

主な「見える化」の事例（未定稿）

平成28年12月21日

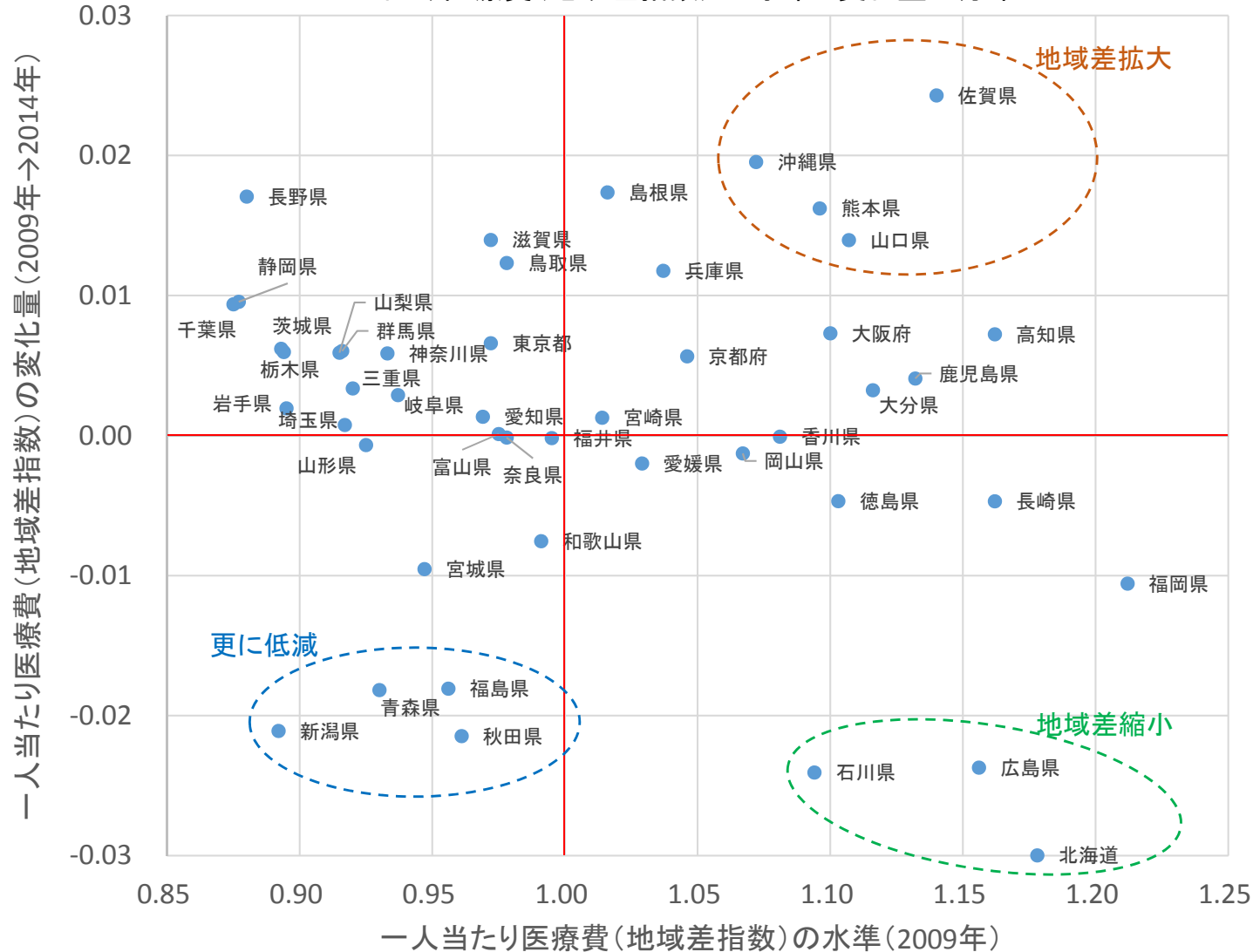
内閣府

1. 「直近の水準」と「過去5年間の変化」の『見える化』

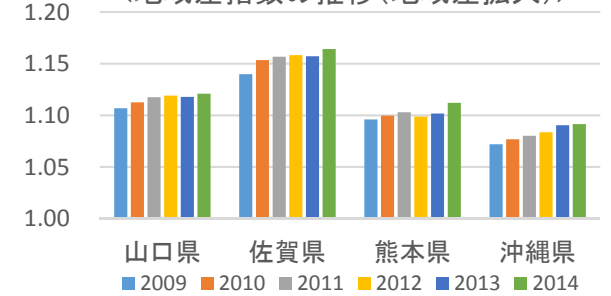
一人当たり医療費の水準と変化量の地域差

- 一人当たり医療費の水準が高い都道府県のうち、直近の5年間で全国平均との差が拡大する方向に推移している都道府県と、縮小する方向に推移している都道府県が存在。
- このような変化が何を要因として生じているのか、丁寧な分析を行った上で、取組へ反映していくことが必要。

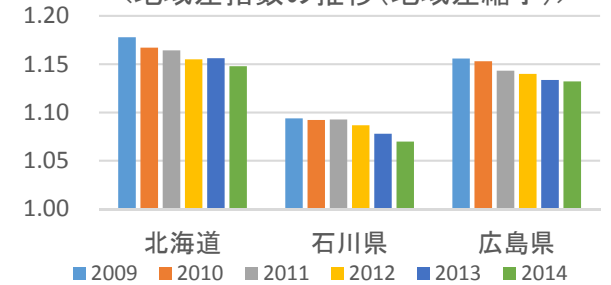
＜一人当たり医療費（地域差指数）の水準と変化量の分布＞



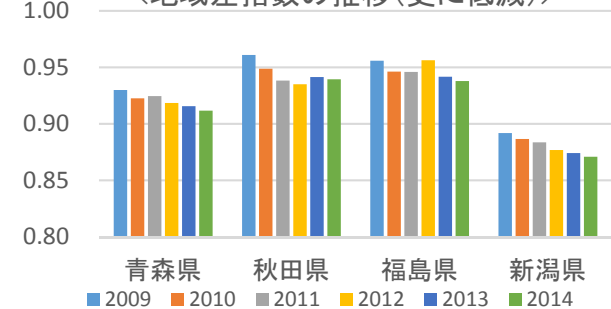
＜地域差指数の推移（地域差拡大）＞



＜地域差指数の推移（地域差縮小）＞



＜地域差指数の推移（更に低減）＞



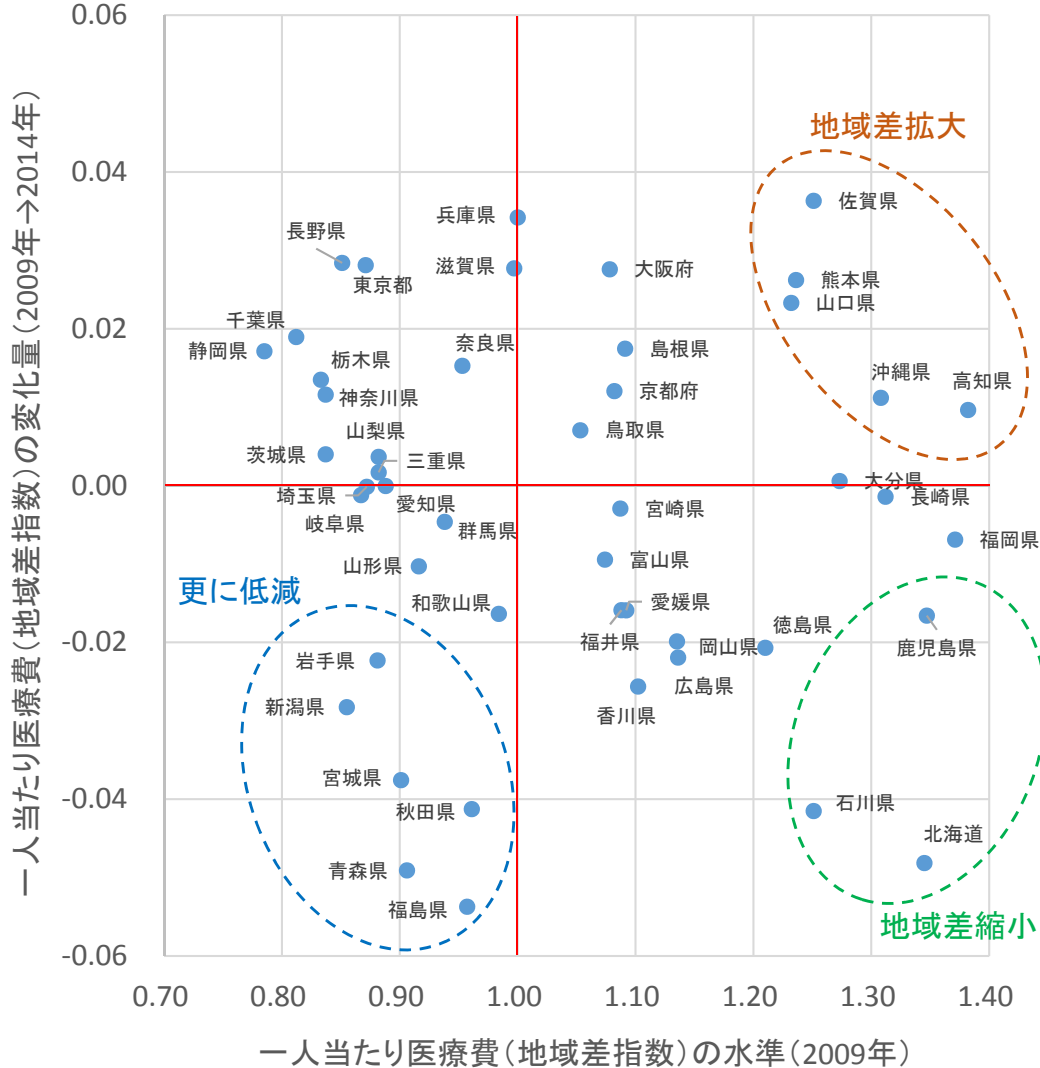
（備考）厚生労働省：「医療費の地域差分析」を基に作成。分析に利用したデータは、近日中に「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」に収録予定。※地域差指数とは、当該地域における一人当たり医療費について、当該地域の年齢構成の相違による影響を補正し、指数化（全国平均を1）したもの。ここでは、市町村国民健康保険と後期高齢者医療制度における医療費を対象としている。

一人当たり医療費の水準と変化量の地域差（入院 / 入院外+調剤）

□ 一人当たり医療費を入院と、入院外+調剤に分けると、地域差の縮小には、入院医療費の地域差縮小が主に寄与している地域（例えば、北海道、石川県）と、入院外+調剤医療費の地域差縮小が主に寄与している地域（例えば、広島県）が存在。

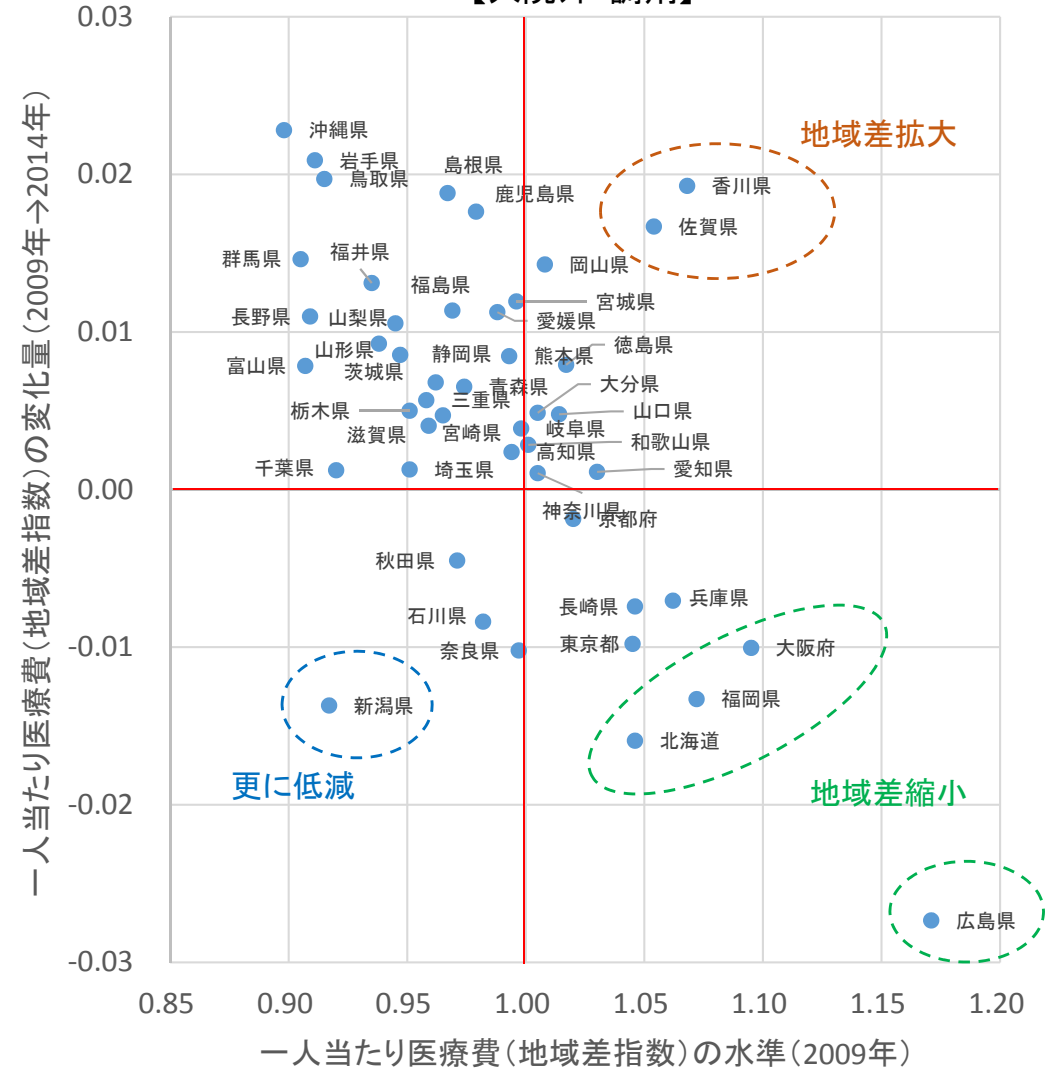
＜一人当たり医療費（地域差指数）の水準と変化量の分布＞

【入院】



＜一人当たり医療費（地域差指数）の水準と変化量の分布＞

【入院外+調剤】

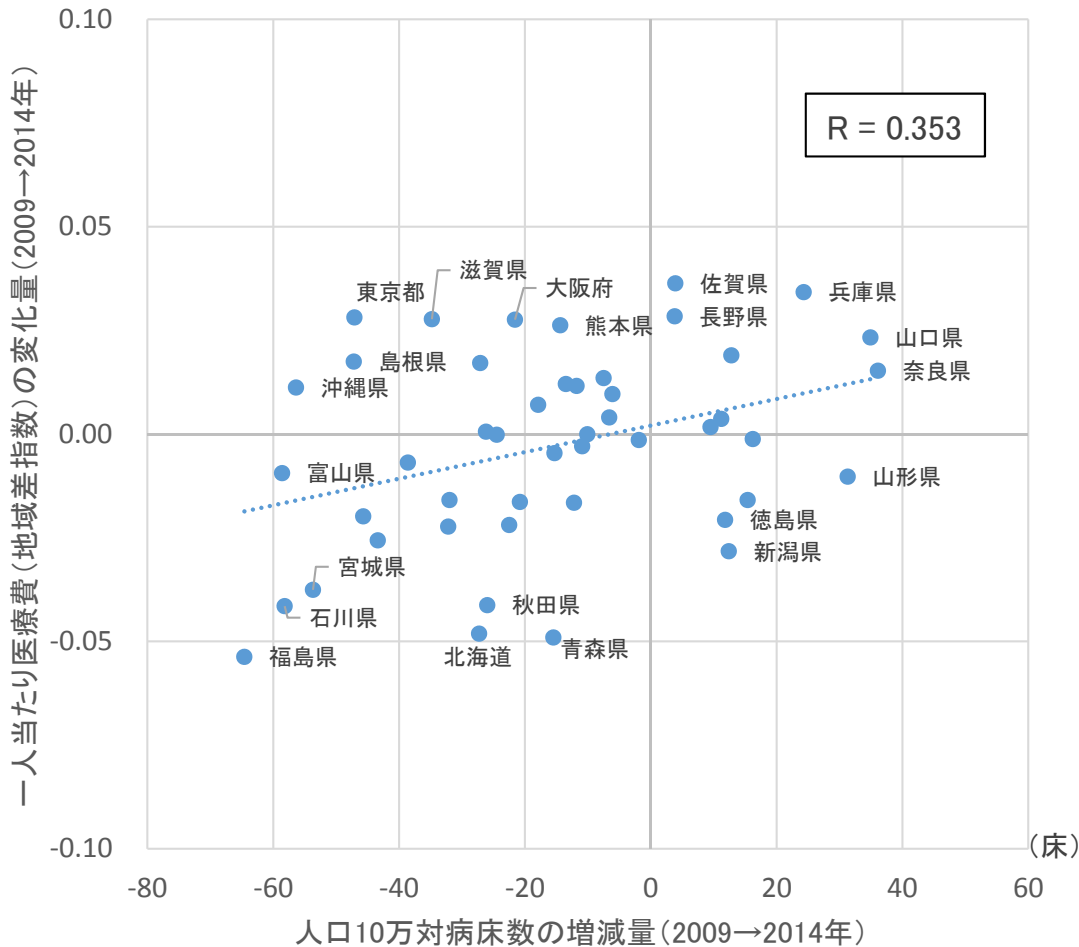


（備考）厚生労働省：「医療費の地域差分析」を基に作成。分析に利用したデータは、近日中に「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」に収録予定。※地域差指数とは、当該地域における一人当たり医療費について、当該地域の年齢構成の相違による影響を補正し、指数化（全国平均を1）したものである。ここでは、市町村国民健康保険と後期高齢者医療制度における医療費を対象としている。

一人当たり入院医療費の変化量に影響する要因の検討

- 人口10万人あたりの病床数の増減量と一人当たり入院医療費の変化量の間には緩やかな正の相関が認められる。病床数の減少には一人当たり入院医療費の抑制に一定の効果がある。ただし、病床数の増減だけでは説明できない差も存在。
- さらに、一人当たり入院医療費の3要素についてみると、例えば、北海道では受診率の改善が、石川県では1日あたり医療費の低減が寄与している。

＜人口10万対病床数の増減量 × 一人当たり医療費(地域差指数)の変化量の関係＞



＜一人当たり入院医療費の3要素の全国平均との比率＞

○一人当たり入院医療費の3要素
受診率 × 1件あたり日数 × 1日あたり医療費

【H26】	受診率		1件あたり日数		1日あたり医療費	
	市町村 国保	後期 高齢	市町村 国保	後期 高齢	市町村 国保	後期 高齢
北海道	1.23	1.28	1.01	1.08	1.01	0.95
石川県	1.33	1.21	1.07	1.06	0.92	0.94
全国平均 (全国を1とする)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

改善

低減

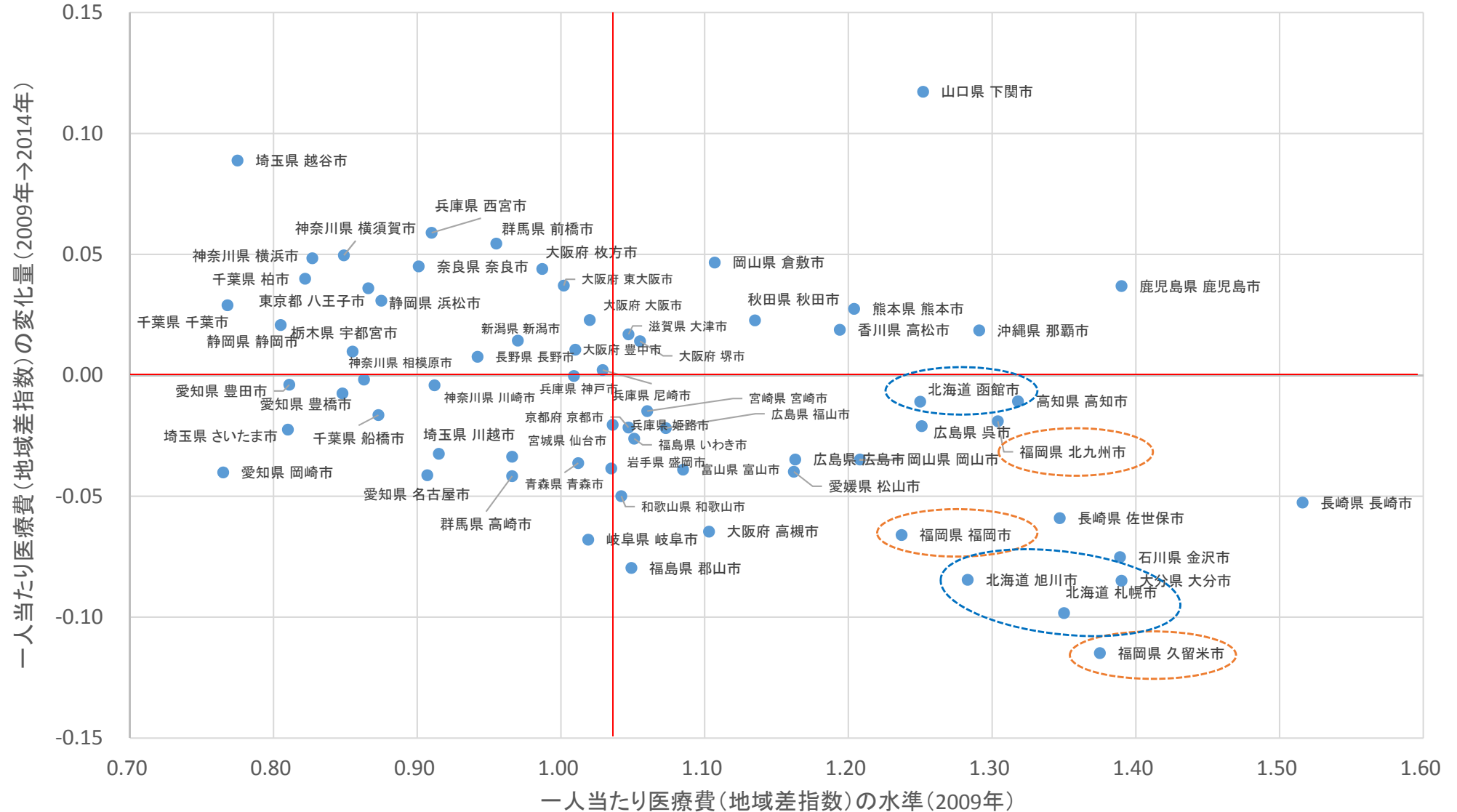
【H22】	受診率		1件あたり日数		1日あたり医療費	
	市町村 国保	後期 高齢	市町村 国保	後期 高齢	市町村 国保	後期 高齢
北海道	1.27	1.29	1.02	1.07	1.00	0.96
石川県	1.33	1.23	1.06	1.05	0.95	0.96
全国平均 (全国を1とする)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

(備考)厚生労働省:「医療費の地域差分析」を基に作成。分析に利用したデータは、近日中に「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」に収録予定。 ※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)したもの。ここでは、市町村国民健康保険と後期高齢者医療制度における医療費を対象としている。

1人当たり医療費の水準と変化量の地域差(入院) <政令市、中核市>

- 同一の都道府県内の自治体は概ね近い位置に分布しているが、自治体間で一定の差異も認められる。
- 横展開させるべき優良事例を見出す手がかりとして、このような時系列の変化を含む「見える化」には、一定の有用性がある。

<一人当たり医療費(地域差指数)の水準と変化量の分布【入院】>

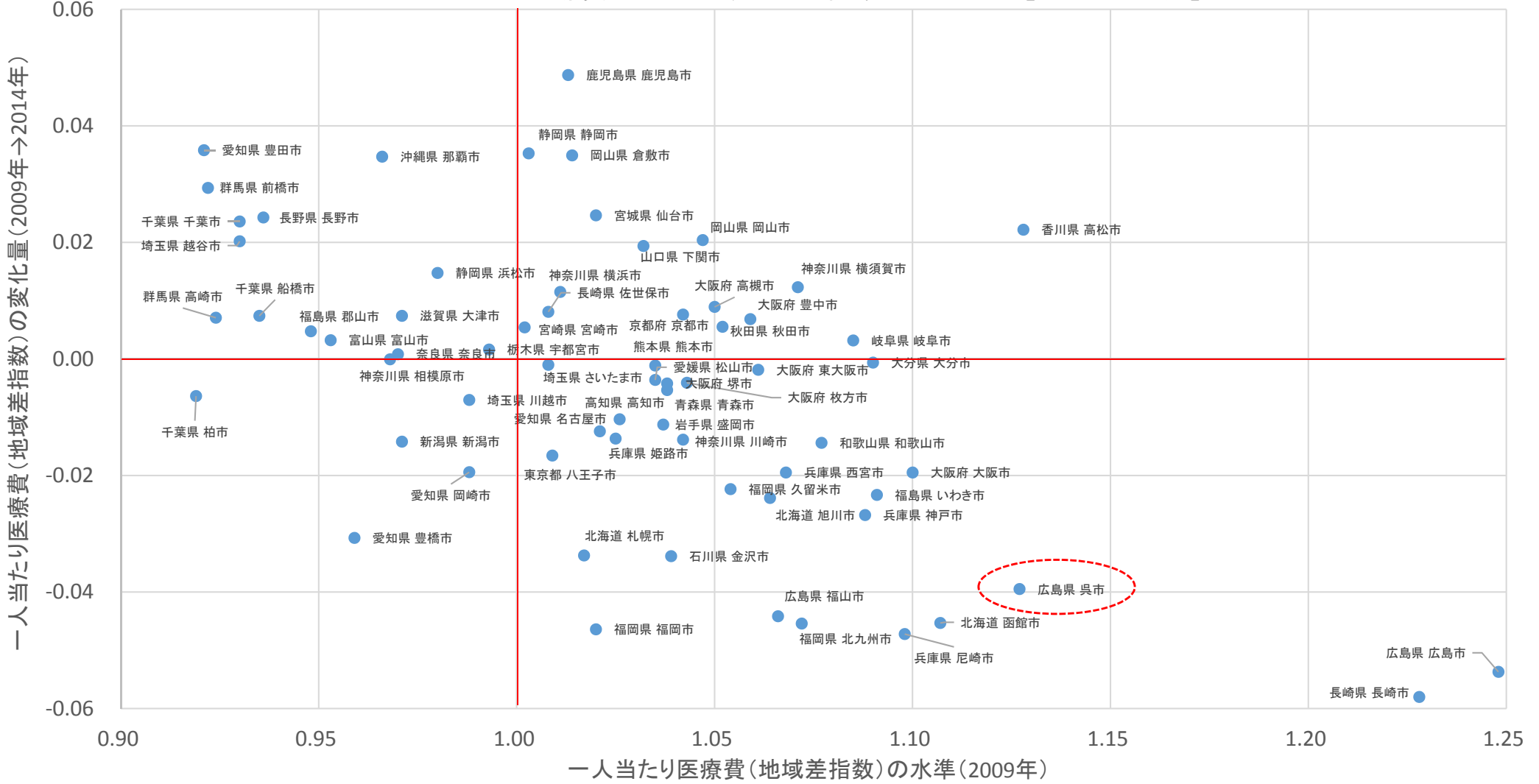


(備考)厚生労働省:「医療費の地域差分析」を基に作成。分析に利用したデータは、近日中に「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」に収録予定。 ※地域差指数とは、当該地域における一人当たり医療費について、当該地域の年齢構成の相違による影響を補正し、指数化(全国平均を1)としたもの。ここでは、市町村国民健康保険における医療費を対象としている。

一人当たり医療費の水準と変化量の地域差(入院外+調剤) <政令市、中核市>

- ❑ 基礎自治体レベルで一人当たり医療費(入院外+調剤)の水準と変化量をみると、優良事例として広く認知されている広島県呉市が大きな効果をあげていると確認できる。
- ❑ 同様に高い効果をあげている自治体に着目し、横展開させるべき優良事例の更なる掘り起しを図るとともに、取組が遅れている地域の要因を分析し、取組を進めていくことが必要。

<一人当たり医療費(地域差指数)の水準と変化量の分布【入院外+調剤】>

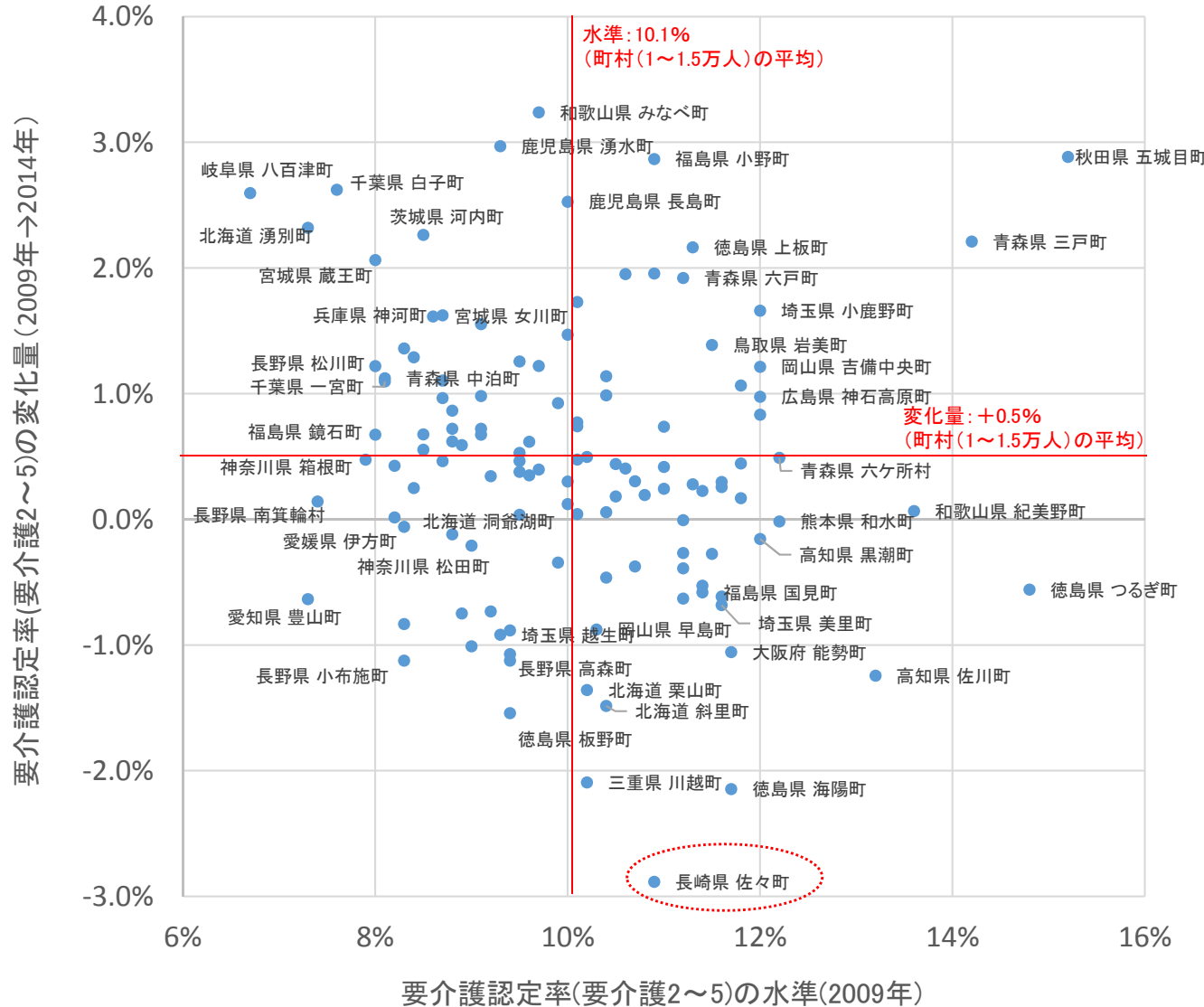


(備考)厚生労働省:「医療費の地域差分析」を基に作成。分析に利用したデータは、近日中に「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」に収録予定。 ※地域差指数とは、当該地域における一人当たり医療費について、当該地域の年齢構成の相違による影響を補正し、指数化(全国平均を1)としたもの。ここでは、市町村国民健康保険の医療費を対象としている。

要介護認定率(要介護2~5)の水準と変化量の地域差<町村(人口1~1.5万人)>

- 要介護認定率(要介護2~5)のこの5年間の変化量には+3~-3%程度の幅が見られ、一定の成果を上げている自治体を確認できる。
- 横展開させるべき優良事例を見出す手がかりとして、このような時系列の変化を含む「見える化」には、一定の有用性がある。

<要介護認定率(要介護2~5)の水準と変化量の分布>



「介護予防ボランティア」等による細やかな対応
(長崎県佐々町)

【背景】

- 地域包括支援センター稼働開始後、介護予防の普及啓発活動を行ったが、効果は出なかった
- 国のモデル事業になっている埼玉県和光市を参考に「自分たちで考える介護」を学び、今後のビジョンを策定

【取組内容】

- 介護予防ボランティアを養成し、登録希望者を「佐々町介護予防ボランティア」として登録
- 軽度の要介護、要支援の方には積極的に「生きがい教室」「個別運動教室」等、様々な介護予防・日常生活支援活動への参加を推奨

【横展開のヒント】

- 「地区割担当制」を導入し、職員が32ヶ所の地区を5人で担当分けし、住民一人ひとりに目が行き届く体制を構築
- 介護ボランティアの存在がより細やかな対応を可能にしている

(備考)長崎県佐々町へのヒアリングを基に作成

(備考)内閣府:「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」を基に作成。要介護認定率については、年齢調整を実施していない数値のため、自治体間の比較にあたっては留意が必要。

2. 「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」の 集録データの充実と分析事例

「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」へ追加する主なデータ一覧

【社会保障】

データ項目	データ種別	年	出典
協会けんぽ関連データ ((一人当たり医療費、地域差指数)×(入院、入院外+調剤)等)	都道府県別	2007～2014年	全国健康保険協会「都道府県医療費等の基礎データ」
市町村国民健康保険、後期高齢者医療制度関連データ ((一人当たり医療費、地域差指数)×(入院、入院外+調剤)等)	都道府県別、市区町村別※ (※一部のデータのみ)	2008～2014年	厚生労働省「医療費の地域差分析」
年齢階級別死亡率(性別・主な疾病別)	都道府県別	2005, 2010年	厚生労働省「人口動態統計特殊報告」
後発医薬品使用割合	都道府県別、市区町村別	2009～2015年(旧指標) 2013～2015年(新指標)	厚生労働省「調剤医療費の動向」
在宅医療関連データ(在宅療養支援診療所数、在宅診療件数等)	都道府県別、市区町村別	2014年	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」
保育所数	都道府県別、市区町村別	1980～2013年	厚生労働省「社会福祉施設等調査報告」
生活困窮者自立支援制度の任意の法定事業及び法定外の任意事業の自治体ごとの実施状況	都道府県別	2015年	主要分野の「見える化」事項に則り、厚生労働省より提供
生活困窮者自立支援制度の利用による就労者及び増収者増	都道府県別、市区町村別 (市、特別区のみ)	2015年	主要分野の「見える化」事項に則り、厚生労働省より提供

【地方行財政、社会資本整備】

データ項目	データ種別	年	出典
水道事業にかかる給水原価、施設利用率等	市区町村別	2010～2014年	総務省「経営比較分析表」
統一的な基準による地方公会計の整備状況	都道府県別、市区町村別	2016年	主要分野の「見える化」事項に則り、総務省より提供
公共施設最適化事業債等を活用した事業の実施状況	都道府県別、市区町村別	2015年	主要分野の「見える化」事項に則り、総務省より提供
都道府県税、市町村税の徴収率等	都道府県別、市区町村別	2009～2014年	総務省「都道府県税徴収実績調、市町村税徴収実績調」

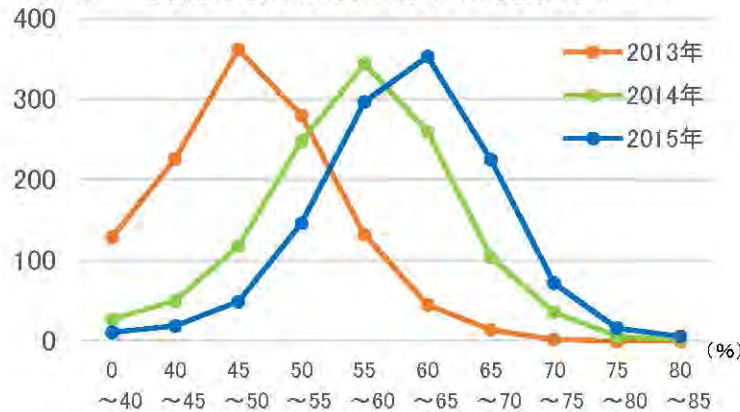
後発医薬品使用割合の地域差

- 基礎自治体ごとに後発医薬品使用割合を見ると、既に国全体での目標値(2017年央に70%以上、2018~2020年度までのなるべく早期に80%以上)を達成している団体が一定数存在している一方で、関東、近畿、四国地方で使用割合の低い自治体が比較的多くみられる。
- KPIの目標値達成に向けて、使用割合を向上させるための取組を幅広く実施していくことが必要。

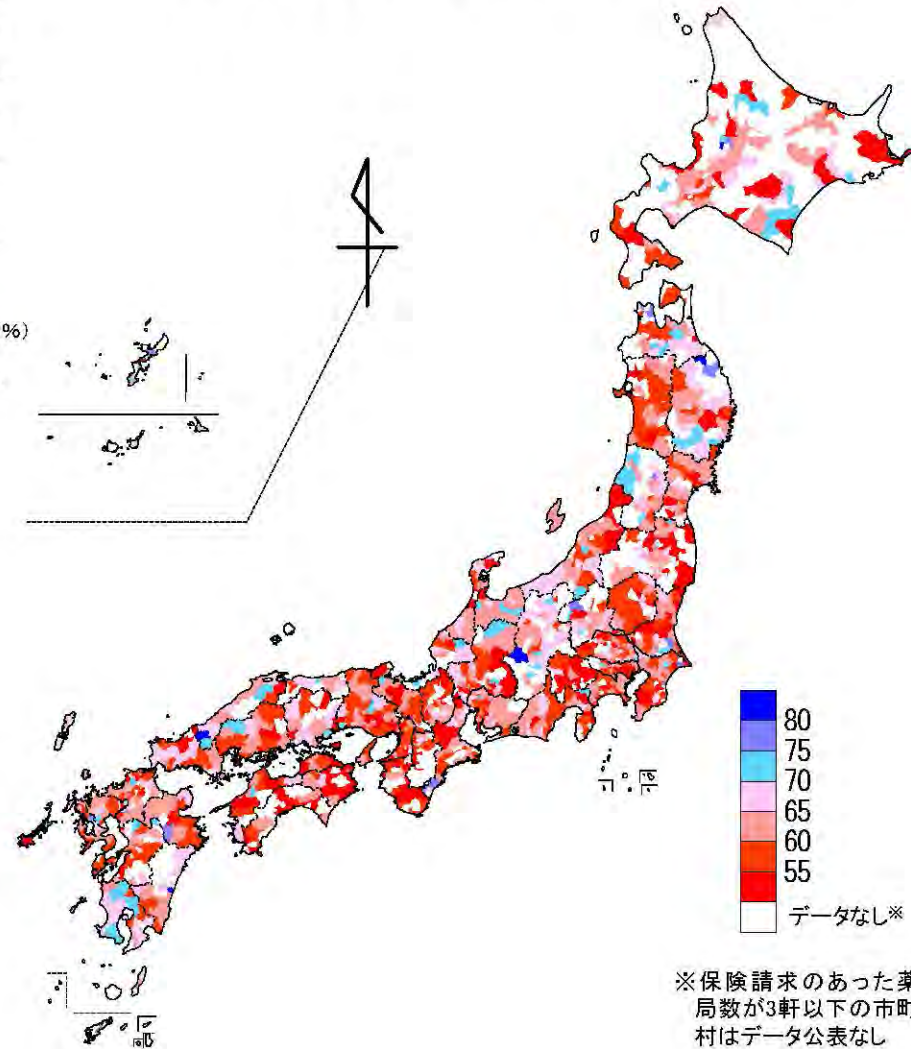
＜後発医薬品使用割合(2015年)
80%以上の自治体＞

自治体名	使用割合 (%)
北海道 砂川市	81.4
岩手県 軽米町	82.6
長野県 木曾町	80.2
島根県 津和野町	80.2
宮崎県 新富町	82.1
沖縄県 与那原町	81.9

(自治体) ＜後発医薬品使用割合の度数分布＞



＜後発医薬品使用割合(2015年)の地域差＞



＜後発医薬品使用割合(2015年)70~80%の自治体＞

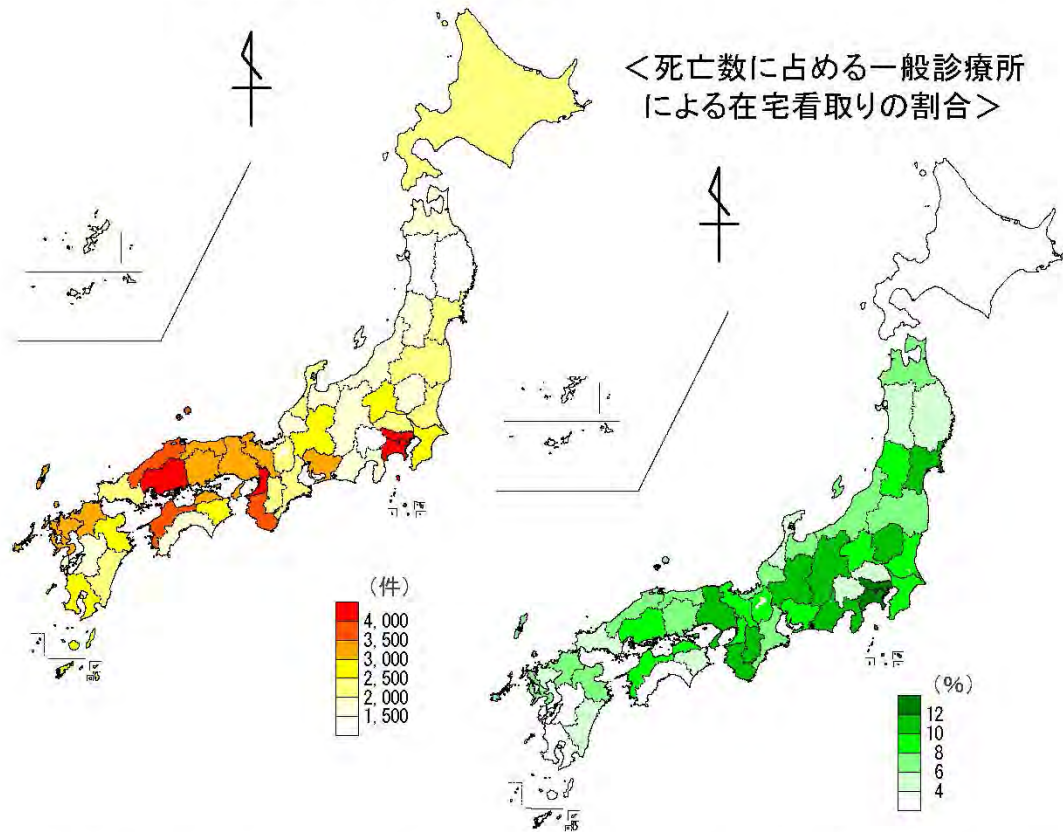
自治体名	使用割合 (%)	自治体名	使用割合 (%)	自治体名	使用割合 (%)	自治体名	使用割合 (%)
北海道 赤平市	77.4	茨城県 行方市	77.0	長野県 小布施町	70.7	長崎県 川棚町	72.4
北海道 士別市	71.7	茨城県 利根町	75.2	長野県 飯綱町	73.9	長崎県 波佐見町	75.6
北海道 滝川市	72.3	群馬県 富岡市	72.6	岐阜県 飛騨市	70.2	長崎県 新上五島町	71.9
北海道 倶知安町	73.9	群馬県 中之条町	79.3	岐阜県 八百津町	70.9	熊本県 山鹿市	72.9
北海道 浦河町	70.1	群馬県 長野原町	71.1	静岡県 湖西市	70.2	熊本県 小国町	73.9
北海道 大樹町	73.1	埼玉県 八潮市	72.2	静岡県 小山町	71.7	大分県 竹田市	75.9
北海道 幕別町	70.0	埼玉県 三郷市	72.0	愛知県 豊山町	72.6	鹿児島県 指宿市	71.7
北海道 釧路町	72.5	埼玉県 嵐山町	73.7	三重県 熊野市	76.4	鹿児島県 霧島市	73.8
青森県 平川市	71.4	千葉県 旭市	78.9	京都府 与謝野町	71.9	鹿児島県 奄美市	76.0
青森県 外ヶ浜町	77.0	千葉県 芝山町	71.8	兵庫県 赤穂市	73.3	鹿児島県 南九州市	74.2
青森県 野辺地町	72.1	千葉県 白子町	78.3	兵庫県 多可町	71.5	鹿児島県 伊佐市	72.5
青森県 七戸町	73.3	東京都 日の出町	72.1	鳥取県 湯梨浜町	74.5	鹿児島県 さつま町	73.5
岩手県 久慈市	79.9	新潟県 見附市	73.6	島根県 雲南市	71.7	沖縄県 那覇市	75.3
岩手県 陸前高田市	73.9	新潟県 湯沢町	73.3	島根県 吉賀町	72.9	沖縄県 宜野湾市	73.5
岩手県 奥州市	70.5	富山県 小矢部市	71.6	岡山県 笠岡市	70.4	沖縄県 浦添市	76.5
宮城県 塩竈市	73.5	富山県 立山町	72.7	岡山県 瀬戸内市	71.0	沖縄県 名護市	75.5
山形県 鶴岡市	72.1	福井県 小浜市	71.4	広島県 北広島町	72.7	沖縄県 糸満市	74.6
山形県 酒田市	71.1	福井県 勝山市	71.0	愛媛県 砥部町	71.4	沖縄県 豊見城市	72.2
山形県 大石田町	77.2	長野県 駒ヶ根市	72.8	福岡県 宮若市	70.5	沖縄県 うるま市	71.1
山形県 川西町	70.7	長野県 箕輪町	74.0	福岡県 吉富町	70.2	沖縄県 南城市	72.8
福島県 国見町	70.9	長野県 松川町	74.5	佐賀県 嬉野市	70.0	沖縄県 北谷町	71.9
茨城県 稲敷市	70.8	長野県 高森町	73.6	佐賀県 基山町	74.5	沖縄県 八重瀬町	74.6

(備考)厚生労働省「調剤医療費の動向調査」を基に作成。分析に利用したデータは、近日中に「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」に収録予定。

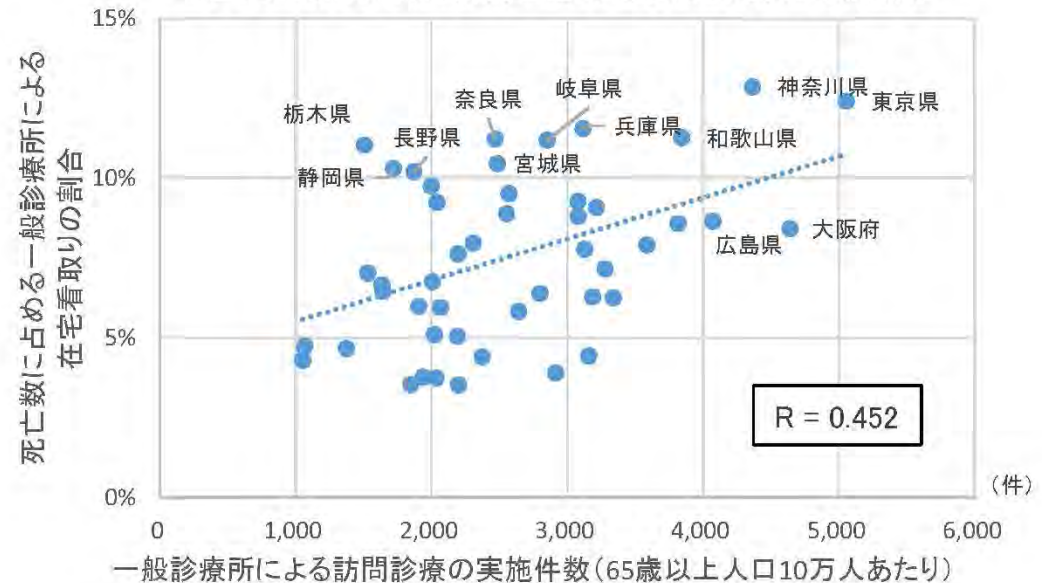
在宅医療の実施状況と在宅看取りの割合について

- 在宅医療の実施状況と、在宅で看取られる方の割合には一定の地域差が存在しており、いずれも関東、近畿地方においては比較的高い傾向がみられる。
- 一般診療所による訪問診療の実施件数と、死亡数に占める在宅で看取られる方の割合の間には、緩やかな正の相関が認められる。
- 今後、在宅看取りを含めた人生の最終段階の医療について、丁寧な議論を重ねていった上で、患者本人やその家族の希望に沿った生活を送れる医療提供体制の実現が必要と考えられる。

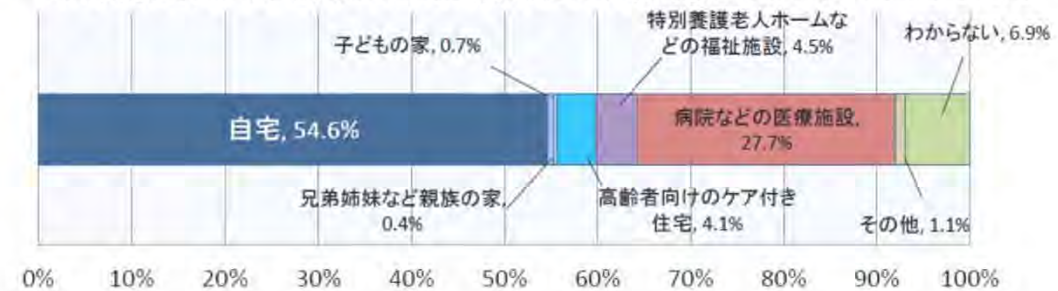
＜一般診療所による訪問診療の実施件数
(65歳以上人口10万人あたり)＞



＜在宅医療の実施状況と在宅看取りの割合の関係＞



＜治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか (n=1,919人)＞

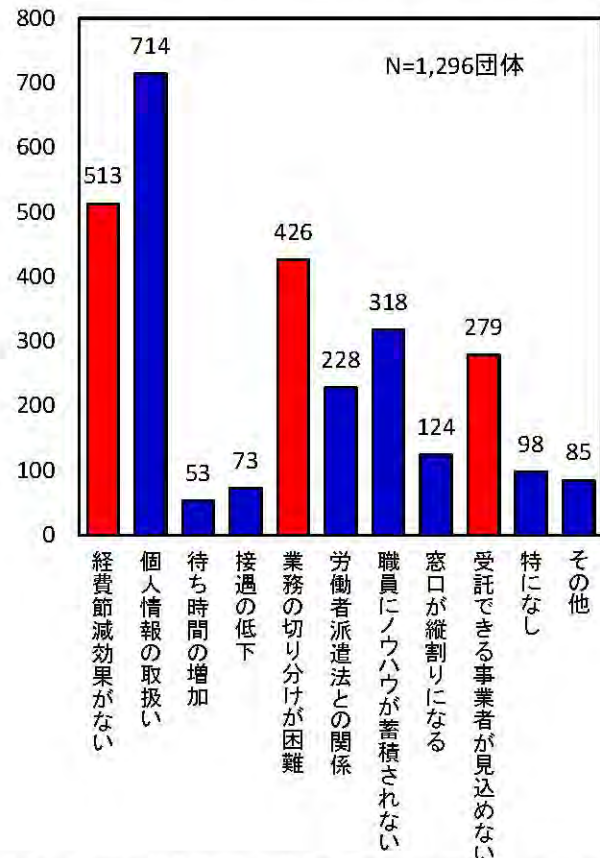


(出典)内閣府「平成24年度 高齢者の健康に関する意識調査」

市町村における業務改革の横展開にかかる課題

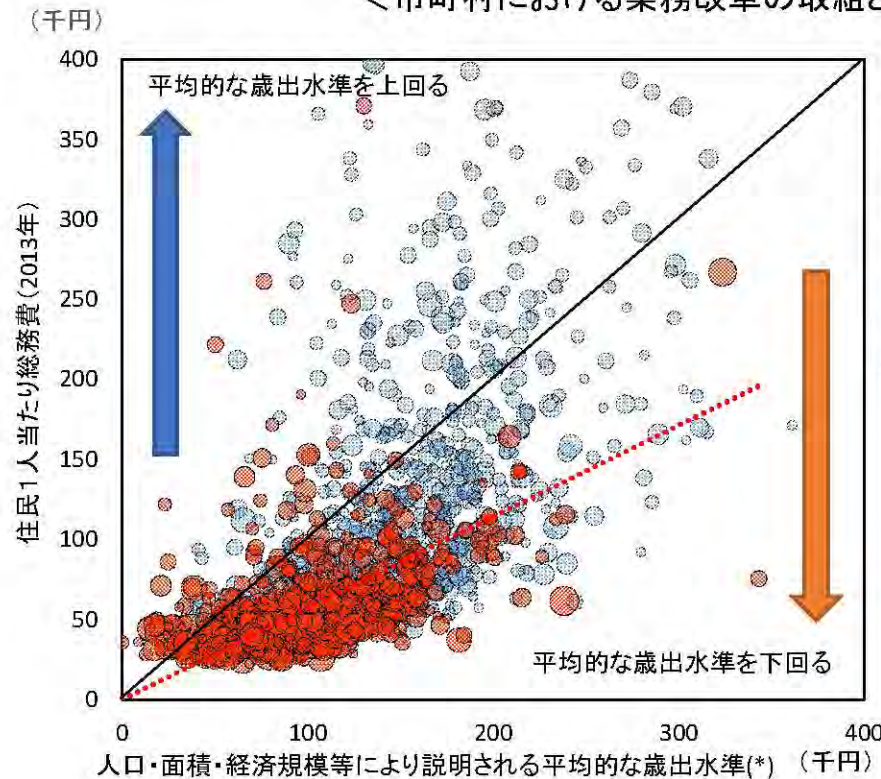
- 多くの自治体にとって、経費節減効果を実感できないことが窓口業務の民間委託やクラウド導入等の業務改革を進める上での課題。また、業務量が小さく委託事務と公権力行使の切り分けが困難であることや、受託可能な事業者が見込まれないことなど、地域の経済事情に起因するとみられる課題も指摘される。
- そこで、業務改革の効果を人口規模別に見ると、人口3万人以上の市町村では経費削減との間に密接な関係が観察されるのに対し、人口3万人未満の市町村では両者の関係は顕著に低下する。小規模な自治体においても業務改革の効果が十分に発揮されるよう、取組の広域化・共同化を推進することが必要。

＜住民票の写し等の交付事務について民間委託を実施するにあたっての課題＞



(備考)内閣府公共サービス改革推進室委託調査「地方公共団体における民間委託の推進に関する調査報告書」(平成28年1月)より作成。

＜市町村における業務改革の取組と1人当たり総務費＞



- 人口3万人未満の市町村(932団体)
- 人口3万人以上の市町村(805団体)

(*) 住民1人当たり総務費(150万円超の市町村は標本から除外)を被説明変数、改革実施状況(人口3万人未満ダミーとの交差項含む)、人口(総人口、15歳未満比率、75歳以上比率)、失業率、課税対象所得、人口/可住地面積を説明変数とする推計モデルにおいて、改革実施状況以外の変数により説明される1人当たり総務費の水準。

(備考)内閣府「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」より作成。

○の大きさ=改革の実施状況
(各項目2段階の14段階評価)

- ・民間委託実施(総務関係)
- ・民間委託実施(委託率の低い5分野)
- ・複式簿記の導入
- ・クラウドの導入
- ・公共施設等総合管理計画の策定
- ・PFI実施経験
- ・公共サービスイノベーションへの取組

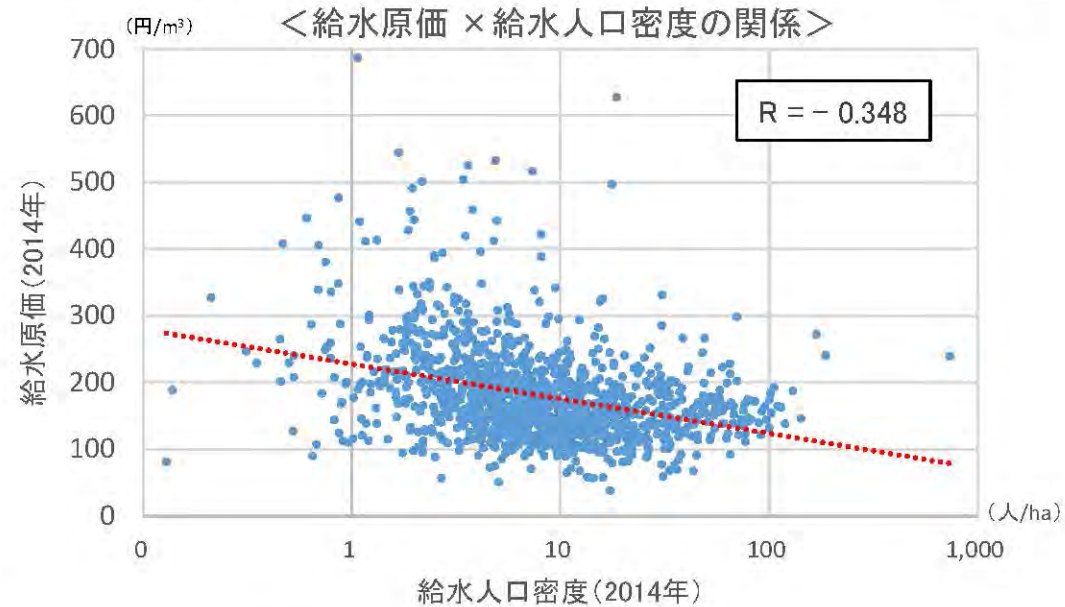
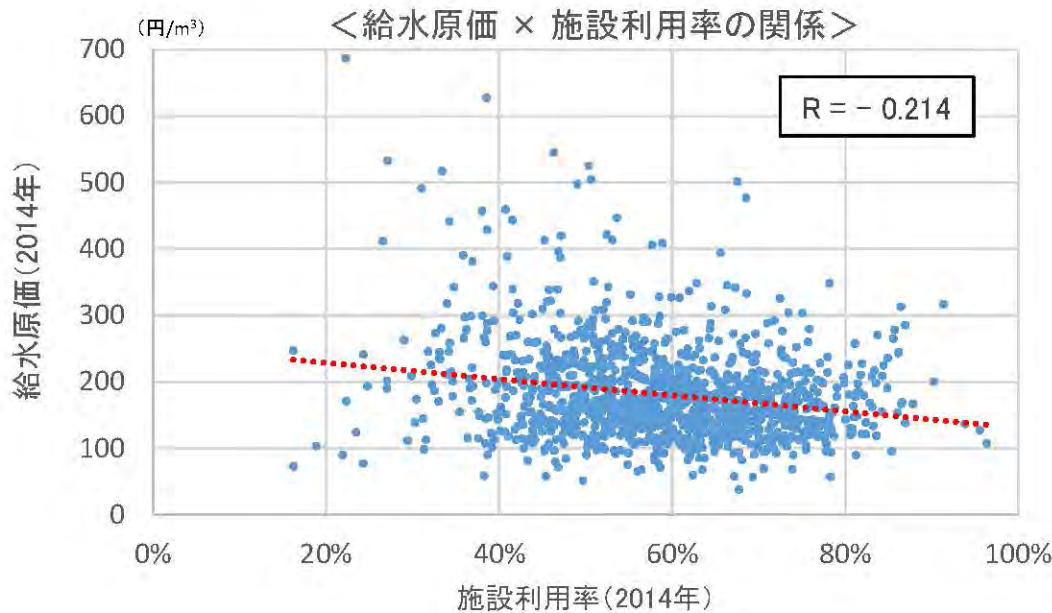
【改革1段階あたり削減効果】
※推計値

・人口3万人以上の市町村
△7,800円 程度

・人口3万人未満の市町村
△2,700円 程度

水道事業の給水原価に影響を及ぼす要因

□ 水道事業の「給水原価」と、「施設利用率」及び「給水人口密度」の間には負の相関が認められることから、施設利用率の向上は経営課題の1つと考えられる。施設利用率は、給水人口の少ない小規模事業体ほど低い傾向にあるため、再編・統合を含む経営合理化による施設利用率向上が必要。



＜給水人口別にみた施設利用率の状況(2014年)＞

給水人口	事業体数 (A)	施設利用率50%以下の事業体数(B)	B/A
1万人未満	233	104	45%
1万人～5万人	593	146	25%
5万人～10万人	218	26	12%
10万人以上	232	22	9%

(備考) 総務省「経営比較分析表」「地方公営企業年鑑」より作成。対象は末端給水事業。
 給水原価=(費用合計-長期前受金戻入)/年間有収水量
 施設利用率=1日平均配水量/1日配水能力×100

＜費用構成＞

