

2005年4月26日

厚生労働省「平均在院日数の短縮化による医療費適正効果試算」について

日医総研 前田由美子

厚生労働省は、最近、「全国の平均在院日数（37.9日）が、最も短い長野県（28.8日）と同程度（24%減）になるものと仮定して、医療費の適正化効果について粗い試算を行うと、2.2兆円（2002年度ベース）となる」<sup>1</sup>と述べた。

この件に関しては2つの問題点がある。第一に都道府県別の平均在院日数は慎重に取り扱う必要があるということ、第二に平均在院日数の短縮は医療費を圧縮するものの、実は介護費への転嫁に過ぎないと考えられる点である。

患者調査「平均在院日数」の問題点

平均在院日数は、厚生労働省が3年毎に行う「患者調査」によるものである。

例えば和歌山県の平均在院日数は1999年の37.2日から、2002年には46.2日と9.0日伸びた。青森県では1999年の43.3日から、2002年には34.8日と8.5日短くなった。

年齢階級別の変動はさらに大きい。5～14歳の平均在院日数は、鳥取県では1999年には32.7日であったが、2002年には6.1日となり、4週間近く短くなった。宮崎県では1999年には12.9日であったが、2002年には40.8日と逆に4週間近くも伸びた。

平均在院日数

総数	1999年		2002年		5～14歳のみ	1999年		2002年		単位:日
和歌山県	37.2	46.2			鳥取県	32.7	6.1			
青森県	43.3	34.8			宮崎県	12.9	40.8			

\*厚生労働省「患者調査」より

<sup>1</sup> 「社会保障の在り方に関する懇談会」（2005年3月18日）提出資料

年によって平均在院日数の変動が大きい理由は次のような点にある。

第一に、患者調査は全期間調査でも定点観測でもない。退院患者の集計期間は9月の1ヶ月間だけであり、抽出率は病院で7/10、診療所では7/100である。第二に、このために、年齢階級別で見ようとするとき客体が非常に少なくなってしまう。2002年度調査における5～14歳の退院患者数は、鳥取県では0.2千人、宮崎県では0.3千人に過ぎなかった。これらのことから、特に人口の少ない県では、長期入院患者数の多少の増減が平均在院日数を左右し、年によって結果に大きな違いを生じることとなる。

#### 医療費が小さい県の傾向

このように「平均在院日数」の見方には注意が必要であるが、あえてそのまま用いると、平均在院日数がもっとも短いのは長野県である。長野県は人口当たりの病床数が少なく、そもそも病院に居場所がないので、平均在院日数が短くなるのは当然であるともいえる。そして、その結果医療費も低い。

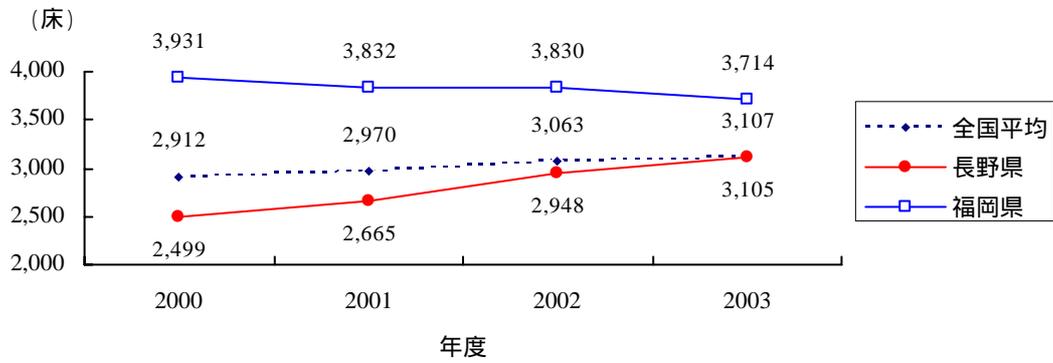
しかし高齢者に焦点を当てると、手放しでは喜べない面もある。長野県では、介護保険施設定員数、1人当たり施設介護サービス費が著しい伸びを示しているのである。

1人当たり老人医療費は福岡県で最も高く、長野県で最も低い。医療費は医療機関の病床数との相関が高い。医療機関が社会福祉法人を開設して介護施設を設置するケースも少なくないため、介護保険スタート時には、福岡県のように病床数が多く医療費の高い県の方が、介護保険施設定員数も多いという傾向が目立った。そして医療費の低い長野県の介護保険施設定員数は全国平均を大きく下回っていた。

ところが2003年には、長野県の介護保険施設定員数が全国平均に追いついた。その一方で、福岡の定員数は減少傾向にある。1人当たり施設介護サービス費も全国的には頭打ち、福岡県では減少しているのに対し、長野県では毎年増加し、2003年には全国平均に近い水準となった。

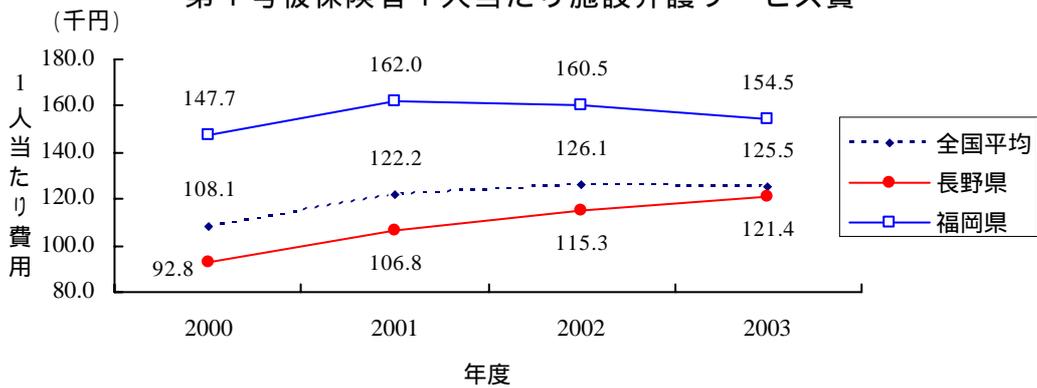
また長野県に限らず、1人当たり老人入院医療費の小さい県ほど、1人当たり施設介護サービス費の伸び率（2000年から2003年までの年平均伸び率）が大きいという傾向もある。

65歳以上人口10万対介護保険施設定員数（病床数）



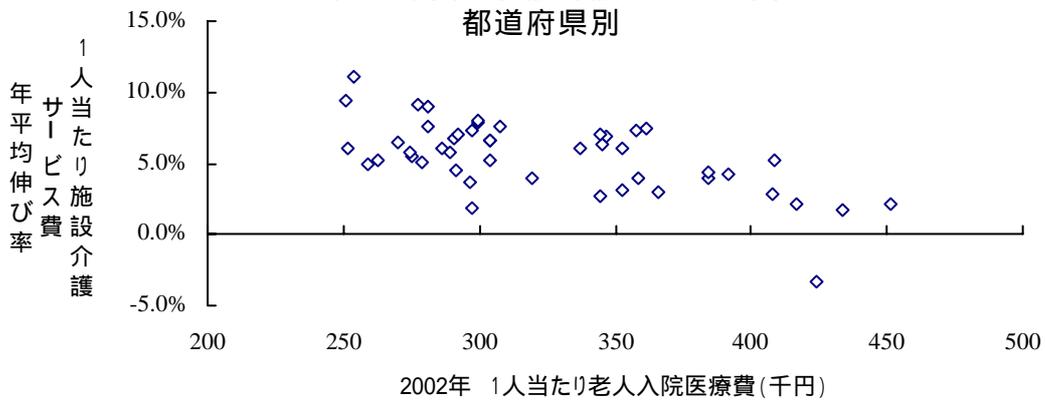
\*厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査の概況」から作成

第1号被保険者1人当たり施設介護サービス費



\*厚生労働省「介護保険事業状況報告」から作成

入院医療費と施設介護サービス費  
都道府県別



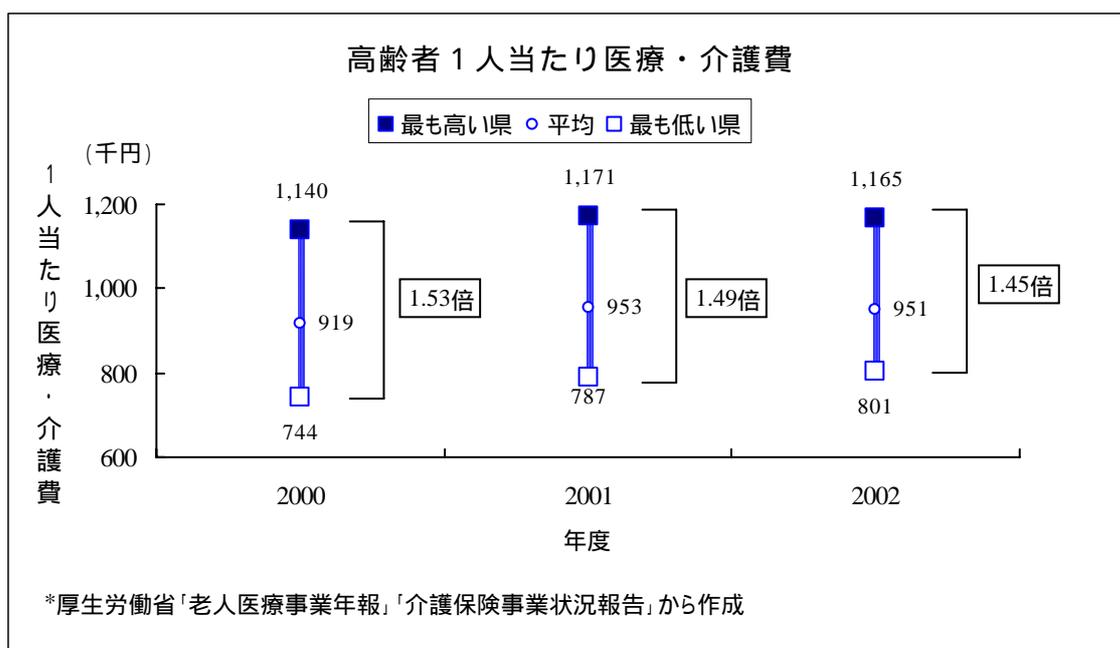
\*厚生労働省「老人医療事業年報」「介護保険事業状況報告」から作成

## 厚生労働省の主張の是非

厚生労働省は「全国の平均在院日数（37.9日）が、最も短い長野県（28.8日）と同程度（24%減）になるものと仮定して」と述べているが、上述したように、平均在院日数は年による変動が大きい。長野県は2002年は28.8日と最短であったが、1999年には32.0日であり全国39位であった。これは長野県の短縮化努力によるものとも言えるかもしれないが、同時にたまたま短く出たに過ぎないともいえる。ある年のある県の平均在院日数は、全国の目標値として耐え得るものではないと考える。

仮に平均在院日数が信頼性のあるものだとしよう。この場合も、平均在院日数は医療費削減を実現するかもしれないが、高齢者の場合、抑圧された医療費は介護費に流れるだけだとも考えられる。高齢者に関しては、医療、介護費をトータルで評価していく必要があるだろう。

そこで、医療、介護費をトータルで見た結果を示しておこう。高齢者1人当たり医療・介護費の都道府県間格差は、2000年度には1.53倍であったが、2002年度には1.45倍にまで縮小した。最高額が頭打ちになり、最低額が最高額に近づいている。これは、医療保険と比べて、制度上、需要と供給とを均衡に近づけることが不可能ではない介護保険が加わったためであろう。



高齢者1人当たり医療・介護費 = 1人当たり老人医療費 + 第1号被保険者1人当たり介護費用

以上の点から、おそらく医療費が低い県では、受療ニーズがないのではなく、供給さえあれば消費したいというのが本音ではないかと考えられる。それが、地域医療計画ほどには縛りが厳しくない介護施設の拡大と介護費の伸張に表れているのではないだろうか。

こういったことから、医療費削減効果を得る目的だけで「平均在院日数」の短縮化を進めようとすることは短絡的であると考ええる。

#### 資料

厚生労働省 「患者調査」「老人医療事業年報」「介護保険事業状況報告」「介護サービス施設・事業所調査の概況」