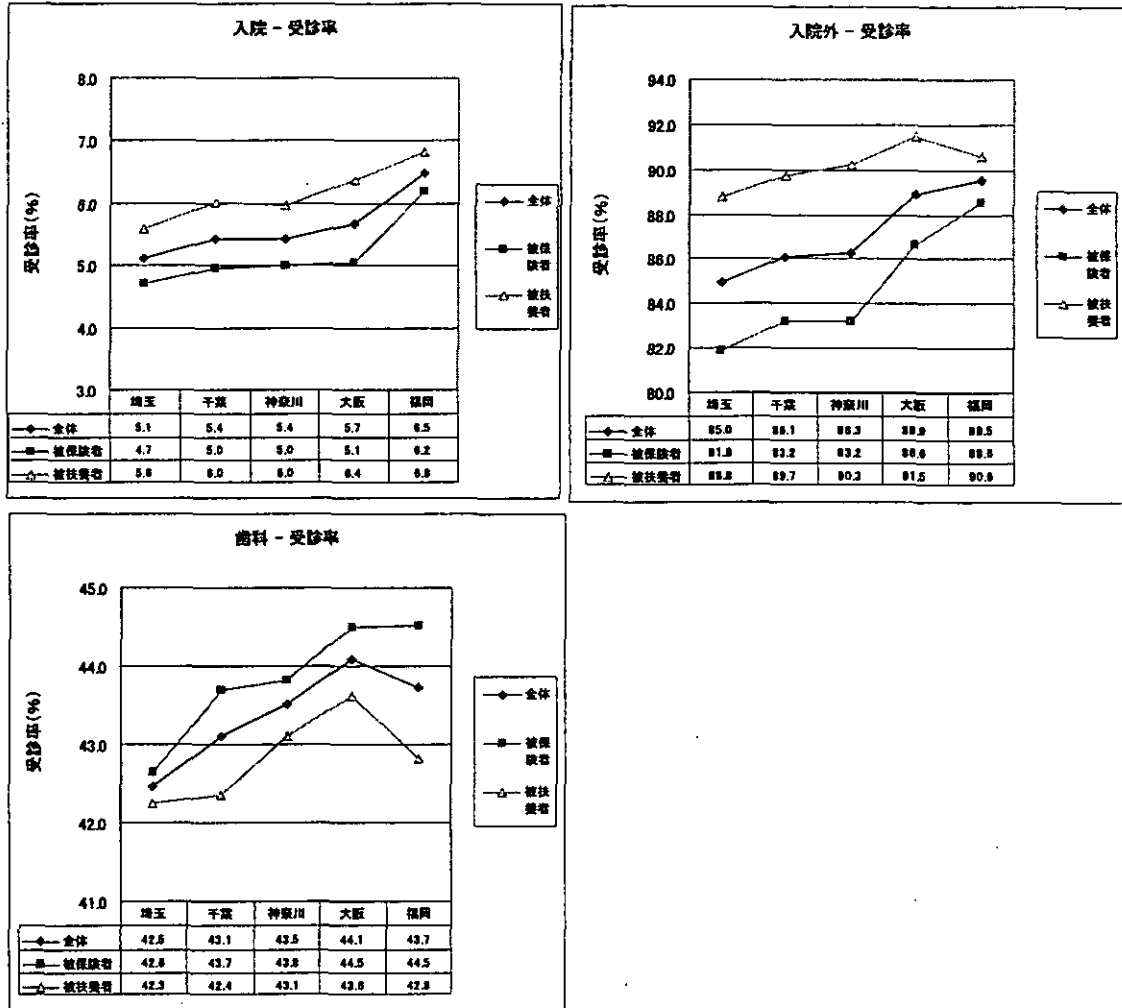


図表 12



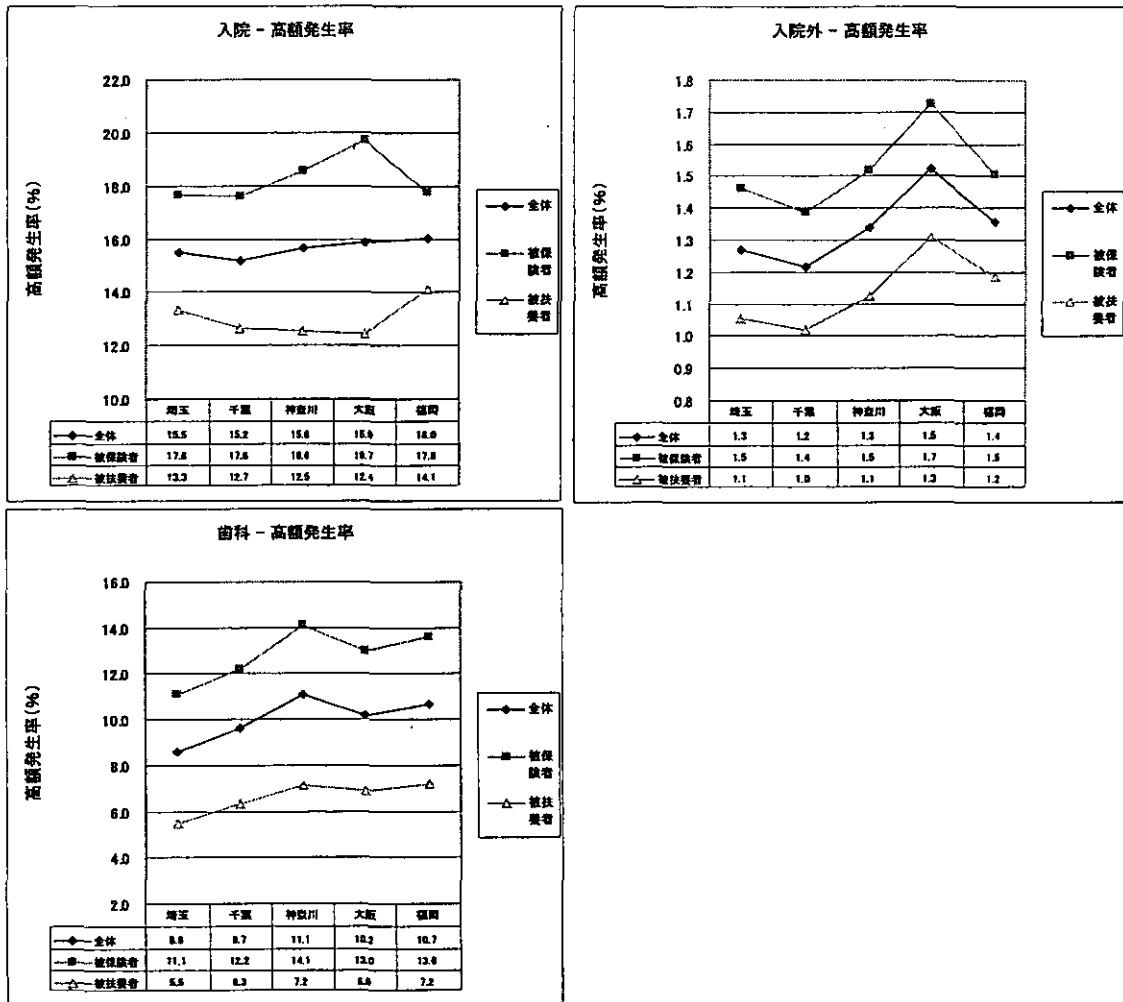
(2) 高額発生率

保険者にとって高額な医療費を要する患者を多く抱えることは、支払い側としてある種の財政的リスクを抱えることを意味する。ただ高額な医療費を要する患者は突発的に出現することも多いため、ある程度予想を立ててそのリスクに備える必要があると思われる。ここでは高額な医療費を要する患者がどの程度発生しているのかを捉えることを試みた。

年間合計医療費が高額な患者の発生率を「高額発生率」と定義した。高額な医療費として入院、入院外、歯科別に以下のような基準とした。

- 入院 : 年間 100 万円以上
- 入院外 : 年間 50 万円以上
- 歯科 : 年間 10 万円以上

図表 13



図表 13 に被保険者・被扶養者別の高額発生率の状況を示した。入院の高額発生率は約 15%、入院外は約 1.3%、歯科は約 10%であった。被保険者・被扶養者別に見ると、入院、入院外、歯科いずれについても、被保険者の方が高い値を示した。都道府県別では、入院において大阪府の被保険者が最も高い値を示したが、同じ大阪府でも被扶養者は逆に最も低い値であった。入院外では、被保険者と被扶養者の傾向はほぼ同じであり、大阪府が最も高い値であり、福岡県、神奈川県の間であった。歯科では神奈川県が最も高く、福岡県、大阪府の間であった。

これらの数値は、高額医療費の基準を変えることで容易に変化するが、おおまかな傾向はそれほど変動しないものと思われる。ただ高額発生率の基準をどの程度とするかは、ひとつの争点であり、入院、入院外、歯科いずれにおいても 5%前後となるような医療費を求め、高額医療費の基準とすることも考えられる。

(3) 頻回受診発生率

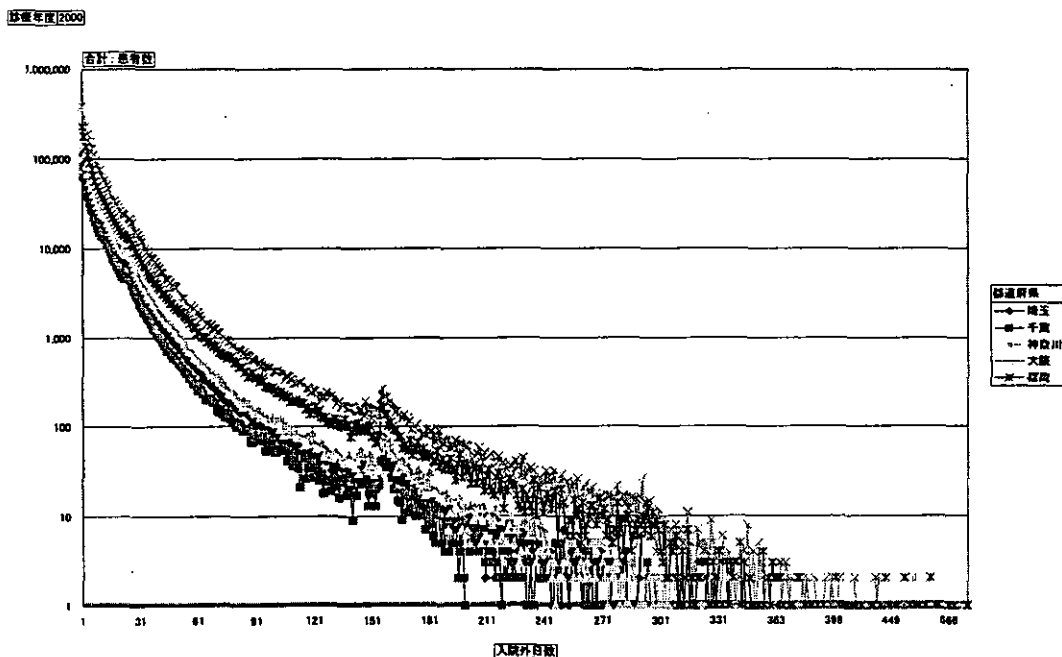
医療費の適正化をめぐる議論の中で、是正すべき患者の受診行動として「頻回受診」

という問題が挙げられることが多い。一口に頻回受診といってもその実情としては大きく2種類あるものと思われる。一つは、とにかく医療機関に通う回数が多い、というものである。これは医療機関のサロン化、とも表現されることがある現象で、とくに高齢者に多いとされる。もう一つは、いろいろな医療機関に数多く通う、というものである。これはドクターショッピングとも表現されることがある現象である。ここでは以上の2種類の頻回受診を分けて捉えることとし、前者を年間受診日数により、後者を年間受診医療機関数により基準を設け、その患者の発生率を把握することとした。

[頻回受診発生率－多受診日数]

多受診日数を頻回の基準とした場合、入院では長期入院がそれに該当する。そこで入院では3ヶ月（180日）以上の入院日数を長期入院として、その患者の発生率を捉えることとした。一方で入院外は、年間に通う通院日数が基準となる。図表14には、入院外日数と患者数の関係をグラフで表した。入院外日数が増大するにつれて、患者数はなだらかに減少してはいるが、入院外日数約150日のあたりで患者数が局部的に増大する傾向が見られた。そこで入院外では、入院外日数が150日以上（つまり約2日に1日）を頻回とし、その患者の発生率を捉えることとした。

図表 14

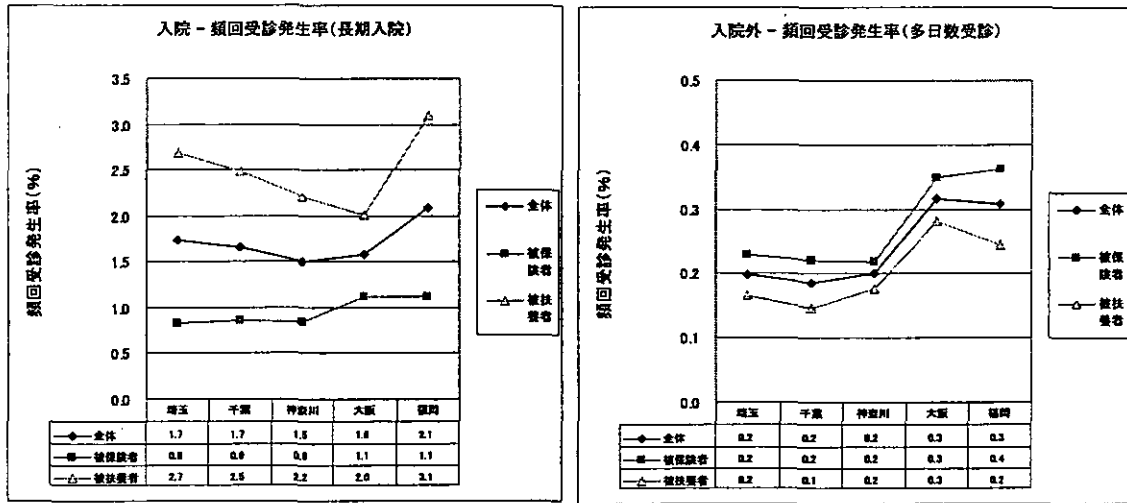


図表15には入院における頻回、長期入院発生率と、入院外における多日数受診者発生率の状況を示した。長期入院の発生率は約1.7%、入院外の多日数受診者発生率は約0.25%であった。被保険者・被扶養者別で見ると、長期入院は被扶養者の方が多く、逆に入院外では被保険者の方が多い傾向を示した。

都道府県別で見ると、入院では福岡県が最も高い値を示した。入院外においては、福

岡山、大阪府が他3県に比べ高い傾向が見られた。

図表 15

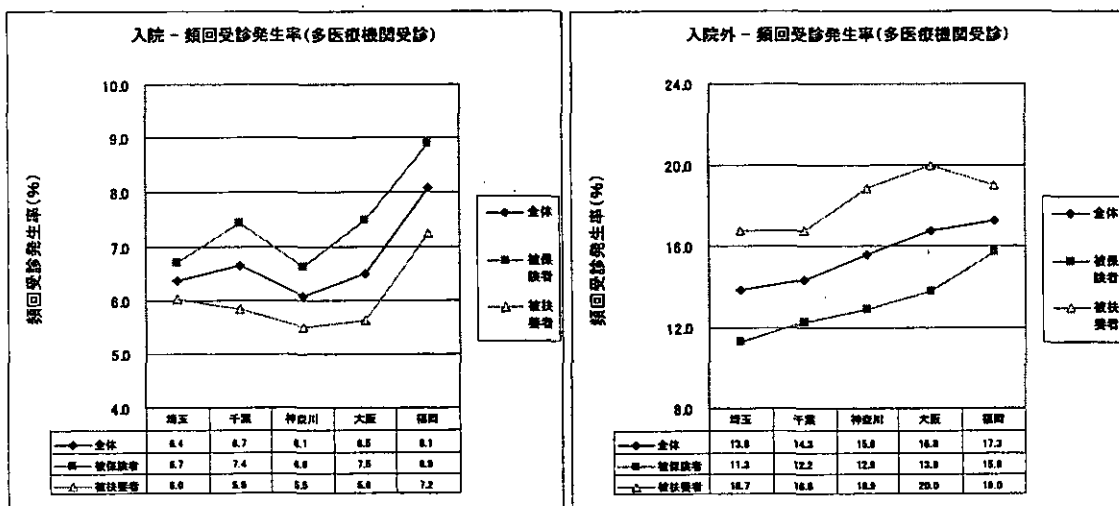


[頻回受診発生率—多受診医療機関数]

頻回受診のもう一つのパターンである多受診医療機関数においては、基準として、年間の受診医療機関数が、入院では2医療機関以上、入院外では4医療機関以上として、それぞれの患者発生率を求めた。

図表 16 に見られるように、入院の発生率は約7%、入院外では約15%であった。入院では被保険者の方が高い値を示し、入院外では逆に被扶養者の方が高い値を示した。都道府県別に見ると、入院・入院外ともに、福岡県が最も高い値を示していた。全体的に、西高東低の傾向が見られた。

図表 16



(4) 初診時選択医療機関の状況

ここでは患者の受診行動パターンの一つとして指摘されることの多い、大病院志向の状況を捉えるという観点から、患者が初診時にかかる医療機関の選択状況を分析した。初診時に受診した医療機関を「病院 200 床以上、病院 200 床未満、診療所」の 3 区分にわけ、その患者数構成比を初診時選択率として把握することとした。

[分析データ条件]

本分析で扱うデータ、患者として以下の条件にあてはまるものを用いた。

- ・入院外のみ受診
- ・同月に複数医療機関診療がない
- ・7～12 月において連続受診と認められる（4～6 月及び、1～3 月に受診がない）

医療機関選択という立場から、入院については選択の余地が少ないものと考えた。また同月に 2 ヶ所以上の受診医療機関が存在する場合、どちらを初診(つまり最初)として扱えばよいかの判断が不可能であることを考慮した。また通院歴のある患者は必然的に同じ病院に通うことが予想されるため、こちらも連続受診という条件を設けることでその影響を排除した。

a) 初診時選択率

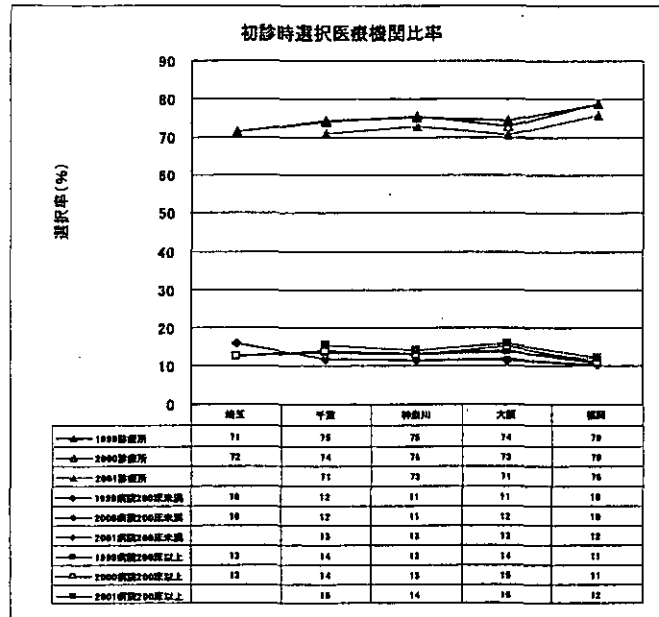
初診時選択率の結果の概況を示す(図表 17)。1999、2000、2001 年度の 3 ヶ年分について分析を行ったが、年度間の顕著な違いは見られなかった。初診時診療所選択率は 71～79%、初診時病院 200 床未満選択率は 10～16%、初診時病院 200 床以上選択率は 11～16%であった。大病院志向という傾向は数字上ではあまり確認できなかったが、これはかぜなど軽症の病気の患者数が多いために、絶対的に診療所にまず通う患者が多数いるためと考えられる。この点についての実証的検証を行った結果は後に示す。

病院の 200 床未満と 200 床以上の初診時選択率を比較してみると、200 床以上病院の方が若干高い値を示した。このことは病院の機能的な側面が多分にあるものと思われるが、病院に行くならより大きな病院へ、といういわゆる大病院志向を反映しているものとも考えられる。

都道府県別に初診時選択率の傾向をみると、以下のような点が確認できた。

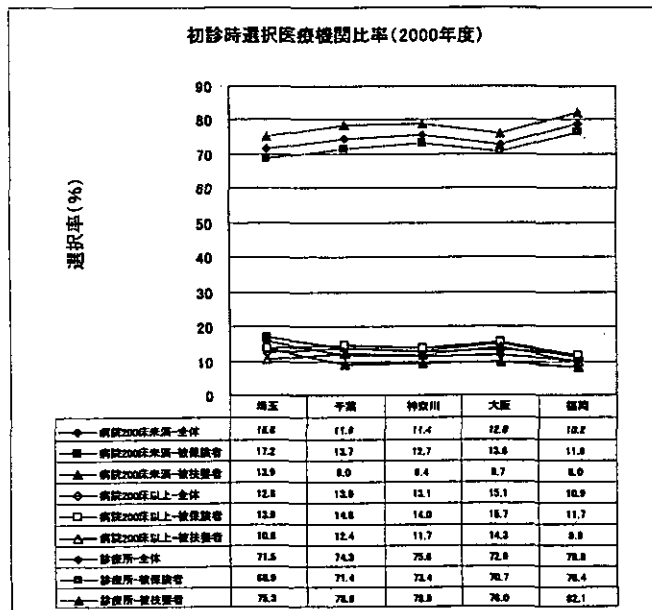
- ・初診時診療所選択率は「福岡県」が最も高い値を示した。(約 78%)
- ・初診時病院選択率では「埼玉県」が最も高い値を示した。(約 30%)
- ・「埼玉県」においては 200 床未満病院の方が 200 床以上病院より値が高かった。

図表 17



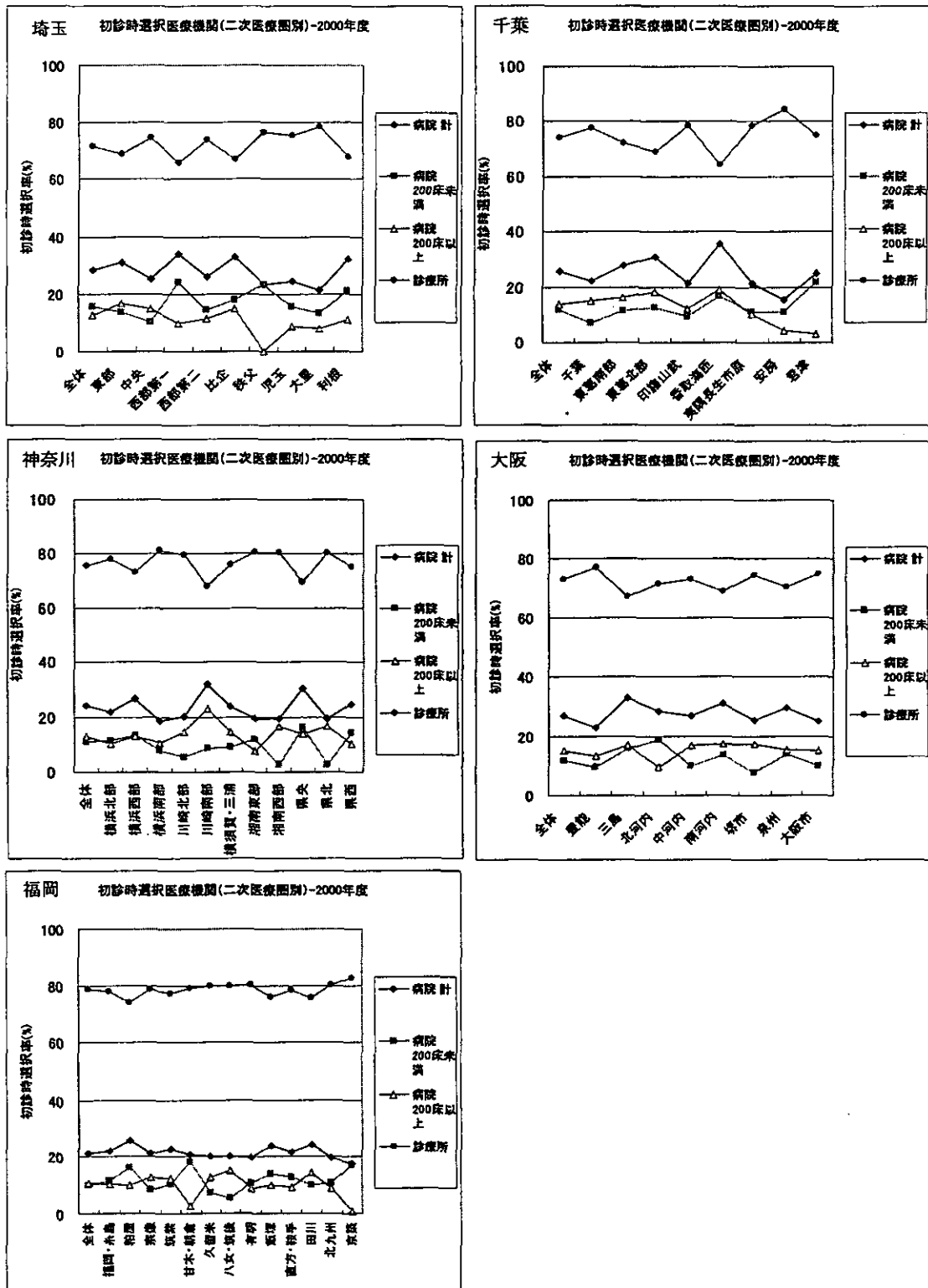
初診時選択率を全体、被保険者、被扶養者別に見た結果を示す(図表 18)。2000 年度を分析対象年度とした。いずれの府県においても、被保険者の方が被扶養者より始めから病院へ通う傾向が見られた。また逆に被扶養者はまず診療所にかかる率が高く、特に福岡県では、被扶養者の約 82%が初診時に診療所を選択していた。病院の 200 床未満と 200 床以上の選択率の比較で見ると、「大阪府-被扶養者」が病院 200 床以上を選択する率が顕著に高く出ている。

図表 18



次に、初診時選択率を各府県の二次医療圏別に捉えた結果を示す(図表 19)。初診選択率は二次医療圏間における差のほうが、各府県間の差よりも大きい傾向が見られた。

図表 19



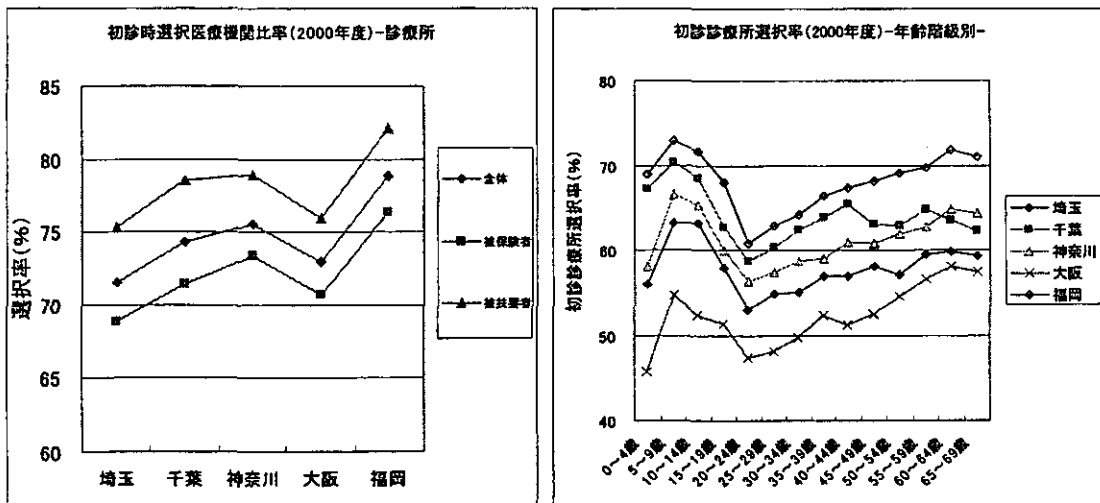
b) 初診時診療所選択率の状況

ここでは初診時に診療所を選択した割合に着目して、より詳細な分析を行う。これはその地域における診療所を患者が医療機関としてどのように位置づけているか、その地

域において診療所が担っている機能、を示すものになると考えられる。

図表 20 には 2000 年度における初診診療所選択率、被保険者・被扶養者別の状況を示した。被保険者に比べ、被扶養者が 5% 近く高い値を示していることがわかる。また図表 には年齢階級別の状況を示した。0~15 歳の若年層、及び 60 歳以上の高齢者層において高い値を示していることがわかる。逆に 20~30 歳代では若年、高齢者層に比べ 10% 近く低い値を示した。この結果から、被扶養者、若年・高齢者といった比較的自由な時間を取りやすい年代は、まず診療所に行くのではないかと推察される。

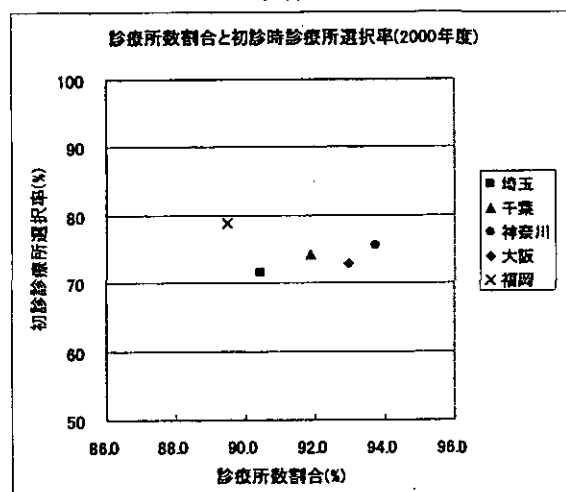
図表 20



次に初診時に診療所にかよう割合は、実際に存在する診療所の数に依存することを踏まえ、平成 11 年度の医療施設調査より、各地域における診療所数の割合を算出し、初診時診療所選択率との関連を見ることとした。

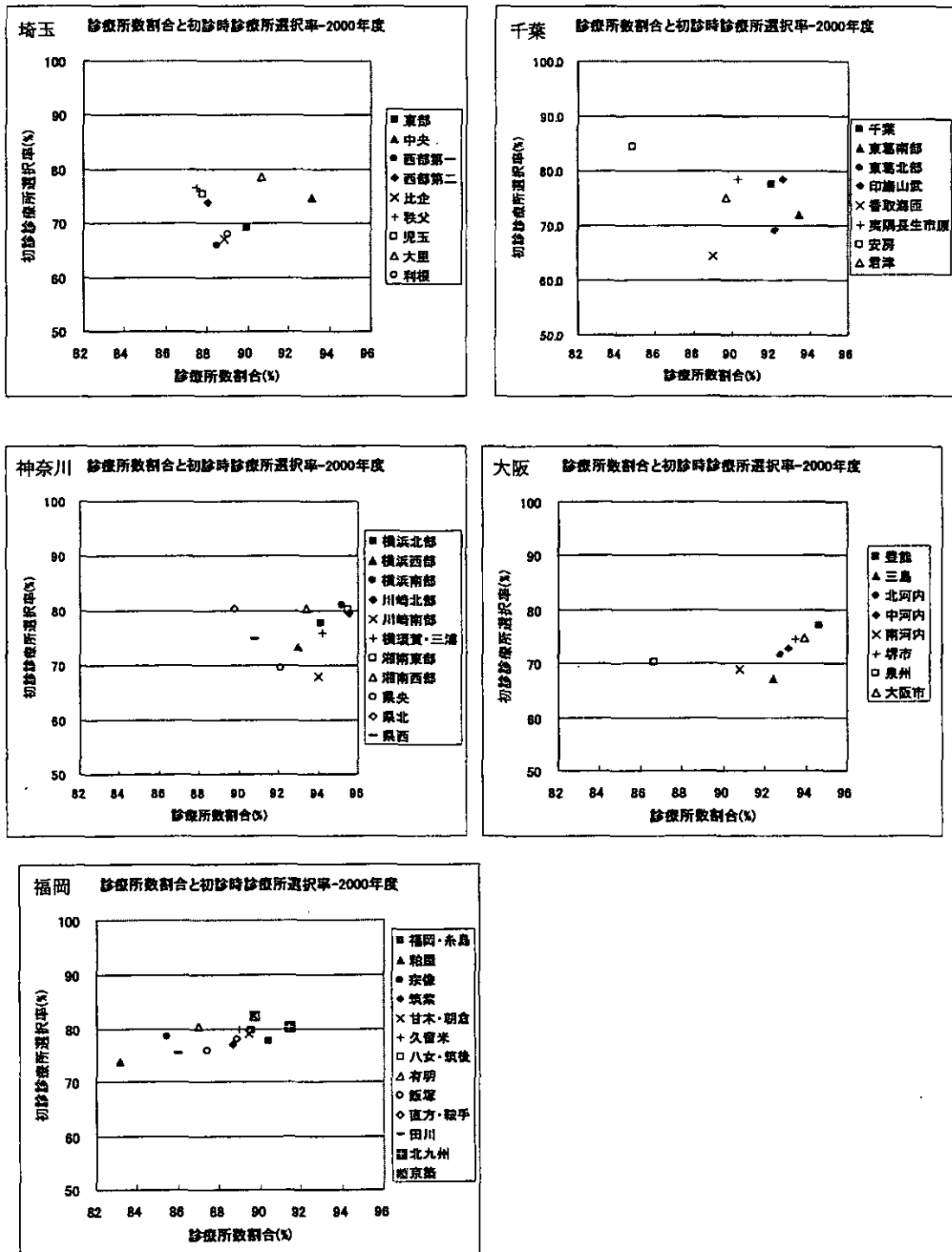
図表 21 に見られるように、診療所数割合と初診時診療所選択率との間には明確な関連は見られなかった。また福岡県については診療所数割合がもっとも低いにも関わらず、初診時診療所選択率がもっとも高いということがわかる。これは福岡県において初診機能として診療所が強く見られていることを示している。

図表 21



診療所数割合と初診時診療所選択率との関係を各府県の二次医療圏別に捉えた結果を示す(図表 22)。ここでは各二次医療圏における初診機能を診療所が担っている程度の差を見ることができる。千葉県における安房二次医療圏は、顕著に診療所が初診機能を担う傾向が強いと思われる。

図表 22

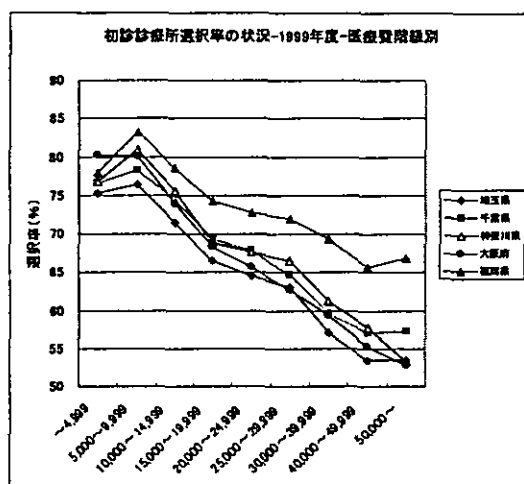


初診としてどの医療機関に行くかは、患者の病状にも関係するものと思われる。これまでの結果で大病院志向という傾向が数字上で現れなかったのは、かぜなど軽症の病気の患者数が多いためであると考えられる。患者がどのような症状、病気で医療機関に行ったのかがわかれば詳細な分析が可能であるが、本研究のデータでは傷病名は取得できない。

そこで、結果的ではあるが患者に投下された医療費を、病気の症状の程度を示すものと考え、医療費階級別の初診時医療機関選択率を捉えることとした。図表 23 には 1999 年度の初診時診療所選択率—医療費階級別の結果を示した。医療費が高くなるにつれて、初診時診療所選択率が線形的に低下していることがわかる。これは逆に初診から病院に通う割合は、医療費が高くなるにつれて上昇することを示している。

初診時に今後医療費がどの程度かかるのか、ということはわからないわけではあるが、患者は自身の症状が重い、つまり医療費がかかりそう、という判断を下し、初診時の医療機関を選択しているのはいかと推察される。

図表 23



c) かかりつけ診療所指標

かかりつけ医は、身近にいて日頃から健康相談をしたりして、自身の体質や病歴などを知っており、病気になったときはまず診察を受ける医者のことであり、個人、家族がかかりつけ医を持つことが推奨されている。このかかりつけ医という考えがどの程度浸透し、実践されているかを示した報告はアンケートによる結果として示されることが多い。本研究では、患者の症状の程度によらずまず特定の医療機関を受診すること、がかかりつけ医機能が働いていると見ることができると考え、かかりつけ医機能を医療費データより評価することを試みた。

かかりつけ医はほとんどの場合、診療所の医者であるという認識に立ち、治療に要した医療費を患者の病状の程度と捉えた場合、医療費によらず初診時診療所選択率が一定であることが、かかりつけ医機能が働いているものと捉えることとした。

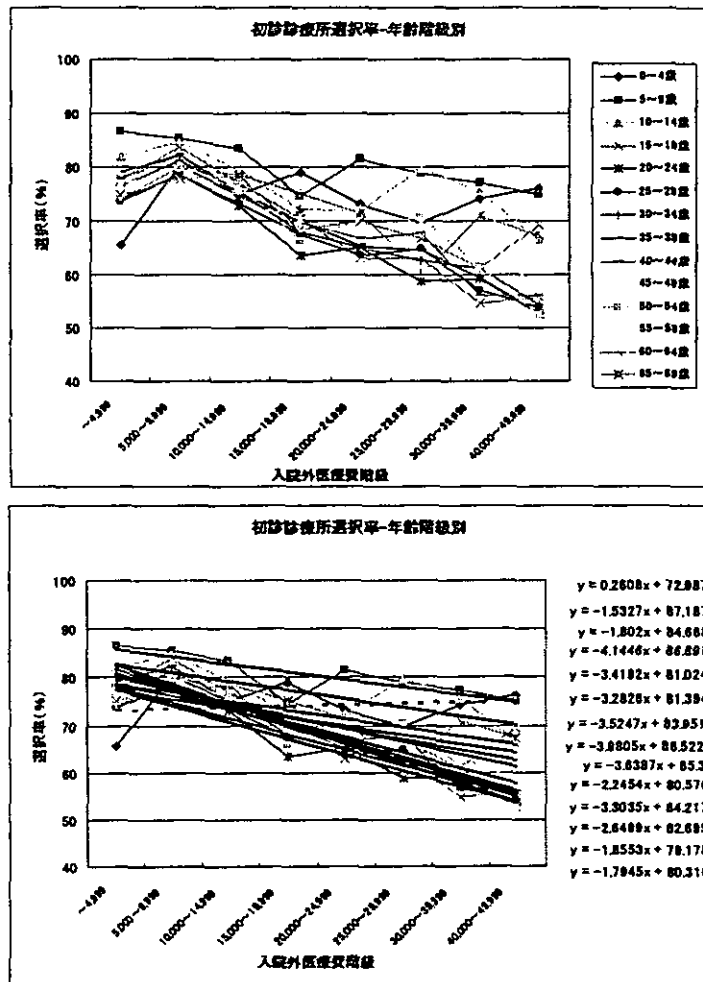
前節において示したように医療費階級別の初診時診療所選択率は、医療費の増加とと

もに、直線的に減少している。また初診時診療所選択率は年齢別にも変動が見られる。そこでここでは年齢階級、医療費階級別に集計した表からグラフを作成し、年齢階級別に直線回帰した直線の傾きを導出し、その値の絶対値をかかりつけ医の普及程度を示す「かかりつけ診療所指標」として提示した。これは実際には「診療所がかかりつけ医機能を担う医療機関として位置づけられている程度」を示すものとなる。

図表 24 にはかかりつけ診療所指標一年齢階級別の導出例を示した。対象データは1999年度神奈川県である。かかりつけ診療所指標の性質として、値が小さい（傾きが0に近い）ほど、症状によらず初診時診療所選択がなされていることを意味するため、かかりつけ診療所の機能が働いていることを示すことになる。

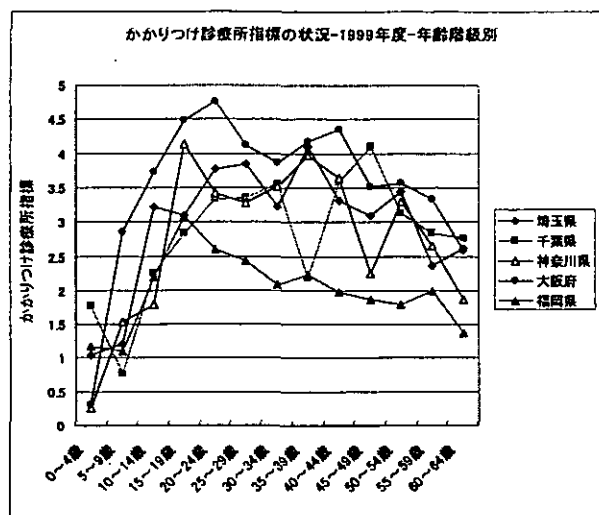
5歳刻みの年齢階級別で見てもほぼ線形近似ができていたが、データ母数の少ない65～69歳については変動が大きかった。

図表 24



図表 25 には 5 府県の年齢階級別診療所指標の概況を示した。低年齢層、高年齢層において値が小さい傾向が見られた。

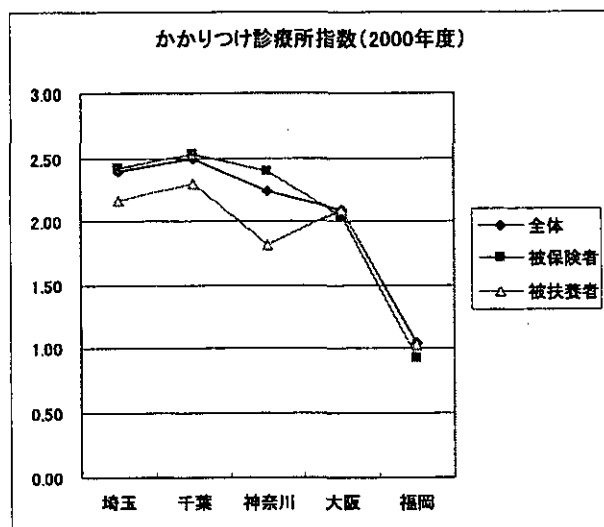
図表 25



かかりつけ診療所指標の各府県の代表値の算出については、年齢階級別の全プロットより回帰式を計算するのではなく、全年齢階級をひとつにまとめた集計を行い、そのプロットの回帰直線の傾きを用いた。これは年齢階級別に細分化することでデータ母数による値のばらつきが出てしまうことを回避するためである。

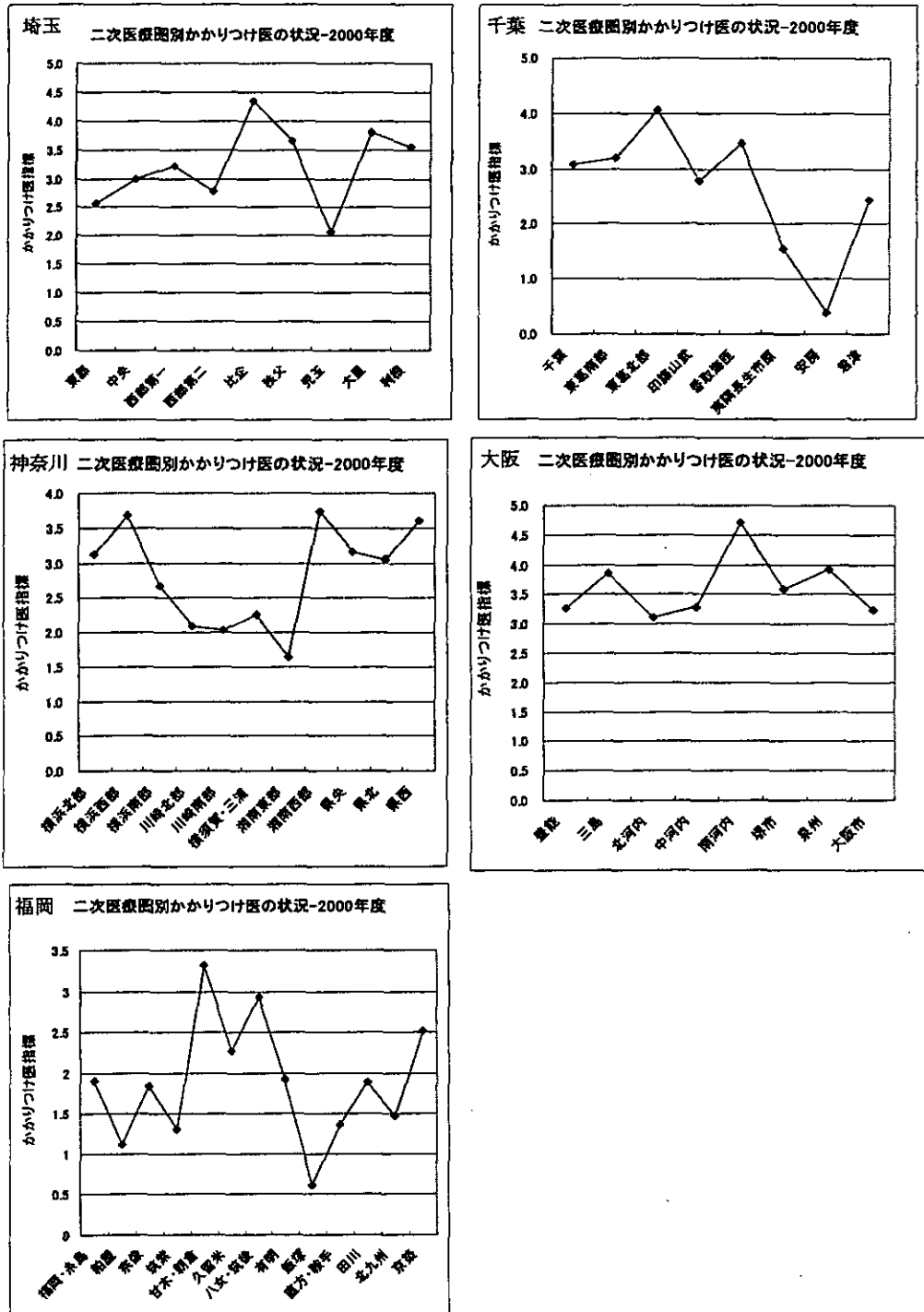
図表 26 にはかかりつけ診療所指標（2000年度）の都道府県別の結果を示した。福岡県が他府県に比べ顕著に低い値を示していた。福岡県において診療所かかりつけ医機能がよく働いていることがわかった。また神奈川県においては被扶養者の値が被保険者に比べ低い傾向が見られた。

図表 26



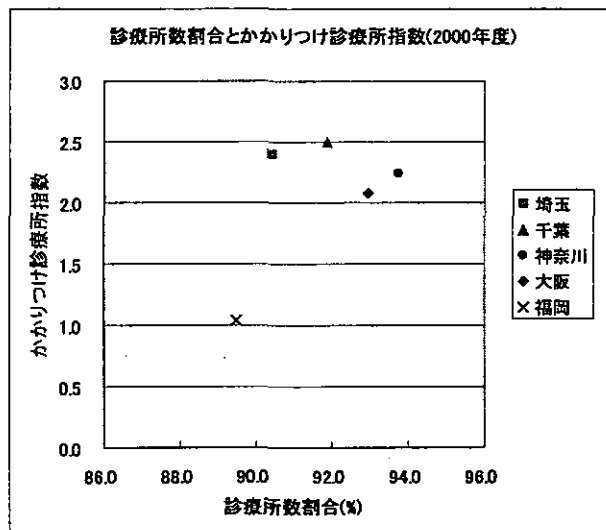
次に、かかりつけ診療所指標を各府県の二次医療圏別に捉えた結果を示す(図表 27)。かかりつけ診療所指標は二次医療圏間における差のほうが、各府県間の差よりも顕著に大きい傾向が見られた。

図表 27



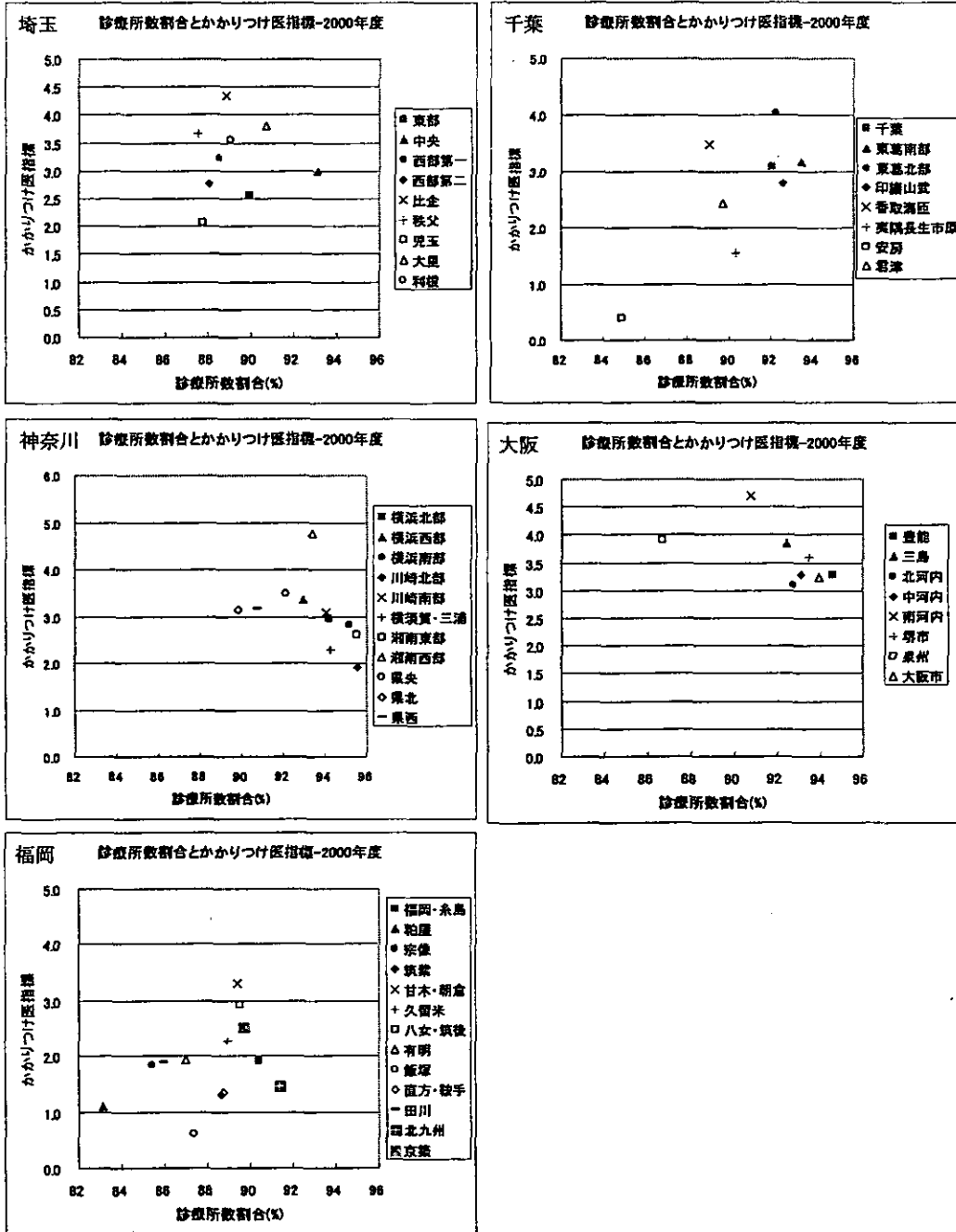
初診時診療所選択率と同様に、かかりつけ診療所指標についても各地域における診療所数の割合との関連を見ることとした。図表 28 に見られるように、福岡県を除けば診療所数割合とかかりつけ診療所指標との間には明確な関連は見られなかった。福岡県については診療所数割合が低いにもかかわらず診療所のかかりつけ医機能がよく働いていることがわかる。

図表 28



診療所数割合とかかりつけ診療所指標との関係を各府県の二次医療圏別に捉えた結果を示す(図表 29)。ここでは各二次医療圏における診療所がかかりつけ医機能を担っている程度の差を見ることができる。同一府県内の二次医療圏でも、他地域と比べ特異な傾向を持つ二次医療圏があることがわかる。千葉県における安房二次医療圏、大阪府における泉州二次医療圏、などは他地域と異なる医療事情があるのではないかと伺われる。

図表 29



(5) 単月診療医療費分析

本節では、単月で診療が終了している患者に対する投入医療費の違いの比較・分析を行った。従来から医療費分析で用いられている指標「1件当たり医療費」もレセプトが1ヶ月単位で作成されることから、単月医療費と考えられる。しかし2ヶ月以上にわたる診療が為される場合には、ある特定月に手術など高医療費が計上されることもあり、投下された医療費の高低を単純に比較はできない。厳密には同一の傷病に対して為された治療にかかった医療費の高低を論ずることにこそ意味があると思われる。

本研究では、年間通じて一ヶ月しか治療が為されていない、単月で診療が終了したと

思われる患者を抽出することにより、患者の重篤度の違いなどによる影響を除外した上での投入医療費の違いを把握した。

従来の医療費比較においては、いずれの指標においてもその平均値による比較が為されてきた。ただ、平均値は数件の高額医療費の存在により高い値を示してしまうという問題も指摘されている。そこで本節の分析においては、各指標を平均値ではなく、中央値により比較することとした。図表 30 には参考までに単月 1 人当たり医療費の平均値と中央値を示した。

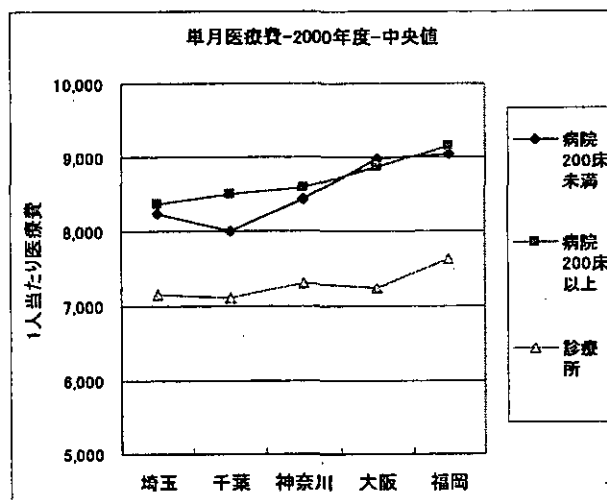
図表 30

単月1人当たり医療費 - 平均値			
	病院200床未満	病院200床以上	診療所
埼玉	13,082	12,152	9,078
千葉	10,975	11,799	8,982
神奈川	12,069	11,951	9,103
大阪	12,843	12,531	9,115
福岡	12,700	12,552	10,031

単月1人当たり医療費 - 中央値			
	病院200床未満	病院200床以上	診療所
埼玉	8,240	8,380	7,160
千葉	8,000	8,510	7,100
神奈川	8,440	8,590	7,300
大阪	8,980	8,870	7,250
福岡	9,050	9,160	7,640

図表 31 には 2000 年度の単月医療費の医療機関種別結果を示した。病院 200 床以上が高い値を示す傾向が見られたが、大阪府については病院 200 床未満の方が若干高い値を示した。また千葉県では病院 200 床以上と 200 床未満の差が他府県に比べ大きかった。

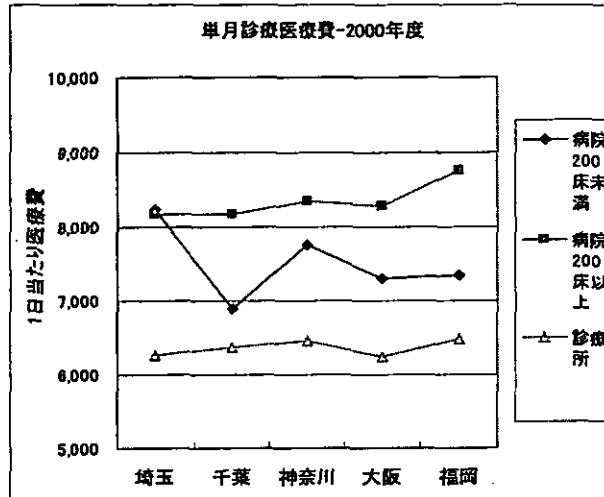
図表 31



次に、単月診療医療費を診療日数で除した「1 日当たり医療費」を比較した。この指

標も従来の1日当たり医療費とは異なり、正確には1日当たり単月医療費である。先ほどの1人当たり医療費に比べ各府県の差がより明瞭になっている。病院200床未満について見ると、埼玉県が顕著に高い値を示しており、病院200床以上とほとんど同じ値を示していた。他府県では、病院200床以上の方が200床未満より明らかに高い値を示しており、埼玉県の200床未満病院は200床以上病院と同じ診療機能を果たしていることも推察された。

図表 32



図表 33 では単月診療1人当たり医療費を診療日数別に見た結果を示した。これらのグラフより大まかではあるが診療所、病院200床未満、病院200床以上の機能的な位置づけとして以下のような分類化を行った。

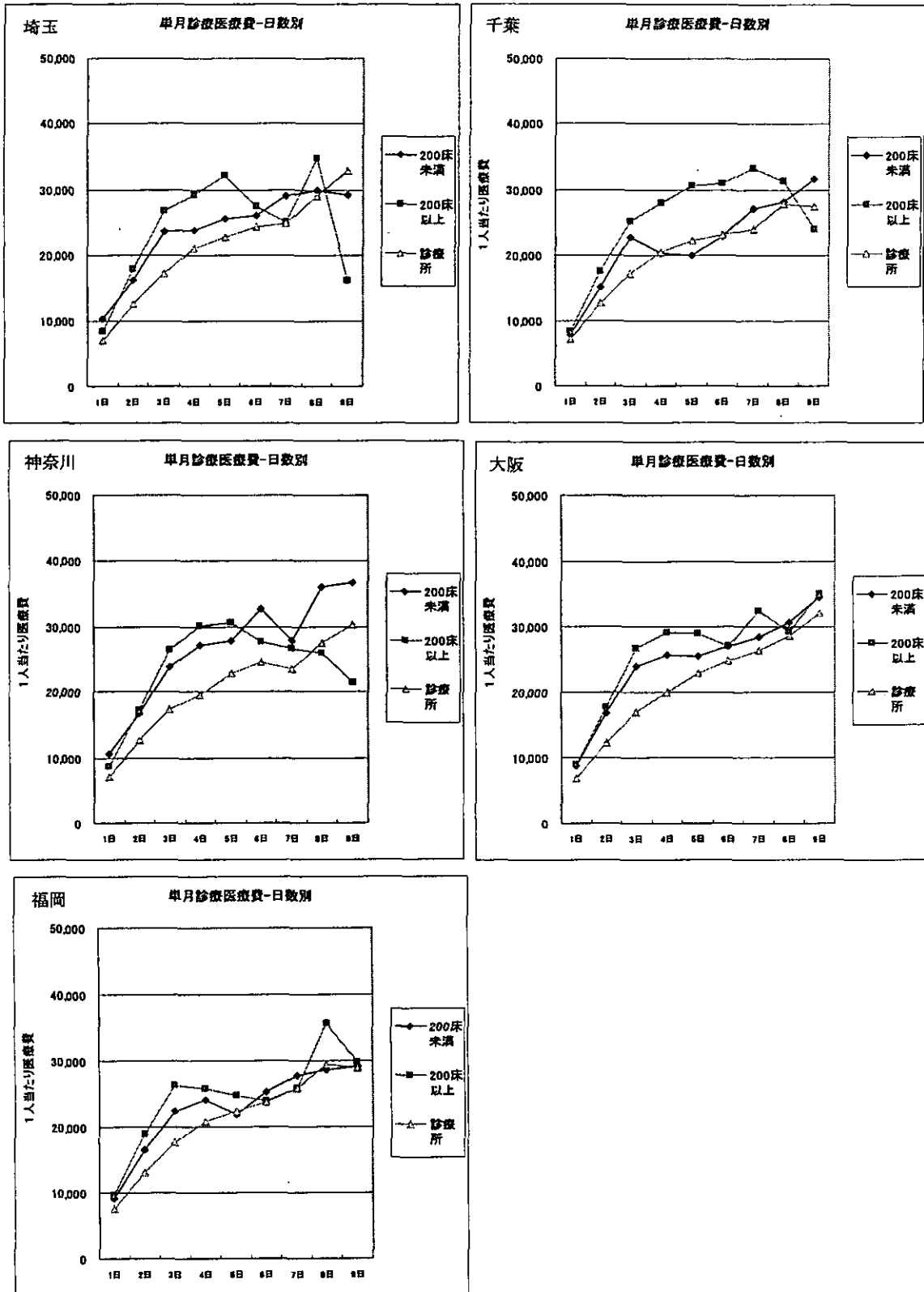
- I：診療所と病院200床未満が同一グループ
- II：病院200床未満と病院200床以上が同一グループ
- III：診療所、病院200床未満、病院200床がすべて独立

この分類化を各府県に当てはめると次のようになる。

- I：千葉県
- II：神奈川県、大阪府
- III：埼玉県、福岡県

以上の結果は単月診療という極めて限定された情報による分類であるが、各府県における診療所、病院（200床未満、以上）の機能分担状況（診療内容など）を把握できる可能性があるものと思われる。

図表 33



【供給側の分析】

(6) 1件当たり医療費に見た医療機関機能評価分析

ここでは供給側の分析として、個票データを医療機関ごとに集約して分析した結果を示す。医療機関ごとの医療費の状況を示す指標として、本節では、1件当たり医療費を用いることとした。医療機関ごとに算出した2000年度の1件当たり医療費に対して、値の高い順に10%区切りで10点、9点・・・と点数を与えることとした。ただし、1件当たり医療費という指標が医療機関ごとの値としての妥当性を持つ条件として、以下に示す最低限のレセプト件数が存在することを基準とした。

入院：年間13件以上

入院外：年間241件以上

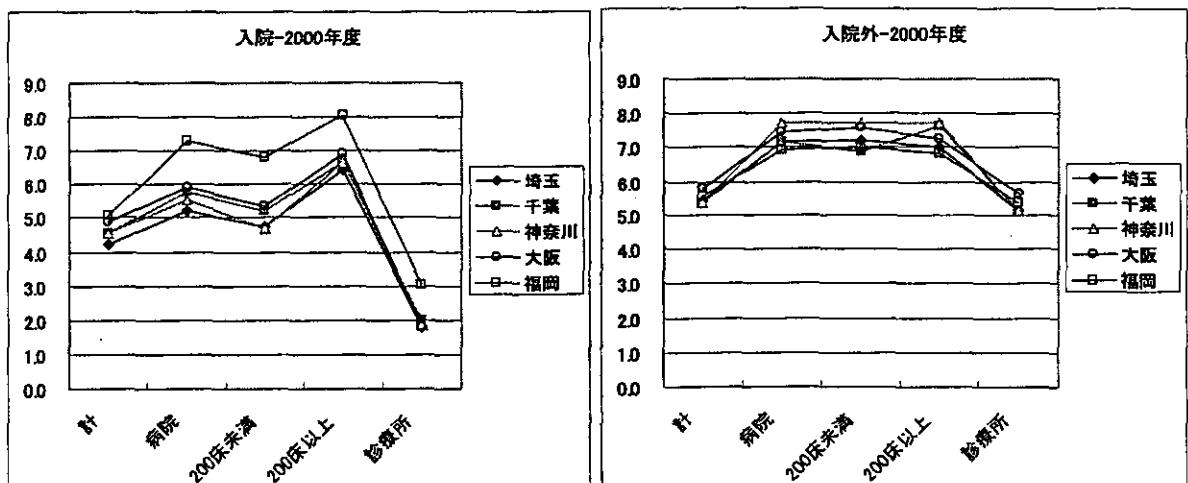
入院については、年間に12件である場合、1人だけの入院患者がいただけの可能性も考えられ、1人の患者に対する治療でその医療機関を評価してしまうことになるため、年間13件以上とした。また入院外では、1日に最低1人の患者を診ているとし、1ヵ月営業日を20日として、 $20 \times 12 = 240$ 件以上を基準とした。

医療機関の属性別（病院200床以上・病院200床未満、診療所）にその点数の平均値を算出し、各県の傾向を捉えることを試みた。以下ではこの点数を仮に、医療機関指数と呼ぶことにする。

図表34には入院、入院外別の医療機関指数の状況を示した。入院の指数の値は大きい順に病院200床以上、病院200床未満、診療所であった。福岡県が病院属性によらず最も高い値を示した。特に、病院200床未満が他4府県との差が大きかった。

入院外の指数の値は、200床以上、200床未満との間にあまり差は見られず、診療所の値が1.5ポイントほど低かった。千葉県については病院200床以上が病院200床未満に比べ高い値を示す傾向が見られた。全体的に5府県に顕著な差は見られなかったが、病院については、神奈川県、大阪府の順に高い値を示した。

図表34



先ほど見た指数の値は、医療機関の属性別ごとの平均値であるため、その内訳、各医療機関の点数のばらつきや偏りを見ることができない。そこで、以下では指数値ごとの医療機関数を捉え、医療機関の属性別に構成割合を導出し、度数分布図に表した。

図表 35 には入院の医療機関指数の度数分布状況を示した。福岡県においては診療所の入院機能が他府県に比べ強いことが伺える。病院と診療所の入院機能の分化が為されているようにも見える。福岡県では他府県が主に病院 200 床未満で担っている入院機能を、診療所が担っていることが伺える。

図表 35

