

平成 21 年度

医療給付実態調査報告

 厚生労働省保険局

まえがき

この報告書は、平成 21 年度に実施した医療給付実態調査の結果をまとめたものである。

医療給付実態調査は、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に基づく調査で、医療保険制度加入者の受診や疾病等の状況を年齢別、疾病分類別等様々な切り口から観察し、医療保険制度の健全な発展のための基礎資料を得ることを目的として実施されるものである。

この調査は、平成 19 年度まで行われてきた「国民健康保険医療給付実態調査」（厚生労働省保険局）及び政府管掌健康保険等についての「医療給付受給者状況調査報告」（社会保険庁）の内容も踏まえ、平成 20 年度から全ての医療保険制度の全ての診療報酬明細書及び調剤報酬明細書を対象にして新たに実施しているものである。

本調査により、わが国の医療保険制度全体にわたる受診や疾病等の状況を観察することができるものと考えており、調査結果が大いに活用されることを期待する。

最後に本調査の実施にあたって御協力をいただいた各保険者等及び関係者の方々に対し深く謝意を表する。

平成 23 年 5 月

厚生労働省保険局調査課長

村山 令二

例 言

- 1 この報告書は、平成 21 年 5 月から平成 22 年 4 月に審査決定された診療報酬明細書及び調剤報酬明細書（以下、「レセプト」という。）を集計対象としており、過誤調整等が反映された各事業年報の実績と異なる。
- 2 本報告書において、「協会（一般）」は全国健康保険協会管掌健康保険（健康保険法第 3 条第 2 項の規定による被保険者を除く）、「組合健保」は組保管掌健康保険、「国民健康保険」は市町村国保と国保組合の合計、「市町村国保」は国民健康保険（市町村）、「国保組合」は国民健康保険組合、「後期高齢者医療」は後期高齢者医療制度のことである。
- 3 被用者保険の各制度について、高齢受給者（70 歳以上）が被保険者であるか被扶養者であるか区別できないこと等から、被保険者に係る計数に被扶養者に係る計数を加えても計の計数に一致しない場合がある。
- 4 年齢階級別の表については生年月日が、疾病分類別の表については疾病コードが、点数（費用額）階級別の表については点数（費用額）が記載されていないものについては、それぞれ集計対象から除いている。このため、各表間において件数、日数（回数）、医療費の計が異なることがある。
- 5 協会（一般）、組合健保、共済組合及び国民健康保険においては、原則 75 歳以上の加入者はいないが、診療年月日を診療年月の月末として年齢を計算しており、75 歳の誕生日を迎える月に誕生日前に診療を受けた場合に年齢が 75 歳となるため、75～79 歳に計上されている。
このため、概要表の表 2－1－1 から表 2－6－2 までにおいて、75～79 歳の数値は 70～74 歳に加えて計算している。
また、被用者保険における外国に住所を有する 75 歳以上の加入者に関するレセプト及び加入者数についても同様の取扱いとしている。
- 6 提出データ作成のためのシステム対応の遅れ等のため、一部の保険者からデータが提出されていないことや、一部の保険者については提出されたデータの一部に記載がないことから、制度間の比較が可能となるように、概要表においては、次の補正を行っている。
 - ① 協会（一般）について、食事・生活療養に関する記載が一部なかったため、概要表の表 1 にあるように食事・生活療養に係る件数、日数（回数）、医療費が事業実績と比較すると 8 割強となっている。このため、概要表の表 2－

1-1、表 2-1-2、表 2-6-1 及び表 2-6-2 において、協会（一般）の総計、食事・生活療養及び入院＋食事・生活療養（医科）の数値は事業実績を基に補正を行っている。

② 組合健保及び共済組合について、概要表の表 2-2-1、表 2-2-2、表 2-3-1、表 2-3-2、表 2-6-1 及び表 2-6-2 の 1 人当たり医療費及び 100 人当たり件数においては、データの提出のあった健保組合及び共済組合の加入者数で除している。

③ 国保組合について、一部の保険者において食事・生活療養費用額の記載がなかったため、概要表の第 1 表にあるように件数、日数（回数）に比べ医療費の割合が低くなっている。このため、概要表の表 2-4-1、表 2-4-2、表 2-6-1 及び表 2-6-2 において、国保の総計、食事・生活療養及び入院＋食事・生活療養（医科）の数値は事業実績を基に補正を行っている。

7 概要表の表 8 から表 10 及び統計表第 8 表については、整理番号、性別、生年月日、保険者番号が一致するものを同一の加入者とみなしてレセプトを合計する「名寄せ」を行い、患者個人単位ごとの集計を行っている。性別、生年月日等の記載がないデータについては集計対象から除外している。

なお、集計対象は診療月から 3 ヶ月以内に審査決定されたレセプトであるが、平成 22 年 4 月以前に審査決定されたレセプトと平成 22 年 5 月以降に審査決定されたレセプトでは整理番号化の方法が変更されており、両期間をまたいだ名寄せができないため、平成 22 年 2 月診療分については診療月から 2 ヶ月以内に、平成 22 年 3 月診療分については診療月から 1 ヶ月以内に審査決定されたレセプトを集計対象としており、昨年度の結果と比較する場合には注意を要する。

8 食事・生活療養の件数は、入院のレセプトにおいて食事・生活療養の回数が記載されているものを 1 件として計上している。

9 表の符号の用法は次のとおりである。

- ・ 統計項目のありえない場合
- … 計数不明または計数を表章することが不適切な場合
- － 計数のない場合
- 0 計数が表章単位の 1/2 未満のもの

目 次

まえがき

I 調査の概要

II 調査結果の概要

- 1 調査結果と事業実績との比較
- 2 年齢階級別にみた診療の状況
 - (1) 年齢階級別、制度別、診療種類別、諸率(1人当たり医療費、1人当たり日数、1日当たり医療費、受診率、1件当たり日数、1件当たり医療費)
 - (2) 1人当たり医療費の制度比較
- 3 点数階級別にみた診療の状況
 - (1) 点数(費用額)階級別、診療種類別、制度別、件数100分率
 - (2) 点数(費用額)階級別、診療種類別、制度別、点数(費用額)100分率
- 4 疾病分類別にみた診療の状況
 - (1) 疾病分類別、診療種類別、制度別、件数100分率及び点数(費用額)100分率
 - (2) 疾病分類別、診療種類別、制度別、諸率(1件当たり日数、1日当たり診療費、1件当たり診療費)
- 5 患者別の受診の動向
- (1) 制度別、患者割合
 - (2) 制度別、患者1人当たり医療費
 - (3) 制度別、受診した医療機関数別、患者割合

III 統計表

- 第1表 年齢階級別、診療種類別(入院、入院外、歯科、調剤、食事・生活療養、入院+食事・生活療養、入院外+調剤、歯科+食事・生活療養)、制度別、件数、日数(回数)、点数(金額)
- 第2表 年齢階級別、診療種類別(入院、入院外、歯科、調剤、食事・生活療養)、制度別、件数100分率、点数(費用額)100分率
- 第3表 疾病分類別、診療種類別(入院、入院外、食事・生活療養)、制度別、件数、日数(回数)、点数(金額)
- 第4表 疾病分類別、診療種類別(入院、入院外、食事・生活療養)、年齢階級別、件数、日数(回数)、点数(金額)
- 1 全国健康保険協会管掌健康保険(一般)・計
 - 2 全国健康保険協会管掌健康保険(一般)・被保険者
 - 3 全国健康保険協会管掌健康保険(一般)・被扶養者
 - 4 組合管掌健康保険・計

5	組合管掌健康保険・被保険者	.....
6	組合管掌健康保険・被扶養者	.....
7	共済組合・計	.....
8	共済組合・被保険者	.....
9	共済組合・被扶養者	.....
10	国民健康保険計	.....
11	市町村国保・一般被保険者	.....
12	市町村国保・退職者医療	.....
13	国民健康保険組合	.....
14	後期高齢者医療制度・計	.....
15	後期高齢者医療制度・現役並み所得者	.....
16	後期高齢者医療制度・一般（現役並み所得者以外）	.....

第5表 点数（金額）階級別、診療種類別（入院、入院外、歯科、調剤、食事・生活療養、入院＋食事・生活療養、歯科＋食事・生活療養）、制度別、件数、日数（回数）、点数（金額）

第6表 疾病分類別、診療種類別（入院、入院外、食事・生活療養、入院＋食事・生活療養）、点数（金額）階級別、件数、日数（回数）、点数（金額）

1	全国健康保険協会管掌健康保険（一般）・計	.....
2	全国健康保険協会管掌健康保険（一般）・被保険者	.....
3	全国健康保険協会管掌健康保険（一般）・被扶養者	.....
4	組合管掌健康保険・計	.....
5	組合管掌健康保険・被保険者	.....
6	組合管掌健康保険・被扶養者	.....
7	共済組合・計	.....
8	共済組合・被保険者	.....
9	共済組合・被扶養者	.....
10	国民健康保険計	.....
11	市町村国保・一般被保険者	.....
12	市町村国保・退職者医療	.....
13	国民健康保険組合	.....
14	後期高齢者医療制度・計	.....
15	後期高齢者医療制度・現役並み所得者	.....
16	後期高齢者医療制度・一般（現役並み所得者以外）	.....

第7表 都道府県別、年齢階級別、診療種類別（入院、入院外、歯科、調剤、食事・生活療養、入院＋食事・生活療養、入院外＋調剤、歯科＋食事・生活療養）、制度別（市町村国保、後期高齢者医療）、件数、日数、点数

第8表 医療給付受給対象者の受診動向

1	全国健康保険協会管掌健康保険（一般）
---	--------------------	-------

	2	組合管掌健康保険	.....
	3	国民健康保険	.....
	4	後期高齢者医療制度	.....
参 考		概要表の表 8 及び表 10、統計表の第 8 表の患者割合の算出に使用した月別加入者数及び年間延べ加入者数	.....

I 調査の概要

1 調査の目的

医療保険制度加入者の受診や疾病等の状況を年齢別、疾病分類別等様々な切り口から観察し、医療保険制度の健全な発展のための基礎資料を得ることを目的とする。

2 調査の概要

(1) 調査対象

医療保険制度の全ての保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。）に係る全ての診療報酬明細書及び調剤報酬明細書（医科入院、医科入院外、歯科、調剤）を対象とする。

(2) 調査項目

各診療報酬明細書及び調剤報酬明細書について、以下の項目を調査する。

- ・ 医療機関のコード
- ・ 診療科
- ・ 保険者番号
- ・ 整理番号（被保険者記号・番号等を別途配布した変換ツールを用いて匿名化したもの）
- ・ 受診者の性別及び生年月日
- ・ 被保険者本人又は家族等の属性
- ・ 診療年月及び入院年月日
- ・ 診療種類
- ・ 診療実日数（※1）
- ・ 決定点数（※1）
- ・ 食事療養又は生活療養の回数及び決定基準額（入院の場合）（※1）
- ・ 疾病コード（※2）

※1 医療保険に係る分を調査

※2 社会保険表章用疾病分類(平成17年12月26日保発第1226001号)による121分類

3 調査の方法

(1) 健康保険、船員保険及び共済組合

保険者がデータを作成し、厚生労働省保険局調査課（以下、「調査課」という。）に提出する。

(2) 国民健康保険及び後期高齢者医療制度

保険者及び後期高齢者医療広域連合がデータを作成し、都道府県がとりまとめて調査課に提出する。

4 集計及び解析

調査結果の集計及び解析は調査課において行った。

Ⅱ 調査結果の概要

1 調査結果と事業実績との比較

平成 21 年度の各事業年報に基づく医療費等の実績と本調査の調査客体の集計結果とを比較すると表 1 のとおりである。

協会（一般）、市町村国保及び後期高齢者医療は、ほぼ全てのレセプトについて報告が得られており（協会（一般）の食事・生活療養は 8 割強の報告）、組合健保では 8 割程度、国保組合では 9 割程度（食事・生活療養は 8 割程度）、共済組合では 4 割程度の報告が得られている。

なお、本調査では平成 21 年 5 月から平成 22 年 4 月に審査決定されたレセプトを集計対象としており、過誤調整等が反映された各事業年報に基づく実績と異なっている。

（表 1）

2 年齢階級別にみた診療の状況

（1）年齢階級別、制度別、診療種別、諸率

ア 表 2-1-1 及び表 2-1-2 は、協会（一般）の入院、入院外、歯科、調剤及び食事・生活療養の各々について年齢階級別諸率を示したものである。

1 人当たり医療費をみると、総計で 150,847 円となっており、年齢階級別にみると、年齢とともに徐々に下がり 15～19 歳で 65,676 円と最も低くなった後、年齢とともに高くなることが分かる。この傾向は診療種別にみても大体同じであるが、歯科についてのみ 5 歳～9 歳の 1 人当たり医療費が未成年の中で突出して高くなっている。

受診率も同様の傾向であり、受診率が高い年齢階級で 1 人当たり医療費が高い傾向にある。

1 人当たり日数をみると、入院で 1.11 日、入院外で 9.24 日、歯科で 2.85 日となっており、入院外が最も多く 70.0%を占める。

1 日当たり医療費をみると、総計及び調剤では概ね年齢が高くなるにしたがって医療費が高くなる傾向を示すが、歯科は年齢による差は小さい。

（表 2-1-1、表 2-1-2）

イ 表 2-2-1 及び表 2-2-2 は、組合健保の入院、入院外、歯科、調剤及び食事・生活療養の各々について年齢階級別諸率を示したものである。

1 人当たり医療費をみると、総計で 128,686 円となっており、年齢階級別にみると、年齢とともに徐々に下がり 20～24 歳で 61,481 円と最も低くなった後、年齢とともに高くなることが分かる。この傾向は診療種別にみても大体同じであるが、歯科についてのみ 5 歳～9 歳の 1 人当たり医療費が未成年の中で突出して高くなっている。

受診率も同様の傾向であり、受診率が高い年齢階級で1人当たり医療費が高い傾向にある。

1人当たり日数をみると、入院で0.78日、入院外で8.50日、歯科で2.65日となっており、入院外が最も多く71.2%を占める。

1日当たり医療費をみると、総計及び調剤では概ね年齢が高くなるにしたがって医療費が高くなる傾向を示すが、歯科は年齢による差は小さい。

(表2-2-1、表2-2-2)

ウ 表2-3-1及び表2-3-2は、共済組合の入院、入院外、歯科、調剤及び食事・生活療養の各々について年齢階級別諸率を示したものである。

1人当たり医療費をみると、総計で149,091円となっており、年齢階級別にみると、年齢とともに徐々に下がり15～19歳で69,547円と最も低くなった後、年齢とともに高くなることが分かる。この傾向は診療種別にみても大体同じであるが、歯科についてのみ5歳～9歳の1人当たり医療費が未成年の中で突出して高くなっている。

受診率も同様の傾向であり、受診率が高い年齢階級で1人当たり医療費が高い傾向にある。

1人当たり日数をみると、入院で1.01日、入院外で9.78日、歯科で2.82日となっており、入院外が最も多く71.9%を占める。

1日当たり医療費をみると、総計、入院及び調剤では概ね年齢が高くなるにしたがって医療費が高くなる傾向を示すが、歯科は年齢による差は小さい。

(表2-3-1、表2-3-2)

エ 表2-4-1及び表2-4-2は、国民健康保険の入院、入院外、歯科、調剤及び食事・生活療養の各々について年齢階級別諸率を示したものである。

1人当たり医療費をみると、総計で276,027円となっており、年齢階級別にみると、年齢とともに徐々に下がり15～19歳で66,174円と最も低くなった後、年齢とともに高くなることが分かる。この傾向は診療種別にみても大体同じであるが、歯科についてのみ5歳～9歳の1人当たり医療費が未成年の中で突出して高くなっている。

受診率も同様の傾向であり、受診率が高い年齢階級で1人当たり医療費が高い傾向にある。

1人当たり日数をみると、入院で3.49日、入院外で13.46日、歯科で3.51日となっており、入院外が最も多く65.8%を占める。

1日当たり医療費をみると、入院及び調剤では概ね年齢が高くなるにしたがって医療費が高くなる傾向を示すが、歯科は年齢による差は小さい。総計及び入院外では55歳以上は年齢が高くなるにしたがって医療費が低くなっている。

(表2-4-1、表2-4-2)

オ 表 2-5-1 及び表 2-5-2 は、後期高齢者医療の入院、入院外、歯科、調剤及び食事・生活療養の各々について年齢階級別諸率を示したものである。

1 人当たり医療費をみると、総計で 877,977 円となっており、原則加入となる 75 歳以上においては、75 歳～79 歳で 743,693 円と最も低く、年齢とともに高くなることが分かる。この傾向は、入院及び食事・生活療養では同様であるが、入院外、歯科及び調剤においては年齢とともに低くなっている。

また、65 歳～74 歳で後期高齢者医療制度が適用されているのは、障害認定者だけであるため、65 歳～74 歳の 1 人当たり医療費は約 180 万円と高くなっている。

受診率も同様の傾向であり、受診率が高い年齢階級で 1 人当たり医療費が高い傾向にある。

1 人当たり日数をみると、入院で 16.57 日、入院外で 34.23 日、歯科で 4.03 日となっており、入院外が最も多く 62.4%を占める。

1 日当たり医療費をみると、75 歳以上において、総計及び歯科では概ね年齢が高くなるにしたがって 1 日当たり医療費が高くなる傾向を示しているが、入院、入院外及び調剤では概ね年齢が高くなるにしたがって 1 日当たり医療費が低くなる傾向を示している、

1 件当たり日数をみると、75 歳以上において、入院、入院外及び調剤では概ね年齢が高くなるにしたがって増える傾向を示している。歯科は概ね年齢が高くなるにしたがって減る傾向を示している。

1 件当たり医療費をみると、75 歳以上において、入院外は年齢が高くなるにつれて医療費が上がる傾向にあるのに対し、入院及び調剤では年齢が高くなるにつれて医療費が下がる傾向にある。

(表 2-5-1、表 2-5-2)

(2) 1 人当たり医療費の制度比較

表 2-6-1、表 2-6-2 及び図 1～3 は、年齢階級別、診療種別 1 人当たり医療費について、協会（一般）、組合健保、共済組合及び国民健康保険の制度別に示したものである。

1 人当たり医療費を制度ごとにみると、協会（一般）は 150,847 円、組合健保 128,686 円、共済組合 149,091 円、国民健康保険 276,027 円となっており、一番高い国民健康保険が一番低い組合健保の 2.15 倍と大きな差があるが、年齢階級別にみるとその差は小さくなり、1 人当たり医療費の制度別の差は年齢構成の差がその大きな要因であることが分かる。

次に年齢階級別に詳しくみると、図 1 の総計では、国民健康保険は他の 3 制度に比べて、「35 歳～39 歳」から「60 歳～64 歳」の間で高い。これを入院、入院外別にみると、図 3 の入院外では、各制度間において大きな格差はみられないが、図 2 の入院では、国民健康保険が「30 歳～34 歳」から「60 歳～64 歳」までの間で高くなっている

ことが分かる。すなわち、年齢階級別にみても国民健康保険の1人当たり医療費が高いのは入院が高い結果であることが分かる。

(表 2-6-1、表 2-6-2、図 1、図 2、図 3)

3 点数階級別にみた診療の状況

(1) 点数（費用額）階級別、診療種類別、制度別、件数 100 分率

表 3-1 から表 3-5 は入院、入院外、歯科、調剤及び食事・生活療養の各々について制度別に点数（費用額）階級別の件数 100 分率を示したものである。

表 3-1 によれば、入院における 3 万点以上の件数割合は、協会（一般）、組合健保及び共済組合ではそれぞれ 46.0%、43.0%及び 43.9%と 4 割強に、国民健康保険及び後期高齢者医療ではそれぞれ 61.5%及び 64.6%と 6 割強となっている。

表 3-2 によれば、入院外における 1,000 点以上の件数割合は、協会（一般）、組合健保及び共済組合ではそれぞれ 28.6%、26.1%及び 26.7%と 2 割台後半に、国民健康保険では 34.3%に、後期高齢者医療では 43.0%となっている。

表 3-3 によれば、歯科における 1,000 点以上の件数割合は、協会（一般）では 44.3%、組合健保では 42.8%、共済組合では 40.5%、国民健康保険では 46.1%、後期高齢者医療では 49.0%と、全制度において 4 割台となっている。

表 3-4 によれば、調剤における 1,000 点以上の件数割合は、協会（一般）、組合健保及び共済組合ではそれぞれ 24.0%、21.0%及び 22.7%と 2 割台前半に、国民健康保険では 35.0%に、後期高齢者医療では 52.3%となっている。

表 3-5 によれば、食事・生活療養における 5 万円以上の件数割合は、協会（一般）では 12.4%、組合健保では 9.3%、共済組合では 11.7%、国民健康保険では 33.1%、後期高齢者医療では 38.0%となっている。

(表 3-1、表 3-2、表 3-3、表 3-4、表 3-5)

(2) 点数（費用額）階級別、診療種類別、制度別、点数（費用額） 100 分率

表 3-6 から表 3-10 は入院、入院外、歯科、調剤及び食事・生活療養の各々について制度別に点数（費用額）階級別の点数 100 分率を示したものである。

表 3-6 によれば、入院における 3 万点以上の点数割合は、協会（一般）では 82.7%、組合健保では 81.3%、共済組合では 81.5%、国民健康保険では 87.2%、後期高齢者医療では 87.5%と、全制度において 8 割台となっている。

表 3-7 によれば、入院外における 1,000 点以上の点数割合は、協会（一般）、組合健保及び共済組合ではそれぞれ 66.7%、63.5%及び 64.7%と 6 割台に、国民健康保険では 74.6%に、後期高齢者医療では 82.7%となっている。

表 3-8 によれば、歯科における 1,000 点以上の点数割合は、協会（一般）、組合健保、共済組合及び国民健康保険ではそれぞれ 75.8%、73.0%、71.5%、78.9%と 7 割台に、後期高齢者医療では 83.4%となっている。

表 3-9 によれば、調剤における 1,000 点以上の点数割合は、協会（一般）、組合健

保及び共済組合ではそれぞれ 61.4%、57.7%及び 59.8%と 6 割前後に、国民健康保険では 72.6%に、後期高齢者医療では 84.3%となっている。

表 3-10 によれば、食事・生活療養における 5 万円以上の件数割合は、協会（一般）、組合健保及び共済組合ではそれぞれ 39.1%、33.8%及び 38.6%と 3 割台に、国民健康保険及び後期高齢者医療ではそれぞれ 65.2%、66.4%と 6 割台となっている。

（表 3-6、表 3-7、表 3-8、表 3-9、表 3-10）

4 疾病分類別にみた診療の状況

(1) 疾病分類別、診療種別、制度別、件数 100 分率及び点数（費用額）100 分率

ア 疾病分類別、件数 100 分率及び件数 100 分率（入院）

表 4-1 は、入院の疾病分類別及び制度別に件数 100 分率及び点数 100 分率を示したものである。

件数 100 分率をみると、協会（一般）、組合健保及び共済組合では「新生物」が最も高くそれぞれ 18.1%、16.4%、16.8%となっているが、国民健康保険では「精神及び行動の障害」が最も高く 21.0%、後期高齢者医療では「循環器系の疾患」が最も高く 27.0%となっている。

また、点数 100 分率をみると、協会（一般）、組合健保、共済組合及び国民健康保険では「新生物」が最も高くそれぞれ 24.8%、23.5%、23.8%、20.1%となっているが、後期高齢者医療では「循環器系の疾患」が最も高く 29.9%となっている。

（表 4-1）

イ 疾病分類別、件数 100 分率及び件数 100 分率（入院外）

表 4-2 は、入院外の疾病分類別及び医療保健制度別に件数 100 分率及び点数 100 分率を示したものである。

件数 100 分率をみると、協会（一般）、組合健保及び共済組合では「呼吸器系の疾患」が最も高くそれぞれ 23.3%、24.4%、21.4%となっているが、国民健康保険及び後期高齢者医療では「循環器系の疾患」が最も高くそれぞれ 20.1%、32.1%となっている。

また、点数 100 分率をみると、協会（一般）、組合健保及び共済組合では「呼吸器系の疾患」が最も高くそれぞれ 17.1%、17.8%、14.4%となっているが、国民健康保険及び後期高齢者医療では「循環器系の疾患」が最も高くそれぞれ 18.3%、29.3%となっている。

（表 4-2）

(2) 疾病分類別、診療種類別、制度別、諸率

この記述においては、「XXII 特殊目的用コード」を除いている。

ア 疾病分類別、診療種別、制度別、1件当たり日数

表5は、入院・入院外の疾病分類別及び制度別に1件当たり日数を示したものである。

入院をみると、全ての制度で「精神及び行動の障害」が最も長くなっている。また、入院外をみると、全ての制度で「筋骨格系及び結合組織の疾患」が最も長くなっている。

イ 疾病分類（再掲、主要疾病）別、1日当たり診療費

表6は、入院・入院外の疾病分類別及び制度別に1日当たり診療費を示したものである。

入院をみると、協会（一般）、組合健保及び共済組合では「先天奇形，変形及び染色体異常」が最も高くそれぞれ61,607円、69,250円及び63,292円となっているが、国民健康保険及び後期高齢者医療では「眼及び付属器の疾患」が最も高くそれぞれ53,994円、50,988円となっている。

入院外をみると、協会（一般）、組合健保、共済組合及び国民健康保険では「周産期に発生した病態」が最も高くそれぞれ19,481円、20,396円、21,979円、21,009円、後期高齢者医療では「腎尿路生殖器系の疾患」が最も高く21,226円となっている。

ウ 疾病分類（再掲、主要疾病）別、1件当たり診療費

表7は、入院・入院外の疾病分類別及び制度別に1件当たり診療費を示したものである。

入院をみると、協会（一般）、組合健保、共済組合及び国民健康保険では「先天奇形，変形及び染色体異常」が最も高くそれぞれ646,755円、738,817円、702,084円、661,048円、後期高齢者医療では「周産期に発生した病態」が最も高く659,047円となっている。

また、入院外をみると、協会（一般）、組合健保及び共済組合では「周産期に発生した病態」が最も高くそれぞれ28,689円、29,664円、32,272円、国民健康保険及び後期高齢者医療では「腎尿路生殖器系の疾患」が最も高くそれぞれ43,158円、56,964円となっている。

（表5、表6、表7）

5 患者別の受診の動向

名寄せ（同一の加入者に係るレセプトの合計）を行い、患者個人単位ごとの集計を行った。

(1) 制度別、患者割合

表 8 は制度別の加入者に占める患者割合について示したものである。

これをみると、平成 22 年 3 月において、入院、入院外又は歯科のいずれか 1 医療機関以上で診療を受けた者（合計）の割合は、後期高齢者医療が最も高く 86.2%、国民健康保険が次に高く 52.6%、以下、協会（一般）が 45.0%、組合健保が 44.3%の順となっており、他の月も同様となっている。これは、各制度の年齢構成が大きく影響していると考えられる。

また、平成 21 年度 1 年度間において、入院、入院外又は歯科のいずれか 1 医療機関以上で診療を受けた者（合計）の割合は、協会（一般）が 78.1%、組合健保が 83.3%、国民健康保険が 83.4%、後期高齢者医療が 97.8%となっている。

なお、年度計の集計においては、各制度の年齢構成の違いに加えて、

- ・各制度において、当該年度内に当該保険者に加入していた者の加入日数の構成割合が異なること、
 - ・協会（一般）、国民健康保険及び後期高齢者医療はほぼ全数の集計であるが、組合健保は提出のあった組合についてのみ集計しており、また、提出のあった全組合について全月のデータが揃っている状況ではないこと、
- が患者割合に大きく影響している可能性があることから、制度間比較の際には留意が必要である。

（表 8）

(2) 制度別、患者 1 人当たり医療費

表 9 は名寄せにおいて集計対象となったレセプトについて、制度別に患者 1 人当たり医療費を示したものである。

患者 1 人当たり医療費について、平成 22 年 3 月の合計では、後期高齢者医療が最も高く 87,421 円、以下、国民健康保険 45,840 円、協会（一般）28,724 円、組合健保 25,771 円の順となっており、後期高齢者医療は、国民健康保険の 1.91 倍、協会（一般）の 3.04 倍、組合健保の 3.39 倍となっている。

入院外については、後期高齢者医療が最も高く 43,944 円、以下、国民健康保険 28,926 円、協会（一般）20,828 円、組合健保 19,606 円の順となっており、後期高齢者医療は、国民健康保険の 1.52 倍、協会（一般）の 2.11 倍、組合健保の 2.24 倍となっており、制度間の格差は合計より小さい。

入院については、後期高齢者医療が最も高く 528,179 円、以下、国民健康保険 506,711 円、協会（一般）430,260 円、組合健保 407,619 円の順となっており、後期高齢者医療は、国民健康保険の 1.04 倍、協会（一般）の 1.23 倍、組合健保の 1.30 倍となっており、制度間の格差は比較的小さい。

このことから、合計の格差が大きいのは、入院している患者の割合の大小が影響していると考えられる。

また、患者 1 人当たり医療費について、平成 21 年度計の合計では、協会（一般）146,620 円、組合健保 123,565 円、国民健康保険 277,253 円、後期高齢者医療 817,775 円となっている。

年度計の集計においては、協会（一般）、国民健康保険及び後期高齢者医療はほぼ全数の集計であるが、組合健保は提出のあった組合についてのみ集計しており、また、提出のあった全組合について全月のデータが揃っている状況ではないことから、制度間比較の際には留意が必要である。

（表 9）

（3）制度別、受診した医療機関数別、患者割合

表 10 は制度別に受診した医療機関数別の患者割合を示したものである。これをみると、協会（一般）では、平成 22 年 3 月に 1 件以上の医療機関を受診した者は 45.0%となっており、そのうち約 7 割に当たる 31.5%の者が受診した医療機関が 1 件、2 割強に当たる 10.2%の者が受診した医療機関が 2 件となっている。同月中に 1 件も医療機関を受診しなかった者は 55.0%と過半数となっている。

組合健保では、平成 22 年 3 月に 1 件以上の医療機関を受診した者は 44.3%となっており、そのうち約 7 割に当たる 30.9%の者が受診した医療機関が 1 件、2 割強に当たる 10.1%の者が受診した医療機関が 2 件となっており、協会（一般）と同じような傾向となっている。

国民健康保険では、平成 22 年 3 月に 1 件以上の医療機関を受診した者は 52.6%となっており、そのうち 6 割強に当たる 33.0%の者が受診した医療機関が 1 件、4 分の 1 強に当たる 13.7%の者が受診した医療機関が 2 件となっている。

後期高齢者医療では、平成 22 年 3 月に 1 件以上の医療機関を受診した者は 86.2%と 4 つの医療制度の中で最も高くなっており、そのうち約 5 割に当たる 43.7%の者が受診した医療機関が 1 件、約 3 割に当たる 26.6%の者が受診した医療機関が 2 件となっている。

（表 10）