

3. 医療費適正化の構図

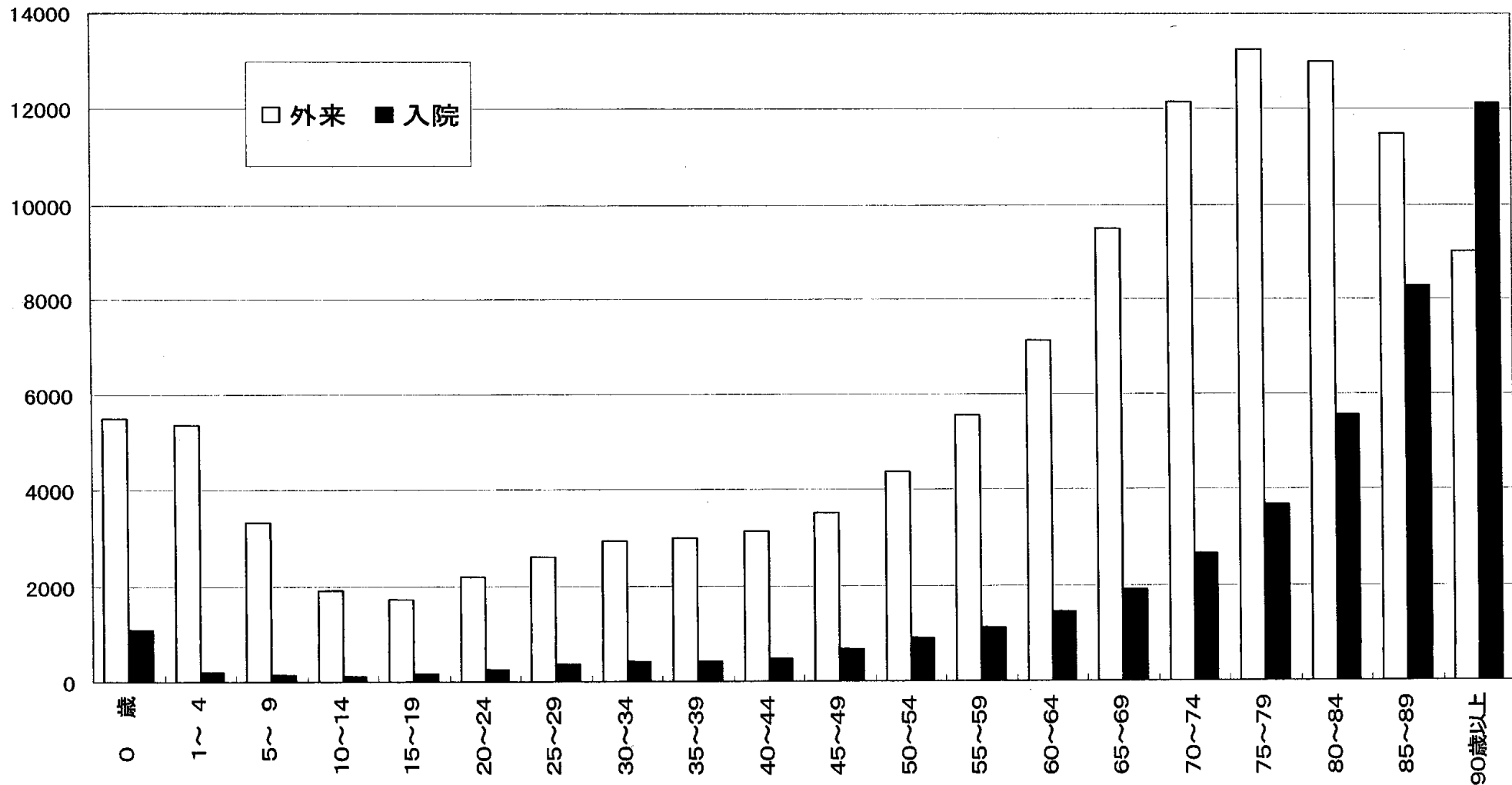
要点

- 医療費の伸びの最大の要因は老人医療費の増加であり、その背景には生活習慣病の増大がある
- 国民の受療動向をみると、
 - ・現役期には、壮年期以降、主として生活習慣病に分類される疾患を中心に、加齢に伴って、外来の受療率が増加
 - ・老年期に入ると、主として生活習慣病に分類される疾患に起因する入院の受療率が、おおむね75歳を境に顕著に増加
- 医療費の伸びを適正化させるためには、ライフサイクルを通じて、
 - ・生活習慣病対策の推進
 - ・医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮
 - ・地域における高齢者の生活機能の重視を一体的かつ計画的に行うことが不可欠

外来・入院の受療率（平成14年患者調査）

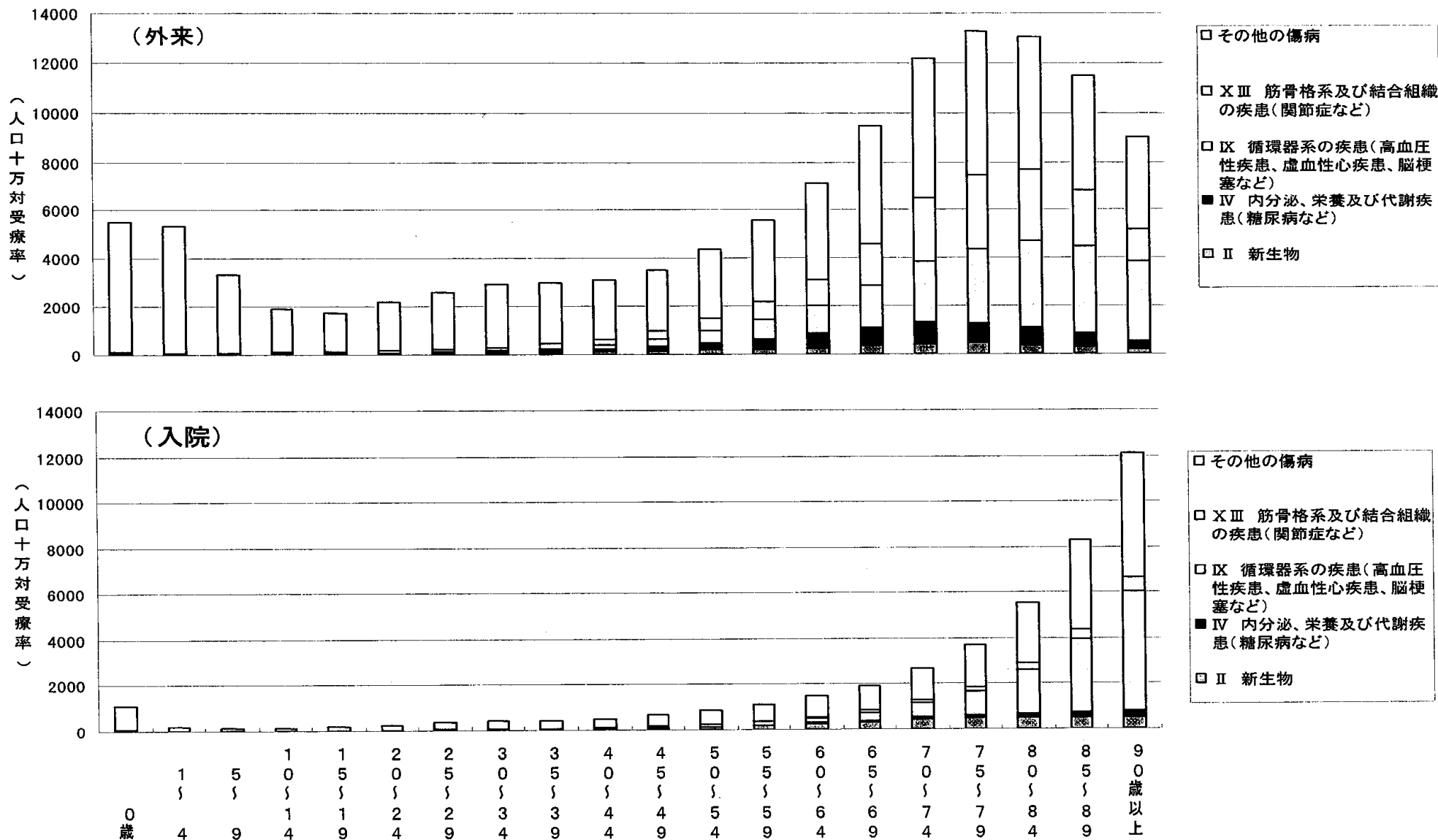
- 現役期には、壮年期以降、主として生活習慣病に分類される疾患を中心に、加齢に伴って、外来の受療率が増加
- 老年期に入ると、主として生活習慣病に分類される疾患に起因する入院の受療率が、おおむね75歳を境に顕著に増加

（対人口10万人）



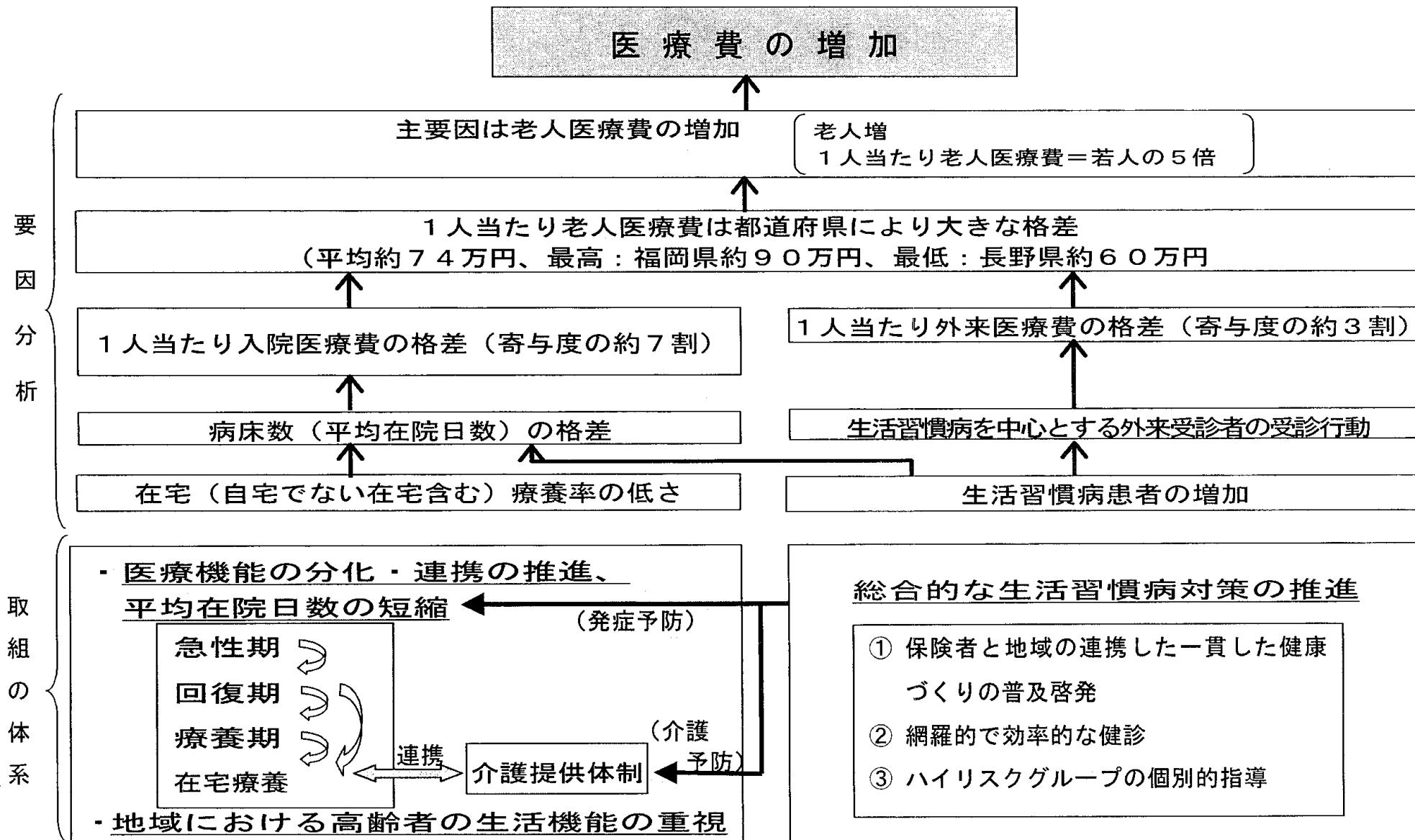
（注）受療率：推計患者数を人口で除して人口10万対で表した数。年齢別の受療率は年齢別人口を用いて算出。

年齢階級別受療率(主として生活習慣病に分類される疾患について)



医療費適正化の構図

構造的な医療費適正化の取組を進める上では、生活習慣病対策の推進や医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮、地域における高齢者の生活機能の重視がポイント

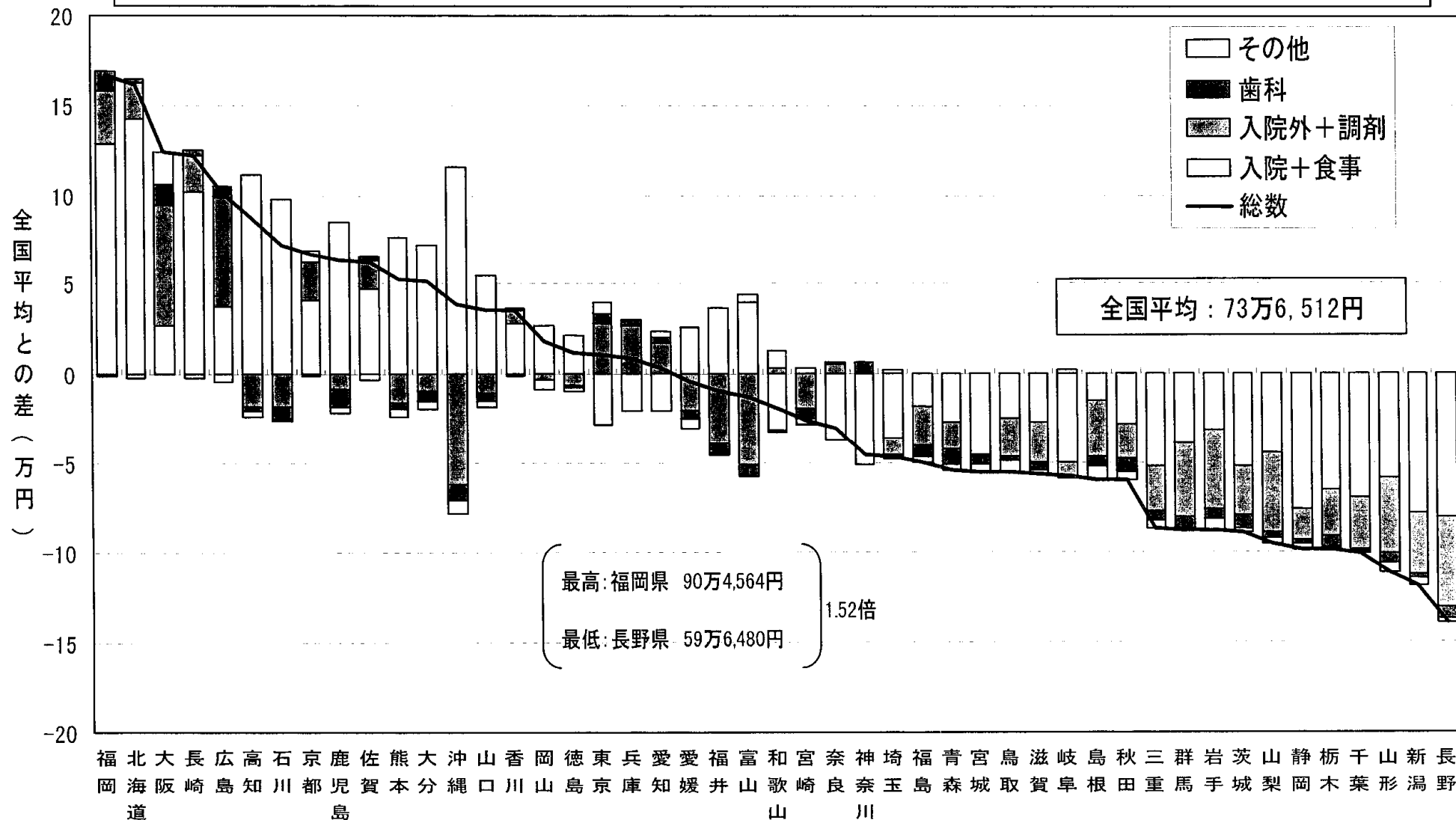


1人当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差)

(参 考)

～平成14年度～

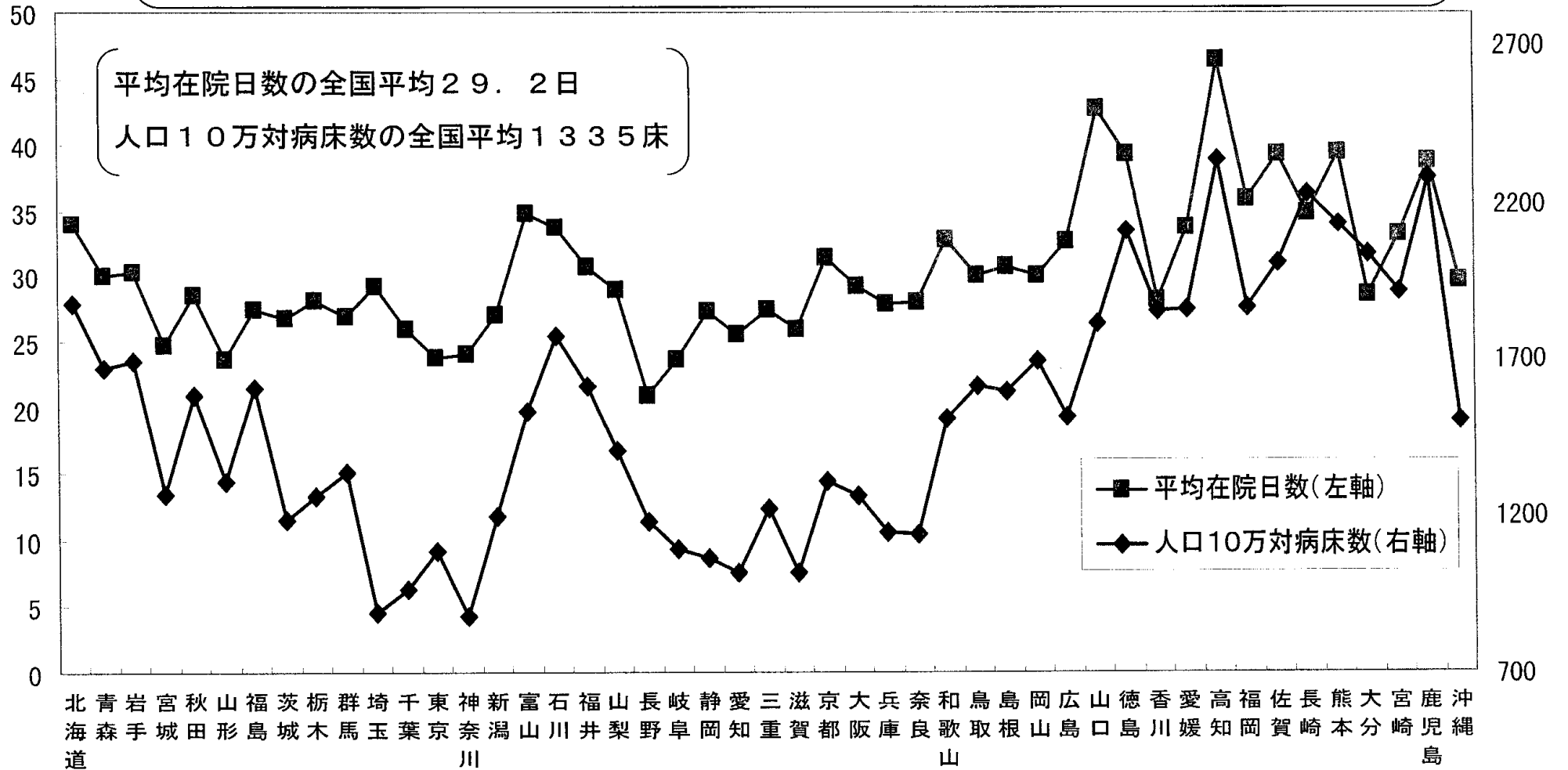
○1人当たり老人医療費は、最大（福岡県）と最小（長野県）で約30万円（約1.5倍）の格差が存在しており、都道府県格差の約7割は入院医療費が寄与している



都道府県別平均在院日数と人口10万対病床数

(参考)

- 平均在院日数の最高（高知県・46.5日）と最低（長野県・20.9日）の格差は2.2倍
 - 人口10万対病床数の最高（高知県・2337床）と最低（神奈川県・878床）の格差は2.7倍
 - 平均在院日数、病床数とも老人医療費の地域差と相関関係がある
- 平均在院日数：0.72 病床数：0.75



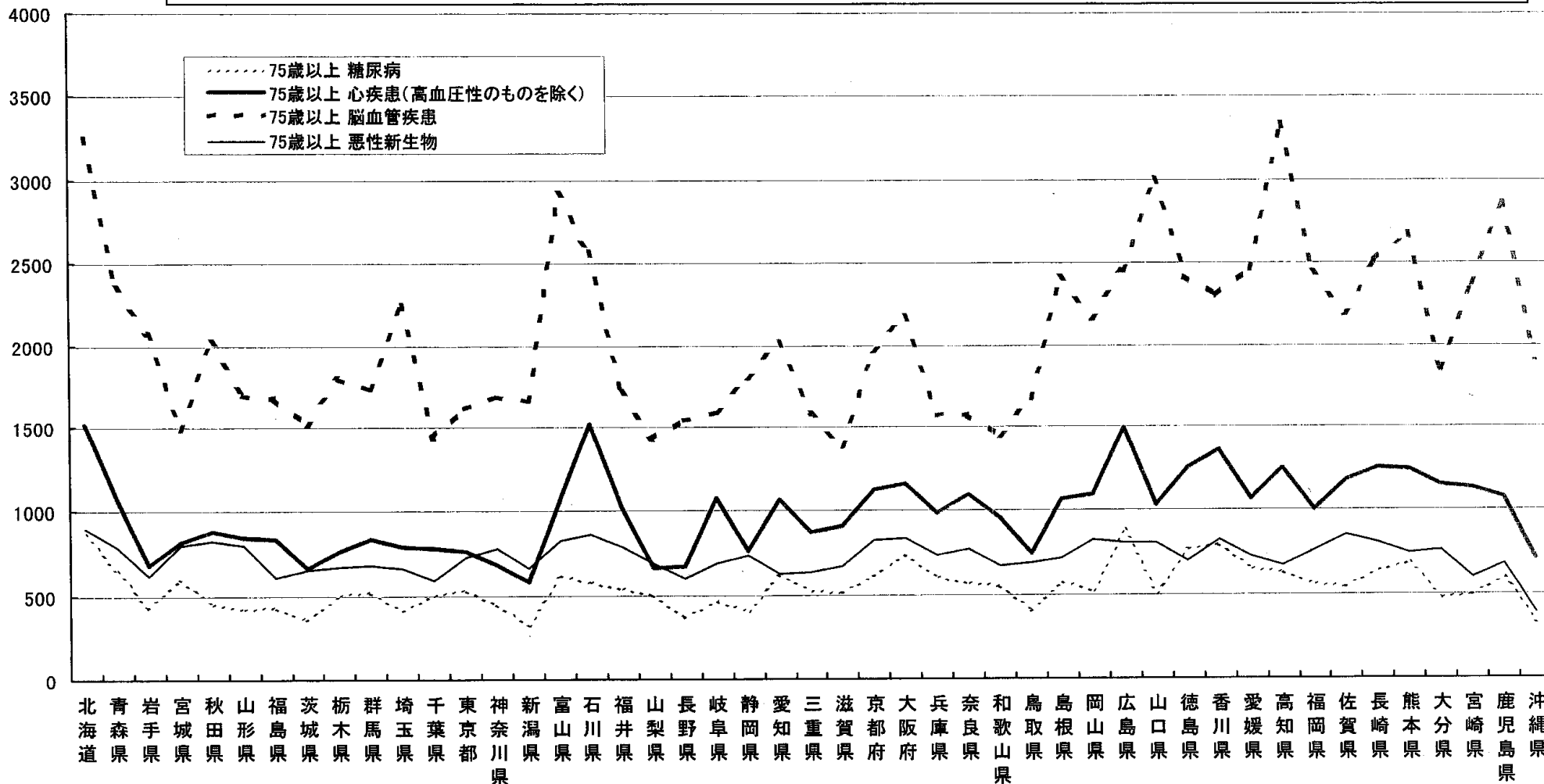
(出所) 平均在院日数：厚生労働省大臣官房統計情報部「病院報告」(平成14年)

人口10万対病床数：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」(平成14年)、「介護サービス施設・事業所調査」(平成14年)

生活習慣病受療率の地域差

- 老人の生活習慣病受療率には2倍以上の地域差が存在している
 糖尿病 2.7倍 心疾患 2.6倍 脳血管疾患 2.4倍 悪性新生物 2.3倍
- 老人の生活習慣病受療率と老人医療費の地域差には相関関係がある
 糖尿病 0.65 心疾患 0.75 脳血管疾患 0.66 悪性新生物 0.44

(人口10万対)



資料出所: 厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」(平成14年)

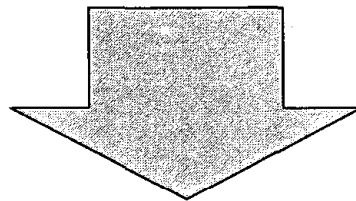
保険料の上限や経済の伸びなどに合わせて、
自動的に医療費の伸びを調整することは可能か

平成14年改正時の案(医療制度改革試案:平成13年9月25日)

高齢者医療制度の持続可能性を確保するため、老人医療費の伸びが経済の動向と大きく乖離しないよう、その伸び率を抑制する仕組みの新たな導入を検討したが、様々な意見があり導入に至らず。

※ 当時の案は全国一律で以下のような仕組みを導入することであった。

- ①老人医療費の伸び率の目標値の設定
- ②目標値を踏まえた診療報酬の合理化、保健事業の推進等による医療の効率化等の推進
- ③目標を超過した場合の措置(診療報酬の調整)



留意点

給付費の伸び率をGDPの伸び率以下に抑制することについては、人口の高齢化や技術進歩等による伸びが避けられないため、GDPの大幅な上昇がなければ、困難。

- (1) 仮に給付費そのものを抑制する場合、単純に推計すれば、2025年までに約4割の給付削減（59兆円→38兆円）を行わなければならない、限界を超えた利用者負担を求めることになる（仮に給付削減分を自己負担の引き上げのみで賄うとした場合、現在実質15%の自己負担率を2.5倍～3倍程度引き上げることになる。）

また、仮に給付削減分の医療費を何らかの形で抑え込んだ場合、国民の健康水準が低下する恐れがある。

- (2) 仮に診療報酬の単価引き下げにより対応する場合、

- ① 医療費抑制のための粗診疎療もしくは収入最大化のための乱診濫療を招くおそれ（医療の質の低下）
- ② 良質な医療を効率的に供給する医療機関も乱診濫療を行った医療機関と同様に診療報酬が引き下げられ、不公平感を生む（一律に調整することは不平等） 等

- (参考) 1. 病院の予算上限をあらかじめ定めてその枠内で支出を管理する方策をとったイギリスでは、入院待機患者の増、年度末の病院閉鎖の弊害が生じたために、見直しを実施。近年は医療予算を拡大する方向に政策を転換（2002年に、今後5年間、医療予算を毎年実質7.4%ずつ増加させ、2001年時点対GDP比7.5%の医療費を2007年度には9.4%に引き上げる計画を発表。）
2. フランスにおいては、目標超過時の開業医に対する一律の医療費返還義務に違憲判決が出たために、実際に返還されず、開業医の医療費抑制に対して事実上拘束力なし。

諸外国においてもさまざまな医療費適正化の取組が行われてきているが、短期的な取組のみならず、医療費の伸び自体を適正化する中長期的な取組が必要になっている。



【長期的に効果の現れる取組】

- ・生活習慣病対策の推進

【中期的に効果の現れる取組】

- ・医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮
- ・地域における高齢者の生活機能の重視

【短期的に効果の現れる取組】

- ・公的保険給付の範囲の在り方の検討等

(参考) これまで議論されてきた医療費の適正化対策

日本型参照価格制度、OTC（一般用医薬品）類似薬（ビタミン剤等）の扱いや免責制など公的保険給付の内容及び範囲の見直し、老人医療費の伸び率管理制度

OECD諸国における医療費適正化の取組

(OECD報告書『世界の医療制度改革』(2004年)等)

<報告書による結論>

- 医療費適正化は、各国共通の喫緊の課題
- 医療費の増大は、90年代にほとんどのOECD諸国において、平均的な経済成長の水準を上回っている
- 各国においては、価格、供給等に関する予算上・行政上のさまざまな措置を組み合わせる形で対処
- これらの取組は、医療費増大のペースを緩やかにする短期的効果はあったが、一般的には医療費増大に対する根本的な解決策となっていない

主な取組	採用国の例	報告書等で指摘されている主な問題点
公定価格による規制	各国	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過剰投与・診療を誘発する可能性 ○ 高価格サービスや価格規制対象外に移行する可能性
医療従事者の賃金抑制	医療従事者の大部分が公的部門職員の国(北欧諸国、ギリシア、伊、ポルトガル等)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 長期的には医療提供体制の水準を損う可能性 ○ こうした影響に対する慎重な監視を併せて行っている国では、価格規制は一定の成果
総枠予算制等	英、独、仏、デンマーク、ニュージーランド、カナダ等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 過度の受診抑制・患者選別の恐れ ○ 予算上限一杯までの支出を誘発し、非効率な医療提供を招く可能性 ○ 目標値を上回った場合に合理的な調整が困難
患者一部負担引き上げ	各国	<ul style="list-style-type: none"> ○ 費用のかかる患者や低所得者に対する対策が必要なため、医療費全体への影響は限定的