

新潟県後期高齢者医療広域連合における 医療費分析に関する報告書

平成 28 年 11 月

新潟県後期高齢者医療広域連合 高齢者医療研究会

目 次

はじめに	2
第1章 問題の所在	5
第2章 医療費分析の提案	10
第3章 まとめ	23
資料	20

はじめに

この報告書は、新潟県後期高齢者医療広域連合（以下「新潟県広域連合」という。）において、国保データベースシステム（以下「KDBシステム」という。）によるデータ解析とその検証を目的として設置された高齢者医療研究会（以下「研究会」という。）における、2年間に及ぶ研究成果を取りまとめた報告書である。この研究会は、KDBシステムによるデータ解析・検証を担当する5名の新潟県広域連合事務局（以下「事務局」という。）の実務担当者と、筆者を含む4名の研究者によって構成される共同研究の実施機関として設置された。ここでは、この研究会の設立の経緯と研究経過及びその到達点などについて、若干の反省を含めて振り返っておくことにする。

この研究会の設立は、2013年6月、筆者と新潟県広域連合2代目事務局長に就任された野本信雄氏の初めての会合の場で、野本事務局長からKDBシステムによる後期高齢者医療をめぐるデータ解析の実現可能性について説明を受けたことに始まっている。筆者は、当時、新潟県広域連合に設置された新潟県後期高齢者医療懇談会の座長として6年目を迎えており、後期高齢者医療制度の在り方についてさまざまな問題点を感じていた。このため、筆者から野本事務局長に対して、KDBシステムによる新潟県後期高齢者医療に関するデータ解析について調査・研究するための研究会設置を提案して受け入れていただいた次第である。この研究会は、当初の構想段階から、事務局の実務担当者を主役としてデータ解析を実施するとともに、複数の学術研究者がこれを理論的に検証・補強するという、相互の役割分担を前提とする研究会として位置づけられていた。この研究会の目標は、①KDBシステムによるデータ解析を通じて新潟県の後期高齢者医療費が全国で最低となっている原因を特定する、②高齢者の医療・介護・保健をめぐるデータ解析の突合を通じて「地域包括ケア」に向けた政策的統合の実現可能性を検証する、③地域保険者としての新潟県広域連合による後期高齢者医療という制度的位置づけの持続可能性を検証する、という幅広い研究目標を掲げていた。けれども、研究会を実際に運営するに従って、このような研究目標の達成が困難である事情が次第に明らかになった。

第1に、事務局における実務担当者は、新潟県広域連合を構成する基礎自治体から派遣される短期間の出向職員であって、地域保険者としての実務経験を蓄積した担当者としての実質を具えていなかった。このような事情の背景には、直前まで継続した民主党政権による後期高齢者医療の廃止論という政治的後遺症もあり、事務局の人員構成の特異性はまことにやむを得ない状況にあった。このため、データ解析業務の一部を民間事業者に委託するとともに、新潟県国

民健康保険団体連合会の実務担当者を補強することで体制整備を図ったが、実質的には十分な研究推進体制の構築には至らなかった。第2に、研究会で最も重視していたKDBシステムによるデータ解析は、KDBシステムの稼働が遅れたという事情に加えて、KDBシステムの構造化プロセス自体にも問題があることが明らかになった。とくに、国民健康保険中央会（以下「国保中央会」という。）によるKDBシステムの開発シナリオでは、各データ項目におけるタグ設定（紐付け）が限定されているために、KDBシステムと他のデータベース情報との調整・突合・加工などが事実上困難であることが明らかになった。このため、新潟県広域連合では、平成27年度の「データヘルス計画」の策定に際しては、KDBシステムに依らずに独自に保有するレセプトデータを活用する方式を採用することとなった。第3に、研究会における実務的担当者によるデータ解析作業のサポート役が予定されていた研究者たちもまた、複数の大学・研究機関に分散して多忙な業務を担当していたために、研究会の開催日程の調整も困難を極めた。結果的に、研究会の開催も2年間で5回という、当初予定の半分以下の開催に留まらざるを得なかった。

以上のような次第で、この研究会の報告書では、当初における目標達成との関係でいえば、極めて限定的な成果を示すに留まらざるを得ない。にもかかわらず、この研究会の報告書では、以下の3点に及ぶ特徴的な成果を示すことができる。第1に、事務局では、データヘルス計画の策定に際して、全国の後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」という。）に対するアンケート調査を実施している。その調査結果の詳細は、この報告書での本文の記載内容に委ねるが、KDBシステムの活用については都道府県ごとに相当の差異がみられるという極めて貴重かつ重要な情報をもたらした。第2に、この調査を通じて、複数の都道府県の広域連合で、KDBシステムないし独自のレセプトデータの解析に際して、大学等の研究機関との共同研究ないし委託研究に取り組み始めている事実が明らかになった。新潟県広域連合での研究会設置の取り組みは、これらの広域連合の動向と軌を一にする全国的に見ても先端的な取り組みの一つであった事実を確認することができた。第3に、この調査を通じて、これらの先進的事例の一つと目される福岡県後期高齢者医療広域連合（以下「福岡県広域連合」という。）と九州大学との間での連携事業の試みは、注目に値する先行事例であることが明らかになった。福岡県広域連合では、KDBシステムに依らずに独自のレセプトデータの解析を通じて、後期高齢者医療をめぐる供給サイドと需要サイドのマッチング・システムの在り方を考察するアプローチを採用している。この福岡県広域連合での連携事業の試みは、いまだ始まったばかりでその成果も一部しか公表されていないが、新潟県広域連合として今後も注目してゆく価値が充分にあると思われる。

この研究会は、その当初における設立の経緯とその目標設定との関連でいえば、以上の記述で明らかなように、当初の期待や構想とは異なる方向性をたどったことは事実である。にもかかわらず、この研究会は、新潟県広域連合における今後の医療関連のビッグデータ活用のための道筋を示したという意味では、極めて重要な役割を果たすことができたと評価すべきであろう。この研究会は、当初から予定された2年の期間を終了して、ここにその任務を終えることになった。今後は、事務局の責任において、この研究会の報告書で提示された方向に沿って、後期高齢者医療に関連するビッグデータの包括的な解析に向けた事業展開が期待される。とりわけ、このような機密性の高い膨大な情報データ解析を効果的かつ効率的に実施するためには、大学をはじめとする県内外の学術研究機関に加えて、民間企業を含むデータ解析技術を装備した専門機関との連携事業ないし研究委託事業が不可欠である。新潟県広域連合には、自律的かつ継続的な地域保険者としての社会的機能を全うされるように今後とも期待する次第である。

新潟県後期高齢者医療広域連合 高齢者医療研究会
会長 國 武 輝 久

第1章 問題の所在

(1) データヘルス計画の策定について

現在、我が国では急速な高齢化が進んでおり、平成37年(2025年)には「団塊の世代」が全て75歳以上となる超高齢社会を迎えると予測されている。この超高齢社会への移行に伴って、高齢者の医療需要の増加と医療機器や薬剤の開発・改善により、今後とも後期高齢者医療費の増大は避けて通れない政策課題となっている。また、我が国では、人口構成の高齢化と少子化が同時に進展しているために、社会保障制度を支える若年世代の減少に伴う世代間負担の格差も大きな社会問題となってくると予測できる。このような状況の下で、後期高齢者医療制度には、安定的かつ持続可能な制度運営が強く求められるとともに、被保険者一人ひとりの状況に応じて安全・安心で質の高い効率的な医療が受けられる体制構築が望まれている。これらの政策目標の実現のために、後期高齢者医療の保険者機能を担う各都道府県の広域連合には、医療費を巡る地域医療圏単位でのレセプトデータの分析に加えて、被保険者の生活環境や疾病傾向を把握するために相互に関連するデータの突合を行うとともに、分析・突合結果を適切な疾病予防や保健事業の展開に結び付けていくことが求められている。

平成25年6月14日に閣議決定された日本再興戦略では、予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくりとして、全ての医療保険者に対してレセプトデータ等の分析に加えて、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の策定・公表・事業実施・評価等の取組を求めている。また、日本再興戦略と同日付で決定された健康・医療戦略においても、保険者によるレセプトデータ等の分析に基づく保健事業の促進が主な施策としてあげられ、その具体的な手法としてKDBシステムの利活用が指示されている。さらに国は、「高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保健事業の実施等に関する指針」を定め、平成26年4月1日からその実施を図るとしている。これに伴い、後期高齢者医療の各保険者に対してもデータヘルス計画の策定を求めるとともに、平成26年7月31日付事務連絡「保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定の手引きについて」により記載する内容等を示している。

(2) 新潟県広域連合のデータヘルス計画への取り組み

新潟県広域連合では、これらの政策展開を踏まえて、平成26年10月からKDBシステムの利活用を検討するために研究会を設置した。研究会は、この趣旨を受けて、KDBシステムによるデータ解析を実施するべく研究活動を開始

したが、KDBシステムは今まで例のない規模のビッグデータ解析システムであったため、その利活用が計画どおりに進まなかった。国保中央会のシステム開発の遅れや不具合に加えて、新潟県内市町村がKDBシステムへのデータ入力に慎重であったため、KDBシステムの稼働は非常に遅れた。結果的に、帳票自体の出力が難しく、また表示されるべきデータ数値が出せない状況があった。そこで、新潟県広域連合は、民間業者に委託してレセプトデータ及び健康診査データを突合する独自のデータベース構築を試みた。その結果をもとに、平成27年8月に「新潟県後期高齢者医療広域連合 保健事業実施計画（データヘルス計画）」を策定した次第である。

（３） 他の都道府県の後期高齢者医療広域連合の取り組み

ここでは、全国の広域連合は、どのように保健事業実施計画（データヘルス計画）（以下「データヘルス計画」という。）を策定してきたのか検証してみよう。新潟県広域連合は、平成27年9月に全国の広域連合に対して、「データヘルス計画におけるKDBシステム活用状況調査」を行っている。同調査結果は、表1で示すとおりである。全国の広域連合で策定されたデータヘルス計画は、KDBシステムをもとに医療費分析を行ったものと、補助的にそれを活用したもの、および独自の医療費分析を行ったものと、大きく三つのグループに分類することができる。

表1 全国の広域連合データヘルス計画におけるKDBシステム活用状況

KDBシステムを活用してデータヘルス計画を策定した	8
補助的（一部の統計資料）範囲でKDBシステムを活用した	16
KDBシステムを活用せずにデータヘルス計画を策定した	12
データヘルス計画を策定中	11

*平成27年9月時点 新潟県広域連合調べ

なお、平成28年3月末現在、47都道府県全ての広域連合で、データヘルス計画の策定が完了している。平成28年6月13日付で厚生労働省が取りまとめた「保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定状況について」によると、計画策定時に各広域連合が分析している項目は表2のとおりである。

表 2 計画策定時に分析した項目

被保険者・世帯の状況	47	介護データ	34
過去の取組の考察	40	受診率	46
寿命・死亡率等	40	内容分析	22
医療提供体制	8	地域別分析	40
医療費	47	市町村との連携検討	38
疾病分類	44		

※各広域連合において複数の事業を定めているため、合計 47 とはならない。

*保健事業実施計画（データヘルス計画）策定状況について 厚生労働省

これら各都道府県のデータヘルス計画を参照する限りでは、KDBシステム活用ないし補助活用による分析、あるいは独自データベースによる分析とその手法は異なるものの、各広域連合において策定されたデータヘルス計画には実質的内容に大きな違いはない。その理由は、いずれの広域連合においても、国の示した策定の手引きに基づいて計画を策定しているからだと思われる。結果的に、各都道府県の広域連合のデータヘルス計画は、効率的かつ効果的に保健事業を行うための課題を特定するとともに、対象者の抽出や優先順位を考える分析手法に基づく計画策定となっている。

（４）福岡県広域連合の取り組み

ところが、新潟県広域連合の行った全国調査の中で、これらの分析と一線を画す分析手法を採用したデータヘルス計画があった。この計画は、福岡県広域連合が九州大学と共同で行っている医療費分析に基づくデータヘルス計画である。福岡県の後期高齢者医療費は、平成 14 年度から全国で 1 番高いという特徴がある。この特徴を課題と捉えた福岡県広域連合では、平成 22 年 3 月に健康長寿医療計画を策定し、高齢者の健康づくり及び医療費の適正化に向けた取組を総合的かつ計画的・効率的・確実に推進に向けて取り組み始めた。平成 25 年 3 月には第 2 期健康長寿医療計画を策定するとともに、さらなる医療費適正化計画の取組を行っている。第 2 期健康長寿医療計画の医療費分析は、保健事業等を検討する際の基礎資料として構成市町村へ配布されている。平成 26 年度には「入院医療費に関する分析」、「入院医療の地域完結型と受診率に関する分析」、「外来医療に関する分析」として、福岡県内の地域差分析や病床別分析と疾病別の分析等を行っている。平成 27 年度には、26 年度の分析をさらに進めた「病床別入院医療費の地域差」を明らかにし、併せて医薬品に係る分析を行っている。平成 28 年度には、医療・介護施策の課題分析として介護給付実績と紐付け

た後期高齢者医療費分析を行うとともに、医薬品の服用実態の分析（慎重投薬・重複投薬等の実態）や、終末期医療の現状分析等を行う予定とされている。福岡県広域連合のデータヘルス計画による分析は、一般公開されているものではないが、そのテーマを見ても他のデータヘルス計画で行われた分析とは違うことが明確である。福岡県広域連合は、来るべき超高齢社会に備えて、自律的かつ継続的な地域保険者として、独自のデータヘルス計画に基づくデータ分析を行っているとは評価すべきであろう。

第2章 医療費分析の提案

(1) 医療費データに関する基本的な分析視点

研究会では、新潟県広域連合においても福岡県広域連合と同様に、独自の政策視点に基づく詳細な医療費データ分析を実施すべきであると考えます。本県の後期高齢者医療を巡るデータ分析視点は、以下の3つの政策課題の解決に向けた取り組みとして設定すべきである。

- ① 新潟県の後期高齢者医療費が全国で1番低い要因を解明する
- ② 地域包括ケアをめぐる問題状況を解決するための政策課題を提示する
- ③ 後期高齢者医療をめぐる財政運営と世代間負担についての的確に予測する

この分析視点設定の理由と背景には、以下に説明するような問題状況に関する共通の認識が存在している。

平成28年9月に厚生労働省が公表した「平成26年度医療費の地域差分析」によると、市町村国民健康保険と後期高齢者医療制度別の一人当たり実績医療費の都道府県順位は以下の表3と表4に示す通りである。

この表3と表4では、都道府県別の実績医療費の格差の比較を通じて、以下の2つの特徴が明らかになる。

第1に、後期高齢者医療制度では、都道府県別の実績医療費の地域間格差は、対全国比で1位の福岡県広域連合の116万1千円に対して、最下位である新潟県広域連合の73万7千円であり、一人当たりの医療費は約1.58倍という地域間格差が生じている。とくに、新潟県の後期高齢者医療費は、平成20年度から27年度までの22年度を除いた6年間に於いて、ほぼ一貫して全国最低の医療費を記録している。この一方で、全国で最も後期高齢者医療費が高いのも、ほぼ一貫して福岡県広域連合の医療費である。都道府県別の一人当たり医療費に地域間格差がある社会的背景には、どのような要因が存在するのか。また、その地域間格差は、医療市場における医療サービスの需給構造に内在する要因に由来するのか、それとも後期高齢者をめぐる医療サービスとの関係では外在的と見なされるべき他の社会的な生活環境要因に由来すると考えるべきなのか。

第2に、市町村国民健康保険と後期高齢者医療の実績医療費を比較すると、被保険者一人当たりで見ると、後者の後期高齢者医療制度では91.7万円で、前者の32.7万円と比較すると約2.80倍の医療費を消費している。この実績医療費の世代間格差は、とくに前者には75歳未満の前期高齢者が含まれていることを考慮に入れた場合、この世代間格差が地域間格差以上に大きくなる要因をどのように考えるべきだろうか。

表3 市町村国民健康保険

	計			入院			入院外＋調剤			歯科		
		対全国比	順位		対全国比	順位		対全国比	順位		対全国比	順位
全 国 計	千円 327	1.000	－	千円 126	1.000	－	千円 177	1.000	－	千円 24	1.000	－
北 海 道	366	1.118	13	158	1.256	12	183	1.031	22	25	1.037	10
青 森 県	311	0.950	38	118	0.932	37	174	0.981	38	20	0.815	46
岩 手 県	339	1.037	23	133	1.053	22	183	1.031	21	24	0.996	17
宮 城 県	329	1.004	30	122	0.963	35	185	1.044	16	23	0.929	29
秋 田 県	362	1.105	15	148	1.170	21	191	1.076	8	24	0.974	22
山 形 県	338	1.032	24	133	1.052	23	182	1.029	24	23	0.954	27
福 島 県	324	0.990	33	125	0.993	31	177	1.002	32	22	0.891	34
茨 城 県	286	0.873	46	103	0.819	45	161	0.911	46	21	0.879	38
栃 木 県	297	0.908	44	108	0.857	42	168	0.950	42	21	0.862	44
群 馬 県	303	0.924	40	117	0.930	39	164	0.927	45	21	0.874	41
埼 玉 県	299	0.913	42	106	0.840	44	170	0.959	41	23	0.965	24
千 葉 県	298	0.911	43	107	0.851	43	167	0.943	43	24	0.988	21
東 京 都	291	0.888	45	101	0.802	47	165	0.933	44	24	1.007	15
神奈川県	310	0.947	39	109	0.865	41	176	0.995	34	25	1.028	11
新 潟 県	336	1.027	27	131	1.038	26	180	1.019	27	25	1.024	12
富 山 県	353	1.079	18	150	1.187	18	182	1.026	26	22	0.904	33
石 川 県	371	1.132	12	164	1.304	9	185	1.044	17	21	0.877	40
福 井 県	353	1.079	19	149	1.180	20	184	1.039	19	20	0.843	45
山 梨 県	315	0.960	37	117	0.931	38	175	0.988	36	22	0.916	32
長 野 県	321	0.980	35	124	0.981	33	176	0.993	35	21	0.877	39
岐 阜 県	329	1.004	31	119	0.943	36	185	1.046	15	25	1.016	13
静 岡 県	315	0.963	36	112	0.887	40	182	1.030	23	21	0.867	42
愛 知 県	299	0.914	41	102	0.807	46	172	0.969	40	26	1.077	7
三 重 県	338	1.031	26	128	1.017	29	186	1.049	13	23	0.967	23
滋 賀 県	332	1.013	29	132	1.047	24	177	1.002	31	22	0.922	31
京 都 府	338	1.032	25	131	1.041	25	182	1.029	25	24	1.009	14
大 阪 府	335	1.023	28	126	0.996	30	180	1.017	28	29	1.204	1
兵 庫 県	344	1.050	22	130	1.031	28	187	1.057	10	27	1.102	4
奈 良 県	324	0.990	34	123	0.974	34	177	1.001	33	24	0.993	18
和歌山県	328	1.000	32	125	0.991	32	179	1.012	29	23	0.964	25
鳥 取 県	358	1.093	17	155	1.228	14	179	1.011	30	24	0.991	19
島 根 県	406	1.241	1	179	1.419	3	204	1.152	4	23	0.956	26
岡 山 県	381	1.165	10	157	1.243	13	198	1.116	5	27	1.116	3
広 島 県	384	1.174	8	149	1.181	19	207	1.169	2	28	1.170	2
山 口 県	406	1.238	2	175	1.389	6	205	1.158	3	25	1.039	9
徳 島 県	374	1.141	11	164	1.303	10	183	1.035	20	26	1.072	8
香 川 県	400	1.223	3	165	1.306	8	209	1.180	1	27	1.100	5
愛 媛 県	359	1.096	16	151	1.197	17	186	1.048	14	22	0.924	30
高 知 県	382	1.166	9	172	1.364	7	187	1.056	11	23	0.938	28
福 岡 県	351	1.071	20	152	1.206	15	172	0.973	39	26	1.087	6
佐 賀 県	394	1.203	5	176	1.399	4	193	1.091	7	24	0.999	16
長 崎 県	388	1.184	7	176	1.395	5	188	1.060	9	24	0.990	20
熊 本 県	365	1.116	14	160	1.268	11	184	1.039	18	21	0.880	37
大 分 県	396	1.210	4	180	1.431	2	194	1.096	6	22	0.887	35
宮 崎 県	347	1.060	21	152	1.201	16	174	0.982	37	21	0.886	36
鹿児島県	388	1.185	6	181	1.434	1	186	1.052	12	21	0.863	43
沖 縄 県	284	0.866	47	131	1.035	27	136	0.768	47	17	0.707	47

＊平成26年度医療費の地域差分析 厚生労働省

表 4 後期高齢者医療制度

	計			入院			入院外＋調剤			歯科		
		対全国比	順位		対全国比	順位		対全国比	順位		対全国比	順位
全 国 計	千円 917	1.000	－	千円 458	1.000	－	千円 428	1.000	－	千円 32	1.000	－
北 海 道	1,079	1.176	3	604	1.320	5	444	1.039	9	30	0.949	17
青 森 県	798	0.870	40	365	0.797	44	415	0.970	24	19	0.593	47
岩 手 県	752	0.820	46	350	0.765	46	377	0.883	43	25	0.778	35
宮 城 県	814	0.888	38	369	0.807	42	417	0.976	22	27	0.851	24
秋 田 県	793	0.865	43	371	0.811	41	398	0.932	35	23	0.731	41
山 形 県	795	0.867	41	386	0.843	35	385	0.901	41	24	0.765	37
福 島 県	826	0.900	35	393	0.858	33	410	0.958	27	23	0.733	40
茨 城 県	827	0.902	34	384	0.840	36	417	0.976	21	26	0.807	29
栃 木 県	815	0.889	37	384	0.838	37	407	0.953	31	24	0.748	38
群 馬 県	844	0.920	31	430	0.940	28	389	0.909	40	25	0.795	31
埼 玉 県	835	0.910	32	395	0.864	32	407	0.951	32	33	1.027	9
千 葉 県	790	0.862	44	369	0.807	43	389	0.909	38	32	1.017	10
東 京 都	898	0.980	24	412	0.901	30	447	1.046	8	39	1.216	4
神奈川県	845	0.922	30	377	0.824	40	432	1.010	13	37	1.148	6
新 潟 県	737	0.804	47	343	0.750	47	366	0.855	47	28	0.884	19
富 山 県	870	0.949	29	474	1.035	21	375	0.877	46	22	0.678	45
石 川 県	981	1.069	15	551	1.204	11	408	0.954	29	22	0.681	44
福 井 県	897	0.978	25	486	1.062	17	389	0.909	39	22	0.697	42
山 梨 県	821	0.895	36	402	0.878	31	393	0.918	37	27	0.832	26
長 野 県	793	0.865	42	392	0.857	34	376	0.880	44	25	0.771	36
岐 阜 県	834	0.909	33	382	0.834	39	421	0.985	18	31	0.961	15
静 岡 県	783	0.854	45	354	0.772	45	405	0.946	33	25	0.790	33
愛 知 県	918	1.001	20	416	0.909	29	465	1.087	4	37	1.148	7
三 重 県	808	0.881	39	382	0.834	38	401	0.938	34	25	0.793	32
滋 賀 県	907	0.989	22	474	1.035	20	408	0.953	30	26	0.808	28
京 都 府	989	1.078	14	521	1.138	13	436	1.020	12	32	1.015	11
大 阪 府	1,040	1.134	7	513	1.122	14	479	1.119	2	48	1.514	1
兵 庫 県	976	1.064	16	478	1.045	19	460	1.076	5	37	1.169	5
奈 良 県	907	0.989	23	448	0.978	26	428	1.001	14	31	0.978	14
和歌山県	894	0.975	26	441	0.963	27	426	0.997	15	27	0.855	22
鳥 取 県	876	0.955	28	465	1.016	23	384	0.898	42	27	0.842	25
島 根 県	882	0.961	27	463	1.011	24	395	0.924	36	24	0.745	39
岡 山 県	959	1.045	17	502	1.097	16	424	0.992	16	32	1.015	12
広 島 県	1,053	1.148	5	511	1.117	15	501	1.171	1	41	1.273	2
山 口 県	1,023	1.116	10	576	1.258	8	420	0.982	20	28	0.873	20
徳 島 県	990	1.079	13	522	1.140	12	438	1.023	11	31	0.956	16
香 川 県	944	1.029	18	457	0.998	25	454	1.061	6	34	1.049	8
愛 媛 県	927	1.011	19	478	1.046	18	422	0.988	17	26	0.808	27
高 知 県	1,129	1.231	2	685	1.497	1	416	0.972	23	28	0.871	21
福 岡 県	1,164	1.269	1	654	1.429	2	470	1.100	3	40	1.252	3
佐 賀 県	1,051	1.146	6	571	1.248	9	448	1.049	7	31	0.979	13
長 崎 県	1,072	1.169	4	600	1.310	6	442	1.035	10	30	0.941	18
熊 本 県	1,024	1.117	9	589	1.286	7	408	0.955	28	27	0.851	23
大 分 県	1,016	1.107	11	570	1.246	10	420	0.983	19	25	0.788	34
宮 崎 県	907	0.989	21	472	1.031	22	410	0.959	25	26	0.799	30
鹿児島県	1,037	1.131	8	605	1.322	4	410	0.959	26	22	0.678	46
沖 縄 県	1,015	1.107	12	618	1.350	3	375	0.878	45	22	0.682	43

＊平成 26 年度医療費の地域差分析 厚生労働省

さらに、この世代間格差に関連して検討すべき要因は、市町村国民健康保険の実績医療費の地域間格差で見ると、後期高齢者医療の地域間格差とは異なる様相を呈している事実も明らかになる。

すなわち、市町村国民健康保険の実績医療費では、新潟県は 33.6 万円で対全国順位は 27 位、福岡県は 35.1 万円で同順位は 20 位と大きな地域間格差は見いだせない。この実績医療費に見られる地域間格差と世代間格差の相違は、後期高齢者医療に特有の社会的要因が存在することを推測させる有力な状況証拠といえるだろう。

以下では、これらの問題状況をより詳細に考察するために、前述した個別的な政策課題の解明に向けた論点について、さらなる検討を進めてゆくことにする。

（２）個別的な政策課題をめぐる論点

① 新潟県の後期高齢者医療費が全国で 1 番低い要因を解明する

新潟県の後期高齢者医療における「一人当たり医療費」が、対全国比で最も低い要因はどこに求められるべきだろうか。新潟県の後期高齢者医療疾病分類統計表（平成 27 年度）では、「まとめ」で以下のように記載している。「新潟県の 1 人当たり医療費は平成 26 年度に引き続き全国で最も低くなった。医療費の種類別で考えると、入院及び入院外どちらも全国平均を大きく下回っており、1 人当たり医療費を押し下げている。入院医療費が低いのは全国平均に比べ、受診率が低くなっていることが要因であり、受診率には医療施設の数等が影響していると考えられる。」また、研究会の議論の中でも「医療費については、一人当たりの病床数や医師数が大きな要素ではないか」という意見があった。ここでは、福岡県と新潟県の病床数と医師数を比較してみることにしよう。

平成 27 年 11 月に日本医師会総合政策研究機構の高橋泰氏と江口成美氏が発表した日医総研ワーキングペーパー「地域の医療提供体制の現状―都道府県別・二次医療圏別データ集―（2015 年度版）」によれば、新潟県及び福岡県の病床数は表 5～7 のとおりである。また、医師数については表 8～10 のとおりである。

表 5 新潟県及び福岡県の病院病床数（一般病床）

二次医療圏	一般病床数	県内シェア	人口 10 万当り	偏差値 * 全国は標準偏差
全国	897, 380		708	(232)
福岡県	43, 257	4. 8%	857	56
新潟県	17, 256	1. 9%	751	52
下越	1, 278	7%	613	46
新潟	6, 968	40%	767	53
県央	1, 460	8%	644	47
中越	3, 614	21%	877	57
魚沼	1, 227	7%	590	45
上越	2, 215	13%	803	54
佐渡	494	3%	853	56

* 地域の医療提供体制の現状―都道府県別・二次医療圏別データ集 (2015 年度版)

表 6 新潟県及び福岡県の病院病床数（療養病床）

二次医療圏	療養病床数	県内シェア	人口 10 万当り	偏差値 * 全国は標準偏差
全国	328, 195		259	(213)
福岡県	21, 358	6. 5%	423	58
新潟県	5, 039	1. 5%	219	48
下越	625	12%	300	52
新潟	2, 497	50%	275	51
県央	546	11%	241	49
中越	839	17%	204	47
魚沼	343	7%	165	46
上越	103	2%	37	40
佐渡	86	2%	149	45

* 地域の医療提供体制の現状―都道府県別・二次医療圏別データ集 (2015 年度版)

表 7 新潟県及び福岡県の病院病床数（精神病床）

二次医療圏	一般病床数	県内シェア	人口 10 万当り	偏差値 * 全国は標準偏差
全国	339,780		268	(219)
福岡県	21,523	6.3%	427	57
新潟県	6,758	2.0%	294	51
下越	756	11%	363	54
新潟	2,558	38%	282	51
県央	240	4%	106	43
中越	1,581	23%	384	55
魚沼	630	9%	303	52
上越	835	12%	303	52
佐渡	158	2%	273	50

* 地域の医療提供体制の現状―都道府県別・二次医療圏別データ集 (2015 年度版)

表 8 新潟県及び福岡県の医師数（総数）

二次医療圏	総医師数	県内シェア	人口 10 万当り	偏差値 * 全国は標準偏差
全国	328,427		259	(89)
福岡県	15,803	4.8%	313	56
新潟県	4,748	1.4%	207	44
下越	384	8%	184	41
新潟	2,333	49%	257	50
県央	336	7%	148	37
中越	827	17%	201	43
魚沼	282	6%	135	36
上越	477	10%	173	40
佐渡	109	2%	188	42

* 地域の医療提供体制の現状―都道府県別・二次医療圏別データ集 (2015 年度版)

表 9 新潟県及び福岡県の医師数（病院医師数）

二次医療圏	病院医師数	県内シェア	人口 10 万当り	偏差値 * 全国は標準偏差
全国	206,659		163	(65)
福岡県	10,338	5.0%	205	56
新潟県	2,980	1.4%	130	45
下越	223	7%	107	41
新潟	1,499	50%	165	50
県央	165	6%	73	36
中越	548	18%	133	45
魚沼	165	6%	79	37
上越	302	10%	110	42
佐渡	78	3%	134	46

* 地域の医療提供体制の現状－都道府県別・二次医療圏別データ集 (2015 年度版)

表 10 新潟県及び福岡県の医師数（診療所医師数）

二次医療圏	診療所医師数	県内シェア	人口 10 万当り	偏差値 * 全国は標準偏差
全国	121,769		96	(30)
福岡県	5,464	4.5%	108	54
新潟県	1,768	1.5%	77	44
下越	160	9%	77	44
新潟	835	47%	92	49
県央	172	10%	76	43
中越	279	16%	68	41
魚沼	116	7%	56	37
上越	174	10%	63	39
佐渡	31	2%	54	36

* 地域の医療提供体制の現状－都道府県別・二次医療圏別データ集 (2015 年度版)

これらの結果をみると、医療サービスの供給体制を見れば、新潟県よりも福岡県が相対的に優位であることは明らかである。特に医師数について見れば、福岡県の新潟県に対する相対的な優位性は明示的である。これらのデータから、新潟県の後期高齢者医療費が全国一低い要因は、病床数や医師数といった供給側による資源量と相関関係があるという仮説がたてられる。

しかし、後期高齢者医療をめぐる地域間格差について、医療サービス市場における供給サイドのみにその要因を求める見解には疑問の余地がある。すでに指摘したように、市町村国民健康保険と後期高齢者医療の実績医療費を比較すると、前者では福岡県と新潟県の実績医療費には大きな格差が見られないからである。後期高齢者医療をめぐる地域間格差は、医療サービス市場における供給サイドの要因のみではなく、後期高齢者医療に内在する需要サイドに固有の社会的問題状況が存在していると考えるべきだろう。けれども、後期高齢者医療に内在する需要サイドの分析に必要とされる、後期高齢者医療に関連する受診行動などの詳細なデータでは、少なくとも現時点では、これらの地域間格差をめぐる明確な説明変数の存在を推測させるデータは存在しない。

② 地域包括ケアをめぐる問題状況を解決するための政策課題を提示する

後期高齢者医療をめぐる地域間格差を生み出している要因については、各都道府県の実績医療費に有意な影響を及ぼしているもう一つの説明変数として、健康寿命に関する地域間格差や、介護保険や福祉・公的扶助サービスなどの利用状況をめぐる地域間格差の影響が考えられる。

たとえば、後期高齢者医療における「一人当たり医療費が低い」要因は、「健康だから医療の必要がない」という健康状態をめぐる地域間格差によって説明することは可能だろうか。厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）分担研究報告書「健康寿命の指標化に関する研究—健康日本 21（第二次）等の健康寿命の検討—」により、研究分担者の橋本修二氏（藤田保健衛生大学医学部衛生学講座・教授）は健康寿命の3指標について、平成25年の全国と都道府県の推定値を算定している。橋本氏によれば、「日常生活動作が自立している期間の平均（年）」は新潟県、福岡県及び全国値は表11のとおりである。なお、表11によれば、新潟県は男女ともに福岡県及び全国値よりも日常生活が自立している期間が相対的に短い。逆に、日常生活が自立していない期間の平均は相対的に長い、ということがわかる。

表 11 「日常生活が自立している期間の平均」平成 25 年の推定値及び平均寿命

都道府県名	日常生活が自立している 期間の平均（年）＊ 1		平均寿命 ＊ 2	
	男性	女性	男性	女性
新潟	78.65	83.30	79.47	86.96
福岡	78.71	83.56	79.30	86.48
全国	78.72	83.37	79.59	86.35

＊ 1 健康寿命の指標化に関する研究－健康日本 21（第二次）等の健康寿命検討）

＊ 2 平成 22 年都道府県別生命表（厚生労働省）

けれども、この健康寿命の比較データによっても、福岡県と新潟県の後期高齢者医療の地域間格差をめぐる要因を説明することはほとんど不可能である。福岡県と新潟県の健康寿命の比較データの差異は、実質的には統計的誤差の範囲に過ぎないからである。

これに対して、後期高齢者医療と競合するサービス市場には介護保険サービスが存在しており、その影響は無視し得ないレベルである可能性がある。それでは、福岡県と新潟県の地域間格差をめぐる説明変数として、後期高齢者が利用している介護保険サービスに関する問題状況によってこれを説明することが可能であろうか。

高橋泰氏と江口成美氏のワーキングペーパー「地域の医療介護提供体制の現状－市区町村別データ集(地域包括ケア関連)－(2015 年度)」によれば、介護給付費は表 12 のとおりであった。表 12 からは、介護給付費については、福岡県よりも新潟県に相対的な優位性がみられた。

では、福岡県と比較して後期高齢者医療の一人当たり医療費が低い要因は、要介護状態にある後期高齢者が医療サービスよりも介護保険サービスを多く利用するという代替効果が派生している結果として、新潟県の後期高齢者の医療給付費の水準が低く維持されていると説明できるだろうか。けれども、福岡県と新潟県の介護保険サービスの利用状況は、全国対比で見ればいずれも全国平均を上回っており、この代替効果によってすべて説明できるとは言いがたい。また、後期高齢者の医療費に影響を与える要因は、介護保険サービスのみならず、社会福祉や公的扶助サービスさらには家族関係や地域社会の特性など他の多くの変数を考慮に入れる必要がある。また、それぞれの説明変数に関する統計データの存在も明らかではなく、後期高齢者医療とそれらのデータを突合が可能であるか否かも不明確である。結果的に、現段階では、後期高齢者医療をめぐる地域間格差に影響を与えている説明変数の所在と分析結果を明らかにすることは困難であり、今後の重要な検討課題と考えるべきだろう。

表 12 新潟県及び福岡県の国保医療費及び介護給付費

二次 医療圏	市区町村	一人あたり医療費 (国保のみ) (単位：千円)	偏差値 *全国は 標準偏差	被保険者一人あたり 介護給付費 (単位：千円)	偏差値 *全国は 標準偏差
全国		323	(48)	250	(46)
福岡県		338	53	261	52
新潟県		320	49	291	59
下越	新発田市	300	45	258	52
下越	村上市	333	52	284	57
下越	胎内市	331	52	281	57
下越	北蒲原郡聖籠町	319	49	307	62
下越	岩船郡関川村	355	57	356	73
下越	岩船郡粟島浦村	362	58	291	59
新潟	新潟市	324	50	285	58
新潟	五泉市	311	47	303	61
新潟	阿賀野市	295	44	308	62
新潟	東蒲原郡阿賀町	407	67	330	67
県央	三条市	308	47	249	50
県央	加茂市	317	49	263	53
県央	燕市	317	49	290	58
県央	西蒲原郡弥彦村	301	45	301	61
県央	南蒲原郡田上町	317	49	263	53
中越	長岡市	310	47	292	59
中越	柏崎市	339	53	265	53
中越	見附市	310	47	250	50
中越	三島郡出雲崎町	382	62	346	71
中越	刈羽郡刈羽村	332	52	293	59
魚沼	小千谷市	310	47	278	56
魚沼	十日町市	300	45	291	59
魚沼	魚沼市	279	41	311	63
魚沼	南魚沼市	257	36	309	63
魚沼	南魚沼郡湯沢町	253	35	242	48
魚沼	中魚沼郡津南町	267	38	346	71
上越	糸魚川市	374	61	297	60
上越	妙高市	337	53	319	65
上越	上越市	364	58	336	69
佐渡	佐渡市	321	50	305	62

* 地域の医療介護提供体制の現状－市区町村別データ集(地域包括ケア関連)－(2015 年度)

平成 26 年 6 月「医療介護総合確保推進法」が成立した。これにより、都道府県は、平成 37 年（2025 年）に到来する超高齢社会に耐えうる医療提供体制を確保するため、将来のあるべき姿を示す「地域医療構想」を医療計画において策定することが定められた。この構想の背景には人口構造の変化がある。今後、高齢者人口は増加するが、15～64 歳の生産年齢人口は減少する。すなわち、医療や介護需要の増加を支える財源や人材が大幅に不足することが予測される。そのため医療の無駄を省き、限りある医療資源を有効活用し、効率よく医療を提供する仕組みを構築しようというのがこの構想の目的である。地域医療構想では、構想区域ごとに人口構造の変化や疾病別の医療需要などを推計し、「高度急性期・急性期・回復期・慢性期」という 4 つの医療機能別に、必要な病床数をおおまかに決めていくこととされている。しかし、後期高齢者は、個人の多様性や個性が著しいという特徴がある。また、後期高齢者の慢性疾患は完全治癒が難しく、生活機能向上や生活復帰が主な目標であることから、後期高齢者の適正な医療を考えたときに病床機能のみを考えても適切な回答は見いだせない。新潟県広域連合では、現時点での後期高齢者の医療需要のデータ（医療費レセプト）を有している。この後期高齢者医療のレセプトデータによる「現在の医療需要がどのような地域環境によるのか」といった分析や、レセプトデータと介護給付実績との突合による「医療と介護の代替性はどの程度あるのか」という分析、また「被保険者にどのような健康面での影響を及ぼしているのか」という分析は、地域包括ケアの観点からも重要な検討課題である。

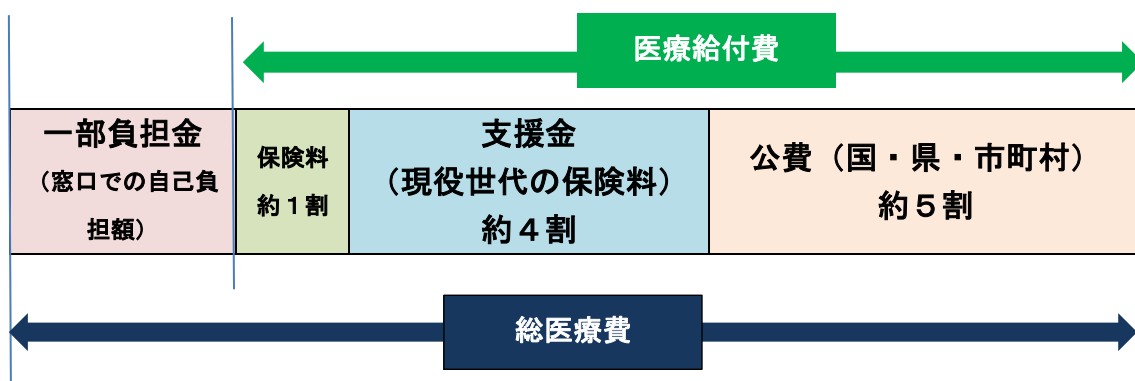
③ 後期高齢者医療をめぐる財政運営と世代間負担についての確に予測する

後期高齢者医療について考える場合、その実績医療費の地域間格差を考えると同時に、市町村国民健康保険における実績医療費との比較による世代間格差についても検討する必要がある。

後期高齢者医療制度は、世代間の助け合いという立法目的によって、市町村国民健康保険のみならず健保組合や協会けんぽなどの被用者保険からの財政補助を受けてその基礎的な財政構造が成立している。すなわち、後期高齢者医療制度の医療費は、図 1 のとおり医療費総額から自己負担分を除いた 10 分の 1 が保険料、10 分の 5 が国・県・市町村等の公費、10 分の 4 が他保険からの支援金で賄われている。

我が国の人口構造の変化は、すでに述べたように、今後とも若年層が減って高齢者が急増していくことは避けられない。その中で、このような世代間負担に依存する後期高齢者医療制度は、今後とも急増すると予想される医療費の財源が確保できるのか否かも検討されるべき重要な課題である。

図 1 医療費負担のしくみ

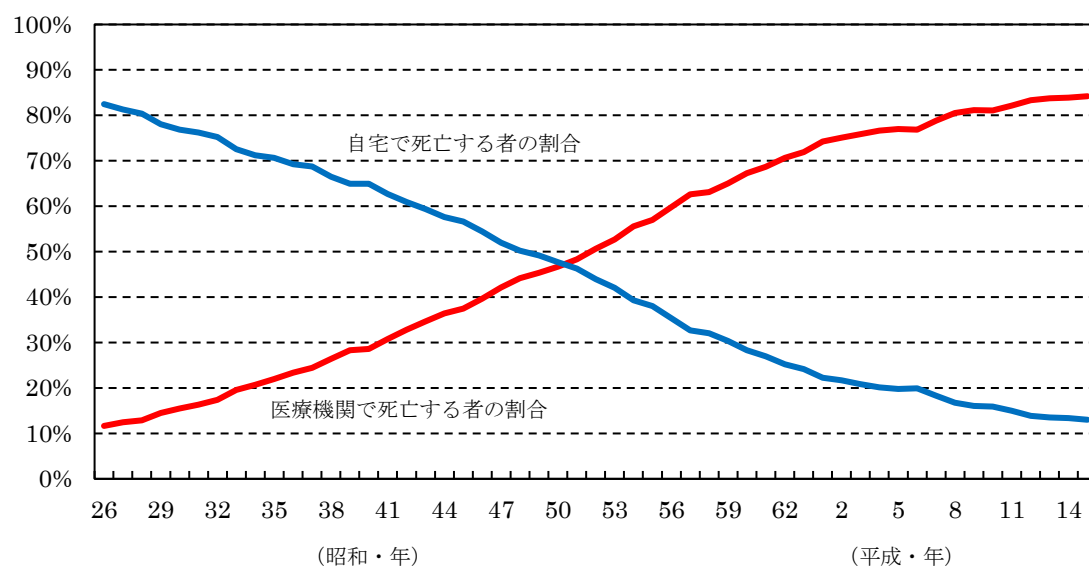


すでに見てきたように、後期高齢者医療の実績医療費は、前期高齢者を含む市町村国民健康保険のそれを約 2.80 倍も上回っており、後期高齢者の医療給付費の伸び率（支出）の背景には、後期高齢者特有の医療サービスをめぐる特殊要因があると考えられるべきだろう。このような特殊要因の存在がなければ、前期高齢者を含む市町村国民健康保険の実績医療費との大きな世代間格差の存在を説明できないことは明らかである。けれども、後期高齢者医療に内在する特殊要因については、後期高齢者という需要サイドの医療サービスをめぐるその受診動向のみならず、介護保険や福祉・公的扶助サービスを含む社会生活維持のためのインフラ整備に関する全国的な統計データも明らかにされていない。それゆえ、ここでは後期高齢者医療をめぐる特殊要因の一つと考えられる、終末期医療をめぐる問題状況についてのみ検討を加えておくことにする。

図 2 は、厚生労働省の人口動態統計をもとに作成した「医療機関における死亡割合の年次推移」である。この図で明らかなように、医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和 51 年に自宅で死亡する者の割合を上回り、平成 8 年以降は、8 割を超える水準になっている。一方で、一般国民の約 6 割が自宅で最期まで療養することを希望しているというデータもある。

後期高齢者医療の世代間格差に関する問題状況は、現時点では、この終末期医療をめぐる特殊要因を除外して考えることができないように思われる。福岡県と新潟県の後期高齢者医療をめぐる地域間格差も、後期高齢者の入院者数・在院日数・入院医療費の地域間格差と大きな相関関係があると推測できるからである。今後の後期高齢者医療をめぐるデータ解析を考えるならば、後期高齢者の医療サービス需給に伴う、需要サイドにおける受診行動に関する重複・頻回受診や多剤投与・重複検査などに関するデータの整備・解析に加えて、終末期における高額レセプト分析を通じて入院病床類型のみならず疾病分類・病態段階ごとの時系列的なデータ解析を進めることが不可欠であると思われる。

図2 医療機関における死亡割合の年次推移



* 人口動態統計 厚生労働省大臣官房統計情報部

我が国の人口構成の約13%に相当する、後期高齢者の約1,642万人が全国の実績医療費の約35.6%を消費している現状は、これを世代間の負担と公平性の観点から正当化する根拠は必ずしも明らかではない。しかも、この後期高齢者医療をめぐる世代間格差は、今後とも一層拡大すると予測されている。後期高齢者医療をめぐるビッグデータの解析に際して、そのデータ解析の対象範囲を終末期医療の問題状況にまで拡大することは不可欠な課題というべきだろう。

第3章 まとめ

報告書のまとめとして、以下のような論点整理を行った上で今後の検討課題を示すこととする。第1に、新潟県広域連合は、福岡県広域連合にならって、独自の政策視点に立って詳細な医療費などのデータ分析を行うべきである。その際に、当面の分析対象データは、医療費レセプト・健診データ・介護給付費レセプトの突合に加えて、各種の公表されている統計データを含めて広汎に活用すべきである。第2に、新潟県広域連合では、本報告書で提示する3つの政策課題に対応する分析枠組を前提としつつ、後期高齢者医療をめぐる地域間格差と世代間格差に関する説明変数を特定することを目指すべきである。また、新潟県広域連合は、このような目標設定を通じて、後期高齢者医療の地域保険者としての役割と機能を明確にすることを目指して統計データの解析に取り組むべきである。第3に、新潟県広域連合は、自ら保有するデータのみならず他の地域保険者や行政機関とも協力して後期高齢者医療をめぐるビッグデータの構築を目指しつつ、データマイニング（情報システムに蓄積した巨大なデータの集合をコンピュータによって解析し、これまで知られていなかった規則性や傾向などの有用な知見を得ること）手法に依って基礎的データまでたどって突合可能なデータベースを構築すべきである。第4に、新潟県広域連合は、この目的を達成するために、これらのビッグデータ解析を可能とする能力・資質を持った専門集団や研究機関の協力を仰ぐべきである。その際に、前述した福岡県広域連合と九州大学による連携事業の成果を先例として参照しつつ、新潟大学をはじめとする学術研究機関との研究協力を考慮に入れることも不可欠と考えられる。

研究会は、新潟県広域連合に対して、後期高齢者医療をめぐるビッグデータ解析を通じて、地域保険者として後期高齢者医療制度の安定的かつ継続的な運営とともに被保険者の健康増進を図ることを強く期待しつつ、ここに報告書をまとめて提出する次第である。

資料

新潟県後期高齢者医療広域連合 高齢者医療研究会委員

(任期：平成 26 年 7 月 15 日～平成 28 年 7 月 14 日)

役職等	委員氏名	所属
委員	國武 輝久	新潟大学名誉教授
委員	関谷 勝	新潟大学医学部保健学科教授
委員	田中 伸至	新潟大学法学部教授
委員	横山 豊治	新潟医療福祉大学社会福祉学部教授

新潟県後期高齢者医療広域連合 高齢者医療研究会 開催状況

開催日程	テーマ
平成 26 年 8 月 1 日	・ 高齢者医療研究会の研究計画と論点の整理
平成 27 年 1 月 13 日	・ 広域連合のデータ分析をめぐる現状と課題 ①後期高齢者医療のデータ分析をめぐる現状と課題について ②国保データベースシステム（KDB）について ③後期高齢者医療における保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定について ④新潟県後期高齢者医療保険事業実施計画策定に伴うレセプト情報等のデータ分析業務委託等について
平成 27 年 7 月 1 日	・ 保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定について ・ 医療研究会の今後の活動内容について
平成 27 年 10 月 20 日	・ 広域連合データヘルス計画における KDB 活用状況について ・ 他広域連合における大学等への委託分析状況 ・ 今後の研究会の役割について
平成 28 年 6 月 28 日	・ 新潟県後期高齢者医療広域連合 高齢者医療研究会の報告 ・ 今後の取組