

国民健康保険と地域福祉

——長期入院の是正対策の実際と国保安定化をとりまく問題点——

高 木 安 雄

I はじめに——問題の所在

国保制度は今日、人口の高齢化に加えて、就業構造や地域構造の変化の中で大きく揺れ動いている。高齢者を中心に医療費が高くて、保険料負担能力の低い者のための保険集団となっており、その財政基盤が明らかに脆弱化している。そして、地域社会の変貌による小規模保険者の増加など、国保制度の問題は、21世紀の高齢化社会における国民皆保険体制の維持・存立に関わる大きな課題といえる。

こうした国保をめぐる環境の変化と問題について、厚生省では、国保制度改革の基本的方向を検討するため、医療保険審議会国保部会で審議を続けており、改革の方向について中間的なまとめを公表している〔1〕。

それによると、国保制度が抱える問題点として、(1)医療費の増嵩、(2)低所得者の増加、(3)保険料負担の不均衡、(4)小規模保険者の増加の4つを指摘し、改革の方向については、(1)低所得者の問題では国・地方を通じた公費の重点的投入、(2)保険料負担の不均衡の問題では保険料の平準化、(3)小規模保険者の問題では医療費共同事業の拡充、などを提言している。

とくに、保険料負担の不均衡問題では、医療費の地域差をその原因にあげ、「医療費適正化は医療費の効率的使用のためにも重要である。過剰と思われる医療費の排除のため、医療機関や被保険者等に対する具体的で効果のある適正化のための仕組みが必要である」と述べながら、「高齢者が多い

等保険者の責任を問うことが困難な事由に起因する医療費の差については、調整交付金などを通じその公平な負担を図っていくこととし、それ以外の医療費の差については、医療費適正化等の観点から、基本的に各保険者等において負担する仕組みを考える必要がある」と、地域保険としての国保各保険者の自助努力による財政負担のあり方を強調している。

しかし、医療費の地域差、とくに財政負担の大きい老人医療費の地域差については、それぞれの地域における病床の整備状況や保健・福祉（とくに在宅）などのサービス水準のほか、患者の受診行動、医師など医療提供者の診療パターンなどが大きく影響しており、どこまでが保険者の負うべき責任範囲なのか、その特定は困難である。

国保制度は元来、地域共同体における扶助組織として発生しており、医療費とその負担方法については、地域社会を構成するさまざまな社会経済的な要素が関係しているからである。それは、地域保険たる国保が住民の福祉向上にその機能を発揮してきた歴史でもある。

ここでいう「地域福祉」とは、児童・身体障害者・老人・母子などの地域における具体的な福祉サービスを意味するものではなく、地域住民の健やかで安心した生活を実現するという広義の意味でとらえ、論じている。そこには医療機関のサービスも含まれ、とくに特別養護老人ホームや老人保健施設など、老人ケアに関わる医療以外の関連サービスについては、高齢化社会における医療保険たる国保とどう関わっていくのか、地域福祉におけるその役割と可能性を考えている。

したがって、厚生省の「高齢者保健福祉推進10か年戦略」などで強調されるホーム・ヘルパー、ショート・ステイ、デイ・サービスなどの在宅福祉や病院への収容に対する反省から生まれた老人訪問看護サービスなど、近年に注目されている在宅や地域を主軸とする医療・福祉の展開を直接的に取り上げるものではない。しかし、医師・看護婦・ホームヘルパーなどの専門職種のほか、家族・友人・知人、ボランティアなどが、地域や在宅をベースに医療や福祉サービスの充実に取り組むことは、最終的に国保制度を安定させ、地域福祉の向上に帰結するのである。

こうした観点から国保と地域福祉を考えた場合、老人医療のサービスのあり方とその医療費、財政負担の問題が浮かび上がってくる。医療費の地域格差の観点から老人1人当たり医療費を取り上げると、全国1位の北海道の高い老人医療費には自然的条件のほか、家族・地域の人間関係、病院・特別養護老人ホームの整備状況など、さまざまな要因が影響していることが指摘され、明確な結論を導き出すことは困難である。むしろ、これらの要素が歴史的、複合的に作用して、高い老人医療費を生み出していることが明らかにされている〔2〕。

地域福祉という広い視点から考えれば、高い老人1人当たり医療費も、必要な医療や介護のサービスを享受して、地域の老人が健やかで安心した生活を送るのであれば、何ら問題ではない。長期入院による高い老人医療費も、地域の保健・福祉水準や家族の介護力など他の社会基盤の不足を補っている結果であり、国保制度の財政的な問題にはなっても、地域福祉の上からは大きな問題とはならない。むしろ、問題は、地域における保健・医療・福祉に関わる資源配分のあり方である。北海道における実証分析では、特別養護老人ホームの地域的な偏在・未整備が、札幌市周辺の老人病院における長期入院を生み出していることが明らかとなっている。

こうして考えると、急速な高齢化の中で地域における高齢者の福祉の向上を実現するためには、地域における国保制度の役割をふまえて、そのあ

り方を総合的に検討する必要がある。それは、21世紀に向けた国民皆保険の再構築を意味する。国保財政の安定化のための医療費適正化の諸施策も、地域において具体的で幅広い観点からの検討が必要であり、そこから有効な施策を見出すことができる。

そこで、本稿では、まず第一に、わが国の国民皆保険における国保の歴史とその役割を検討して、国保と地域福祉との関連を考える。

そして、第二に、北海道の国保における老人患者の長期入院の是正のための事業を紹介しながら、長期入院に関わるさまざまな地域・家族のもつ要因を取り上げて、事業の困難さとその効果について検討する。

さらに、第三には厚生省が昭和63年から実施している高医療費市町村を対象とする「国保安定化計画」の展開について検討し、これらをもとに21世紀の高齢化社会における国保と地域福祉の問題を考え、国保制度が国民皆保険の支柱として、人口の高齢化の中で医療費適正化による財政安定や地域福祉にどのように対応できるか、北海道のケース・スタディなどもふまえて、その現状と問題点を考察する。

II 国民皆保険にいたる国保制度の歴史と役割

わが国の「いつでも、どこでも、誰でもが安心して医療を受けられる」という国民皆保険は、長い歴史を経て実現されている。国保制度の歴史をふりかえると、まずは地域福祉の維持・向上を目的に、それぞれの地域における原始的な医療互助組織や農村部における相互共助的な産業組合をベースに生まれている。それが、昭和13年の旧国保法による国保組合に発展し、昭和32年度からの「国民皆保険4カ年計画」を経て、昭和36年の国民皆保険につながってきた。

国保制度が、農村共同体をベースとする「ムラ」の共同体意識に支えられて運営・発展してきたことは明らかであり、被用者保険も同じように「会社」という共同体意識に支えられて運営されて

きたことから、こうした共同体意識がわが国の医療保険のパフォーマンスの良さをもたらしてきたことが明らかにされている [3]。

そこで、わが国において医療保険がどのような導入と発展をたどってきたのか、その歴史とともに総人口に対する医療保険適用人口の割合をもとに考えてみる (表 1)。

わが国の医療保険は、大正 11 年に制定されて、昭和 2 年に全面施行された健康保険法から始まる。しかし、その適用となる被保険者は、工場や鉱山、交通業などの事業所で働く従業員本人のみを対象としていたために、人口の 3.0%にとどまっていた。昭和 6 年に国家公務員共済組合の被保険者を加えても、人口の 3.2%とわずかに増えただけである。

昭和 13 年には厚生省が設置され、国民健康保険法が制定される。当時は、市町村・職業を単位とする任意に設立する保険組合の形態をとっていた。その結果、昭和 14 年の医療保険適用人口は国保の 2.0%を加えて 9.9%となり、国民の約 1 割が医療保険の恩恵に浴することになる。

昭和 14 年には船員保険法のほか、職員健康保険法が制定され、船員のほか販売・金融などの事業所に働く従業員に対しても医療保険が開始された。また、健保法の改正により家族に対する医療保険の適用が任意給付として始まっている。この結果、昭和 15 年の医療保険適用人口は 13.6%まで上昇し、国民の 7 人に 1 人が医療保険の適用となるなど、公的な医療保険が次第に軌道に乗っていくことがわかる。

昭和 16 年にわが国は、太平洋戦争に突入する。しかし、医療保険制度は労働力の保持・培養とともに、「銃後の守り」のひとつとして拡充され、昭和 17 年には健保法改正により職員健保が統合されたほか、それまで任意であった家族給付が法定化されて、医療保険の適用人口は大きく拡大する。昭和 18 年の適用人口は 74.6%と国民の 4 人に 3 人が医療保険に加入するまでに発展してきた。とくに、国保は人口の 51.2%と最大の加入者となっており、政管健保と組合健保は合わせても 2 割にとどまる。当時は、就業者の 44%が農林漁業に従

事しており、これら農村や漁村で生活する人々に国保を提供することによって、医療保険の適用拡大を実現していったのである。

しかし、昭和 20 年の敗戦による第 2 次世界大戦の終了、経済社会の崩壊と混乱は医療保険を大きく動かし、昭和 24 年には医療保険適用人口は 55.9%まで低下する。とくに国保の被害は甚大であり、その適用人口は 29.4%とほぼ半減してしまい、政管健保や組合健保、共済組合の適用人口が戦前と同じレベルを維持していることと対照的である。当時、工場や企業の崩壊から就業者の 48%が農林漁業に従事していたことを考えると、国民の医療保障は危機的な状況にあったといえる。

このため、医療保険の再構築など社会保障制度の整備は、戦後の大きな目標とされ、ひとつひとつ整えられていったのである。昭和 28 年には日雇労働者健康保険法、私立学校教職員共済組合法が制定され、医療保険適用人口は 64.9%までに回復する。しかし、国保は 28.7%とさらに低下しており、経済社会の混乱に最も強く影響される医療保険制度であることが明らかとなる。

昭和 31 年に公共企業体職員等共済組合法が制定されたほか、33 年には国民健康保険法が全面改正されて、国民皆保険が準備されていく。この全国民に医療保険を適用する国民皆保険の構想は、昭和 25 年の社会保障制度審議会による「社会保障制度に関する勧告」において提唱され、31 年には厚生省の「医療保障委員会」から「国民皆保険の実現には、国民健康保険を中心とする疾病保険の普及強化を図るべきこと」が強調され、社会保障制度審議会も同年、「現下における医療保障制度並びに国民生活の実情にかんがみ、速やかに医療保障制度の改善を行い、国民皆保険体制を確立する必要がある」と述べ、強制加入による国民健康保険の実施の機運が社会に高まっていた。

厚生省も翌 32 年度には、「国保全国普及 4 カ年計画」に着手し、33 年の国保法改正による国民皆保険の基盤の確立を実現している [4]。この結果、医療保険適用人口は 82.4%と戦前の水準を上回って、とくに国保は 40.5%と大きく回復し、国民皆保険の確立には国保の普及と定着が不可欠であ

表1 国民皆保険にいたる医療保険適用人口の推移

	昭和2年 (1927)	昭和6年 (1931)	昭和14年 (1939)	昭和15年 (1940)	昭和18年 (1943)	昭和24年 (1949)	昭和28年 (1953)	昭和33年 (1958)	昭和36年 (1961)	昭和45年 (1970)	昭和55年 (1980)	平成2年 (1990)
医療保険適用人口	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人
政管健保	1,115	1,048	3,027	3,550(4)	7,046(5)	8,792	12,470	15,369	19,985	26,020	31,289	36,666
組合健保	741	586	1,741	2,122	7,264(5)	8,142	9,809	11,008	13,624	21,236	27,502	32,010
国保	—	—	1,451	3,044	37,292	24,057	24,966	37,239	46,809	43,363	44,536	43,069
船員保険	—	—	—	102	211(5)	342	407	535	626	741	672	409
共済組合(1)	—	406	821(3)	948(3)	2,500(5)	4,354(6)	7,527	9,386	9,795	11,093	12,520	11,952
日雇健保(2)	—	—	—	—	—	—	1,341	2,292	2,240	1,191	517	155
計	1,856	2,100	7,040	9,766	54,313	45,687	56,520	75,829	93,079	103,644	117,036	124,261
総人口	61,659	65,457	71,380	71,933	72,833	81,773	87,033	92,010	94,285	103,720	117,060	123,661
医療保険適用人口に対する割合	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
政管健保	1.8	1.6	4.2	4.9	9.7	10.8	14.3	16.7	21.2	25.1	26.7	29.7
組合健保	1.2	0.9	2.4	2.9	10.0	10.0	11.3	11.2	14.5	20.5	23.5	25.9
国保	—	—	2.0	4.2	51.2	29.4	28.7	40.5	49.6	41.8	38.0	34.8
船員保険	—	—	—	0.1	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.7	0.6	0.3
共済組合	—	0.7	1.2	1.3	3.4	5.3	8.6	10.2	10.4	10.7	10.7	9.7
日雇健保	—	—	—	—	—	—	1.5	2.5	2.4	1.1	0.4	0.1
計	3.0	3.2	9.9	13.6	74.6	55.9	64.9	82.4	98.7	99.9	100.0	100.5
総人口	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注：(1) 共済組合は明治40年の帝國鉄道現業員共済組合に端を発し、専売・印刷・海軍・陸軍などの官業共済組合が次々と作られていく。昭和16年には政府職員共済組合制度が実施され、今日にいたる。ここでは、昭和24年までは国家公務員共済組合のみであり、昭和28年から私立学校教職員共済組合分、昭和33年から地方公務員等共済組合・公共企業体職員等共済組合が加わり、それを合計した数。

(2) 平成2年は日雇特例の加入者。

(3) 国家公務員共済組合の被保険者数は、昭和12年の56万7,000人、昭和18年の133万人をもとにした推計値。

(4) 職員健康保険の被保険者を含む。

(5)(6) 家族給付が法定化されたものの、被保険者数しか公表されておらず、被扶養者数は昭和24年の「被扶養率」(被扶養者数に対する被保険者数の比率)をもとに推計し、合計した。国家公務員共済組合の「被扶養率」は組合健保を援用している。ちなみに、昭和24年の「被扶養率」は、政管健保1.69、組合健保1.88、船員保険2.18。

資料：厚生省医務局「医制百年史(資料編)」昭和51年9月、厚生省「厚生省50年史」昭和63年5月、社会保険庁「事業年報」各年より作成。

ることが明らかとなっている。

昭和36年は、国民皆保険が実現された歴史的な年である。国保の全国普及の上で問題とされていた都市部においても、昭和34年に東京都特別区、36年1月に神戸市、36年4月に横浜市・名古屋市・京都市・大阪市でそれぞれ実施され、国民皆保険体制が発足する。医療保険適用人口は98.7%とほぼ100%となるが、生活保護法による被保護人員164万人、総人口の1.7%を合わせると、すべての国民に医療保障を確立している。

とくに、国保の適用人口は49.6%と昭和18年の水準までに回復して、国保が国民皆保険の実現の根幹をなしていることがわかる。当時、農林漁業に従事する者は、就業者全体の32.4%であり、これらの人々への医療保険の適用・普及が、1960年代の高度経済成長や所得倍増計画を実現させていったのである。

これ以後、国民皆保険の維持・発展が続くが、国保の適用人口は低下し、昭和45年には41.8%となる。これは、工業化を軸とする経済成長の結果であり、昭和45年の農林漁業の従事者は、全体の19.2%まで減少する。医療保険適用人口でも、政管健保、組合健保が合わせて45.6%と初めて国保を上回るようになり、医療保険は被用者保険の時代となって、国保はその性格を農林漁業から高齢者や低所得者のための医療保険へと変えていく。日雇健保も被保険者の減少から、昭和59年には政管健保に統合され、日雇特例被保険者として医療保険の対象とされていく。戦後の経済的混乱の中で、健保とは異なる受給要件・保険料納付など特殊な方式で運営されてきた日雇健保も、経済社会の変化とともに単独の制度として維持していくことが困難となっていた。

こうして医療保険の発展・沿革をみえてくると、社会経済の大きな変化に影響されながらも、国民の福祉向上、地域福祉の観点から制度の充実が行われてきたことが理解できる。とくに、国保制度は、国民皆保険を支える公的保険として戦前・戦後とも大きな役割を果たしており、今日、工業化社会の進展とともに農林漁業から高齢者や低所得者のための医療保険へと変貌をとげていることが

わかる。以上のことから、国民皆保険にいたる医療保険の歴史と国保の役割について、結論として次の3点をまとめることができる。

第一は、昭和36年の国民皆保険の実現に、戦前における医療保険の拡大がその基盤として大きく機能したことである。これまで戦後の社会保障制度の整備の象徴として、国民皆保険・皆年金が強調されてきたが、すでに戦前においても公的な医療保険制度は国民の75%まで普及・適用されており、このことが戦後の早い時期での公的保険の構築につながったといえる。

第二は、こうした公的保険の整備、国民への普及の中で国保が大きな役割と期待を担ってきたことである。戦前においても国民の51%が加入して、地域福祉に大きな貢献を果たしており、戦後の国民皆保険も国保がもつこうした地域社会における役割を再構築することであった。昭和36年の国保の適用人口が国民の50%と、昭和18年とほぼ同じ水準であることがそれを示している。

第三は、国保の脆弱な存立基盤についてである。地域をベースに保険集団を形成する国保は、地域社会における社会経済の変化の影響を最も受けることになり、戦後の社会経済の混乱による適用人口の減少はそれを表している。今日においても国保は、高度産業化の中で高齢者その他の医療保険に加入できない低所得者のための公的保険と化しており、その基盤は大きく揺らいでいる。企業・事業所を単位とする被用者保険が制度創設以後、適用人口の比率を一貫して上げながら発展・充実してきたことと比べて、国保の歴史は対照的である。

このように国保は、社会経済の影響を大きく受けながらも、国民皆保険体制の維持・向上に寄与して、「医療保険の母なる大地」として地域社会の福祉の向上に機能しているといえる〔5〕。

それは、単に医療費保障としての制度にとどまらず、地域や企業の福祉に深く関わり、住宅はもちろん、都市・農業政策など広範な施策と関連することになる。しかし、21世紀の高齢化社会に向けて国保制度が、社会保険の〈保険〉としてのリスク分散機能（保険原理）と〈社会〉保険としての所得再分配機能（扶助原理）のバランスの取り直

しが必要とされていることは事実である〔6〕。国保制度は、両者の原理を兼ね備えて継続、発展してきており、療養給付費の5割にのぼる国庫補助・財政調整交付金も国保がもつこうした性格によるものである。地域において国保が果たす保険機能と扶助機能の問題について、老人の長期入院の問題からさらに考えてみる。

Ⅲ 老人医療における長期入院の是正に関する取り組みとその効果

(1) 老人保健制度における長期入院の取り扱いとその現状

わが国の老人のケアは、医療に偏重したサービス提供が行われていることに大きな特徴がある。病院や診療所などの医療機関に多くの老人が入院する一方、特別養護老人ホームなどの福祉施設は補助金・措置費という財政制約が働いて、十分な整備が遅れてきたことは明らかである。昭和48年の老人医療費無料化制度の実施が、医療の福祉化を生み出し、高齢化の中でより加速されていったのである〔7〕。

このため、昭和58年に創設された老人保健制度では、一部負担の導入とともに、こうした老人患者の長期入院について、当初から是正のための措置を講じていた。すなわち、保険医療機関は、患者が「家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき」には、「遅滞なく、意見を付して、その旨を市町村長に通知しなければならない」とされている（「老人保健法の規定による医療及び特

定療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準」昭和58年1月20日 厚生省告示第14号 第10条の1）。

そして、具体的な運用についても、「老人保健法による医療の取扱い及び担当に関する基準並びに医療に要する費用の額の算定に関する基準について」（昭和58年1月20日 衛老発第7号 厚生省公衆衛生局老人保健部長通知）において、次のように記されている。

「長期入院患者については、病状を照らし、入院の継続の要否を適時適切に判断すべきであり、療養上入院の必要がなくなった患者に対しては、速やかに退院の指示を行うものとする。

また、単なる家庭事情等により長期入院を排するため、患者がこれらの理由により退院が困難であると認められるときには、市町村長に通知するものとする。これは、市町村長において、家族に対する適切な指導、在宅福祉サービスの提供、老人ホームへの入所等の措置を講じることにより、速やかに退院を可能ならしめる趣旨であること」

しかし、こうした措置も、老人患者がもつ入院医療・施設ケアに対する需要の大きさと市町村における早期退院に向けた監督・指導体制の不備、医療機関に代わる老人の収容施設や在宅ケアの不足、さらに長期入院の是正に対する医療機関の関心の低さと病床利用の確保という経営的な配慮などによって、実質的にほとんど機能しないまま今日にいたり、長期入院や「社会的入院」の是正策はその成果を上げられないでいる。

表2 全国の老人1人当たり医療費（平成4年度、上位・下位5道府県）

上位 5道府県	1人当たり医療費 ：円	1人当たり入院日 数：日	人口10万 当たり病院 病床数：床	下位 5県	1人当たり医療費 ：円	1人当たり入院日 数：日	人口10万 当たり病院 病床数：床
①北海道	900,352	37.7	1,971.0	①長野	438,365	11.8	1,148.8
②大阪	787,609	24.0	1,402.5	②山形	445,102	12.3	1,104.6
③福岡	776,419	34.6	1,916.3	③山梨	471,497	13.6	1,334.3
④高知	758,268	37.5	2,666.0	④千葉	479,010	15.1	941.6
⑤京都	747,199	20.2	1,507.4	⑤栃木	490,122	14.4	1,143.5

注：全国平均は、順に619,450円、21.6日、1,355.3床。

資料：厚生省老人保健福祉局「全国市町村別健康マップ数値表」平成6年3月。

厚生省統計情報部「医療施設調査」平成4年10月。

表2は、全国の老人1人当たり医療費の上位・下位それぞれ5つの道府県を示したものである。それによると、全国トップの北海道と最下位の長野とでは医療費の金額で46万1,987円、2.05倍もの格差が生じており、さらに1人当たり入院日数は25.9日、3.19倍もの大きな格差となっている。上位と下位のそれぞれ5府県を比べると、老人1人当たり医療費の大きさは入院日数によってほとんどが決定されており、大阪・京都府だけは1日当たり医療費、いわゆる診療単価によって高くなっていることが明らかとなる。

さらに入院日数は地域の病床数によって大きな格差が生まれており、高知の2,666.0床を筆頭に福岡・北海道など上位5道府県は、いずれも全国の平均を大きく上回っている。他方、下位5県の病床数はいずれも全国平均を下回り、千葉では高知の約3分の1、全国の約7割程度とその病床は少ない。こうして、老人医療費の大きな地域格差は老人の入院日数から生まれ、それは各地域の病床数という医療供給体制の地域間格差に大きく関連していることが明らかとなる。老人の長期入院、家庭事情等を理由とする社会的入院の是正も、医療供給のこうした地域格差が続く状況では、ひとり国保の保険者による取り組みだけでは解決困難であり、医療の需要と供給双方に働きかける施策が必要とされている。

(2) 北海道における長期入院の是正事業の

概要とその課題

この老人患者の長期入院に対する是正のための事業は、北海道国民健康保険団体連合会において昭和62年から実施されている。直接的には、老人保健制度の発足によって「調整対象外医療費制度」が設けられ、老人医療費の高い保険者に対するペナルティー的な措置が生まれたことによる。北海道では、老人医療費の高い保険者が多いことから拠出金が増額されて、保険財政に大きな影響を与えるとして、「北海道国保財政健全化対策要領」がまとめられ、老人の入院受診率が全国平均よりも70%以上も高いことから、「医療費の適切な使用についての被保険者教育の徹底」がうたわ

れた。

正式には、「老人の在宅療養にかかる被保険者教育事業」とよばれるものであり、その目的には、長期入院の老人患者について「自分自身で身の回りの事を一切できる者については、家族に対する医療費の適切な使用についての被保険者教育を行う」ことで、「在宅療養の重要性を認識してもらう」、「国保財政の健全化を図る」ことがあげられている。医師と患者の信頼関係を損ねるなどの医師会の懸念をふまえて、この事業が「早期退院促進運動」と誤解されないよう被保険者教育を前面に出した慎重なものとなっている[8]。それだけ長期入院の是正は、医療供給サイドにとって保険者による「医療統制」と映るのであろう。

問題は、「自分自身で身の回りの事を一切できる者」、いわゆる社会的な理由による長期入院患者の選定である。これまで述べてきたように地域保険たる国保制度は、地域福祉の柱としてさまざまな機能を担っており、社会的な入院の原因も単純ではない。この事業では、「6ヵ月間継続入院している患者のうち、前々年度の全国平均の1件当たり医療費を下回る月が3ヵ月以上あるもの」を一応の目安として、被保険者教育の対象とする社会的入院の患者と定めている。

しかし、国保連のコンピュータから出力されたリストのうち、保険者による事前調査によって次の5つのいずれかに該当する患者は、その対象から除くことが決められている。

- ①精神神経科・整形外科に入院しているもの。
- ②肺結核（結核性疾患）で入院しているもの。
- ③付添看護の形態で看護担当者1人が患者1人を担当する看護料を支給しているもの。
- ④市町村に対応する郡市医師会以外のもの。
- ⑤世帯の状況等から在宅は不可能と判断されるもの。

このほか、すでに退院・死亡・転医や他保険への転出、郡市医師会による「不可能」との判断による除外などが行われ、最終的にこれらのスクリーニングで残ったものだけが、主治医との協議・判断に回される。この事業はあくまでも、「郡市医師会を通して主治医の意見を聴き、被保険者のプ

ライバシーを十分尊重し、患者の家族に対して医療費の適切な使用についての被保険者教育を行う」ことが強調されており、その教育効果によって結果的に在宅療養に移行するよう保険者の強制を排除して、慎重に制度化されている。

これらの手続きを経て、主治医が在宅での療養が可能と判断した患者について、保険者である市町村は、「市町村高齢者サービス調整チーム」などと連携し、保健婦などと訪問指導して、在宅療養の理解と適切な指導を行うことになっている。

しかし、ここにおいても、介護人がいない・退院後の通院が無理（交通事情）・住宅事情や家庭内のトラブルなどの理由から、保険者の調査によって在宅療養を断念することも認められている。地域における長期入院の是正・早期退院の促進には、多くの障害を乗り越えなければならないことが、よく理解できる。

そして、これらをすべてクリアした患者のみが、在宅・施設への移行の準備に入ることになり、老人患者の長期入院、社会的入院には住宅・交通などの社会基盤はもちろん、家族関係、福祉・保健の他の関連施設の整備など多くの要因が関わっていることが明らかとなっている。

（３）「被保険者教育」事業の推移とその効果

この老人患者の長期入院に対する是正のための事業について、7年間の結果をまとめたのが、表3である。それによると、保険者の事前調査で53%が除外され、すでに退院・死亡したり、精神神経科や整形外科など長期入院を余儀なくされる疾患だけでも全体の3分の1強が除外となっている。

また、保険者の事前調査であらかじめ在宅療養は「不可能」と判断され、除外されたのが、35%に上っている。これには、住民基本台帳による老人単独世帯や老人世帯のほか、若い夫婦はいるが、共働きによって昼間は介護人がいないなど家庭の事情などが含まれており、住宅事情をその理由とする長期入院の老人患者は1%にとどまる。

こうした保険者による2つの事前調査によって、「除外」「不可能」とされて、在宅療養の被保険者教育から外された長期入院の老人患者は合わせて

87%になり、約9割の患者は事前に在宅療養を断念することになる。

その結果、全体の13%、5,225件が具体的に郡市医師会や主治医との協議にもち込まれる。しかし、郡市医師会との相談の段階で4%が「不可能」と判断されて、外される。これは、医師による専門的な立場からの事前調査といえるものであり、患者の病状や今後の治療見通しなどの観点から在宅療養を諦めるケースとなる。

こうして主治医にたどりつく長期入院のケースは、最初にリストアップされた4万873件のうち、3,470件と全体の8%にまで縮小されてしまい、在宅療養を地域で進めることがいかに困難であるかが明らかとなってくる。このうち、主治医が重篤である、1人付きの看護料の支給があるなど入院の必要性を認めると、在宅療養は「不可能」と判断されて、実際に在宅療養のための被保険者教育に動き出せるのは、7年間でわずか445件、1%に絞り込まれてしまう。

しかし、こうして得られた在宅療養が可能な患者も保険者の調査によって、介護人がいない、世帯主が在宅療養に無理解、本人がなお入院を希望などさまざまな理由によって273件、0.7%が、再び「不可能」とふるい落とされていく。この段階までくると、介護人がいないという客観的な理由よりも在宅療養への無理解、患者本人の入院志向など意識・態度がその理由となっており、まさに被保険者教育の重要性が明らかとなっている。

結果的に在宅療養が可能とされて、在宅や施設に移行したり、移行の準備に入れる老人患者は172件、0.4%とごくわずかな件数となってしまう。このうち、在宅への移行が33件、施設への移行が69件、移行可能で準備中が70件となっている。在宅療養が可能となっても、被保険者との協議によって在宅に移行できたのは、在宅可能件数の2割にとどまり、最初の長期入院・社会的入院のリストアップ件数からすると、0.1%となり、年平均ではわずか4.7件にすぎない。

この主治医が在宅療養が「可能」と判断しても、在宅療養が実現できなかった患者と在宅・施設への移行が可能となった患者について、その特性を

表3 北海道の国保における長期入院患者の住宅療養に関わる状況の推移

年 度	昭和62年	63年	平成元年	2年	3年	4年	5年	合計
長期入院者のリストアップ件数(件)	8,556	8,365	3,724	4,100	4,993	6,237	4,898	40,873(100.0)
保険者が事前調査の段階で「除外」したもの ①すでに退院・死亡・転医 ②精神神経科・整形外科・肺結核 ③看護料を支給(1人付きの場合) ④他保険(市町村・生保)転出 ⑤他都市医師会のもの	5,640 1,115 1,879 427 117 2,102	4,305 1,306 1,745 783 92 379	1,833 816 327 596 52 42	1,951 1,002 638 153 116 42	2,530 1,145 1,055 154 135 41	2,537 1,446 785 105 172 29	2,752 1,111 670 806 137 28	21,548(52.7) 7,941(19.4) 7,099(17.4) 3,024(7.4) 821(2.0) 2,663(6.5)
保険者が事前調査の段階で「不可能」と判断したもの ①老人単独世帯・老人世帯 ②家庭の事情 ③住宅の事情 ④交通の事情	1,753 745 758 68 182	3,282 820 903 71 1,488	1,454 658 617 61 118	1,723 744 840 53 86	1,963 935 902 68 58	2,245 1,138 984 60 63	1,680 866 720 41 53	14,100(34.5) 5,906(14.4) 5,724(14.0) 422(1.0) 2,048(5.0)
都市医師会と協議の結果「不可能」と判断したもの 主治医が「不可能」と判断したもの	509 556	131 601	23 385	28 368	14 416	1,023 356	27 343	1,755(4.3) 3,025(7.4)
主治医が「可能」と判断したもの	98	46	29	30	70	76	96	445(1.1)
保険者の調査で「不可能」と判断 ①介護する人手がない ②家庭の事情 ③住宅の事情 ④交通の事情	69 29 3 8 29	34 23 4 4 3	11 3 0 4 4	12 0 11 0 1	47 5 41 1 0	49 19 26 0 4	51 11 40 0 0	273(0.7) 90(0.2) 125(0.3) 17(0.0) 41(0.1)
被保険者と協議の結果「可能」と判断 ①在宅に移行 ②施設に移行 ③今後移行可能	29 5 0 24	12 0 0 12	18 9 0 9	18 6 9 3	23 3 17 3	27 4 18 5	45 6 25 14	172(0.4) 33(0.1) 69(0.2) 70(0.2)

注：(1) この事業は昭和62年度は2回、昭和62年～平成元年度は4回それぞれ行われているが、平成2年度以降は国の国保安定化対策が推進されたことにより各年1回の実施となっている。
 (2) カッコ内は構成割合(%)。

資料：北海道国民健康保険団体連合会「老人の在宅療養にかかる被保険者教育事業実施状況報告書」より作成。

平成3～4年度の『主治医が退院可能と判断された者に関する調べ』をもとにまとめると、次のような結果となった。

	〔在宅不可〕	〔在宅可〕
◇平均入院期間	46.5ヵ月(3.88年)	>28.9ヵ月(2.41年)
◇平均年齢	82.9歳	>79.5歳

入院期間が短くて、年齢も若い高齢者が在宅療養に移行していることが明らかとなるが、家族構成では、表4に示すように必ずしも世帯人員が多い家族の高齢者が退院するとは限らない。

すなわち、単身世帯では、その6割が退院可能となるのに対して、2～6人以上世帯では合わせて31%が退院可となるだけである。同様に単身と2人世帯では46%が退院可となるのに対し、3～6人以上世帯の合計では31%が退院可となっており、老人単身世帯や老人のみの世帯での退院可能が多

いことに注目する必要がある。この家族構成に平均入院期間・年齢をクロスさせた解析は今後の課題であり、今回はデータの制約からできなかった。

最後に、この事業によって退院可能となった高齢者の長期入院が北海道の老人保健における1人当たり入院日数にどれくらい影響したかを考える。その結果は表5のとおりであり、北海道の1人当たり入院日数の対前年度増加率は昭和61年度以降、全国をつねに下回る増加をたどっている。とくに平成2年以降は毎年度3～4%のマイナスとなっており、全国よりもそのマイナス幅は大きい。

しかし、この在宅療養のための被保険者教育事業による削減率は、事業が始まった昭和62年の0.3%がいちばん大きく、その年度の実績である1人当たり入院日数0.5%の減少に対して、大きく寄与していることがわかる。平成元年度も-0.5%の実績に対して、削減率は0.2%と大きく、この事

表4 保険者調査による家族構成別の「在宅不可」「在宅可」結果(平成3～4年度合計)

	対象数(件)			構成割合Ⅰ(%)			構成割合Ⅱ(%)		
	不可	可	合計	不可	可	合計	不可	可	合計
単身世帯	6	9	15	40.0	60.0	100.0	6.3	18.0	10.3
2人〃	13	7	20	65.0	35.0	100.0	13.5	14.0	13.7
3人〃	32	7	39	82.1	17.9	100.0	33.3	14.0	26.7
4人〃	17	11	28	60.7	39.3	100.0	17.7	22.0	19.2
5人〃	18	10	28	64.3	35.7	100.0	18.8	20.0	19.2
5人以上〃	10	6	16	62.5	37.5	100.0	10.4	12.0	11.0
合計	96	50	146	65.8	34.2	100.0	100.0	100.0	100.0

資料：北海道国民健康保険団体連合会『主治医が退院可能と判断された者に関する調べ』平成3、4年度。

表5 全国・北海道の1人当たり入院日数(老人保健分)の推移と長期入院是正事業による削減効果

			昭和60年	61年	62年	63年	平成元年	2年	3年	4年
実績値	1人当たり入院日数	全 国	21.2	21.5	21.8	22.3	22.4	22.1	21.8	20.9
	：日	北海道	38.4	37.8	37.6	38.0	37.8	36.6	35.4	33.9
	対前年度増加率	全 国	3.9	1.4	1.4	2.3	0.4	-1.4	-1.4	-4.3
	：%	北海道	5.2	-1.6	-0.5	1.1	-0.5	-3.3	-3.4	-4.4
削減効果	1人当たり入院日数(1)		—	—	0.10日	0.04日	0.06日	0.05日	0.07日	0.07日
	対前年度削減率(2)		—	—	0.3%	0.1%	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%

注：(1) 平成3～4年度の退院可能とされた者の平均入院期間2.41年≡880日をもとに、各年度の退院可能件数(在宅に移行、施設に移行、今後移行可能の合計)に乗じて総削減件数を計算し、各年平均の老人保健対象者数から削減された1人当たり入院日数を計算した。

(2) 前年度の1人当たり入院日数に対する削減された1人当たり入院日数の割合。

資料：国民健康保険中央会『国民健康保険の実態』各年版より作成。

業も長期入院の是正について一定の効果を生み出していることが指摘できる。

しかし、平成2年度以降の入院日数の大きな減少に対しては、削減率の上からほとんど効果を及ぼしておらず、それ以上のマイナス幅が実績として現れている。こうしてみると、この事業も当初は一定の効果を生み出したが、最近ではその削減効果を上回る入院日数の減少が起きており、病床増加の頭打ち現象や診療報酬による長期入院是正の経済的な誘導策など、その他の要因が大きく影響していることがわかる。

(4) まとめ——事業の評価と今後の展望

北海道のこの事業に対して、「病院からの老人患者追い出し策である」と、市町村議会にその中止を求める請願書提出の動きが起きた。しかし、前述のとおり一定の効果を生み出しており、今日まで続いている。

この事業を実施する北海道国民健康保険団体連合会では、その効果について、①長期入院者について、主治医との協議がルール化された、②診療担当者も長期入院、入院日数に関心をもち始めた、③医療費の適切な使用についての教育は医療費適正化にわずかながらも効果をもたらすと期待できる——と、まとめている〔9〕。

しかし、すでに述べたように主治医が在宅療養が可能と判断しても、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの地域的な受け皿の不足・未整備によって、他の施設や在宅への移行が実現しないケースもあり、市町村担当者の間には事業の継続・効果に消極的な意見も存在する。

すなわち、在宅可能とされても、患者を動かすことはなかなか困難であり、いつまで続けるのかという反応である。しかも、病院・老人保健施設・特別養護老人ホームの間や在宅に移行した場合の経済的負担の格差が存在し、被保険者教育の大きな障壁となっている。

むしろ、こうした入院の長期化については、入院後に在宅療養を教育するよりも入院前や直後に教育し、今後の病状の改善などについて患者に適切な情報を提供することがより効果的といえる。

これまでみたように、老人患者は一度、入院すると長期化し、退院して在宅に戻ることは困難である。それよりも、入院時に医師が患者に「どんな病気」に対して、「どの程度の期間を目安」にして、「どこまでの回復を期待しているか」を文書で知らせることによって、情報の開示と入院期間の短縮を図ることが有効といえる〔10〕。

北海道の国保担当者や国保連合会では、長期入院の是正について被保険者に語りかけ、各保険者もこの課題にひとつでも取り組むことの重要性から、なお事業を継続することになっている。医療担当者にも、長期入院の是正や医療費の効率的使用を求める観点から、保険者が調査・相談する事業としてその役割と意義は大きい。しかし、さらに効果を期待するには、適切な入院と適正な入院医療を担保するための新たな措置が求められており、入院時案内書などの試みは具体的な政策展開として注目される。

IV おわりに——国保制度の安定化と地域福祉

北海道における老人患者による長期入院の是正のための事業の展開をこのようにみえてくると、それがいかに困難であるかが明らかとなる。長期入院について、被保険者や医療担当者を牽制する効果は期待できても、明確な削減効果はけっして大きいものではない。

むしろ、老人を長期に入院させると経営的に苦しくなるように経済的に診療報酬で誘導した結果、長期入院の改善に取り組み、その地域の入院日数を減少させた町立病院もある。しかし、その病院は、入院患者数が回復することなく、病床利用率が低下したまま経営悪化を続けている状況であり、地域福祉の向上と国保財政の安定化、町立病院の経営改善をともに実現することは容易でない。

しかし、地域福祉の向上には国保制度の安定化は不可欠の条件である。このため、厚生省は昭和63年度から医療費が著しく高い市町村を指定して、国保の「安定化計画」の策定と運営の健全化を実施している。これは、一定の基準を超える医

表6 国保の安定化計画の実施市町村数の推移

年 度	昭和 63 年	平成元年	2 年	3 年	4 年	5 年	6 年
全 国	146	147	130	122	118	118	113
北海道	86	86	83	80	76	74	60
割合：％	58.9	58.5	63.8	65.6	64.4	62.7	53.1

資料：厚生省保険局調べ。

療費について現行の国庫負担の対象外とし、国・都道府県・市町村がそれぞれ共同負担する仕組みに変える財政支援措置であり、平成5年度には「国保財政安定化支援事業」として制度化されている[11]。この安定化計画を実施する市町村数は、表6に示すように北海道が約6割を占めており、各指定市町村では長期入院の是正や在宅ケア、レセプト点検や収入確保対策の強化など国保制度の安定化のためにさまざまな事業が実施されている。

その結果、北海道における国保医療費の増加率は、一般分については全国並みに落ち着き、老人保健分はそれをやや下回って推移している。国保安定化に向けた努力の成果といえるが、地域や在宅の状況をふまえて今後、効果ある施策をどのように展開していくのかその検討が求められている。これまでみたように長期入院の是正ひとつとっても多くの障壁が存在しており、市町村の保険者のみの努力では解決できない。まさに高齢化社会に備えた地域福祉の向上と国保制度の安定化であり、今日、国民皆保険の支柱たる国保は大きな転機にあるといえよう。

参考文献

- [1] 厚生省・医療保険審議会国民健康保険部会『これまでの検討内容の中間まとめ』, 1994年6月
- [2] 高木安雄「個別研究：北海道の老人医療費はなぜ高いか」『成熟化社会の国民医療経済分析』, 統計研究会, 1987年10月
- [3] 島崎謙治「保険集団論からみた国民健康保険制度の沿革と課題⑧」『国保新聞』1994年4月10日
- [4] 「医療保険制度 戦後の再建」『厚生指針』の臨時増刊『保険と年金の動向』第38巻第14号, 1991年
- [5] 島崎謙治「保険集団論からみた国民健康保険制度の沿革と課題①」『国保新聞』1994年1月20日

ここで島崎は、昭和59年の退職者医療制度の創設時における被用者保険と国保とのやりとり、厚生省の考えを紹介しており、「退職者医療は（経営感覚の乏しい市町村国保という）ドラ息子に金を渡すようなものだ」という被用者保険サイドの反対論に、厚生省幹部が、「国保は医療保険の母なる大地だよ。被用者保険もその土台があって成立し得るんだ。これをドラ息子とは何だね」と述べたことを紹介している。

- [6] 宮澤健一「社会保障の役割をどう見直すか——経済体制は“混合”から“分担”へのシフトが必要」『週刊社会保障』No. 1739, 1993年5月10日, 同「介護ケアの社会保険化の条件——介護保険制度化をめぐる論点整理」『週刊社会保障』No. 1794, 1994年6月20日
- [7] 高木安雄「老人病院における介護力強化と費用・マンパワーの変化——わが国の老人長期ケアの現状と医療施設の変貌」『季刊・社会保障研究』第28巻第4号, 1993年3月
- [8] 北海道国民健康保険団体連合会『老人の在宅療養にかかる被保険者教育事業』1987年3月
- [9] 北海道国民健康保険団体連合会「国保問題研究委員会（専門研究会）」審議結果要旨, 1993年3月

こうした長期入院者の家庭復帰モデル事業は、北海道のほかに5県で実施された。平成3年度の実施状況は下記のとおりであり、対象者や調査件数など各県の事業内容は同一の基準で行われているものではなく、単純な比較検討はできないが、いずれの県も家庭復帰が容易でないことが明らかとなる。（北海道国民健康保険団体連合会調べ）

	調査件数	在宅可能件数	退院件数
山口	758	120	8件
岡山	362	115	113件
滋賀	1,151	492	2件
宮崎	187	33	16件
福岡	1,204	352	0件

- [10] 池上直己「入院時案内書による情報の共有」『医療の政策選択』, 勁草書房, 1992年6月
- [11] 塚田桂佑「国保財政安定化事業について」『地方財務』第456号, 1992年5月
(たかぎ・やすお 社会保障研究所調査部長)