

後期高齢者受診行動の適正化に向けて —都道府県データを踏まえて—

調査部 主任研究員 飛田 英子

目 次

1. はじめに
2. 後期高齢者医療の特徴
 - (1) 年齢階級別にみた医療費の状況
 - (2) 都道府県別にみた受診状況
 - (3) 小 括
3. 都道府県データ分析
 - (1) モデルと変数
 - (2) 推計結果
 - (3) 小 括
4. 後期高齢者受診行動の適正化に向けて
 - (1) 病床以外の医療提供体制の適正配置
 - (2) 将来望ましい介護提供体制の提示
 - (3) かかりつけ医とかかりつけ薬局の普及・促進

要 約

1. 医療費の抑制はわが国において最重要課題の一つである。とくに75歳以上の後期高齢者については、患者自己負担や保険料が現役世代に比べて低く設定されている。一人当たり医療費が74歳以下の6倍近くに達する背景として、医療にかかるコスト意識の薄さがある可能性は否定できない。そこで、後期高齢者の受診行動に着目した。受診行動には、モラルハザードといった需要サイドの要因に加えて、医療提供体制をはじめとする供給サイドの要因も働いていることが指摘されている。これらの要因が平均入院日数や受療率の都道府県格差にどう影響しているかを明らかにできれば、格差を縮小することで医療行動の適正化、ひいては医療費の抑制が可能になると考える。

2. 後期高齢者の平均入院日数と入院外・薬局調剤の受療率（100人当たりレセプト件数）を都道府県別にみると、平均入院日数では最長の山口県（57.0日）と最短の神奈川県（31.8日）で1.8倍、入院外受療率では最高の長崎県（1,753件）と最低の富山県（1,388件）では1.3倍、薬局調剤受療率では最高の佐賀県（1,339件）と最低の福井県（674件）で約2倍の開きがある。これらを被説明変数とするモデルを推計した結果を踏まえ、受療行動の適正化に向けた課題を整理すると、以下の通りである。なお、使用したデータは2010年度と2015年度の2年分を疑似パネル化したものである。

3. 第1は、医療提供体制の適正配置である。

推計結果より、療養病床数が多いほど平均入院日数が長く、医療機関と薬局の数が多いほど入院外と調剤薬局の受療率が高いことが分かった。アクセスの良さという患者サイドの要因もあろうが、入院と入院外については、収入を確保するために医療機関が必要以上の医療を提供する、いわゆる「医師誘発需要効果」が働いている可能性は否定できない。

現在、病床については地域医療構想の下で2025年の望ましい姿に向けて再編が進行中であるが、診療所や薬局、さらには多額な資金を必要とする高額医療機器については何のコントロールも行われていない。受療率の適正化を進めるには、過剰な医療資源を削減・再編することによって必要以上の医療が行われない環境を整備する必要があるだろう。

4. 第2は、介護に関する将来的に望ましい提供体制の姿の提示である。

推計結果より、介護施設定員数が多いほど平均入院日数が短いことから、療養病床と介護施設の間で役割分担がなされていることが分かった。また、居宅介護サービスの利用者数が多いほど入院外の受療率が高いことから、日常生活に何らかの支障のある要介護状態にあっても医療と居宅介護を受けながら在宅生活を送ることが可能なことが分かった。このような医療と介護の不可分な関係を考慮すると、今後の後期高齢者医療の在り方を考える際に、介護についても、「地域介護構想」とも呼べる、将来的に望ましい提供体制の姿を定量的に提示することが求められよう。

5. 第3は、「かかりつけ医」と「かかりつけ薬局」の普及・促進である。医療機関と薬局の数が入院外と薬局調剤の受療率に影響していることが分かった。アクセスの良さや選択肢の多さは患者にとってメリットであるが、高齢になるほど健康上のリスクが高まることを考えると、個々人の状態に応じて適切な健康管理や服薬指導を行う、かかりつけ医とかかりつけ薬局の役割は重要と考える。

1. はじめに

医療費の抑制はわが国において最重要課題の一つである。なかでも75歳以上の後期高齢者については、一人当たりの医療費が現役世代に比べて高いことに加えて、その人口ボリュームも2054年にかけて増え続けるため（国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」2017年推計）、今後も医療費増加の大きな要因になることが見込まれている。医療費の抑制を実現するカギは、後期高齢者医療にあるといえよう。

そこで、本稿は後期高齢者の受診行動に注目した。一人当たり医療費は、受診回数や入院日数等の数量面と、1診療当たり、あるいは一入院当たりいくらかかったかという価格面に分けることができる。価格については、医療の専門家である医師の裁量による部分が大きく、患者である高齢者本人が介入できる余地は小さい。一方、不必要な受診の抑制や入院日数の短縮等、後期高齢者の受診行動の変容が可能であれば、数量面から一人当たり医療費、延いては後期高齢者全体の医療費の抑制が可能になると考えられる。

受診行動については、より良い医療を求めて医療機関を渡り歩く「ドクター・ショッピング」や通院先での会話を楽しみに医療機関に通う「医療のサロン化」等、患者サイドの影響もあるが、供給サイドでは医療資源の偏在が指摘されている。例えば、人口当たり病床数が東日本に比べて多い西日本で平均入院日数も長いという事実は、医療提供体制が受診行動に影響している可能性を示唆しているといえよう。本稿では、受診行動の都道府県格差に着目し、それらに医療提供体制をはじめとする様々な要因がどのように働いているかを考察する。要因が明らかになれば、それらをコントロールすることで受診行動の適正化が期待されるといえよう。

本稿の構成は、次の通りである。まず、次章では、後期高齢者にかかる医療の特徴を、年齢階級別および都道府県別の視点から整理する。第3章では、後期高齢者の受診行動を被説明変数とする推計モデルと使用するデータの紹介、および推計結果を掲載する。最後に第4章では、後期高齢者の受診行動の適正化に向けた課題を考察する。

2. 後期高齢者医療の特徴

後期高齢者の医療にかかる負担は、現役世代に比べて低いことが指摘されている。すなわち、窓口で支払う患者自己負担は、現役世代の3割に対して原則1割である（ただし、現役並み所得者は現役世代と同じ3割）。また、保険料についても、74歳まで被扶養者として一般制度に加入していた者（以下、元被扶養者）や低所得者に対する法令上の軽減措置に加えて、様々な特例的な軽減措置が適用されており、負担が過重にならないよう配慮がなされている（図表1）。このため、後期高齢者は現役世代に比べて医療に関するコスト意識が薄く、モラルハザードが働きやすい傾向にあるといえよう。

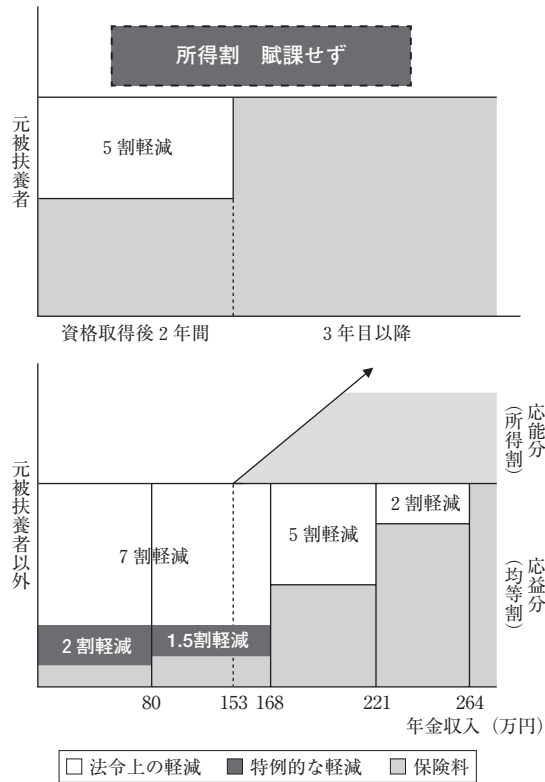
そこで、後期高齢者にかかる医療費の状況を年齢階級別にみることで現役世代と比較した後で、その特徴を地域別に整理してみた。

(1) 年齢階級別にみた医療費の状況

2016年の一人当たり医療費を年齢階級別にみると（厚生労働省「国民医療費」）、15～19歳の8.1万円

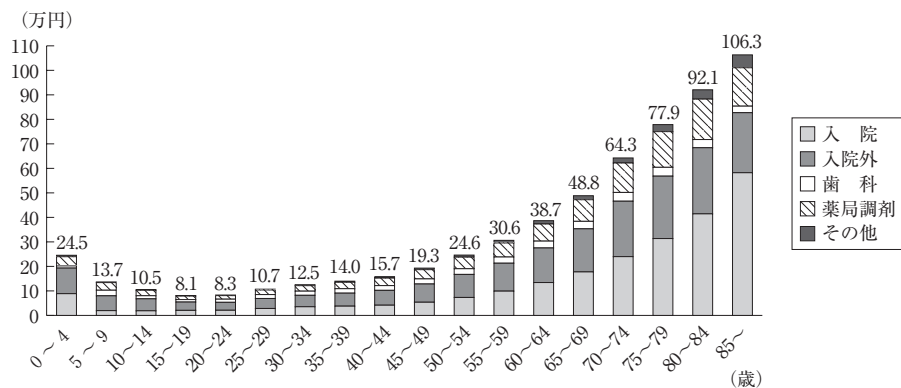
をボトムに増加に転じた後、60歳以上で加速度的に増えている（図表2）。ちなみに、74歳以下は15.9万円、75歳以上は90.4万円であり、後期高齢者の水準は、74歳以下（以下、一般医療）の5.7倍である。診療種類別には、入院、入院外、および薬局調剤で年齢によって大きな開きがある。

（図表1）後期高齢者医療制度の保険料体系



（資料）厚生労働省「後期高齢者の窓口負担について」（平成29年11月8日）
 （注）所得割は個人で判定、個人で賦課。均等割は世帯で判定、個人で賦課。

（図表2）年齢階級別一人当たり国民医療費



（資料）厚生労働省「国民医療費」（2016年度）
 （注）その他は、入院時食事・生活療養費、訪問看護、等。

次に、一人当たり医療費を、①一人当たりレセプト件数と②1レセプト当たり医療費（正確には診療報酬点数）に分解してみた。ここで、レセプトとは、病院や診療所といった医療機関や調剤薬局が作成する医療費の明細書のこと、「診療報酬明細書」と呼ばれる。医科の入院と入院外、歯科および調剤の4種類がある。医師によって提供された医療行為や薬局で処方された薬剤の内容が診療報酬点数とともに記載されており、医療機関や薬局は、毎月患者ごとに集計した診療報酬点数に10円を乗じた金額を患者が加入する健康保険の保険者に請求する。

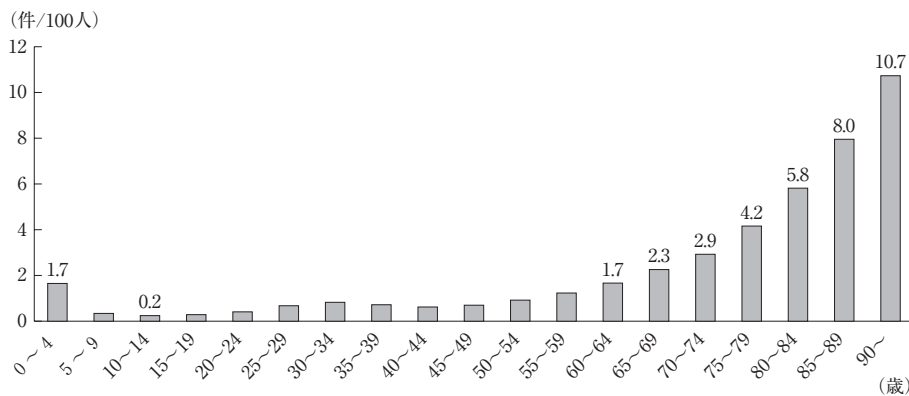
一人当たりレセプト件数が多いほど、患者は多くの医療機関や薬局を利用していることになるので、このデータは患者の受療行動を表すことから「受療率」と呼ばれる。また、レセプト1件当たり点数が高いほど、密度の濃い、あるいは高額な医療サービスを消費していると解釈することができる。

そこで、年齢によって開きが大きい入院と入院外、薬局調剤について100人当たりレセプト件数（以下、受療率）と、レセプト1件当たり診療報酬点数に分けてみると、以下の通りである。なお、使用したデータは、厚生労働省「社会医療診療行為別統計」（2017年）である。調査対象は毎年6月に審査されたレセプトであるため、一人当たりレセプト件数も1カ月当たりの件数となる。

A. 受療率

まず、入院では、0～4歳の1.7件から10～14歳で0.2件に減少した後、増加に転じている。1段階下の年齢階級からの増加幅をみると、70～74歳までの0.1～0.6に比べて、75歳以降は1を大きく上回る勢いで増加しており、90歳以上では10.7と10を超える水準に達している。ちなみに、後期高齢者の受療率は6.4で、一般医療1.0との開きは6倍を超えている（図表3）。

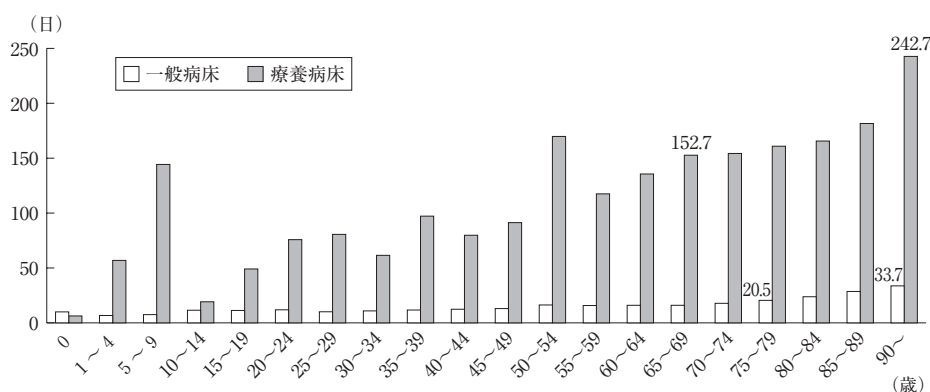
（図表3）年齢階級別入院受療率



入院については、レセプトのみの分析ではややミスリードとなる面もある。例えば、1カ月の入院日数が1日であっても30日であっても、発行されるレセプトは同じ1枚である。レセプト数のみでは受診行動を表すのに限界があるといえよう。

そこで、厚生労働省1入院当たりの平均在院日数を一般病床と療養病床に分けて年齢階級別にみると（厚生労働省「患者調査」2014年、図表4）、まず、一般病床では、50歳までで10日前後、50～74歳で16

(図表4) 年齢階級別平均入院日数



(資料) 厚生労働省「患者調査」(2014年)

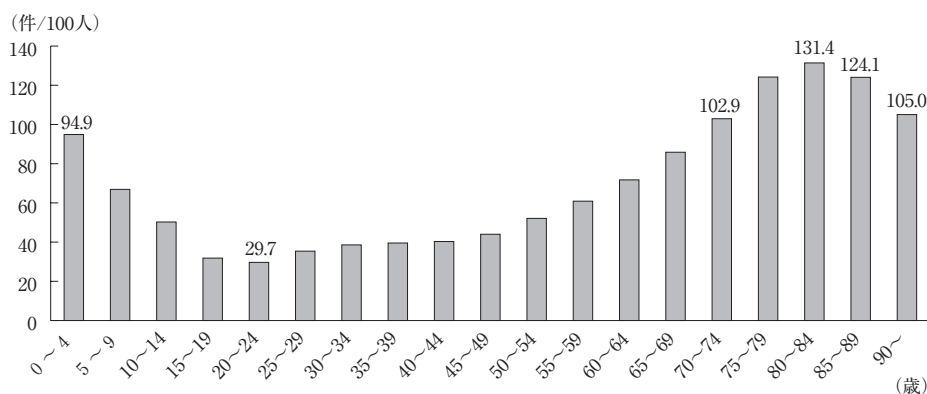
~18日、75歳以上で20日を超え、90歳以上で33.7日である。高齢者ほど予後の回復に時間がかかることを反映しているといえよう。

一方、療養病床では、20~64歳で100日前後、65歳で152.7日と150日を超えた後、85歳以上で一段と長期化している。療養病床の対象は長期にわたる療養を必要とする患者であり、高齢者ほど退院できる状態にまで回復するのに時間がかかるであろうことを考えると、入院日数が長いのは当然といえよう。

もっとも、前回の2011年調査と比べると、2014年までの3年間で療養病床の平均入院日数は大きく短縮している。例えば、75~84歳では185日前後から165日前後、85~89歳では206.8日から181.6日、90歳以上では301.5日から242.7日と20日以上短縮している。この背景には、医療の必要度の低い患者については低い診療報酬を設定する等、入院要件の厳格化があると考えられるが、2011年時点で医療の必要度の低い人が長期入院していたと解釈することも可能である。今回、入院日数が大きく短縮したとしても、この水準が適正なのか、更なる短縮の余地があるのか否か、改めて検証する必要があると思われる。

次に、入院外についてみると、0~4歳の94.9件から20~24歳で29.7件に減少した後、増加に転じている。70~74歳で102.9と100を超えた後、80~84歳の131.4件をピークに減少し、85~89歳は124.1、90歳以上は105.0件である(図表5)。ちなみに、後期高齢者の受療率は126.1件で、一般医療の56.2の2倍

(図表5) 年齢階級別入院外受療率



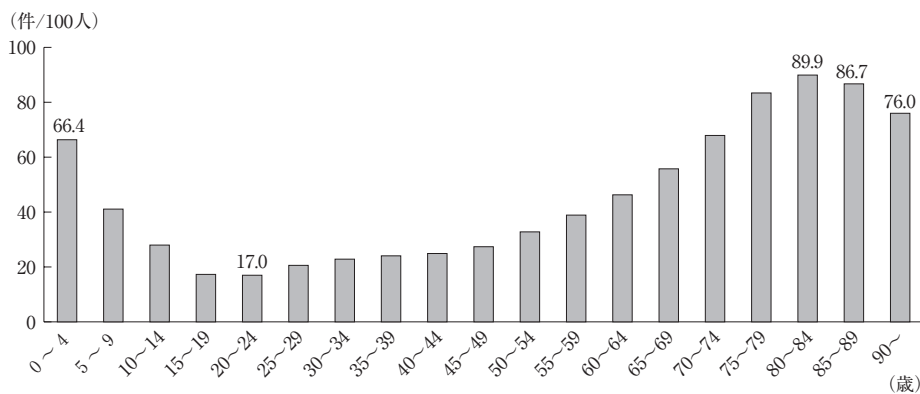
(資料) 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」(2017年)

超の水準にある。

70歳以上で受療率が100を超えていることは、患者は1カ月のうちに複数の医療機関を受診していることを示している。内科と整形外科等、専門とする診療科の異なる医療機関を受診している可能性がある一方、同じ疾患で複数の医療機関を使い分けている可能性も否定できない。

最後に、薬局調剤についてみると、0～4歳の66.4件から20～24歳で17.0件に減少した後、増加に転じ、80～84歳の89.9件をピークに85～89歳で86.7件、90歳以上で76.0件と減少する（図表6）。入院外とほぼ同じ傾向を示しているのは、処方には医師の診察が必要なためと考えられる。ちなみに、後期高齢者と一般医療との受療率の開きも入院外と同じ2倍超であり、後期高齢者の受療率は86.5件、一般医療は35.3件である。

（図表6）年齢階級別薬局調剤受療率



（資料）厚生労働省「社会医療診療行為別統計」（2017年）

ここで、調剤のレセプトは、医師の処方に従って調剤薬局が発行するレセプトが対象になる。このため、受診した医療機関が患者に薬剤を提供する、いわゆる「院内処方」は含まれない点に留意が必要である（医療機関ではなく調剤薬局による薬剤の提供は「院外処方」と呼ばれる）。

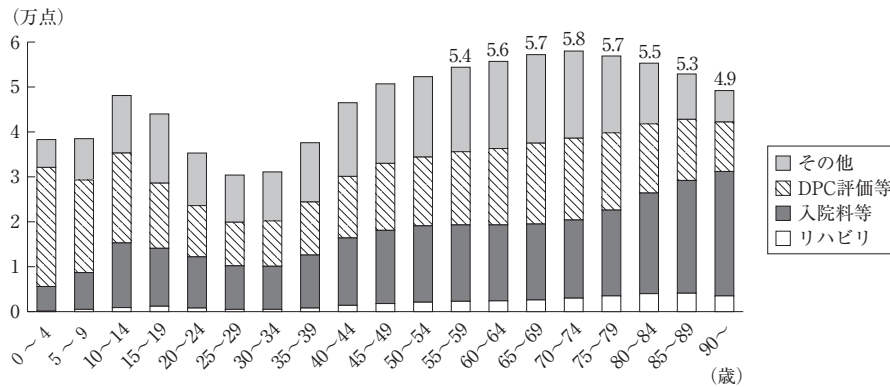
B. 単価

次に、レセプト1件当たり診療報酬点数を年齢階級別にみってみる。点数に10円を乗じた金額が医療費であり、これには患者負担や公費負担（生活保護者に対する医療扶助や公害健康被害者に対する補償等）も含まれる。

まず、入院は、24歳まで4万点レベルから25～29歳で3万点に減少した後、年齢とともに増加している（図表7）。50～80歳代まで5万点台後半のレベルで高止まりした後、90歳以上では5万点と減少する。ちなみに、後期高齢者の1件当たり点数は5.4万点であり、一般医療の5.0万点の1.07倍と、ほとんど変わらない。

診療行為別にみると、入院等（入院基本料や各種加算）が年齢とともに増加しており、90歳以上では全体の5割超を占めるに至っている。入院基本料は1日単位で算定されることを踏まえると、入院日数の長さを反映しているものと考えられる（注1）。

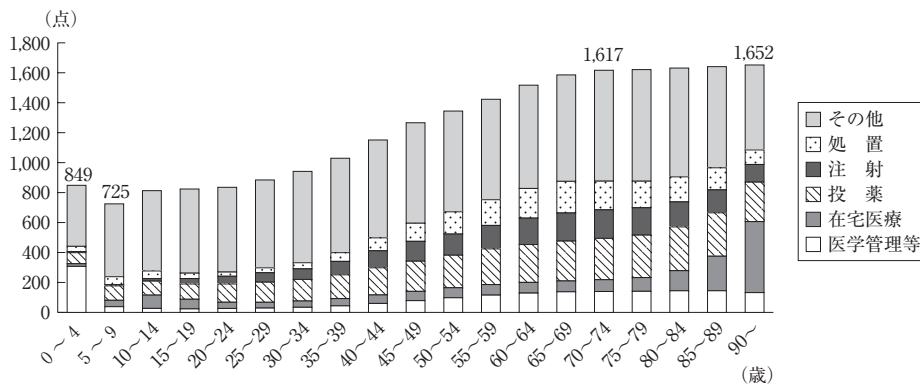
(図表7) 年齢階級別入院1レセプト当たり点数



(資料) 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」(2017年)

次に、入院外の1件当たり点数は、0～4歳の849点から5～9歳で725点に減少した後、年齢とともに徐々に増加する(図表8)。70歳以降は1,600～1,650点の水準で高止まりしている。後期高齢者の1件当たり点数は1,706点であり、一般医療の1,211点の1.4倍である。

(図表8) 年齢階級別入院外1レセプト当たり点数



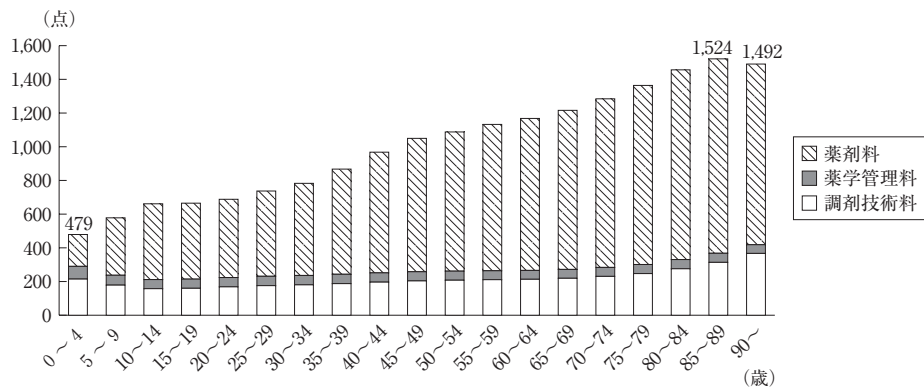
(資料) 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」(2017年)

これを診療行為別にみると、治療計画に基づいて健康状態の経過観察や生活指導を行う医学管理、通院が困難な患者を対象にする在宅医療、および投薬で年齢とともに増えている。高齢者ほど生活習慣病をはじめ、日常的な健康管理や薬剤服用の必要性が高い傾向にあることを反映していると考えられよう。

最後に、薬局調剤の1件当たり点数は、0～4歳の479点から85～89歳の1,524点まで徐々に増えた後、90歳以上では1,492点に減少する(図表9)。後期高齢者は1,459点であり、一般972点の1.5倍である。

診療行為別には、薬剤の副作用の説明や服薬指導を行った際に算定される薬学管理料や調剤技術に対する調剤技術料では大きな年齢差が確認されない一方、薬剤本体の価格である薬剤料で大きな開きがある。

(図表9) 薬局調剤1レセプト当たり点数



(資料) 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」(2017年)

C. 小 括

以上を要すると、まず、受療率（100人当たりレセプト件数）では、入院、入院外、薬局調剤ともに大きな年齢格差が確認された。高齢者ほど慢性的、かつ複数の疾病を抱える傾向が強く、受診や入院の必要性が高いのは当然ともいえるが、一般医療に比べて入院で6倍、入院外と薬局調剤で2倍を超える後期高齢者の受療率の水準が適正なのか、改めて検証する必要があると思われる。

一方、レセプト1件当たり点数の年齢差については、受診頻度の高さや入院日数の長さを反映している要素が強い。

このようにみると、後期高齢者医療の適正化を考える際に、まず必要な視点は、現在の受診行動が適正なのか、削減の余地はないかを判断することといえよう。

そこで、後期高齢者の受診行動の地域格差に着目してみた。仮に受療率や平均入院日数に地域差が存在し、その要因を明らかにすることができるのであれば、その部分に介入することで受療率や平均入院日数の適正化、延いては後期高齢者医療費の抑制が期待されるためである。

(2) 都道府県別にみた受診状況

厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」では、後期高齢者医療制度加入者が1年間（3月から翌年2月の1年度）に受診したレセプトが都道府県別に集計されている。後期高齢医療制度の対象は基本的に75歳以上であるが、65～74歳でも一定の障害状態にあれば同制度が適用される。ちなみに、2016年度末時点の加入者1,646万人のうち、65～74歳は35万人と全体の2.1%である。

まず、入院について受療率（100人当たりレセプト件数）をみると、最高の高知県（124.8件）と最低の静岡県（63.0件）では約2倍の開きがある（図表10）。前節でみた後期高齢者の受療率（6.4）と水準が違うのは、集計対象のレセプトが、社会医療診療行為別調査では6月に審査された1カ月分のデータであるのに対し、後期高齢者医療事業状況報告では1年間のデータであるためである。

先述の通り、入院の場合、レセプト件数のみでは受診行動を表すのに限界がある。加えて、後期高齢者医療事業状況報告では1年分のレセプトが集計されおり、例えば1月1日から1月31日まで入院する場合には1枚のレセプトが発行される一方、1月15日から2月15日まで入院する場合、同じ31日間の入

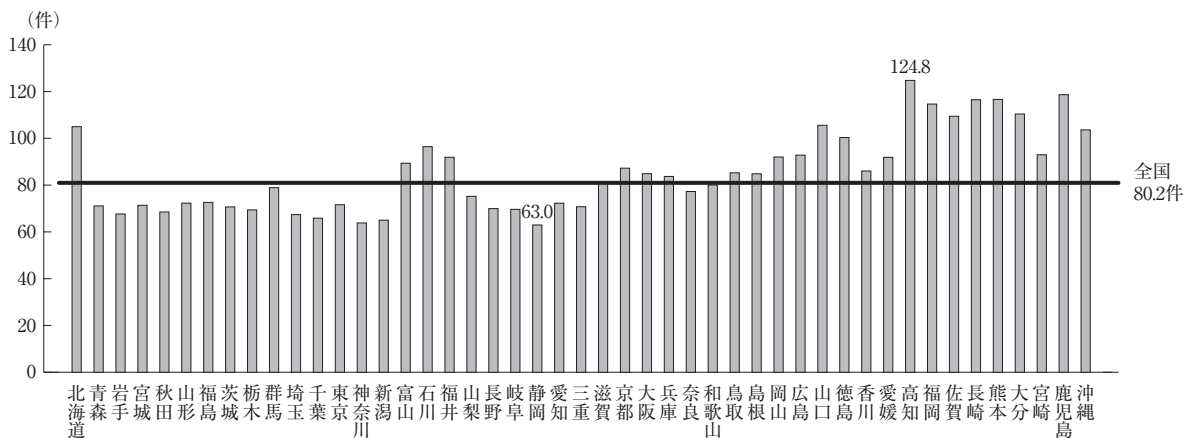
院であるにもかかわらず、月をまたぐので2枚のレセプトが発行される。つまり、入院日数が同じでも、入院した時期によってレセプトの枚数が異なることになる。

そこで、前節と同様に平均入院日数をみると、最長の山口県（57.0日）と最短の神奈川県（31.8日）では1.8倍の開きがある（図表11）。現在都道府県で進められている医療費適正化計画では、後発医薬品の使用率や特定検診・保健指導の実施率に加えて、平均入院日数についても都道府県格差に着目した医療費の適正化が進められている。同様の手法を後期高齢者にも適用することができれば、後期高齢者医療費の適正化が期待できるといえよう。

次に、入院外については、最高の長崎県（1,753件）と最低の富山県（1,388件）では1.3倍の格差がある（図表12）。前章で見た通り、入院外の受療率は80～84歳をピークに減少することを考えると、都道府県間の年齢構成が影響している可能性が考えられる。

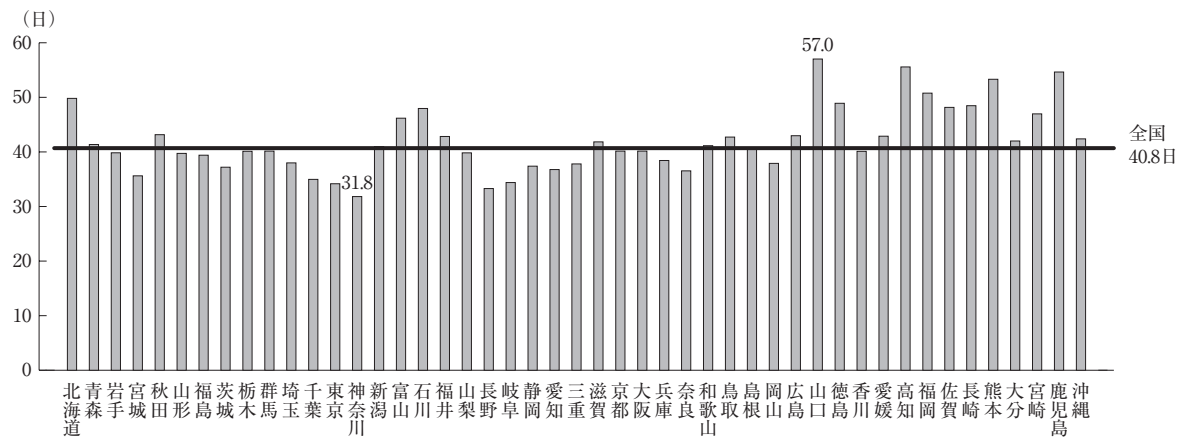
最後に、薬局調剤については、最高の佐賀県（1,339件）と最低の福井県（674件）で約2倍の開きがある（図表13）。前述の通り、薬局調剤のレセプトは、医師による処方箋を基に薬局が発行した明細書

（図表10）後期高齢者の都道府県別入院受療率



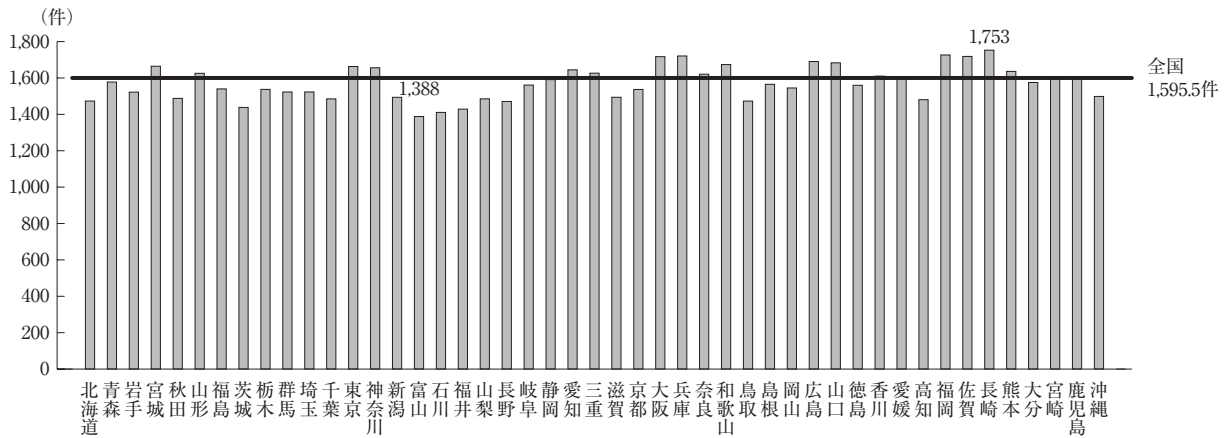
（資料）厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」（2016年度）

（図表11）後期高齢者の都道府県別平均入院日数



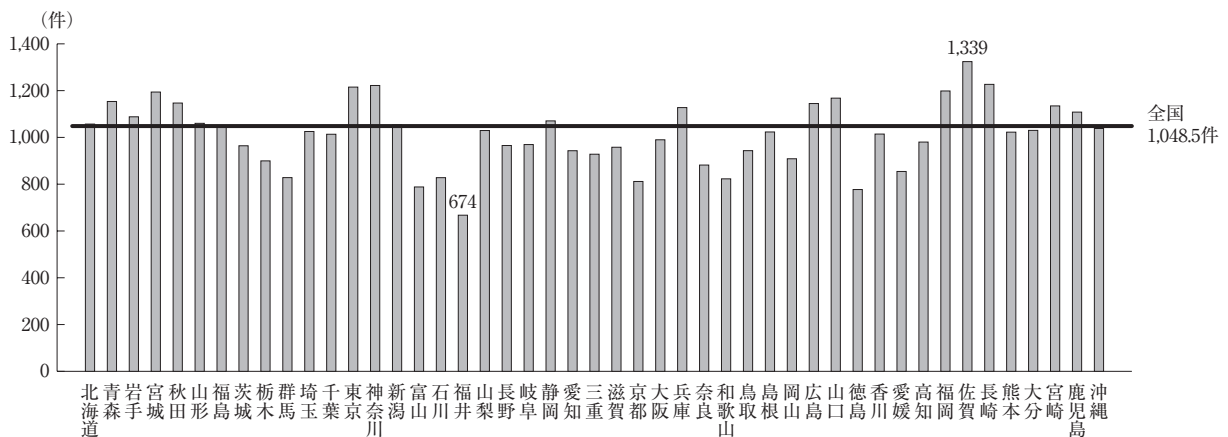
（資料）厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」（2016年度）

(図表12) 後期高齢者の都道府県別入院外受療率



(資料) 厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」(2016年度)

(図表13) 後期高齢者の都道府県別薬局調剤受療率

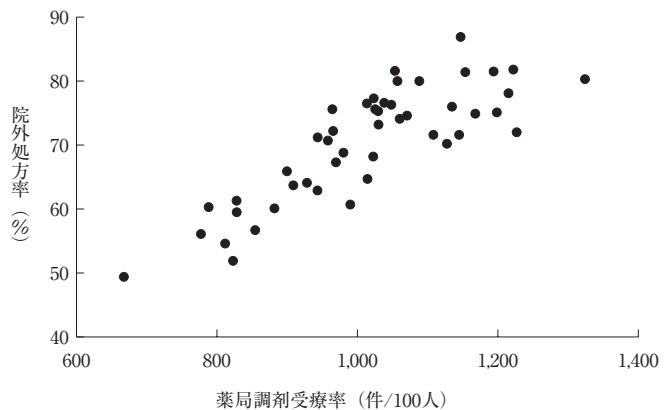


(資料) 厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」(2016年度)

であり、いわゆる「院外処方」に関するものである。

そこで、すべての処方における院外処方の割合と薬局調剤受療率の関係を都道府県データで確認すると、両者の間に高い相関があることが分かる(図表14)。このようにみると、薬局調剤受療率の地域差には、外来受療率だけでなく医薬分業の普及率の地域差が関係していると考えられよう。

(図表14) 薬局調剤受療率と院外処方率の相関関係



(資料) 厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」(2016年度)、日本人薬剤師協会「医薬分業進捗状況」(2016年度)

(注1) 実際、1食当たり、あるいは1日当たりで算定される食事療養等（入院時食事療養費と入院時生活療養費）は年齢とともに増加しており、0～4歳の7,000円から90歳以上では3.3万円と3万円を超えている。ここで、入院時食事療養費とは、入院時の食事に関する給付であり、1食当たりで算定される。また、入院時生活療養費とは、療養病床に入院する65歳以上の者に対する食事と光熱水費に関する給付であり、食事は1食当たり、光熱水費は1日当たりで算定される。

3. 都道府県データ分析

本章では、後期高齢者の受診行動の都道府県格差に影響を与える要因を考察する。具体的には、入院については平均入院日数、入院外と薬局調剤については受療率（100人当たりレセプト件数）を被説明変数としたモデルを推計し、統計学的に有意な説明変数を検出する。

(1) モデルと変数

まず、入院については、被説明変数は平均入院日数である（厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」）。

一方、説明変数は、一つは年齢要因として、75歳以上人口に占める85歳以上の割合（85歳以上割合）である。85歳以上で入院日数が一段と長期化することを踏まえて、85歳を境とした。なお、入院と薬局調剤の受療率では、90歳以上で大きく低下する傾向が確認された。このため、入院外と薬局調剤では90歳以上割合を年齢要因として採用している。

二つめは、療養病床数である（厚生労働省「医療施設調査」）。前章でみた通り、特に療養病床で大きな年齢格差が確認されたことに加えて、2011年から2014年にかけて療養病床の平均入院日数が大きく短縮している。平均入院日数の短縮余地が大きいと判断して、75歳以上人口当たり療養病床を採用した。病床数が多いほど、稼働率を維持するために入院を長期化させるインセンティブが医療機関で働く可能性が考えられる。

三つめは、介護施設定員割合である。具体的には、特別養護老人ホーム（以下、特養）と老人保健施設の定員数と介護保険適用の療養病床数の合計（厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」）を、介護保険の給付対象である65歳以上人口で除した値である（注2）。治療が必要な者は入院、医療よりむしろケアを必要とする者は介護施設といったように医療と介護の機能分化が進んでいる場合には、介護施設定員割合が大きい地域ほど長期入院の必要性は低下すると考えられる。一方、例えば、自宅に戻ることなく病院と介護施設を行き来しており、施設の空きを待つまで入院している等、医療と介護の役割分担が曖昧な場合には、平均入院日数と介護施設定員割合は正の関係にあると考えられる。介護保険の給付対象は原則65歳以上なので、65歳以上人口当たりの定員数とした。

最後は、社会要因として持家世帯割合と単身世帯割合である。入院の場合、退院後の生活をどこでどう過ごすのが重要になる。持家に居住している場合、自宅の改修や修繕が行いやすいこともあり、身体に支障が生じてでも自宅に戻りやすい環境にあると考えられる。また、一人暮らしの場合、退院後の生活に支障が生じるので患者本人や家族が長期入院を希望する可能性が考えられる一方、入院中から医療従事者やソーシャルワーカーによる退院支援が行われる場合には、退院の時期を早めることが可能になるかもしれない。そこで、持家世帯割合、具体的には世帯主年齢65歳以上の一般世帯人員のうち持家に居住する人数の割合と、単身世帯割合、すなわち75歳以上一般世帯人員のうち世帯人員が一人の単独世

帯人員の割合を採用した（ともに総務省「国勢調査」）。

次に、入院外の被説明変数は、100人当たり入院外レセプト件数である。

説明変数は、年齢要因としての90歳以上人口割合に加えて、医療機関数と居宅介護利用割合を採用した。

ここで、医療機関数は、病院と診療所の合計とし（厚生労働省「医療施設調査」）、1,000人当たりのデータを採用した。医療機関が多く競争が厳しい地域では、収入を確保するために必要以上の診療を行う、いわゆる「医師誘発需要効果」が働きやすいと考えられる。また、患者にとっても、医療へのアクセスが便利なほど受診する傾向が強まると考えられる。

居宅介護利用割合は、65歳以上人口に占めるデイサービス、訪問介護、ショートステイ利用者数、および特定施設入所者生活介護の利用者数の割合である（厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」）。利用者は要介護認定者であることを踏まえると、利用者の割合が高いほど医療を受ける頻度が高くなると思われる。

最後に、薬局調剤の被説明変数は、100人当たり薬局調剤レセプト件数である。説明変数は、年齢要因である90歳以上人口割合に加えて、薬局数と医薬分業率である。

まず、薬局数は、1,000人当たり薬局数である（厚生労働省「衛生行政報告例」）。薬局での調剤は医師からの処方箋に基づいて行われるので、医師誘発需要効果のように薬局自身が需要を誘発することはない。もっとも、薬局の数が多き地域ほど、患者は自分の都合に応じて薬局を使い分ける余地が大きいと考えることができよう。

一方、医薬分業率とは、すべての処方箋に占める院外処方箋の比率である（日本薬剤師協会「医薬分業進捗状況」）。処方箋を発行する医療機関と調剤を担う薬局の役割分担が行われていることから、医薬分業と呼ばれる。前述の通り、薬局調剤レセプトの対象は院外処方された薬剤なので、医師による投薬の指示が同程度だとしても、院外処方が普及している地域ほど薬局が発行するレセプトの件数は少なくなると考えられる。

以上が使用するデータの紹介である。実際の推計には、都道府県に特有な要因があることを考慮して、2年分の都道府県データをプールしたパネル分析を採用した。

後期高齢者医療制度が創設されたのが2008年度であり、年齢別人口や持家世帯数等については5年毎のデータしか存在しない（総務省「国勢調査」）ため、推計に使用したのは2010年度と2015年度の2年のみである。

データの基本統計量は（図表15）の通りである。

（図表15）基本統計量

	観察値	平均値	標準偏差	最小値	最大値
平均入院日数 (日)	94	45.04	6.61	32.54	62.99
入院外受療率 (件/100人)	94	1542.07	89.07	1353.81	1740.25
薬局調剤利用率 (件/100人)	94	947.38	164.74	463.29	1318.79
療養病床数 (床/千人)	94	24.1976	10.2304	11.1777	58.6842
医療機関数 (件/千人)	94	0.89978	0.14629	0.61199	1.27399
薬局数 (件/千人)	94	0.46328	0.07433	0.31005	0.68232
85歳以上人口割合	94	0.29928	0.03086	0.24304	0.36370
90歳以上人口割合	94	0.10899	0.01403	0.08255	0.01460
介護施設定員割合	94	0.03012	0.00433	0.02063	0.03995
居宅介護利用割合	94	0.07575	0.01097	0.05130	0.10407
持家世帯割合	94	0.90416	0.64884	0.08654	8.52174
単身世帯割合	94	0.19865	0.04788	0.10750	0.31290
医薬分業率 (%)	94	64.8340	10.6126	32.60	84.60

（資料）日本総合研究所作成

(2) 推計結果

推計結果は、以下の通りである。

まず、入院については、都道府県に固有の効果があるか否かを調べるハウスマン検定の結果、固定効果モデルを採用した(図表16)。入院日数については、地理的状況や疾病構造等、都道府県に独自の要因が働いていることが分かった。

各変数の有意水準と符号をみると、療養病床数は0%水準で有意にプラスであった。療養病床については、診療報酬改定の度に医療の必要度や患者の状態によって報酬体系が細分化され、入院の必要性の低い患者を受け入れるほど収益がマイナスになるよう環境整備が進められているが、療養病床数が多いほど入院日数が長いということは、病床稼働率を維持するために入院が長期化されている可能性を示唆しているといえよう。

次に、介護施設定員数は10%水準で有意にマイナスであった。これは、医療が必要な者は入院、医療よりケアを必要とする者は介護施設といった、医療と介護の機能分化が進んでいることを反映していると考えられる。

社会的要因としての持家割合は10%水準、単身世帯割合は5%水準でともに有意にマイナスであった。持家居住者は貸家住宅で暮らす者に比べて自宅に戻りやすい環境にあることが分かった。また、単身世帯割合の符号が負であったということは、一人暮らしの入院患者に対して特に慎重に退院支援やカンファレンス等が行われている可能性があるといえよう。

なお、85歳以上人口割合は有意な影響が検出されなかった。85歳以上人口が多くても入院日数が長くないということは、今後さらなる高齢化が進むとで、慢性期医療へのニーズの増大に対して、療養病床の増加ではなく、病床回転率の上昇で対応可能なことを示唆しているといえよう。

次に、入院外については、都道府県に固有な要因の存在が棄却されたため、変量効果モデルで推計を行った(図表17)。

医療機関数は1%水準で有意にプラスであった。医療機関が多いほどアクセスが容易になるという患者サイドの要因と、医師誘発需要効果という診療所サイドの要因の両方、あるいはどちらかが働いていると考えられる。

また、居宅介護利用割合は5%水準で有意に正であった。要介護認定割合の都道府県格差を反映していると推察されるが、このことは、仮に要介護状態

(図表16) 推計結果 (平均入院日数)

	推計値	t 値	p 値
85歳以上人口割合	▲19.2805	▲1.51	0.138
療養病床数	481.465	4.84	0.000
介護施設定員割合	▲211.368	▲1.97	0.056
持家世帯割合	▲44.4808	▲1.82	0.076
単身世帯割合	▲90.5126	▲2.67	0.011
定数項	103.722	4.00	0.000
Number of obs	94		
sigma_u	5.45157		
sigma_e	0.90902		
rho	0.97295		
R-sq: wirhin	0.9191		
between	0.2538		
overall	0.3226		
F	95.41 (Prob > F = 0.0000)		

(資料) 日本総合研究所作成

(図表17) 推計結果 (入院外受療率)

	推計値	t 値	p 値
90歳以上人口割合	▲40.81223	▲0.18	0.858
医療機関数	281.1776	4.90	0.000
居宅介護利用割合	842.5747	2.40	0.016
定数項	1230.593	35.27	0.000
Number of obs	94		
sigma_u	64.34398		
sigma_e	10.34398		
rho	0.97486		
R-sq: wirhin	0.7260		
between	0.2707		
overall	0.2818		
Wald chi2	120.90 (Prob > chi2 = 0.0000)		

(資料) 日本総合研究所作成

であっても、必要に応じて医療と居宅サービスを利用しながら住み慣れた地域で生活を続けている高齢者の姿を伺うことができよう。

90歳以上人口割合については有意な効果を観察できず、入院同様、年齢要因が効いていない結果となった。入院外の受診行動には、病院と医療機関といった医療提供体制や居宅での生活支援体制の整備状況の方が影響していると判断される。

最後に、調剤薬局については、固定効果モデルで推計した(図表18)。

(図表18) 推計結果(薬局調剤受療率)

	推計値	t 値	p 値
90歳以上人口割合	▲148.56330	▲0.48	0.635
薬局数	379.7634	2.98	0.005
医薬分業率	11.93819	14.18	0.000
定数項	13.63588	0.78	0.442
Number of obs	94		
sigma_u	63.57100		
sigma_e	9.73216		
rho	0.97710		
R-sq: within	0.9870		
between	0.8372		
overall	0.8554		
F	1117.42 (Prob > F = 0.0000)		

(資料) 日本総合研究所作成

薬局数は1%水準で有意にプラスであった。このことは、薬局の数が多いほど、患者は調剤薬局を特定化する必要が低いことを示唆しているといえる。

また、医薬分業率も1%水準で有意にプラスであった。薬価の相次ぐ引き下げにより、いわゆる「薬価差益」が薄くなるもとで、医療機関にとっては院内処方するメリットが小さくなっている。薬剤師の確保や後発医薬品の普及等、調剤や在庫管理にかかるコストもあり、院内処方する医療機関は大きく減少しているが、都道府県によって大きなバラツキがみられる。2017年度の医薬分業率を都道府県別にみると、秋田県では87.6%と処方箋の9割近くが院外処方される一方、福井県では50.8%と半分にとどまっている。現在政府によって進められている「かかりつけ薬局」制度を普及・促進するには、院外処方が進まない理由を改めて整理することが求められるといえよう。

(3) 小 括

以上を要すると、次の通りである。

第1に、療養病床や病院、診療所、薬局といった提供体制の充実が受療率や平均入院日数にプラスに働いていることが分かった。アクセスが容易という患者サイドの事情に加えて、医療機関が不必要な治療や入院を促す、いわゆる医師誘発需要効果が働いている可能性は否定できない。

第2に、病床と介護施設の間で機能分化が確認された一方、入院外医療と居宅介護サービスは一体的に利用されていることが分かった。このことは、高齢者医療を考えるうえで、介護が不可分の要素になっていることを示唆している。

第3に、持家世帯割合や単身世帯割合といった社会的要因が高齢者の受診行動に影響を与えていることが分かった。受診行動の適正化には、無駄な医療を控えるという高齢者自身の意識改革だけでなく、住環境や退院後の療養環境の整備等、高齢者自身の前向きな取り組みが求められるといえよう。

(注2) 介護保険制度の給付対象は原則65歳以上であるが、加齢に基づく要因によって要介護状態になった40~64歳も含まれる。

4. 後期高齢者受診行動の適正化に向けて

前章の推計結果を踏まえて、後期高齢者の受診行動の適正化に向けた課題を考察すると、以下の通りである。

(1) 病床以外の医療提供体制の適正配置

第1は、病床以外の医療提供体制の適正配置である。

病院、診療所や病床をはじめとする医療提供体制の充実、医療へのアクセスの良さや選択肢の多さにつながるため、患者サイドにとってはメリットといえよう。もっとも、医療機関サイドでは、収益確保のために医師誘発需要効果が働いている可能性は否定できない。適正水準を上回る部分を削減・再編するといった医療提供体制の適正化が求められよう。

現在、病床については、各都道府県において「地域医療構想」のもとで再編が進められている。具体的には、人口や年齢構成等をベースに2025年度に必要な病床数を急性期、慢性期といった機能別に推計し、その実現が目指されている。

もっとも、その対象は病床のみであり、診療所数や薬局数、さらには多額の投資資金を必要とする高額医療機器等は対象外である。今回、MRIやCT等の高額医療機器の設置台数が受療率に与える影響は確認されなかったが、わが国におけるこれら機器の設置台数の多さや稼働率の低さは国際的に突出していることを考えると、医療機器についても計画的な配置が必要といえよう。

受診行動を適正化し、無駄な医療費を抑えて医療をスリム化していくためにも、医療提供体制全般についての適正水準を示すとともに、過剰部分については大胆に削減・再編する姿勢が求められるといえよう。

(2) 将来望ましい介護提供体制の提示

第2は、医療だけでなく介護についても将来の望ましい提供体制の姿を提示することである。

高齢者医療と介護は不可分の関係にあることが改めて確認された。高齢者医療の在り方を考えるうえで、医療だけを対象にしては限界があることを示しているといえよう。

今後、長期療養が必要な患者を対象とする慢性期の病床が地域医療構想のもとで全国的に約2割削減される見通しであり、その実現に向けて、特養やサービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）の供給を増やして新たな受け皿を確保する同時に、在宅医療の環境整備を進める方針が政府によって示されている。

もっとも、厳しい介護保険財政の状況を考えると、特養の供給増には限界がある。現在、30万人を超える待機者が存在し、また、1億総活躍プランのもとで介護離職者数ゼロを実現するためにも特養定員数を大幅に増やすべきとの指摘もあるが、安易な特養定員数の増加は、介護保険料の大幅な引き上げにつながるだけでなく、現役・将来世代に負担を押し付ける結果、制度に対するこれら世代の信頼や支持を失うことにもなりかねない。制度の持続可能性を確保するためにも、介護施設の整備は慎重に進めるべきと考える。

仮に、今後施設への入所が限定的な位置付けになれば、高齢者は自宅での生活が基本になるが、それ

を支えるのは居宅介護サービスである。介護施設だけでなく、居宅介護サービスについても将来的に望ましい提供体制が整備されなければ、慢性期病床の削減だけでなく、地域医療構想そのものも画餅に終わりがねない。

このようにみると、介護についても、いわば「地域介護構想」ともいえる将来的に望ましい姿を定量的に示し、それに沿って計画的に提供体制の整備を進める必要がある。

(3) かかりつけ医とかかりつけ薬局の普及・促進

第3は、「かかりつけ医」と「かかりつけ薬局」の普及・促進である（注3）。

外来と薬局調剤の受療率に診療所数や薬局数が影響していることも改めて確認された。このことは、医療や調剤へのアクセスの良さが過剰な受診や複数薬局の利用を促している可能性を示唆している。アクセスを制限することについては、患者、医療提供者双方からの反発も予想される。もっとも、かかりつけ医やかかりつけ薬局は、患者だけでなく医療機関や薬局にとってもメリットが期待される。

まず、かかりつけ医については、高齢になるほど健康上のリスクが高くなることを考えると、身体状態を日常的に管理してくれる存在は心強だけでなく、入退院や介護との橋渡しを通じて、在宅で生活することのできる限界点の引き上げにもつながる。また、医療機関にとっても、仮にかかりつけ医に対する評価として包括的な診療報酬が設定される場合には、安定的な収入源が確保されることになる。さらに、過剰な治療や検査を行うインセンティブがなくなり、医師誘発需要効果の解消につながる結果、無駄な医療費の抑制も期待されることになろう。

一方、かかりつけ薬局については、体質や薬剤の効能、適正容量等が個人によって異なることを考えると、患者一人ひとりに応じて薬剤管理を担うかかりつけ薬局の役割は重要といえよう。また、かかりつけ医とかかりつけ薬局との間で情報交換が進めば、より効果的な投薬処方が行われる可能性が高まると考えられる。

最後に、現在、全世代型社会保障に向けた様々な取り組みが展開中である。医療や介護をはじめ、わが国の社会保障制度は高齢者に多くの資源が振り向けられているが、厳しい財政事情を考えると、現状を放置してその一方で、子育て支援や教育をはじめとする家族政策を充実させて「全世代型」を目指すには限界がある。手厚い分野から不足している分野に資源を再配分することで実現すべきであろう。団塊世代全員が後期高齢者入りする2025年度は目前に迫っている。政府に対しては危機意識を持って制度の抜本改革に取り組むことを期待したい。

（注3）現在、かかりつけ医とかかりつけ薬局には明確な定義はない。多くの国では初診を特定の医師に限定する「家庭医」制度が普及・定着しているが、わが国でもいわゆる家庭医制度の導入を検討すべき時期にあると考える。

(2019. 3. 20)

参考文献

- [1] 井伊雅子・別所俊一郎 [2006].「医療の基礎的実証 分析と政策：サーベイ」、財務省財務総合政策研究所、フィナンシャル・レビュー、pp.117-156
- [2] 泉田信行 [2000].「医療費の地域差による厚生損失の推計」国立社会保障・人口問題研究所、Working Paper Series、No.3
- [3] 鈴木亘 [2005].「平成14年診療報酬マイナス改定は機能したのか？」田近栄治・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差 現状と改革』、東洋経済新報社
- [4] 飛田英子 [2008].「高齢者医療制度見直しの方向性—受診行動適正化の観点から—」Business & Economic Review、2008年12月号、pp.19-38
- [5] 飛田英子 [2015].「日本版家庭医『地域ドクター』（仮称）の育成および制度の普及・定着に向けて—報酬面の取り組みを中心に—」JRIレビュー、Vol.9、No.28、pp.47-62