画でも掲げられている 80%の達成には、こうした地域の課題を明らかにし、後発医薬品の普及促進を加速させる必要がある。この点、政府は 2018 年度に後発医薬品の使用が進んでいない都道府県を重点地域として指定し、問題点の調査・分析を行った上で地域に合ったモデル事業を実施する予定である。また、全ての保険者の特定健診・保健指導の実施率が 2017 年度実績から、後発医薬品の使用割合が 2018 年度実績から定期的に公表されることになった¹¹。

④ 負担能力に応じた公平な負担

世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療・介護分野では高額療養費制度¹²の見直し、高額介護サービス費制度の見直し、後期高齢者支援金と介護納付金の総報酬割¹³、介護保険の利用者負担割合の引上げなどの実施が決まった。現在は 1 割である医療保険の後期高齢者の窓口負担の在り方（2 割への引上げ）については、関係審議会等において検討し、2018 年度中に結論を得るとされている。

超高齢社会を維持するための財源を厳しい財政状況のなかで確保しつつ、社会保障のセーフティネットを社会的弱者に対して張るためには、応能負担の強化がある程度は避けられない。ただし、負担能力に応じた負担を求めるという考え方は若年層や壮年層だけでなく、高齢層も対象でなければ制度を維持できないだろう。その意味において、70 歳以上の高額療養費制度の自己負担限度額について現役世代の水準を勘案して見直されたことや、一定以上の所得のある介護保険加入者のうち特に所得の高い層の利用者負担割合を 2 割から 3 割へ引き上げることが決まったのは前進である。

もともと、これらの制度改正には課題が残る。70 歳以上の高額療養費制度には外来だけの自己負担上限額（外来特例）が設けられているが、見直し後も一般所得者（年収 370 万円未満）

⁹ <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000196514.pdf>

¹⁰ 後発品の使用割合は厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」における数量シェア。

¹¹ 2017 年度の特健診等の実施率は 2018 年度末頃に公表される予定。後発医薬品の使用割合については、2018 年度中央（9 月）の実績が 2018 年度末に、2018 年度末（3 月時点）の実績が 2019 年夏頃に公表される予定。

¹² 医療機関や薬局の窓口で支払った額が一定額を超えた場合に、その超えた金額が医療保険から支給される制度。例えば 100 万円の医療費がかかったとすると、年収 500 万円 で 70 歳未満の患者の負担額は 3 割の 30 万円ではなく、8.7 万円ほどに抑えられる。

¹³ 後期高齢者支援金の総報酬割は 2010 年度に支援金の 1/3 について導入し、2015 年度から段階的に引き上げて 2017 年度に全面総報酬割へ移行した。介護納付金は 2017 年度から段階的に総報酬割を導入し、2020 年度に全面総報酬割へ移行する。

や住民非課税者に対する外来特例は存続することになり、年齢で区分する状況は基本的に変わっていない。一般に、高齢者は現役世代に比べて傷病リスクが高く、医療費負担が大きくなりやすいことは確かである。だが、現役世代は低所得であっても高齢者に比べて育児や教育、家賃などに多く支出している。医療費だけに注目し、70歳という年齢だけで負担に差を設ける仕組みは改めるべきであろう。

介護保険の利用者負担割合は原則1割であるが、一定以上の所得者（単身の場合、年金収入等280万円以上で受給者の約1割が対象）については2015年8月から2割へ引き上げられた。さらに、経済・財政一体改革では現役世代並み所得者（単身の場合、年金収入等340万円以上）の利用者負担割合を2018年8月から3割へ引き上げることが決まった。厚生労働省によると、3割負担者は全体の約3%と推計されている¹⁴。ただ、一般に、高齢者の多くは引退して勤労収入がなく、現役時代から貯蓄してきた金融資産を取り崩して生活資金に充てるため、フローの所得だけでは真の低所得者かどうかは分からない。経済・財政一体改革の改革工程表には、金融資産等の医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき2018年度中に必要な措置を講ずるとされている。

3. 集中改革期間における社会保障改革の評価

① 歳出増加額を「目安」に収めたが踏み込み不足感は強い

国の一般会計における社会保障関係費は2016～18年度の3年間で累計約4,400億円抑制されたことで、同期間に1.5兆円程度の増加に抑えるという「目安」に沿った予算編成が行われた（図表4）。中身を見ると、診療報酬本体・介護報酬等の引上げや保育士・介護職員等の処遇改善を行ったことで歳出が増加した一方、後期高齢者支援金と介護納付金の総報酬割による国費の減少（図表中の「協会けんぽ国費補助の見直し」「介護納付金の総報酬割の導入」）や薬価改定、薬価制度の改革などにより、増加額を上回る歳出抑制が行われた。

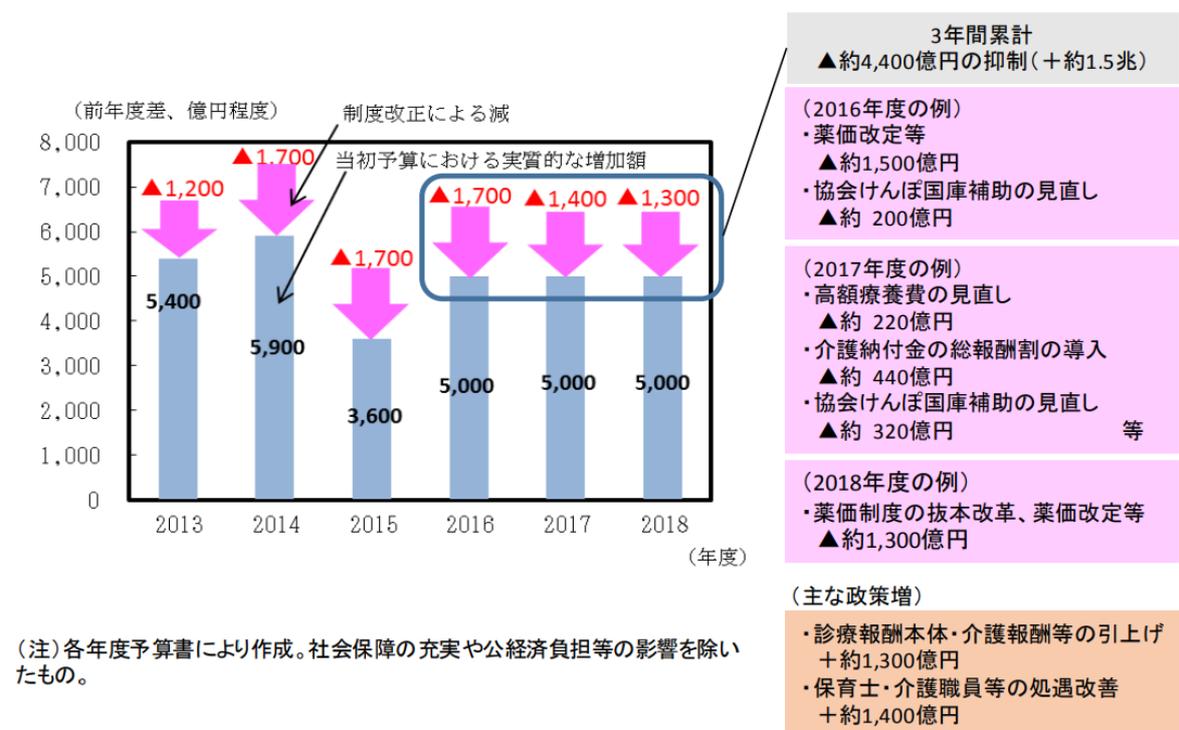
だが、後期高齢者支援金と介護納付金の総報酬割を通じた財政健全化は、その中身において問題がある。総報酬割とは、各保険者の加入者の人数（加入者割）ではなく平均所得（総報酬）に応じて負担を求める仕組みである。従来の加入者割から総報酬割に変わると、平均所得の高い保険者の加入者ほど保険料負担が重くなる。

後期高齢者支援金と介護納付金の総報酬割は応能負担を強化するという考え方に沿った見直しではあるが、平均所得の低い協会けんぽ（中小企業のサラリーマンとその家族が加入する被用者保険）の後期高齢者支援金や介護納付金が減ることで協会けんぽに対する国庫負担が減り、結果として国庫の負担を報酬の高い保険加入者に付け替える効果が生まれる。高所得者に負担を求めて財政を改善させるという意味では、実質的に増税と同じである。さらに、後期高齢者支援金の総報酬割によって浮いた国費のうち約1,700億円は国保への財政支援の拡充に充てら

¹⁴ <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/193-06.pdf>

れており、給付を十分に見直さずに取りやすいところから取ったという印象を受ける。

図表 4 社会保障関係費の自然増と歳出抑制



(出所) 経済・財政一体改革推進委員会「経済・財政一体改革の中間評価のポイント」(2018年3月、http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/report_20180329_2.pdf) より抜粋

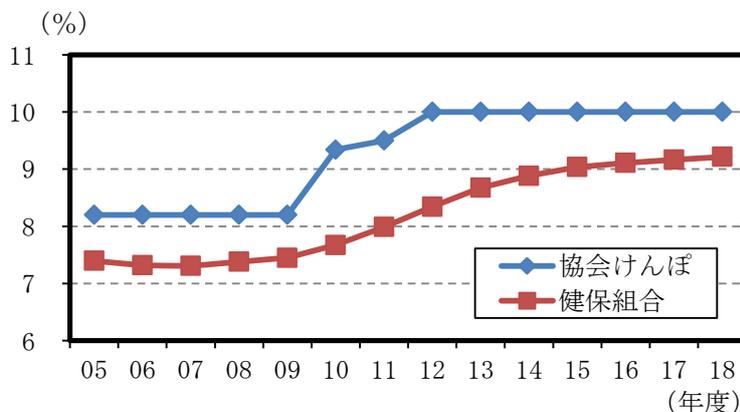
総報酬割によって保険料負担が増加した保険者の多くは一部の健保組合や共済組合(大企業の従業員・公務員やその家族が加入)である。2018年度予算において健保組合の経常支出の4割超は高齢者向けの拠出金であり、6割超の健保組合が赤字である¹⁵。健保組合における医療の平均保険料率は9.2%(労使折半)と過去10年で1.8%ポイント上昇した(図表5)。国から財政支援を受けている協会けんぽの平均保険料率は2012年度から2018年度まで10%で横ばいであり、この水準以上の健保組合の割合は2割超に達する(赤字を出さずに収支均衡とするための実質保険料率が10%以上の健保組合の割合は3割超)。

健保組合の保険料率が協会けんぽのそれを上回ると、組合を解散して協会けんぽに加入者を移す方が保険料負担は軽くなるため、健保組合が解散を選択するインセンティブが働く。協会けんぽへの財政支援を減らすために健保組合に負担を求めても、健保組合の解散が広がれば、国の財政負担は結局重くなり、財政健全化が遠のくことになる。報道によると、50万人の加入者を抱える全国最大規模の人材派遣健保や、16万人の日生協健保が解散の検討に入っていると

¹⁵ 健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果の概要」(2018年4月23日、<http://www.kenpen.com/include/press/2018/20180423.pdf>)

いう¹⁶。応能負担を強化しつつ、保険料率の上昇をいかに抑制するかが新しい財政健全化計画での重要課題と言える。

図表5 協会けんぽと健保組合の平均保険料率（医療）



(出所) 全国健康保険協会資料、健康保険組合連合会資料より
大和総研作成

薬価引下げによる社会保障関係費の抑制については、その大部分は市場実勢価格に基づいて公定価格を調整するという通常の薬価改定が寄与した。財務省の予算資料によると、市場実勢価格に基づく薬価引下げの効果は2016年度で▲1,247億円、2018年度で▲1,456億円と見積もられている（いずれも国費ベース）。

新規収載された後発医薬品の価格引下げや市場拡大再算定の特例措置の導入¹⁷、新薬創出等加算の見直し¹⁸、高額薬剤（オプジーボ）の薬価引下げなど幅広く見直しが行われてきたことは確かだが、金額で見れば、経済・財政一体改革とは関係なく定期的に実施される薬価改定によって「目安」に収められた形となっている。

② 医療・介護費の地域差半減の効果

集中改革期間では、医療費適正化計画や地域医療構想など医療・介護提供体制の適正化や、インセンティブ改革、データの「見える化」、薬価制度改革など幅広い取組みが進展しているものの、現時点ではPDCAサイクルの「Plan（計画）」の段階、または「Do（実行）」の段階へ移行して間もない施策が多い。「Check（評価）」「Action（改善）」の段階まで進み、マクロレベルで改革の効果が明確に見えるまでには時間がかかるだろう。

先述のように、安倍内閣は医療費適正化計画・地域医療構想・インセンティブの強化を通じ

¹⁶ 2018年4月23日付日本経済新聞朝刊

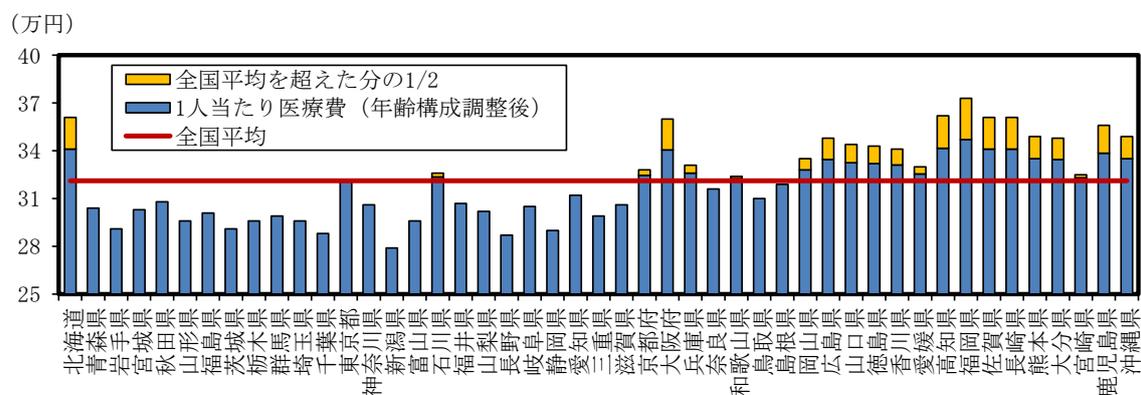
¹⁷ 年間販売額が極めて大きい品目に対して薬価を引き下げる特例措置。具体的には、年間販売額が1,000～1,500億円かつ予想販売額の1.5倍以上の品目は薬価を最大25%引き下げ、年間販売額が1,500億円超かつ予想販売額の1.3倍以上の品目は薬価を最大50%引き下げる。

¹⁸ 従来、企業要件さえ満たせば、事実上すべての新薬が対象となり、革新性の低い医薬品も薬価が維持されていた。そこで、対象品目を革新性・有用性に着目して絞り込み、企業指標（革新的新薬の開発等）の達成に応じて加算されるように見直された。

て都道府県別に見た一人当たり医療費の地域差半減を目指している。具体的には、「全国平均を超えている都道府県の一人当たり医療費（年齢調整後）の平均と全国平均との差の全国平均に対する比率を2014年度時点と比べ2023年度までに半減する」（「経済・財政再生アクション・プログラム2016」、2016年12月21日経済財政諮問会議決定）とされている。仮に地域差半減目標を達成すると、医療費はどの程度抑制されるだろうか。

図表6は2014年度における年齢構成調整済みの一人当たり国民医療費を都道府県別に表示している。図表6において医療費の地域差が半減すると、全国平均を上回る22道府県が特に医療費抑制の取組みが求められる地域である。一人当たり医療費が高い地域は、福岡県、高知県、北海道、佐賀県、長崎県、大阪府など西日本で多く見られる。

図表6 都道府県別に見た一人当たり国民医療費（年齢構成調整後、2014年度）



(出所) 経済・財政一体改革推進委員会 第20回社会保障WG 厚生労働省資料（2017年4月25日）、厚生労働省「国民医療費」より大和総研作成

仮に、図表6の全国平均を上回る22道府県において一人当たり医療費の全国平均を越えた分が半減すると、国民医療費は0.7兆円程度（割合では2%程度）抑制されると試算される¹⁹。国民医療費に占める国庫負担の割合（2014年度で25.8%）を単純に当てはめると、国費ベースで0.2兆円程度の抑制効果がある。国の社会保障関係予算における医療給付費は集中改革期間で0.3兆円程度増加（年0.1兆円程度増加）したことを踏まえれば決して小さくない。他方、経済・財政一体改革推進委員会「経済・財政一体改革の中間評価」（2018年3月）では、一人当たり介護費の地域差が2023年度に半減すると仮定した推計が行われている。2020年度において国・地方の公費は700億円程度抑制されるとしている。

医療・介護提供体制の適正化は医療の質を下げずに費用を引き下げるだけでなく、保険料の抑制を通じて家計や企業の可処分所得を増加させる観点からも極めて重要な取組みである。ただし、地域差半減目標の達成によって一人当たり医療費の「水準」は低下する一方、医療・介

¹⁹ 医療費適正化は全都道府県で行われる取組みであり、それによって一人当たり医療費が全国的に低下する（一人当たり医療費の全国平均の水準が低下する）可能性がある。しかし、その効果を定量的に想定することができないため本試算では織り込んでいない。他方、医療費の地域差半減目標の達成には地域医療構想の実現による病床機能の分化・連携が欠かせないが、その過程で約30万人（2013年比）の慢性期患者が在宅医療等へシフトすると見込まれている。結果として介護費や外来医療費が増加すると予想されるが、本試算ではそれらを織り込んでいない点で過少推計となっている。

護費の毎年の「伸び」は高齢化や医療技術の高度化・高額化などによって長期に続くと見込まれる。経済・財政一体改革では 2019、20 年度の社会保障関係費の伸びについて、「高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す」²⁰とされていたが、医療・介護費を高齢化並みの増加に抑える取組みは新しい財政健全化計画においても引き続き求められる。

③ 新しい財政健全化計画では実効性の高い社会保障改革に期待

総じて見ると、集中改革期間において社会保障関係費の増加額を「目安」に収めたことは評価される。もっとも、所得の高い保険者への国庫負担の付け替えや通常の薬価改定に偏った形で歳出抑制が行われており、歳出改革が「目安」に収まる範囲だけで行われたという印象を受ける。

多くの施策は緒に就いたばかりである。時間の経過とともに改革の効果が現れ、医療・介護費の地域差が縮減したり伸びが抑制されたりする可能性はある。だが、各種計画の実現や人々の行動の変容によって成果を上げようとするものが少なくないため、医療・介護費が今後どの程度抑制されるかを、一定の確度を持って予想することは困難である。

こうした中で、「新しい経済政策パッケージ」（2017 年 12 月 8 日閣議決定）で要請された、実効性の高い財政健全化計画を策定するのであれば、給付の適正化・重点化、年齢でなく負担能力に応じた負担の徹底など、直接的に成果を上げられる改革を大胆に進める必要がある。また、社会保障関係費について 2019 年度以降も「目安」を設けるべきであるが、「目安」に収めるために数字合わせの改革に陥ることは避けなければならない。

²⁰ 「経済財政運営と改革の基本方針」（2015 年 6 月 30 日閣議決定）の第 3 章「『経済・財政一体改革』の取組—『経済・財政再生計画』」