

200801013A

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）

医療費推計モデルの開発と医療費適正化計画の評価に関する研究

(H19-政策一般-010)

平成20年度 総括研究報告書

研究代表者

長谷川 友紀

平成21年3月

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）

医療費推計モデルの開発と医療費適正化計画の評価に関する研究

(H19-政策-一般-010)

平成 20 年度 総括研究報告書

研究代表者

長谷川 友紀

平成 21 年 3 月

研 究 組 織

研究代表者	長谷川 友紀	東邦大学医学部社会医学講座
研究分担者	長谷川 敏彦	日本医科大学医療管理学教室
研究分担者	松本 邦愛	東邦大学医学部社会医学講座
研究協力者	平尾 智広	香川大学医学部医療管理学講座
研究協力者	北澤 健文	東邦大学医学部社会医学講座
研究協力者	城川 美佳	東邦大学医学部社会医学講座
研究協力者	藤田 茂	東邦大学医学部社会医学講座
研究協力者	瀬戸 加奈子	東邦大学医学部社会医学講座

目 次

本年度研究の概要.....	1
2008年度総括報告書（全体）.....	3
2008年度総括報告書（分担：長谷川敏彦）.....	6
2008年度総括報告書（分担：松本邦愛）.....	8
第1章：都道府県医療費適正化計画策定過程に関する調査.....	12
第2章：Pay for Performance Summit 参加記録.....	18
第3章：医療財源負担の公平性に関する実証研究.....	25

本年度研究の概要

目的

平成 18 年度医療構造改革においては、都道府県を単位とした保健医療行政が策定された。保険者を都道府県単位で再編し、また各都道府県で医療費の分析と 5 年ごとの医療費適正化計画を作成することが定められた。本研究は、これまで曖昧であった医療費推計方法を諸外国の推計方法をサーベイしつつ堅固なものにすることを目的としている。

これまで、わが国において国民医療費（医療給付費）の長期将来推計に関しては、厚生労働省、日本医師会、民間シンクタンクなどが行っているが、推計式や「1 人当たり医療費の伸び率」以外の具体的な説明変数として何が用いられたか明らかにされていないため、推計値についての追試、検証の実施が困難である。また、診療報酬支払い制度の検討に関しては、アメリカをはじめとする諸外国で P4P(Pay for Performance)の制度が既に実施されており、それに関する多くの研究があるが、国内での研究は質の評価にとどまるものがほとんどで、諸外国の P4P について系統立ててサーベイした研究は少ない。

さらに、本研究は、国内外のこれまでの議論をサーベイし、かつ各県が作成する医療費適正化計画に必要なデータ等を明らかにすることで、今後のわが国における根拠に基づく医療政策の立案に資する。また、医療費負担の財源に関しても、データを用いたシミュレーションを行い、どのような負担増がより公平か検討する。

平成 20 年度は、平成 19 年度の研究成果を踏まえ、都道府県政策担当者に対するアンケート調査を実施し、その結果の解析による医療費適正化計画作成のためのデータの選別と各都道府県のベンチマーク、P4P(Pay for Performance)に関する海外調査並びに財源負担の公平性に関する実証研究を行った。

研究方法

以下の方法で研究を進めた。①文献サーベイによる医療費推計モデルの比較検討。②昨年度開発したアンケート票を用いた 47 都道府県に対するアンケート調査。③米国における実地調査。④官庁統計の個票を用いた医療費財源負担の公平性の実証研究。

結果

①に関しては、各国の医療費推計モデルでは、人口推計のみでなく、経済状況を踏まえた推計を行うことが主流となっていることが明らかとなり、将来医療費予測のためには数多くの仮定が必要であり、各国に普遍的に適応できる一つのモデルを作成することは現状では困難であると結論することとなった。

②に関しては、各都道府県に対して行ったヒアリング調査、およびアンケート調査の結果から、計画策定時の問題を同定することができたので、研究結果は都道府県が医療費適正化計画を見直す際の資料として大きな役割を果たすことができるものと考えられる。

③に関しては、米国の医療の質に基づく支払い (Pay For Performance: P4P) の導入にいたるまでの論点、主要な出来事をレビューした。また米国カリフォルニア州にある Integrated Healthcare Association (IHA) が開催した National Pay For Performance Summit に参加し、米国の事情をまとめた。

④医療財源の公平性に関する分析では、医療制度改革の財政負担に対する影響を世帯主の年代別に明らかにする研究をおこなった。

医療費推計モデルの開発と医療費適正化計画の評価に関する研究

研究代表者 長谷川友紀 東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学

研究要旨

本研究では、①医療費の推計モデルの作成、②医療費適正化計画に基づく各都道府県のベンチマーク、③診療報酬支払い制度の検討、④全国消費実態調査を用いた WHO 手法による財源負担の公平性の検討を実施した。その結果、①各国に普遍的に適用できる一つの医療費推計モデルを作成することは現状では困難であること、②都道府県が医療費適正化計画策定に関して直面した問題点とその解決の過程、③米国の医療の質に基づく支払い (Pay For Performance: P4P) の導入にいたるまでの論点、④医療制度改革に伴い 1994 年から 2004 年にかけて、破滅的医療費支払い家計の割合が倍増し、公平性の尺度も大幅に悪化したことが明らかとなった。

主任研究者 長谷川友紀 (東邦大学 教授)
分担研究者 長谷川敏彦 (日本医科大学 教授)
分担研究者 松本邦愛 (東邦大学 助教)

A. 研究目的

平成 18 年度医療構造改革においては、都道府県を単位とした保健医療行政が策定された。保険者を都道府県単位で再編し、また各都道府県で医療費の分析と 5 年ごとの医療費適正化計画を作成することが定められた。さらに都道府県の努力を促すため、都道府県の実績を評価し、診療報酬体系の見直しに反映できるような方策が図られた。

このように医療費適正化計画は、今後の医療政策の中でも中心となる計画であるが、現状では国の医療費推計方法ですら確立された方法がなく、政策評価に耐えられるものではない。まして、都道府県単位での医療費適正化計画は、その手法もデータも統一されたものがないために今後政策評価の根拠として用いていくには脆弱なものであると考えられる。本研究は、このような曖昧な推計

を諸外国の推計方法をサーベイしつつ堅固なものにすることを目的としている。

研究の成果は、種々の政策評価の根拠として使えるに耐えるだけの推計モデルを確立することで医療行政を根拠に基づいたものに変革することの一助になることが期待される。また都道府県が作成する医療費適正化計画に必要なデータを特定し、そのデータを用いてベンチマーク評価することによって、都道府県が実際に医療費適正化計画を作る際の資料として大きな役割を果たすことが期待される。

B. 研究方法

平成 19 年の計画を受けて、平成 20 年度に実施した研究は、(1) 医療費の推計モデルの作成、(2) 医療費適正化計画に基づく各都道府県のベンチマーク、(3) 診療報酬支払い制度の検討、(4) 全国消費実態調査を用いた WHO 手法による財源負担の公平性の検討である。

C. 研究結果

(1) に関しては、各国の医療費推計モデルでは、人口推計のみでなく、経済状況を踏まえた推計を行うことが主流となっていることが明らかとなり、将来医療費予測のためには数多くの仮定が必要であり、各国に普遍的に適応できる一つのモデルを作成することは現状では困難であると結論することとなった。

(2) に関しては、各都道府県に対して行ったヒアリング調査、およびアンケート調査の結果から、計画策定時の問題を同定することができたので、研究結果は都道府県が医療費適正化計画を見直す際の資料として大きな役割を果たすことができるものと考えられる。

(3) に関しては、米国の医療の質に基づく支払い (Pay For Performance: P4P) の導入にいたるまでの論点、主要な出来事をレビューした。また米国カリフォルニア州にある Integrated Healthcare Association (IHA) が開催した National Pay For Performance Summit に参加し、米国の事情をまとめた。

(4) 医療財源の公平性に関する分析では、医療制度改革の財政負担に対する影響を、年代別に明らかにする研究となった。

D. 考察

都道府県に対するアンケート調査の結果及びベンチマークでは、都道府県が医療費適正化計画策定に関してどのような問題に直面し、どのように解決していったのかが明らかとなった。研究結果は学会等ですでに発表されているが、今後、3年後に予定されている都道府県医療費適正化計画の改定の際に、都道府県がどのように対応すべきか参考になるものと考えられる。

P4P に対するサーベイでは、特に米国の現状について詳細にサーベイを試みたので、今後学会や論文発表などを通じて成果を提供する予定である。日本においてもすでに P4P についての研究

は先行して進んでいるので、その導入に向けた一つの参考例となることが期待される。

WHO 手法による財源負担の公平性の検討では、医療制度改革が自己負担の引き上げを中心に行われたため、家計の支払能力に占める医療費の割合が 40% を超える破滅的医療費支払い家計の割合が、1994 年から 2004 年にかけて倍増し、公平性の尺度も大幅に悪化したことが明らかになった。研究結果はすでに国際学会において報告されており、今後行政に対する参考となることが期待される。

E. 結論

医療費適正化計画は、2008 年 4 月から実施され、すべての都道府県で計画が作成されたが、計画に必須の医療費の将来推計の根拠があいまいであり、かつ計画の準備期間が短かったこともあって今後大幅に修正をしていく必要がある。その場合、近年悪化してきている医療財源負担の公平性や諸外国で進展している P4P などを踏まえた根拠のある透明性の高い計画となることが求められるであろう。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

松本邦愛, 北澤健文, 長谷川敏彦, 長谷川友紀: 地域医療計画・医療費適正化計画の中の脳卒中, 東邦医学会雑誌, 55(6), 2008

2. 学会発表

1) 松本邦愛, 北澤健文, 長谷川敏彦, 長谷川友紀: 都道府県医療費適正化計画策定過程に関する調査, 第 46 回日本医療・病院管理学会学術総会, 2008.11.15-16, 静岡県立大学

2) Kunichika Matsumoto, Toshihiko Hasegawa,

Tomonori Hasegawa: STUDY ON HEALTH
CARE REFORM AND EQUITY OF
FINANCIAL CONTRIBUTION IN JAPAN,
International Conference on Health Promotion
and Quality in Health Services, November
19-21, 2008, Bangkok, Thailand

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

医療費推計モデルの開発と医療費適正化計画の評価に関する研究

分担研究者 長谷川敏彦 日本医科大学医療管理学教室

研究要旨

都道府県医療費適正化計画の策定プロセスを明らかにするために、北海道、沖縄県の医療費適正化計画作成の担当者に対する聞き取り調査を行い、医療費適正化計画がどのような形で作成されているか明らかにした。またこの調査を基にして、医療費適正化計画の策定のための組織、医療費適正化計画の内容、医療費適正化計画の評価、医療費適正化計画策定全体の4つのコンポーネントからなるアンケート調査票を開発し、各都道府県担当者を対象としてアンケート調査を行った。

アンケートの結果、今回の都道府県医療費適正化計画は策定までの期間が短く、既存の部署による都道府県の現状分析にとどまっているところが多いことと、計画策定のために必要なデータが不十分とするところが多いことが明らかになった。

A. 研究目的

平成18年度医療構造改革においては、都道府県を単位とした保健医療行政が策定された。保険者を都道府県単位で再編し、また各都道府県で医療費の分析と5年ごとの医療費適正化計画を作成することが定められた。さらに都道府県の努力を促すため、都道府県の実績を評価し、診療報酬体系の見直しに反映できるような方策が図られた。これらの決定を受け、平成20年4月1日から都道府県医療費適正化計画が開始された。本調査は、医療費適正化計画に基づく各都道府県のベンチマークシステムを開発することを目指して、計画の策定プロセスを明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

北海道、沖縄県の医療費適正化計画作成の担当者に対する聞き取り調査を行い、医療費適正化計画がどのような形で作成されているか明らかにした。またこの調査を基にして、医療費適正化計画の策定のための組織、医療費適正化計画の内容、

医療費適正化計画の評価、医療費適正化計画策定全体の4つのコンポーネントからなるアンケート調査票を開発し、各都道府県担当者を対象としてアンケート調査を行った。

C. 研究結果

アンケートの配布は平成20年3月に行い、6月30日時点で39都道府県からの回答を得た。計画の策定の開始時期は、平成19年度になってから始めた都道府県が、回答があった37都道府県中27都道府県を占め、計画策定が短期間で行われたことが明らかになった。そのため、35都道府県で既存組織が計画策定にあっており、計画策定のための委員会や協議会も既存の委員会・協議会を利用した都道府県が12あり、委員会・協議会を設置していないところも3都道府県あった。計画策定に使用した予算は、大きなばらつきがあり、最も低いところでは0、最も高いところでは2千万円弱、平均約300万円であった。計画策定のためのデータの解析も既存の都道府県庁

関連部局で行っているケースが多く（33件）、人口動態統計、国勢調査、患者調査、医療施設調査・病院報告、国民医療費、将来人口推計のデータを用いた現状分析を中心としているところがほとんどであった。また、計画策定の上で必要性が高いにもかかわらず入手できないデータがあったと回答している都道府県が15あり、都道府県別医療費の詳細データ、官庁統計の個票などを必要データとして挙げているところがあった。計画の実施に関しては、すでに独自の活動や他事業の中で行っているところが多く、健康診査、保健指導実施に向けての保険者の指導を行っているところが29、市町村の啓発活動を行っているところが20、医療機能分化・連携促進に関する事業を行っているところが24であった。また、医療費適正化には、保険者指導、市町村啓発、医療機能分化・連携、病床転換、一般市民向啓発活動のどれが最も効果的かという質問では、これらの項目のいずれかをあげた都道府県はほとんどなく、その他で診療報酬の改定を挙げたところが2、生活習慣病対策を挙げたところが3あった。

D. 考察

アンケートの結果からみると、今回の都道府県医療費適正化計画は策定までの期間が短く、既存の部署による都道府県の現状分析にとどまっているところが多い。ヒアリングをした北海道、沖縄でもこの点は指摘されており、計画の中間評価の際に新たな行動計画を付け加えていくとの回答が得られた。また、計画策定のために必要なデータが不十分とするところが多く、官庁統計の個票データの目的外使用を申請しているとの回答もみられた。全国医療費適正化計画でも、医療費の将来推計は根拠があやふやであり、具体的な医療費適正化のためには政策評価が可能な医療費推計モデ

ルの確立が必要となるであろう。

E. 結論

医療費適正化計画は、2008年4月から実施され、すべての都道府県で計画が作成されたが、計画に必須の医療費の将来推計の根拠があいまいであり、かつ計画の準備期間が短かったこともあって今後大幅に修正をしていく必要があることが明らかになった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

松本邦愛, 北澤健文, 長谷川敏彦, 長谷川友紀: 地域医療計画・医療費適正化計画の中の脳卒中, 東邦医学会雑誌, 55(6), 2008

2. 学会発表

松本邦愛, 北澤健文, 長谷川友紀: 都道府県医療費適正化計画策定過程に関する調査, 第46回日本医療・病院管理学会学術総会, 2008.11.15-16, 静岡県立大学

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

医療費推計モデルの開発と医療費適正化計画の評価に関する研究

分担研究者 松本邦愛 東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学

研究要旨

医療費適正化計画は、医療費支出に関する計画であるが、一国の医療費の適正な計画を考えるならば、医療費負担についても同様に検討を加えなければならない。本研究においては、この医療費負担の公平性に関して、全国消費実態調査の個票を使用し、WHO 指標を用いて評価を行った。

分析の結果として近年の医療制度改革が自己負担の引き上げを中心に行われたため、家計の支払能力に占める医療費の割合が 40% を超える破滅的医療費支払い家計の割合が、1994 年の 0.34% から 2004 年の 0.67% へと倍増し、公平性の尺度も大幅に悪化したことが明らかになった。

さらに、経済発展と医療費の国際的な状況を調査するため、タイ・ベトナムで聞き取り調査を行った。両国ともに、近未来に起こる高齢化の問題をどう対処するのかが問題となっており、アジア全体において高齢社会の構想を考えていく必要性が明らかとなった。

A. 研究目的

本研究の目的は、World Health Organization (WHO) が開発した公正財源 (FFC: Fairness in Financial Contribution) の概念を用いて、日本の医療財源負担の公平性を年齢階級別に評価し、高齢社会における医療財源負担のあり方を公平性の観点から論ずることにある。

医療財源負担の公平性に関しては、2000 年に WHO が作成した『世界保健報告 2000』) の中で、「公正財源 (Fairness in Financial Contribution、以下 FFC)」の考え方が示されている。

本研究は、『全国消費実態調査』を用いてこの FFC を、1989、1994、1999、2004 年で比較し、この間に行われた医療制度改革が財源負担の公平性にどのような影響を及ぼしたかを測定することを目的とした。

また、この研究とは別に、経済発展と医療費の関係を調べるため、近年、経済成長著しいタイ及びベトナムにおいてヒアリング調査を行った。特に、タイにおいては、いわゆる 30 パーツ・スキームによって国民の医療へのアクセスが 2001 年から保障されるようになり、新興工業国のモデル・ケースとなる可能性を秘めている。これら二か国の行政担当者にヒアリング調査をし、新興工業国の視点からも経済成長と医療費の動向を考察する。

B. 研究方法

(1) 財源負担の公平性

まず、HFC (Health Financial Contribution) を以下のように定義する。

$$HFC = \frac{\text{家計の医療支出}}{\text{家計の支払い能力}} = \frac{\text{税を通じた負担} + \text{社会保険料} + \text{私的医療保険料} + \text{自己負担}}{\text{家計の支払い能力}}$$

分子の家計の医療支出は、まず前払い負担 (prepayment) と自己負担 (out of pocket

payment)に分けられる。前者は、租税という形で政府に徴収されて保健医療セクターに使われる分の負担、社会保険料の徴収という形の負担、私的保険料という形の負担に分けられる。租税を通じた負担は、公的医療保険を除いた政府総支出に同じく公的医療保険を除いた保健医療分野への支出が占める割合を計算し、その割合に政府収入を掛け合わせて求められる。即ち、以下の式が計算式となる。

$$GHE_h = \left(\frac{GHE}{GC} \right)_N * ((INCTAX + VAT + Excise + other)_h * Scalar(X))$$

GHE_h : ある家計 h の租税を通じた負担額。

GHEN : 政府の保健医療分野への支出 (公表データから計算)。

GCN : 政府総支出 (公表データから計算)。

INCTAX_h : ある家計 h の所得税支払額。

VAT_h : ある家計 h の消費税支払額。

Excise_h : ある家計 h の物品税支払額。

other_h : ある家計 h のその他の税支払額

ここで、右辺の後半部分は政府収入を示しており、Scalar(X)は以下の式にて与えられる。

$$scalar(x) = \frac{(GC/GDP)_N * GDP_s}{\sum w_h (INCTAX + VAT + Excise + other)_h}$$

GCN : 政府収入額 (公表データから計算)。

GDPN : GDP 額 (公表データから計算)。

GDP_s : サンプル・データから得られる GDP。サンプル・データの家計支出を合計し、国の GDP に占める消費支出の割合で除したものの。

w_h : データのウェイト。ここでは 1 とする。

次に社会保険料を通じた負担であるが、これは以下の式で表わされる

$$SSH_h = SSHo_h * Scalar(Y)$$

ただし、

$$Scalar(Y) = \frac{GDP_s * (SSH/GDP)_N}{\sum w_h SSHo_h}$$

SSH_h : ある家計 h の公的医療保険料支払い。

SSH_N : 公的医療保険料の総額 (公表データから計算)。

これら前払い負担に、保健医療分野の自己負担 (病院・診療所における支払いだけでなく、売薬や健康器具も含めたもの) を足したものが家計の医療支出として HFC_h の分子となる。

今回は、分母、即ち家計の支払い能力であるが、これは二通りの場合わけを行い、以下のような式で与えられる。

①ある家計の食糧消費よりも SE_h が小さい場合
 $CTP_h = Exp_h - SE_h + GHE_h - indtax_h * (GHE/GC)_N + SSH_h$

②ある家計の食糧消費よりも SE_h が大きい場合
 $CTP_h = Exp_h - Food_h + GHE_h - indtax_h * (GHE/GC)_N + SSH_h$

CTP_h : ある家計 h の支払い能力。

Exp_h : ある家計 h の総支出。

SE_h : 生存支出。1日1ドルを基準として、購買力平価を用いた各国通貨で表わす。

indtax_h : ある家計 h の間接税支払額。

このようにして、各家計において HFC_h を求め、それを基準として以下の式に代入し、FFC を求める。

$$FFC = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum_{h=1}^n w_h |HFC_h - HFC_o|^3}{\sum w_h}}$$

ただし、

$$HFC_o = \frac{\sum w_h HE_h}{\sum w_h CTP_h}$$

二人以上の一般世帯票及び単身世帯票を合わせて、この HFC と FFC を計算した。

(2) 経済発展と医療費支出調査

近年経済発展の著しいベトナム、タイにおいてヒアリング調査を行った。ベトナムは保健省において、タイは保健省医療サービス支援局でヒアリングを行い、加えてタイではタイ保健省高齢者プロジェクト会議に出席した。

C. 研究結果

(1) 財源負担の公平性

HFCの値は一貫して上昇しているが、特に1999年から大きく上昇していた。FFCは1999年までは安定していたものの、2004年には大きく低下し、財源負担の公平性が悪化したことがうかがわれた。また、支出能力の4割以上を保健医療セクターに支払っている「破滅的支出家庭」の割合は、1989年の0.37%から2004年には0.67%にまで上昇し、特に1999年からの上昇が大きかった。

(2) 経済発展と医療費支出調査

東南アジアは人口抑制政策に成功した国が多いが、それは経済成長（一人当たりGDPの成長）に大きな貢献をするとともに、人口の高齢化を加速することとなった。ベトナムではまだ高齢化の程度は著しくないが、タイではいわゆる「人口ボーナス」が2010年に消滅すると推測される。これらの高齢化に起因する医療費の伸びは高いことが明らかになった。

D. 考察

(1) 財源負担の公平性

日本では1980年代後半から断続的に医療保険の自己負担額が引き上げられるとともに、消費税が導入され、引き上げられてきた。これは、いわゆる世代間の負担の公平性には大きく寄与してきたと考えられる。しかし、その一方、世代内の公平性は大きく損なわれる結果となったことも留意しなければならないだろう。

医療制度改革は、国民皆保険の原則を守るためにも十分な財源の確保を求めていかななくてはならない。しかし、昨今言われるように現役世代に一層の負担を求めるのは、世代間の公平性を欠くことにつながり、また社会の高齢化によって労働人口の相対的な低下が進む中では高齢者層の負担も一層増加せざるを得ない。しかしその場合、高齢者の中でも弱者に配慮した負担を考えなければならないだろう。すなわち、世代間の公平性のみならず、世代内の公平性にも配慮した改革が必要で

あるといえる。医療財源の負担は本来、所得の再分配を目的としたものではないが、少なくとも所得分配に中立的であるか、あるいは所得再分配政策が同時に実施される必要がある。破滅的医療費世帯の増加など医療へのアクセスの公平性自体に影響を与えかねない問題にはより慎重に対応しなければならないであろう。

(2) 経済発展と医療費支出調査

タイは人口抑制政策に成功した代表的な国である。しかし、それは経済発展の度合いに見合わない高齢化を招くこととなったといえよう。2001年には30パーツ・スキームという国民皆保険政策が実施されたが、財源などの問題が浮上してきている。日本の経験はこのようなアジア諸国に対して大きな参考となるはずであり、またアジア社会の安定は国際貿易などを通じて緊密な関係を持つ日本にとっても有効となるはずである。

E. 結論

医療費適正化計画は、2008年4月から実施され、すべての都道府県で計画が作成されたが、計画に必須の医療費の将来推計の根拠があいまいであり、かつ計画の準備期間が短かったこともあって今後大幅に修正をしていく必要がある。その場合、近年悪化してきている医療財源負担の公平性などを考慮する必要があるだろうし、また医療費適正化計画のプロセスをアジア諸国に対して開示することは大きな国際貢献になるものと考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

松本邦愛, 北澤健文, 長谷川敏彦, 長谷川友紀:
地域医療計画・医療費適正化計画の中の脳卒中,
東邦医学会雑誌, 55(6), 2008

2. 学会発表

Kunichika Matsumoto, Toshihiko Hasegawa,
Tomonori Hasegawa: STUDY ON HEALTH
CARE REFORM AND EQUITY OF
FINANCIAL CONTRIBUTION IN JAPAN,
International Conference on Health Promotion
and Quality in Health Services, November
19-21, 2008, Bangkok, Thailand

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

第1章：都道府県医療費適正化計画策定過程に関する調査

1. 目的

2006年度に医療制度構造改革の一環として、高齢者医療の確保に関する法律に基づいて、国と都道府県がそれぞれ医療費適正化計画を策定することが定められた。都道府県医療費適正化計画は5年ごとに5カ年を1期として、国が示す指針¹⁾に即して作成することとされ、第1期は2008年4月1日から始まっている。

都道府県医療費適正化計画では、特定健康診査実施率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率といった住民の健康保持の推進に関する目標、平均在院日数や療養病床の病床数などといった効率的な医療提供の推進に関する目標とそれらの目標を達成するための施策のほか、保険者・医療機関との連携、医療費の調査分析、医療費の見通し、計画達成状況の評価を記載することが定められている。本計画の策定にあたっては、国が示す医療費の将来推計方法に基づき、高齢者医療費の全国平均値や他都道府県の値との比較、当該都道府県における医療費の伸びやその構造に関する要因分析などといった、都道府県による積極的な医療費分析も求められている。また、都道府県医療費適正化は、計画の評価の結果、平均在院日数の短縮に関する目標達成に必要な場合は、厚生労働大臣が都道府県知事と協議した上で当該都道府県にのみ適用される診療報酬の特例を定めることができることを定めており、医療計画とともに都道府県の主導による地域医療政策推進の基盤である。

こうした背景から、実効性の高い都道府県医療費適正化計画を策定するためには、地域の各ステークホルダーの声が十分反映されるような構成の委員会や協議会が設置され、十分なデータを活用した医療費分析結果が利用される必要がある。本研究では、都道府県医療費適正化計画の策定プロセスを明らかにし、より実効性の高い計画策定の在り方について検討した。

2. 方法

北海道、沖縄県の医療費適正化計画作成担当者に対して、医療費適正化計画の策定状況に関する聞き取り調査を2008年2月から2008年3月にかけて行った。この聞き取り調査を基にして、計画の策定のための組織と予算、計画の策定に用いる情報の収集と分析の状況、計画の評価主体と評価対象、その他計画全般に関する事項の4つのコンポーネントからなる自記式アンケート調査票を開発し、47都道府県の計画担当者を対象に2008年3月にアンケート調査を実施した。調査票は郵便により発送、回収した。アンケートの回収期間終了後、2回督促を行い、その際には電子メールによる回答も受け付けた。

3. 結果

39都道府県から回答があり、回収率は83.0%であった。回答都道府県の地域的な偏りは

なかった。計画の策定の開始時期をみると、2007年度になってから始めた都道府県が27(69.2%)あり、計画策定が短期間で行われたことが明らかになった。

まず、計画策定のための組織、予算の状況をみると、既存組織が計画策定にあっていたのは35都道府県(89.7%)であり、その多くは国民健康保険事業を所管する組織であった。その他には、政策課や企画課といった組織がみられた。また、複数の課で対応したとする都道府県が2(5.1%)あった。新規に専従の組織を設置したのは4都道府県(10.3%)であり、その場合は、国民健康保険事業を所管する課に医療費適正化関連事業担当者を置いた例や、保健医療政策を所管する課に医療制度改革推進担当者を置いた例がみられた。

委員会や協議会の設置状況をみると、計画策定のために新たに委員会・協議会を設置した都道府県は23(59.0%)、既存の委員会・協議会を利用した都道府県が12(30.8%)、委員会・協議会を設置していない都道府県も3(7.7%)あった。委員会・協議会の位置づけを複数回答で聞いたところ、計画策定のための情報・意見の聴取としたのが24(61.5%)、計画案の審議・承認としたのが17(43.6%)であった。委員会・協議会の役割に計画策定のための情報・意見の聴取を位置づけている都道府県では、一部のデータを除き、計画策定時における既存統計データの利用がそうでない場合に比して多い傾向がみられた(図1)。また、委員会・協議会への関連団体からの参加状況をみると、医師会、学識者、歯科医師会、薬剤師会、保険者、看護師会は8割以上の都道府県で参加していたが、病院団体が参加している都道府県は19都道府県(48.7%)であった。また、住民が参加しているのは16都道府県(41.0%)であった。そして住民の意見を聴取する方法として最も多かったのはパブリックコメントであり、34(87.2%)の都道府県で実施していた。なお、計画策定に使用した予算には大きなばらつきがあり、最も低いところでは0、最も高いところでは2千万円弱、平均約300万円であった。

計画策定のための情報の収集状況をみると、既存の都道府県庁関連部局が行っているケースが多かった(84.6%)。データ分析の実施主体も同様に既存の都道府県庁関連部局が行っているケースが多く(82.1%)、コンサルタントなどの民間機関を利用したのは4(10.3%)であった。既存のデータのうち計画策定過程で利用されていた割合が高いものは、国民医療費、医療施設調査・病院報告、将来人口推計、国勢調査、人口動態統計、患者調査、老人保健事業報告などであった。このうち、国民医療費、病院報告、将来人口推計、国勢調査、患者調査は国が示した「標準的な都道府県医療費の推計方法」において推計時に使用する基礎データとして挙げられている。その他、各都道府県の国民健康保険団体連合会が実施したレセプトデータ分析結果が12(30.8%)の都道府県で用いられていたが、被用者保険のレセプトデータを分析した都道府県はなかった。一方、計画策定の上で必要性が高いにもかかわらず入手できないデータがあったと回答した都道府県が15(38.5%)あり、具体例として、国民医療費の詳細な分析結果(都道府県別の性・年齢別データ等)、公費負担医療費のデータ、住所地別の医療費データ、都道府県別の疾病別医療費、患者調査といった官庁統計の個票などが挙げられた。計画策定に関連して都道府県独自の調査を行っ

たのは 17 (43.6%) であり、その内容は療養病床に関する調査のほか、都道府県版の健康・栄養調査などであった。独自に医療費に関する調査を実施した都道府県は 3 (7.7%) であり、老人医療費に係る診療報酬明細書調査、歯科保健と老人医療費の関係に関する調査、レセプトデータと健診結果データを突合した分析がそれぞれ行われていた。こうした分析では、地方衛生研究所や国民健康保険団体連合会、その他関係組織による国民健康保険等の医療費分析報告書の結果が活用されているケースもみられた。

計画内容の実施に関しては、すでに独自の活動や他事業の一環として行っているところが多く、健康診査、保健指導実施に向けての保険者の指導を行っている都道府県が 29 (74.4%)、医療機能分化・連携促進に関する事業を行っている都道府県が 24 (61.5%)、市町村の啓発活動を行っている都道府県が 20 (51.3%) であった。また、医療費適正化には、保険者指導、市町村啓発、医療機能分化・連携、病床転換、一般市民向啓発活動のどれが最も効果的かという質問では、これらの項目のいずれかをあげた都道府県はほとんどなく、その他として診療報酬の改定を挙げた都道府県が 2 (5.1%)、生活習慣病対策を挙げた都道府県が 3 (7.7%) あった。

在院日数短縮に向けて都道府県独自の事業を行っているのは 12 (30.8%) であり、その多くは地域連携クリティカルパスの開発や推進事業など、地域医療連携体制の構築支援に関する事業であった。その他、精神障害者の地域生活移行支援事業を行っている都道府県が 2 (5.1%) あった。

計画の評価主体について尋ねたところ、既存の都道府県庁関連部局としたのが 29 (74.4%)、委員会・協議会としたのが 18 (46.2%) であった。また、評価の対象は、「設定した目標値の達成度」がもっとも多く 32 (82.1%)、ついで「医療費の動向」が 23 (59.0%)、関連事業の進捗状況の評価とした都道府県が 4 (10.3%) であったほか、未定あるいは検討中が 2 (5.1%) であった。評価結果の公表方法を尋ねたところ、ホームページ上で行うとした都道府県が 22 (56.4%)、検討中もしくは未定としたのは 13 (33.3%) であった。

4. 考察

本アンケート調査の結果から、今回の都道府県医療費適正化計画は策定までの期間が短く、既存の部署による都道府県の現状分析にとどまっている都道府県が多いことが明らかとなった。ヒアリングをした北海道、沖縄でもこの点は指摘されており、計画の中間評価の際に新たな行動計画を付け加えていくとの回答が得られた。

策定過程の委員会体制をみると、委員会・協議会に病院団体が参加した都道府県は半数以下であった。都道府県医療費適正化計画では平均在院日数の数値目標を定めたいうえで、その短縮を目指すことが求められている。平均在院日数の短縮では、病院における業務改善や診療の標準化、地域における医療機関の機能分化の推進や医療連携体制の構築などが必要となる²⁾など、病院の果たす役割も大きい。こうした取り組みについて計画策定過程で十分に議論し、計画に盛り込むためにも、策定委員会・協議会に病院関係者加える必要が

あると考えられる。

国が示した都道府県医療費の将来推計に用いるデータの利用率は高かったが、地域保健事業報告などそれ以外のデータの利用率は低かった。特に医療費データをみると、用いられているデータは国民健康保険のものが中心で、被用者保険のデータを用いたと回答した都道府県はなかった。被用者保険データ分析の必要性を指摘する回答もあり、今後、保険者協議会を活用するなど、被用者保険データの活用を進めるための体制づくりが課題と考えられる。また、被用者保険データ以外にも、計画策定のために必要なデータが不十分であったとする回答が多く、個票データの目的外使用申請をしている例もあった。都道府県は国の示す指針に沿って医療費適正化計画を策定することとされるが、国は指針を示す際に、計画策定に必要なデータ分析を迅速に行えるよう、データ利用の利便性を高める措置を同時に進めることが必要と考えられる。

一方、計画策定におけるデータ分析体制をみると、データの収集、分析ともに既存の都道府県庁関連部署が行っていることが明らかとなった。厚生労働省による医療費適正化計画策定指針には、医療費の現状分析に関する具体的な分析モデルは示されておらず、都道府県によってその分析内容は様々である。都道府県医療費に関する現状分析では、疾病別の有病状況や医療費を性別、年齢階層別、療養形態別などの視点から観察するなど、レセプトデータを用いた分析^④が必要となる。取り扱うデータ量を考慮すると、レセプトデータを用いた分析を短期間のうちに、既存組織内部で行うことは難しい。アンケート結果でも必要性を感じながらも使用できなかったデータとして挙げた都道府県があった。しかしその一方で、国民健康保険に限ってはいるが、レセプトデータの分析結果を活用している都道府県もあった。例えば、沖縄県では、地方衛生研究所が継続して老人医療費の分析^④を行っており、その結果が計画策定過程で活用されていた。また、東京都福祉保健局は東京都国民健康保険団体連合会の疾病別医療費分析システムを用いて国民健康保険のレセプトデータ分析結果をまとめ^⑤、医療費適正化計画に引用している。このように、このほかにも都道府県によっては地方衛生研究所や国民健康保険団体連合会が、計画策定時点で既に医療費分析の基盤を構築している場合があり、そうした地域では医療費分析結果の活用が進んでいた。今後レセプトデータを用いた医療費分析を一層進めるために、こうした関連機関との協働による体制づくりが有用と考えられた。

指針に示される医療費の将来推計モデルは、都道府県の疾病別有病率や疾病別医療費などといった医療費分析の結果を反映するモデルとはなっておらず、都道府県の特性を反映する変数は医療費の伸び率、平均在院日数の短縮による医療費適正化率に限られる。また、健康診査の結果などから把握される地域の健康水準も考慮されない。さらに、医療費適正化の柱のひとつとされる生活習慣病対策実施に伴う医療費削減効果は全国一律に設定されており、その根拠は不明確である。疾病によって異なる療養の形態や治療内容は医療費の発生にも関連する。そのため、医療費の将来推計にあたっては疾病構造を考慮する必要があると考えられるが、現在のところこうしたことを考慮した医療費推計モデルは確立して

いない。

現在の医療費適正化計画策定プロセスは、全国で画一的であり、医療費推計モデルについても都道府県によって異なる疾病構造や医療費の特性、健康水準を反映するものとはなっていない。計画の説明責任を明確にし、今後より具体的な医療費適正化を進めるためには、疾病別受診率や医療費の疾病別構成割合などを反映し、明確な根拠をもち、政策評価が可能な医療費推計モデルの構築が必要と考えられる。

本研究は平成 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「医療費推計モデルの開発と医療費適正化計画の評価に関する研究（主任研究者：長谷川友紀）」の一環として実施した。

文献

- 1 厚生労働省告示第 149 号：医療費適正化に関する施策についての基本的な方針. 2008.
- 2 平尾智広：データ収集と計画の追跡評価. 保健医療科学. 55(4); 332- 336. 2006.
- 3 鹿妻洋之：医療費分析と医療費適正化計画. 保健医療科学. 55(4); 326- 331. 2006.
- 4 沖縄県福祉保健部医務・国保課、沖縄県衛生環境研究所：沖縄県における老人医療費の動向. 2007.
- 5 東京都福祉保健局：平成 19 年度東京都医療費分析報告書. 2007.