

經濟論叢

第167卷 第2号

-
- 鄧小平と中国マルクス主義……………大西 広 1
- ごみ処理広域化に関する政策史分析(2)……………八木 信一 21
- H. フーバー (Herbert Hoover) の
ドイッ報告 (1947年3月18日) と
その歴史的位罫……………河崎 信樹 35
- 中国の自動車流通システムの変遷過程(2)……………劉 芳 52
- 国民健康保険の医療費地域格差の要因分析……………文 成 炫 66
-

平成13年2月

京都大學經濟學會

国民健康保険の医療費地域格差の要因分析

— 2次医療圏データを用いて —

文 成 炫

I はじめに

国民医療費は年々増え続けている。国民所得に対する医療費の比率は1980年代には安定していたが、1990年代に入ってから上昇し始めている。その理由として経済成長率が鈍化したにも関わらず、医療費が増え続けた結果である。このような状況の下で一番影響を受けるのは財政基盤の弱い国民健康保険（以下では国保と省略する）である。

医療費が経済動向に関係なく高い水準で伸びているのに対し、保険料収入は近年の低成長経済の下で伸び悩んでいることから、現在、医療保険財政は大幅な赤字構造に陥っている。しかし、現実的には約3,300ある保険者の財政状況は多種多様であり、健全な財政に徹している保険者も数多く存在している。それではこのような国保の保険者間の財政格差はなぜ生じているのであろうか？その理由は財政構造を見ると分かるように医療給付費が保険料と国庫負担金を超えているからである。国庫負担金は細かい財政調整を行っているが、基本的には医療給付金の5割を負担している。また、保険料は所得に依存しているが、医療費の高低も保険料決定の重要な要因である。結局、医療費の格差が国保の保険者の財政を決定する重要な要因である。

岩本・竹下・別所 [1997] では医療保険の医療費の制度間格差は年齢要因が93.3%を説明できると分析している¹⁾。つまり、各制度の年齢要因だけがほと

1) 岩本・竹下・別所 [1997] 181-183ページを参照されたい。

などの医療費の制度間格差を説明できるとしている。それによって制度間の財政格差が生じていると分析している。また、岩本 [1996] ではこの制度間格差が年齢要因で説明できることから年齢要因を標準化した医療保険制度の一元化を提案した²⁾。

しかし、医療費の格差は制度間だけではなく、各々の制度内の保険者間にも存在している。特に問題となっているのが国保の地域間医療費格差である。本稿では国保の地域間医療費格差が年齢要因によってどれくらい説明できるかを分析することと共に年齢以外に保険者の医療費に影響を及ぼす要因を検討することを目的とする。もし、国保の保険者間の財政格差が年齢要因だけで十分に説明できないならば、年齢要因だけを標準化した一元化は新たな格差問題を引き起こしかねない。また、都道府県データと2次医療圏データを用いて医療費に影響を及ぼす要因を検討するが、それぞれのデータの特性と2次医療圏データの整合性を検討することも一つの目的である。

本稿では、財政格差を決定する医療費の地域格差要因を分析して合理的な制度の費用負担問題を検討する。第Ⅱ節では国保の保険者の財政格差問題を考えて、財政格差を生じさせる医療費格差の要因を分析する。第Ⅲ節では医療費の地域格差を2次医療圏データと都道府県データを用いて供給面からの医療費格差要因を検討する。第Ⅳ節では供給面からの要因が無視できないことを考慮して定額払い制度への移転が必要であることを論じる。それとともに現行国保制度のインセンティブ構造を分析して、保険者の役割とともに制度改革の方向性について議論する。

II 国保の保険者間の医療費格差

1 医療費の年齢要因

国民健康保険の医療費地域格差の要因は年齢構成の要因が一番大きいと思われる。なぜなら、高齢になるにつれて医療費は急速に増えるからである。

2) 岩本 [1996] 164-169ページを参照されたい。

第1表 年齢別による医療費

	平成7年	
	推計額	構成割合
一般診療医療費	218,683億円	100%
0～14歳	13,910	6.4
15～44歳	37,187	17
45～64歳	68,706	31.4
65歳以上	98,880	45.2

資料：厚生省大臣官房統計情報部編 [1996]。

65歳以上の高齢者が全体医療費の45%を使っていることが分かる。(高齢者の比率が高い市町村の保険者は比較的低い保険料収入と高い医療費に直面している。)しかし、70歳以上の医療は老人保健制度³⁾によってまかなわれているために、問題とすべき年齢は60歳から69歳までの老人医療費である。

$$\begin{aligned} \text{1人当たり実績医療費} &= \Sigma \text{市町村Aの年齢階級別1人当たり医療費} \\ &\quad \times \text{市町村Aの年齢階級別被保険者構成比} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{1人当たり基準医療費} &= \Sigma \text{全国平均の年齢階級別1人当たり医療費} \\ &\quad \times \text{市町村Aの年齢階級別被保険者構成比} \end{aligned}$$

上の式は一人当たり実際医療費を計算する式と一人当たり基準医療費を計算する式を表わしている。この基準医療費は都道府県の年齢構造を調整した時に一人当たり医療費である。基準医療費⁴⁾で計算した北海道と沖縄の一般1人当たり医療費はそれぞれ132,643円と115,276円である。

標準医療費の地域格差は1.15倍である反面、実際の医療費の地域格差は1.64倍である。したがって、国民健康保険の中の医療費格差は年齢要因では70%しか説明力がない⁵⁾。標準医療費と実際の医療費を比較してみると標準医療費を

3) 正確には65歳以上の寝たきり老人も含まれている。

4) ここでいう基準医療費は岩本・竹下・別所 [1997] の計算方法によって計算されたものである。つまり、年齢構成の影響を除外して計算した一般1人当たり医療費である。

5) もちろん、ここでいう70%の説明力は北海道と沖縄の二つの県を比較した場合の説明力である。

第2表 基準医療費と実際の医療費との比較

	基準医療費	実際の医療費
北海道一般	132,643	201,384
沖縄一般	115,276	122,589

資料：厚生統計協会 [1998]，厚生省「国民健康保険実態調査報告（平成4年度）」から作成。

第3表 医療費の地域格差の要因

	人口構成の要因	年齢構成，世帯構成（3世帯の比率）
需要面からの要因	住民の生活習慣	大病院指向，社会的入院，食習慣，住民に対する検診・健康教育，保健事業の実施状況，医療費適正化対策，自然・生活環境
供給面からの要因	医療供給の要因	医療機関数，病床数，医師数，高度医療機器の普及状況，老人保健施設の状況
	診療パターン関連要因	薬剤の使用状況，検査実施回数，診療日数

資料：厚生省保険局「平成7年度国民健康保険事業年報」から。

ト回る都道府県もある反面，基準医療費とはかけ離れている都道府県も存在している。とすると，医療費格差の年齢要因は重要な決定要因ではあるが，それがすべての医療費格差を説明できる要因ではないことが分かる。それでは実際にはどのような要因があり，どのような面からのアプローチが必要なのかを次の節で検討してみよう。

2 医療費の地域差の要因

医療費の地域格差が生じる要因としては様々な要因が取り上げられている。大きく分けると次のようである。この中で年齢要因が一番影響力が強いと予想されるが，年齢要因以外にもたくさんの要因が絡み合った結果，医療費の地域格差が生じていると考えられる。

上の表から分かるように医療費の地域格差を引き起こす要因は様々であり，

それは大きく分けて需要面からの要因と供給面からの要因に分けることができる。要するに、需要面からの要因は人口構成要因と住民の生活習慣の要因であり、その要因によって過剰需要が生じているという側面である。一方、供給面からの要因は医療供給の要因と診療パターン関連要因であり、この要因によって過剰供給が生じているという側面である。

医療保険制度によって医療の需要面からはモラル・ハザードが、出来払の診療報酬体制によって医療の供給面からは過剰供給が行われている。

第Ⅲ節では2次医療圏データを用いて医療費の地域格差が需要面からの要因である年齢要因だけではなく、供給面からの要因によっても大きく左右されることを示し、その対策を論じるとともに2次医療圏データの適合性を指摘したい。

III 医療費の地域格差の要因分析

医療費の地域格差に関するこれまでの研究はまずは安西他 [1987a], [1987b] がある。この論文ではさまざまな変数を取り上げて老人医療費との相関を調べて、医療関連指数が老人1人当たり医療費の都道府県格差の重要な指標であることを示している。また、伏見 [1996] で12道府県の老人医療受給者の年間を通したレセプトデータを使って老人医療受給者の年間医療費は入院、入院外とも都道府県間格差の方が2次医療圏間格差より大きいことと都道府県間格差は高額医療よりもむしろ日常的な医療によることを論じている。

金他 [1992] で人口規模が大きい都市において老人医療費はその市の社会・経済的な要因によって比較的によく説明されることを明らかにしている。

今までの医療費格差に関する先行研究は老人医療費を中心に議論しており、その使用データも都道府県データや市町村データが主流であった。しかし、第Ⅲ節では一般医療費も含めた医療費の地域間格差を2次医療圏データと都道府県データを用いて分析し、医療の供給面からの違いによる医療費の地域間格差も重要な要素であることを明らかにしたい。それとともに2次医療圏データの

第4表 2次医療圏データを用いた分析

(n=335)

	係 数	ln Doc	ln Bcd	相 関	R ²	Ad R ²
一般入院						
ln 医 療 費	2.20 (10.88)	-0.10 (-2.45)	0.38 (10.25)	0.53	0.29	0.28
ln 受 診 率	0.98 (4.49)	-0.15 (-3.3)	0.43 (10.73)	0.54	0.29	0.29
ln 一件当医療費	5.83 (83.83)	0.05 (3.21)	-0.05 (-3.82)	0.21	0.04	0.04
一般外来						
ln 医 療 費	3.85 (37.41)	0.086 (4.17)		0.22	0.05	0.05
ln 受 診 率	5.94 (77.8)	0.07 (4.75)		0.25	0.06	0.06
ln 一件当医療費	2.52 (39.13)	0.013 (1.05)		0.06	0.003	0.0003
老人入院						
ln 医 療 費	2.81 (14.01)	-0.007 (-0.16)	0.43 (11.75)	0.64	0.41	0.40
ln 受 診 率	1.30 (6.02)	-0.08 (-1.77)	0.52 (13.07)	0.65	0.42	0.42
ln 一件当医療費	6.11 (70.14)	0.07 (4.02)	-0.097 (-5.46)	0.29	0.08	0.08
老人外来						
ln 医 療 費	4.86 (47.17)	0.146 (7.03)		0.36	0.13	0.13
ln 受 診 率	6.65 (103.2)	0.11 (8.13)		0.41	0.17	0.16
ln 一件当医療費	2.81 (30.44)	0.04 (2.17)		0.12	0.01	0.01

資料：国民健康保険中央会 [1995]，厚生統計協会 [1998] から作成。

第5表 都道府県データを用いた分析

(n=47)

	係 数	ln Doc	ln Bed	相 関	R ²	Ad R ²
一般入院						
ln 医 療 費	-0.65 (-1.56)	-0.16 (-1.31)	0.83 (7.94)	0.88	0.77	0.76
ln 受 診 率	-2.1 (-4.32)	-0.31 (-2.13)	0.985 (8.09)	0.86	0.74	0.73
ln 一件当医療費	6.05 (26.79)	0.15 (2.17)	-0.16 (-2.74)	0.38	0.15	0.11
一般外来						
ln 医 療 費	2.92 (8.45)	0.26 (3.91)		0.50	0.25	0.24
ln 受 診 率	5.49 (20.40)	0.16 (3.02)		0.41	0.17	0.15
ln 一件当医療費	2.04 (9.09)	0.105 (2.42)		0.34	0.12	0.1
老人入院						
ln 医 療 費	0.83 (1.596)	-0.299 (-1.93)	0.934 (7.18)	0.83	0.69	0.68
ln 受 診 率	-1.25 (-2.47)	-0.43 (-2.83)	1.14 (9.04)	0.88	0.77	0.76
ln 一件当医療費	6.68 (22.71)	0.13 (1.46)	-0.21 (-2.85)	0.44	0.19	0.16
老人外来						
ln 医 療 費	4.4 (10.77)	0.24 (2.98)		0.41	0.16	0.15
ln 受 診 率	7.07 (31.51)	0.026 (0.59)		0.08	0.008	-0.01
ln 一件当医療費	1.94 (5.61)	0.21 (3.14)		0.42	0.18	0.16

資料：国民健康保険中央会 [1995]、厚生統計協会 [1998] から作成。

評価も行いたい。

1 都道府県データと2次医療圏データ

今までの医療費の地域間格差を分析したほとんどの研究は一貫して都道府県データを中心に分析を行った。しかし、都道府県データはその範囲が広く、医療の完結性を考慮していない。また、市町村データはその範囲が狭く、数も多いため適切な医療費格差の要因を分析するには不十分な要因を持っていた。つまり、医療供給の不足、すなわち医師数や病床数の不足を他の市町村に移動して受給することで解決するために、医療受給の整合性が成り立たない。

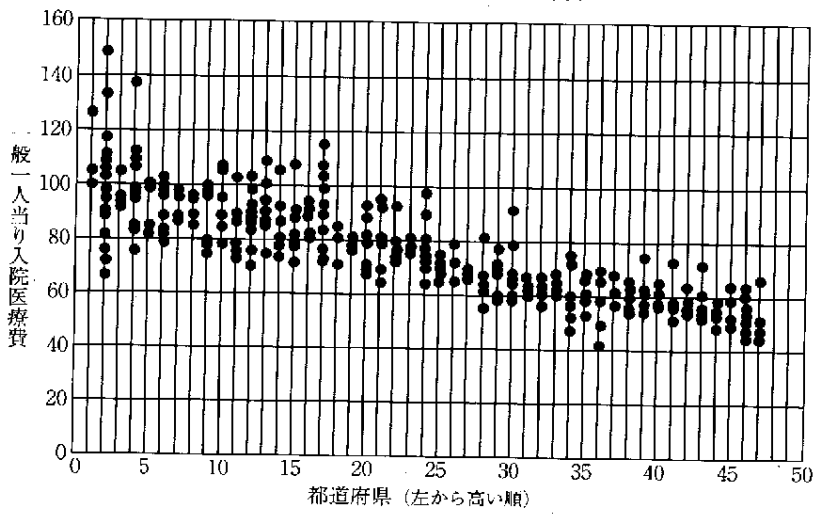
1985年に成立した医療法改正による医療計画は1986年に施行され、全国の都道府県においてその対策が行われた。医療計画は、病院病床の適正配置を図るための医療圏の設定と必要な病床数を定める『必要的記載事項』とへき地医療や救急医療の確保、機能を考慮した病院の整備、病診連携や医薬分業などの機能分担、医師や看護婦などの医療従事者の確保など『任意的記載事項』の二つからなっている。そのために2次医療圏を定め、無秩序な病床の増加をコントロールしていた⁶⁾。

2次医療圏とは特殊な医療を除く一般の医療で、主として病院における入院にかかわる医療を提供する体制の確保を図る区域とされ、地理的条件や日常生活や交通事情など社会的事情を考慮して、一定の区域が定められている。そのために、医療の完結性を配慮した医療費格差の要因を分析するためには適切なデータであると思われる。

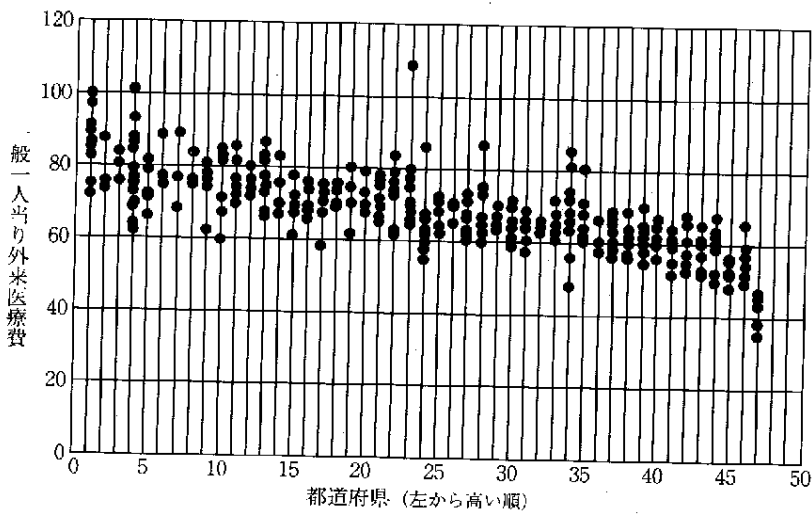
医療圏データは都道府県の一人当たり医療費に収束しながらも、ばらつきがあり、都道府県の一人当たり医療費が高いからと言って都道府県に属している医療圏の一人当たり医療費が高いのではない。都道府県に属している医療圏の一人当たり医療費を一般と老人、入院と外来で表わしたのが第1図から第4図

6) 医療計画の内容と歴史的な背景については郡司 [1990] を、また医療計画による供給体制の変化は高木 [1996] を参照されたい。

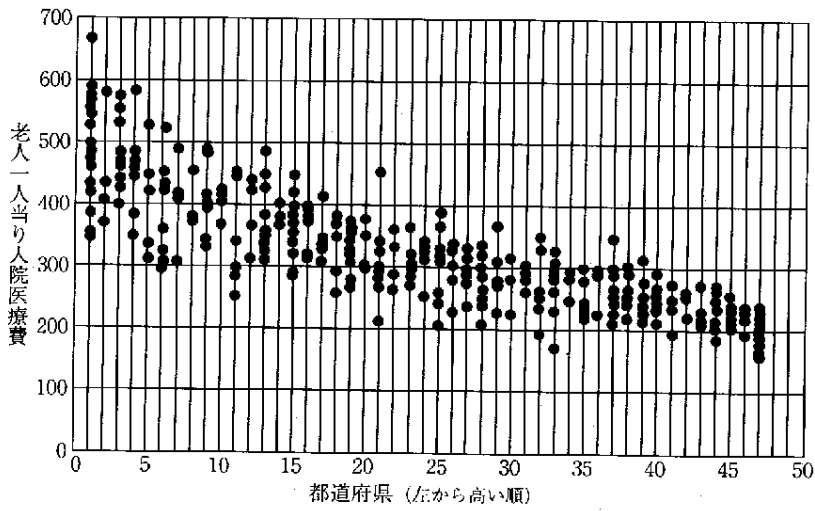
第1図 一般一人当たり入院医療費



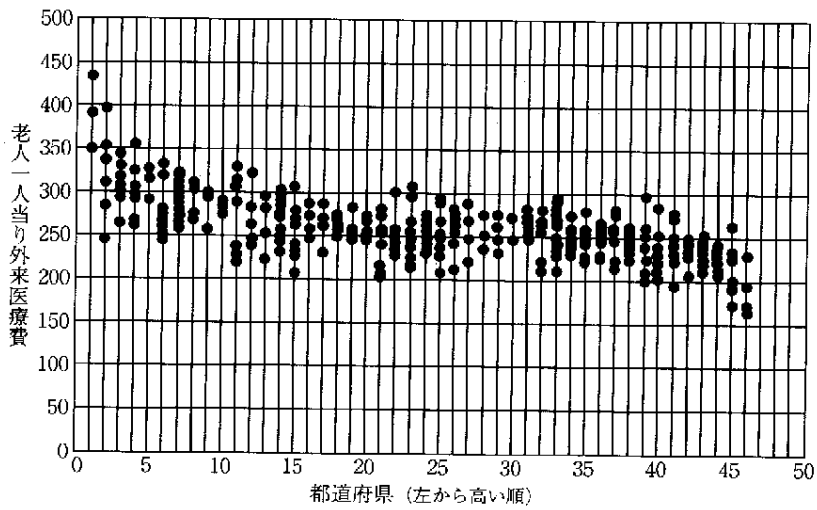
第2図 一般一人当たり外来医療費



第3図 老人一人当たり入院医療費



第4図 老人一人当たり外来医療費



である⁷⁾。ここで注目すべき点は同じ都道府県の中の医療圏データには異常値があり、他の医療圏データと比較して非常に高い一人当たり医療費を示している。一般と老人の一人当たり外来医療費は都道府県別にみた時、ばらつきが小さいが、一般と老人の一人当たり入院医療費はばらつきが大きいことが分かる。この異常値を調べて、1992年度のデータと比較した結果、一人当たり医療費はほとんど変わっていなかった。つまり、市町村データでは高額医療費が発生することによって一人当たり医療費が高かったり低かったりするが、医療圏では一人当たり医療費が高い地域は長期的な傾向として保たれている。そのために、2次医療圏データは医療費格差の要因を検討する時に、重要な意味を持つのではなかろうか。

2 2次医療圏データを用いた分析

(1) 2次医療圏全体の分析

第Ⅱ節で述べた医療費の格差要因の中で医療の供給面からの要因を中心に相関関係を考察することにする。もちろん上で述べているすべての要因を計量的に因果関係を証明することは非常に難しい。したがって、ここでは2次医療圏データを用いてデータの許すかぎりの因果関係を分析する。まずは2次医療圏全体のデータを用いて医療供給の要因との関係を分析する。一人当たり医療費は次のような関係がある。

$$\text{一人当たり医療費} = \text{一人当たり受診率} \times \text{一件当たり医療費}$$

医療費に影響を与える要素を受診率と一件当たり医療費に分けてそれぞれを引き上げる要因を分析することでどの要因が受診率と一件当たり医療費を押し上げ、さらに一人当たり医療費をどのように押し上げるかを分析することができる。これを通して医療の供給面の要因、つまり医師数や病床数の要因がどの

7) 第1図から第4図まで参照。資料は国民健康保険中央会 [1995]、および厚生統計協会 [1998] から作成。

ような影響を与えているかを検討する。

一人当たり医療費と一人当たり受診率、一件当たり医療費に対してそれぞれ対数を取ると次のような関係が導かれる。

$$\ln \text{一人当たり医療費} = \ln \text{一人当たり受診率} \\ + \ln \text{一件当たり医療費}$$

本稿ではこの関係式を用いて医療の供給面の要因が一人当たり医療費と一人当たり受診率、一件当たり医療費にそれぞれどのように影響を与えているかを回帰することを目的としている。説明変数としては本稿では医師数と病床数を選択した。この二つの要因以外に医療費に影響を与えるさまざまな要因があると思われるが、一人当たり医療費と一人当たり受診率、一件当たり医療費ともに影響を与えるのは医師数と病床数だと判断されるからである。

医療診療器材は一件当たり医療費には影響を与えるが受診率には影響を与えとは考えにくい。また診療パターンの違いの要因はデータの入手が困難なため、省くことにした。結局、確実にそれぞれの要因に影響を与える医師数と病床数に焦点を当てて回帰分析を行った。

分析の結果

- ① 2次医療圏データでは人口当たり医師数や病床数が一人当たり医療費と人口当たり受診率、一件当たり医療費に影響を与えることは予想より低かった。都道府県データでは一件当たり医療費を除いてはその相関係数が高いことが確認できた。医療費や受診率に医師数や病床数が影響を与えていることが確認できた。しかし、病床数に関してはかなり相関があったが、医師数とはその相関が見られなかった。
- ② 外来については規模に関係なく、ほとんど医師数と病床数とは相関がなかった。その理由、外来の場合には医療を受給するためかなり移動している。それは都道府県データによる分析と比べると明確である。

- ③ 受診率を引き上げる要因は医師数や病床数などの医療供給側の要因だけではなく、医療を需要する側にもその要因がある。それは受診率には初診と再診を区別することなく、合わせて数えたからである。そのために初診と再診を区別して考える必要がある。なぜなら初診は消費者である患者の意志決定で行われることだが、再診は医師の裁量が多く関与することであるからである。ただし、本稿ではこれを分析しなかった。

(2) 2次医療圏の被保険者数規模別の分析

2次医療圏と言えども、その規模はさまざまであり、被保険者が5万以下の小規模の医療圏がある反面、50万人以上の大規模の医療圏もある。そのため、2次医療圏データを医療圏規模別（被保険者数）に応じて分類し、それに基づいて医療圏ごとの医療供給面からの要因を分析するとともに2次医療圏データの整合性を検討する。被保険者数5万人未満、5万人以上10万人未満、10万人以上20万人未満、20万人以上の四つのグループに分けて分析を行う。

2次医療圏データを規模別に分けることによって規模によって生じる医療供給面と需要面の特徴を見出すことができるからである。被保険者規模別に四つのグループに分けて医師数と病床数との重回帰を行った。その結果、次のような特徴が明らかになった。

一つは、入院について被保険者の規模が大きくなるほど、その相関が高くなる傾向が見られる。しかし、10万から20万人規模の医療圏での相関が20万人以上の医療圏の相関より高い点に注目する必要がある。10万から20万人規模の医療圏が入院に関しては一番整合性があることを示している。その理由としては規模の小さい医療圏では大病院が少ないので、近くにあるより大きな医療圏の病院に入院する傾向がある。また、10万から20万人の医療圏はある程度医療が供給されているので、大都市に入院するより近くの病院に入院することを選好しているのではないかと思われる。つまり、被保険者規模の小さい医療圏は距離的な利点よりは医療の充実性のために移動するが、中規模の医療圏ではより充

第6表 規模別の2次医療圏データ

	2次医療圏数	被保険者数	比率
被保険者数5万未満	132	4,353,975	12.32
被保険者数5万以上10万未満	98	7,075,390	20.03
被保険者数10万以上20万未満	68	9,712,987	27.49
被保険者数20万以上	37	14,191,425	40.16
合計	335	35,333,777	100

資料：国民健康保険中央会 [1995]、厚生統計協会 [1998] から作成。

実した大都市に移動するよりは距離的な面を重要視する傾向が見られる。より正確な議論は圏内者の圏外受診率と圏外者の圏内受診率を検討する必要がある。

二つ、医療の完結性という意味で2次医療圏データが使われたが、医療圏データの圏内者圏外受診割合⁸⁾と圏外者の圏内受診割合⁹⁾を見ると必ずしも、医療の完結性を保つデータではない。なぜなら2次医療圏も都道府県をより細かく分けただけであって、十分な医療の完結性を表わしている指標ではないからである。つまり、2次医療圏の圏外や県外の数も無視できないほどの割合を占めている。平成8(1996)年の患者調査によると圏内者圏外受診率が40%を超えている医療圏は全体の341中72医療圏もある。その中では規模の小さい医療圏が特に多く含まれている。つまり、規模の小さい医療圏では医療の受給のために時間コストと移動コストをかけている。

このように医療費はただ単に年齢要因だけで決まることなく、医療供給面からのさまざまな要因、特に医師数や病床数の違いによっても影響を受けることは無視することができない。つまり、医師数や病床数が多くて、医療の需要が増える面と供給側の診療パターンの違いによる供給が過剰になる面も含まれる。診療パターンの違いは薬剤使用や検査実施回数が異なることによってその地域の医療費を押し上げる原因になっている。つまり、問題となるのは医療

8) 当該2次医療圏内に居住する推計患者数のうち、当該2次医療圏外の医療施設で受療した患者の割合。

9) 当該2次医療圏内の医療施設で受療した推計患者数のうち、当該2次医療圏外に居住する患者の割合。

第7表 被保険者規模別の一般、老人一人当たり入院療費

	係 数	ln Doc	ln Bed	相 関	R ²	Ad R ²
20万人以上 n=37						
ln 一般一人 当入院医療費	1.44 (2.74)	0.09 (0.76)	0.32 (2.39)	0.695	0.48	0.45
ln 老人一人 当入院医療費	2.37 (3.53)	-0.04 (-0.28)	0.53 (3.11)	0.67	0.45	0.42
10万人以上20万人未満 n=68						
ln 一般一人 当入院医療費	0.592 (1.96)	-0.04 (-0.53)	0.55 (7.36)	0.83	0.696	0.687
ln 老人一人 当入院医療費	1.11 (3.16)	-0.09 (-1.17)	0.74 (8.51)	0.86	0.73	0.72
5万人以上10万人未満 n=98						
ln 一般一人 当入院医療費	1.94 (5.32)	-0.04 (-0.46)	0.37 (5.03)	0.56	0.32	0.3
ln 老人一人 当入院医療費	2.23 (5.54)	-0.17 (-1.95)	0.63 (7.76)	0.69	0.47	0.46
5万人未満 n=132						
ln 一般一人 当入院医療費	2.52 (7.37)	0.09 (1.08)	0.21 (4.58)	0.49	0.24	0.22
ln 老人一人 当入院医療費	4.01 (10.82)	-0.13 (-1.53)	0.35 (6.84)	0.54	0.29	0.28

資料：国民健康保険中央会 [1995]，厚生統計協会 [1998] から作成。

供給側の要因が必要者に過剰の医療を供給するところにある。

したがって、このような医療供給面での違いを無視して、年齢要因だけを考慮した制度の一元化は地域間の保険料負担の格差を広げる結果になる可能性がきわめて高い。一元化は各地域の年齢差だけを考慮に入れて実質医療費なるものを地域ごとに計算し、これとそれぞれの地域の実際医療費を比較して、後者が前者を超える時には、その分は原則として市町村、都道府県が共同して負担するという地域差調整システムの導入である。要するにこの案は、年齢構成の

相違以外の要因で発生する地域差については、ペナルティとして地方負担を求める、というものである。この一元化の問題は地域差発生の合理的理由として年齢要因以外のものは認めない、という点にある。

3 医療費の地域間格差に対する基本的な考え方

このような医療費の地域格差に影響を与える要因をすべて解消することが望ましいことであろうか？ 医療費の地域格差を完全に解消して完全な医療費の標準化を達成することは不可能である。そのため、すべての医療費の地域格差を解決するための政策を考えることが不可能である。ある程度、やむを得ない要因については認めるべきである。しかし、保険者である市町村がどうすることもできない要因については国や都道府県レベルでの対策を立てて役割分担を明確にする必要がある。やむを得ない要因については認めるが、非合理的な要因については自己負担にするか、保険者が積極的に抑制するような制度にしなければならない。

国保の医療費格差の要因を大きく三つの部分に分けることができる。一つは医療需要が確実に増やす要素として年齢要因がある。これはある程度予測できるものと思われる。二つ、保険によって自己負担金の低下することによる過剰需要の要因である。三つ、医療供給面からの出来高払い制度による過剰供給の要因である。

保険者が過剰需要を抑制することはある程度できると考えられるが、医療供給面からの要因は保険者の努力によって解消できるとは考えにくい。したがって、一元化の条件としては年齢要因の解消だけではなく、医療の供給面からの要因を標準化する必要があると思われる。医療の供給面からの要因を標準化する方法は次の節で議論する。

IV 定額払い制度への移行可能性と保険者の役割

第Ⅲ節で述べたように、医療費の決定要因は年齢要因以外にも供給側の要因

によって決定される。このような医療の供給面からの影響を考慮に入れて医療保険制度の改革を進めなければならない。供給面からの要因を排除しないで、需要面からの年齢要因だけをリスク調整した上で他の要因を被保険者の責任にすることは新たな財政格差を引き起こす原因ともなりかねない。したがって年齢要因だけではなく、供給面からの要因をもリスク調整した上で医療費の地域間格差を解消するためのインセンティブが働くように制度を改革する必要がある。

この節では供給面のリスク調整の方法として定額払い制度について議論した後、保険者には医療費抑制のインセンティブを与えるととも被保険者の過剰な医療費に対してはその被保険者に費用を負担してもらう仕組みが必要であることを議論したい。

1 医療供給の標準化—定額払い制度の可能性

医療供給からの誘因による医療需要の増加は本稿でも明らかにしたように確かに影響を与えている。このような医療供給面からの医療費増加は保険者の努力で回避できないとは確実ではない。ここでいう医療費の増加は医療供給側がもたらす医療の過剰供給である。しかし、一般的には情報の非対称性が存在するため、保険者である市町村が供給側の医療をチェックし、医療費を抑制することは非常に高い費用を要するために、現実的には不可能である。

この供給面からの医療費増加要因は国や都道府県レベルからの規制が制度的に必要であろう。これが医療費の地域格差を考える上で重要な部分である。この保険者の責任に帰することができない医療の供給からの要因を標準化した上で保険者間にインセンティブが働くようにすることが望ましいと思われる。

その一つの方法が定額払い制度への移行であると思われる。今までの出来高払い制度は医療供給側の医療費抑制のインセンティブがまったくない制度であり、過剰診療をするほど医療機関の利益が上がる仕組みである。そのために、病院数、医師数、病床数などの医療の供給が多い所では1人当りの医療費が高

くなり、医療費の地域格差の大きな原因となっている。それとともに、診療パターンの違いは医療費の地域間格差を説明する重要な要因である。したがって、診療パターンの標準化が政策的に必要であろう。

診療パターンの違いというのは医師の判断基準の違いともいえる。つまり、いかにして医師の判断基準を標準化し、患者の性質が同じならば、どの医師であっても同じ治療内容になるような体制にもっていくかが大きな課題である。そのためには、患者が持っている様々な状態に対応してきめ細かく医療サービスを規定し、医師の判断基準が分かれる部分を縮小していく必要がある。

これに関して、現在では主要な病気の主な状態に対して、医学水準からみた最適なプロセスと、期待される治療成果をある程度規定できるようになった。しかし、この定額払い制度は診療報酬制度とは反対に過少医療が懸念される。なぜなら、同じ疾病の治療に一定の金額を支払う定額払い方式となっているので、できるだけ少ない医療費で治療すればそれだけ供給者の黒字になるからである。つまり、コスト削減のために医療の質を落とす可能性がある。したがって定額払い制度の課題はいかにして医療の質を確保するかである。そのために徹底的な医療の標準化が必要になる。

当然、このような医療の標準化は供給側の裁量を制限するので、医療供給者の独自の判断や新しい試みを抑制する批判がある。そのために質に対して良質な医療を提供した医療機関に報酬を多く支払うなどの努力誘因を提供する必要がある。

医療の量と質という二つの政策目標にそれぞれのインセンティブ規制を組み合わせることがきわめて有効である。

2 現行の国民健康保険の医療費抑制政策

国保は医療費格差に伴う財政格差を是正するために、「基準超過医療費共同負担制度」が実施されている。この制度は医療給付費が著しく多額な市町村において、国と地方が一体となって医療費適正化政策に取り組み、運営の安定化

を推進する仕組みである。実績給付費が基準給付費の1.17倍を乗じて得た額を超える場合、その超える額について、実績給付費の100分の3までの範囲を上限として、保険料の他、国、都道府県、及び当該市町村が6分の1ずつ共同で、負担するものである¹⁰⁾。しかし、この基準超過医療費共同負担制度は過剰医療費が保険者である市町村はどうすることもできない要因と考え、その財政的な負担を政府が肩代わりする制度である。つまり、医療費抑制のインセンティブを与える制度ではない。

政府が戦略的に使えることは国庫負担金の配分の仕方である。または、制度の中にインセンティブが働くようにすることである。現行の国民健康保険制度の中でインセンティブが働くようにしている部分は次の二つだけである。

一つは財政調整交付金制度¹¹⁾がある。この財政調整交付金の配分方式には保険料の徴収率によって割当の比率が変わるような仕組みになっている。つまり、保険者の保険料徴収率が高いほど、財政調整交付金は多くもらえる仕組みである。

もう一つは老人保健制度の拠出金である。保険者に属する老人の1人当り医療費が小さいほど老人保健拠出金が少なくなる仕組みをとっている。

要するに、この二つの制度は保険者の努力を促すような仕組みになっていて、努力すると財政交付金を多くもらえるか、または、老人保健拠出金を少なく拠出されるようになっている。しかし、現行の医療保険制度でインセンティブを与えている部分は上で述べている二つの部分だけであり、その効果も明確なものではない。実際に国保を運営している保険者がその制度的仕組みをうまく利用しているかどうか疑問が残る部分である。インセンティブが働くような制度をつくることは市場の原理を生かすことになり、保険者間の競争を促す効果を持っている。

10) 厚生統計協会 [1996] 146ページ参照。

11) 財政調整交付金はすべての市町村に対して交付されるというわけではなく、調整対象需要額に対して、調整対象収支額が不足する市町村に交付される。

このようなインセンティブが働く仕組みは制度改革を考える時に必ず念頭に置かなければならないことである。もっとインセンティブが働くような要素を取り入れる必要があると思われる。そうすることによって、市場の原理が働く社会保険制度になるとと思われる。

3 保険者の役割

医療の供給側の要因を標準化してから、はじめて保険者の役割が重要な役割を果たすと思われる。保険者が国保財政の健全化を確立するためには、ヘルス事業の充実による予防体制の整備や、被保険者（患者）に対する実質医療費の積極的な通知運動、保険料収納率の向上等、保険者自身が様々な角度から医療費の適正化に取り組む地道な努力が求められる。

しかし、現行の国保制度上、保険者自身が直接コントロールできる医療費の領域が狭く限られている。現行の医療費決定メカニズムでは市町村が有効な医療費抑制手段を持ってない。国庫負担金などの国レベルでの補助金政策に戦略的な配分方式を利用して各保険者に医療費を抑制するインセンティブを与えると同時に、国保の保険者である市町村にさまざまな権限を委ねることによって医療費抑制手段を持たせる必要がある。

被保険者が医療機関に受診する以前の段階や、また在宅への訪問看護によってかなりの程度の医療費削減効果があることは、いくつかの健康保険組合の実例で明らかである。現行制度に医療費を抑制するためのインセンティブがあまり働いていないこと、また保険給付などについて自由裁量の余地がないことが医療費抑制につながらないと言えよう。

現行の補助金配分メカニズムを改め、各市町村の保険者に、年齢要因を補正したうえでの標準的な医療費以上は各市町村の負担とすることで、医療費抑制のインセンティブを与えるべきである。つまり、保険者の権限ではどうすることもできない医療費増加の要因は財政調整などの対象にすると共に抑制の可能性がある要因については保険者にその役割を担ってもらうことが制度的に望ま

しい。

ある程度保険者のレベルで制御できる需要面からの要因は保険者にその責任を帰することによってインセンティブ効果を高める必要があると考えられる。それだけではなく、需要面からの医療費を抑制した保険者には何らかの褒賞金を与えるなどのインセンティブを与える制度づくりが必要である。

V 結びにかえて

本稿では2次医療圏データを用いて医療費の地域間格差を分析した。医療費の地域間格差は年齢要因以外のさまざまな要因が絡み合った結果であることは明らかになった。しかし、2次医療圏データも確実な分析には限界があることも明らかになった。年齢構成の差異は重要な医療費の説明要因であるが、それでも説明できない部分もきわめて大きい。

したがって、年齢要因だけを医療費格差の要因を考え、そのリスクだけを財政調整した上で他の要因は被保険者の負担とする制度的改革は新たな財政格差を生じさせる結果になりかねないことを議論した。

また、2次医療圏データの整合性を試すこともできた。つまり、被保険者数が10万から20万規模の医療圏では一般と老人の入院医療費に関しては医師数と病床数と相関関係が高かったので、10万から20万人規模の医療圏が一番入院に関しては整合性に合致していることがいえる。

医療費の供給側からの要因を標準化する方法として定額払い制度の導入が必要であることを論じた。その上、補助金配分メカニズムを改めて、各市町村の保険者に、年齢要因を補正した上で、標準的な医療費以上は各市町村の負担とすることで、医療費抑制のインセンティブを与えるべきであるという考えがある。しかし、医療の需要面からの要因もすべて抑制できることではない。結論として制度改革の方向性は日本の医療保険制度の中で市場原理が有効に働く部分はそれを生かすことである。そのためには上でも述べたように保険者がどうすることもできない医療費増加要因を国レベルで標準化し、保険者が医療

費抑制の主体になれるようにすることが望ましいと思われる。

参考文献

- 安西将也・吉田洋一・三浦宣彦・安西定 [1987a] 「老人医療費の都道府県格差の要因分析 (その1)」『病院管理』Vol. 24, No. 2, 167-177ページ。
- [1987b] 「老人医療費の都道府県格差の要因分析 (その2)」『病院管理』Vol. 26, No. 3, 217-222ページ。
- 岩本康志・竹下智・別所正 [1997] 「医療保険財政と公費負担」『フィナンシャル・レビュー』第43号。
- 岩本康志 [1996] 「試案・医療保険制度一元化」『日本経済研究』第33号。
- 印南一 路 [1997] 「医療費の決定構造と地域格差—市町村データを用いた国民健康保険医療費・老人医療費の実証分析」財団法人長寿社会開発センター委託研究。
- 金基玉他 [1992] 「市町村における老人医療費に影響を及ぼす要因に関する研究」『病院管理』Vol. 29, 81ページ。
- 郡司篤晃 [1990] 「地域福祉と医療計画—医療計画の基本的諸問題」『季刊社会保障研究』Vol. 26, No. 4。
- 厚生省大臣官房統計情報部編 [1996] 『平成8年患者調査』。
- 厚生省保険局調査課 [1998] 『医療費ハンドブック』平成10年度版。
- 厚生統計協会 [1996] 『保険と年金の動向』。
- [1998] 『地域医療基礎統計』1998年版。
- 国民健康保険中央会 [1995] 『国民健康保険の実態』平成7年度版。
- 高木安雄 [1996] 「医療計画による医療供給体制の変化と問題点」『季刊社会保障研究』Vol. 31, No. 4。
- 伏見忠文 [1996] 「老人医療費の分布特性と地域格差問題」『季刊社会保障研究』Vol. 31, No. 4, 380-387ページ。