

## 第3回医療費の将来見通しに関する検討会

### 議事次第

日時：平成19年3月22日（木）

10時00分～

場所：厚生労働省専用第17会議室

### 議題

- (1) 高齢者の受診動向等について
- (2) 社会保障に係る負担の内訳について
- (3) 医療供給体制と医療費について
- (4) 医療費の伸びと経済成長率について
- (5) 諸外国の医療費見通しについて

### 配付資料

- |       |                          |
|-------|--------------------------|
| 資料1   | 高齢者の受診行動等について            |
| 資料2   | 社会保障に係る負担の内訳について         |
| 資料3   | 医療供給体制と医療費について           |
| 資料4   | 医療費の伸びと経済成長率について         |
| 資料5-1 | スウェーデンの医療（費）の2030年までの見通し |
| 資料5-2 | フランスの医療費の将来見通し           |

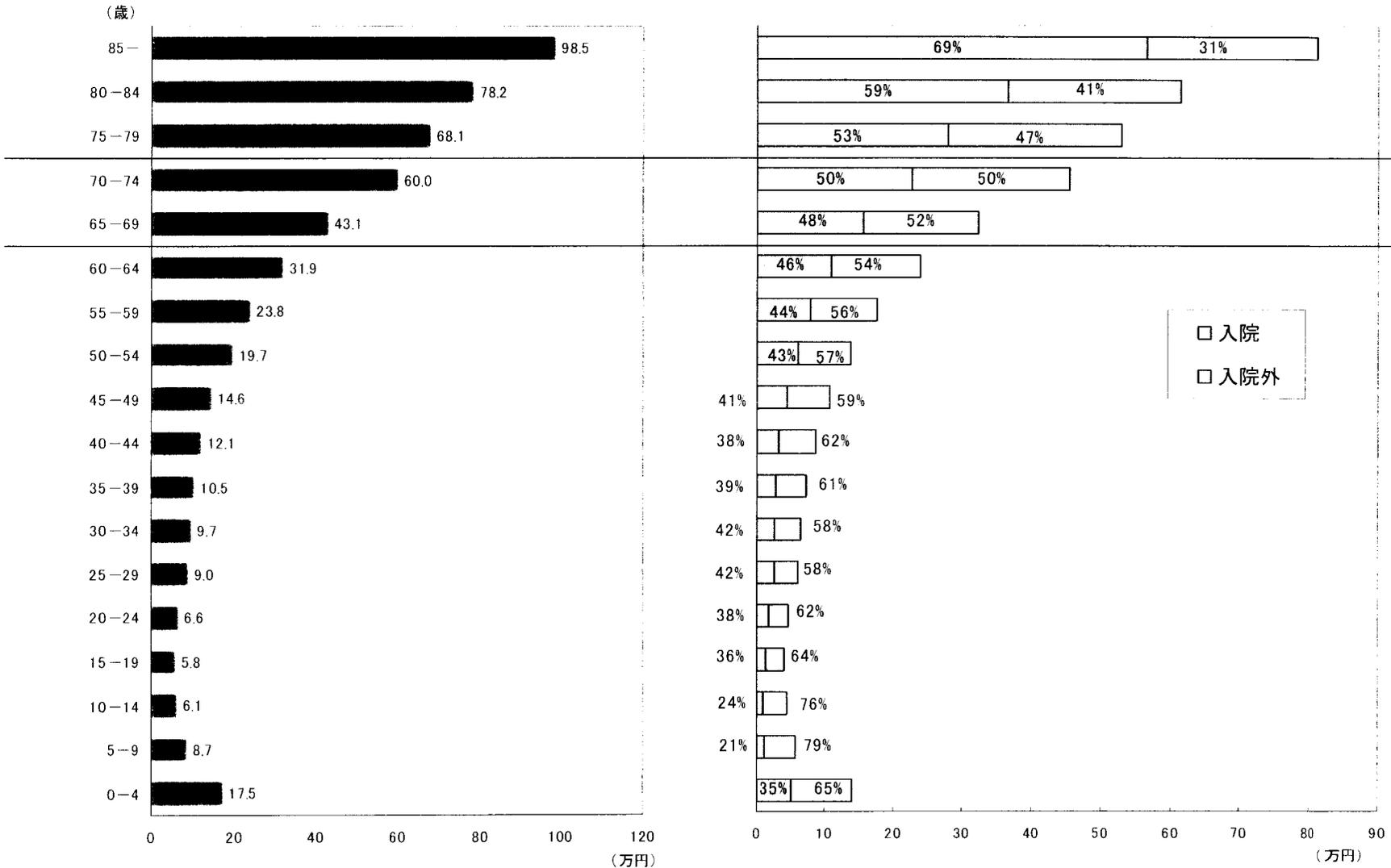
(1) 高齢者の受診動向等について

# 年齢階級別一人当たり医療費(平成16年度)(医療保険制度分)

1人当たり医科診療費を見ると、前期高齢期までは入院より入院外(外来)の比率が高いが、後期高齢期に入るとその比率が逆転する。

(医療費計)

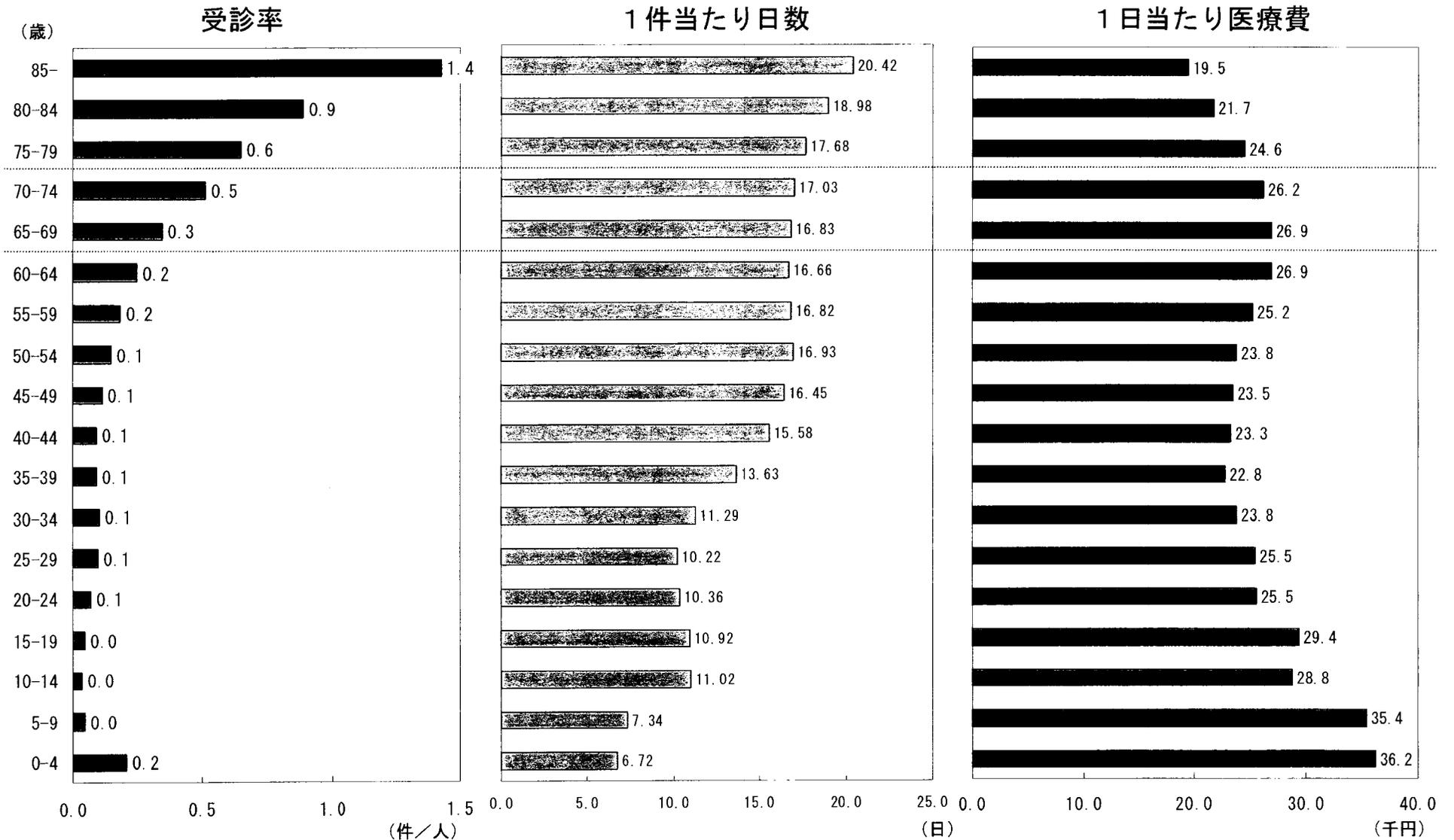
(医科診療費)



※ 「医療給付受給者状況調査報告」(社会保険庁)、「国民健康保険医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

## 年齢階級別 三要素(入院、平成16年度)

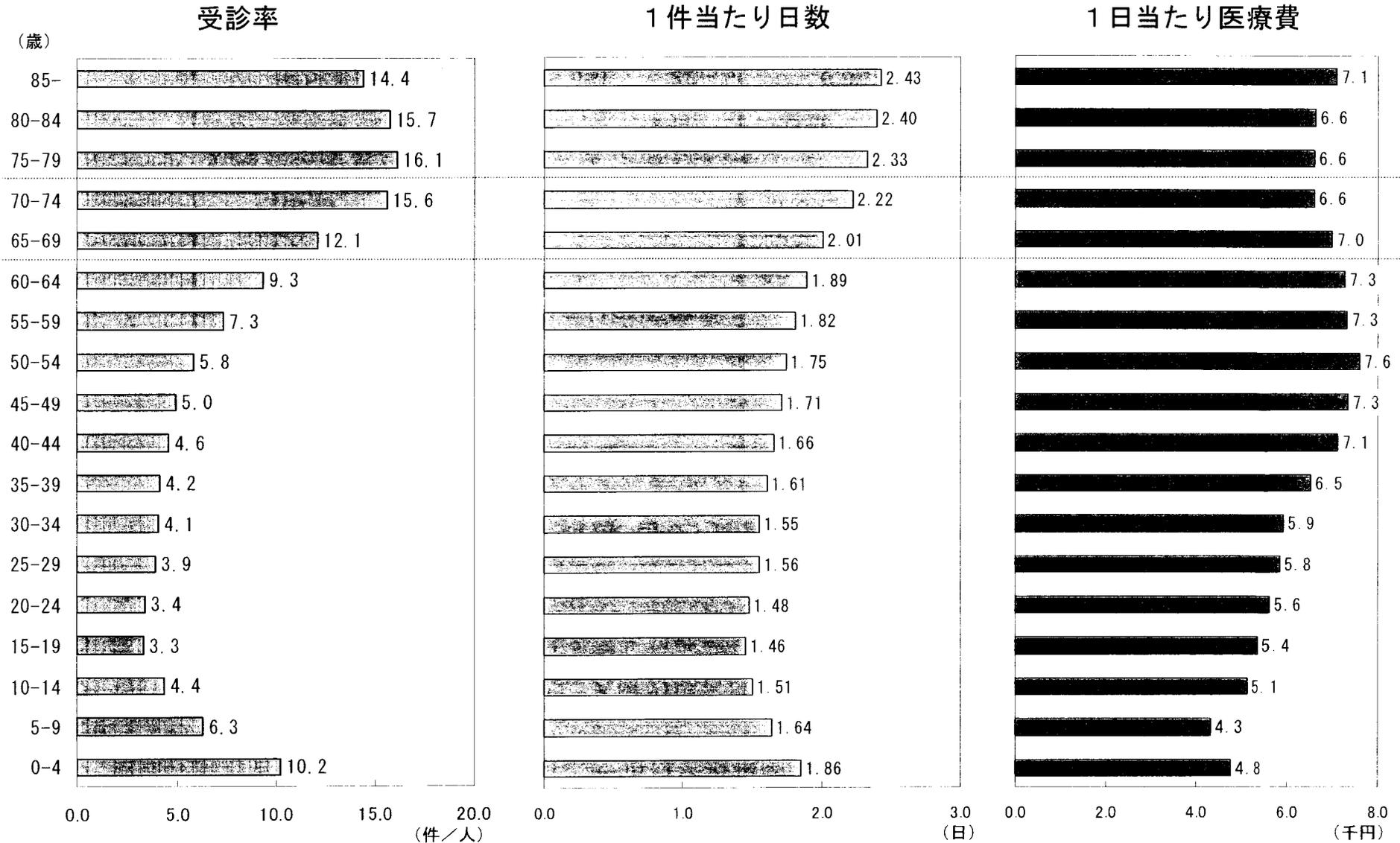
入院医療費について、三要素（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）に分解して見ると、後期高齢期に入ると受診率が急増するとともに、1件当たり日数が世代間で最も高くなる一方、1日当たり医療費は低くなる。



※ 「医療給付受給者状況調査報告」(社会保険庁)、「国民健康保険医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

## 年齢階級別 三要素(入院外、平成16年度)

入院外医療費について、三要素（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）に分解して見ると、年齢が上がるごとに増加していた受診率が、後期高齢者の中では年齢とともに低下する。



※ 「医療給付受給者状況調査報告」(社会保険庁)、「国民健康保険医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等より作成

## 高齢者の医療機関への受診の実態

- 現在の高齢者の約86%は、1ヶ月の間に、一度は医療機関にかかっており、うち、約81%は通院で医療機関にかかっている。入院している者は約7%。
- 1月にかかる患者1人当たりの医療費は、入院の場合は約48万円、通院で4万円弱となっている。
- 通院の場合のかかった医療機関の数をみると、1件が約50%、2件が約22%、3件以上が約9%となっている。
- 通院の場合の1ヶ月間の受診日数は、5日以下が約68%、6～10日が約8%、11日以上が約5%となっている。

### 老人医療受給対象者の受診の動向（平成17年11月）

1ヶ月の間に、医療機関にかかった者の割合	86.2%
うち、入院	7.0%
うち、入院外	81.0%
うち、歯科	11.8%

医療機関にかかった者1人当たりの医療費	
入院	48.2万円
入院外	3.8万円
歯科	1.8万円

#### 入院外で医療機関にかかった者の受診頻度

かかった医療機関の数	1件	2件	3件	4件	5件以上	合計
構成割合	49.6%	22.4%	6.8%	1.6%	0.5%	81.0%
1ヶ月間の受診日数	～5日	6～10日	11～15日	16～20日	20日～	合計
構成割合	67.9%	8.2%	2.9%	1.1%	0.9%	81.0%

(注) 1. 被用者保険の被保険者及び被扶養者である老人医療受給対象者について、同一の老人医療受給対象者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計したもの。(出典：老人医療受給対象者の受診の動向(被用者保険加入者分)保険局調査課)

2. 入院外の医療費には、薬剤の支給費用額を含んでおり、入院及び歯科の医療費は、食事療養(医科)費用額または食事療養(歯科)費用額を含んでいる。

総括表

老人医療受給対象者の受診の動向(平成17年11月)

患者割合・老人1人当たり医療費・患者1人当たり医療費の推移

	患者割合				老人1人当たり医療費(円)				患者1人当たり医療費(円)			
	合計				合計				合計			
		入院外	入院	歯科		入院外	入院	歯科		入院外	入院	歯科
H16年11月	85.3%	80.3%	6.7%	11.3%	63,276	29,186	32,028	2,062	74,152	36,358	475,138	18,199
12月	86.0%	80.9%	6.8%	11.5%	65,192	30,398	32,687	2,108	75,839	37,584	483,014	18,256
H17年1月	83.9%	78.6%	6.8%	10.3%	62,412	27,418	33,307	1,687	74,372	34,884	491,833	16,407
2月	84.0%	78.6%	7.1%	10.5%	61,256	27,253	32,174	1,829	72,886	34,670	455,700	17,462
3月	86.6%	81.2%	7.5%	11.4%	69,332	31,077	36,172	2,083	80,072	38,270	481,569	18,202
4月	86.1%	80.7%	7.1%	11.5%	66,040	30,792	33,181	2,068	76,687	38,136	468,568	18,049
5月	85.5%	80.1%	6.9%	11.3%	64,981	29,316	33,713	1,952	76,033	36,580	486,081	17,255
6月	86.0%	80.8%	7.0%	11.5%	65,833	30,496	33,245	2,091	76,573	37,758	477,003	18,128
7月	85.7%	80.6%	6.9%	11.1%	65,542	30,415	33,145	1,982	76,445	37,728	482,377	17,883
8月	85.8%	80.7%	6.9%	10.8%	66,692	31,055	33,773	1,863	77,711	38,483	485,997	17,316
9月	85.4%	80.3%	6.7%	10.8%	64,407	30,327	32,179	1,900	75,441	37,786	478,211	17,574
10月	85.8%	80.7%	6.9%	11.5%	66,049	30,656	33,342	2,051	76,954	38,008	483,383	17,794
11月	86.2%	81.0%	7.0%	11.8%	66,435	30,581	33,751	2,103	77,050	37,768	481,832	17,823
	(1.0%)	(0.9%)	(3.9%)	(4.1%)	(5.0%)	(4.8%)	(5.4%)	(2.0%)	(3.9%)	(3.9%)	(1.4%)	(-2.1%)

- (注) 1. 集計対象は、被用者保険の被保険者及び被扶養者である老人医療受給対象者である。  
 2. 同一の老人医療受給対象者にかかるレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計したものである。「(名寄せ)」という。  
 3. 名寄せにあたってマッチング出来なかったレセプトは除外して集計した上で、全体の医療費及びレセプトの件数が月報の数値と一致するように補正している。  
 4. 括弧内は対前年同月比である。  
 5. 患者割合とは、入院外、入院、歯科の診療を受けた者の数を老人医療受給対象者数で除したものである。  
 6. 入院外の医療費には、薬剤の支給費用額を含んでおり、入院及び歯科の医療費は、食事療養(医科)費用額または食事療養(歯科)費用額を含んでいる。

# 終末期における医療費について

(平成14年度)

1年間の死亡者について死亡前1ヶ月間にかかった医療費を年間の終末期医療費とした場合、

1年間の死亡者数(平成14年) 98万人<sup>(2)</sup>

うち、医療機関での死亡者数 80万人・・・①

死亡前1ヶ月の平均医療費 112万円<sup>(1)</sup>・・・②

○ 1年間にかかる終末期医療費

$$\text{①} \times \text{②} = \underline{\text{約9,000億円}}$$

(参考)

(1) 1件当たり入院医療費(1ヶ月単位)は、約41万円。

(2) 年間の死亡者数は、近年、平均で年2万人程度の増加傾向。

今後10年間は、年2万人を超えるペースで増加すると推計されている。

資料出所:医療経済研究機構「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究」(平成12年3月)等を基に、厚生労働省保険局調査課において推計

(2) 社会保障に係る負担の内訳について

## 医療給付費の将来見通し (平成18年医療制度改革ベース)

	2006年度 (平成18) 予算ベース	2010年度 (平成22)	2015年度 (平成27)	2025年度 (平成37)
<b>改革後</b>	<b>27.5 兆円</b>	<b>31.2 兆円</b>	<b>37 兆円</b>	<b>48 兆円</b>
国民所得比	7.3%	7.4% ~ 7.7%	8.0% ~ 8.5%	8.8% ~ 9.7%
GDP比	5.4%	5.4% ~ 5.6%	5.8% ~ 6.1%	6.4% ~ 7.0%
<b>改革実施前</b>	<b>28.5 兆円</b>	<b>33.2 兆円</b>	<b>40 兆円</b>	<b>56 兆円</b>
国民所得比	7.6%	7.9% ~ 8.2%	8.7% ~ 9.2%	10.3% ~ 11.4%
GDP比	5.5%	5.8% ~ 5.9%	6.3% ~ 6.6%	7.5% ~ 8.2%
<b>国民所得</b>	<b>375.6 兆円</b>	<b>403 ~ 420 兆円</b>	<b>432 ~ 461 兆円</b>	<b>492 ~ 540 兆円</b>
<b>GDP</b>	<b>513.9 兆円</b>	<b>558 ~ 576 兆円</b>	<b>601 ~ 634 兆円</b>	<b>684 ~ 742 兆円</b>

### (試算の前提)

1. 「改革実施前」は、平成18年度の診療報酬改定及び健康保険法等改正を実施しなかった場合を起算点とし、1人当たり医療費の伸びについては従前通り、70歳未満2.1%、70歳以上3.2%と設定して試算している。
2. 「改革後」は、平成18年度予算を起算点とし、平成18年度の診療報酬改定及び健康保険法等改正の効果を織り込んで試算したもの。
3. 国民所得比及びGDP比の算出に用いた名目経済成長率は、2011年度までは「改革と展望2005」参考試算、2012年度以降は平成16年年金財政再計算の前提を用いて、「基本ケース」及び「リスクケース」の2つのケースを設定している。

### 名目経済成長率の推移

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012~
基本ケース	2.0%	2.5%	2.9%	3.1%	3.1%	3.2%	1.6%
リスクケース	2.0%	1.9%	2.1%	2.2%	2.1%	2.2%	1.3%

〔「社会保障の給付と負担の見通し」(平成18年5月)より抜粋〕

(社会保障に係る負担の内訳)

【部門別】	2006年度 (平成18)		2011年度 (平成23)		2015年度 (平成27)	
	兆円	%	兆円	%	兆円	%
年金	39.5 (39.6)	10.5 (10.5)	49 (50)	11.4 (11.6)	56 (58)	12.1 (12.5)
医療	27.5 (28.5)	7.3 (7.6)	32 (34)	7.5 (8.0)	37 (40)	8.0 (8.7)
福祉等	15.8 (16.2)	4.2 (4.3)	19 (21)	4.5 (4.8)	22 (24)	4.7 (5.1)
うち介護	6.6 (6.9)	1.8 (1.8)	9 (10)	2.0 (2.3)	10 (12)	2.3 (2.7)
【保険料・公費別】						
保険料負担	54.0 (54.8)	14.4 (14.6)	65 (67)	14.9 (15.4)	73 (77)	15.9 (16.6)
年金	31.0 (31.2)	8.3 (8.3)	37 (38)	8.7 (8.8)	43 (43)	9.3 (9.4)
医療	16.3 (16.8)	4.3 (4.5)	19 (20)	4.4 (4.7)	21 (23)	4.6 (5.0)
福祉等	6.7 (6.8)	1.8 (1.8)	8 (9)	1.9 (2.0)	9 (10)	2.0 (2.2)
うち介護	2.8 (2.9)	0.7 (0.8)	4 (4)	0.8 (1.0)	4 (5)	1.0 (1.2)
公費負担	28.8 (29.5)	7.7 (7.8)	36 (38)	8.4 (8.9)	41 (45)	8.9 (9.7)
年金	8.4 (8.4)	2.2 (2.2)	12 (12)	2.7 (2.8)	13 (14)	2.8 (3.0)
医療	11.2 (11.7)	3.0 (3.1)	13 (14)	3.0 (3.3)	15 (17)	3.4 (3.7)
福祉等	9.2 (9.4)	2.4 (2.5)	11 (12)	2.6 (2.8)	13 (14)	2.7 (3.0)
うち介護	3.8 (4.0)	1.0 (1.1)	5 (6)	1.1 (1.3)	6 (7)	1.3 (1.5)

注1) %は対国民所得。額は、各年度の名目額(将来の額は現在価格ではない)。  
 注2) 公費は、2009年度に基礎年金国庫負担割合が1/2に引き上げられたものとしている。  
 注3) カッコ外の数値は改革反映、カッコ内の数値は改革前のもの。  
 注4) 経済前提はAケース。

〔「社会保障の給付と負担の見通し」(平成18年5月)より抜粋〕

【参考】(社会保障に係る負担の内訳)・・・Bケース(低目の経済成長)

【部門別】	2006年度 (平成18)		2011年度 (平成23)		2015年度 (平成27)	
	兆円	%	兆円	%	兆円	%
年金	39.5 (39.6)	10.5 (10.5)	48 (49)	11.7 (11.9)	53 (55)	12.4 (12.8)
医療	27.5 (28.5)	7.3 (7.6)	32 (34)	7.9 (8.4)	37 (40)	8.5 (9.2)
福祉等	15.8 (16.2)	4.2 (4.3)	19 (20)	4.6 (4.9)	21 (23)	4.8 (5.3)
うち介護	6.6 (6.9)	1.8 (1.8)	8 (10)	2.0 (2.4)	10 (12)	2.3 (2.8)
【保険料・公費別】						
保険料負担	54.0 (54.8)	14.4 (14.6)	63 (65)	15.4 (15.9)	71 (74)	16.4 (17.1)
年金	31.0 (31.2)	8.3 (8.3)	36 (37)	8.8 (8.9)	41 (41)	9.4 (9.6)
医療	16.3 (16.8)	4.3 (4.5)	19 (20)	4.7 (4.9)	21 (23)	4.9 (5.3)
福祉等	6.7 (6.8)	1.8 (1.8)	8 (8)	1.9 (2.0)	9 (10)	2.0 (2.2)
うち介護	2.8 (2.9)	0.7 (0.8)	4 (4)	0.9 (1.0)	4 (5)	1.0 (1.2)
公費負担	28.8 (29.5)	7.7 (7.8)	36 (38)	8.7 (9.3)	40 (44)	9.3 (10.2)
年金	8.4 (8.4)	2.2 (2.2)	12 (12)	2.8 (2.9)	13 (14)	3.0 (3.2)
医療	11.2 (11.7)	3.0 (3.1)	13 (14)	3.2 (3.5)	15 (17)	3.6 (3.9)
福祉等	9.2 (9.4)	2.4 (2.5)	11 (12)	2.7 (2.9)	12 (13)	2.8 (3.1)
うち介護	3.8 (4.0)	1.0 (1.1)	5 (6)	1.2 (1.4)	6 (7)	1.3 (1.6)

注1) %は対国民所得。額は、各年度の名目額(将来の額は現在価格ではない)。

注2) 公費は、2009年度に基礎年金国庫負担割合が1/2に引き上げられたものとしている。

注3) カッコ外の数値は改革反映、カッコ内の数値は改革前のもの。

[参議院厚生労働委員会辻泰弘委員のお求めに応じて平成18年6月に作成した「社会保障の給付と負担の見通し」より抜粋]

(参考) 被用者(サラリーマン)の社会保険料率の見通し

	2006年度 (平成18)	2025年度 (平成37)
年金	14.288%	18.3%
医療	7.7%	8.0%~8.5%
介護	1.1%	1.6%~1.7%
雇用	1.6%	1.6%
総計	24.7%	29.5%~30.1%

※ 被用者と事業主が、原則として折半して負担

(参考)

		2006年度 (平成18)	2025年度 (平成37)
医療	政管※	8.2%	8.4%~9.0%
	組合	7.2%	7.6%~8.1%
介護	政管※	1.2%	1.8%~1.8%
	組合	1.1%	1.5%~1.5%

注1) 保険料率は年金は厚生年金の年度初の料率、医療及び介護は、それぞれ政管健保※と組合健保に係る料率の平均値。

※ 2008(平成20)年10月以降は、全国健康保険協会

注2) 2025年度の医療に係る分については目安としての見通しの上に予測を重ねるものとなっている等の問題点があることに留意が必要。

注3) 賃金上昇率の前提は、次の通り。

		2006年度 (平成18)	2007年度 (平成19)	2008年度 (平成20)	2009年度 (平成21)	2010年度 (平成22)	2011年度 (平成23)	2012年度~ (平成24~)
賃金上昇率	並(Aケース)	2.0%	2.7%	3.1%	3.4%	3.2%	3.2%	2.1%
	低目(Bケース)	2.0%	2.1%	2.3%	2.5%	2.2%	2.2%	1.8%

(参考)

## 経済前提

○ この見通しの経済前提は、以下のとおり、Aケース(並の経済成長)、Bケース(低めの経済成長)の2ケースを置いている。

*いずれも名目		206年度 (平成18)	207年度 (平成19)	208年度 (平成20)	209年度 (平成21)	210年度 (平成22)	211年度 (平成23)	212年度 以降 (平成24~)
物価上昇率	並(Aケース)	0.5%	1.1%	1.6%	1.9%	2.1%	2.2%	1.0%
	低目(Bケース)	0.5%	1.1%	1.5%	1.8%	1.9%	1.8%	1.0%
賃金上昇率	並(Aケース)	2.0%	2.7%	3.1%	3.4%	3.2%	3.2%	2.1%
	低目(Bケース)	2.0%	2.1%	2.3%	2.5%	2.2%	2.2%	1.8%
運用利回り	並(Aケース)	1.9%	2.6%	3.1%	3.5%	3.9%	4.1%	3.2%
	低目(Bケース)	1.9%	2.5%	3.0%	3.5%	3.8%	3.9%	3.1%
国民所得の伸び率	並(Aケース)	2.0%	2.5%	2.9%	3.1%	3.1%	3.2%	1.6%
	低目(Bケース)	2.0%	1.9%	2.1%	2.2%	2.1%	2.2%	1.3%

○ 2011年度まで

- ・ Aケースは「改革と展望－2005年度改定 参考試算」の基本ケース、Bケースは同試算のリスクケースに基づく。なお、同試算においては、全要素生産性(TFP)上昇率が、基本ケースでは2004年度の1.0%から5年間で1.2%程度に高まり、リスクケースでは0.7%程度とされている。

○ 2012年度以降

- ・ 物価上昇率は、消費者物価上昇率の過去20年(1983年～2002年)の平均が1.0%であることから、1.0%と設定。
- ・ 賃金上昇率と運用利回りは、社会保障審議会年金資金運用分科会報告(2003.8.27)を基に設定(構造改革の実行を前提とした日本経済の生産性上昇の見込み(年次経済財政報告(内閣府))に基づき、中長期的な実質賃金上昇率、実質運用利回りを推計)。なお、同分科会報告における全要素生産性(TFP)上昇率は、1.0%、0.7%及び0.4%の3ケースであり、0.7%がAケース、0.4%がBケースに対応。
- ・ 国民所得の伸び率は、賃金上昇率に労働力人口の変化率を加えて設定(労働力人口の変化率:2012年以降は $\Delta 0.5\%$ )。

(3) 医療供給体制と医療費について

## 医療供給体制と医療費

- 医療費に占める人件費の割合は過去約5割で安定して推移している。
- 医療費の将来見通しでは、昨年の医療制度改革実施後で、2006年で33.0兆円が、2025年で56兆円の1.7倍になると見込まれている。
- 一方、平成18年7月に公表された「医師の需給に関する検討会報告書」によると、現在の医学部入学定員で推移した場合に供給される医療施設に従事する医師の数は、2006年の25.9万人が、2025年には31.1万人と1.2倍になっている。
- また、平成17年12月に公表された「第6次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」によると、2006年で127万人の看護職員が、2010年に139万人になると見込まれている。
- 「社会保障の給付と負担の見通し」の賃金上昇率の前提によると、2025年の賃金は累積で現在の1.6倍になっていることを踏まえると、医師や看護師が上記のように推移するとすれば、医療費の将来見通しは、供給体制からみて、必ずしも過大なものではないことがわかる。

## 医療費の将来見通しと医師数の見通し

	2006年度	→	2025年度	
医療費				
改革実施前	34.0兆円	→	65兆円	1.9倍
改革後	33.0兆円	→	56兆円	1.7倍
賃金上昇			年率2.4%程度	1.6倍
医師数	25.9万人	→	31.1万人	1.2倍

(注)1. 医療費は、平成18年医療制度改革をベースにした試算結果である。

2. 賃金上昇率は、「社会保障の給付と負担の見通し」(平成18年5月)の前提である。

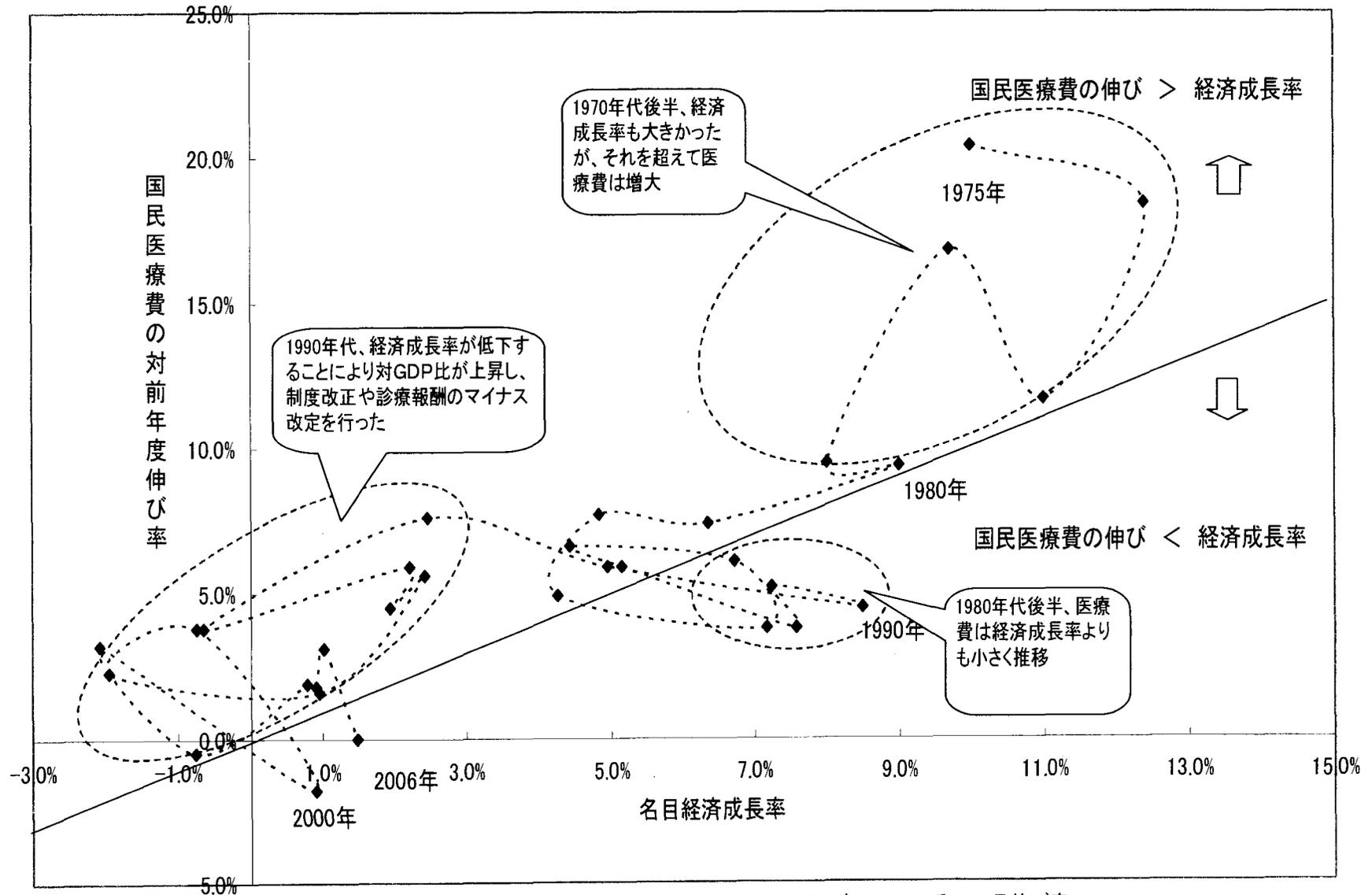
3. 医師数は、「医師の需給に関する検討会報告書」(平成18年7月)に基づく。

(4) 医療費の伸びと経済成長率について

## 医療費の伸びと経済成長率

- 1970年代からのわが国の国民医療費の伸び率と経済成長率との関係を見ると、両者は、概して、経済成長率の高い時期は国民医療費の伸びが高く、経済成長率の低い時期は低く推移してきた。
- いくつかの時期に分けて見ると、
  - ① 1970年代の経済成長率が高かった時期は、その伸びを超えて、国民医療費は伸びていた。
  - ② 1980年代に入って、老人の一部負担導入などもあり、国民医療費の伸びは、成長率よりもやや低く推移した。
  - ③ 1990年代以降、急速に経済成長率が鈍化する中、国民医療費の伸びはあまり低下せず、経済成長率を超えて伸びる時期が続いた。
- このように、国民医療費の伸びと経済成長率にある程度のある関係がある背景としては、国民医療費の伸びを構成する要素の1つとして診療報酬改定があり、これが当時の経済情勢を勘案して、設定されてきたことが考えられる。

## 医療費の伸びと経済成長率



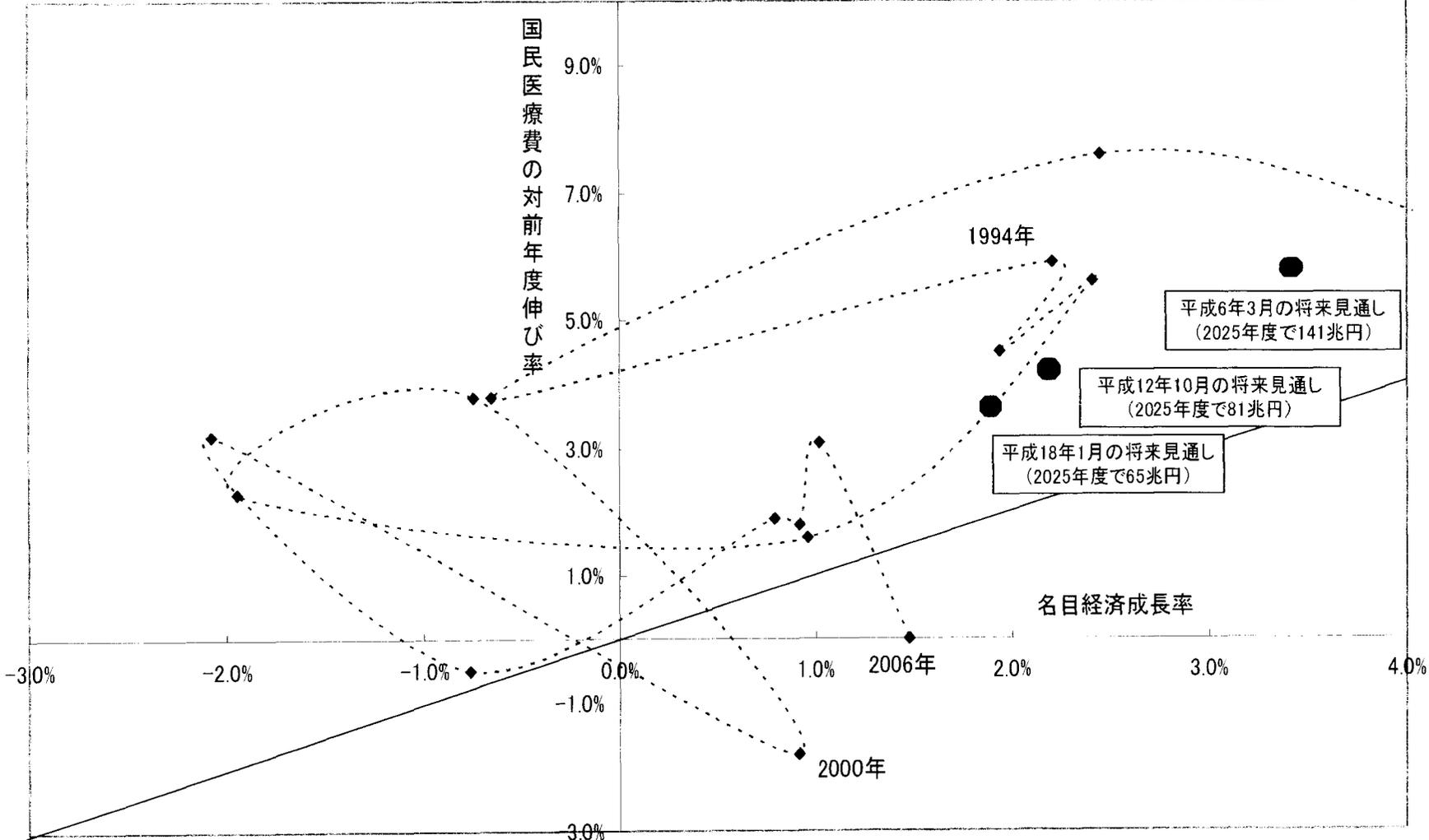
(注) 国民医療費は、2004年度までは実績。2005年度は医療機関メディアス、2006年度は医療機関メディアスによる4～9月伸び率。

経済成長率は、2005年度までは実績。2006年度は政府経済見通しによる実績見込み。

(出典) 「国民医療費」(厚生労働省大臣官房統計情報部)、「国民経済計算」(内閣府)

過去に行われた将来見通しにおける経済成長率の仮定と国民医療費の伸び率の関係をみると、いずれの将来見通しにおいても、概ね、経済成長率+2%程度となっている。

これまでの将来見通しにおける医療費の伸びと経済成長率

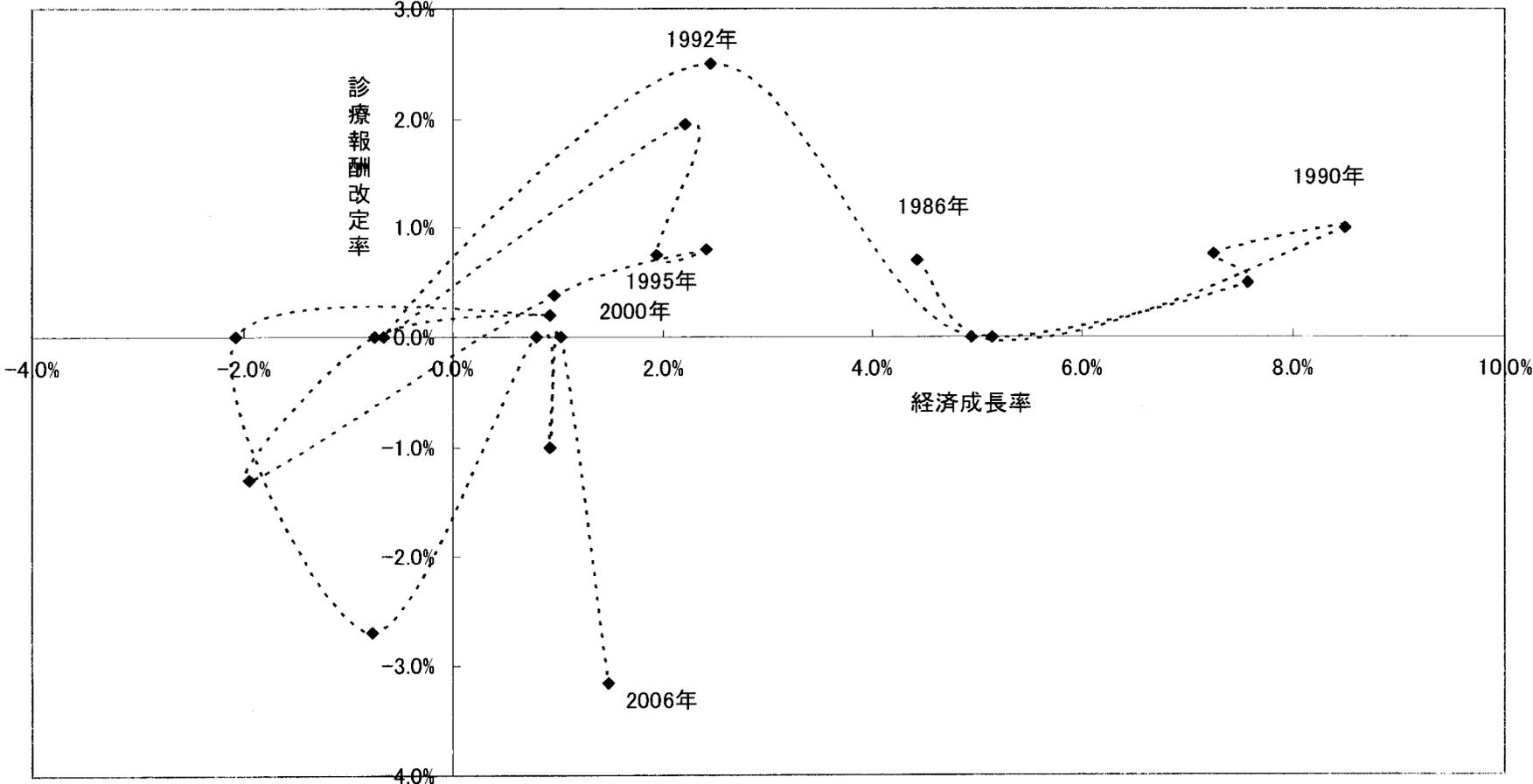


(注) 国民医療費は、2004年度までは実績。2005年度は医療機関メディアス、2006年度は医療機関メディアスによる4~9月伸び率。  
 経済成長率は、2005年度までは実績。2006年度は政府経済見通しによる実績見込み。  
 (出典) 「国民医療費」(厚生労働省大臣官房統計情報部)、「国民経済計算」(内閣府)

# 診療報酬改定率と経済成長率(1)

○ 診療報酬改定率と経済成長率の関係を単年度ごとにみると、必ずしも両者に関係があるとはいえ、例えば、同じ2%程度の経済成長率のときであっても、1992年のように+2.5%の改定が行われるときもあれば、2006年のように▲3.16%の改定が行われることもある。

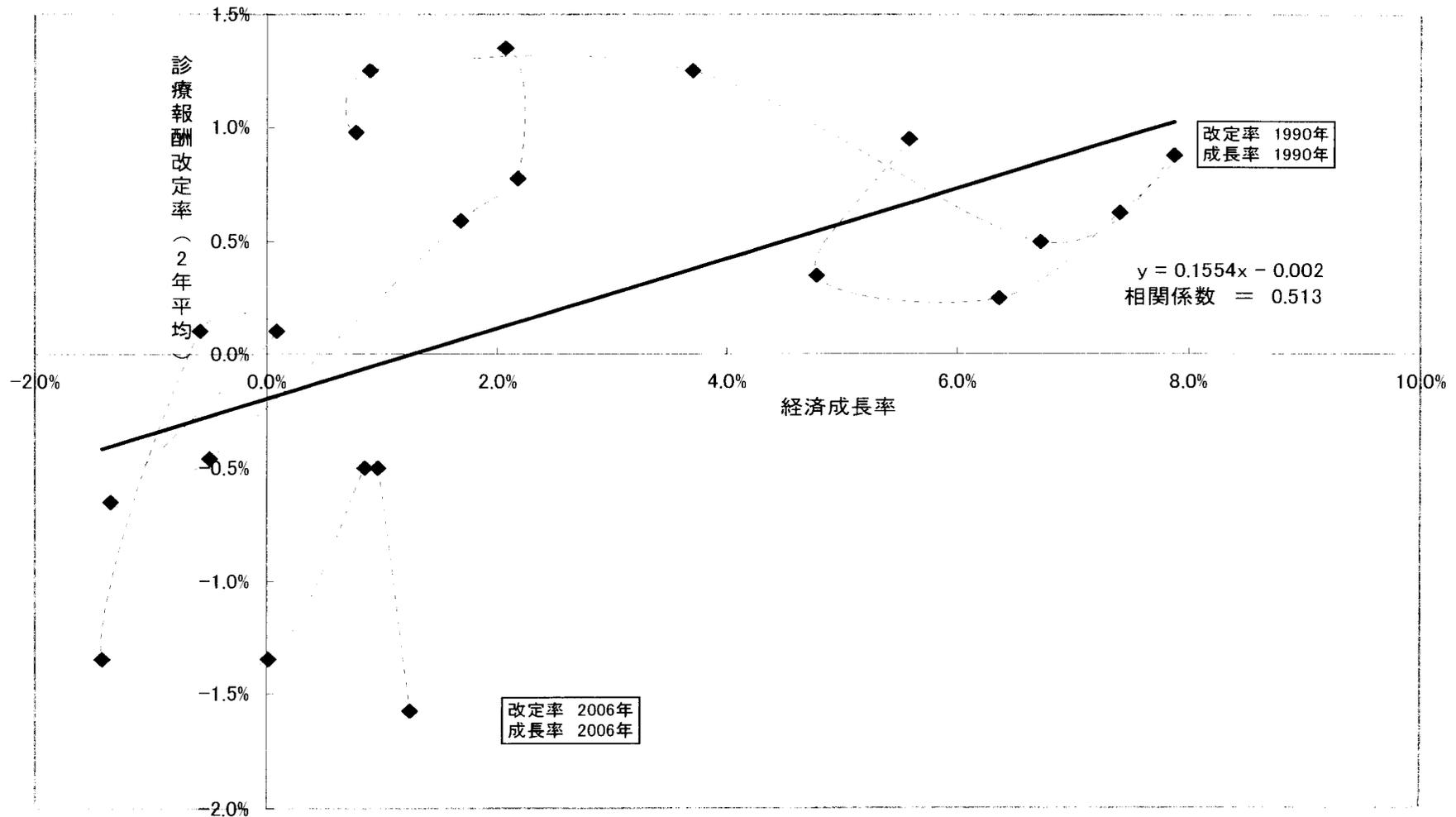
診療報酬改定率と経済成長率  
(1986～2006年)



(注) 経済成長率は、内閣府「国民経済計算」。ただし、2006年度については、政府経済見通しによる実績見込み。診療報酬改定率は、年度当初に設定されたもの。

## 診療報酬改定率と経済成長率(2)

- しかし、1970年代は国民医療費の伸びが高く、1990年代以降低く推移しているといった長期のトレンドをみると、診療報酬改定率と経済成長率に全く関係がないとはいえない。
- 以下のグラフは、診療報酬改定が最近では2年に一度であることから、各年度の改定率の2年平均値を出し、それと各年の経済成長率の相関をみたものである。



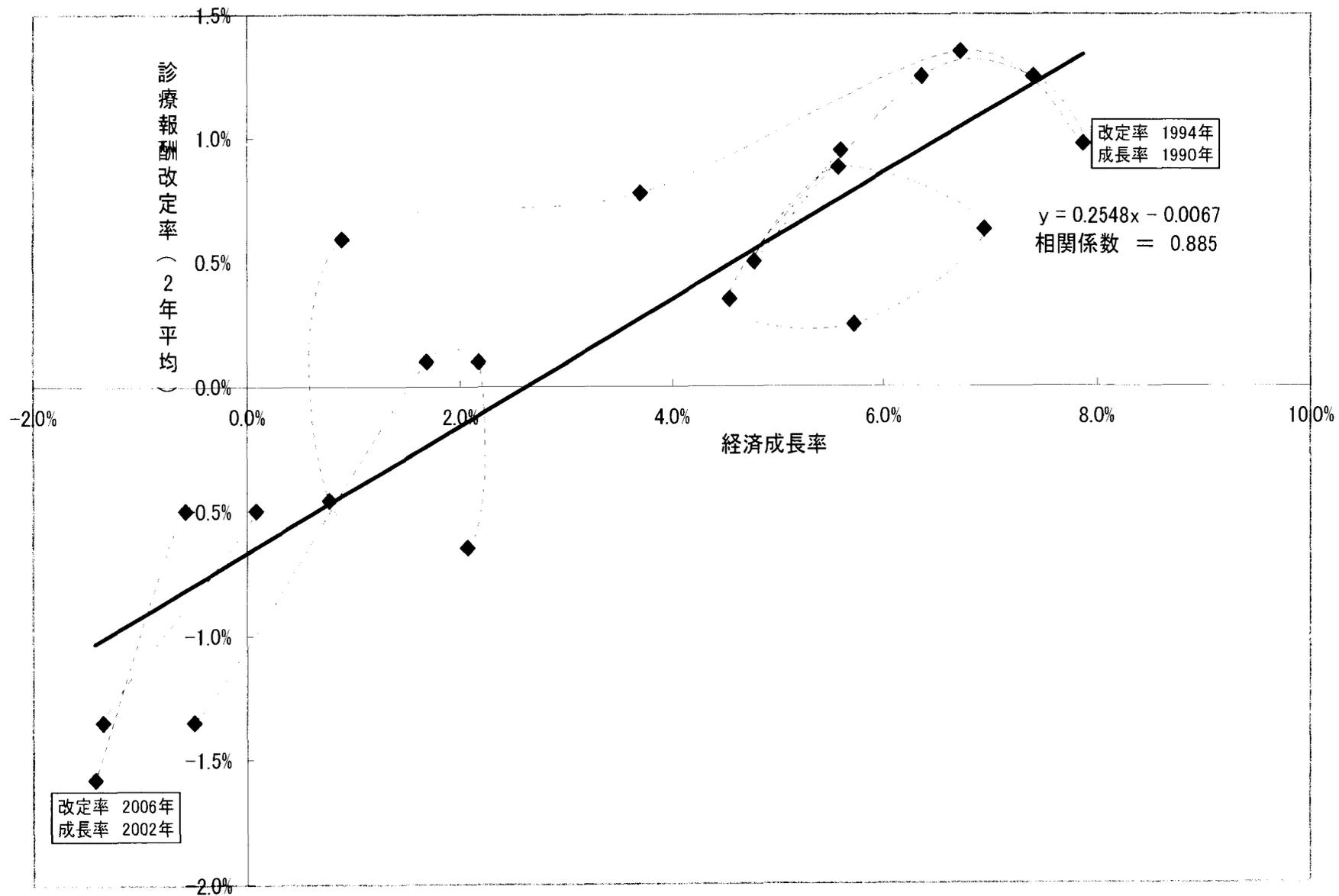
### 診療報酬改定率と経済成長率(3)

- 診療報酬改定が、その改定率決定時における過去の経済動向を踏まえつつ、決まることを考えると、両者の関係に一定のタイムラグがあると考えられるため、前のページの診療報酬改定率と経済成長率の関係について、経済成長率を1年ずつ過去にずらして、相関係数をとる試みを行った。
- すると、タイムラグを4～5年とった場合に、約0.9という非常に高い相関係数が得られた。

#### 診療報酬改定率と経済成長率の相関係数

タイムラグ	参照期間	相関係数
0年	改定率 (1986～2006)	0.513
	成長率 (1986～2006)	
1年	改定率 (1986～2006)	0.590
	成長率 (1985～2005)	
2年	改定率 (1986～2006)	0.602
	成長率 (1984～2004)	
3年	改定率 (1986～2006)	0.718
	成長率 (1983～2003)	
4年	改定率 (1986～2006)	0.885
	成長率 (1982～2002)	
5年	改定率 (1986～2006)	0.882
	成長率 (1981～2001)	
6年	改定率 (1986～2006)	0.758
	成長率 (1980～2000)	

# 診療報酬改定率と経済成長率(4)



# スウェーデンの医療(費)の2030年までの見通し

# スウェーデンの医療(費) の2030年までの見通し

Sveriges Kommuner och Landsting

”Hälsa och sjukvården till 2030”

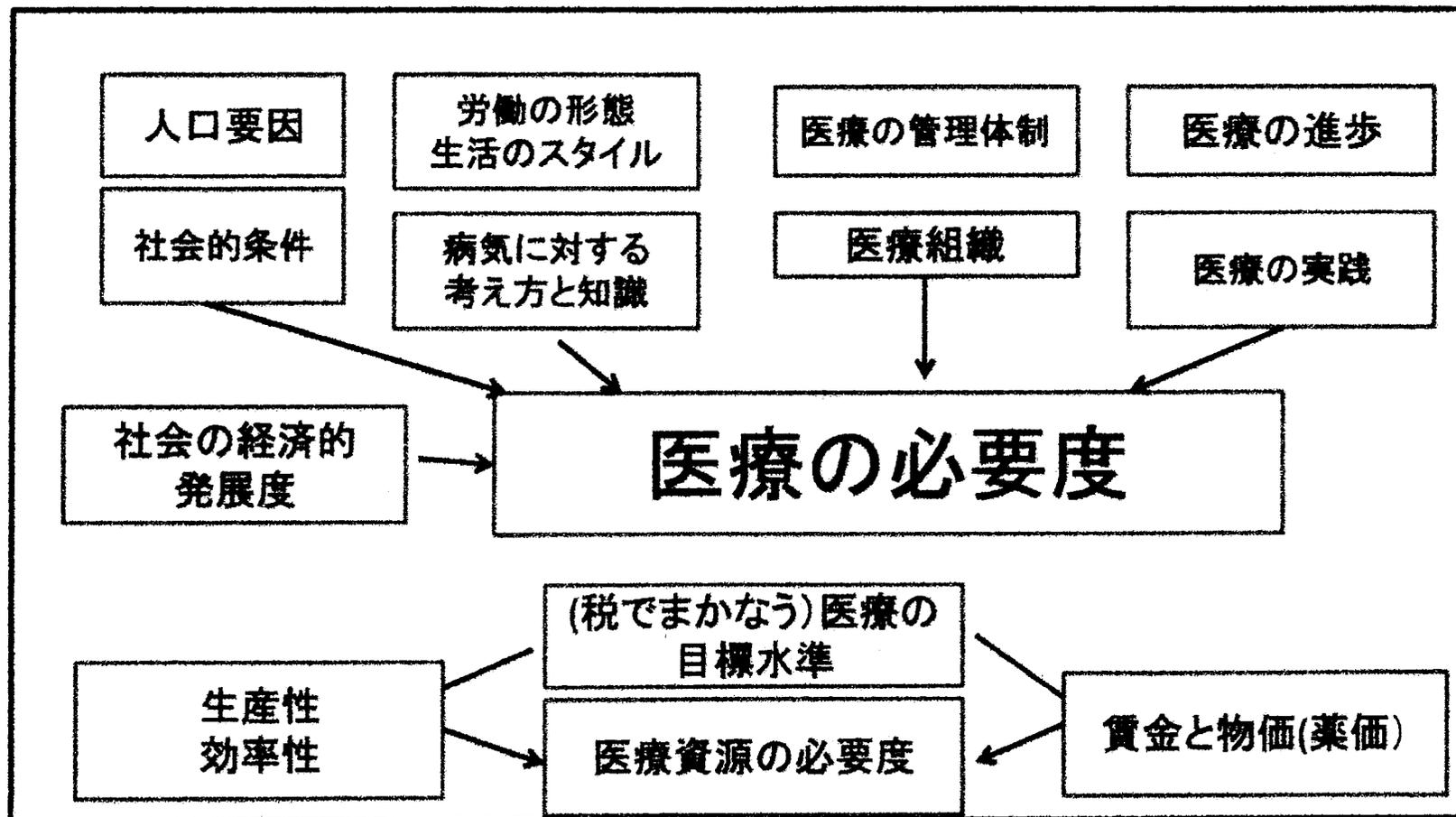
Om sjukvårdens samlade  
resursbehov på längre sikt

慶応大学 飯野靖四

# 報告書の目次

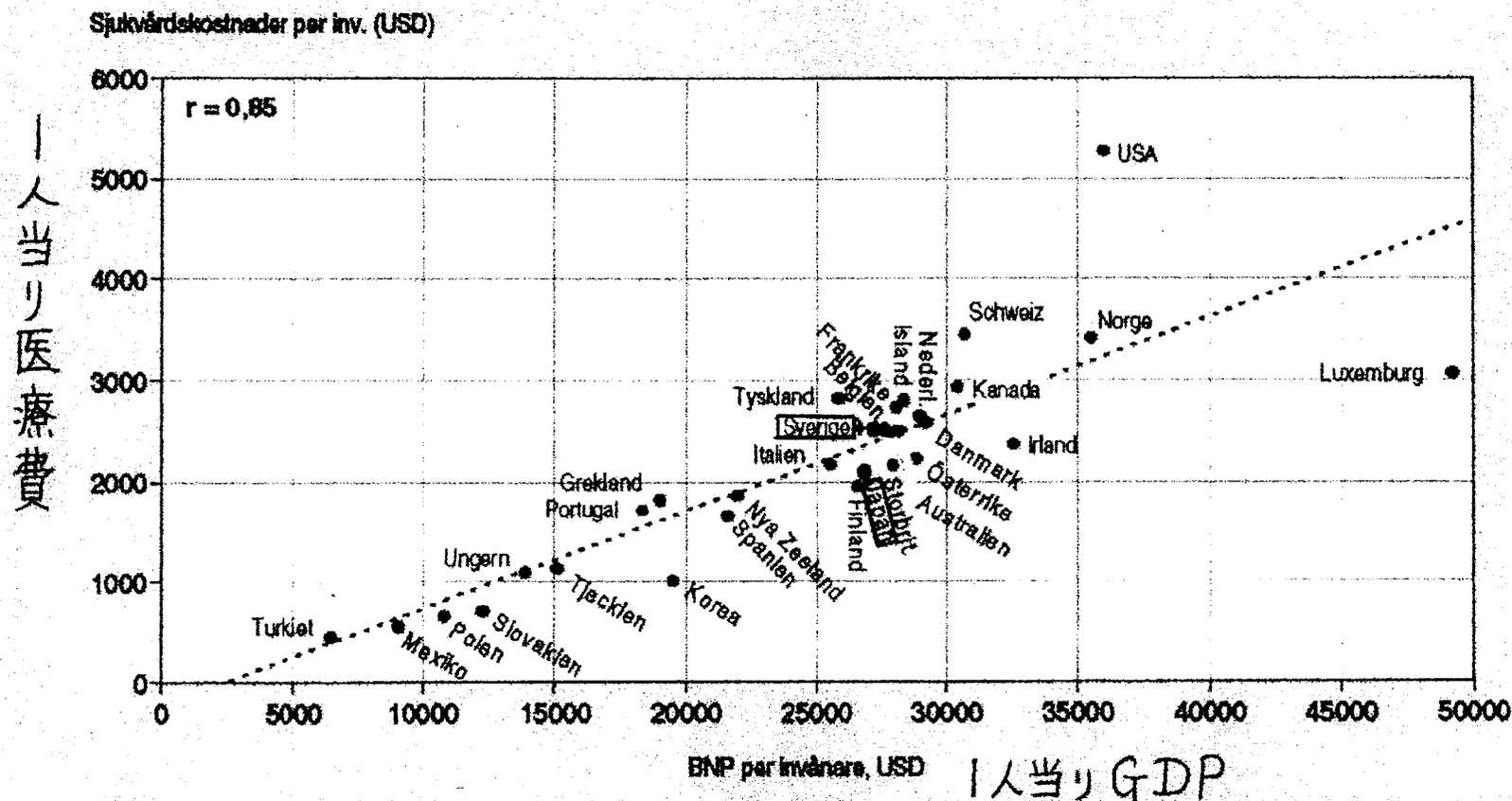
- I スウェーデン医療モデルの大きな挑戦
- II 歴史と現状
- III 2030年までの医療資源の必要度
- IV 2030年までの経済的発展のシナリオ
- v 医療における人的必要の増加
- vi 医療における財政上の制約
- vii まとめ

# 図1 医療の必要度に影響を与える要因



# Sjukvårdskostnader och BNP per invånare inom OECD (USD), 2002

図 2 一人当り医療費と一人当りGDPの関係



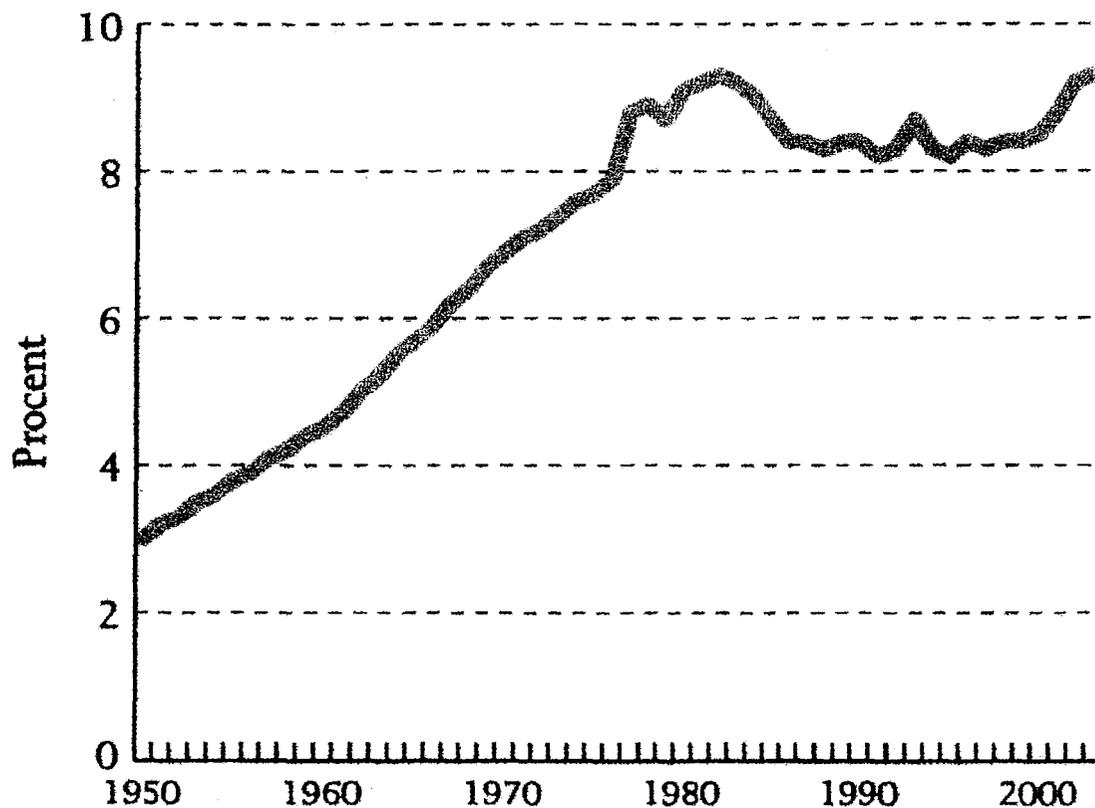
Källa: OECD 2004



# 1. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP åren 1950-2003

☒ 3 スウェーデンの医療費(対GDP比)

Procentuell förändring



*Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan*



Svenska  
Kommuner  
och Landsting

**表1 スウェーデンの医療費の伸び率(対GDP比)**

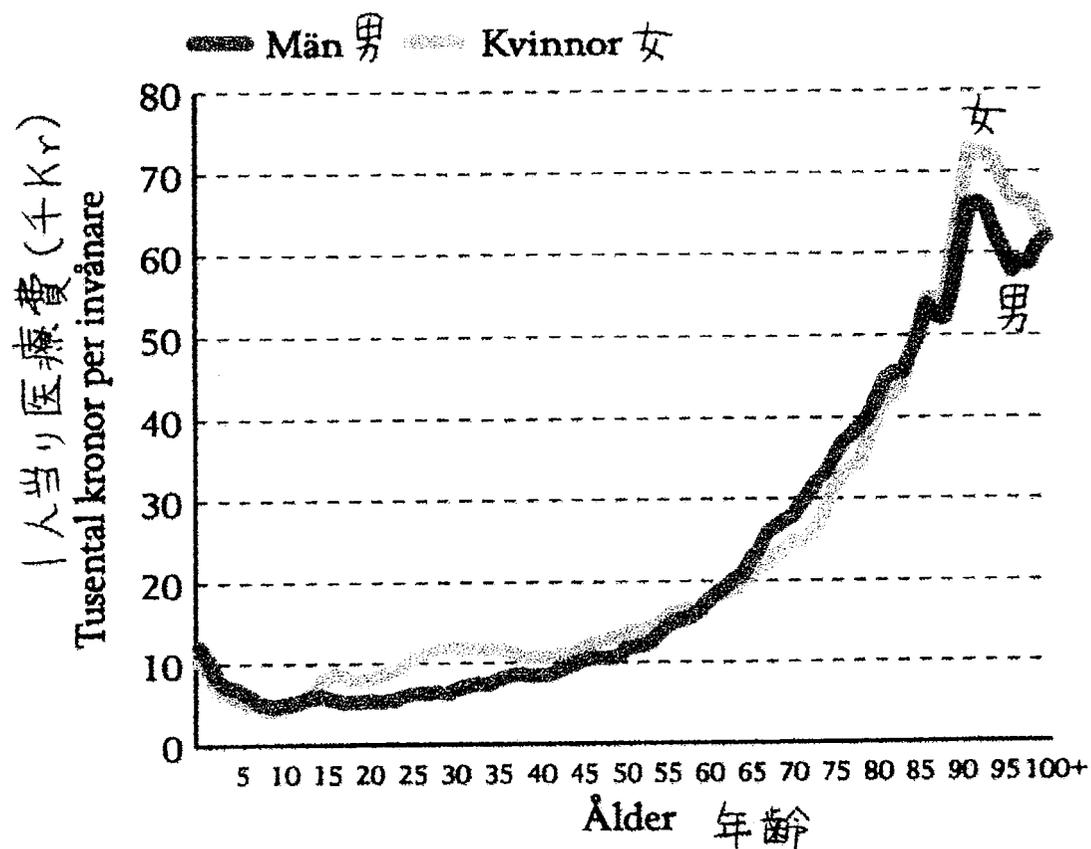
	実質医療費 の伸び率	実質GDP の伸び率	医療費価格 の相対比	医療費による GDPの伸び率	うち医療量の 変化による	うち医療価格 の変化による
1950-1960年	6.1	3.4	1.5	1.5	0.9	0.5
1960-1970年	5.4	4.6	3.6	2.4	0.3	1.9
1970-1980年	2.4	1.9	2.3	2.2	0.3	1.8
1980-1985年	1.6	1.9	-0.7	-0.4	-0.1	-0.3
1985-1990年	1.6	2.5	0.2	-0.3	-0.4	0.1
1990-1995年	0.5	0.8	-0.2	-0.2	-0.1	-0.1
1995-2000年	1.9	3.2	2.3	0.3	-0.6	1
2000-2003年	2.5	1.5	2.7	0.8	0.1	0.7

**表2 人口要因のみによる医療費の伸び率**

1950-1959年	1
1960-1969年	1.1
1970-1979年	0.8
1980-1989年	0.7
1990-1999年	0.5
2000-2004年	0.6
2005-2030年	0.8

## 7 • Landstingens och kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård vid olika åldrar

Tusental kronor per invånare 図4 年齢別一人当り医療費(千Kr)



Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan

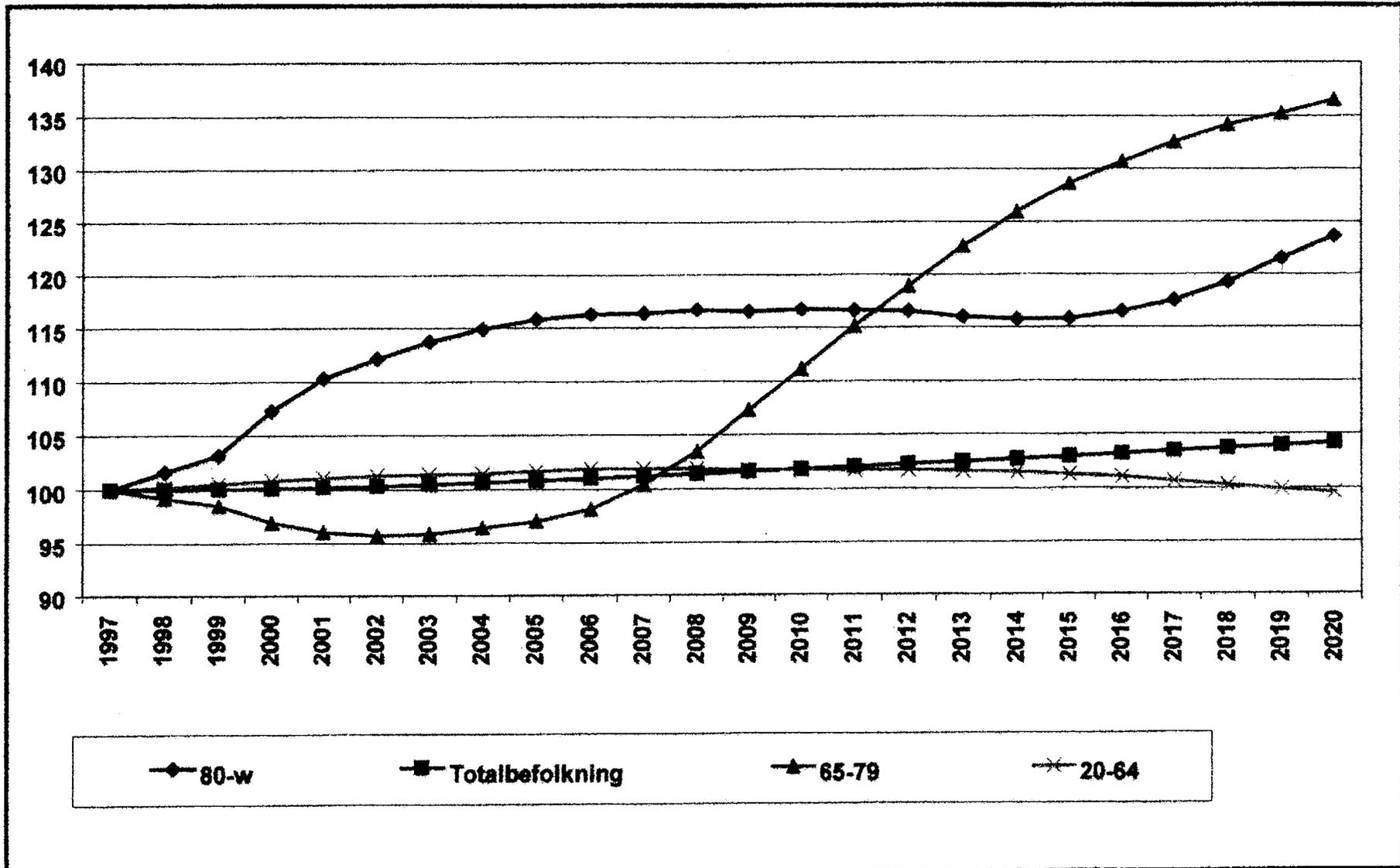


Svenska  
Kommuner  
och Landsting

# 近年のスウェーデンの医療改革

- **救急病院の削減と高度医療の少数病院への集中**  
(1960年代に115あった救急病院が半分に削減された)。
- **入院医療から外来医療へ**(1960年の12万のベッド数が2万7千に削減されるとともに入院期間が25%短縮された。その結果ベッドの利用率が30%よくなった)。
- **医療は近くの病院ないし自宅での医療へ**(自宅での療養が1992年の3万5千人から2002年の8万人に増えた)。
- **プライマリーケアの拡充**
- **病院とプライマリーケアの連携のための近くでの医療の拡充**
- **患者の流れをスムーズにするための情報とコミュニケーション技術の開発**

図5 年齢階層別の人口動態  
 Befolkning i vissa åldersgrupper 1997-2020. Index 1997=100



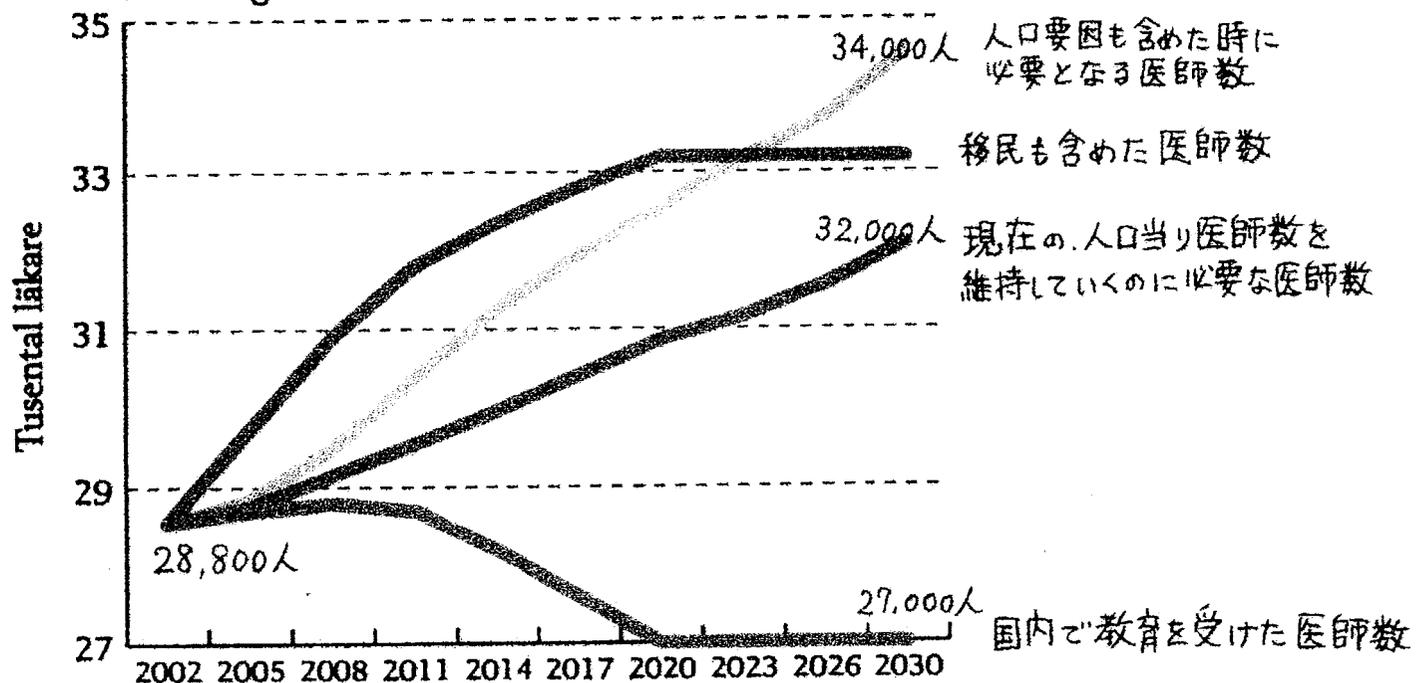
**表3 要因別実質医療費の伸び率**

	総医療費	うち 人口要因による	医学の進歩による
1980-1989年	1.6	0.7	0.9
1990-1999年	0.9	0.5	0.4
2000-2003年	2.5	0.6	1.6
1980-2003年	1.4	0.6	0.8
2005-2009年	1.5	0.7	0.8
2010-2014年	1.6	0.8	0.8
2015-2020年	1.7	0.9	0.8
2020-2024年	1.7	0.9	0.8
2025-2030年	1.5	0.7	0.8
2005-2030年	1.6	0.8	0.8

# 18 • Prognos av tillgång samt behov av läkare inom hälso- och sjukvården 2002–2030

Tusental läkare 6 医師数の予測

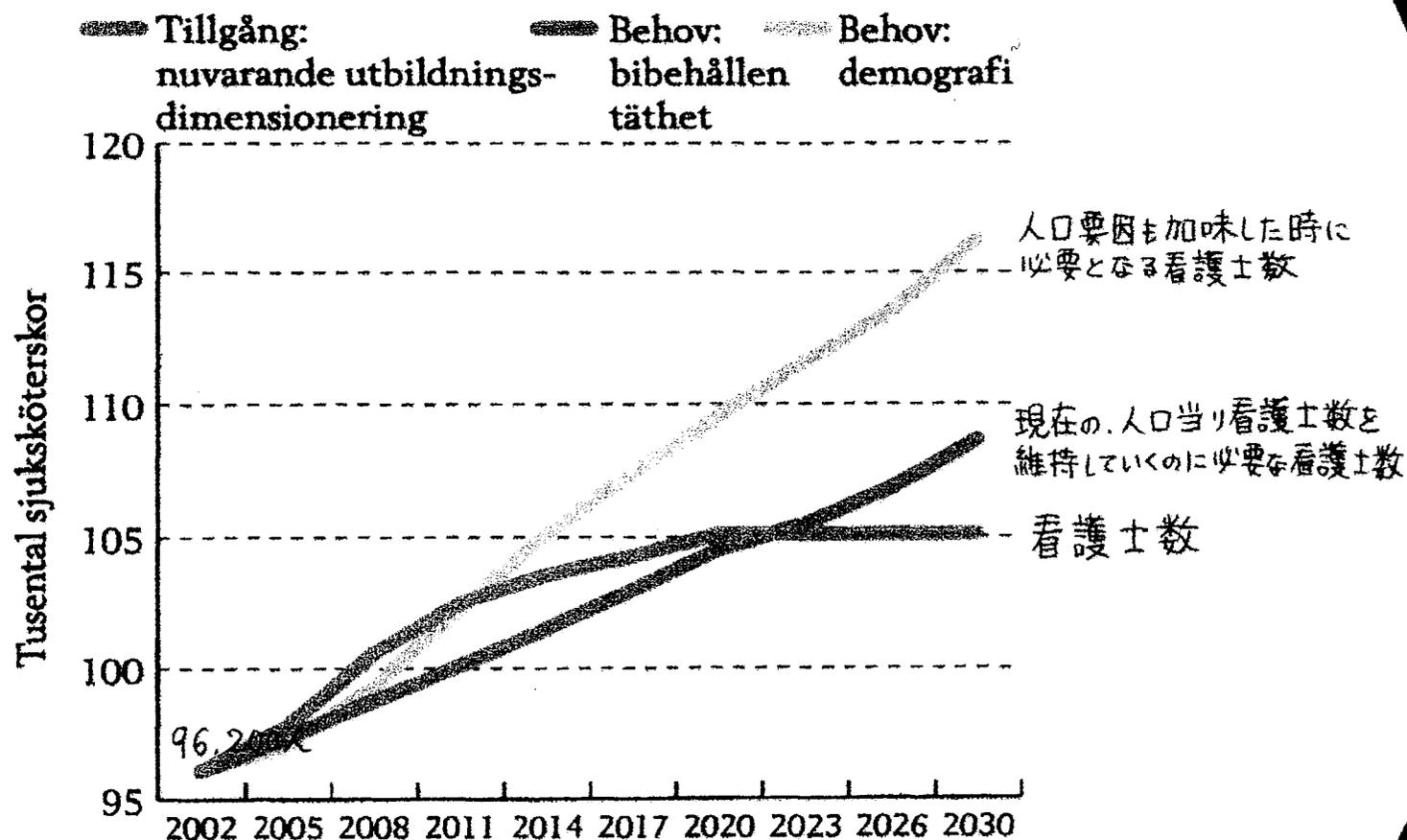
Tillgång: migration o inhemsk utbildning  
 Tillgång: inhemsk utbildning  
 Behov: bibehållen täthet  
 Behov: demografi



Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan

# 19 • Behov av och tillgång på sjuksköterskor inom kommuner och landsting åren 2002–2030

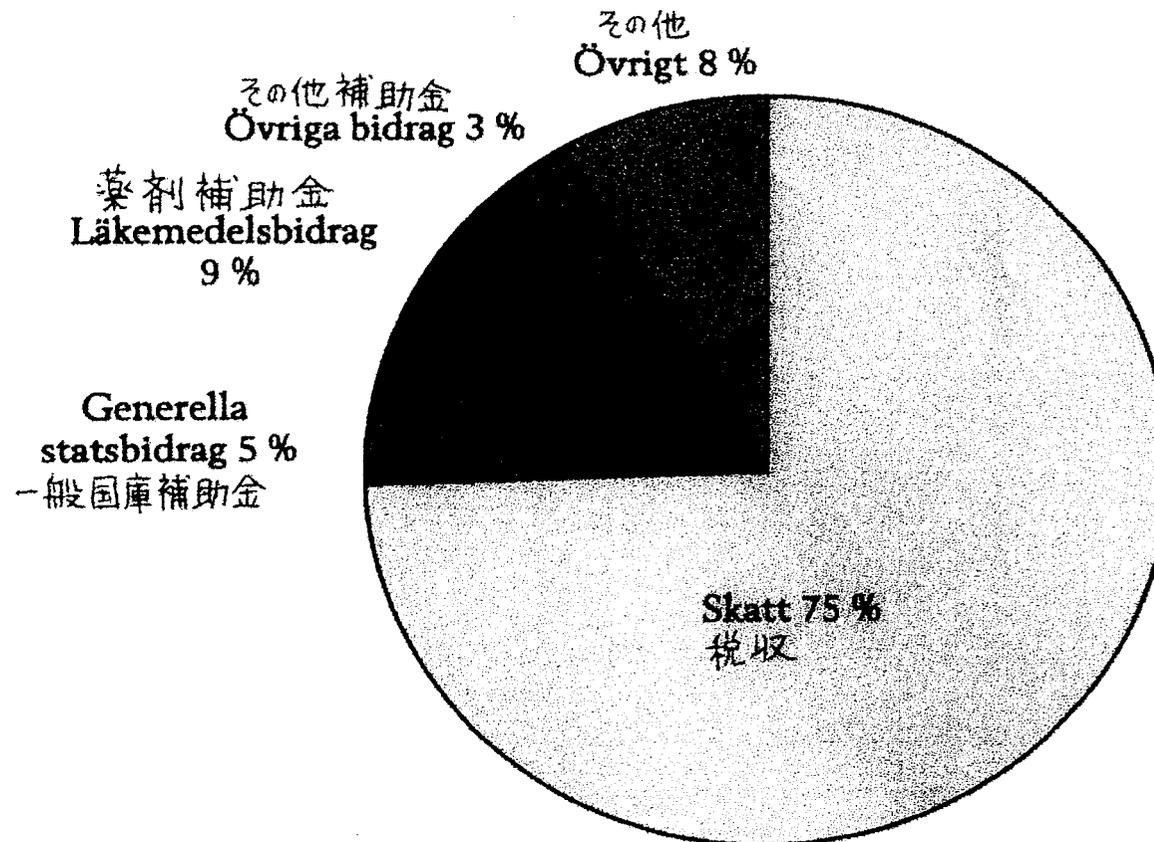
Tusental 図7 看護師数の予測



Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan

## 21 • Den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdens intäkter 2003

Procent  8 公的にまかなわれた医療収入



*Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan*



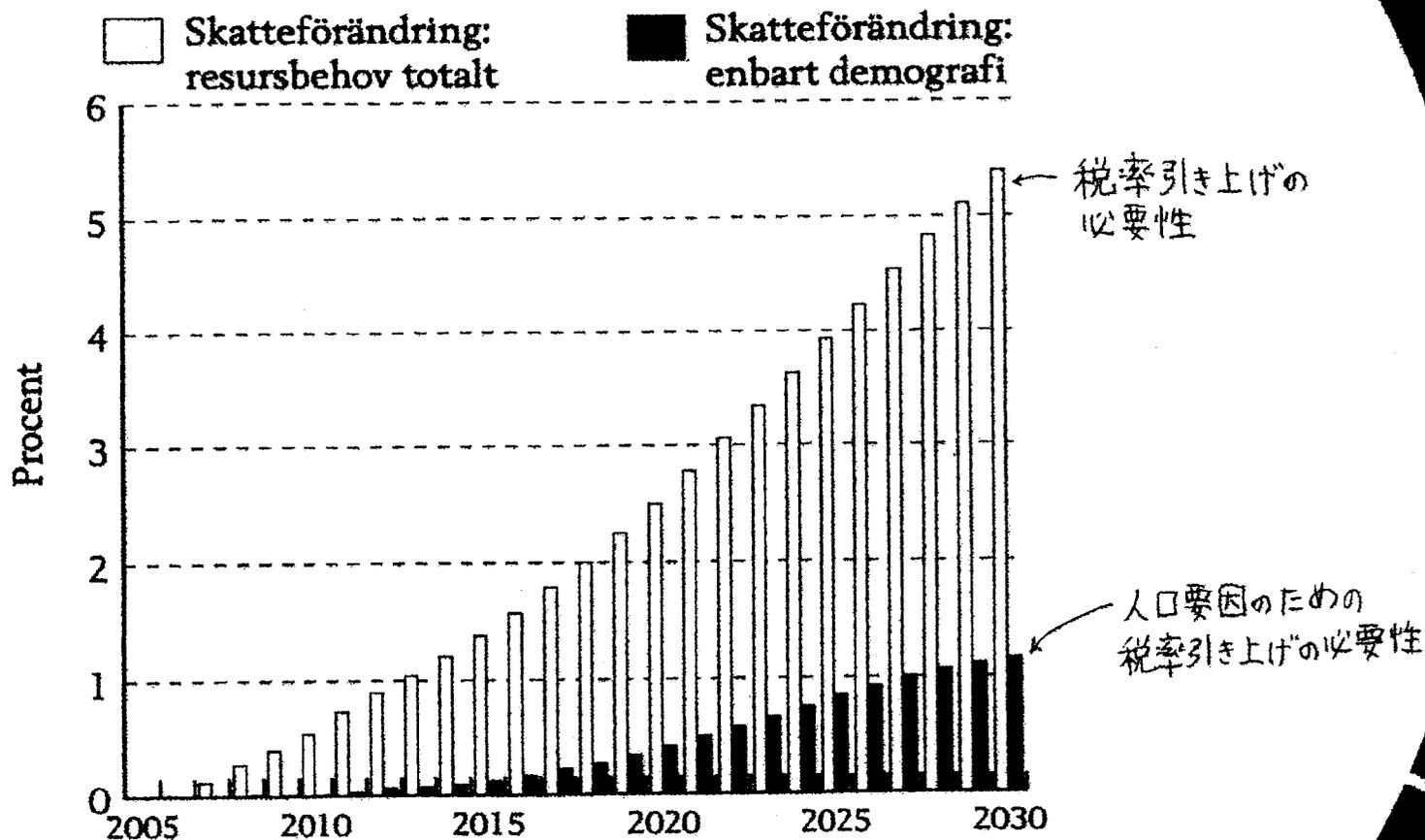
Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

# 26 • Skillnad resursbehov och finansierings-utrymmen form av höjd skatt, åren 2005–2030

Procentenheter 9 税率引き上げの必要性



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

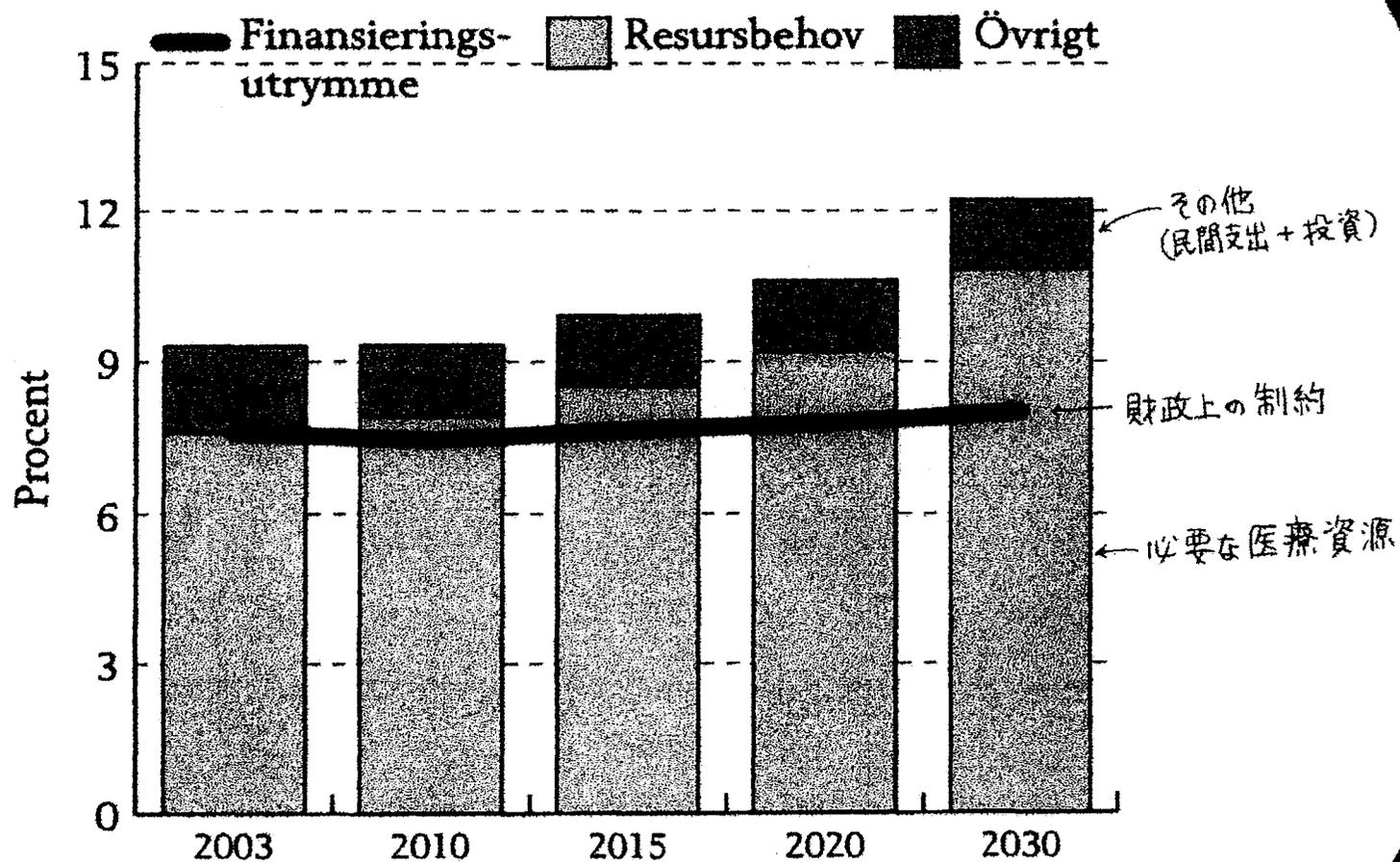


Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan

# 27 • Hälsa- och sjukvårdens BNP-andel, åren 2003–2030

☒ 10 医療費の対GDP比

Procent



Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet i samverkan



Svenska  
Kommuner  
och Landsting

# 結論と提言

- 雇用と成長を高めて財政上の余裕を高めること
- 生産性と効率を高めて必要な資源を小さくし医療に多くを割くこと
- 医療のどの部分が公的システムを通じて、また別の形態で資金調達がされるべきか順位をつけること
- 税率の引き上げと患者負担の増額
- 医療と介護の間における公共部門内の資金の再配分

## フランスの医療費の将来見通し

# フランスの医療費の将来見通し

- 医療制度を担当する保健連帯省に調査したところ、社会保障局(DSS)研究財政予測課及び調査研究政策評価統計局(DREES)総合研究政策評価課より回答が得られた。
- フランス政府が行っている主な医療費の将来見通しは、例えば、以下のようなものが存在する。
  - ① 各年の社会保障予算法(LFSS)における今後4年間の社会保障医療保険部門の歳出見通しがある。これは、国会にて採決される翌年の医療保険歳出目標(ONDAM)と接続し、法律上義務的に行うもので、DSSが行う。
  - ② 20年以上にわたる長期の推計については、法律上義務的には行われていないが、DREES独自に行うもの、大臣などの要請によるもの、OECDや欧州委員会による推計と関連して行っているものがある。これは、DREESが行う。

「① LFSSにおける社会保障医療保険部門の歳出見通し」について

- 同歳出見通し(及びONDAM)は、毎年作成されており、翌年も含め今後4年間で対象となる。

- 同歳出見通しにおいて用いられる手法は、基本的に以下のとおり。

(i) 医療保険歳出目標(ONDAM)の仮定が最も基本的な仮定となる

(ii) 翌年のONDAMの伸び率は、非常に詳細に設計されており、以下の構成要素がある

- \* 細分化された医療項目ごとに直近の年まで含めた過去の実績により導出される歳出の推移
- \* 新たな医療関連施策の実施に向けた財政上の措置
- \* 診療報酬、高額な医薬品や医療行為に対する償還などのコストの推移の考慮
- \* 医療保険部門収支の目標と整合性のある歳出水準を達成するための政府が実施する歳出抑制ための措置の効果

(iii) 翌年以降のONDAMの仮定は、政府が対象期間にわたって設定する医療保険部門の収支の目標(例えば、欠損を減らすなど)と整合性を持つように策定される(予測による純粋な見通しというよりは、課された(impose)見通しという色彩が強い)

2007-2010年における収支見通し(経済シナリオ: 高位)  
法定基礎制度(うち医療分、億ユーロ)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
収入	1,418	1,593	1,662	1,722	1,800	1,881
支出	1,499	1,652	1,701	1,742	1,790	1,846
収支差	-81	-59	-40	-20	10	36

※ 収入見通しと支出目標である。

※ 2007年の支出目標のうち、ONDAMは1,448億ユーロである。

2008-2010 年における平均変化率の前提

	シナリオ	
	高位	低位
GDP	3.0%	2.25%
民間部門給与総額	5.2%	4.4%
医療保険歳出目標	2.5%	2.2%

(iv) ONDAMでカバーされないものについては、過去の実績(例えば障害関連の歳出)や複数年の財政規定(運営費や予防関連の歳出など)をベースに計測する

「② 20年以上にわたる長期の推計」について

- 法律上義務的には行われていないが、DREES独自に行うもの、大臣などの要請によるもの、OECDや欧州委員会の推計と関連して行っているものがある。
- 今回、OECDや欧州委員会が行っている医療費の長期見通しの一例として報告書の送付があった。なお、OECD報告書の結果は、昨年公表された「医療及び介護支出から生じる将来支出圧力」OECD : Economic Outlook No.79」と同じものであった。
- OECDや欧州委員会の報告書においては、ほぼ同様の予測が行われているとのことである。OECDワーキングペーパーによる予測手法のイメージは、例えば次のとおりである。(以下、すべて実質ベース)

① まず、過去の1人あたり医療費の成長率を、人口要因、所得効果によって説明する。

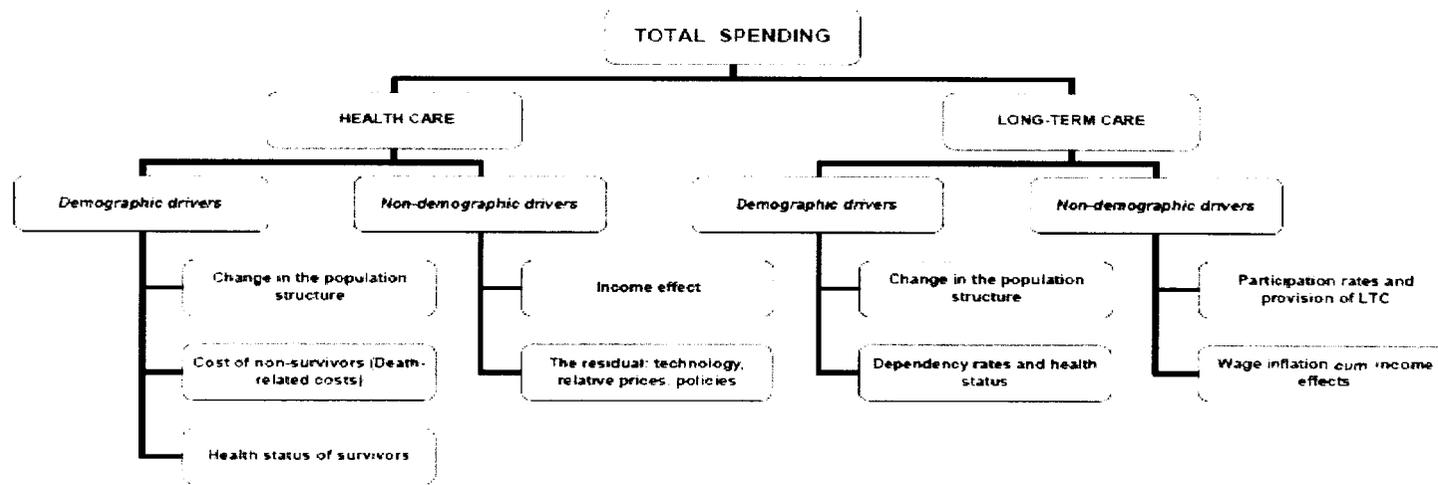
- ・ 人口要因については、  
pure aging cost  
(年齢別の医療費を考慮した場合の人口の高齢化に伴う医療費の増大)  
“healthy aging” effect  
(平均寿命の増加に伴う、一生に占める罹患時期の割合への影響)  
death-related cost  
(年齢別の終末期にかけての医療費の増大が占める割合の考慮)

によって調整する必要がある。

(ここでは、とりあえず pure aging costのみを考慮する。以下の将来予測についてはこれら3つの側面をすべて考慮する。なお、それぞれの効果については推定によって得られる。)

- ・ 所得効果(すなわち、1人あたりGDPの増大による1人あたり医療費の増大)については、医療費の所得弾力性=1と制約を置く。

- ・ ここから得られる残差は、医療価格の相対価格及び技術進歩を説明する。(これは、技術進歩が価格へ与える影響、及びそれが需要の価格弾力性を考慮し全体の支出へ与える影響、技術進歩による医療製品の品種の増加や質の上昇による需要の増大、を考慮する。)

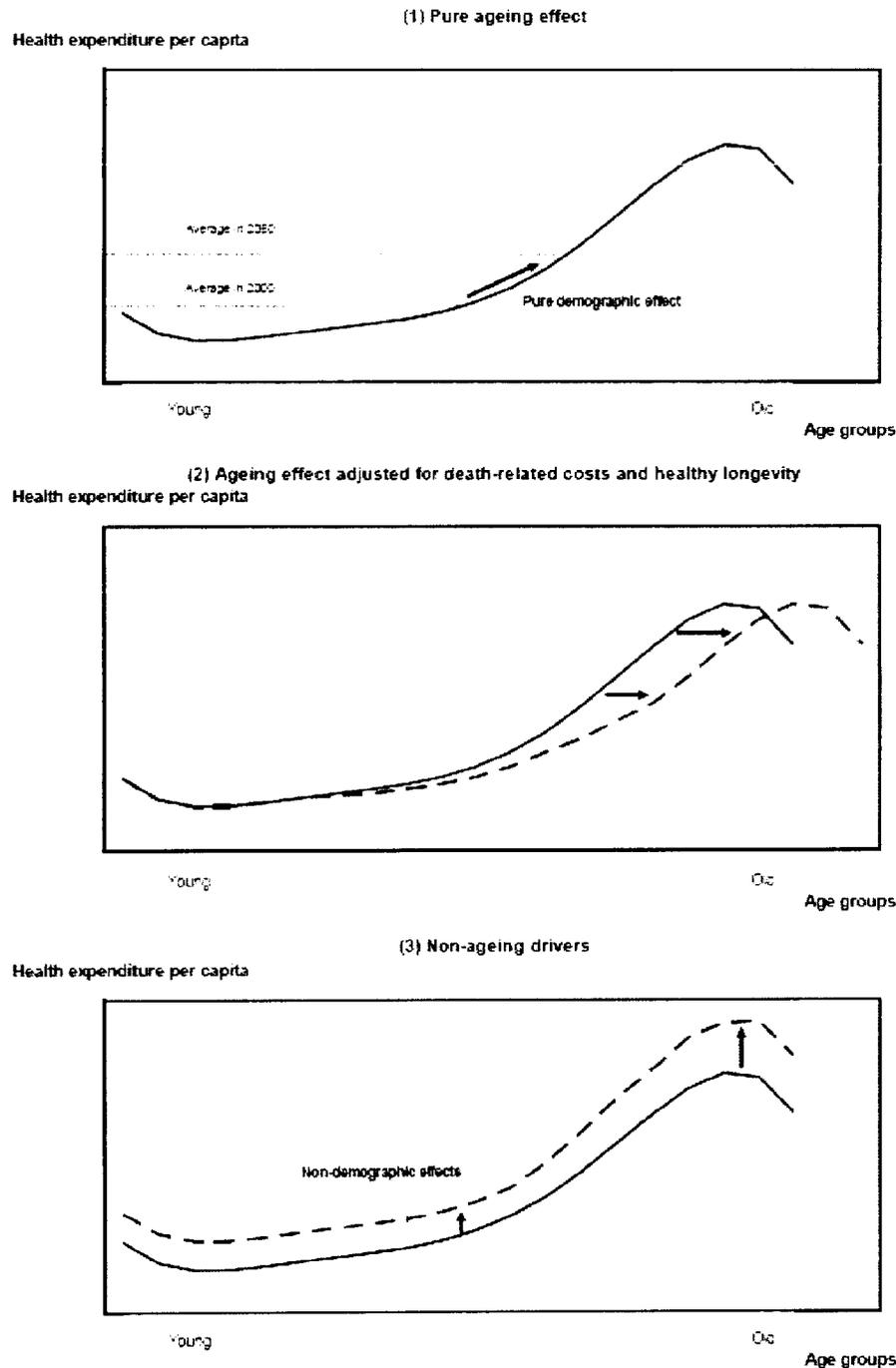


② 先のaccounting approachの他、1人あたり医療費の成長率を、人口要因、所得効果、タイムトレンド(技術進歩、医療の相対価格を説明する)で説明する推定も行っている。

③ そのうえで1人あたり医療費の成長率に関する予測を行う。1人あたり医療費の成長率を、人口要因、所得効果、上述で得られた残差(技術進歩、医療の相対価格を説明)によって説明する。

(人口(N)、就業率(L/N)、労働生産性(Y/L)、はそれぞれ予測あるいは仮定を用いる(1人あたりGDPは $Y/N=Y/L * L/N$ 。))

Figure 2.3 Shifts in expenditure profiles, ageing and non-ageing effects



- 人口要因は、ここではpure aging cost, healthy aging, death-related costの3つ側面を考慮する。

- 所得効果につき、とりあえず、基本モデルでは医療費の所得弾力性=1と制約して予測する。

- 技術進歩、医療の相対価格につき、基本モデルでは上述の残差を予測式に直接加える。

- ここから、基本モデルを発展させ、人口要因に係るそれぞれの構成要素、所得弾力性に異なった仮定を置く、あるいは、技術進歩・医療の相対価格を説明するとする残差につき別の仮定によって置き換えることにより、さまざまな予測結果を得る。残差を別の仮定によって置き換えるのは、政策効果(i.e.医療費抑制措置など)の影響を考慮するためである。

(参考) アメリカにおける、メディケア・HIの入院医療サービスの支払における過去と予測増加率の要素と算出方法

- HIのうちの約68%を占める入院医療サービスの場合、入院医療サービスのほとんど全ては定額支払方式によるが、入院償還額の変化率は、病院入力物価指数(入院患者に対し病院が提供する財・サービスの価格の上昇を測る指数。「病院マーケット・バスケット」として知られる)の伸びに等しくなるよう、現行法で規定されている。
- 原則として、入力物価指数に、登録者数等のサービスの単位量の増加や、病院費用の上昇率に影響を与えるその他の要因が合成され、入院治療サービス支払い増加率が計算される。
- その他の原因による増加は、主として、外来患者治療ではより簡単な治療を行い、DRGコードが継続して変化している今の傾向と、新しい技術による影響が続くと仮定された結果である。

年次	労働要素			非労働要素			入力物価指数	単位入力濃度引当量	サービス単位量			その他の要因	HI入院医療サービス支払増加率	
	一般労働者時間給	両者の差	病院勤務者時間給	消費者物価指数	両者の差	非労働要素病院物価			HI登録者数	マネジドケア移行効果	入院発生率			
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
過去	1996	5.1	-2.6	2.4	2.9	-1.2	1.7	2.1	-0.4	1.4	-2.7	1.8	1.6	3.9
	1997	4.0	-2.2	1.7	2.3	-1.1	1.2	1.5	-0.4	1.1	-3.2	2.9	-0.1	1.6
	1998	5.8	-3.0	2.6	1.3	1.8	3.1	2.8	-2.4	1.0	-3.1	0.3	0.1	-1.3
	1999	4.9	-1.8	3.0	2.2	-0.5	1.7	2.5	-2.1	0.8	-1.8	1.2	1.7	2.2
	2000	6.6	-2.6	3.8	3.5	-0.5	3.0	3.5	-2.1	1.3	0.4	-0.1	-1.7	1.3
	2001	4.2	1.1	5.3	2.7	0.0	2.7	4.2	-0.8	1.0	2.3	1.5	1.5	10.1
	2002	1.9	3.0	5.0	1.4	0.3	1.7	3.7	-1.2	1.0	2.1	-0.1	2.7	8.4
	2003	3.3	0.8	4.1	2.2	1.6	3.8	4.0	-0.8	1.7	0.9	-0.2	-0.7	4.9
	2004	4.8	-1.0	3.8	2.6	1.8	4.4	4.1	-0.7	1.7	0.0	-0.6	1.5	6.2
	2005	4.3	-0.5	3.8	3.5	1.2	4.7	4.2	-0.7	1.4	-0.9	0.3	0.8	5.0
見通し	2006	4.5	-0.6	3.9	2.9	1.2	4.1	4.0	-0.2	1.6	-1.7	0.1	-0.4	3.4
	2007	4.5	0.0	4.5	2.3	1.0	3.3	4.0	0.0	1.7	-2.2	0.0	0.5	4.1
	2008	4.3	0.0	4.3	2.6	0.8	3.4	3.9	0.0	2.0	-1.3	-0.2	0.7	5.1
	2009	4.4	0.0	4.4	2.8	0.6	3.4	4.0	0.0	2.1	-2.2	-0.1	0.7	4.4
	2010	4.4	0.0	4.4	2.8	0.4	3.2	3.9	0.0	2.0	-2.3	0.0	0.7	4.3
	2011	4.2	0.0	4.2	2.8	0.2	3.0	3.7	0.0	2.3	-2.3	-0.1	0.8	4.4
	2012	4.1	0.0	4.1	2.8	0.0	2.8	3.6	0.0	3.0	-2.4	-0.3	0.8	4.6
	2013	4.0	0.0	4.0	2.8	0.0	2.8	3.5	0.0	3.1	-2.5	-0.3	0.8	4.6
	2014	4.0	0.0	4.0	2.8	0.0	2.8	3.5	0.0	2.9	-2.5	-0.2	0.8	4.6
	2015	4.0	0.0	4.0	2.8	0.0	2.8	3.5	0.0	2.9	-1.6	-0.2	0.9	5.6

労働要素と非労働要素の加重平均(6:4)

定額支払更新の要因(通常、法律の影響)に応じて調整する量

これらの合計が支払増加率