

日医総研ワーキングペーパー

国民健康保険医療費マップの分析

- なぜ山口県の1人当たり医療費は1位になるのか
- なぜ鹿児島県の医療費は高騰しているのか -

No . 39

平成 12 年 12 月 20 日

日 医 総 研

前田 由美子 (内線 2222)

国民健康保険医療費マップの分析

- なぜ山口県の1人当たり医療費は1位になるのか

なぜ鹿児島県の医療費は高騰しているのか -

前田 由美子

キーワード

- ◆ 医療費マップ
- ◆ 国民健康保険
- ◆ 高齢者比率
- ◆ 相関係数

ポイント

- ◆ 医療費マップで発表される1人当たり医療費は全体を丸めたもの。高齢者比率の高い県は高くなる。
- ◆ 高齢者だけで暮らす世帯が多い県、医療機関へのアクセスが良い県、東京から遠い県の医療費が高い。
- ◆ ただし都道府県間の医療費の差より、ここ数年、急増している県が問題。

対象者（一般、退職、老人）別医療費マップを作成し、問題点の抽出を。

目次

はじめに	1
．実績医療費「1位」の真相 - 本当は1位とはいえない山口県 -	2
1．計算のカラクリ	2
2．なぜ老人保健医療給付対象者の比率が高くなるのか	5
3．医療費が低い県と比べて	7
．医療費の高い県、低い県	9
1．病床数が多い県の医療費は高いのか	9
2．医療費の高さを検証する視点	11
3．医療費の高さとその背景	14
(1) 人(年齢、病気)と医療費	14
(2) 家(家族)と医療費	15
(3) 社会インフラと医療費	16
(4) 自然環境(地理的条件)と医療費	18
(5) 診療にかかわるその他の指標と医療費	21
．鹿児島県の苦悩	22
1．急増する医療費	22
2．老人医療費上昇の背景	24
．考察 - これからの医療費問題 -	30
1．もうひとつの医療費マップ	30
2．医療費を引き上げるストーリー	32
3．一県一医療費マップ	33
おわりに	34
参考資料	35

はじめに

例年、厚生省が「国民健康保険医療費マップ」を公表している。医療費マップとは、1人当たり実績医療費を日本地図に色分けして示したものだ。

医療費トップは山口県で1人当たり478千円。最も低い千葉県は267千円。なんと1.8倍もの開きがある。しかも、山口県は、北海道、高知県などとともに医療費上位の常連だ。

山口県は三方を海に囲まれた比較的なだらかな地形で、例年上位に並ぶ北海道と比べると、気候もはるかに温暖である。70歳以上人口が約40%に上る東和町を初め、高齢化が進んではいるが、全国平均に比べて飛び抜けているわけでもない。山口県の医療費が高い理由は、これといって見当たらないのだ。しかし、この不名誉な記録のため、地元山口県では、医療費削減の対策に頭を痛めていることだろう。

そこで、なぜ山口県の医療費が1位になったかを起点に考察し、「医療費マップ」が示す意味合いについて考えてみることにしたい。

・実績医療費「1位」の真相 - 本当は1位とはいえない山口県 -

1. 計算のカラクリ

ひと口に「1人当たり医療費」というが、どの部分の費用が高いつているのだろうか。

国民健康保険の1人当たり医療費は、おおよそ次のように計算される。断っておくが、厚生省が発表している「医療費マップ」は「国民健康保険」のものである。被用者保険加入者の医療費についてはカバーされていない。

$$\text{1人当たり実績医療費} = \frac{\text{保険者負担額} + \text{一部負担金} + \text{その他}}{\text{一般被保険者数} + \text{退職被保険者数} + \text{老人保健医療給付対象者数}}$$

*その他とは他法優先分等で、費用全体の2%ほどである

上記のように求められた結果が「1人当たり実績医療費」で、山口県は478千円、全国平均が354千円となっている。この式からわかるように、1人当たり実績医療費は、一般被保険者、退職被保険者、老人保健医療給付対象者を丸めて計算されたものである。

そこで、次に、1人当たり医療費を対象者（一般、退職、老人）別にバラしてみよう。計算方法は一般被保険者を例にとれば、以下のとおりだ。

$$\text{一般被保険者の1人当たり実績医療費} = \frac{\text{一般被保険者に関わる(保険者負担額} + \text{一部負担金} + \text{その他)}}{\text{一般被保険者数}}$$

このように対象者別にバラした結果、意外な事実が明らかになった。山口県は、一般も、退職者も、老人も、いずれの医療費も全国1位ではないのである。

山口県は1人当たり実績医療費が1位、北海道は2位である。ところが、一般被保険者、退職被保険者、老人保健医療給付対象者を個別に見ると、山口県はどれをとっても北海道より低い(図表1-1-1)。退職被保険者にいたっては、全国平均に比べても低いくらいだ。

図表1-1-1. 1人当たり実績医療費の比較

(単位：千円)

	一般被保険者	退職被保険者	老人保健対象者	全体
山口県	231	357	882	478
北海道	237	442	1,014	472
全国平均	186	362	800	354

では、なぜ、全体を丸めると山口県の1人当たり実績医療費が全国1位なるのだろうか。答えは簡単だ。一般被保険者に比べて、費用がかかりがちな老人(「老人保健医療給付対象者」と記すべきであるが、以下、簡略に「老人」という)が多いからである。山口県の国保加入者中の老人比率は35%に上っている(図表1-1-2)。全国平均に比べて10ポイント以上も高い。医療費が高い老人比率が高いので、個人個人が使う医療費はあまり大きくなくても、全ての対象者の平均をとると1位になってしまうのである。

図表1-1-2. 国保の中の被保険者の構成比

(単位：%)

	一般被保険者	退職被保険者	老人保健対象者	全体
山口県	48.5	16.9	34.6	100.0
北海道	60.9	12.1	27.0	100.0
全国平均	64.5	11.4	24.1	100.0

山口県の1人当たり実績医療費(全体)

$$= 231 \times 48.5\% + 357 \times 16.9\% + 882 \times 34.6\%$$

このように、現状の医療費マップは、老人比率に大きく左右されたものである。したがって、医療費マップで1位になったからといって「山口県は医療費を下げましょう」と短絡的に言うことはできない。「山口県は国保の中の老人比率を下げましょう」というのが関の山なのである。

この問題を是正するため、厚生省は「地域差指数」を発表している。これは、実績給付費を基準給付費（年齢階層別 1 人当たり医療費が、全国平均と同じと仮定したときの当該保険者の費用、と説明されている。厚生省の内部資料で、公表はしないという。）で割ったものだ。ひとことで言うと、加入者の年齢別構成を補正したものである。これによると、山口県の順位は 10 位にまで下がる。

しかし、「山口県は本当（何が本当かと言う議論もあるが）は 10 位なのだが、計算方法によっては 1 位になる」と認識している人はまずいない。地元紙でも、地域差指数にはまったく触れていないのが現状だ。

「都道府県別では山口県が 47 万 8 千円、対全国比 1.349 でトップ。」

（2000/08/11 中国新聞朝刊）

2. なぜ老人保健医療給付対象者の比率が高くなるのか

ここまでの内容から、山口県は高齢者が多い、と思われる人も多いだろう。しかし、山口県の70歳以上人口比率は15%（全国平均11%）で全国8位。医療費を1位に押し上げるほど高齢者比率が高いわけではない。

山口県は、高齢者が多いのではない。「国保の」老人だけが多いのだ。こうすると論理破綻を来たしているように思われるかもしれない。この点について、少し掘り下げてみよう。

山口県の国保対象者に占める老人比率は35%で、これは全国2位にあたる。一方、70歳以上の高齢者比率は全国8位であった。なぜ、このように2つの異なった順位が出てくるのだろうか。かいつまんで言うと、高齢者比率が高くなっても、国保の老人比率が高くなるケースがあるからである。

繰り返しになるが、医療費マップの1人当たり実績医療費は「国民健康保険」だけのものだ。被用者保険の加入者分は含まれていない。

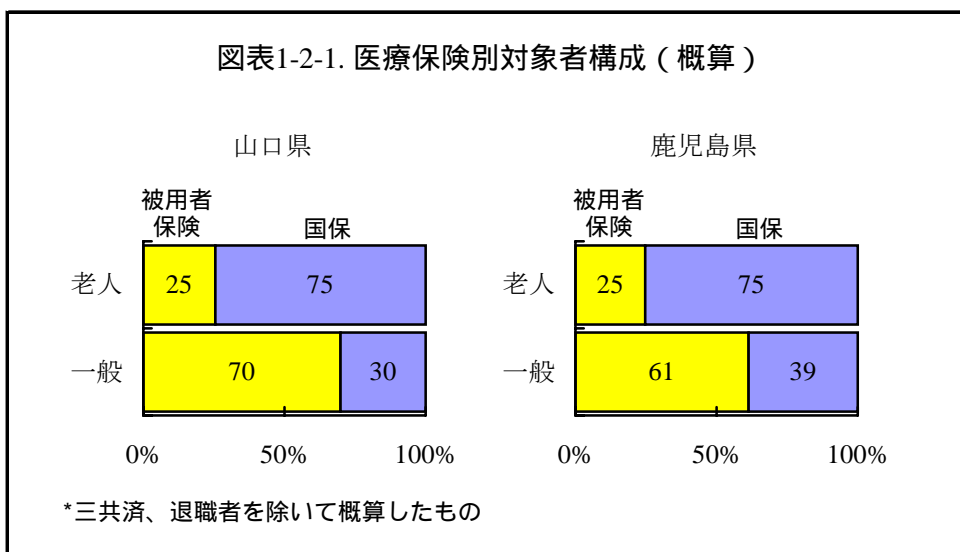
仮に、国保には一般被保険者（若者）と老人保健医療給付対象者（老人）しかいないとする。すべての若者が被用者保険に加入している場合、国保の対象者は老人だけだ。老人の1人当たり実績医療費 = 全体の1人当たり実績医療費となる。老人医療費は一般に比べれば高いので、全体の1人当たり医療費も当然高くなる。

逆に、若者がすべて国保に加入していると、国保の老人比率は、全人口に占める高齢者比率とほぼ同じである。全体平均の1人当たり実績医療費は、若者の分に薄められて低下することになる。

また、同じ高齢者でも、生活保護世帯の人や被用者保険の加入者および被扶養者となっている人は、国保の対象外である。このため、国保以外の適用を受けている高齢者が多い県でも、国保の中の老人比率は低くなる。

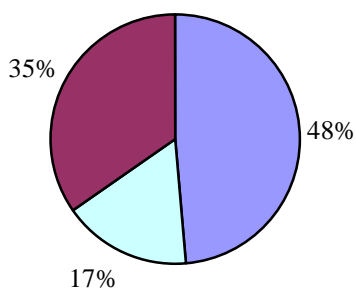
山口県と高齢者比率が同じ鹿児島県とを比較してみよう。

山口県では若者（一般）の7割が被用者保険に加入している。逆に、国保には3割くらいしか加入していない。これに比べ、鹿児島県では、若者の4割近くが国保に加入している（図表 1-2-1）。したがって、全人口に占める高齢者比率が同じくらいでも、国保の中だけで見ると、山口県の老人比率は鹿児島県に比べて5ポイントも高くなっている（図表 1-2-2）。これが、高齢者比率が高くないにもかかわらず、山口県の国保老人比率が高い理由である。

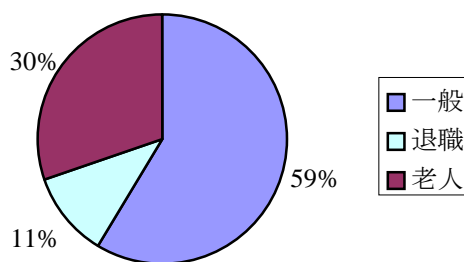


図表 1-2-2. 国保の中の構成

山口県の国保対象者比率



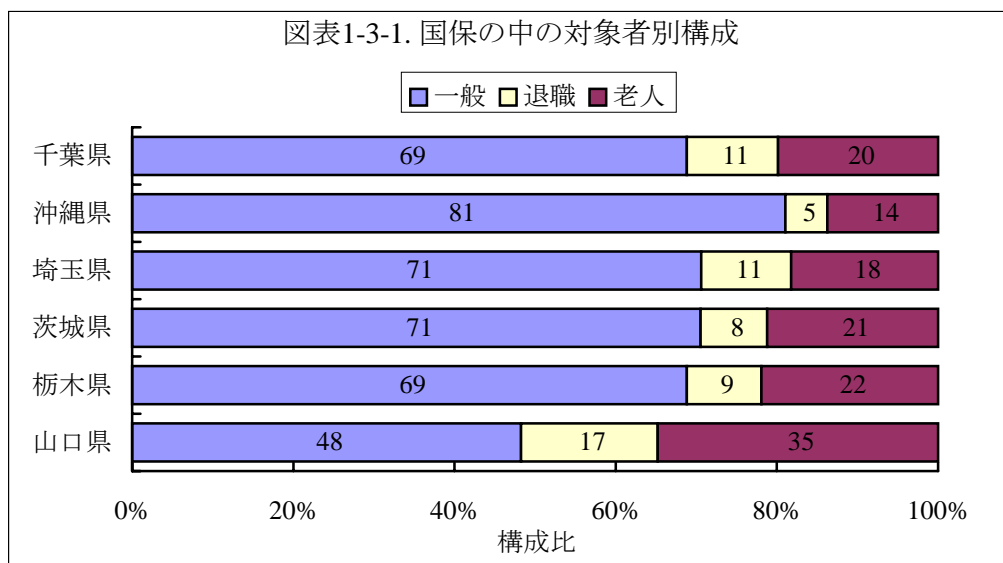
鹿児島県の国保対象者比率



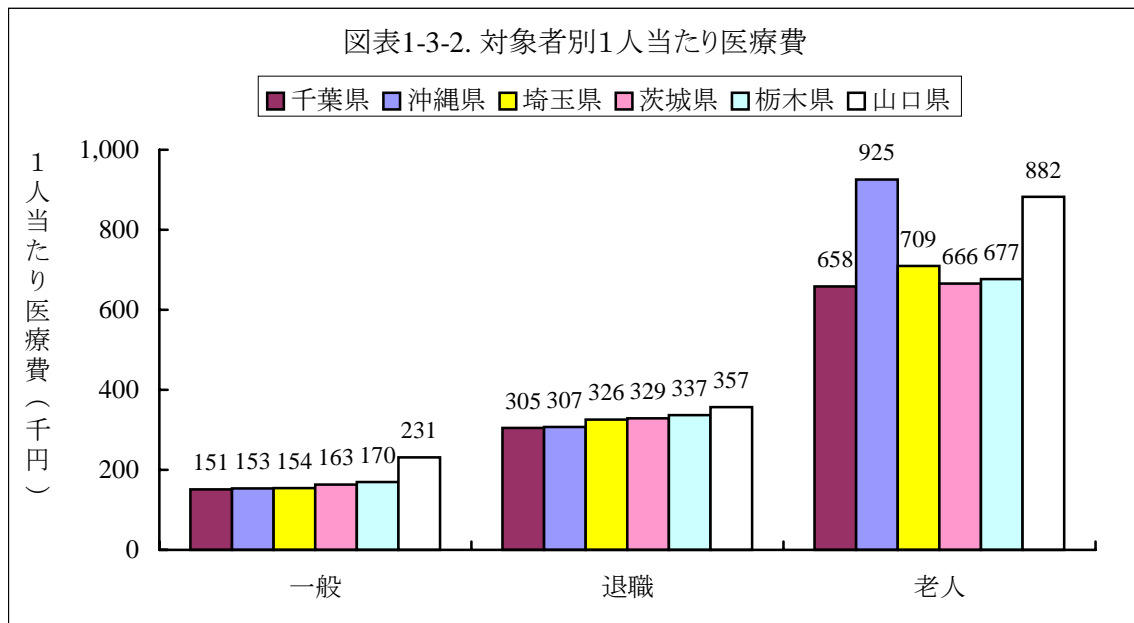
3. 医療費が低い県と比べて

では、医療費が低い県は、山口県と比べて老人比率が低いのだろうか。

全体を丸めた実績医療費が低いのは、千葉県(47位)、沖縄県(46位)、埼玉県(45位)、茨城県(44位)、栃木県(43位)などである。沖縄県を除いて、いずれも北関東に位置している点が興味深い。これらの下位5県は、山口県と比較して極めて老人比率が低い(図表1-3-1)。やはり、このためもあって全体の1人当たり医療費も低く抑えられているのだ。



次に、対象者別に見てみると、山口県では、一般および老人医療費は下位5県に比べて突出しているが、退職者についてはほぼ同じである。また、差がついているとはいえ、一般では千葉県に比べて1.5倍で、全体を丸めたときに千葉県とつく差の1.8倍に比べると小さい。老人では沖縄県の方が高いくらいだ。「医療費マップ」が、個人個人の医療費の大きさよりも、老人比率に影響を受けているのは、ここでも明らかである。



また、全体では1位の山口県と最下位の千葉県との差は1.8倍とされているが、個別に見ると、もっとも大きく差がついているのは、老人1位の福岡県と最下位の長野県で1.7倍となった(図表1-3-2)。一般では1.6倍、退職では1.5倍にまで差が縮まっている。

図表1-3-2. 対象者別の1人当たり実績医療費順位

(単位:千円/人)

順位	全体	一般被保険者	退職者被保険者	老人保健
1	山口 478	徳島 245	北海道 442	福岡 1,023
47	千葉 267	千葉 151	千葉 305	長野 611

1位/47位

1.8倍

1.6倍

1.5倍

1.7倍

しかし、そうはいつでも、一般では徳島県、退職では北海道、そして老人では福岡県のそれぞれ1人当たり医療費の高さは看過できない。山口県も一般被保険者の医療費はかなり高い。では、対象者別に切り分けても医療費の高い県と低い県があるのはなぜだろうか。

次章では医療費と、医療費に差を生じると考えられるさまざまな要因との関係を分析していくこととする。

・医療費が高い県、低い県

1. 病床数が多い県の医療費は高いのか

医療費マップには、入院医療費と病床数にはかなり強い相関がある、と記載されている。需要を超えたベッド数がある場合、何もしなければベッドは空いたままだが、普通はベッドを埋めようという意識が働く。その結果、入院医療費が高まる、という理屈で、病床数の多さが問題視されている。病床数が「ニワトリ」で、入院患者が「タマゴ」というわけだ。しかし、ほんとうにそうだろうか。

次頁の図表 2-1 は、病床数と入院医療費（入院地域差指数）との関係を、開設者別に示したものだ。明らかに、国公立病院よりも民間病院の病床数と医療費との相関が強い。

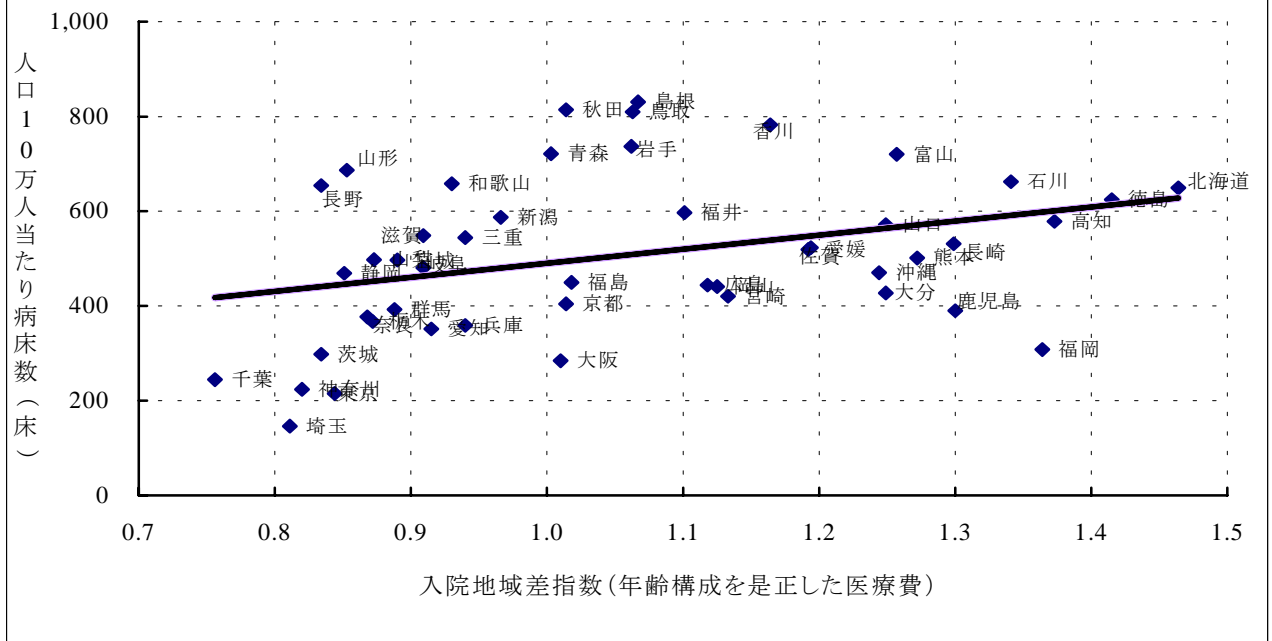
民間病院は、十分な患者数が見込まれるから病院を設立する、または病床を増やす、と考える方が自然である。患者のアテもないのに、病床を拡張する経営者はいないだろう。

一方、国公立病院の病床数は容易に増減できない。しかし、もし病床数の多さが医療費を押し上げる一因であれば、現状の病床数が多い県では、医療費が高くても良いはずである。ところが国公立病院の病床数と医療費の間にはほとんど相関がない。

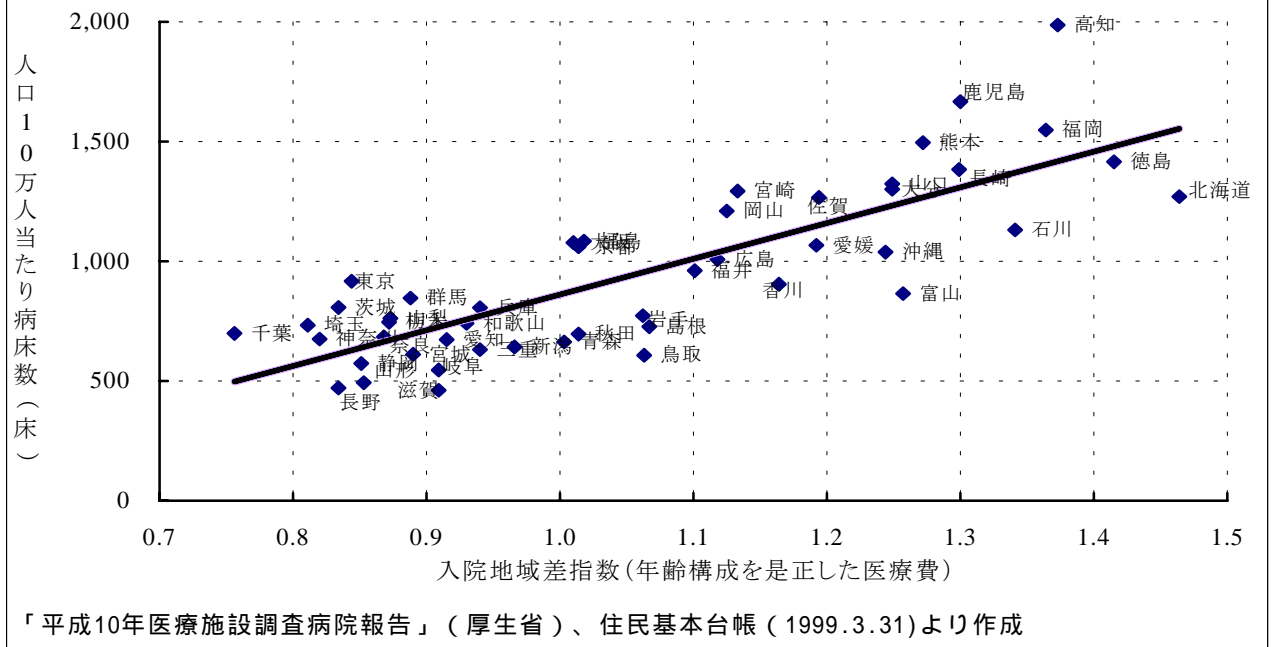
これは、病床数が多いから医療費（患者）が増えるのではなく、むしろその逆で、ニーズがあるから病床数が増えることを示唆してはならないだろうか。

そこで、病床数と医療費との関係にとどまらず、なぜ医療費の高い県や低い県があるのか、なぜ県によってニーズが異なるのか、という根本的な問題に目を向けてみることにしたい。

図表2-1-1. 入院地域差指数と国公立病院の病床数



図表2-1-2. 入院地域差指数と民間病院の病床数



「平成10年医療施設調査病院報告」(厚生省)、住民基本台帳(1999.3.31)より作成

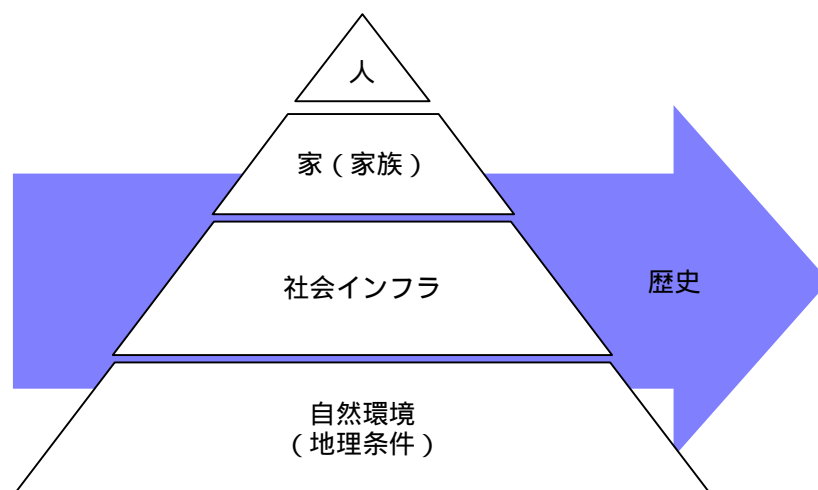
2. 医療費の高さを検証する視点

人は、家に住んでいる。単身世帯も同居世帯もひっくるめて家族と捉えれば、家族で家に住んでいる。家があるのは、町であり、県である。道路や下水道などの社会インフラは自治体によって整備状況が異なり、生活への影響も違って来る。また、社会インフラは自然環境という土壌の上に形成される。たとえば海がなければ港湾施設はない。豪雨や豪雪に見舞われなければ、そうでない場所に比べて、道路舗装の必要性は多少低くなる。

そこで、ここでは以下の図に示す4つの視点で、なぜ医療費に差があるかを検証した。実際には、人、家族、社会インフラ、自然環境の根底を「歴史」が流れている。たとえば、阪神淡路大震災により平均寿命が下がった兵庫県、原爆医療費を除くと医療費順位が4位から7位（推定）に下がる広島県、などが歴史の影響を大きく受けた例であろう。しかし歴史的背景を定量的に表現することは非常に難しいので、ここでは歴史の影響も無視できないことを記すにとどめたい。

また、やみくもに検証の範囲を広げても論点がぼやけてしまうので、まず以下の視点ごとに仮説を設定した。そして、その中で1人当たり実績医療費との相関が高かったものについて、掘り下げて検討した。（次頁図表 2-2-1 参照）。

医療費の高さを検証する視点



図表2-2-1. 1人当たり実績医療費との相関

□:相関図を作成した項目

*: マイナスは「負の相関」、つまり医療費が高い県ほど低い項目である

仮説	項目	医療費との相関係数*		
		一般	老人	
人				
<ul style="list-style-type: none"> ・平均寿命が長い県は、老人医療費が高い。 ・特定の死亡原因での死亡率が高い県は、医療費が高い 	男性の平均寿命	-0.290	-0.263	
	女性の平均寿命	0.165	0.215	
	死亡率（上位10位 / 死亡率順）			
	・悪性新生物	0.741	0.190	
	・心疾患	0.619	0.055	
	・脳血管疾患	0.455	-0.223	
	・肺炎	0.733	0.418	
	・不慮の事故	-0.323	0.078	
	・自殺	0.183	-0.007	
	・老衰	0.114	-0.483	
	・腎不全	0.692	0.287	
	・肝疾患	0.403	0.493	
	・慢性閉塞性肺疾患	0.438	0.252	
家(家族)				
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者だけで暮らす世帯が多い県は、老人医療費が高い。家庭で介護できず、入院しがちな傾向にある。 ・家族がいる世帯では医療費が低い。誰かに看病してもらえる。 ・家が広い県では、医療費が減る。逆に狭いと入院しがちな傾向にあり、医療費が上がる。 ・子供に手がかからない県では医療費が高い。そうでない県に比べて、医療機関に行く時間的余裕がある。 ・持ち家率が高い件では、医療費が少ない。病気になっても安心して自宅にすることができる。 	高齢者（65歳以上）のみの世帯比率	0.391	0.646	
	1世帯当たりの人員数(負の相関)	-0.208	-0.507	
	1人当たりの畳数(負の相関)	0.391	-0.176	
	育児時間(負の相関)	-0.391	-0.312	
	持ち家率（負の相関）	0.165	-0.398	

仮説	項目	医療費との相関係数 ¹⁾	
		一般	老人
社会インフラ			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 娯楽性の高い公共施設が少ない県は、医療費が高い(負の相関があるはず)。医療機関が集いの場と化している。 ・ 下水道が普及していない県では、医療費が高い。 ・ 公共機関等へのアクセスが良いと、医療費があがる(医療機関にも行きやすいはずである。) 	1人当たり公衆浴場	0.362	0.138
	1人当たり公民館の数	0.150	-0.374
	1人当たりパチンコ店	0.047	-0.212
	1人当たり飲食店	-0.179	0.074
	1人当たりバー・キャバレー数 (以上すべて負の相関)	-0.076	0.259
	下水道普及率(負の相関)	-0.342	0.115
	人口10万人当たりの舗装道路距離	0.479	-0.095
	通勤・通学時間(負の相関)	-0.578	-0.628
自然環境(地理的条件)			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 海のある県では、医療費が高い。海に関係する事故や病気、食生活の違いがある。 ・ 山が険しい県では、医療費が高い。病院へのアクセスが他の県よりも困難である。 ・ 日照時間が長い県では、医療費が高い。外出しやすい。 ・ 帰省に時間がかかる人が多い県では、医療費が高い。簡単に帰省できないため、安心のためあらかじめ身内を入院させたり、延命措置をとったりする。 	10万人当たりの海岸線距離	0.480	0.482
	森林面積比率	0.422	-0.030
	日照時間	0.177	0.324
	東京から都道府県所在地までの移動時間(沖縄県を除いて、原則電車利用)	0.760	0.612
その他(上記視点の複合的なもの)			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特定の職業が多い県では、医療費が高い。 ・ 社会参加の意欲が高い県では、医療費が高い。(通院も社会活動の一環?) 	漁業従事者比率	0.522	0.420
	建設業従事者比率	0.485	0.288
	農林業従事者比率	0.342	-0.059
	サービス業従事者比率	0.130	0.537
	製造業従事者比率	-0.355	-0.545
	投票率(2000/06総選挙)	0.386	-0.192

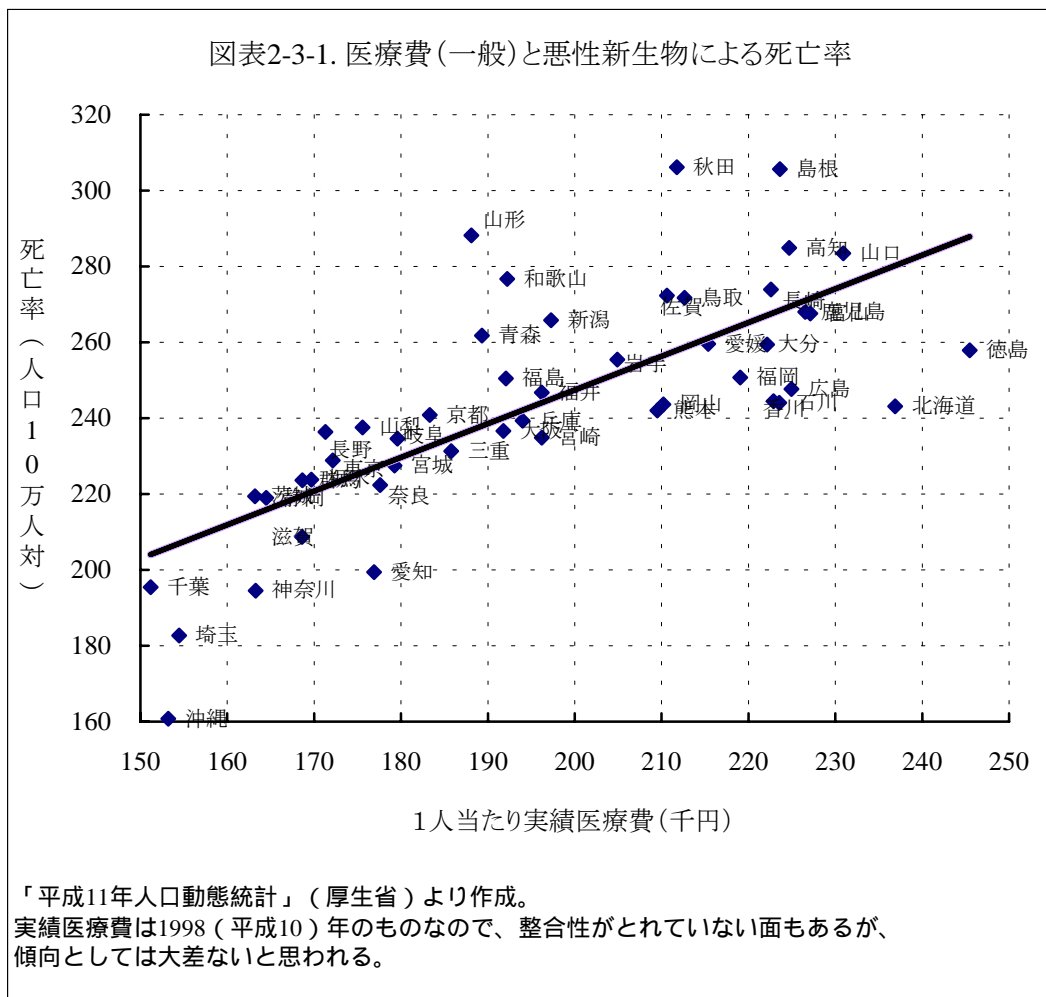
注：1. さまざまな分野の調査と比較しているため、比較した年が合っていないものもあるが、大勢には影響ないと考える
2. 参考資料は巻末に記す

3. 医療費の高さとその背景

(1) 人(年齢、疾病)と医療費

一般被保険者の1人当たり実績医療費が高い県は、悪性新生物による死亡率が高い(図表2-3-1)。肺炎による死亡率と実績医療費との関係も高いが、これは他の病気での療養中に併発することも多いためかと思われる。

一方、老人医療費では、老衰で亡くなる人が多い県ほど1人当たり医療費も小さい。逆に、病院で亡くなるような病気が多い県ほど、1人当たり医療費が高い、といえるだろう。

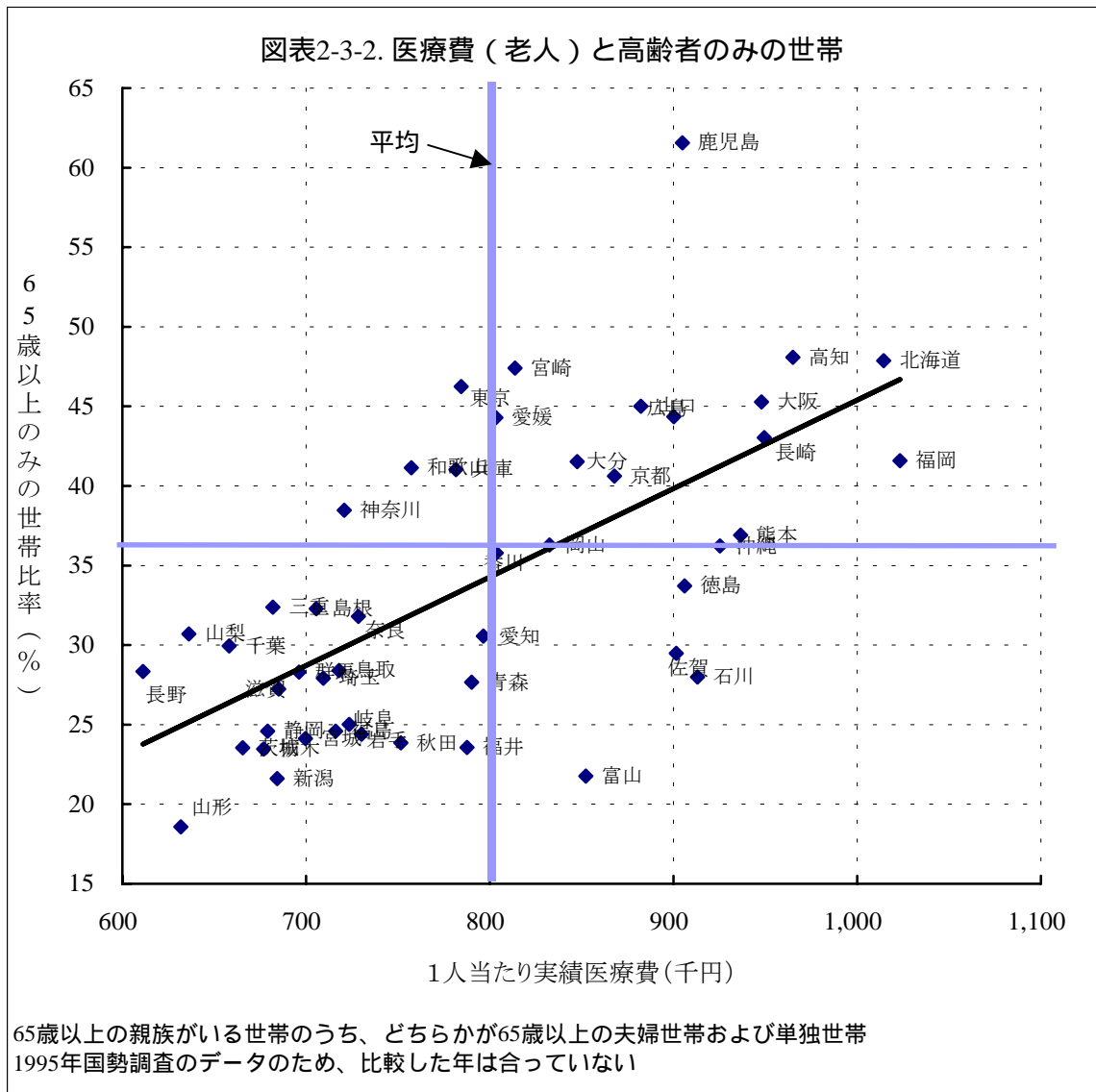


(2) 家(家族)と医療費

家が狭かったり、貸家であったりすると、家にいづらいため、入院しがちなのではないかとこの仮説を立てた。しかし、これについては確認できなかった。

明確な傾向が出たのは、高齢者のみの世帯が多い県では、老人医療費が高いという点である。

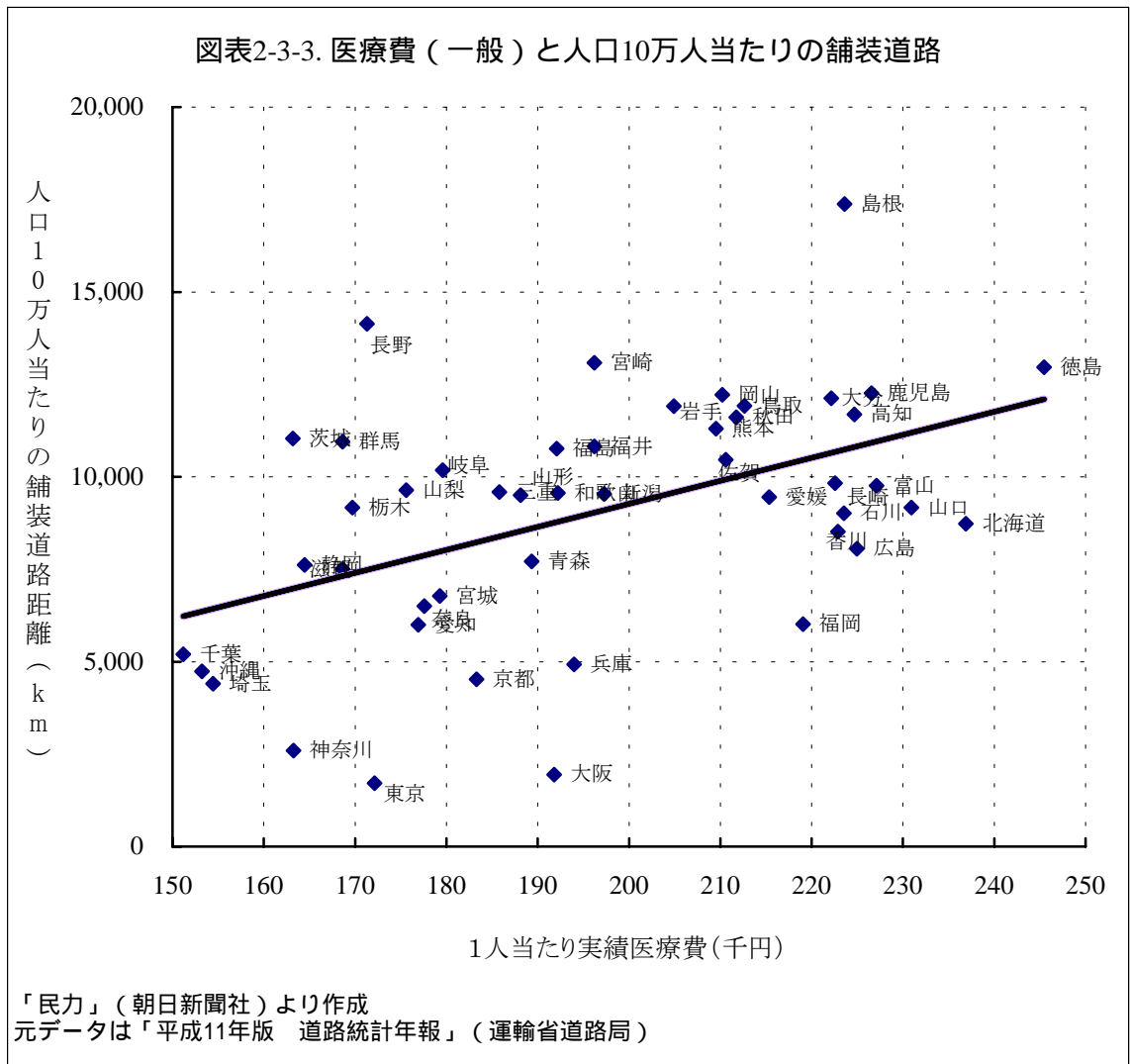
65歳以上の高齢者が65歳以上のみ(65歳以上の独居と、どちらかが65歳以上の夫婦。どちらかが65歳未満の夫婦を含む。)で暮らしている世帯が多い県は、老人の1人当たり医療費もほぼ確実に高い(図表2-3-2)。高齢者のみの世帯の場合は、病気になったときの介護の負担が大きいので、入院する傾向が強いが、若者(65歳未満)親族と同居している場合は、家族の介護を得て家庭内療養ができる、ということなのだろうか。



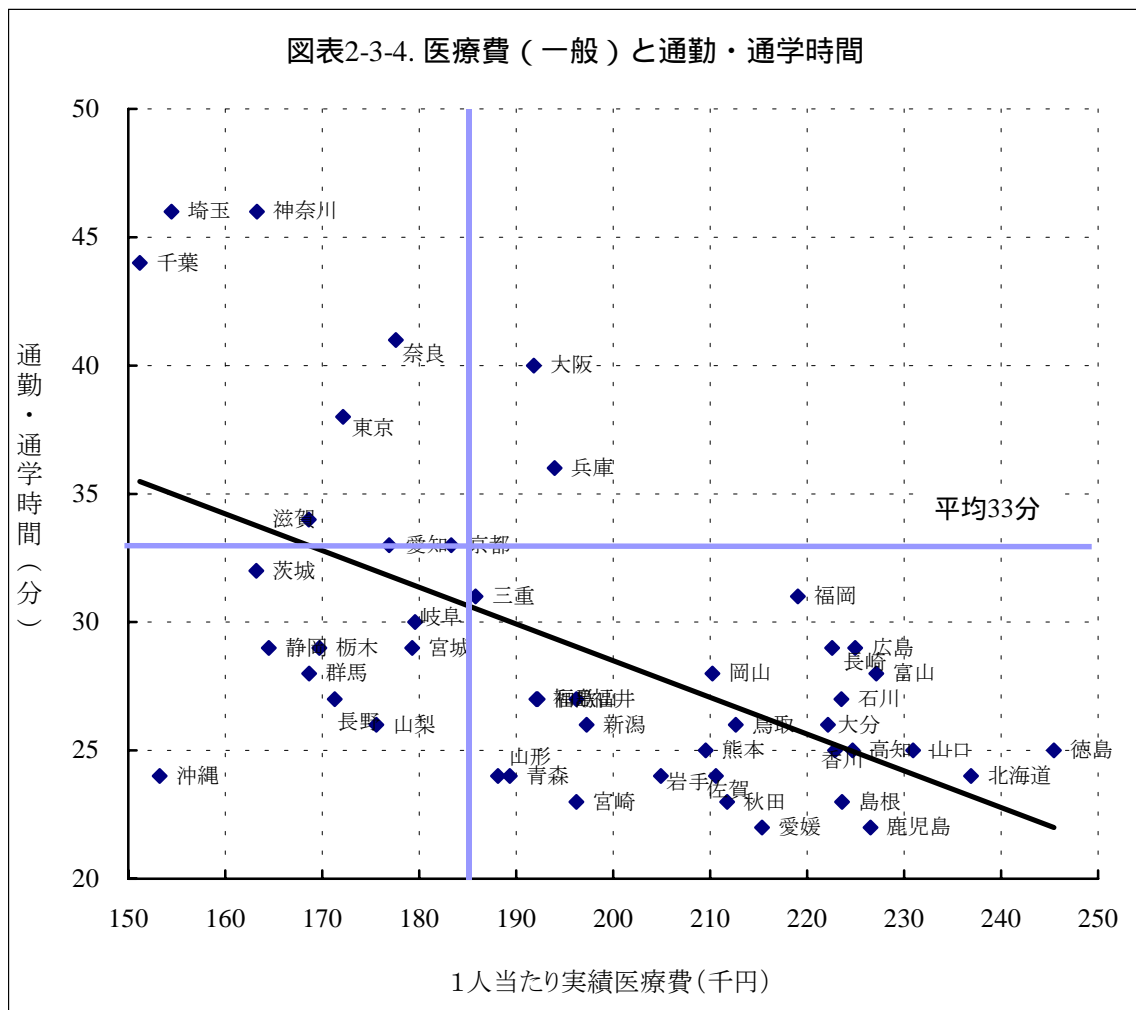
(3) 社会インフラと医療費

ここでは、医療機関に行きやすい県では医療費が高くなるという仮説を設定した。

人口 10 万人当たりの舗装道路距離が長い県、すなわち縦横無尽に舗装道路が張り巡らされているような県では、医療費が高い(図表 2-3-3)。



ただし、これだけでは、実際に医療機関に到着するまでのどのくらいの時間がかかるのかはわからない。そこで、通勤・通学時間をもって、医療機関へのアクセス時間を検討してみた。その結果、医療費が平均以上のほとんどすべての県で、通勤・通学時間が平均よりも短かったのだ（図表 2-3-4）。



通勤・通学時間を仮に医療機関への通院時間と見なし、道路舗装距離との相関も踏まえると、

医療機関へのアクセスが良いと、比較的軽症でも、とりあえず医療機関にかかろうという人が多い。

患者の家族にとっても、医療機関が物理的・心理的に身近である。家族が入院しても見舞いやすいので、入院への抵抗が少ない。

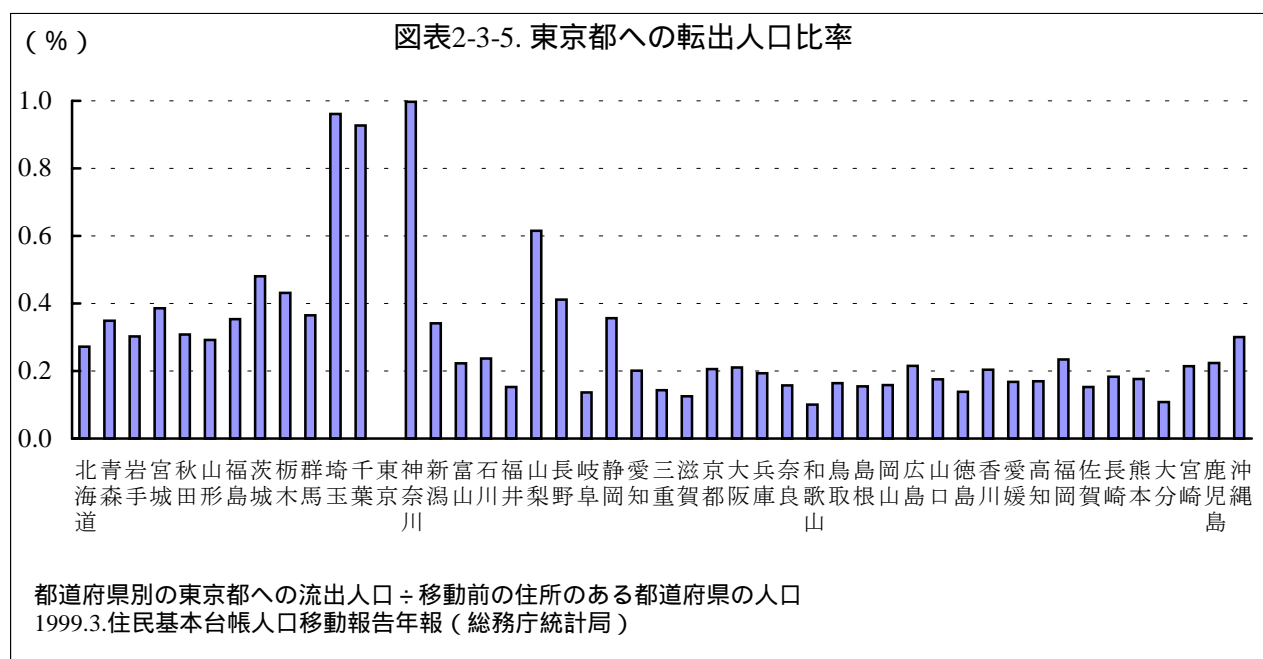
という点があるのではないかと推察される。

(4) 自然環境(地理的条件)と医療費 - 故郷は遠くにありて -

自然環境(地理的条件)と医療費の関係については非常に興味深い結果が得られた。

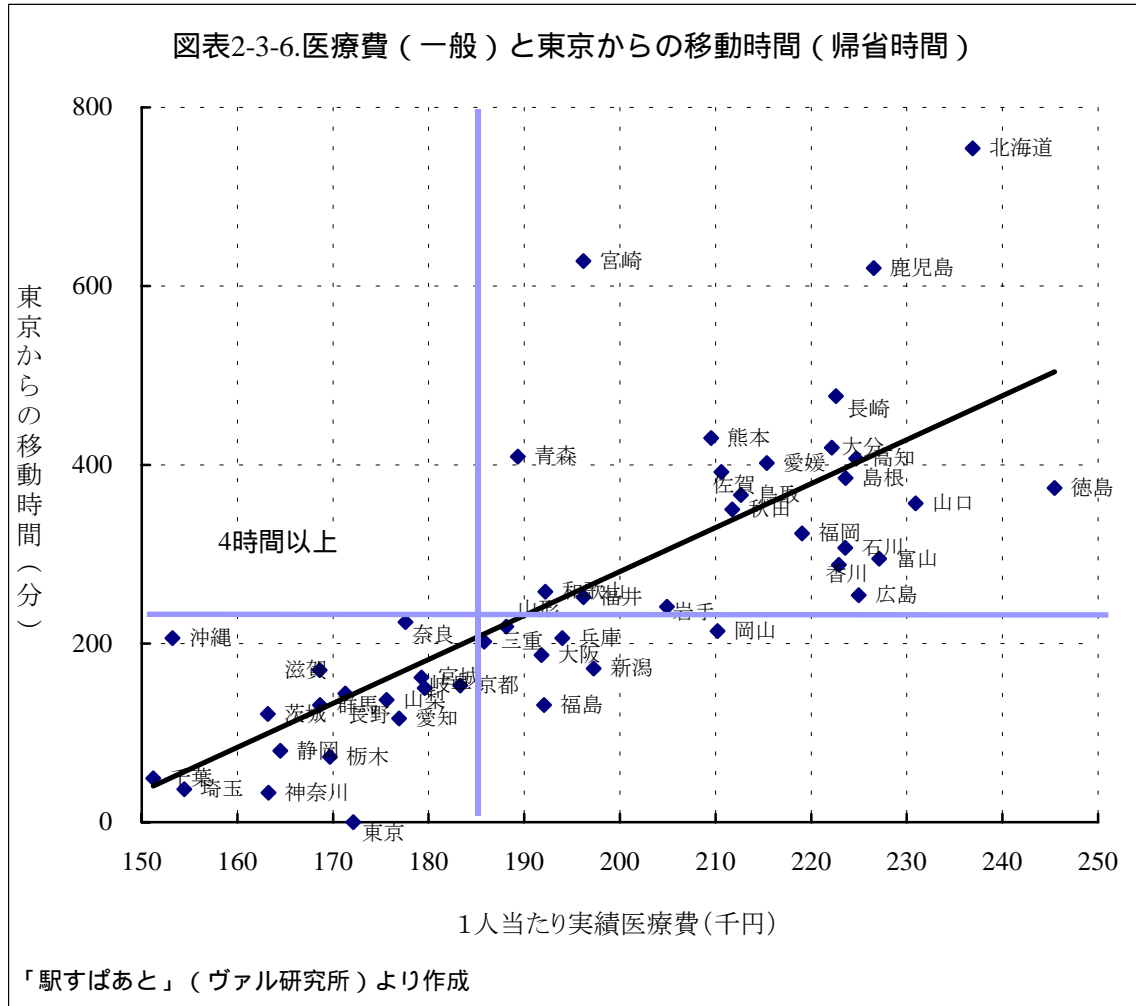
東京から遠く、東京からの移動時間が長い県ほど、医療費が高いのである。東京からの移動時間は、帰省時間と考えてよいだろう。故郷が遠くにあるほど、地元の医療費は高くなる。

なお、帰省時間であれば、西日本の場合、大阪からの時間を採用する方が妥当ではないかとの見方もあろう。西日本の場合、就職先や進学先として東京よりも大阪の方が多いのではないかと思われるからである。しかし、東京の方が極めてパイが大きいので、東京へは西日本からも多くの住民が流出している(図表2-3-5)。



そこで、東京を起点にし、都道府県所在地までの移動時間と医療費の関係を分析した。移動時間の算定にあたっては、沖縄県をのぞいて、原則、電車利用とした。

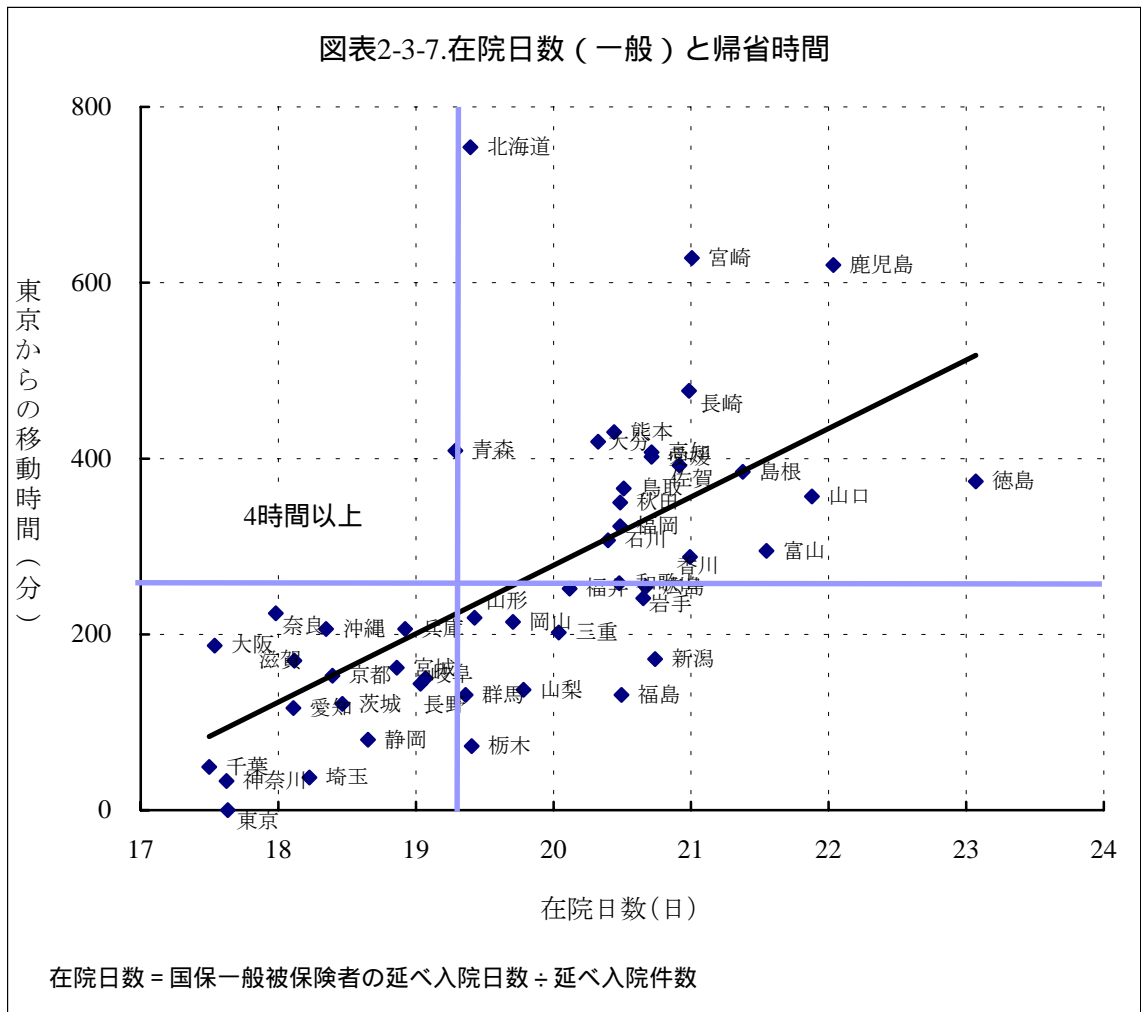
東京からの移動時間が4時間を超える（半日近くかかる）すべての県で、医療費が平均を上回っている（図表 2-3-6）。



これについては、親族（高齢者に限らない）が遠くにいて、いざというときに容易に帰省できないので、「大事をとって」親族を入院させておく傾向にある。終末期においても、駆けつけるまでに時間がかかるので、延命治療が施されるケースが少なくない。というのが、現時点での私見である。

また、これを裏付けるものとして、次に帰省時間と在院日数の関係を示しておきたい。

帰省にほぼ半日かかる（4時間以上）ほとんどの県で、在院日数が平均より長い（図表2-3-7）。安心のため、あるいは延命のために入院日数が長くなっているのではないだろうか。



(5) 診療にかかわるその他の指標と医療費

以上の4つの視点からの検証結果を再確認するために、診療にかかわるその他の指標と1人当たり医療費との関係を示す(図表2-3-8)。

図表2-3-8. 1人当たり医療費との相関係数

		一般	老人
入院	1件当たり医療費	-0.281	-0.443
	1件当たり日数	0.826	-0.378
	1人当たり件数	0.916	0.661
入院外	1件当たり医療費	0.336	0.285
	1件当たり日数	0.576	0.477
	1人当たり件数	0.705	0.204

一般被保険者については、

- ・ 1件当たりの入院日数
- ・ 1人当たりの入院および入院外件数

と医療費の相関が強い。このうち、入院日数は帰省時間との関係が強い。

また1人当たり件数が多い県では医療費が高いが、1件当たりの費用と医療費の間にはあまり相関がない。医療費が高いのは1回当たりの単価が高いのではなく、比較的頻繁に医療機関にかかっているからであるといえる。これは、医療機関へのアクセスの良さと医療費の関係を裏付けることにもなる。

老人の入院医療費についても、1人当たりの件数が多い県ほど医療費が高い。医療費の高い県では、1人が何度も入院しているのが実態だ。(高知県では1人当たり1.4回入院、長野県では0.6回)。

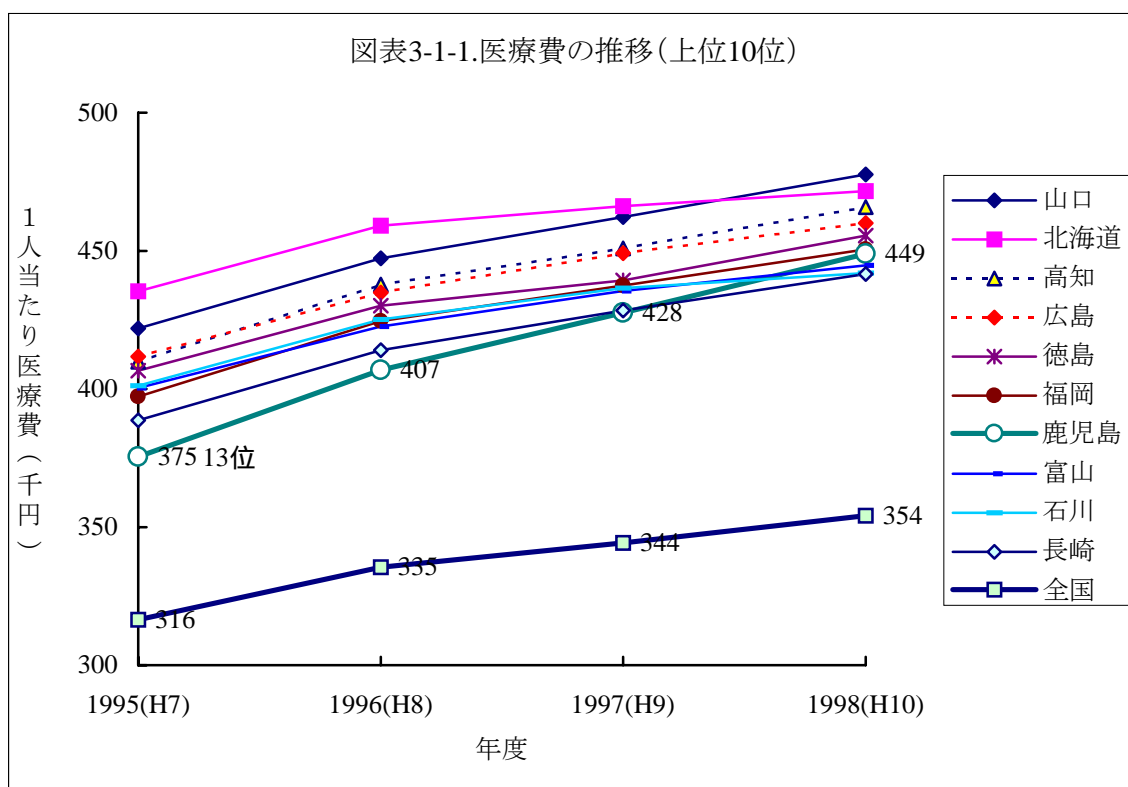
・ 鹿児島県の苦悩

1. 急増する医療費

ここまで、1人当たり医療費に差がつく、いくつかの要因を探ってきた。次に、一時的な高低ではなく、医療費の推移に目を向けてみたい。

4年前から見ると、どの県の1人当たり医療費も上昇を続けている。中でも増加しているのは鹿児島県である。

鹿児島県は1998(平成10)年度には7位であったが、1995(平成7)年には13位。もっと遡ると、10年前の1988(昭和63)年には21位であった(図表3-1-1)。鹿児島県の医療費順位は急上昇していると言ってもいいくらいだ。

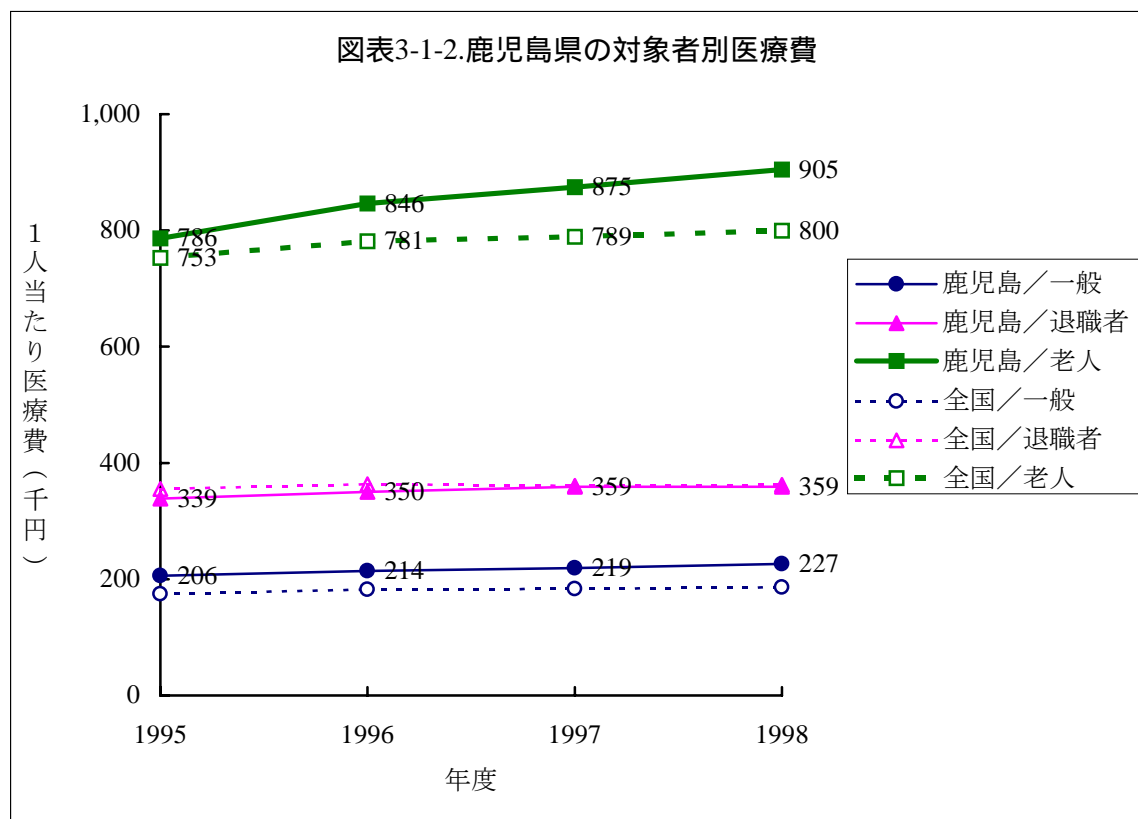


ただ、1人当たり医療費は、一般・退職・老人の医療費を丸めたものであって、実態を表していないのはこれまで述べてきたとおりである。そこで、まずは、対象者別に医療費の推移を見てみよう。

鹿児島県では、1995（平成7）年度の退職者医療費は全国平均とほぼ同じ、一般と老人医療費が全国平均よりわずかに高い程度であった。

その後、一般・退職医療費は、全国的な増加傾向と同じような伸びを示している。ところが、老人医療費は、1995（平成7）年度以降、1998（平成10）年度までの4年間に1人当たり119千円も増加した（図表3-1-2）。その結果、全国平均と105千円の差がついてしまっている。

一体、この4年間で、鹿児島県の高齢者に何が起こったのだろうか。

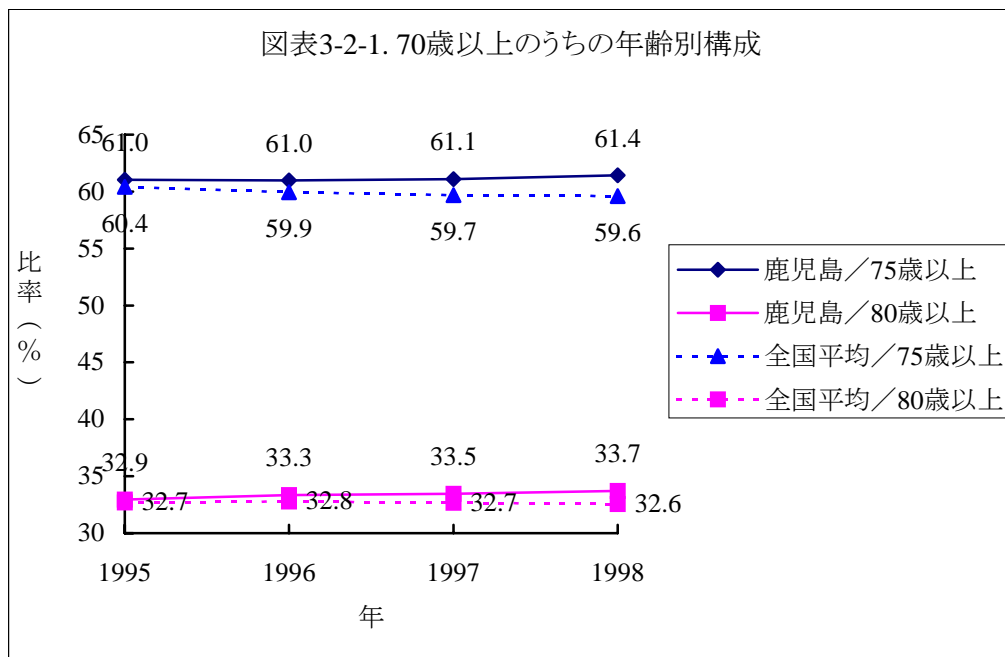


2. 老人医療費上昇の背景

鹿児島県の老人医療費上昇の要因を、現地へのヒアリングも含めて、さまざまな角度から探ってみたが、結論からいうと明快な解は得られなかった。強いていえば、それだけ要因が複雑に絡み合っているためであろうと思う。十分な分析とはいえないが、以下、参考までに検証結果を整理しておきたい。

<高齢者の構成>

全体の1人当たり実績医療費は、構成者比率、つまり一般、退職、老人の構成比によって容易に変わり得る、と述べた。ここでは老人医療費に初めから限定しているので、高齢者が多い、というのは理由にならない。しかし、老人の中でも、後期高齢者が多いほど、平均値が上昇する、とは考えられる。



鹿児島県は70歳以上の高齢者のうち、75歳以上で切っても、80歳以上で見ても、その比率が上昇している（図表3-2-1）。これらの後期高齢者がより多くの医療費を費やすとすれば、鹿児島県の老人医療費が全国平均以上に上昇するのはもっともなことである。

そこで、後期高齢者の増加が、どの程度、医療費に影響を与えるかを試算してみた。

70 歳から 74 歳までの 1 人当たり医療費が、退職被保険者 1 人当たり医療費の約 40 千円増し程度の 400 千円と仮置きする。

1998 (平成 10) 年度の老人全体の医療費 905 千円に合うように、75 歳から 79 歳までと、80 歳以上の医療費単価をそれぞれ設定する。

単価に年齢別高齢者比率を掛け合わせる。

この結果、老人全体の 1 人当たり医療費は、1995 年から 1998 年にかけて 10 千円増えたと計算される。

参考: 年齢別医療費を仮置きした際の老人全体の 1 人当たり医療費 (試算)

		70-74歳	75-79歳	80歳-	老人1人当たり (千円/人)
鹿児島県	1995 (H7) 年	39%	28%	33%	895
	1998 (H10) 年	39%	28%	34%	905
【仮定】年齢別単価(千円/人)		400	580	1,750	

実際には、1995 (平成 7) 年の老人 1 人当たり医療費は、786 千円であったので、119 千円 (905 - 786 千円) 増加している。このうちの 10 千円分が、後期高齢者の増加によるものということもできるわけだ。

なお、年齢別の単価は何通りも設定できる。特に 80 歳以上の単価を高く設定するほど、老人全体の 1 人当たり医療費は、後期高齢者の増減に左右されやすくなる。ここでは、後期高齢者の単価をかなり高い水準に設定してみた。しかし、このように置いても、後期高齢者の増加は、医療費の上昇に対して、せいぜい 10 数千円分しか寄与していない。

では、残りの約 110 千円の増加分については、ほかにどのような背景が考えられるだろうか。章でとりあげた 4 つの視点 (人、家族、社会インフラ、自然環境) から検討してみた。

<人（年齢・疾病）>

悪性新生物による死亡率が高い県ほど医療費も高い。鹿児島県は悪性新生物を死因とする死亡率が最も高い県であり、しかも年々増加している。しかし、人口10万人対死亡率は過去4年間で20人程度伸びただけである。増加分がすべて新たな患者になったとしても、1人当たりの医療費に与える影響は多くて数百円程度であろうと思われる。

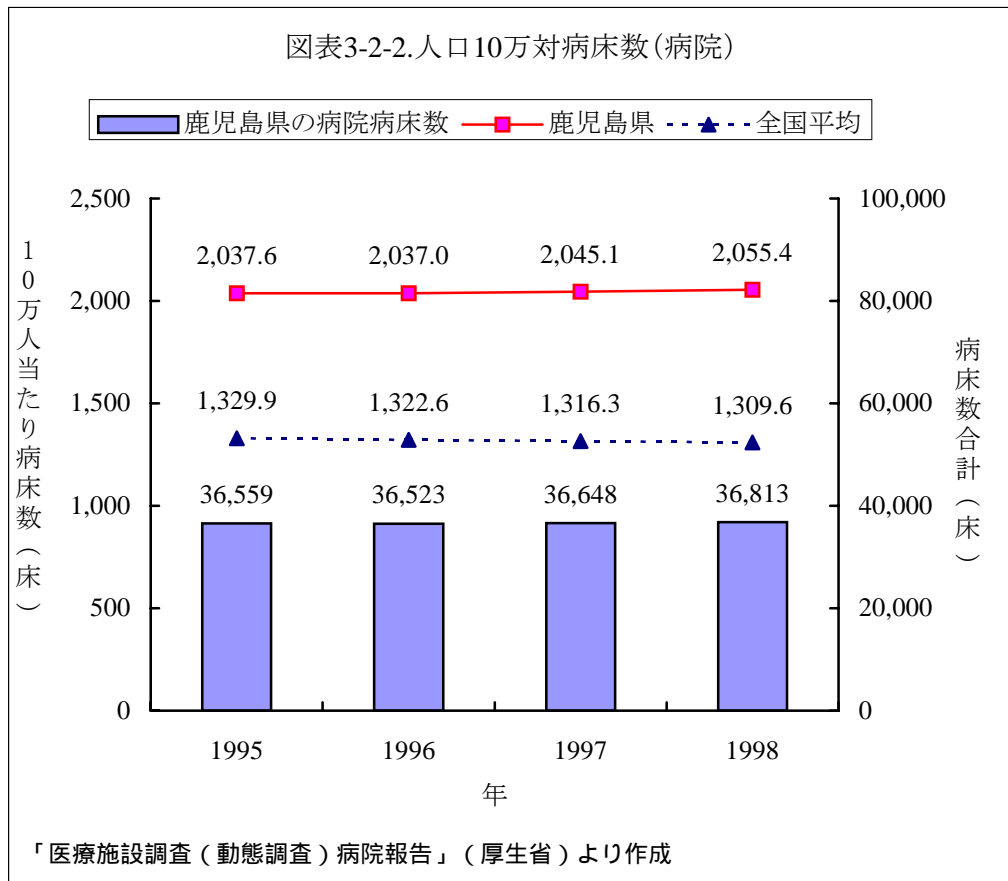
<家・家族>

高齢者が高齢者のみで暮らす世帯が多い県では、1人当たり医療費が多い。鹿児島県は65歳以上の世帯（どちらかが65歳以上の夫婦世帯、単独世帯）比率が62%（全国平均36%）で全国1位だ。とはいえ、5年前（1990年）の国勢調査から見ると、全国平均が6ポイント増加したのに比べ、鹿児島県では5ポイントしか増加していない。高齢者世帯比率は、医療費に差がつくひとつの要因ではあるが、ここ数年の急増に大きな影響を与えたとは考えにくい。

<社会インフラ>

1人当たり医療費は、1人当たりの舗装道路距離が長い県、通勤・通学時間が短い県で高い。医療機関へのアクセスが良く、行きやすいからであろう。しかし、これらの指標も数年の間に急激に変化するものではない。

病床数で見ると、鹿児島県の1人当たり病床数は年々増加し、過去4年間で254床増えた。また、この4年間で人口が3千人減少しており、人口10万人当たりでは17.8床の増加となっている（図表3-2-2）。



17.8 床をすべて高齢者が占有するとどうなるだろうか。次のように考えてみた。

老人の平均入院日数は 62 日なので、1 年間にベッドは 5.9 回転する。

17.8 床が 5.9 回転したとして、1 年間で人口 10 万人あたり 105 人分のキャパシティが増えたと考えられる。

そこで、今まで病院にかかっていなかった医療費ゼロの高齢者 105 人が、新たに患者になったと考える。高齢者の 1 人当たり医療費は 905 千円なので、人口 10 万人当たり、新たに 95 百万円の医療費が追加されることになる。

これは、今まで病院にかかったこともなかったような人が患者になる例であるが、それでも 1 人当たり直すと医療費は 950 円の増加にしかない。

参考: 国保老人 1 人当たり医療費増加額の試算

a 増加病床／人口10万人		17.8 床
b 老人保健1人当たり医療費		905 千円
c 一般病床平均在院日数		62.0 日
d ベッド回転数／年	$=365 \div c$	5.9 回
e 新規入院患者／人口10万人・年	$=a \times d$	105 人

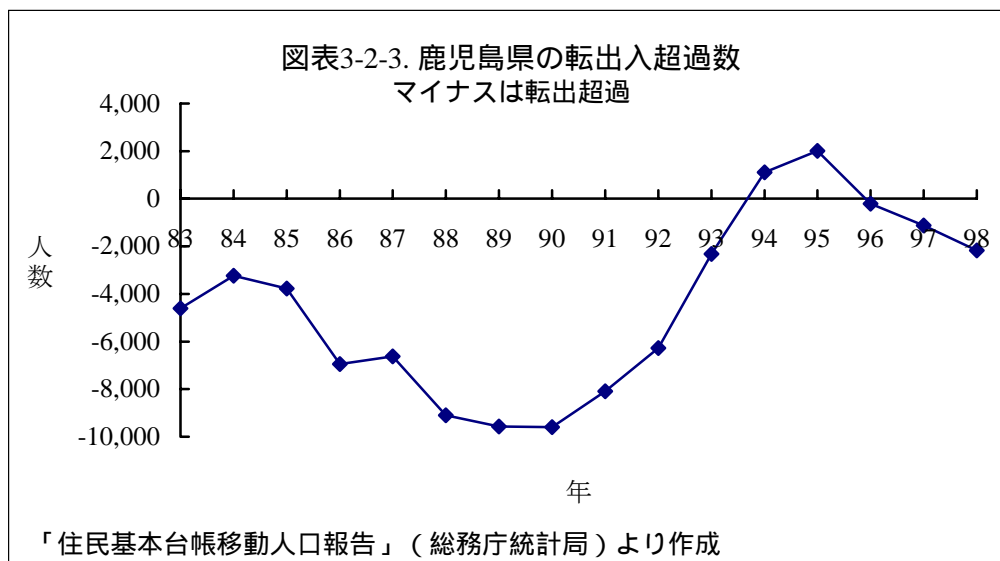
↓

人口10万人当たりの医療費増加額	$=e \times b$	95,075 千円
1人当たりの医療費増加額		0.95 千円

また、病院のほかに、老人保健施設の増減も分析してみた。1998（平成 10）年度の 65 歳人口 10 万人当たり老健施設の定員は 4,260 人であり、1995（平成 7）年以降、1,710 人分増加している。仮にこれを 1,710 人分の新規需要が喚起できたと見ると、1 人当たり老人医療費を約 4 千円押し上げることになる。（905 千円 × 1,710 人 ÷ 65 歳以上人口計 386 千人。）

< 自然環境（地理的条件） >

自然環境も、急激には変化しない。ただ、鹿児島県は、1995（平成7）年以降、人口がふたたび流出超過に転じている（図表3-2-3）。県外に出ている人が親族を鹿児島に残しているとすれば、「大事をとって」入院させるケースも多少は増えているかと思われる。



< まとめ >

以上の分析から、119千円の増加分のうち、後期高齢者の増加によるものが10千円、人口当たりの病床数や老健施設の増加によるものが5千円程度と推察される。また全国平均で47千円増加しているので、この分を、全国共通の要因によるものと見なすと、残り57千円（119 - 10 - 5 - 47千円）の増加要因が不明である。

また、同じ鹿児島県の1人当たり老人医療費といっても、最大の町（1,112千円）と最小の町（542千円）の間には570千円もの開きがある。より厳密に考察するならば、市町村ごとに時系列の変化に着目していく必要があるだろう。

・ 考察 - これからの医療費問題 -

1. もうひとつの医療費マップ

現状の「医療費マップ」は、老人比率に大きく左右されるもので、実態を表していない。とはいえ、医療費マップは現場の都道府県から見るとセンセーショナルな指標である。中味が分析されることなく、やみくもに医療費抑制に進むおそれも否定できない。全体を丸めた1人当たり医療費だけで議論をするのは危険である。

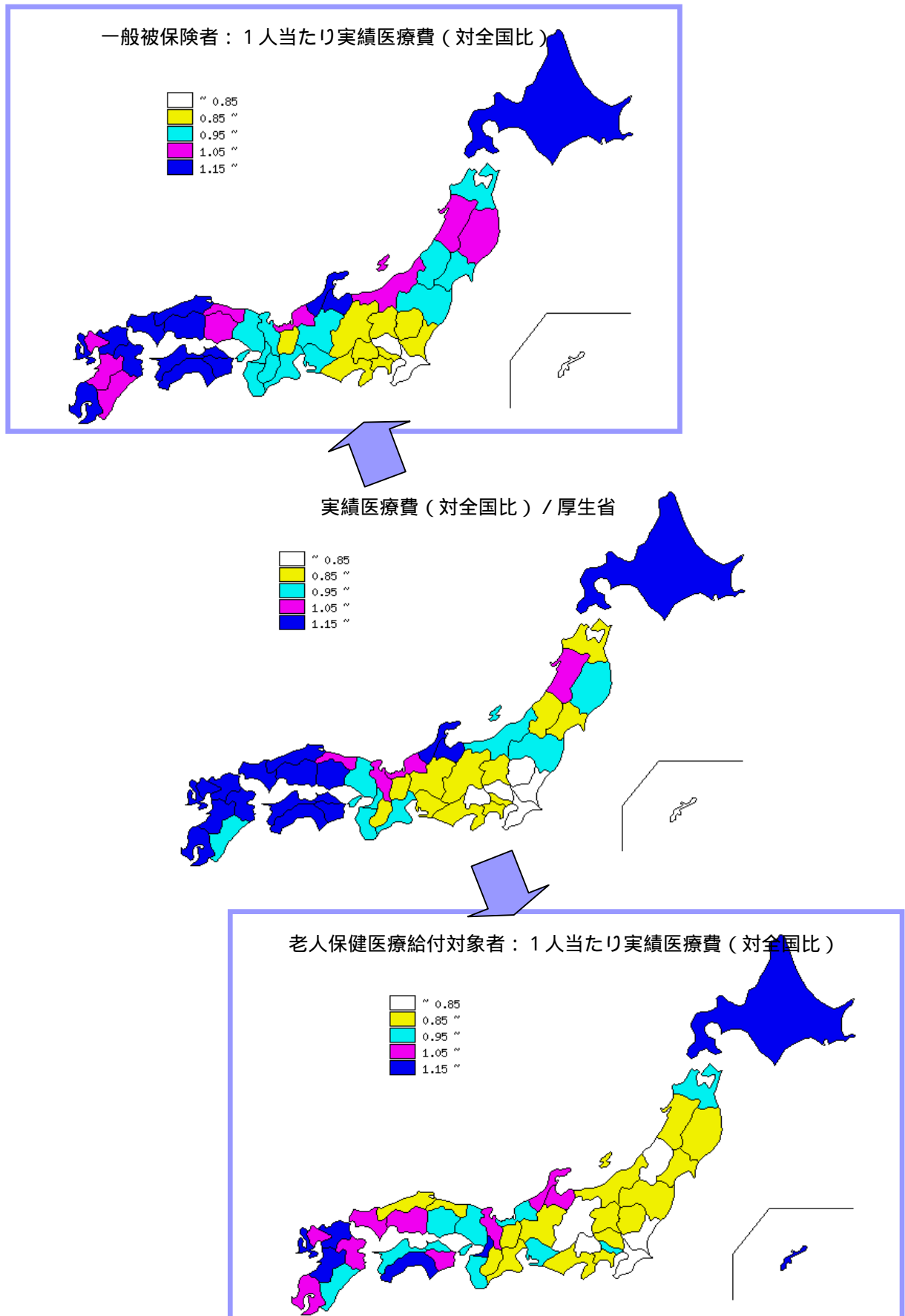
年齢構成を是正した地域差指数も公表されているが、マスコミ等にはあまり採り上げられない。指数であって実数でないため、わかりにくいのだ。

そこで、実績医療費を対象者別に分けて、新たに医療費マップを作成してみた(ここでは退職被保険者の分は省略する)。

その結果が、次頁の図表 4-1 である。医療費の西高東低というおおまかな傾向は変わらない。しかし、医療費順位については、同じ県でも、一般と老人の順位は異なっている。このように対象者別に医療費マップを描くことによって初めて、誰(一般、退職者、老人)に課題があるかが明らかになってくる。

また、一般医療費では西高東低の傾向がより強いことも見て取れる。

図表4-1. 対象者別医療費マップ

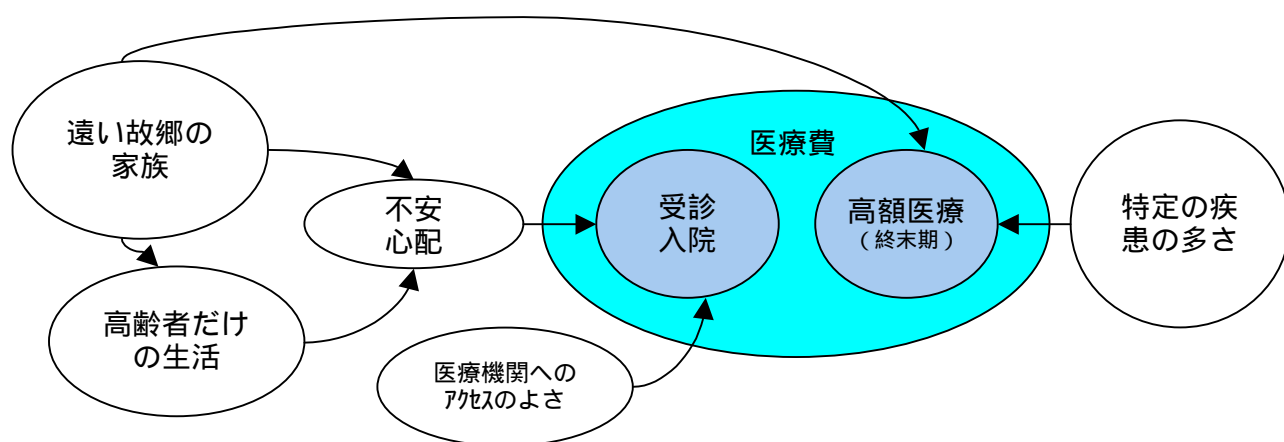


2. 医療費を引き上げるストーリー

医療費マップを対象者別に作成すれば、問題の所在は判明する。しかし、これだけでは、どうして医療費に差があるのかはわからない。

章では、医療費と相関の高い事象を採り上げた。これを整理すると、医療費が高い県では、次のようなストーリーで医療費が高くなっていると考えることができる（図表 4-2）。

図表4-2. 医療費との関連図



医療費が高い県は、東京から遠く離れ、おいそれと帰省することはできない。遠く離れた親が心配で、大事をとって入院させることがある。また終末期にあたっては、駆けつけるまでかなりの時間がかかるので、延命措置がとられる。このため医療費が高くなる。

一方、地元ではどうか。高齢者だけの世帯が多く、心配は大きいですが、医療機関へのアクセスは良い。気軽に医療機関に行ける環境にあるので、若い人も比較的に受診する。ここでも医療費があがる。

また原因はわからないが、医療費が高い県では、悪性新生物など高額医療になりやすい疾病が多い。これについては更なる原因究明が待たれるところだ。

さて、問題は、この図式のいずれの項目をも容易に引き下げられないという点にある。東京への一極集中を「医療費」のために引き下げることが不可能だ。高齢者だけの生活にしても、高齢者の自立は肯定こそすれ、家族との同居を強要できるものではない。医療費との相関が高い死亡原因（悪性新生物など）別死亡率の削減も、都道府県の現場で対策を打つのは極めて困難なことである。

3. 一県一医療費マップ

では、当面どのような打ち手が考えられるだろうか。

まず厚生省は、現場をミスリーディングするような指標を打ち上げるべきではない。全体を丸めた指標で、しかも、他の都道府県と比較した相対順位を示すことには意味がない。たとえば、対象者別の医療費と対前年度増減額など、現場にとって意味のある数字を示してはどうだろうか。

次に現場の課題としては、各都道府県単位 - できれば市町村単位 - で対象者別の医療費マップを作成して問題究明にあたることである。これまで述べてきたように、医療費と関連のある項目はいくつかあるが、何が根本原因であるか、問題がどのくらい影響しあっているかなどは、現場でなければわからない。逆に、現場レベルで継続的にウォッチしていけば意味のある発見もあるのではないだろうか。

21世紀には、さらに行政上のさまざまな権限が地方に移譲されていくだろう。医療費の問題についても地方で突っ込んだ分析ができれば、と思う。このための方法論として、たとえば、各県医師会がそれぞれ研究テーマとして取り組むようなことも提案したい。

ただしいずれにしても留意すべき点がある。それは安易に医療費抑制に走ってはならないということだ。繰り返しになるが、医療費に差がつくのは、地域固有の問題が複雑に絡み合っているからである。医療費の抑制が行き過ぎれば、それまでの地域生活のバランスが崩れ、人々に大きな負担を強いることにもなりかねない。

肝腎なのは、高いか低いかよりも、急激に医療費が上昇した際に何が起きたかに着目し、そこに挺入れすることだと考える。

おわりに

「1人当たりの医療費が高いが、なぜだろうか。いろいろな要因が考えられる」とまではよく言われる。しかし、それ以上の分析は少ない。1997（平成9）年に国民健康保険中央会が発表した「市町村における医療費の背景要因に関する報告書」くらいではないだろうか。考えられる要因が多すぎて処理できない、というのが理由のひとつであろう。

今回の分析は、「山口県の医療費が1位なのはなぜだろう？」という疑問に始まっており、研究として十分なものではない。しかし、何らかの要因を探らなければ、「医療費が高い」は嘆きの言葉に終わってしまう。実際には、現場の市町村自体にも取り組んで頂きたい問題だとは考えるが、そのために、国レベルで、検討の方向性を示していく必要があるのではないだろうか。検討要因は限りなく多いが、コンピュータを駆使すれば、ある程度の狙いをつけるのは不可能ではないはずだ。

ところで、現場の市町村にも諦めがある。ある自治体に「1人当たり医療費が高くなっているのはなぜか」と聞いてみた。と、「高齢者比率が増えている」という答えが返ってくる。しかし、本文中でも触れたように、たとえば鹿児島県の例では老人の1人当たり医療費が高い。これは老人だけを見ているので、高齢者比率とは関係がないのだ。また、どう考えても高齢者比率の増加以上に医療費が上昇しているところも多い。

「高齢者比率が高い」と呪文のように唱えて、誰（一般、退職、老人）がどのくらい使っているのか、どの程度増えているのか、増えたときに何が起きているか、といったことに目を覆っているのではないだろうか。

なお、蛇足であるが、医療費は西高東低である。西高東低といえば、高校の共学比率や、冬の天気などを思いつく。これらは「性格」の差を生じるかもしれない。「性格」によって、医療機関に対する心理的敷居の高さ、医師とのコミュニケーション、医師への要求などに差がつくとすれば、これらが医療費に与える影響も少なくないのではないかと思う。機会があれば、このような視点からも医療費を切ってみたいものである。

【参考資料】

- 「国民健康保険医療費マップ」厚生省保険局
- 「国民健康保険事業年報」厚生省保健局
- 「政府管掌健康保険・船員保険・厚生年金保険・国民年金・組合管掌健康保険・国民健康保険・老人保健 事業年報」社会保険庁
- 「老人保健事業報告」厚生省大臣官房統計情報部
- 「民力」朝日新聞社
- 「国勢調査」総務庁統計局 <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/index.htm>
- 「人口推計」総務庁統計局 <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.htm>
- 「住民基本台帳人口移動報告」総務庁統計局 <http://www.stat.go.jp/data/idou/index.htm>
- 「医療施設調査（動態調査）病院報告」厚生省大臣官房統計情報部
- 「人口動態統計」厚生省 http://www.mhw.go.jp/toukei/11nenfix_8/index.html
- 「老人保健施設調査」厚生省 http://www.mhw.go.jp/toukei/toukeihp/t_saikin.html#roken
- 「社会生活基本調査」総務庁統計局 <http://www.stat.go.jp/data/shakai/index.htm>
- 「平成 10 年度国民健康保険事業状況」鹿児島県
- 「駅すばあと」ヴァル研究所
- 「市町村における医療費の背景要因に関する報告書」(平成 9 年)国民健康保険中央会
日経新聞
中国新聞