レセプトからみた長期入院患者の医療費に関する考察

矢　野　　聡

I　保険者の視点からの医療費分析

経済発展による恩恵は，わが国の社会保障の政策推進に大きな役割を果たした。すでに制度的には，目標としてきた欧米先進諸国の給付水準と比べても決して遜色のない程度となっているという指摘は各方面でなされ，制度が次第に整備されつつある実感は国民に共通のものと考えてよいであろう。まだ不十分とはいえ，各々の制度に対する個別の分析・研究を踏まえた政策指針の提示，という科学的手法も次第に一般化してきた。しかし，数多い社会保障制度の中で，医療費保障を巡る改革論議は，実質的には議論の進行が遅々として進まない項目の一つである。その理由として考えられるのは，①行政庁による数字の提示以外に[1]，政策論議の基礎となる科学的，実証的な調査研究の経験が乏しい，②医療費の管理に責任のある保険者による，個別の医療費に関する研究の実績が乏しい，③中央社会保険医療協議会（中医協）以外の場で，具体的な医療費保障制度改革の論議が取り上げられにくい，等である。とくにわが国は，現在においても行政庁と保険者ないし保険者団体との住み分けが，明解に行われていない[2]。

しかし，これらは第一義的には保険者自身に帰する問題点である。優れた実務では，70年近くの実績を有する健康保険の保険者も，わが国の社会保障の前進に直接関わる科学的，実証的な政策提言の根拠を示すという作業には慣れていない。

いうまでもなく，保険者の保険者たる原理は保険料の円滑な徴収と支払いであり，この原理を危うくする異常な医療費の伸びや冗費があればこれを削減し，医療費の合理化・効率化をあくまでも追求する立場にある。レセプト・チェック，医療費通知，保健施設事業の推進と並んで，保険医療の基底をなす診療報酬制度の適正な在り方についてもまた積極的に提言してゆく責任がある。わが国の保険者は，社会保険診療報酬制度を支払い側の観点で確実にとらえるための基礎資料を，自らの手で蓄積する時期に至っていると考えられる。本研究は，上記の問題意識をもとに，保険者側の研究視点の積み上げを行う一歩として長期入院患者の医療費用の内容を調査・研究することにより，長期入院の実態把握を試み，保険者側からの社会保険診療報酬制度の在り方を考察する際の一資料を提供することを目的としている。

II　方法および対象

昭和62年における患者調査による平均在院日数（病院・診療所を含む）は，44.0日である[3]。このうち入院期間が6ヵ月以上に及ぶ長期入院患者を年齢階層別にみると，表1のように総数としては40.6%であり，とくに多くなるのが中高年および老年の世代で，それぞれ42.9%，44.7%となっている。また，図1にみられるように，精神障害患者を除いた長期入院患者の傷病構造によれば，循環器系の疾患が全体のおよそ半分に当たる49.2%（うち，脳血管系が，全体の34.8%）と，圧倒的に多い。

こうしてみると，長期入院を対象とするには第一義的には高齢患者のレセプトをみるべきであり，

表 1　入院期間・年齢階級別構成割合

昭和62(1987)年10月（単位　%）

	総　数	0～14日	15～30日	1ヵ月～	3ヵ月～	6ヵ月～	1年～	3年～	5年～	6ヵ月～(再掲)
総　数	100.0	21.7	10.7	17.5	9.4	7.8	12.5	5.5	14.7	40.6
0～14歳	100.0	57.4	10.4	11.1	5.2	4.1	4.9	2.3	3.8	15.1
15～34	100.0	39.3	11.3	15.4	6.7	4.9	7.2	3.6	11.2	26.9
35～64	100.0	19.8	11.2	17.4	8.4	5.7	9.4	5.0	22.7	42.9
65歳以上	100.0	15.0	10.0	18.7	11.5	11.0	17.7	6.9	9.1	44.7
70歳以上(再掲)	100.0	14.0	9.4	18.2	11.7	11.6	19.0	7.4	8.6	46.7

資料：厚生省「患者調査」

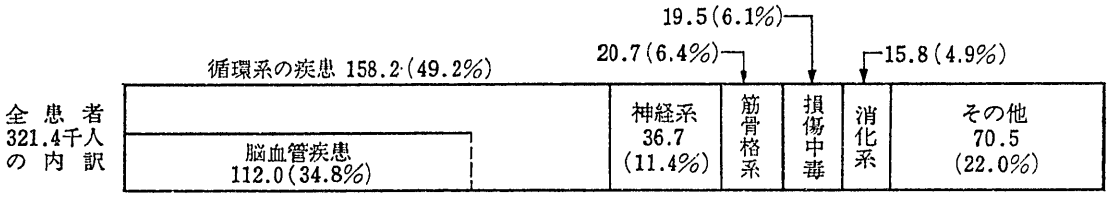


図 1　6ヵ月以上入院患者の傷病構造（精神障害者を除く）　昭和62年(1987)10月

そのティピカルな例は脳血管障害により入院している老人，ということになろうが，老人の慢性疾患に対する入院レセプト分析は，いわゆる「社会的入院」と呼ばれるように他の複雑な要素を考慮にいれなければならない。そこで，本研究ではまず老人を捨象し，おもに中高年層の長期入院患者を研究分析の対象とすることにした。その意図は，高齢患者の長期入院の特徴点をみるためには，まず一般患者の長期入院の事例を分析して，その特徴点を把握する作業から始めて，その後に高齢者の長期入院患者の比較を行うべきだと考えたからである。「社会的入院」の科学的分析も，この作業から出発すると考えられる。

対象となったレセプトは，被保険者規模がそれぞれ1900名，9500名，1万3600名の3つの単一組合による本人および家族の入院レセプトと，東京海上メディカルサービスに集められる自動車損害賠償責任保険（自賠責保険）レセプト[4]から，長期入院患者の事例を取り上げた。対象の性質から，一事例を継続的にフォローするよりも，各月ごとのレセプトから長期入院の事例として比較的頻度が高く現れる傷病名を特定した。こうして，慢性疾患系の長期入院患者と，事故による傷病がもとで長期入院した患者の，二つのタイプごとに，入院期間がそれぞれ6ヵ月，1年，2年の三つの事例を抜き出した。

つぎに，特定した傷病の治療項目をそれぞれ取り上げた。項目の設定に当たっては実際のレセプトに記載されている項目を抽出し，該当する傷病名に要した治療のための費目をなるべく取り上げるようにして，傷病名対治療名が明確になるようにシミュレートした。ちなみに，シミュレーションに要した具体的なレセプトの検討枚数は平均して5～6枚である。

入院期間についてであるが，交通事故傷害等の原因による長期入院の事例は，退院患者のレセプトから逆算して入院期間を設定することが可能であったが，循環器系疾患が中心の社会保険レセプトについては，必ずしも退院患者のレセプトを参考にするということではなく，一応入院期間の設定は行っているが症状の程度から完全に治癒していると考えられるわけではない。再入院，在宅療養等の継続治療の含みがある。なお，社会保険診療報酬点数表は，いずれも平成2年度の乙表に統一した。また，保険点数請求上の範囲内とし，現実の保険点数請求上無理のない点数設定とした。

表 2　事例別医療費の診療行為別合計

（単位　円，カッコ内 %）

医療費内訳	事例 1	事例 2	事例 3	事例 4	事例 5	事例 6
1. 診察料	1,750 (0.04)	1,750 (0.1)	1,750 (0.03)	1,750 (0.03)	1,750 (0.01)	1,750 (0.01)
2. 投薬料	184,500 (4.2)	76,500 (2.5)	689,400 (10.5)	145,800 (2.5)	1,225,200 (7.3)	481,700 (3.1)
3. 注射料	596,080 (13.7)	194,760 (6.4)	742,460 (11.3)	385,110 (6.6)	2,946,500 (17.6)	2,243,750 (14.3)
4. 処置料	340,800 (7.8)	127,200 (4.2)	136,100 (2.1)	69,400 (1.2)	702,740 (4.2)	1,040,700 (6.6)
5. 手術料	—	324,770 (10.7)	332,350 (5.1)	395,460 (6.8)	455,700 (2.7)	905,790 (5.8)
6. 検査料	1,215,790 (28.0)	138,100 (4.6)	737,870 (11.3)	440,490 (7.5)	1,119,070 (6.7)	1,331,560 (8.5)
7. 画像診断料	215,470 (5.0)	69,460 (2.3)	373,520 (5.7)	123,200 (2.1)	653,340 (3.9)	707,520 (4.5)
8. 物理療法	—	367,500 (12.1)	202,000 (3.1)	933,750 (16.0)	2,440,950 (14.6)	2,427,750 (15.5)
9. 入院費用	1,794,020 (41.3)	1,730,220 (57.1)	3,340,170 (51.0)	3,343,850 (57.3)	7,226,870 (43.1)	6,524,110 (41.6)
保険医療費合計	4,348,410 (100.0)	3,030,260 (100.0)	6,555,620 (100.0)	5,838,810 (100.0)	16,772,120 (100.0)	15,664,630 (100.0)
10. 差額ベッド料	540,000	540,000	1,080,000	1,080,000	2,190,000	2,190,000
11. 付き添い看護料	1,080,000	1,080,000	2,160,000	2,160,000	4,380,000	4,380,000
医療費合計	5,968,410	4,650,260	9,795,620	9,078,810	23,342,120	22,234,630

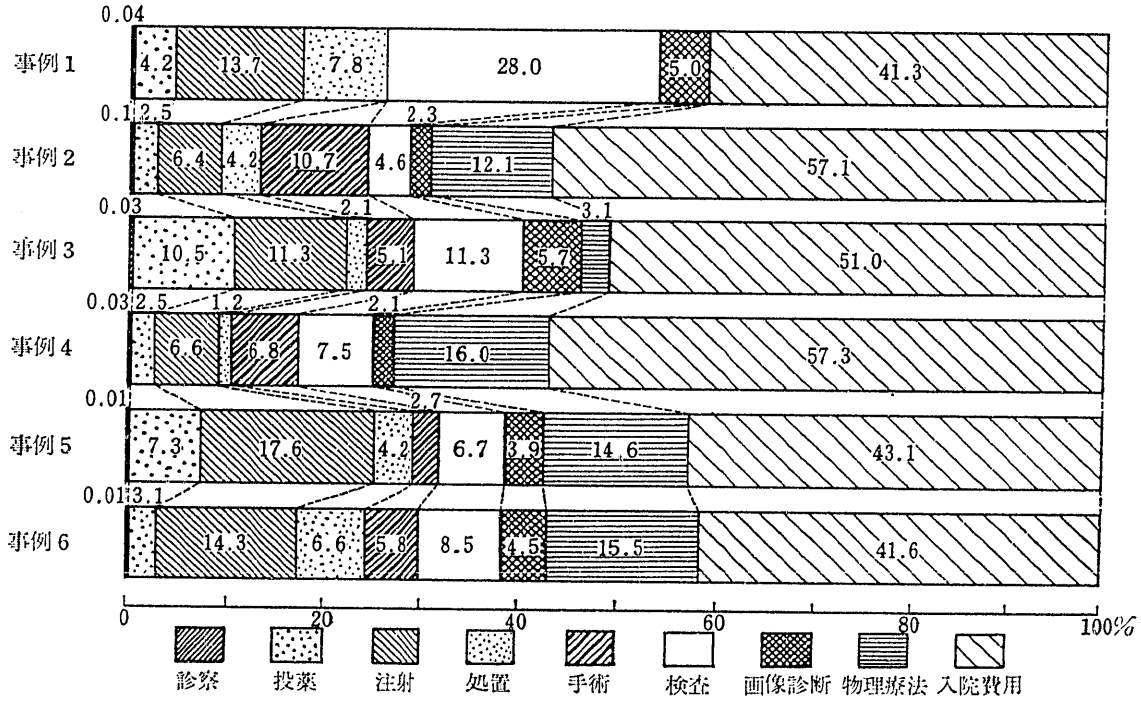


図 2　事例別医療費の診療行為別割合

作業の結果，レセプトのシミュレーションとして作成した事例は，以下の６例である。

事例１	50代半ばの女性。心筋梗塞の主症状に胃潰瘍，褥瘡を併発。６ヵ月入院
事例２	40代から50代の男性。事故により両下腿骨骨折，膝蓋骨骨折（複雑骨折）。６ヵ月入院
事例３	50代の男性。胃癌でなお腹部転移の疑いがある。主に検査による入院。１年入院
事例４	40代から50代の男性。事故により骨盤骨折，大腿骨骨折，輸血後肝炎で入院。１年入院
事例５	50代半ばの男性。多発性脳血栓の主症状に胃潰瘍を併発。２年入院
事例６	40代から50代の男性。事故により頭部打撲，急性くも膜下出血，脊椎損傷，輸血後肝炎併発。２年入院

Ⅲ 結　　果

これらの事例から，実際に要する医療費について算定したものが表２，そしてこれを保険医療費の総計から割合をみたものが図２である。これによれば，社会保険として請求される医療費の総額は，事例１が434万8410円（１日当り２万4157円），事例２が303万260円（１日当り１万6834円），事例３が655万5620円（１日当り１万7960円），事例４が583万8810円（１日当り１万5996円），事例５が1677万2120円（１日当り２万2975円），事例６が1566万4630円（１日当り２万1458円）となる。これらは，社会医療診療行為別調査報告（昭和63年度）の一般医療の１日当り入院医療費１万3856円より，いずれも高く現れる。期間のズレを考慮に入れても，中高年の長期入院患者の１日当り平均医療費は，決して低くはないのである。

具体的な医療費の内訳をみてみると，いわゆる成人病の慢性疾患による入院医療費と事故による傷病の入院医療費とでは，前者のほうが一般に費用がかさむ。この原因は，表からも明らかなように医療費中に占める２．投薬料（内服，投薬，調剤，調剤基本料など）および３．注射料（各種注射，点滴，カテーテルなど）の比率が慢性疾患系の費用では比較的高いことが指摘できる。

つぎに，医師およびコ・メディカルスタッフの技術の度合いを反映する４．処置料（酸素吸入，喀痰吸引，人工呼吸，留置カテーテル，カテーテル，膀胱洗浄，生理食塩水など），５．手術料（切除，縫合など各種手術，全身麻酔，局所麻酔，手術使用薬剤および輸血，ギブス，抜釘など）は，慢性疾患系の中に占める比重は少なく，最も多いと思われる事例２の場合でも，その比率は合計して15％弱にすぎない。

６．検査料（多項目におよぶ検査一般）については，一時に多量の検査を必要とするケースもあり，また毎日継続的な検査を必要とするケースもあって，医療費に占める傾向を一概に述べることはできない。これは，７．画像診断料（X線，CT スキャン，判断料も含む）についても同様に指摘できる。ただ，事例を見ても明らかなように，具体的なレセプトによっては総医療費に占める検査料の比率が比較的高く現れる場合もあり，長期入院の事例によれば，一般の入院よりも比重が高く，医療費総額の中でも変動の激しい項目ということができる。

８．物理療法（運動療法，作業療法，言語療法）は，長期入院患者には付き物のリハビリテーションに要する費用である。これは事例１を除いて，すべての費用項目に計上されている。一般に，入院期間が長期になるにつれて，傷病名が特定化されてくることもあろうが，総医療費に占める物理療法の比率も高くなってくると考えられる。

９．入院費用（流動食，特別食を含む食有食無，入院時医学管理料）は，医療費の中でも，最も比重の大きい項目である。表３にみられるように，確かに入院時医学管理料は患者の入院期間が長引くにつれて点数が逓減する仕組みであり，入院費用の項目全体の中に占める比率は高くないが，看護料を含む食有，食無で請求される金額が高いことが大きな特徴である。いずれも総医療費の40％

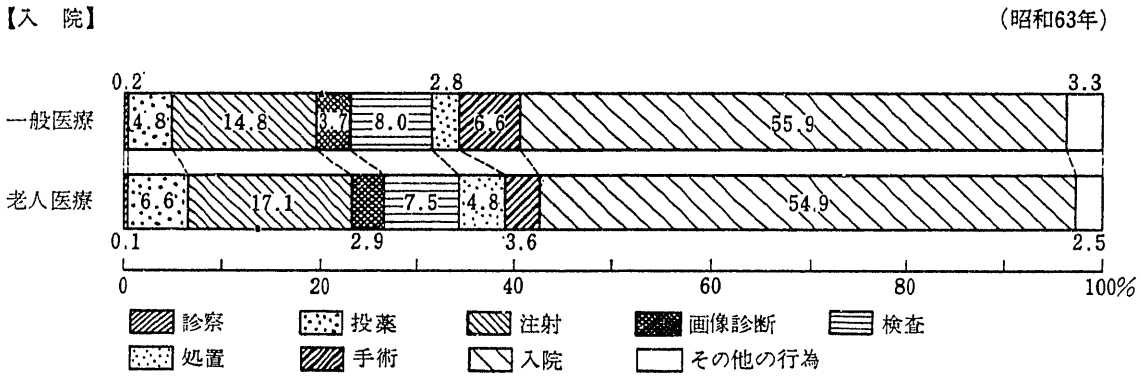
表3　入院費用項目の内訳

	項目	内容	点数	回数	計	内訳
事例1	入院	食有(30日以内)	779	30		基準看護特Ⅱ類(30日内)
		食有(30日超)	771	151	(139, 791)	〃(30日超)
		入院時医学管理料	425	7		2週間以内
		〃	408	7		1週間超～2週間内
		〃	270	17		2週間超1ヵ月以内
		〃	200	30		1ヵ月超～2ヵ月内
		〃	182	30		2ヵ月超～3ヵ月
		〃	131	90	(33, 671)	3ヵ月超～
		特別食	33	180	(5, 940)	減塩食
					179, 402	
事例2	入院	食有(30日以内)	779	30		看護基準特Ⅱ類
		食有(30日超)	771	150	(139, 020)	
		医学管理料	425	7		1ヵ月
		〃	408	7		
		〃	270	17		
		〃	200	31		2ヵ月
		〃	182	30		3ヵ月
		〃	131	91	(34, 002)	3ヵ月超～6ヵ月
					173, 022	
事例3	入院	食有(30日以内)	779	28		
		食無(2日)	595	2		
		食有(30日超)	771	335	(281, 287)	
		医学管理料	425	7		1ヵ月
		〃	408	7		
		〃	270	17		
		〃	200	30		2ヵ月
		〃	182	31		3ヵ月
		〃	131	91		3ヵ月超～6ヵ月
		〃	103	182	(52, 730)	6ヵ月超～1年
					334, 017	
事例4	入院	食有(30日以内)	779	30		看護基準特Ⅱ類
		食有(30日超)	771	335		
		医学管理料	425	7		1ヵ月
		〃	408	7		
		〃	270	17		
		〃	200	30		2ヵ月
		〃	182	31		3ヵ月
		〃	131	91		3ヵ月超～6ヵ月
		〃	103	182	334, 385	6ヵ月超～1年
事例5	入院	食有(30日以内)	779	28		看護基準特Ⅱ類
		食無	595	2		
		食有(30日超)	771	760		
		流動食	60	90		3ヵ月間
		特別食	33	728	(638, 386)	胃潰瘍食，減塩食
		医学管理料	425	7		1ヵ月
		〃	408	7		
		〃	270	17		
		〃	200	30		2ヵ月
		〃	182	31		3ヵ月
		〃	131	91		3ヵ月～6ヵ月
		〃	103	182		6ヵ月～1年
		〃	88	182		1年～1年6ヵ月
		〃	85	183	(84, 301)	1年6ヵ月超
					722, 687	
事例6	入院	食無	595	90		看護基準特Ⅱ類
		食有	771	640		
		特別食	33	640		潰瘍食
		医学管理料	425	7		1ヵ月
		〃	408	7		
		〃	270	17		
		〃	200	30		2ヵ月
		〃	182	31		3ヵ月
		〃	131	91		3ヵ月～6ヵ月
		〃	103	182		6ヵ月～1年
		〃	88	182		1年～1年6ヵ月
		〃	85	183	652, 411	1年6ヵ月超

以上を占めているが，社会医療診療行為別調査報告（昭和63年度）による一般医療の入院・診療行為別点数の構成割合（図3）である55.9%よりは低くなっている。

長期入院患者にかかる室料差額による患者負担の問題も，一方では見逃せない。厚生省保険局の調査によれば，昭和63年現在の差額病床の全病床に占める割合は10.3%となっている[5]。ここでは，東京および東京周辺で比較的頻度が高いとおもわれる事例から1人部屋1日6000円，付き添い看護料1人付き1万2000円とした。

各事例とも，各々の入院期間の半分を1人部屋



注：その他の行為とは「在宅療養」,「理学療法」,「精神病特殊療法」,「麻酔」,「放射線治療」,「その他」である。
資料：厚生省「社会医療診療行為別調査報告」昭和63年度，平成2年3月，p. 26. より引用。

図 3　入院・一般医療・診療行為別点数の構成割合

で1人付きの室料差額を請求されるとすれば，自己負担の総額は半年入院では162万円，1年入院では324万円，2年入院は657万円となる。

Ⅳ 考　　察

長期入院患者の実態を，抽象的な数字ではなく，現実のレセプトから抽出する作業は，従来あまり行われてこなかった。診療報酬の問題で，長期入院による医療費の構造がわが国の入院医療を大きく規定している，という漠然とした合意がありながら，とくに医療費の管理を行う立場にある保険者の側にこれらに対する実態分析の機会がなかったことによって，診療報酬制度の改革についての議論の発展が進んでいないという現実がある。今回の長期入院レセプトの分析は，今後の本格的な研究を行う際の手掛かりを提供するものであるが，長期入院に特有な幾つかの特徴が現れている。これらは，以下の諸点に要約できる。

（1）　中高年長期入院患者の1日当り医療費は，一般の全入院患者のそれよりも高額になる傾向がある。

（2）　投薬・注射料は事故による長期入院患者よりも慢性疾患による入院患者の割合のほうが高い。また，この比率は一般の全入院患者（合計19.6%）と比べると，事故によるほうがやや少なく，慢性疾患によるほうが割合が高い。しかし，総体としてみれば，入院期間が長引くにつれて割合が若干増えるが，一般と比べて大きな差として現れてくるわけではない。

（3）　処置・手術料は当然ながら事故による入院患者の医療費のほうが慢性疾患による患者よりも高い割合で現れるが，長期になるにつれ，全体に占める割合も減少する。

（4）　長期入院の検査料は，長引くにつれて総体の比重は低くなるが，疾病によっては全費用の中の大きな部分を占める場合もある。画像診断については，一般の入院と比べてもあまり大きな差は出てこない。

（5）　物理療法は長期入院患者に特徴的に現れる費用である。2年にも及ぶ長期患者は，全医療費の15%前後を占めており，とくに後期にはリハビリテーション中心の医療が行われていると考えられる。

（6）　長期入院の場合も一般入院と同様に入院費用が最も大きな割合を占めている。入院時医学管理料の逓減措置による直接的な効果は，中高年の入院事例の場合には必ずしも明瞭に現れてこない。

（7）　室料差額，付き添い看護料の負担は，入院経験のある患者であれば普通に心配しなければならない要因となっている。とくに首都圏の料金は全国を上回って高い。室料差額，付き添い看護を要求される長期入院患者の負担は極めて重いといえる。

V まとめ

技術料が医療費に反映せず，むしろリハビリテーションや宿泊費，看護料の比率が多い長期入院の実態は，さらに徹底した診療報酬の誘導で医師の高い技術による治癒の効果が医療機関に反映できる仕組みへと転換せしめる余地を残している。

一般の長期入院患者においても，一定の入院期間を経た後は，検査料についていわゆるマルメの方式を検討してもよいと考える。

すでに1年以上過ぎた入院期間は，もはや疾病の治癒を目的とした入院とは到底いえず，社会保険診療報酬項目中の入院費用の一層の逓減化を行うべきである。同時に，長期入院患者に対する看護料を特定し，一定期間を経るとただ看護料が減る，ということではなく，看護の技術が医療費により反映するようにする。

長期入院による室料差額や付き添い看護料は，本人の過大な負担を招くので一定基準（疾病の基準，保険者はレセプトによって給付の可否を判断する）を設けて社会保険によって給付できる方途を考える。また，民間保険の一層の活用を図る。

注

1) わが国の医療および医療保障に関する統計のほとんどは，厚生省がまとめるか，その監修を経たものであって，行政庁以外のものが継続的に統計をまとめるには多大の困難を伴う。

2) 例えば，健康保険の保険者中最も大きい政府管掌健康保険は社会保険庁の管轄であるが，実際は厚生省の中にあり，厚生省スタッフによって構成され，行政と保険者との区分は意識においても明瞭であるとは思えない。また国民健康保険においても，地方自治体によって運営されているため，保険者の自立性という観点ではその役割を果たしているとはいえない。

3) 患者調査によれば，病院報告による平均在院日数と退院患者による平均在院日数とでは若干異なる。この数字は，後者を用いたものである。厚生省「患者調査」昭和63年。

4) 1990年より，医師会と損害保険会社との合意で，従来統一がとれていなかった自賠責保険の医療費請求が，健保基準の1.2倍の請求ということになった。

5) 厚生省保険局調べ。構成統計協会「保険と年金の動向」1990年，65頁。

（やの・さとし
東京海上メディカルサービス調査役）