

200701047A

平成19年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究

(H19-政策-一般-023)

研究報告書

平成20年3月

主任研究者 印南 一路
慶應義塾大学総合政策学部 教授 大学院政策・メディア研究科委員

平成19年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究

(H19-政策-一般-023)

研究報告書

平成20年3月

主任研究者 印南 一路
慶應義塾大学総合政策学部 教授 大学院政策・メディア研究科委員

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究

目次

I 研究組織.....	1
II 総括研究報告	2
III 分担研究報告	6
医療費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見..	7
フランス、アメリカの高齢者医療、介護供給体制に関する調査	73
医療費の決定要因に関する研究動向	83
生活習慣病の地域差に関する研究動向と生活習慣病医療費の決定要因構造モデルの構築	100
精神疾患の地域差に関する研究動向と精神医療費の決定要因構造モデルの構築.....	209
IV 協力自治体における研究成果の採用状況	284

I 研究組織

主任研究者

印南 一路 (慶應義塾大学総合政策学部 教授 大学院政策・メディア研究科委員)

分担研究者

堀 真奈美 (東海大学教養学部准教授)

古城 隆雄 (慶應義塾大学院政策・メディア研究科 COE 研究員(RA))

研究協力者

今村 晴彦 (慶應義塾大学院政策・メディア研究科 修士課程)

黒島 テレサ (慶應義塾大学院政策・メディア研究科 修士課程)

Ⅱ 総括研究報告

平成19年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)
総括研究報告書

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究

主任研究者 印南 一路
慶應義塾大学総合政策学部 教授
大学院政策・メディア研究科委員

研究要旨

現在、国および都道府県は医療費適正化計画を作成することを義務付けられている。本研究は、適正化重点対象グループの発見のための分析方法の開発、およびそれを基にした医療費適正化計画に対する具体的な提案を通じて、国および都道府県の医療費適正化計画の策定を支援することにある。

初年度は、国、都道府県、市町村が一体的に医療費適正化を推進するための役割分担と連携方法について整理を行い、医療費データを使用した適正化重点対象グループの分析方法を開発し、適正化重点対象疾病医療費、特に生活習慣病と精神疾患について、医療費決定要因構造モデル(概念モデル)を構築した。本総括研究報告書は、5つの分担研究報告書の要旨である。

分担研究者

堀 真奈美 (東海大学教養学部准教授)
古城 隆雄 (慶應義塾大学院政策・メディア研究科 COE 研究員 (RA))

研究協力者

今村 晴彦 (慶應義塾大学院政策・メディア研究科 修士課程)
黒島 テレサ(同上)

A. 研究目的

2006 年度の医療制度改革関連法案により、国および都道府県は医療費適正化計画を作成することを義務付けられた。国は「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を、医療費適正化計画の主たる目標として掲げ、メタボリックシンドロームの該当者およびその予備軍の削減と、平均在院日数の短縮化を、具体的な政策目標としている。実際に医療費を適正化するには、医療費に大

きな影響を与える医療提供体制や介護提供体制、健康増進に対する取り組みについても一体的に取り組む必要がある。そのため、国は医療費適正化計画を、保健医療計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画との整合性を確保した包括的な計画として位置づけている。

もとより、国や自治体が政策に投入できる資源には制限があるので、この医療費適正化計画の大きな目的を達成するためには、何らかの領域に集中的に資源を投入せざるを得ない。したがって、①医療費をその決定要因を含めて、詳細に分析し、②重点的に対策をとるべき対象(以下、「適正化重点対象グループ」という)を発見し、③対象に見合った有効な政策を策定し実施する必要がある。残念ながら、医療費を分析し、適正化重点対象グループと決定要因を発見するための方法論は確立しておらず、医療、介護、保健の3分野を横断しながら分析する手法に関しては、皆無に等しい状況である。

国が「医療費適正化に関する施策についての基

本的な方針(案)について」で述べているとおり、医療費を適正化するためには、各自治体が医療費の利用状況を的確に把握することが出発点となる。ここで問題となるのは、「地域差」である。医療費の利用状況には、都道府県レベルでも、市町村レベルでも大きな地域差が存在していることは、既に多くの調査研究で明らかになっている。医療費のみならず、各地域で問題となっている疾病や患者、およびその予備軍(性別や年齢層)についても、地域差があると推測される。

したがって、各都道府県や自治体は、自身の地域の特徴を相対的な観点から見極め、問題点を発見しなければならない。それは、他地域との比較対照を通して、適正化重点対象グループ(疾病、性別、年齢、地域)を把握しなければならないということの意味する。全国平均や他の自治体と比較しながら、各都道府県や市町村が適正化重点対象グループを把握した上で、適正化重点対象グループの医療費に影響を与えている要因を、介護や保健活動まで含めて検討し、最後にその要因に対して有効と思われる対策を検討することが望ましい。

3 ヶ年を予定する本研究全体の目的は、適正化重点対象グループの発見のための分析方法の開発、およびそれを基にした医療費適正化計画に対する具体的な提案を通じて、国および都道府県の医療費適正化計画の策定を支援することにある。より具体的には、

- 1) 医療費適正化計画の土台となる保健検診実施状況、医療費、介護費の給付状況を、これまで以上に詳細に把握し、これらの要因、相互関係を推定する体系的・総合的な分析手法を構築し、
- 2) 第1期医療費適正化計画における適正化重点対象グループ(性別、年齢、疾病の種類、地域)を把握し、計画の評価基準、計画内容および策定方法上の課題を明確にする方法論を確立し、
- 3) 第2期医療費適正化計画に盛り込むべき内容を具体的に提示する、ことにある。

B. 初年度の研究内容と方法

初年度は、国、都道府県、市町村が一体的に医療費適正化を推進するための役割分担と連携方法について整理を行い、医療費データを使用した適正化重点対象グループの分析方法の開発と、適正化重点対象疾病医療費の決定要因構造モデル(概念モデル)の構築の二つに注力した。また、今後医療費適正化計画の中でも踏み込んで考えていく必要がある医療介護供給体制について、広範な知見の獲得、およびその前段階の医療費・介護費の要因分析に関する知見の獲得、の二つを目的として、国内における精神病院等の訪問調査、および海外調査を行った。

報告書全体は、この総括研究報告以外に5つの分担研究報告からなる。「医療適正化計画の支援に関する研究」として、「医療費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見」「フランス、アメリカの高齢者医療、介護供給体制に関する調査」の2つの分担研究報告書が、また「適正化重点対象疾病の決定要因構造モデル作成のための先行研究レビュー」として、「医療費の決定要因に関する研究動向」「生活習慣病の地域差に関する研究動向と生活習慣病医療費の決定要因構造モデルの構築」「精神疾患の地域差に関する研究動向と精神医療費の決定要因構造モデルの構築」の3つの分担研究報告書がある(図参照)。

C. 研究結果

初年度研究の結果は多岐にわたる。最も重要な成果は、「医療費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見」分担研究報告書にある。ここでは、まず適正化を重点的に行うべき疾病(適正化重点対象疾病と定義)を整理し、その上で、医療費適正化を推進するための国、都道府県、市町村の役割分担を明確にした。さらに、今年度データ提供の協力を得られた6府県のデータを用いて、適正化重点対象グループの分析方法について検討を行った。適正化重点対象疾病の概念や、医療費適正化を推進する上での行政機関の役割分担については、

当初計画以上に深化した。また、疾病別医療費にまで踏み込んで医療費分析を行ったことは、当初計画よりも先行することとなった。

「疾病別医療費の決定要因構造モデル作成のための先行研究レビュー」では、医療費全般の決定要因のほか、生活習慣病の医療費や精神疾患の医療費の決定要因に関して文献レビューを行った。文献レビューにより、先行研究の動向と今後必要とされる研究課題について明確に把握できた他、疾病別医療費の決定要因構造モデルの構築に不可欠な重要な要因についても明らかにすることができた。最後に、文献レビューの集大成として、生活習

慣病(17種類)と精神疾患(4種類)の疾病ごとに、決定要因構造モデル(概念モデル)を構築した。次年度はこの概念モデルをもとに、実際の要因分析を行う。

なお、最終年度に行う政策提言に対する予備調査を兼ねて、一部の研究協力自治体については、計画上(医療費適正化計画、健康日本21)に必要な分析に関してアドバイスを行った。ちなみに、山形県の医療費適正化計画と広島県江田島市の健康日本21の計画の一部に、本研究の分析手法が採用された。

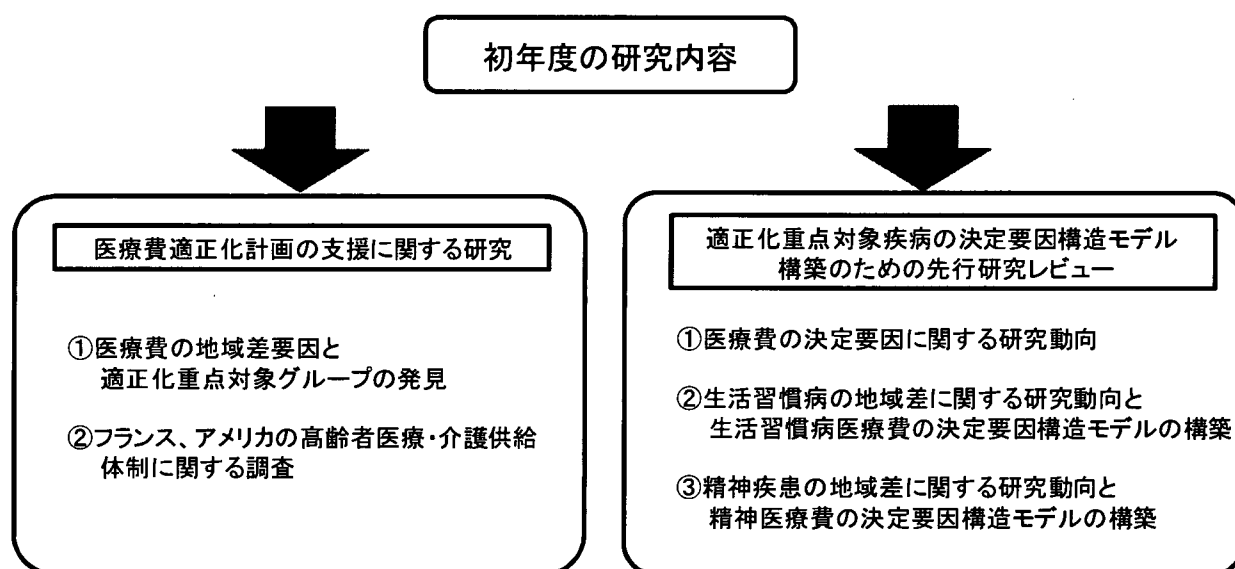


図 初年度研究の内容

Ⅲ 分担研究報告

平成19年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究
分担研究報告書

医療費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見

古城 隆雄

慶應義塾大学大学院 政策・メディア研究科 COE 研究員(RA)

印南 一路

慶應義塾大学 総合政策学部 教授 大学院政策・メディア研究科委員

研究要旨

現在、国、および都道府県は医療費適正化計画を策定することが義務づけられ、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の削減が具体的な政策目標として掲げられている。医療費の抑制には反対論も根強いが、(潜在的な)患者数の削減自体には、政治的にも異論が少ないので、政策合意形成上もよく考えられた目標設定と言える。しかし、現在の医療費適正化計画は、地域状況に関わらず一律に目標を課していること、医療へのアクセスの保証といった観点からの政策が不十分であること、医療費自体について目標値がないこと、といった点で課題がある。

本研究では、地域が掲げる政策目標については、現行よりも柔軟性をもたせ、地域ごとに重点的に対策を進める方法を検討し、その方法論を提案した。次の3段階からなる。まず、初年度にあたる本年度の研究では、6 府県のデータを使って、府県間の医療費の地域差の分析を行った。具体的には、どういったグループ(疾病、性、年齢)の医療費の違いが、府県レベルでの医療費の地域差を生み出しているのかを把握した。

次に、医療費適正計画における国、都道府県、市町村の役割を整理するとともに、医療費の分析から適正化重点対象グループを検討する方法について検討を行った。この研究では、全ての疾病を適正化しようとするのではなく、はじめに適正化を重点的すべき適正化重点対象疾病を分離し、その適正化重点対象疾病に関わる医療費を適正化するアプローチを採用した。具体的に対象となる基準を明確にした上で、最終的に 26 の疾病を適正化重点対象疾病とした。

最後に、医療費適正計画における国、都道府県、市町村の役割と各行政レベルで行うべき医療費の分析方法について提案を行った。本研究で提案する医療費適正化計画における政策目標の設定と、適正化重点対象グループの検討方法は、「国及び都道府県といった上位の自治体が下位の自治体や二次医療圏の適正化すべき医療費総額に関する目標を定め、患者や被保険者、医療機関の整備状況など地域状況に最も明るい立場にある市町村が、最終的に適正化重点対象グループを決定する」というものである。

この手順で政策目標を掲げ、最終的にどういった形で適正化重点対象グループが決定されるのかについて、協力自治体のデータを活用しながら具体的に手順と方法を示した。

目次

1. はじめに.....	11
1.1. 医療費適正化計画の目的と内容.....	11
1.2. 本研究における医療費適正化の目的と医療費適正化計画の課題.....	12
1.3. 本研究の目的と研究の内容.....	14
1.4. 研究協力自治体とデータ加工.....	14
1.5. 分析に用いる指標.....	16
2. 都道府県間の地域差の現状把握.....	17
2.1. 都道府県間の医療費の地域差を生み出している要因グループ.....	17
2.1.1. 性・年齢階層からみた要因グループ.....	17
2.1.2. 疾病分類(19分類)からみた要因グループ.....	19
2.1.3. 疾病分類(119分類)からみた要因グループ.....	21
2.2. 医療供給環境の地域差.....	25
2.3. 都道府県間の医療費の地域差を生み出している要因グループまとめ.....	29
3. 適正化重点対象疾病と適正化重点対象グループ.....	30
3.1. 適正化重点対象疾病.....	30
3.2. 適正化重点対象グループの検討方法と国、都道府県、市町村の役割分担.....	33
4. 国、都道府県、市町村の役割分担と適正化重点対象グループの検討.....	38
4.1. 国による政策目標の設定.....	38
4.2. 各府県の政策目標設定.....	45
4.3. 二次医療圏における適正化重点対象の検討.....	54
5. 研究のまとめ.....	58
6. 今後の課題.....	59
参考文献.....	61
図 1 指数区分別該当疾病区分数(119分類)の割合.....	21
図 2 累積財政影響率と累積疾病区分数.....	22
図 3 医療費適正化政策の分類(医療費指数と医療機関充実度の組み合わせ).....	25
図 4 医療費指数(総医療費)と医療充実度(総合).....	26
図 5 適正化政策の分類別医療圏(総医療).....	26
図 6 医療費指数(精神入院医療費)と医療充実度(精神病床).....	27
図 7 適正化政策の分類別医療圏(精神入院医療費).....	27
図 8 医療費指数(歯科医療費)と医療充実度(歯科診療所指数).....	28
図 9 適正化政策の分類別医療圏(歯科医療費).....	28
図 10 疾病別医療費の割合と地域差に対する各疾病の説明力.....	32
図 11 適正化重点対象疾病の分類.....	33
図 12 適正化重点対象グループの発見方法—機械的指定方法.....	34
図 13 医療費適正化における、国、都道府県、市町村の役割分担と連携.....	37

図 14	診療区分別適正化インパクトと医療費指数	39
図 15	入院医療費の適正化インパクトと医療費指数	39
図 16	入院外医療費の適正化インパクトと医療費指数	39
図 17	入院医療費の適正化インパクト、適正化重点対象疾病別	42
図 18	入院外医療費の適正化インパクト、適正化重点対象疾病別	43
図 19	適正化インパクト(6 府県)、性・年齢階層別	44
図 20	適正化インパクト(6 府県)、適正化重点対象疾病別	44
図 21	入院医療費の適正化インパクト(金額)、性・年齢階層別、大阪府	45
図 22	入院外医療費の適正化インパクト(金額)、性・年齢階層別、大阪府	46
図 23	入院医療費の適正化インパクト(金額)、適正化重点対象疾病別、大阪府	47
図 24	入院外医療費の適正化インパクト(金額)、適正化重点対象疾病別、大阪府	48
図 25	適正化インパクト(金額)、性・年齢階層別、大阪府	49
図 26	適正化インパクト(金額)、適正化重点対象疾病別、大阪府	49
図 27	入院医療費の適正化インパクト(金額)、性・年齢階層別、長野県	51
図 28	入院外医療費の適正化インパクト(金額)、性・年齢階層別、長野県	51
図 29	入院医療費の適正化インパクト(金額)、性・年齢階層別、長野県	52
図 30	入院外医療費の適正化インパクト(金額)、性・年齢階層別、長野県	52
図 31	性・年齢階層別に政策目標を設定した場合(長野県)	53
図 32	適正化重点対象疾病別に政策目標を設定した場合(長野県)	54
図 33	医療費適正化における、国、都道府県、市町村の役割分担と連携(再掲)	59
表 1	平成 24 年度の医療費適正化計画の政策目標	11
表 2	各府県データの記述統計	15
表 3	分析に用いる指標一覧	16
表 4	分析に用いる指標の意味	16
表 5	府県別医療費指数(性別・年齢層別)一覧	18
表 6	府県別財政影響度(性別・年齢層別)一覧	18
表 7	府県別財医療費指数(疾病分類別)一覧	19
表 8	府県別財政影響度(19 疾病分類別)一覧	20
表 9	府県別財政影響率(19 疾病分類別)一覧	20
表 10	府県の財政影響率(降順)の疾病名一覧	23
表 11	適正化重点対象グループの発見方法—機械的指定方法による結果	35
表 12	適正化重点対象グループの発見方法—機械的指定方法による結果(大阪市例)	35
表 13	医療費のカテゴリー別構成割合(6 府県)	38
表 14	カテゴリー別医療費指数(6 府県)	38
表 15	適正化インパクトが 0.05% 以上の性・年齢区分	40
表 16	適正化インパクトが 0.05% 以上の適正化重点対象疾病	41
表 17	6 府県の政策目標一覧	45
表 18	二次医療圏別政策目標一覧(大阪府)	50

表 19 二次医療圏別政策目標一覧(長野県)	54
表 20 大阪市の入院医療費の適正化インパクト一覧、性・年齢・適正化重点対象疾病別	56
表 21 大阪市の入院外医療費の適正化インパクト一覧、性・年齢・適正化重点対象疾病別	57

医療費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見

1. はじめに

1.1. 医療費適正化計画の目的と内容

2006年度の医療制度改革関連法案により、国及び都道府県は医療費適正化計画を作成することを義務付けられた¹。医療費適正化計画は、医療費適正化を具体的に推進するために設けられた初めての総合計画であり、「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」を主たる目標としている。具体的な政策目標として、住民の健康の保持の推進では、①特定健康診査の実施率、②特定保健指導の実施率、③メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の該当者及び予備軍(特定保健指導の実施対象者)の減少率が掲げられている。一方、医療の効率的な提供の推進では、①療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)の病床数と、②平均在院日数が具体的な政策目標として掲げられている(具体的な政策目標の値は、表1を参照のこと)。簡潔に言えば、メタボリックシンドロームの予防と、病床数と平均在院日数の削減による入院医療の効率化の二つを政策目標に掲げている²。

表 1 平成 24 年度の医療費適正化計画の政策目標

住民の健康の保持の推進	全国目標	個別目標(参酌標準)
1. 特定健康診査の実施率に係る目標 ①健康保険組合(単一型)、共済組合、日本私学振興・共済事業団 ②政府管掌健康保険、健康保険組合(総合型)、国民健康保険組合 ③市町村国保	70%	80% 70% 65%
2. 特定保健指導の実施に係る目標 平成24年度における特定保健指導の実施率を45%にすること	45%	45%
3. 特定健康診査等の実施の成果に係る目標 平成24年度において、平成20年度と比較したメタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少率を10%以上とすること	10%	10%
医療の効率的な提供の推進		
1. 療養病床(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く)の病床数	約15万床	
2. 平均在院日数	各都道府県の平均在院日数と最短の長野県の平均在院日数との差の1/3の日数を減じたもの	

医療費適正化計画は、平成 20 年度～平成 24 年度までを第一期とし策定され、3年を目処に計画の達成状況について中間評価がなされる。その評価結果を踏まえ、計画の見直しを行い、計画内容に修正が加えられる。国の主な役割は、医療費適正化に向けての政策目標の設定と都道府県への政策立案の援助、情報提供、財政支援である。都道府県は、国が定めた全国的な目標や基本方針に沿った形で、それぞれの政策目標を設定し、実行計画を策定する。生活習慣病予防に関して実際に活動するのは、保険者であり、国

¹ 平成 19 年 4 月に行われた「第2回医療構造改革に係る都道府県会議」で配布された「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(案)について」を参考にしている。なお、2008年3月現在でも、適正化方針の正式文書は公表されていない。したがって、仮案である適正化方針(案)の文書を参考に記述している。

² 厚生労働省は、当初の医療制度改革関連法案では生活習慣病患者の予防を目標としていた。しかし、実際に政策内容を詰めるなかで、生活習慣病からメタボリックシンドロームの予防へと、目標の対象像がより明確にされた。

や都道府県は情報提供や財政支援などの形で保険者をサポートすることになる。

実際の医療費適正化計画では、住民の健康の保持の推進と医療の効率的な提供の推進に係る政策目標の提示以外に、①都道府県が取り組むべき事項、②保険者、医療機関など関係者の連携及び協力に関する事項、③医療に要する費用の調査と分析に関する事項、④計画期間における医療に要する費用の見通しと評価に関する事項など、様々な項目について計画が立てられる。その中で、本研究と関わりがあるのは、③の医療に要する費用の調査と分析に関する事項である。医療費適正化計画を策定するにあたって、都道府県は医療に要する費用の調査と分析が求められている。具体的には、医療費の全国平均値や他の都道府県の値と比較しながら、各都道府県の全国的な位置づけや他の都道府県との違いを把握し、各都道府県の医療費の増加要因や特徴を分析することが定められている。医療費の利用状況のほかにも、医療機関の整備状況、経済状況、食生活環境など、各都道府県のおかれている状況は大きく異なることが予想される。全国的な観点から、あるいは他の都道府県と比較しながら各都道府県が抱えている状況を把握することは、各都道府県の状況に則した形で政策を考えることにつながるため、医療費の適正化政策を考える上で基礎的かつ重要なことと言える。

1.2. 本研究における医療費適正化の目的と医療費適正化計画の課題

<適正化の意味>

医療費の適正化や社会保障費の適正化など、「適正化」という言葉は行政文書だけでなく、新聞や雑誌、学術論文で広く使われている。しかし、適正化という言葉の意味が明確に定義されたことはないと思われる。厚生労働省の会議で提出されている文書や法律を見ても、適正化の意味や定義について明確な説明はされていなかった。ただし、適正化の目的については、厚生労働省は様々なところで立場を明らかにしている。吉原・和田(2000)によると、昭和59年に、渡辺厚生大臣が国会の答弁で「すべての国民が適正な負担で公平に良い医療を受けることができるよう、医療費の適正化、保険給付の見直し、負担の公平化を三本柱にした・・・」(傍点は筆者)という発言をしている。また、2006年度の医療制度改革で成立した「高齢者の医療の確保に関する法律」では、「厚生労働大臣は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の適正化(以下「医療費適正化」という。)を総合的かつ計画的に推進するため」(傍点は筆者)と記載されている。また、冒頭に紹介した「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針(案)について」では、医療費適正化計画の目標を「住民の健康の保持の推進」と「医療の効率的な提供の推進」としている。

これらの内容から推察すると、医療費適正化の大きな目的としては、「全ての国民が必要な医療を受けられるようにすること」が掲げられているとよい。この目的に関しては、多くの論者にとって異論のないところであろう。しかし、目的には異論がなくとも、実際の内容に関しては研究者のみならず、政府の中でも意見が分かれる。意見の対立点を具体的にあげればきりが無いが、これまでの議論中でみられる大きな論点としては次の二つがあげられるのではないと思われる。

<適正化すべき医療費とは何か>

一つは、医療費適正化といった時の「医療費」の内容である。最も大きくとらえれば、医療費に関わる全ての費用のこととなるが、これは医療費とは何かといった大テーマにつながり、そこまで大きく捉えている論者は少ない。日本で医療費の適正化といった議論をする場合には、実際には公的保険に関わる範囲(保険診療+選定療養)のことを指していることが多い。論理的に考えれば、1)保険診療+選定療養、2)保険診療、3)選定療養、4)保険給付部分、5)保険給付の税金部分、6)保険給付の保険料部分、7)保険給付の自己負

担部分と、細分化することが可能である。どの部分の医療費に関心があるかは論者によって、大きく異なる。例えば、患者は、保険診療＋選定療養の範囲や自己負担分が気になるであろうし、高度先進医療を担う大学では選定療養が関心領域かもしれない。国の財政を預かる財務省は、税金部分が最大の関心部分であろうし、国民負担率に関心がある経済財政諮問会議や経済学者は、税金＋保険料部分に関心があるだろう。つまり、医療費の適正化といっても、論者によって医療費が指している内容が異なるのである。

本研究でいう医療費は、2)の保険診療に関わる医療費の意味であり、その中には税金、保険料、自己負担が含まれている。

<医療費水準と適正化の関係>

もう一つの論点は、医療費の適正な規模についてである。財務省や経済財政諮問会議、経済界、保険者は、医療費の伸びをできるだけ抑制することに関心がある(医療費抑制)。一方、医療関係者や患者、家族は、少しでも質の高い医療を患者が受けられるよう、また労働環境が改善するように、医療費の規模の拡大を志向している(医療費充実)。現在の医療費の伸びや使われ方に問題があると思う立場であれば、医療費の伸びを抑制しようと考え、それに合致する政策が医療費「適正化」である。一方、現在の医療費の使われ方や水準に不満があれば、医療にもっと多くの費用をかけられるようにすることが医療費「適正化」ということになる。

一般の国民や厚生労働省の立場はどうかというと、両者の中間に存在し、双方の意見に賛同する部分があると思われる。質の高い医療を公平に、かつ負担は抑えたいというのが、一般的な国民感情であろう。このような立場の違いを生み出しているのは、最終的には現在の医療費の水準に対する評価の違いであり、そのことが主張する医療費適正化の方向性を決定づけているからであるといえる。

この点について本研究は、医療費総額の水準自体には一般国民と同じ、すなわち中立的な立場をとる。医療費の削減や医療費の水準アップのどちらか一方が医療費適正化の目的なのではなく、「限られた医療資源を効率的に活用すること」を念頭に、無駄な医療費を抑制しつつ(医療費効率化)、必要な部分に補充する(医療へのアクセス改善)のが医療費適正化の目的であり内容であるという立場である。具体的には、①保健予防活動の推進、②医療提供体制の見直し(医療・介護・福祉のバランス修正(整備、連携、統廃合))のどちらも医療費適正化政策であると考えている。個人が生活習慣を見直すことで、生活習慣病の発症や重度化を予防し、それに充てられる医療費が効率化されることは、医療資源の有効活用という意味で医療費適正化にあたる。また、医療提供体制の見直し(医療・介護・福祉のバランス修正(整備、連携、統廃合))により、在宅療養や介護施設などで療養する環境を整備することも、さらには、医療が不足している地域に医療機関を整備すること、すなわち医療へのアクセス改善も、医療資源の有効活用という意味で医療費適正化にあたると思う。

現在の医療費適正化計画は、生活習慣病の予防や平均在院日数の短縮といったように医療費抑制面での政策の比重が大きいが、本来は適切な医療が受けられるようにすること(医療提供体制の整備や医療機関へのアクセスの確保など)も適正化政策の重要な柱であり、この観点からの政策が不足している。

また、医療費適正化計画であるのだから、医療費自体にも何らかの政策目標を立てるべきである。本研究では、地域が掲げる政策目標については、現行よりも柔軟性をもたせ、地域ごとに重点的に対策を進める方法を提案し、その方法について研究を行った。効率性以外では、医療の質の確保の面でも、医療費適正化計画は問題があると思われる。いくら効率的に医療資源を投入したとしても、医療の質が担保されないのでは意味がない。質の確保に関しては今後の大きな検討課題である。

1.3. 本研究の目的と研究の内容

これまで具体的に医療費適正化の目標があげられてこなかったことを考えれば、メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の削減を政策目標として掲げたことは画期的なことである。また、医療費と違い患者数の削減は、政治的にも異論が少ないことであり、政策合意形成上の合理性も確保されていると思われる。しかし、患者構成や医療費の利用状況が地域によって大きく異なることを想定すると、一律に予防対策を推進していることは効率的ではない。また、本来の医療費適正化政策のあり方からすると、保健予防対策だけでなく適切な医療を受けられるように対策を立てることも必要なことであるが、この観点からの政策が不十分である。さらに、今後、中長期的な観点から限られた財源の中で医療費を有効活用するためには、地域の医療費の分析と関連を持たせた政策目標が一層必要になる。

これらの問題意識を踏まえると、医療費適正化計画をより充実させるためには、1) 全国的な観点から各地域の医療費を検討した上で、地域ごとに適正化するべき対象(適正化重点対象)を把握し、2) 適正化重点対象の医療費に影響を与えている要因を検討し、3) 最後にこれらの分析を踏まえた政策目標の設定と具体的な対策を検討することが望まれる。このような段階を踏まえて政策を検討することができれば、各地域の状況に応じた適正化政策を推進すると同時に、その政策と適正化される医療費との関連も明確になる。

ここで問題となるのは、このような医療費適正化計画の策定を進める上での国、都道府県、市町村の役割分担と連携、および各地域の適正化重点対象の把握方法である。全国的に統一した目標を設定しながらも、各自治体がそれと整合性を保ちながら、地域の実情に応じた適正化政策を展開できるような仕組みが必要である。

本年度の研究では、医療費適正化計画を進めるにあたっての国、都道府県、市町村の役割を整理するとともに、医療費の分析から適正化重点対象を検討する方法について検討を行った。本研究は、6 府県の地域差を生み出している要因を検討するパートと、医療費適正化計画における国、都道府県、市町村の役割と各自治体レベルで行うべき医療費の分析を説明したパートの二つから構成されている。

1.4. 研究協力自治体とデータ加工

<研究協力自治体>

この研究にあたっては、6つの府県と 11 市町村から研究協力を得た。具体的には、医療費が高い地域である大阪府、広島県、高知県と、医療費が低い地域である山形県、長野県、静岡県である。また、市町村では、北海道の札幌市、富良野市、占冠村、更別町、長野県の茅野市、佐久市、千葉県旭市、福岡県の福岡市、田川市、鹿児島県の鹿児島市、南さつま市から研究協力を得た。医療費データの加工及び提供では、北海道国民健康保険団体連合会、長野県国民健康保険団体連合会、静岡県国民健康保険団体連合会からも協力を頂いた。

分析で使用したデータは、国民健康保険の平成 18 年 5 月診療分の医療費データと被保険者データである。医療費データは、社会保険表章用 119 項目³ の疾病分類表に基づき加工されたものであり、疾病分類・性別・年齢・診療区分別の件数、日数、点数データである。疾病分類は、レセプト上で主疾病として記載された病名に基づいて分類されており、副疾病のデータは入っていない。仮に、多数の疾病を患っていたとしても、レセプト上では主疾病名で分類されることになるため、今回扱っている疾病別医療費が実態を正確に

³ 静岡県と高知県のデータは、121 項目であった。

は表わしていないことには注意が必要である⁴。また、研究データの単位(レセプト単位かグループ単位か)や年齢区分の細かさ(1歳区分か、5歳区分かなど)は協力自治体によって異なるが、何れも個人が特定されないようにデータが加工されていた。各市町村の被保険者データは、性・年齢階層別被保険者数(平成18年5月時点)である。本年度の研究では、医療費適正化計画で必要な分析方法の開発を目的としているため、6府県のデータを使用し、その府県に所属していない個別協力市町村のデータは除外した。具体的には、大阪府、広島県、高知県、山形県、長野県、静岡県⁵の6府県データを分析している。ただし、大阪府に関しては、歯科に関する医療費データが不十分であったため、医科部分の分析には6府県のデータセットを用いたが、歯科部分については大阪府を除く5県のデータセットを用いている。もちろん、個別協力市町村に対しては、別途分析を行っており、次年度研究結果を報告する予定である。

<データの加工>

分析に使用する6府県の元データは、データの単位(レセプト単位かグループ単位か)や年齢区分の細かさ(1歳単位か、5歳単位かなど)が異なる。大阪府と高知県のデータの年齢区分は、0～39歳、40～49歳、50～59歳、65～69歳、70歳～74歳、75歳～と、不規則かつ年齢区分が荒いものであった。このように年齢区分が不規則であるのは、厚生労働省が医療費適正化計画のために指定している医療費データのフォーマットに準じているためである。大阪府や高知県以外のデータは、1歳区分か5歳区分で提供されており詳細な分析が可能であったが、府県の比較を行うため区分が荒い方に合わせることにした。

また、長野県と高知県のデータは疾病区分が121分類で集計されていたが、他の府県は119分類で集計されていたため、扱う医療費の疾病は119分類に限定した。そのほか、疾病コードの記載ミスと思われるデータや、男性の子宮の悪性新生物⁵といった通常想定されない医療費⁶、単体自然分娩に関する費用については、データセットから除外した。データセットの基本的な記述統計を、表2にまとめた。

表2 各府県データの記述統計

	高知県	広島県	大阪府	山形県	静岡県	長野県	6府県計
被保険者数	336,374	997,097	3,353,039	468,264	1,448,573	840,501	7,443,848
保険者数	35	23	43	34	42	81	258
医療圏数	4	6	8	4	8	10	40
件数	332,021	1,125,806	2,755,925	481,467	1,363,923	744,816	6,803,958
日数	1,005,104	3,400,149	7,789,206	1,158,846	3,207,660	1,740,079	18,301,044
点数(1,000点)	1,182,654	3,437,009	8,667,993	1,233,512	3,473,592	1,937,108	19,931,869
一人当たり点数	3,516	3,447	2,585	2,634	2,398	2,305	2,678
受診率	0.99	1.13	0.82	1.03	0.94	0.89	0.91
一件当たり日数	3.0	3.0	2.8	2.4	2.4	2.3	2.7
一日当たり点数	1,177	1,011	1,113	1,064	1,083	1,113	1,089

⁴ 疾病別医療費を正確に把握するならば、主疾病だけでなく副疾病についても調査し、どの費用がどの疾病に支払われたものかを吟味する必要がある。しかし、特定の疾病に対する手術や薬であるならば対応関係もわかりやすいが、それ以外の費用については費用と疾病との関係を正確に把握することは困難である。そのため、副疾病が記載されたとしても、正確な疾病別医療費はわからないことになる。もし副疾病のデータを活用できるのであれば、疾病別患者数を把握に活用するべきであろう。被保険者番号をもとに名寄せすれば、正確な疾病別患者数を把握できるようになる。

⁵ データセットの中には、通常男性は罹患しないような疾病(例えば「月経障害及び閉経周辺期障害」「その他の妊娠、分娩及び産じょく」)に関しても、男性の医療費として含まれていた。記載ミスかどうかは、実際のレセプトを確認するか、専門家による検討を要するため、今回は取り除かなかった。そのようなレセプトは、全体では20件、約7万点ほどであるため、全体の分析に対する影響は無視できる程度だと判断した。

1.5. 分析に用いる指標

各都道府県の適正化重点検討対象を把握するために、医療費指数、財政影響度、財政影響率、変動説明係数、適正化インパクト、医療機関充実度といった指標を用いた。医療費指数と医療機関充実度は、これまで厚生労働省が医療費分析や保健医療計画で使用してきた指標を本研究用に修正したものである。医療費指数は、毎年厚生労働省が公表している地域差指数を、性・年齢階層別・疾病分類別に精緻化したものであり、医療機関充実度は、各都道府県が保健医療計画作成時に算出している基準病床数の算出方法を応用している。その他の指標は、本研究で新たに考案した指標である。

これらの指標の算出式を表3にまとめた。表にある実績医療費とは、都道府県や市町村の2006年5月診療分として請求された実際の医療費であり、市町村・性・年齢階層・疾病区分・診療区分別の点数データである。標準医療費は、各市町村の性・年齢階層別被保険者数にデータセットの性・年齢階層・疾病区分・診療区分別の平均一人当たり医療費を掛けた値である。先にも述べたとおり、大阪府は歯科分のデータないため、医科分の標準医療費は6府県の平均値を基に算出しているが、歯科分の標準医療費では5県のデータセットの平均値から算出している。標準医療機関数は、二次医療圏単位の性・年齢階層別人口に全国の性・年齢階層別の平均一人当たり機関数を掛けた値である。標準病床数は、同様に二時医療圏別単位の性・年齢階層別平均一人当たり病床数に、全国の性・年齢階層別の平均一人当たり病床数を掛けた値である。

表3 分析に用いる指標一覧

指標名	算出式
医療費指数	実績医療費 ÷ 標準医療費
医療機関充実度	(実績医療機関数/実績病床数) ÷ (標準医療機関数/標準病床数)
財政影響度	(実績医療費 - 標準医療費) ÷ 標準医療費全体
財政影響率	(実績医療費 - 標準医療費) ÷ (実績医療費全体 - 標準医療費全体)
変動説明力係数	(実績医療費 - 標準医療費) ÷ Σ(実績医療費 - 標準医療費)
適正化インパクト	(実績医療費 - 標準医療費) ÷ 実績医療費全体

※市町村・性・年齢階層・診療区分・疾病別に算出される。

※標準医療費全体、実績医療費全体といった場合は、6府県、各府県、市町村の3種類がある。

表4 分析に用いる指標の意味

医療費指数	各区分の実績医療費の標準医療費に対する比率。各区分の医療費の水準(高低)を評価する
医療機関充実度	地域の性別や年齢構成を補正した場合に、医療機関がどれくらい充実しているかを評価する。1が基準値である。
財政影響度	各区分の実績医療費と標準医療費の差額(±)が、都道府県レベルの医療費指数を何ポイント増減させるかを評価する
財政影響率	財政影響度の合計を100%としたときの、各財政影響度の割合(%)を表した値。
変動説明力係数	各区分の実績医療費と標準医療費の差額の絶対値の合計を100としたときの、各区分の実績医療費と標準医療費の差額の絶対値が占める割合。都道府

	県レベルの地域差変動に対する、各区分の変動の説明力。
適正化インパクト	各区分の実績医療費が標準医療費と等しくなった場合に、国、都道府県、市町村の全体の医療費が、何%増減するかを評価する

2. 都道府県間の地域差の現状把握

2.1. 都道府県間の医療費の地域差を生み出している要因グループ

一般的に男性よりも女性の方が、そして年齢が高いほど一人当たり医療費は高くなる。そのため、そういった人口構成(性別や年齢)に差がある地域を比較するには、人口構成の影響を除外した上で医療費を比較する必要があり、そのための指標が医療費指数である。実際に6府県の医療費指数を算出してみると、高知県(1.16)、広島県(1.13)、大阪府(1.06)、山形県(0.87)、静岡県(0.86)、長野県(0.76)であり、被保険者の人口構成を取り除いても医療費の利用状況に差があることがわかった。

各府県の医療費総額は、そもそも性・年齢・診療区分・疾病・市町村別医療費を積算したものである。したがって、先に述べた府県レベルの地域差は、構成要素である区分医療費が高い(低い)ことにより、最終的に出てきた結果である。よって、医療費総額を区分医療費に分解していけば、府県レベルでの地域差を生み出した原因がわかるはずである。はじめに府県レベルの地域差を生み出している要因グループを発見することを目的として、区分医療費の分析を行った。また、医療費の地域差には医療提供体制の地域差も関係していることから、医療機関充実度との関連についても分析を行った。

2.1.1. 性・年齢階層からみた要因グループ

府県レベルの医療費の地域差を生み出している要因層を、性・年齢階層の観点から確認した。表5は、各都道府県の性・年齢階層別医療費指数を表したものである。表を見ると、府県が大きく二つに分けられることがわかる。一つは、高知県、広島県、静岡県、長野県のように、全ての性・年齢階層の医療費が高く(低く)なっているために、県全体の医療費が高く(低く)なっているグループである。もう一つは、大阪府、山形県のように、性・年齢階層別医療費を見ると、医療費指数が高い層と低い層が混在グループである。しかし、両グループともに65歳以上の層が高い(低い)と、府県レベルでも医療費が高く(低く)、府県レベルの医療費指数と同じ傾向にあることがわかる。

それでは、どのグループが府県全体の医療費を押し上げる(押し下げる)決定要因となっているのであろうか。医療費指数は、各区分医療費が標準医療費よりもどのくらい高いかあるいは低いかを確認するのに適しているが、それが各府県全体の医療費に、どれくらい影響力を与えているかは示していない。それを確認するためには、医療費指数ではなく、財政影響度、財政影響率を見る必要がある。(表6)。