

り、着々と成果をあげている。最近では、国内での最大の保険者である政管健保の支払業務データを用いた分析が、植村他(2004)でなされた。

本稿では、これらの先行研究をふまえた上で、ある1つの組合管掌健康保険の支払業務データ等⁶を用いて個人および世帯の医療費を計算することで生涯医療費を推計し、個人あるいは世帯の保険料負担と比較した。具体的には、医療費を個人および世帯単位で医療費を集計すると同時に、個人および世帯の所得(総報酬)を求め、それらを詳細に分析することから生涯医療費を推計する。必要に応じて、データから読み取れる対象健康保険組合の概要(年齢別被保険者数や世帯数、平均標準報酬等)も提示している。また、得られた結果をもとに、保険料率引き下げのための2つの方策についての検討を試みた。

3. データの状況

3.1 データ

1996年4月から2002年3月までの6年度にわたるある組合管掌健康保険(以下、「A健保」と呼ぶ)のデータの一部を使用する。なお、図1は、A健保の2000年度の年齢⁷別被保険者を性別および本人・家族別に示したものである。全体で見ると、11,307人、扶養率が1.54、男女比が52.6:47.4である。なお、被保険者本人に限ると、男性が3,917人、女性が539人、男女比が87.9:12.1であり、1,000人以上の企業規模平均より女性労働者が少ない⁸。また、この図からは、大卒(23歳)で新規採用、62歳で定年退職という雇用スケジュールを読み取ることができる。さらに、本稿では触れないが、1996年度から2000年度の期間に、被保険者本人が約20%減少したことがわかっており、景気低迷の影響による企業規模縮小が行われていることがうかがわれる。

本稿で用いるデータは以下の2つである。

⁶ 厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「生活習慣と健康、医療消費に関するミクロ経済分析」の成果の一部であり、小椋正立法政大学教授をはじめ、研究班のメンバー諸氏には貴重なコメントを頂いた。なお、本稿に残された誤りの責任は筆者のみが負うものである。

⁷ 2001年3月31日現在の年齢。

⁸ 2001年1月1日現在で1,000人以上の規模をもつ企業の常用名義労働者の男女比率は68.4:31.6である。厚生労働省大臣官房統計情報部「雇用動向調査報告」(2001)より。

データ1：該当期間中の、支払業務データ（個票）

①世帯番号、②本人・家族符号、③続柄、④生年月、⑤性別、④診療年月、⑤診療区分、⑥日数、⑦点数

データ2：該当期間中に、被保険者であった人に関するデータ

①世帯番号、②本人・家族符号、③続柄、④生年月、⑤性別、⑥資格取得年月日、⑦資格喪失年月日、⑧～ 加入期間の標準報酬月額（本人のみ）

データ1とデータ2は、個人を認識するI.D.コードすなわち①～⑤によって接続することが可能となっている。

3. 2 医療費の導出（データ1より）

各支払業務データ（個票）の⑦点数、⑧自己負担額、⑨高額療養費、⑩公費負担額を、個人ごとあるいは世帯ごとに積算する。

$$\text{医療費（円）} = 10 * \text{⑦点数}$$

$$\text{自己負担分（円）} = \text{⑧自己負担額} - \text{⑨高額療養費}$$

$$\text{保険負担分（円）} = \text{医療費} - (\text{⑧自己負担額} - \text{⑨高額療養費}) - \text{⑩公費負担額}$$

表1は、2000年度の個人単位および世帯単位の記述統計量である。2000年度に1ヶ月でも被保険者であったのは11,307人・4,453世帯であり、その中で医療費を全く使わなかった個人が17.2%（1,949人）、世帯が7.97%（355世帯）存在している⁹。

医療費は、個人平均で99千円だが、50パーセンタイル値は39千円、最大値を含めて1千万円以上の医療費を必要とした個人が3人、6百万円台が2人、5百万円台が2人、4百万円台が5人と、左側に偏った分布となっている。パーセンタイル値は表に示しているので説明を省略するが、下位20%の平均

⁹ 「レセプト枚数÷被保険者数」で導出される通常を受診件数といった概念からは見えなかった実態である。

医療費が 580 円、50%以下が 12 千円、上位 20%では 35 万円である。また、世帯単位では、平均世帯医療費が約 25 万円、下位 20%の平均が 8.8 千円、50%以下が 49 千円、上位 20%が 80 万円、百万円以上が 140 世帯、うち 1 千万円以上が 3 世帯といった状況となっており、個人の場合同様に左側に偏った分布である。しかし、右側に裾野の広い分布とはなっているものの、A 健保の財政収支を一気に赤字化するほど大きな医療支出は、2000 年度には発生していなかった。

次に、当該年度の医療リスクの高さを示す指標を概観する。高額療養費該当が 137 世帯となっており該当世帯平均約 11 万円、公費負担該当が 196 世帯・平均約 9 万円である。また、これらのうち高額療養費と公費負担の両方に該当するのは 5 人・9 世帯であり、医療費負担についての役割分担がなされていると解釈できるだろう。

医療費の財源別にみると、A 健保の医療費の財源は、保険負担分が 79.0%、自己負担分が 19.4%、公費負担分 1.6%であった。

3. 3 総報酬の導出（データ 2 より）

負担について検討するには、所得を捕捉する必要がある。本稿ではデータ 2 により、被保険者本人の標準報酬月額の情報を得ることができる。2000 年度の年齢別資格有月平均標準報酬月額¹⁰を見ると、全年齢での平均は約 50 万円で、40 歳時点で初めて平均超となり、定年時点の 62 歳までは平均以上の標準報酬月額が維持されている。ただし、52 歳までは年功序列の影響からか平均標準報酬月額が徐々に高まる傾向にあるが、53 歳以後は定年の 62 歳までずっと減少している。ただし、年齢が上がるにつれて、標準偏差が大きくなる傾向があり、能力別の分散が大きくなっているのではないかと推察できる。なお、標準報酬月額の上限が 98 万円なので、それ以上の給与を得ている被保険者の所得レベルを図ることができないため、能力別の分散はより大きいものと考えられる。

総報酬に関しては、「賃金センサス 平成 12 年賃金構造基本統計調査」のデータをもとに性別・年齢別ボーナス月数を推計し¹¹、被保険者本人の平均

¹⁰ 年度途中で、昇給・賃下げ、また資格取得・資格喪失すなわち入退社があることから、有資格月数あたりの平均標準報酬月額を示している。

¹¹ まず、企業規模が 1000 人以上のデータで、「年間賞与その他特別給与額」÷「きま

標準報酬月額に掛け合わせることでボーナスを求め、標準報酬月額の合計と積算することで導出した。なお、平均ボーナス月数は、男性で4.0ヶ月、女性で3.6ヶ月となっており、年齢別にその月数が変化していることがわかった。

4. リスクと負担の試算

4. 1 退職までの医療費総額の試算

退職までの個人の医療支出を導出する前に、図2に年齢別未受診率を示す。全年齢の平均未受診率は14.9%であるが、15歳以前は未受診率が平均より低く、20歳代までは未受診率が高いことがわかる。30歳代以降はブレがあるものの徐々に未受診率が低まる傾向にあり、年齢を経るにつれて医療サービスの必要性が増すことが推測できる。

続いて図3に示すのは、年齢別医療費である。記述統計から高額な医療費を必要としたサンプルに平均値の値が引き上げられることがわかっているため、20パーセンタイル、50パーセンタイル、80パーセンタイルのそれぞれの値もプロットしている。50パーセンタイルを概観すると、10歳までは1年間で5万円の医療費を必要とするが、以後約40年間については5万円以下で推移し、51歳以降上昇傾向を示している。

さて、仮に自己負担割合¹²を3割で考えると、1年間に5万円の医療費ということは、自己負担金額が年間1.5万円、1ヶ月あたり1,250円という水準である。同様に考えると、1年間に30万円の医療費ということは、年間9.0万円、1ヶ月あたり7,500円の自己負担ということである。80パーセンタイル値でも30万円を超えないということは、多くの人々が非常に低い自己負担で医療サービスを受けているといえるのである。

また、2000年度の1人あたり国民医療費が23.9万円であるから、A健保平均の1人あたり医療費10.0万円は非常に低い水準のように見える。しかし、年齢階級別1人あたり国民医療費で65歳未満は15.0万円であるので、それほどかけ離れた水準ではない。

って支給する現金給与額」の式から、性別・年齢階級別の「ボーナス月数」を導出し、「年齢階級別平均年齢」によって各歳に線形近似することによって、性別・年齢別ボーナスを推計した。

¹² 本稿執筆時点の2004年度現在、本人・家族とも自己負担割合は3割。なお、2000年度の自己負担割合は、本人2割、家族の入院2割、家族の外来3割であった。

このようにして導出した年齢別の医療費を積算して退職年齢である 62 歳までの医療費総額を推計した。その結果、医療費総額は、平均値で推移した場合は 628 万円、20 パーセントタイルでは 72 万円、50 パーセントタイルでは 296 万円、80 パーセントタイルでは 789 万円であった。

厚生省保険局調査課による 1997 年度推計の生涯医療費は 2,200 万円である。このうちの 49% を 70 歳以上で費やすので、70 歳未満で 1,122 万円の医療費が見込まれていることになる。また、財務省による平成 12 年度実績に基づく医療費の推計値は、70 歳未満についての合計は 1,118 万円である。A 健保のデータで 70 歳未満の医療費総額を推計すると、平均値で推移した場合は 797 万円、20 パーセントタイルでは 85 万円、50 パーセントタイルでは 382 万円、80 パーセントタイルでは 1,032 万円であった。さらに、山田(2004)の男性就業者に関する試算では、21 歳から 59 歳までの累積医療支出は平均 401 万円である。同様に A 健保のデータで試算したところ 379 万円であった。これらのことから、A 健保は比較的健康度合いの高い被保険者の集まりではないかということが推察できる。

4. 2 総報酬に占める医療費率の試算

もし医療保険がなく、必要だった医療費を全額支払うとしたら、所得のどの程度の割合になるであろうか。これは、自分たちの医療費分のみを保険で賄うとしたら、どの程度の保険料率になるかを予想することと同義である。試算では、被保険者本人が本人のみの医療費分を賄おうとすると、平均で総報酬の 1.73% の保険料率で足りる。しかし、被用者保険の場合には、被扶養者分の負担が必要であるので、被保険者全員分の医療費を賄うとするならば、平均で 3.52% の対総報酬比率となる。勤労者世帯の所得に対する医療費率が平均して 3.0~4.5%¹³であることと整合的であるといえよう。

表 2 には、世帯医療費の対総報酬比率ごとに、世帯数、平均世帯医療費および保険負担分の対総報酬比率を示している。この表からは、世帯医療費が対総報酬比で 5.0% 以下の世帯数が 83.6% と全体の 8 割を超えていることがわかる。また、約 5 割の世帯が対総報酬比で約 1% 以下の保険給付を受けて

¹³ 自己負担分 49,499 円（医科診療代+歯科診療代：1 世帯あたり年間の支出金額）、総報酬 460,436 円（世帯主収入：年平均 1 ヶ月間の収入金額）から導出。平成 12 年 家計調査年報より。

いることがわかる。現行では、大きなリスクに直面していない世帯にとって、保険料率が非常に高い水準にあることがわかる。

さて、被用者保険の場合、被扶養者の有無に関わらず保険料率が一定であるため、被扶養者無しの被保険者本人が少なからず不公平を感じていることが想像される。すなわち、保険料率は同じでも、被扶養者が多ければ1人あたりの負担率が小さくなるからである。このことを検証するために、まずは世帯人員数について確認すると、単身世帯が1,424世帯、4人世帯が959世帯、2人世帯が935世帯、3人世帯が786世帯、5人世帯が292世帯、6人以上世帯が57世帯であった。図4に示した被保険者本人の年齢別世帯数からは、本人の年齢が低いうちは単身世帯が多く、徐々に世帯人員が増え、定年近くになると2人世帯が多くなることが見てとれる。次に、本人分と世帯分でどの程度の違いがあるのかを医療費の対総報酬比率が30%までの世帯で示したのが図5である。縦軸が本人分のみの医療費の対総報酬比率、横軸が家族を含む世帯分の医療費の対総報酬比率であり、45度線上の世帯は被保険者本人の医療費が世帯医療費であることを示す。医療費ゼロの場合を含めて、45度線上にある世帯が1,684世帯、うち単身世帯が1,424世帯であった。全世帯のうち99.0%がこの図にプロットされており、対総報酬で7%以下の部分に世帯数の90.4%が集中していることは驚くべきことであろう。図6を被保険者本人の年齢別で示したのが図6である。保険者本人分のみの医療費率と世帯分医療費の50パーセンタイル値は、30歳代後半から40歳代前半の一時期をのぞいて、ほぼ同じ水準で推移していることがわかる。また、本人分のみの平均医療費率と世帯分の平均医療費率の差は、平均して1.8%ポイントであった。世帯単位でみると、20パーセンタイルの最高は60歳の1.4%と非常に低い水準で推移し、80パーセンタイルでも58歳以降で6%を超えることがあるものの世帯平均とほぼ同様に推移している。

4.3 結果の考察

医療保険制度とは、「疾病、負傷、死亡または分娩などの短期的な経済的損失を保険事故として医療を現物給付する制度」である。そのメリットの1つに、負担面での再分配が保険料の応能負担により達成される点あげられるだろう。しかし、健康保険の保険財政は悪化の傾向にあり、その要因の1つとして老人保健制度等の老年世代への拠出金が多いことが指摘されている。

確かに、組合管掌健康保険の経常収支状況¹⁴で確認すると、平成12年度決算値で、経常支出に占める拠出金の割合が36.7%、健康保険収入に占める拠出金の割合が38.4%となっており、保険料の約4割が老年世代への拠出¹⁵にあてられている計算になる。

一方で、組合管掌健康保険の2001年3月末の平均保険料率¹⁶は8.551%、そのうち事業主分が4.800%、被保険者分が3.751%である。この保険料率の幾ばくかを減らすことができれば、現役世代の負担感を減少させることが可能ではないだろうか。老年世代への拠出金が現役世代の保険財政を悪化させるところまできているのは事実であるため、拠出金部分の削減を検討することが簡単であるように思う。しかし、拠出金削減については分析の範疇からはずれるため、本稿では検討しない。本稿では、現役世代への医療給付が辛うじて経常支出の5割に届かない状況で現役世代のための給付を削ることによって保険料率を引き下げることが現役世代には酷なことではあるが、保険料率引き下げ策の1つとして現役世代分の保険負担分を削減について検討した。

なお、A健保の総保険給付分の対総報酬合計比は2.80%である。これは、もし現役被保険者分の医療費保険負担分だけを賄うためにはA健保は2.8%の保険料率で保険料を徴収すればよかったということであり、保険負担を全面的に廃止したならば保険料率を2.8%ポイント引き下げることが可能であることを意味する。

対総報酬で世帯平均約2.8%の保険給付を受けるために、対総報酬で約8.6%の保険料を負担しているということは、現役世代の負担感を増大させる。そこで、案として考えられるのが軽費免責である。医療費の対報酬比率別に総医療費および保険負担分の総医療費を示した表3をみると、対総報酬の5%以下の世帯医療費を軽費として医療保険の範囲外とした場合、42.2%分の保険給付が不要となる。42.2%の保険給付削減により、1.10%ポイントの保険料率引下げが可能である。すなわち、世帯平均で約1.71%の保険料率負担で現役世代分の医療費を賄えるということになるのである。これにより、総報酬の世帯平均759万円で考えると、8.3万円保険料負担が軽くなる。もっ

¹⁴ 健康保険組合事業年報より。

¹⁵ 老人保健拠出金、退職者給付拠出金など。

¹⁶ 保険料率は、一般保険料率と調整保険料率を合計したものである。健康保険組合連合会「健康保険組合の現勢」より。

とも、世帯平均 19.8 万円の保険負担が全て自己負担となるのでは、結果的に大幅な純負担増となるようにも感じられるのでデータを詳細に分析したところ、軽費免責に該当する 3,721 世帯は平均して 1.5 万円の負担増であるものの、1,811 世帯が負担増で、残り 1,910 世帯は負担減という結果になっている¹⁷。きわどいところではあるが、40.7%の世帯に負担増を受け入れさせることが可能であれば、残りの世帯にとっては負担減となるのである。また、この軽費免責は負担増の世帯に、医療費削減のインセンティブを与えることになるのではないだろうか¹⁸。医療保険を万が一の大きな医療リスク備えるためのリスクヘッジの仕組みと解釈するならば、軽費免責はその解釈にのった負担削減策であると言えよう。

次に、軽費免責とは反対に、医療費が高額である場合を免責事項とする場合を考える。例えば総報酬の 70%以上の医療支出が必要な世帯の医療費を医療保険の範囲外とした場合、世帯単位で考えると 0.19%ポイントの保険料率引下げ効果が見込める。先に示した軽費免責の場合と異なり、全ての被保険者にとって保険料率の引き下げの分負担減となるものの、免責になった高額医療費をどこが負担するかが大きな問題であり、現実的な策とは言えないであろう。

5. まとめと今後の課題

ほとんどの世帯が、保険給付（受益）よりも保険料支払い（負担）が多いが、その一方で、大きな医療リスクに直面する世帯が必ず存在することもわかった。多数でリスクに備える医療保険制度がうまく機能していることが、本稿の分析から再確認されたと言えよう。

62歳までの生涯医療費は平均 698 万円、70歳までは平均 797 万円と推計され、先行研究の推計値よりも 3割前後低い水準の結果となった。

医療費はほとんどの個人あるいは世帯で低いと言える水準だが、高い場合もあり、その高さは平均値を引き上げるほどである。3%が高額療養費該当世帯であるし、5.6%の世帯が総報酬比率で 10%以上の医療費が必要であった。これらの世帯は大きな医療リスクに直面したと言えるが、保険負担分のおか

¹⁷ 1,811 世帯は 1 世帯あたり 7.8 万円の負担増、1,910 世帯は 4.4 万円の負担減。

¹⁸ ただし、医療費を対総報酬の 5%以上に高める可能性も考えられる。

げで、自己負担分が少なく、所得変動に直面しなかったのである。その一方で、医療機関未受診者が17.2%、未受診世帯が7.97%存在しており、短期的には全く医療リスクに直面しない世帯もあることがわかった。医療費の対総報酬比率は、医療費が低いことを受けて、想像される保険料率と比べてはるかに低い水準であった。時々、大きな医療費が必要な世帯が出現することでその比率が跳ね上がることがあるが、年齢を通して約4%程度。これは、組合管掌健康保険の平均保険料率のうち被保険者本人負担分3.751%相当である。

ここまでで得られた結果から、現役世代の医療給付削減による負担軽減について検討した。対総報酬比率5%の医療費までは保険負担無しという軽費免責にすると、1.1%ポイントの保険料率引き下げが可能で、半数以上の世帯の負担減となる。ただし、負担増のケースもあるので全ての被保険者から支持される案ではない。また、高額免責についても検討したが、免責分の負担をどこに転嫁するかが明確でなく実現不可能であろう。

今後の課題となる点を以下に示す。まず、分析に用いたA健保は、被保険者本人に対して年に2回定期検診を実施しており、健康度の高い健保である可能性がある。そのことから、一般的な医療費よりも低い水準の医療費が導出された可能性が否めず、A健保以外のデータで同種の検討を行う必要性がある。軽費免責については、実際にどのように運用するかの問題をクリアしなければならない。例えば、総報酬に対する保険給付分をどの時点で決定するかが問題であるし、退職などにより月半ばあるいは年度途中で健保を移る場合の取扱いについて具体的な引継ぎの枠組みを構築する必要がある。また、保険給付の方法としては、窓口では全額自己負担とし、保険給付分を申告により償還する方法が現実的ではないかと考えている。被保険者の負担が一時的に大きくなるが、そのために医療費を抑制しうるメリットもあるのではないだろうか。あるいは、窓口では保険証を提示するのみで、当初は全額保険負担とし、後日、住民税のような形で自己負担分を納付する方法も考えられる。ともかく、より実現性の高い方法を考えないと、軽費免責は机上の空論となってしまうであろう。医療勘定の概念の中にも、負担の中にいわゆる医療保険の財源と言う意味での公費負担分の拠出をどうカウントするかは、今後の課題である。また、他にも、自治体による児童医療費の補助等の政府負担分を、どのように反映させるかについて考えなければならない。組合管

掌健康保険は財政調整で拠出する側であるが、国庫負担や受け入れ金のある国保や老健などについてはそれらをどのようにカウントするかも考えなければならない。

国民総背番号制やプライバシーに関する懸念が議論されることも多く、個人勘定という言葉ですぐに反発する風潮もある。しかし、受益と負担を各人が把握し管理できるような、そして政策サイドがある程度分野横断的に調整することが出来るということからも、個人勘定の検討が進むことを期待したい。

参考文献

- Eichner, M., M. McClellan, and D. Wise (1996) "Insurance or self-insurance?: Variation, Persistence, and Individual Health Accounts" NBER Working Paper No.5640
- Eichner, M., M. McClellan, and D. Wise (1997) "Health expenditure persistence and the feasibility of medical savings accounts" in J.M. Poterba(ed.) Tax policy and the Economy, Vol.11. Cambridge, MA:MIT Press.
- Grossman, M. (1972) "On the Concept for Health Capital and the Demand for Health" Journal of Political Economy, 80(2) pp.223-255.
- Ham, C. (1996) "Learning from the tigers: stakeholder health care" Lancet, 347, pp.951-953.
- Hsiao, W. (1995) "Medical savings accounts: lessons from Singapore" Health Affairs, 7(4), pp.260-266.
- Massaro, T.A. and Y-N. Wong (1995) "Positive experience with medical savings accounts in Singapore" Health Affairs, 14(2), pp.267-272.
- Pauly, M.V. (1994) "An Analysis of Medical Savings Accounts : Do Two Wrongs Make a Rights?" The American Enterprise Institute
- 植村尚史他 (2004)「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」報告書、厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業
- 小椋正立他 (2002)「医療費データと接合された検診データ等による検診の効果分析」報告書、厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業

- 佐藤雅代、宮里尚三(2004) “第23章 医療貯蓄勘定に関する考察” 平成15年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業「個票データを用いた医療・介護サービスの需給に関する研究」報告書
- 西村周三(1994) “医療費の将来見通しと医療保険の財源” 医療と社会 Vol.3 No.2、pp.56-71.
- 嶋田忠彦他(2001)「地域の医療供給と患者の受診行動に関する実証的研究」報告書、厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業
- 宮里尚三、佐藤雅代(2004) 「医療貯蓄勘定の可能性について」、日本財政学会報告論文
- 山田武(2004) 「長期累積医療費の推計」、日本財政学会報告論文

表 1
記述統計量

	サンプル数	平均値	標準偏差	最小値	パーセンタイル値			最大値
					20	50	80	
(単位:千円)								
【個人単位】								
医療費	11,307	98.5	335.9	0	5.6	38.8	121.3	19,835.4
自己負担分	11,307	19.1	31.4	-	1.4	10.0	30.7	383.9
保険負担分	11,307	77.8	314.0	0	4.0	28.3	88.6	18,700.0
公費負担分	210	85.8	164.5	0.291	3.7	28.0	113.9	1,173.2
高額療養費	137	106.0	146.0	0.300	15.3	61.5	154.6	994.2
附加金	451	35.6	40.4	0.200	5.0	25.5	51.1	309.8
【世帯単位】								
医療費	4,453	250.0	554.5	0	27.8	134.5	342.3	20,277.9
自己負担分	4,453	48.4	59.2	-	5.8	31.9	82.3	476.9
保険負担分	4,453	197.5	511.8	0	21.3	99.2	249.7	19,000.0
公費負担分	196	91.9	169.7	0.291	4.4	28.7	134.8	1,173.2
高額療養費	137	106.0	146.0	0.300	15.3	61.5	154.6	994.2
附加金	421	38.1	41.6	0.200	6.2	27.3	54.0	309.8

表 2
世帯数、平均世帯医療費、保険負担分の対総報酬比率

世帯医療費の対 総報酬比率 : R	世帯数		平均世帯医療費 保険負担分 の対総報酬 比率	
		累積%	(千円)	
R=0	355	7.97	0	0.00%
0<R<=0.01	1,068	31.96	40	0.39%
0.01<R<=0.02	943	53.13	121	1.11%
0.02<R<=0.03	653	67.80	202	1.82%
0.03<R<=0.04	448	77.86	286	2.58%
0.04<R<=0.05	254	83.56	337	3.35%
0.05<R<=0.06	165	87.27	421	4.08%
0.06<R<=0.07	139	90.39	494	4.82%
0.07<R<=0.08	85	92.30	601	5.68%
0.08<R<=0.09	50	93.42	625	6.43%
0.09<R<=0.10	42	94.36	705	7.18%
0.10<R<=0.15	116	96.97	831	9.80%
0.15<R<=0.20	50	98.09	1,108	14.69%
0.20<R<=0.30	40	98.99	1,255	19.27%
0.30<R<=0.40	13	99.28	2,107	31.31%
0.40<R<=0.50	6	99.42	3,138	37.60%
0.50<R<=0.60	7	99.57	3,225	49.56%
0.60<R<=0.70	8	99.75	2,989	60.49%
0.70<R	11	100.00	6,081	114.98%
Total	4,453		250	2.80%

表 3

総医療費および総保険負担分

世帯医療費の対 総報酬比率 : R	総医療費		総保険負担分	
	(百万円)	累積%	(百万円)	累積%
R=0	0	0.00	0	0.00
0<R<=0.01	42	3.79	32	3.58
0.01<R<=0.02	114	14.03	84	13.19
0.02<R<=0.03	132	25.87	97	24.19
0.03<R<=0.04	128	37.37	95	34.97
0.04<R<=0.05	86	45.06	63	42.19
0.05<R<=0.06	69	51.30	52	48.08
0.06<R<=0.07	69	57.47	51	53.91
0.07<R<=0.08	51	62.06	39	58.37
0.08<R<=0.09	31	64.86	24	61.11
0.09<R<=0.10	30	67.52	23	63.68
0.10<R<=0.15	96	76.18	79	72.63
0.15<R<=0.20	55	81.15	47	78.02
0.20<R<=0.30	50	85.66	43	82.90
0.30<R<=0.40	27	88.12	25	85.77
0.40<R<=0.50	19	89.81	16	87.57
0.50<R<=0.60	23	91.84	21	89.95
0.60<R<=0.70	24	93.99	23	92.58
0.70<R	67	100.00	65	100.00
Total	1,113		880	

図 1

年齢別 被保険者数(A健保) : 2000年度

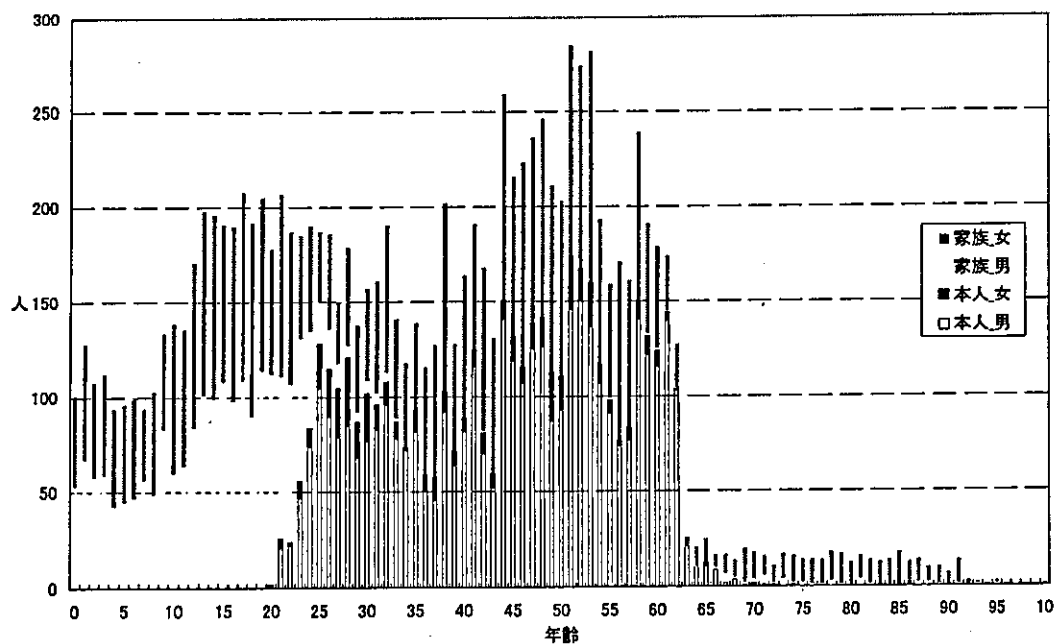


図 2

年齢別 未受診率 : 2000年度

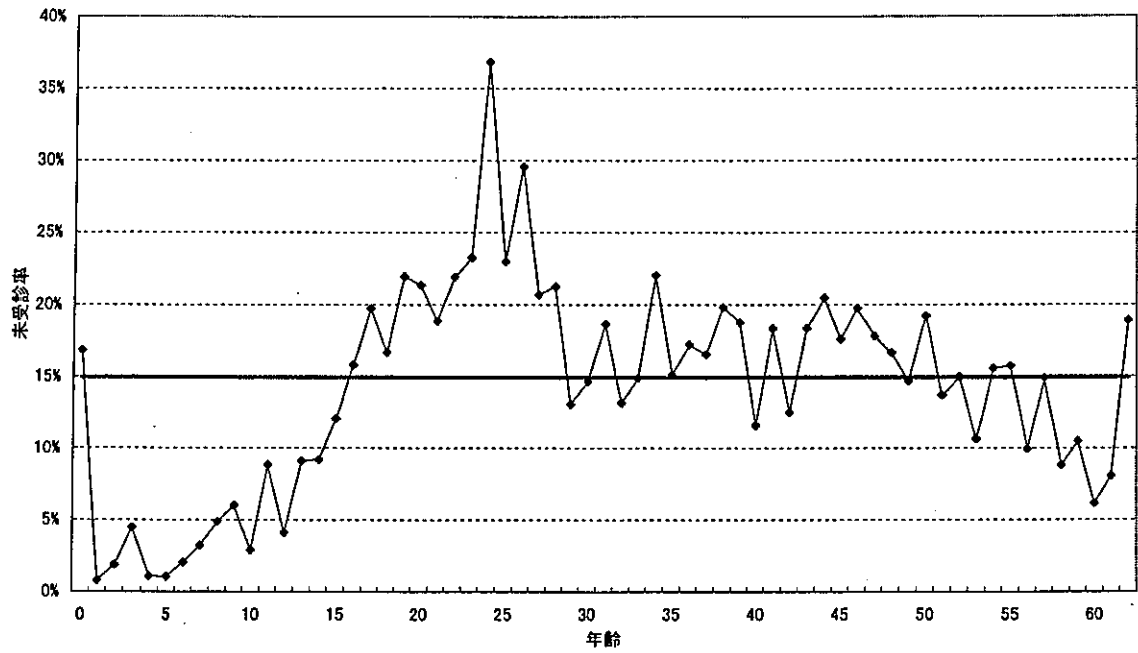


図 3

年齢別 医療費 : 2000年度

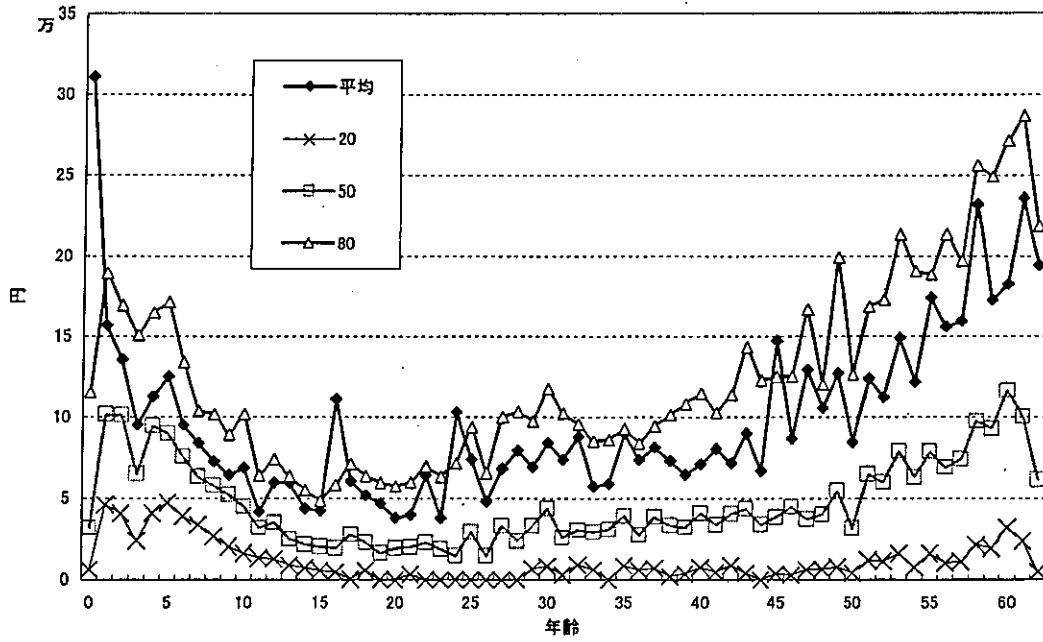


図 4

被保険者本人年齢別 世帯種類 : 2000年度

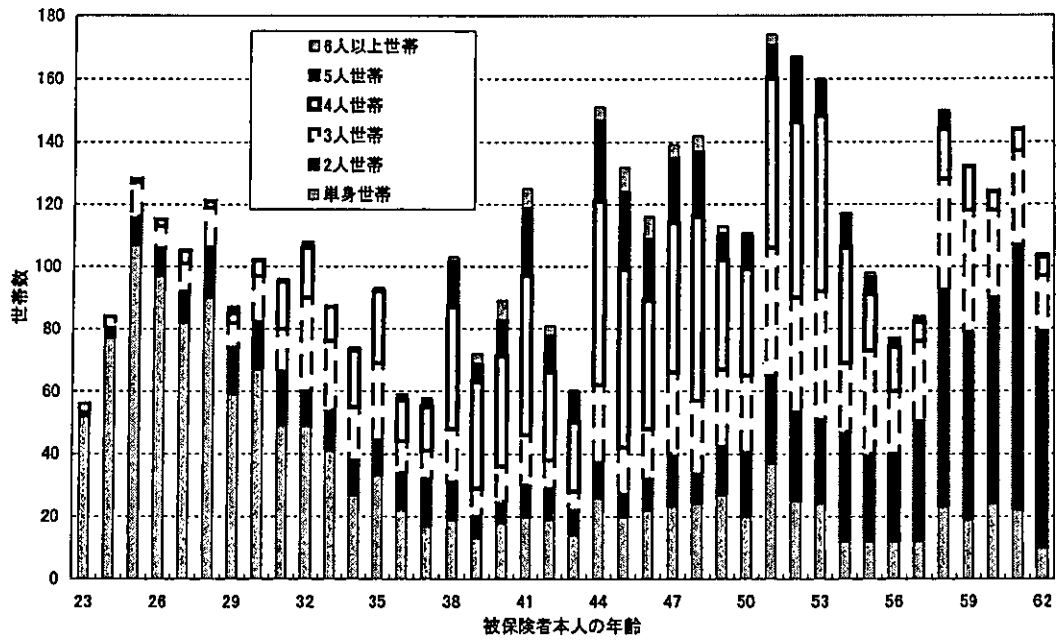


図 5

被保険者本人医療費および世帯医療費の対総報酬比率 : 2000年度

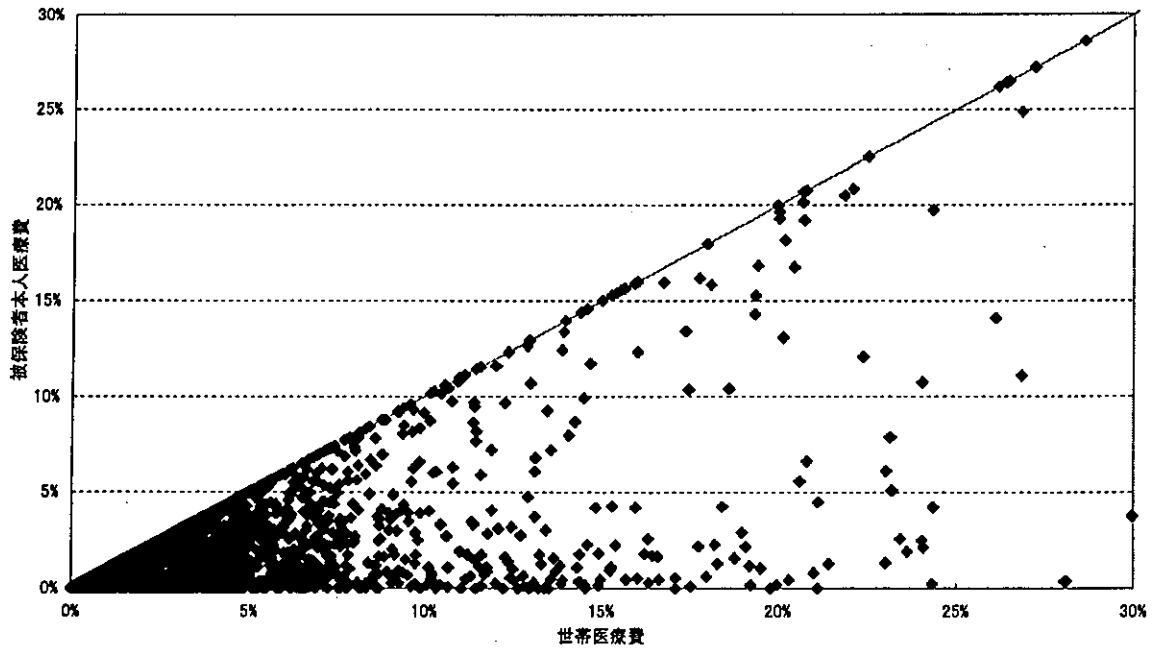
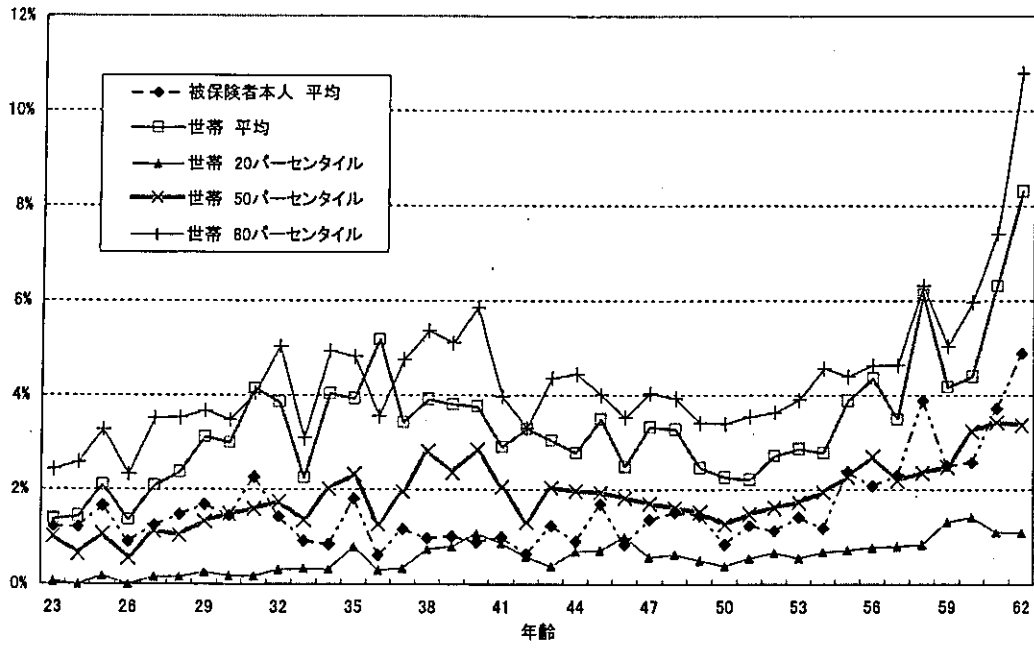


図 6

被保険者本人年齢別 医療費および世帯医療費の対総報酬比率：2000年度



厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「生活習慣と健康、医療消費に関するミクロ計量分析」

分担研究報告書

個票データを用いた歯科受診動向の考察

分担研究者 佐藤雅代（国立社会保障・人口問題研究所）

研究協力者 田中健一（独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院）

齲蝕や歯周病は歯の喪失の原因ともなる歯科疾患であるが、その罹患率は他の疾患と比較しても非常に高い水準にある。本稿では、組合管掌健康保険の支払業務データ等の個票データを再集計し歯科受診の動向を明らかにする。

分析の結果、歯科受診者数を月別にみると、年の前半から8月にかけて緩やかに増加傾向を示し、以降はなだらかな減少を示すこと、年間受診実日数が1～5日の受診者が全体の54%、同12日以下で83%、と大部分を占めること、子ども世代を除き年齢階級別の歯科診療医療費および歯科受診実日数に大きな差がないこと、歯科に限らず未受診率は子ども世代は低く青年期に上昇しその後中年期・老年期にかけて減少すること、前月や前々月の歯科受診は当月の歯科受診確率を高めること、前年度の歯科受診は当年の歯科診療医療費を下げること等が明らかになった。

A. 研究目的

どのような人たちが、どのような形で歯科診療医療費を必要としたかを、個票データより明らかにする。

単なモデルで歯科受診率と歯科診療医療費を推定する。

（倫理面への配慮）

匿名化作業の終了した個票データを用いている。

B. 研究方法

先行研究をふまえた上で、ある1つの組合管掌健康保険の支払業務データ等を再集計し、月別の歯科受診動向、年間の歯科受診実日数の動向、年齢階級別の歯科診療医療費および歯科受診実日数、についてそれぞれ検討する。さらに、適用データを持つ故に算出することのできる未受診率について検討し、簡

C. 研究結果

歯科受診者数を月別にみると、年の前半から8月にかけて緩やかに増加傾向を示し、以降はなだらかな減少を示すこと、年間受診実日数が1～5日の受診者が全体の54%、同12日以下で83%、と大部分を占めること、子ども世代を除き、年齢階級別の歯科診療医療費

および歯科受診実日数に大きな差がないこと、歯科に限らず、未受診率は、子ども世代は低く、青年期に上昇しその後、中年期、老年期にかけて減少すること、前月や前々月の歯科受診は、当月の歯科受診確率を高めること、前年度の歯科受診は、当年の歯科診療医療費を下げること等が明らかになった。

D. 考察

自分で食べることが維持できれば、自己の健康レベルを保持することが可能で、経管栄養にならなくて済む。食べるという視点から考えると、虫歯や歯周病の治療費と認識されている歯科診療医療費は「食べることを維持する」ために投下される資本と位置付けることができる。食べることが維持できる方面に今まで以上に投資することができれば、急激な医療費の増加を抑制する方策がみえてくるかもしれない。

E. 結論

0～14歳階級は受診実日数が他の年齢階級に比較して少なく、子ども世代とそれ以外で、受診動向に違いがあるのは間違いないようである。これには、保護者の子どもへの関心が高まったことによる歯科疾患の早期発見、学校の検診による受診勧告、永久歯に置換するために積極的な治療の手控え、などの理由が挙げられる。

今後、受診回数や医療費を適正化していく

ためには、受診実日数、歯科診療医療費の増加が認められる前の時期（5～14歳）に健康教育を充実させるなどして、予防を喚起することが必要であろう。歯科疾患自体が予防可能な疾患であるため、健康教育の充実によって近い将来、歯科医療費用軽減が実現される可能性もある。また8020運動などの啓蒙普及が、歯科疾患のみならず生活習慣病を予防する可能性もあり、歯科受診動向の考察を進めることで高騰する医療費問題の解決のヒントを得られるのではないだろうか。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

田中健一・佐藤雅代（2005）「個票データを用いた歯科受診動向の考察」、季刊社会保障研究、Vol. 40 No. 3。

2. 学会発表

なし。

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

資料 佐藤 雅代 (国立社会保障・人口問題研究所)

田中 健一 (独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院)

「個票データを用いた歯科受診動向の考察」

個票データを用いた歯科受診動向の考察

佐藤雅代(国立社会保障・人口問題研究所)

田中健一(独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院)

1 はじめに

齲蝕(虫歯)や歯周病は、経済成長によって引き起こされる国民病の一つと言われている。厚生労働省が6年間隔で実施している「歯科疾患実態調査報告」の第8回調査によると、齲蝕有病者率は、乳歯の総数では45.2%、永久歯の総数では85.9%、乳歯+永久歯の総数では78.3%であった¹。また、歯肉に所見のある者、すなわち歯肉炎や歯周炎(歯槽膿漏)などの歯周病有病者は総数で見ると72.9%となっており、年齢階級別の有病者率を見ると、年齢が高くなるごとに歯肉に所見のある者が増え、45~54歳の年齢階級層で88.4%と最も高い率となっている。齲蝕や歯周病は歯の喪失の原因ともなる歯科疾患であるが、その罹患率は他の疾患と比較しても非常に高い水準にあると言えよう。

このような状況では、歯科疾患に罹患しないためにライフサイクルを通じた適切な予防対策が必要である。中でも「幼児期・学齢期の齲蝕予防」および「成人期の歯周病予防」の推進が歯科保健対策の課題となっている。一般的には定期歯科健康診査や歯磨き教室などの学童期の歯科保健教育などがイメージされるが、石井(1997)によると、1980年代後半に成人期の歯科保健対策の充実強化を図るために提唱されたのが8020運動²であり、地域歯科保健の行政的な周辺整備の努力が続けられている。また、乳児期の乳歯齲蝕の予防や、老年期の口腔衛生指導などについても、様々な取り組みがなされており、それらを対象とした先行研究の数も多い。また、研究成果を用いた歯科疾患の予防に向けた介入も検討されている³。

しかし、これら予防にも関わらず、罹患した場合には(早期)治療が必要となる。この治療に対する費用として、2002年度には約2.6兆円⁴、すなわち対国民医療費比率の8.3%という少なくない額が使われている。どのような人たちが、どのような形で歯科診療医療費を必要としたのであろうか。本稿は、個人の受診行動を完全に把握できるという性質を持つ個票データを用いて、歯科受診について分析を試みようとするものである。

個票データを用いた研究には、国民健康保険の支払業務データを用いた鶴田他(2000、2002)を始めとして、組合管掌健康保険の支払業務データ、健診データ、適用データ等を用いた小椋他(2003、2004)、政府管掌健康保険の支払業務データを用いた植村他(2004)などが、着々と成果

¹ そのうち、処置完了者は、乳歯の総数では41.5%、永久歯の総数では51.3%、乳歯+永久歯の総数では41.9%となっており、処置状況の改善が認められるが、永久歯において、依然、高い齲蝕有病者率を示している。

² 「健康日本21」では、生涯にわたり自分の歯を20本以上に保つこと(8020運動)により、生涯を通じた歯および航空の健康増進の一層の推進を図ることとしている。

³ 例えば、齲蝕予防のために飲料水にフッ化物を適切な濃度となるよう添加するフッリデーション(Fluoridation)など。詳細については、筒井(2003)を参照されたい。

⁴ 平成14年度国民医療費より、平成14年度の歯科診療医療費の推計値。