

病床規制について

一一五〇八字

確かに、職業の違いとかいろいろございますから、違うということはあるんだろうと思いますけれども、医療費を考えるのでしたら、ベッド数もちろんな重要な要因だと思えますけれども、どういう疾病でどういう医療費になっているかというようになことも重要な分析要因だと思ひまして、少しこの点にお触れいただければと思いますけれども、いかがでしょうか。

高木政府参考人 まず、言葉じりをとらえるようで恐縮であります。私が一つの要因と申し上げましたのは、ベッド数がほとんど変動なくとも、例えば、入院医療費といった場合には、看護体制の強化によって医療費にはね返りますし、それから、入院医療費だけの推移を見ましても、医療費の改定がありますと、その改定分というのは、医療費は当然上がるわけでありますから、そういった要因をやはり差っ引いていかないとけないという意味で一つの要因と申し上げたのですが、やはりベッド数と一人当たり入院医療費というのは非常に強い相関関係が見られるということでありまして。

そこで、国保と政管の一人当たり入院医療費の関係であります。平成八年度の資料がございますので、それを比較してみますと、例えば十五歳から三十九歳の年齢層、比較的若い年齢層で見えますと、国保と政管の関係は、国保が三万一千九百円、それから政管が約二万三千五百円ということでありまして、国保の方が八千四百円

ほど高いという格好になっております。

疾病別に見てみますともうちよっとわかりやすいのですが、この疾病分類として、例えば「精神及び行動の障害」という分類がありますが、この項目で見ますと七千円ほど国保の方が高くなっております。あるいは「神経系、眼及び付属器、耳の疾患」というような分類、それからまた「消化器系の疾患」というような分類がございますが、こういったような項目を見ましても、政管に比べて国保の方が高くなっている。これはやはり、国保の方がこれらの疾患の患者が多いということが一つの要因だと思ひます。まさに先生御指摘のとおり、それぞれ、その加入者の持つている疾患が、どういう疾患が多いかということによってやはりそこは変わってくると思ひます。

それから、六十五歳から六十九歳という層で見ますと、例えば「循環器系の疾患」あるいは「新生物」、こういったものを見ますと、むしろ国保の方がやや低くなっている。それに対して、「精神及び行動の障害」というところを見ますと、やはり国保の方が高くなっております。これに関する一人当たり入院医療費が、国保の方がやはり七千円ほどこの年齢層でも高くなっているということもございますので、それぞれ、どういう患者さんが入っているかということによってそこら辺の違いというのは、制度によってやはり違ってくるというふうにも考えております。

石毛委員 今の御説明ですと、政管健保と国保の一人当たり診療費のの違いというのは、それぞれの疾病の種類ですとかによって

違うということ、合理性があるというふうに伺えましたけれども、そういうお答えだったと理解してよろしいでしょうか。

高木政府参考人 今回の保険医療機関における病床の制限との関係というよりも、制度間のその違いがあるということは事実でありますし、それは、入っている人の疾病構造によって違うということを申し上げたわけでありませう。

今度の関係は、国保とか政管とか、それぞれ入院のベッドを変えているわけではありませんから、私どもとして、やはり全体の医療費としてとらえておりますので、都道府県間における一人当たり入院医療費という面で見ますとベッド数と非常に強い相関関係があるものですから、そういった意味で、やはり医療費の適正化という観点からすると適正なベッドの確保ということが非常に大切でありますので、そういう視点から今回の提案をさせていただいておるわけでありませう。

石毛委員 同じベッド数をさまざまな保険の加入者であります患者さんがお使いになるといふのは当然のことだと思ひます。

私が申し上げたかったのは、恐らく、疾病構造の違いから医療費が違ふというのは合理性があるでしょうけれども、ほかの要因として政管健保の水準が妥当であるかどうかということはあると思ひますが、今回は診療報酬のレセプトの点検の予算がかなり盛られているわけですから、そういうようなことも勘案しまして、もし政管健保の方に近づいていくということになりますと、再三厚生省が御説明になつていらつしやる、ベッド数を国保の医療費でとらえて、総

医療費がベッド数と相関しているという主張は少し、少しいいですか、正確とは言い切れないのではないですかということを申し上げたかったということでございます。

高木政府参考人 まず、総医療費が相関というのではなくて、入院医療費について、ベッド数との相関ということでありませう。

それは、例えば国保、政管、組合健保などでもそれぞれ違いがあると思ひますし、それから被用者保険の中でも、どういった職種の人が多いかというようなことによつても違いがあると思ひますから、そういった意味で、やはり各制度ごとに見れば違いが出てくると思ひます。

しかし、私どもとしては、やはりマクロ的にとらえた場合に、都道府県間における一人当たり入院医療費とベッド数は強い相関関係がある、これもまた事実でありますので、そういった視点から、適正化という視点で、今回、改正をお願いしているということなんであります。

石毛委員 次の質問に移させていただきます。

この十年近くの期間をとつてみますと、必要病床数がふえております。例えば、人口十萬対で必要病床数をとつてみますと、一九八九年は九百四十六床、一九九五年になりますと九百七十床、九六年で九百六十七床ということで、人口十萬で二十床ぐらいふえておりますけれども、必要病床数がふえてきているという理由はどういうことでしょうか。

谷政府参考人 必要病床数の計算式は御承知のとおりであります

が、結局、性別・年齢階級別の人口、それと性別・年齢階級別の入院率との関係でございます。

今御指摘のございました人口十万対必要病床数がふえている要因としては、高齢者の有病率というものが若年者の有病率、具体的には入院率でございますけれども、それより高いわけでございますから、したがって、年々高齢化が進む、高齢人口が増加しているということが一番大きな要因ではないかというふうに考えております。

石毛委員 私は、

人口十万対(ツイ)は人口十万(タイ)の誤読