

2015年10月23日 全16頁

医療費抑制は本当に実現するのか？

データで見る都道府県別の後期高齢者医療費の伸びの抑制の現状

経済環境調査部 研究員
亀井亜希子

[要約]

- 2013年度の医療費が初めて40兆円を超えた。高齢化により増大が見込まれている医療費の抑制が財政上の重大かつ喫緊の課題となっており、政策によって今後どのように抑制されていくかに注目が集まっている。
- 特に、医療費の伸びが大きい後期高齢者の入院診療費と入院外診療費の抑制をどのように実施していくのが重要である。
- 政府は様々な政策を講じている。しかし、医療費の抑制には、都道府県・市町村のリーダーシップのもと、都道府県間の後期高齢者人口一人当たり医療費の格差を縮小させる更なる努力が欠かせない。

1. 医療費の伸びを抑制すべきターゲットはどこか

国民医療費（以下、医療費）は、1998年には約29.6兆円であったが、2013年度に初めて40兆円を突破した。医療費は、診療種類別に、「医科診療医療費（医科入院診療医療費（以下、入院診療費）」、「医科入院外診療医療費（以下、入院外診療費）」、「薬局調剤医療費¹」、「歯科診療医療費」、「その他の医療費²」の5つに分類される。

次ページの図表1に示す通り、1998～2013年度の上記5つの診療種類別に医療費の推移を見ると、2013年度の入院診療費（15兆円、構成比37.4%）と入院外診療費（13.8兆円、同34.4%）の構成比が71.8%と医療費の大部分を占めている。薬局調剤医療費は、2013年度に7.1兆円と、初めて7兆円を超え、構成比が17.8%に達した。

次ページ図表2に示す通り、医療費は、2006年度の診療報酬の過去最大のマイナス改定により一時は前年度比で微減したものの、2003年度以降は前年度比上昇率が平均2.4%と増加基調

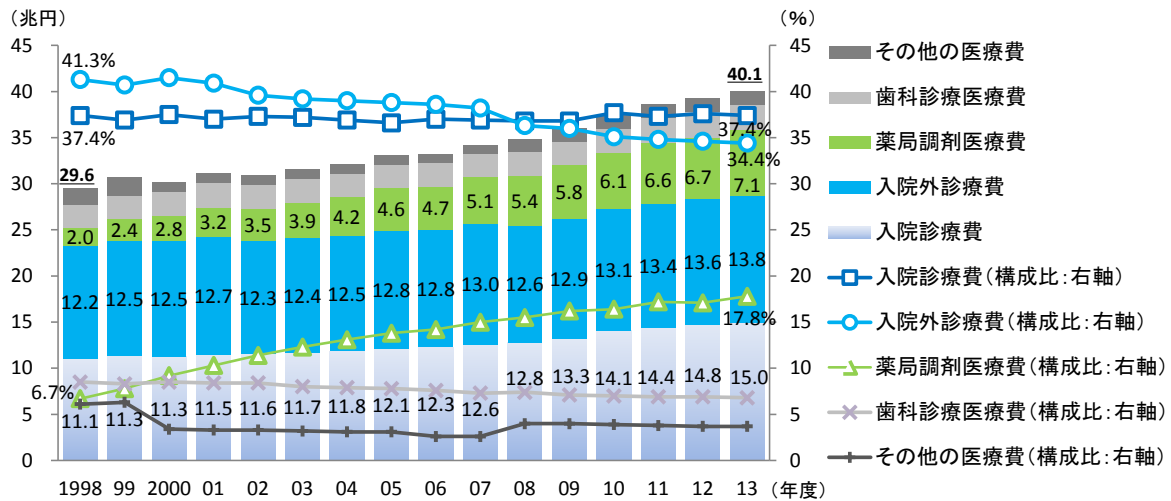
¹ 薬局調剤医療費は、外来受診の際に院外処方された医薬品の金額である。院内処方分は、医科診療医療費の中に含まれる。

² その他の医療費は、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費、療養費（補装具、柔道整復施術、あん摩・マッサージ、はり・きゅう等の費用）等の医療費の合計とした。

を辿っている。特に、団塊世代全員が60歳以上となった2009年度以降に、2010年度以降の診療報酬改定がプラス改定であることも影響し、高い上昇率を示しており、2009年度以降の医療費は前年度比上昇率が平均3.4%と更に高水準の伸びとなった。

医療費の前年度比変化率に対する診療種別医療費の寄与度を見ると、2009年度以降、特に、入院診療費と薬局調剤医療費の寄与度が高くなっている。

図表1 診療種別医療費と医療費に占める各構成比の推移（1998～2013年度）

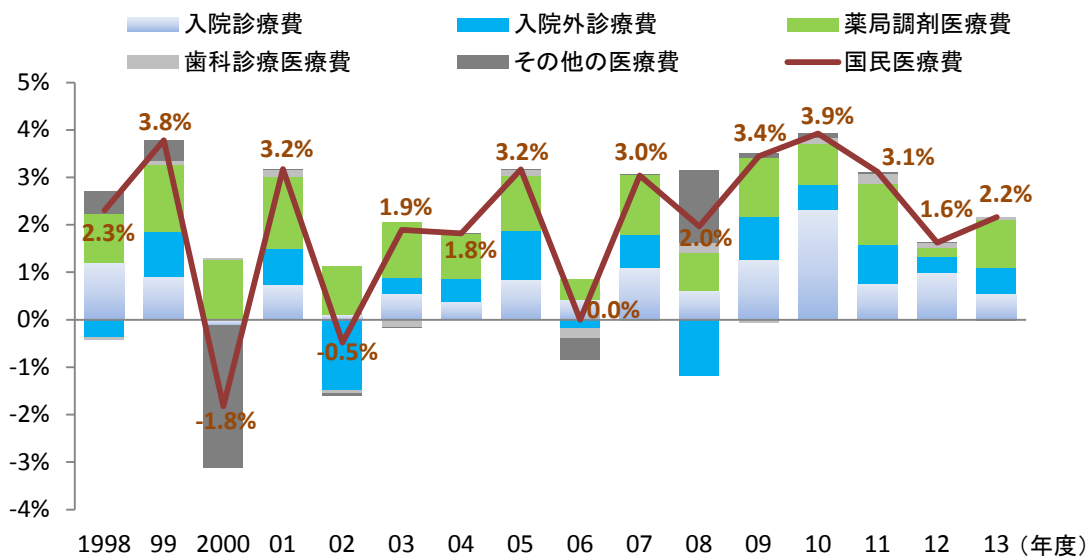


(注1) 入院及び入院外診療費は、2008年度以降は医科診療医療費、2007年度以前は一般診療医療費（2008年度以降の医科診療医療費と療養費等医療費の合計額）の金額である。

(注2) その他の医療費は、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費、療養費（補装具、柔道整復施術、あん摩・マッサージ、はり・きゅう等の費用）等の医療費の合計とした。

(出所) 厚生労働省「国民医療費」（平成21～25年度）より大和総研作成

図表2 医療費の変化率と各診療種別医療費の寄与度（1998～2013年度：前年度比）

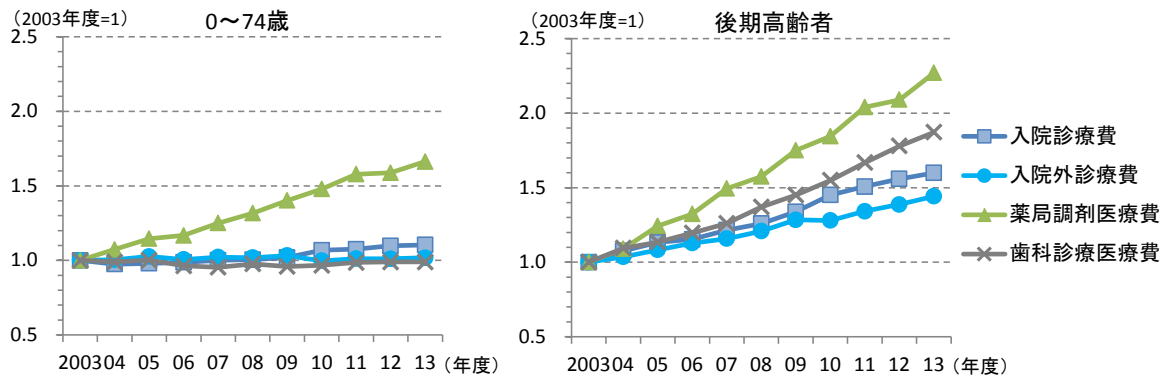


(出所) 厚生労働省「国民医療費」（平成21～25年度）より大和総研作成

診療種別医療費を、0～74歳層と後期高齢者別に分けて、2003年度の各金額を1とした場合の2003～2013年度の伸びの推移を見た（図表3）。

薬局調剤医療費は、両年齢層で最も大きく伸びており、2013年度には、0～74歳は2003年度比1.7倍、後期高齢者では2.3倍となった。これに対し、入院及び入院外診療費、歯科診療医療費は、0～74歳層では1.0～1.1倍と殆ど増加がなく、後期高齢者で1.4～1.9倍に増加した。医療費の伸びは、薬局調剤費と後期高齢者医療費が牽引している。

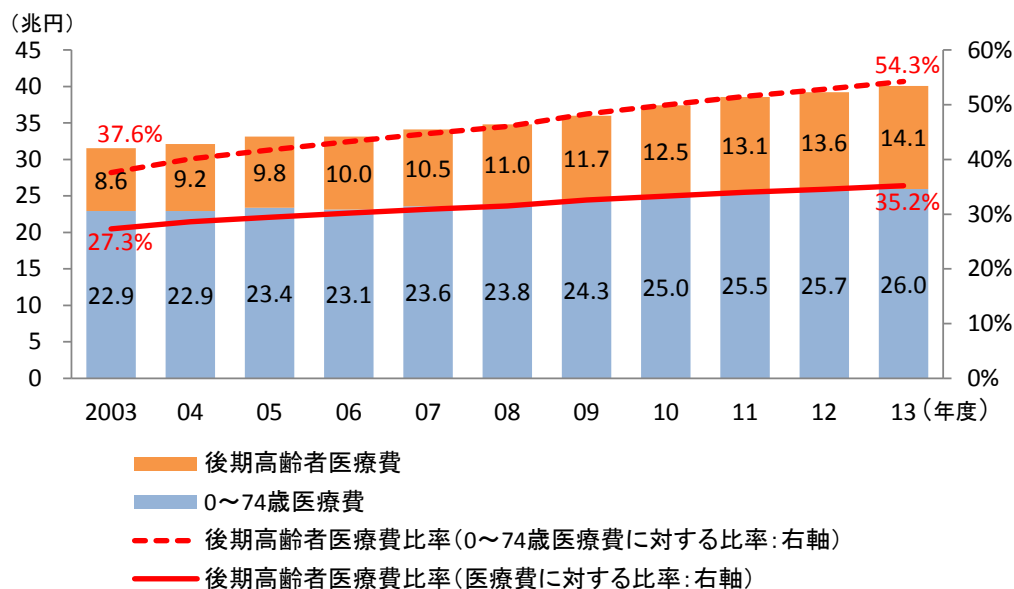
図表3 0～74歳者と後期高齢者の診療種別医療費の推移（2003～2013年度）



（出所）厚生労働省「国民医療費」（平成21～25年度）より大和総研作成

2003～2013年度の0～74歳と後期高齢者の医療費の年次推移をみると、後期高齢者医療費は、0～74歳層よりも増加幅が大きく、2013年度は14.1兆円と、0～74歳の医療費（26.0兆円）の5割超に相当する規模になった（図表4）。医療費に占める割合は、2003年度の27.3%から7.9%pt上昇し2013年度は35.2%となっている。

図表4 0～74歳者と後期高齢者の医療費の診療種別構成割合（2003～2013年度）

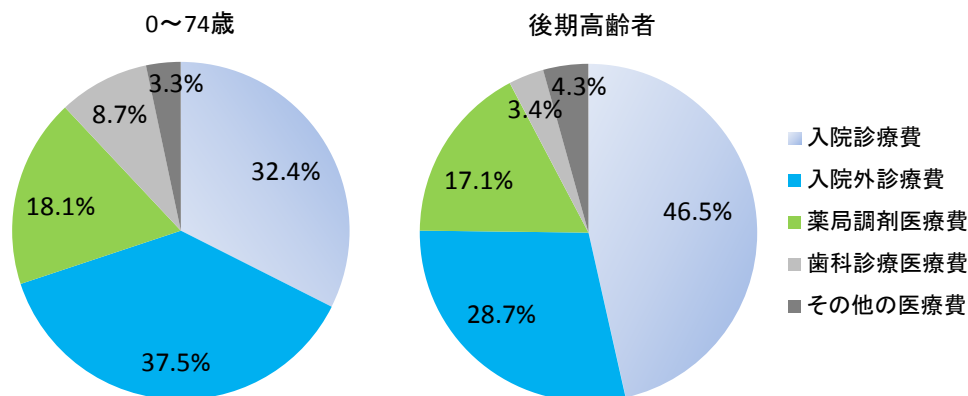


（出所）厚生労働省「国民医療費」（平成21～25年度）より大和総研作成

2013年度の後期高齢者医療費の診療種別構成比は、入院診療費の割合が最も大きく46.5%（6.5兆円）を占め、次いで入院外診療費が28.7%（4.0兆円）であった（図表5）。医療費の中で最も伸びが高い薬局調剤医療費は、0～74歳の医療費に占める構成比は18.1%（4.7兆円）、後期高齢者医療費では17.1%（2.4兆円）と各入院及び入院外診療費に対して相対的に小さい。

各診療種別の医療費の伸びに加え、高齢化による金額的なインパクトを考慮すれば、後期高齢者の入院及び入院外診療費を抑制することが政策的な優先課題となる。

図表5 0～74歳者と後期高齢者の医療費の診療種別構成割合（2013年度）

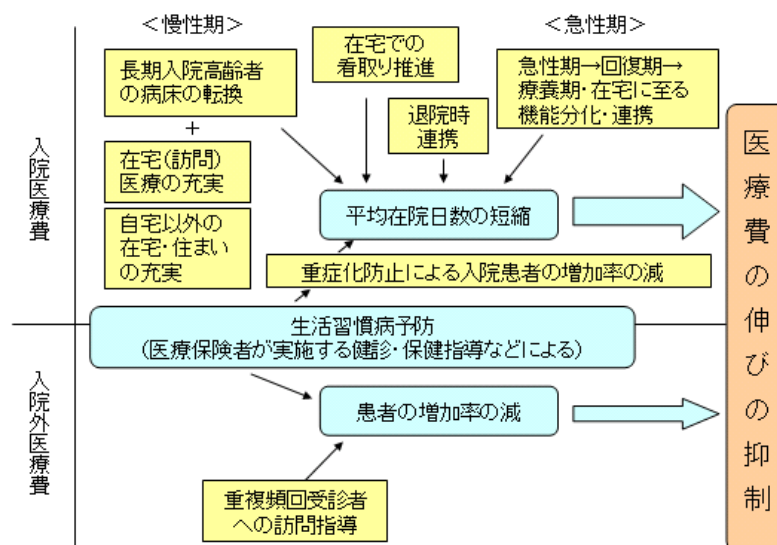


（注）その他の医療費は、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費、療養費等である。
（出所）厚生労働省「平成25年度国民医療費」より大和総研作成

2. 政府が進める医療費抑制政策

政府が公表している入院診療費と入院外診療費の伸びを抑制するための各種手法は、図表6に示す通りである。両診療費の抑制については、特に「生活習慣病予防」による患者増加率の減少、入院診療費の抑制については「平均在院日数の短縮」による効果が大きいと期待される。

図表6 政府が進める入院医療費と入院外医療費の伸びの抑制政策



（注）入院及び入院外医療費は、本稿では入院及び入院外診療費としている。
（出所）厚生労働省ウェブサイト「医療費適正化の総合的な推進」

この2つの手法について、全国的な数値目標が、第2期（2013～2017年度）の全国医療費適正化計画で掲げられた。具体的には、①特定健康診査及び特定保健指導の実施率の向上（実施率70%、45%）、②メタボリックシンドロームの該当者及び予備群³の減少（2008年度比25%減）、③平均在院日数の短縮（28.6日に短縮）、である⁴。このうち①と②項目は、「日本再興戦略」改訂2014において、2020年までのKPIにも設定された⁵。

全国の都道府県では、2008年度以降、2008～2012年度を第1期、2013～2017年度を第2期として、5年間ごとに医療費適正化計画を策定し、医療費の抑制に取り組んでいる。ただし、現状では、都道府県別の数値目標の設定は各都道府県の判断で任意とされている。各都道府県で後期高齢者人口の増加率が異なるため対応に差が生じていること、都道府県別の数値目標のメルクマールも様々であることなどが要因となって、医療費に全国差が生じている可能性がある。

都道府県別の後期高齢者の医療費は、入院診療費と入院外診療費の伸びの抑制成果が先行して表れている都道府県が存在する。2013年度の都道府県別の後期高齢者人口一人当たり医療費について、2008年度比の増減額を比較すると、入院診療費と入院外診療費では減少した県が複数確認されたが、薬局調剤医療費と歯科診療医療費では全ての県で増加となった⁶。このため、本稿では、以下の章において、都道府県別の入院診療費と入院外診療費の変化を見ていくこととする。

3. データで見る都道府県別の後期高齢者の入院診療費の変化

都道府県別の医療・介護費を分析したレポート⁷では、2013年度の「後期高齢者人口一人当たり入院診療費」が、9道県（秋田県、青森県、福島県、岩手県、宮城県、埼玉県、沖縄県、北海道、千葉県）で、2008年度比で減少したことを指摘した。

この「後期高齢者人口一人当たり入院診療費」は、一般的に、「①後期高齢者人口一人当たり新規入院件数⁸（≡入院診療の受療率）」×「②推計平均在院日数」×「③1日当たり入院診療費」のように3つの要素の積で求められる。上記②と③の積は「推計1入院当たり医療費」を表す。

³ メタボリックシンドロームの該当者とは、内臓脂肪の蓄積（腹囲測定等）に加え、血中脂質、血圧、血糖の基準のうち、2つ以上に該当する者である。予備群は、1つに該当する者である。但し、特定保健指導は、BMI基準も勘案して対象者を選定し、喫煙歴及び年齢を勘案して指導方法を選択している。なお、血糖、脂質、高血圧の服薬治療を受けている者については、特定保健指導の対象者からは、除外される。

⁴ 第82回社会保障審議会医療保険部会 資料2「医療費適正化について」（平成26年10月15日）。なお、たばこ対策については、医療費適正化効果までに一定程度のタイムラグがあること等を勘案し、数値目標の設定はされていない（出所：厚生労働省「医療費適正化計画担当者説明会（全般）」（平成24年8月6日））。後発医薬品の使用促進の数値目標については、2013年4月5日に厚生労働省より公表された「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で、使用率60%目標とされた。

⁵ 特定健康診査を含む健診の40～74歳受診率の向上（受診率80%）、メタボ人口の減少（2008年度比25%減）。

⁶ 詳細は、亀井亜希子「都道府県格差が大きい医療・介護費」（2015年8月28日付レポート）を参照。

⁷ 詳細は、亀井亜希子「都道府県格差が大きい医療・介護費」（2015年8月28日付レポート）を参照。

⁸ 新規入院とは、入院の同一月の再入院がない場合をいう（出所：厚生労働省「推計平均通院日数・通院期間の数理分析（平成25年6月）」）。

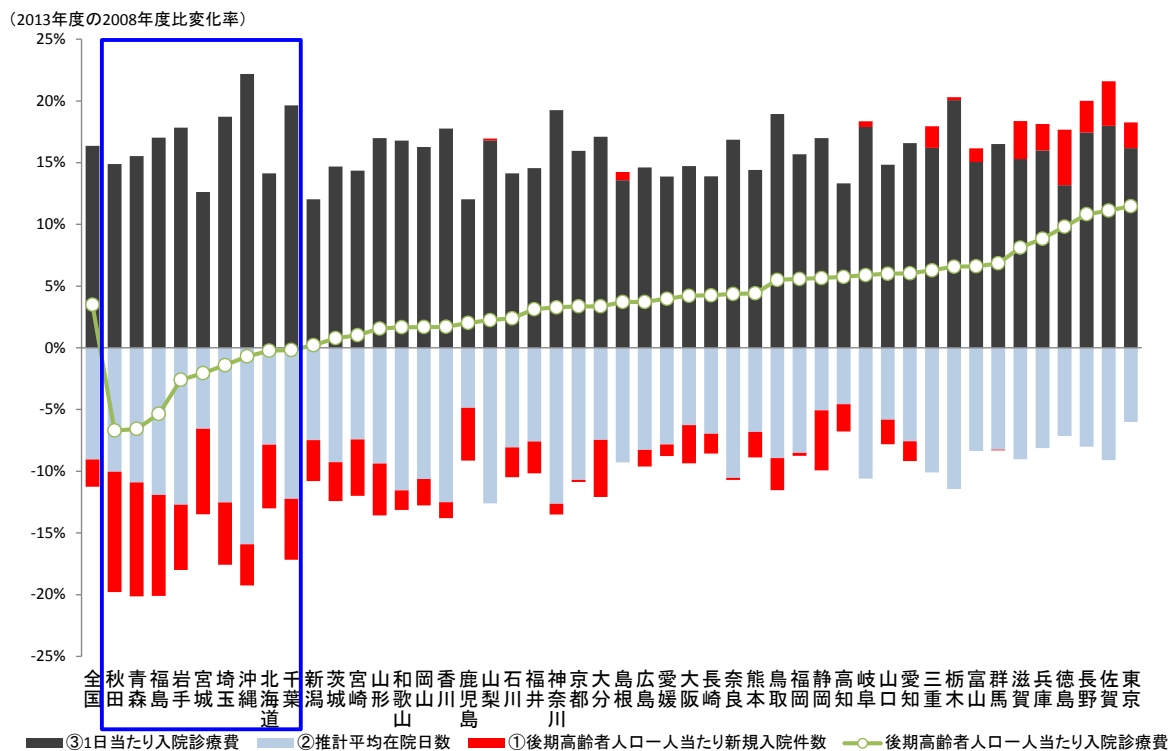
都道府県別に、2013年度の「後期高齢者人口一人当たり入院診療費」の2008年度比変化率と、上記①～③の各要素の同変化率を、図表7に示した。

「②推計平均在院日数」は全ての都道府県で減少しているものの、「①後期高齢者人口一人当たり新規入院件数」は、都道府県によっては増加もある。

2008年度比で2013年度に減少した9道県(図表7の四角で囲った道県)のうち、沖縄県は「②推計平均在院日数」の減少率が全国一位(2013年度に2008年度比15.9%の減少)であり、残りの8道県は、「①後期高齢者人口一人当たり新規入院件数」の減少率が高く、全国上位1～8位(2013年度、2008年度比4.9%～9.7%の減少率)を占めたことが確認できる(図表7)。さらに9道県における「②推計平均在院日数」の短縮化は、主に療養病床における短縮化との関係もみられた。

①の新規入院件数の伸びの抑制には、後期高齢者の疾病の重症化を防止し入院を可能な限り回避することがポイントとなる。さらに、②を抑制するには、医療サービスの質を維持しながらも入院診療における医療資源の集中投資・効率化、入退院の地域連携を進めることが必要となる。

図表7 都道府県別の後期高齢者の入院診療費と各要素の変化率(2013年度:2008年度比)



(注1) 医療機関所在地の都道府県で分類。入院時の食事療養費を含む。

(注2) 各要素は厚生労働省公表の算定式を用いて算出した。

(注3) 四角は2013年度の後期高齢者人口一人当たり入院診療費が2008年度比で減少した9道県である。

(出所) 厚生労働省「概算医療費データベース」、総務省「人口推計(2008・2013年10月1日現在)」より大和総研作成

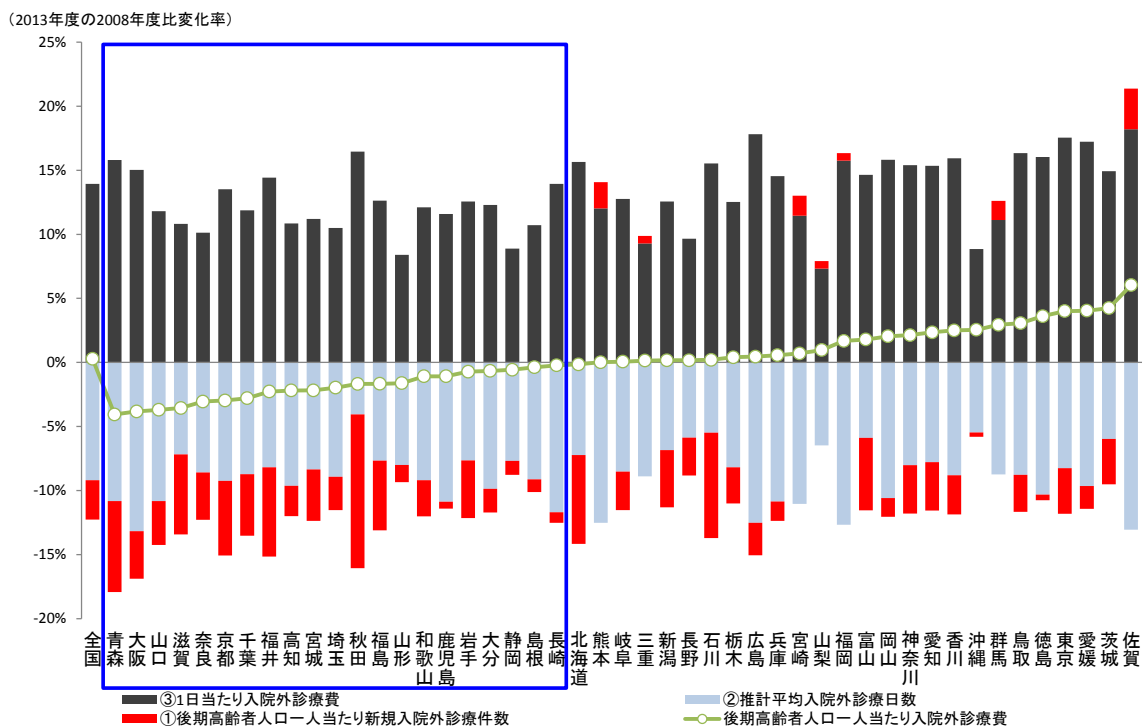
4. データで見る都道府県別の後期高齢者の入院外診療費の変化

都道府県別の医療・介護費を分析したレポート⁹では、2013年度の後期高齢者人口一人当たり入院外診療費は、2008年度比で、青森県、大阪府、山口県、滋賀県、奈良県、京都府、千葉県、福井県、高知県、宮城県などの21府県で減少がみられたことを指摘した。

「後期高齢者人口一人当たり入院外診療費」も、入院診療費と同様に、「①後期高齢者人口一人当たり新規入院外診療件数（≒新規外来件数）」×「②推計平均入院外診療日数（≒推計1外来あたり診療日数）」×「③1日当たり入院外診療費」のように3つの要素の積で求めることができる¹⁰。「推計1件当たり入院外診療費」は②と③の積で表される。

図表8は、都道府県別に、2013年度の「後期高齢者人口一人当たり入院外診療費」の2008年度比変化率と、上記①～③の各要素の同変化率を表したものである。

図表8 都道府県別の後期高齢者の入院外診療費と各要素の変化率（2013年度：2008年度比）



(注1) 医療機関所在地の都道府県で分類。

(注2) 各要素は入院診療費の厚生労働省公表の算定式に準拠して分類かつ算出した。

(注3) 四角は2013年度の後期高齢者人口一人当たり入院外診療費が2008年度比で減少した21府県である。

(出所) 厚生労働省「概算医療費データベース」、総務省「人口推計（2008・2013年10月1日現在）」より大和総研作成

入院診療費と同様に、②は全国で減少しているものの、①は都道府県によっては増加もある。①と②について、2013年度の後期高齢者人口一人当たり入院外診療費が2008年度比で減少した21府県（図表8の四角で囲った道府県）と、それ以外の26都道県との間には、顕著な差はみら

⁹ 詳細は、亀井亜希子「都道府県格差が大きい医療・介護費」（2015年8月28日付レポート）を参照。

¹⁰ 入院診療費と同様に、厚生労働省公表の算定式に準拠して分類かつ算出した。

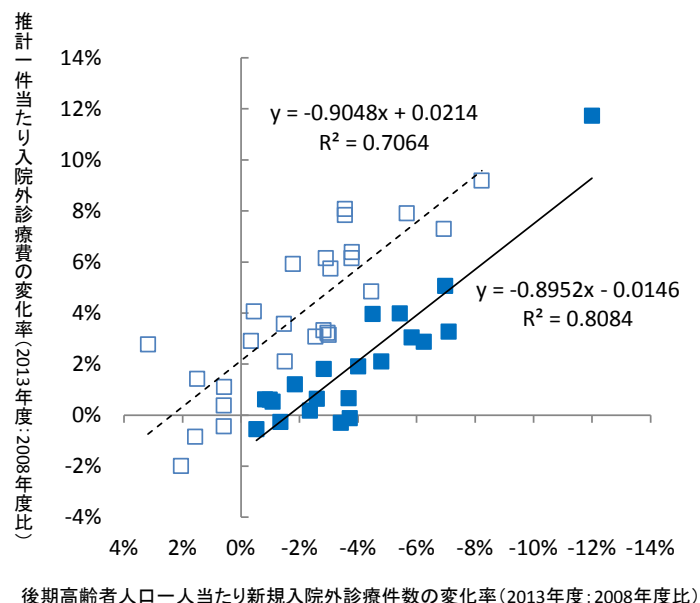
れなかった。

そこで、21 府県と、26 都道府県に分けて、「①後期高齢者人口一人当たり新規入院外診療件数」と「推計 1 件当たり入院外診療費 (②×③)」の変化率の関係を比較した (図表 9)。

すると、入院外診療費は全国的に「①後期高齢者人口一人当たり新規入院外診療件数」が減少するほど「推計 1 件当たり入院外診療費 (②×③)」が高額になる関係にあったが、21 府県では「推計 1 件当たり入院外診療費 (②×③)」の増加率が相対的に低いことが確認できた。これが、入院外診療費が減少した要因と考えられる。なお、21 府県の「推計 1 件当たり入院外診療費 (②×③)」の変化率に関する「②推計平均入院外診療日数 (≒推計 1 外来あたり診療日数)」と「③ 1 日当たり入院外診療費」の寄与度は各県で異なり、共通した傾向は確認できなかった。

図表 9 後期高齢者人口一人当たり新規入院外診療件数と推計 1 件当たり入院外診療費の変化率の関係 (2013 年度 : 2008 年度比)

- : 2013 年度の後期高齢者人口一人当たり入院外診療費が 2008 年度比で減少した 21 府県
- : 2013 年度の後期高齢者人口一人当たり入院外診療費が上記以外の 26 都道府県



(注 1) 医療機関所在地の都道府県で分類。

(注 2) 入院診療費の厚生労働省公表の算定式に準拠して算出した。

(出所) 厚生労働省「概算医療費データベース」、総務省「人口推計 (2008・2013 年 10 月 1 日現在)」より
大和総研作成

5. 入院患者の平均在院日数を短縮させる主な仕組み

(1) 診療報酬上のインセンティブ (在院日数別の加算、在宅復帰率の評価)

前章では平均在院日数が全ての都道府県で減少していることを示した。各医療機関 (病院、有床診療所) に入院患者の平均在院日数の短縮を推進するモチベーションが生じている背景には、療養病床の入院基本料については、2014 年度以降、早期に退院し在宅復帰を促すための在

在宅復帰機能強化加算（100 円／日）が新設され¹¹、療養病床以外の病床では、入院日数が長くなるほど 1 日につき入院基本料に加算される所定点数が減額されるなど、診療報酬改定により政策的に病院経営上のインセンティブが付与されたことが大きい。

一般病床の加算点数は、平均在院日数が 14 日以内であった場合には 4,500 円／日であるのに対し、15～30 日は 1,920 円／日、結核病床では 14 日以内は 4,000 円／日であるのに対し、15～30 日は 3,000 円／日、31～90 日は 1,000 円／日と設定されている。精神病床では 14 日以内は 4,650 円／日であるのに対し、15～30 日は 2,500 円／日、31～90 日は 1,250 円／日、90 日超になると殆ど加算がつかない（91～180 日は 100 円／日、181 日以上は 30 円／日の加算）¹²。そのうえ、全ての病床で 90 日を超えた場合は入院基本料が 80%に減額される。つまり、病院経営上は、1 人の患者を長期に入院させておくよりは、短期集中的に治療を行い、患者の病状が回復・安定し次第、退院を促したほうが経営にプラスになる制度設計になっている。

（２）入院診療の「見える化」

殆どの医療機関には、疾病ごとに、入院医療の標準化と業務改善を図る「院内クリニカルパス¹³（入院診療計画：入院から退院までの検査や治療のスケジュール）」と「地域連携クリニカルパス（患者が治療を受ける複数の医療機関間で共有される転院後又は退院後の患者の治療計画）」が導入されており、平均在院日数の短縮に寄与している。

具体的には、担当の医療従事者間で院内クリニカルパスが共有されるほか、入院患者には、入院時にインフォームドコンセント¹⁴として、クリニカルパスを患者向けにわかりやすく表した入院診療計画表が提示される。患者は、この計画表を見ることで、入院中の 1 日のスケジュール、検査の有無や、手術前後の処置の流れ、退院までのおおよその日数等を把握することができる。入院診療の「見える化」により、医療従事者と患者の双方において、順調に病状が回復した場合の標準的な退院日を共通目標として認識し、標準的な計画内での治療の進捗状況と変更点を把握できるというメリットがある。

（３）地域包括ケアシステム（退院後の地域連携）

病棟内で入院患者の身体状態のケアの質を高めて回復が早まったとしても、後期高齢者は ADL（日常生活動作）が低下しリハビリが必要となるケースも多く、必ずしも全員が、退院してすぐに自宅で自立した生活を送れるわけではない。自宅では家族や親族の支援、サービス付き高齢者向け住宅及び介護施設等で暮らす場合には、引き受け先のスタッフ体制との調整がつかない

¹¹ 療養病棟における在宅復帰機能加算の算定要件は、在宅に退院した患者（1 か月以上入院していた患者に限る）が 50%以上であること等の 4 項目となっている。なお、療養病床の入院基本料は、その他の病床と異なり、ADL 区分（日常生活動作の程度）と医療区分（疾患・状態と医療措置の内容）によってあらかじめ価格調整がされているため、在院日数による加算減額の措置は対象外である。（出所：平成 27 年度第 7 回入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編）

¹² 2014 年度医科診療報酬点数表

¹³ 民間企業においてプロジェクトの効率化を目的として導入される「クリティカルパス」の医療版である。

¹⁴ 医師が治療を行う前に、患者に、病状や治療方法・リスクについて説明し、同意を得ること。

れば退院はできない。そのうえ、退院したとしても、個人のライフスタイルに合わせて、転院先の病院や、近所の診療所（かかりつけ医）等での治療の継続及び患者による自己管理が伴わなければ、退院後、身体状態の悪化により短期の再入院率が高まることにもなる。

このため、病棟内でのケアだけでなく、医療とリハビリテーションの連携や、退院後の治療計画の策定、受け入れ先の確保（転院または在宅）、退院後に患者が受診することになる診療所との医療連携、介護が必要となった場合には介護認定も含めた介護連携等も不可欠である。

「地域連携クリニカルパス」とともに、地域の医療機関・介護施設間で患者の生活を支える連携の仕組みを「[地域包括ケアシステム](#)」といい、全国各地で構築が進められている。医療・介護連携の方法は、地域社会の事情に応じて様々である。

患者を身近で支える家族はもとより、病院の医師・看護師、かかりつけ医の役割を担う地域の診療所の医師、転院や退院の手続きを円滑化するソーシャルワーカー（社会福祉士）、介護ケアの計画を立てるケア・マネージャー、在宅医療を支援する訪問看護師、身体の機能障害に応じて理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・視能訓練士、在宅で医療機器を使用する場合には医療機器メーカーの担当者など、医療・介護従事者間での多職種連携が機能することが重要である。見守りや買い物支援等、民間事業者や地域の自治会やボランティアが支援できる場面もでてくるだろう。

中重度の患者の場合、退院調整が必要であると判断された場合には、退院前に医師が主導する「退院前カンファレンス」が開催され、そこでは、主治医、看護師、患者、患者家族のほか、上記のような地域の多職種が同席し、円滑な退院に向けて、患者に療養上の指導を行うとともに、関係者間で患者情報を共有することとなっている。診療報酬上は、退院前訪問指導料（5,550円）が設定された。

（４）一般病床と療養病床を中心とした平均在院日数の短縮化

上記（１）～（３）を前提として、各都道府県では入院診療の2025年の将来必要量に合わせて、病床数の調整が進められようとしているが、西日本を中心に多くの地域で病床数が過剰になると推計され、削減されることとなる。現状よりも少ない病床数で入院診療を行うには各病床の入院患者の在院日数の短縮が重要となる。

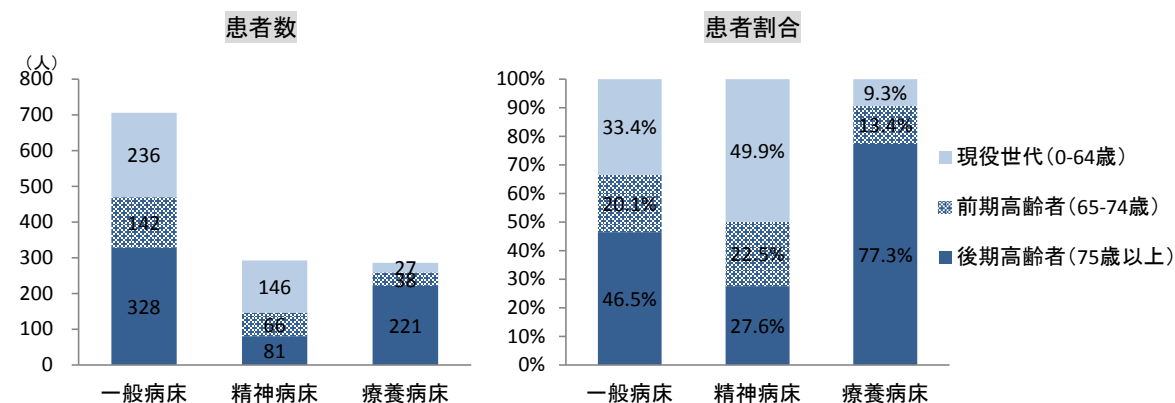
病院の病床種類別の病床数は、2013年、全病床のうち57.0%が一般病床、21.6%が精神病床¹⁵、20.9%が療養病床（長期療養用の病床）、0.4%が結核病床、0.1%が感染症病床となっている¹⁶。病床は、種類によって、年齢層の利用割合が大きく異なる。病床数の多い上位3病床について、入院患者の年齢層構成を図表10に示した。

¹⁵ 精神病床は、74.6%が精神科病院、25.4%が一般病院に設置されている（出所：厚生労働省「平成25年病院報告」）。精神疾患の退院患者数は「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が圧倒的に多く、約78%は65歳未満の現役世代である（出所：厚生労働省「平成23年患者調査」）。

¹⁶ 厚生労働省「平成25年病院報告」

後期高齢者の入院患者についてみると、一般病床の利用者数が最も多く¹⁷、次いで療養病床となっている（図表 10 左図）。患者割合では、一般病床では約 5 割、療養病床では約 8 割を占める（図表 10 右図）。したがって、後期高齢者の平均在院日数は、一般病床と療養病床の平均在院日数の影響が大きい。

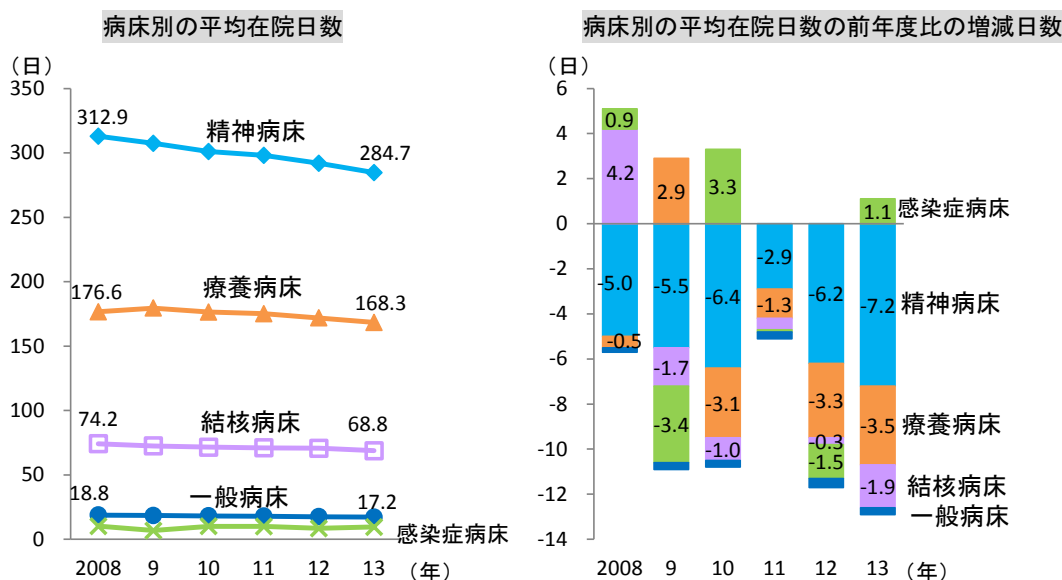
図表 10 病院の病床種類別の入院患者の年齢層構成（2011 年 10 月）



(出所) 厚生労働省「平成 23 年患者調査」より大和総研作成

病院の病床種類別に、2008～2013 年度の平均在院日数と前年度比増減日数の推移を図表 11 に示した。平均在院日数の短縮は、主に、精神病床 (5.0～7.2 日減) と療養病床 (0.5～3.5 日減) で進んでいるが (図表 11 右図)、現状では、療養病床の平均在院日数は、精神病床に次いで長い (図表 11 左図)。

図表 11 病院の病床種類別にみた平均在院日数の推移と前年比増減日数（2008～2013 年）



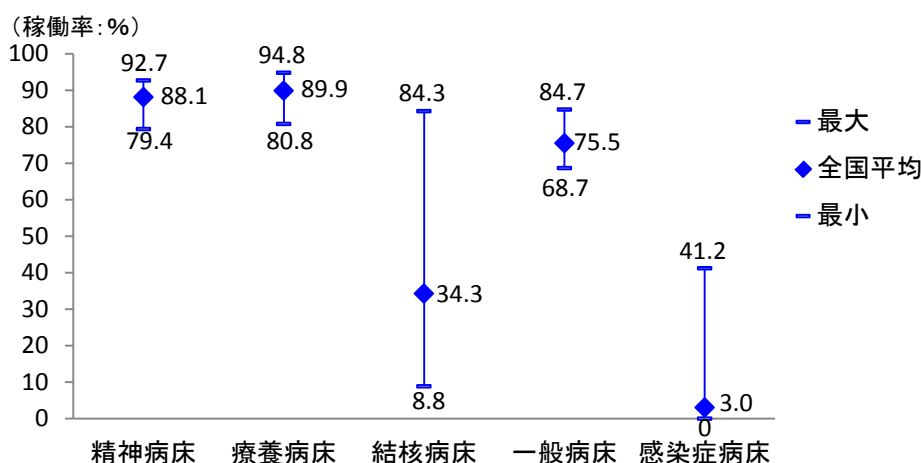
(出所) 厚生労働省「病院報告の概況」(平成 19～25 年)より大和総研作成

¹⁷ 一般病床での後期高齢者の入院患者数が多い要因の 1 つには、日本では病床機能の分化が進んでおらず、一般病床には急性期の患者だけでなく、慢性期・回復期の患者の利用も含まれていることが挙げられる。

病床数が最も多い一般病床は、平均在院日数の短縮化が最も少なく 2013 年度は 17.2 日（2008 年度比 1.6 日減）であった。海外の主要先進国では 2011・2012 年実績で 5.1～7.8 日¹⁸であることを踏まえると、日本の平均在院日数は非常に長いことになる。

しかし、日本の場合には、多くの病院で、一般病床は高度急性期・急性期だけでなく回復期・慢性期の病床としても使用されている現状¹⁹がある。前述したように、2015 年度から、全国の都道府県では地域医療ビジョンの策定が開始され、都道府県内の各地域の 2025 年の入院診療将来必要量に応じた病床の機能分化及び全体数の削減が進もうとしている。病床稼働率は、結核病床、一般病床、感染症病床で 90%を下回る傾向にあり（図表 12）、特に結核病床と感染症病床は都道府県によって稼働率の差が大きく、病床の適材適所が実現していないという現状がある。一般病床では、空き病床が療養病床に転換され、本来の急性期機能病床としての利用へと変わっていくことで、データ上の一般病床の平均在院日数も短縮化が進むと見込まれる。

図表 12 全国の病床種類別の 1 年間の病床稼働率（2013 年）



（注）都道府県別の病床稼働率

（出所）厚生労働省「平成 25 年医療施設（動態）調査・病院報告の概況」より大和総研作成

一般病床には現状このような病床機能区分の問題はあるにせよ、日本国内でも DPC (Diagnosis Procedure Combination：診断群分類別包括評価) 対象病院の一般病床（全一般病床数の 52.8% をカバー²⁰）の平均在院日数が 2013 年度で 12.7～14 日²¹だったことを踏まえると、全体的にまだ短縮化の余地はあるといえるだろう。海外では、入院患者の平均在院日数が短い反面、予期せぬ再入院も多いというが、日本の DPC 対象病院では、予期せぬ再入院を増加させることなく、在院日数の短縮に成功している。DPC 対象外の病院（入院診療費が出来高で算定される病院）で

¹⁸ 急性期病床の平均在院日数は、フランスは 5.1 日（2011 年）、米国は 5.4 日（2011 年）、英国は 5.9 日（2012 年）、イタリアは 6.8 日（2012 年）、カナダは 7.6 日（2011 年）、ドイツは 7.8 日（2012 年）であった。（出所：OECD Health Statistics 2014）

¹⁹ 亀井亜希子「超高齢社会におけるわが国の医療・介護の方向性～医療・介護費抑制（財政健全化）と成長（日本再興戦略）の両立に向けて～」(大和総研調査季報 2015 夏季号 Vol. 19、P70) を参照。

²⁰ 中央社会保険医療協議会 総会（第 274 回）参考資料 2 「DPC 対象病院・準備病院の規模（平成 26 年 4 月 1 日）見込み」（平成 26 年 3 月 26 日開催）

²¹ 平成 26 年度 第 5 回 診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会 資料「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について（案）」（平成 26 年 9 月 5 日開催）

は、DPC 対象病院と比べて平均在院日数が長い傾向が確認されている。必ずしも全ての病院の入院診療に DPC 適応がなじむとはいえないが、医療の質を確保しながら効率化を進める優良事例となるだろう。

6. 入院及び入院外新規受診件数の増加を抑制する主な取組み

(1) 健診の受診率向上を通じた生活習慣病の発症及び重症化予防

入院及び入院外診療費では、生活習慣病に関連する医療費が上位を占めている²²。生活習慣病を発症するリスクが高い者及び発症した者をさす「メタボリックシンドローム該当者及び予備群」は、2012年、全国で、40歳以上の男性では50%を超え、後期高齢者では60%を超えると推計された²³。女性は男性よりは割合が小さいものの、後期高齢者では30%を超えている。

2010年度のメタボリックシンドローム予備群及び該当者と非該当者について、40歳以上の年齢階級別（5歳区分別）に医療費の平均額を比較すると、該当者の男性は非該当者に比べ約8.0～9.8万円、女性では約9.4～18.0万円、高額であった²⁴。その差は、男性よりも女性、高齢期よりも壮年期（40代と50代前半）で大きい。早期にメタボリックシンドロームから脱することができれば、年齢が若いほど、その後の年齢における医療費は、非該当者の水準まで抑制することができるため、医療費の伸びの抑制効果はより大きく期待できることになる。

2008年度以降、生活習慣病の早期発見・早期治療、メタボリックシンドローム予備群及び該当者の抽出を目的として、生活習慣病の発症リスクが高まる40～74歳を対象に、特定健康診査・特定保健指導を実施することが、医療保険者に義務付けられた²⁵。特定健康診査及び特定保健指導の取組みが進んでいる多くの医療保険者では、医療費抑制の成果が報告されている。

しかし、2013年度の（特定健康診査を含む）健診の40～74歳受診率と、75歳未満人口と後期高齢者人口の各人口一人当たり入院外診療費との関係を見ると、後期高齢者人口一人当たり入院外診療費との関係は、75歳未満よりも相関が高いことから、40～74歳の間の健診受診による早期発見・早期治療は、75歳未満の医療費よりも、後期高齢期になってからの医療費の抑制に寄与しよう（図表13）。但し、現段階では、医療費の伸びの抑制効果は一部の医療保険者の取組みに過ぎないことや、健診は、医療費の約3割を占める生活習慣病の医療費の伸びの抑制にアプローチする手法であることから、医療費全体としては、抑制効果はゆるやかである。

²² 詳細は、亀井亜希子「長寿社会と健康増進第2回 [『不健康な期間』の短縮がカギ](#)」（2015年6月1日付レポート）を参照。

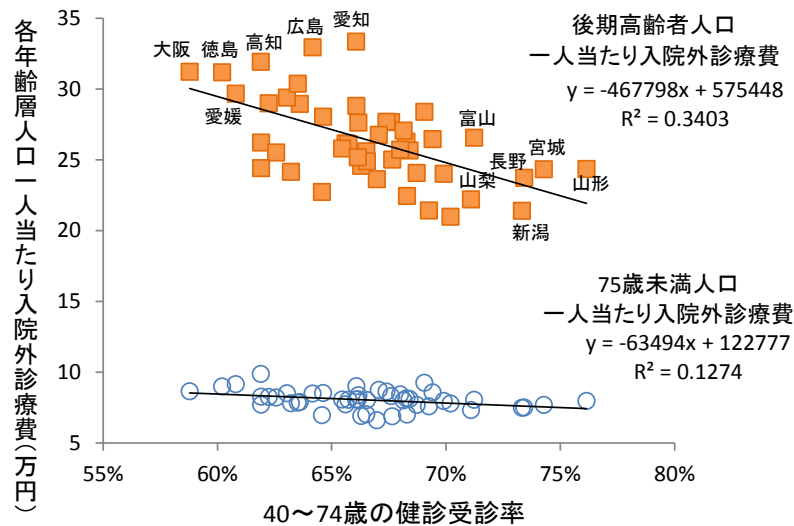
²³ 厚生労働省「平成24年 国民健康・栄養調査」

²⁴ 厚労省が国保有のデータベースを利用し、2009年度の特定健康診査メタボ基準を基に、2009年度の特定健診・保健指導データと、2010年度のレセプトデータ（医科・調剤・DPC）を突合させて、医療費を分析した結果である。メタボリックシンドロームの該当者、予備群、非該当者毎の合計点数の平均値について、性別・年齢階級別に集計したものである。（出所：第7回保険者による健診・保健指導等に関する検討会 資料1「特定健診・保健指導の効果検証の進捗状況について」（平成24年2月24日開催）

²⁵ 後期高齢者への実施は、努力義務である。腹囲を除き特定健診の基本項目と同じ健診（後期高齢者健診）が推奨されている。

図表 13 のように、健診の受診率の高さは、確実に入院外診療費の抑制につながっている。「日本再興戦略」改訂 2014 では、2020 年の健診受診率を 80% にすることが目標とされており、引き続き受診率向上に向けた努力が必要となろう。

図表 13 40～74 歳の健診受診率と 75 歳未満者と後期高齢者の各人口一人当たり入院外診療費との関係 (2013 年度)

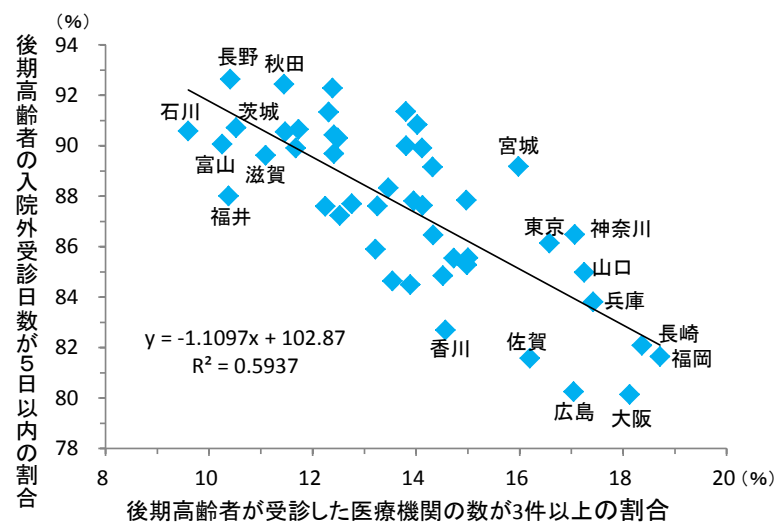


(出所) 厚生労働省「概算医療費データベース」「平成 25 年 国民生活基礎調査」、総務省「人口推計 (2013 年 10 月 1 日現在)」より大和総研作成

(2) 入院外診療の質の向上と適切な地域医療連携

後期高齢者の入院外診療には、受診する医療機関の数が増加するほど、受診日数が増加する傾向が確認できる (図表 14)。一般的に、後期高齢者になると、通院も身体的負荷がかかるために、一か所の病院で複数の診療科を受診する傾向にあるが、実際には、後期高齢者が受診する医療機関の数には、都道府県別で、大きな差がある。医療機関を 3 件以上受診する者は、福岡県、長崎県、大阪府では 18% 超であるのに対し、石川県では 9.6% に過ぎない (図表 14)。

図表 14 都道府県別の後期高齢者が受診した医療機関の数と入院外受診日数の関係 (2013 年度)

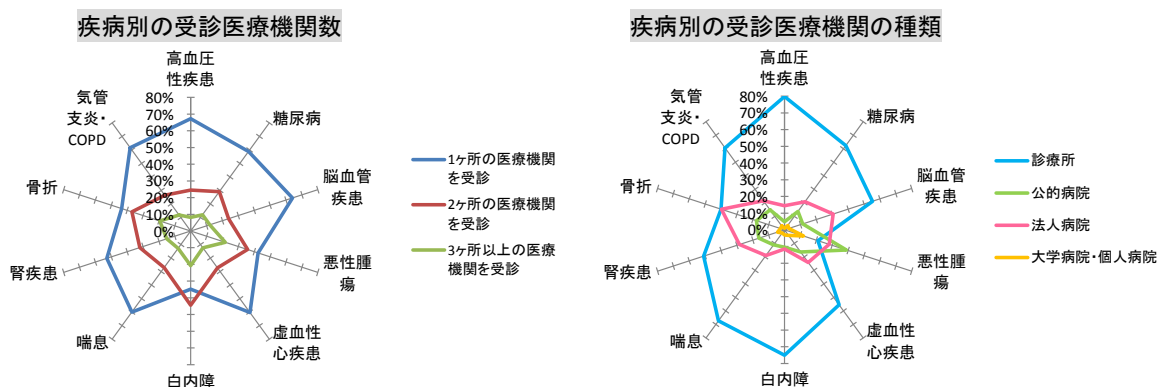


(出所) 厚生労働省「平成 25 年度 医療給付実態調査」より大和総研作成

このような地域的な後期高齢者医療における患者の受診行動の相違は、各都道府県の2次医療圏別の医療提供体制と、地域住民の疾病構造の相違に基づくと考えられる。首都圏を中心に、医療機関が集中している地域では、患者も医療の質や満足度を求めて、多くの選択肢の中から最適と判断する医師がいる医療機関を選択し、受診先を分散させる傾向もあるだろう。

2013年度の後期高齢者の患者数が多い上位10疾病について、入院外診療の受診医療機関数別（1件、2件、3件以上）と、受診医療機関の種類別（大学病院、公的病院、法人病院、診療所）の各患者数割合の構成を図表15に示した。

図表15 後期高齢者の疾病別受診医療機関数の構成比と受診医療機関の種類別構成（2013年度）



（注1）集計対象は、後期高齢者医療受給対象者である。

（注2）疾病は入院外医療費が最も高い主疾病による分類である。医療機関は受診した医療機関の中で、最も入院外医療費が高い医療機関である。

（注3）腎疾患は、糸球体疾患、腎尿細管間質性疾患及び腎不全である。

（出所）厚生労働省「平成25年度 医療給付実態調査」より大和総研作成

後期高齢者の患者は、悪性腫瘍、白内障、骨折において、3か所以上の医療機関を外来受診する割合が20%前後と高い（図表15左図）。かかりつけの役割を担う診療所をベースとして、（民間の）法人病院や公的病院を受診する傾向にある（図表15右図）。特に悪性腫瘍は、高度な専門治療が必要となるため、公的病院や大学病院への受診割合が高いという傾向がある。

医療機関を受診する場合、基本は、医師から医師の紹介をうけることになる。紹介先の病院の医師と医療資源（治療方法や医療設備等の種類や量）が患者の身体状態とニーズにマッチしていれば、主疾病につき患者が受診する医療機関は通常1～2か所で済むことになる。患者が、同一の疾病で3か所以上の病院や診療所を受診している状況は、明らかに不効率的な受診行動といえるだろう。中には10か所以上の医療機関を受診しているケースもある。

患者の主疾病あたりの受診医療機関が多い場合には、診療所が提供するプライマリケア（初期医療）と病院が提供する専門医療との間で適切な連携（診療所から病院への患者の紹介、病院から診療所への患者の逆紹介）がうまくいっていない可能性もある。患者は紹介された病院から更に他の複数の病院に行くことになるなど、結果として、医療の質や患者満足度につながっていない可能性が指摘されるだろう。受診日数の増加により、入院外診療費の過剰な増大を防ぐためには、医療提供体制における病院－診療所間の連携のほか、2017年度から研修が開始される「総合診療専門医」の普及等を通じた医療の質の向上も重要であるだろう。

おわりに

本稿では、医療費の抑制には、後期高齢者の入院及び入院外診療費がポイントとなることを示した。そして、2013年度までの後期高齢者の入院及び入院外診療費の定量的な変化に基づく都道府県別の両診療費の伸びの抑制の現状と要因、伸びを抑制するための代表的な手法について見た。

2013年度までの医療費を全国計や都道府県別でみたところ、都道府県は医療費抑制の努力をしており、幾つかの県では抑制効果がみられたものの、全国計のマクロでは、その効果は十分には見られない。各都道府県、個々の医療保険者による全国共通の取組みが全国計で大きなインパクトを持つようになるには、時間を要しよう。

2023年から、団塊の世代が後期高齢者となり始める。後期高齢者の増加数に比例して、後期高齢者医療費の7割超を占める入院及び入院外診療費の絶対額も増大することになる。

後期高齢者の入院・入院外受療率の抑制、病床の機能分化、病床配置の適正化等を、医療の質を落とさずに推進するには、各地域の「地域包括ケアシステム」の構築状況と、医療機関や介護施設、地域社会における多職種連携が円滑に機能していることが、何より重要である。2013年度の後期高齢者人口一人当たり入院診療費が2008年度比で減少した県や全国平均よりも低かった県では、地域包括ケアシステムに特徴的な工夫があり、住民ニーズに沿って円滑に機能している可能性が高いと考えられるのではないかと。

次回レポートでは、2013年度の後期高齢者人口一人当たり医療費が2008年度比で減少した各県をはじめとして、都道府県別の具体的な優良事例の紹介・分析を行うこととする。

以上