

医療保険のあり方を考える



関西大学 経済学部
教授 一 圓 光 彌

保健福祉活動の充実と医療費

前号では、組合管掌健康保険と政
府管掌健康保険とを比較しながら、
職場や地域に根ざした適正規模の医
療保険のほうが、全国的な大規模な
健康保険より効率的な保険経営を達
成しやすいことを述べた。

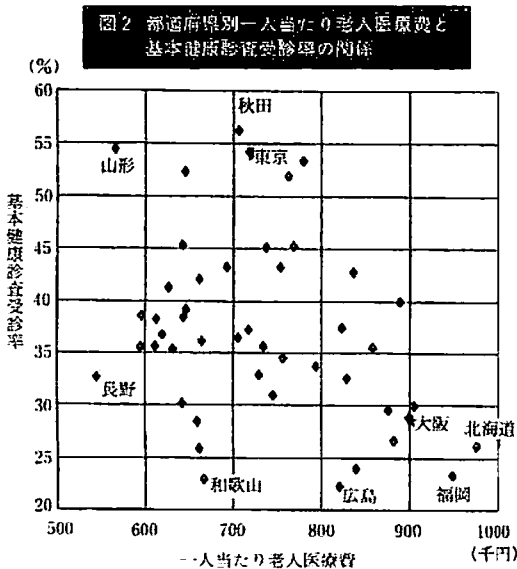
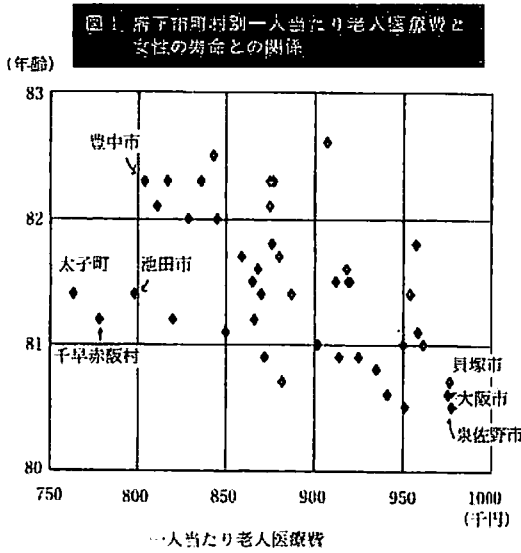
しかしそのことは、単に身近なと
ころで医療保険が適正規模で組織さ
れておればそれだけで効率的な運営
が実現するということを意味するの
ではない。保険者は、さまざまな方
法で医療保険を効率化しなければな
らないが、ここでは保険者が取り組
む保健事業が、医療保険の効率化に
どのような意義を果たすかについて
考えてみたい。

1 住む県や市町村で異なる医療費

1995年度の都道府県ごとの国
民健康保険の一人当たり医療費を調
べると、全国平均は29・8万円であ
ると、これに対して大阪府は32・1万円であ
った。^(注)一番高いのは北海道で43・
2万円、最低は沖縄県で22・6万円
である。これに対して大阪府は高い
ほうから数えて24番目に位置してい
た。一人当たり医療費に、北海道と
沖縄でおよそ2対1の開きがあるこ
とになる。県レベルでこの程度であ
るから、全国の市町村を比較すると
その差はもっと大きいに違いない。
誰でもどこでもいつでも、必要な医

療が平等に受けられる皆保険体制下
で、このような開きがあつてよいの
であろうか。もともと、保険者別の
一人当たり医療費は、その保険者の
高齢化の程度で随分異なるので、同
じような条件の人がどの程度の医療
費を使っているかを調べるには、年
齢構成を調整して比較することが必
要になる。

そこで、医療費のなかでも大きな
比重を占める老人医療に着目し、老
人保健の一人当たり医療費を都道府
県別に比較してみることにする。老
人保健分は、その対象者が70歳以上
(一定の障害者などは65歳以上)で
あるので、年齢構成の違いはそれほ
ど問題にならない。それによると、



1995年では全国平均は74・1万円、大阪府は、北海道(97・5万円)、福岡県(94・8万円)、高知県(90・5万円)に次いで4番目の89・9万円であった。大阪府の医療費は全国平均と比べて約2割高い計算になる。最低は長野県の54・5万円であり、北海道と長野県の一人当たり医療費には、43万円もの違いがあったことになる。

医療供給体制がまだ十分に整備されていなかった時期には、医療費が低いことは、利用できる医療機関が近くになくて十分な医療が受けられない事情を反映するものであった。しかしながら今日では、医療供給体制も整備されるようになったので、むしろ医療費が必要以上に高いことのほうが問題となるようになった。県民の健康状態を表す一つの指標として県民の寿命を比較すると、長野県は、男性は日本一の、女性は4番目の長生き県であるが、すでに述べたように医療費は、日本で最も低い県の一つである。反対に大阪府は、男性の寿命は青森に次いで短かく、女性の寿命は一番短い、老人の医療費は4番目の高さである。高い医

療費が住民の健康水準の高さに結びついていないことがわかる。同じような医療費(95年)と寿命(90年)の関係を大阪府の市町村で調べたのが図1である。この図でも、医療費が高い市町村ほど寿命が短くなる傾向がうかがえる。医療費を適正化すること、あるいはより効果的な保健医療サービスの提供を工夫することによって医療費を抑制することは、今の日本では、医療保障政策の一般的な目標として、的を射たものであるということが出来る。

2 保健福祉活動と医療費

一人当たり医療費に影響を与える要因としては、老人医療が大きく、そのなかでも入院医療が大きい。これからの人口高齢化を考えると、一方で医療供給体制の適正化を通して医療供給水準をマクロ的に規制することが不可欠であるが、同時に地域医療の強化を図り、地域における医療と福祉の連携を高め、老人の入院医療を適正化することが緊急の課題となっている。そこで以下では、保健福祉活動が、老人医療費とどのような関係にあるかを調べてみたい。

図2は、都道府県別の一人当たり老人医療費（95年）と基本健康診査受診率（94年）の関係を調べたものである。健康診査の受診率が高いほど医療費が低くなる傾向がある。都市と地方とで単純に比較はできないが、健康診査の受診率は、地域の保健活動のレベルを代表する一つの指標と考えてよいであろう。

大阪府全体の老人医療費が全国的に見て非常に高いことはすでに見たとおりであるが、同じ大阪府内でも市町村別の1996年の老健対象者

一人当たりの医療の給付等の費用を比較すると、平均が92・2万円

で、最高の泉佐野市の97・7万円と最低の太子町の76・3万円との間に20万円以上の開きがある。図3は、その市町村別の老人の一人当たり医療費と保健事業費の規模との関係を調べたものである。保健事業に力を入れている保険者ほど老人医療費が低くなる傾向が認められる。図4は、町村のみを取り出して同じ関係を示したものである。保健事業に対する支出を増加することは町村国保にとって大きな負担になるが、それにより老人医療費を節約できるとしたら、そのペネフィットはコストを大きく上回ることになるであろう。財政が厳しい時だからこ

図3 府下市町村別一人当たり老人医療費と保健事業費
(保健事業費の収入額に占める割合)

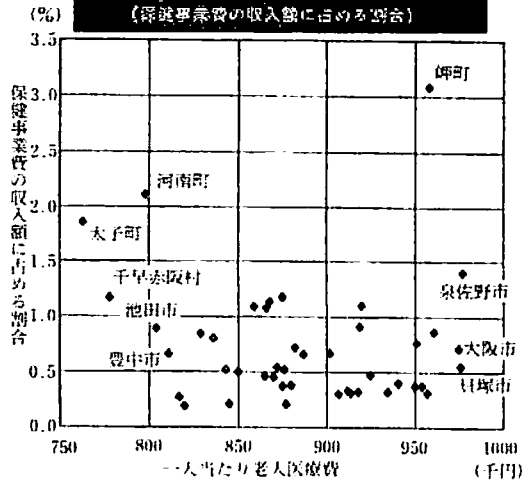
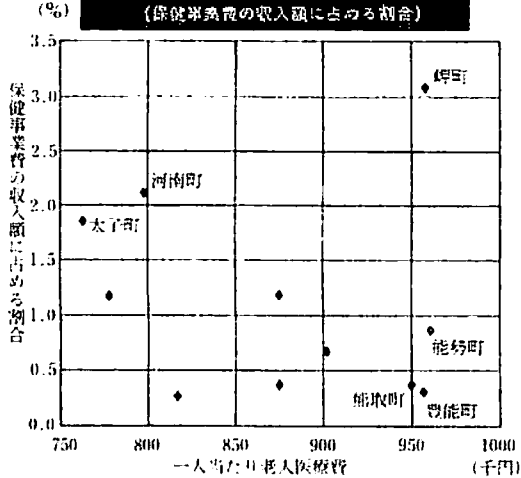
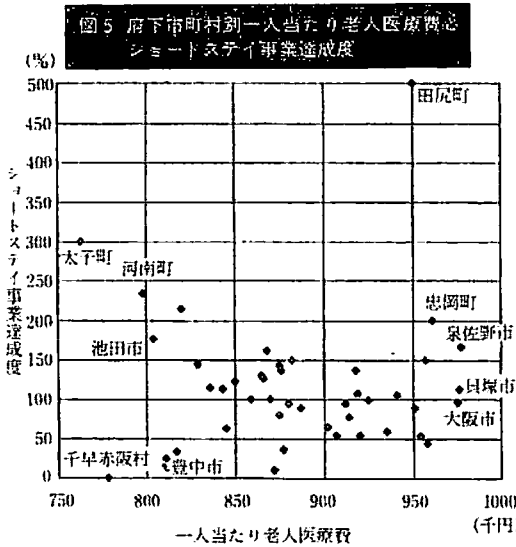


図4 府下町村別一人当たり老人医療費と保健事業費 (町村のみ)
(保健事業費の収入額に占める割合)





そ、保健事業に力を注ぐことが求められている。

同様のことは、福祉サービスの強化に關しても当てはまる。これから介護保険も市町村が保険者となつて主体的に取り組むことになるので、市町村にとつては、介護サービスの給付費と医療給付費との關係についても十分に関心を払う必要がある。そこで、各市町村の高齢者保健福祉計画の目標値の達成度を用いて、各市町村の福祉サービスの水準と老人医療費との關係を調べてみた。在宅福祉の3本柱といわれるホームヘル

プ事業、デイサービス事業、シヨートステイ事業の達成水準と老人医療費との關係を見ると、ホームヘルプ事業とデイサービス事業については、老人医療費との間で何らかの關係を認めることはできなかった。これらサービスは、医療費にはつきりとした影響を及ぼすほどには、供給水準が十分でないのかもしれない。これに対してシヨートステイ事業のほうは、図5の通り、達成度の高い市町村ほど老人医療費が低そうである。すでに述べたように、一人当たり医療費に影響を与える最も大きな要因

が入院の医療費であるので、入院サービスに對して代替性の高いシヨートステイの充実が、医療費の引き下げに一定の効果を果たすのかもしれない。その点は特別養護老人ホームについてもいえることで、図示するのは省くが、その定員の達成度は老人医療費の引き下げに若干影響しているように見えた。

注

- 1 ここていう一人当たり医療費とは、国民健康保険一般被保険者分、退職者医療分、老人保健分の療養の給付等の総計である(厚生省保険局調査課「平成7年度国民健康保険事業年報」)。
- 2 一人当たり老人医療費とは、老人保健分の療養の給付等合計である(注1と同じ資料)。
- 3 寿命は1990年の地域別生命表による(平成8年版大阪府衛生年報)。
- 4 検診受診率は、「市町村における医療費の背景要因に関する報告書」(市町村における医療費の背景要因に関する研究会、国民健康保険中央会刊、平成9年3月)による。
- 5 保健事業費の規模は、95年度における各市町村国民健康保険の収入額に占める割合をとっている(国民健康保険中央会「平成7年度国保3%推進運動実施状況報告」)。
- 6 99年度末の目標値に對する96年度の達成度の割合は、大阪府衛生対策審議会・保健・医療・福祉部会平成9年7月19日の資料による。