

添付表3

年齢	00-09	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99
年齢別受診総件数	38216	24829	28433	28225	39008	74335	180240	176988	72535	8323
男性年齢別受診件数	20181	12510	10818	10503	17298	28717	78517	74302	28301	2551
女性年齢別受診件数	18035	12319	17815	15722	21712	45618	103723	102686	44234	5772
年齢別重複率	5.689	3.613	6.169	5.808	4.510	5.001	4.188	4.078	3.650	3.371
男性年齢別重複率	2.998	1.982	2.581	2.371	2.174	2.051	1.908	1.828	1.519	1.215
女性年齢別重複率	3.011	1.656	2.139	2.163	1.861	1.857	1.679	1.628	1.363	0.953
年齢別重複率男女差	-0.013	0.326	0.442	0.208	0.313	0.194	0.230	0.199	0.158	0.262

年齢	00-09	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99					
1010	喘息	1905	その他の損傷及びその	1905	その他の損傷及びその	0402	糖尿病	0402	糖尿病	0906	脂様蓋	0906	脂様蓋	0702	白内障
1202	皮膚炎及び	1901	骨折	1010	喘息	1304	椎間板障害	1403	尿結石	1805	脂様蓋	1405	その他の悪性新生物	0902	悪性新生物
1905	損傷及び	1310	筋骨格系	1901	骨折	1203	皮膚及び皮下	1402	腎不全	1402	腎不全	0210	腎不全	0201	腎不全
0701	結核	1010	喘息	0101	喘息	0901	喘息	0901	喘息	1104	喘息	0902	喘息	0210	喘息
1003	急性上気管支炎	1304	急性上気管支炎	1002	急性上気管支炎	0402	糖尿病	1901	骨折	1303	喘息	0210	喘息	0402	喘息
1002	急性上気管支炎	0903	急性上気管支炎	1303	急性上気管支炎	1901	骨折	1905	骨折	0902	喘息	1303	喘息	0902	喘息
1903	急性上気管支炎	1306	急性上気管支炎	0704	急性上気管支炎	0901	骨折	1304	骨折	0906	脂様蓋	1104	脂様蓋	0205	脂様蓋
1408	急性上気管支炎	0101	急性上気管支炎	1308	急性上気管支炎	1105	急性上気管支炎	0503	急性上気管支炎	0805	急性上気管支炎	1405	急性上気管支炎	1202	急性上気管支炎
1901	骨折	0211	骨折	0603	骨折	1107	骨折	1104	骨折	1403	骨折	1905	骨折	0205	骨折
1007	骨折	0804	骨折	0504	骨折	1903	骨折	1303	骨折	1901	骨折	0205	骨折	0205	骨折
1006	骨折	1406	骨折	1401	骨折	1109	骨折	1408	骨折	0903	骨折	0201	骨折	1011	骨折
0703	骨折	0701	骨折	1304	骨折	1406	骨折	0703	骨折	0203	骨折	0905	骨折	0703	骨折
0301	骨折	1003	骨折	0402	骨折	1403	骨折	1010	骨折	0210	骨折	0211	骨折	1112	骨折
0403	骨折	0102	骨折	1011	骨折	0105	骨折	1112	骨折	0904	骨折	1203	骨折	1304	骨折
0804	骨折	0107	骨折	1902	骨折	1002	骨折	0908	骨折	0908	骨折	1202	骨折	1104	骨折
0908	骨折	0402	骨折	0807	骨折	1301	骨折	0803	骨折	0704	骨折	1107	骨折	1203	骨折
1304	骨折	0608	骨折	0903	骨折	0504	骨折	0606	骨折	0502	骨折	0606	骨折	0704	骨折
1401	骨折	0808	骨折	0701	骨折	1003	骨折	1005	骨折	1011	骨折	0903	骨折	1402	骨折
1601	骨折	0807	骨折	1201	骨折	0103	骨折	0205	骨折	0204	骨折	0910	骨折	1905	骨折
1310	骨折	0912	骨折	1112	骨折	0106	骨折	0804	骨折	1408	骨折	0204	骨折	1009	骨折
1800	骨折	1307	骨折	0103	骨折	0109	骨折	0905	骨折	0606	骨折	0203	骨折	0105	骨折
0102	骨折	1007	骨折	0105	骨折	0205	骨折	0105	骨折	0912	骨折	1010	骨折	0203	骨折
0103	骨折	0803	骨折	0604	骨折	0502	骨折	0201	骨折	0701	骨折	0909	骨折	0909	骨折
0105	骨折	0103	骨折	1007	骨折	0903	骨折	0803	骨折	1002	骨折	1201	骨折	1310	骨折
0106	骨折	0105	骨折	1104	骨折	1007	骨折	1201	骨折	1108	骨折	1108	骨折	1403	骨折
0108	骨折	0108	骨折	1107	骨折	1302	骨折	1800	骨折	0703	骨折	0502	骨折	0908	骨折
0201	骨折	0201	骨折	1109	骨折	1307	骨折	0103	骨折	0201	骨折	1308	骨折	1308	骨折
0202	骨折	0202	骨折	1302	骨折	0101	骨折	0108	骨折	0109	骨折	1108	骨折	1007	骨折
0203	骨折	0203	骨折	1305	骨折	1104	骨折	0302	骨折	0205	骨折	1401	骨折	0101	骨折
0204	骨折	0204	骨折	1307	骨折	0603	骨折	0507	骨折	0909	骨折	1009	骨折	0804	骨折
0205	骨折	0205	骨折	1308	骨折	0606	骨折	0912	骨折	1307	骨折	0105	骨折	0104	骨折
0206	骨折	0206	骨折	1402	骨折	1401	骨折	0202	骨折	1405	骨折	1110	骨折	0202	骨折
0207	骨折	0207	骨折	1406	骨折	0704	骨折	1011	骨折	1701	骨折	1903	骨折	0912	骨折
0208	骨折	0208	骨折	1903	骨折	1308	骨折	1111	骨折	1304	骨折	0102	骨折	0102	骨折
0209	骨折	0209	骨折	0502	骨折	1303	骨折	1902	骨折	0910	骨折	1902	骨折	1005	骨折
0210	骨折	0210	骨折	0403	骨折	0505	骨折	1003	骨折	1203	骨折	0807	骨折	1403	骨折
0302	骨折	0301	骨折	1008	骨折	0102	骨折	0704	骨折	1803	骨折	0104	骨折	0208	骨折
0401	骨折	0302	骨折	1202	骨折	0108	骨折	1308	骨折	0102	骨折	1304	骨折	0503	骨折
0402	骨折	0403	骨折	0102	骨折	0202	骨折	1007	骨折	0104	骨折	1011	骨折	1201	骨折
0501	骨折	0501	骨折	0106	骨折	0203	骨折	0904	骨折	0101	骨折	0107	骨折	1406	骨折
0502	骨折	0502	骨折	0108	骨折	0204	骨折	0908	骨折	1110	骨折	0801	骨折	1902	骨折
0503	骨折	0503	骨折	0109	骨折	0208	骨折	1307	骨折	0103	骨折	0804	骨折	1903	骨折
0504	骨折	0504	骨折	0201	骨折	0209	骨折	0102	骨折	0106	骨折	0801	骨折	1904	骨折
0505	骨折	0508	骨折	0202	骨折	0302	骨折	0108	骨折	0108	骨折	0209	骨折	0603	骨折
0507	骨折	0507	骨折	0203	骨折	0501	骨折	0109	骨折	0208	骨折	0501	骨折	0905	骨折

添付表3のつづき

年齢	00-09	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99							
年齢別 受診総件数	38216	24829	28433	28225	39008	74335	180240	178988	72535	8323							
男性年齢別 受診件数	20181	12510	10818	10503	17296	28717	76517	74302	28301	2551							
女性年齢別 受診件数	18035	12319	17815	15722	21712	45618	103723	102686	44234	5772							
年齢別 重複率	5.689	3.813	6.169	5.808	4.510	5.001	4.188	4.078	3.850	3.371							
男性年齢別 重複率	2.998	1.982	2.581	2.371	2.174	2.051	1.909	1.828	1.519	1.215							
女性年齢別 重複率	3.011	1.856	2.139	2.163	1.861	1.857	1.679	1.828	1.363	0.953							
年齢別 重複率男女差	-0.013	0.326	0.442	0.208	0.313	0.194	0.230	0.199	0.156	0.282							
0801	パーキンソン病	パーキンソン病	肝及び肝内胆管の悪性腫瘍	0506	精神障害	0204	肝及び肝内胆管の悪性腫瘍	0208	白血病	1004	肺炎	1107	慢性肝炎	0207	子宮の悪性腫瘍	0606	その他の神経系疾患
0802	アルツハイマー病	アルツハイマー病	気管、気管支及び肺の悪性腫瘍	0507	その他の精神障害	0208	悪性リンパ腫	0302	その他の血液及び血管性疾患	1408	その他の悪性腫瘍	0507	慢性肝炎	0209	白血球減少症	0701	結核
0805	自律神経系の障害	自律神経系の障害	性腺の悪性腫瘍	0801	パーキンソン病	0209	白血球減少症	0501	悪性リンパ腫	1305	悪性リンパ腫	0910	痔核	0302	血液及び血管性疾患	0801	外耳炎
0806	その他の神経系疾患	その他の神経系疾患	悪性リンパ腫	0802	アルツハイマー病	0501	悪性リンパ腫	0506	悪性リンパ腫	1111	悪性リンパ腫	1003	悪性リンパ腫	0502	悪性リンパ腫	0802	その他の外耳炎
0702	白内障	白内障	その他の血液及び血管性疾患	0801	外耳炎	0506	精神障害	0507	精神障害	0208	悪性リンパ腫	1008	悪性リンパ腫	0506	慢性肝炎	0803	中耳炎
0804	その他の中耳及びメニエール病	その他の中耳及びメニエール病	悪性リンパ腫	0802	その他の外耳炎	0801	悪性リンパ腫	0802	悪性リンパ腫	0504	悪性リンパ腫	1305	悪性リンパ腫	0602	悪性リンパ腫	0804	耳及び乳輪の腫瘍
0805	その他の内耳疾患	その他の内耳疾患	悪性リンパ腫	0804	耳及び乳輪の腫瘍	0802	悪性リンパ腫	0802	悪性リンパ腫	0503	悪性リンパ腫	0805	悪性リンパ腫	0605	悪性リンパ腫	0805	メニエール病
0806	その他の内耳疾患	その他の内耳疾患	悪性リンパ腫	0805	その他の内耳疾患	0702	白内障	0804	その他の内耳疾患	1008	その他の内耳疾患	0805	その他の内耳疾患	0701	結膜炎	0806	耳及び乳輪の腫瘍
0901	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0806	悪性リンパ腫	0802	悪性リンパ腫	0805	悪性リンパ腫	1004	悪性リンパ腫	1004	悪性リンパ腫	0804	悪性リンパ腫	0807	その他の内耳疾患
0902	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0806	悪性リンパ腫	0806	悪性リンパ腫	0806	悪性リンパ腫	1013	悪性リンパ腫	1109	悪性リンパ腫	0805	悪性リンパ腫	0808	その他の内耳疾患
0904	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0806	悪性リンパ腫	0807	悪性リンパ腫	0907	悪性リンパ腫	1016	悪性リンパ腫	0801	悪性リンパ腫	0806	悪性リンパ腫	0904	悪性リンパ腫
0905	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0805	悪性リンパ腫	0907	悪性リンパ腫	0911	悪性リンパ腫	1018	悪性リンパ腫	1111	悪性リンパ腫	0904	悪性リンパ腫	0905	悪性リンパ腫
0906	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0806	悪性リンパ腫	0909	悪性リンパ腫	1001	悪性リンパ腫	1019	悪性リンパ腫	1401	悪性リンパ腫	0911	悪性リンパ腫	0911	悪性リンパ腫
0907	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0801	悪性リンパ腫	0911	悪性リンパ腫	1101	悪性リンパ腫	1019	悪性リンパ腫	0603	悪性リンパ腫	1002	悪性リンパ腫	1002	悪性リンパ腫
0909	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0802	悪性リンパ腫	1001	悪性リンパ腫	1102	悪性リンパ腫	1019	悪性リンパ腫	0603	悪性リンパ腫	1007	悪性リンパ腫	0909	悪性リンパ腫
0910	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0809	悪性リンパ腫	1008	悪性リンパ腫	1103	悪性リンパ腫	1019	悪性リンパ腫	0603	悪性リンパ腫	1008	悪性リンパ腫	0910	悪性リンパ腫
0911	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0805	悪性リンパ腫	1009	悪性リンパ腫	1109	悪性リンパ腫	0602	悪性リンパ腫	0106	悪性リンパ腫	1101	悪性リンパ腫	0911	悪性リンパ腫
1008	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0806	悪性リンパ腫	1101	悪性リンパ腫	1501	悪性リンパ腫	0603	悪性リンパ腫	0108	悪性リンパ腫	1102	悪性リンパ腫	1008	悪性リンパ腫
1009	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0902	悪性リンパ腫	1102	悪性リンパ腫	1502	悪性リンパ腫	0804	悪性リンパ腫	0109	悪性リンパ腫	1103	悪性リンパ腫	1009	悪性リンパ腫
1101	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0904	悪性リンパ腫	1103	悪性リンパ腫	1504	悪性リンパ腫	0805	悪性リンパ腫	0209	悪性リンパ腫	1106	悪性リンパ腫	1102	悪性リンパ腫
1102	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0906	悪性リンパ腫	1106	悪性リンパ腫	1601	悪性リンパ腫	0907	悪性リンパ腫	0502	悪性リンパ腫	1109	悪性リンパ腫	1005	悪性リンパ腫
1103	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0907	悪性リンパ腫	1107	悪性リンパ腫	1602	悪性リンパ腫	1101	悪性リンパ腫	0506	悪性リンパ腫	1111	悪性リンパ腫	1006	悪性リンパ腫
1104	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0908	悪性リンパ腫	1108	悪性リンパ腫	1902	悪性リンパ腫	1102	悪性リンパ腫	0802	悪性リンパ腫	1408	悪性リンパ腫	1008	悪性リンパ腫
1105	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0909	悪性リンパ腫	1109	悪性リンパ腫	1904	悪性リンパ腫	1103	悪性リンパ腫	0806	悪性リンパ腫	1407	悪性リンパ腫	1009	悪性リンパ腫
1106	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0911	悪性リンパ腫	1108	悪性リンパ腫	0804	悪性リンパ腫	1108	悪性リンパ腫	0806	悪性リンパ腫	1407	悪性リンパ腫	1009	悪性リンパ腫
1107	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1008	悪性リンパ腫	1110	悪性リンパ腫	1107	悪性リンパ腫	1501	悪性リンパ腫	0907	悪性リンパ腫	1408	悪性リンパ腫	1010	悪性リンパ腫
1109	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1009	悪性リンパ腫	1111	悪性リンパ腫	1401	悪性リンパ腫	1502	悪性リンパ腫	0911	悪性リンパ腫	1501	悪性リンパ腫	1011	悪性リンパ腫
1110	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1101	悪性リンパ腫	1201	悪性リンパ腫	1502	悪性リンパ腫	1504	悪性リンパ腫	1001	悪性リンパ腫	1502	悪性リンパ腫	1101	悪性リンパ腫
1111	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1102	悪性リンパ腫	1305	悪性リンパ腫	1504	悪性リンパ腫	1601	悪性リンパ腫	1101	悪性リンパ腫	1504	悪性リンパ腫	1102	悪性リンパ腫
1201	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1103	悪性リンパ腫	1306	悪性リンパ腫	1601	悪性リンパ腫	1602	悪性リンパ腫	1102	悪性リンパ腫	1601	悪性リンパ腫	1103	悪性リンパ腫
1301	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1106	悪性リンパ腫	1309	悪性リンパ腫	1802	悪性リンパ腫	1701	悪性リンパ腫	1103	悪性リンパ腫	1602	悪性リンパ腫	1104	悪性リンパ腫
1302	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1108	悪性リンパ腫	1405	悪性リンパ腫	1701	悪性リンパ腫	1702	悪性リンパ腫	1106	悪性リンパ腫	1701	悪性リンパ腫	1106	悪性リンパ腫
1303	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1110	悪性リンパ腫	1501	悪性リンパ腫	1702	悪性リンパ腫	1904	悪性リンパ腫	1108	悪性リンパ腫	1702	悪性リンパ腫	1107	悪性リンパ腫
1305	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1309	悪性リンパ腫	1502	悪性リンパ腫	1106	悪性リンパ腫	0703	悪性リンパ腫	1501	悪性リンパ腫	1902	悪性リンパ腫	1108	悪性リンパ腫
1306	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1402	悪性リンパ腫	1601	悪性リンパ腫	1305	悪性リンパ腫	0802	悪性リンパ腫	1502	悪性リンパ腫	1903	悪性リンパ腫	1109	悪性リンパ腫
1307	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1403	悪性リンパ腫	1602	悪性リンパ腫	1702	悪性リンパ腫	0806	悪性リンパ腫	1504	悪性リンパ腫	1904	悪性リンパ腫	1111	悪性リンパ腫
1308	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1405	悪性リンパ腫	1701	悪性リンパ腫	0605	悪性リンパ腫	0911	悪性リンパ腫	1601	悪性リンパ腫	1904	悪性リンパ腫	1201	悪性リンパ腫
1309	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1407	悪性リンパ腫	1702	悪性リンパ腫	1310	悪性リンパ腫	1001	悪性リンパ腫	1602	悪性リンパ腫	0301	悪性リンパ腫	1301	悪性リンパ腫
1402	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1501	悪性リンパ腫	1701	悪性リンパ腫	0504	悪性リンパ腫	1407	悪性リンパ腫	1701	悪性リンパ腫	1304	悪性リンパ腫	1304	悪性リンパ腫
1403	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1502	悪性リンパ腫	1702	悪性リンパ腫	0503	悪性リンパ腫	1007	悪性リンパ腫	0807	悪性リンパ腫	1308	悪性リンパ腫	1308	悪性リンパ腫
1405	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1601	悪性リンパ腫	1904	悪性リンパ腫	0603	悪性リンパ腫	0101	悪性リンパ腫	0107	悪性リンパ腫	0703	悪性リンパ腫	1306	悪性リンパ腫
1407	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1602	悪性リンパ腫	0910	悪性リンパ腫	0807	悪性リンパ腫	0202	悪性リンパ腫	0701	悪性リンパ腫	1306	悪性リンパ腫	1307	悪性リンパ腫
1501	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	1403	悪性リンパ腫	0910	悪性リンパ腫	0502	悪性リンパ腫	0202	悪性リンパ腫	1006	悪性リンパ腫	1905	悪性リンパ腫	1308	悪性リンパ腫
1502	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0503	悪性リンパ腫	1008	悪性リンパ腫	0804	悪性リンパ腫	0301	悪性リンパ腫	0803	悪性リンパ腫	0105	悪性リンパ腫	1310	悪性リンパ腫
1504	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0206	悪性リンパ腫	0804	悪性リンパ腫	0805	悪性リンパ腫	0301	悪性リンパ腫	0501	悪性リンパ腫	1401	悪性リンパ腫	1401	悪性リンパ腫
1602	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	悪性リンパ腫	0210	悪性リンパ腫	1202	悪性リンパ腫	1004	悪性リンパ腫	0801	悪性リンパ腫	0804	悪性リンパ腫	0204	悪性リンパ腫	1402	悪性リンパ腫

添付表3のつづき2

年齢	00-09	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99
年齢別 受診総件数	38216	24829	28433	26225	39008	74335	180240	176988	72535	8323
男性年齢別 受診件数	20181	12510	10618	10503	17296	28717	76517	74302	28301	2551
女性年齢別 受診件数	18035	12319	17815	15722	21712	45618	103723	102686	44234	5772
年齢別重複 確率	5.689	3.813	6.169	5.608	4.510	5.001	4.186	4.078	3.650	3.371
男性年齢別 重複確率	2.998	1.982	2.581	2.371	2.174	2.051	1.909	1.828	1.519	1.215
女性年齢別 重複確率	3.011	1.656	2.139	2.163	1.881	1.857	1.679	1.828	1.383	0.953
年齢別 重複 確率男女差	-0.013	0.328	0.442	0.208	0.313	0.194	0.230	0.199	0.156	0.262
1702	1001	0301	0702	0104	1111	1109	1702	0501	1403	
その他の	急性鼻咽	頭痛(か)	貧血	白内障	皮膚及び粘	腸疾患	その他の肝疾患	その他の先	血管性及び	
先天奇	炎症性多	頭蓋内損	精神遅滞	胃の悪性新	眼の病変を	骨の密度	天奇形、変	詳細不明の	詳細不明の	頸路結石症
傷及び内	発性関節	腫瘍内損	高血圧性	生物	糸球体疾患	及び構造	その他の消化器	急性咽喉炎	急性咽喉炎	前立腺肥大
1904	1902	0901	0207	0701	1309	0908	1002	0907	1405	
中毒	皮膚及び	傷及び内	疾患	結膜炎	及び腎臓	月経障害	系疾患	及び急性痛	急性鼻咽頭	(痔)
0903	0104	0905	0301	1105	1308	0505	1800	1001	1406	
その他の	粘膜炎	粘膜炎	脳内出血	貧血	胃炎及び十	及び閉経	疾患	及び異常産	炎(かぜ)	性器の疾
0802	1005	1004	0807	0903	0403	1006	1307	1003	1407	
心疾患	その他の	その他の	その他の呼	その他の耳	その他の心	その他の	神経症性障害、ス	その他の急	性上気道器	閉経後及
1404	1203	1111	0807	0207	0702	1002	0804	1004	1408	
外耳炎	皮膚及び	皮膚及び	肺炎	疾患	子宮の悪性	白内障	アレルギー性鼻炎	血	肺炎	その他の妊
0802	1005	1004	0807	0903	0702	1002	0804	1004	1408	
麻痺系	その他の	その他の	その他の呼	その他の耳	子宮の悪性	白内障	急性咽喉炎及び	月経障害及	アレルギー	性炎症
0508	0108	1301	1407	1407	1005	0701	1407	1008	1501	
精神遅滞	ウイルス	ウイルス	腸疾患	腸疾患	月経障害及	支炎及び	急性扁桃炎	び閉経周辺	性鼻炎	流産
0801	0109	1501	1404	0301	1112	0912	0504	1011	1502	
外耳炎	感染症及	感染症及	流産	貧血	び閉経周辺	消化器系	障害(腸うつ	障害(腸うつ	腸疾患	妊娠中毒症
0807	0801	0107	0803	0107	0505	0702	0301	1307	1504	
真菌症	真菌症	真菌症	真菌症	真菌症	腸管、スト	腸管、スト	腸管、スト	腸管、スト	腸管、スト	妊婦、分娩及
0101	1008	1404	0703	0403	0803	1005	0403	0905	1801	
呼吸器系	慢性と明	慢性と明	腸管の疾	腸管の疾	分泌、栄養	分泌、栄養	分泌、栄養	分泌、栄養	分泌、栄養	腸管、分娩及
1408	1903	1310	1005	1301	0211	1306	0204	0704	1701	
その他の	皮膚及び	皮膚及び	骨格系及	炎症性多発	性関節障害	物及びそ	神経痛	胆管の悪性	胆管の悪性	胎
0107	1201	1407	1800	0801	0801	1800	1110	0401	1702	
真菌症	皮下組織	皮下組織	急性鼻咽	急性鼻咽	外耳炎	外耳炎	常態床所見・異常	胆管のう実	胆管のう実	胎
1108	0703	1001	0210	0910	0207	1408	1408	1108	1902	
肝硬変	腸管の腫	腸管の腫	頭痛(かぜ)	性新生物	痔核	性新生物	乳房及びそ	他の女性	他の女性	胎
1701	1401	0104	0805	1302	0107	0801	0801	1403	1903	
天奇形	乳房及び	乳房及び	粘膜炎	腸管の疾	関節症	真菌症	高血圧性疾患	腸管の疾患	腸管の疾患	胎
0912	1408	0912	1004	1305	1006	0207	0207	0402	1904	
循環器系	その他の	その他の	肺炎	肺炎	アレルギー	アレルギー	子宮の悪性新	新生物	新生物	胎
0109	1504	0401	1006	1006	1308	1309	0801	0801	1301	
感染症及	妊娠、分	妊娠、分	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	胎
0704	0603	1800	0401	1308	0401	1901	0903	0211	0505	
腫及び付	てんかん	てんかん	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	胎
1004	1800	1105	1112	1002	1408	1404	1105	0403	0704	
肺炎	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	胎
0101	1105	0703	0403	0505	1010	0403	0401	1009	1003	
定	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	胎
1112	0401	0803	0701	1408	1302	1003	1404	0208	1004	
消化器系	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	胎
0803	1008	0505	0107	1310	1105	1105	1901	0504	1203	
てんかん	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	胎
0211	1404	1203	0104	1203	1301	0401	0702	0908	1302	
腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	胎
1005	0505	1005	0211	1202	1404	1310	0206	1309	0402	
皮膚及び	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	胎
0104	1002	1003	0206	1404	1202	0704	1301	0702	1309	
粘膜炎	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	胎
1203	1112	0211	0211	1310	0401	1003	1309	0702	1309	
皮膚及び	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	胎
0803	1202	1408	1504	0206	0901	0206	0901	1302	1404	
中耳炎	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	胎
1001	0704	1504	1408	0211	0206	1302	1302	0901	1901	
頭痛(か)	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	腸管、痔核	胎

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「縦覧点検データによる医療需給の決定要因の分析」
分担研究報告書

国民健康保険被保険者の医療機関選択の態様
分担研究者 山本克也 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨 本論分では、国民健康保険被保険者の医療機関選択について分析をおこなう。基本的に診療機関のフリーアクセスを認めているわが国にあって、患者がどのような診療機関をどのように選択しているのかは医療機関のアロケーション、医療圏の再考、および保険者のモニター能力にも重要な情報となる。

A 研究目的

本研究の目的は、患者がどのような理由で、また、どのような診療機関を選択しているのかをレセプトデータを通じ、コストや地理的条件等を加味して分析することである。

B 研究方法

レセプトデータの解析のベンチマークとして厚生省統計情報部「受療行動調査」を使用した。この調査より、患者が大病院を指向している状況は把握できた。また、その理由として経済性をあげるものが多かったことは注目に値する。

C 研究成果

患者は大病院指向を持っているといわれているが、外来かまたは入院かで病院の選択は変化する。レセプトデータによれば、入院の場合は遠くの大病院を選択するインセンティブは減る。しかし外来では専門性の強い疾病の場合は、いわゆる大病院に通院しようとする傾向はあるように思われる。例えば、福岡県の場合、各医療圏に核となる病院が配置されているため、圏内で診療機関選択するとい

うことが可能だが、高度医療を提供する病院を、癌外来の10%強の患者が、入院で10%強が選択していることになっている。

D 考察

例えば千葉県の場合、全疾病でみると上位100の診療機関にはかなり広範な医療圏から患者が受診していることがわかる。とくに入院外の場合、全医療圏から患者の受診がある診療機関が15、6つ以上の医療圏から受診している診療機関となると、実に65の診療機関がそれにあたることになる。一方入院の場合、半数の医療圏から受診しにくる診療機関の数が一番多い。このあたりは診療機関の地理的な分布を考慮に入れないと正確なことはいえないが、考えられることは入院の場合、医療圏が2つ、ないしは3つに統合できる可能性を示唆する¹。

次に各段には糖尿病患者と癌患者の数値をあげている。糖尿病の場合、その合併症が問

¹ 入院の場合、家族の負担を考えると、自宅から可能な限り近い診療機関を選択するという考え方はきわめて合理的な判断である。この点は、患者と診療機関の距離を何らかの方法で定義し、分析を深める予定である。

題であり、糖尿病性白内障や糖尿病性緑内障といった時には失明という事態にいたる可能性のあるもの、下肢の切断等にいたる場合もある糖尿病性壊疽といったもの等、患者に障害を残す場合も少なくない。この場合、医学的考慮を超えて、より自宅に近い診療機関を選択することも十分に考えられる。実際に、表4-1に示している通り、糖尿病や癌の患者ほど、また入院になるほど、医療圏をまたいでの通院は選択されなくなっている。

ただし、ここで注意しなくてはならないのは、やはり医学的な条件を患者は（医師が？）容易に捨てられないということである。千葉県の場合、高度医療を提供できる病院は全医療圏から患者を集め、実にその数は癌外来の2割弱になっている。入院の場合でも、数値は若干小さくなるが、両病院に受診する患者は相当程度いる。

E 結論

本稿において患者が診療機関を選択する際に、

- 経済的な条件
- 医学的な条件

の両方を考慮するという仮説を立てた。本稿のようにレセプトデータを積み上げるという作業でも、上記の仮説は一定の説得力を持っている。問題は、医学的な条件を考慮する際の道しるべである。現在の診療報酬点数表にはいわゆる「紹介料」がカウントされるようになっている。これが小規模病院、診療所から大病院、高機能病院への患者の流れを構築しているかを直接に考察するデータセットを構築できてはいない。ただ、癌などは経済的要因を凌駕しても大病院、専門病院を選択しようとする患者の傾向はあきらかにできたも

のと思われる。

F 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

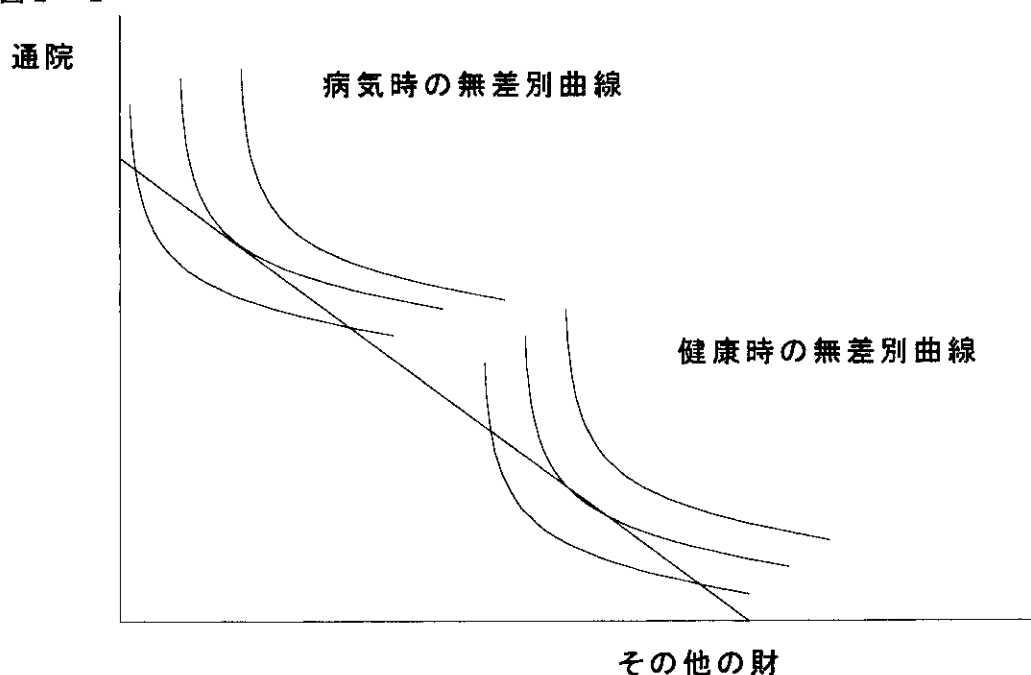
国民健康保険被保険者の医療機関選択の態様

分担研究者 山本克也 国立社会保障・人口問題研究所

1 はじめに¹

わが国の公的医療保険の特徴は、基本的に患者が制限なく診療機関の受診ができる、いわゆる free access を認めていることである。このことは、例えば英国の NHS のように「かかりつけ医」である GP の紹介なしに病院の受診ができないような保険システムとは大きな違いを患者の受診行動にもたらすであろう。では、患者の受診行動を規定するものはなんであろうか。患者はどのようにして診療機関を決定するのであろうか。

図 1-1



まず、個人はなんらかの疾病を患うと図 1-1 のようにその選好形態が変化し、病院に通院することをより選好するようになるであろう²。この場合、患者の目的は健康水準の回復であり、このことに対してできる限りの資源の投入を行う³。しかし、通院をより選択するということ、

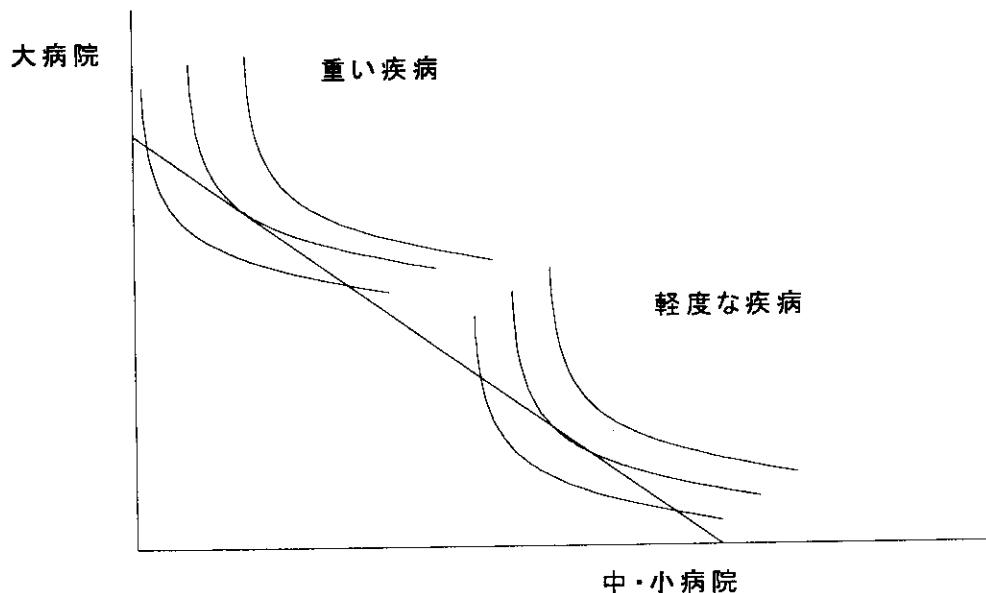
¹ 本稿は、平成 12 年 3 月 20 日~23 日に筆者が滞在したヨーク大学での議論がもとになっている。とくにヨーク大学医療経済学部の Graduate School のセミナー参加者、およびコーディネーターをつかさどってくれた Dr. Hittiris に感謝する。また、本稿の数表の一部および医療圏の図については長町利恵子（お茶の水女子大学大学院）、岡田壮一郎（慶應義塾大学）、山本真由（早稲田大学）の 3 氏にお世話になった。もちろん、本稿に残された誤りは筆者ひとりの責任である。

² 罹患時と健康時には選好体系自体がことなるのか、それとも通院とその他の財の相対価格が変わるのか（予算線が変化するか）は議論が必要である。

³ もちろん、健康を回復した後に獲得可能と思われる所得、期待収益等を考慮する必要がある。

すなわち通院に際して患者の効用関数を構成する要素はどのように考えればよいのであろうか。患者が診療機関を選択する場合、1) 機会費用も含めた経済性と 2) 医療に対する期待の二つの要因に対して考慮を払うであろう。もちろん、経済性と呼べるものには通院時間、通院費用、診療の待ち時間等があり、また、医療に対する期待には診療機関の規模、設備、評判、医師に対する個人的な信頼等に起因する。すなわち患者は、自らが判断可能な情報と、専門家に依存しなければならない種類の情報、すなわち医療を供給する側の情報に基づき診療機関選択という意思決定を行っていることになる。もし患者に医療に関する知識がある場合、患者の診療機関選択は、疾病の軽重に応じて図1-2のようになるはずである。しかし、実際には患者の判断には医学的な意味でバイアスを持っており、たとえばとりあえず大病院を選択する、あるいは自宅に近い診療所に通院するという選択を行っているものと思われる。

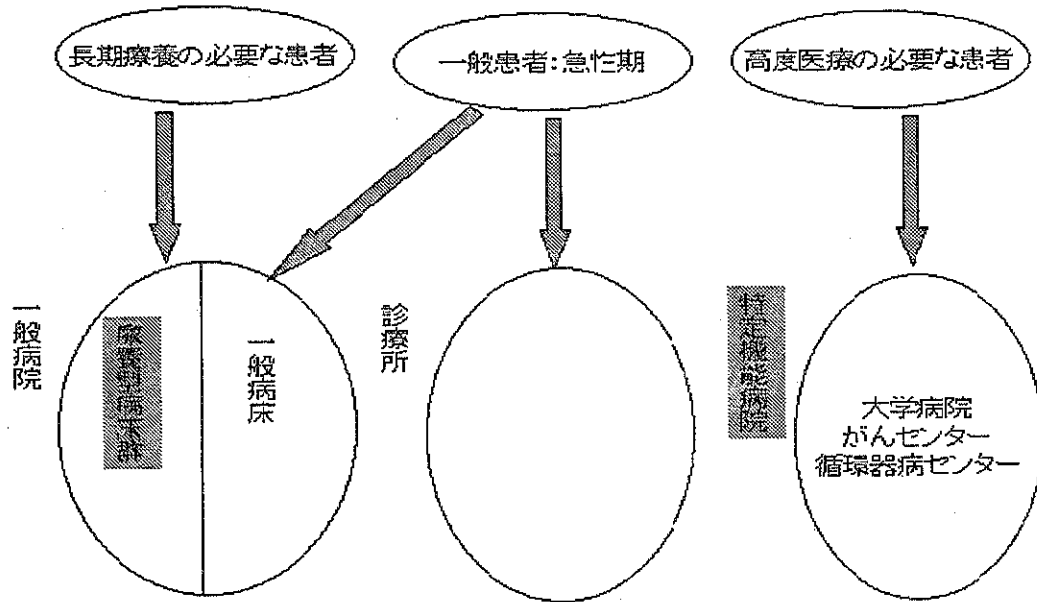
図1-2



一方、医療を供給する側をコントロールするのは、昭和23年に制定された医療法である。この法律は、医療供給体制の基本となる法律であり、医療の理念および病院や診療所の設備等の基準を定めたものである。もちろん、人口の高齢化、疾病構造の変化、医療技術の進歩につれて問題が発生するようになった。例えば、CTスキャンに代表される高額医療機器の導入競争、患者の大病院への集中、社会的入院の増加などがそれである。このような社会状況の変化に対応して、昭和60年には必要病床数の決定（病床規制）、地域医療計画のさらなる向上を柱とする法律改正がおこなわれ、そして平成4年には良質な医療を効率的に提供する医療供給体制の確保を目的とする法律改正があった。とくに平成4年の改正は病院の機能の違いを制度上明らかにし、症状に応じた最適な医療を受療できるような医療体制の流れをつくる、すなわち、図1-3のような新しい医療供給体制の枠組みを構築し、患者の流れをコントロールすることに主眼が置かれている。では、上述のような医療供給サイドの分業・連携体制の現状はどのようになっているのであろうか。世界でも珍しい、フリーアクセスの受診を許す制度のもとで、図1-3のような患者の

流れを構築できるのであろうか。本稿の課題のひとつは、この解明である。

図1-3 医療法改正後の患者の流れ



2 受診行動の一般状況

我々の課題は、患者の流れがはたして医療供給サイドが意図する分業・連携という枠組みに沿った状態になっているかという疑問を検討する。

表2-1 外来-入院・病院の規模別⁴にみた年齢階級別推計患者割合

病院の規模	外来			入院		
	小病院	中病院	大病院	小病院	中病院	大病院
0~14歳	17%	58%	25%	9%	50%	41%
15~39歳	20%	53%	28%	11%	58%	31%
40~64歳	20%	54%	26%	11%	60%	29%
65~74歳	22%	55%	23%	14%	60%	26%
75歳以上	25%	58%	17%	21%	66%	13%
不詳	30%	51%	19%	12%	68%	21%

ベンチマークとして、厚生省統計情報部の「受療行動調査」⁵を用いる。この調査の調査事項

⁴ ここで、病院規模は、
 小病院 = 病床数 20 ~ 99 床の病院
 中病院 = // 100 ~ 499 //
 大病院 = // 500 床以上の病院
 である。

⁵ この調査は、全国の医療施設を利用する患者について、受療の状況や受けた医療に対する満足度等を調

は(1)医療機関選択理由等、(2) 通院時間・通院経費、(3)待ち時間・診察時間、(4)病気についての説明等、(5)医療等に対する満足度の5項目である。

まず表2-1を参照されたい。この表からただちに患者が大病院を指向するということは言い難い。グロスの患者数では患者の行動をただちに判断は出来ないのである。理由は単純であり、日本の病院の約7割は中小病院で占められ、いくら大病院の病床数が多くとも、病院数のウェイトの違いが反映されて、表2-1のような結果となる。ただし、これが病院を選択した理由によって集計作業を行った場合、その結果には明らかに差が出てくる。

上述のように、患者は経済的要素と医学的要素の両方を加味して診療機関の選択を行う。図2-1、図2-2は表2-1にあげた患者がどのような理由で診療機関の規模を決定しているか示すものである。まず、外来患者の診療機関選択理由を示す図2-1を検討しよう。この図2-1から明らかなのは、医療の質に関する項目、たとえば医療設備がよい、名医・専門医がいるといった項目では大病院を選択する患者が多く、また、自宅への近さ、待ち時間といった経済的な要素を加味して診療機関を選択する場合には、中・小の病院が選択されているようである。もちろん、ここでいう外来が、1) 持続的に外来通院をしている患者の場合、2) 外来—入院—外来というパターンのうち、入院前の外来の場合、3) 入院後に外来通院する場合の3つのケースが混合されているため、いまひとつ結果がクリアなものとはならない⁶。

一方、入院に際しての診療機関選択理由を示す図2-2は次のような結果を示している。すなわち、外来通院を通じて馴染んだ医療機関を選択すること、あるいは医療の質に期待が持てる医療機関を選択するということは外来時の選択理由と同様である。ここで注目すべきは経済的負担を考慮して大病院を選択しているという事実である。「受療行動調査」からはこのことに関して詳細な情報を得ることはできないが、大病院の場合、ベッドのタイプに選択の幅があること、また、国保自体の実効給付率の水準を考慮してこのことを考える必要があることは否めない⁷。

査することにより、患者の医療に対する認識や行動を明らかにし、今後の医療行政の基礎資料を得ることを目的としている。

⁶ この点は、山田(2000)の方法を用いることで、かなりの程度、解決可能である。

⁷ 今回用いているレセプトデータから国保の実効給付率の近似計算を行う方法は現在開発中である。また、もし、大病院を選択する患者が、長期入院に偏っている、あるいは、複数の病院を渡り歩くということが実証できれば大病院が長期入院患者を誘発していることになるかもしれない。この分析については、早急に行うつもりである。

図 2 - 1 病院規模別・医療機関選択理由割合（外来）

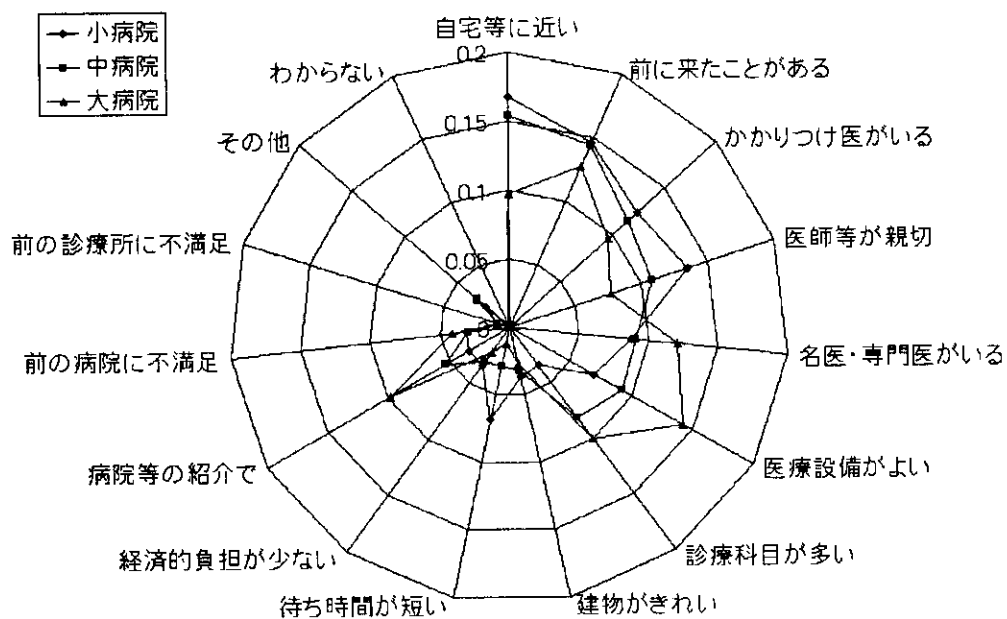
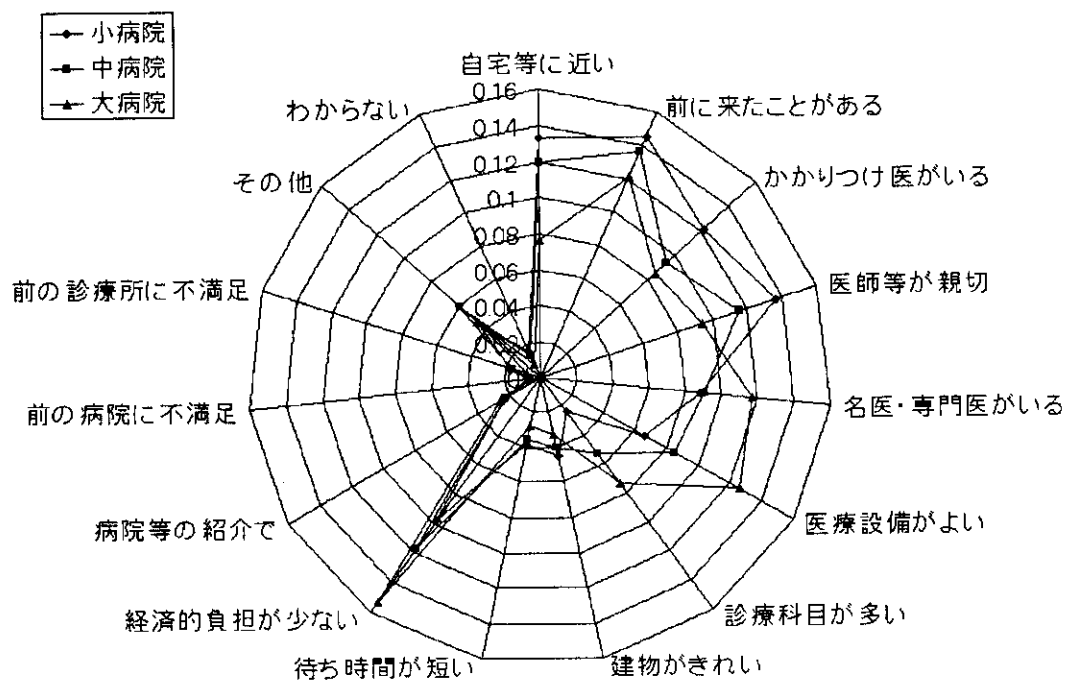


図 2 - 2 病院規模別・医療機関選択理由割合（入院）



3 レセプト⁸を用いた受診行動の解析 1

さて、今回、我々が国保中央会から提供を受けたデータは、北海道、千葉、長野、福岡の4道県であるが、今回は長野、千葉、福岡を中心に分析を進めていく⁹。これら3県の国保被保険者の受診行動をどのように捉えるかは判断が難しいところである。3県については、福岡県は高医療費県であり、千葉、長野は低医療費の県として広く知られている。また千葉県は東京のベッドタウンとしての特徴を持ち、人口構成は比較的若く、かつ、勤め人の比率も高い。一方、長野県は山間部を多く抱える県であり、また、福岡県は西日本を代表する経済的規模を誇る県のひとつである。まず、これらの県の総体的な状況を検討しよう。表3-1から3-3には、千葉、長野、福岡の3県について少々特殊な数値をあげてある。これらの表には、平成9年4月から平成10年3月までの毎月、レセプトの延べ数が上位100位以内に入りつづけた診療機関について、その延べレセプト枚数、日数、決定点数のシェア（当該県のレセプト全体を1とする）を求めたものである。実際には、各県の診療機関毎にシェアを計算可能であるが、診療機関のデータをどのように公開していくかということにコンセンサスが得られているとは考えられないので、今回は集計したものをを用いて解析を進める。データ数の基本統計は付録1にあげておいたので参照されたい。

表3-1 千葉県レセプト上位百診療機関の基本統計（平成9年4月～平成10年3月）

入院外	度数	日数	決定点数	入院	度数	日数	決定点数
H09.04	33.57%	27.93%	36.33%		65.55%	66.00%	69.92%
H09.05	33.47%	27.74%	36.03%		65.60%	66.24%	69.63%
H09.06	33.44%	27.45%	35.85%		65.78%	66.36%	70.28%
H09.07	33.95%	28.01%	36.40%		65.51%	66.01%	70.50%
H09.08	34.39%	28.49%	36.12%		65.39%	66.00%	69.41%
H09.09	34.04%	28.31%	36.40%		65.70%	65.67%	69.38%
H09.10	33.48%	27.57%	36.09%		65.82%	66.15%	69.82%
H09.11	33.37%	27.43%	35.40%		65.91%	66.17%	70.16%
H09.12	33.13%	26.82%	35.34%		65.25%	65.04%	69.87%
H10.01	33.04%	27.50%	35.90%		65.20%	65.41%	69.55%
H10.02	31.87%	26.15%	35.00%		64.40%	65.09%	68.58%
H10.03	32.94%	26.92%	35.35%		65.12%	64.61%	69.84%

⁸ 本稿で用いているレセプトデータには、基本的に以下のような項目（全16項目）のデータが電子化されたものである。診療機関記号、保険者記号、受診年月、決定点数、診療実日数、保険タイプ（一般、退職、老研）等

⁹ レセプトデータについては、国保中央会を通じて各国保連合会にデータの提供をお願いしたが、当然に通常業務を優先すべきであり、北海道については今回の報告に間に合わなかった。

ではこれらの表の読み方を、表3-1を用いて説明しよう。まず、真中の破線を境に左側が入院外、右側が入院の数値である。表3-1の場合、通院では上位100の診療機関に国保患者の30%強が集中し、入院では65%程度が集中している（点数について言えば、入院の70%程度を上位100の病院で患者は使っていることになる）というように読む。

一方、表3-2にあげた長野の場合、外来では50%弱、入院にいたっては実に90%程度の患者が上位100の診療機関に集中していることになる。言い換えれば、長野の場合、上位100の診療機関をモニターするだけで国保患者の入院動向の90%を把握することが可能ということになる。いずれの県も、一年間、継続して同様な傾向を続けることは興味深い事実である。

福岡については、入院外は極端に上位100病院への集中度が低い。これは、入院が長野は例外としても千葉の入院と大差ない傾向にあることと対照的な結果である。

表3-2 長野県レセプト上位百診療機関の基本統計（平成9年4月～平成10年3月）

入院外	度数	日数	決定点数	入院	度数	日数	決定点数
H09.04	46.29%	39.98%	50.21%		87.81%	88.73%	90.53%
H09.05	46.64%	39.76%	49.71%		87.68%	89.33%	90.63%
H09.06	46.86%	40.22%	50.11%		87.94%	89.20%	90.69%
H09.07	47.41%	40.67%	50.54%		88.25%	89.75%	91.52%
H09.08	47.45%	40.85%	49.93%		88.79%	90.22%	91.67%
H09.09	47.41%	41.11%	49.82%		88.39%	90.13%	91.76%
H09.10	47.22%	40.74%	49.72%		88.71%	90.21%	91.44%
H09.11	47.16%	40.51%	49.42%		88.93%	90.19%	91.79%
H09.12	47.24%	40.21%	48.88%		88.65%	90.23%	91.50%
H10.01	47.33%	41.84%	50.20%		88.64%	90.10%	91.71%
H10.02	45.80%	39.51%	48.25%		88.38%	89.65%	91.50%
H10.03	47.11%	40.66%	49.19%		88.22%	89.89%	91.74%

以上をまとめてみよう。千葉、長野、福岡の3県について患者の入院外および入院の受診動向をみると、福岡の入院外は除いて特定の診療機関に集中している傾向が強いことがわかる。この場合、われわれが抽出したレセプト枚数上位100診療機関の詳細なデータを、例えば「医療施設調査」と合わせて検討することが可能であれば、より精密な解析を行うことが可能となる。現状で具体的に考えられることは、1) 診療機関のベッド数がわかれば、「受療行動調査」と同様な診療機関規模毎の患者の行動がわかること、2) 診療機関の設備でも統御した分析が可能となることであるが、まず、今回は、その基礎的な検討をしよう。

表 3 - 3 福岡県レセプト上位百診療機関の基本統計（平成 9 年 4 月～平成 10 年 3 月）

入院外	度数	日数	決定点数	入院	度数	日数	決定点数
H09.04	24.62%	15.37%	26.59%		44.58%	42.36%	52.49%
H09.05	24.52%	15.29%	26.21%		44.23%	41.93%	52.20%
H09.06	25.15%	15.51%	26.63%		44.47%	41.99%	52.63%
H09.07	25.44%	15.92%	27.16%		44.44%	42.13%	52.70%
H09.08	25.43%	16.05%	26.58%		44.25%	42.26%	51.86%
H09.09	25.43%	16.06%	26.85%		44.22%	41.79%	51.88%
H09.10	24.99%	15.72%	26.55%		44.35%	42.02%	52.21%
H09.11	24.69%	15.50%	25.83%		44.02%	42.07%	51.76%
H09.12	24.64%	15.41%	25.91%		43.85%	41.80%	51.56%
H10.01	24.42%	15.67%	25.99%		43.11%	41.30%	50.73%
H10.02	23.39%	14.95%	25.28%		43.11%	40.94%	51.17%
H10.03	24.39%	15.46%	25.90%		43.37%	40.81%	51.06%

表 3 - 1 から表 3 - 3 によりレセプトレベルで見ても、外来通院時と入院時では診療機関の選択に際して何らかの違いがあるように思われる。われわれは、すでにベンチマークとして「受療行動調査」を見ているが、レセプトデータには患者の受診動機は記載されていないので、逆にレセプトデータから観測可能な集計を試みてみる。既述のようにレセプトデータからは患者がどの医療圏に属するかというレベルまではわかるようになっている。言い換えれば、どの医療圏の患者がどの診療機関に行っているかというクロス表を作成することが可能である。

表 3 - 4 外来患者の病院規模別・通院時間別推計患者割合

	小病院	中病院	大病院
15 分未満	28%	59%	13%
15～30 分未満	19%	57%	24%
30～60 分未満	15%	47%	38%
60～90 分未満	13%	45%	43%
90 分以上	11%	48%	41%

もちろん、「受療行動調査」でも患者行動の経済的側面を考慮している。この場合、患者の受診行動の地理的条件と呼んだほうが良いのかもしれないが、1 県、あるいは 1 医療圏にある病院の数は、小病院、中病院、大病院の順に数が少なくなる。その場合、平均的に見れば、患者と病院の距離は病院の密度に呼応して、小病院、中病院、大病院の順に遠くなるはずである。実際、表 3 - 4 が示すように、中規模の病院は、平均的には各人の自宅より遠いところにある、大病院はさらに遠いところにある。このことが意味することはかなり複雑である。「受療行動調査」で

は、規模の大きな病院を選択する動機として経済性と解答するケースが多かった（図2-2）。しかし、実際には機会費用、具体的な通院経費（表3-5）がかかる大病院のほうが経済的であると患者は考えていることになる。

表3-5 外来患者の病院規模別・通院経費別推計患者数

	小病院	中病院	大病院
0円	28%	59%	13%
500円未満	19%	52%	29%
500円～1000円未満	15%	51%	33%
1000円～2000円未満	13%	52%	34%
2000円以上	12%	52%	36%
自家用車利用	20%	55%	25%
不詳	22%	58%	20%

4 レセプトデータを用いた受診行動の解析2

では、レセプトデータに戻ろう。まず、確認であるが、千葉県には千葉、東葛南部、東葛北部、印旛山武、香取海匝、夷隅長生市原、安房、君津の8つ、長野県には佐久、上小、諏訪、上伊那、飯伊、木曾、松本、大北、長野、北信の10、福岡には福岡・糸島、粕屋、宗像、筑紫、甘木・朝倉、久留米、八女・筑後、有明、飯塚、直方・鞍手、田川、北九州、京築の13の2次医療圏が存在する。

われわれは、まず、表3-1から3-3で使用した上位100病院の診療機関コードを用いて、患者がどの医療圏から通院しているかを計算した。この場合、それぞれの医療圏の数に対応して、千葉では8列、長野では10列、福岡では13列のコラムができる。次に、簡便な方法で、各診療機関の患者に医療圏の偏りがあるか否かを0~1の間に入るインデックスとして計算した。方法は、ある医療圏からの患者が一人でもいたら0、一人もいなかったら1をたてるという方法でデータを作成し、最後に各県の医療圏の総数で除するという方法を取っている¹⁰。さて、この方法用いると、0が全医療圏から患者が訪れている状況を、1がまったく患者が訪れていない（このようなことは上位100診療機関ではありえないが）状況を示すことが可能となる。表4-1を参照されたい。上段が入院、下段が入院外について上述の方法で作成したインデックスをまとめたものである。

¹⁰ 集中度を計測する場合、ラーナー指数を用いるのもひとつの方法であるが、既述のように、外来を区別する等のデータ整備を完了した後に、いくつかの指標を試みるつもりである。

表4-1 千葉県上位100診療機関疾病別・患者の医療圏数

医療圏数		8	7	6	5	4	3	2	1	0
入院	全疾病	2	7	17	30	17	21	4	2	0
	糖尿	0	0	1	3	1	9	22	43	0
	癌	0	1	1	3	5	13	16	36	0
入院外	全疾病	15	27	23	13	12	9	1	0	0
	糖尿	0	2	4	12	14	16	22	28	0
	癌	0	3	1	4	14	13	17	31	0

まず千葉県の場合、全疾病でみると上位100の診療機関にはかなり広範な医療圏から患者が受診していることがわかる。とくに入院外の場合、全医療圏から患者の受診がある診療機関が15、6つ以上の医療圏から受診している診療機関となると、実に65の診療機関がそれにあたることになる。一方入院の場合、半数の医療圏から受診しにくる診療機関の数が一番多い。このあたりは診療機関の地理的な分布を考慮に入れないと正確なことはいえないが、考えられることは入院の場合、医療圏が2つ、ないしは3つに統合できる可能性を示唆する¹¹。

次に各段には糖尿病患者と癌患者の数値をあげている。糖尿病の場合、その合併症が問題であり、糖尿病性白内障や糖尿病性緑内障といった時には失明という事態にいたる可能性のあるもの、下肢の切断等にいたる場合もある糖尿病性壊疽といったもの等、患者に障害を残す場合も少なくない。この場合、医学的考慮を超えて、より自宅に近い診療機関を選択することも十分に考えられる。実際に、表4-1に示している通り、糖尿病や癌の患者ほど、また入院になるほど、医療圏をまたいでの通院は選択されなくなっている。

ただし、ここで注意しなくてはならないのは、やはり医学的な条件を患者は（医師が？）容易に捨てられないということである。千葉県の場合、高度専門医療を提供する病院は全医療圏から患者を集め、実にその数は癌外来の2割弱になっている。入院の場合でも、数値は若干小さくなるが、両病院に受診する患者は相当程度いる。

次に長野であるが、表4-2にインデックス集計表をあげた。長野の場合、千葉とは異なり、医療圏をまたいで受診することは少ない¹²。この点は長野県の地形形状の問題が大きく関係しているものと思われる¹³。図4-1に長野の医療圏を図示した。図中の太線は山地・山脈等、交通の要害となるもので、県境や医療圏の境を構成する。

¹¹ 入院の場合、家族の負担を考えると、自宅から可能な限り近い診療機関を選択するという考え方はきわめて合理的な判断である。この点は、患者と診療機関の距離を何らかの方法で定義し、分析を深める予定である。

¹² 長野県のレセプトには諸般の事情で疾病分類コードが付されていないため、全疾病のみの集計である。

¹³ 泉田(2000)参照。

表4-2 長野県上位100診療機関疾病別・患者の医療圏数

医療圏数		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
入院	全疾病	0	3	1	4	5	9	18	17	19	24	0
入院外	全疾病	0	7	5	8	9	13	20	15	19	4	0

本稿でたびたび引用される泉田（2000）の研究によれば、長野の患者の動向は極端な傾向をもつたの結果になっている。例えば、上小医療圏の患者は、長野、北信、佐久といった医療圏に流出してしまう一方、飯伊医療圏のように、まったく閉じている医療圏もある。

これはつぎのように説明できる。長野北部には医療の中核となる病院があるらしく、このことが長野、北信、佐久といった医療圏間の患者の移動を推し進めている可能性がある。これと反対に、飯伊医療圏では医療圏内の病院で患者の受診が閉じているのである¹⁴。

図4-1 長野医療圏

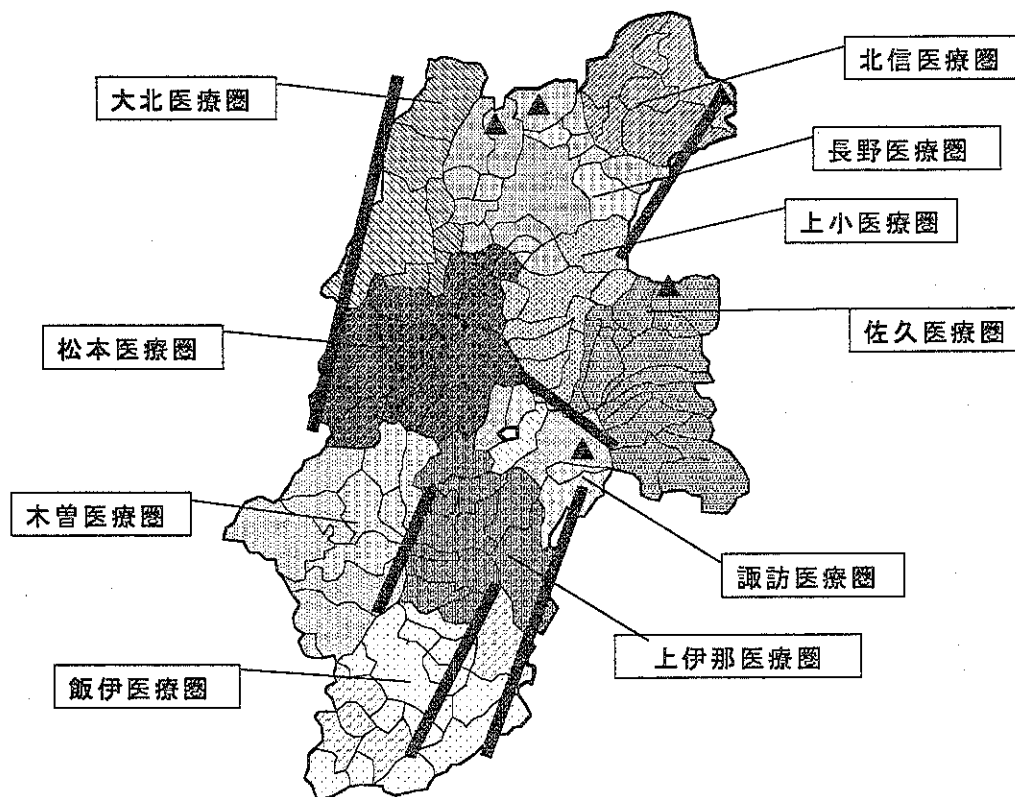


表4-3 福岡県上位100診療機関疾病別・患者の医療圏数

医療圏数	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
------	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

¹⁴ 長野について、とくに飯伊医療圏についての分析で疾病をコントロール変数にして診療機関選択の分析ができないことは残念である。

入院	全疾病	4	4	4	8	11	13	11	12	8	10	9	5	1	0
	糖尿	0	0	0	0	0	0	1	1	0	7	18	25	30	0
	癌	0	0	0	3	0	1	3	0	8	8	13	19	23	0
入院外	全疾病	15	8	15	2	9	15	8	10	7	10	1	0	0	0
	糖尿	0	0	2	5	2	3	5	8	9	9	19	25	8	0
	癌	1	2	2	1	1	7	5	3	9	9	12	16	15	0

次に表4-3の福岡の全疾病についてであるが、ここは千葉や長野と違って患者の行動が偏りをあまり持っていないように思われる。福岡県の場合、各医療圏がかつての産業構造（炭坑）の所在地と対応関係があり、ここに核となる病院が配置されている。このため、基本的に医療圏内で診療機関選択するというで患者の欲求は満たされることになる。

それでも、癌外来の10%強の患者が高度専門医療を担う病院に、入院で10%強が選択していることになっていることは、診療機関の選択に対して患者が直面する困難さを示しているものと思われる。

5 結語

本稿において患者が診療機関を選択する際に、

- 経済的な条件
- 医学的な条件

の両方を考慮するという仮説を立てた。実際、「受療行動調査」のような形式をとっても、また、われわれのようにレセプトデータを積み上げるという作業でも、上記の仮説は一定の説得力を持っているように思われる。問題は、医学的な条件を考慮する際の道しるべである。現在の診療報酬点数表にはいわゆる「紹介料」がカウントされるようになっている。これが小規模病院、診療所から大病院、高機能病院への患者の流れ（もちろん、疾病の軽重に依じてであるが）を構築しているかということには直接に考察するデータセットを構築できてはいない。ただ、一部の疾病、本稿では癌であるが、経済的要因を凌駕しても大病院、専門病院を選択しようとする患者の傾向はあきらかにできたものと思われる。

参考文献

泉田信行, 越境受診の研究, 厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業報告書『縦覧点検データによる医療需給の決定要因の分析』, 2000年3月

山田武, エピソードデータを用いた医療需要関数の推定, 厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業報告書『縦覧点検データによる医療需給の決定要因の分析』, 2000年3月

厚生省統計情報部, 受療行動調査, 平成8年版

国民健康保険中央会, 国民健康保険の実態 平成10年版

尾形裕也, 『21世紀の医療改革と病院経営』, 日本医療企画, 2000

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「縦覧点検データによる医療受給の決定要因の分析」
分担研究報告書

薬剤一部負担制度の導入の効果に関する分析

分担研究者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所

本論文では、平成9年9月の外来薬剤一部負担制度の導入の効果について実証的に検討する。手法として最小二乗法を用い、制度改革ダミー変数の導入により制度改革の効果測定した。また、年齢階級別の制度改革の効果の違いを検討するために年齢階級ダミー変数と制度改革ダミー変数のクロスダミー変数を作成し、分析を行った。その結果、外来薬剤一部負担制度の導入により医療費は有意に低下した。その効果は高齢層に対して最も強く働いていたが、その大きさは非常に小さいことがわかった。

A 研究目的

国民健康保険の被保険者はその自己負担額が1997年9月より引き上げられた。そのひとつが外来薬剤の一部負担制度の導入である。本論文では、この制度変更の効果はどの程度その目的である外来医療費の抑制に有効であったかを検証する。これは政策的に有意義であると考えられる。

B. 研究方法

制度改革の効果はマクロの面から最小二乗法による回帰分析を行うことにより検討した。マクロ的な分析方法は診療報酬点数を被説明変数として、制度改革ダミーを導入して9月以降は1それ以前は0とする。それ以外に0歳代から80歳代までの年齢ダミー、性ダミー

および上記の慢性疾患ダミーを導入して、説明変数とする。

分析は以下の3段階のステップから構成される。

[1]まず年齢階層ダミー（20歳代を基準とする）、性別ダミー（女性を1とする）、糖尿病ダミー、腎不全ダミー、および制度改革ダミーを独立変数として回帰分析を行う。

[2]次に第1段階で統計的に有意だった年齢階層ダミーに制度改革ダミーを乗じて、年齢階層・制度改革に関するクロス・ダミーを作成する。第1段階で有意でなかった変数は除去し、クロス・ダミーを追加して回帰分析を行う。

[3]第2段階で統計的に有意でなかったクロス・ダミーを除去し、再度回帰分析を試み

る。

C 研究結果

制度改正に関するマクロ的な分析の第1段階では、全ての変数は有意で医療費は、年齢とともに増加すること、女性は男性より低いこと、糖尿病や腎不全の慢性疾患をもつ患者はそうでない患者よりもたかくなること、制度変更では全年齢階層と全疾病について平均27点(270円)の医療費の低下が認められる。3段階の推定を行った結果、制度改定は、70歳代と80歳代の医療費を、それぞれ年間で52.4点(524円)と42.9点(429円)引き下げており、有意に引き下げ効果のあったことを意味している。ただしこの引き下げ効果は1件あたりの医療費に比して小さいものといわざるを得ない。

D. 考察

年齢階級別に医療費改定効果が異なり、特に70歳代・70歳代において特に強くその効果が出ていたことは医療経済学の面からは理論的に正当化できる。すなわち、所得を医療費に使用することが若年層よりも高齢層のほうが効用を増大させないからである。つまり医療費支出によって健康を回復したとしても残存寿命が短いためである。それゆえ、薬剤(医療)の価格の増大に対してより敏感に反応するものと考えられる。ただし、実証分析としては制度改定効果が高齢者に強く出たこと

は本研究の限界を示唆するかもしれない。外来薬剤自己負担制度の導入と同時に老人保健制度の自己負担額が引き上げられている。本稿の分析では両者の効果を識別することができないためである。

E 結論

外来薬剤自己負担制度の導入により統計的に有意に外来医療費の低減効果があった。しかしながらその大きさが非常に小さいことと、老人保健制度の自己負担額の改定の効果との識別問題については注意する必要がある。

F. 研究発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

なし。