

医療保険のあり方を考える

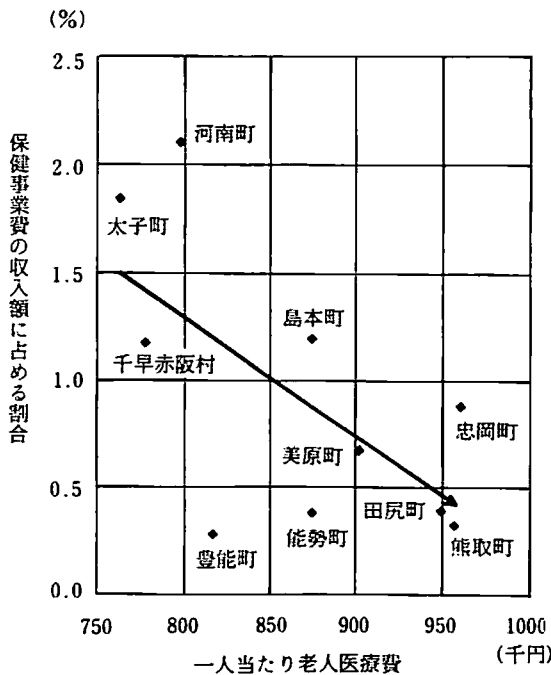
保健福祉活動の充実と国民健康保険財政

1 老人医療費と国保財政

前号では、現在の日本のような医療供給体制を前提とすれば、医療費が高ければ高いほどそれだけ住民の福祉が高いとはいえなくなっていること、保健福祉活動の水準が高い保険者ほど医療費は低く、保健福祉活動の強化は国民健康保険の事業運営にとっても費用効果の点で望ましい戦略になっていることを述べた。ここでは、より具体的に、どのような形で保険財政に影響があるかを例示しておきたい。

図1は、前号でも紹介したが、府下の町村の国民健康保険について、

図1 府下町村別一人当たり老人医療費と保健事業費（岬町を除く）
（保健事業費の収入額に占める割合）



関西大学 経済学部
教授 一圓光

彌

その収入に占める保健事業費の割合と一人当たり老人医療費の関係を示したものである。ただし町村のなかで特異な地位にある岬町は除いている。このデータから保健事業費の割合と老人医療費の関係を計算すると、保健事業費0・1%と一人当たり老人医療費1・8万円が逆相関の関係で対応していた。例えば、被保険者数1万人、老人保健対象者2000人、年収入額が20億円の保険者を仮定すれば、20億円の0・1%に当たる2000万円の保健事業費と1・8万円の20000人分の3600万円の老人医療費とが対応する計算になる。あるいは10000万円の保健事業費が1億8000万円の老人医療費に対応する計算となる。国民健康保険の事業運営にとって保健事業の重要性がわかるであろう。

もつとも、一人当たり老人医療費が1・8万円下がったからといって、先の計算どおりに国民健康保険の支出減がもたらされるわけではない。老人保健制度を通して、老人の医療費は全保険制度が公平に負担するようになっていくからである。そこで次に、当該保険者の一人当たり老人

医療費とその保険者の財政との関係を検討してみよう。

老人医療費に対して保険者が支払う拠出金は、一般には全体としての老人医療費の7割であるが、1991年の改正で、老人保健施設療養費など介護の要素の強い一定の老人医療費については5割に引き下げられている。ここでは単純化のために、その中間をとって6割としておく。また各保険者の老人加入率の計算には上限と下限が設定されているが、例示した保険者については当てはまらないので、無視している。

医療費拠出金は、次のとおり計算される。

拠出金＝当該保険者老人医療費×保険者負担分×全国老人加入率÷当該保険者老人加入率

このうち、保険者負担分は6割と仮定し、全国老人加入率は95年なら9・5%なので、この式は次のように書き変えることができる。

拠出金Ⅱ（当該保険者老人一人当たり医療費×当該老人人数×0・6×0・095÷（当該老人数÷当該加入者数）

拠出金Ⅰ＝当該保険者老人一人当

たり医療費×当該保険者総加入者×0・057

例えば先に例示した被保険者数1万人の保険者で、一人当たり老人医療費が大阪府の平均である90万円であるとすると、拠出金はその積に当たる5億1300万円となる。

この式で明らかのように、老人保健制度の財政調整の仕組みは、決して老人医療費を別枠で計算し、それを全被保険者に公平に分担させているわけではない。もちろん財政調整の仕組みである以上、ある保険者が老人医療費で無駄遣いをしたとすると、それは他の保険者にも影響する。しかしその影響は全体としての老人医療費を引き上げる程度でしか及ばない。むしろ、老人医療費が高くなれば、そのつけはもっぱら当該保険者が負担する仕組みになっている。実際に国民健康保険の仕事に携わっている人には自明のことだと思いが、一般には誤解をしている人が多いので注意を促したい。言い換えれば、老人医療費の節約がもたらす個別保険財政の影響は非常に大きく、そうでなければこそ健康保険組合などでも保健活動だけでなく福祉事業まで予

算化して、老人医療費の適正化を図り保険財政の健全化に取り組んでいるのである。

前記と同じことであるが、一人当たり老人医療費の変化に着目して、その保険財政への影響をまとめると次のようになる。

一人当たり老人医療費がx万円増えた場合の老人医療費拠出金の増加額Yは、 $x \times 0.057 \times$ 当該保険者の被保険者数、である。

最初の例にもどると、例えば保健事業費を収入額20億円の1%（2000万円）から1.5%（3000万円）に、額にして1000万円引き上げ、その結果、一人当たり老人医療費が90万円から81万円に9万円低下したとする。その場合の当該保険者の拠出金は、5130万円（9万円 $\times 0.057 \times 1$ 万人）引き下げられることになる。

2 大阪府の相対的短命の要因

保健事業費と医療費との間で逆相関関係が認められたとしても、それは必ずしも因果関係を示すものとは限らないし、ましてやただ保健事業

図2(a) 出生時平均余命差に対する死因別寄与、男性：長野一大阪、1990年

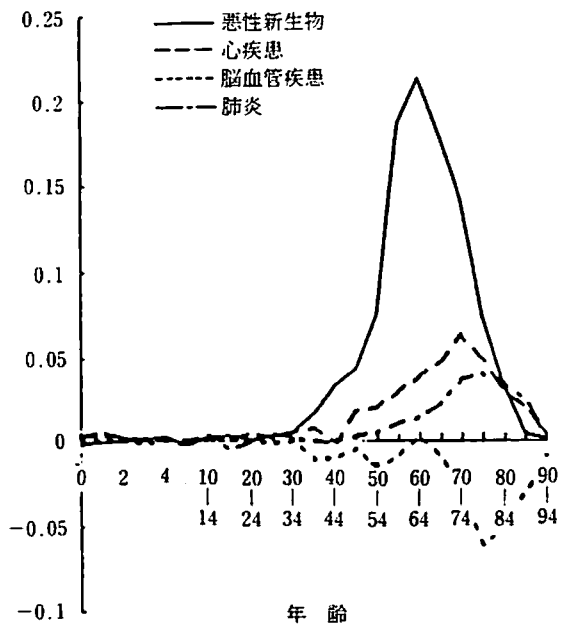
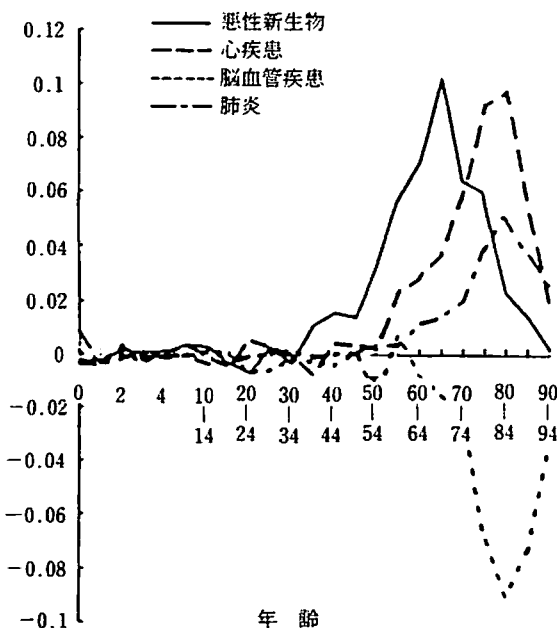


図2(b) 出生時平均余命差に対する死因別寄与、女性：長野一大阪、1990年



費を増やせば医療費が下がるといった単純な関係ではない。健康増進や疾病予防に結びつくような、それぞれの地域に根ざした保健事業を工夫することが必要であろう。

大阪府の寿命が男女とも短いことは前回紹介したが、ここでは、大阪府の地域特性を考える参考として、大阪府民の短命に関する大谷氏の分析を紹介しておきたい。(注1)

大阪府民の寿命(出生時余命)は、女性で全国一短く、男性も2番目に短い。この点は、60歳時余命をとってもほぼ同じ結果が得られる。言い換えると寿命(出生時余命)の短さは、そのかなりの部分が60歳時余命の違いで説明できることになるが、大谷氏の分析は、人口学的な手法を用いて、どの年齢のどの要因(死亡率に影響する要因)が大阪府民を短命に導くのに影響しているかを分析するものである。ここでは、長寿県である長野県と大阪府と同様の大都市である東京都を選んで、それと大阪府との違いを紹介する。(注2)

図2(a)は大阪府の男性の年齢ごとの死亡率を長野県の男性のそれと比較したものである。横軸に年齢

図3(b) 出生時平均余命差に対する死因別寄与、女性：東京一大阪、1990年

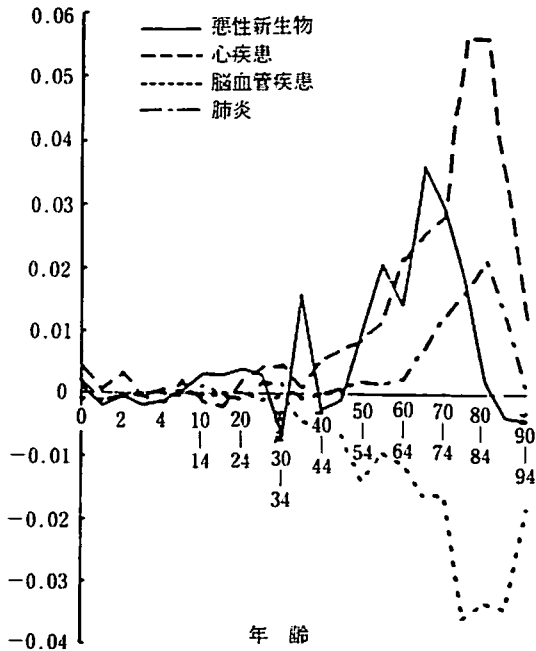
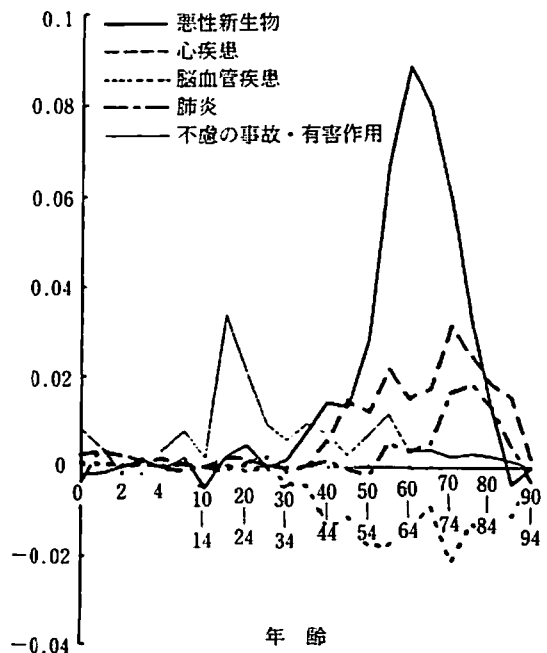


図3(a) 出生時平均余命差に対する死因別寄与、男性：東京一大阪、1990年



が、縦軸に長野県の男性と比べた大阪府の男性の死亡力の差が示されている。長野県の男性に対する大阪府の男性の短命の主な理由は、50歳以上の悪性新生物の死亡確率の差にあることがわかる。50歳代から80歳代にかけての心疾患の違いも、悪性新生物ほどではないが大阪府の男性の短命に影響している。反対に、70歳代、80歳代の脳血管疾患の死亡率は、大阪府よりも長野県で高く、大阪府の男性の相対的な短命を緩和する方向で影響している。

図2 (b) は、同様の比較を女性について見たものである。長野県の女性に比べた大阪府の女性の短命の要因は、50歳代から70歳代にかけての悪性新生物と70歳代の心疾患の死亡率の差であることがわかる。また男性の場合と同様、70歳代後半から80歳代前半にかけての脳血管疾患の死亡率は大阪府の女性の方が低く、長野県の女性に対する大阪府の女性の寿命を引き延ばす方向で影響している。

図3 (a) は同様に大阪府の男性と東京都の男性とを比較したものである。50歳以上の悪性新生物の死亡

率の違いが大きく、これが大阪府の男性の東京都の男性に対する寿命を短くするのに大きく寄与していることがわかる。その次に影響しているのはやはり50歳代からの心疾患の死亡率で、反対に40歳代以降の脳血管疾患の死亡率は、大阪府の男性の方が低く、その短命傾向を抑える働きをしている。東京都の男性に対する大阪府の男性の短命に寄与する要因として注目されるもう一つの要因は、若い世代の不慮の事故（大部分は交通事故であるが）による死亡率の高さである。

図3 (b) は、東京都と大阪府の比較を女性について見たものである。70歳代前半までは、心疾患と悪性新生物の死亡率の高さが大阪府の女性の相対的な寿命の短さに影響しているが、70歳代後半以降に限ると、心疾患の死亡率の差が決定的になる。また脳血管疾患については、東京都の女性の方が大阪府の女性よりも30歳代以降で死亡率が高く、東京都の女性と比較して大阪府の女性の寿命をそれだけ延ばすのに貢献していることになる。

注

1 大谷憲司「出生時平均余命格差の人口学的要因分解」『経済論集』関西大学経済学会、第43巻、第4号、1993年10月。

なお大谷氏は、この8月3日に、その希有の才能、誠実なお人柄とともに、帰らぬ人となった。享年43歳であった。ご冥福をお祈りするとともに、ここで氏の分析を紹介させていただきます。

2 大谷氏の分析対象年次は1990年である。90年における長野県、沖縄県、東京都、大阪府の男性の寿命は、それぞれ全体の1位、4位、14位、46位で、女性の寿命はそれぞれ、4位、1位、27位、47位であった（前掲論文、596、597ページ）。

