

構造改革評価報告書 5 「医療制度改革」の概要

	分析内容	分析結果の概要	報告書該当
1 自己負担率改正と 需要の弾力性	現在、医療機関に受診している患者の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自己負担率上昇による外来診療日数の削減効果は非常に小さい（弾力性小）。 ・ 70歳以上一定所得者で、自己負担率上昇（1割 2割）による外来診療日数低下はわずか。 	3.1 、 P5 P22
	現在、医療機関に受診していない人も含めた分析	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自覚症状がある人が医療機関に受診するかどうかは、所得などの経済的要因よりも、加齢や自覚症状、日常生活への影響など健康状態に直接関係する要因の影響が大きい。 ・ 自己負担率の引上げ（本人2割 3割）は受診確率を引下げたが、影響は比較的小さかった（引上げ対象者の受診確率は対象外の者と比較して2.6%程度下がった）。 	3.1 P11
	疾病特性分析	<ul style="list-style-type: none"> ・ かぜや皮膚炎等の疾病で、他の疾病と比べて特に自己負担率上昇によって外来診療日数が低下するという傾向は統計的に認められず。 	3.1 P17
	所得階層別分析	<ul style="list-style-type: none"> ・ 低所得者層が他の所得層に比べて、特に自己負担率上昇によって外来診療日数が低下するという傾向は統計的に認められず。 ・ 70歳以上でも所得による影響の違いは統計的に認められず。 	3.1 P25
	保険免責制（1000円）の効果試算（2003年度ベース、16-69歳に導入したケース）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 弾力性が低いことを反映して、医療費の削減額は少ない（760～820億円）。 ・ 一方、給付費の削減額は大きい（0.6～1.0兆円）。 	3.1 P26
2 老人医療費増加の 要因分析	老人医療費伸びの要因分析（90年代後半）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院（一般病床）では各診療行為に係る単価が下落する一方で、特に手術や画像診断の件数、検査回数、内服単位の増加が見られ、単価低下の影響の5割弱を回数増加が打ち消している。 ・ 他方、療養病床の入院ではこうした傾向は顕著ではない。 	3.2 P27
3 地域間診療行為格 差の分析	地域間診療行為格差の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・ 投薬（内服・外用）、検査、画像診断などの診療行為で地域別に統計的に有意な差。 ・ 中高年層では、入院の指導・手術で地域別に統計的に有意な差。 ・ 最小地域を基準にこれらの格差を縮小させると、3.6兆円の医療費削減試算（2003年度ベース）。 	3.3 P33

4 高齢者入院に関する分析	高齢者の入院を生み出す要因分析	<ul style="list-style-type: none"> 70歳以上継続入院患者のうち、1日当たり医療費が低い患者は、療養病床数が多いと増加、介護施設（老人保健施設＋特別養護老人施設）定員数が多いと減少（医療と介護の代替性を示唆）。 	3.4 P40
5 居宅介護サービス需要の要因分析	居宅介護サービス利用の要因分析	<ul style="list-style-type: none"> 要介護度が高くなるほど居宅介護サービス利用が増加。 世帯構造については、一人暮らしの要介護者の居宅介護サービス利用は相対的に大。 高所得者ほど居宅介護サービス利用が大。 認知症、脳卒中で通院中の患者の在宅介護サービス利用は相対的に大。 	3.5 P44

分析に利用したデータ（個票）出所：厚生労働省「国民生活基礎調査」（サンプル数70～75万人/年×4年分、但し一部調査票を除く）、社会保険庁「政府管掌健康保険」データ、（サンプル数30～34万件/年×6年分）及び健康保険組合連合会「医療給付実態調査」（サンプル数6～7万件/年×4年分）

タスクフォース委員のコメント P48

患者負担	<ul style="list-style-type: none"> 保険でカバーする範囲が狭くなりリスク分散力が弱くなるデメリットとモラルハザード防止のメリットのバランスにより判断すべき 保険免責制は、モラルハザード防止策としての機能も評価すべき 社会保障制度において、積立方式のような個人会計的発想が必要
医療サービス提供	<ul style="list-style-type: none"> 地域間医療サービスの格差是正は重要で効果のある施策 基準に対して支払う体系から成果に対して支払う体系への移行が必要
平均在院日数短縮策	<ul style="list-style-type: none"> 平均在院日数短縮は1日当たり単価上昇を伴うため、医療費抑制効果は限定的 病床別にきめ細かく対策すべき（一般・療養病床別） 平均在院日数短縮は医療・介護機関の機能分担（「出口」をつくる）と病床転換の実施が前提
生活習慣病対策	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病対策による大幅な医療費削減は実効性に課題も 生活習慣病対策には患者側にインセンティブが必要
レセプトIT化	<ul style="list-style-type: none"> 医療の透明化、医療の質とコスト評価のためには必須 普及のためにはインセンティブ付与が必要

タスクフォース委員

(座長)黒田 昌裕	内閣府経済社会総合研究所長	岩本 康志	東京大学大学院経済学研究科 教授
井伊 雅子	一橋大学大学院 国際・公共政策大学院 教授	川淵 孝一	東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 教授
池上 直己	慶應義塾大学 医学部 教授	松田 晋哉	産業医科大学 医学部 教授