

# インセンティブ改革を通じた歳出効率化

平成27年4月16日

伊藤 元重  
榊原 定征  
高橋 進  
新浪 剛史

## 基本的考え方

- 国民一人ひとり、企業、自治体等の意識や行動の変化を促す仕組み(意識づけ、誘因の付与、先進事例の横展開等を促す)を構築し、全ての国民が参加する形で公共サービスへの過度の依存を緩和し、自らムダの排除を徹底することで、効率的かつ質の向上した公共サービスを実現することが重要。
- 従来の仕組みはなぜ十分な効果がなかったか。
  - (1) 公共サービスは国民生活に密接に関わるものであるにもかかわらず、公共サービスに関するこれまでの改革は、広く国民全体が参画する社会改革として位置づけられず、国民に浸透せず
  - (2) 結果の平等を保障する仕組みの下、コスト意識が希薄化し、自助自立や公共サービス需要の膨張を抑制する取組が阻害されてきた。また、個人のニーズに合わせる選択肢がなく、一律的なサービス提供であるため、ムダも多い
  - (3) 短期的成果が重視され、中長期的取組が困難(優良事例の形成不十分、横展開にも時間を要する)
  - (4) 効果の検証がないまま制度が温存され、補助金等が既得権化。時限を区切った対応やペナルティが欠如
  - (5) 国民の意識、自助努力に訴えかける情報の欠如
- 今回の「インセンティブ改革」においては以下の仕組に刷新すべき。
  - (1) 国民参加の社会改革として位置づける。時限的対応、トップランナー方式等も活用し、人々や企業、自治体等の意識と行動の変化を促す
  - (2) 結果の平等を常に保障する仕組みから、頑張る者の取組を促す仕組みへのシフト。個人のニーズに適合した選択肢を整備
  - (3) 官民連携(BPR等の活用)で民間の創意工夫を活かした優良事例を横展開し、2020年度までに全国展開
  - (4) 諮問会議の下での第三者評価の実行。エビデンスに基づく徹底したPDCAの実施
  - (5) 公共サービスのコストを見える化、マイナンバーやICTの徹底活用、業務の標準化



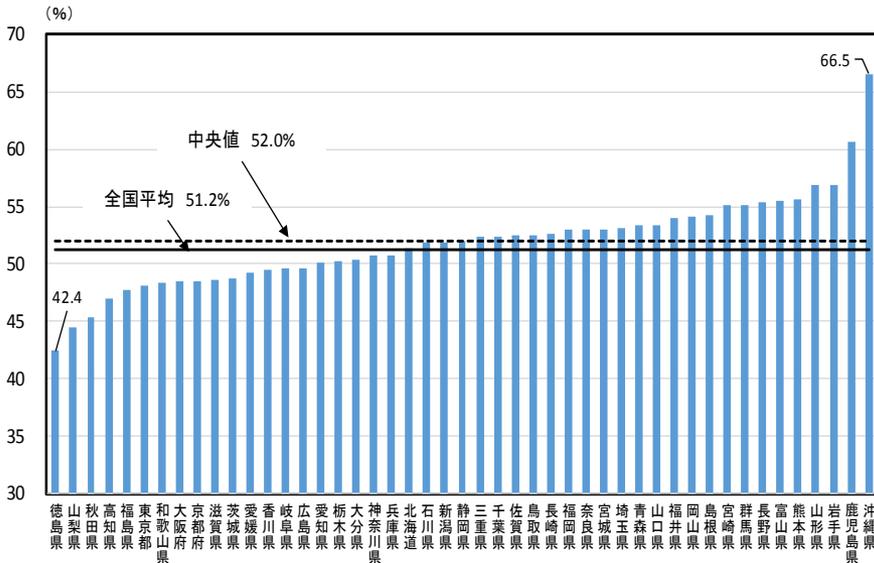
# 社会保障 (2)

## インセンティブ改革により保険者の機能強化を促す例(2)

- 各保険者の努力に対応するため、後期高齢者支援金の加減算幅の拡大や国保支援金の傾斜配賦を行うことで、各保険者による被保険者の健康維持に向けた努力を促進。例えば、加減算基準に後発医薬品の利用目標の達成度等(現状は特定健診・保健指導の実施率)を反映し、目標達成を早期化
- 健保や国保だけでなく、後期高齢者(75歳以上)の保険者である広域連合(都道府県単位、市町村の代表が運営)にも、重症化予防に取り組む努力を促進するインセンティブ改革が必要(例えば、調整交付金の加減算等)

図表3 後発医薬品の利用率

- 都道府県により大きな格差あり。後期高齢者支援金の加減算や国保支援金の傾斜配賦をインセンティブとして、60%目標達成の前倒し、より高い目標の設定

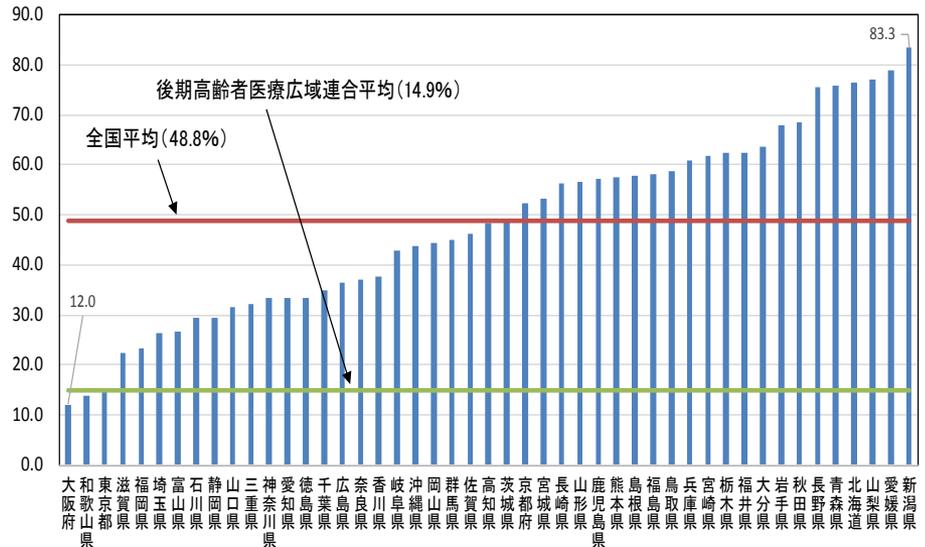


(備考) 厚生労働省(2014)「調剤医療費(電算処理分)の動向～平成25年度版～」により作成。数値は、後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア。目標は60%(平成30年度)

図表4 生活習慣病等の発症や重症化予防に関する指導状況

- 広域連合が担当する後期高齢者への重症化予防指導、国保の重症化予防の指導にも強化が必要

各都道府県における後期高齢者担当部署(市町村)の重症化予防指導の実施有の比率(%)



(備考) 国民健康保険中央会(2015)「保健事業実態調査」により作成。

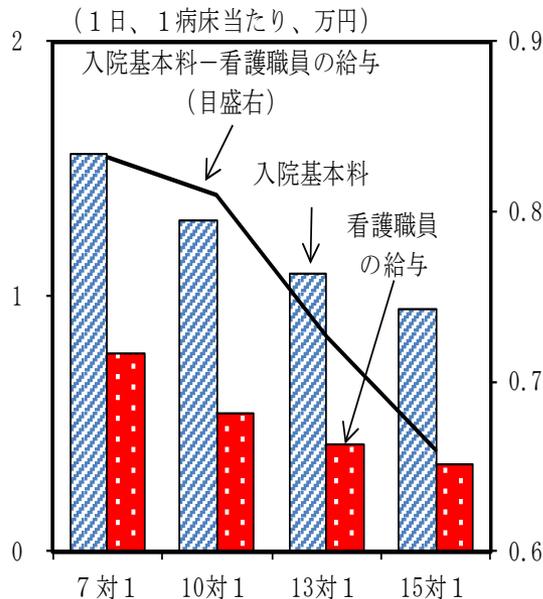
# 社会保障 (3)

## インセンティブ改革により、医療サービスの提供体制を改革する例

- 病床再編(高度急性期から一般急性期や回復期等へ、さらには療養病床から在宅医療・看護へ)を加速するため、診療報酬による大胆な誘導(例えば、7対1病床要件厳格化に加え、同入院基本料や各種加算を引下げて15対1病床等との収益差を縮小等)
- 医療費適正化・効率化を促す一環として、医療サービス標準化・包括化を一層推進
- 過剰投薬・残薬問題を解消するため、調剤医療費の25%を占める調剤技術料・薬学管理料の妥当性や適正性を検証した上で、調剤重視から服薬管理・指導重視の報酬体系へ移行

図表5 病床別の収入、支出、利益

- 認定要件の厳格化に加え、収益をインセンティブとして病床誘導を実現



(備考)内閣府(2014)「経済財政白書」第1章の第1-3-16図(2)。数値は2012年。

図表6 DPCの進展状況

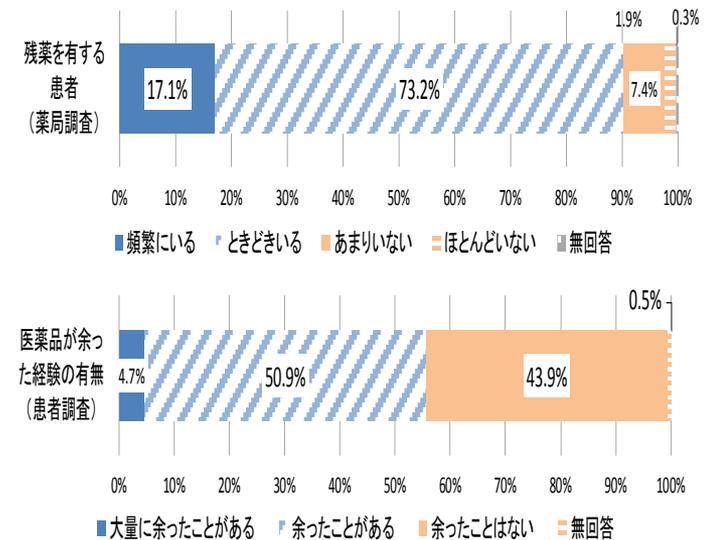
- 包括払(DPC)の適用を拡大(現状、病床ベースでは一般病床総数の5割超も、病院数では2割程度(DPC病院にも、出来高算定の病床が存在))

データの時期	病院数	一般病床数
(H20年7月)	713	286,088
(H21年7月)	1,278	430,224
(H22年7月)	1,388	455,148
(H23年4月)	1,447	468,362
(H24年4月)	1,505	479,539
(H25年4月)	1,496	474,981
(H26年4月)	1,585	492,206
一般病院数	7,493	898,116
H26年4月時点の 対一般病院比	21.2%	54.8%

(備考)厚生労働省「医療施設調査」により作成。なお、一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院。

図表7 残薬の状況

- 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



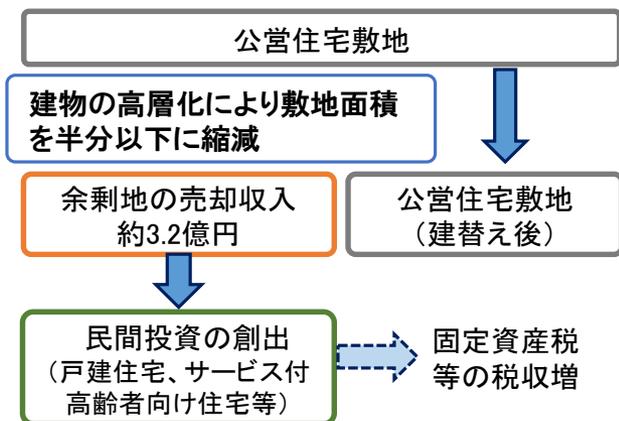
(備考)平成25年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」(速報値)により作成。

# 社会資本

## 社会資本のリサイクル、PPP/PFIの積極的活用

- 既存の社会資本ストックの売却益を再投資する仕組みをコンパクトシティ化の取組等に拡大することにより、資本のリサイクルを促進し、土地購入費等を節約
- PPP/PFIと通常の公共事業の税・財政措置上のイコールフットイングを徹底するとともに、自治体等に周知し、PPP/PFIによる事業の実施が優先されるようにすべき

図表8 公営住宅のリサイクルの例(大阪府)



図表9 PPP/PFIと通常の公共事業との税・財政措置上のイコールフットイング

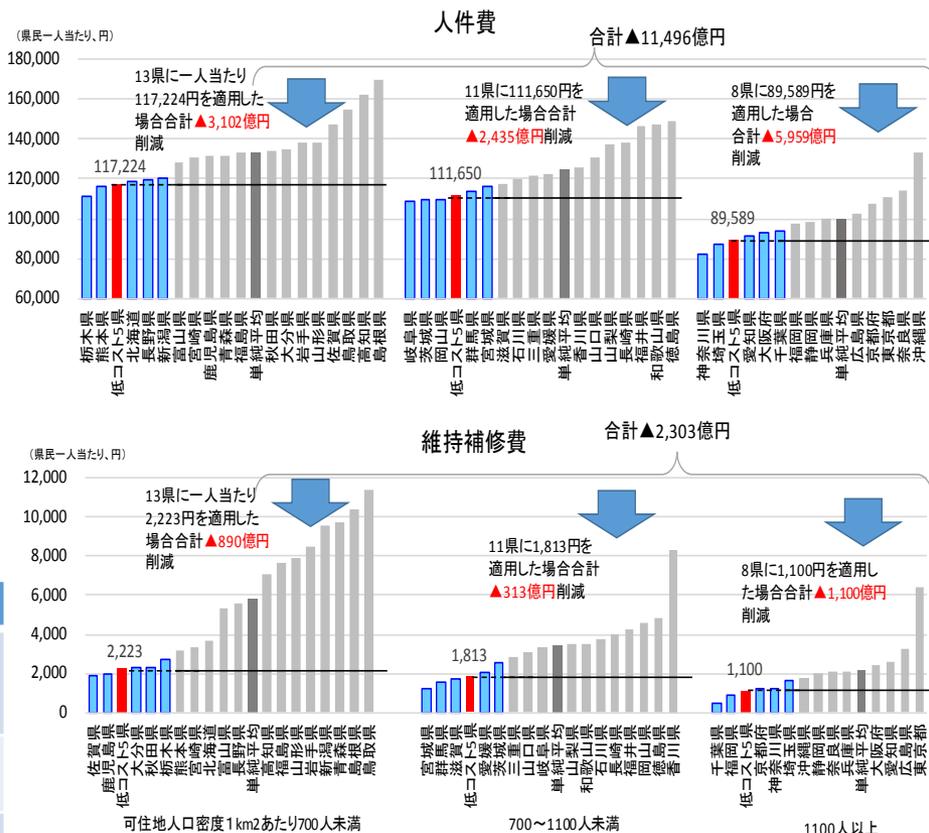
事項	主な措置
地方交付税	・コンセッション事業に対して、導入時・事業期間中・事業終了時のいずれにおいても、普通交付税の減少要因とならない。 ・2015年度からは導入準備についても特別交付税措置。
地方債	・PFI事業における地方公共団体の負担に対し、地方公共団体が直営事業において地方債を活用した場合と同等の財政措置。
補助金	・従来型のPFI事業については概ねイコールフットイングが実現。 ・水道分野において、通常の事業とコンセッション事業とのイコールフットイングを図るための仕組みを検討。
税制	・BOT方式で行われるPFI事業については固定資産税等の課税標準を2分の1に減額。 ・通常の公共事業及びBTO方式については非課税。

# 地方行財政

## 優良事例の横展開

- 自治体間での徹底した行政コスト比較を通じて行政効率を高める化し、行財政改革の遅れている自治体の取組を促す
- 例えば地方交付税の単位費用を5年後を目途に優良事例に合わせることで、自治体全体の取組を加速(横展開)

図表10 県民一人当たり主要行政コスト(人口密度別)



(備考)総務省「地方財政状況調査」を基にした統計局データより作成。2012年度の状況。  
 ・県民一人当たり行政経費について、各グループ内の低コスト5県(トップランナー)の平均コストを、グループ内他県に当てはめた場合に削減される額の合計を赤字表示。  
 ・人件費は、特別職給与、一般職職員給与、恩給・退職年金、地方公務員共済組合負担金等。  
 ・維持補修費は、総務費、民生費、衛生費、労働費、農林水産業費、商工費、土木費、消防費、警察費、教育費その他から成る。