

厚生労働科学研究費補助金  
政策科学推進研究事業(H13-政策-033)  
平成14年度報告書

# 個票データを利用した医療・介護サービス の需給に関する研究

平成15年3月

主任研究者 植村尚史

## 目 次

1.総括研究報告書 .....	1
2.政府管掌健康保険データ分析結果 .....	9
3.分担研究報告書	
(1) 宮里尚三	
「社会医療診療行為別調査報告」の個票データによる社会的入院に関する考察」 .....	61
(2) 宮里尚三	
「MRI、医療費、診療報酬に関する実証分析」 .....	89
(3) 山田篤裕	
「所得階層と生活自立不能および要介助リスクおよび在宅期間に関する分析」 .....	113
(4) 山本克也	
「設備投資から見た医療費」 .....	135
(5) 山本克也	
「病院の倒産」 .....	155
(6) 佐藤雅代	
「院外処方の実態について：社会医療診療行為別調査による分析」 .....	167
(7) 泉田信行	
「外来診療における医師の診療行為選択、患者受診行動」 .....	197
(8) 泉田信行	
「医療・介護供給過疎地にかかる問題の訪問調査による検討」 .....	211
(9) 泉田信行	
「入院期間と医療資源使用に関する予備的分析」 .....	223
(10) 松本勝明	
「ドイツにおける外来診療の需給に関する分析」 .....	261
(11) 原田啓一郎	
「医療情報に関するフランスの医療制度改革の動向」 .....	303

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」

総括研究報告書

主任研究者 植村尚史 国立社会保障・人口問題研究所副所長

本研究は、個票データを使用し、医療の需給両面を同時に分析することにより、医療費の決定要因等について総合的、包括的な検討を行うものである。平成14年度は、政府管掌健康保険のレセプト・データを再集計し、医療施設調査等のデータとマッチングすることにより、医療機関属性、診療行為、患者の受診行動等の関係についての詳細な分析を行った。また、平成13年度に引き続き、地域の医療・介護資源がどのような施設、事業に投入されているか、そのことが、患者、医療機関、介護事業者等の行動にどのように反映しているかについての実態を把握し、医療供給サイドからの医療費増嵩要因について分析した。さらに、過疎地の医療・介護サービスの実態調査、海外の医療制度改革に関する実地調査を行った。実地調査によりデータだけでは把握できな地域の医療・介護事情に関する情報を得ることができ、よりきめ細かな分析が可能となった。医療費の増嵩は先進国共通の問題であり、各国が診療データをどのように活用し、医療制度改革に取り組んでいるかを調査することで、本研究を行うに当たって重要な視点を提供することに結びついた。

前年度の研究により、医療・介護サービスの供給側の行動パターン及び供給主体別の医療費の状況が明らかとなったが、本年度の研究により、さらに需要側の実態の分析が行われ、需給両面からの詳細な分析が可能となった。本研究によって、医療供給と医療内容、医療費との関係が明らかになれば、我が国の医療費対策に新たな可能性が生まれることが期待できる。

A 研究目的

本研究は、医療の需給両面を同時に分析することにより、医療費の決定要因等について総合的、包括的な検討を行うものである。医療・介護サービス供給サイドの個票データを使用することにより、地域の医療、

介護資源がどのような施設、事業に投入されているか、そのことが、患者、医療機関、介護事業者等の行動にどのように反映しているか等の実態を把握するとともに、政府管掌健康保険のレセプト・データを再集計し、診療行為の詳細な情報、医療機関属性

に関する詳細な情報、市場環境に関する情報を得て、医療費の増大要因が患者受診行動によるのか、医療機関の診療行為選択によるのか、市場的な要因によるのか等を説明することを目的としている。

医療費を適正に管理することは医療保険制度の健全な運営にとって欠くべからざることであり、患者の受診行動や医療費受給構造と医療機関の行っている診療行為についての情報を分析し、医療費支出の状況を的確に把握することは、医療制度改革を考える基盤といってもよい。

本研究により、医療機関が選択する診療行為によって医療費がどの程度異なるか、その選択に市場環境や他の要因がどのように影響を与えているかを知ることが可能となり、その背景にある地域における医療・介護サービス提供者の資本装備・労働投入などの状況とサービスのアウトカム指標との関係や、それが医療費や介護給付費に与える影響も実証的に明らかにすることができる。こうした情報は、効率的で効果的な医療制度構築のための政策的選択肢の幅をひろげることに役立つものと考えられる。

## B. 研究方法

平成14年度は、①社会医療診療行為別調査報告、②人口動態統計調査社会経済面調査、③医師・歯科医師・薬剤師調査、④医療施設調査及び病院報告の個票データに

加え、⑤政府管掌健康保険のレセプト・データを利用した研究を実施した。

また、諸外国が、個票データ等を用いて診療内容を分析することにより、医療制度の改革にどのように結びつけているかを明らかにするため、ドイツおよびフランスにおける医療制度改革の動向について調査した。

## C. 研究結果

### ① 政府管掌健康保険レセプト・データの分析

埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府、福岡県の1府4県のレセプト・データ、約3億件について分析を行った。

その結果、受診者数は女性で多いのに対し平均医療費は男性の方が高いことがわかった。また、受診者、平均医療費は、年齢が高くなるほど高くなるが、女性では15～39歳で受診率が最も高いという結果がでた。逆に、平均医療費は15～39歳で男性が30万円程度高くなっている。

最近の政府管掌健康保険の都道府県分割論に関して、自県、他県の医療費の違いを医療施設規模別に分析したが、かなり大きなばらつきがあり、都道府県域で完結できるかどうかについては疑問が残る結果となった。

次年度は、さらに具体的な診療行為について詳細な分析を行うこととしている。

## ② 社会的入院の要因分析

65歳以上で入院期間が180日以上の患者を社会的入院と呼ぶことが多いが、同じ入院期間の患者であっても医療費の高い患者は医学的な治療が必要と考えられることから、入院期間でなく医療費がある基準より低いかどうかで社会的入院の定量的な検討を行った。

この結果、65歳以上で180日入院している患者の間でも1日当たり医療費には大きな差があり、従来の社会的入院の基準では、平成6年以降は徐々に値が低下しているが、1日当たり医療費の平均値やメディアンを用いると社会的入院が低下しているとは言えないなど、従来の社会的入院の水準と1日当たり医療費の平均値やメディアンを基準値を用いた社会的入院の水準との乖離がここ数年開いていることが確認された。特に180日以内の入院患者であっても、1日当たり医療費の平均値やメディアンを基準で算出すると社会的入院といえる患者が増加しており、社会的入院を単に入院期間だけで判断することは、現状の認識を誤る可能性があることがわかった。

## ③MRI、医療費、診療報酬に関する実証分析

医療費の増高要因の一つとして、技術進歩があげられるが、医療の技術進歩の例としてMRIを取り上げ、MRIが医療費をどの程度引き上げているかを検証した。また、診療報酬の改定がMRIによってもたらされ

る医療費の増加やMRIの使用回数にどのように影響を与えるのかについても検証を行った

この結果、MRIを使用することで、入院では1日当たり4800円程度、入院外では1万4千円程度引き上げること、MRI使用に対する診療報酬改定は入院に関して影響は見られないが、入院外では影響が見られること、MRI使用に対する診療報酬の引き下げ改定の効果は半分程度にとどまること等が確認された。MRIのような医療の技術進歩が及ぼす医療費の増高に対して、診療報酬の改定でこれを抑制することは難しいといえることができる。

## ④設備投資から見た医療費の分析

社会医療診療行為別調査の個票を用いて、病院規模と医療内容の関係についての分析を行った。

この結果、患者の大病院志向的な行動が、病院の無駄な設備投資や診療日数の引き伸ばし等の非効率的な医療サービスを助長していること、それが病院の機能分化による医療サービスの効率的な供給を妨げていることが明らかになった。これを防ぐためには診療機関の規模などにより診療行為や診療機器の保有制限を施すことも必要と思われる。

## ⑤病院の倒産確率の分析

医療施設調査の個票を用いてバイノミナルロジットモデルによる病院の倒産確率に

ついて非財務的なアプローチを試みた。

これによると公的病院よりも私的病院の方が経営悪化傾向が強く(ダミー係数 4.423)、一定の診察等による収入源があるにもかかわらず、ハイパーサーミア(ダミー係数 4.232)やリニアック・ペータトロン(ダミー係数 3.120)などの高額医療機器の導入が経営悪化により高い影響を与えていることがわかった。このような過剰設備を防ぐためには診療機関の規模などにより診療機器の保有制限を施すことも必要と思われる。

#### ⑥入院期間と医療資源使用の分析

社会医療診療行為別調査のデータを用いて、虫垂切除術を例に、医療セクターの生産性向上が起こっているかについて統計的に検討した。

昭和 63 年から平成 12 年までの、虫垂切除術の施行が診療行為に含まれているデータを抽出し、在院日数と総点数から診療 1 日当たりの点数を計算した。それにより入院が 1 日継続するごとの医療費の累積分を計算することが可能になる。医師が入院日数と平均診療密度を決定すると考える実証モデルを構築し、分析を行った。その結果、入院日数の短縮の効果が見られるものの、平均診療密度の増大によって医療費節減効果が相殺されることがわかった。

入院日数の短縮の効果も、平均診療密度の増大も、診療報酬による誘導の効果であり、診療報酬による生産性向上の誘導には

限界があると考えられる。

#### ⑦医療供給と患者数・平均在院日数・手術数の関係

病床数の過剰が医療費増高の一因とされているが、病床数過剰が直接に医療費増に結びつくかどうかは医療機関の診療行動との関係で検討する必要がある。そこで、医療施設(静態)調査のデータ(昭和 63 年、平成 2 年、平成 5 年、平成 8 年、平成 11 年)を用いて、二次医療圏ごとに医療供給体制の特徴、病床数・患者数・手術数を再集計することにより、地域別の医療供給体制の特徴付けを行った。その上で個別の病院のデータと再度リンケージを行うことにより、病床数を各医療機関が直面する市場環境変数として捉え直した。そして各医療機関が行う診療行為(手術)及び患者数に対して市場環境が与える効果が医療機関属性によって異なるのかを実証的に確認した。

その結果、市場が競争的であるほど(病床数が多いほど)手術の実施件数は多く、また、市場の競争環境が医療機関に与える影響は医療機関の属性によって異なることも明らかとなった。医療機関は非営利を原則としているが、私企業と同様の行動原則が医療機関にも当てはまる。医療機関の診療行動を誘導するためには利潤動機を刺激するのと同等の効果を持つ施策が必要であり、設備の過剰供給に対応する場合についてもその点を踏まえることが必要であろう。

#### ⑧所得階層と生活自立不能および要介助リスクおよび在宅期間に関する分析

平成7年度人口動態社会経済面調査（高齢者死亡）の個票を用いて、生活自立不能になるリスク、生活自立不能になってから死亡するまでの期間（＝寝たきり期間）、要介助になるリスク、要介助になってから死亡するまでの期間（＝要介助期間）が所得階層で相違しているかどうかについて分析した。また、死亡前3年間の在宅期間の差異がどのように生じるのかについて、個人属性とともに地域における施設配置との関連からも分析した。

分析の結果、①さまざまな所得指標を用いても、所得階級と、生活自立不能リスクおよびその期間と要介助リスクおよびその期間に系統的な関係はないが、②「生活自立不能」あるいは「要介助」に陥りやすい所得階層は、そうした状況に陥った場合には「生活自立不能」や「要介助」期間が短くなるという関係があることが明らかになった。また、③脳卒中、転倒・骨折は死亡前3年間の「在宅期間」を短くする要因となっている。特に後者については、人為的に減らすことが可能であり、バリアフリー対策等が在宅期間を延ばす上で効果を発揮できることを示唆している。さらに、④生前に自宅での死亡を明示的に希望していることも、在宅期間を2ヶ月ほど延ばすので、人々の意識の変化も、今後在宅期間の伸び

に大きな影響を与えるものと考えられる

#### ⑨院外処方の実態について

平成3～12年の社会医療診療行為別調査を用いて、診療報酬点数の改定により、院外処方が影響を受けているか否かを分析した。

院外処方率については、92～00年で、方回数は12.4%から37.9%に、枚数は13.1%から39.5%にそれぞれ約25%ポイントほど上昇していることがわかった。これは、診療行為単位でみた12.6%から38.1%とほぼ同レベルの数値である。また、処方回数が少ないほうが、院外処方率が高いことがわかった。診療実日数より処方回数が少ない場合も、同様であった。

処方1回あたり点数は、各年とも多剤投与減額されていない固定点数とほぼ同じになっており、診療報酬点数が薬剤処方に影響を与えている可能性がある。今後、患者属性や医療機関属性等を詳細に分析し、診療報酬と薬剤処方との関係を明らかにしていきたい。

なお、2002年には、薬剤投与期間等に係る規制の見直しが行われており、処方回数がどのように変化したかについても分析していくこととしている。

#### ⑩過小医療供給地域における医療・介護の実態調査

現在の医療制度改革は医療需要が増大している都市部の実態に対する対応策として

実施されている側面があるが、施策は全国一律に実施されるため、医療供給が過小な地域（いわゆる医療過疎地域）では、都市部とは異なる影響が発生する可能性がある。そこで、医療過疎地域である福島県南会津郡及び高知県に立地する諸機関を訪問し、担当者にヒアリングを行って実態把握を行った。

その結果、医療過疎地域では医療費ベースでは効率的な医療提供体制となっているが、実際には防げる死亡等が発生しているため、アウトカムを調整すると非効率的な提供体制になっている可能性があることがわかった。また、介護サービス供給も過小になりがちで、入院医療サービスを提供する病院も存在しないため、在宅で過ごす状況となっている。このような地域では入院・施設介護を受ける習慣が無いと言われるが、単にそれらを利用する機会が存在しないためにそのような習慣が形成されたに過ぎない可能性もある。

国全体の医療費の適正化を目指す医師数のコントロールや医療費適正化策は、このような過小供給地域の問題を更に悪化させる可能性がある。

#### ⑪ドイツにおける外来診療の需給に関する分析

ドイツにおける外来診療の費用は、保険者（疾病金庫）と供給者（保険医協会）との合意で決められる。近年、医療費の増嵩

に対応するため、保険医数のコントロール、予算制の強化などの措置がとられ、一定の効果を上げている。しかし、外来診療と入院療養の連携不足など、最適な医療供給という面からの不満が高まっている。このような中で、保険者や個々の保険医の裁量を拡大することで、直接の当事者による医療供給プロセスを作り出す試みなど、新たな改革が進められている。こうした改革が、医療の質と効率性の確保に有効かどうかについては、我が国の改革にも影響を与えることから、注目していく必要があると考えられる。

#### ⑫医療情報に関するフランスの医療制度改革の動向

フランスにおける病理診断コード（CPD）及びICカード利用に関する現状と、同一疾病分類（GHM）と医療情報化計画（PMSI）に関する現状について調査した。

疾病保険償還請求用紙の電子化による事務手続きの簡素化と償還の正確性・迅速性の向上を図るため、病理診断コードとICカードが導入されているが、患者カードの記載内容が個人情報保護の観点から制約があるため、医療機関による医療内容の違い、医療内容と予後の経過の関係などを分析し、医療費の適正化と質の向上に寄与することに利用するには課題が多いことが明らかになった。

一方、地方病院庁による病院医療予算配



分に当たっては、GHMの作成とPMSI導入により、医療内容の透明化が計られている。GHMの利用は、PMSIに基づいた情報を用いて総枠予算額を決定する際に用いられ、病院医療予算の策定と配分が合理的に行われることになった。いわば、フランス版DRG（診断群別分類）であるが、DRG/PPSの機能は有していない。

#### D. 考察

本年度は、医療費増高の要因及び効率的な医療・介護サービス提供のあり方について、多角的に分析・検討を行った。ただ、当研究班の目的の一つであるレセプト・データをエピソード化して、治療の最初から最後まで診療内容が全て把握できるデータを作成し、医療費分析を行うためには、さらに多くのレセプト・データと分析の時間が必要である。

本年度の研究で、医療費の非効率的な部分、効果的な医療・介護サービスへの課題が相当部分明らかにされた。次年度は、これらの分析をさらに継続し、より具体的な問題点と、制度改革に向けての方向性を明らかにしていきたい。

#### E 結論

医療費の増大は先進諸国共通の悩みである。欧米各国は、医療供給の量的抑制、供給側のコスト抑制の促進、費用負担者であ

る保険者の権限、機能の強化などにより、医療の質を維持しつつ、費用を抑えるという対策を進めている。日本では、医療保険の財政問題に議論が集中し、医療の効率化についての具体的な分析・検討が十分になされてこなかった。これは、レセプトが電子化されていないため大量データの分析が行えなかったことも一因である。

本研究では、部分的ではあるが、レセプト・データ等を分析することにより、医療費の非効率的部分明らかにすることができた。最新の医療機器や大病院に対する医者や患者の指向が非効率の要因であり、社会的入院の現状やその解消方策についても一定の方向性を見いだすことができた。また、診療報酬改定が必ずしも医療の効率化に結びついていないこともわかった。その一方で、医療・介護サービス供給が過小な地域では、投入される費用は少ないが、要介護状態の改善や寿命の伸長など効果の面で、かえって非効率となっている事実も確認できた。

保険者間の財政調整や患者負担の変更で効率的な医療が実現できるわけではない。診療報酬による誘導効果にも限界がある。当研究のような地道な研究により、効率的で効果的な医療への道筋を明らかにし、それを実現するための制度のあり方を検討することが必要なのではないだろうか。

F. 研究発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

なし。

## 政府管掌健康保険データ分析結果

## 第1章 研究の背景・目的

### 1. 目的・背景

#### 1-1 社会保険庁改革の動向

##### 1-1-1 社会保険庁改革の背景

2002年10月施行の健康保険法に改正によると、その中の附則において、今後の各課題について具体的内容、その手順・計画等を策定することが明記された。社会保険庁においても業務運営の効率化や合理化、及び社会保険と労働保険の徴収事務一元化が期限付きで規定されている。

このことを踏まえて厚生労働省では、医療保険制度の運営効率化に関する検討チームにおいて社会保険庁の改革案を策定し検討を行った。この改革案は大きくは3つのテーマから分かれており、ひとつは「社会保険と労働保険の徴収事務一元化」、二つ目は「社会保険庁の業務運営効率化・事務合理化」、三つ目は「社会保険病院のあり方」というものである。

これらの改革案は自民党などの意見を踏まえ、最終的に平成15年度事業計画重点事項に盛り込まれ、次年度からの社会保険庁改革の礎となるものが策定された。本章ではこれらの改革テーマのうち「保険者機能の強化」に着目し、「社会保険庁の業務運営効率化・事務合理化」の中から幾つかの改革ポイントを解説する。

##### 1-1-2 「保険者機能の強化」に着目した改革ポイントの概要

平成15年度事業運営方針の中から「保険者機能の強化」に関連する改革テーマを選ぶと「適用の適正化」、「保険料収納確保」、「医療給付の適正化」の3つのテーマであり、この中から幾つかの改革ポイントを解説する。尚、厚生労働省の改革案に盛り込まれていた「被保険者証の磁気カード化による資格確認の実施」に基づく磁気カードの導入は、他省庁の行政においても様々な分野で情報化が進んでいることや政府全体としてICカードを採用する可能性もあること等の理由により見送られ、被保険者証をプラスチックカードにすることにとどめられている。但し、医療機関における受診時点での被保険者資格確認システムの導入は、平成17年度以降に実施する予定と明記されており、将来的に被保険者証のICカード、または磁気カード化の実現は政策目標となっている。

#### ● 適用の適正化

適用の適正化の改革ポイントとしては、医療保険事業の適正な運営及び費用負担の公平化を図る観点から、主として「適用状況調査の対象の変更」、「未適用事業所の解消」の2点が挙げられよう。前者は被保険者の報酬等の届出がなされる機会に行っている適用状況の調査を全事業所からパート労働者が多い事業所等に重点化し、事業主の負担軽減、事務処理を効率化するものである。後者は、雇用保険担当部局と事業所情報を交換することにより、社会保険の未適用事業所や事業所偽装倒産の把握を容易にし、未適用事業所の解消を図るものである。その他、「適用事業所に対する届出指導」、「各種周知広報・説明会の開催」、「社会保険労務士を活用した巡回説明の実施」等が重点事項の中に盛り込まれている。

#### ● 保険料収納の確保

医療保険の健全な財政運営を確保する観点から、滞納処分等の的確な実施により、

保険料収入の確保が重点項目に盛り込まれている。具体的な施策として、「保険料の納期内の励行指導」、「滞納事業所に対する納付指導の徹底及び財産調査の早期着手」等が挙げられている。

● 医療給付の適正化

保険給付の適正化を目的として、磁気レセプトが普及するまでの間、紙レセプトを電子媒体(DVD)に保存し、レセプトの保管及び検索・抽出を容易とすることで、「縦覧点検を中心とする内容点検や外傷性点検の充実強化」を図ることが重点項目に挙げられている。その他、「医療費通知の充実(現行の2ヶ月から1年分に拡大)」や「健康増進事業の推進(生活習慣病のリスクが高い被保険者に対する効率的な健康増進事業の実施)」も改革案の中に盛り込まれており、今後実施される見込みである。

尚、本研究では加入者のレセプト、5年分を名寄せしたデータベースを作成しており、次章において本データの基礎記述統計について、また最終章においてこのデータを用いた活用方法について概観する。

<「保険者機能の強化」に着目した改革ポイント>

1. 適用の適正化
  - ・ 適用状況調査の対象の変更
  - ・ 未適用事業所の解消
  - ・ 適用事業所に対する届出指導
  - ・ 各種周知広報・説明会の開催
  - ・ 社会保険労務士を活用した巡回説明の実施
2. 保険料収納の確保
  - ・ 保険料の納期内の励行指導
  - ・ 滞納事業所に対する納付指導の徹底及び財産調査の早期着手
3. 医療給付の適正化
  - ・ 縦覧点検を中心とする内容点検や外傷性点検の充実強化
  - ・ 医療費通知の充実
  - ・ 健康増進事業の推進

## 2. 使用データについて

使用データは、以下の3つである。

- 1997～2001 年度政府管掌健康保険レセプト情報データ（社会保険庁）
- 平成 11 年医療施設静態調査データ<sup>1</sup>（厚生労働省大臣官房統計情報部）
- 統計用医療機関マスター<sup>2</sup>（厚生労働省保険局調査課）

レセプト情報データは、埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府、福岡県の1府4県、6250bpi オープンリールで約 500 本分の医科・歯科・調剤レセプト個票データである。主な情報としては、診療年月・受診者識別番号・点数表(医科入院・入院外, 歯科・調剤薬局)・医療機関番号・診療実日数・点数等が記録されている。

分析対象データは、老人保健適用分を除き、資格点検結果が正常分であるレコードを用いた。

加入者の年齢は、診療年度の間となる10/1 時点算出とした。

また、個人名寄せの結果、任意継続医療適用先は、旧番号との結合ができないため、1 個人として扱っている。

## 第2章 分析概要

本研究は、需要側(患者側)・供給側(医療機関側)に分けて分析を行った。

需要側の分析視点は、年間にどれだけの医療費がかかっているか、それは、都道府県・性別・年齢等の患者属性によりどう変わっているかを把握する。

供給側は、どのような医療機関に、1 受診者当たりどの程度医療費が投入されているかを、平成 11 年医療施設静態調査にある項目を用い分類し集計を行った。

分析の視点の詳細は以下のとおりであるが、全てにおいて都道府県別・診療年度別に集計を行っている。尚、加入者の構造分析も別のデータを用いた。

### 【需要側の分析】

- 平均診療費
- 男女別 平均診療費
- 年齢階級別 平均診療費
- 男女別 年齢階級別 平均診療費
- 入院有無別 平均診療費
- 入院外受診日数区分別 平均入院外医療費

### 【供給側の分析】

- 開設者別 診療費 及び 1 受診者当たり診療費【病院分】
- 病院種別 診療費 及び 1 受診者当たり診療費【病院分】
- 情報提供有無別 診療費 及び 1 受診者当たり診療費【病院分】
- 施設別 1 日当たり外来患者数別 診療費 及び 1 受診者当たり診療費  
【病院・一般診療所分】

<sup>1</sup> 医療施設静態調査を用いた分析は、国立社会保障・人口問題研究所の研究班にて実施した。

<sup>2</sup> レセプトに記載される医療機関番号と、厚生労働省医療施設調査に用いられる整理番号とを接続するマスター。医科・歯科病院及び診療所を対象としており、調剤薬局のマスターは存在しない。

### 第3章 集計分析（記述統計）

#### 1. 社会保険庁レセプト情報データの件数について

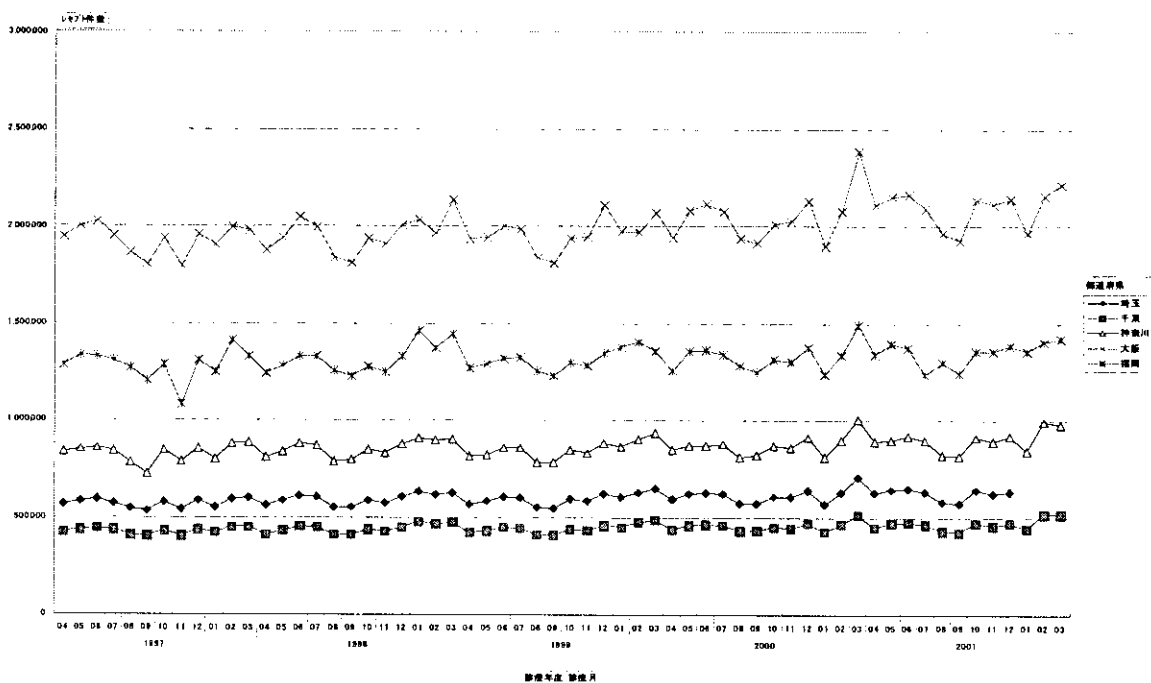
本研究に用いたレセプト総件数は、約3億件にもものぼる。

レセプト件数は、多い府県から順に、大阪(約200万件を推移)、福岡、神奈川、埼玉、千葉(約50万件を推移)であり、大阪と千葉にはレセプト件数に約4倍もの開きがある。全府県に渡り、緩やかではあるが、年月の経過と共にレセプト件数は増加している。

季節変動及びインフルエンザの流行等によるレセプト増減の傾向は、ほぼ同府県で見られる。例えば、2000年度3月のレセプト件数は、どの府県もインフルエンザ・花粉症等の影響を受け、5年間のうち最も多いレセプト件数となっている。

尚、埼玉については、2001年度の1～3月までのデータが入手できなかったため、今後の分析からは除外した。

図1 診療年月別 都道府県別 レセプト総件数



診療年月別・点数表別・都道府県別詳細レセプト件数は、次ページを参照。





## 2. 政府管掌健康保険の加入者構成について

ここで、今回分析対象となる政府管掌健康保険の概況について公表資料を元にまとめる。  
 社会保険庁の報告によれば、政府管掌保険の被保険者は、1998年度以降減少傾向にある。また、昨今の景気不況により、平均標準報酬月額が1999年度から減少し、保険料収入に影響を及ぼしている反面、支出となる被保険者1人当たりの医療給付費は2001年度で対前年比1.9%の伸び、実数で192,052円となっており、収入が少なくなる一方で、支出が増える傾向にあり、財政的には非常に厳しい状況にある。

表 2 政府管掌健康保険の単年度収支決算(医療分)の推移

区分	1992年度	1993年度	1994年度	1995年度	1996年度	1997年度	1998年度	1999年度	2000年度	2001年度	
基礎 計数	被保険者数	(2.7%) 19,006,888人	(1.8%) 19,341,237人	(1.4%) 19,611,202人	(1.3%) 19,862,968人	(1.3%) 20,129,494人	(0.7%) 20,263,623人	(▲1.1%) 20,044,980人	(▲1.3%) 18,778,274人	(▲0.3%) 19,710,746人	(▲0.7%) 19,564,396人
	平均標準報酬月額	(5.0%) 270,214円	(3.7%) 280,089円	(1.2%) 283,313円	(0.8%) 285,833円	(0.9%) 288,119円	(1.1%) 291,377円	(0.4%) 292,437円	(▲0.5%) 290,853円	(▲0.4%) 289,694円	(▲0.2%) 289,112円
	平均賞与年額	(0.2%) 647,956円	(▲3.4%) 625,952円	(▲2.2%) 612,462円	(▲1.7%) 601,936円	(0.8%) 606,571円	(▲0.4%) 604,038円	(▲6.5%) 564,937円	(▲4.6%) 538,840円	(▲1.9%) 528,746円	(▲4.1%) 506,913円
	被保険者1人当たり 医療給付費	(5.9%) 195,543円	(2.0%) 199,484円	(2.2%) 203,922円	(2.3%) 208,892円	(1.6%) 212,088円	(▲5.3%) 200,784円	(▲6.0%) 188,640円	(0.1%) 188,912円	(▲0.2%) 188,520円	(1.9%) 192,062円

注1: 基礎計数は、一般被保険者分  
 注2: ( )内は、対前年度伸び率

(出典: 社会保険庁HomePageより)

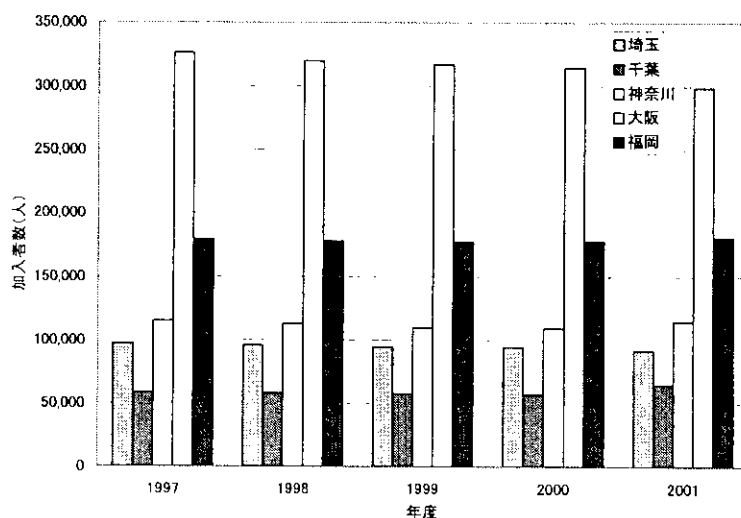
厚生労働省保険局調査による、『健康保険被保険者実態調査報告』(抽出率 1/10)によれば、本研究の対象となる政管健保の5府県の加入者数推移は、以下のとおりである。

表 3 調査対象府県別 加入者数の推移<sup>3</sup>

	加入者数					対前年同期比			
	1997	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
埼玉	96,957	95,569	94,402	94,783	91,483	-1.4%	-1.2%	0.4%	-3.5%
千葉	58,725	57,994	57,499	56,973	64,795	-1.2%	-0.9%	-0.9%	13.7%
神奈川	115,215	112,731	109,866	109,372	114,251	-2.2%	-2.5%	-0.4%	4.5%
大阪	326,459	319,599	317,060	314,349	299,152	-2.1%	-0.8%	-0.9%	-4.8%
福岡	179,239	177,557	177,234	177,607	180,400	-0.9%	-0.2%	0.2%	1.6%

(出典: 厚生労働省保険局「平成9～13年健康保険被保険者実態調査報告」より …… 抽出率1/10)

図 2 調査年度別 都道府県別加入者数



<sup>3</sup> 2000～2001年度の加入者の値は、被扶養者数の公表資料がないため、被保険者×(1+扶養率)より推計したもの

大阪の加入者は、1997 年度より減少傾向にあり、2001 年度の落ち込みが対前年度比で -4.8%と大きい。他には、千葉の 2001 年度での加入者の増加が、13.7%と高い伸びであることが目立つ。

本研究で用いた、レセプト情報データの件数が、大阪・福岡・神奈川・埼玉・千葉の順で多かったが、加入者の規模とほぼ同じであることがわかる。

平成 11 年度の『健康保険被保険者実態調査報告』を、男女別年齢階級別構成比で見ると、男女比ではほぼ半々、年齢層が低い層ほど男性が占める割合が高く、逆に年齢層が高い層で女性の占める割合が高いことが、加入者規模の大きさこそあれ、5 府県ともほぼ同じ傾向にあることがわかる。

今後、受診者を性別・年齢階級別に分類し分析を進めるが、加入者の構造の府県格差は、さほど違いがないことを確認していただきたい。

表 4 都道府県別 男女別 年齢階級別 加入者数 (平成 11 年)

男女計		年齢階級別加入者数			
	計	0~14歳	15~39歳	40~69歳	
埼玉	90,406	15,031	37,775	37,600	
千葉	54,492	8,809	22,384	23,299	
神奈川	105,320	16,736	44,181	44,403	
大阪	303,304	50,083	131,901	121,320	
福岡	168,981	29,890	71,105	67,986	

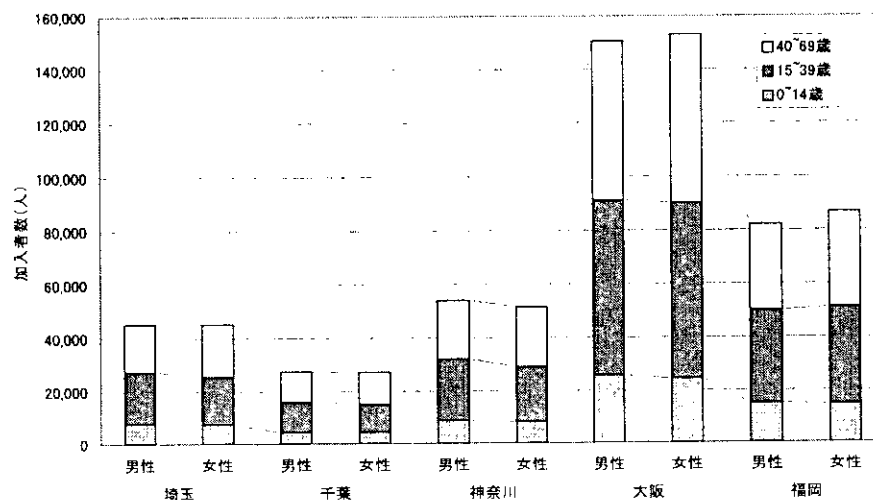
男性		年齢階級別加入者数				(男女計に対する構成比)			
	計	0~14歳	15~39歳	40~69歳	計	0~14歳	15~39歳	40~69歳	
埼玉	45,188	7,651	19,593	17,944	50.0%	50.9%	51.9%	47.7%	
千葉	27,321	4,428	11,593	11,300	50.1%	50.3%	51.8%	48.5%	
神奈川	53,806	8,635	23,326	21,845	51.1%	51.6%	52.8%	49.2%	
大阪	150,294	25,779	65,692	58,823	49.6%	51.5%	49.8%	48.5%	
福岡	82,114	15,136	34,831	32,147	48.6%	50.6%	49.0%	47.3%	

女性		年齢階級別加入者数				(男女計に対する構成比)			
	計	0~14歳	15~39歳	40~69歳	計	0~14歳	15~39歳	40~69歳	
埼玉	45,218	7,380	18,182	19,656	50.0%	49.1%	48.1%	52.3%	
千葉	27,171	4,381	10,791	11,999	49.9%	49.7%	48.2%	51.5%	
神奈川	51,514	8,101	20,855	22,558	48.9%	48.4%	47.2%	50.8%	
大阪	153,010	24,304	66,209	62,497	50.4%	48.5%	50.2%	51.5%	
福岡	86,867	14,754	36,274	35,839	51.4%	49.4%	51.0%	52.7%	

(出典：厚生労働省保険局「平成11年健康保険被保険者実態調査報告」より …… 抽出率1/10)

図 3 都道府県別 男女別 年齢階級別 加入者数 (平成 11 年)



### 3. 需要側における分析

#### 3-1 平均診療費

平均診療費とは、当該診療年度に受診した患者について個人名寄せを行ったものを受診者数とし、診療費総額(医科入院・医科入院外・歯科・調剤の合計)を受診者数で割ったものであり、受診患者 1 人当たり平均で年間どれだけ医療費がかかったかを表す指標である。

表 5 都道府県別 診療年度別 受診者数・平均診療費と伸び率(対前年同期比)  
(単位)受診者数:人 その他:円

都道府県	診療年度	平均				
		受診者数	診療費	医科医療費	歯科医療費	調剤医療費
埼玉	1997	842,113	124,927	96,149	19,382	9,395
	1998	843,662	125,048	95,324	19,140	10,583
	1999	826,004	126,215	94,767	19,024	12,423
	2000	832,881	127,569	94,732	18,812	14,025
千葉	1997	602,568	127,162	95,599	20,565	10,998
	1998	601,794	126,453	94,250	20,219	11,984
	1999	590,710	128,003	93,871	20,311	13,821
	2000	593,431	129,922	94,402	19,940	15,581
	2001	590,711	130,537	92,994	20,114	17,429
神奈川	1997	1,100,967	133,570	98,435	22,257	12,878
	1998	1,088,897	133,764	97,524	22,223	14,017
	1999	1,059,254	134,982	96,868	21,923	16,192
	2000	1,059,849	135,630	96,022	21,500	18,108
	2001	1,059,909	137,329	95,545	21,571	20,213
大阪	1997	2,925,822	137,320	111,086	20,544	5,690
	1998	2,896,618	135,310	108,198	20,343	6,769
	1999	2,841,133	136,081	107,451	20,349	8,281
	2000	2,881,733	136,418	105,923	20,369	10,125
	2001	2,861,206	137,085	104,459	20,595	12,031
福岡	1997	1,717,803	140,671	106,371	21,518	12,782
	1998	1,728,104	139,049	105,042	20,731	13,276
	1999	1,709,180	139,253	104,385	20,438	14,430
	2000	1,703,583	140,378	104,225	20,404	15,750
	2001	1,705,961	140,342	103,027	20,224	17,091

都道府県	診療年度	対前年同期比				
		受診者数	診療費	医科医療費	歯科医療費	調剤医療費
埼玉	1998	0.2%	0.1%	-0.9%	-1.2%	12.6%
	1999	-2.1%	0.9%	-0.6%	-0.6%	17.4%
	2000	0.8%	1.1%	0.0%	-1.1%	12.9%
	2001	-0.5%	0.5%	-1.5%	0.9%	11.9%
千葉	1998	-0.1%	-0.6%	-1.4%	-1.7%	9.0%
	1999	-1.8%	1.2%	-0.4%	0.5%	15.3%
	2000	0.5%	1.5%	0.6%	-1.8%	12.7%
	2001	-0.5%	0.5%	-1.5%	0.9%	11.9%
	神奈川	1998	-1.1%	0.1%	-0.9%	-0.2%
1999		-2.7%	0.9%	-0.7%	-1.4%	15.5%
2000		0.1%	0.5%	-0.9%	-1.9%	11.8%
2001		0.0%	1.3%	-0.5%	0.3%	11.6%
大阪		1998	-1.0%	-1.5%	-2.6%	-1.0%
	1999	-1.9%	0.6%	-0.7%	0.0%	22.3%
	2000	1.4%	0.2%	-1.4%	0.1%	22.3%
	2001	-0.7%	0.5%	-1.4%	1.1%	18.8%
	福岡	1998	0.6%	-1.2%	-1.2%	-3.7%
1999		-1.1%	0.1%	-0.6%	-1.4%	8.7%
2000		-0.3%	0.8%	-0.2%	-0.2%	9.1%
2001		0.1%	0.0%	-1.1%	-0.9%	8.5%

受診者数は、加入者規模同様の順に大きく、5年間の伸び率の推移は、どの府県も若干ではあるが減少傾向にある。

平均診療費は、福岡・大阪・神奈川・千葉・埼玉の西高東低の順に大きく、最も高い福岡で年間約 14 万円程度、最も少ない埼玉では年間約 12.5 万円程度と、約 1.5 万円の差があることがわかる。

図 4 都道府県別 診療年度別 受診者数・平均診療費の推移

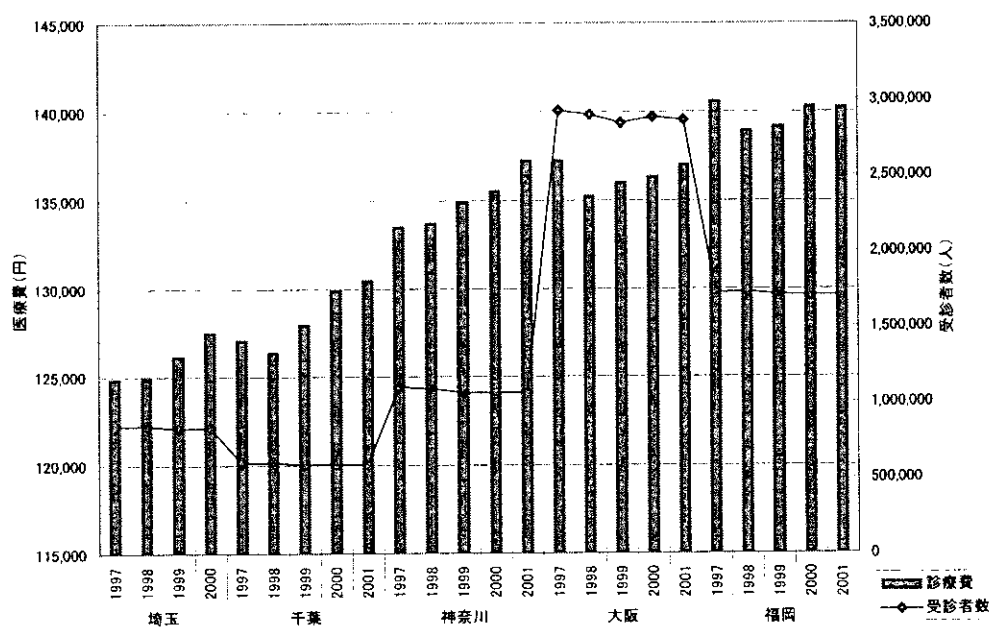
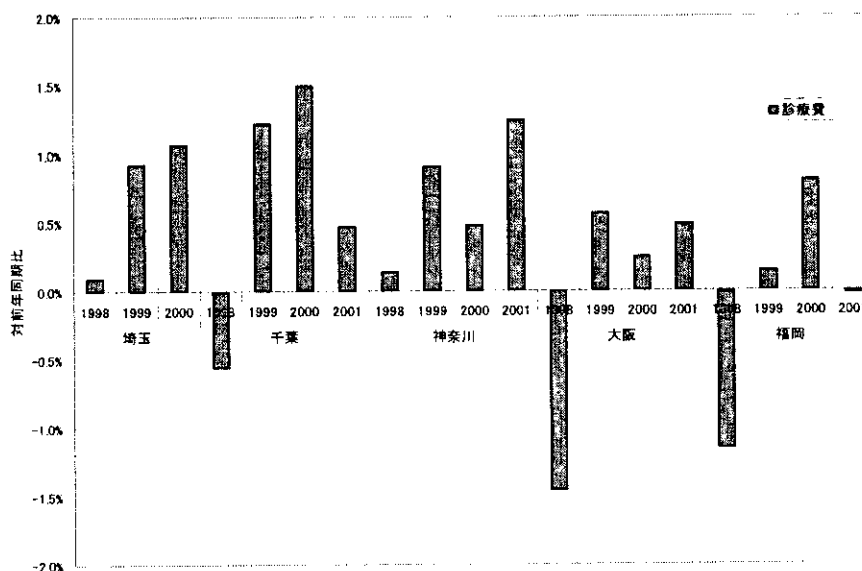


図 5 都道府県別 診療年度別 平均診療費伸び率の推移(対前年同期比)



平均診療費の伸び率は、福岡の 2001 年度の値、0.0%を除き、どの府県も増加傾向にある。特に、1998 年度の対前年同期比の落ち込みが、大阪・福岡・千葉の順で大きく、最も落ち込みの大きかった大阪では、-1.5%であった。一方、最も大きい伸びを見せたのは、2000 年度の千葉県で、1.5%であった。

平均診療費が増加傾向にある要因としては、医薬分業の推進により急速に伸びている調剤医療費であり、減少傾向にある医科・歯科の医療費分をも吸収し、診療費全体を押し上げていることがわかる。(表 5 参照)。