



ジェロントロジー ジャーナル

高齢者の受療行動・疾病・医療費

～医療統計に見られる10年余の動向

保険研究部門 研究員 村松 容子
e-mail : yoko@nli-research.co.jp

1—はじめに

高齢化の進展にともなって、今後の医療費の増加が心配されている。厚生労働省「患者調査」によれば、医療機関での受療は、年齢があがるほど多くなり、最新の2008年調査では、総患者数（患者調査では「調査日現在において継続的に医療を受けていると考えられる者」と定義されている。）の約半数が65歳以上となっている。

しかし、一方で、医療技術の進歩等により入院期間が短期化したり、予防意識の高まりなどによって医療費を抑制する動きも見られる。

そこで本レポートでは、こういった背景を踏まえて、患者調査や国民医療費等の公的統計を使用して (1) 医療機関受療状況、(2) 疾病構造、(3) 医療費について、65歳以上の高齢者の特徴と男女差、約10年前の調査である1996年と最新の調査である2008年の2時点の変化についてみていくことにする¹。

この2時点間の65歳以上人口の変化をみると、1996年の1,902万人（人口の15.1%）から2008年には2,822万人（人口の22.1%）へと約1.48倍に増加した。さらに今後10年余では2020年に3,612万人（人口の29.1%）に増加すると推計されている²。

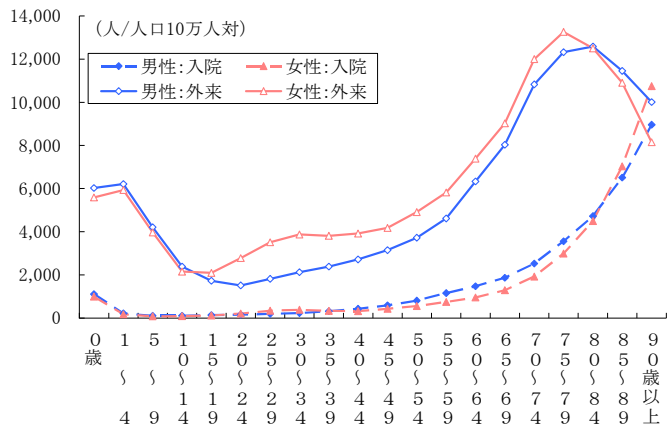
2—高齢者の受療状況と10年余の変化

1 | 高齢者の受療行動

(1) 医療機関の受療は年齢が高いほど高い

厚生労働省で3年に1度実施している「患者調査」によれば、性・年齢階級別の受療率³は、外来、入院ともに年齢が上るとともに増加する傾向があり、65歳以上の受療率は外来で全年齢平均の約3倍、入院

[図表-1] 年齢階級別受療率



(資料) 厚生労働省『患者調査』(2008年)

¹ 患者調査は、疾病分類の変更や調査誤差があることから時系列比較には向かないとも言われているが、概観をつかむ上では問題ないと考えた。

² 国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』(平成24年1月推計) [出生中位(死亡中位)]推計値による。

³ 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数を人口10万人対であらわした数。

で全年齢平均の約2倍となっている(図表-1)。

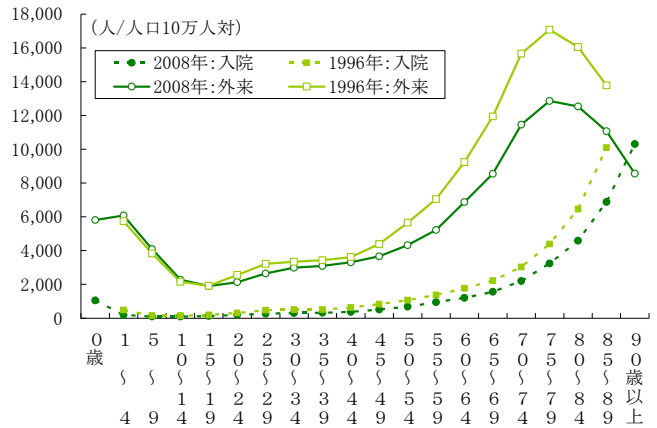
図表-1の受療率について、高齢者を中心に詳細をみると、外来受療率は、男女とも80歳前後をピークとし、それ以降は低くなる。一方、入院受療率は年齢が上がるほど上がり続け、外来と入院をあわせた受療率も年齢とともに上がり続ける。男女を比較すると、外来受療率は、80歳までは女性が男性より高く、入院受療率は男性が女性より高い。こういった性・年齢階級別にみた、外来や入院の受療率の特徴は、ここ数回の調査で大きくは変わっていない。

(2) 外来患者の平均診療間隔は長期化

図表-2は、1996年調査と2008年調査の入院受療率と外来の受療率である。2時点で比較すると、2008年調査では1996年調査と比べて入院、外来ともに受療率が下がっていることがわかる。

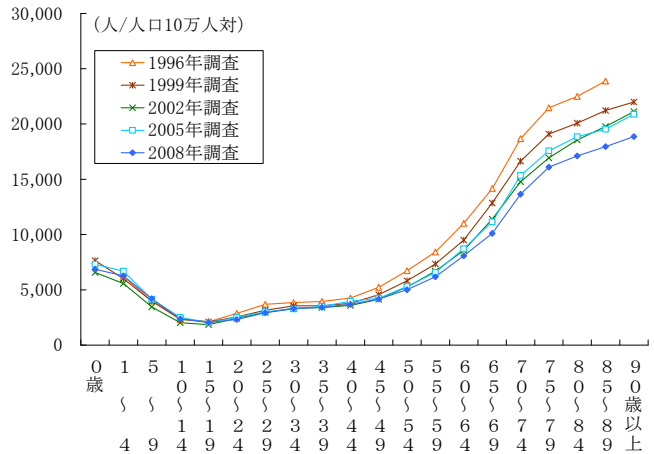
受療率の低下は10年余で徐々に進行しており、入院受療率と外来受療率をあわせた受療率全体も高齢層を中心に徐々に低下している(図表-3)。一方で、患者調査では、調査日現在で継続的に医療を受けている者の数を「総患者数(=入院患者数+初診外来患者数+再来外来患者数×平均診療間隔×調整係数)⁴」として推計しているが、この総患者数は1996年調査と比べて増加している(図表-4)。受療率が下がっているにもかかわらず総患者数が増加しているのは、再来外来患者数の「平均診療間隔」が長期化していることによる⁵(図表-4)。つまり、以前ほど頻繁に医療機関で受療せずに治療が続いているものと推察できる。

[図表-2] 入院・外来受療率の変化



(資料) 厚生労働省『患者調査』(1996年、2008年)

[図表-3] 受療率の推移(入院・外来計)



(資料) 厚生労働省『患者調査』(各年)

[図表-4] 受療率、総患者数、平均診療間隔の推移

	全年齢計			65歳以上		
	受療率 (人/人口10万人)	総患者数 (千人)	平均診療間隔 (日)	受療率 (人/人口10万人)	総患者数 (千人)	平均診療間隔 (日)
1996年	7,000	51,463	9.1	18,567	21,519	9.1
1999年	6,566	48,034	9.1	16,733	21,036	9.1
2002年	6,222	47,622	9.5	15,187	22,401	9.6
2005年	6,696	51,974	9.5	15,587	25,308	9.7
2008年	6,467	52,123	10.0	14,204	26,148	10.1

(資料) 厚生労働省『患者調査』(各年)

⁴ 再来外来患者数については、平均診療間隔の間ずっと患者であり続けるという考え方である。

⁵ 65歳以上の外来受診のうち、初診は再来のおよそ1割程度である。

(3) 入院患者の平均在院日数は短期化

平均診療間隔の長期化と同じく、受療が減っている状況を示す例として、1度の入院における在院日数の短期化があげられる。年齢階級別の平均在院日数の推移を時系列でみると、0～14歳、15～34歳などの若年層ではゆるやかに短期化しているのに対し、65歳以上や75歳以上といった高齢層では急激に短期化している（図表-5）。入院患者全体の平均在院日数の低下は、主として高齢層の在院日数の短期化によることがわかる。

しかし、急激に短期化しているとは言え、高齢者の平均在院日数はそもそも長い。在院期間の分布をみると、高齢では比較的長い入院も多いのが特徴的だ（図表-6）。0～14歳、15～34歳などの若年ではおよそ9割が20日以内に退院しているのに対し、65歳以上、75歳以上では20日以内に退院できるのは6割程度で、1年以上の入院も1割を超える。

(4) 退院後の行き先の選択肢の増加

更に、退院後の行き先についてみると、高齢者は退院後、かならずしも家に帰れるわけではない（図表-7）。2008年調査によれば、65歳以上では、退院後に家庭へ帰れるのが8割弱と他年齢階級に比べて少ない。家庭以外では7.5%が転院、5.4%が介護施設等へ入所となっている。1996年調査では、転院が5.6%、施設等への入所が3.6%となっており、2008年調査では1996年調査と比べて、転院割合や施設等への入所割合が増加している。

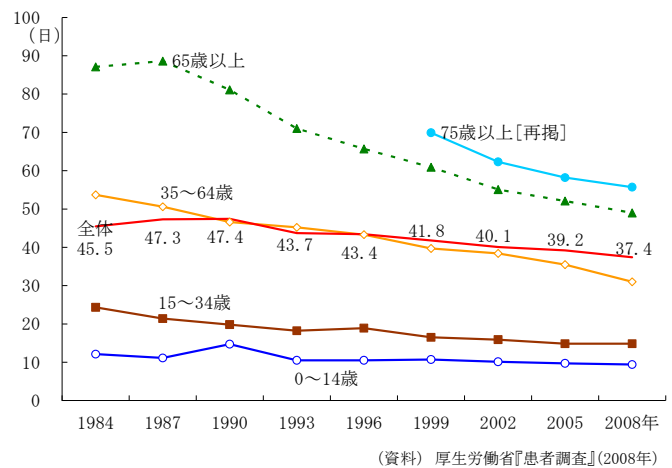
2 | 高齢者の疾病の状況

(1) 高齢者に多い生活習慣病

つづいて65歳以上の高齢者の主な疾病と疾病状況について2時点間の変化をみる。

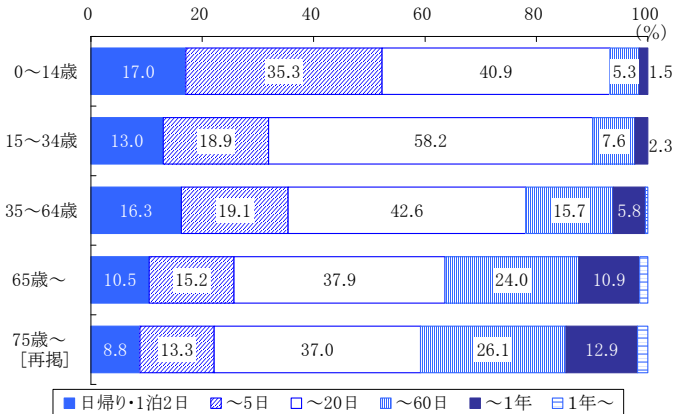
図表-8は、全年齢計、および65歳以上の疾病分類別の男女別総患者数を、65歳以上の疾病分類別総患者数が多い順に図示したものである。

[図表-5] 平均在院日数の推移



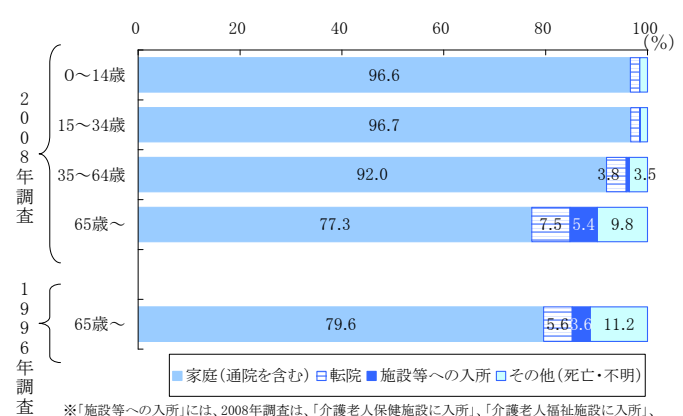
(資料) 厚生労働省『患者調査』(2008年)

[図表-6] 在院期間分布



(資料) 厚生労働省『患者調査』(2008年)

[図表-7] 退院後の行き先



※「施設等への入所」には、2008年調査は、「介護老人保健施設に入所」、「介護老人福祉施設に入所」、「社会福祉施設に入所」、1996年調査は、「老人保健施設に入所」、「社会福祉施設に入所」のこと。

(資料) 厚生労働省『患者調査』(1996年、2008年)

全年齢計で見ても、65歳以上で見ても、最も総患者数が多いのは「循環器系の疾患」だが、2位以降は全年齢計と65歳以上とで異なる。順位に着目して全齢計と65歳以上を比較すると、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「眼及び付属器の疾患」、「新生物」などは、全年齢計での順位に比べて65歳以上で順位が高いことから、65歳以上に多い疾患と考えられる。逆に、「消化器系の疾患」、「呼吸器系の疾患」、「精神及び行動の障害」は65歳以上に比べて全年齢計での順位が高く、比較的若年に多い疾患と考えられる。

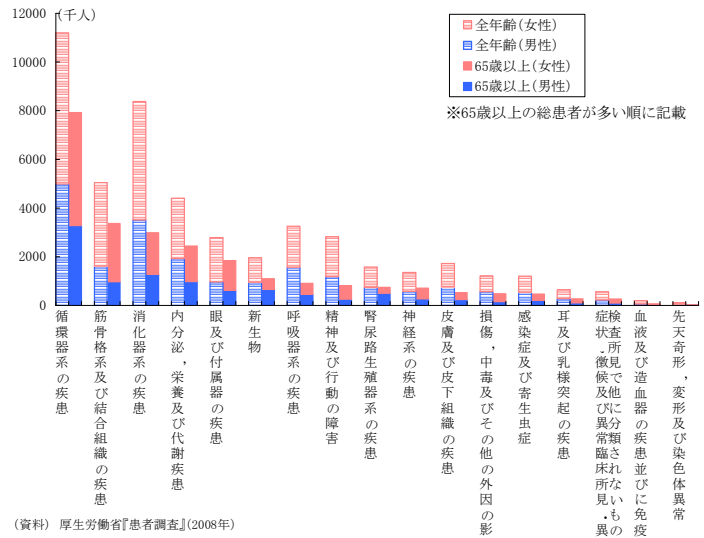
疾病分類の詳細をみると、総患者数が最多の「循環器系疾患」には「高血圧性疾患」、「心疾患（高血圧性のものを除く）」、「虚血性心疾患」、「脳血管疾患」等が含まれる。そのうち、「心疾患（高血圧性を除く）」（14%）、「脳血管疾患」（6%）は、日本の死因の多くを占めている疾病である。65歳以上に多い「筋骨格系及び結合組織の疾患」には、たとえば「関節症」、「脊柱障害」、「骨の密度及び構造の障害」などを含む。「内分泌、栄養及び代謝疾患」は、「糖尿病」を含む疾病分類である。また、「新生物」のうち8割近くが「悪性新生物」である。これらの高齢者に多い疾患には、いわゆる「生活習慣病」と言われるものが多く含まれる⁶。

図表-8で男女を比較すると、「筋骨格系及び結合組織の疾患」と「内分泌、栄養及び代謝疾患」は男性に比べて女性に多い疾患で、「新生物」、「腎尿路生殖器系の疾患」は男性に多い疾患である。

(2) 65歳以上人口あたりの循環器系の疾患、新生物の患者数は減少傾向

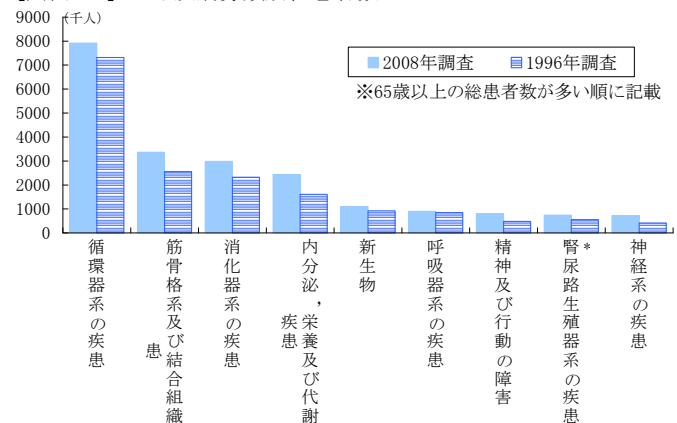
「循環器系の疾患」、「新生物」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」などは生活習慣によってもたらされることも多いとされる。生活習慣病については、1996年に政府が「生活習慣に着目した疾病対策の基本方向性について」をまとめ、それまで加齢に着目して脳卒中、がん、心臓病などに対して使っていた「成人病」という概念を、生活習慣という視点から捉えなおし予防対策を推進してきた。その後、2000年には「21世紀における国民健康づくり運動

[図表-8] 疾病別総患者数



(資料) 厚生労働省『患者調査』(2008年)

[図表-9] 主な疾病分類別総患者数



(資料) 厚生労働省『患者調査』(2008年)
* 1996年調査では「尿路生殖器系の疾患」

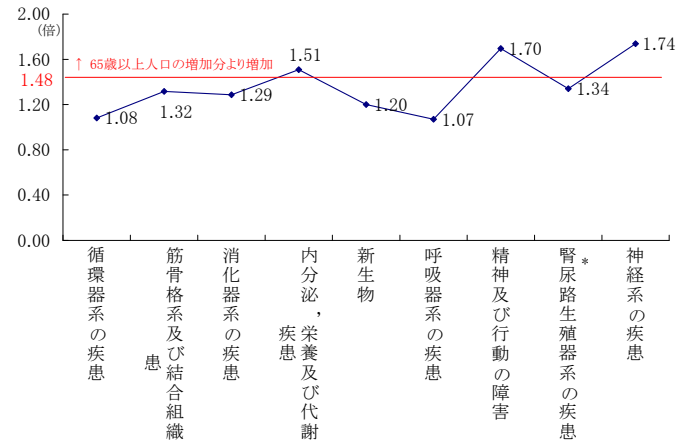
⁶ 「認知症」については、脳血管性の認知症は「精神及び行動の障害」に含まれ、アルツハイマー型認知症は、「神経系の疾患」に含まれる。

（健康日本21）」を策定し、2002年には健康増進法を制定した。健康増進法では生活習慣病を防ぐための栄養改善だけでなく、運動や飲酒、喫煙などの生活習慣の改善を通じた健康増進を推進している。

そこで、このような時期を経て、疾病構造にどのような変化があったのかをみると、1996年調査と2008年調査とで疾病分類別の総患者数の順位に違いはないが、65歳以上人口の増加にともない、1996年から2008年にかけてほとんどの疾患で総患者数が増加している（図表-9）。

疾病分類別にみると、「(3大)成人病」として古くから対策が行われてきた「循環器系の疾患」や「新生物」などについては、総患者数は増加しているが、2時点での総患者数の比（2008年調査/1996年調査）はこの期間の65歳以上人口の増加率（対1996年比で1.48倍）より小さく、65歳以上人口に占める患者の割合は減少している計算になる（図表-10）。しかし、「内分泌、栄養及び代謝疾患」、「精神及び行動の障害」、「神経系の疾患」は、この期間の人口の増加幅以上に総患者数が増加している。

[図表-10] 総患者数の比(2008年調査/1996年調査)



(資料) 厚生労働省『患者調査』(1996年、2008年)
* 1996年調査では「尿路生殖器系の疾患」

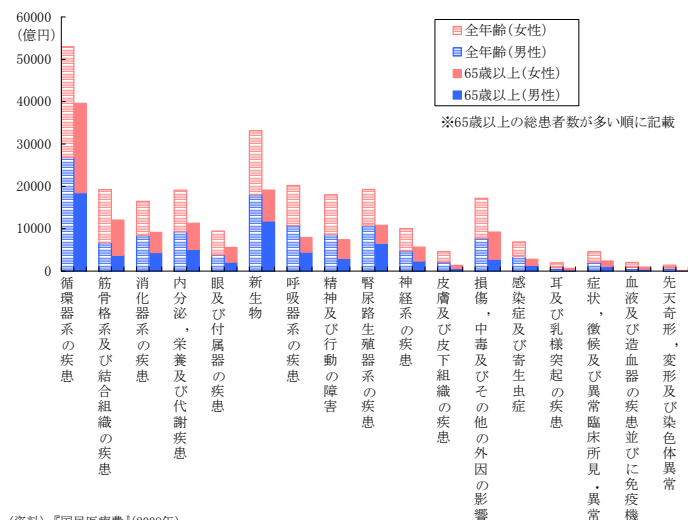
「循環器系の疾患」や「新生物」の65歳以上人口に対する総患者数の割合が10年余で減少していることが、医療技術の進歩や予防意識の高まり等によるものだとすれば、現在、国の医療政策として脳卒中、がん、心臓病の3大疾患に加えて対策が行われている糖尿病、精神疾患などの疾患についても今後、改善が見込めるだろう。また、がん検診や、女性に対する骨粗しょう症検診などの検診受診の普及によって、今後、患者の割合に変化をもたらす可能性があるだろう。

3 | 高齢者の医療費の状況

(1) 高齢者の医療費

医療費の伸びは、①診療報酬・薬価基準の改正、②制度改正の影響、③高齢化要因、④その他（医療の高度化、平均在院日数の短縮、投薬日数の伸び、後発医薬品の普及、国民の健康度の向上）の影響を受けると言われている。そのうち、③高齢化要因としては毎年1.5%程度、④その他の要因としては毎年1~2%程度の影響があり、これら2つの要因で毎年およそ3%程度増加しているとされる⁷。ここでは、こういった医療環境の変化のもと、医療費がどのように変

[図表-11] 疾病分類別一般診療医療費



(資料) 『国民医療費』(2008年)

⁷ 佐藤裕亮『医療費の構造と伸びのメカニズム』2011年日本アクチュアリー会年次大会

化しているかをみる。

国民医療費は、一般診療医療費（入院医療費、入院外医療費）、歯科診療医療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費とで構成され、保険診療の対象とならない評価療養（先進医療等）、選定療養等は含まない。ここでは、国民医療費の75%を占める一般診療医療費についてみる。

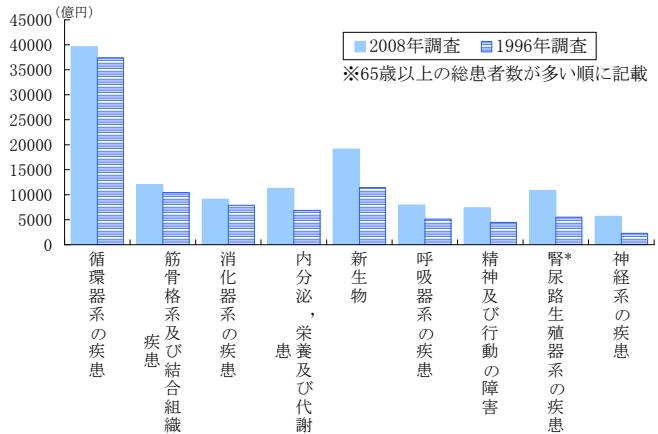
図表-11は、主な疾病分類についての全年齢計、および65歳以上の男女別の一般診療医療費（以下、本文中は「医療費」と略す。）である。図表-8と同じく65歳以上の総患者数が多い順に図示すると、医療費においても「循環器系の疾患」は最大となっているが、その他の疾病分類については、かならずしも総患者数の多さと医療費の高さが合致しているわけではない。たとえば、「新生物」、「腎尿路生殖器系の疾患」、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」などでは図表-8の総患者数と比べて相対的に医療費が高いと言える。

(2) 一般診療医療費は増加傾向

入院医療費と入院外医療費とをあわせた医療費全体で1996年からの伸びをみると、65歳以上では図表-12に示すすべての疾病分類で増加している。

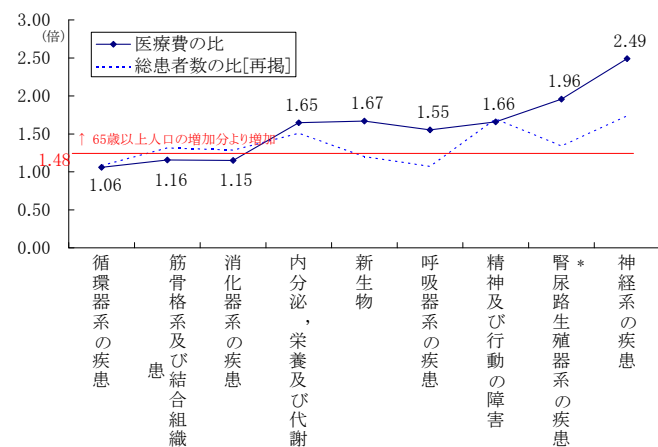
2時点での医療費の増加率（2008年調査／1996年調査）は、この期間の65歳以上人口の増加率（1.48倍）と比較すると、総患者数が多い3つの疾病分類を除いていずれの疾病分類でも大きく、人口増加率と比べて医療費が高くなっていることがわかる（図表-13）。さらに、総患者数は、患者調査からの推計値であるため、医療費とは直接厳密には比較できないものの、図表-10と見比べると上位3つの疾病分類の医療費は総患者数と比べて増加率が低いことから、患者一人あたりの医療費が減少している計算となる。4位以降の疾病分類については、「精神及び行動の障害」を除いて、総患者数の増加率

【図表-12】 65歳以上の一般診療医療費



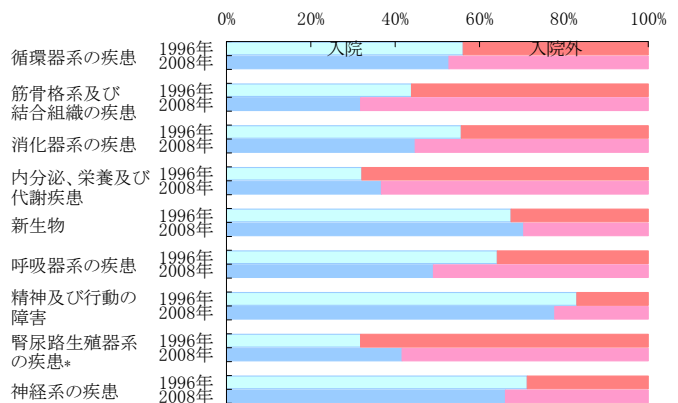
（資料）『国民医療費』（1996年、2008年）
* 1996年調査では「尿路生殖器系の疾患」

【図表-13】 65歳以上一般診療医療費の比（2008年調査/1996年調査）



（資料）『国民医療費』（1996年、2008年）
* 1996年調査では「尿路生殖器系の疾患」

【図表-14】 入院と入院外医療費の割合



（資料）『国民医療費』（1996年、2008年）
* 1996年調査では「尿路生殖器系の疾患」

を上回って増加していることから、患者一人あたりの医療費も増加している計算となる。

「新生物」については、図表-10より人口あたりの総患者数は減少しているが、医療費は他の疾病分類と比べて高くなっており、患者一人あたりの医療費が大幅に高くなっていると推察される。

入院医療費と入院外医療費との割合をみると、「新生物」、「精神及び行動の障害」、「神経系の疾患」は入院医療費が高く、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「内分泌、栄養および代謝疾患」、「腎尿路生殖器系の疾患」は入院外医療費が高い。1996年調査と2008年調査とを比較すると、「内分泌、栄養および代謝疾患」、「腎尿路生殖器系の疾患」など、1996年時点で入院医療費の割合が低かった疾病分類でより入院の割合が減る傾向にあったほか、「新生物」で入院医療費の割合が低くなった以外はいずれの疾病分類でも入院の割合が大きくなったという傾向がみられた（図表-14）。

3—まとめ

以上のとおり、本稿では、(1)医療機関受療状況、(2)疾病構造、(3)医療費について、高齢者の特徴と男女差、および1996年と2008年の2時点の違いについてみてきた。

医療機関の受療状況については、平均在院日数が短期化していることと、外来受診の平均診療間隔が伸びによって、以前ほど頻繁には医療機関で受療しないケースが増加したことが特徴としてあげられる。そのため、この10年余で総患者数は増加しているにもかかわらず、医療機関の受療率は低下傾向にある。また、退院後の行き先については、介護施設等への入所も増えている。

疾病分類別の総患者数は、男女とも「循環器系の疾患」が最も多い。しかし、女性は「筋骨格系及び結合組織の疾患」が多いのに対して男性は「新生物」や「腎尿路生殖器系の疾患」が多いなど、性別による特徴がある。1996年から2008年の変化をみると、「循環器系の疾患」や「新生物」など、「(3大)成人病」として古くから対策がとられていた疾患は、この10年余で65歳以上人口に占める患者の割合が減少している。一方、「(3大)成人病」には入っていない「内分泌、栄養及び代謝疾患」や「精神及び行動の障害」、「神経系の疾患」は1996年調査と比べて65歳人口に占める患者の割合は増加傾向にある。

医療費について1996年から2008年の変化をみると、「循環器系の疾患」「筋骨格系及び結合組織の疾患」「消化器系の疾患」といった65歳以上の総患者数が多い3つの疾患については、総患者数の増加率と比べて医療費の増加率が低く、一人あたりの医療費が下がっている計算となる。その一方で、「新生物」については、65歳人口あたりの総患者数は減少しているが、医療費は高くなっており、患者一人あたりの医療費が高くなっていると考えられる。

このように、医療技術の進歩や予防意識の高まり、あるいは医療政策などによって、この10年余における高齢者の受療行動、疾病構造、医療費には変化がみられた。更なる高齢化社会において、今後の動向に注目していきたい。