

国民医療費増加要因の分析と 医療費適正化政策の検証

本田 豊

The analysis of the national medical expenses increase factor and the inspection of
the medical expenses restraint policy

Yutaka HONDA

Abstract

The first purpose of this article is to make an analysis of the increase factor of national medical expenses from 1999 to 2013 by dividing into "a low birthrate and aging factor" and "medical expenses factor per person".

We can explain the most of the national medical expenses increase of these days by "a low birthrate and aging factor". However, when we define the first half as the periods from 1999 to 2008, and the second half as the periods from 2008 to 2013, the increase factors of these two period were different.

We confirmed that "a low birthrate and aging factor" was a main increase factor in the first half, but in the latter half, we confirmed that the influence of "the medical expenses factor per person" was bigger than the influence of "a low birthrate and aging factor".

Therefore, when we think about future national medical expenses, it is very important how we control "the medical expenses factor per person".

The second purpose of this article is to analyze the factor that "the medical expenses per person" increased in the latter half period. As one of the main points of our analysis, we made clear that medical expenses restraint policy of Ministry of Health, Labor and Welfare might bring the increase of "the medical expenses per person".

はじめに：本論文の目的と背景

国民医療費が毎年増加し、2013年度には40兆円を突破した¹。国民医療費が増加すること自体は、健康で文化的な最低限の生活を保障するという基本的人権という視点から、健康を維持し、できるだけ長い健康寿命を保障するための不可欠なコストとしてやむを得ないことである。また、国民医療費の増大は、供給サイドからみると医療産業の発展をもたらして、そこに多くの雇用を生み出すとともに、需要サイドからみると他産業への経済的波及効果をもたらして経済成長にも寄与するというメ

リットをもたらす。

他方、医療サービスは準公共財とよばれるもので、医療サービスの購入では、購入者（患者）の自己負担のみならず、税金や保険料による多額の公的負担が拠出されている。日本経済が順調で国家財政が健全であれば、公的負担の増加にも対処できるかもしれないが、衆知のごとく、日本の財政赤字は1,000兆円にも達し、国民医療費増による公費負担の増加は決して容易でない状況におかれている。少子高齢社会が本格化した日本は、医療保険制度のみならず公的年金制度や介護保険制度など社会保障にかかる公費負担を増やし充実した社会保障を実現

するという課題を財政再建という制約要因の中で考えなければならぬジレンマにたたさされているのである。

国民医療費の増加はやむをえないが、それはどこまで許容できるのか。国民医療費増加の許容目標を設定し、それを達成するための多面的な政策動員が求められる。国民医療費増加の許容目標を設定するためには、そもそも国民医療費はなぜ増加するのかという要因分析が不可欠である。

本論文の第1の目的は、1999年度～2013年度という長期間における国民医療費の増加要因について、「少子高齢化要因」と「1人当たり医療費要因」に分けて実証分析をおこなうことである²。実証分析の結果を先取りするならば、この時期を通算すると、国民医療費増加のほとんどは「少子高齢化要因」で説明することができる。しかし、この期間の増加要因は、前半期（1999年度～2008年度）と後半期（2008年度～2013年度）に区分して分析すると、相当の相違がみられる。前半期は、増加要因としては「少子高齢化要因」が圧倒的であったが、後半期に入ると「少子高齢化要因」以上に「1人当たり医療費要因」の影響が大きくなっていることが確認できる。したがって、今後の国民医療費増加を考える場合、「1人当たり医療費要因」をどのようにコントロールするかが重要になる。

そこで本論文の第2の目的は、後半期（2008年度～2013年度）においてなぜ「1人当たり医療費」は増加したかを分析することである。分析の結論のポイントは、厚生労働省の医療費適正化政策を評価分析し、厚生労働省の医療費適正化政策こそが実は「1人当たり医療費」増加をもたらした可能性があるということである。

国民医療費が毎年増加する状況をふまえ、厚生労働省は医療費の伸びを抑制することを目標に、「医療費適正化計画」を5年ごとに作成されることになっている。直近では、2008年度を初年度とする5年計画が実施され、2013年度に実績の評価を行い、それを踏まえて、次の計画を作成実施するというPDCAサイクルの流れで進んでいる。

2008年度を初年度とする「医療費適正計画」は、医療費の伸びを抑制するために、中長期的対策と短期的対策を推進するという計画であった³。中長期的対策として2つの重点的取り組みを実施した。一つは、生活習慣病対策である。生活習慣病予防の徹底で、生活習慣病有病者・予備軍を25%減少させ、日本の3大疾病である

「がん（悪性新生物）・急性心筋梗塞・脳卒中」の患者数を大幅に減らし、中長期的な医療費削減に結びつけようというものである。

もう一つは、医療機能の分化・連携を強化する取組である。国民医療費の増大の多くは、老人医療費の増加であり、その背景には高齢者の「社会的入院」がなかなか是正されず、在院日数の長期化があるので、平均在院日数を短縮するとともに入院は急性期医療に相対的重点を置くように医療機能の分化を行うというものであった。

医療費の伸びを抑制するための短期的対策としては、公的医療保険の給付範囲の見直しと診療報酬適正化が柱となった。前者では、①高齢者の患者負担の見直し、②療養病床に入院している高齢者の食費・居住費の負担引き上げ、③高額療養費の自己負担額の引き上げなどが主な見直し事項であり、高齢者の医療費負担増の施策が前面に打ち出された。後者は、計画初年度の2008年度に先駆けて、2006年度診療報酬改定の全体改定率を-3.16%とマイナス改定を実施するというものであった⁴。診療報酬改定は2年ごとに実施されるが、その後「医療費適正化計画」期間においては、2008年度の全体改定率が-0.82%、2010年度は0.19%と微増であったが、2008年度から2013年度の5年間に影響を与えた診療改定率は相当のマイナス改定であったということが出来る。

果たして、このような医療費適正化計画が国民医療費の抑制に効果があったのかどうかを検証することが上述のごとく本論文の第2の目的である。医療費適正化計画の中長期対策の取り組みのうち、生活習慣病対策についての現段階での評価は保留すべきかもしれない⁵。ここでは、在院日数短縮の医療費削減効果や短期的対策のマイナス診療報酬改定率の実施などがこの間の国民医療費に与えた影響について注目して議論する。

1. 国民医療費変化要因の実証分析⁶

1.1. 国民医療費変化要因分析の方法

国民医療費の増加要因を分析するためには、一定期間の変化を分析対象とする必要があるから、まず、基準とする年度（以下「基準年度」と呼ぶ）を決め、次に比較したい年度（以下「比較年度」と呼ぶ）を設定し、2つの年度間の変化分を考察するということになる。

ある特定の年齢階級における医療費は次式のように定

義することができる。

$$\text{医療費（基準年度）} = 1 \text{人あたり医療費（基準年度）} \\ \times \text{人口（基準年度）} \quad (\text{i}) \text{式}$$

$$\text{医療費（比較年度）} = 1 \text{人あたり医療費（比較年度）} \\ \times \text{人口（比較年度）} \quad (\text{ii}) \text{式}$$

ここで、

$$1 \text{人あたり医療費（比較年度）} = 1 \text{人あたり医療費（基準年度）} \\ + 1 \text{人あたり医療費変化分}$$

$$\text{人口（比較年度）} = \text{人口（基準年度）} + \text{人口変化分}$$

であるから、(ii)式にこれらの2式を代入すると、次式がもとまる。

$$\text{医療費（比較年度）} = \{1 \text{人あたり医療費（基準年度）} \\ + 1 \text{人あたり医療費変化分}\} \times \{ \text{人口（基準年度）} + \\ \text{人口変化分} \}$$

この時、2期間の変化分は、次式で示される。

$$\begin{aligned} & \text{医療費変化分} \\ &= \text{医療費（比較年度）} - \text{医療費（基準年度）} \\ &= \{1 \text{人あたり医療費（基準年度）} + 1 \text{人あたり医療} \\ & \quad \text{費変化分}\} \times \{ \text{人口（基準年度）} + \text{人口変化分} \} - \\ & \quad 1 \text{人あたり医療費（基準年度）} \times \text{人口（基準年度）} \\ &= 1 \text{人あたり医療費（基準年度）} \times \text{人口変化分} + 1 \text{人} \\ & \quad \text{あたり医療費変化分} \times \{ \text{人口（基準年度）} + \text{人口} \\ & \quad \text{変化分} \} \end{aligned}$$

結局次式が導出される。

$$\text{医療費変化分} = 1 \text{人あたり医療費（基準年度）} \times \text{人口} \\ \text{変化分} + 1 \text{人あたり医療費変化分} \times \text{人口（比較年度）}$$

ここで第一項が、「少子高齢化要因」による医療費の変化分を示し、「高齢化社会が国民医療費を増やす」という場合は、この項目の数値を指すことになる。第一項は、少子高齢化社会では、若年齢階級の人口が減少傾向、高年齢階級の人口は増加傾向を示すなど主に人口構造の変化を反映することになる。

第二項は、2期間の1人あたり医療費の変化分が比較年度の国民医療費にどの程度影響を与えるかを示す。1人あたり医療費の上昇は、多数の年齢階級で起こることが一般的である。もし、高齢化の進展によって高齢者年齢階級の人口が増加すれば、高齢者年齢階級全体の医療費は増大する。しかしこれは高齢化要因によるものではない。なぜなら、いくら高齢者人口が増加しても、1人あたり医療費の増加なければ、全体の医療費は増加しないからである。

以下では、第一項を「少子高齢化要因」、第二項を「1

人あたり医療費要因」とみなしてそれぞれの要因が国民医療費変化に与える影響について考察する。

1.2. 1999年～2013年の国民医療費増加の実証分析

（表1参照）

1999年から2013年までの人口構造の変化をみると、「0～4歳」から「50～59歳」の年齢階級について、「35～39歳」「40～44歳」の年齢階級を除いて人口が減少している。「60～64歳」以上のすべての年齢階級で人口が増加し、全体では612人の微増にとどまっている。

1人あたり医療費の変化をみると、「0～4歳」から「60～64歳」までの年齢階級では増加している。一番増加額が大きいのは「0～4歳」で6万3,500円の増、「20～24歳」の増加額が一番小さく7,200円であった。「65～69歳」以上の年齢階級の1人あたり医療費は減少しており、特に「85歳以上」では、23万8,600円の減少になっている。

15年間の国民医療費の増分は9兆3,592億円にもほれる。国民医療費増分のうち、少子高齢化要因による増分は8兆6,741億円、1人あたり医療費要因による増分は6,851億円であり、この期間の国民医療費増は圧倒的に少子高齢化要因によるものであったことがわかる。少子高齢化要因による国民医療費への影響を年齢階級別にみると、人口が減少した年齢階級では当然ながら国民医療費も減少、人口増の年齢階級では国民医療費も増加するという結果になっている。

1人あたり医療費要因による国民医療費の増分がそれほど大きくない。これは、介護保険制度が2000年度に導入されて、それまでは国民医療費と算定されていた介護関連医療費の一部が介護保険制度に移されたため、「65～69歳」以上の年齢階級の1人あたり医療費が1999年度と比較して相当に減少したためである。

1人あたり医療費上昇の国民医療費への影響を年齢階級別にみると、「0～4歳」から「60～64歳」の年齢階級では、国民医療費が増加しているが、他方「65～69歳」以上の年齢階級では国民医療費が減少している。特に、「80～84歳」で3,866億円の減少、「85歳以上」で1兆831億円もの減少になっている。これらの年齢階級で国民医療費が大幅に減少しているのは、いうまでもなく介護保険の導入による。

「0～4歳」から「60～64歳」の年齢階級は、介護サービス受給権者ではないので、人口が減少しているにもか

表 1：少子高齢化要因と 1 人当たり医療費要因が国民医療費の変化（1999 年度～ 2013 年度）に与えた影響

年齢階級	人口変化 (人)	1 人当たり 医療費変化 (千円)	国民医療費 (億円)	内 訳	
				少子高齢化要因 (億円)	1 人当たり医療費要因 (億円)
0～4 歳	- 712	63	2,115	-1,211	3,326
5～9	- 669	38	1,418	- 608	2,026
10～14	- 971	27	899	- 644	1,543
15～19	-1,608	17	87	- 912	999
20～24	-2,685	7	-1,465	-1,911	446
25～29	-3,026	11	-2,008	-2,758	750
30～34	-1,055	22	636	-1,036	1,672
35～39	1,144	25	3,529	1,225	2,304
40～44	1,770	25	4,640	2,220	2,420
45～49	-1,038	20	- 3	-1,703	1,700
50～54	-2,122	30	-2,015	-4,302	2,287
55～59	-1,166	34	- 448	-3,049	2,601
60～64	2,036	24	9,575	7,239	2,336
65～69	1,748	- 3	8,235	8,455	- 220
70～74	1,859	- 9	11,293	11,993	- 700
75～79	2,376	- 31	17,400	19,342	- 1,942
80～84	2,294	- 81	19,219	23,085	- 3,866
85 歳以上	2,436	-239	20,485	31,316	-10,831
合 計	612		93,592	86,741	6,851

出所：各年度の「国民医療費」をもとに筆者試算。

かわらず、当該の全ての年齢階級で 1 人当たり医療費が上昇すれば、国民医療費も増加していることがわかる。この期間の 1 人当たり医療費要因は、若い世代の国民医療費を増大させ、高齢者のそれを減少させたといえることができる。

以上のように、1999 年～ 2013 年を通しでみると、1 人当たり医療費要因による国民医療費の増分はそれほど大きくならなかったのである。しかし、15 年間のうち前半期を 1999 年度～ 2008 年度、後半期を 2008 年度～ 2013 年度に区分してみると、1 人当たり医療費要因が国民医療費に与えた影響は相当の相違がみられる。以下では、1999 年～ 2013 年を前半期と後半期に区分して、国民医療費の増加要因について考察する。

1.3. 前半期（1999 年度～ 2008 年度）の国民医療費 (表 2 参照)

2000 年度の介護保険導入にもかかわらずこの期間に国民医療費は 4 兆 1,067 億円増加した。内訳をみると、少子高齢化要因による国民医療費の増加は 5 兆 8,221 億

円と推計されるが、1 人当たり医療費要因による国民医療費が 1 兆 7,154 億円減少したので、国民医療費の増加は 4 兆円強に縮小し、少子高齢化要因による国民医療費増加を相当に抑制できたことが確認できる。これはいうまでもなく、介護保険導入による高齢者層の 1 人当たり医療費削減効果が表れたことによる。

1999 年から 2008 年の人口構造の変化では、「0～4 歳」から「25～29 歳」の年齢階級及び「45～49 歳」・「50～54 歳」で人口が減少、その他の年齢階級で人口が増加し、全体では 1,006 人の増加である。

少子高齢化要因による国民医療費変化を年齢階級別にみると、人口が減少した年齢階級では当然ながら国民医療費は減少している。「55～59 歳」以上の年齢階級では増加、特に 75 歳以上の後期高齢者では著しい増加である。診療別にみると、一般診療医療費の増加が大半で、4 兆 5,375 億円増加であり、薬局調剤医療費は 4,121 億円の増加にとどまっている。

1 人当たり医療費の変化をみると、「0～4 歳」から「55～59 歳」までの年齢階級では、「20～24 歳」を除

表2：少子高齢化要因と1人当たり医療費要因が国民医療費の変化（1999年度～2013年度）に与えた影響

(単位：億円)	国民医療費	一般診療医療費			歯科診療 医療費	薬局調剤 医療費	入院時食事 医療費	その他 医療費
		総数	入院	入院外				
国民医療費変化分	41,067	21,324	14,821	6,504	342	30,112	-2,607	- 8,105
少子高齢化要因	58,221	45,376	26,085	19,290	1,220	4,121	2,775	4,727
1人当たり医療費要因	-17,154	-24,052	-11,264	-12,786	-878	25,991	-5,382	-12,832

年齢階級	人口変化 (人)	1人当たり 医療費変化 (千円)	国民医療費 (億円)	内 訳	
				少子高齢化要因 (億円)	1人当たり医療費要因 (億円)
0～4歳	- 546	39	1,184	- 929	2,113
5～9	- 243	21	984	- 221	1,205
10～14	- 777	10	80	- 515	595
15～19	-1,500	8	- 340	- 851	511
20～24	-1,785	0	-1,285	-1,270	- 15
25～29	-2,265	1	-1,961	-2,065	104
30～34	318	8	1,040	312	728
35～39	1,693	11	2,861	1,812	1,049
40～44	509	10	1,461	638	823
45～49	-1,663	1	-2,633	-2,729	96
50～54	-2,034	7	-3,608	-4,124	516
55～59	941	9	3,326	2,461	865
60～64	1,328	- 3	4,437	4,722	- 285
65～69	1,090	- 28	3,051	5,272	- 2,221
70～74	1,220	- 18	6,603	7,871	- 1,268
75～79	1,779	- 49	11,691	14,482	- 2,791
80～84	1,591	-146	10,099	16,011	- 5,912
85歳以上	1,349	-384	4,077	17,342	-13,265
総 数	1,006		41,067	58,221	-17,154

出所：各年度の「国民医療費」をもとに筆者試算。

いて増加している。「60～64歳」以上の年齢階級の1人当たり医療費は減少しており、特に「85歳以上」では、38万4,200円の減少である。これらの変化に対応して、年齢階級別の1人当たり医療費要因の国民医療費への影響が決まり、全体で見ると、1兆7,153億円国民医療費が減少するという結果になっている。

1人当たり医療費要因が診療別医療費に与えた影響をみると、一般診療医療費の減少が2兆4,051億円の減少に対して、薬局調剤医療費は2兆5,990億円の増加になっている。一般診療費の減少と薬局調剤医療費の増大はほぼ同額であるから、国民医療費の減少は他の医療費が減少した結果ということになる。薬局調剤医療費が大幅に増加したのは、院内処方薬が薬局処方に転換するという医薬分業の本格的なはじまりを反映している⁷。

この期間の国民医療費増加は、少子高齢化要因によっ

て想定された国民医療費増を下回った。これは、介護保険制度導入により、1人当たり医療費要因が国民医療費の削減効果をもたらしたことが大きい。

1.4. 後半期（2008年度～2013年度）の国民医療費（表3参照）

この時期は、少子高齢化の流れを受け、高齢者の増加とともに総数で人口総数は394人減少している。国民医療費の増分は5兆2,525億円である。そのうち、少子高齢化要因による国民医療費の増分は、2兆2,287億円（入院1兆1,364億円、入院外6,467億円、薬局調剤医療費3,150億円それぞれ増加）であった。これに対して、1人当たり医療費要因によって国民医療費は3兆238億円増加しており、前半期に比して、1人当たり医療費増による国民医療費増が著しい。

1人当たり医療費の変化をみると、前半期と違って全ての年齢階級では増加しているが、「0～4歳」で24,400円増加、その後年齢階級が高くなるにつれて減少するが、「20～24歳」の7,400円をボトムとして、加齢とともに増加傾向を示し、「60～64歳」でピークの27,300円になっている。前期高齢者以上の年齢階級では加齢とともに必ずしも増加傾向を示しているわけではないが、「80～84歳」では64,500円増加、85歳以上では145,600円と大幅に増加している。

全体的にみると、「0～4歳」から「55～59歳」の年齢階級では、一部を除いて、少子高齢化要因は国民医療費を減少させているが、1人当たり医療費要因がそれを増加させる要因になっていることがわかる。このことは高齢者のみが国民医療費を増やしているわけではないことを物語っている。但し、後期高齢者の年齢階級（特に

80歳以上で）では1人当たり医療費要因が国民医療費を大幅に増加させているが、これは、1人当たり医療費増大と80歳以上の後期高齢者の人口増加が相乗的に関係しているためである。

診療別に少子高齢化要因の影響をみると、一般診療医療費が1兆7,831億円増加（そのうち入院1兆1,364億円増加、入院外6,467億円増加）、これに対し薬局調剤医療費は3,150億円の増加にとどまっている。少子高齢化要因によって、入院医療費の増加が著しく、入院外及び薬局調剤医療費の増加は入院に比べると小さいことがわかる。

1人当たり医療費要因の診療別医療費への影響をみると、一般診療医療費が1兆23億円増加しており、そのうち入院1兆56億円の増加、入院外は32億円の減少となっている。他方、薬局調剤医療費は1兆4,014億

表3：少子高齢化要因と1人当たり医療費要因が国民医療費の変化（2008年度～2013年度）に与えた影響

(単位：億円)	国民医療費	一般診療医療費			歯科診療 医療費	薬局調剤 医療費	入院時食事 医療費	その他 医療費
		総数	入院	入院外				
国民医療費変化分	52,525	27,854	21,420	6,435	1,590	17,164	-72	5,991
少子高齢化要因	22,287	17,831	11,364	6,467	363	3,150	871	72
1人当たり医療費要因	30,238	10,023	10,056	-32	1,227	14,014	-943	5,919

年齢階級	人口変化 (人)	1人当たり 医療費変化 (千円)	国民医療費 (億円)	内 訳	
				少子高齢化要因 (億円)	1人当たり医療費要因 (億円)
0～4歳	-166	24	931	-347	1,278
5～9	-426	17	434	-476	910
10～14	-194	17	819	-148	967
15～19	-108	8	427	-70	497
20～24	-900	7	-180	-639	459
25～29	-761	10	-47	-704	657
30～34	-1,373	14	-404	-1,459	1,055
35～39	-549	15	668	-648	1,316
40～44	1,261	15	3,179	1,705	1,474
45～49	625	19	2,630	1,033	1,597
50～54	-88	23	1,593	-184	1,777
55～59	-2,107	25	-3,774	-5,695	1,921
60～64	708	27	5,138	2,495	2,643
65～69	658	25	5,184	3,001	2,183
70～74	639	9	4,690	4,006	684
75～79	597	18	5,709	4,568	1,141
80～84	703	64	9,120	6,051	3,069
85歳以上	1,087	146	16,408	9,798	6,610
総 数	-394		52,525	22,287	30,238

出所：各年度の「国民医療費」をもとに筆者試算。

円の増加であり、院内処方薬が薬局処方薬に転換するという医薬分業が継続していることを反映している。1人当たり医療費要因では、入院医療費と薬局調剤医療費を大幅に増加させたのに対し、入院外医療費を減少させるという結果をもたらしている。

2008年度から2013年度におけるこの期間の国民医療費増加は少子高齢化要因に伴う部分より1人当たり医療費の影響による増分が大きかったことがわかる。

1人当たり医療費増大が今後とも続けば、少子高齢化要因以上に国民医療費を増大させるため、1人当たり医療費の増加を抑制していくことが必要になる。1人当たり医療費の増加を抑制するためには、1人当たり医療費の増大がどのような要因によってもたらされたのかを明らかにすることが何よりも重要である。そのためには、1人当たり医療費を「3つの要素」に分解して分析するのが有用である。

2. 医療保険制度にみる「1人当たり医療費」の要素分解分析

2.1. 「3つの要素分解」アプローチ⁸

1人当たり医療費の変化を分析する場合、それを「3つの要素」に分解して分析する手法が一般的であり、以下ではこの手法をもとに考察する。1人当たり医療費は、次式のように示すことができる。

$$1人当たり医療費 = 1人当たり件数 \times 1件当たり日数 \times 1日当たり医療費$$

この式から、1人当たり医療費は、「1人当たり件数」、「1件当たり日数」、「1日当たり医療費」の3つの要素に分解されることがわかる。

ここで件数とは、1か月ごとに提出される明細書（診療報酬明細書及び調剤報酬明細書）の枚数で1枚が1件である。もし、外来患者が当月中に入院した場合は、入院外で1件、入院で1件となり、それぞれに1件ずつ計上することになっている。

1人当たり件数は、病症の診療の発生率であり、レセプト件数÷加入者数で表される。1人当たり件数は、当該保険加入者の健康状態をみる指標であり、1人当たり件数が増加すれば、当該保険加入者の健康状態が悪化傾向にあるとみなしてよい。

1件あたり日数は、受診延べ日数÷レセプト件数でもとめられ、病症の診療期間とみなすことができる。入院

であれば1件あたりの在院日数、外来であれば1件あたりの通院日数ということになる。調剤薬局では、薬局で処方してもらった回数ということになる。

1日当たり医療費は医療費単価とも呼ばれ、1日にかかる入院・入院外・薬局調剤の医療費である。

以下では、主な医療保険制度である「協会けんぽ」「組合健保」「国民健康保険」「後期高齢者医療制度」それぞれの収支データをもとに、1人当たり医療費を「入院」「入院外」及び「薬局調剤」に区分して、「3つの要素」の変化がどの程度1人当たり医療費の変化に寄与したかを数量分析する。

さらに、「3つの要素」の変化が、医療費総額の変化に与えた影響をみるために、入院・入院外・薬局調剤における「3つの要素」それぞれについて、2期間の変化分が基準年度（2008年度）の医療費総額にどの程度影響を与えたかを試算分析する。

2.2. 協会けんぽのケース⁹（表4参照）

医療費総額は、5兆837億円（2008年度）から5兆7,588億円（2013年度）と13.3%増加している。加入者数は3,504万人（2008年度）から3,544万人（2013年度）へと1.1%の微増であった。

1人当たり医療費の増加率をみると、入院16.6%、入院外6.4%、調剤27.5%であり、調剤と入院の増加率が著しいことがわかる。調剤の増加率は入院外のそれを大きく上回っているが、本格的な医薬分業の流れで、医薬分業率が高まったためである（0.51（2008年度）→0.58（2013年度））。

1人当たり件数について、入院は2.2%減少し、入院外は2.5%増加している。入院外の1人当たり件数の増加と医薬分業の促進に伴い薬局調剤の1人当たり件数は15.85%も増加している。入院外及び調剤医療の1人当たり件数が増えたということは、全体として協会けんぽ加入者の健康状態が悪化傾向をもたらしていると解釈できる。

1件当たり日数は、いずれも減少している。在入院の平均日数が11.04日（2008年度）から10.31日（2013年度）へと6.59%減少している。入院外については、平均通院日数が1.59日（2008年度）から1.49日（2013年度）へと6.27%減少し、それを反映して薬局での平均処方回数も1.32回（2008年度）から1.26回（2013年度）に4.68%減少している。このうち入院は、平均在院入院日数の割

表4：「協会けんぽ」における1人当たり医療費の要因分析結果

	医療費総額 (億円)	加入者数 (人)	1人当たり医療費(円)			1人当たり件数			
			入院	入院外	調剤	入院	入院外	調剤(枚)	医薬分業率
2008年度	50,837.22	35,040,577	40,165.00	61,662.00	24,181.00	0.10	5.84	2.98	0.51
2013年度	57,588.64	35,440,575	46,837.38	65,581.69	30,820.47	0.10	5.98	3.45	0.58
変化率(%)	13.28	1.14	16.61	6.36	27.46	-2.17	2.55	15.81	

	1件当たり日数(日)			1日(枚・回)当たり医療費(円)		
	入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)
2008年度	11.04	1.59	1.32	36,582.00	6,668.00	6,194.00
2013年度	10.31	1.49	1.26	45,874.58	7,353.21	7,101.75
変化率(%)	-6.59	-6.27	-4.68	25.40	10.28	14.66

1人当たり件数			1件当たり日数			1日(枚・回)当たり医療費		
入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)
-311	553	1,349	-944	-1,359	-399	3,638	2,228	1,250

注：3つの表は、1人当たり医療費を規定する3要因の変化が医療費総額の変化に与えた影響を示す。単位(億円)
出所：平成20年度及び平成25年度の『医療給付実態調査報告』をもとに筆者試算。

減という厚生労働省の一連の医療費適正化政策の結果といえる。入院外及び薬剤は、1日当たり医療費の増大によって自己負担額が増え続けるため、再診回数を減らして自己負担額の軽減を図ろうという患者行為が反映していると考えられる。

1日(枚・回)あたり医療費は大幅に増加している。入院が25.4%、入院外10.3%、調剤14.7%、それぞれ増加し、特に入院の増加率が著しく高い。なぜ、1日当たり医療費は大幅に増加したのか。その要因を分析することが重要である。

3つの要因が医療費増に与えた影響を試算すると、1人当たり件数では、入院件数の減少が311億円、入院外件数の増加、調剤処方枚数の増加が、それぞれ553億円、1,349億円の医療費増加をもたらしている。健康状態の悪化傾向が1,900億円以上の医療費を増加させたということになる。

1件あたり日数減によって、それ自体は、入院994億円、入院外1,359億円、調剤399億円それぞれ医療費を削減し、全体では2,700億円以上の削減効果がみられる。

しかし、1日当たり医療費の増加によって、入院3,638億円、入院外2,228億円、調剤1,250億円それぞれ増加し、全体で7,116億円もの医療費増加をもたらす結果になっており、1件当たり日数減による医療費削減効果を大きく上回ることが示された。

入院外とそれに付随する調剤の1人当たり件数の増加

が医療費増につながっており、健康状態の悪化傾向が医療費総額増加に影響していることがわかる。しかしそれ以上に、1日当たり医療費の増加が医療費総額増加に与えた影響が大きい。

2.3. 組合健保のケース(表5参照)

同期間加入者が2,612万人(2008年度)から2,245万人(2013年度)へと14%も減少している。大企業におけるリストラなどの影響がみられる。加入者の減少によって、医療費総額もわずかであるが、2008年度に比して2013年度は減少している。

1人当たり医療費の増加率を見てみると、入院20.49%、入院外11.07%、調剤28.01%であり、診療種類別の増加率の傾向は、協会けんぽに似ている。調剤の増加率が高い理由は、協会けんぽと同様である。

1人当たり件数では、入院が0.86%とやや増加、入院外7.4%増加、それに伴い調剤は16.34%も増加している。入院も含めて、全ての診療別で1人当たり件数が増加していることは、加入者の健康状態の悪化傾向を示している。加入者が大幅に減り、かつ現加入者の健康状態の悪化傾向がみられることは、大企業に働く労働者の労働環境の厳しさが背景にあると思われる。

1件当たり日数が、いずれも減少していることは、協会けんぽと同様である。変化率をみると、入院6.9%、入院外5.5%、薬局5.4%それぞれ減少している。1日あ

表5：「組合健保」における1人当たり医療費の要因分析結果

	医療費総額 (億円)	加入者数 (人)	1人当たり医療費(円)			1人当たり件数			
			入院	入院外	調剤	入院	入院外	調剤(枚)	医薬分業率
2008年度	31,418.10	26,120,803	29,244.00	52,585.00	21,842.00	0.08	5.36	2.91	0.54
2013年度	31,326.71	22,451,936	35,236.67	58,408.08	27,959.17	0.08	5.75	3.39	0.59
変化率(%)	-0.29	-14.05	20.49	11.07	28.01	0.86	7.40	16.34	

	1件当たり日数(日)			1日(枚・回)当たり医療費(円)		
	入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)
2008年度	9.79	1.54	1.31	38,609.00	6,364.00	5,713.00
2013年度	9.11	1.45	1.24	49,530.04	6,976.30	6,661.93
変化率(%)	-6.91	-5.53	-5.43	28.29	9.62	16.61

1人当たり件数			1件当たり日数			1日(枚・回)当たり医療費		
入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)
65.56	1,014.93	930.07	-528.23	-758.14	-309.29	2,161.59	1,319.75	945.55

注：3つ目の表は、1人当たり医療費を規定する3要因の変化が医療費総額の変化に与えた影響を示す。単位(億円)
出所：表4に同じ。

たり医療費は協会けんぽ同様大幅に増加しており、増加率は、入院28.3%、入院外9.63%、調剤16.6%、である。特に入院の増加率が著しいのは協会けんぽと同様である。

3つの要因が医療費増に与えた影響を試算すると、1人当たり件数では、入院は66億円の医療費増加、入院外及び調剤が、それぞれ、1,015億円、930億円の医療費増加をもたらしている。全体で2,011億円の医療費増加があったという計算結果であり、これは、協会けんぽに比して、加入者は少ないにもかかわらず、医療費増は協会けんぽを上回っていることがわかる。この背景には、リストラを免れた大企業における労働者の労働環境の厳しさが協会けんぽ以上にあったことが推察される。

1件あたり日数減によって、それ自体は、入院528億円、入院外758億円、調剤309億円それぞれ医療費を削減し、全体では1,595億円の削減効果がみられる。

しかし、協会けんぽ同様、1日当たり医療費の増加は顕著である。入院2,162億円、入院外1,320億円、調剤946億円それぞれ増加し、全体で4,428億円の医療費増加をもたらす、1件当たり日数減による医療費削減効果を上回るようになってきている。

1日当たり医療費の増加が医療費増加に影響しているのは協会けんぽと同様であるが、1人当たり件数の増加が医療費増につながっている現象は、協会けんぽに比して顕著である。大企業における健康状態の悪化傾向が医

療費増加に影響した程度は、協会けんぽ以上に大きい。

2.4. 国民健康保険のケース(表6参照)

加入者が3,917万人(2008年度)から3,748万人(2013年度)へと4.3%減少している。1人当たり医療費の増加率を見てみると、入院19.25%、入院外12.33%、調剤30.78%であり、協会けんぽ・組合健保と同様な変化である。

1人当たり件数は、入院3%増加、入院外4.4%増加、それに伴い調剤は19.1%も増加している。調剤の増加率が高いのは、協会けんぽ、組合健保同様医薬分業の促進によるものであるが、特に国保の場合、医薬分業率が0.53(2008年度)から0.61(2013年度)と高くなっているのが特徴である。

診療別全てで1人当たり件数が増加していることは、国保の場合、65歳～74歳以下の前期高齢者がこの間相当に増加しており、加齢に伴う健康状態悪化傾向が背景にある。

1件当たり日数は、いずれも減少しており、1日あたり医療費はいずれも大幅に増加している傾向は、協会けんぽ・組合健保と同様である。

3つの要因が医療費増に与えた影響を試算すると、1人当たり件数では、入院件数の増加で1,115億円増加、入院外件数の増加、調剤処方枚数の増加が、それぞれ、1,704億円、3,242億円の医療費増加をもたらしている。

表6：「国民健康保険」における1人当たり医療費の要因分析結果

	医療費総額 (億円)	加入者数 (人)	1人当たり医療費(円)			1人当たり件数			
			入院	入院外	調剤	入院	入院外	調剤(枚)	医薬分業率
2008年度	104,435.65	39,170,516	95,484.00	99,706.00	43,392.00	0.21	7.70	4.10	0.53
2013年度	117,008.49	37,487,885	113,861.80	111,999.30	56,749.10	0.22	8.03	4.88	0.61
変化率(%)	12.04	-4.30	19.25	12.33	30.78	2.98	4.36	19.06	

	1件当たり日数(日)			1日(枚・回)当たり医療費(円)		
	入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)
2008年度	16.51	1.77	1.34	27,275.00	7,326.00	7,910.00
2013年度	15.90	1.64	1.26	32,806.62	8,505.70	9,255.47
変化率(%)	-3.71	-7.37	-6.20	20.28	16.10	17.01

1人当たり件数			1件当たり日数			1日(枚・回)当たり医療費		
入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)
1,114.734925	1,703.87	3,242.00	-1,387.72	-2,881.12	-1,055.51	7,583.93	6,294.46	2,893.72

注：3つの表は、1人当たり医療費を規定する3要因の変化が医療費総額の変化に与えた影響を示す。単位(億円)
出所：表4に同じ。

全体で6,061億円の医療費増で、他と比較して大幅増加である。特に、調剤の増加が著しい。

1件あたり日数減によって、入院1,388億円、入院外2,881億円、調剤1,056億円それぞれ医療費を削減し、全体では5,325億円の削減効果がみられる。1人当たり件数は増加したが、1件当たり日数が減少したことにより、国民医療費は736億円の増加にとどまっている。しかし、協会けんぽ、組合健保同様、1日当たり医療費の増加によって、入院7584億円、入院外6,294億円、調剤2,894億円それぞれ増加し、全体で1兆6,772億円もの医療費増加をもたらしている。1日当たり医療費の増加が、他の医療保険に比して多額の医療費増加をもたらしているのは、この間前期高齢者が急増したことが背景にある。

2.5. 後期高齢者医療制度のケース(表7参照)

加入者が1,321万人(2008年度)から1,528万人(2013年度)へと15.7%も増加している。1人当たり医療費の同期間の増加率は、入院7.52%、入院外2.64%、調剤20.72%であるが、他の医療保険に比べると増加率が相対的に小さい。

1人当たり件数は、協会けんぽ・組合健保・国保と違って入院5.2%減少、入院外1.6%減少とともに減少し、調剤のみ13.3%増加している。1件当たり日数は、協会けんぽ・組合健保・国保と同様すべての診療種類で減少

している。1日あたり医療費は、入院が17.8%、入院外14.31%、調剤16.1%、それぞれ大幅に増加している。

入院における1人当たり件数及び1人当たり日数の減少は、社会的入院を減らし、在院日数短縮を目標とした厚生労働省の医療費適正政策が背景あるといえる。

3つの要因が医療費増に与えた影響をみると、1人当たり件数では、入院件数で2,803億円減少、入院外件数で574億円減少、それに対して調剤処方枚数の増加で2,277億円増加している。全体で1,100億円の医療費減で、他の医療保険と比較して大幅減少である。

1件あたり日数減によって、入院1,946億円、入院外3,026億円、調剤1,398億円それぞれ医療費を削減し、全体では6,370億円の削減効果がみられる。入院及び入院外の1人当たり件数減及び1件あたり日数減による国民医療費は7,470億円も減少している。

しかし、協会けんぽ・組合健保・国保同様、1日当たり医療費の増加は顕著である。入院9,480億円、入院外4,995億円、調剤2,756億円それぞれ増加し、全体で1兆7,231億円もの医療費増加をもたらしている。1人当たり在入院日数及び外来日数減による医療費削減効果と医療費単価上昇による増加効果をまとめると、9,761億円の増加ということになる。在入院日数と外来日数の抑制には成功したが、そのことが医療単価の上昇をもたらした医療費総額の増加につながっている。また加入者の大幅増が医療費増加に寄与していることも事実である。

表7：「後期高齢者医療制度」における1人当たり医療費の要因分析結果

	医療費総額 (億円)	加入者数 (人)	1人当たり医療費(円)			1人当たり件数			
			入院	入院外	調剤	入院	入院外	調剤(枚)	医薬分業率
2008年度	113,026.55	13,210,116	404,209.00	265,295.00	129,978.00	0.89	16.20	9.07	0.56
2013年度	140,883.72	15,288,624	434,620.05	272,291.02	156,908.42	0.84	15.94	10.28	0.64
変化率(%)	24.65	15.73	7.52	2.64	20.72	-5.25	-1.64	13.26	

	1件当たり日数(日)			1日(枚・回)当たり医療費(円)		
	入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)
2008年度	18.84	2.15	1.50	24,119.00	7,613.00	9,548.00
2013年度	18.15	1.96	1.38	28,400.21	8,698.60	11,081.15
変化率(%)	-3.64	-8.64	-8.14	17.75	14.26	16.06

1人当たり件数			1件当たり日数			1日(枚・回)当たり医療費		
入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)
-2,803.14	-573.60	2,276.86	-1,946.12	-3,025.95	-1,398.09	9,479.76	4,995.33	2,756.49

注：3つ目の表は、1人当たり医療費を規定する3要因の変化が医療費総額の変化に与えた影響を示す。単位(億円)
出所：表4に同じ。

2.6. 小括

1人当たり医療費の変化要因は、1人当たり件数、1件当たり日数、1日当たり医療費の3つ要因に規定される。

1人当たり件数について、入院外は、後期高齢者を除いて協会けんぽ・組合健保・国保すべてで増加している。また入院外の1人当たり件数の増加と医薬分業の促進に伴い薬局調剤の1人当たり件数もすべてで増加している。入院外及び調剤医療の1人当たり件数が増えたのは、協会けんぽ及び組合健保では、当該保険加入者の労働環境の厳しさによる健康状態の悪化傾向が、国保は前期高齢者の加齢に伴う健康状態の悪化傾向が背景にあると考えられる。

1件当たり日数は、後期高齢者制度も含めて全ての医療保険及びそれらの診療別で減少している。このうち入院は、平均在院入院日数の削減という厚生労働省の一連の医療費適正化政策の結果といえることができる。入院外及び薬剤は、1日当たり医療費の増大によって自己負担額が増え続けるため、再診回数を減らして自己負担額の軽減を図ろうという患者行為が反映しているといえることができる。

3つの要素が4つの医療保険制度の医療費に与えた効果を集計すると以下の通りである。

「1人当たり件数」が8,562億円の医療費増、「1件あたり日数」が1兆5,992億円の医療費減、1日当たり医

表8：主な医療保険制度における1人当たり医療費の要因分析結果(まとめ)

(単位：億円)	1人当たり件数			1件当たり日数			1日(枚・回)当たり医療費		
	入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)	入院	入院外	調剤(枚)
協会けんぽ	-311	553	1,349	-944	-1,359	-399	3,638	2,228	1,250
組合健保	66	1,015	930	-528	-758	-309	2,162	1,320	946
国民健康保険	1,115	1,704	3,242	-1,388	-2,881	-1,056	7,584	6,294	2,894
後期高齢者医療制度	-2,803	-574	2,277	-1,946	-3,026	-1,398	9,480	4,995	2,756
総額	-1,934	2,698	7,798	-4,806	-8,024	-3,162	22,863	14,837	7,846

1人当たり件数	1件当たり日数	1日当たり医療費	医療費総額
8,562	-15,992	45,547	38,117

注：2つ目の表は、入院・入院外・調剤の合計を示す。単位(億円)
出所：表4に同じ。

療費が4兆5,547億円の医療費増をもたらし、この間の1人当たり医療費の上昇が医療費総額を3兆8,117億円増加させたと考えられる。(表8参照)

1人当たり件数は、加入者の健康状態を示すバロメータであり、全体的に健康状態の悪化傾向が医療費総額を増やしたといえる。1件あたり日数の縮小が医療費を削減しているが、これは厚生労働省の医療費適正化政策を反映した結果である。にもかかわらず、1日あたり医療費が医療費総額を大幅に増やしている。1日あたり医療費の増加は、高齢化との相乗効果によって、全体の医療費増を押し上げたことに留意する必要がある。この相乗効果を最小限にするためには、1日あたり医療費の増加を最小限に抑制することが重要になる。そのためには、1日あたり医療費の増加は主にどのような要因に規定されるかを知る必要がある。以下では、1日あたり医療費の変化要因について分析をすすめる。

3. 診療行為別、病院 - 診療所別 1日当たり医療費変化の要因分析¹⁰

入院及び入院外については、病院・診療所の種類および

診療行為に注目して、主要な要因を抽出する。また、調剤薬局については、3つの要因（処方せん1枚当たり薬剤料、薬剤種類数、1種類当たり投薬日数）に着目して分析を行う。

3.1. 入院 (表9参照)

一般医療と後期医療を対象とした病院・診療所の総数の平均の1日当たり医療費が2008年度から2013年度でどの程度変化したかみると、615点増になっている。その内訳をみると、診断群分類による包括評価等が563点の著しい増加である。包括評価における包括点数は、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、処置などが含まれる。他方、手術・麻酔、放射能治療、医学管理、リハビリテーション、精神科専門療法、病理診断などは出来高で算定される。

一般病院における診断群分類による総括評価の点数は、1,149点の増加である。包括支払の対象になる入院等468点、注射121点、検査59点、画像診断54点、処置20点、投薬15点、それぞれ減少し、これらを合計すると737点減点ということになる。入院関連点数の純増は412点である。

表9：「入院」の1日当たり点数における診療行為別点数の変化（2008年度～2013年度）

	総数	病院総数	精神科病院	特定機能病院	療養病床を有する病院	一般病院	有床診療所
総数	615	616	84	1,392	424	812	449
初・再診	0	0	-0	1	0	1	0
医学管理等	3	3	0	7	-0	6	7
在宅医療	1	1	0	1	0	2	1
検査	-23	-25	-1	9	-5	-59	21
画像診断	-22	-23	-0	0	-3	-54	5
投薬	-5	-5	1	11	-1	-15	2
注射	-50	-52	4	21	-15	-121	9
リハビリテーション	79	80	0	28	133	74	32
精神科専門療法	2	2	12	-0	-0	1	-0
処置	-4	-5	-0	11	7	-20	9
手術	186	182	-0	614	57	283	284
麻酔	17	17	0	37	5	28	15
放射線治療	5	5	0	20	2	8	2
病理診断	-0	-0	-0	14	-0	-2	1
入院料等	-138	-148	68	67	101	-468	60
診断群分類による包括評価等	563	582	0	550	145	1,149	0
合計	615	616	84	1,392	424	812	449

注：一般医療及び後期医療の両方含む医療総数にもとづく数値データである。

出所：平成20年度及び平成25年度の『社会医療診療行為別調査』をもとに筆者試算。

包括支払の導入によって入院関連点数が大幅に増加しているのは、在院日数が短いほど包括支払の点数が高くなるので、一般病院においてはDPC病院の指定を受け急性期入院患者を多く受け入れる傾向が顕著になったことを反映している。

手術はどの施設でも点数が増加しているが、特に特定機能病院が614点増でダントツであり、続いて一般病院283点増などとなっている。リハビリテーションの点数増も一つの特徴で、特に療養病床病院で169点も増加している。療養病床病院におけるリハビリ機能強化の方向性が示されている。

尚、表9には示されていないが、一般医療と後期医療を比較すると、それぞれの総数でみた場合、一般医療813点増、後期高齢466点で、後期高齢者の点数増が相対的に低くなっていることが確認できる。また、リハビリの点数増は後期医療が上回るが、包括払いや手術では一般医療の点数が高くなっていることもわかる。

総合的にみると、包括支払、手術、リハビリテーションの3つの診療行為の点数増が際立っている。包括支払の点数増加は、急性期対応型の一般病院の機能強化、手術の点数増加は特定機能病院などの機能強化、リハビリの点数増は療養病床病院の機能強化を、それぞれ実現する

という結果をもたらした。

これは、平均在院日数の短縮こそ医療費適正化の最重要課題であると位置づけ、そのためには医療機能の分化・連携が不可欠であるという認識のもと、診療報酬改定を誘導策として医療機能の分化を推進しようとした厚生労働省の医療費適正化政策とそれを前提とした医療機関の経営行動変化がもたらした帰結であると考えられる¹¹。

3.2. 入院外（表10参照）

総数でみると、41点増にとどまっている。増加でみると、検査32点、注射24点などが目立つ。他方、処置が62点減少している。

病院・診療所別にみると大きな相違がみられる。精神病院を除く病院では、点数増が顕著である。特定機能病院が559点も増加、一般病院302点増加、療養病床224点の増加になっている。

点数増が顕著な診療は注射である。特定機能病院のそれは270点増、一般病院でも104点増加している。検査、画像診断、投薬などでも満遍なく増加がみられる。

他方、診療所特に無床診療所の点数減が顕著である。検査27点増、在宅医療18点増など増加項目もあるが、

表10：「入院外」の1日当たり点数における診療行為別点数の変化（2008年度～2013年度）

	総数	病院総数	精神科病院	特定機能病院	療養病床を有する病院	一般病院	診療所総数	有床診療所	無床診療所
総数	42	302	64	561	225	303	-40	97	-61
初・再診	6	9	6	4	12	8	4	2	4
医学管理等	4	9	1	13	9	9	2	2	1
在宅医療	16	13	3	-30	19	14	18	21	18
検査	32	64	4	112	41	67	25	25	27
画像診断	11	43	2	69	26	46	4	8	3
投薬	1	25	-12	90	14	22	-5	5	-6
注射	24	96	27	270	33	104	1	9	-0
リハビリテーション	3	6	0	2	12	5	2	5	2
精神科専門療法	-1	2	32	1	-11	3	-2	0	-3
処置	-62	18	0	1	58	4	-92	9	-110
手術	5	8	-0	8	8	8	3	10	3
麻酔	-1	1	-0	3	0	0	-1	0	-1
放射線治療	1	5	0	6	1	7	0	0	0
病理診断	2	4	0	11	1	4	1	0	1
合計	41	301	64	559	224	302	-40	97	-61

注：一般医療及び後期医療の両方含む医療総数にもとづく数値データである。

出所：表8に同じ。

特に処置が110点も減少し、トータルでみると61点の減少である。病院は大幅点数増に対して無床診療所は点数減と対照的である。病院の数に比して診療所の数は圧倒的に多いので、総数でみると、診療所の動向に大きく影響をうけ、結果的に微増ということになっている。

病院・診療所内での点数の再配分があり、診療所の点数を減らし、その分を病院に配分するという政策がとられたと解釈できる。無床診療所にとっては厳しい点数配分となっている。入院外では、病院の点数増が診療所の点数減ということで相殺され全体としてみると点数は微増であり、厚生労働省の診療報酬改定政策によって入院外においては1日当たり医療費の点数がコントロールされていることがわかる。

3.3. 薬局調剤 (表 11 参照)

処方せん1枚当たりの薬剤料は処方せん1枚当たり薬剤種類、1種類当たり投薬日数、1種類1日当たり薬剤料の3つの要因によって決定される¹²。

処方せん1枚当たりの薬剤料

$$= \text{処方せん1枚当たり薬剤種類} \times \text{1種類当たり投薬日数} \times \text{1種類当たり1日当たり薬剤料}$$

尚、薬局調剤による処方せんの多くは内服薬であるため、ここでの処方せんは内服薬を対象として考察する。今、2008年度から2013年度の変化をみてみると、処方せん1枚当たりの薬剤料は822円増加している。処方せん1枚当たり薬剤種類は、2.85(2008年度)から2.9(2013年度)と大きな変化はない。1種類1日当たり薬剤料も87.52円(2008年度)から87.48円(2013年度)と大きな変化がみられない。

1種類当たり投薬日数が増加している。18.83(2008年度)から21.83(2013年度)と3日ほど延びている。投薬日数の上限が大きく緩和されたこと¹³、例えば、高齢者慢性的疾患の増加などで入院外の通院回数が減少

していることなどが投薬日数を増やしてきたと推察される。背景にはやむをえない面もあるが、同時に患者の薬の自己管理がうまくいかず残薬問題も存在する。投薬日数を管理しこれ以上伸びないようにすることは調剤費の抑制にとって極めて重要である。

1種類1日当たり薬剤料は高止まりの状況である。薬剤料が下落しないのは、ジェネリック薬品の普及によって薬価の低下傾向があるにも関わらず、高価な新薬品が登場しそれを相殺しているためである。医薬効果が大きい新薬品開発の必要性を勘案すると、高止まりはやむを得ないと思われる¹⁴。処方せん1枚当たりの薬剤料の上昇を抑止するためには、投薬日数の抑制が最重要ということになる。

3.4. 小括

1日当たり医療費を増加させた主要な要因は何かを明らかにするために、入院、入院外、調剤薬局に分けて分析した。

入院については、包括支払、手術、リハビリテーションの3つの診療行為の点数増が主な要因である。3つの診療行為の点数増は、厚生労働省の医療費適正化政策に対応して医療機関が経営財政基盤の安定化のため診療行動を変更させた結果であることがわかる。

特に、厚生労働省は、高齢者の在入院日数の長期化という「社会的入院」が医療費増大の大きな要因であるという認識で、「社会的入院」を減らすために、在入院日数縮小を目標として、入院の病床数の多くを急性期対応型にするために、包括支払いによる点数増優遇策をとったことが、1日あたり医療費の増大をもたらしたということは重大である。

厚生労働省は2年おきに診療報酬改定によって個々の医療サービス単価を改定するが、それによって医療機関の個々の医療サービスの供給がどのように変化するかについてはあまり考慮していない。医療機関は、厚生

表 11：処方せん（内服薬）1枚当たり薬剤料の3要素の年次変化

	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度
処方せん1枚当たり薬剤料 (円)	4,571	4,706	5,087	4,936	5,283	5,180	5,528
処方せん1枚当たり薬剤種類数	3	3	3	3	3	3	3
1種類当たり投薬日数 (日)	18	19	20	20	20	21	22
1種類1日当たり薬剤料 (円)	90	88	90	86	89	85	87

出所：『調剤医療費（電算処理分）の動向～平成26年度版～』

労働省の診療報酬改定を前提に、経営基盤安定化のために、これまでの医療行為を変更せざるをえない。このことが結果的に1日当たり医療費増をもたらしたことになる。

入院外では、1日当たり医療費は微増にとどまっている。これは、当該期間において病院の1日あたり医療費の点数は大幅に増大しているがそれを診療所の1日当たり医療費の点数減によって相殺しているためである。入院外においては、全体として1日当たり医療費の点数増がコントロールされていることがわかる。今後さらに診療所の1日当たり医療費の点数を引き下げて病院のそれを増やしていくという政策は、診療所の経営自体を悪化させることになり、好ましくない。病院自体が1日あたり医療費の点数総量をコントロールすることが必要になる。

薬局調剤では、1種類1日当たり薬剤料は高止まりの状況であるが、この状態を変えることは容易ではない。処方せん1枚当たりの薬剤料の上昇を抑止するためには、投薬日数の抑制が最重要ということになる。

おわりに：まとめと今後の医療政策のあり方

高齢化の進行による人口構造の変化によって当面の国民医療費増加は不可避である。しかし、国民医療費は、高齢化のみで増大するわけではない。直近の2008年度から2013年度をみると、「少子高齢化要因」のみならず「1人当たり医療費要因」が国民医療費増大の大きな要因になっている。

1人当たり医療費の増大では、1人当たり件数の増加が一つの要因である。1人当たり件数の増加は、国民の健康状態が悪化傾向を示している。長時間労働をはじめとする労働条件の厳しさに改善が見られないことが健康状態の悪化傾向を作り出しているのである。また、「健康21」の健康診断検診の取り組み強化によって、病症が発見され、受診件数が増大した可能性もあり、これも1人当たり件数の増加に反映していると思われる。「健康21」は、長期的な医療費削減を目標として取組であるが、皮肉にも現実には医療費増大に寄与している可能性がある¹⁵。1人当たり件数を減らすためには、医療的対処法だけでは限界があり、長時間労働などの労働条件改善によって実現することが重要である。

医療的視点からは、1日当たり医療費の増加を抑制す

ることが必要である。1日当たり医療費の増加は、入院においては、厚生労働省自体の医療費適正化政策が一つの原因になっている。病院の入院を社会的入院から急性期対応型するための誘導政策が入院1人当たり医療費増大をもたらしている。病院・診療所間の分業体制を推進するために点数優遇策をとることには慎重さが必要である。

入院外では、1日当たり医療費は一定程度コントロールされている。但し、診療所の点数を削減し、その分病院の点数増に回すという政策がとられてきた。地域医療における診療所の役割を考えた場合、これ以上の1日当たり医療費点数の削減は困難である。病院内部における1日当たり医療費をコントロールすることが重要である。

薬局調剤では、一枚あたり薬剤料をコントロールすることが重要であり、そのためには投薬日数をこれ以上増やさなような施策が必要になる。その際、投薬日数を一定期間に固定しようすれば、そのたびに再診が必要になり入院外の医療費を増やすことになる。その場合、慢性的疾患の患者に新たな負担が発生する可能性が出てくるので、そうならないような施策上の工夫が必要になる。

少子高齢社会が本格化すれば、国民医療費はますます増加し、それにどう対応するかというこれからの国民医療費のあり方をめぐってさまざまな議論が展開されている。日本人の1人当たりの医療費は、45歳以上になると加齢とともに増加し、高齢者の1人当たり医療費が高くなることはやむを得ないことである。老後の高齢者の健康不安に対応し、長い健康寿命を維持するための医療サービスをできるだけ多く提供することがもとめられる。

その場合、「できるだけ水準」をどこに置くかを日本の深刻な財政赤字を勘案して設定することが重要になる。筆者は、これまで高齢者に提供された医療サービス水準については最低限保障することを「できるだけ水準」に設定し、社会保障の充実と財政再建の両立を図ることが必要であると考え。このような視点からは、高齢化による国民医療費の増加はやむを得ないと思われる。しかし、その際各年齢階級にみられる1人当たり医療費の増大については抑制する必要がある。1人当たり医療費増大を管理するためには、1日当たり医療費のコントロールが重要になる。少子高齢化要因による国民医療費の増加と1日当たり医療費のコントロールによる

国民医療費の増加をどの程度許容するかについての検討は、今後の課題として残されている¹⁶。

注)

¹ 医療費の動向については、厚生労働保険局（2016）を参照のこと。

² 国民医療費の増加要因についての分析については、内閣府（2014）日本医師会（2008）大谷（2012）などを参照のこと。

³ 厚生労働省の第1期医療費適正化計画の概要については、厚生労働省（2006）及び遠藤（2013年）を参照のこと。

⁴ 診療報酬改定の解説については、厚生労働省（2015）を参照のこと。

⁵ 生活習慣病予防対策が医療費削減に効果があったかどうかについて、会計検査院（2015）は強い疑問を呈している。

⁶ 以下の実証分析では、平成20年度及び平成25年度の『国民医療費』の統計データを利用している。

⁷ 医療分業政策に関する現状分析と課題について、翁（2015）を参照のこと。

⁸ いろいろな試算結果が示されているが、例えば、平成15年度と平成25年度の1人当たり医療費の3要素分解による結果比較については厚生労働省保険局（2016）を参照のこと。

⁹ 以下、各医療保険の統計データについては、平成20年度及び平成25年度の『医療給付実態調査報告』を使用している。

¹⁰ 以下の分析における統計データは、平成20年度及び平成25年度の『社会医療診療行為別調査』を利用している。

¹¹ この点についての同様な指摘については、内閣府（2014）を参照のこと。

¹² 処方せん1枚当たりの薬剤料の3要素分解については、厚生労働省（2015）を参考にしている。また調剤医療費の動向については、前田（2015）を参照のこと。

¹³ 投薬期間の規制緩和によるメリットとデメリットについては、恩田他（2004）を参照のこと。

¹⁴ 国民医療費が大幅に増加した要因は、日本の高薬価構造にあるという指摘については、全国保険団体連合会（2015）を参照のこと。また調剤医療費の伸びについての考察については、前田（2009）を参照のこと。

¹⁵ 健康保健連合会（2016）では、平成26年度特定検診受診者326万4,499人のうち、各種数値が基準範囲内にある健康者の割合や4割弱であるとしている。何らかの疾病リスクを潜在的に抱えている人は6割を超えており、受診機会が増えるきっかけになっていることは想像に難くない。

¹⁶ 国民医療費の将来推計についての考え方については、堀内（2011）などを参照のこと。

参考文献

- 遠藤久夫（2013）「第9回社会保障制度改革国民会議提出資料」
- 大谷敏彰（2012）「我が国の医療費の現状～医療を巡る問題を考える（1）～」『経済のプリズム No105』
- 翁 百合（2015）「医薬分業政策の評価と課題」『JRI レビュー』 Vol.11, No.30
- 恩田光子、亀井美和子、河野公一（2004）「投薬期間の規制緩和による患者サービス及び医療経営への影響」『医療経済研究』 Vol.15
- 会計検査院（2015）「医療費の適正化に向けた取組の実施状況についての報告書（要旨）」
- 健康保健連合会（2016）「健診検査からみた加入者（40～74歳）の健康状態に関する調査分析」
- 厚生労働省（2006）「Ⅲ医療費適正化の総合的な推進（平成18年度医療制度改革資料）」
- 厚生労働省（2015）「平成28年度診療報酬改定基本方針（案）に関する参考資料（平成27年12月2日）」
- 厚生労働省保険局（2016）「医療費の動向について（平成28年3月23日）」
- 全国保険医団体連合会（2015）「膨張する医療費の要因は高騰する薬剤費にあり－2000年度～2014年度における概算医療費と薬剤費の推移－」
- 内閣府（2014）「医療・介護費の動向と歳出改革」『平成26年度年次経済財政報告（経済財政白書）』第1章3節
- 日本医師会（2008）「国民医療費の伸びの真相」
- 堀内義裕（2011）「我が国の医療費の将来見通し－医療費の増加にどのように対応するか－」『ファイナンス』2011.6
- 前田由美子（2009）「医療費抑制政策下での医療分析－調剤医療費の伸びについての一考察－」日医総研ワーキングペーパー
- 前田由美子（2015）「調剤医療費の動向と大手調剤薬局の経営概況」日医総研ワーキングペーパー

