

第3章 医療費を取り巻く課題と医療費適正化の考え方

I 医療費適正化に向けた分析の方向.

- 医療費の適正化を推進するためには、医療の実態に即した分析を踏まえた対応の検討が重要です。
- 例えば、加齢に伴い、食生活の偏りや運動不足等の不適切な生活習慣が、やがて糖尿病, 高血圧症*, 脂質異常症*, 肥満症等の生活習慣病の発症を招くこととなり、通院及び投薬が始まりますが、その後、生活習慣の改善がないまま、こうした疾患が重症化し、虚血性心疾患や脳卒中等を発症するなど、高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率*が徐々に増加し、75歳頃を境に生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇するケースが多くなっています。
- 更に入院医療費については、平均在院日数*や人口当たり病床数とも高い相関関係を示しています。
- このようなことから、入院外医療費については、生活習慣病に着目し、若年期からの生活習慣病の予防対策が重要であり、入院医療費については、慢性期段階の患者が多く在院日数の長期化に影響を与えている療養病床に着目し、入院期間の短縮を含めて検討する必要があります。
- こうした考え方に立ち、具体的には以下の事項について現状と課題を分析しました。

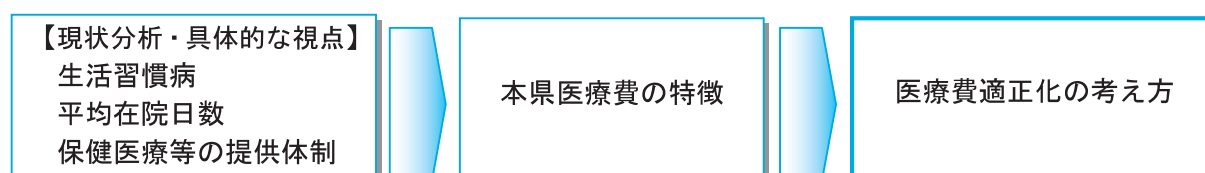
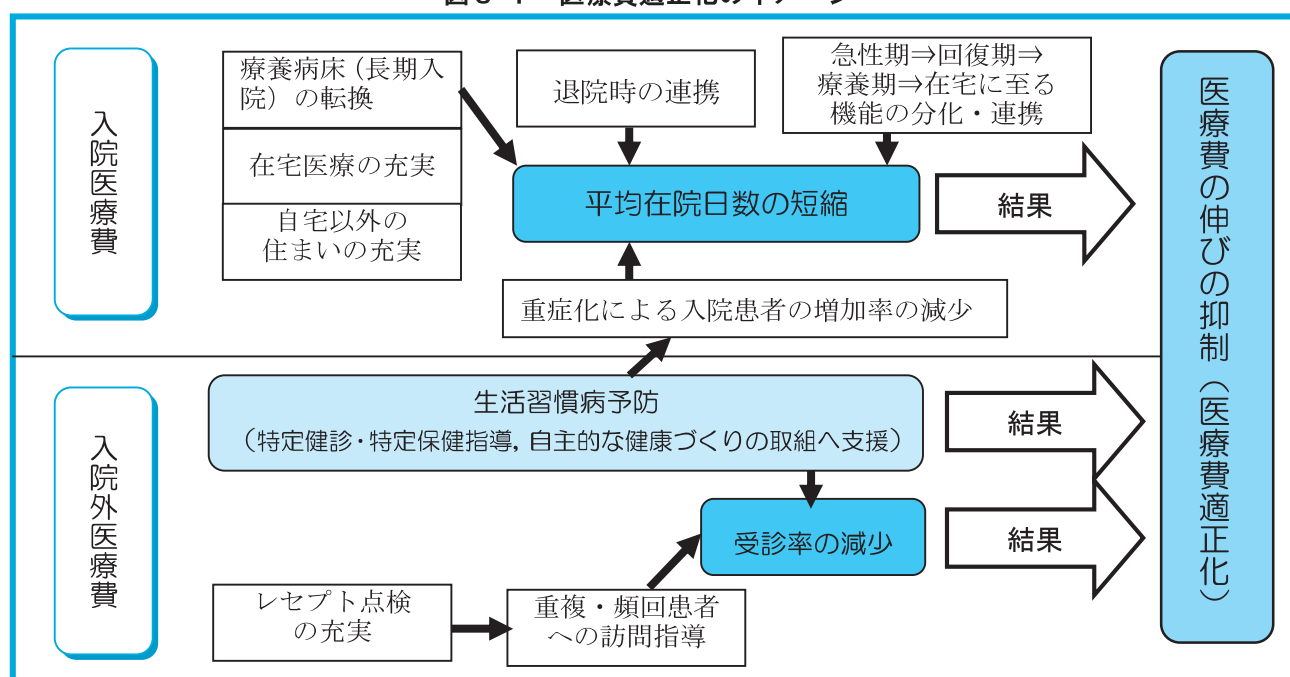


図3-1 医療費適正化のイメージ



Ⅱ 具体的な視点

1 生活習慣病

(1) 生活習慣病に分類される疾患の状況

ア 全国の状況

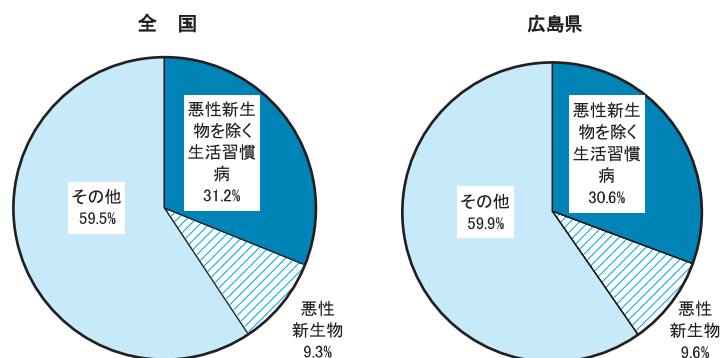
- 高齢化の急速な進展に伴い、疾病構造も変化し、疾病全体に占める虚血性心疾患，脳血管疾患，糖尿病等の生活習慣病の割合は増加しており，これに伴って医療費も増大しています。平成 16（2004）年度の悪性新生物（がん）を除く生活習慣病に起因する医療費は 10.4 兆円であり，国民医療費の約 3 割を占めています。また，死因別死亡割合では，約 3 割（P4 図 1-7）となっています。
- 生活習慣病の中でも，特に糖尿病は有病者数が増加しており，平成 9（1997）年の 690 万人から平成 14（2002）年の 740 万人へと，5 年間で 50 万人増加しています。また，その発症前の段階であるメタボリックシンドローム*（内臓脂肪型症候群）が強く疑われる者又は予備群と考えられる者は，平成 17（2005）年の厚生労働省の国民健康・栄養調査によると，40～74 歳では男性の 2 人に 1 人，女性の 5 人に 1 人の割合に達しています。
- また，悪性新生物（がん）は，死因の 1 位を占めていますが（P4 図 1-7），加齢により発症リスクが高まるといわれており，社会全体の高齢化に伴って死亡者数は増加すると推測されています。

イ 本県の状況

- 悪性新生物（がん）を除く生活習慣病（注）に係る国保医療費については，国保医療費全体に占める割合は 30.6%で全国第 34 位となっています。また，被保険者 1 人当たり医療費は 10,541 円で全国第 8 位となっています。

（注）悪性新生物（がん）を除く生活習慣病とは，具体的には糖尿病，その他内分泌系・栄養及び代謝疾患，虚血性心疾患，高血圧性疾患，くも膜下出血，脳内出血，脳梗塞，脳動脈硬化症，動脈硬化症，腎不全をさします。（以下同じ。）

図3-2 総医療費に占める生活習慣病の割合

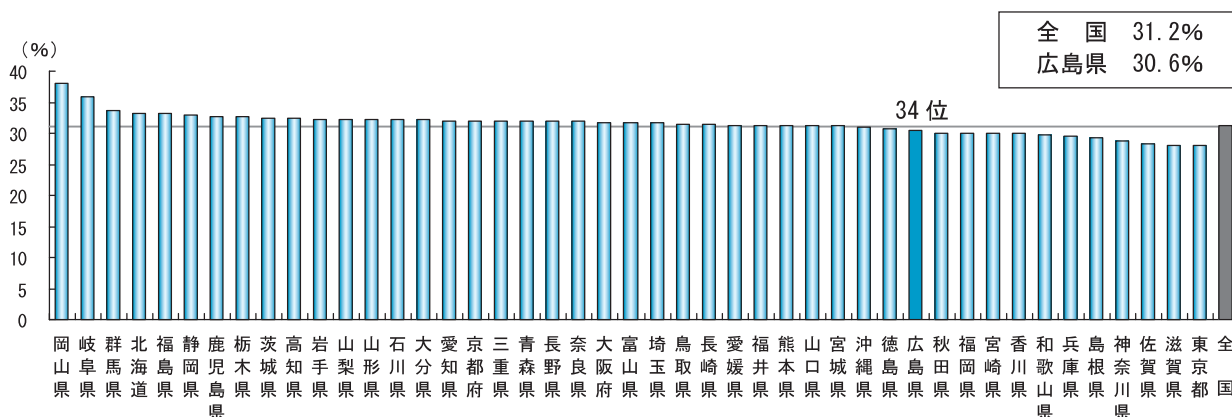


資料：「国民健康保険診療費（平成 18 年 5 月）」（厚生労働省）

平成18年5月診療分
【広島県】

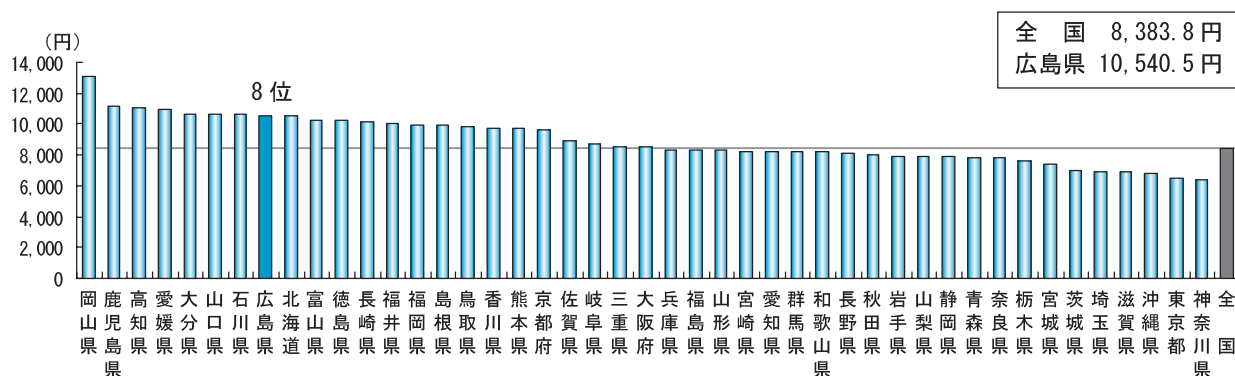
区分	金額	割合
糖尿病	16億円	4.7%
その他内分泌・栄養及び代謝疾患	6.6億円	1.9%
虚血性心疾患	11.9億円	3.5%
高血圧性疾患	25.7億円	7.5%
くも膜下出血	1.7億円	0.5%
脳内出血	4.2億円	1.3%
脳梗塞	18.6億円	5.4%
脳動脈硬化症	0.14億円	0.04%
動脈硬化症	0.91億円	0.3%
腎不全	18.9億円	5.5%
悪性新生物(がん)	33.0億円	9.6%
その他	205.9億円	59.9%
合計	343.7億円	

図3-3 生活習慣病（悪性新生物（がん）を除く）に係る医療費の割合（国保）



資料：「国民健康保険診療費（平成18年5月）」（厚生労働省）

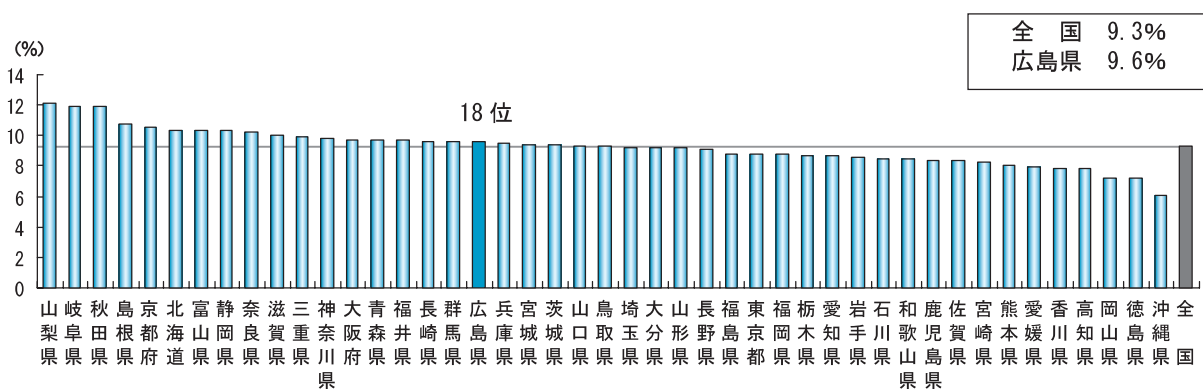
図3-4 生活習慣病の被保険者1人当たり医療費 (月間)



資料：「国民健康保険診療費（平成18年5月）」（厚生労働省）

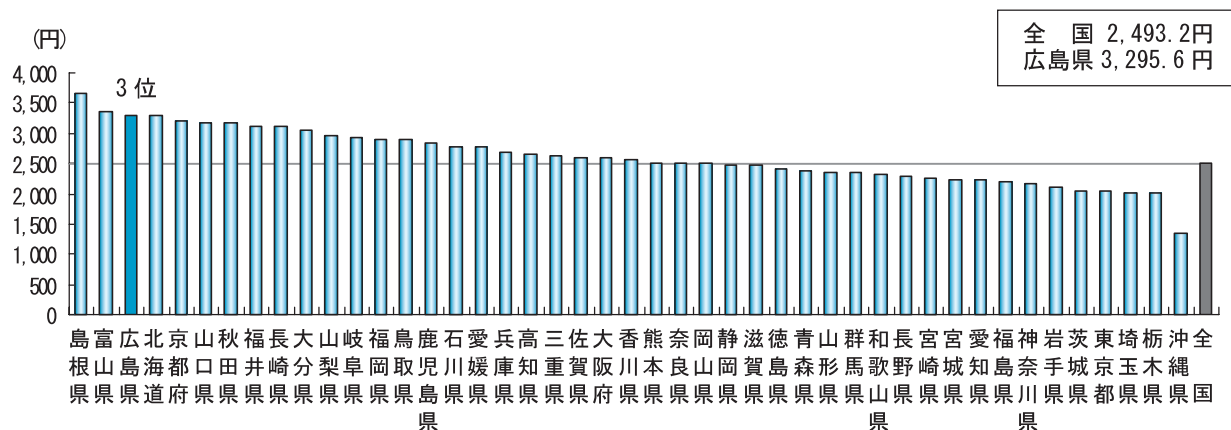
- 悪性新生物（がん）に係る国保医療費については、国保医療費全体に占める割合は 9.6% で全国第 18 位となっています。また、被保険者 1 人当たり医療費は 3,296 円で全国第 3 位となっています。

図3-5 悪性新生物（がん）に係る医療費の割合（国保）



資料：「国民健康保険診療費（平成 18 年 5 月）」（厚生労働省）

図3-6 悪性新生物（がん）の被保険者1人当たり医療費（月間）



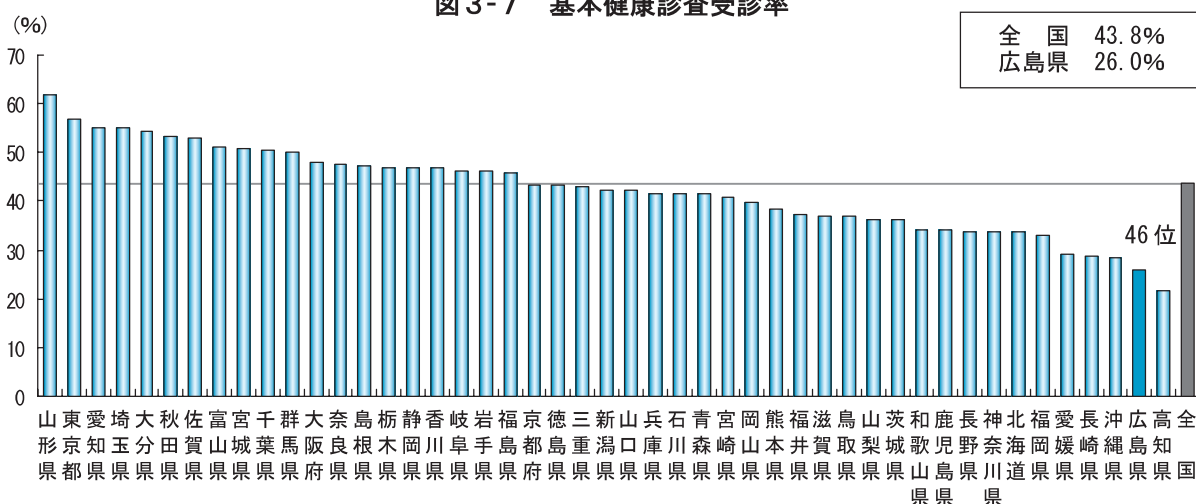
資料：「国民健康保険診療費（平成 18 年 5 月）」（厚生労働省）

（２）生活習慣病対策の状況

ア 基本健康診査・がん検診受診率

- 生活習慣病の早期発見による早期治療を行うためには、健診の受診が有効ですが、平成 17 (2005) 年度の広島県の基本健康診査*の受診率*は 26.0%で全国第 46 位となっています。
- また、がん検診については、平成 17 (2005) 年度の胃がん検診は 11.7%で全国第 31 位、大腸がん検診は 13.6%で全国第 41 位、肺がん検診は 16.1%で全国第 35 位となっています。

図3-7 基本健康診査受診率



資料：「平成 17(2005)年地域保健・老人保健事業報告書」(厚生労働省)

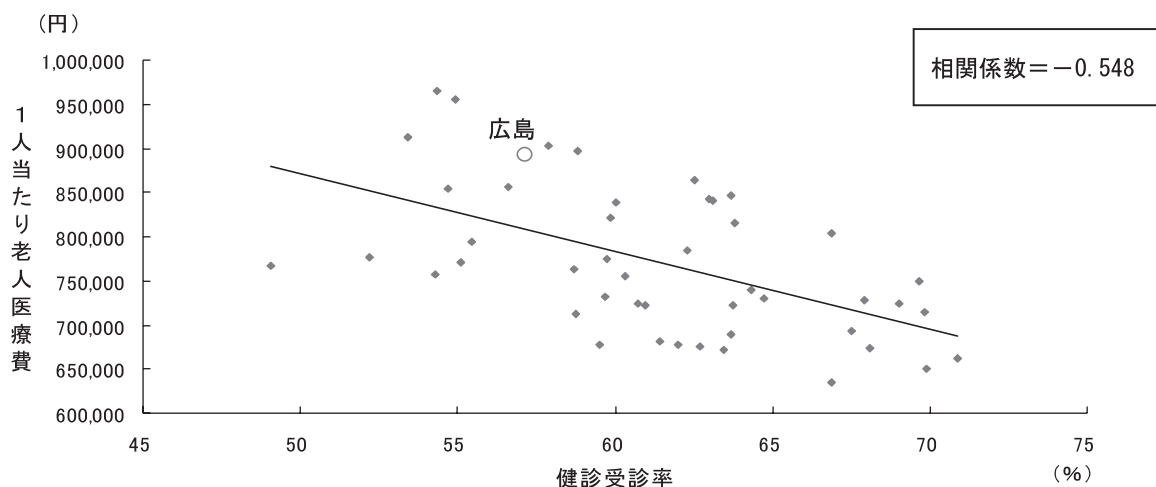
表3-1 がん検診受診率と全国順位

	広島県	全国	全国順位
胃がん	11.7%	12.4%	31 位
大腸がん	13.6%	18.1%	41 位
肺がん	16.1%	22.3%	35 位

資料：「平成17年度地域保健・老人保健事業報告」（厚生労働省）

- 本県の場合、基本健康診査、がん検診ともに受診率が低いという特徴が見られます。これらについては、全国的に見て、健診受診率が低いほど、1人当たり老人医療費は高くなる傾向が見られることから、健診による早期発見、早期治療の機会を逸している可能性が指摘される一方で、本県の場合には外来受診頻度や外来医療費も高く、外来診療サービスへのアクセスが基本健診やがん検診への受診ニーズを相殺しているに過ぎない、との意見もあり、現時点でこれらの関係を明確に説明するだけの知見は十分に得られていません。この点については、今後、健診受診率を高める取組みを推進する中で、更に分析を進めていくことが必要です。

図3-8 健診受診率と1人当たり老人医療費の関係



資料：「平成19(2007)年度厚生労働白書」（厚生労働省）

イ 保健事業

- 従来から市町等では、広く健康づくりの普及啓発（ポピュレーションアプローチ*）が行われてきましたが、個人の具体的な行動変容や健康な生活習慣の確保に直結したものになっていませんでした。そのため、平成19（2007）年度における「健康日本21*」や都道府県健康増進計画の改定では、運動、食事、禁煙の分野から重点的に選定された具体的な対策を取組むこととなっています。

-
- また、これまで市町国保においては、医療保険者として「生活習慣病対策への重点化」、「きめ細かい保健指導の重視」、「地域の特性に応じた保健事業の展開」を基本に健康教育等の被保険者のための保健事業を行ってきました。
 - 特に、平成 14（2004）年度からは、生活習慣病の改善に向けた個人の努力を支援する「個別健康支援プログラム*」の開発を目的とした「国保ヘルスアップモデル事業」が全国 33 のモデル市町村で行われ、本県においては安芸太田町（旧加計町）が本事業に取り組みました。この事業の成果を踏まえて、平成 17（2005）年度から「国保ヘルスアップ事業*」が始まりました。平成 19（2007）年度におけるこの事業は、平成 20（2008）年 4 月から義務化される「特定保健指導」の実施に向けた準備事業として位置づけられ、本県では 10 市町が取り組んでいます。

（３） 対応の考え方

- 生活習慣病対策においては、発症予防に重点を置き、生活習慣（食事・運動・喫煙等）の改善を通じて、県民が生涯にわたって健康な生活を送れるよう努める必要があります。
- しかし、これまでは健診、保健指導の実施に係る医療保険者と市町等の責任、役割分担が明確でなく、特に被扶養者、自営業者を中心に未受診者の把握や受診勧奨、保健指導が徹底されないのが実情でした。
- 今後、市町が中心となって、地域におけるポピュレーションアプローチを積極的に展開することにより、医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導*の効果も相まって、県民の自主的な生活習慣の改善を通じた、健康増進や生活の質の向上を目指すことが必要となっています。

2 平均在院日数

(1) 現状

- 全国の平成 18 (2006) 年の平均在院日数は、全病床では 34.7 日となっており、病床別にみると、精神病床で 320.3 日、療養病床で 171.4 日、一般病床で 19.2 日となっています。
- 平成 16 (2004) 年の全病床の平均在院日数 36.3 日は、OECD*の調査結果によると、加盟先進国の中で最も長いことが報告されています。この要因の一つに、日本では、慢性期の患者が入院している療養病床がこの医療施設の病床の中に含まれていることがあげられます。
(注) 日本の療養病床の平均在院日数は 172.6 日。ドイツ、イギリス、アメリカ等の病床にはナーシングホーム等の長期療養病床は含まれていない。
- これは、厚生労働白書によると、「介護サービスを必要とする高齢者の受け皿が家庭や福祉施設に乏しいことや、転院・退院後も考慮した切れ目のない医療が十分に提供されていないことから、本来福祉サービスが担うべき高齢者の生活支援ニーズを病院が担っていることが背景にあると考えられる」とされています。
- また、本県の平均在院日数についてみると、全病床では 38.3 日で、全国を 3.6 日上回っており第 14 位となっています。

表 3-2 病床種別平均在院日数の状況

	全病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床
広島県	38.3 日 (34.8 日)	307.2 日	1.0 日	70.2 日	151.7 日	19.9 日
全国	34.7 日 (32.2 日)	320.3 日	9.2 日	70.5 日	171.4 日	19.2 日
全国順位	14 位 (20 位)	31 位	34 位	27 位	31 位	27 位

資料：「平成 18 (2006) 年病院報告」(厚生労働省)

※全国順位は日数の多い順

※平均在院日数＝調査期間中に在院した患者の延べ数／(調査期間中の新入院患者数＋退院患者数)÷2

※全病床の()内は介護療養病床を除く値

- 主として長期にわたり療養を必要とする患者が入院するための病床である療養病床(回復期リハビリテーション病棟*である療養病床を除く。)は、全国に約 34.6 万床(平成 18 (2006) 年 10 月、厚生労働省)あり、医療保険適用の医療療養病床*が約 22.8 万床、介護保険適用の介護療養病床が約 11.8 万床となっています。
- 本県の療養病床は、11,417 床(平成 18 (2006) 年 10 月、厚生労働省保険局)、人口 10 万人当たり療養病床数は 380.9 床で第 13 位となっています。

表 3-3 人口 10 万対病床数

	総 数	精神病床	療養病床	一般病床
広 島 県	1,460.2 床	330.6 床	380.9 床	739.5 床
全 国	1,273.1 床	275.8 床	274.1 床	713.0 床
全 国 順 位	第 20 位	第 20 位	第 13 位	第 29 位

資料：「平成 18 (2006) 年医療施設調査」(厚生労働省) ※全国順位は多い順

- 本県の療養病床入院者のうち 75 歳以上の割合は、医療療養病床が 77.8%，介護療養病床が 86.9%となっています。

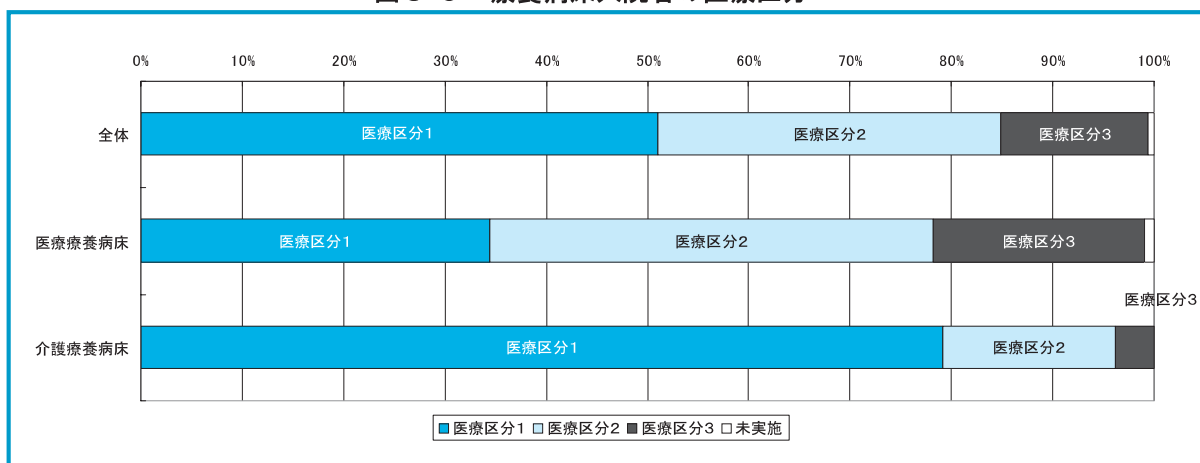
表 3-4 療養病床入院者の年齢階級別割合

	65 歳未満	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85～89 歳	90～94 歳	95 歳以上
全体	193 人	129 人	272 人	455 人	614 人	633 人	567 人	291 人
構成比	6.1%	4.1%	8.6%	14.4%	19.5%	20.1%	18.0%	9.2%
医療療養病床	161 人	93 人	189 人	300 人	391 人	380 人	322 人	153 人
構成比	8.1%	4.7%	9.5%	15.1%	19.7%	19.1%	16.2%	7.7%
介護療養病床	32 人	36 人	83 人	155 人	223 人	253 人	245 人	138 人
構成比	2.7%	3.1%	7.1%	13.3%	19.1%	21.7%	21.0%	11.8%

資料：「療養病床アンケート調査（平成 18（2006）年 10 月）」

- 本県における医療療養病床入院者の医療区分*は、医療区分 1 が 34.4%，医療区分 2 が 43.7%，医療区分 3 が 20.9%，また、介護療養病床では、医療区分 1 が 79.2%，医療区分 2 が 17.0%，医療区分 3 が 3.8%となっており、介護療養病床がより医療の必要度の低い患者が入院しているという実態が反映されています。

図 3-9 療養病床入院者の医療区分

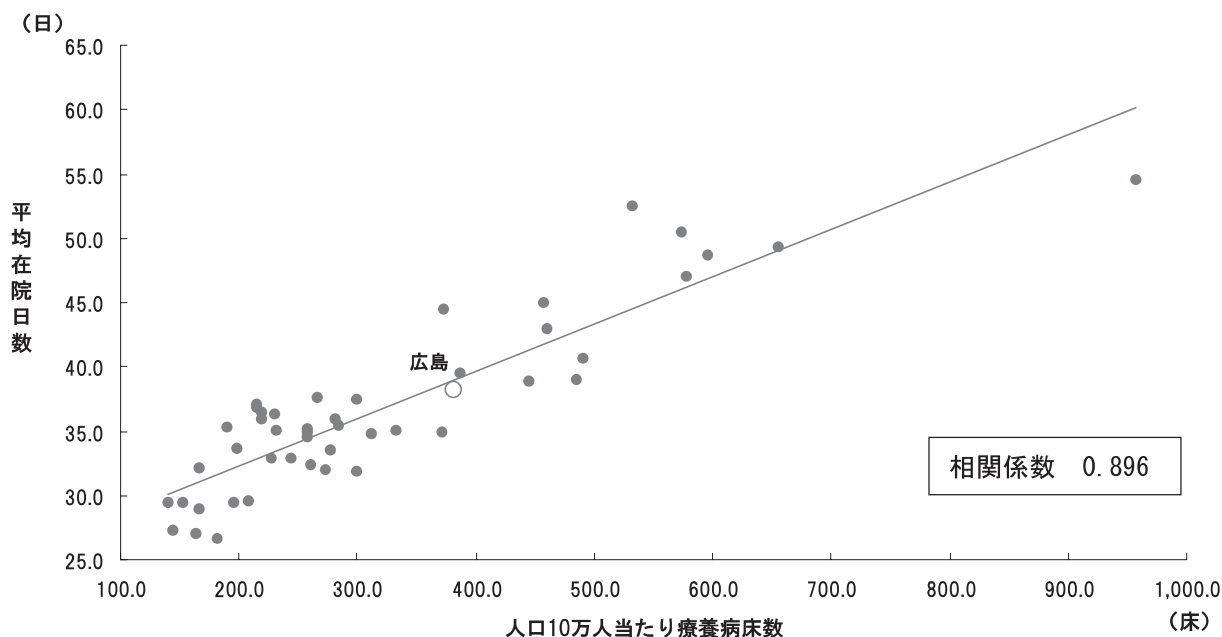


資料：医療療養病床は、「療養病床アンケート調査」（平成 18（2006）年 10 月）

介護療養病床は、「療養病床転換意向等アンケート調査」（平成 19（2007）年 8 月）

- 全国的に見て、人口当たりの療養病床数が多いほど、平均在院日数が長いという相関関係があり、本県では、人口当たりの療養病床数が第13位で、平均在院日数は第14位となっており、全国水準をやや上回っています。療養病床は、他の病床に比べて在院日数が長く、全病床の平均在院日数を押し上げる一因となっています。

図3-10 都道府県の平均在院日数と人口当たり療養病床数との関係



資料：「平成18（2006）年医療施設調査」（厚生労働省）、「平成18（2006）年病院報告」（厚生労働省）

（２） 対応の考え方

- 全病床の平均在院日数の短縮を図るためには、医療の必要性が高い患者に対しては、引き続き療養病床において必要な医療サービスを提供する一方、医療の必要性が低い高齢者については、生活の質の維持・向上を図る観点からも、老人保健施設等や在宅で、適切な医療・介護サービスを提供する必要があります。
- このため、療養病床の再編成をはじめ、地域連携クリティカルパスなどの医療連携体制の推進や高齢者が住みなれた自宅や地域において安心して暮らせるよう医療と介護の連携を進めるほか、高齢者向けの住まいと見守りサービスの確保などを図っていく必要があります。

(2) 医療従事者の状況

- 平成 18 (2006) 年度における人口 10 万人当たり医師数を都道府県別にみると、広島県は 234.4 人 (全国第 19 位) となっています。また、人口 10 万人当たり歯科医師数は 80.8 人 (全国第 7 位)，人口 10 万人当たり薬剤師数は 208.4 人 (全国第 8 位) となっており、いずれも全国平均より高くなっています。

図 3-1 4 都道府県別にみた人口 10 万人当たり医師数

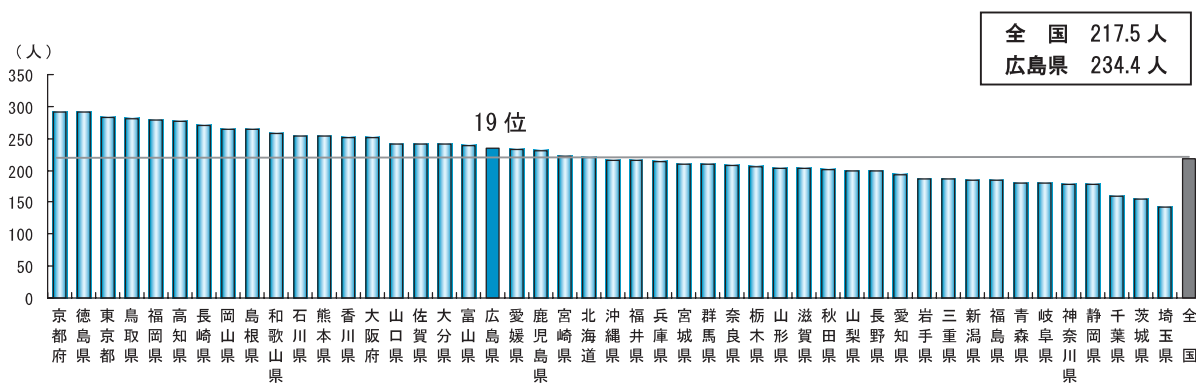


図 3-1 5 都道府県別にみた人口 10 万人当たり歯科医師数

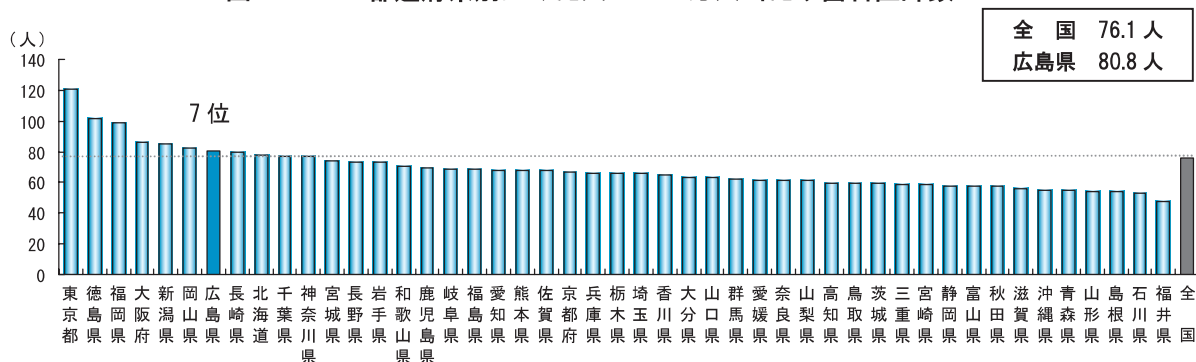
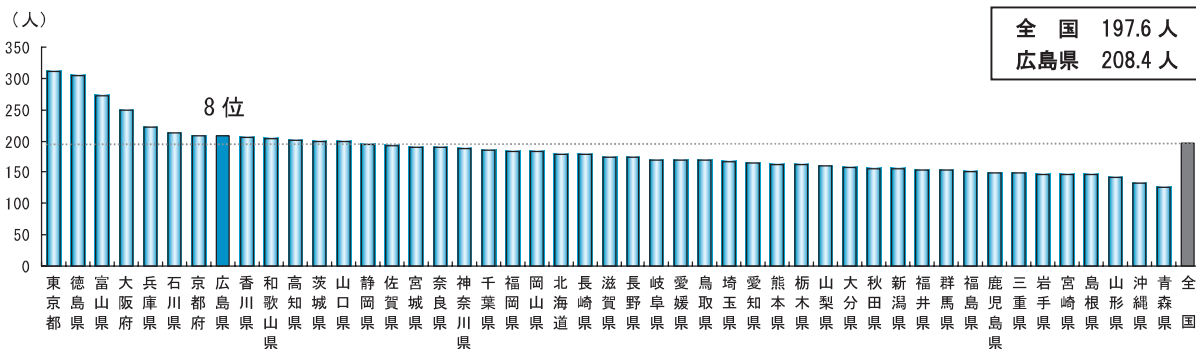
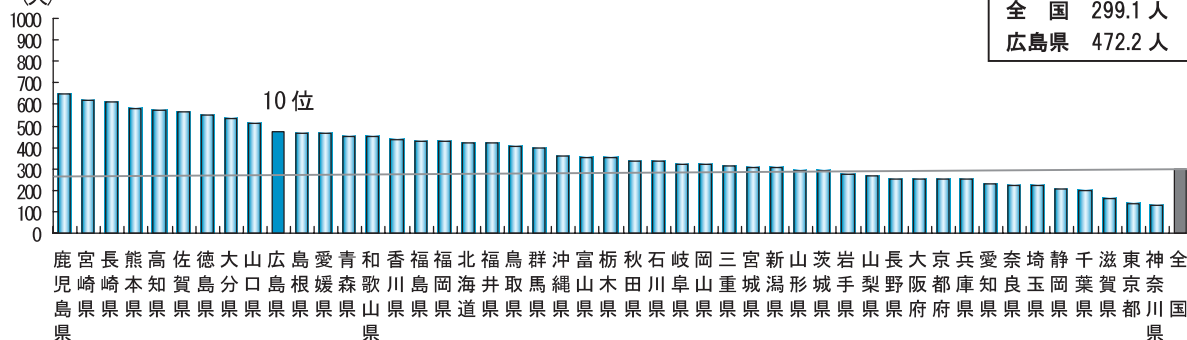
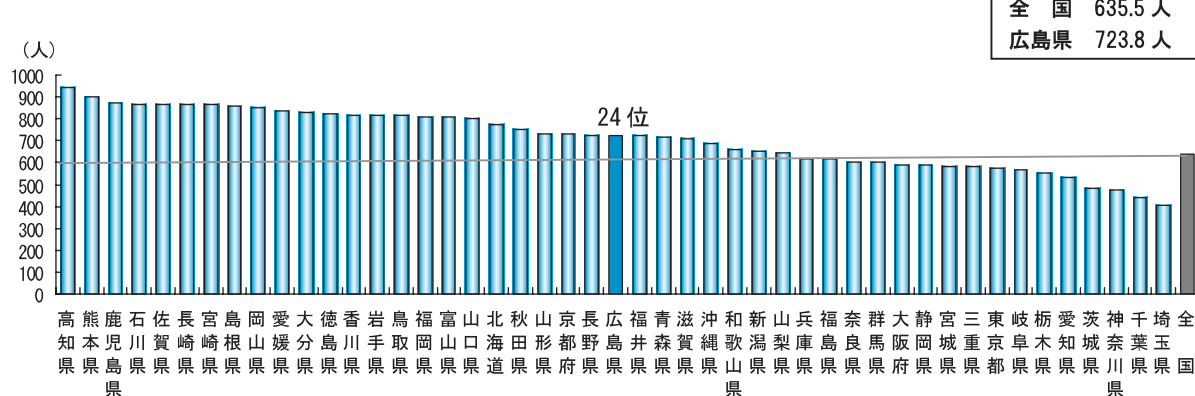
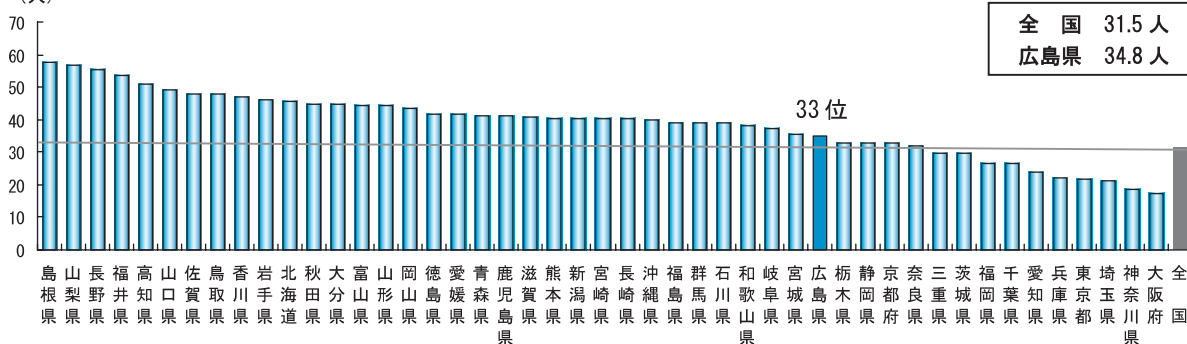


図 3-1 6 都道府県別にみた人口 10 万人当たり薬剤師数





(3) 薬剤の処方等の状況

- 平成 18（2006）年 12 月の 1 カ月間における県全体の院外処方率*は、60.8%（病院 53.5%、一般診療所 64.6%）となっています。

表 3-5 広島県の院外処方率

（単位：枚，％）

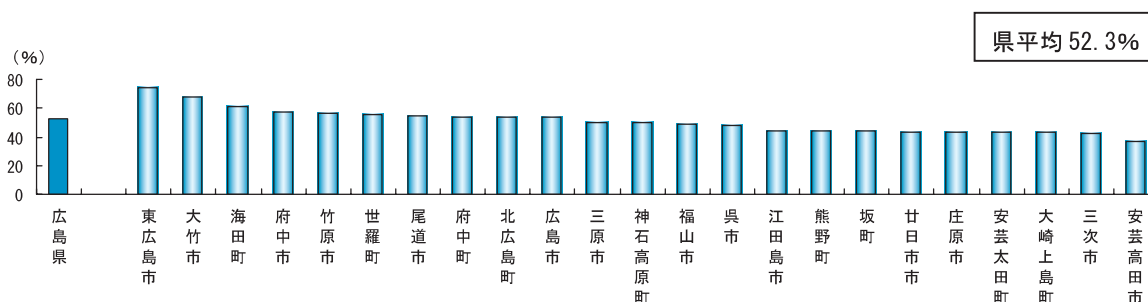
病 院			一般診療所			全 体		
院 内 処方数	院 外 処方数	院 外 処方率	院 内 処方数	院 外 処方数	院 外 処方率	院 内 処方数	院 外 処方数	院 外 処方率
309,171	355,197	53.5	453,932	829,182	64.6	763,103	1,184,379	60.8

注）院外処方率＝（院外処方数）÷（院内処方数＋院外処方数）

資料：平成 18（2006）年度広島県医療機能調査

- 処方箋で後発医薬品*への変更を認める医療機関の割合は、県内市町でばらつきがあり、県全体では 52.3%となっています。

図 3-20 処方箋で後発医薬品への変更を認める医療機関の割合



資料：平成 18（2006）年度広島県医療機能調査

- 後発医薬品の採用方針についてみると、病院、一般診療所ともに「方針 B：先発品と効果、品質等に差異がないと認められる一定の情報があれば採用を考えたい」との回答が最も多くなっています。

表 3-6 後発医薬品の採用方針

	病 院						一般診療所					
	方針 A	方針 B	方針 C	方針 D	方針 E	方針 F	方針 A	方針 B	方針 C	方針 D	方針 E	方針 F
県	18.5	55.9	3.5	4.4	5.3	0.4	14.3	52.1	2.8	6.7	11.2	1.5

方針 A：国が承認した医薬品であるので積極的に情報を収集し、採用していきたい

方針 B：先発品と効果、品質等に差異がないと認められる一定の情報があれば採用を考えたい

方針 C：安定供給体制が確保されれば採用を考えたい

方針 D：患者への説明や医薬品の変更に伴う患者の不安が解消されれば採用を考えたい

方針 E：特に採用を進めたいとは思わない

方針 F：その他

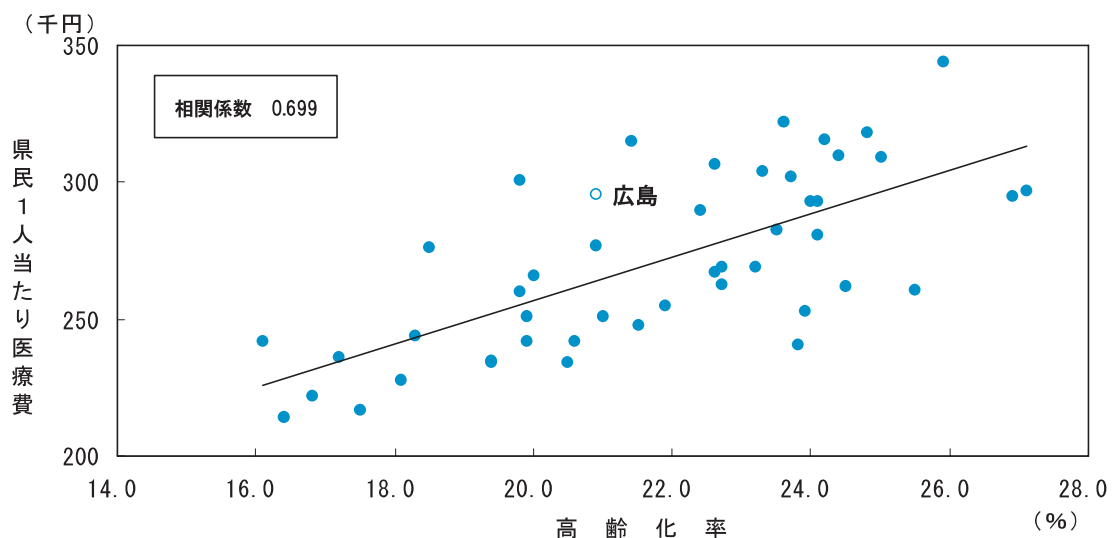
資料：平成 18（2006）年度広島県医療機能調査

Ⅲ 本県の医療費の特徴

1 高齢化の進展

- 本県の医療費が全国水準よりも高い要因として、まず高齢化の進展が考えられます。平成 17（2005）年度の老人医療費は 2,770 億円で、国保医療費の 55.3%を占めています。国保医療費は、平成 7（1995）年度から平成 17（2005）年度にかけて 49.0%増加していますが、老人医療費はそれを上回り 51.3%増えています。
- 今後、高齢化は一層進展することが確実視されており、国立社会保障・人口問題研究所の平成 19（2007）年 5 月推計によると、本県の 75 歳以上人口は、平成 17（2005）年の 29.0 万人から平成 27 年には 38.3 万人と、32.1%増えるものと推定されています。老人医療費も、高齢化の進展とあわせて、引き続き高い伸びを示すことが予想されています。
- 全国的に、高齢化率（65 歳以上人口の割合）が高いほど、1 人当たり医療費は高い傾向にあることが認められますが、本県は平成 17（2005）年の高齢化率が概ね全国平均（全国第 29 位）であるにもかかわらず、1 人当たり医療費は全国水準を上回っており（全国第 13 位）、高齢化以外にも、医療費に大きく影響を与えている要因が存在すると考えられます。

図 3-2 4 都道府県の高齢化率と県民 1 人当たり医療費との関係



資料：「平成 17（2005）年国勢調査」（総務省）
「平成 17（2005）年度国民医療費」（厚生労働省）

2 入院外医療費

(1) 生活習慣病の状況

- 本県の1人当たり入院外医療費は、全国的に見て高い水準にありますが、これは、本県の国保医療費の4割以上を占める生活習慣病の受診率の高さや、1件当たり治療頻度（1ヶ月あたり受診日数）が高いこともこれらの要因の1つとなっています。

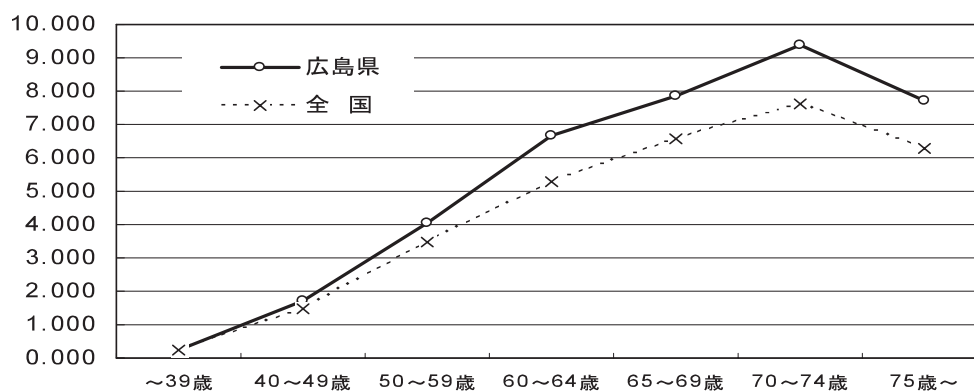
表 3-7 生活習慣病の医療費（入院外）諸率の状況

疾患名	医療費(入院外)諸率	全国	広島県	順位
糖尿病	1人当たり医療費（円）	753.4	1,094.7	3
	受診率（100人当たり）	3.998	5.389	3
	1件当たり日数（日）	1.81	2.22	1
	1日当たり医療費（円）	10,414	9,132	41
高血圧性疾患	1人当たり医療費（円）	1,899.2	2,256.5	12
	受診率（100人当たり）	13.820	14.366	28
	1件当たり日数（日）	1.97	2.56	1
	1日当たり医療費（円）	6,980	6,145	41
脳梗塞	1人当たり医療費（円）	312.8	500.5	3
	受診率（100人当たり）	1.997	2.876	7
	1件当たり日数（日）	2.12	2.64	4
	1日当たり医療費（円）	7,386	6,588	35
腎不全	1人当たり医療費（円）	1,120.8	1,336.8	9
	受診率（100人当たり）	0.385	0.485	3
	1件当たり日数（日）	9.55	9.01	37
	1日当たり医療費（円）	30,499	30,626	20
胃の悪性新生物 （がん）	1人当たり医療費（円）	85.6	130.7	1
	受診率（100人当たり）	0.379	0.506	11
	1件当たり日数（日）	1.84	2.29	1
	1日当たり医療費（円）	12,267	11,294	29
結腸の悪性新生物 （がん）	1人当たり医療費（円）	71.7	85.6	7
	受診率（100人当たり）	0.276	0.315	8
	1件当たり日数（日）	1.74	2.07	1
	1日当たり医療費（円）	14,922	13,116	35
気管、気管支及び肺の悪 性新生物（がん）	1人当たり医療費（円）	67.6	108.8	1
	受診率（100人当たり）	0.193	0.272	3
	1件当たり日数（日）	1.81	2.08	1
	1日当たり医療費（円）	19,303	19,239	21
乳房の悪性新生物 （がん）	1人当たり医療費（円）	92.2	120.7	2
	受診率（100人当たり）	0.248	0.310	2
	1件当たり日数（日）	1.80	1.98	3
	1日当たり医療費（円）	20,607	19,664	34

資料：「国民健康保険診療費（平成18年5月）」（厚生労働省）

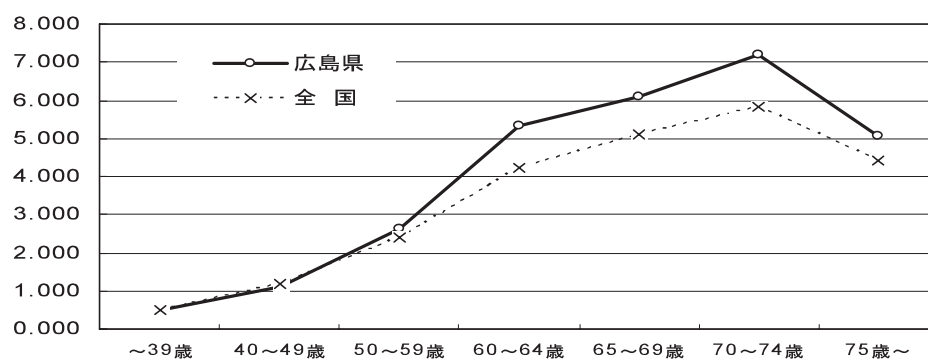
- この傾向は高齢者だけではなく、全年齢層について見られており、例えば糖尿病やその他の内分泌、栄養及び代謝疾患の受診率については、すべての年齢において全国水準を上回っています。

図3-26 糖尿病に係る入院外受診率；年齢階層別



資料：「国民健康保険診療費（平成18年5月）」（厚生労働省）

図3-27 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患に係る入院外受診率；年齢階層別



資料：「国民健康保険診療費（平成18年5月）」（厚生労働省）

(2) 受診行動

- 県民の受診行動について見ると、複数疾病で3医療機関以上を受診する頻回受診が、入院外の国保医療費（平成18年5月）の約26%を占めており、同一疾病で2医療機関以上を受診する重複受診は、入院外の約6%を占めています。
- 頻回・重複受診は、病状により必要な場合もありますが、これらの中には、不適切又は過剰な受診や投薬の影響なども考えられ、高医療費の要因の一つであるとともに、患者の健康への影響も懸念されます。
- 疾病別でみると、頻回受診、重複受診ともに糖尿病、腎不全、高血圧性疾患等の生活習慣病が上位を占めていることが伺われます。

表3-8 頻回受診の状況（18年5月診療月分）

〔入院外医療費全体に占める割合〕

医療機関数				
1	2	3	4	5以上
42.44%	31.44%	15.93%	6.51%	3.67%

〔頻回受診の疾病別医療費〕

順位	疾病名	医療費(千円)	順位	疾病名	医療費(千円)
1	高血圧性疾患	386,951	6	その他の悪性新生物(がん)	134,779
2	腎不全	289,562	7	関節症	130,496
3	糖尿病	242,108	8	虚血性心疾患	123,134
4	その他の眼及び付属器の疾患	148,758	9	その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	122,139
5	脳梗塞	137,513	10	脊椎障害(脊椎症を含む)	113,489

資料：「平成18(2006)年5月国民健康保険診療報酬支払明細書データ」

表3-9 重複受診の状況（18年5月診療月分）

〔入院外医療費に占める割合〕

医療機関数			
1	2	3	4以上
93.78%	5.79%	0.37%	0.06%

〔重複受診の疾病別医療費〕

順位	疾病名	医療費(千円)	順位	疾病名	医療費(千円)
1	糖尿病	183,938	6	脳梗塞	36,888
2	腎不全	122,729	7	乳房の悪性新生物(がん)	25,525
3	高血圧性疾患	63,532	8	虚血性心疾患	19,272
4	ウイルス肝炎	54,457	9	気管、気管支及び肺の悪性新生物(がん)	18,927
5	その他の悪性新生物(がん)	37,790	10	その他の心疾患	17,658

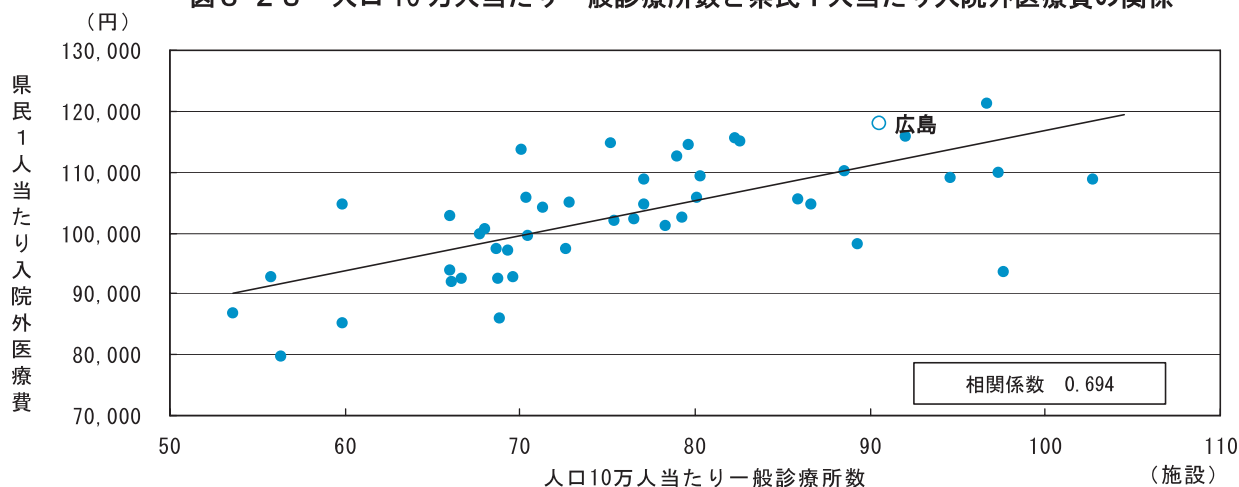
資料：「平成18(2006)年5月国民健康保険診療報酬支払明細書データ」

- 低い費用で同様な効果が得られる後発医薬品の使用促進については、平成19年度に厚生労働省が実施した「後発医薬品の使用状況調査」によると、医師が後発医薬品の使用を認めたのは全体の17.4%（前年度比0.3ポイント増）、薬局で実際に処方されたのは1.4%（前年度比0.4ポイント増）でともに低い数値で横ばい状態が続いています。県内医療機関の後発医薬品の採用方針についてみると、病院、一般診療所ともに「先発品と効果、品質等に差異がないと認められる一定の情報があれば採用を考えたい」との回答が最も多くなっています。

(3) 医療機関の充実

- 本県は、例えば人口 10 万人当たり一般診療所数が全国水準より高く（全国第 8 位）、医療機関の数が十分整っていることに加え、県内の道路網が発達していること等により、医療機関へのアクセスに関するインフラ*整備が進んでいると考えられます。
- 人口当たり一般診療所数と 1 人当たり入院外医療費は、高い相関関係があり、本県の一般診療所数の多さが、入院外医療費の高さに影響していると考えられます。

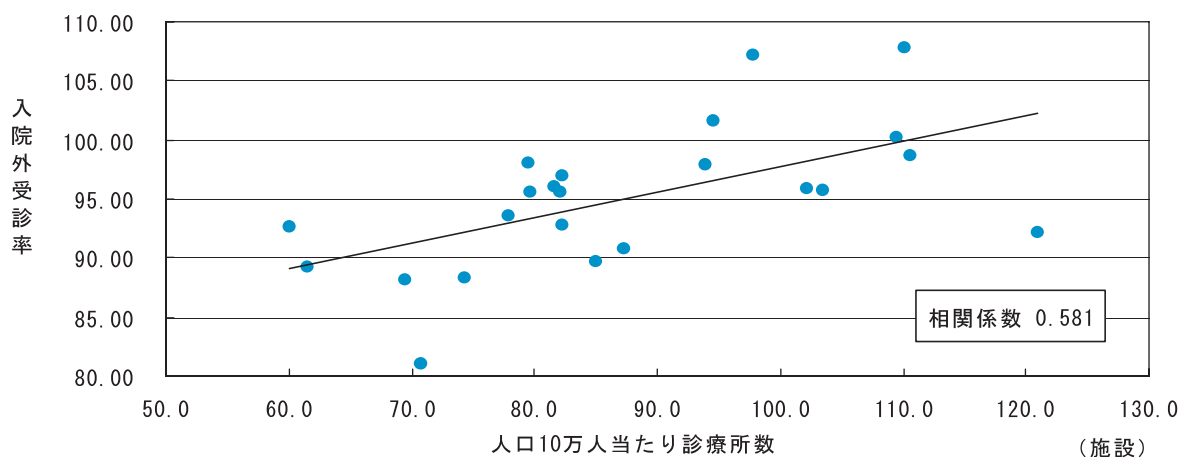
図 3-28 人口 10 万人当たり一般診療所数と県民 1 人当たり入院外医療費の関係



資料：「平成 17(2005)年医療施設調査」(厚生労働省)
「平成 17(2005)年度国民医療費」(厚生労働省)

- 県内市町別に人口 10 万人当たり一般診療所数と受診率の関係を見ても、一般診療所数が多いほど、受診率が高い傾向にあり、医療機関へのアクセス環境が、受診動向に影響を与えているものと考えられます。

図 3-29 入院外受診率と人口 10 万人当たり一般診療所数の関係

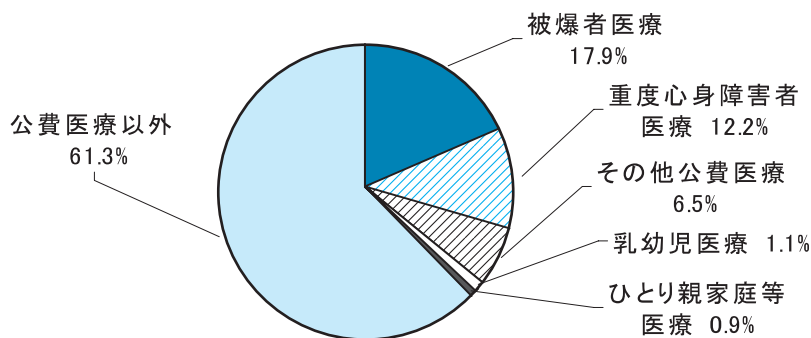


資料：「平成 18(2006)年 5 月国民健康保険診療報酬支払明細書データ」
「平成 18(2006)年医療施設調査」, 「広島県人口移動統計調査(平成 18(2006)年 10 月 1 日現在)」

(4) 医療費自己負担軽減制度の充実

- 施設等のインフラ面だけでなく、患者の自己負担が軽減される公費負担医療*が充実していることも、医療費が高い要因であると考えられます。
- 被爆者医療、重度心身障害者医療、乳幼児医療等の公費負担医療は、本県の入院外の国保医療費（平成 18（2006）年 5 月）の約 4 割を占めています。

図 3-30 公費負担種別別の医療費構成（入院外）（平成 18 年 5 月診療月分）



資料：「平成 18(2006)年 5 月国民健康保険診療報酬支払明細書データ」

- また、被爆地である本県は、被爆者医療の給付対象者が多く、その医療費は入院外医療費の 17.9%を占めています。
- 被爆者医療の 1 人当たり入院外医療費 (60 歳以上)についてみると、それ以外の者 (60 歳以上)の 1.6 倍であり、本県の医療費を押し上げる要因となっています。被爆者の入院外医療の受診率も、それ以外の者と比べて約 1.5 倍となっており、1 件当たり日数も長くなっています。
仮に、被爆者医療費の 1 人当たり入院外医療費が、それ以外の者と同額として試算すると、1 人当たり国保医療費（平成 17（2005）年度）は、全国第 5 位から全国第 16 位まで下がることとなります。
- 被爆者は健康に関する意識が高く、健康管理に積極的であることも、受診率が高くなっている要因と考えられ、被爆者医療制度は被爆者の健康維持に大きく寄与してきた状況を窺うことができます。

表 3-10 被爆者医療と被爆者医療以外の医療費諸率の違い（平成 18（2006）年 5 月診療分）

		1 人当たり 医 療 費	受 診 率	1 件当たり 医 療 費	1 件当たり 日 数	1 日当たり 医 療 費
合 計	被爆者 [60 歳以上]	61,987 円	188.9	32,817 円	3.5 日	9,504 円
	被爆者以外 [60 歳以上]	40,929 円	124.0	33,002 円	3.1 日	10,527 円
入 院	被爆者 [60 歳以上]	30,538 円	7.2	423,594 円	19.2 日	22,060 円
	被爆者以外 [60 歳以上]	21,552 円	5.1	426,306 円	18.7 日	22,839 円
入院外	被爆者 [60 歳以上]	31,450 円	181.7	17,311 円	2.83 日	6,121 円
	被爆者以外 [60 歳以上]	19,377 円	119.0	16,288 円	2.47 日	6,581 円

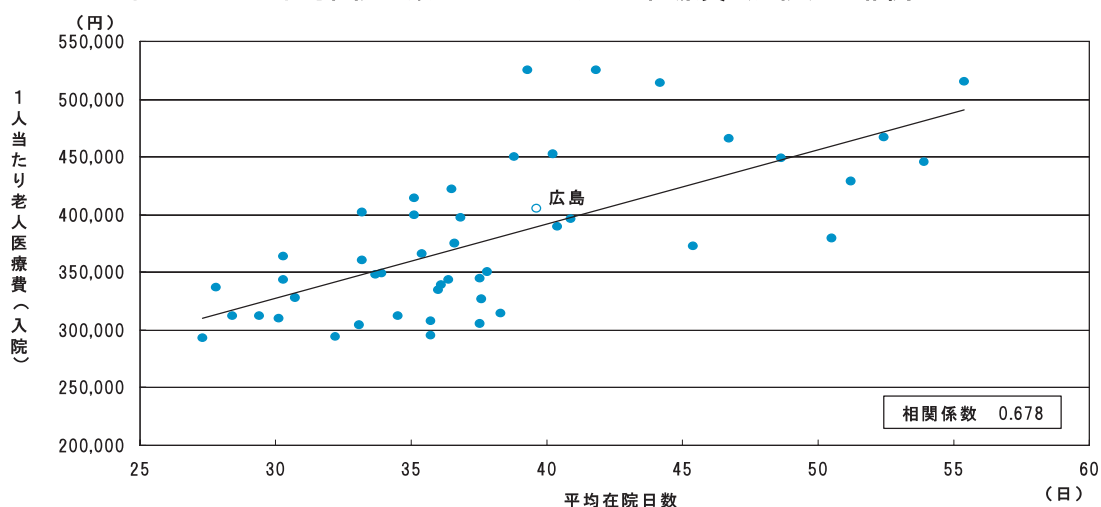
資料：「平成 18(2006)年 5 月国民健康保険診療報酬支払明細書データ」

3 入院医療費

- 全国的に見て、平均在院日数が長いほど、1人当たり老人医療費（入院）が高い傾向にあり、在院日数の長さが入院医療費に影響を与えていると考えられます。

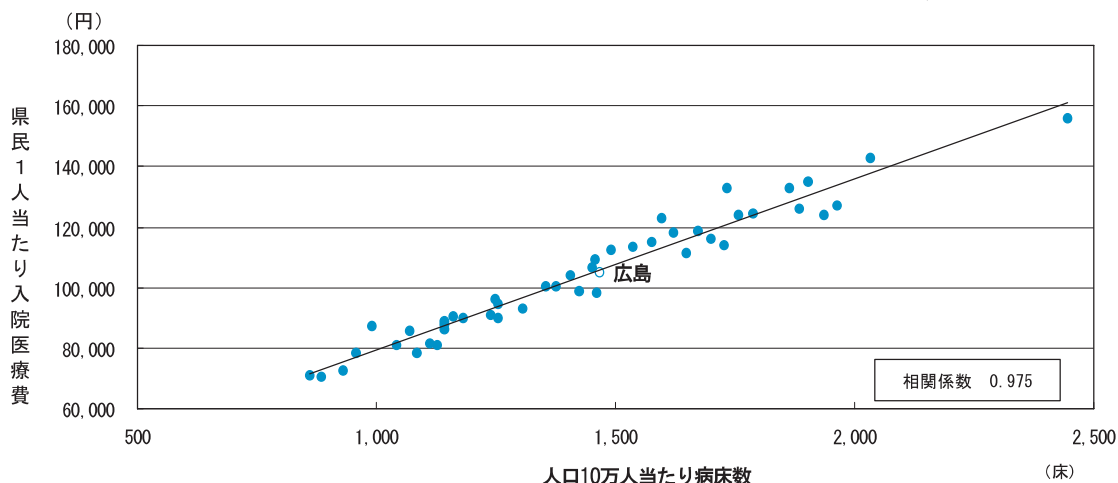
また、人口10万人当たり病床数と県民1人当たり入院医療費は、高い相関関係があり、病床数の多さも入院医療費に影響を与えていると考えられます。

図3-3 1 平均在院日数と1人当たり老人医療費（入院）の相関



資料：「平成17(2005)年病院報告」，「平成17(2005)年老人医療事業報告」(厚生労働省)

図3-3 2 人口10万人当たり病床数と県民1人当たり入院医療費の関係



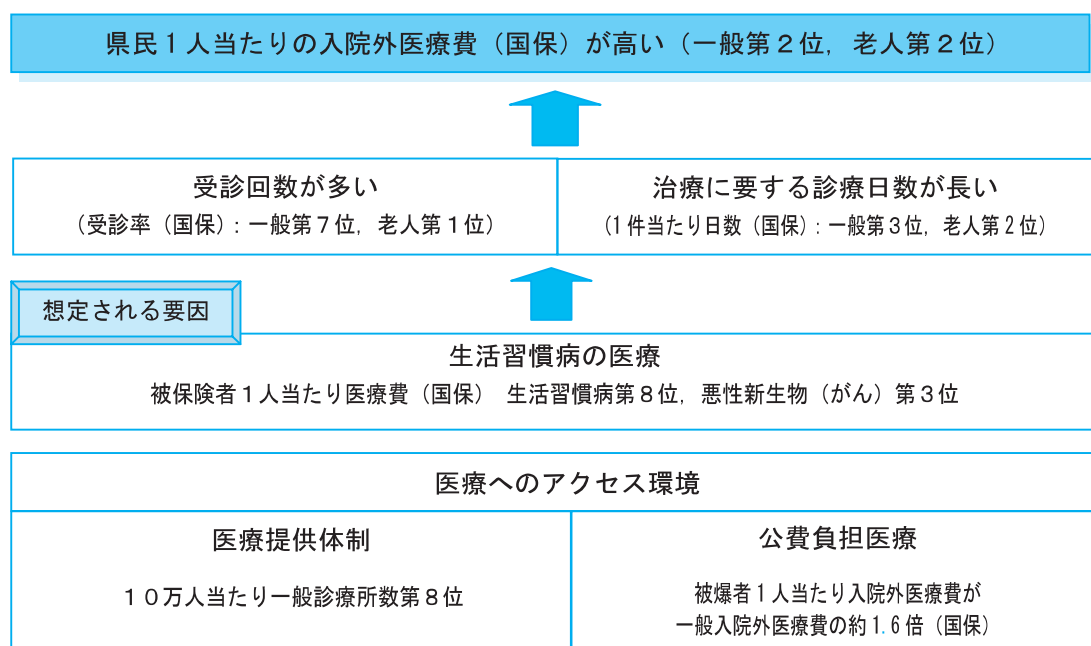
資料：「平成17(2005)年医療施設調査」，「平成17(2005)年度国民医療費」(厚生労働省)

- 本県においては、平均在院日数（全国第14位）、人口当たり病床数（全国第20位）、1人当たり医療費（入院）（全国第22位）とも概ね全国水準並みか、全国水準をやや上回っている状況となっています。

4 まとめ

- 本県の1人当たり医療費は全国水準を上回っており（全国第13位）、高齢化以外に、医療提供体制、公費負担医療の割合、受診動向等が本県の医療費に影響を与えていると考えられます。
- 特に、1人当たりの入院外医療費は全国水準と比較して極めて高く（県民医療費全国第3位、国保医療費〔一般・老人〕全国第2位）なっています。これは医療機関が充実していることに加え、高い公費負担医療割合（本県国保医療費の約39%）も、医療機関へのアクセスを良好なものとし、県民が十分な医療を受けやすい環境となっています。
- また、県民の受診行動を見ると、頻回受診が入院外の国保医療費の約26%、重複受診が約6%を占め、これらの受診理由の上位は高血圧性疾患や糖尿病等の生活習慣病が占めています。
- 疾病別に見ても、生活習慣病が本県の国保医療費の4割以上を占めており、生活習慣病に伴う高い受診率や、受診日数の多さがその主要因になっていることが窺えます。
また、疾病の早期発見に有効である基本健診、がん検診の受診率について、本県は全国との比較で低い水準にとどまっています。
- 後発医薬品については、「先発品と効果、品質等に差異がないと認められる一定の情報があれば採用を考えたい」との医療機関からの回答が最も多くなっています。
- 入院医療費については、平均在院日数や病床数と高い相関関係にあり、本県の場合においては、いずれも全国水準よりやや高くなっています。

図3-33 広島県の入院外医療費の特徴



Ⅳ 医療費適正化の考え方

生活習慣の改善による発症予防

- 本県医療費の大きな割合を占める生活習慣病については、若年期からの生活習慣の改善を通じた発症予防が重要であり、総合的な健康づくりに取り組み、県民の生活習慣の変容を図る必要があります。
- 生活習慣病やがんを早期に発見し、予防するためには、健康診査が重要ですが、本県の健診受診率は全国でも極めて低い水準で推移しています。疾病の早期発見、早期治療のためには健康管理に関する指導が重要であり、特に健診受診率を早急に向上させる必要があります。

効率的な医療提供体制の推進による在院日数の短縮

- 平均在院日数については、全国水準から見て比較的多い療養病床数が、在院日数長期化の大きな要因と考えられるため、療養病床再編成による介護保険施設等への転換や、在宅医療の推進を図り、適切な療養病床の利用を促進していく必要があります。
- また、在院日数の短縮のためには、地域連携クリティカルパスの導入等による医療連携体制の推進、医療と介護の連携の推進、高齢者向けの住まいと見守りサービスの確保なども図る必要があります。

適正受診の推進

- 充実した医療機関や公費負担医療が、医療機関へのアクセスを容易にしていますが、医療保険制度を持続可能なものとするためには、医療が効率的に提供される環境の整備が急務であり、重複受診のような過剰な受診を抑制し、適正かつ効率的な受診に向けた県民への意識啓発に取り組んでいく必要があります。
- 頻回受診・重複受診については、地域連携クリティカルパス*の導入やインフォームドコンセント*の推進、患者の不安解消のための取組み、普及啓発や保健指導により適正な受診を促す必要があります。
特に、生活習慣病が頻回受診・重複受診の大きな割合を占めていることから、生活習慣病患者に重点をおいた保健指導等を行う必要があります。
- また、医療保険者が、被保険者の受診動向を把握し、適正な受診を促すためには、レセプト点検が重要です。さらにレセプト*点検は診療報酬請求の適正化に直接的な効果もあるため、点検の充実強化を図る必要があります。
- 後発医薬品については、採用状況が市町毎に差があり、医療機関も効果品質等の保証を条件に採用を考える意向があるため、普及啓発や情報提供等の利用促進策を推進する必要があります。