

福岡県における老人入院医療費の増加要因の分析

松田 晋哉* 筒井 由香*
村田 洋^{2*} 舟谷 文男^{3*}

1987年から91年の4年間における福岡県の老人入院医療費の増加要因について検討するために、県内の10医療圏単位の分析を行った。その結果、増加には大きく2つのパターンがあることが明らかとなった。まず第一のパターンは県南地区で観察されたもので、老人入院医療費増加の大部分が1人当たり医療費の増加によって説明された。さらに、この1人当たり医療費増は主に受療率の増加によって説明された。第二のパターンは福岡、北九州といった都市地域で観察されるもので、老人入院医療費増加の大部分が対象高齢者数の増加によって説明された。また、この傾向はいわゆる高齢者世帯の増加にも関連していると考えられた。以上の結果より、老人医療費増加に対処するためには、各地域の特性を考慮した種々のサービスの組み合わせが必要であることが示唆された。

Key words : 老人入院医療費, 保健医療圏, 高齢化社会, 福岡県

I はじめに

平成6年に公表された21世紀福祉ビジョン¹⁾でも明らかのように、現在のわが国の保健医療福祉政策は、ある意味で高度高齢社会へソフトランディングするための経済政策であり、その中味は医療費の総枠を規制したうえで、医療から福祉への財源の再配分であると考えられる。例えば、福祉ビジョンのなかでは現在年金、医療、福祉に5:4:1配分されている社会保障費を、将来的には5:3:2で配分していくことが明記されている¹⁾。この背景には「年金の負担率が高齢化にともない自動的に伸びていくことを考慮すると、医療の負担がこれ以上伸びる余地はない」という国の国家財源における基本姿勢がある²⁾。国民医療費の43%を65歳以上が占めるという現状では³⁾、老人医療、特に老人入院医療の在り方に関して強い関心が寄せられるのは当然のことである。そして、高齢者の入院のうち、いわゆる社会的入院が推計で1兆5800万円にのぼる⁴⁾という現状を改善するために、近年診療報酬政策を具体的な誘導策とし

て、施設から在宅へとサービス提供の場の重点の転換がなされつつある。さらに、一方で介護保険導入論議からも明らかのように、医療サービスから福祉的な要素を分離した上で、社会保障制度全体を見直そうという気運も高まっている。他方で地方分権化の流れのなかで、保健医療計画や老人保健福祉計画が策定され、高齢者に対する保健医療福祉の総合的サービス提供体制の確立が目指されている。このような一連の動きは老人医療サービスの提供体制の在り方に大きな影響を及ぼしつつある。そこで、本研究では、87年と91年の間における福岡県の老人入院医療費の増加の要因について検討を行い、その構造を明らかにすることで今後の福岡県における老人医療および保健福祉サービスの方向性について、特に地域特性に注目して考察することを目的とする。

II 資料および方法

資料としては87年度および91年度の福岡県の「国民健康保険事業」報告書⁵⁾と「衛生統計」⁶⁾を用いた。「国民健康保険事業」報告書には市町村別の国民健康保険の老人保健分診療費（入院、入院外）と、その3要素である受診率、一件当たり日数、一日当たり費用額が記載されている。ここで、3要素は次のように定義されている。

* 産業医科大学医学部公衆衛生学教室

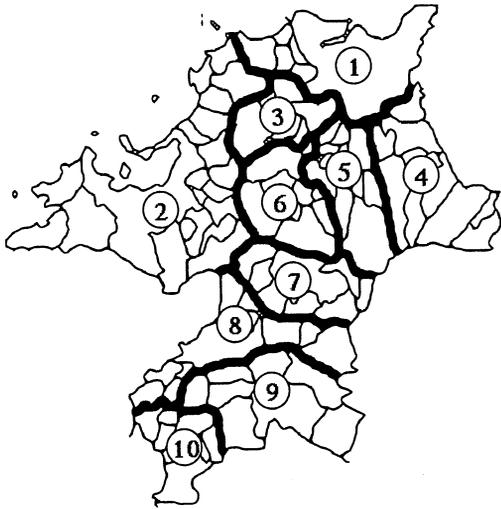
^{2*} 産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経済学

^{3*} 産業医科大学医学部医療科学教室

連絡先: 〒807 北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1

産業医科大学公衆衛生学教室 松田晋哉

図1 福岡県の保健医療圏の区分



- | | |
|----------------|----------------|
| ① 北九州地区保健医療圏 | ⑥ 飯塚地区保健医療圏 |
| ② 福岡地区保健医療圏 | ⑦ 甘木・朝倉地区保健医療圏 |
| ③ 直方・鞍手地区保健医療圏 | ⑧ 久留米地区保健医療圏 |
| ④ 京築地区保健医療圏 | ⑨ 八女・筑後地区保健医療圏 |
| ⑤ 田川地区保健医療圏 | ⑩ 有明地区保健医療圏 |

- 1) 受診率：老人保健医療対象者一人当たりの一ヵ月の診療報酬明細書の数、
- 2) 一件当たり日数：一ヵ月を単位とした、診療報酬明細書一件当たりの診療実日数、
- 3) 一日当たり費用額：患者が医療機関で治療を受けたときにかかった一日あたりの総費用。

つぎに、衛生統計には市町村別の医療施設数(病院、診療所別)と病床数の記載がある。本研究では、これらの資料をもとに福岡県の10の二次医療圏別(図1)に87年および91年それぞれについて、老人入院医療費とその3要素、およびその変化率を以下の計算式により算出し、当該期間における各医療圏ごとの一般病院数と一般病院病床数の変化との関連性について分析した。

まず、老人保健医療対象者一人当たり医療費(以下一人当たり医療費)をME、受診率をU、一件当たり日数をD、一日当たり医療費をEとすると $ME=U \times D \times E$ であるから両辺の対数をとると、 $\ln(ME)=\ln(U)+\ln(D)+\ln(E)$ となる。さらに両辺を時間tについて微分すると、

$$\frac{\Delta ME}{ME} = \frac{\Delta U}{U} + \frac{\Delta D}{D} + \frac{\Delta E}{E}$$

となり、一人当たり医療費の増加率は、受診率の増加率、一件当たり日数の増加率、および一日当たり医療費の増加率の和に分解できる。そして、これをもとに医療費の増加率をその要因から分析することが可能となる。さらに、各医療圏別の老人医療費の総額をTME、老人医療対象者数をNとすると、

$$\frac{\Delta TME}{TME} = \frac{\Delta N}{N} + \frac{\Delta ME}{ME}$$

となり、これにより医療圏ごとの老人医療費の経時変化を、高齢者の増加率と一人当たり医療費の増加率から評価することが可能となる。

また、85年と90年の国勢調査の結果⁷⁾を用いて、各医療圏ごとの65歳以上人口および高齢者世帯人口(65歳以上高齢者単独世帯+65歳以上高齢者夫婦世帯人口)を求め、その増加率との関連についても分析を行なった。

Ⅲ 結 果

表1は福岡県の10医療圏について87年、91年の老人医療費、老人保健医療対象者数および一人当たり老人入院診療費とその間の増加率を、3要素別の分析結果とともに示したものである。総医療費は87年度における低医療費の地域であった県南の甘木・朝倉医療圏と八女・筑後医療圏で40%以上の高い増加率を示している。この増加の要因をみると、いずれも一人当たり入院診療費の増加率が高く、35%以上の値を示していた。さらに、3要素別の内訳をみると、この2つの地域では4年間に受診率が大きく伸びていることが特徴である。また、久留米、有明両医療圏は総医療費および一人当たり医療費の伸びは甘木・朝倉、八女・筑後に比べて小さいものの、医療費の伸びの主要な部分を一人当たり医療費の増加が占め、その内訳では受診率の伸びが比較的大きいという、甘木・朝倉、八女・筑後両医療圏に類似の動向を示している。一方、福岡、北九州、田川、京築、の4医療圏では、総医療費の伸びの主要な部分が対象者の増加によって説明され、一人当たり入院診療費の増加率はいずれも10%以下で小さい。これらの地域の特徴としては、87年度の一人当たり入院診療費が40万円以上の高医療費地域であることがあげられる。また、一人当たり入院診療費の3要素別の分析結果をみると、これらの地域は受診率

表1 福岡県の10医療圏における老人入院医療費の変化とその関連要因の分析(1987-91)

医療圏	福岡	甘木・朝倉	久留米	八女・筑後	有明
1987					
総医療費	32,877,859,000	1,895,215,100	8,480,454,022	2,565,074,346	8,109,115,228
対象者数	70,399	6,424	25,146	10,547	20,743
一人当たり医療費	467,022	295,021	337,249	243,204	390,933
受療率	1.53	0.96	1.15	0.87	1.25
一件当たり日数	25.06	23.94	24.93	23.96	24.76
一日当たり費用額	12,174	12,790	11,814	11,659	12,663
1991					
総医療費	44,287,432,677	2,716,987,715	10,913,716,324	3,700,000,613	10,362,922,337
対象者数	85,935	6,847	27,298	11,060	23,192
一人当たり医療費	515,360	396,814	399,799	334,539	446,832
受療率	1.60	1.19	1.26	1.12	1.36
一件当たり日数	24.57	23.32	24.37	23.95	24.43
一日当たり費用額	13,093	14,295	12,988	12,519	13,451
変化率(%)					
総医療費	34.7 寄与率*	43.4 寄与率*	28.7 寄与率*	44.2 寄与率*	27.8 寄与率*
対象者数	22.1 69%	6.6 16%	8.6 31%	4.9 11%	11.8 46%
一人当たり医療費	10.0 31%	35.0 84%	19.0 69%	38.0 89%	14.0 54%
受療率	5.0 16% (45%)	24.0 58% (73%)	10.0 36% (56%)	28.0 65% (80%)	9.0 35% (64%)
一件当たり日数	-2.0 -6% (-18%)	-3.0 -7% (-9%)	-2.0 -7% (-11%)	0.0 0% (0%)	-1.0 -4% (-7%)
一日当たり費用額	8.0 25% (73%)	12.0 29% (36%)	10.0 36% (56%)	7.0 16% (20%)	6.0 23% (43%)
医療圏					
	直方・鞍手	飯塚	田川	北九州	京築
1987					
総医療費	2,993,169,298	4,742,209,360	3,973,978,090	23,127,276,509	4,898,270,350
対象者数	7,374	12,547	9,597	54,985	11,767
一人当たり医療費	405,909	377,956	414,085	420,611	416,272
受療率	1.44	1.36	1.39	1.31	1.43
一件当たり日数	24.94	24.64	24.85	24.66	25.27
一日当たり費用額	11,269	11,295	11,975	12,990	11,519
1991					
総医療費	4,151,139,315	6,459,713,772	5,125,988,797	30,068,181,357	5,703,101,793
対象者数	8,790	14,738	11,789	69,690	13,204
一人当たり医療費	472,257	438,303	434,811	431,456	431,922
受療率	1.51	1.40	1.41	1.29	1.45
一件当たり日数	24.06	24.11	24.32	23.96	24.59
一日当たり費用額	13,017	12,990	12,685	14,008	12,133
変化率(%)					
総医療費	38.7 寄与率*	36.2 寄与率*	29.0 寄与率*	30.0 寄与率*	16.4 寄与率*
対象者数	19.2 55%	17.5 52%	22.8 82%	26.7 90%	12.2 75%
一人当たり医療費	16.0 45%	16.0 48%	5.0 18%	3.0 10%	4.0 25%
受療率	4.0 11% (25%)	3.0 9% (19%)	1.0 4% (20%)	-2.0 -7% (-67%)	1.0 6% (33%)
一件当たり日数	-4.0 -11% (-25%)	-2.0 -6% (-13%)	-2.0 -7% (-40%)	-3.0 -10% (-100%)	-3.0 -19% (-100%)
一日当たり費用額	16.0 45% (100%)	15.0 45% (94%)	6.0 22% (120%)	8.0 27% (267%)	5.0 31% (167%)

*: 寄与率 総医療費の変化率に対する各要因の寄与率。()内は一人当たり医療費に対する三要素の寄与率

の増加率がいずれも1ケタ台で小さく、その主要な部分を一日当たり費用額の増加によっているという特徴が認められる。

表2は医療圏別に87年と91年の一般病院数と病院一般病床数をこの間の増加率、および必要病床数に対する充足率とともに示したものである。県全体では、87年から91年の間に28の病院(6.7%)が増加し、また病床数は6,707床(10.9%)増加している。地域別では87年度において必要病床数に対する充足率の低かった甘木・朝倉医療圏と八女・筑後医療圏でそれぞれ100床(38.1%)と298床(22.3%)の病床数の増加が生じていることが注目される。一方、直方・鞍手、飯塚、田川、北九州、京築の5医療圏では病床の増加率がいずれも1ケタ台からマイナスで、また、田川を除くと

一病院当たりの平均病床数も減少している。

表3は85年および90年の65歳以上人口と高齢者世帯人口を、その変化率とともに10医療圏別に示したものである。90年時点での65歳以上人口は甘木・朝倉、八女・筑後の県南部および直方・鞍手、田川、飯塚の筑豊地区でいずれも16%以上で高い割合を示している。しかし、絶対数および増加率は福岡、北九州、久留米といった都市部と京築地区で高い。つぎに、1990年時点での高齢者世帯人口割合をみると、甘木・朝倉、八女・筑後、久留米(以上10%台)と有明で低く、福岡、北九州の両都市圏と直方・鞍手、田川、飯塚の筑豊地区の医療圏でいずれも30%台と高い割合を示している。また、高齢者世帯人口の増加率をみると、福岡、北九州、久留米の三医療圏が高い値を示し

表2 福岡県の10医療圏における病院数および病院一般病床数の経時変化(1987-91)

医療圏	病院数		増加率 (%)	病院一般病床数		増加率 (%)	必要病床数 (1990)	充足率 1987	充足率 1991	1病院あたり 平均病床数	
	1987	1991		1987	1991					1987	1991
福岡	178	188	5.6%	25,181	28,534	13.3%	19,476	129.3	146.5	141.5	151.8
甘木・朝倉	6	7	16.7%	862	1,190	38.1%	1,090	79.1	109.2	143.7	170.0
久留米	42	46	9.5%	6,030	7,185	19.2%	6,989	86.3	102.8	143.6	156.2
八女・筑後	11	12	9.1%	1,338	1,636	22.3%	2,063	64.9	79.3	121.6	136.3
有明	28	31	10.7%	3,866	4,300	11.2%	3,865	100.0	111.3	138.1	138.7
直方・鞍手	12	12	0.0%	1,433	1,348	-5.9%	1,283	111.7	105.1	119.4	112.3
飯塚	23	25	8.7%	3,050	3,293	8.0%	2,865	106.5	114.9	132.6	131.7
田川	18	18	0.0%	1,640	1,738	6.0%	1,706	96.1	101.9	91.1	96.6
北九州	82	88	7.3%	16,386	17,201	5.0%	13,198	124.2	130.3	199.8	195.5
京築	15	16	6.7%	1,574	1,646	4.6%	1,922	81.9	85.6	104.9	102.9
合計	415	443	6.7%	61,364	68,071	10.9%	54,457	112.7	125.0	147.9	153.7

表3 福岡県の10医療圏における高齢者人口および高齢者世帯人口の経時変化(1985-90)

医療圏	1985				1990				1985年から1990年間の増加率						
	総人口	65歳以上人口	65歳以上人口割合(%)	高齢者世帯人口	高齢者世帯人口割合(%)	総人口	65歳以上人口	65歳以上人口割合(%)	高齢者世帯人口	高齢者世帯人口割合(%)	総人口(%)	65歳以上人口(%)	増加%ポイント	高齢者世帯人口(%)	増加%ポイント
県全体	4,719,259	499,228	10.6	130,304	26.1	4,811,050	597,869	12.4	175,780	29.4	1.9	19.8	1.8	34.9	3.3
福岡	1,847,232	152,331	8.2	39,918	26.2	1,988,460	191,228	9.6	57,329	30.0	7.6	25.5	1.4	43.6	3.8
甘木・朝倉	92,556	13,487	14.6	1,924	14.3	91,667	15,448	16.9	2,556	16.5	-1.0	14.5	2.3	32.8	2.3
久留米	443,820	50,644	11.4	8,499	16.8	450,725	59,014	13.1	11,753	19.9	1.6	16.5	1.7	38.3	3.1
八女・筑後	145,655	20,612	14.2	3,087	15.0	144,359	23,332	16.2	4,016	17.2	-0.9	13.2	2.0	30.1	2.2
有明	292,896	41,781	14.3	9,488	22.7	280,988	48,313	17.2	12,278	25.4	-4.1	15.6	2.9	29.4	2.7
直方・鞍手	129,616	17,609	13.6	4,830	27.4	126,541	20,554	16.2	6,267	30.5	-2.4	16.7	2.7	29.8	3.1
飯塚	207,076	29,431	14.2	8,698	29.6	206,342	33,534	16.3	10,602	31.6	-0.4	13.9	2.0	21.9	2.1
田川	163,143	24,633	15.1	7,915	32.1	157,802	27,996	17.7	9,500	33.9	-3.3	13.7	2.6	20.0	1.8
北九州	1,199,267	123,671	10.3	39,613	32.0	1,167,828	149,328	12.8	53,282	35.7	-2.6	20.7	2.5	34.5	3.7
京築	197,998	25,029	12.6	6,332	25.3	196,338	29,122	14.8	8,197	28.1	-0.8	16.4	2.2	29.5	2.8

表4 福岡県の10医療圏における後期高齢者人口の経時的変化(1985-90)

医療圏	1985			1990			1985-90年の間の増加率		
	総人口	75歳以上人口	75歳以上人口割合(%)	総人口	75歳以上人口	75歳以上人口割合(%)	総人口(%)	75歳以上人口(%)	増加%ポイント
県全体	4,719,259	193,688	4.1	4,811,050	243,063	5.1	1.9	25.5	0.9
福岡	1,847,232	57,956	3.1	1,988,460	76,229	3.8	7.6	31.5	0.7
甘木・朝倉	92,556	5,880	6.4	91,667	6,870	7.5	-1.0	16.8	1.1
久留米	443,820	20,691	4.7	450,725	25,072	5.6	1.6	21.2	0.9
八女・筑後	145,655	9,031	6.2	144,359	10,278	7.1	-0.9	13.8	0.9
有明	292,896	16,936	5.8	280,988	20,314	7.2	-4.1	19.9	1.4
直方・鞍手	129,616	6,870	5.3	126,541	8,387	6.6	-2.4	22.1	1.3
飯塚	207,076	11,445	5.5	206,342	13,922	6.7	-0.4	21.6	1.2
田川	163,143	9,603	5.9	157,802	11,725	7.4	-3.3	22.1	1.5
北九州	1,199,267	45,178	3.8	1,167,828	57,925	5.0	-2.6	28.2	1.2
京築	197,998	10,098	5.1	196,338	12,341	6.3	-0.8	22.2	1.2

表5 福岡県の10医療圏における老人入院医療費増加および高齢化の特徴

医療圏	総老人入院医療費の伸びにおける寄与率		一人当たり老人入院医療費の伸びにおける寄与率		総人口の増減	65歳以上人口(1990)	高齢者世帯人口割合	75歳以上人口(1990)
	対象者の増加50%以上	一人当たり医療費増加50%以上	受療率増加50%以上	一日当たり医療費増加50%以上		15%以上	30%以上	6%以上
福岡	69%			73%	増加		30.0%	
甘木・朝倉		84%	73%		減少	16.9%		7.5%
久留米		69%	56%	56%	増加			
八女・筑後		89%	80%		減少	16.2%		7.1%
有明		54%	64%		減少	17.2%		7.2%
直方・鞍手	55%			100%	減少	16.2%	30.5%	6.6%
飯塚	52%			94%	減少	16.3%	31.6%	6.7%
田川	82%			120%	減少	17.7%	33.9%	7.4%
北九州	90%			267%	減少		35.7%	
京築	75%			167%	減少			6.3%

ている。

表4は85年および90年の75歳以上人口(いわゆる後期高齢者人口)およびその全人口に占める割合を、その変化率とともに10医療圏別に示したものである。90年時点での75歳以上人口は甘木・朝倉、八女・筑後、有明の県南部および直方・鞍手、田川、飯塚の筑豊地区、および京築でいずれも6%以上の高い割合を示している。しかし、絶対数の伸びおよび増加率は福岡と北九州の都市部の医療圏が約30%で最も高くなっている。

表5は10医療圏を老人入院医療費の伸びにおける各要因の寄与率と人口構造の特徴に着目してま

とめたものである。これをみると、まず、医療費の伸びにおける各要因の寄与率の動向から10医療圏が2つのグループに区分できる。すなわち、総医療費の伸びの50%以上が対象者の増加に因っている福岡、直方・鞍手、飯塚、田川、北九州、京築の6医療圏と、伸びの50%以上が一人当たり医療費の増加に因っている甘木・朝倉、久留米、八女・筑後、有明の4医療圏に区分できる。また、この2群について一人当たり医療費の伸びにおける3要素別の寄与率をみると、前者の場合、一日当たり費用額の増加が50%以上の寄与率、そして後者の場合は受療率の増加が50%以上の寄与率と

いう共通の特徴がある。ついで、人口構造における特徴に着目してみると、福岡、直方・鞍手、飯塚、田川、北九州の5医療圏は、90年における高齢者世帯割合がいずれも30%以上という特徴がある一方で、65歳以上人口割合が15%未満の福岡、北九州の2都市部医療圏と、15%以上の筑豊地区の3医療圏(直方・鞍手、飯塚、田川)に区分される。また、甘木・朝倉、八女・筑後、有明の県南部の3医療圏は65歳以上人口割合が15%以上、75歳以上人口割合が7%以上と高い高齢化率を示す一方で、高齢者世帯割合はいずれも30%未満であるという共通の特徴を示している。残りの2医療圏については、久留米が福岡と県南部の医療圏の中間的な特徴を、そして京築が北九州と筑豊の中間的な特徴を示している。

Ⅳ 考 察

本研究の分析結果をみると、福岡県の老人入院医療費増加の構造には、その要因と人口構造の特徴からみて大きく3つの地域的パターンがあることが明らかとなった。以下、その各々についてその特徴をまとめるとともに、老人医療費適正化を視野にいたし、今後の高齢者をめぐる保健医療福祉政策の方向性について述べてみたい。

1. 県南地域(甘木・朝倉、八女・筑後、有明の3医療圏)

まず、第一のものは県南地区の3医療圏のパターンである。この地域では従来より65歳以上高齢者割合が高かったために老人医療費の増加率は一人当たり医療費の増加率による部分が大きい。すなわち、これらの地域では後期高齢者層の割合の増加により医療ニーズ・福祉ニーズが高まり、いわゆる社会的入院を含めて入院医療費の増加に繋がっていると考えられる。また、これらの地域は従来よりベッド数の不足している地域であり、医療法改正にともなう駆けこみ増床によりサービス供給量が増加したことも、当該地域における受診率を高めることで入院医療費の増加に関連していると考えられる。すなわち、従来家庭内で行われていた介護を要する高齢者のケアが、対象者およびそれを介護するものが高齢化と、圏域内の施設の充足にともない、施設内で行われるようになってきたものと理解される。

これらの地域における今後の老人保健医療福祉

サービスの方向性としては、後期高齢者層の増加によって予想される重度の要介護高齢者への対応のための十分な在宅ケア支援体制の確立と、在宅サービスとバランスのとれた施設ケア体制の充実、特に、医療機関としては療養型施設の量的・質的充実があげられる。このような基盤整備のために、すでに各市町村では老人保健福祉計画が、そして広域では地域保健医療計画が制定されているが、財源問題に加えて、関係者間の共通理解の不足のために基盤整備の推進は必ずしも順調ではない⁸⁾。まず、財源について考えてみると、現時点の県南地域の市町村の財政力は、平成6年度の財政力指数で0.2-0.4程度であり⁹⁾、今後もそれが拡大することは期待できない。したがって、当該地域における高齢者保健福祉医療サービスの展開にあたっては、公的サービスの不足を補うべく、公助、自助、互助の重層的な地域サービス体系を構築することが必要となる。例えば、自助について考えると、老人保健法に基づく健康維持・増進プログラムが推進され、その成果として健康な老人が増加するとすれば、ある程度の医療費抑制効果をもつことになる。さいわい、県南地域においては住民の自主的な地区活動が盛んであり¹⁰⁾、また、老人保健法における健康診査や健康教室への参加率も健康診査で40%-80%と非常に高いという特性がある¹¹⁾。このような自主的な健康管理活動への高い意識と強い地域共同体意識とを基盤としながら、住民ボランティア等の地域内の互助的なネットワークを構築し、さらにそれを医療機関をはじめとする専門的機関が支援するという重層的なシステムを構築することが、当該地域において効率的でかつ安定したサービス提供を可能にするために必要であろう。また、医療サービスに関しては、当該地区の一事務組合立病院で施設のオープン化の試みが行われており、農村地区における病診連携のモデルケースとしてその展開が注目されている¹²⁾。もし、このシステムが軌道にのれば、公的病院を後方病院として、開業医を中心とするかかりつけ医を主体とした在宅ケア支援体制の確立が可能となり、それにより不必要な社会的入院を避けることができると予想される。しかしながら、現時点ではこのオープン化の試みも医師間の書類の交換のレベルに止まっているのが現状であり¹²⁾、関係者の意識の改革と、このような形

式の病診連携が、病・診双方にとって経営的にもメリットがあるような制度的誘導策が必要であろう。なお、久留米医療圏は県南地区と福岡医療圏の中間的な特徴を示しているが、医療費の構造および社会文化的な特徴としては県南地区に類似していることから、老人入院医療費対策も県南地区と同様の方向性で行なっていくことが妥当であると考えられる。

2. 福岡・北九州都市圏

老人入院医療費増加の第二のパターンは福岡および北九州の2つの都市部の医療圏で観察されるもので、これらの大都市地域では老人入院医療費増加の主要な部分が対象者の増加に因っている。これらの地域では高度経済成長期に若年層を中心とした大規模な人口流入があり、現在でも高齢化率は他の地域より低い、絶対数が多いこと、そして高齢者人口における高齢夫婦世帯および高齢者単独世帯の占る割合が高いことなどの理由により、対象者数の増加による入院医療費増加の影響が大きい。ここで、対象者数の増加が直接医療費増につながらないようにするためには受療率に関する対策が重要となる。福岡県高齢者実態調査報告書によると都市部の高齢者は、健康不安が生じた時に家族内に相談する相手がいないため、あるいは何らかの介護が必要となったとき、家庭内で介護を担当する者がいないために、健康問題がすぐに医療サービスのニーズとして顕在化しやすいことが指摘されている¹⁰⁾。また、これらの地域では老人保健法に基づく健康診査への参加率がおおむね20%未満と低く¹¹⁾、公的保健サービスのカバー率が低いという特徴がある。このような保健行動上の特徴をもつ都市居住高齢者に対する、医療費適正化のための保健福祉医療対策の推進にあたっては「かかりつけ医」の役割が重要になってくると考えられる。すなわち、都市部の高齢者は、医療施設へのアクセスの良さから、何らかの健康不安・問題がある場合、まず医療機関を受診することが多い。そして、こうした高齢者において福祉ニーズが発生してくる一般的な経過を考えると、まず高血圧などの慢性疾患があり、それが加齢にともなって増悪することで、順次福祉ニーズが発生してくることが多い。したがって、こうした高齢者を継続的にフォローしているかかりつけ医が保健・福祉・医療の総合的サービス提供の

ための窓口の一つとして機能することが、前述のような特性をもつ都市居住高齢者（特に、一人暮らし高齢者および高齢夫婦世帯高齢者）に対する総合的サービスを効率的に提供するために重要であり、それが医療費の適正化にもつながるものと考えられる。現在、北九州市では医師会と行政が医療機関を情報共有の場として活用し、脳卒中等で入院した高齢者が、訪問看護サービス、在宅介護サービス、そしてかかりつけ医による定期的な医療サービスをうけながら在宅療養を行うシステムや医師会の積極的関与による高齢者への総合的保健医療福祉サービス提供体制構築のための試みがモデル的に行われている^{13,14)}。このような「かかりつけ医」を主体としたシステムが高齢者のケアに要する保健医療福祉のトータルのコストを軽減しうるのかについてはまだ明らかではない。しかし、このシステムが少なくとも医療コストを軽減し、かつ要介護高齢者のQOLを改善する効果があることは明らかであり、このような方式が都市部における高齢者対策のモデルとして、他地域にも普遍化が可能であるのかについて、今後、多面的な研究が行われる必要がある。なお、京築医療圏は人口構造の特徴としては筑豊地区と北九州医療圏の中間的な特徴を示しているが、医療費増加の特徴から考えると、福岡および北九州と類似の方向性で対策を行っていくことが妥当であると考えられる。

3. 筑豊地域（直方・鞍手、田川、飯塚の3医療圏）

石炭産業隆盛時の人口の大規模な流入と、その後の人口の流出を経験した筑豊の3医療圏（直方・鞍手、田川、飯塚）は高い高齢者率に加えて、高い高齢者世帯率という特徴があり、上記の2つのパターンの混合型の入院医療費の動向を示している。しかし、同地区における今後の高齢者対策の推進にあたっては、前2者とは異なる厳しい条件が山積している。まず、筑豊地区の市町村の財政力指数をみると、平成6年度でほとんどが県平均0.34を大きく下回る0.10-0.20の間にあり⁹⁾、非常に厳しい状況にある。また、国民健康保険事業状況でも、年度によって多少の変動はあるものの当該地域の市町村の1/3程度が常に実質収支が赤字となっている⁵⁾。このような状況のために市町村保健福祉計画に関しては、他市町村以上にその

実現が困難であると予想される。このような財政的ハンディを克服するための一戦略として、住民の自主的な健康管理活動・健康増進活動への取り組みが期待されるのであるが、当該地区における老人保健法の健康診査受診率は1桁台から20%台と低迷し¹⁾、中高齢者の自主的健康管理活動への取り組みは、県南地区と対照的な状況となっている。このような状況下で当該地区における老人の保健医療福祉問題を解決することは市町村単独では困難であり、また互いに財政力の弱い市町村が広域的な取り組みを行ったとしてもその効果には限界がある。したがって、当該地域における諸問題の解決のためには、人材面・財政面での県・国による支援が不可欠であり、それがひいては当該地域における老人医療費の適正化にも繋がるものと考えられる。現在までのところ、同地域における老人医療費適正化も視野にいた保健医療福祉の総合的サービス提供のモデルの試みは行われておらず、国・県の積極的な支援が期待される。そして、システム構築にあたっては、当該地域の厳しい財政状況を考慮すると、現行の制度的枠組みと既存施設を最大限に活用しながら、望ましいシステム構築への方向性を探ること、および公的サービスの提供量の制限を克服するための住民参加の活性化を促進することが現実的であろう。具体的には、住民の保健行動に関する意識変革を実現するための、老人保健法に基づく諸事業の活性化対策の推進や健康をテーマとした社会教育の推進(公民館行事など)、地域医師会の関連事業への積極的な取り組みなどが考えられる。

以上、福岡県の老人入院医療費増加の構造分析の結果に基づいて、各地域ごとの今後の高齢者に対する保健医療福祉サービス提供体制の構築に関する方向性について考察した。低経済成長下における高度高齢社会においては、現在以上に老人医療費が社会保障費全体の中でその割合を拡大できる余地はなく、介護保険等の導入によりむしろそのシェアは縮小の方向に進むと予想される。そして、新ゴールドプランおよび市町村保健福祉計画の実行を通して、高齢者に対する保健医療福祉の総合的サービス提供体制が確立されるならば、いわゆる「社会的理由」で入院している高齢者の多くは在宅に戻り、医療よりは福祉の領域のサービスを受けることになる。さらに、老人保健法に基

づく健康維持・増進プログラムの推進の成果として健康な老人が増加するとすれば、高齢者数の増加は必ずしも医療需要の増加につながらず、ある程度の医療費抑制効果をもつことになる。しかしながら、社会保障費における医療費のシェアの縮小は医療サービスの重要性の縮小を意味するものではない。むしろ、地域における総合的なサービス提供体制を確かなものにするためには十分な医療サービスの提供体制の整備は必要不可欠な要素である。十分な施設ケアの後ろ楯があって、初めて在宅介護の推進が可能になることは北欧の経験からも明らかである。繰り返しになるが、高齢者の医療・福祉ニーズの発生過程をみると、まず医療ニーズがあり順次福祉ニーズが発生してくるケースが多い。したがって、地域の医療サービス提供側が、住民や関連諸機関との議論をふまえて、医療サービスを基点とする高齢者に対する総合的なサービスの在り方についてのシステムのモデルと、その中での各医療機関の役割を提示し、さらにそれを可能にするための社会保障体系の在り方について、今後、積極的に提言を行っていくことが必要である。公的財源に北欧なみの豊かさを期待できないわが国においては、新しい箱ものを作るのではなく、既存の施設、特に国際的水準からみて過剰ともいえるほど存在している医療施設が、新しい時代にあった役割を付与されることで、地域の社会資本として積極的に活用されることが現実的な路線であると考えられる。福岡県の場合、特に、公的財源に大きな制約のある県南地区および筑豊地区において、このような視点からの地域の医療機関の積極的な取り組みが期待される。

なお、本研究の一部は第54回日本公衆衛生学会総会(山形)において発表した。

(受付 '96.9.11)
採用 '97.10.20)

文 献

- 1) 厚生省大臣官房政策課監修. 21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて—. 東京: 第一法規. 1994.
- 2) 広井良典. 医療の経済学. 東京: 日本経済新聞社, 1994; 20-21.

- 3) 厚生統計協会. 国民衛生の動向1996年, 1996; 247.
- 4) 医療保険審議会「中間取りまとめ」の参考資料, 社会保険旬報, 1995; 1883号: 9-10.
- 5) 福岡県民生部. 国民健康保健事業状況 昭和62年. 平成3年.
- 6) 福岡県環境保健部. 衛生統計年報 昭和62年, 平成3年.
- 7) 総務庁統計局. 国勢調査 昭和60年. 平成2年.
- 8) 松田晋哉. DEMATEL法による要介護高齢者の在宅ケア推進のためのシステム構築に関する研究. 病院管理 1997; 34: 133-144.
- 9) 地方財政調査研究会. 平成6年度市町村別決算状況調. 東京: 地方財務協会. 1996.
- 10) 福岡県民生部. 福岡県高齢者実態調査報告書. 1992.
- 11) 松田晋哉. 福岡県の老人医療費に関連する要因の分析. 産業医大誌 1995; 17: 113-119.
- 12) 吉田 博. 病診連携について. 勤務医のつどい, 1996; 平成8年3月21日号
- 13) 西野憲史. 在宅チームケアの実践. 日本公衛誌 1993; 40 (特別付録): 87.
- 14) 医療経済研究機構. 「高齢者に対する保健医療福祉サービスの適正圏域設定に関する研究」報告書. 1997.

AN ANALYSIS OF FACTORS ASSOCIATED WITH THE INCREASE OF IN-PATIENT MEDICAL EXPENDITURES FOR THE ELDERLY IN FUKUOKA PREFECTURE

Shinya MATSUDA*, Yuka TSUTSUI*, Hiroshi MURATA^{2*}, Fumio FUNATAN^{3*}

Key words: In-patient medical expenditures, Health care region, Aging society, Fukuoka

In order to evaluate factors associated with the increase in the in-patient medical expenditures for the elderly in Fukuoka prefecture during the period from 1987 to 1991, an analysis was conducted based on the data of 10 Health Care Regions. According to the results, there were two patterns in the increase. The first was the pattern observed in the southern part of the prefecture, where most of the increase in the in-patient medical expenditures for the elderly was explained by the increase of medical expenditures per capita. Furthermore, this increase per capita was due to the increase in utilization rate. This pattern is considered to be associated with the increase of general hospital beds as well as with the increase of the dependent elderly in the regions. The second pattern was observed in urban regions, such as Fukuoka and Kitakyushu, where the increase of in-patient medical expenditures for the elderly was mainly due to the increase in the number of elderly in the regions. This pattern is considered to be associated with the increase in the population categorized as the aged household. The present result suggests that in order to control the medical expenditures for the elderly, different service-mix strategies will be necessary, respecting the socio-economic characteristics of each region.

* Department of Preventive Medicine and Community Health, University of Occupational and Environmental Health, Japan

^{2*} Department of Occupational Health Economics, Institute of Industrial Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Japan

^{3*} Department of Health Care Administration, University of Occupational and Environmental Health, Japan