

経済・財政再生アクション・プログラム(原案)

－ “見える化”と“ワイズ・スペンディング”による改革推進－

－ 概要 －

平成27年12月7日
経済・財政一体改革推進委員会

1. ポイント

- 躍動感ある改革推進が重要。柱は「見える化」と「ワイズ・スペンディング」。
一億総活躍社会の実現に資するもの
- 「見える化」－①関係主体・地域間で比較できて差異が分かる、②行政の運営改善や成果の有無・程度が分かる、③改革への課題の所在が分かる。改革への国民の理解、納得感を広げる
- 「ワイズ・スペンディング」－重点化すべき歳出と抑制すべき歳出のメリハリをつけた思慮深い配分、大きな構造変化のなかで経済と財政を大きく建て直すという積極的な発想
- 主要な歳出項目80項目のすべてについて、改革の具体的な内容、規模、時期等について明確化。KPI(180程度)を進捗管理、構造変化、マクロ効果の階層により体系化
- 単年度主義を超えるコミットメント－中期的な改革推進、分野横断的な視点からの点検、評価を継続。主要課題について逐次経済財政諮問会議へ報告しながら実効的なPDCA(的確なチェック、次のアクションとプランニングへの確実な反映)を回していく

2. 改革工程表 < 社会保障分野 >

- 医療・介護等の給付の実態の徹底的な「見える化」を進めた上で、地域差を分析し、その是正等に向けた取組を推進
- 病床の機能分化・連携の推進に向け、地域医療構想を2016年度末までに前倒しで策定し、医療提供体制の適正化の取組を推進。医療費の適正化については、医療費適正化計画を策定し、取組を推進
- 疾病の予防、重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、個人と保険者の双方の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築(国保の保険者努力支援制度、後期高齢者支援金の加算・減算制度、ヘルスケアポイント等)
- 負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化について、実施検討時期や改革の方向性等を明確化
- 薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品に係る改革については、平成28年度診療報酬改定等における対応を明確化

< 社会保障分野（一部抜粋） >

	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	2014・2015年度 ◀主担当府省庁等▶	2016年度		2017年度				
医療・介護提供体制の適正化	<p>◀厚生労働省▶</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>							
	<p>< ① 都道府県ごとの地域医療構想の策定による、医療の「見える化」を踏まえた病床の機能分化・連携の推進(療養病床に係る地域差の是正) ></p>							
	<p>必要なデータ分析及び推計を行った上で、2025年の高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとの医療需要と病床の必要量等を定める地域医療構想を、原則として全ての都道府県において、2016年度末までに前倒しで策定</p>				<p>地域医療構想に基づく病床の機能分化・連携を推進(療養病床に係る地域差の是正等)</p>		<p>地域ごとに取組を推進</p>	<p>地域医療構想の2025年における医療機能別(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の必要病床数に対する都道府県ごとの進捗率【2020年度時点での十分な進捗率を実現】</p>
	<p>病床機能分化の進捗評価等に必要な病床機能報告制度について、2016年10月の次期報告時までに用いることができるよう、病床機能を選択する際の判断に係る定量的基準も含めた基準の見直しについて、関係の検討会において検討し、策定</p>				<p>見直し後の基準による病床機能報告を実施</p>			
	<p>前倒し実施</p>							
<p>< ② 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係る制度上の見直しの検討 ></p>								
<p>地域差是正に向けて、療養病床の入院患者の重症度を適切に評価するための診療報酬上の対応について、平成28年度改定において実施</p>				<p>地域差是正に向けた診療報酬上の対応について、平成30年度改定において更なる対応</p>				
<p>厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」において、地域医療構想ガイドラインにおいて在宅医療等で対応するとされた者についての医療・介護サービス提供体制上の対応、2017年度末で廃止が予定されている介護療養病床の取扱い等について検討し、具体的な改革の選択肢を整理</p>				<p>関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる。(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)</p>				
<p>介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論</p>				<p>療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換の推進</p>				

2. 改革工程表 <非社会保障分野>

〔社会資本整備〕

- 持続可能な都市構造への転換とストック適正化
 - ー コンパクトな都市構造の実現、維持管理コストや資産に関する情報の見える化による公的ストックの適正化、PPP/PFIの積極的な活用のためのプラットフォームの全国整備等
- 社会資本整備の基本戦略
 - ー スtock効果の最大化を目指した選択と集中、インフラ長寿命化とメンテナンス産業の育成・拡大、現場の担い手確保のための構造改革、建設生産システムの生産性の向上

〔文教・科学技術〕

- 教育効果のエビデンスを重視した一歩進んだ政策展開
- 少子化の進展・エビデンス等を踏まえた教職員定数の中期見通しの提示
- 国立大学・応用研究への民間資金導入、教育・研究の質の向上を測るKPI設定

<非社会保障分野（一部抜粋）>

	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)	
		2016年度	2017年度	2018年度					
		通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会				
コンパクト・プラス・ネットワークの形成	<④コンパクト・プラス・ネットワークによる集約・活性化や施設の効果的・効率的な維持管理・更新>								
	【立地適正化計画の作成促進】 ■ 市町村に対する支援措置等を講ずることにより、立地適正化計画の作成を促進								
	都市機能や居住を誘導・集約するための立地適正化計画制度の創設(2014年度)	コンパクト化の加速							立地適正化計画を作成する市町村数 【目標:2020年までに150市町村】
	立地適正化計画制度の周知・普及、市町村による同計画の作成に対する予算措置等による支援(2014年度～)								
	《国交省》								
	【立地適正化計画の実施促進】 ■ 市町村に対する支援措置等を講ずることにより、立地適正化計画の実施を促進								
	予算措置等の創設(2014年度)	立地適正化計画に基づき、誘導施設や公共交通ネットワークの整備など、都市機能の立地誘導等に対する予算措置等による支援							
コンパクトシティ形成支援チーム設置(2015年3月～)	コンパクトシティ形成支援チームを通じた、市町村の課題・ニーズに即した支援施策の充実								
【モデルケース化・横展開(2015年度～)】 目指す都市像や目標値が明確で、コンパクトシティによる効果の発揮が期待され、他の市町村の参考となる取組について、関係省庁が連携して支援									
【個別市町村の取組の成果の「見える化」、継続的な検証(2015年度～)】 ・市町村に対し、経済財政面・健康面など、コンパクトシティ化による多様な効果に関する指標を提供し、他の都市との比較を通して、これらの効果を事後的に検証することを推奨 ・支援チームを通じ、市町村における取組の進捗状況や効果、課題などを関係省庁で継続的にモニタリング・検証 ・健康面の指標の開発は速やかに検討着手									
《コンパクトシティ形成支援チーム(国交省、内閣官房、復興庁、総務省、財務省、金融庁、文科省、厚労省、農水省、経産省)》									
							立地適正化計画に位置づけられた誘導施設について、市町村全域に存する当該施設数に対して、都市機能誘導区域内に立地する当該施設数の占める割合が増加している市町村数【目標:2020年までに100市町村】	市町村の全人口に対して、居住誘導区域内に居住している人口の占める割合が増加している市町村数【目標:2020年までに100市町村】	
							公共交通の利便性の高いエリアに居住している人口割合 【目標: 三大都市圏80.9%→80.9% 地方中核都市圏79.7% →81.7% 地方都市圏 80.9%→81.9% ※(2014年度→2020年度)】		

2. 改革工程表 <制度・地方行財政分野>

➤ 地方創生、行財政改革等の地方の頑張りを引き出すため、まち・ひと・しごと創生事業費の配分の必要度から成果へのシフト(集中改革期間後に5割以上を目指す)やトップランナー方式(歳出効率化に向けた業務改革で他団体のモデルとなるものを地方交付税の基準財政需要額の算定に反映。2016年度16業務から)の導入

※ 業務改革の先進事例の全国展開を推進

➤ 自治体の住民一人当たり行政コストの性質別・目的別の見える化や固定資産台帳の整備等を通じたストック情報の見える化

➤ 業務改革モデルプロジェクトや標準委託仕様書の作成による適正な民間委託等の加速

➤ 自治体のクラウド化や業務改革の一層の促進、自治体におけるIT戦略等を推進する人材の育成やCIOの役割を果たす人材の確保の支援

※改革を進めるに当たっては、自治体のおかれた多様な地理的条件等に留意

<制度・地方行財政分野（一部抜粋）>

2014・2015年度 《主担当府省庁等》		集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
		2016年度		2017年度	2018年度				
	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会					
<p><①自治体の行政コストやインフラの保有・維持管理情報等の「見える化」の徹底、誰もが活用できる形での情報開示></p> <p>○地方財政の全面的な「見える化」</p>									
地方行財政の見える化	<p>各団体の行政コスト等の経年比較や他団体比較、団体自らの分析結果をとりまとめた財政状況資料集(Excel形式)等を総務省ホームページにおいて公表</p> <p>《総務省自治財政局》</p>		<p>住民一人当たり行政コストについて、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・維持補修費、普通建設事業費(新規整備・既存更新)等の性質別 ・民生費、衛生費、教育費等の目的別 <p>で網羅的に、財政分析の内容も含めて「見える化」</p>		<p>比較、分析につながる「見える化」</p>		<p>集中改革期間の取組の効果を踏まえ、見える化の促進についてさらに検討</p>		
			<p>公共施設等の老朽化対策という新たな課題に対応し、固定資産台帳の整備に合わせて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各自治体の「資産老朽化比率」を「見える化」し、将来負担比率との「組合せ分析」を導入 ・施設類型毎の一人当たり面積等のストック情報や固定資産台帳による土地情報等を「見える化」 <p>により、ストック情報を全面的に「見える化」</p>						
			<p>データ検索機能や分析のためのグラフ作成機能の追加等により、地方財政決算情報ホームページの使いやすさの一層の向上を図る</p>		<p>面積や人口規模、高齢化比率等の条件を指定して、自治体や住民が他団体と比較できるよう、データベースの整備を検討し、必要に応じて適切な措置を実施</p>				
			<p>予算・決算の対比に関する情報開示の充実による「見える化」につき、自治体の事務負担にも配慮しながら取り組む</p>						

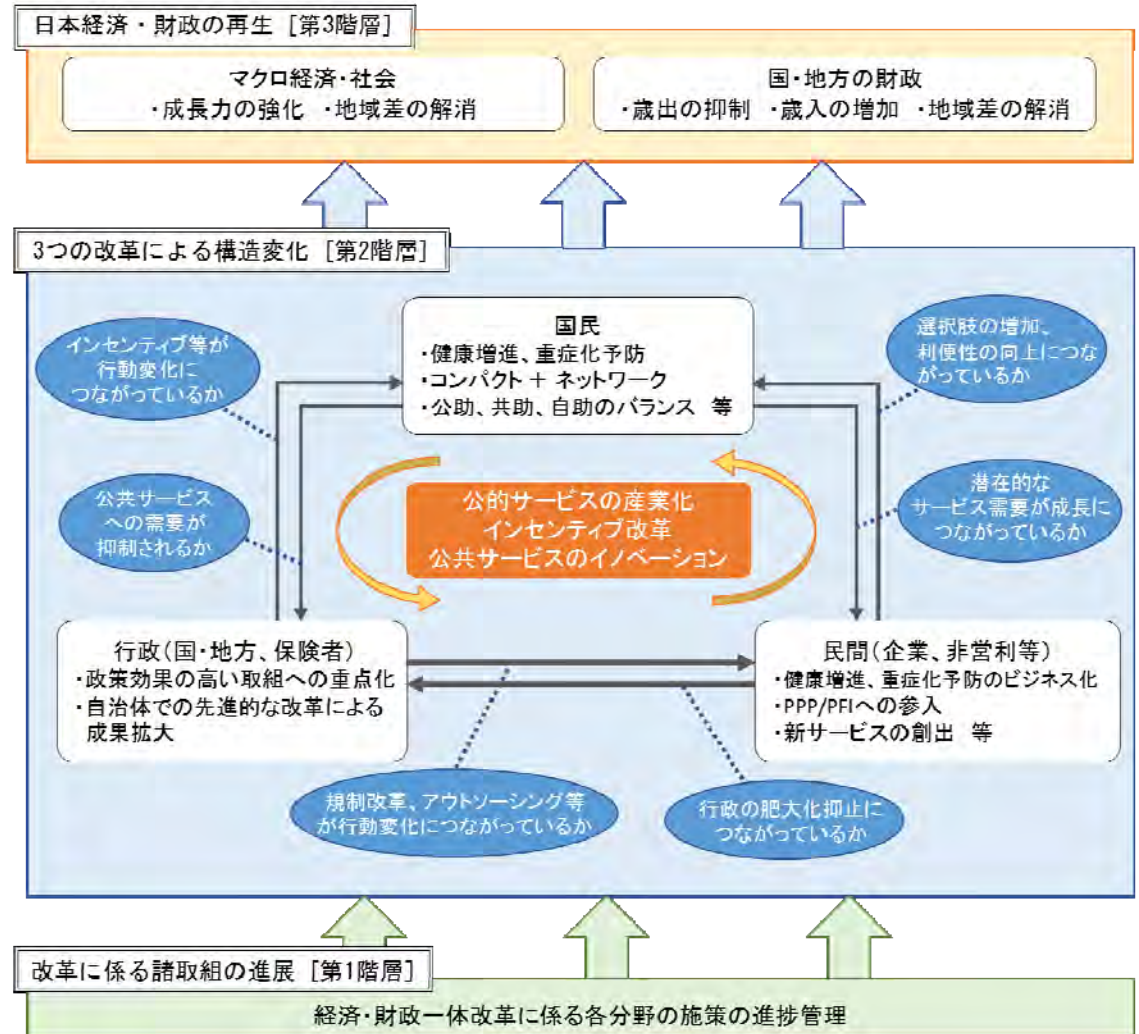
3. KPI 体系

- KPIは、進捗管理のチェックポイント、マクロ効果への結び付きを重視
- 180程度の指標を進捗管理、構造変化、マクロ効果の階層により体系化

主要分野の主なKPI

分野	指標、指標候補(例示)	目標数値
社会保障	医療費適正化計画策定を前倒して行った都道府県の数	おおむね半数(2016年度)
	重複投薬対策等を実施する自治体	100%
	予防健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体(国保保険者等)の数	800市町村(2020年)
	一人当たり医療費(年齢調整後)の地域差	半減を目指して年々縮小
	後発医薬品の使用割合	70%(2017年央)、80%(2018~2020年度までのなるべく早い時期)
	介護給付費の適正化方を地域差分析に基づいて策定した保険者	100%
非社会保障	立地適正化計画を作成する市町村数	150市町村(2020年)
	公共交通の利便性の高いエリアに居住している人口の割合	三大都市圏: 90.8% 地方中枢都市圏: 81.7% 地方都市圏: 41.6%(2020年度)
	PPP/PFI手法導入を優先的に検討する仕組みを構築した各省庁及び人口20万人以上の地方公共団体等の数	100%(2016年度末まで)
	学校の小規模化について対策の検討に着手している自治体の割合	2/3(2018年) 100%(2020年)
制度・地方 行財政	頑張る地方を支援する地方交付税の配分を必要度から成果にシフト	成果反映配分割合50%以上(2019年度~)を目指す
	窓口業務のアウトソーシングなど汎用性のある先進的な改革に取り組む市町村数	倍増(2020年度)
	クラウド導入市区町村数	約1000団体(2017年度)
	地方公共団体の情報システム運用コスト	3割減

KPI設定の考え方



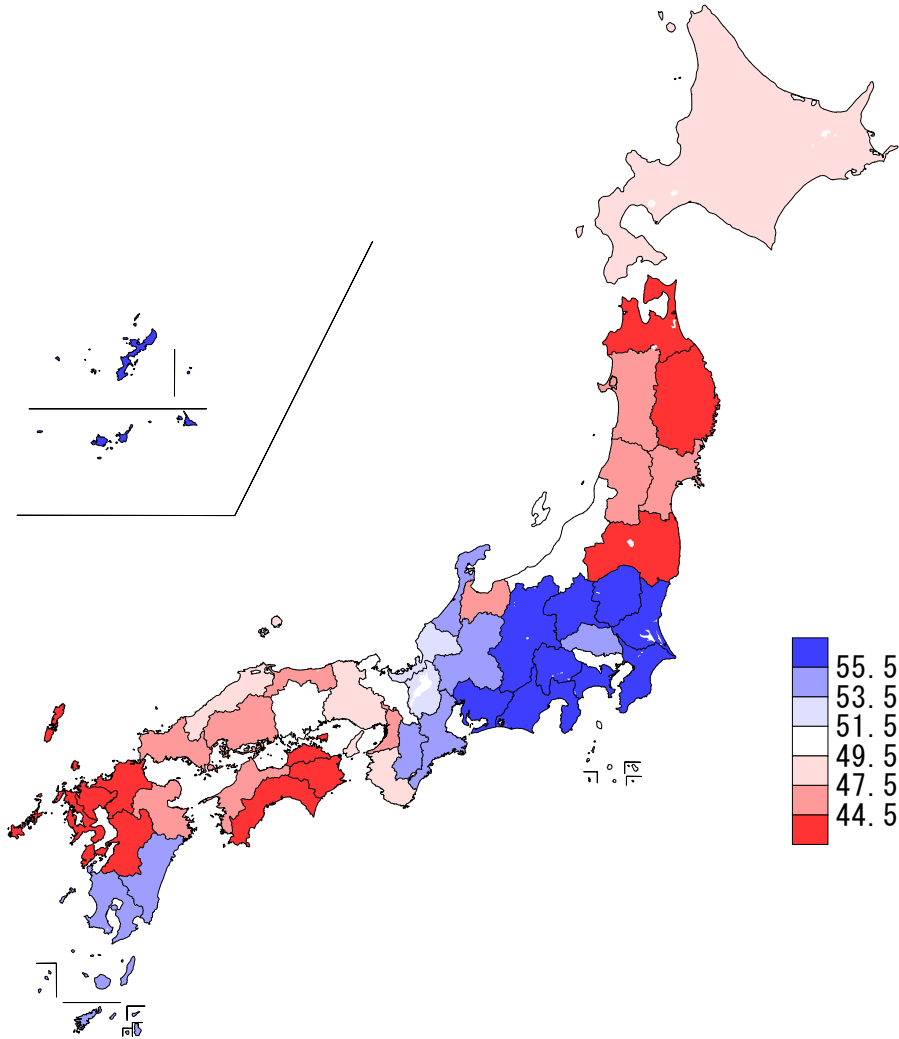
「見える化」の事例

※今回実施した「見える化」は内閣府による試行的な取組であるため、
提示した結果は暫定的なものであることに留意

□ 都道府県の一人当たり医療費の地域差

□ 健康関連指標(健康寿命、健康意識、受診率)の高低と、一人当たり医療費の間には負の相関がみられる。

健康関連指標の地域差



一人当たり医療費の地域差(国民健康保険)

	一人当たり医療費の少ない都道府県	一人当たり医療費(円) (実績医療費)	一人当たり医療費(円) (年齢補正後)	地域差指数
1	茨城県	280,331	311,276	0.90
2	長野県	305,793	336,597	0.91
3	栃木県	287,801	316,804	0.91
4	千葉県	293,209	322,114	0.91
5	愛知県	296,675	325,641	0.91
6	静岡県	306,899	333,126	0.92
7	埼玉県	297,898	323,285	0.92
8	群馬県	303,483	323,506	0.93
9	青森県	297,717	316,983	0.94
10	神奈川県	306,773	325,247	0.94

	一人当たり医療費の多い都道府県	一人当たり医療費 (実績医療費)	一人当たり医療費 (年齢補正後)	地域差指数
1	佐賀県	390,114	324,059	1.20
2	香川県	389,407	343,652	1.13
3	山口県	402,177	358,210	1.12
4	高知県	388,381	348,057	1.12
5	大分県	385,031	344,862	1.12
6	徳島県	380,865	342,403	1.11
7	広島県	390,657	353,314	1.11
8	長崎県	358,861	325,284	1.10
9	熊本県	361,674	327,111	1.10
10	鹿児島県	361,938	326,878	1.10

(備考)厚生労働省「医療費の地域差分析」に基づき作成。

※地域差指数とは、当該地域における一人当たり医療費について、当該地域の年齢構成の相違による影響を補正し、指数化(全国平均を1)としたもの。地域差指数=当該地域の一人当たり医療費/仮に当該地域の年齢階級別一人当たり医療費が全国平均と同じだったとした場合の一人当たり医療費

※各都道府県の数値は当該都道府県内の保険者別の数値を算術平均することで算出

(備考)健康関連指標は、①健康寿命、②H25国民生活基礎調査による健康意識(よい、まあまあよいの割合)、③入院/外来受診率を偏差値化して算術平均することにより算出。健康寿命は2010年の、入院/外来受診率は2011年の数値を使用。各数値の偏差値化にあたっては、健康寿命、健康意識は数値をそのまま偏差値化した。入院/外来受診率については数値が低いほど好ましいと判断できるため、数値が低いほど偏差値が高くなるよう処理した。