

A. 研究目的

保険者を巡る再編・統合の動向の中で、政府管掌健康保険においては、「都道府県の医療費の状況などを含めた保険者努力を反映される仕組み」という、新たな保険料率算定方式を取り入れることとしている。本研究では、この状況を踏まえ、現在捉えられる情報で何が保険者努力としての指標になり得るか、いわゆる保険者機能発揮としてパフォーマンスを測定する手法についてモデル的な研究を試みたものである。

B. 研究方法

埼玉県・千葉県・神奈川県・大阪府・福岡県のレセプト点検センター保有の個票データを用い、モデル的な研究を試みる。具体的に扱った個票データは、過去6年間分のデータをバックアップ用として保管されたレセプト情報ファイルである。これらを各県別に個人及び医療機関ごとに集約して、各指標の分析を行った。

C. 研究結果

現有データより見出せた各種指標の分析結果は下記のとおりである。

[1 患者当たり医療費]

- ・ 1 患者当たり医療費では、入院：約 62 万円、入院外：約 8 万円、歯科：

約 4.5 万円であった

- ・ 入院において大阪府の被保険者が顕著に高い値を示していた
- ・ 入院の被扶養者では福岡県が最も高い値を示していた
- ・ 入院外では大阪府、神奈川県が高く、埼玉県、千葉県が低い値を示していた
- ・ 歯科では神奈川県が最も高く、埼玉県が最も低い値を示した

[人単位の受診率]

- ・ 入院の受診率は約 5.5%、入院外は約 85%、歯科は約 43%であった
- ・ 被保険者・被扶養者別に見ると、入院、入院外については被扶養者の方が高く、歯科では被保険者の方が高いという傾向が見られた
- ・ 都道府県別の比較では、入院、入院外、歯科いずれにおいても、西高東低の傾向が見られた

[高額発生率]

- ・ 被保険者・被扶養者別に見ると、入院、入院外、歯科いずれについても、被保険者の方が高い値を示した
- ・ 入院において大阪府の被保険者が最も高い値を示したが、同じ大阪府でも被扶養者は逆に最も低い値で

あった

- ・ 入院外では、大阪府が最も高い値であり、福岡県、神奈川県の順であった
- ・ 歯科では神奈川県が最も高く、福岡県、大阪府の順であった

[頻回受診発生率—多受診日数]

- ・ 入院外日数約150日において患者が局部的に増大する傾向が見られた
- ・ 長期入院（180日以上）の発生率は約1.7%であった
- ・ 入院外多日数受診者（150日以上）の発生率は約0.25%であった
- ・ 長期入院発生率は福岡県が最も高い値を示した
- ・ 入院外多日数受診者発生率は、福岡県、大阪府が他3県に比べ高い傾向が見られた

[頻回受診発生率—多受診医療機関]

- ・ 入院外で年間4医療機関以上通う患者発生率は、約15%であった
- ・ 全体的に西高東低の傾向が見られた

[初診時選択率]

- ・ 初診時診療所選択率は、71~79%であった
- ・ 病院200床未満と200床以上の初診

時選択率では、200床以上の方が若干高い値を示した

- ・ 初診時診療所選択率は「福岡県」が最も高い値を示した（約78%）
- ・ 初診時診療所選択率は、0~15歳の若年層および60歳以上の高齢者層において高い値を示す傾向が見られた

[かかりつけ診療所指標]

- ・ 低年齢層、高年齢層においてかかりつけの診療所を持っている傾向が確認できた
- ・ 福岡県における診療所が、かかりつけ医機能がよく働いていることがわかった

[単月診療医療費]

- ・ 単月医療費を診療日数別に見ることにより、各府県における診療所、病院200床未満、病院200床以上の機能分担状況を把握できる可能性が示された

[医療機関指数]

- ・ 医療機関ごとに1件当たり医療費のランキング付けをもとに点数づけをし、医療機関属性別の平均点を算出した
- ・ 入院では福岡県が病院属性によら

ず高い値を示した

- ・ 福岡県では他府県が主に病院200床未満で担っている入院機能を、診療所が担っていることが伺えた

D. 考察

本研究で分析に用いたレセプトデータは、所有する項目が限られていたため、おのずと実施可能な分析の幅も限定されるものとなった。さらに詳細かつ有効な分析を行うために必要であると思われるデータ項目を、下記のとおり整理した。

[追加必要データ項目の整理]

疾病情報, 診療開始日・入院年月日, 退院・再入院日

[医療費集計におけるデータの取り扱い]

必要医療費との峻別

E. 結論

都道府県分割される平成 18 年に向け検討しなければならない課題は多い。特に、保険料率を算定するにあたり、「都道府県の医療費の状況などを含めた保険者努力を反映される仕組み」を導入することには、今後十分な検討が必要であろう。特に、個票データの活用方法を含め、統一的に情報として持たなければならないものにおいては、現在より検討に取り組む必要があるものとする。また、それを評価する組織の設置やシステム構築をどうするかをあわせて検討する必要もあるで

あろう。

F. 研究発表

1.論文発表

なし。

2.学会発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

1.特許取得

なし。

2.実用新案登録

なし。

3.その他

なし。

第16章 保険者機能と個票データの活用

植村尚史（早稲田大学）

宮尾公崇 湯澤敦子グレイス 廣中敬祐

（株式会社富士総合研究所）

I. 研究目的

1. 背景

保険者再編・統合の背景は、「市町村合併特例法」（以下、合併特例法という）を巡る動きと似ている。合併特例法の目的は、小規模の住民からなる町や村をまとめ、ある程度の規模を持った地域とすることにより、財政基盤を安定化させることであり、また、住民の生活区域と、実在する行政区域がフィットしていない現状を是正するためのものでもある。

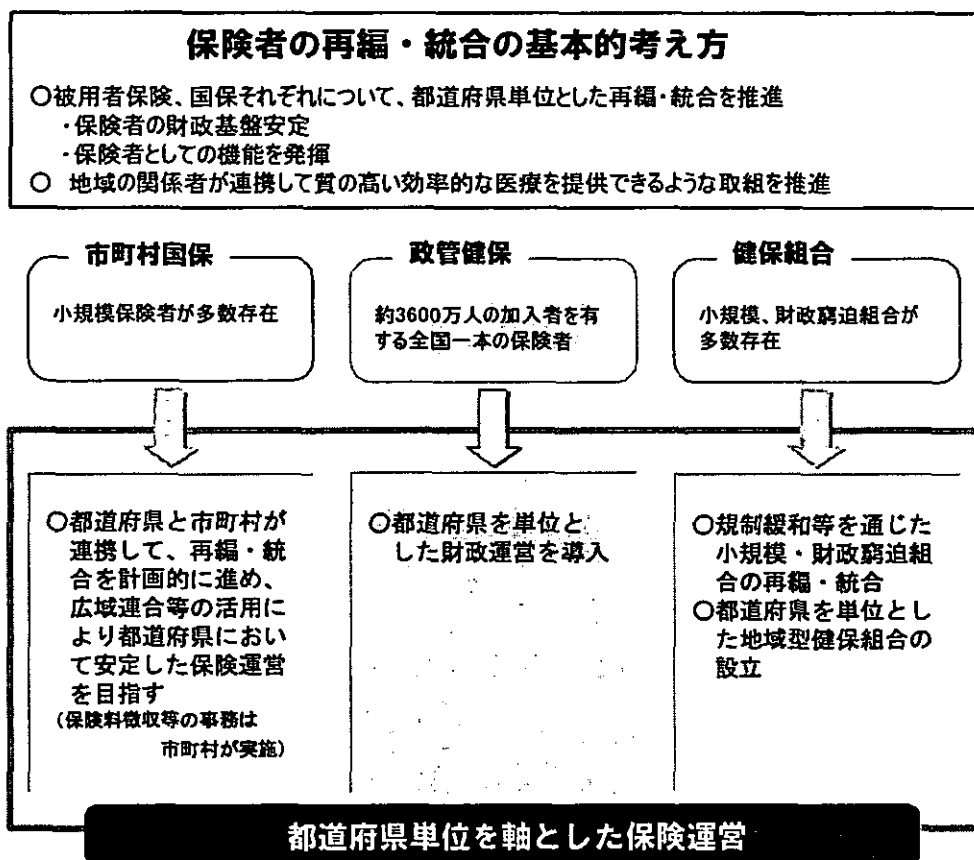
この考え方は、社会保障制度を支える各保険制度の保険者のあり方においても見られる。医療保険は、医療費の発生リスクを被保険者間で分かち合う仕組みであり、偶発的な高額医療費の発生などの医療費変動に安定的に対応するためには、被保険者数がある程度大きくすることが有効な手段であるといわれているからだ。

市町村の財政事情と同様、昨今の景気低迷などから、保険者の財政も厳しい状況にあることから、行政区域の見直しと同様、財政安定化を図る上で、保険者規模、また、保険者が管轄する地域と、実際に被保険者が医療サービスを受けている地域とのバランス¹などを鑑み、保険者再編・統合の動きが出てきているのである。

保険者再編・統合の基本的な考え方として国が提示していることは、①被用者保険、国保それぞれについて、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進することで、保険者財政基盤の安定化、保険者機能の発揮を図ること、②地域の関係者（同一県下にある保険者などを含む）が連携して、質の高い効率的な医療を提供できるような取り組みを推進することである（図表1参照）。

¹ 厚生労働省発表の資料によれば、加入する保険者の所在する都道府県での受診行動の割合は、国民健康保険：96.5%，政管健保：86.0%，健保組合：41.0%（東京、大阪を除いた場合64.9%）であった。

図表1 保険者再編・統合の基本的考え方



(資料) 平成15年3月28日閣議決定の「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針について」より

2. 政府管掌健康保険の動向

国民健康保険のように、市町村から都道府県などに統合される保険制度がある一方で、先の基本的な考え方により分割されるものもある。国が保険者として約3,600万人の最大の加入者を持つ政府管掌健康保険（以下、政管健保という）である。分割されるとはいえ、47の都道府県別の保険者が誕生するわけではなく、財政運営を都道府県単位に実施するものとなる。但し、後述する分割された後の各都道府県の役割を考えると、他の保険制度同様、一般的にいわれる保険者として定義されるべき対象であるものと位置付けられる。

これまで、政管健保の問題点としては、保険料率が全国一本で設定されており、地域ごとの医療費の状況が保険料に反映されていないために、受益に応じた保険料負担となっていないこと、また、保険者による、地域の特性に応じた医療費の適正化に向けた取り組みや保険事業の展開が不十分であることなどが挙げられてきた。

これらの問題点を解決するため、平成15年12月3日第4回社会保障審議会医療保険部会で以下の方針が示された。

- ① 受益に応じた適切な保険料負担や保険者努力の促進

- ・保険料率を都道府県単位で設定することにより都道府県ごとの医療費の状況や保険料収納率といった保険者努力が保険料率に反映される仕組みとする
 - ・都道府県単位の保険料が都道府県ごとの医療費の状況を反映したものとなるよう、年齢構成及び所得水準の格差については、政府管掌健康保険の中で全国的に調節する
- ②被保険者等の意見を反映した自主性・自立性のある保険運営
- ・保険料率、保険事業の内容等について、一定のルールに従い、都道府県単位で被保険者の意見を反映しつつ決定する仕組みとする
- ③効率的な事業運営
- ・事業運営の効率性を考慮し、保険適用や保険料徴収について、厚生年金保険との一体的な処理を維持する

ここで最も注目されることは、保険料率を算定するにあたって、これまでの全国一律であることを改め、「都道府県の医療費の状況などを含めた保険者努力を反映される仕組み」を採用することである。将来的に、都道府県別に保険料率が異なることになるのである。今後、保険料率算定の基準を設定するために、「医療費の状況をどう測定するか」、「保険者努力とは何であるか」が、重要な検討課題となるであろう。

医療費の状況を測定する方法においては、国民健康保険で昭和 63 年より実施している、高医療費市町村における国保運営安定化対策（国民健康保険法第 68 条の 2 第 1 項の規定）に用いられる、地域差指数をその一つとして取り入れることが考えられる。地域差指数とは、保険者ごとの年齢構成以外の要因による全国平均の 1 人当たり医療費との乖離を測る尺度である。一方、保険者努力については、明示されている保険料収納率以外は、他の保険制度でもそれに類するものはない。

保険者努力とは、保険制度の違いを問わず保険者にとって重要な課題となっている「医療費適正化」²に向けて、保険者の役割として推進しなければならないことであり、それは保険者自身がコントロールに努める事項でなければならない。

保険者努力の例としては、生活習慣病予防対策として行われている健康診断の充実などである。これらの効果測定は、その手法は現在確立していないものの、保険者のパフォーマンスを示す指標は、財政状況や先の地域差指数のように定量的に測定できるものもあれば、定性的で測定不可能なものも考えられる。ただ、結果として、実際に保険料を支払う被保険者自身にとって、公平であり納得のいく保険料率算定方法であることを創設することが最も重要であることには間違いない。被保険者にとって保険者（保険者機能）とは何かを意味し、特に、これからの保険者再編・統合の結果においては、「被保険者に見える保険者」であることが要求されることとなろう。つまり、保険者機能の発

² 医療費適正化とは、簡単にいえば「無駄な医療は排除する必要あり」との考え方から、保険者などが実施しているものであり、具体的な方策としては、指導監査体制の強化、レセプト審査の充実強化、医療費通知の充実、高医療費地域における総合的な医療費対策等がある。

揮の重要性がさらに増すことになるのである。

3. 研究目的

保険者機能の研究は、これまで様々な団体・機関などで実施されているが、平成 11～12 年の厚生労働科学研究による「保険者機能に関する研究」において、保険者として考えられる機能についての提言がなされている。

本研究においては、まず先の研究で提言された保険者機能が、現在の実態としてどの程度反映されているか、何がこれまで実現されたかを整理・検証する。

これまで述べてきた保険者を巡る再編・統合の動向、また「都道府県の医療費の状況などを含めた保険者努力を反映される仕組み」という、政管健保の新たな保険料率算定方式を取り入れることを踏まえ、現在、政管健保が保有している情報を用いて、保険者努力としての指標を導出し得るか、いわゆる保険者診断の手法について、埼玉県・千葉県・神奈川県・大阪府・福岡県のレセプト点検センター保有の個票データを用い、モデル的な研究を試みる。具体的に取り扱った個票データは、過去 6 年間分のデータをバックアップ用として保管されたレセプト情報ファイル³である。また、現在のレセプト情報ファイル上にはなく、保険者診断のため追加することが望ましいと考えられる項目についても検討する。

4. 保険者機能 その取り組み状況

保険者機能については、先述した「保険者機能に関する研究」において、保険者が役割を十分に発揮するための政策 6 点として下記のとおり整理されている。

【保険者機能の整理】

- ① 専門的情報機関としての保険者機能の発揮
- ② 契約当事者としての機能の発揮
- ③ 適切な受診の促進への関与
- ④ 適切な医療サービス供給の促進への関与
- ⑤ 苦情、相談対応機能（サービスの受け手のエージェント機能）の創設
- ⑥ 健康保持・増進機能の強化

「保険者再編・統合」、「高齢者医療制度の創設」、「診療報酬体系の見直し」という 3 大医療保険制度改革が押し寄せる中、その当事者である被保険者・医療提供機関・保険者も変化せざるをえない状況下にあるが、それに伴い国も下記の見直しを行った。

「規制改革推進 3 カ年計画」に盛り込まれていた規制緩和の一環から、平成 15 年 5 月 20 日、健康保険法の保険者と保険医療機関又は保険薬局との契約（健康保険法第 76

³ レセプト情報ファイルの主な保有情報は、診療年月ごとの受診者情報・受診医療機関情報・受診日数・診療種別医療費である。

条第 3 項) の認可基準等についての見直しが行われた。そこで示されている認可基準、契約内容の制約を満たしている場合は、保険者が直接医療機関と契約することができ、その審査支払いも保険者自らが行えるようになるのである。また、現在診療行為ごとの請求点数を示した点数表では、全国一律 1 点 10 円であるものの、この直接契約においては、その単価の割引も可能であるといわれている。⁴

これは、先の保険者機能の整理における②契約当事者としての機能発揮ができる土壌がひとつ整備されたことになる。しかし、これに取り組む保険者は現在の所存在しないようだ。認定されるまでの手続きが非常に煩雑であることが最大のネックであり、結果として保険者にとってのインセンティブが働きにくいことがその原因と考えられる。今後、この政策の実施状況とその効果を把握することが必要になるであろうと考える。

国の行う政策のバックアップのほか、保険者は今、どのようなことに取り組んでいるのかを、本研究事業の中でご講義いただいた方々の先進的な事例などを元に、保険者によるデータ活用の観点からその一例を取り上げる。

⁴ 健康保険法第 76 条第 3 項：保険者は、保険医療機関又は保険薬局との契約により、当該保険医療機関又は保険薬局において行われる療養の給付に関する第 1 項の療養の給付に要する費用の額につき、前項の規定により算定される額の範囲内において、別段の定めをすることができる。この場合において、保険者が健康保険組合であるときは、厚生労働大臣の認可を受けなければならない。

図表 2 健康保険法の保険者と保険医療機関又は保険薬局との契約の改正点

施行前	施行後
<p>「健康保険法の一部を改正する法律の施行について」⁵ 保険者は、保険医療機関又は保険薬局との契約により診療報酬額について別段の定めをすることができることとなっているが(新法第四三条ノ九第三項)、この規定は、旧法による保険者の指定する者であつたものとの間において割引診療が行われていたものについて引続き割引診療を行わせる趣旨にてもたものであるから、割引診療を行わせる機関の範囲を従来以上に拡大させることのないようにすること。</p>	<p>廃止</p>
	<p>「健康保険法第 76 条第 3 項の認可基準について」⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> ●健康保険組合と保険医療機関の合意 健康保険組合と個別の保険医療機関との合意に基づくものであること。 ●健康保険組合における適正手続 組合会において決議を経て、規約の改正については、契約の内容を規約に明記すること。 ●契約の明記事項 契約医療機関以外において、受診することを制約してはいけない。 契約健保組合の加入者を優先的に取り扱わない。 当該契約の実施に伴い診療科目を減らさないこと。 ●契約内容の制約 医療機関の選択を歪めないこと。 診療報酬の点数表の範囲以内であること。 加入者間が平等であること。 ●客観的な基準 契約医療機関は、「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告をすることができる事項」⁷ について広告を行うこと。 ●フリーアクセスへの影響 契約健保組合は、認可申請時にいくつかの書類を提示しなければならない。

(1) 保険者の取り組み : 「医療情報プラットフォーム」

ここでは、複数の組合管掌健康保険（以下、健康保険組合という）による共同事業として「保険者機能を推進する会」が母体となり実施している「医療情報プラットフォーム」を取り上げる。

平成 15 年 8 月現在で約 90 健康保険組合が参画している「医療情報プラットフォーム」は、被保険者・医療機関・保険者間の情報連携強化のための仕掛けであり、それぞれのニーズを集約し、情報収集・活用することにより総合的な専門的情報機関としての役割を作り上げている。掲載されている主な情報は、①医療サービスの改善・向上に役立つ情報、②医療機関の選択に役立つ情報、③被保険者の健康づくりなどを支援する情報で

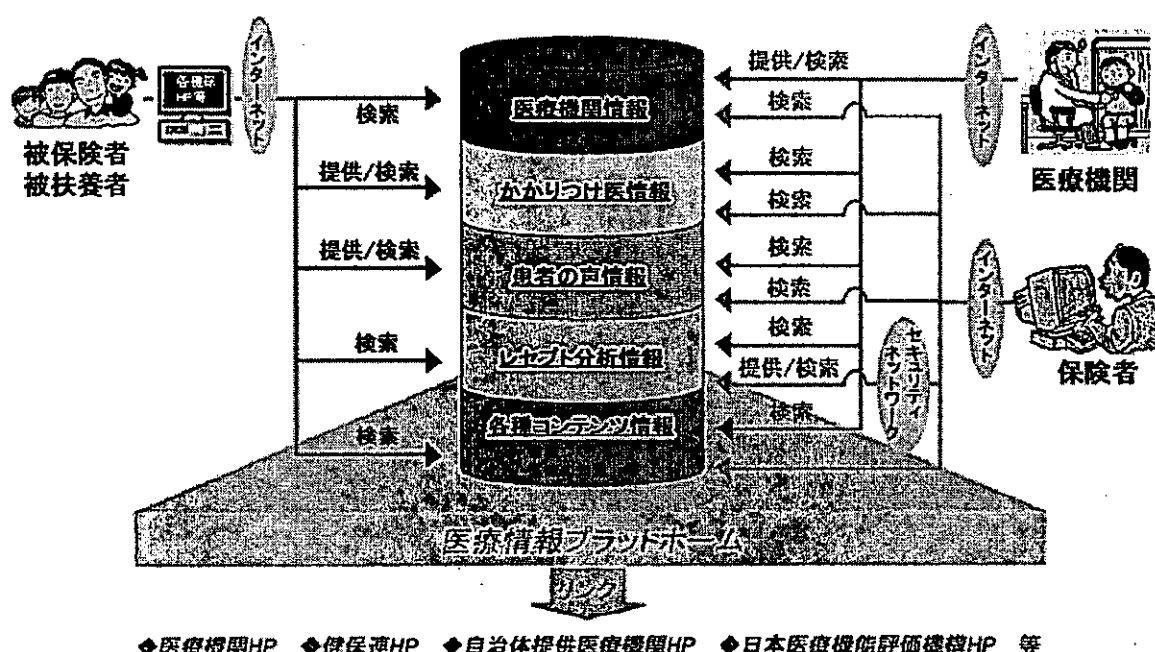
⁵ 「健康保険法の一部を改正する法律の施行について」(昭和 32 年 5 月 15 日 保発第 42 号各都道府県知事宛厚生省保険局長通知) 第四の六の 2

⁶ 健康保険法第 76 条第 3 項の認可基準等について (保発 0520001 号 平成 15 年 5 月 20 日)

⁷ 「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告をすることができる事項」(平成 14 年厚生労働省 告示第 158 号)

ある。例えば、医療機関の診療時間等の情報、実際にその医療機関をかかりつけ医としている患者の声などの情報が掲載されており、それを被保険者自らがインターネットを通じて情報検索することで、自らが自分のニーズに合った医療機関を選択することができるのである（図表 3 参照）。これは、かかりつけ医を持つことで重複受診などの医療費の無駄を減らし、被保険者が適切な受診ができ、より効率的で良質な医療サービスを受けられることなどを目的としているものである。また、保険者機能を推進する会のワーキンググループによって実施された、レセプトの分析結果も掲載されている。現在その内容は、高血圧症における治療パターンの違いや、風邪を代表とする疾病ごとの医療費の違いが掲載されているようである。

図表 3 医療情報プラットフォームに掲載される情報



ここで注目すべきことは、今まで個々の保険者が、自分の被保険者のためだけに行ってきた事業（機能）を、共同体により横断的な取り組みとして実現していることにある。先のレセプト分析情報においても、保険者自らが取り組むことは保険者の持つ人員などの体力及び専門知識の必要性から見て非常に難しい。また、保険者は、自分の被保険者の状況が他の保険者と比較してどういう位置にあるのかが知りたいであろう。一方で、レセプト分析に限らずデータ分析においては、できるだけその調査客体数を増やすことで、その分析精度が上がる可能性がある（昨今取り沙汰されている個人情報保護の問題についても、レセプトを活用することは、レセプト所有者が保険者であることから、なんら問題がないことを付け加える）。以上の点を克服する意味で、この医療情報プラットフォームの役割は大きい。

今後の課題は、共同体で行うべき保険者機能と、個々の保険者で行うべき役割を明確に分化することにあると考える。先述した保険者による直接審査や医療機関との直接契

約においても、共同体で進めることも考えられよう。また、それは共同体・保険者の各々で取り扱うデータの活用方法にも通じる。例えば、現在医療情報プラットフォームで取り扱うレセプト以外に、保険者が保有する情報としては、各保険者が実施している健康診断データがある。健康診断データとレセプト情報を突合することで、効果的な保健指導を行うことが今後可能になるかもしれない。しかし、それを共同体で行うことが良いのか、保険者自身が行うことが良いのか。つまり、共同体の役割として発信する情報、そのために保険者及び被保険者から収集する情報が何であるか、個々の保険者は自分の保有する情報で何を行うのかを明確にする必要があるものとする。

今後、この共同体と個の関係により保険者機能がトータルとして発揮できる医療情報プラットフォームの考え方は、他の保険制度にも適用されることになるであろうと考える。

(2) 保険者の取り組み : 老人医療費適正化に向けて国が示した指針を例に

ここで、老人医療費適正化に向けた最近の取り組みを取り上げる。

平成 15 年 9 月、厚生労働省より「老人医療費の伸びを適正化するための指針」が発表となった。この指針は、入院・入院外医療費の動向や、受診行動などの老人医療費に関わる現状を、保険者である市町村、それを管轄する都道府県自らが把握・分析し、地域の実情を踏まえた施策の推進を図り、増嵩する老人医療費を適正なものにすることが狙いである。

平成 13 年度の老人医療費の伸びは、高齢化とはいえ高齢者数の伸びを大きく上回り、また金額では国民医療費の約 4 割を占め、今後もその占有率を高める傾向にある。老人医療の特性としては、若人よりも受診率が高いことはもちろんのこと、1 人当たり医療費が 75.7 万円と若人の約 5 倍であること。また医療費には地域差があると言われているが、老人の 1 人当たり医療費では、最高の北海道 (93.0 万円) と最低の長野県 (60.2 万円) では、1.5 倍以上の大きな開きがあることが挙げられる (図表 4 参照)。

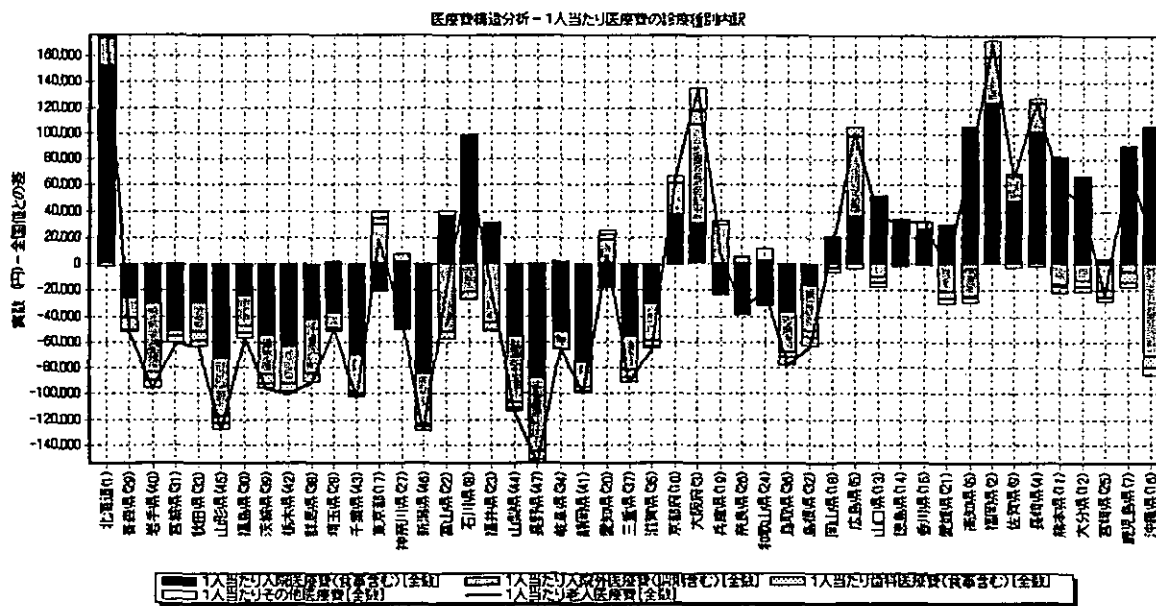
折しも、最近の医療保険制度をめぐる環境は、非常に厳しいものとなっている。というのも、社会全体が景気低迷の中、国民医療費の伸びは、国民所得の伸びを上回る伸びを示しており、医療保険制度を支えるために必要な保険料・国庫などの収入を確保することが困難になってきているためである。我々サラリーマンにとっては、保険料総報酬制や窓口 3 割負担の導入などは、記憶に新しい所である。また、老人医療においては、平成 14 年度より所得別定率負担の導入、老人医療適用の基準年齢の段階的な引き上げが行われている。

ただ、このような国の行う全国一律の画一的な政策だけでは、地域の実情にあったきめ細やかな対応はとれず、医療費適正化への本質的な対策とはなり難い。ここで、重要な役割を担うのが、実際に医療サービスの需給が行われている現場となる都道府県及び市町村である。

高齢者数の増加に伴い、老人医療費の増大は避けられないことではあるが、各都道府県で見ればその状況は違う。先の北海道と長野県で見た金額の比較だけでなく、高齢者 1 人当たり医療費の伸び率でも、平成 13 年度の全国平均は-0.2%であるのに対し、都道

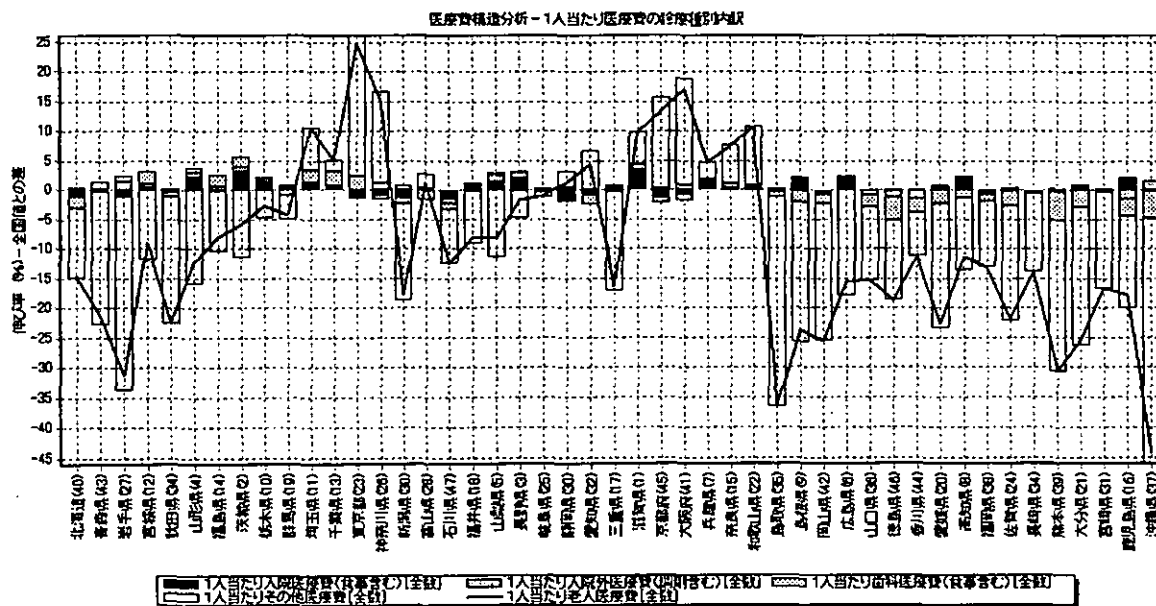
府県別では、地域ごとに大きな格差がある（図表 5 参照）。それでは、なぜこのような格差が表れるのだろうか？ それは、ごく自然な事象なのであろうか？

図表 4 平成 13 年度 1 人当たり医療費の診療種別内訳（全国値との差）



集計期間：2001年度

図表 5 平成 13 年度 1 人当たり医療費の診療種別内訳の伸び率（全国値との差）



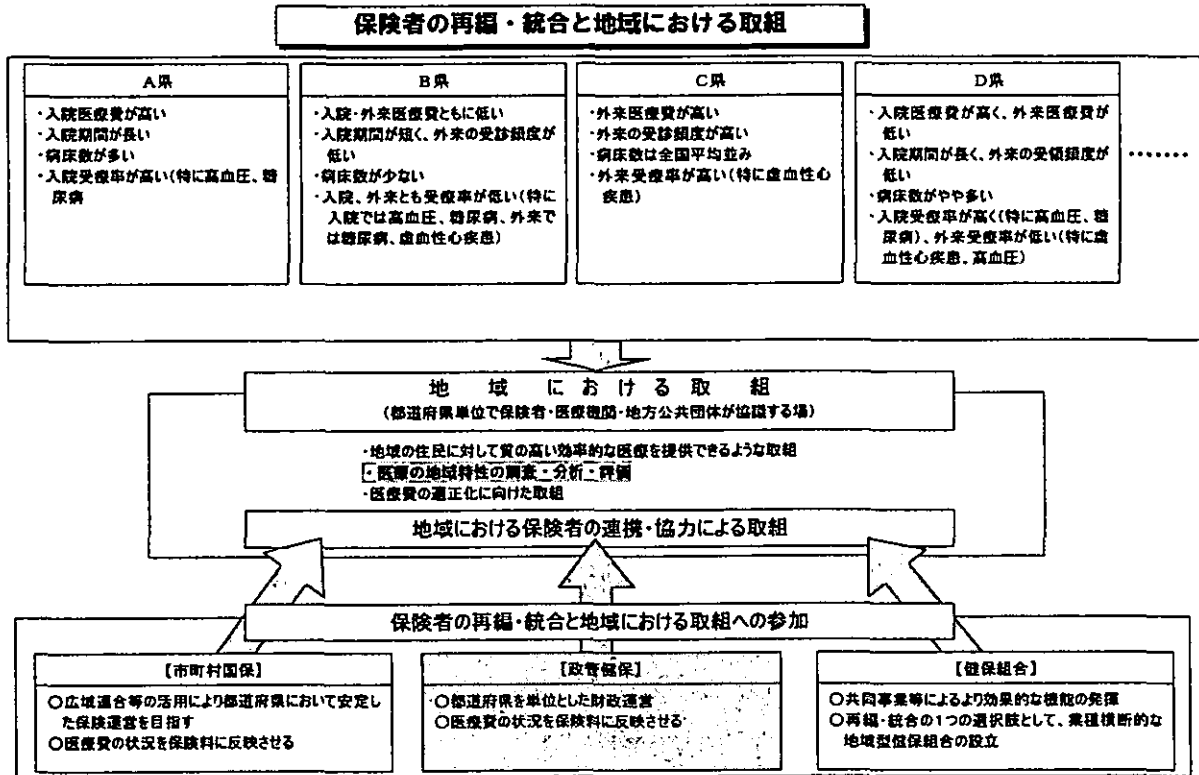
集計期間：2001年度（比較年度：2000年度）

【図表 4・5 は、株式会社富士総合研究所が開発した「老人医療費実態把握・分析システム」から出力した】

この「老人医療費の伸びを適正化するための指針」では、都道府県及び市町村が現状を把握するための分析すべき内容が明示されている。老人医療費を例にしているものがあるが、他の保険制度においても同様のことが考えられる。というのも、図表 6 のとお

り国が示した資料にも、将来的に都道府県別となる保険者において、それぞれが自分自身の状況を把握することが盛り込まれているからだ。また、各保険制度の保険者が存在する都道府県においては、医療計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画を策定している関係から、各保険者から情報を収集し、自県内の実態を総合的に分析することで、今後の医療・介護・保健事業をどうするかを計画する新たな策定のための枠組みが創設されることになるものとする。

図表6 保険者の再編・統合と地域における取り組み



(3) 考察 (保険者機能発揮としての共同体と個の関係から)

健康保険組合における医療情報プラットフォームでは、共同体と個の役割分担による総合的な保険者機能の発揮の実現方法について述べた。老人医療費適正化においても、個々の実施主体である市町村が取り組むべき方向性と、それをとりまとめる都道府県の今後について見てきた。本研究のモデルである政管健保では、社会保険庁と都道府県との構図は、まさにこの共同体と個々の関係を意味する。

分割後の都道府県ごとの保険者は、個々の実態に見合った施策を追求することになる。また、老人医療費適正化と同様、「自県医療費の実態把握→目標設定→施策実行→施策評価」の目標管理過程を実行していくことが想定される。この成果は、保険料に跳ね返ることから、老人医療費適正化よりも厳しいものとなるであろう。一方で、共同体として取り組むべきこととして、共同体として各都道府県を把握しなければならない情報やそれを実現する仕組みが必要になるものとする。

次に示されるこの研究の中で試行的に行われているデータ集計の一つひとつは、結果

として保険者努力として測定される個々のパフォーマンスには何が考えられるか、何が定量的に測定できる指標となり得るかに基づき実施しているものである。具体的には、図表6の地域の取り組みにおける「医療の地域特性の調査・分析・評価」の手法に位置付けられる。また、これは共同体側から見れば、共通的に把握しなければならない個々の状況を表す指標の例示として行われているものである。

II. 研究結果

1. 政管健保データの活用可能性

本研究は、個票データを用いた実証分析を主眼としており、ここでは個票として政管健保のレセプト情報データを用いている。政管健保は全国1本の大きな保険者であるわけだが、地方支分部局として各都道府県単位に地方社会保険事務局が置かれている。本研究では分析対象として、埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府、福岡県の1府4県のデータを収集し分析を行った。

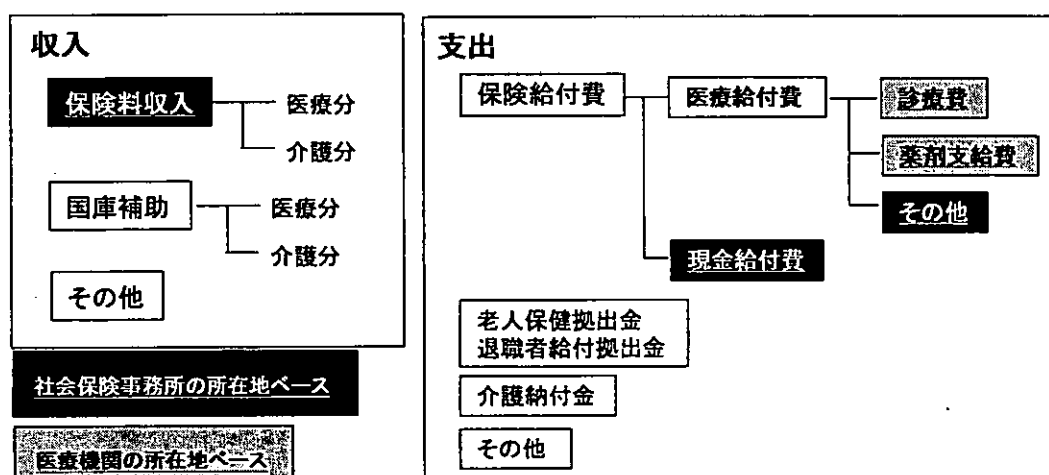
都道府県単位のデータ分析を実施することは、政管健保における保険者の再編・統合の議論、都道府県単位での財政運営を視野に入れると、単純な地域差の分析にとどまらない意義を持つものと考えられる。ただし本研究では先に示したように分析対象が5府県に過ぎないため、該当5府県と他42都道府県との比較ができず、議論が限定的なものとならざるを得ない。

そこで以下ではまず、社会保険庁より公表されている社会保険事業年報の都道府県・社会保険事務所編を用いることにより、政管健保における都道府県別医療費の概況を捉えることを試みた。その後、5府県の政管健保レセプトデータを用いた分析を実施した。

(1) 社会保険事業年報データ

社会保険事業年報の都道府県・社会保険事務所編においては、都道府県別の保険料徴収状況及び、保険給付決定状況（件数、日数、金額）が掲載されているものの、これらは社会保険事務所の所在地ベースと医療機関の所在地ベースの2つの集計単位が混在していることがわかった。収入（保険料収入）と支出（保険給付費）別に見た集計単位の概況を下図に示した。

図表7



このような状況であるため、現在の事業年データを用いて都道府県別医療費の概況を捉え、比較を行うのは困難であった。現在は政管健保が全国単位での収支を把握できればよいため問題にはならないが、今後都道府県を単位とする財政運営となった場合には、収入と支出のデータ把握場所相違の解消が為されない限り、現行事業年報の都道府県別データの活用範囲は限られたものとなると思われる。

【補足】政管健保の都道府県別一人当たり医療費及び地域差指数

平成16年2月9日に行われた第16回政管健保事業運営懇談会の中で、政管健保の都道府県別の医療費及び保険料率の機械的試算が公表された。この中では、都道府県別の医療費等については、事業所所在地に着目した都道府県別の実績データを使用している。参考情報として、本研究で分析対象となる5府県をハイライト表示した一人当たり医療費及び地域指数（平成13年度）の表を以下に示した。

図表8

	加入者一人当たり医療費		若人加入者一人当たり医療費			地域差指数	
	加入者一人当たり医療費	順位	若人加入者一人当たり医療費	指数	順位	地域差指数	順位
全国計	175,764		141,280	1	1	1	1
1北海道	203,625	2	165,581	1.172	1	1.13	1
2青森	177,326	25	143,164	1.013	17	1.035	13
3岩手	183,162	15	144,156	1.02	14	1.016	18
4宮城	173,230	32	136,443	0.968	32	0.979	30
5秋田	189,723	3	149,770	1.06	4	1.044	9
6山形	175,834	28	132,125	0.935	42	0.955	38
7福島	180,779	20	136,787	0.968	31	0.987	29
8茨城	182,609	41	130,425	0.923	44	0.943	41
9栃木	186,095	38	133,742	0.947	38	0.966	34
10群馬	188,509	36	133,772	0.947	37	0.942	42
11埼玉	156,152	48	131,534	0.931	43	0.92	46
12千葉	180,230	45	133,192	0.943	39	0.923	44
13東京	161,348	43	136,260	0.964	33	0.948	39
14神奈川	164,228	39	140,405	0.994	24	0.966	35
15新潟	173,547	31	133,075	0.942	40	0.944	40
16富山	188,972	10	146,661	1.038	10	1.022	17
17石川	190,353	7	147,227	1.042	9	1.037	11
18福井	181,090	19	138,688	0.982	27	0.991	28
19山梨	187,697	37	129,902	0.919	45	0.92	45
20長野	182,216	42	126,211	0.893	46	0.877	47
21岐阜	173,625	30	138,348	0.979	30	0.975	31
22静岡	160,539	44	132,150	0.935	41	0.942	43
23愛知	164,030	40	136,098	0.963	34	0.972	32
24三重	171,854	33	138,424	0.98	29	0.97	33
25滋賀	169,698	34	133,837	0.947	36	0.956	37
26京都	177,673	24	141,170	0.999	23	0.993	26
27大阪	176,379	27	146,453	1.037	11	1.024	18
28兵庫	173,886	29	142,089	1.006	21	0.995	25
29奈良	178,937	22	142,265	1.007	20	0.991	27
30和歌山	179,449	21	142,913	1.012	19	1.025	15
31鳥取	181,226	18	140,369	0.994	25	1.006	23
32島根	190,125	8	143,064	1.013	18	1.007	22
33岡山	183,296	14	143,356	1.015	16	1.014	19
34広島	182,585	16	146,152	1.034	12	1.04	10
35山口	182,236	17	146,056	1.034	13	1.013	20
36徳島	205,498	1	157,140	1.112	2	1.123	2
37香川	193,699	5	150,429	1.065	3	1.063	5
38愛媛	176,926	26	139,781	0.989	26	1.013	21
39高知	192,868	6	147,651	1.045	7	1.082	6
40福岡	186,820	11	149,766	1.06	5	1.078	3
41佐賀	193,891	4	148,394	1.05	6	1.078	4
42長崎	186,414	12	143,582	1.016	15	1.056	7
43熊本	185,984	13	141,545	1.002	22	1.036	12
44大分	189,778	9	147,532	1.044	8	1.047	8
45宮崎	169,658	35	135,533	0.959	35	0.999	24
46鹿児島	178,097	23	138,520	0.98	28	1.028	14
47沖縄	152,677	47	121,713	0.862	47	0.983	36

(2) 政管健保レセプトデータ

本研究にて分析に使用するレセプト情報データは、主要な項目として以下のような情報を持っている。レセプトの詳細な情報である診療行為の情報や、傷病に関する情報は持っていないため、分析できる内容としてはある程度の制限がある。

- ・ 診療年月
- ・ レセプト区分（医科／歯科／調剤、一般／老人、本人／家族、入院／入院外）
- ・ 都道府県番号（社会保険事務所の所在地）
- ・ 医療機関属性（所在都道府県、病床規模）
- ・ 患者属性（整理番号、性別、年齢）
- ・ 診療実日数
- ・ 医療費（決定点数）

一方で、従来の個票を用いた医療費分析においては、需要側、供給側の分析ともに、レセプト単位（1件当たり）の指標による評価が成されてきた。そこで本研究では新たな個票データの活用法として、患者個人単位、各医療機関単位という捉え方をした。以下に新たな個票データの活用により、次節において分析した項目を示した。

【活用の可能性】

- ① 整理番号等で個人を名寄せ …… 需要側の分析
→患者1人当たり医療費、患者受診行動（頻回受診、長期入院、医療機関選択）
- ② 医療機関ごとに集約 …… 供給側の分析
→医療機関種類別医療費（医療機関機能評価）

また、データ属性などによるデータの扱い上の留意点を以下に示した。これらは次節における分析の前提条件および制約条件となるものである。

【活用時の留意点】

- ① 事業所の所在地による都道府県別であり、患者の住所とは異なる可能性がある
(国保における地域差とは異なる)
- ② 重複受診（同一傷病で複数医療機関受診）は捉えられない
- ③ 同月内に複数医療機関受診した場合、受診順序はわからない
(初診時選択医療機関やその後の受診医療機関変更の状況、入院外診療から入院への移行などの患者受診行動は条件付分析になる)
- ④ 退院、再入院を考慮した入院日数は取得できない

2. 政管健保レセプトデータ分析

ここでは前節の活用の可能性 ①個人ごとに集約 による分析を[需要側の分析]、② 医療機関ごとに集約 による分析を[供給側の分析]、として分析した結果を示す。ただし、需要側、供給側と分けてはいるものの、需要側の分析結果が供給側の状況を示す場合もあることを留意されたい。区分はあくまでデータ活用の方法による便宜的な区分である。

【需要側の分析】

(1) 1患者当たり医療費、受診率

医療費には地域差があると言われているが、その差を示す際に用いられる指標は「1人当たり医療費」であることが多い。ただこの指標は実際に患者1人に投入された医療費ではなく、投入された医療費を被保険者数で除したものである。都道府県別に医療費が使われている実態を示すものではあるが、投入された医療費自体の高低を現すものではなく、保険制度の財政的健全性を示す指標であると考えられる。

一方で「1件当たり医療費」という指標も地域差分析の中で扱われることがある。これは文字通りレセプト1枚当たり医療費を意味することから、実際に投入された医療費の密度差を示すものと考えられる。ただこの指標も件数が多ければ低くなる、つまり不必要な受診が多い場合にも値が低くなる性質を持っている。

$$1人当たり医療費 = \frac{\text{医療費総額}}{\text{加入者数}}$$

$$1件当たり医療費 = \frac{\text{医療費総額}}{\text{レセプト件数 (枚数)}}$$

そこで本研究では、以上の2指標に変わる新たな指標として、「1患者当たり医療費」を取り扱った。この指標は患者個人を名寄せすることにより、特定の患者1人に対しどれだけの医療費が実際に投下されたかを示すものとなる。1件当たり医療費では、頻回受診が多いと値が小さくなってしまおうという性質があるが、1人当たり医療費ではこのような患者の受診行動による影響を受けないものと考えられる。

$$1患者当たり医療費 = 1年間に1人の患者に投下された医療費総額$$

また従来、受診率はレセプト単位の受診率が用いられていた（加入者千人当たりレセプト件数など）。本研究ではこれにかわり、人単位の受診率、受診者（患者）数÷加入者数、を用いることで、受診する人の割合という意味での受診率を捉えることとした。

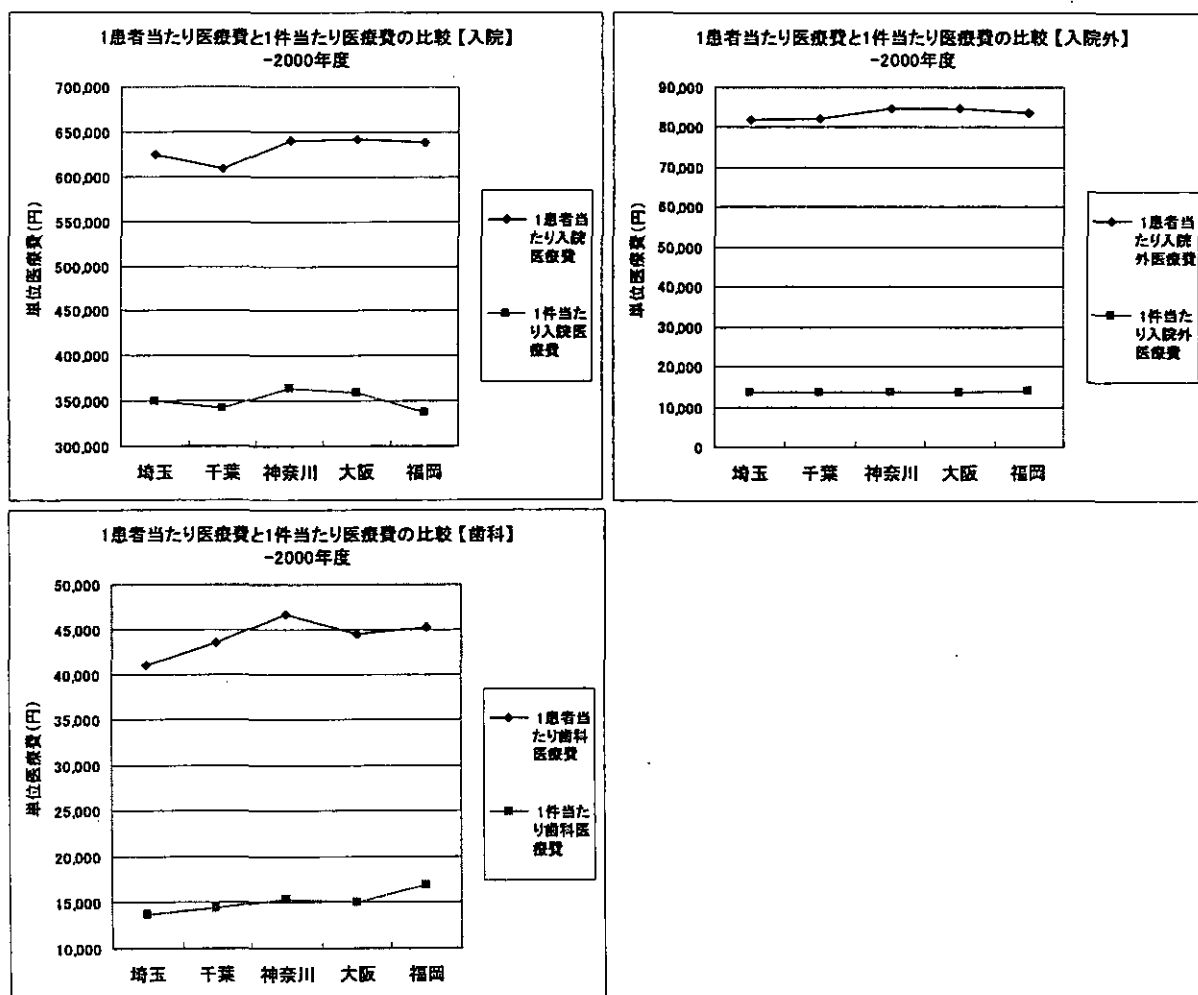
【1患者当たり医療費】

図表9には入院、入院外（調剤含む）、歯科別の1患者当たり医療費と1件当たり医療費を示した。1患者当たり医療費では、入院：約62万円、入院外：約8万円、歯科：約4.5万円であった。1件当たり医療費では、入院：約33万円、入院外：約1.5万円、

歯科：約 1.5 万円であった。1 患者当たり医療費は患者 1 人についての年間医療費であるのに対し、1 件当たり医療費は 1 ヶ月分の医療費の平均であるので、当然値が小さくなるが、その差は入院で約 2 倍、入院外で約 5 倍、歯科で約 3 倍となっていた。このことは、入院外において両者の指標が現している医療費の実態・状況が異なることを示していると思われる。

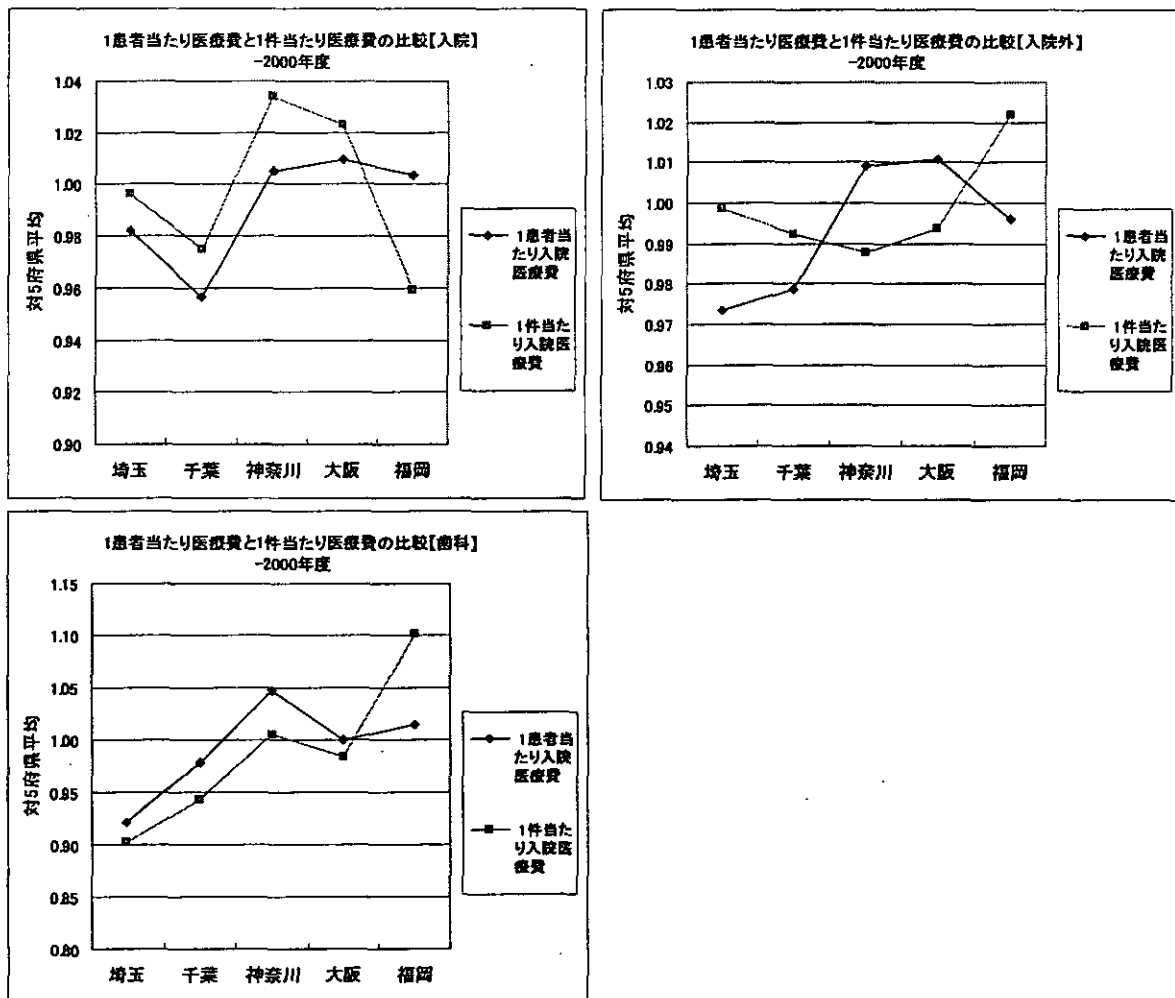
入院外の 1 件当たり医療費が、患者の受診行動による影響を最も受けやすいということを示しているとも考えられる。

図表 9



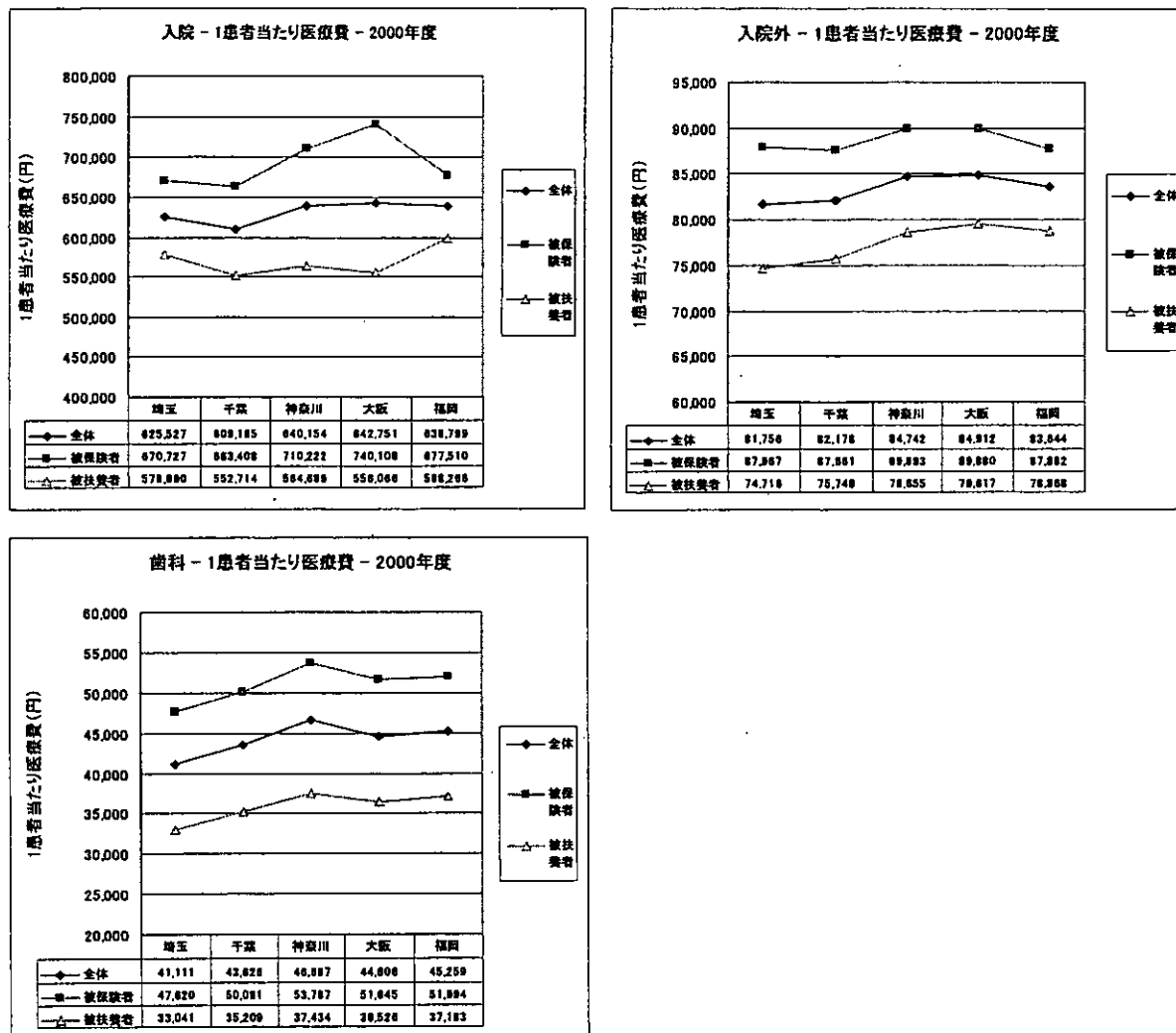
1 患者当たり医療費が現す都道府県別医療費と、1 件当たり医療費が現す都道府県別医療費にはどのような違いがあるのかを見るため、5 府県平均を 1.0 に正規化することで比較した。図表 10 にその結果を示した。顕著に傾向の違いが見られたのは、入院外であり、1 件当たり医療では福岡県が最も高く、神奈川県が最も低かったのに対し、1 患者当たり医療では大阪府、神奈川県が高い値を示していた。

図表 10



次に、1患者当たり医療費を被保険者・被扶養者別に見た結果を図表 11 に示した。入院、入院外、歯科いずれにおいても被保険者の方が高い値を示していた。入院において大阪府の被保険者が顕著に高い値を示していた。入院の被扶養者では福岡県が最も高い値を示していた。入院外では大阪府、神奈川県が高く、埼玉県、千葉県が低い値を示していた。歯科では神奈川県が最も高く、埼玉県が最も低い値を示した。

図表 11



[人単位の受診率]

従来の受診率は、被保険者 100 人当たり受診件数というようなレセプト単位の値であり、受診率とはいいながらパーセントで表現できる値ではなかった。本研究で算出した人単位の受診率は加入者のうち、何%の人が受診したかを表すものとなる。

図表 12 には被保険者・被扶養者別の受診率の状況を示した。入院の受診率は約 5.5%、入院外は約 85%、歯科は約 43%であった。受診率の算定においては、1 患者当たり医療費と同様に、対象期間を 1 年間としている。入院外の受診率が 85%ということは、ほとんどの加入者は年間に一度は入院外で医療機関にかかっていることになる。

被保険者・被扶養者別に見ると、入院、入院外については被扶養者の方が高く、歯科では被保険者の方が高いという傾向が見られた。入院外の被扶養者の受診率は、約 90%と非常に高い値を示していた。都道府県別の比較では、入院、入院外、歯科いずれにおいても、西高東低の傾向が見られ、福岡県、大阪府の順に高い値を示していた。入院外における福岡県、大阪府は他に比べ顕著に高い値を示していた。