

日医総研ワーキングペーパー

国民医療費・老人医療費の現状分析と将来推計 (2003 年度版)

No.116

2005 年 10 月 2 日

日本医師会総合政策研究機構 前田 由美子

目 次

要 約・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・要約 1～10

分析の目的と方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

．国民医療費の現状分析

1．国民医療費の全体像

（1）国民医療費の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

（2）診療種類別国民医療費・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5

（3）傷病別一般診療医療費・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8

2．年齢階級別国民医療費

（1）1人当たり医療費の最近の推移（75歳区分）・・・・・・・・・・9

（2）1人当たり医療費の長期推移（一般・老人）・・・・・・・・・・10

（3）年齢5歳階級別医療費・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12

3．国民医療費への影響要因

（1）受療率と在院日数・通院回数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13

（2）患者1人1日当たり医療費・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14

．老人医療費の現状分析

1．老人医療費の全体像

（1）老人医療費の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15

（2）前期高齢者と後期高齢者の医療費の違い・・・・・・・・・・17

2．高齢者医療費の地域格差とその背景

（1）1人当たり老人医療費の推移・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18

（2）地域格差の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・19

．医療費の将来推計

1．厚生労働省の将来推計・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23

2．将来推計の再計算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・24

3．将来推計結果の意味合い・・・・・・・・・・・・・・・・	25
-------------------------------	----

．考察（医療制度改革にむけての私案）

1．医療費の伸びの実態と医療費の水準について・・・・・・・・	26
--------------------------------	----

2．高齢者医療政策上の課題と提言・・・・・・・・	29
--------------------------	----

参考資料・・・・・・・・	32
--------------	----

要 約

1．分析の着眼点

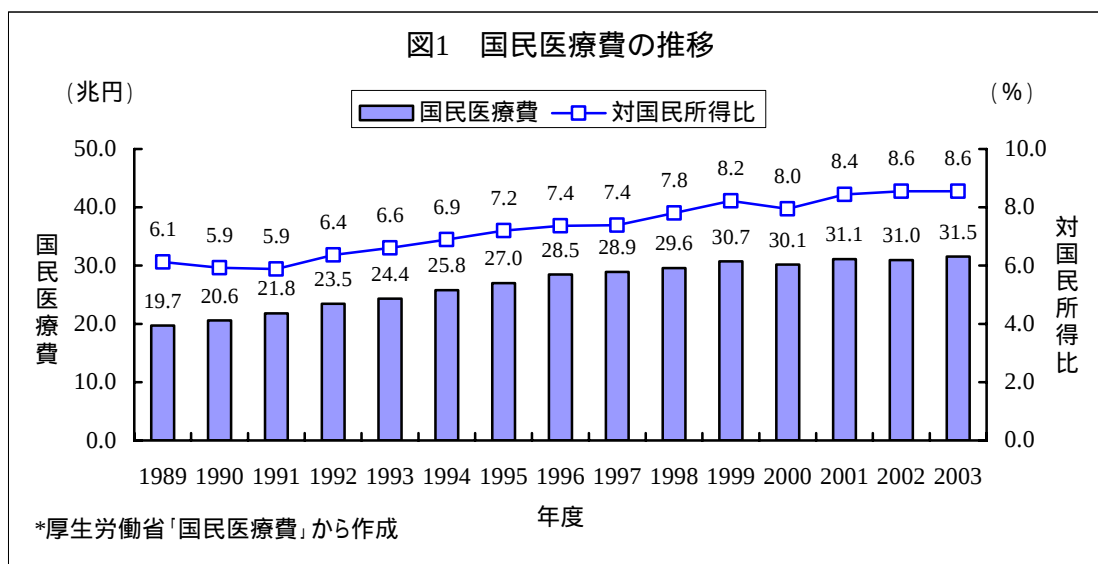
経済財政諮問会議は、「基本方針 2001」で伸び率管理の方向を打ち出した。最近では、「基本方針 2001」に織り込まれた医療費の総額抑制が実現されていないとして、経済財政諮問会議の民間議員が、名目 GDP を基準に給付費の伸びを抑制してはどうかという提言を行った。

そこで本書では、特に「伸び率」に注目して国民医療費および老人医療費の現状を分析することとした。また最近のデータを用いて改めて国民医療費の将来推計を行った。

2．国民医療費の現状

2003 年度の国民医療費は 31.5 兆円であり、前年比 1.9%であった。国民所得も前年比増となったことから、対国民所得比は 8.6%と前年比横ばいであった（図 1）

国民医療費は、最近では、2000 年度に導入された介護保険への移行や 2002 年度の診療報酬改定の影響で前年減となるなど、1999 年に 30 兆円台に乗って以降、安定的に推移している。



1993 年度から 2003 年度までの間に国民医療費は 7.2 兆円増加した。このうち薬局調剤医療費の増加が 42.1%、入院医療費の増加が 25.4%、入院外医療費の増加が 18.0%

を占めた（図2）。

1人当たりでは0～74歳では196千円、75歳以上では809千円である。最近（1997年度以降）の1人当たり医療費の前年比は、介護保険が導入された2000年度を除いても、0～74歳で平均101.1、75歳以上で平均100.6となっており、最近の1人当たり医療費はほぼ横ばいであるといえる（図3）。

また、年齢5歳階級別で最も伸び率が高いのは乳幼児（0～4歳）であり、いわば超後期高齢者ともいえる85歳以上ではまったく増加していなかった（図4）。

1人当たり医療費が頭打ちとなっている主要因には、受療率の低下が挙げられる。受療率には、入院医療費では平均在院日数、入院外医療費では通院日数が影響する。

平均在院日数は1990年には44.9日であったが、2002年には37.9日と1週間短くなった（図5）。通院回数（1件1ヶ月当たりの通院日数）も1993年から2002年にかけて0.4日短くなった（図6）。

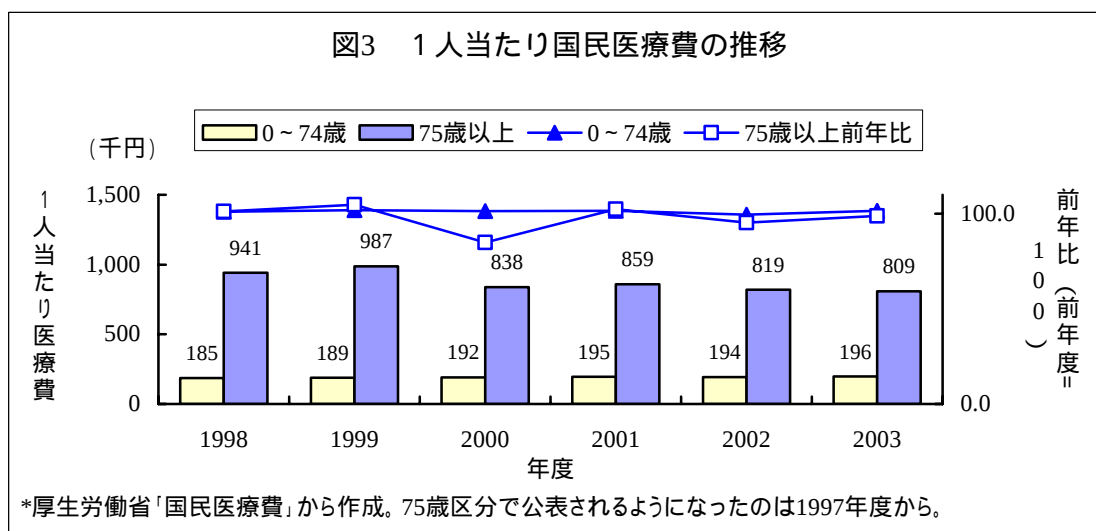
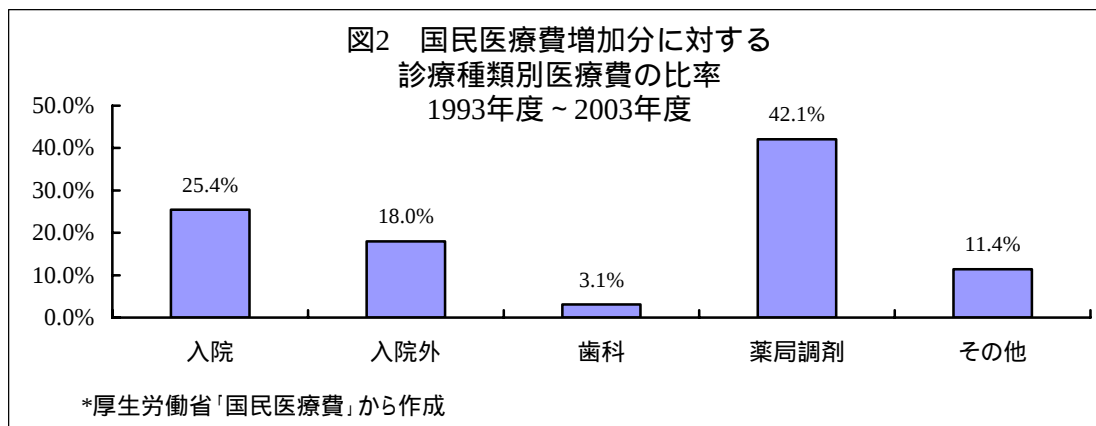
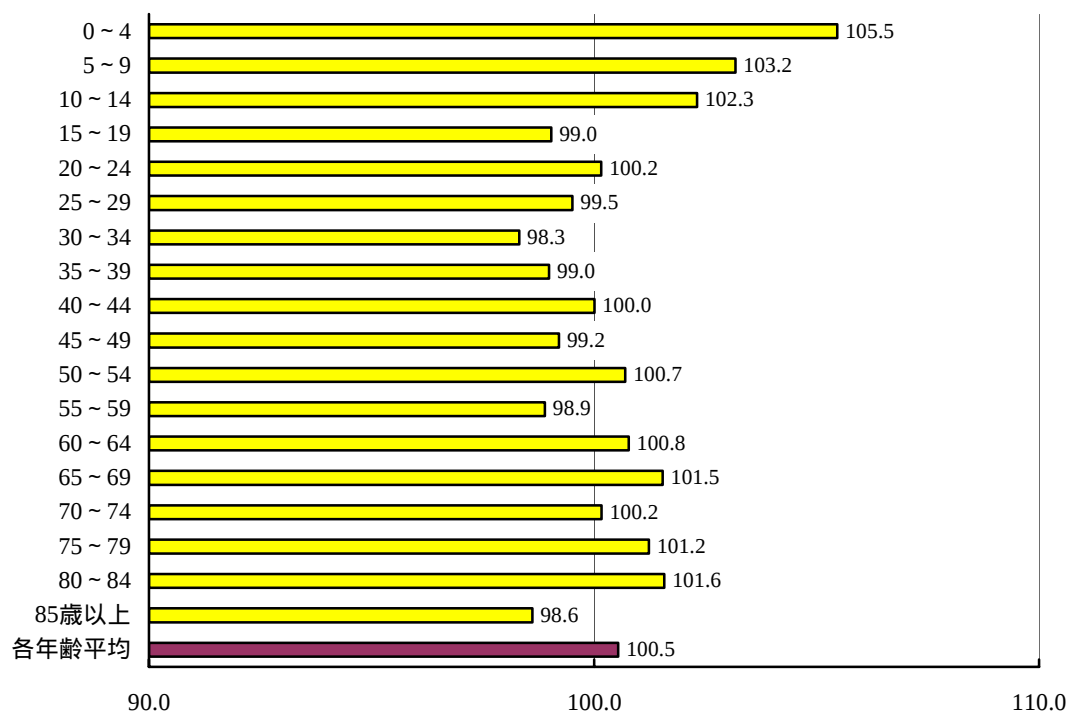
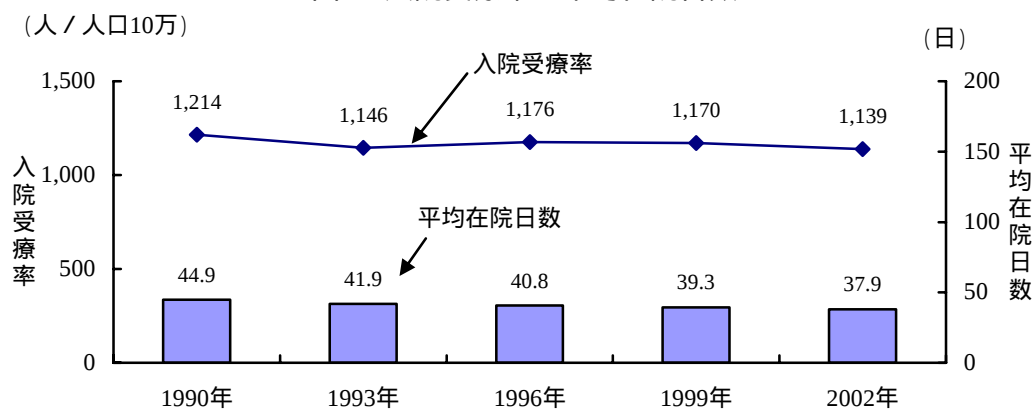


図4 年齢5歳階級別 1人当たり国民医療費前年比平均
(1999～2003年度の各前年比の平均, 2000年度を除く)

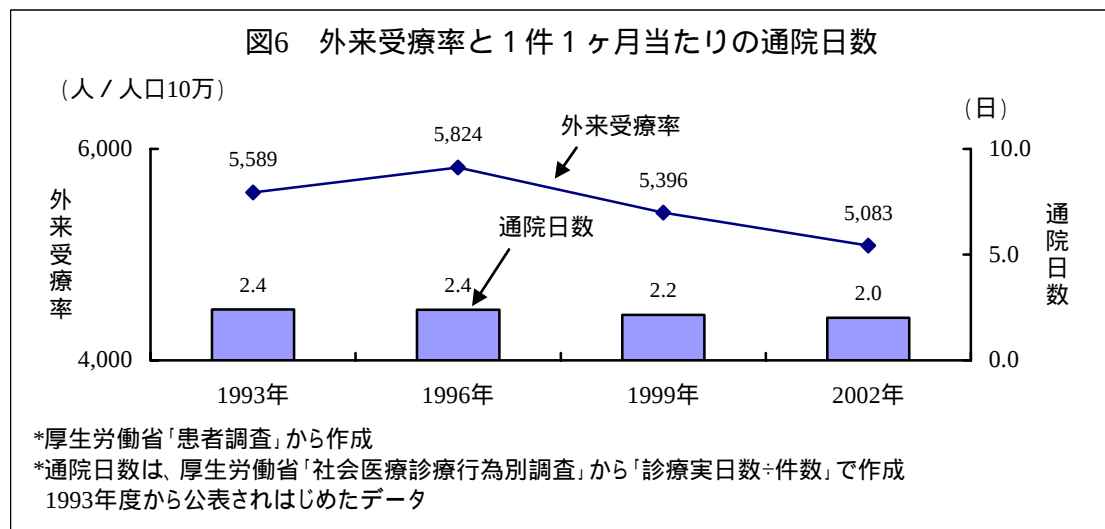


*厚生労働省「国民医療費」から作成。年齢5歳階級別で公表されるようになったのは1998年度から。

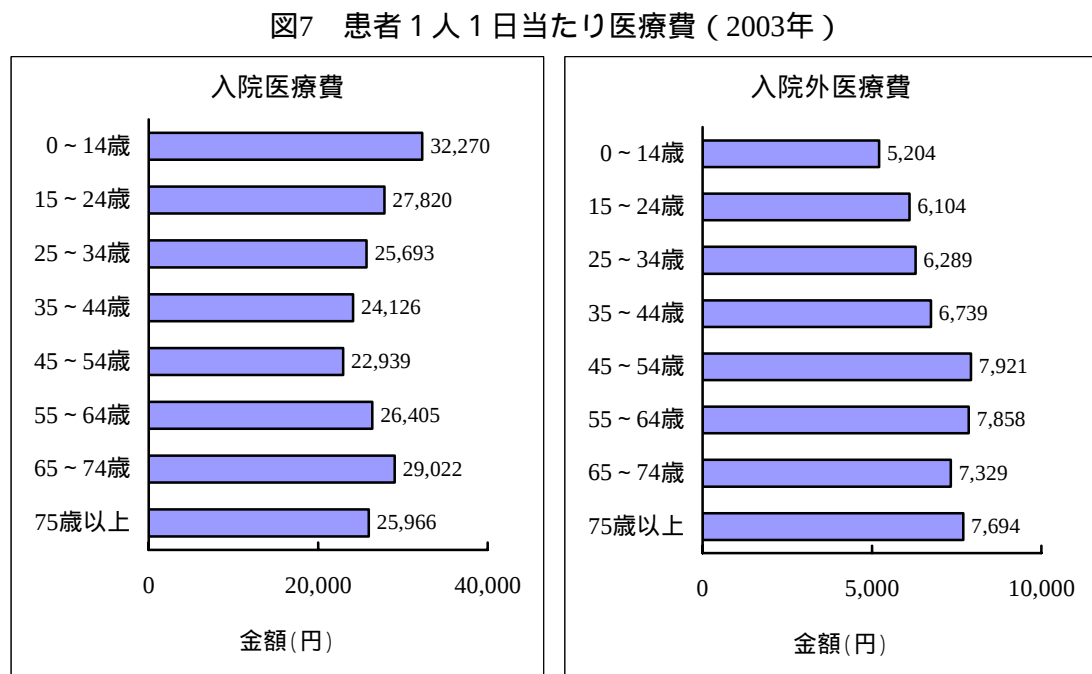
図5 入院受療率と平均在院日数



*厚生労働省「患者調査」から作成



「1人当たり国民医療費」という時には、分母には受療しなかった人を含むので、ここでは受療した人のみ、すなわち患者1人1日当たり医療費に着目した。その結果、入院医療費も、入院外医療費も高齢者がきわめて高いという実態はなかった（図7）。

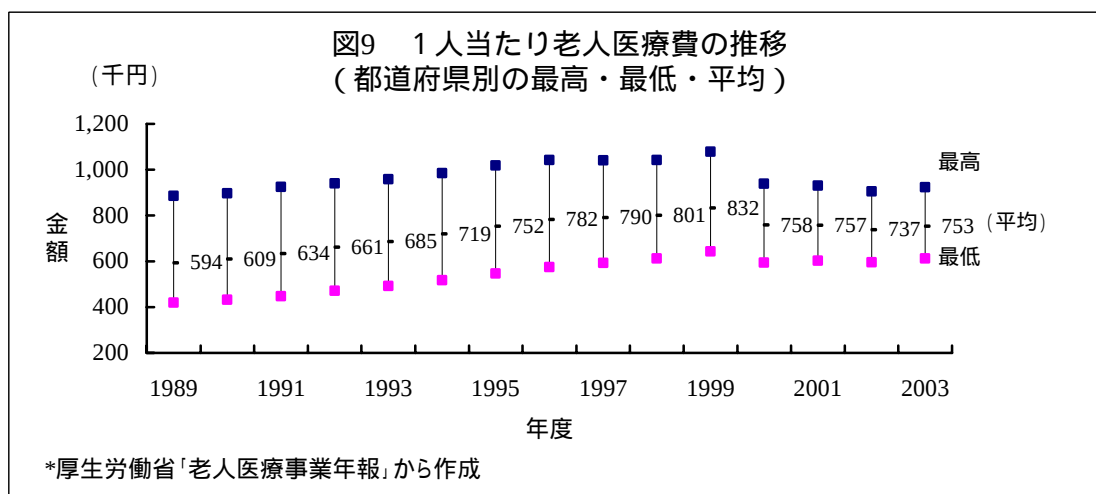
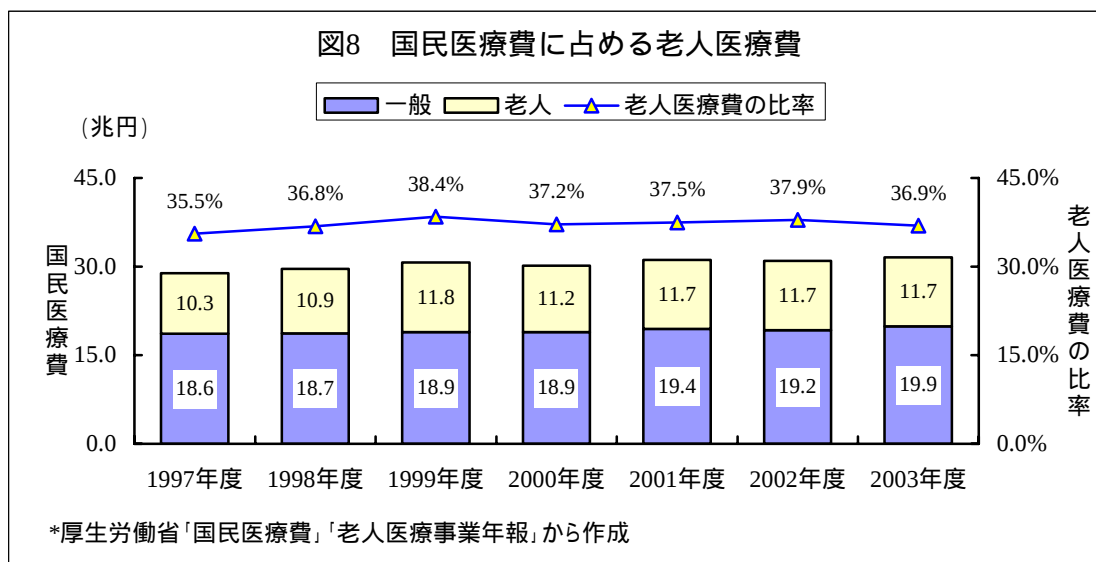


*厚生労働省「社会医療診療行為別調査」から「点数÷実日数×10円」で計算
 *医科診療医療費のみ

2．老人医療費の現状

2003年度の老人医療費は11.7兆円であり、3年連続で前年横ばいとなった（図8）。これは、対象年齢の引き上げが、高齢者人口の増加、高齢者1人当たり医療費の増加（最近はほとんど横ばい）を打ち消しているからである。

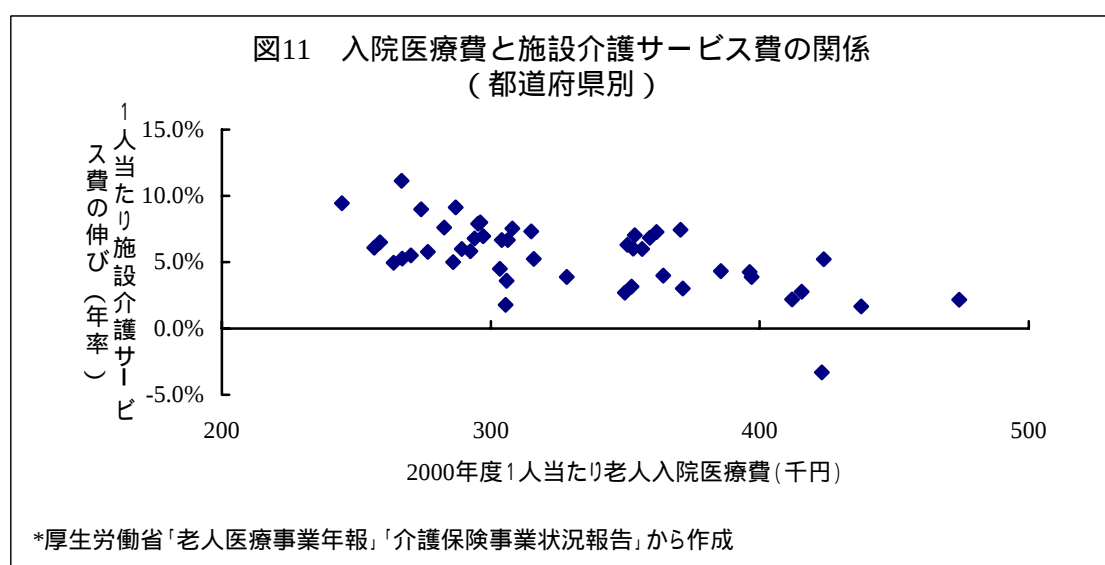
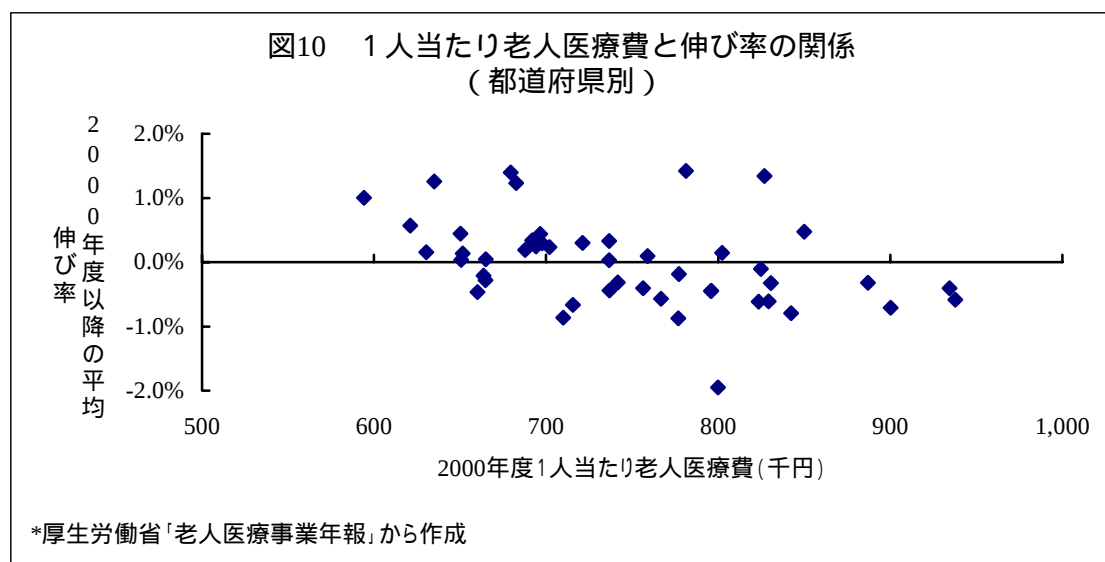
1人当たり老人医療費は1999年度に832千円に達した後、2000年度に導入された介護保険へ一部が移行した影響で758千円に下がり、その後も介護保険への移行の余韻がつづいたこと、2002年度には診療報酬が改定されたことなどのため減少傾向にあった。2003年度には再び増加に転じているが、これは老人医療受給対象年齢が引き上げられ、より医療費の高い後期高齢者（75歳以上）の比率が高まったためである。



1人当たり老人医療費の都道府県間格差は1994年度には1.94倍であったが、2003年度には1.51倍にまで縮小している（図9）。

地域間格差が縮小傾向にある理由としては、医療費のじゅうぶん高い地域では医療費の伸びが頭打ちになっているのに対し、医療費の低い地域では依然として上昇傾向にあることがあげられる（図10）。

また、1人当たり老人入院医療費の小さい県ほど、1人当たり施設介護サービス費の伸び率（2000年から2003年までの年平均伸び率）が大きいという傾向も見られた（図11）。



4．国民医療費の将来推計

ここでは、より最近の動向に基づき、あらためて国民医療費の将来推計を行った。その結果、2025年度の国民医療費は、厚生労働省は69兆円と推計しているが、もっとも低い場合には43.9兆円、中間値として55.8兆円と推計された。

他方、名目国民所得の伸びは当面2%台と予測されている。これに対し厚生労働省の国民医療費(総額)の伸びは4%強となっており、仮に国民所得に比例させるとすれば、毎年2ポイント前後の切り下げを行わなければならない。

しかし、現状に即して推計したケース およびケース では国民医療費(総額)の伸び率はおおむね2~3%で推移すると予測される。経済成長予測と比べ、極端に過大な伸び率ではない。

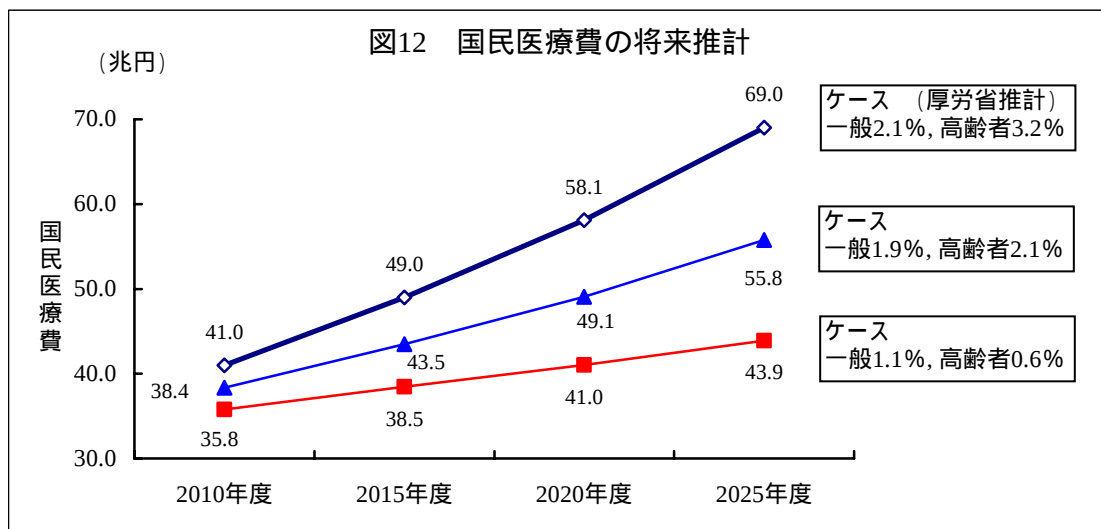


表1 国民医療費の将来推計と経済成長の予測

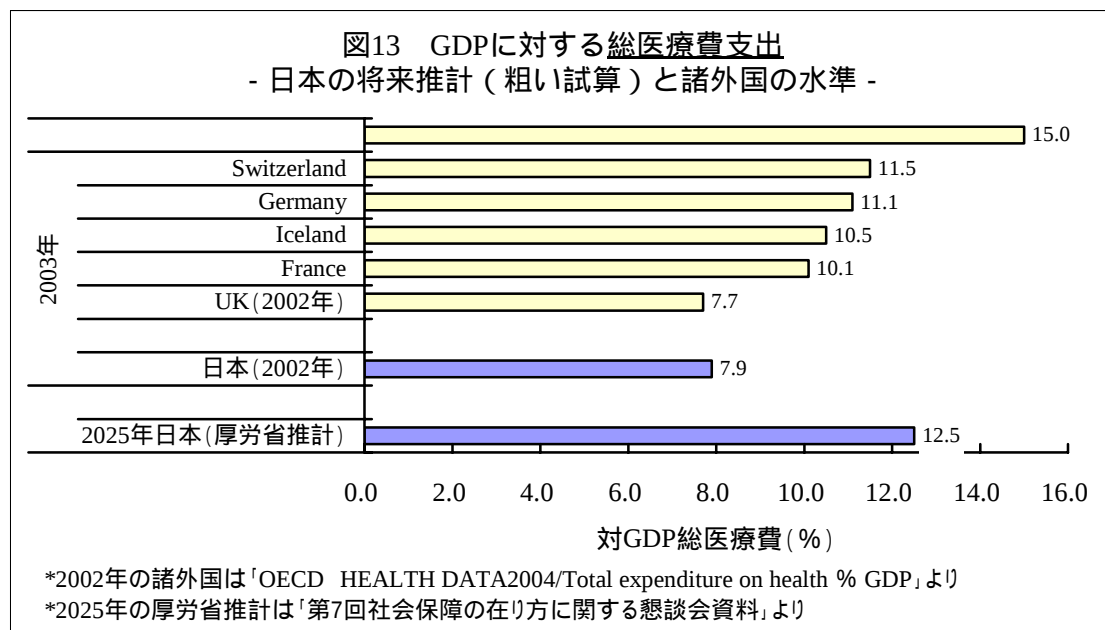
	2006	2007	2008	2009～2010	2011～
名目国民所得の伸び	2.1%	2.4%	2.8%	1.9%	1.6%
国民医療費(総額)の伸び率	-	-	-	-	-
ケース (厚労省推計)	4.2%	4.2%	4.2%	4.2%	3.6%
ケース (過去10年の動向から)	2.9%	2.9%	2.9%	2.8%	2.5%
ケース (最近の動向から)	1.9%	1.9%	1.8%	1.7%	1.4%

*厚生労働省は2010年、2025年の医療費しか示していないので、途中経過は年率が同じとして仮置きした

5. 考察

最近の1人当たり医療費はほぼ横ばいで推移している。もちろん高齢者人口が増加する分には医療費も上昇する。しかし最近の動向を踏まえて推計すると、経済予測等を著しく上回る結果にはならないと予測される。一部負担割合や老人医療対象年齢の引き上げなど、医療費抑制策が頻繁に打たれてきているからである。

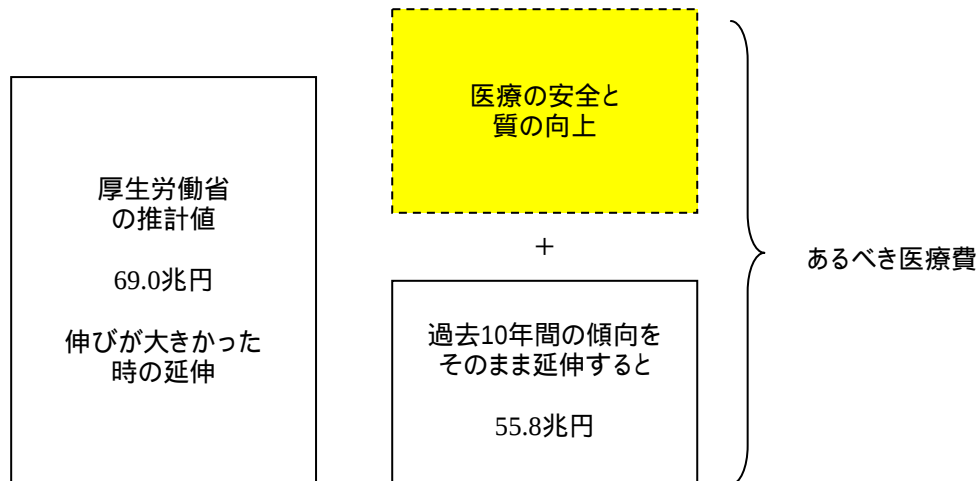
仮に厚生労働省が推計した2025年度69.0兆円の医療費が妥当であるとしても、この時の対GDP総医療費支出は12.5%である。米国、スイス、ドイツは2002年時点で10%を越えているし、各国の対GDPも将来に向けて上昇すると推察される。国際比較から見れば、日本の医療費は決して高い水準にはない。



一方で、患者サイドからは医療の安全と質へのニーズが高まりつつある。仮に過去10年間の動向のまま推移すれば50兆円台（ケース ）とも推計されるが、これは現状の医療費がじゅうぶんに安定的水準に抑制されてきた結果であるから、将来に向けては、医療の安全と質へのニーズに答えうるコストを乗せていく必要があるだろう。

そういった視点も含めて、医療費の伸び率を管理し、医療費を抑制するという以前に、逆に日本の医療費水準をもっと引き上げるべきではないのか、国民にはそれを負担する意思はないのかという点をあらためて議論すべきである。

図14 2025年の国民医療費



厚生労働省は特に高齢者の入院医療費について、平均在院日数短縮化と在宅終末期医療を推進しつつある。ところが、こういった施策は実は問題のつけかえに過ぎないという一面もある。

第一に、現状、医療費が小さい県では、介護保険導入以降、医療で充足されなかったと思われるニーズが介護費として顕在化している。このため、高齢者に関しては医療費と介護費とをトータルで評価していく必要があり、将来的には、高齢者医療・介護を統合した仕組みが必要であろうと考える。

第二に、在宅医療は公的保険下の医療費削減には寄与するかもしれないが、少なからずの家計負担を発生させる。日医総研の調査では、6ヶ月以上の長期療養が必要になった場合に療養を希望する場所は、「病院などの施設」51.0%、「在宅」21.5%、「どちらとも言えない」26.9%であり、「在宅」に躊躇する意見も見られた。

長期療養の場所、終末期を過ごす場所については、医療保険財政面からのみ方向付けをするのではなく、患者の意思、希望を尊重することが重要である。

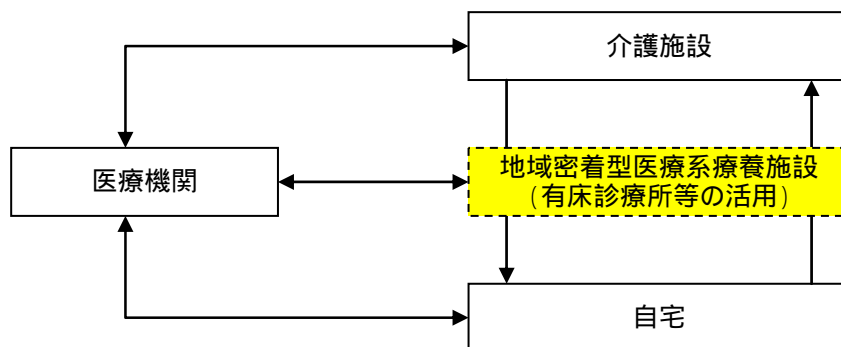
そのような中、医療費、介護費、在宅コスト間のコストの付け替えでなく、トータルで見て低コストに医療・介護を提供する場が望まれているのではないかと考えられる。

そこで、たとえば有床診療所の48時間規制を撤廃し、長期療養施設として活用することを提言したい。その際、夜間および救急に関しては体制整備のハードルを低くし、他の医

療機関と提携することを認め、病院には連携診療所を持つことを義務付ける。食住費については介護保険との整合性から自己負担とするが、従来の家族の労務費は保険に吸収されるので、その面で家計負担は減少する。

高齢者医療制度は、政府案によれば「現役世代の負担が過重なものとならないよう」高齢者の医療費の適正化を図るとある。医療保険財政だけでなく、家族の負担にも注意して、質とコストのバランスのとれた水準を見つけ出していかなければならない。

図15 終末期医療体制



分析の目的と方法

厚生労働省は4年前、2025年度の国民医療費が81兆円になるという推計結果を発表した¹。しかし、その後、診療報酬の改定（2002年4月）老人保健受給対象年齢の引き上げ（2002年10月から）などが実施された。そして厚生労働省は2004年には2025年度の国民医療費を69兆円に下方修正した²。

医療費については、経済財政諮問会議が「基本方針2001」³で伸び率管理の方向を打ち出した。最近では、「基本方針2001」に織り込まれた医療費の総額抑制が実現されていないとして、経済財政諮問会議の民間議員が、名目GDPを基準に給付費の伸びを抑制してはどうかという提言を行った⁴。

そこで本書では、特に「伸び率」に注目して国民医療費および老人医療費の現状を分析することとした。また最近のデータを用いて改めて国民医療費の将来推計を行った。

分析には以下のデータを使用した。

「国民医療費」

翌々年の夏に公表される。診療費、訪問看護費、調剤費（医療機関で出される薬剤費、医師の処方にもとづき薬局で出される調剤費）医師の指示にもとづき柔道整復師・はり師が行う治療費などを対象とし、全額自費分も含む。ただし傷病の治療に当たらない健康診断、正常妊娠・分娩、入院時室料差額、歯科差額は含まれない。

なお、厚生労働省は1996年～2002年の国民医療費に誤りがあったとして、2005年8月23日に、過去に遡及してデータを公表しなおした⁵。

「老人医療費」

翌々年の夏に公表される。老人保健の保険者は主として市町村であり、市町村ごとの結果をまとめて都道府県単位で集計されている。このため、国民医療費に比べ

¹ 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局「医療制度改革の課題と視点」2001年3月

² 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し - 平成16年5月推計 - 」

³ 経済財政諮問会議「今後の経済財政運営及び経済社会の構造に関する基本方針」2001年6月26日閣議決定

⁴ 牛尾治朗・奥田碩・本間正明・吉川洋「社会保障給付費の伸び率管理について」2005年6月1日

⁵ 「平成8年度～平成14年度国民医療費の正誤について」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/03/seigo.html>

て、都道府県間格差が注目されやすい。

「患者調査」

3年に一度のある1日（2002年調査は10月のある1日調査。退院患者については1ヶ月）の抽出調査。

「社会医療診療行為別調査」

毎年6月の調査。支払基金および国保連合会で審査決定された診療報酬明細書の抽出調査。

なお、「老人」とは、その時点の老人医療受給対象者を指す。最近では2002年9月までは70歳以上を対象としていたが、2002年10月から毎年1歳ずつ引き上げられており、2006年10月以降は75歳以上となる。「高齢者」という用語の定義は、高齢者医療制度をどのように考えるかによる。日本医師会案では75歳以上、健保連案等では65歳以上を指す。

．国民医療費の現状分析

１．国民医療費の全体像

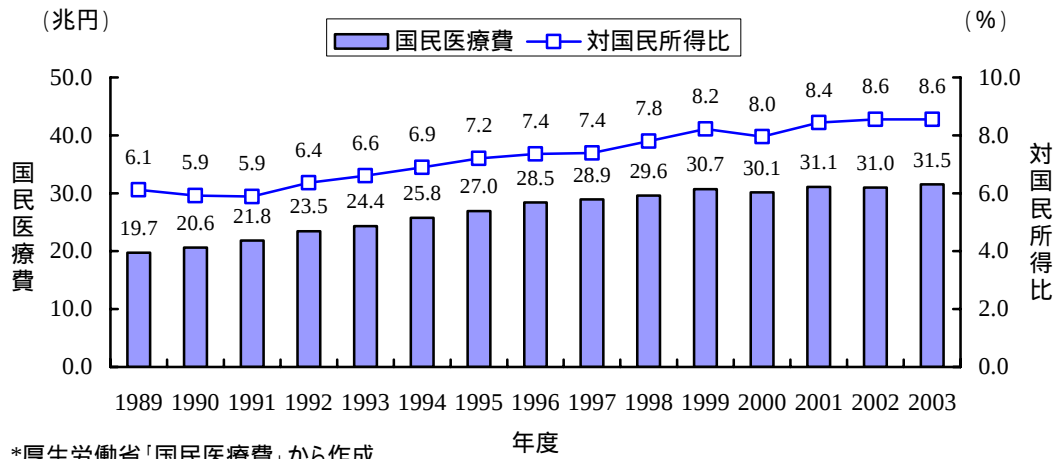
（１）国民医療費の推移

2003 年度の国民医療費は 31.5 兆円であり、前年比 1.9%であった。国民所得も前年比増となったことから、対国民所得比は 8.6%と前年比横ばいであった。

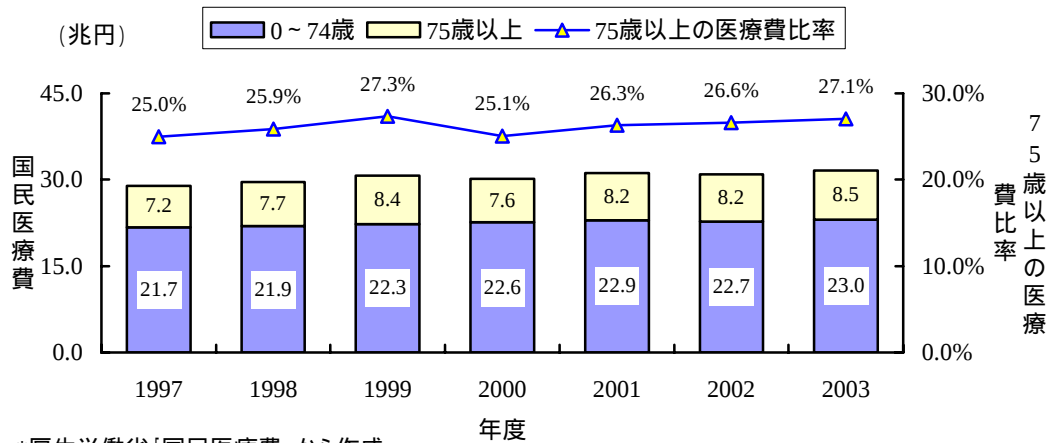
国民医療費は、最近では、2000 年度に導入された介護保険への移行、2002 年度の診療報酬改定の影響で前年減となるなど、1999 年に 30 兆円台に乗って以降、安定的に推移している。

また 2003 年度の国民医療費を 75 歳で区分すると、0～74 歳では 23.0 兆円、75 歳以上では 8.5 兆円であり、75 歳以上の比率は 27.1%であった。

図表1-1-1 国民医療費の推移



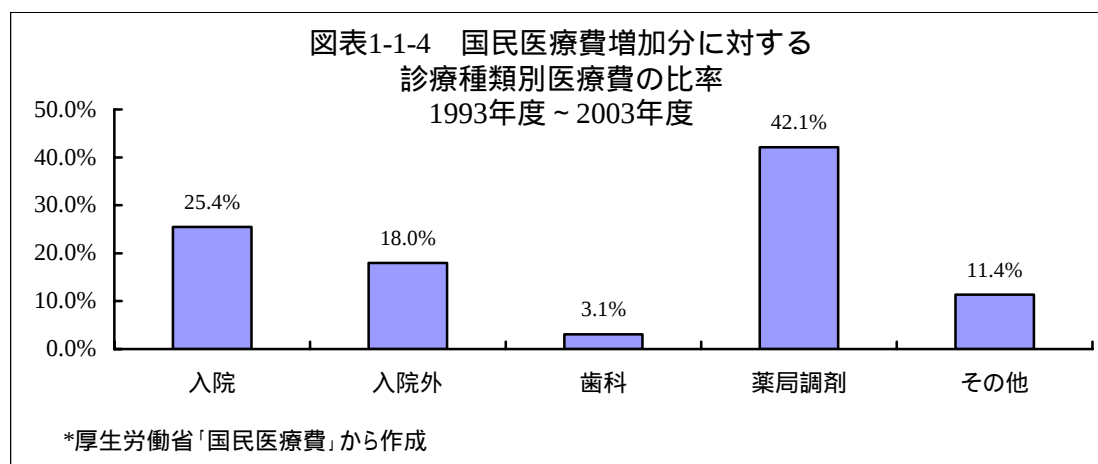
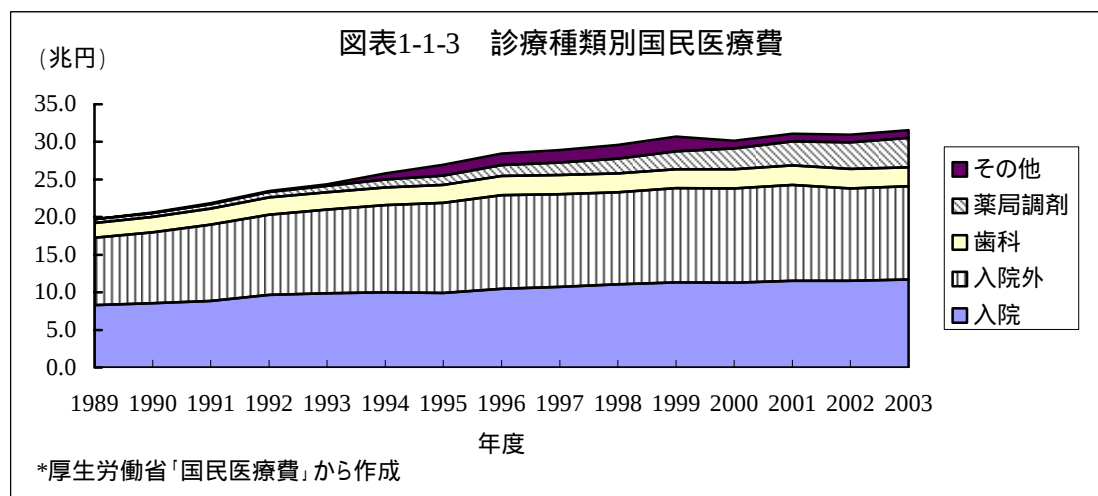
図表1-1-2 年齢階級別国民医療費



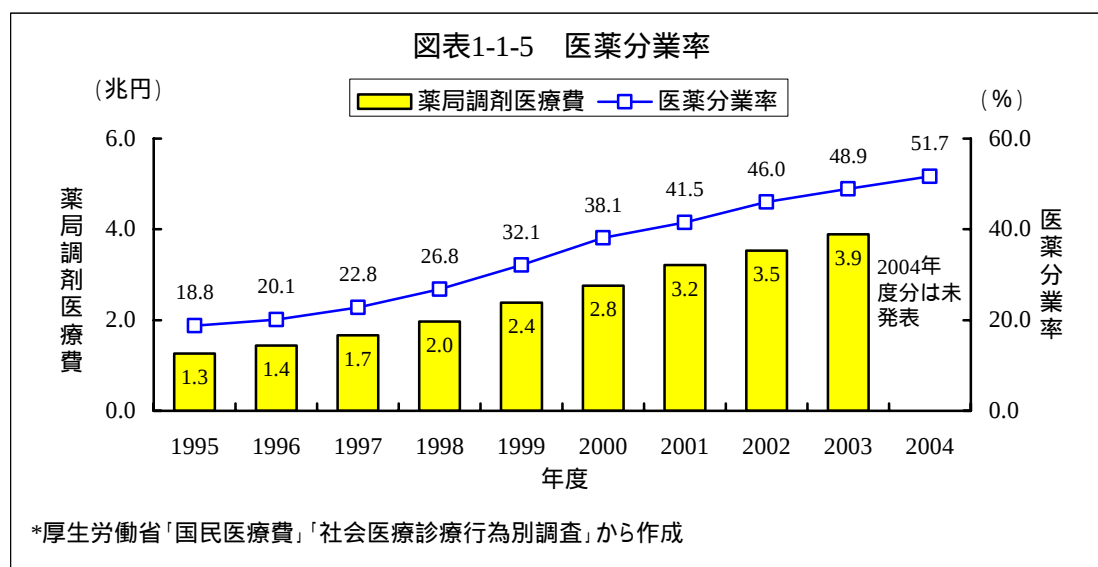
(2) 診療種類別国民医療費

診療種類別では、入院 11.7 兆円（構成比 37.2%）、入院外 12.4 兆円（39.2%）、歯科 2.5 兆円（8.0%）、薬局調剤 3.9 兆円（12.3%）、その他 1.0 兆円（3.2%）であった。

1993 年度から 2003 年度までの間に国民医療費は 7.2 兆円増加した。このうち薬局調剤医療費の増加が 42.1%、入院医療費の増加が 25.4%、入院外医療費の増加が 18.0%を占めた。



薬局調剤医療費は医薬分業政策にともなって増加してきた。そして、その伸びが診療費からの移転以上であったことから、国民医療費の増加にも少なからず影響を与えてきた。医薬分業率は2004年度には51.7%と50%を超えたが、その伸びは一時に比べると緩やかになりつつある。



図表1-1-6 国民医療費の推移（診療種別）

【総額(兆円)】

	年 度							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
国 民 医 療 費	28.5	28.9	29.6	30.7	30.1	31.1	31.0	31.5
一般診療医療費	22.9	23.0	23.3	23.8	23.8	24.2	23.8	24.1
入院医療費	10.5	10.7	11.1	11.3	11.3	11.5	11.6	11.7
病院	10.0	10.3	10.6	10.9	10.9	11.1	11.1	11.3
一般診療所	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
入院外医療費	12.4	12.3	12.2	12.5	12.5	12.7	12.3	12.4
病院	5.6	5.5	5.4	5.4	5.3	5.4	5.1	5.1
一般診療所	6.9	6.8	6.9	7.1	7.2	7.4	7.1	7.3
歯科診療医療費	2.5	2.5	2.5	2.5	2.6	2.6	2.6	2.5
薬局調剤医療費	1.4	1.7	2.0	2.4	2.8	3.2	3.5	3.9
入院時食事医療費	1.1	1.1	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
老人保健施設療養費	0.4	0.5	0.7	0.8	-	-	-	-
老人訪問看護医療費	0.0	0.1	0.1	0.1	-	-	-	-
訪問看護医療費	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

【前年比(前年度 = 100)】

	年 度							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
国 民 医 療 費	105.6	101.6	102.3	103.8	98.2	103.2	99.5	101.9
一般診療医療費	104.8	100.5	101.1	102.4	99.9	101.9	98.2	101.2
入院医療費	105.6	102.3	103.2	102.4	99.6	101.9	100.3	101.5
病院	106.0	102.5	103.5	102.4	99.7	102.0	100.3	101.6
一般診療所	97.8	98.6	96.6	103.0	97.5	100.0	99.5	98.4
入院外医療費	104.1	99.0	99.2	102.3	100.1	101.9	96.3	100.9
病院	103.4	99.3	96.5	101.2	97.9	101.3	95.7	99.5
一般診療所	104.8	98.6	101.3	103.1	101.7	102.3	96.8	101.9
歯科診療医療費	106.7	99.7	99.4	101.0	100.5	101.8	99.4	98.1
薬局調剤医療費	113.7	115.8	118.0	121.2	115.8	116.4	109.8	110.2
入院時食事医療費	99.4	99.7	99.9	100.6	93.0	100.0	98.4	99.8
老人保健施設療養費	128.9	125.7	121.3	115.2	-	-	-	-
老人訪問看護医療費	-	149.0	136.6	129.5	-	-	-	-
訪問看護医療費	23.3	149.0	138.4	130.7	213.6	114.9	104.6	102.7

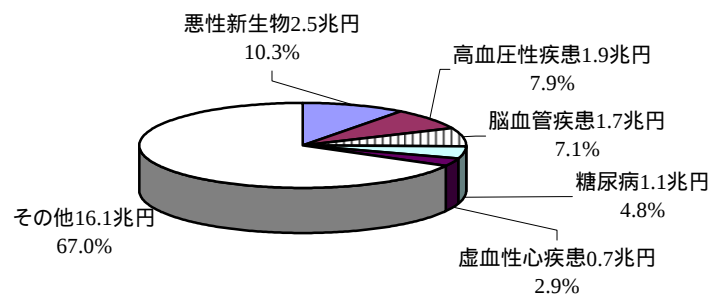
*厚生労働省「国民医療費」から作成

(3) 傷病別一般診療医療費

傷病別一般診療医療費では、悪性新生物 2.5 兆円（構成比 10.3％）、高血圧性疾患 1.9 兆円（7.9％）、脳血管疾患 1.7 兆円（7.1％）、糖尿病 1.1 兆円（4.8％）、虚血性心疾患 0.7 兆円（2.9％）で 3 分の 1 を占めている。

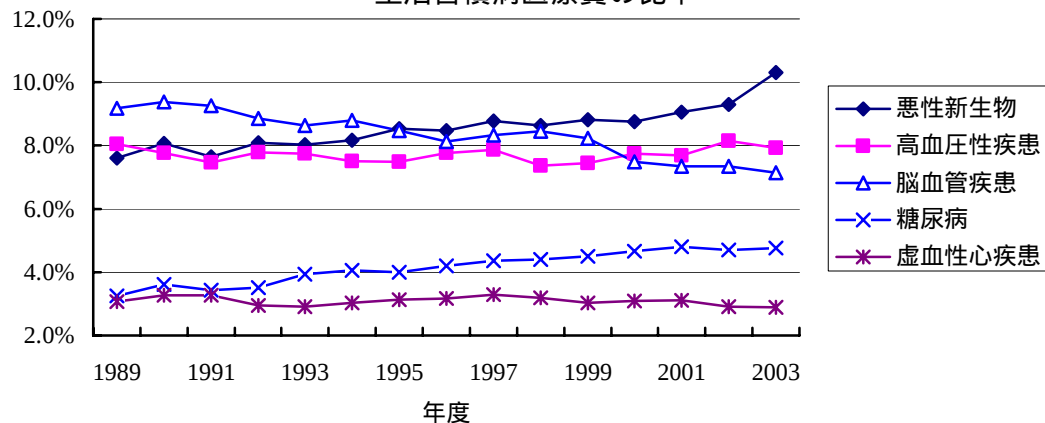
時系列推移では、悪性新生物は、1995 年度に脳血管疾患を上回った後、2003 年度に 10％を超える水準となった。糖尿病も長期的に増加傾向にある。

図表1-1-7 一般診療医療費の傷病別構成比（2003年度）



*厚生労働省「国民医療費」から作成

図表1-1-8 一般診療医療費に占める生活習慣病医療費の比率

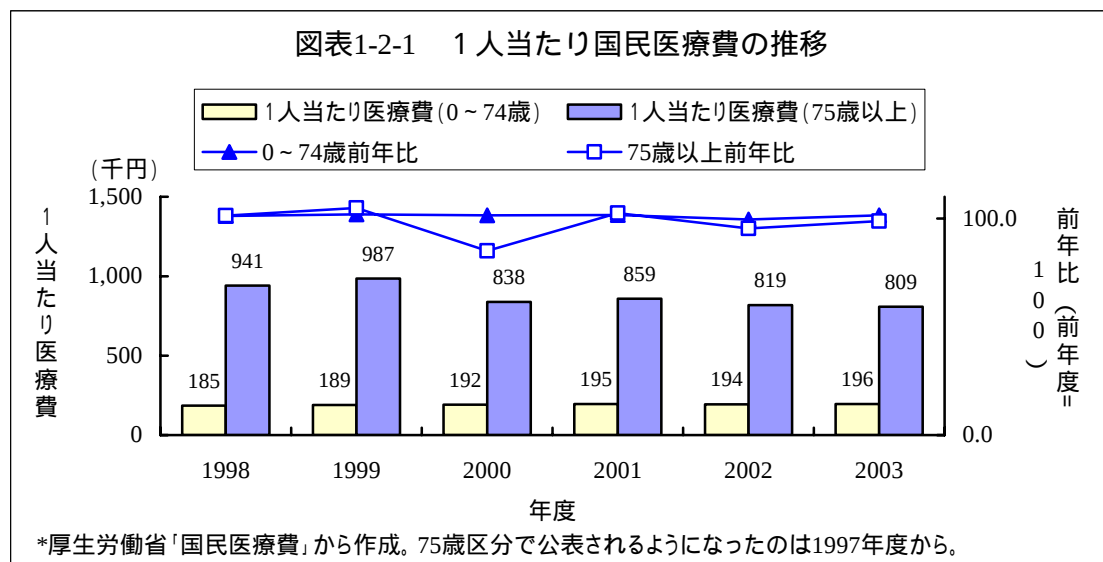


*厚生労働省「国民医療費」から作成

2. 年齢階級別国民医療費

(1) 1人当たり医療費の最近の推移(75歳区分)

1人当たりでは0～74歳 196.5千円、75歳以上 809.4千円であり、4.1倍の格差がある。75歳以上の1人当たり医療費は、2000年度の介護保険導入でいったん低下し、2002年度の診療報酬改定でも前年を下回った。さらに2003年度も前年度割れとなった。前年比は2000年度を除いても、0～74歳で平均101.1、75歳以上で平均100.6となっており、最近の1人当たり医療費はほぼ横ばいであるといえる。



図表1-2-2 1人当たり国民医療費(75歳区分)

1人当たり医療費(千円)

	1997 年度	1998 年度	1999 年度	2000 年度	2001 年度	2002 年度	2003 年度
0～74歳	183.2	185.3	188.8	191.6	194.6	193.6	196.5
75歳以上	928.8	941.0	986.6	838.1	858.9	819.1	809.4

前年比(前年度 = 100)

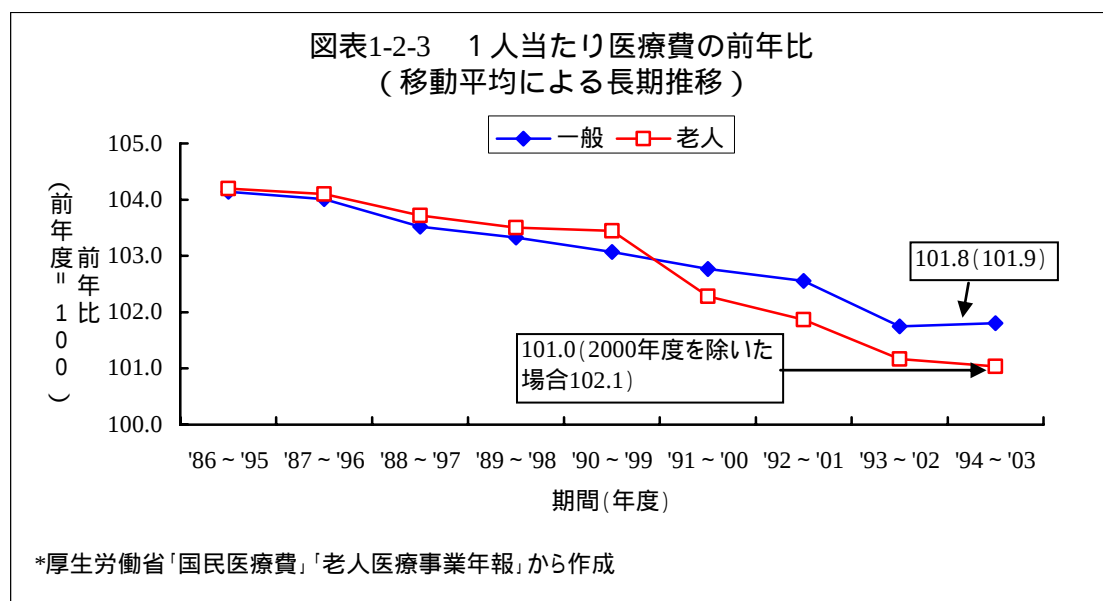
	1997 年度	1998 年度	1999 年度	2000 年度	2001 年度	2002 年度	2003 年度	平均	平均(除 2000年度)
0～74歳		101.1	101.9	101.5	101.6	99.5	101.5	101.2	101.1
75歳以上		101.3	104.8	84.9	102.5	95.4	98.8	98.0	100.6

*「国民医療費」が75歳区分で公表されるようになったのは1997年度から

(2) 1人当たり医療費の長期推移（一般・老人）

「国民医療費」が75歳以上を区分して公表されるようになったのは1997年度からである。他方、「老人医療事業年報」では過去の推移を把握できるので、「国民医療費総額 - 老人医療費 = 一般医療費」として、長期時系列推移を示す。

以下のグラフは、1人当たり医療費の前年比について、その時点から過去10年間分を平均したものである。前年比は年によるバラツキはあるものの、長期的には介護保険への移行以前から縮小傾向にあることがわかる。



*2002年10月から老人医療受給対象年齢が引き上げられており、より高齢者の比率が高まっているので、2003年度の1人当たり老人医療費は前年度に比べると上昇しているが、それでも前年比102.2でしかない。

*移動平均：その年から見て、その年も含めた過去10年間の平均値。

図表1-2-4 国民医療費の長期推移

	国民医療費(兆円)			1人当たり医療費(千円)		
	一般	老人	計	一般	老人	計
1985年度	11.9	4.1	16.0	105.8	498.6	132.3
1986年度	12.6	4.4	17.1	111.6	523.0	140.3
1987年度	13.2	4.8	18.1	116.7	548.7	147.8
1988年度	13.6	5.2	18.8	119.6	567.9	152.8
1989年度	14.2	5.6	19.7	124.4	593.6	160.1
1990年度	14.7	5.9	20.6	128.9	609.3	166.7
1991年度	15.4	6.4	21.8	135.3	633.8	176.0
1992年度	16.5	6.9	23.5	145.1	661.4	188.7
1993年度	16.9	7.5	24.4	148.5	684.6	195.3
1994年度	17.6	8.2	25.8	155.1	719.2	206.3
1995年度	18.0	8.9	27.0	158.7	752.2	214.7
1996年度	18.7	9.7	28.5	165.1	781.6	226.1
1997年度	18.6	10.3	28.9	164.7	789.9	229.2
1998年度	18.7	10.9	29.6	165.6	800.7	233.9
1999年度	18.9	11.8	30.7	168.0	832.1	242.3
2000年度	18.9	11.2	30.1	168.9	757.9	237.5
2001年度	19.4	11.7	31.1	173.8	756.6	244.3
2002年度	19.2	11.7	31.0	172.4	736.5	242.9
2003年度	19.9	11.7	31.5	177.3	752.7	247.1

【前年比(前年度 = 100)】

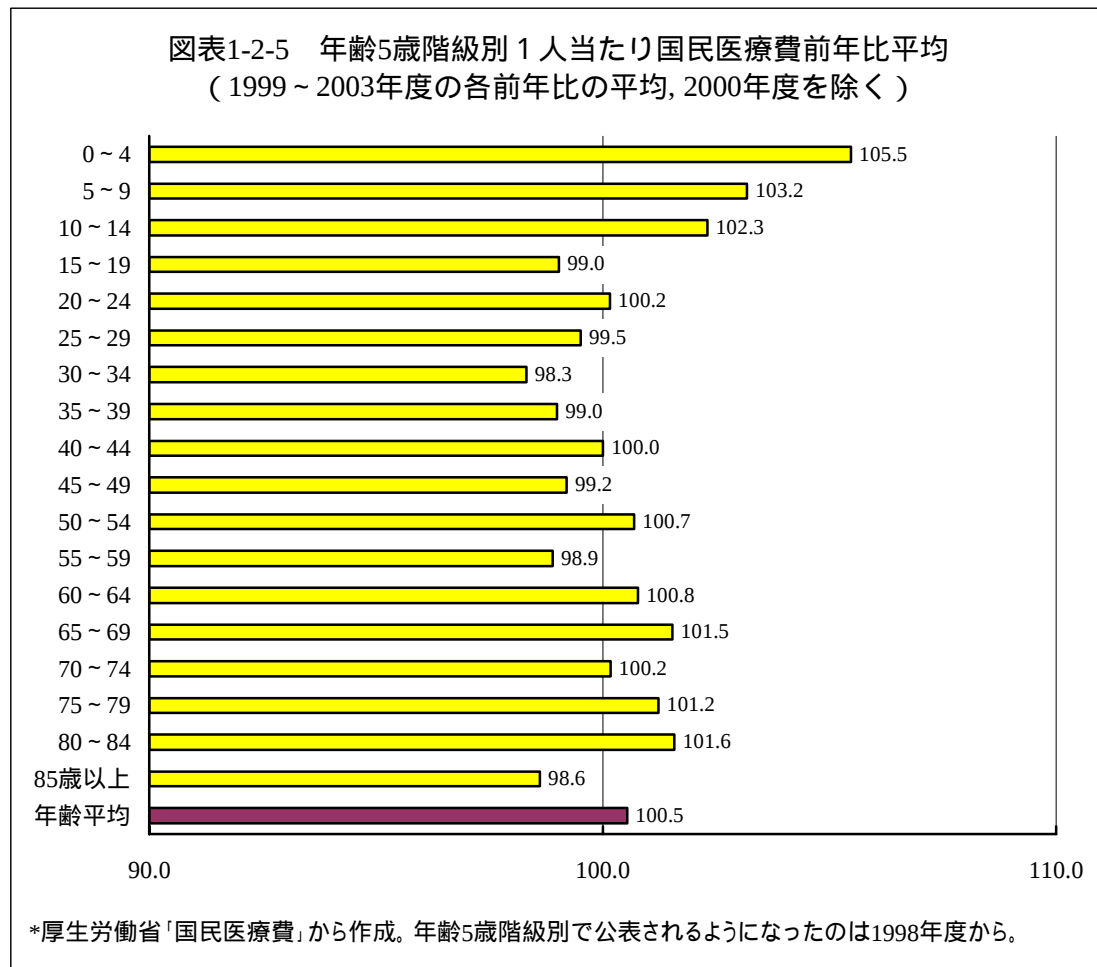
	国民医療費			1人当たり医療費		
	一般	老人	計	一般	老人	計
1986年度	105.7	109.1	106.6	105.4	104.9	106.0
1987年度	104.9	108.9	105.9	104.6	104.9	105.4
1988年度	102.7	106.8	103.8	102.4	103.5	103.3
1989年度	104.2	107.7	105.2	104.1	104.5	104.8
1990年度	103.6	106.7	104.5	103.6	102.6	104.2
1991年度	105.0	108.1	105.9	105.0	104.0	105.5
1992年度	107.3	108.2	107.6	107.3	104.4	107.2
1993年度	102.2	107.4	103.8	102.3	103.5	103.5
1994年度	104.3	109.5	105.9	104.4	105.1	105.6
1995年度	102.3	109.3	104.5	102.3	104.6	104.1
1996年度	103.8	109.1	105.6	104.1	103.9	105.3
1997年度	99.5	105.7	101.6	99.7	101.1	101.4
1998年度	100.3	106.0	102.3	100.5	101.4	102.0
1999年度	101.1	108.4	103.8	101.5	103.9	103.6
2000年度	100.2	94.9	98.2	100.5	91.1	98.0
2001年度	102.6	104.1	103.2	102.9	99.8	102.9
2002年度	98.9	100.6	99.5	99.2	97.3	99.4
2003年度	103.5	99.3	101.9	102.9	102.2	101.7

*厚生労働省「国民医療費」「老人医療事業年報」から作成

*一般 = 国民医療費総額 - 老人医療費

(3) 年齢 5 歳階級別医療費

年齢 5 歳階級別で最も伸び率が高いのは乳幼児 (0 ～ 4 歳) であり、いわば超後期高齢者ともいえる 85 歳以上ではまったく増加していない。75 ～ 79 歳、80 ～ 84 歳ではプラスであるものの、年齢平均ではここ数年は 1 % を切る伸びでしかない。

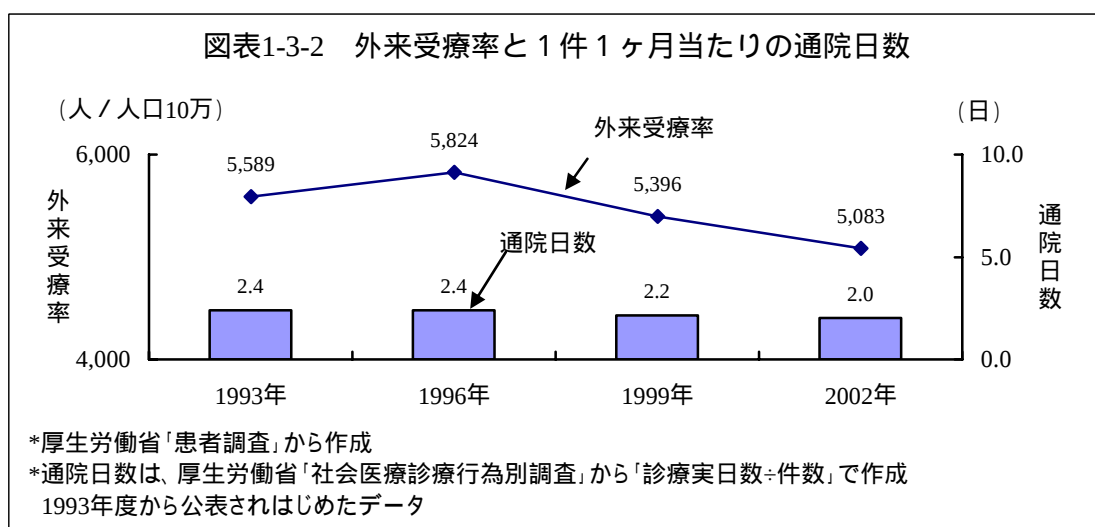
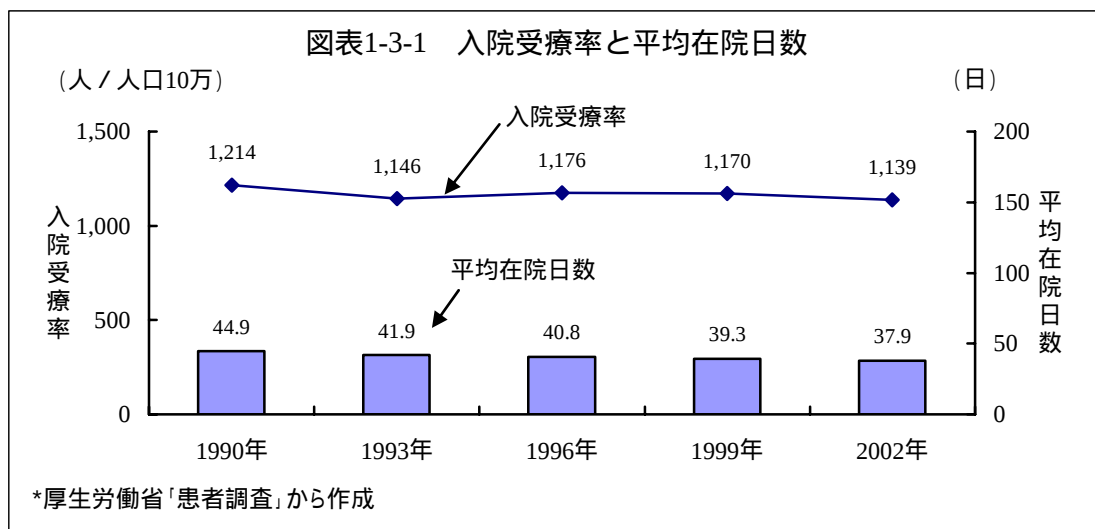


3．国民医療費への影響要因

(1) 受療率と在院日数・通院回数

1人当たり医療費が頭打ちとなっている主要因には、受療率の低下が挙げられる。受療率に影響するのは、入院医療費では平均在院日数、入院外医療費では通院回数である。

平均在院日数は1990年には44.9日であったが、2002年には37.9日と1週間短縮された。通院回数（1件1ヶ月当たりの通院日数）も1996年から2002年にかけて0.4日短くなっている。



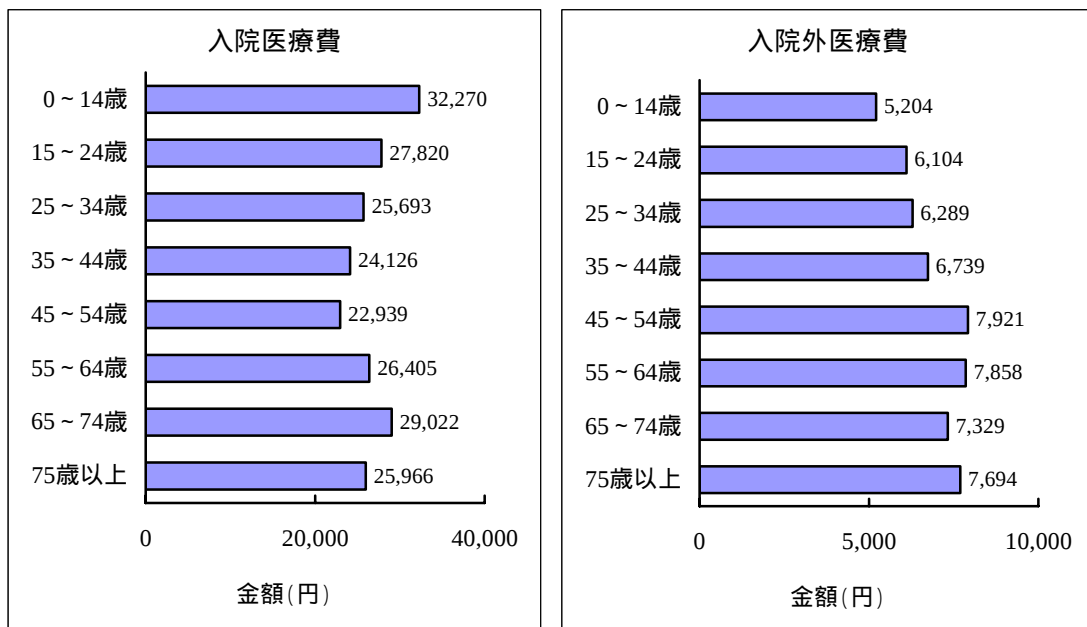
(2) 患者 1 人 1 日当たり医療費

「1 人当たり国民医療費」という時には、分母には受療しなかった人を含む。ここでは受療した人のみ、すなわち患者 1 人 1 日当たり医療費に着目した。

1 日当たりの入院医療費は 0～14 歳でもっとも高く約 32 千円である。その後縮小し、50 歳代後半から再び高くなるが、75 歳以上ではやや小さくなる。入院外医療費は 0～14 歳でもっとも低く、年齢とともに上昇するが、45～54 歳がピークである。

入院医療費も、入院外医療費も高齢者がきわめて高いという実態はない。

図表1-3-3 患者 1 人 1 日当たり医療費 (2003年)



*厚生労働省「社会医療診療行為別調査」から「点数÷実日数×10円」で計算

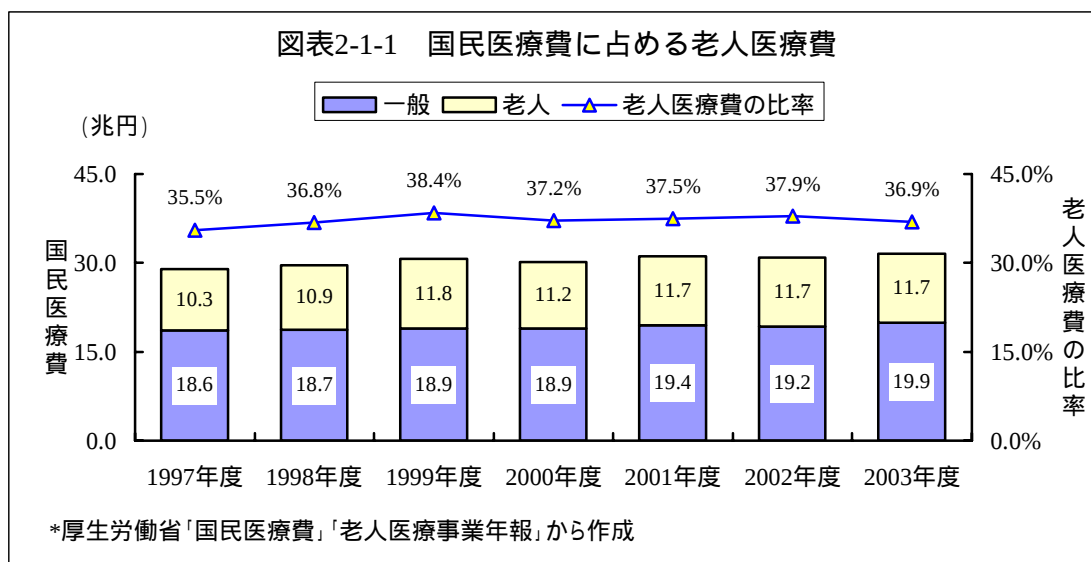
*医科診療医療費のみ

．老人医療費の現状分析

１．老人医療費の全体像

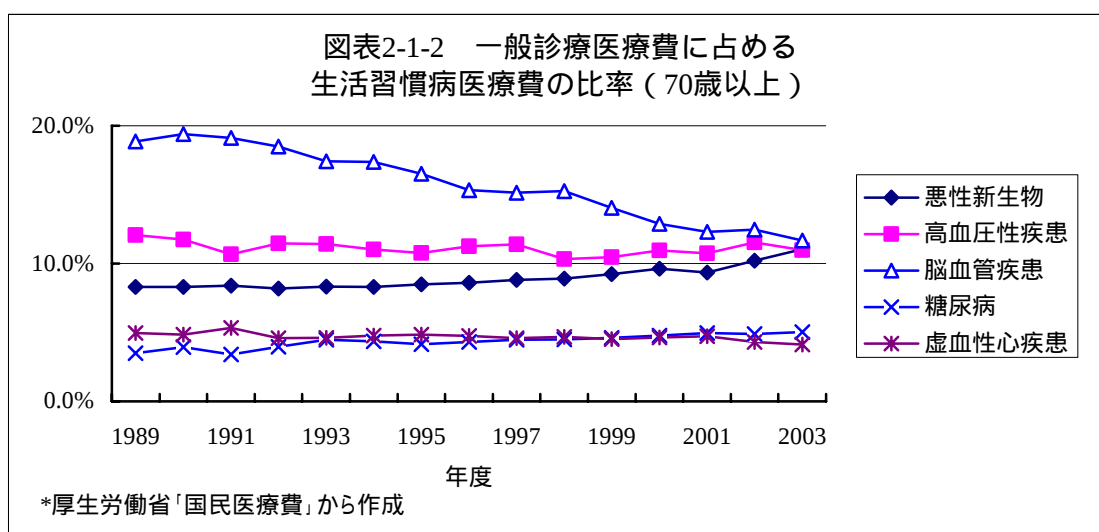
（１）老人医療費の推移

2003 年度の老人医療費は 11.7 兆円であり、3 年連続で前年横ばいとなった。これは、対象年齢の引き上げが、高齢者の増加、高齢者 1 人当たり医療費の増加（直近はほとんど横ばい）を打ち消したからである。受給対象年齢は 2002 年 9 月まで 70 歳以上であったが、2002 年 10 月から 1 歳ずつ引き上げられており、2006 年 10 月に 75 歳以上となったところで完了する。

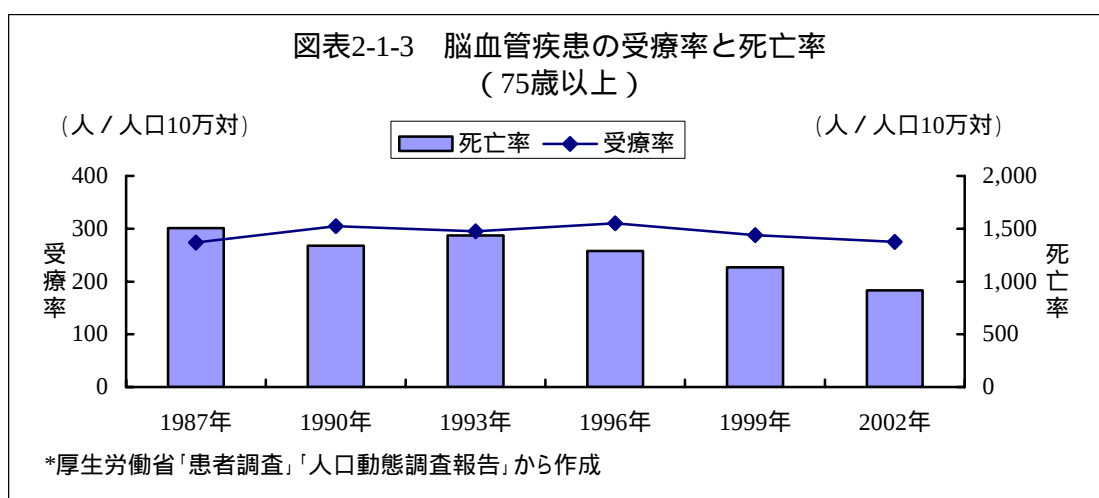


傷病別では、1990 年代前半まで脳血管疾患が抜きん出ていた。その後、脳血管疾患の医療費は激減し、一方で悪性新生物の医療費が増加した。2003 年度には脳血管疾患 1 兆 1,612 億円 (11.7%)、悪性新生物 1 兆 978 億円 (11.0 兆円)、高血圧性疾患 1 兆 902 億円 (11.0%) とほぼ同率で並んでいる。

脳血管疾患については死亡率は激減しているが、脳血管疾患の受療率は 1990 年以降やや減少傾向にあるとはいえ大きな変化はない。つまり脳血管疾患にかかることはかかるが、脳血管疾患では死に至らなくなり、退院後の余命が長期化し、その間に悪性新生物にかかるというケースが増えてきているのではないかと推察される。



*本稿では基本的に高齢者を 75 歳以上としているが、「国民医療費」において 75 歳以上が区分されはじめたのは 1997 年からであるので、ここでは 1997 年以前から区分されている 70 歳以上の医療費を示した。



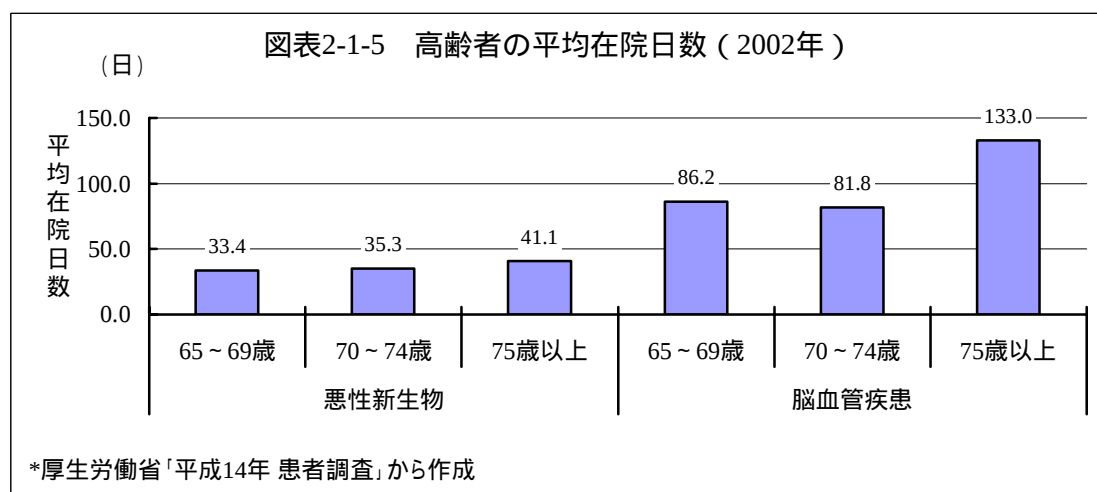
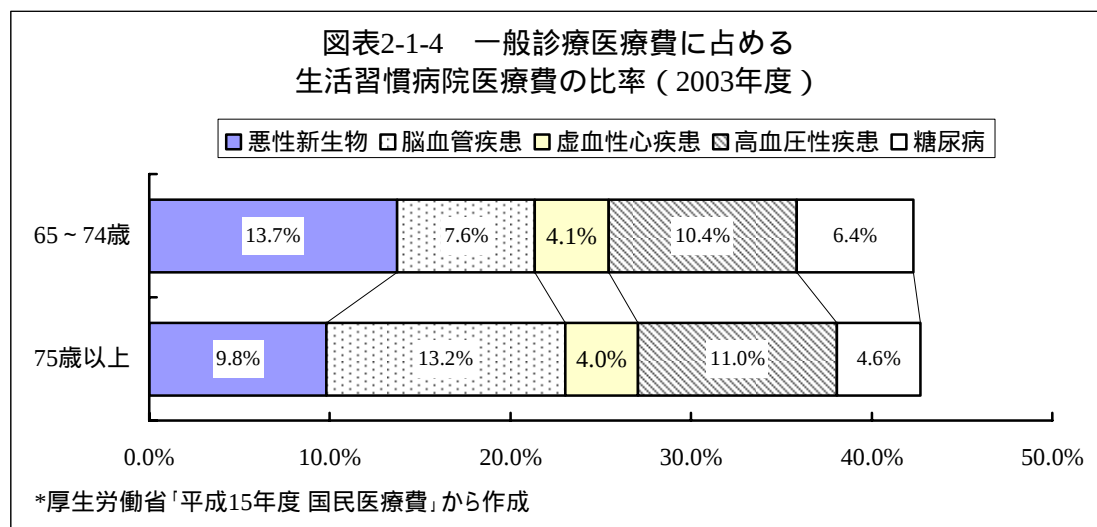
(2) 前期高齢者と後期高齢者の医療費の違い

日本医師会は 2005 年 6 月に発表した高齢者医療制度案において、新たな高齢者医療保険制度の対象者を 75 歳以上としている。他方、経団連や健保連は年金や介護保険受給年齢と合わせて 65 歳以上としている。

日本医師会が対象を 75 歳以上としている理由のひとつは、前期高齢者(65 ～ 74 歳) と後期高齢者(75 歳以上) とでは、疾病構造が大きく異なるためである。

65 ～ 74 歳では一般診療医療費のうち悪性新生物が 13.7% を占めるが、75 歳以上では 9.8%、逆に脳血管疾患は 65 ～ 74 歳では 7.6%、75 歳以上では 13.2% である。

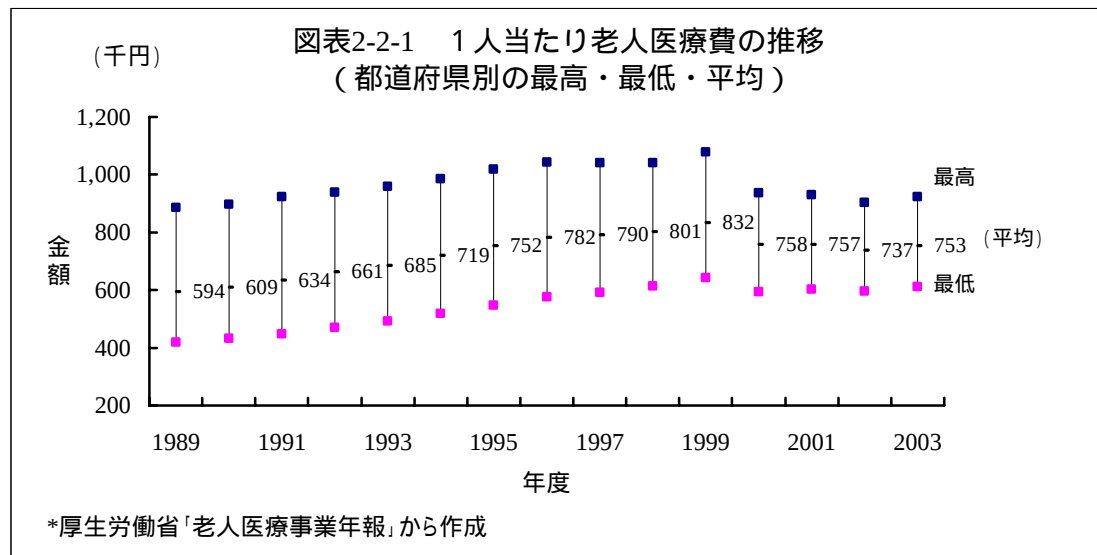
平均在院日数も、脳血管疾患で入院した場合、65 ～ 74 歳では 80 日台であるが、75 歳以上では 130 日を超えており格差が大きい。



2．高齢者医療費の地域格差とその背景

(1) 1人当たり老人医療費の推移

1人当たり老人医療費は1999年度に832千円に達した後、2000年度に導入された介護保険へ一部が移行した影響で758千円に下がり、その後も減少傾向にあった。介護保険への移行の余韻がつづいていたこと、2002年度には診療報酬が改定されたことなどが背景として考えられる。2003年度には再び増加に転じているが、これは老人医療受給対象年齢が引き上げられ、より医療費の高い後期高齢者（75歳以上）の比率が高まったためである。



（２）地域格差の背景

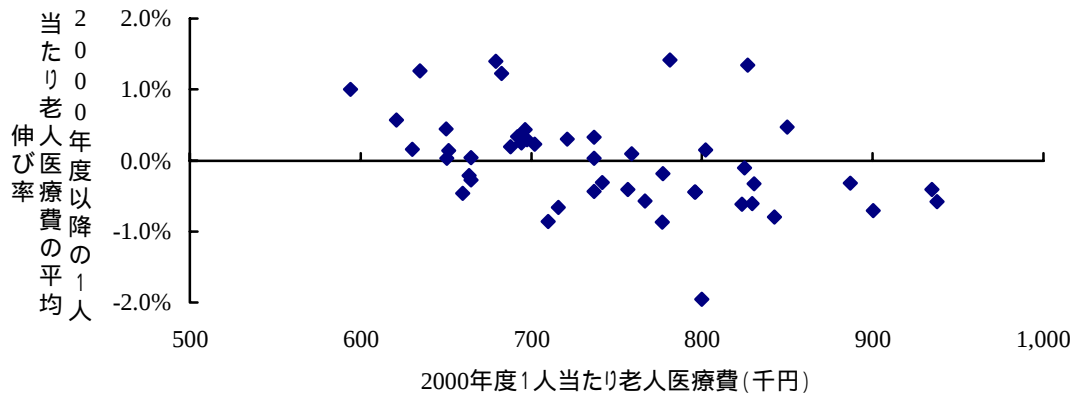
１人当たり老人医療費の都道府県間格差は 1994 年度には 1.90 倍であったが、2003 年度には 1.51 倍にまで縮小している。

地域間格差が縮小傾向にある理由としては、第一に医療費のじゅうぶん高い地域では医療費の伸びが頭打ちになっているのに対し、医療費の低い地域では依然として上昇傾向にあることがあげられる。

第二に医薬分業率との関連である。１人当たり老人医療費がもっとも高いのは福岡県、もっとも低いのは長野県である。両県を比較すると、福岡県では１人当たり老人医療費が頭打ちになっているが、長野県では特に薬局調剤医療費の伸びによって医療費が増加していることがわかる。医薬分業は診療費から薬局調剤費への移転以上のコスト増を招いてきた。2003 年度の医薬分業率は福岡県では 59.1%であったが、長野県では全国平均（51.6%）を下回る 50.4%であった⁶。長野県はまだまだ医薬分業が拡大する余地があり、これに伴って薬局調剤医療費により医療費が押し上げられる可能性がある。

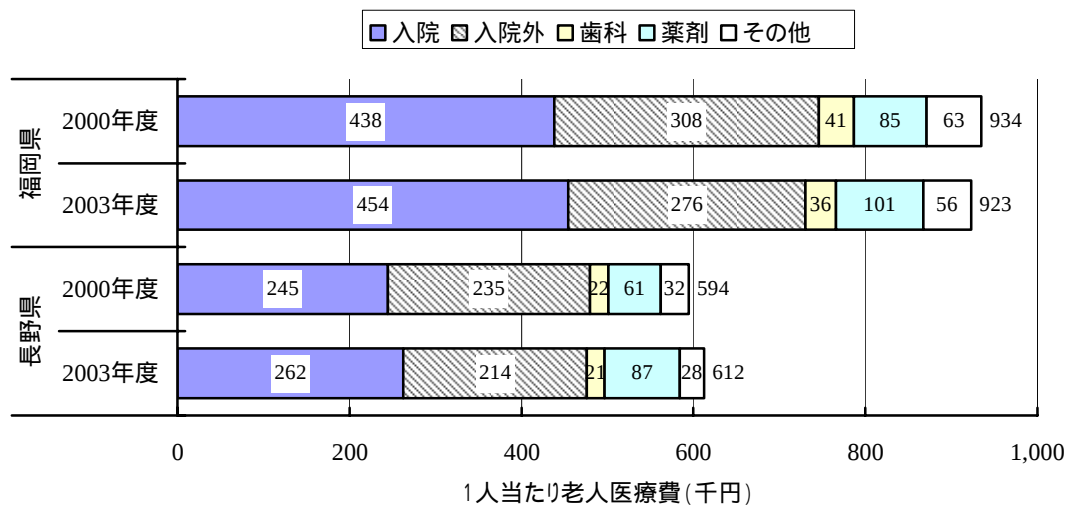
⁶ 日本薬剤師会調べ

図表2-2-2 1人当たり老人医療費と伸び率の関係
(都道府県別)



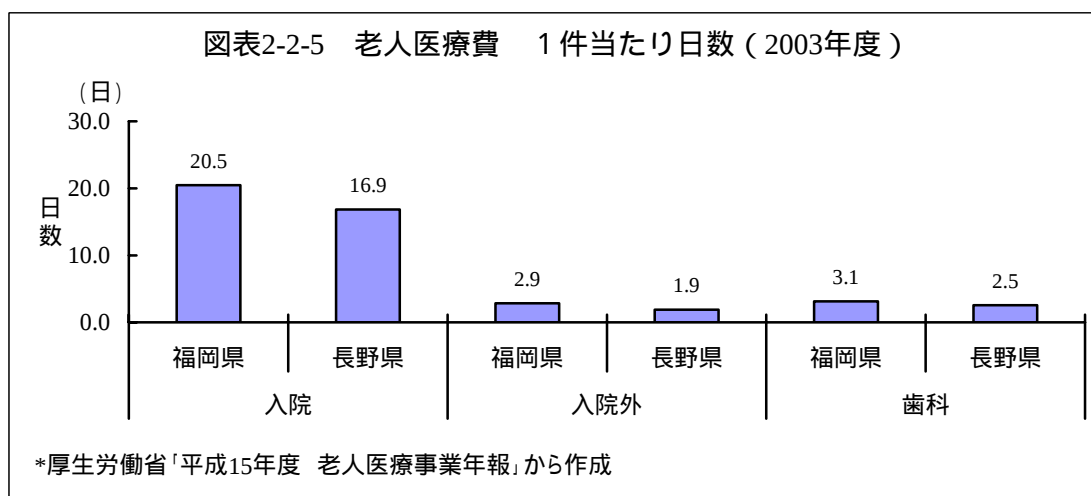
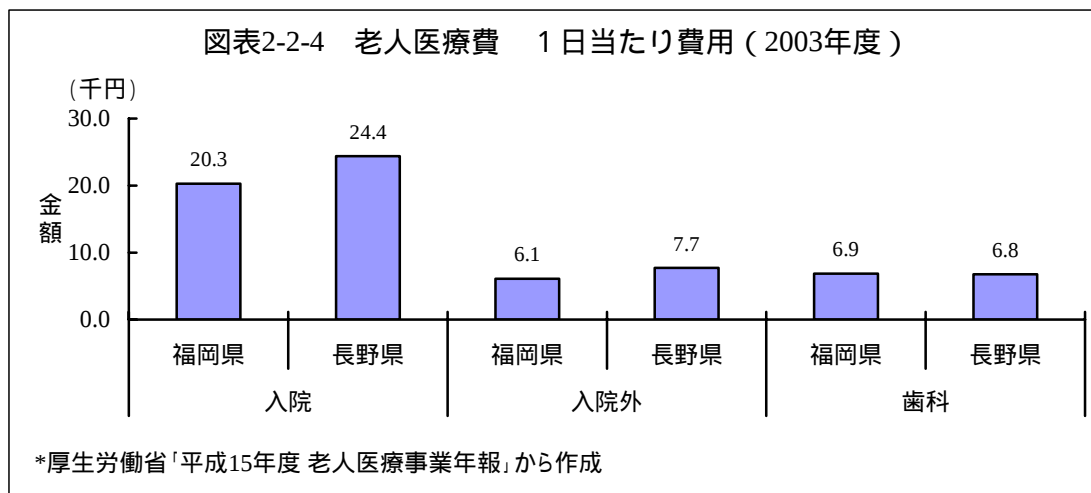
*厚生労働省「老人医療事業年報」から作成

図表2-2-3 1人当たり老人医療費の構成内訳推移



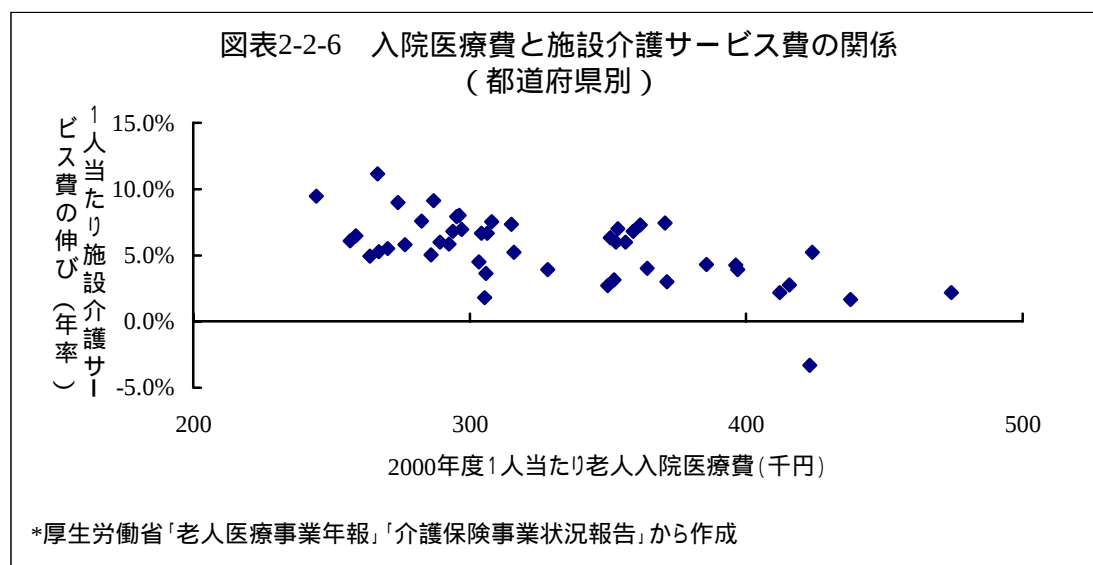
*厚生労働省「老人医療事業年報」から作成

1人当たり老人医療費の地域格差は縮小傾向にあるとはいえ、依然として1.5倍の開きがあることは事実である。そこで、福岡県と長野県について、1人当たり老人医療費を分解したところ、1日当たり費用はあまり差がないが、むしろ長野県のほうが高かった。しかし、1件当たり日数は福岡県が長野県を大幅に上回っていた。



*入院は月をかわると新たな1件としてカウントするので、1件当たり入院日数は平均在院日数を示すものではないが、平均在院日数にほぼ比例する

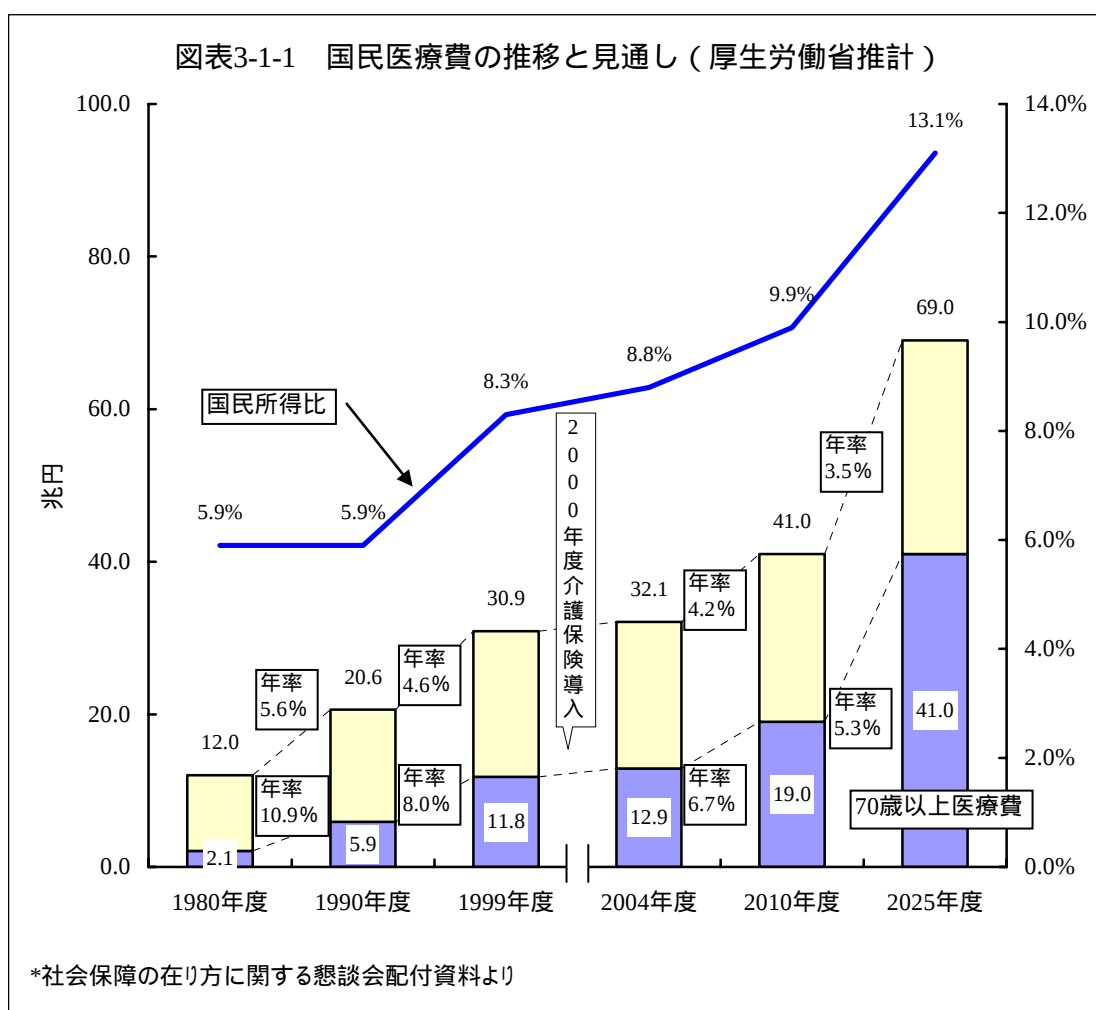
一方で、1人当たり老人入院医療費の小さい県ほど、1人当たり施設介護サービス費の伸び率(2000年から2003年までの年平均伸び率)が大きいという傾向が見られた。平均在院日数は医療費削減を実現するかもしれないが、抑圧された医療費が介護費に流れ、介護費の上昇を招くおそれもある。



．医療費の将来推計

1．厚生労働省の将来推計

厚生労働省は2025年度の国民医療費を69.0兆円と推計している。その前提として、1人当たり医療費の伸び（年率）を一般医療費2.1%、高齢者医療費3.2%と置いている。しかし、これまで見てきたように、近年では介護保険への移行の影響を除いても、1人当たり医療費の伸びは年率1%前後に落ち着いている。



2．将来推計の再計算

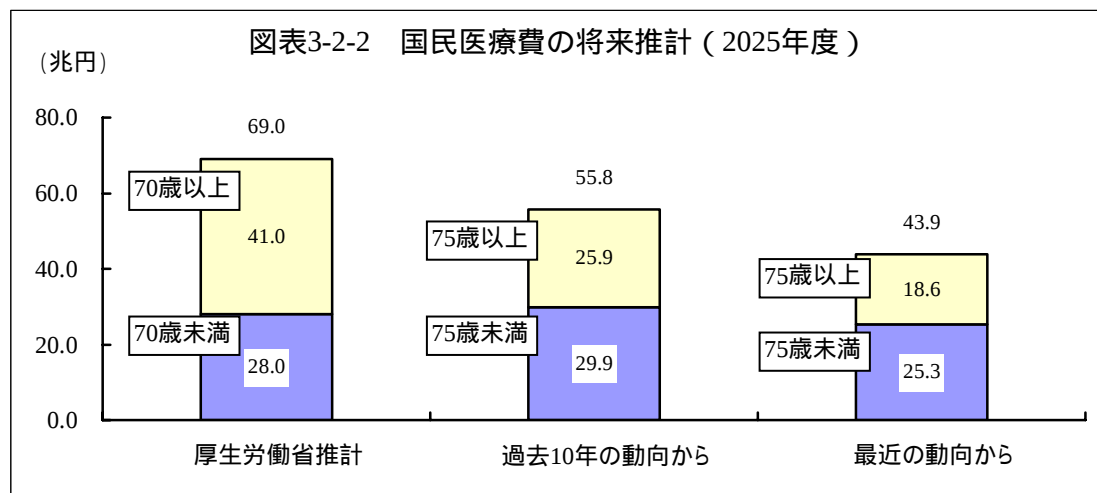
ここでは、最近の1人当たり医療費の伸び率を延伸して将来推計を行った。この結果、2025年度の国民医療費は、厚生労働省推計は69.0兆円と推計しているが、もっとも低い場合には43.9兆円、その中間値として55.8兆円であろうと推計された。

厚生労働省は高齢者を70歳以上とし、2025年の高齢者医療費は41.0兆円で全体の60%近くに達するとしている。一方、ケースを75歳で区分した場合、高齢者医療費は全体の50%近くに止まった。

図表 3-2-1 将来推計の前提条件

ケース	一般	高齢者
厚生労働省推計	2.1%	3.2%
過去10年間の動向から（図表 1-2-3）	1.9%	2.1%
最近（1997年度以降）の動向から（図表 1-2-2）	1.1%	0.6%

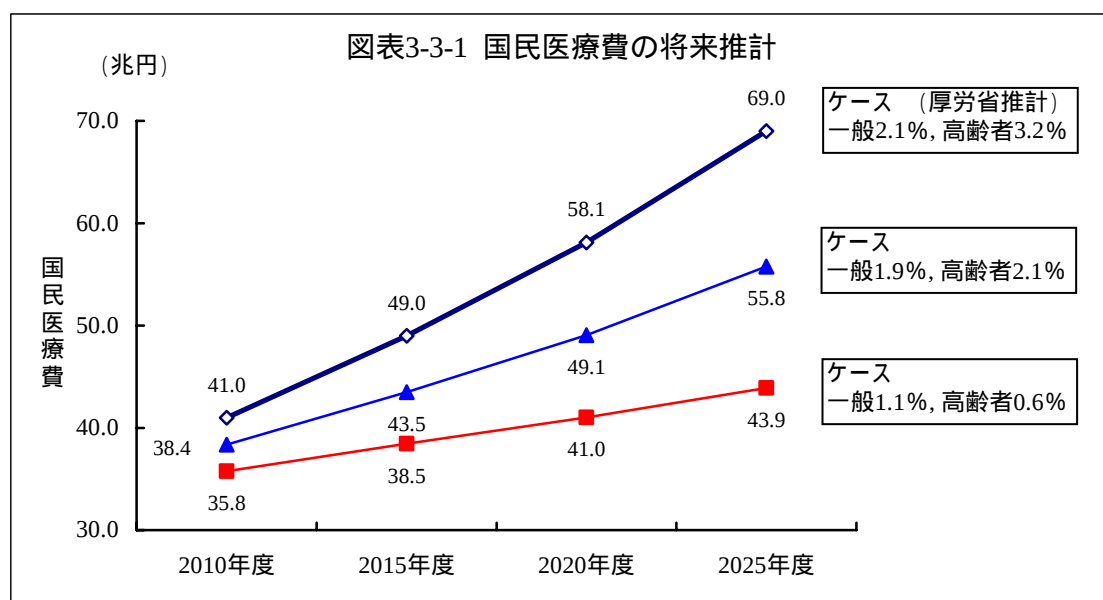
*いずれも2000年度の前年比伸び率を除く



3．将来推計結果の意味合い

経済財政諮問会議の民間議員は、社会保障費の伸びを経済指標にリンクさせることを主張している。名目国民所得の伸びは当面 2% 台と予測されている。これに対し厚生労働省の推計結果では、国民医療費（総額）の伸びは 4% 強となり、仮に国民所得に比例させるとすれば、毎年 2 ポイント前後の切り下げを行わなければならない。

しかし、現状に即して推計したケース、ケースでは国民医療費（総額）の伸び率はおおむね 2～3% で推移すると予測される。経済成長予測と比べて、極端に過大なものではない。



図表3-3-2 国民医療費の将来推計と経済成長の予測

	2006	2007	2008	2009～2010	2011～
名目国民所得の伸び	2.1%	2.4%	2.8%	1.9%	1.6%
国民医療費（総額）の伸び率	-	-	-	-	-
ケース（厚労省推計）	4.2%	4.2%	4.2%	4.2%	3.6%
ケース（過去10年の動向から）	2.9%	2.9%	2.9%	2.8%	2.5%
ケース（最近の動向から）	1.9%	1.9%	1.8%	1.7%	1.4%

*厚生労働省は2010年、2025年の医療費しか示していないので、途中経過は年率が同じとして仮置きした

．考察（医療制度改革に向けての私案）

１．医療費の伸びの実態と医療費水準について

最近の１人当たり医療費はほぼ横ばいで推移している。その一因は、一部負担割合の引き上げ、診療報酬の引き下げなどの医療費抑制策が相次いで実施されてきたからである。また医薬分業がある程度進み、薬局調剤医療費の伸びがやや緩やかになってきていることも影響している。

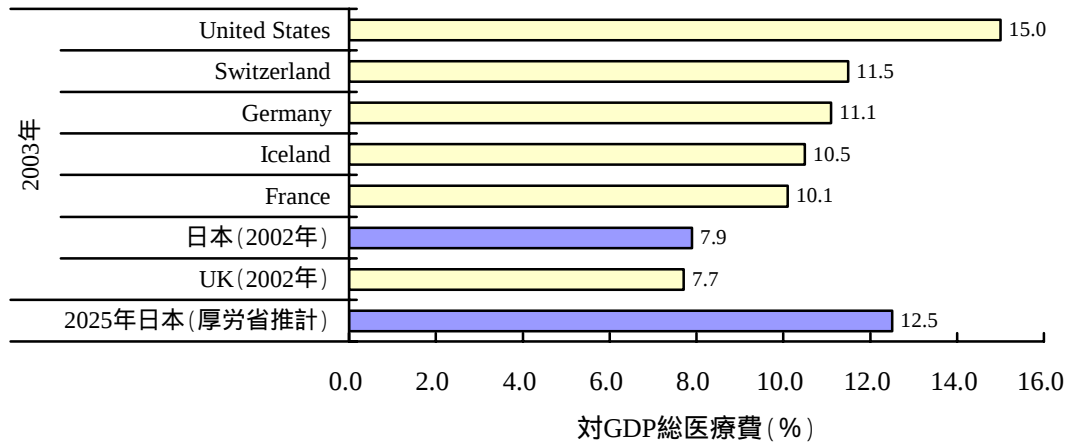
厚生労働省の医療費推計は、特に薬局調剤医療費の伸びが著しかった 1990 年代後半の推移をもとにしたものである。しかし、仮にこのままのペースで医薬分業が進んでも 2015 年ごろには 100%に到達すると推測される。それ以降の医療費の伸びには影響を与えないこと、また必ず 100%に達するまで上昇しつづけるわけでもないことは認識しておきたい。

もちろん高齢者人口が増加する分には医療費も上昇する。しかし最近の傾向から推計した結果によると、経済予測等を著しく上回る結果にはなっていない。

また、仮に厚生労働省が推計した 2025 年度 69.0 兆円の医療費が妥当であるとしても、この時の対 GDP 総医療費支出は 12.5%⁷である。米国、スイス、ドイツは 2002 年時点で 10%を越えているし、各国の対 GDP も将来に向けて上昇すると推察される。国際比較から見れば、日本の医療費は決して高い水準にはない。人口 1,000 人当たり医師数も日本は OECD30 カ国中 27 位とかなり低い。

⁷ 第 7 回社会保障の在り方に関する懇談会（2005 年 3 月 18 日）提出資料より。2025 年の国民医療費は 69 兆円。これに対し、総医療費は 90 兆円として計算されている。OECD の手法による総医療費には、国民医療費に加え、介護費用の一部、予防・公衆衛生、運営コスト、正常分娩費及び一般薬の費用等を含む。

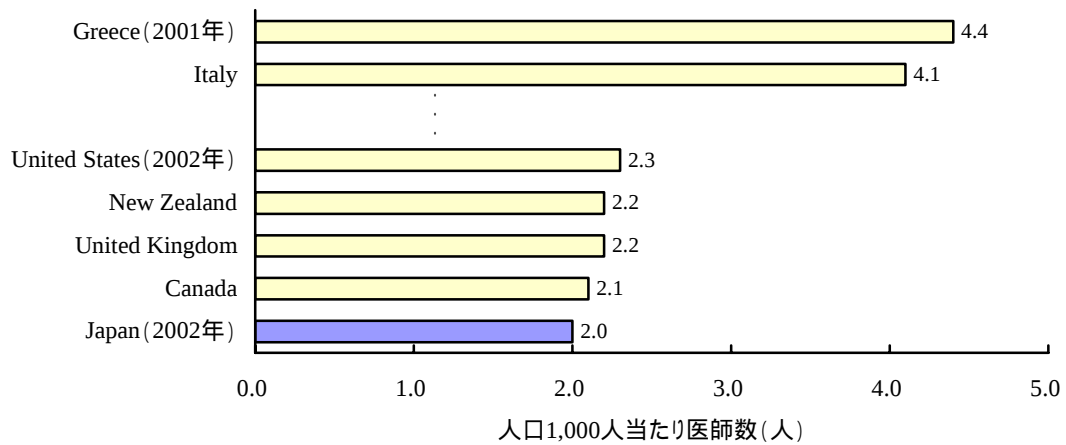
図表4-1-1 GDPに対する総医療費支出
- 日本の将来推計（粗い試算）と諸外国の水準 -



*諸外国は「OECD HEALTH DATA2005/Total expenditure on health % GDP」より

*2025年の厚労省推計は「第7回社会保障の在り方に関する懇談会資料」より

図表4-1-2 人口1,000人当たりの医師数（2003年）

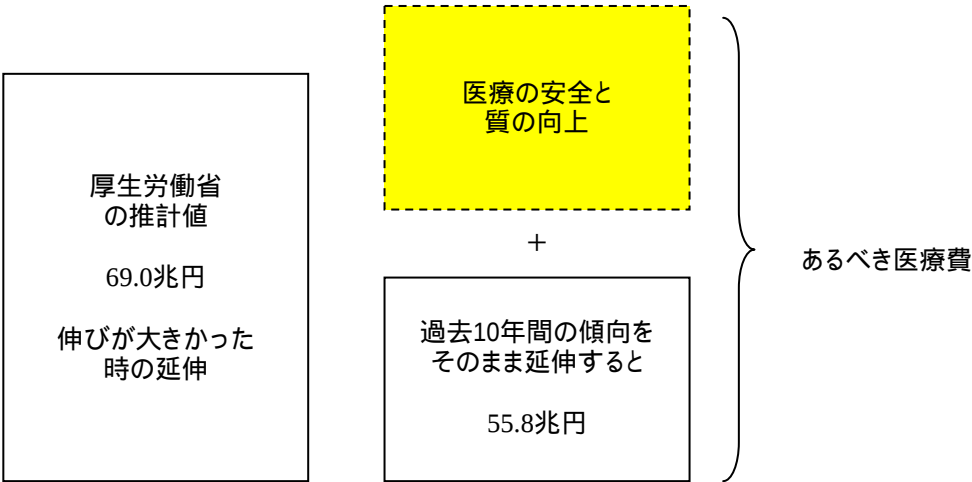


*「OECD HEALTH DATA2005/Practising Physicians, density per1000 population」より

一方で、患者サイドからは医療の安全と質へのニーズは高まりつつある。厚生労働省のいわば「安全サイド」の推計値でも日本の医療費は決して高い水準にあるとはいえないし、仮に過去 10 年間の動向のまま推移すれば 50 兆円台（ケース ）とも推計される。これは現状の医療費がじゅうぶんに安定的水準に抑制されてきた結果であるから、将来に向けては、医療の安全と質へのニーズに答えうるコストを乗せていく必要があるだろう。

そういった視点も含めて、医療費の伸び率を管理し、医療費を抑制するという以前に、逆に日本の医療費水準をもっと引き上げるべきではないのか、国民にはそれを負担する意思はないのかという点をあらためて議論すべきである。

図表4-1-3 2025年の国民医療費

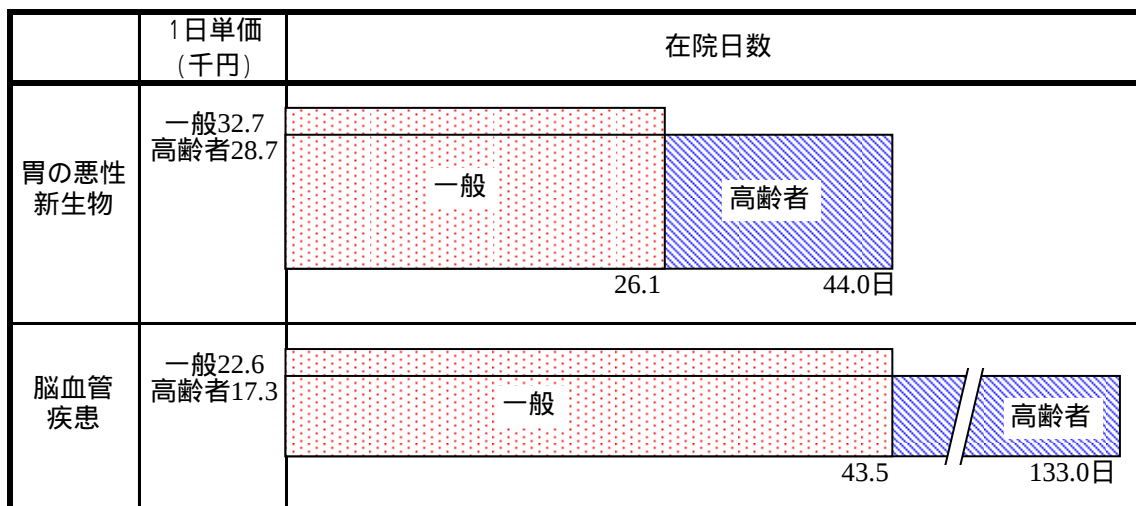


2. 高齢者医療政策上の課題と提言

患者1人当たり医療費のところでも述べたが、若者と高齢者の1人1日当たりには極端な格差はない。しかしながら、高齢者は一般（若者）に比べて受療率が高いため、1人当たり医療費も高い。入院受療率は平均在院日数、入院外受療率は1件1ヶ月当たりの通院日数の影響を受ける。

たとえば、脳血管疾患の場合は、一般のほうが単価は高いが、高齢者は入院期間が4ヶ月以上にわたるため、総医療費が高くなる。

図表4-2-1 入院医療費のイメージ



*厚生労働省「平成15年 患者調査」「平成15年 社会医療診療行為別調査」から作成

*単価は、一般、老人医療別1人1日当たり単価

*在院日数は、一般は40～44歳の日数、高齢者は75歳以上の日数

*脳血管疾患は、「社会医療診療行為別調査」では区分がないため単価は脳梗塞のものを用了

こういったことから、厚生労働省は特に入院医療費について、平均在院日数短縮化と在宅終末期医療を推進しつつある。ところが、これらの施策は実は問題のつけかえに過ぎないという一面もある。

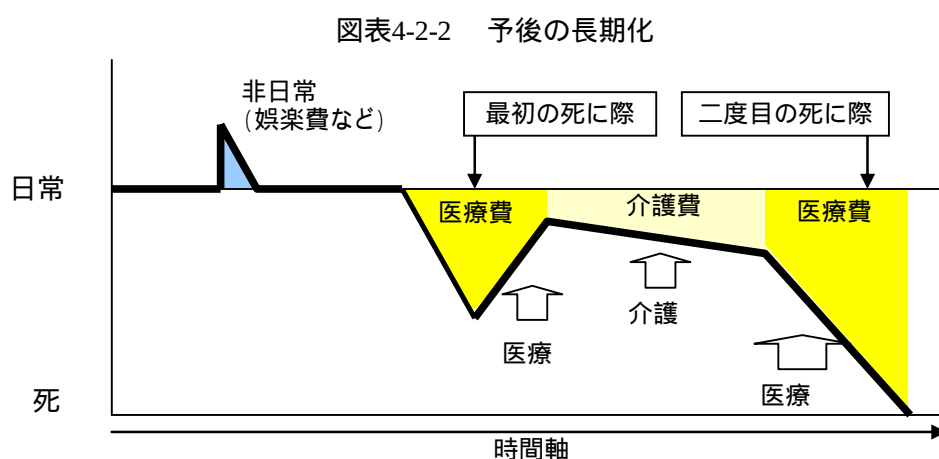
第一に、先に述べたように、現状、医療費が小さい県では、介護保険導入以降、医療費で抑制されてきたニーズが介護費として顕在化しているからである。このため、高齢者に関しては医療費と介護費とをトータルで評価していく必要があり、将来的には、高齢者医療・介護を統合した仕組みが必要であろうと考える。

第二に、在宅医療は公的保険下の医療費削減には寄与するかもしれないが、少なからずの家計負担を発生させる。厚生労働省は、終末期の在宅治療費は入院医療費の約半分

である⁸と喧伝するが、日医総研の調査⁹では、6ヶ月以上の長期療養が必要になった場合に療養を希望する場所は、「病院などの施設」51.0%、「在宅」21.5%、「どちらとも言えない」26.9%であり、「在宅」に躊躇する意見も見られた⁹。

長期療養の場所、終末期を過ごす場所については、保険財政面からのみ方向付けをするのではなく、患者の意思、希望を尊重することが重要である。

先に述べたように、脳血管疾患は受療率はや減った程度であるが、その死亡率は激減している。脳血管疾患にかかっても死にはいたらず、予後の期間が長期化し、その間に悪性新生物や他の疾患にかかるということが増えてきた。単に、医療費、介護費、在宅コスト間の付け替えではなく、トータルでこの期間のコストを低減することが重要な課題であることに違いはない。つまりできるだけ低コストに医療・介護を提供する場が望まれているのではないかと考えられる。



*(財)福岡県メディカルセンター 鍋島史一のアイデアを参考に図示

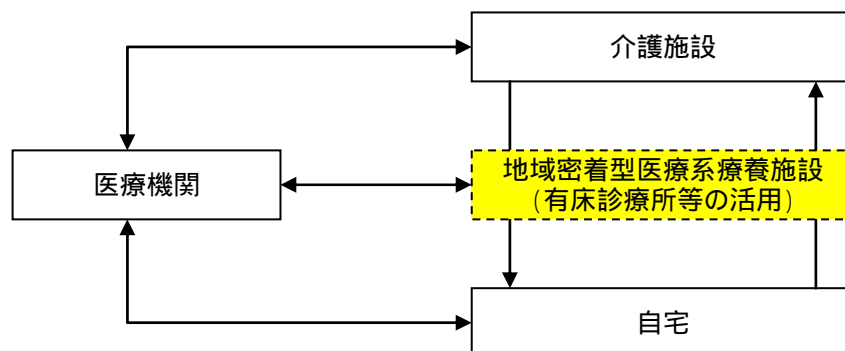
⁸ 第18回社会保障審議会医療保険部会「終末期の医療費・制度別実効給付率について」2005年8月10日

⁹ 江口成美・物井久美子「平成14年度第1回医療に関する国民意識調査」日本医師会総合政策研究機構報告書第50号、2003年2月

そこで、たとえば有床診療所の 48 時間規制を撤廃し、長期療養施設として活用することを提言したい。その際、夜間および救急に関しては体制整備のハードルを低くし、他の医療機関と提携することを認め、病院には連携診療所を持つことを義務付ける。食住費については介護保険との整合性から自己負担とするが、従来の家族の労務費は保険に吸収されるので、その面で家計負担は減少する。

高齢者医療制度は、政府案によれば「現役世代の負担が過重なものとならないよう」高齢者の医療費の適正化を図るとある。医療保険財政だけでなく、家族の負担にも注意して、質とコストのバランスのとれた水準を見つけ出していく必要がある。

図表4-2-3 終末期医療体制



参考資料

*発行年の記載のないものは複数年にわたって使用したもの

【統計資料】

厚生労働省「国民医療費」

厚生労働省「平成 8 年度～平成 14 年度国民医療費の正誤について」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/03/seigo.html>

厚生労働省「社会医療診療行為別調査」

厚生労働省「老人医療事業年報」

厚生労働省「介護保険事業状況報告」

厚生労働省「患者調査」

厚生労働省「人口動態調査報告」

日本薬剤師会「医薬分業進捗状況(保険調剤の動向)」

<http://www.nichiyaku.or.jp/contents/bungyo/default.html>

国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 14 年 1 月推計）」

OECD「OECD HEALTH DATA 2005」

【政策資料】

厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局「医療制度改革の課題と視点」2001 年 3 月

厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し - 平成 16 年 5 月推計 - 」

経済財政諮問会議「今後の経済財政運営及び経済社会の構造に関する基本方針」2001 年 6 月 26 日閣議決定

牛尾治朗・奥田碩・本間正明・吉川洋「社会保障給付費の伸び率管理について」2005 年 6 月 1 日

江口成美・物井久美子「平成 14 年度第 1 回医療に関する国民意識調査」日本医師会 総合政策研究機構報告書第 50 号, 2003 年 2 月

第 7 回社会保障の在り方に関する懇談会（平成 17 年 3 月 18 日）提出資料

第 18 回社会保障審議会医療保険部会「終末期の医療費・制度別実効給付率について」
2005 年 8 月 10 日