

論点整理・社会保障のポイント

平成27年5月26日

伊藤 元重
榊原 定征
高橋 進
新浪 剛史

提言内容の全体像(1)

(1) 社会保障サービスの産業化促進【参考① 産業化規模イメージ:図表1、2】

- ① マイナンバーも活用して医療関連データを利用できる環境を早期に整備。
- ② 医療機関等と民間事業者の連携促進にむけ、一般医療法人に特定の営利性業務を本務として解禁。
- ③ 民間の健康サービスへの関与を拡大するため、薬剤師・看護師等の業務の範囲拡大【図表3、4】。

(2) インセンティブを強化する仕組み作り【参考②】

- ① 保険者努力支援制度、後期高齢者支援金加減算制度の仕組みを大胆に見直し、アウトカム指標に基づく配分を強化。
- ② ヘルスケアポイントの付与、保険料の傾斜設定の導入等により、疾病予防、健康づくり、後発医薬品の使用促進、適切な受診行動を支援。介護保険についても、要介護認定率や一人当たり給付費の地域差がより保険料水準に反映される仕組みを構築することにより、保険者による介護予防に向けた取組を推進【図表5、6】。
- ③ 病床再編促進のため、診療報酬体系を2016年度から大胆に見直す。加えて、基金の配分や国民健康保険の財政支援制度についても、改革を行う自治体へ重点配分。また、医療費適正化の改革が進まない地域における診療報酬の引下げも活用【図表7、8、9】。

(3) 地域差の「見える化」と報酬の見直し等による病床適正化【参考③】

- ① 都道府県別の医療提供体制の差をデータ分析により一層「見える化」。併せて、大胆な病床再編を可能とする県の権限を強化【図表10】。
- ② 標準的な外来医療費を算出して医療費適正化計画に反映し、頻回受診や過剰投薬等を排除する仕組みを構築。かかりつけ医の普及等により、効果的な医療サービス提供のインセンティブになるよう、窓口負担の仕組みを工夫【図表11】。
- ③ 都道府県はKPI(病床数、平均在院日数等)を定め、国は2018年度の間評価段階での取組状況を評価し、結果を国から地方への財政移転の配分に反映。

提言内容の全体像(2)

(4) 資産・遺産の社会還元促進と所得や資産に応じた負担【参考④】

- ① 資産・遺産の社会還元を促進。公益信託の仕組みの簡素化、協力者に対する社会的顕彰を実現【図表12】。
- ② 高額療養費制度等について、年齢ではなく所得や資産等の経済力に基づき負担を求める仕組みに転換。同様の観点から、以下について検討。介護保険の自己負担上限や2割負担対象者の範囲、マイナンバーの活用を前提に金融資産等の保有状況も考慮した負担能力を判定する仕組みへの転換、高所得者の基礎年金庫庫負担相当分の年金給付の支給停止【図表13】。

(5) 保険収載範囲の見直し【参考⑤】

- ① 中医協の費用対効果評価専門部会の機能を拡充・強化し、医薬品や技術等の保険収載の適切な事前評価、既収載品の検証を早期に本格導入。医療機関に対する第三者評価を制度的に原則化【図表14】。
- ② 後発医薬品の利用率目標を80~90%程度に引き上げ【図表15】。
- ③ 平成30年度から保険償還額を後発医薬品価格に基づき設定。さらに、スイッチOTCが認められた医療用医薬品を含む市販類似薬は保険から除外【図表16】。
- ④ 介護保険における軽度者の生活援助等は、保険給付のあり方を抜本的見直し。通所介護等、その他の支援は、次期介護事業計画(2018年4月~)より、自治体事業(保険財源による地域支援事業)で実施する枠組みへ全面的に移行し、事業を請け負う企業等の創意工夫と競争を促進【図表17】。

(6) 効率化に向けたその他の取組【参考⑥】

- ① 医薬品の取引慣行の改善を進めつつ、市場実勢を踏まえた適切な薬価改定を毎年実行。薬価改定による既存医薬品の価格下落は確実に国民へ還元【図表18】。
- ② 診療報酬本体について、過年度のデフレ分についての段階的なマイナス調整を次回以降の改定に反映するなど国民負担増を抑制。併せて、個別サービスの単価設定においても、公共料金としての適切な原価算定を基本とし、改定時には需給動向等も踏まえた価格の妥当性の事後検証を行い、適正化【図表19】。
- ③ 医薬分業と調剤医療費の増大との関係を分析し、効率的な仕組みに改革することで調剤医療費(技術料)を合理化・抑制するとともに、効果的な投薬・残薬管理の実現に向けた方策を検討・導入【図表20】。
- ④ 地域包括ケアシステムの構築に当たって、地域の特性と実情を踏まえつつも、介護サービス等の大規模化・連携により、効率を改善【図表21】。

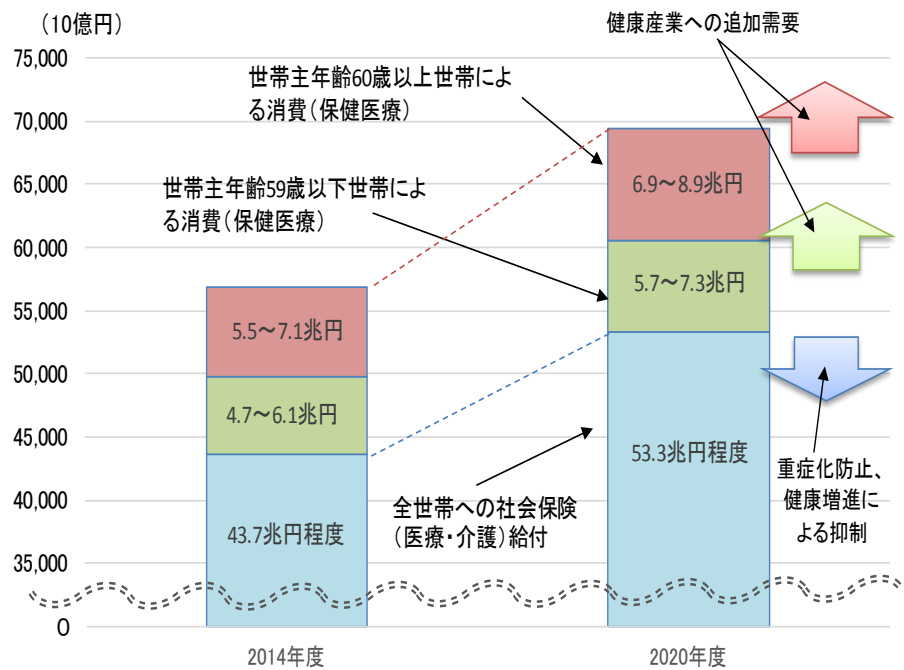
参考図表

【参考①-1】産業化促進

- 高齡化等により、社会保険給付だけでなく家計の医薬品、保健医療用品・器具、健康保持用摂取品支出も増加見込み。国民の健康ニーズを満たす事業の産業化を促進し、慢性病の重症化防止(同時に、病気による経済的損失を防止)、健康長寿とQOLの引上げを目指すべき。

- 例えば、「糖尿病、高血圧性疾患、ロコモティブシンドローム、誤嚥性肺炎や胃ろう」を対象とした予防・重症化防止事業の市場創出効果は4兆円程度、医療給付費削減効果は1.2兆円との試算。

図表1 公的及び私的な社会保障サービス需要見込み(試算)



- (備考)
- 総務省「家計調査」、社会保障人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算」、「国民経済計算」により推計。
 - 2014年の世帯主年齢別消費支出に同年の世帯数を掛け、水準をSNAの家計消費に一致するよう補正。その結果を用いて、消費総額を2020年度までの名目成長率(内閣府試算)、世帯数は人口問題研究所推計で延伸。

図表2 予防・重症化防止事業の市場創出と医療費削減効果(試算)

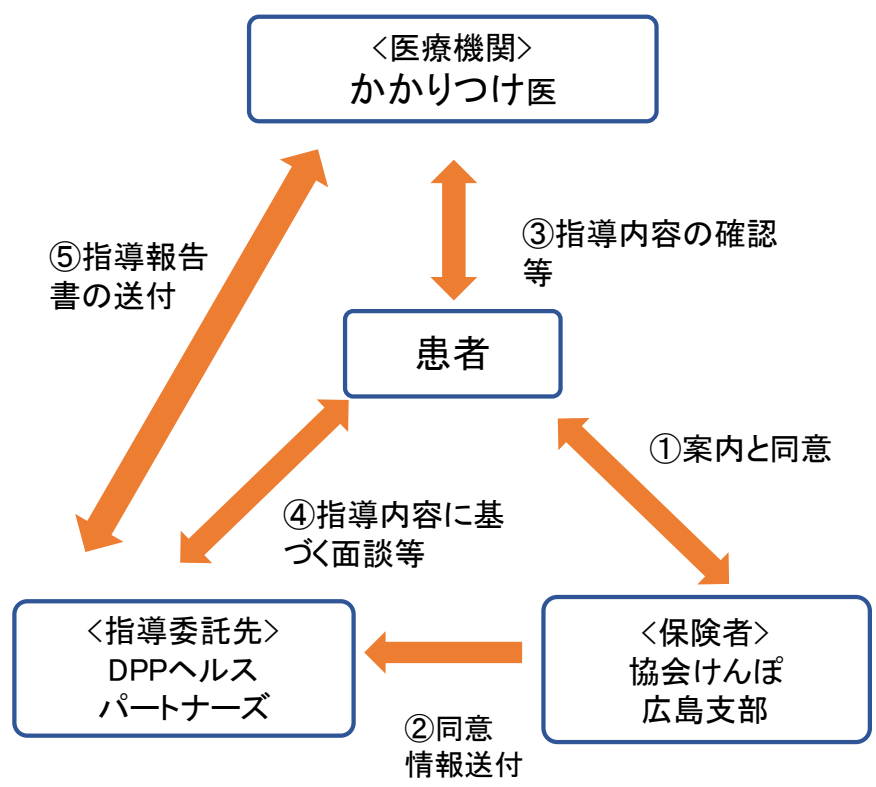
対象疾患	主なサービス	市場創出 (億円/年)	医療費削減 (億円/年)
糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> 運動・栄養指導 配食 	10,176	2,192
高血圧性疾患	<ul style="list-style-type: none"> 運動・栄養指導 配食 	23,223	3,135
ロコモティブ予防 (関節等の機能が加齢等により低下する運動器症候群)	<ul style="list-style-type: none"> ロコモ予防 要介護化予防 	2,418	5,087
誤嚥性肺炎予防や胃ろう造設抑制	<ul style="list-style-type: none"> 口腔ケア 嚥下機能低下予防 再発防止、リハ 配食 	3,703	2,009
合計		39,520	12,423

- (備考)
- 株式会社日本総研(2013)『経済産業省「平成24年度医療・介護等関連分野における規制改革・産業創出調査研究事業(医療・介護周辺サービス産業創出調査事業)調査研究報告書』図6-49により。
 - (注)各疾患について健康から重症(慢性化)に至るいくつかのステージ別人員、費用、対応するサービス単価を基に、例えば10%のサービス利用率で生まれる市場規模と医療費削減額を算出している。なお、1.24兆円の保険給付費減は、自己負担の0.23兆円減を伴い、自己負担+保険料は▲1兆円、公費は▲0.47兆円となる。

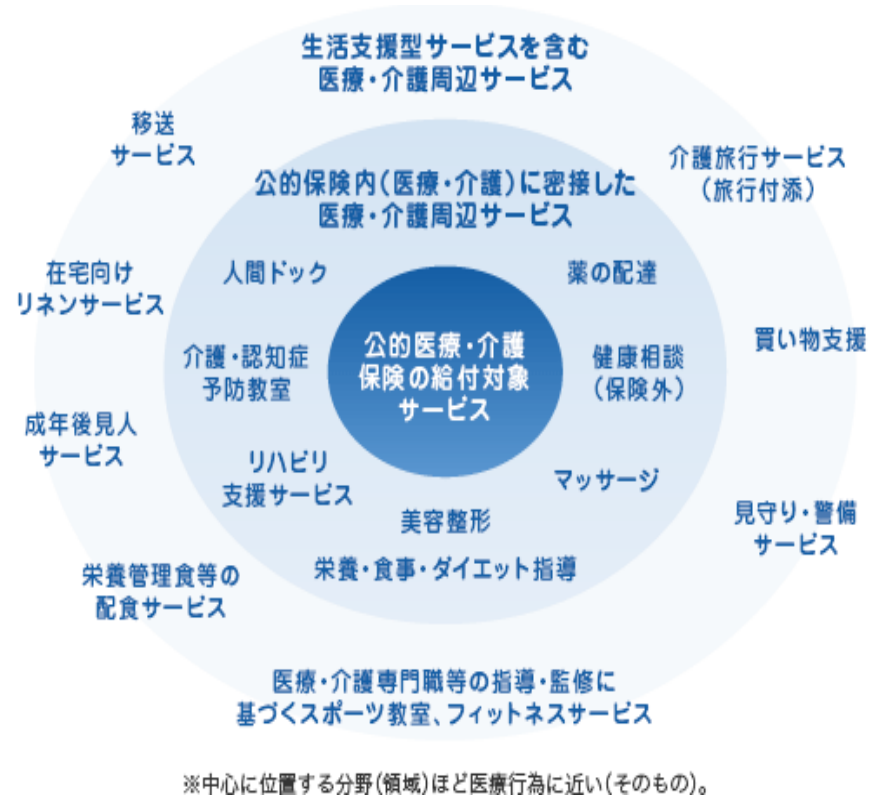
【参考①-2】産業化促進

- 民間事業者等の経営ノウハウ・資金等の活用を拡大し、重症化予防等の新たなサービス提供を加速。健康長寿分野の潜在需要の顕在化と国民による健康管理を推進。
- 地域包括ケアを前提とした在宅医療・介護の拡大に対応して、効率的でニーズに適合したIT、住宅、輸送、飲食（ケータリング含む）等の関連サービスの供給拡大を促進。

図表3 糖尿病重症化予防プログラムの例



図表4 医療・介護周辺サービスの概要



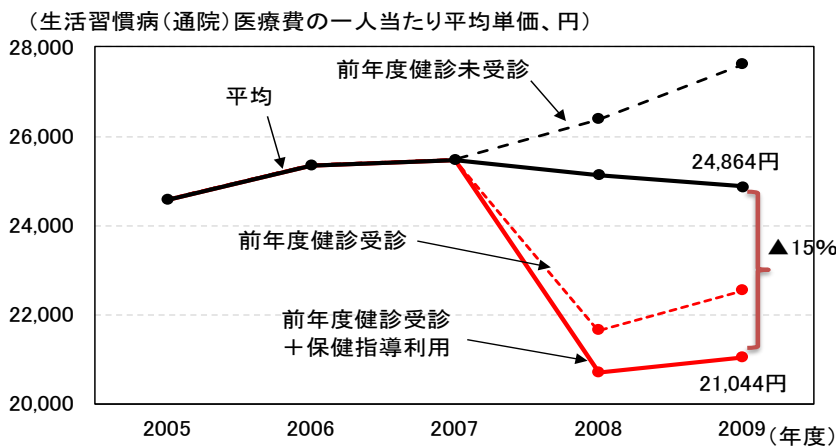
(備考) 厚生労働省「被用者保険におけるデータ分析に基づく保健事業事例集(データヘルス事例集)」、「四国の医療介護周辺産業を考える会」ホームページより転載

【参考②-1】インセンティブ改革

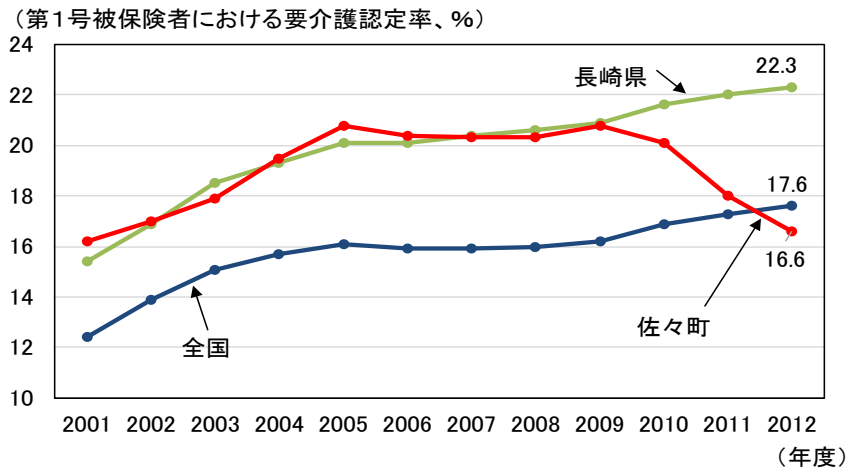
- 兵庫県尼崎市の健診と指導は生活習慣病医療費を15%抑制、長崎県佐々町の介護予防は認定率を6%押し下げた効果あり(全国展開すれば医療介護の給付費合計で3.3兆円程度(1.5+1.8)の効果)。

- 個人へのインセンティブ付けにより、健康努力を促し、成長(勤労余地の拡大)と医療介護費の抑制の二兎を得る。

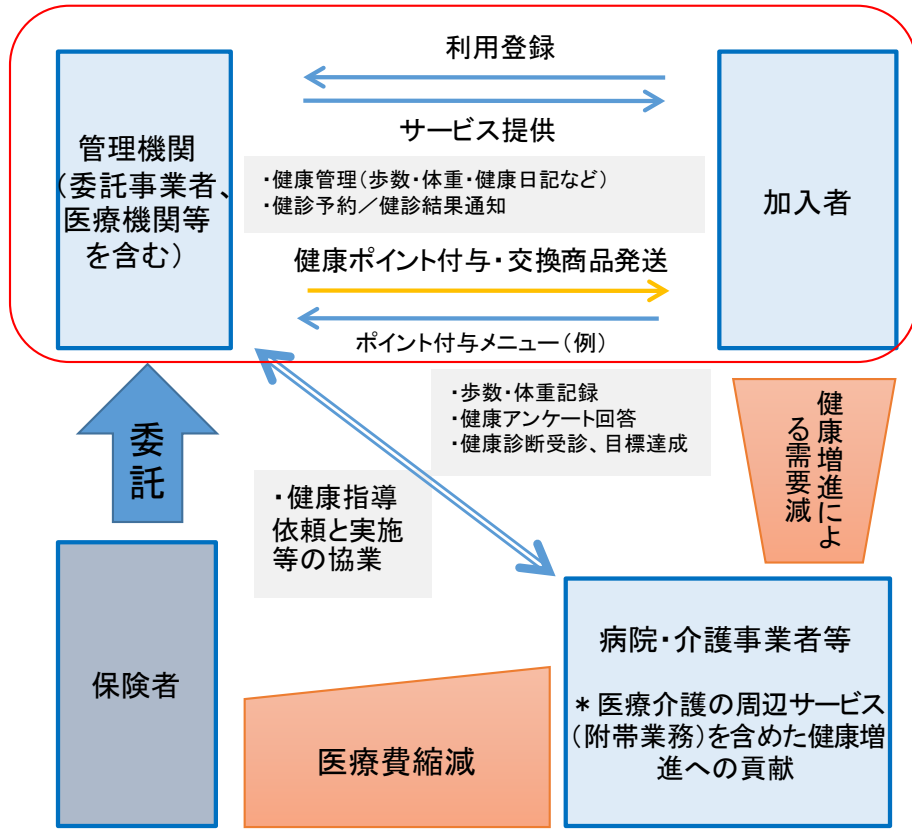
図表5-1 予防の生活習慣病医療費への効果(尼崎市)



図表5-2 予防の要介護認定率への効果(佐々町)



図表6 健康ポイント制度と自助努力、医療費抑制の関係



- (備考)
- 図表5-1及び図表5-2は厚生労働省資料により作成。
 - 5-1の効果額は、生活習慣病(循環器系疾患、糖尿病)の医療費・薬剤料の2020年度見込み(10兆円) × ▲15% = ▲1.5(保険料▲0.95、公費▲0.58)兆円。自己負担減は▲0.28兆円。
 - 5-2の効果額は、2020年度時点に見込まれる要介護1・2の認定率が20%減、3~5が10%減となった場合で▲1.8兆円。保険料、公費はそれぞれ▲0.9兆円。自己負担は1割として、▲0.2兆円

【参考②-2】インセンティブ改革

- 2025年までの人口推計を用いた都道府県別・病床類型別の過不足推計によれば、県により病床過不足が大きく変化。徳島県等では一般(急性期、高度急性期)も療養(回復期、慢性期)も過剰、東京等ではいずれも不足。介護も含め、基金の配分、診療報酬、都道府県の機能強化等によって、早期対応を図るべき。

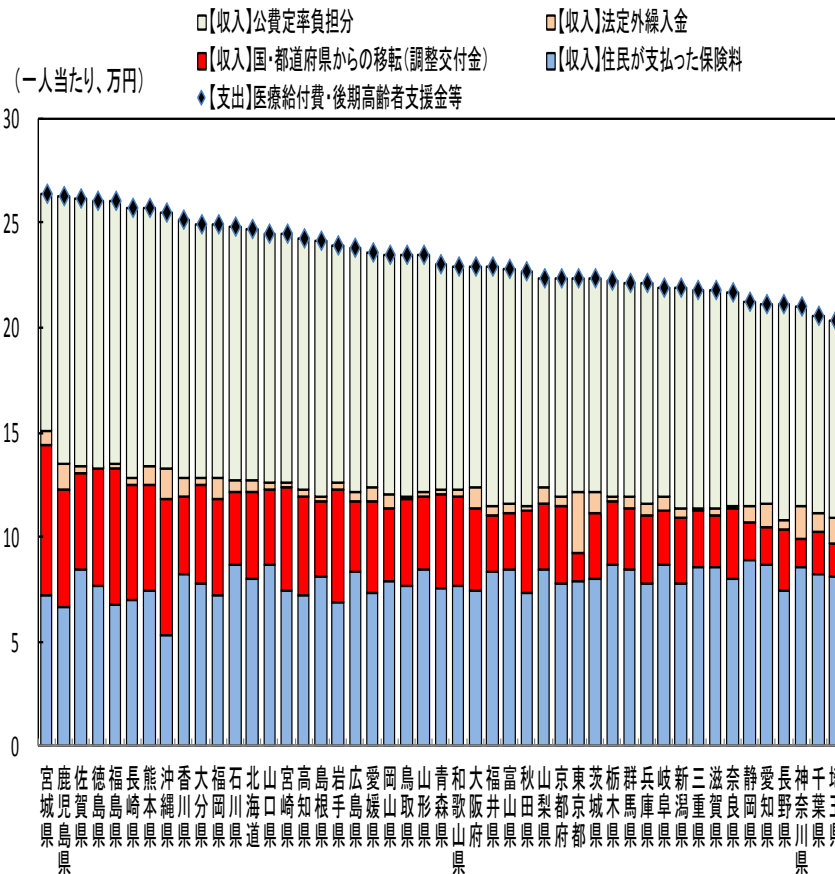
- 調整交付金(下図、赤)による補てんにより、保険料(下図、青)と支出額(◆)の関係が希薄化。支出額の減少が保険料の軽減につながるインセンティブを強め、自主的な支出抑制を実現。

図表7 将来病床数の過不足推計(病床類型別・都道府県別)

		一般病床						
		不足	適正	過剰				
療養病床	過剰		山口県	徳島県	長崎県	7		
				高知県	熊本県			
	適正		富山県	北海道	福岡県	4		
				石川県				
	不足	茨城県	岐阜県	宮城県	山梨県	青森県	岡山県	36
		埼玉県	静岡県	秋田県	長野県	岩手県	香川県	
		千葉県	愛知県	山形県	滋賀県	栃木県	愛媛県	
		東京都	三重県	福島県	京都府	福井県	大分県	
		神奈川県		群馬県	大阪府	和歌山県	宮崎県	
				新潟県	兵庫県	鳥取県		
				広島県	奈良県			
				沖縄県	島根県			
			9	18	20		47	

(備考) 高橋泰(2015)「人口減少社会に向かう日本の医療介護の現状と将来予測」より引用。

図表8 都道府県別市町村国保の医療費の負担先

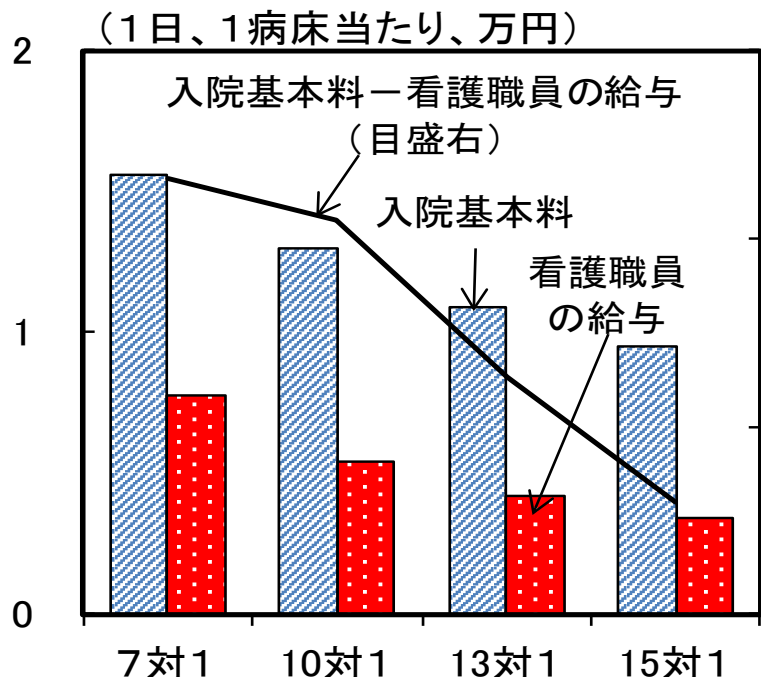


(備考) 厚労省平成24年度「市町村国民健康保険における保険料の地域差分析(参考)決算から見た都道府県別保険料等」より作成。平成26年第20回経済財政諮問会議資料2-2のP6図表11に同じ(http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2014/1222/shiryo_02-2.pdf)

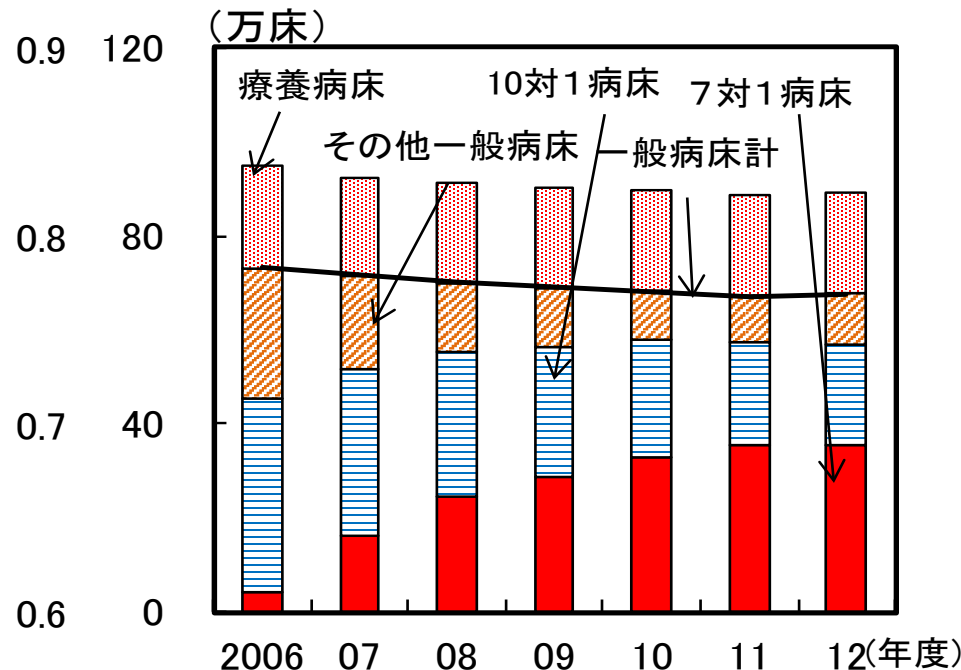
【参考②-3】 インセンティブ改革

- 2006年の制度改革において、急性期医療用の「7対1病床（7人の患者を1人の看護師で対応する病床）」が創設されたが、同病床の入院基本料から得られる病院の収益が他の病床よりも高いことから（左図）、36万床まで急増（右図）。この結果、高コストの病床構造が形成。
- こうした歪を是正するためには、一律の病床単価の改定では困難。7対1病床の入院基本料と他病床との価格体系を平準化するよう大胆に見直し、医療機関の病床設定行動を変化させるべき。

図表9-1 病床別の限界収益額(1日、病床当り)



図表9-2 病床別基準別の病床数の推移



(備考)

- 内閣府「平成26年度経済財政白書」より引用。原典は中医協「主な施設基準の届け出状況等」、厚生労働省「賃金構造基本統計調査」、「医療経済実態調査」により作成。
- 図表9-1の看護職員の給与は、看護職員の定期給与額と年間賞与を12で除した額の和を所定内労働時間と所定外労働時間の和で除して算出。ただし、これらの数値は10人以上の常用雇用者を雇用する民営事業所を対象とした調査に基づいている。また、7対1、10対1、13対1の病床は7割以上看護師でなければならないため、看護師を7割、准看護師を3割として費用を計算している。入院基本料及び看護職員の給与はいずれも2012年時点の値。

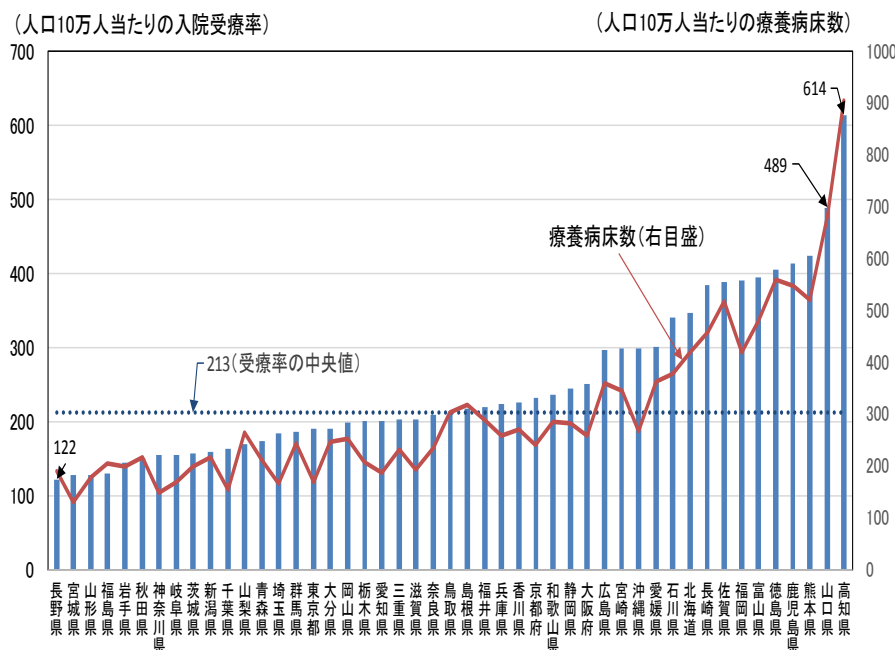
【参考③-2】地域差の「見える化」と病床適正化等

- 年齢や性別による地域差を補正しても、受療率(入院)には大きな地域差が存在し、病床数と高い相関。都道府県はKPI(病床数等)を定め、国は中間評価段階での取組状況を評価し、その結果を財政移転(補助金・交付金)に反映

- 外来医療費についてもデータによる重複受診、頻回受診のチェックが可能。医療費抑制の効果だけでなく、重複投薬等による患者の健康被害も未然防止。

図表11 呉市の取組(頻回受診者への訪問指導)

図表10-3 年齢・性別補正済の受療率と病床数



- (備考)
- 療養病床は平成23年医療施設調査。性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)は平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査により推計。
 - 方法は、各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数(Σ[全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口])×全国の入院受療率

事業名	事業概要	指導実施数	効果額(円)
重複受診者訪問指導	同一疾患で3以上の医療機関にかかっている対象者に訪問指導	10名(リストアップ51名)うち削減効果あり8名	1,668,950
頻回受診者訪問指導	同一医療機関に月15日以上を受診者に訪問指導	155名(リストアップ482名)うち削減効果あり94名	22,940,980

- (備考)
- 呉市保険年金課作成資料より作成。
 - 重複受診について、呉市のように指導1名あたり16.7万円の効果があるとするれば、年間外来患者数(5,217万人)のうち、例えば、国保データに関する研究より算出した、同一疾患で複数レセプトが発行されている割合、3%の半数程度に重複があると仮定して、歩留まり率19.6%を見込むと、効果額は約260億円。
 - 頻回受診について、指導1名あたり14.8万円の効果があるとするれば、月に16日以上に通院者数(41.2万人)のうち、例えば半数が実質的に頻回であると仮定して歩留まり率32.2%を見込むと、約100億円。

【参考④】 経済力に応じた負担

- 努力による資産形成のみならず、老後扶養の社会化が進展している実態もあり、当面、相続資産は年50兆円程度になる見込み。資産・遺産を地域の子育て等に社会還元するための環境整備を一層推進。このため、公益信託の仕組みの簡素化、使途の見える化等を進めるとともに、協力者に対する社会的な顕彰を実現。自主的な社会還元には相応の社会的称揚を図るべき。

図表12 相続資産の年額市場規模(推計)

	規模(年間)	推計年
日本総研	37.0～62.9兆円	2009年
野村資本市場研究所	約50兆円	2012年
フィデリティ	38.5～51.6兆円	2009年

(備考)

- 日本総研「政策観測」No51.(2012年8月)、野村資本市場研究所「野村資本市場クォーターリー2014年夏号『拡大続く相続資産市場の注目点』」(2014年8月)、フィデリティ退職・投資教育研究所レポート「日本の相続と投資の実態」(2012年3月)により作成。
- いずれの試算も、土地等の固定資産、有価証券や現金・預金等の金融資産を合計した市場規模の推計。

- 年金受給の2人以上世帯は大半が住宅を保有。うち、所得700万円以上世帯が26%、さらにその1割弱は貯蓄も3,000万円以上。
- 高額療養費制度や後期高齢者の医療の患者窓口負担について、年齢ではなく所得や資産等の経済力に基づき負担を求める仕組みに転換。
- 同様の観点から、以下について検討。介護保険の自己負担上限や2割負担対象者の範囲見直し、マイナンバーの活用を前提に金融資産等の保有状況も考慮して負担能力を判定する仕組みに転換、高所得者の基礎年金国庫負担相当分の年金給付の支給停止。

図表13 年金受給世帯の所得と資産、住宅保有の分布(%)

2人以上世帯で年金等を受給中		所得					合計
		300万未満	300～500	500～700	700～1000	1000万以上	
貯蓄	300万未満	4.4	4.3	1.7	0.9	0.5	11.8
	300～600	3.3	4.6	1.8	1.5	0.6	11.9
	600～900	2.2	4.3	1.9	1.4	0.9	10.6
	900～1500	2.7	7.0	3.2	2.4	1.7	17.1
	1500～3000	3.0	9.7	5.2	3.6	3.2	24.7
	3000万以上	1.4	7.2	5.5	4.5	5.2	23.8
	合計	17.0	37.2	19.3	14.4	12.1	100.0
住宅・宅地資産保有率		81.7	92.3	95.1	97.3	98.3	92.3

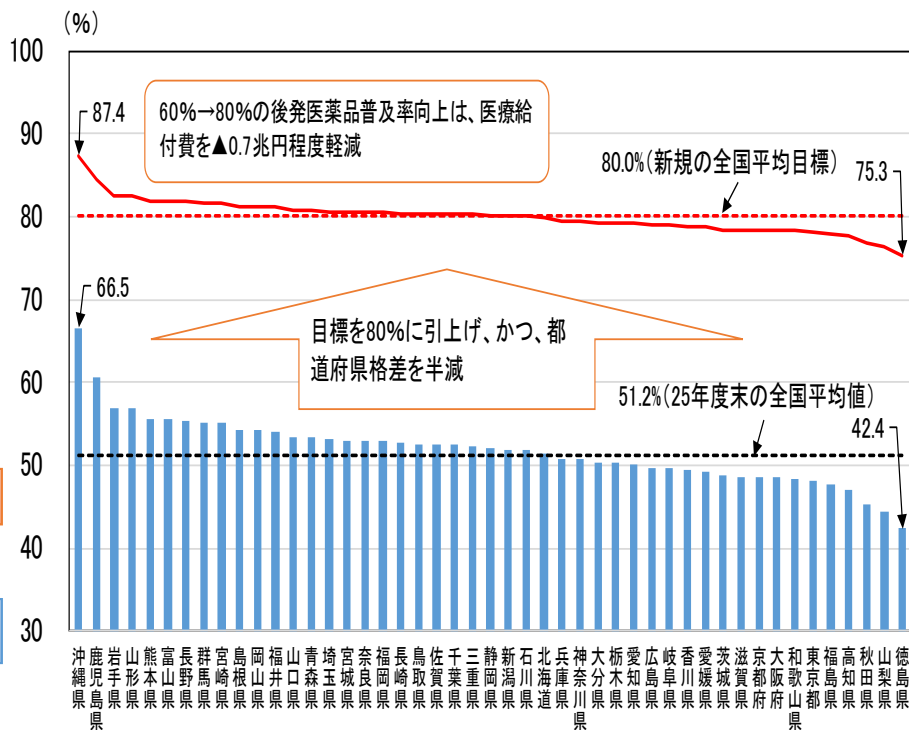
(備考)総務省「平成21年全国消費実態調査」より作成。家計資産(純資産)一二人以上の世帯(年金・恩給等を受給している世帯)第31表 資産の種類・資産額階級、年金等の区分、年間収入階級別世帯分布(二人以上の世帯)。

【参考⑤-1】 保険収載範囲の見直し

- 中医協の費用対効果評価専門部会の機能を拡充・強化し、医薬品や技術等の保険収載の適切な事前評価、既収載品の検証を早期に本格導入。
- フランスの場合、専門家集団が医薬品の効能について5段階で評価し、対応する償還価格を設定。我が国でも合理的な保険収載ルールと価格設定を確立すべき。

- 現在の傾向と目標(平成29年度末に数量シェア60%)を踏まえ、普及が進んでいるアメリカやドイツ並みの80~90%程度に目標値を上げ。

図表15 後発薬品の都道府県別普及率と引上げ効果



- (備考)
1. 厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向~平成25年度版~」により作成。
 2. 赤線及び同破線は、平均が80%に改善し、かつ、格差が半減するよう、全体が動く仮定で算定。メリット額は、現在から100%及び60%達成時の医療費削減額がそれぞれ1.7兆円、0.4兆円であること(財務省資料(平成26年10月8日))から、60%から80%への20%ポイント分の医療費削減額を0.7兆円と求めた。内訳は、保険料▲0.4兆円、公費▲0.25兆円。自己負担は▲0.12兆円程度。分割比率は厚生労働省「医療保険に関する基礎資料~平成24年度の医療費等の状況~」による。

図表14 フランスにおける償還価格とエビデンスの関係

- フランスでは、高等保健機構(HAS: Haute Autorité de Santé)が、保険収載を希望する製薬会社の製品について、医薬品効能評価(SMR)と画期性評価(ASMR)を実施。SMRは医療上の利益(効能)を4段階で評価。ASMRは追加的な医療上の利益を5段階で評価。その後、評価結果を医療製品経済委員会(CEPS)に通知し、価格を決定。また、全国医療保険金庫連合(UNCAM)に通知し、償還率を決定。

HAS

CEPS【ASMR】

UNCAM【SMR】

- 償還価格はCEPSにより決定され、メーカーはCEPSと交渉
- 5段階のうちI~IIIの場合は欧州価格が保証された上で、メーカーと交渉

- 償還率は、I~IVの4段階評価を受け、償還不可、15、30、65%の4段階設定。なお、例外的に100%も

保健省

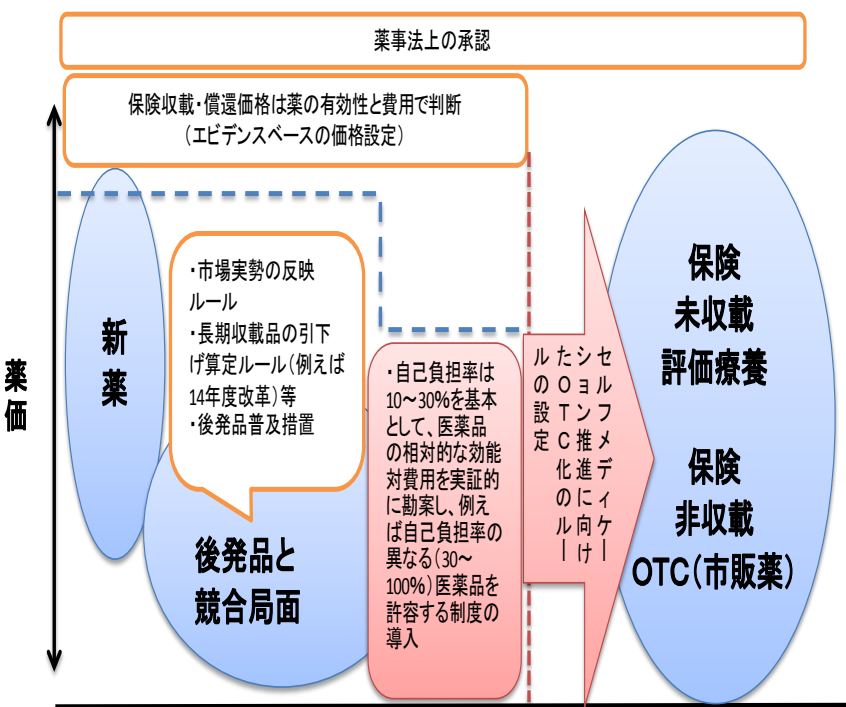
(備考) 東美恵「医療技術評価(HTA)の諸外国での利用状況と課題」JPMA News Letter No.153(2013/01)を参照し、作成。

【参考⑤-2】 保険収載範囲の見直し

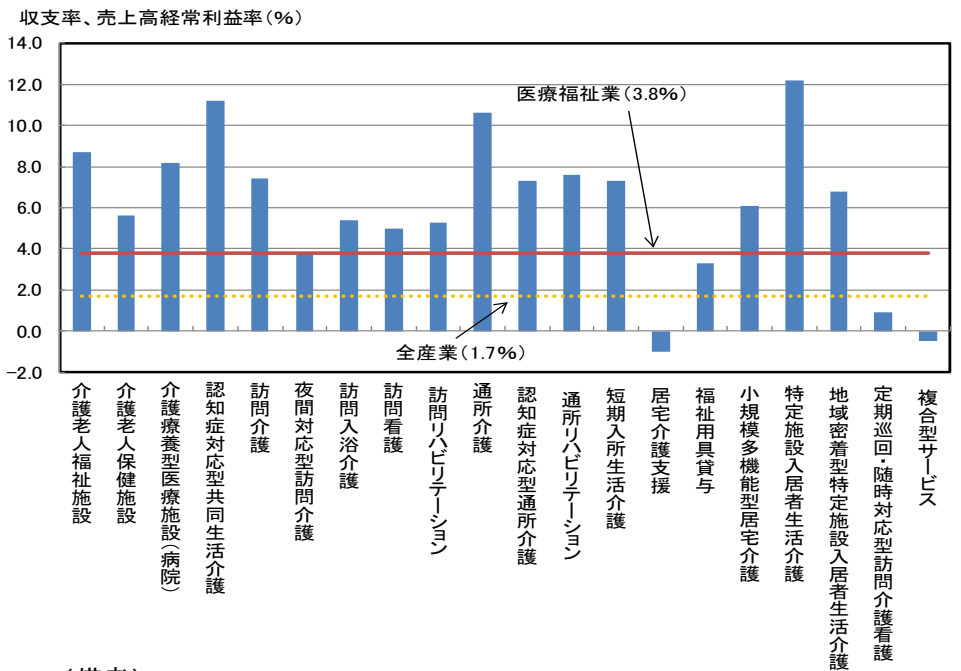
- 平成30年度から保険償還額を後発医薬品価格に基づき設定。さらに、スイッチOTCが認められた医療用医薬品を含む市販類似薬は保険から除外。

- 介護保険における軽度者向け生活援助や福祉用具貸与等は、保険給付のあり方を抜本的に見直す。通所介護等の軽度者に対するその他の支援は、次期介護事業計画(2018年4月～)より、自治体事業(保険財源による地域支援事業)で実施する枠組みへ全面的に移行し、事業を請け負う企業等の創意工夫と競争を促進。

図表16 保険適用のイメージ(新薬から保険外市販薬へ)



図表17 介護サービス別収支率



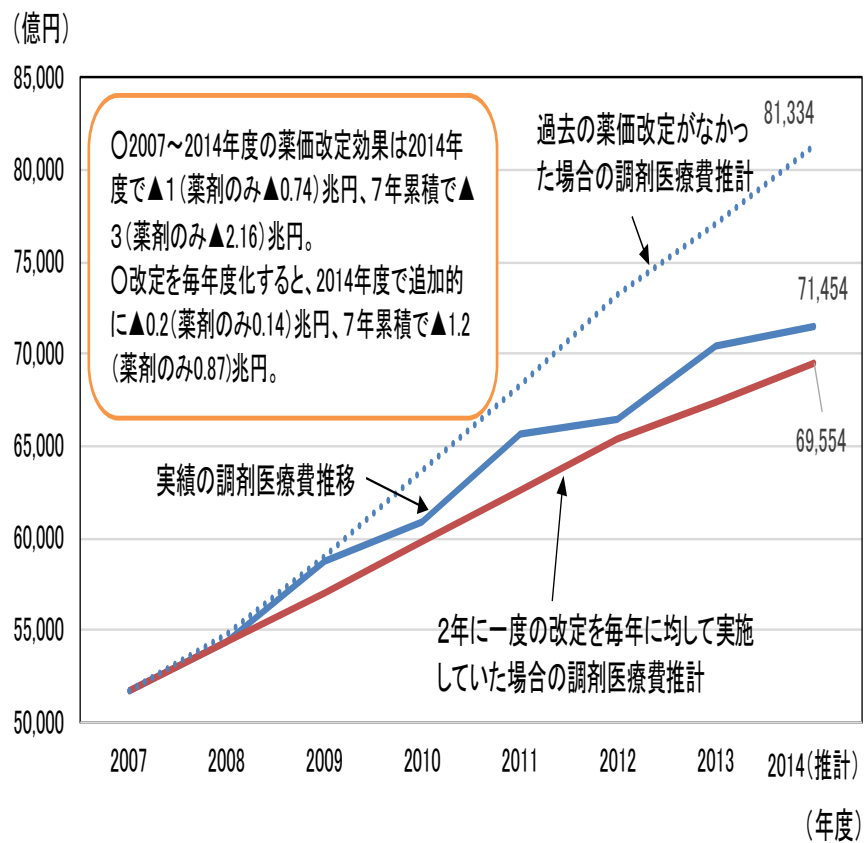
- (備考)
- 財務省「法人企業統計調査」、厚生労働省「平成26年介護事業経営概況調査」により作成。
 - 収支差率は、(介護事業収入+介護事業外収入)-(介護事業費用+借入金利息+特別損失)の収入りに対する比。なお、法人企業統計調査の医療、福祉業は社会福祉法人を含まない。
 - 法人企業統計は資本金1千万円未満の企業2012年度、会議事業経営調査は2014年3月末の値。

(備考) 経済財政諮問会議有識者議員説明資料(平成26年4月22日)より引用。

【参考⑥-1】効率化に向けたその他の取組

● 医薬品の取引慣行の改善を進めつつ、市場実勢を踏まえた適切な薬価改定を毎年実行。薬価改定による既存医薬品の価格下落は確実に国民へ還元。

図表18 2007～2014年度に毎年改定した場合の効果



(備考)

- 厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向～平成25年度版～」及び最近の調剤医療費(電算処理分)の動向 平成26年11月号により作成。
- 2014年度は4～11月の対前年比を用いて推計。薬価改定の効果額は、薬剤料 / (1 + 改定率 / 100) - 薬剤料として算出。毎年改定時の改定率は2年分の改定率を年率化して適用。調剤医療費換算は毎年の調剤料比率を利用。14年度については13年度値を利用。

図表19 26年度薬価改定(消費税分を除き▲5.64%)による一人当たりの負担減(試算)

一人当たり(年、円)	保険給付	本人負担	合計
平均	-1,552	-558	-2,110
0歳以上 5歳未満	-997	-249	-1,246
5歳以上 10歳未満	-820	-351	-1,171
10歳以上 15歳未満	-541	-232	-773
15歳以上 20歳未満	-352	-151	-503
20歳以上 25歳未満	-360	-154	-514
25歳以上 30歳未満	-482	-206	-688
30歳以上 35歳未満	-577	-247	-824
35歳以上 40歳未満	-694	-298	-992
40歳以上 45歳未満	-780	-334	-1,114
45歳以上 50歳未満	-948	-406	-1,354
50歳以上 55歳未満	-1,196	-513	-1,709
55歳以上 60歳未満	-1,492	-639	-2,131
60歳以上 65歳未満	-1,976	-847	-2,823
65歳以上 70歳未満	-2,250	-964	-3,215
70歳以上 75歳未満	-3,100	-775	-3,875
75歳以上	-4,223	-469	-4,692

(備考)

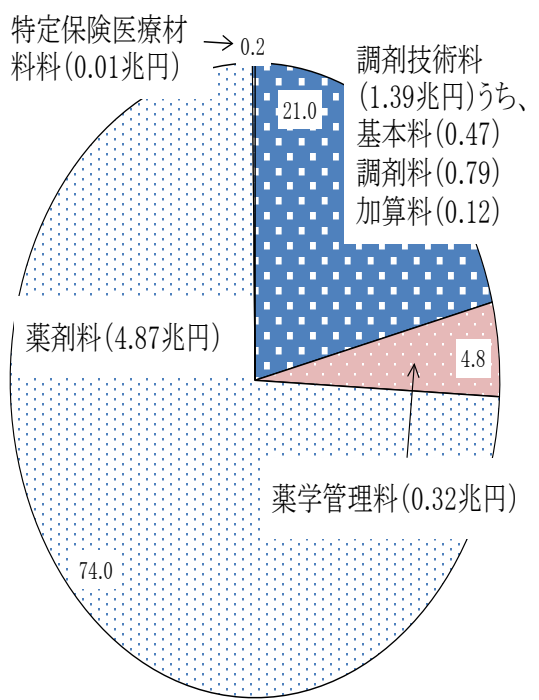
- 厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向～平成25年度版～」、総務省「人口推計(平成26年10月1日現在)」により作成。
- 年齢階級別調剤医療費(公費含む総数)を処方箋数と人口から一人当たり額に換算。本人負担は年齢別負担率により機械的に算出。

【参考⑥-2】効率化に向けたその他の取組

• 調剤医療費7兆円程度のうち、技術料(調剤技術料+薬学管理料)は1.7兆円。医薬分業と調剤医療費の増大との関係を分析し、効率的な仕組みに改革することで調剤医療費(技術料)を合理化・抑制するとともに、効果的な投薬・残薬管理の実現に向けた方策を検討・導入。

図表20-1 調剤医療費の内訳

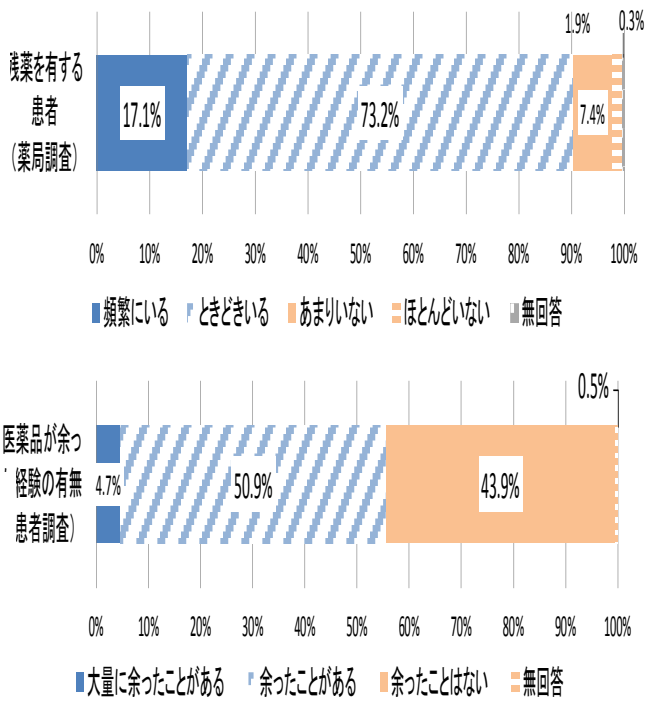
- 調剤医療費のうち、薬材料は74%程度で、26%程度は調剤技術料と薬学管理料



(備考) 厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向～平成25年度版～」により作成。

図表20-2 残薬問題の実態

- 残薬を有する患者は9割、余った経験者は5割超。残薬は体にも財政にも悪影響



(備考) 平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」(速報値)により作成。

図表20-3 院内処方と院外処方の価格差

- 院外処方(調剤薬局)は院内処方(病院・診療所)に比べ、同一薬剤を用いた場合に、1.2～1.5倍の費用

自己負担3割の場合 (円)		院内処方	院外処方	差	倍率
事例① 「痛風」1日2回30日分	初診	1,540	2,040	500	1.3
	再診	940	1,440	500	1.5
事例② 「湿布」5パック	初診	1,200	1,480	280	1.2
	再診	590	880	290	1.5
事例③ 「花粉症」錠剤14日分・漢方14日分・目薬	初診	2,150	2,820	670	1.3
	再診	1,550	2,210	660	1.4

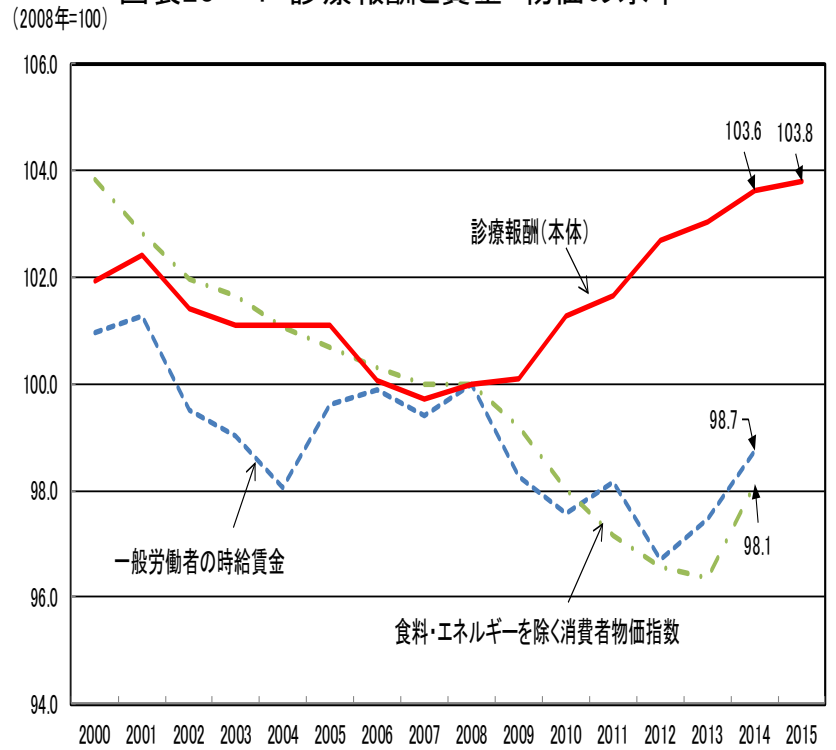
(備考) 矢澤真奈美(2013)「院外処方の評価に関する研究—医薬分業元年から約40年を経た調剤報酬の妥当性についての考察—」No. 291 2013年7月 日本医師会総合政策研究機構より引用。

【参考⑥-3】効率化に向けたその他の取組

- リーマンショック後のデフレ期においても、診療報酬はプラス改定が続き、現状では5%程度の高止まり。薬価同様、改革には国民負担軽減の視点が重要。

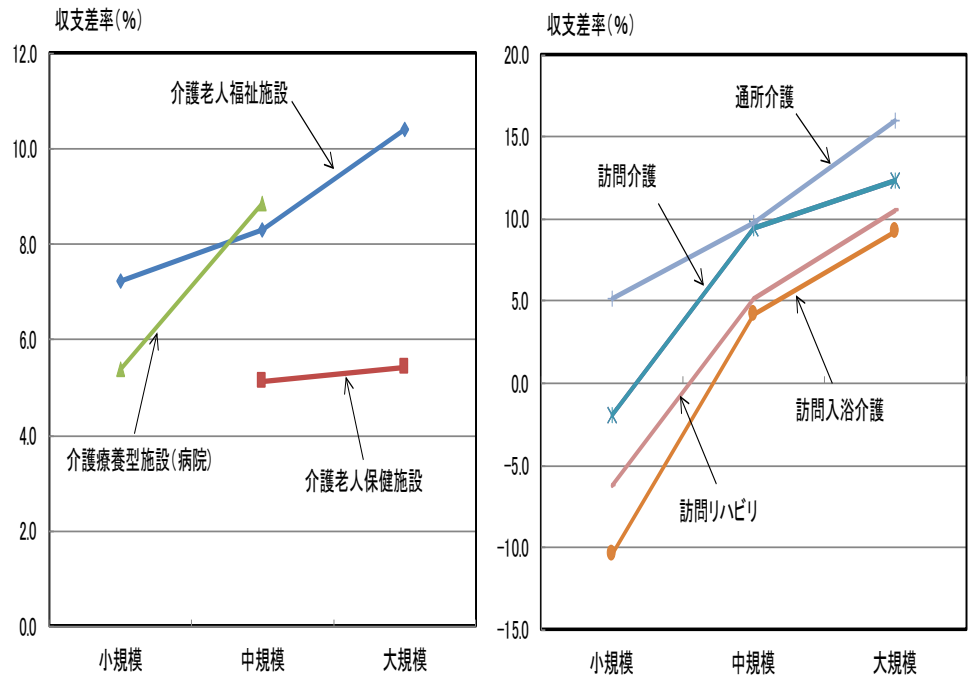
- 地域包括ケアシステムの構築に当たって、地域の特性と実情を踏まえつつも、介護サービス等の大規模化・連携により、効率を改善。

図表20-4 診療報酬と賃金・物価の水準



- (備考)
- 総務省「消費者物価指数」、厚生労働省「毎月勤労統計調査」、「診療報酬改定(各年度)」により作成。
 - 消費者物価指数、一般労働者賃金指数(時給)は暦年、診療報酬改定(本体)指数は年度値を四半期分割して暦年化。
 - 消費者物価は食料(酒類を除く)及びエネルギーを除く総合、一般労働者賃金指数は30人以上の事業所における現金給与総額を総労働時間で割ったもの。診療報酬(本体)指数は、改定率を前年度の指数に乗じて得たもの。何れも2008年=100としている。

図表21 介護サービス種類別の規模の経済性(2012年度)



(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。規模の定義は以下のとおり。

	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~
介護療養型医療施設	~50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~