

メリハリを効かせた歳出改革の推進に向けて

～第二、第三の矢の連携強化～

(参考資料)

平成28年10月14日

伊藤 元重

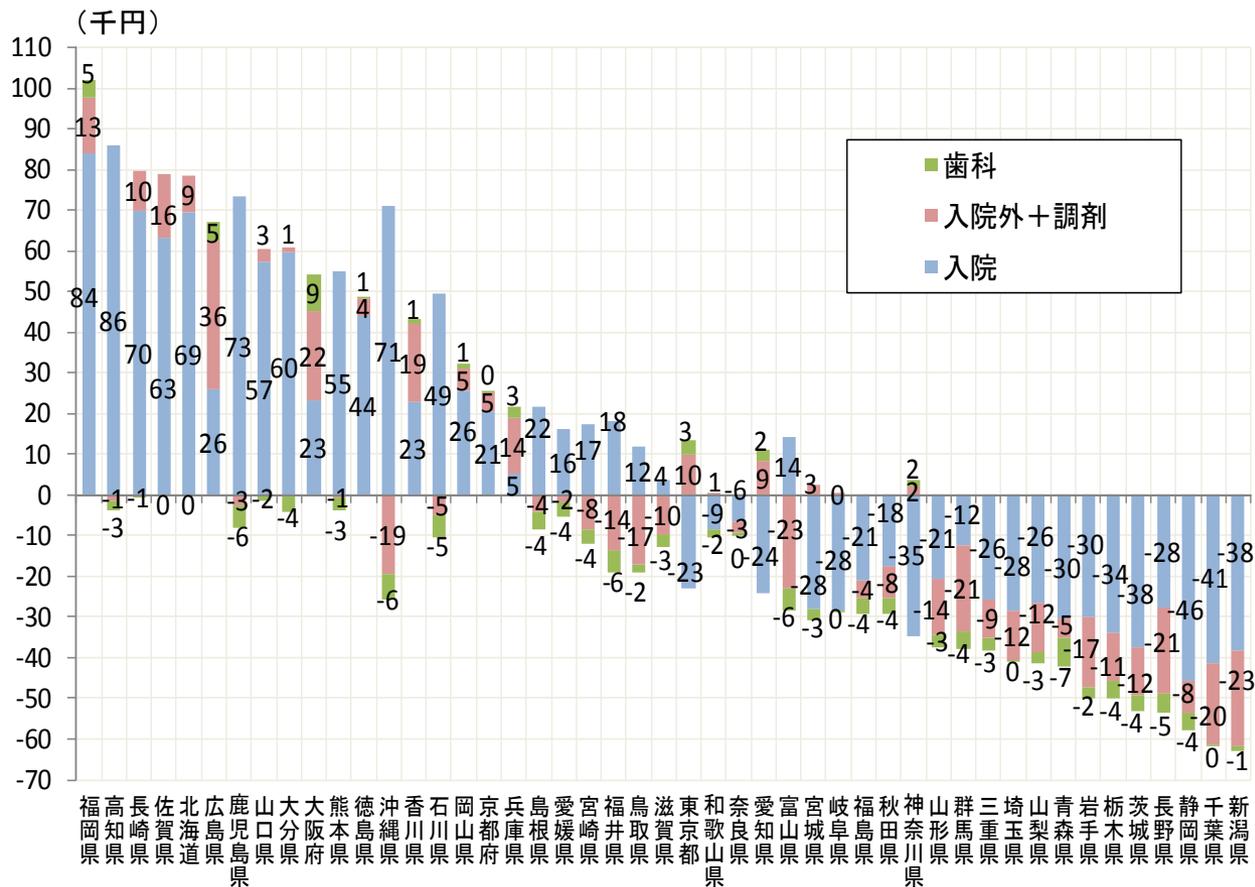
榊原 定征

高橋 進

新浪 剛史

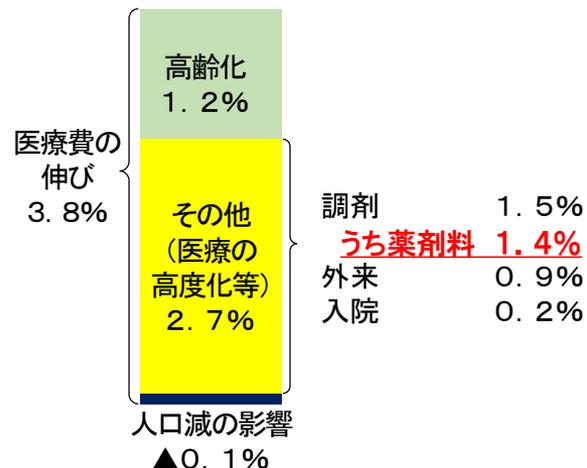
図表1. 一人当たり医療費の全国平均との差
(市町村国保＋後期高齢者医療制度、年齢調整後)

～一人当たり医療費の地域差の大きな要因は入院医療費～



図表2. 医療費の伸び(2015年度)

～高齢化以外の要因のうち、薬剤料の寄与が半分超～



図表3. オプジーボの薬価・患者数

～肺癌への適用範囲拡大に伴い、患者数は想定を上回る見込み～

	新薬収載時の想定	推定①	推定②
薬価 (100mg)	約73万円		
患者数	470人	最大15万人 (約32倍)	5万人 (約106倍)
薬剤費	31億円	1,260億円	1.75兆円

(参考) オプジーボの薬価(100mg)

英国	米国	日本
約15万円	約30万円	約73万円

(備考)

(左図) 経済・財政一体改革推進委員会 社会保障ワーキング・グループ(第8回)厚生労働省資料より抜粋。一人当たり医療費は、市町村国民健康保険＋後期高齢者医療制度の年齢調整後の計数。

(右上図) 経済・財政一体改革推進委員会 社会保障ワーキング・グループ(第12回)厚生労働省資料を編集。

(右下図) 中央社会保険医療協議会資料、推定①: 小野薬品工業株式会社プレスリリース資料(2016年度売上予想)、推定②: 財政制度等審議会・國頭英夫氏資料、全国保険医団体連合会資料により作成。推定①の患者数は2016年度の非小細胞肺癌の推定新規使用患者数。米国、英国のオプジーボの薬価はいずれも希望小売価格。全国保険医団体連合会によれば、米国では実際には約20%値引きした価格で小売されており、英国の保険償還価格は少なくとも希望小売価格の半額程度まで下がる可能性が高い。1ドル103.5円、1ポンド136.95円で円換算。

図表4. 一人当たり医療費・介護費(65歳以上)と主な関連指標

- 一人当たり医療費が高い県は一人当たり介護費も高い傾向。
- 一人当たり医療費が高い県は入院医療の受診率や1件当たり日数の寄与が高く、医師数や病床が多い。
- 一人当たり介護費が高い要因は県によって異なる。

	一人当たり 医療・介護費 (65歳以上)	一人当たり 医療費 (65歳以上)	地域差指数 (年齢調整後)	入院			入院外+調剤			
				受診率	1件当たり 日数	1日当たり 医療費	受診率	1件当たり 日数	1日当たり 医療費	
(単位)	万円/年	万円/年	全国=100	地域差指数への寄与度、%ポイント						
上位5県	長崎	120.4	88.7	115.7	17.8	4.1	▲ 7.9	4.4	3.9	▲ 6.4
	高知	119.6	89.9	116.9	17.4	6.0	▲ 5.8	▲ 2.5	▲ 0.0	2.4
	福岡	119.5	91.1	120.1	15.9	4.2	▲ 3.8	3.5	4.7	▲ 5.2
	佐賀	118.5	87.3	116.4	16.0	3.8	▲ 6.9	4.4	7.2	▲ 7.4
	沖縄	117.2	83.3	109.2	12.3	1.4	0.7	▲ 3.8	▲ 4.0	3.9
下位5県	静岡	90.1	64.4	88.7	▲ 9.6	▲ 1.5	2.2	▲ 0.3	▲ 2.9	1.6
	栃木	89.9	65.7	90.0	▲ 6.1	0.1	▲ 0.9	▲ 1.2	▲ 2.1	1.1
	茨城	88.3	64.7	89.9	▲ 5.9	▲ 1.6	0.4	▲ 4.2	▲ 3.3	5.3
	埼玉	86.0	65.3	91.8	▲ 6.8	▲ 1.4	2.5	▲ 2.5	▲ 1.2	1.3
	千葉	84.6	62.8	88.4	▲ 8.1	▲ 2.7	3.2	▲ 3.6	▲ 2.8	2.4
全国	101.2	74.2	100	0	0	0	0	0	0	

	人口10万対 医師数	人口10万対 病床数	一人当たり 介護費 (65歳以上)	一人当たり介護費(年齢調整後)			介護認定率 (年齢調整後)	人口10万対 糖尿病受療率	人口10万対死亡率 (男性、40~59歳)	
				施設	居住系	在宅			悪性新生物	肝疾患
(単位)	人	人	万円/年	万円			%	人	人	
上位5県	長崎	285	31.7	9.0	4.2	14.4	19.6	255	543	93
	高知	286	29.7	10.5	3.6	11.0	16.6	231	515	79
	福岡	288	288	28.4	10.0	3.9	14.1	205	508	82
	佐賀	257	1,799	31.2	9.2	3.3	14.4	216	502	63
	沖縄	235	1,332	33.9	9.9	2.0	19.5	143	486	159
下位5県	静岡	190	25.7	10.3	2.7	13.0	15.3	155	403	44
	栃木	216	216	24.2	9.6	2.1	12.8	194	445	67
	茨城	167	1,103	23.6	10.4	2.5	11.7	201	458	57
	埼玉	149	856	20.7	10.0	3.3	12.8	153	445	52
	千葉	170	923	21.9	9.3	3.1	13.6	146	426	57
全国	235	1,411	27.0	10.1	2.9	14.2	191	456	72	

(備考)経済・財政一体改革推進委員会・社会保障ワーキング・グループ・厚生労働省資料、内閣府「経済・財政と暮らしの指標「見える化」データベース」、厚生労働省「平成26年度 医療費の地域差分析」、「調剤医療費(電算処理分)の動向(平成27年度版)」、「平成26年患者調査」、「都道府県別にみた死亡の状況-平成22年都道府県別年齢調整死亡率の概況-」により作成。一人当たり医療・介護費は一人当たり医療費と一人当たり介護費の単純合計であり、年齢調整を行っていない計数。一人当たり医療費地域差指数は年齢補正後の「市町村国民健康保険+後期高齢者医療制度」の計数。

図表5. 都道府県別の一人当たり医療費の差の半減目標
(経済財政運営と改革の基本方針2015)

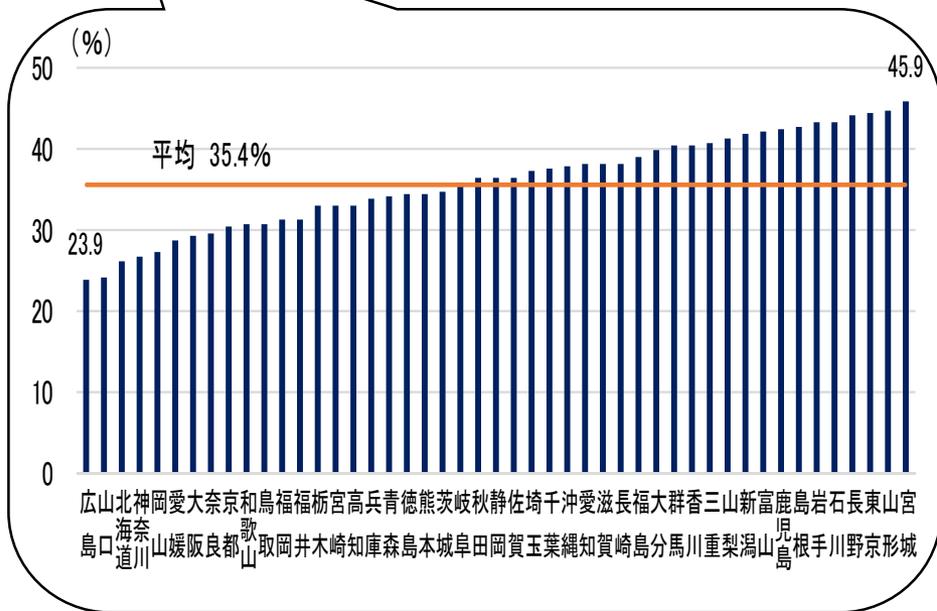
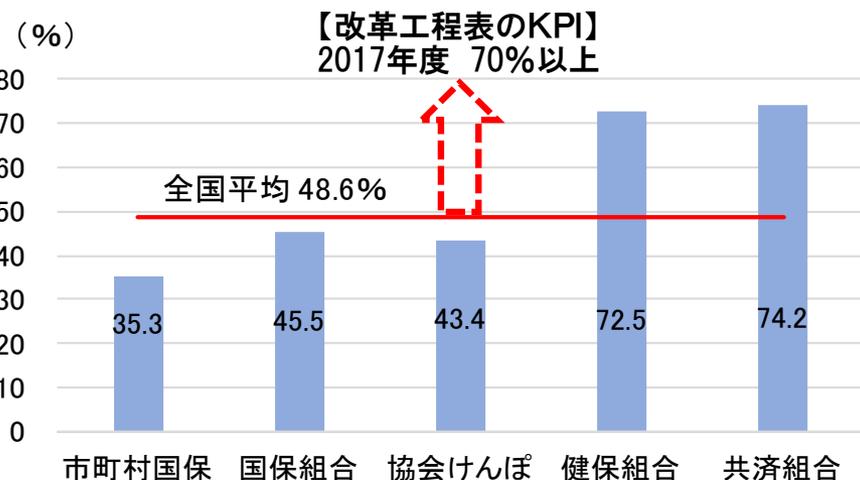
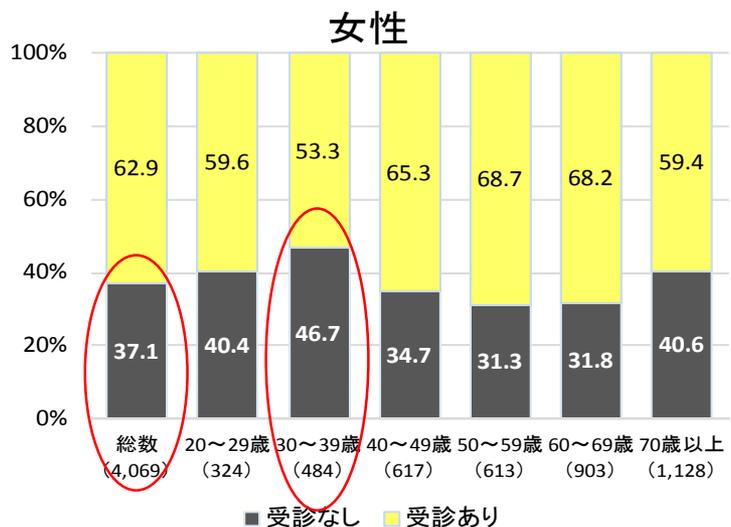
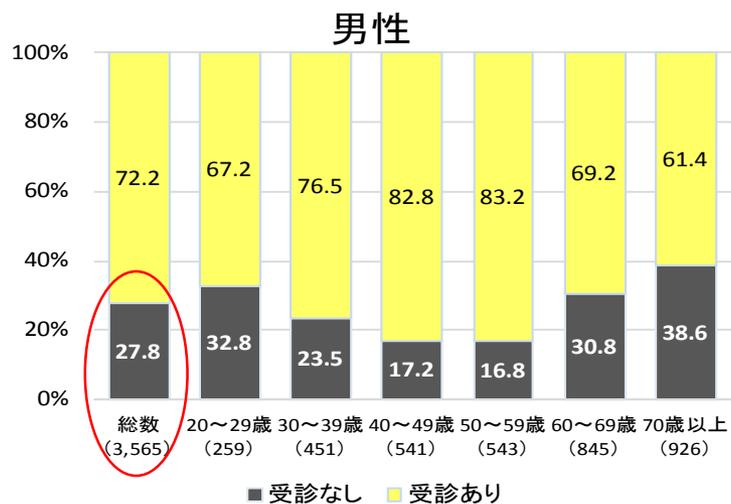
都道府県ごとの地域医療構想を策定し、データ分析による都道府県別の医療提供体制の差や将来必要となる医療の「見える化」を行い、それを踏まえた病床の機能分化・連携を進める。その際、療養病床については、病床数や平均在院日数の地域差が大きいことから、入院受療率の地域差縮小を行い、地域差の是正を着実に行う。このため、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制について、医療の内容に応じた制度上の見直しを速やかに検討するとともに、医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化について検討を行う。また、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する。

外来医療費についても、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ、地域差の是正を行う。

これらの取組を進めるため、地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定する。平成27年度中に、国において目標設定のための標準的な算定方式を示す。これらの取組を通じて、都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す。

図表6. 健診(一般健診、人間ドック等)の世代別受診率
～過去1年で、成人男性の3割、女性の4割が未受診～

図表7. 特定健康診査の実施率(2014年度)
～70%(2017年度)の目標とは大きな乖離～

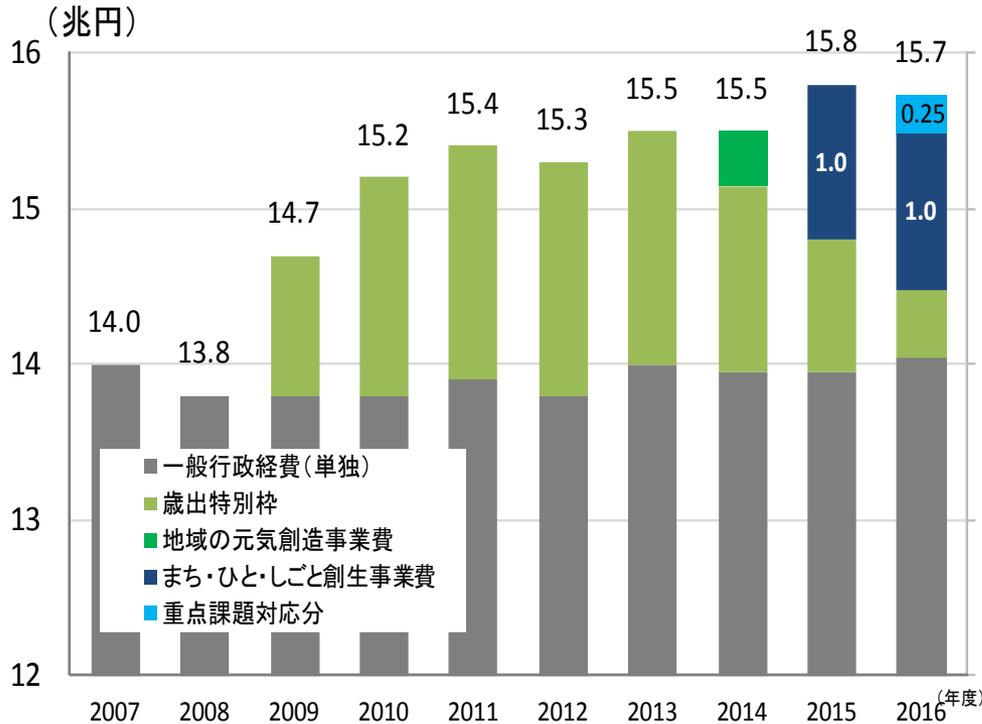


(備考)厚労省「平成26年国民健康・栄養調査結果の概要」より作成。過去1年間に健診(健康診断、健康診査、人間ドック)を受けたかについての質問。

(備考)厚労省「平成26年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況」、国民健康保険中央会「平成26年度 市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況概況 報告書」により作成。

図表8. 地方財政計画における枠予算

～地財計画上、積算内訳のない枠予算が増加しているが、予算の成果をしっかりと検証する必要。～



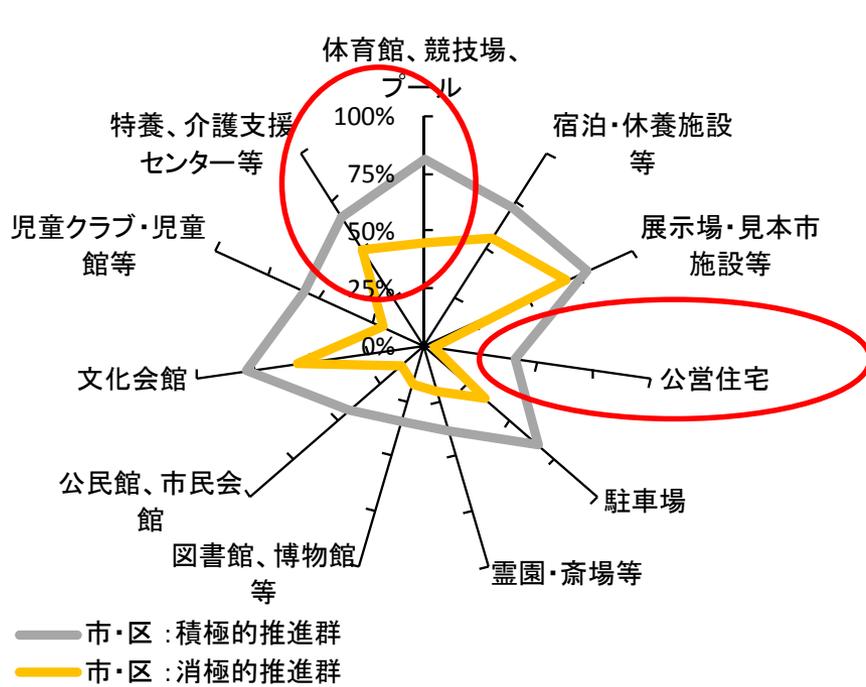
- リーマン危機後の特別措置として歳出特別枠が減少する一方で、この2年間、各1兆円超の枠計上分が増加。
- 結果的に、1.5～2兆円の枠予算が継続。実際に当該財源をもとになされる事業の成果等の検証が重要。
- そのうち、1兆円のまち・ひと・しごと創生事業費については、「必要度」から「成果」配分への道筋を明らかにすべき。
- また、16年度に新設された「重点課題対応分」2500億円についても、どのような成果が得られたのか、検証する仕組みが必要。

<16年度新設の「重点課題対応分」2500億円>

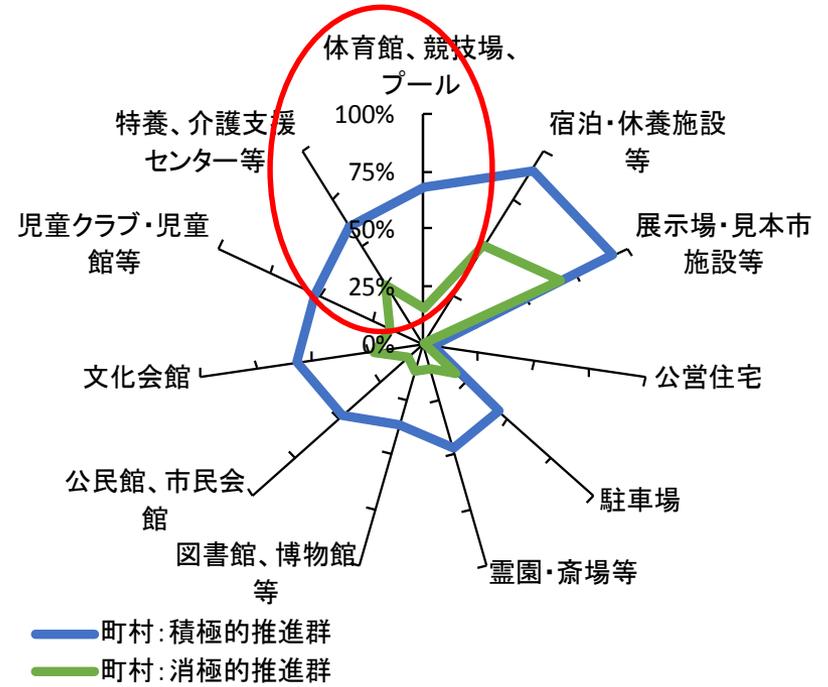
- 自治体情報システム構造改革推進事業 1500億円
- 高齢者の生活支援等の地域のくらしを支える仕組みづくりの推進 500億円
- 森林吸収源対策等の推進 500億円

図表9. 自治体規模別でみた管理のアウトソーシング率

小規模自治体でも、公営住宅や体育館・プール、特養・介護支援センター等の運営を指定管理者に委ねる自治体はある。こういった事例も踏まえ、重点分野を定めて横展開すべき。



		自治体数	人口(万人)
市・区	積極的推進群	169	14.9
	消極的推進群	624	10.3



		自治体数	人口(万人)
町村	積極的推進群	58	1.4
	消極的推進群	870	1.2

(備考)総務省「地方行政サービス改革の取組状況等に関する調査(平成28年3月25日公表)」に基づき作成。2015年4月1日現在の調査。
 ・各自治体の「公の施設」(公民館や体育館等全23種類)の半数以上に指定管理者制度を導入している団体(積極的推進群)と導入施設が半分に満たない団体(消極的推進群)に分類し、グループごとに、図示した施設の導入率の平均値を計算。人口規模は各グループの自治体での単純平均(平成27年1月1日時点)。

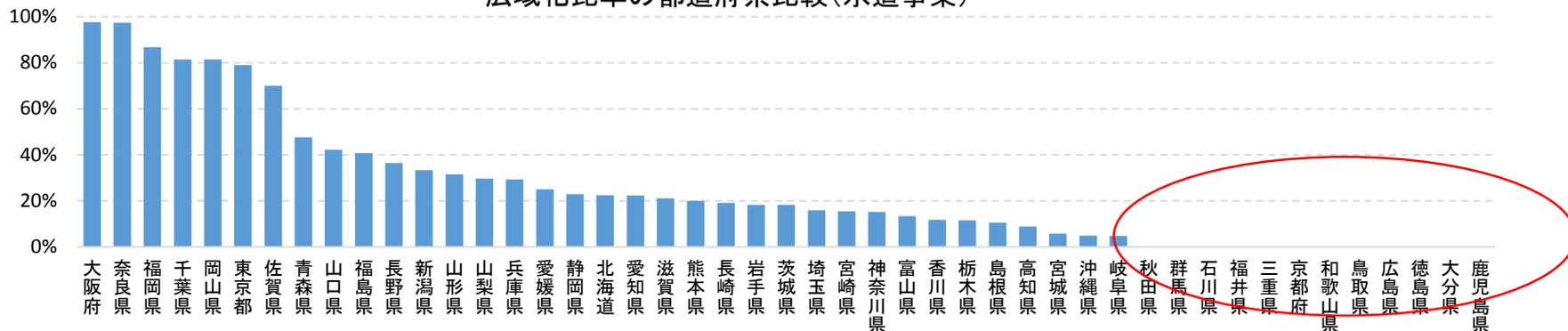
図表10. 水道事業の広域化等の横展開

- ・水道インフラの老朽化は進んでいるが、給水人口5～10万人の事業体の技術職員数は平均10人、5万人未満は4人以下。また、40道府県の広域化比率は50%以下、12府県では広域化が全く進んでいない。
- ・コンセッション等を活用し、広域化を推進すべき。その際、「見える化」が重要であるが、厚生労働省のHP掲載の「水道の基本統計」は給水人口と普及率等の4種類に限られ、市町村ごとの状況は不明。住民意識も高まらない。

	水道事業体ごとの平均職員数						(参考) 事業体数
	事務職	技術職	技能職 その他	合計	最多	最少	
100万人以上	347	508	146	1,000	3,853	347	15
50万～100万人未満	76	111	17	203	371	118	14
25万～50万人未満	38	64	10	113	227	35	60
10万～25万人未満	17	22	2	42	168	13	159
5万～10万人未満	9	10	1	20	70	4	223
3万～5万人未満	6	4	0	11	33	3	234
2万～3万人未満	4	3	0	8	22	1	158
1万～2万人未満	3	2	0	5	23	1	292
5千人～1万人未満	2	1	0	3	15	1	242
5千人未満	1	0	0	1	2	1	4

(備考)厚生労働省「水道事業基盤強化方策検討会」第1回会合(2015年9月7日)資料3より作成。
 ・職員数は各人口規模の範囲にある事業体の平均。
 ・「集金・検診」は「技能職その他」に含めて表示(100万人以上 平均1人。100万人未満の各人口規模では0人)。

広域化比率の都道府県比較(水道事業)



(備考)「公営企業の経営のあり方等に関する調査研究会報告書」(H27年3月 一般財団法人自治総合センター)より作成。「広域化」「企業団・事務組合等」「シェアードサービス」に取り組んでいる自治体の比率(重複分は計上せず)