

社会保障給付の徹底した効率化・重点化に向けて (説明資料)

平成26年10月21日

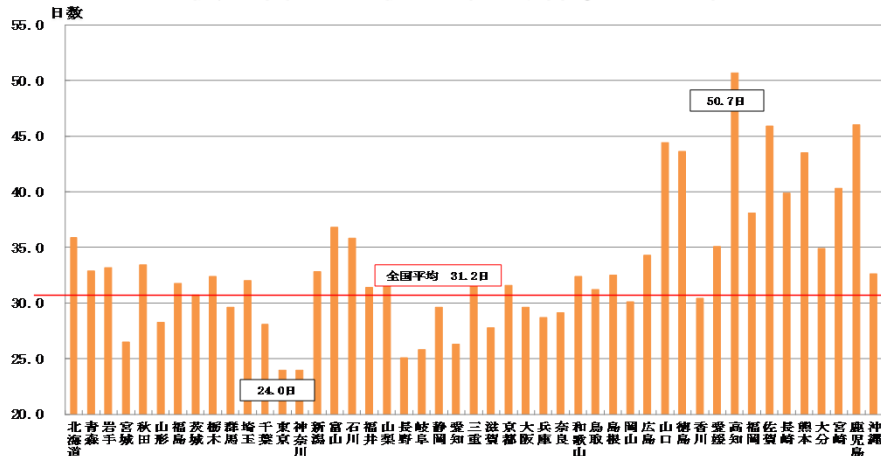
伊藤 元重
榊原 定征
高橋 進
新浪 剛史

1. 医療提供体制・医療保険制度改革(1)

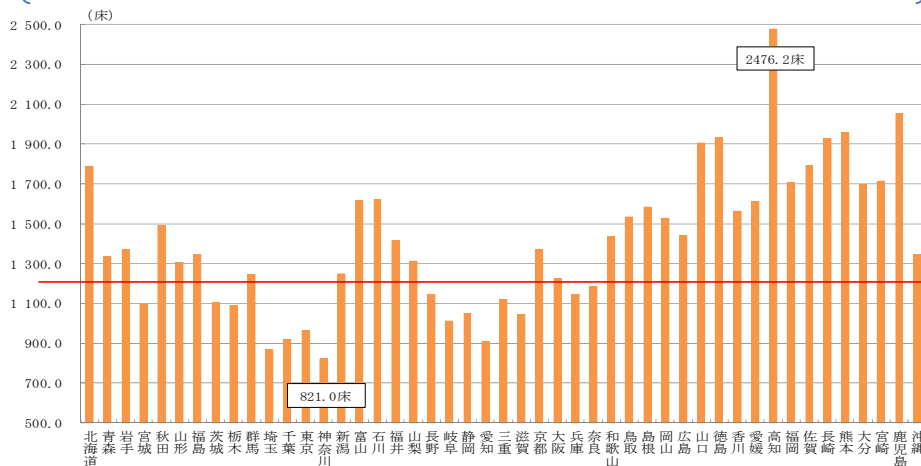
□ 都道府県は過剰病床の解消を加速すべき

図表1. 平均在院日数の地域差

- 最長(高知)は最短(東京、神奈川)の2倍

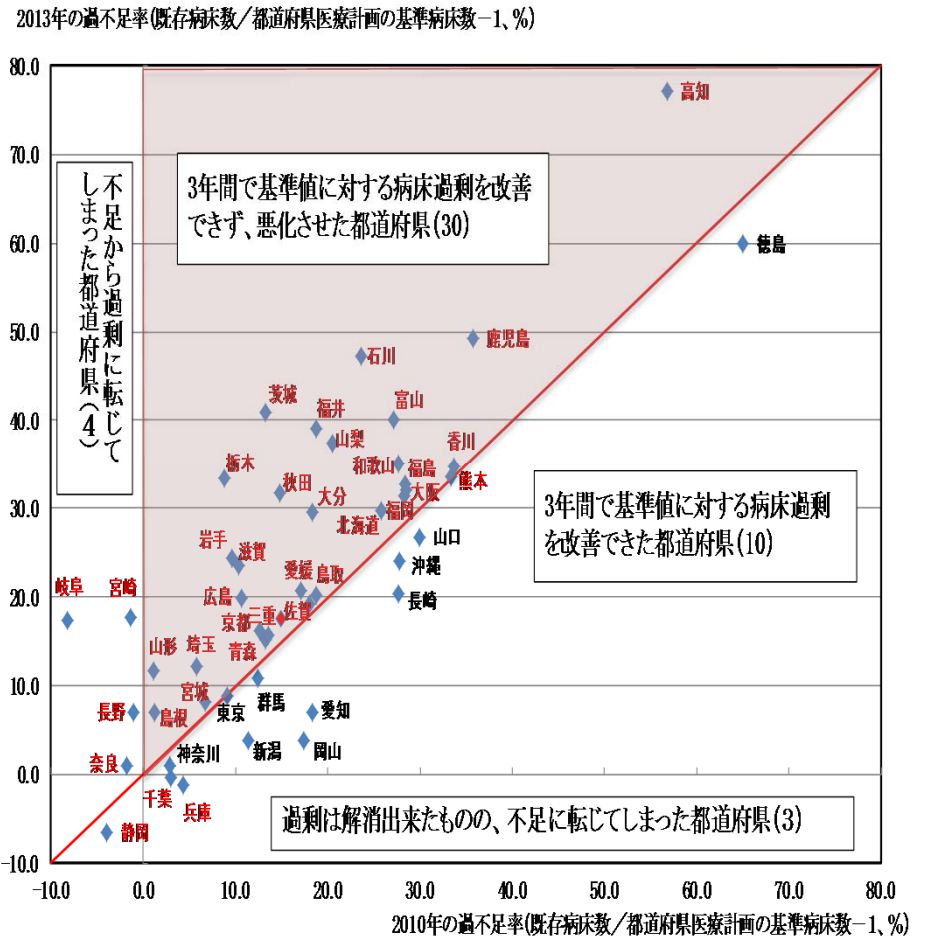


図表2. 人口10万対病床数の地域差
• 最長(高知)は、最短(神奈川)の3倍



図表3. 病床数の過不足率の動き

- 6割以上の自治体(都道府県)は目標未達



(備考) 左図は厚生労働省「平成24年医療施設調査」、右図は厚生労働省医政局調べにより作成。

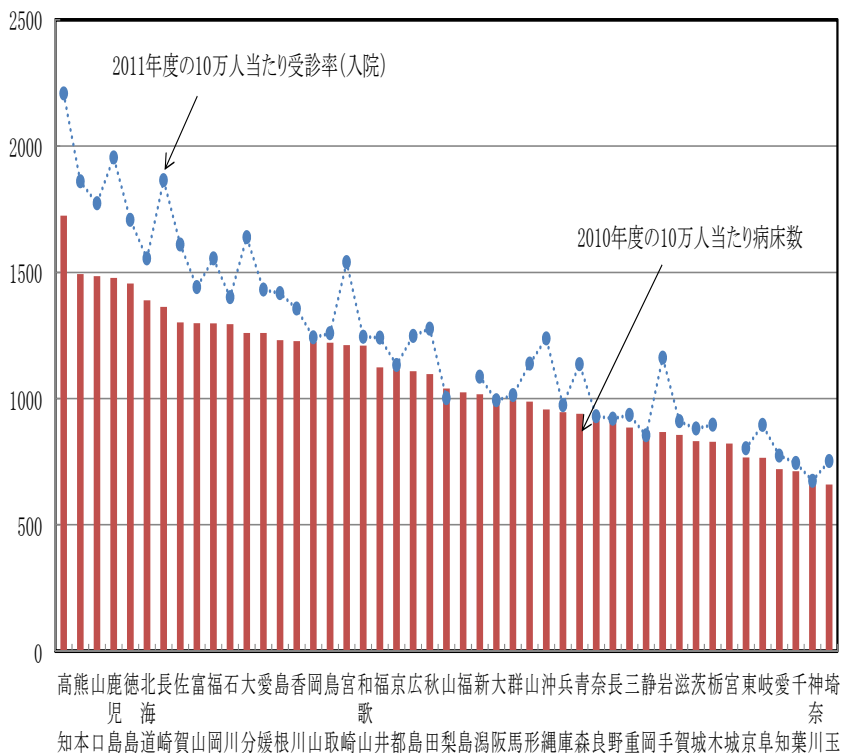
1. 医療提供体制・医療保険制度改革(2)

□ 保険制度改革を加速すべき

- 国は、ベストプラクティスの標準化、横展開を促すべき。都道府県は、2016年度までに2025年のあるべき病床数、地域医療ビジョン、医療費適正化計画(支出目標)を定め、提供体制の改革を始動すべき。
- 国は、保険者に対するインセンティブを強化し、都道府県や被用者保険の保険者が、データ解析を基に、受診・投薬行動の是正、後発品の利用促進、診療行為の適正化等、保険者機能を発揮し、保険料率の上昇抑制に努める仕組みを構築すべき。
- 国は2020年の財政健全化に向けた道筋と整合的かチェックし、必要な対応策(ポスト一体改革の施策群)を検討すべき。

図表4. 病床と受診率の関係と病床削減努力の現状

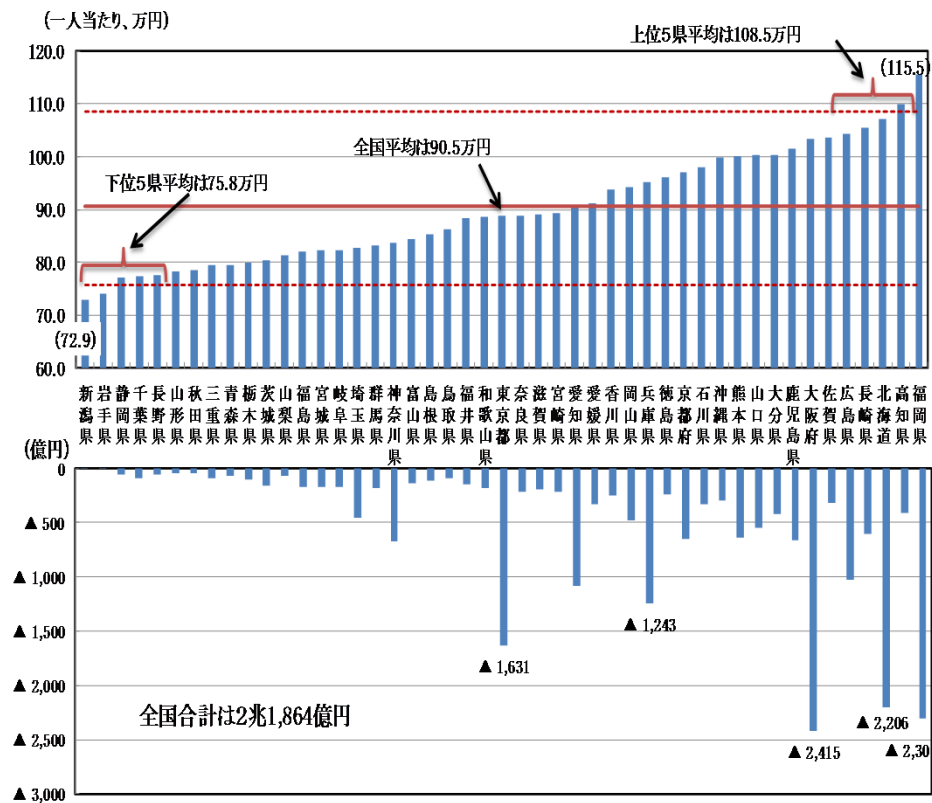
- 病床数と受診率には高い相関



(備考)左図は厚生労働省「患者調査」、右図は厚生労働省「医療費マップ」により作成。

図表5. 後期高齢者一人当たり医療費(2012年度)

- 各県の一人当たり後期高齢者医療費が下位5県並みに下がれば、我が国全体では2.2兆円の節約



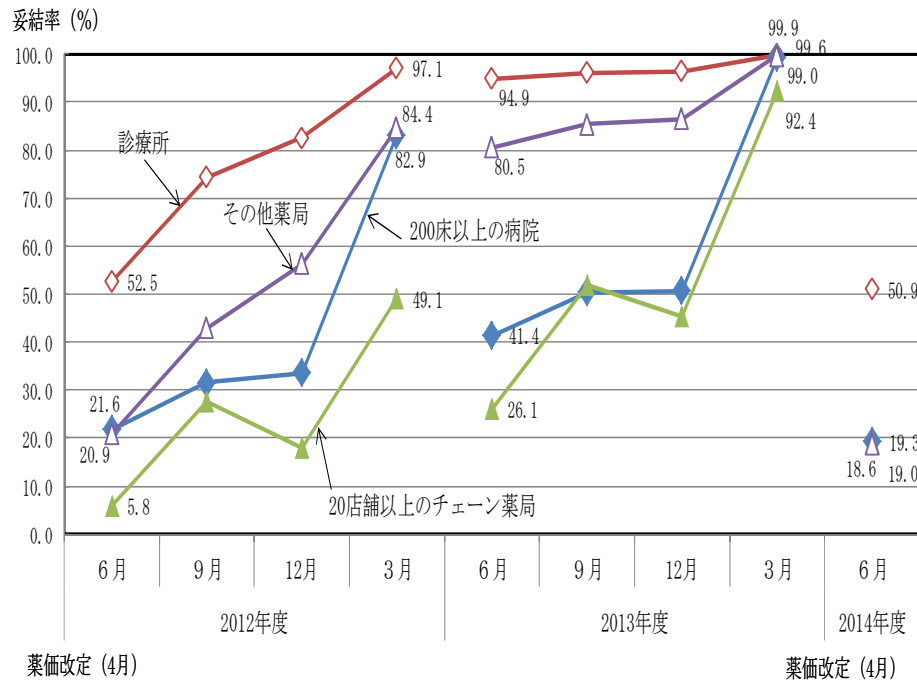
2. 薬価の適切な改定と薬価制度の改善

□ 薬剤に係る国民負担の軽減に向け、薬価と薬市場の実態調査に着手すべき

- 2015年年央までに薬価と薬市場の実態調査を実施し、適切な市場価格形成を阻む要因の特定化と除外を図るべき。その上で、市場実勢を反映した償還価格が毎年度予算に反映する仕組みを実現すべき。
- 実態調査においては調査・改定に伴う事業者負担も明らかにし、頻度の検討において考慮し、国民利益を最大化するために必要な負担は国が負うべき。

図表6. 納品価格の妥結率推移(2012~2014年6月)

- 大手チェーン薬局や大病院ほど、納品薬価を決めるタイミングを遅らせ、仮納品させるという傾向が顕著



薬価改定(4月)
(備考)

- 厚生労働省「価格妥結状況調査」により作成。
- その他の薬局には20店舗未満のチェーン薬局を含む。
- 妥結率 = 価格が妥結したものの販売額 (品目別販売本数 × 薬価) / 販売総額 (品目別販売本数 × 薬価)

図表7. 1987年の中央社会保険医療協議会の建議

- 市場の実勢価格の反映が基本原則。2年に1回程度の改定は、やむを得ない当時の状況を前提としたもの

1987年5月25日 薬価算定方式のあり方について(建議) (以下、抜粋)

第1. 基本的考え方

(3) 市場の実勢価格を薬価基準に適切に反映させていくためには、正確な薬価調査が前提となることは言うまでもなく、流通面を含め、円滑かつ厳正な調査が実施できるような方策を講ずるべきである。

第2. 当面の改善策

(2) 部分改正の廃止等

部分改正を廃止し、できる限り迅速な全面改正を実施する。なお、現状においては市場における価格の安定にある程度の期間を要するので、市場価格の形成をまっとうおむね2年に1回程度の全面改正になることはやむを得ない。しかしながら、この間にあって、不当に薬価差を拡大せしめる行為等が認められた場合には、所要の措置を講ずることとする。

(3) 薬価調査の充実

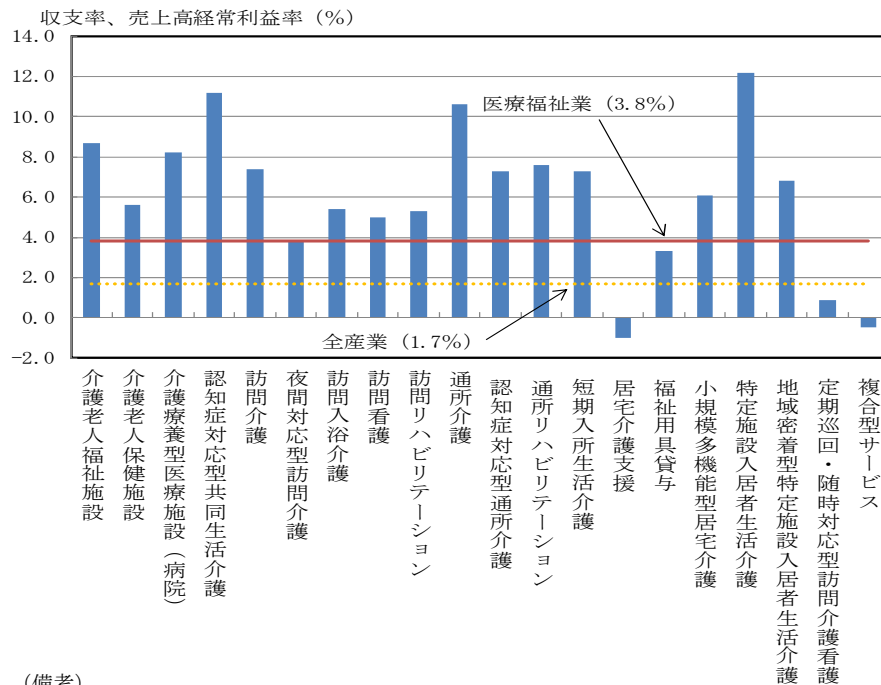
薬価本調査は上記(2)による全面改正の円滑な実施に支障のないよう行うこととし、併せて、経時変動調査の充実、強化等により、常時実勢価格の的確な把握に努める。

3. 介護報酬と制度の適正化と事業効率の改善

- 平成27年度改定においては、介護報酬を適正原価に依りて見直すとともに、認定要件や給付範囲について、社会保険対象とすべきか否か、利用実態に即して見直すべき
 - 介護報酬(サービス価格)の改定に当たっては、高収支率の背景にある事業コストを厳格にチェックし、介護保険料や利用者負担等の国民負担が抑制されるよう、価格の妥当性を検証すべき。加えて、事業者間競争が、新たなサービス提供や価格低下(保険価格以下でのサービス提供)を通じて利用者利便を高めるよう、制度改善に取り組むべき。
 - 「規模の経済性」と「範囲の経済性」を十分発揮するよう、国と地方自治体は、金融機関や取引業者等とも協業し、保健指導、医療・介護等に関わる事業の集約化(例えば、医療機関と介護事業者の合併や業務提携)を促すべき。
 - 社会福祉法人の内部留保に関連した指摘事項(規制改革実施計画)は完全履行すべき。

図表8. 介護事業の収支率(2014年3月末)

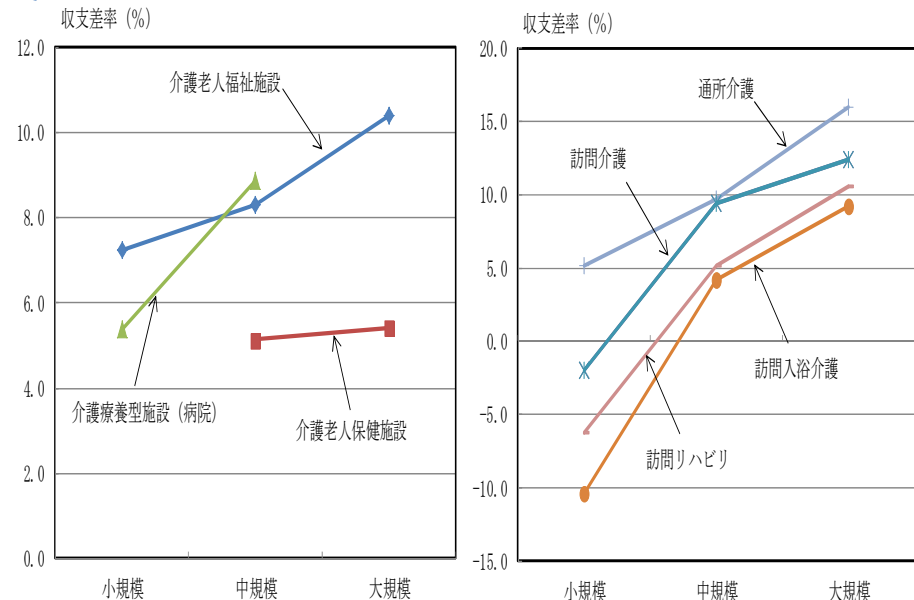
・ 介護事業収支率は総じて高い



- (備考)
1. 財務省「法人企業統計調査」、厚生労働省「平成26年介護事業経営概況調査」により作成。
 2. 収支差率は、(介護事業収入+介護事業外収入) - (介護事業費用+借入金利息+特別損失)の収入りに対する比。なお、法人企業統計調査の医療、福祉業は社会福祉法人を含まない。
 3. 法人企業統計は資本金1千万円未満の企業2012年度、介護事業経営調査は2014年3月末の値。

図表9. 介護事業の規模の経済性(2012年度)

・ 施設系にも通所系にも、顕著な規模の経済性



(備考) 厚生労働省「平成26年介護事業経営概況調査」により作成。規模の定義は以下。

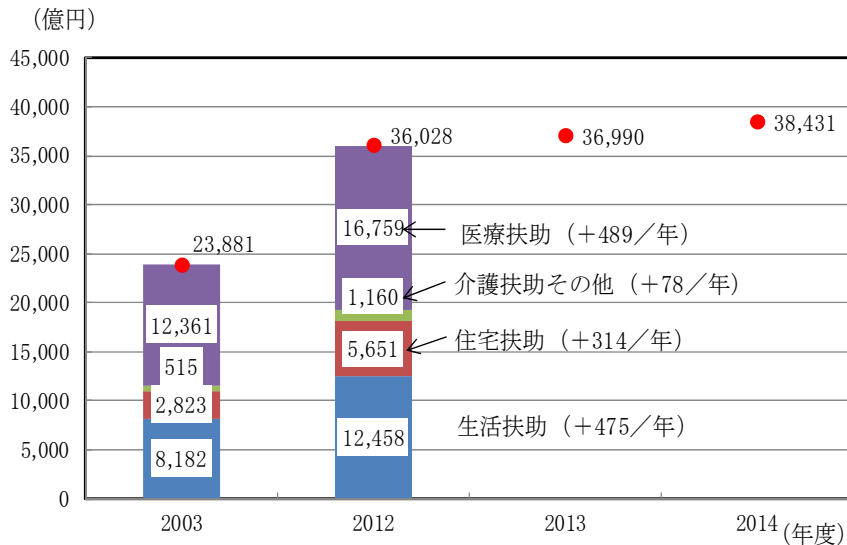
	小規模	中規模	大規模
介護老人福祉施設	~50人	51~80人	81人~
介護老人保健施設	~80人	81人~	81人~
介護療養型医療施設	~50床	51床~	51床~
訪問介護	延べ訪問回数~600回	601~1200回	1201回~
訪問入浴介護	~100回	101~200回	201回~
通所介護	延べ利用者数~300人	301~750人	751人~
通所リハビリ	延べ利用者数~300人	301~750人	751人~

4. 生活保護制度の改善

- 生活保護費は、景気低迷等の循環要因、単身高齢者の増加、長引いたデフレによる実質給付水準の上昇という構造要因により急速に増加。今後の高齢生活保護世帯の増加に備え、地域社会一体となった取組や財源確保の検討が不可欠。
 - 保護率を引き下げするため、保護に至る背景や要因を実証的に分析すべき。その上で、就労インセンティブが一層働くよう生活保護制度の改善・強化を図るべき。新たな施策に取り組む前に、1) 自立活動確認書に基づく集中的な就労支援(25年度)、2) 就労活動促進費(25年度)、3) 就労自立給付金(26年度)について、年度レビュー、進捗よく確認を実施すべき。
 - 給付水準は低所得の就労世帯との実質的なバランスを適切に踏まえるべき。住宅扶助や冬季加算等、各種扶助についても給付要件と水準の適正化を図るべき。
 - 特に、医療費扶助は、引き続き、受給者の受診行動の適正化、適切な健康指導を拡充することによって、健康の回復と扶助の適正化を図るべき。

図表10. 生活保護費の増加

- 保護費総額は2003年度の1.6倍以上に。医療扶助費に加え、生活扶助が急速に増加

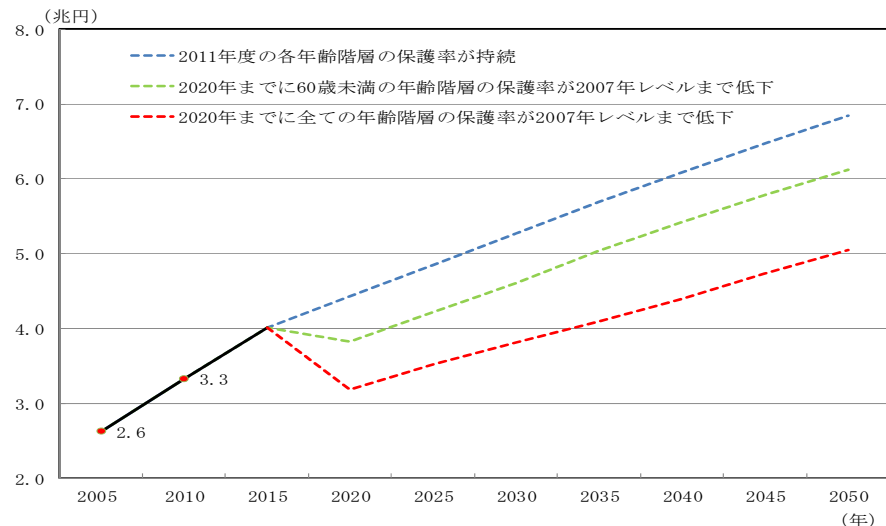


(備考)

1. 厚生労働省「生活保護費負担金事業実績報告」により作成。
2. 施設事務費を除き、2012年度までは実績額、2013年度は補正後予算額、2014年度は当初予算額。

図表11. 保護率の現状から算出した保護費の規模

- 4兆円規模の保護費は、人口減少の中においても高齢化で増加。高齢に至る前段階における被保護者等を含めた就労を促進し、自助と共助により、高齢層の保護率が低下していくことが不可欠



(備考) 社会保障人口問題研究所「将来人口推計」「生活保護」に関する公的統計データにより作成。保護費の将来額は、2010年度の一人当たり年間保護費(177.2万円)を物価上昇率2%で延伸し、保護率から算出される保護人数を掛け合わせたもの。将来保護率は、年齢階層別の2011年実績値に同階級別人口による加重平均値。