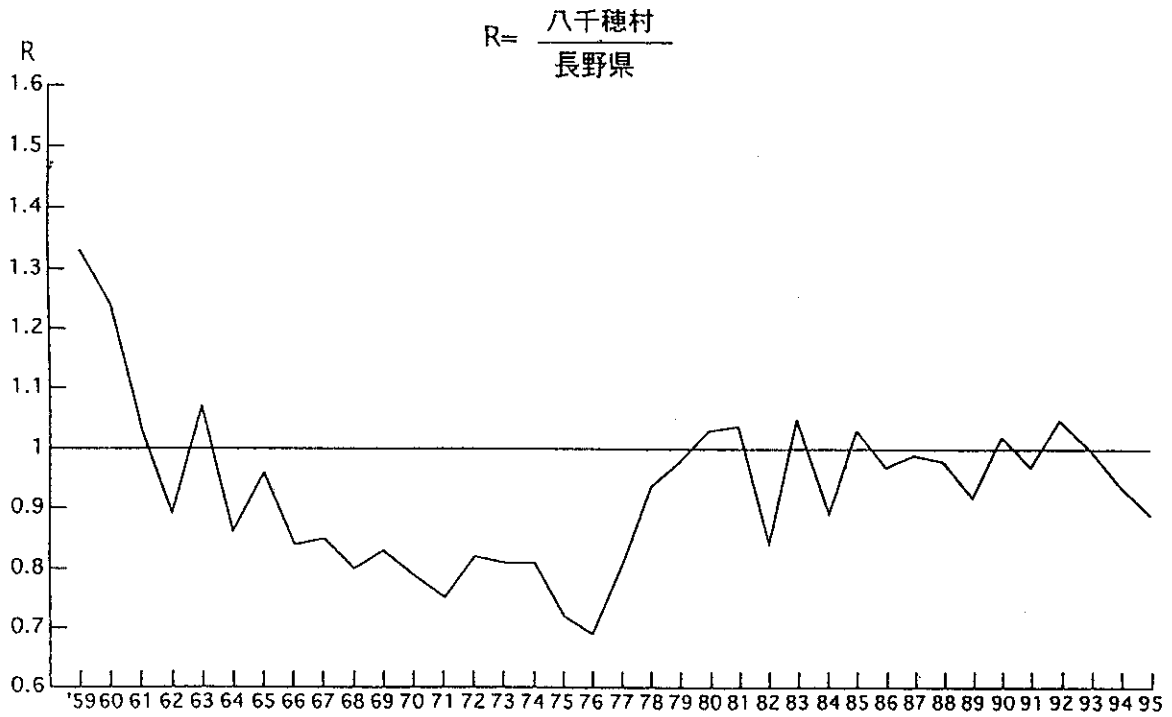


(2) 八千穂村国保総医療費（1人当たり）の変動



(3) 八千穂村国保総医療費（1人当たり）の変動

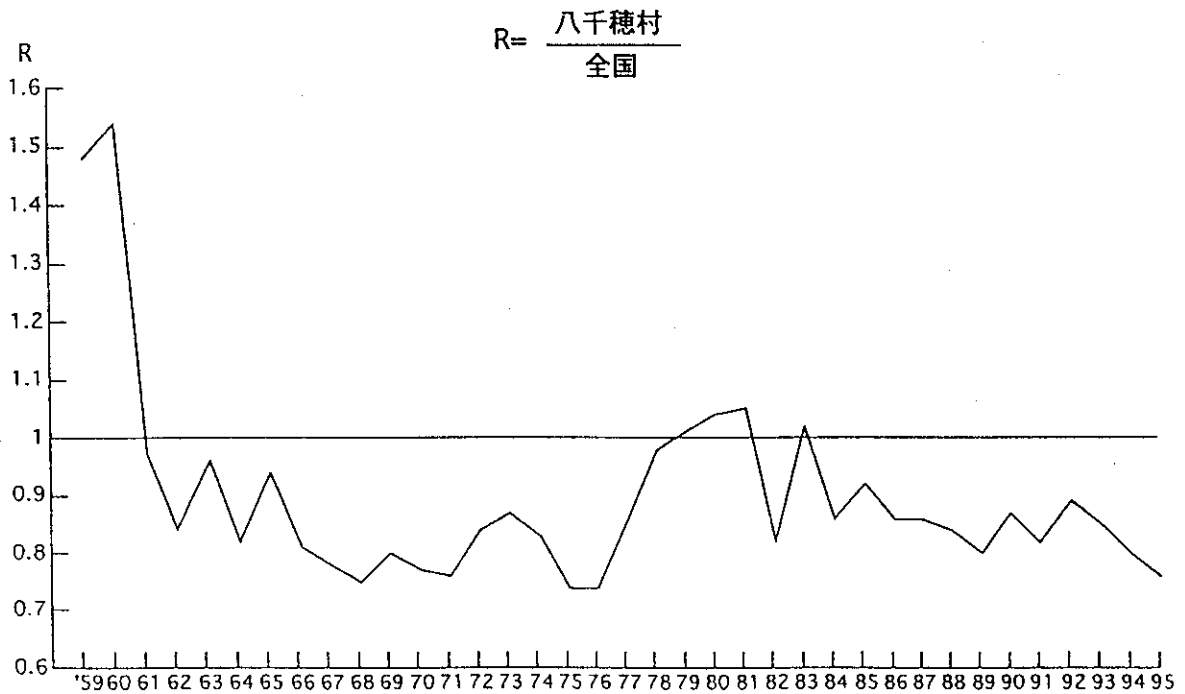
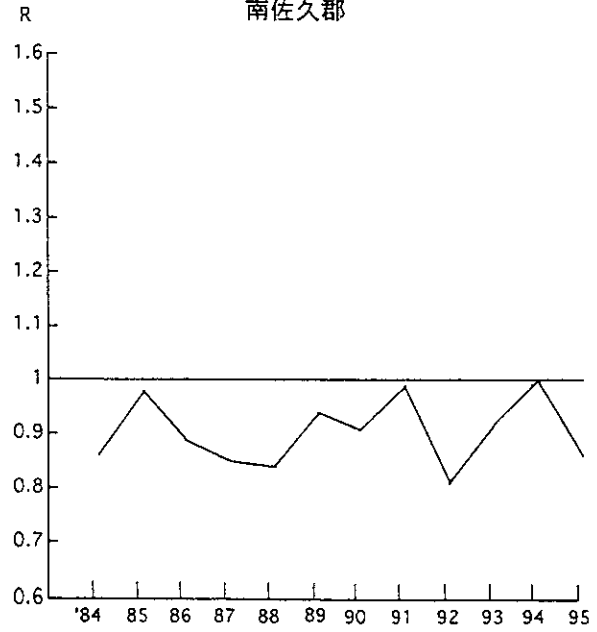


図6 南佐久郡、長野県、全国と比べた八千穂村老人医療費の推移

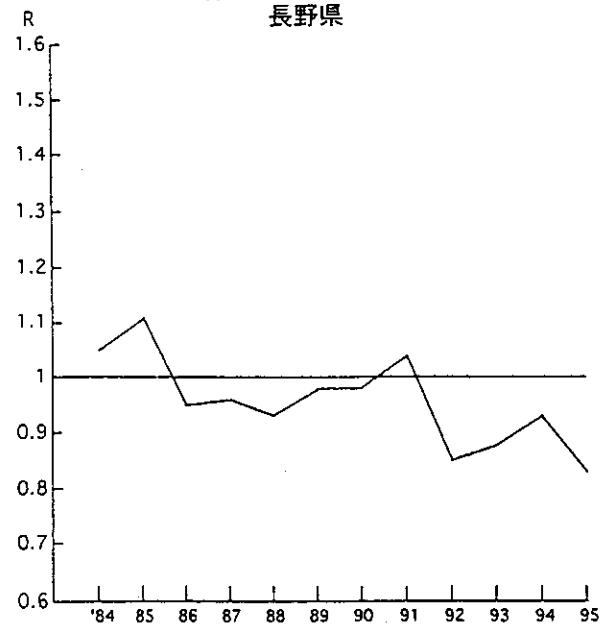
(1) 八千穂村老人総医療費（1人当たり）の変動

$$R = \frac{\text{八千穂村}}{\text{南佐久郡}}$$



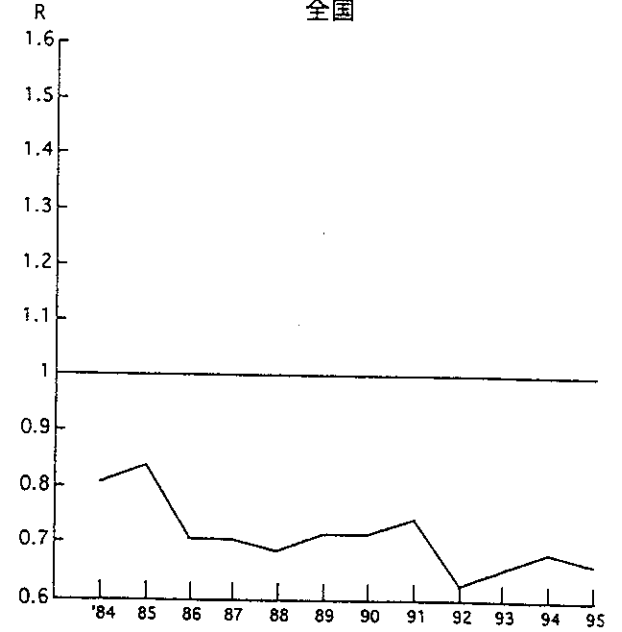
(2) 八千穂村老人総医療費（1人当たり）の変動

$$R = \frac{\text{八千穂村}}{\text{長野県}}$$



(3) 八千穂村老人総医療費（1人当たり）の変動

$$R = \frac{\text{八千穂村}}{\text{全国}}$$



佐久郡、長野県、全国と比較した歯科を除く一人当たりの国保医療費、老人医療費はいずれも八千穂村のほうが低い。全国と比較したその差額は、一人当たり国保医療費において37,373円（76%）、老人医療費において208,246円（66%）となっている。（表10、図5、6）

D. 考 察

今回の研究の主眼は、検診受診率によって国保医療費、とくに老人医療費がどう軽減されるかということであったが、そのほかに死因別死亡率、疾患有病率・日常生活習慣、保健衛生費との関連も同時に分析した。しかし、結果的にみると、死亡率や有病率等と検診受診率との関連はあまりはっきりせず、最も関連が見られたのは、老人医療費との関連のみであった。

検診受診率と死亡率との関連をみるには、その間にある程度の時間的経過がなければならぬが、今回は昭和63年から平成9年までの10年間の死亡率であるので、時系列的には逆の面があった。また検診受診率については平成7年度のものを採用した。本来からすればその10年間、あるいはそれ以前の受診率を問題にすべきであるが、町村によっては長年月のデータ保存がなく、過去の受診率が不明の場合もあった。そこで平成7年度の受診率を採用したが、受診率のよい町村は大体毎年同じ受診率を続けているし、悪い町村はまたやはり毎年そうは変わらないということから考えて、10年間の平均もほぼ同じ傾向と考えるとよいと判断した。

一人当たりの老人医療費についても7年度のものであるが、この場合は検診の効果ははっきり出ている。国保医療費に関しては、八千穂村で永年にわたって分析したデータがあるが、これによると、八千穂村で

は全村健康管理を開始後、他町村、県全体、国と比較して医療費は低下してきている。老人医療費は全国とはもちろんだが、県全体、南佐久郡よりもなお低い傾向がある。全国とは年間一人20万円の差がある。従って、検診の実施が医療費、とくに老人医療費の軽減に役立つことは、八千穂村の健康管理の中で、すでに実証されているといえる。

また医療費に関わる要因には、様々な交絡因子の影響があり、健康増進活動だけがその要因とは言えない問題もある。従って今年度の研究で得られた所見を、次年度以降、より実証的な方法で検証していく必要がある。また集団検診のほかに、最近では人間ドックを住民検診に採用するところも出てきており、必ずしも同じ条件で比較することができなかった。

また保健衛生費については、各町村の算出基礎が必ずしも同じでなく、厳密な比較は困難であった。これについても、条件を決めて再検討が必要である。

E. 結 論

検診活動及び健康教育、保健衛生活動の実施によって、それが疾病予防及び医療費の増減にどのような影響を与えるのかを研究するために、対象地区として長野県南佐久郡の6町村を選び、検診受診率、保健衛生費等の因子と、医療費（特に老人）の相関を考察し、さらに、生活の質に関する諸因子との関連についても検討した。

その結果、検診受診率と死亡率、有病率、日常生活習慣との関連については、脳卒中死亡者が検診群において、中年より高年に移行しているという点を除けば、あまりはつきりはしなかった。しかし、検診受診率の関連が見られたものは国保老人医療費で、検診群は対照群にくらべて医療費が安くて

済むということが分かった。とくに昭和34年から、村ぐるみの健康管理を続けている八千穂村では、一般国保医療費、老人医療費とも全国と比べて低く、健康管理の成果があると考えられた。

検診の費用効果については、保険衛生費の内容が各町村で一定していない点もあって、明確な結論が得られなかった。

参考文献

1) 国民健康保険中央会編. 国民健康保険の実態平成8年度版. 東京: 国民健康保険中央会都道府県国民健康保険団体連合会, 1997.

2) 同上. 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, 1997.

3) 同上. 市町村保険活動と医療費の関連に関する報告書(市町村保健活動と医療費の関連に関する研究会). 国民健康保険中央会, 1997.

4) 多田羅浩三, 福田英輝. 基本健康診査事業が老人医療費に及ぼす影響に関する分析. 週刊保健衛生ニュース 1998, 966: 20~21.

5) 武村真治, 藤崎清道, 中原俊隆, 他. 老人保健事業の経済的分析. 公衆衛生1998; 63(1): 15-19.

6) 川渕 孝一. なぜ長野県民は長寿か—医療経済的視点からみた分析. 同上: 25-29.

7) 河合克義, 矢島香子. 地域医療と住

民. 参加—沢内村・松川町・八千穂村調査(中間報告). 国民医療研究所所報 1999; 42: 54-68.

研究発表

1) 山根洋右, 林雅人, 松島松翠, 他. 農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーション技法の開発に関する研究. 厚生科学研究費補助金事業報告書, 1994~1996.

2) 山根洋右, 林雅人, 松島松翠, 他. 農山村における中高年女性の健康実態把握と健康増進対策に関する研究. 厚生科学研究費補助金事業報告書, 1997~1998.

3) 横山孝子, 松島松翠, 井手久治, 他. 保健サービスの効果に関する疫学的研究. 日農医誌 1996; 45(3): 277.

4) 横山孝子, 中沢あけみ, 松島松翠. 農山村における中高年女性の健康実態把握と健康増進対策に関する研究(第1報). 日農医誌 1997; 46(3): 614.

5) 中沢あけみ, 横山孝子, 松島松翠他. 農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーションの技法の開発に関する研究(第1報~第3報). 日農医誌 43: 576, 44: 429, 45: 282.

6) 小林栄子, 横山孝子, 松島松翠他. 多目的コホート研究からみた長野県南佐久地域の食生活習慣. 日農医誌 1995; 95: 44(3): 440.

7) 松島松翠, 三浦利子, 川井淳. 一般住民の肥満と合併症. 肥満研究 1998; 4(1): 22-28.

農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究

－ 国保医療費と保健・医療・福祉行動 － (初年度)

分担研究者 宮原伸二 (川崎医療福祉大学)

研究協力者 人見裕江 (川崎医療福祉大学)

清田玲子 (川崎医療短大)

揚野裕紀子 (河田病院)

研究要旨

健診受診率及び老人被保険者1人当たりの医療費に格差が見られる2つの町を選定して健診受診率と医療費の関係を追究しながら、住民の保健・医療・福祉に関する行動や意識の相違を明白にすることを目的にアンケート調査を実施した。

対象には高知県の安田町と梶原町を選定した。安田町は人口 3,919 人、高齢化率 27.1%、梶原町は人口 4,692 人、高齢化率 31.1%である。保健・医療・福祉施設及びサービスについては両町とも身近に施設は整備され、また、スタッフにおいても差は認められないが、安田町は民間施設中心、広域によるサービスに対して、梶原町は公設施設中心、町による直接サービスという違いはある。

国保被保険者1人当たりの一般医療費は両町には格差は認められないが、老人被保険者1人当たりの医療費は安田町は梶原町に比して有意に高値(1.8倍)である。老人医療費を分析すると、入院医療費が強く影響していることが推察された。

平成4年～9年の6年間の基本健診平均受診率は梶原町(85.7%)が安田町(27.7%)に比して有意に高値である。また平成7年～9年の健診費用平均額は安田町は549万円であり、梶原町は2,336万円である。それを40才以上の健診対象者数から1人当たりの費用を割り出して見ると、安田町は4,181円、梶原町は12,047円であり、その差は梶原町が安田町を7,866円上まわっている。しかし、老人医療費では1人当たり梶原町が安田町を年平均457,234円下回っている。

アンケート調査においては、総じて梶原町の住民のほうが安田町住民に比して健康意識が高く、健康行動の実践や医療・福祉に関する知識や情報も的確につかんでいる人が多くみられた。さらに、健診後の精密検査や生活習慣病などに対する地元医療機関の主治医機構は梶原町のほうが安田町よりも適正に機能していた。

これらの様々な要素がからみあいながら、老人医療費の高低に影響を及ぼしていることは明らかである。加えて、安田町は独居老人が梶原町より有意に多く、在宅死亡は逆に梶原町が有意に多いことなども医療費の増減に強く関わっているものと思われる。

市町村においては高騰する医療費への適切な対応をはかることが急務とされるが、市町村それぞれが社会的、経済的、文化的条件の異なることを意識しながら、住民の意向を十分に反映させ、住民の健康意識や知識を高め、健診活動への積極的な取り組み実行することが適正医療費を保つための最良の方策と思われる。

1 はじめに

昭和36年に確立された国民皆保険制度は、いつでも、どこでも、誰でもが自由に医療を受診できる制度として世界的に高く評価されてきた。しかし、昨今の急速な高齢化に伴い医療費が加速度的に高騰し、国民健康保険を支える市町村の国保財政はきわめて厳しく、国民の医療の確保、健康の保持、増進に大きな影響を与える状況になりつつある。特に、老人医療費への拠出金に最大の要因があり、その対応が国民皆保険体制の維持と適切な医療の確保のための重要課題とされている。

医療費問題については、すでに多くの先行研究があり、医療費は入院費によって大きく左右されるということなどさまざま指摘がなされている^{1)~6)}。しかし、これらの先行研究は、行政と国保連合会の資料から分析したものがほとんどであり、住民の健康づくりの実態や健康意識(保健・医療・福祉)を踏まえたものは少ない。

今回の研究は、老人被保険者1人当たりの医療費に格差がみられる2つの町を選定して医療費と健康診査受診率の関係を追究するとともに、住民の保健・医療・福祉に関する知識や意識の相違を明らかにすべくアンケート調査も合わせて実施した。

これらの調査から、医療費の高低を生み出した要因を考察し、国民健康保険財政に及ぼす影響について検討することを目的とする。

2 調査対象町の概況

今回の調査研究には、老人医療費に格差がみられる高知県の安田町と梶原町の2町を選定した。

高知県安田町は、県東部の海岸部に位置

する人口3,919人、高齢化率27.1%(平成9年3月現在)の町である。産業は主に農業であり、米、ハウス園芸が盛んである。

保健・医療・福祉機関は、町内には保健センター、在宅介護支援センター、デイサービスセンターと3軒の開業医(医師3人、31床)があるが、訪問看護ステーション、ホームヘルパーステーションは近隣町村との広域で設置され、老人保健施設、特別養護老人ホーム、ショートステイなどは隣町の施設を利用している。

梶原町は、県中央の山間部に位置する人口4,692人、高齢化率31.1%(平成9年3月現在)の町である。産業は主に農業であり、米、椎茸とともに路地園芸など盛んである。

保健・医療・福祉機関は、町内には保健福祉支援センター、在宅介護支援センター、国保病院(医師3人、30床)、町立診療所(医師2人、2カ所)、特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、ショートステイなどがある。

保健・医療・福祉施設は安田町は民間施設、広域施設の利用、梶原町は公設施設の違いはあるもそれぞれの施設が町中央部から30分以内あるという条件で見れば大差はない。スタッフは人口1000人当たりの保健婦は安田町0.68人、梶原町0.71人、老人人口1000人当たりのホームヘルパーは安田町2.89人、梶原町2.04人である。

人口動態は図-1に示すごとく、安田町、梶原町とも年々減少傾向にあるが、安田町では、平成4年に比して平成9年はマイナス6.2%、梶原町ではマイナス2.8%とわずかな減少に止まっている。高齢化率を図-2に示した。

両町とも年々増加傾向にあり、安田町では平成4年に比して平成9年では119.9%に、梶原町では122.2%に増加している。

図-1 人口動態

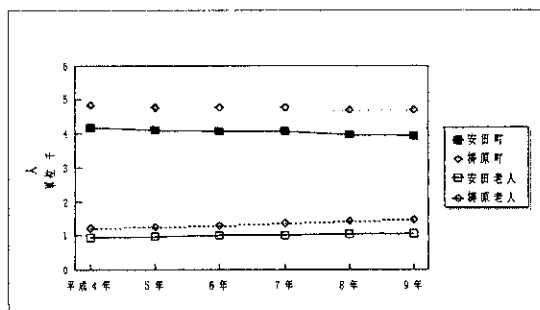
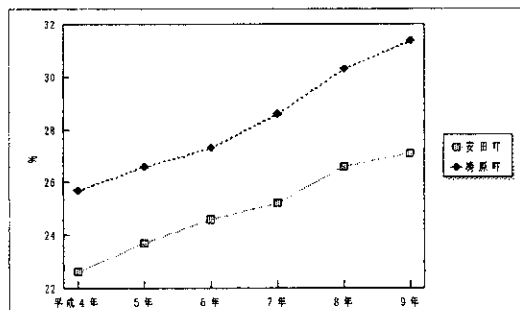


図-2 高齢化率



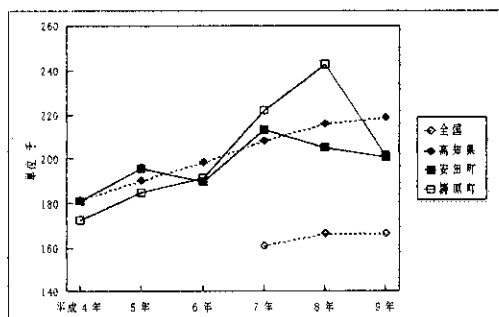
3 基本調査

1) 国保被保険者1人当たりの国保一般医療費(歯科除く)の推移

国保被保険者一般医療費(歯科除く)の1人当たりの医療費の推移を全国(平成7年~9年度)、高知県全体、安田町、梶原町(平成4年~9年度)を比較して見たものを図-3に示した。

平成4年度は高知県 181,773 円、安田町 181,104 円、梶原町 172,391 円と大差はない。その後はいずれも波打ちながら増加傾向にあるが、安田町は平成8年、9年度とも減少、梶原町は平成7、8年度と急増するが、平成9年度では大幅に減少している。しかし、全国と比較すると平成7年以後の3年間、梶原町より医療費が低い安田町においても20%以上高値である。(平成9年度は概算値)

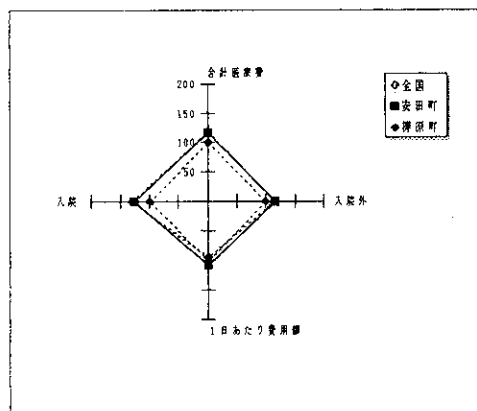
図-3 国保一般医療費(歯科を除く)



2) 国保被保険者1人当たりの一般医療費の分析

国保被保険者1人当たりの一般医療費を入院、入院外、1日当たり分けて全国を100として見たものを図-4に示した。

図-4 国保一般医療費の分析(平成8年度)



入院、入院外、1日当たりの医療費とも、いずれも両町は全国を20%程度上まわっている。

3) 老人被保険者1人当たりの医療費の推移

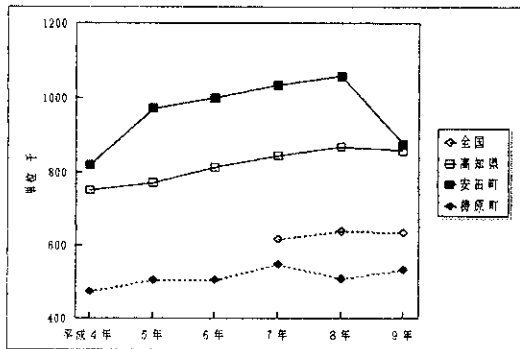
老人被保険者1人当たりの医療費の平成4年度から9年度までの6年間の推移を見

たものを図一5に示した。

平成4年度は、高知県 748,848 円、安田町 818,314 円、梶原町 473,399 円と大幅な開きが見られる。安田町は平成7年、8年度は100万円を越している。最近6年間は両町とも、同様な傾向（安田町は高知県より高く、梶原町は全国よりも低い）を示している。

平成7年度以降の3年間で全国を100として高知県、安田町、梶原町を比較すると、高知県は平成7年度は135、8年、9年度とも134と全国を30%以上も上まわっている。安田町は、平成7年度は164、8年度は162、9年度は136と高知県をさらに上まわっている。梶原町は平成7年度は88、8年度は79、9年度は84と全国よりもはるかに低値である。

図一5 老人1人当たりの医療費の推移



4) 老人被保険者1人当たりの医療費の分析 (平成8年度)

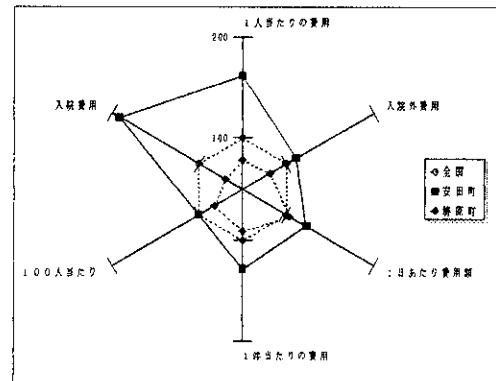
平成8年度の老人被保険者1人当たりの医療費の内容を分析したものを図一6に示した。全国の老人被保険者1人当たりの医療費を100として見ると、安田町の162に対して梶原町は89と低い。

その内容を項目別（全国を100とする）にみると入院費用は安田町191、梶原町83であり、入院外費用は安田111、梶原82といずれも梶原町が低値である。さらに、老人100人当たりの受療率は安田町101、

梶原町83、1日当たりの費用は安田町122、梶原町104、1件当たりの費用は安田町129、梶原町92であり、すべての項目において梶原町のほうが安田町に比して低い数字を示している。

平成8年度の医療費からみれば、安田町の老人医療費は、全国の1.6倍であり、梶原町の1.8倍となる。その要因は安田町は分析項目すべてにわたり、全国より高く、特に入院費による影響が強いことがわかる。逆に梶原町は分析項目すべてにわたり全国より低く、特に入院費用が著明に低値である。

図一6 老人1人当たりの医療費の分析

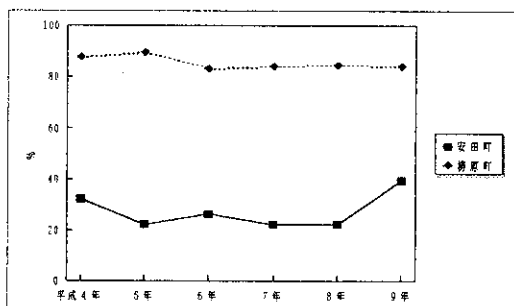


5) 基本健診受診率 (平成4年～9年度)

安田町と梶原町の基本健診の平成4年～9年までの6年間の受診率の推移を図一7に示した。6年間の平均受診率は安田町27.7%±5.53、梶原町85.7%±1.99であり、有意差 (P<0.01)を認める

ちなみに平成7年～9年の3年間の胃がん検診の平均受診率は安田町30.1%、梶原町90.4%、子宮がん検診は、それぞれ20.7%、86.0%であり、いずれも梶原町が安田町に比して有意 (P<0.01)に高値である。

図一 7 基本健診受診率の推移



6) 1人あたりに要した健診費用

平成7年～9年度の健診費用総額の1年間の平均額は安田町は549万円、梶原町は2,336万円である。それを40才以上の健診対象者数から1人当たりの費用を割り出して見ると、安田町は4,181円、梶原町は12,047円であり、その差は梶原町が安田町を7,866円上まわっている。しかし、老人医療費では1人当たり梶原町が安田町を年平均457,234円下回っている。

7) 入院患者の地元医療機関依存率

平成10年5月診療分の集計で入院患者(老人分)地元依存率を見ると、安田町は11.7% (68人中8人)、梶原町は47.8 (46人中22人)であり、梶原町の地元医療機関入院依存率が有意 (P < 0,01)に高い。

4 アンケート調査結果

医療費の格差が見られる2町の住民の保健、医療、福祉に関する意識や知識、また、保健・医療行動にどのような違いがみられるのか、その傾向をつかむためにアンケート調査を実施した。

1) アンケート対象者

アンケート対象者は高知県安田町と梶原

町の20才以上の住民で国保(国民健康保険)加入者として、今回の調査に協力が得られた安田町住民896人、梶原町住民888人である。それぞれの国保加入者(20才以上)に対する割合は50.1%、48.0%である。

対象者の平均年齢は安田町53.6 ± 6.75才、梶原町57.8 ± 11.10才であった。

2) アンケート調査結果

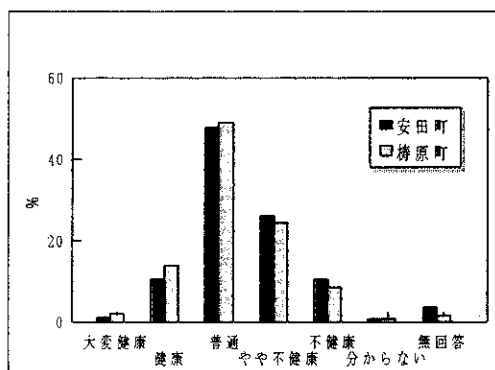
1 昨年1年間(平成8年度)に病院など医療機関にかかりましたか

昨年1年間に医療機関にかかった人は安田町73.7%、梶原町77.6%であり、梶原町に多く見るられたが、有意差は認めない。平成8年度の国保レセプトから見ると人口100人当たりの受療率は、全国(平均)を100とすると、一般では安田町107、梶原町116であり、老人では安田町は101、梶原町は83である。

2 あなたの健康状態をご自身ではどう思いますか(自覚的健康状態)

「大変健康と思っている人」は安田町1.0%、梶原町2.0%、「健康と思っている人」は安田町10.5%、梶原町13.9%であり、「健康と自覚している人」は梶原町にやや多い。「普通と思っている人」は安田町47.8%、梶原町49.0%と両町とも約半数を占めている。

図一 8 自覚的健康状態

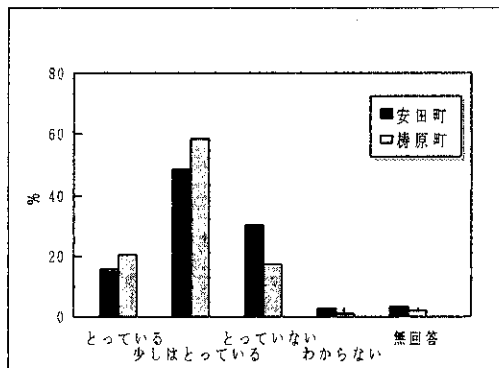


「やや不健康、不健康と思っている人」はそれぞれ安田町 26.2 %と 10.6 %、梶原町 24.3 %と 8.4 %であり、「不健康と意識している人」は両町とも 30 %以上になるも安田町より梶原町に「不健康と自覚している人」は少ない(図一8)。 自覚的健康状態については両町間に有意差 ($p < 0.05$)を認める。

3 あなたは健康づくりのための行動(食事、運動など)をとっていますか

健康づくりのための行動を「とっている人」は安田町 15.6 %、梶原町 20.5 %、「少しはとっている」は安田町 48.2 %、梶原町 58.3 %であり、健康づくりのための行動を「とっている人」を合わせると安田町では 63.8 %、梶原町では 78.8 %になる。「とっていない人」は安田町 30.3 %、梶原町 17.2 %であり、健康行動をとっている人は、梶原町が安田町に有意($P < 0.05$)に高値であった(図一9)。

図一 9 健康行動



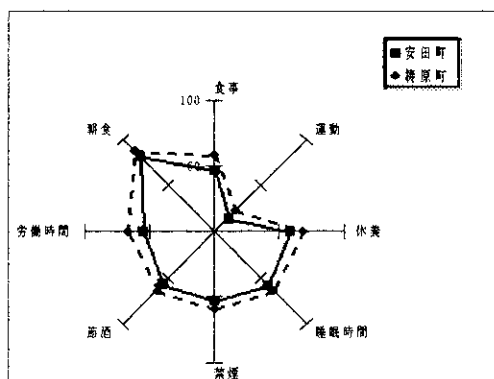
3-1 健康行動(健康習慣)を実行している人の割合

健康行動を実行している人の割合をみると、食事は、安田町 57.7 %、梶原町 66.8 %、運動は安田町 31.6 %、梶原町 38.3 %、休養は安田町 66.4 %、梶原町 74.8 %、睡眠7時間以上は安田町 66.9 %、梶原町 71.3 %、禁煙は安田町 61.9 %、梶原町 66.9 %、節酒は、安田町 65.3%、梶原町 70.8 %、労

働時間9時間以内は安田町 64.0 %、梶原町 73.4 %、朝食を必ず食べるは安田町 85.4 %、梶原町 90.3 %である。また、あなたは、悩みをうちあける人がいますかでは、「はい」は安田町 59.9 %、梶原町 68.4 %であり、すべての項目において梶原町のほうが、安田町より「はい」と答えた人の割合が高い。(図一10)

なお、食事、休養、悩みをうちあける人がいるについては $P < 0.01$ 、運動、節酒、労働時間、朝食では $P < 0.05$ の有意差を認める。

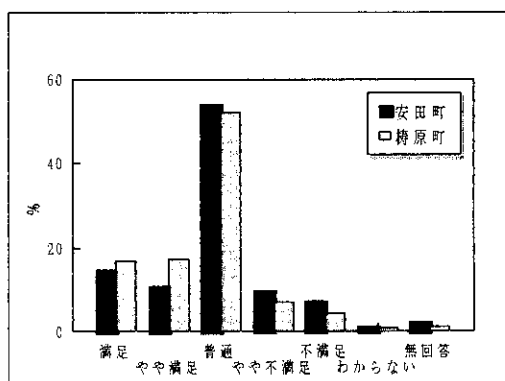
図一 10 健康行動を実行している人の割合



4 あなたは日々の生活に満足していますか

「日々の生活に満足している人」、「やや満足の人」はそれぞれ安田町 14.9%と 10.7%、梶原町 16.7%と 17.0%、合わせて安田町 25.6%、梶原町 33.7 %である。

図一 11 日常生活の満足度。



「普通」は安田町 53.9 %、梶原町 52.2 % であり、「やや不満足」、「不満」はそれぞれ安田町は 9.8%と 7.1 %、梶原町は 7.1 % と 4.4 % と少ない。

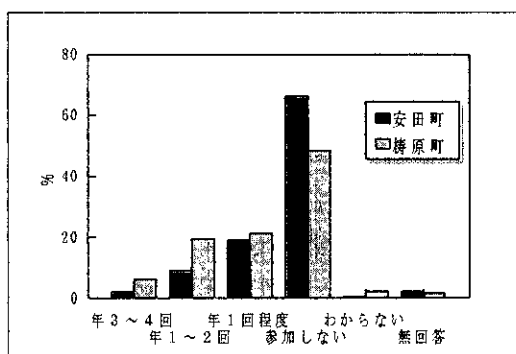
両町の間には有意差(P < 0.01)を認める (図一 1 1)。

5 あなたは保健、医療、福祉の勉強会に参加しますか

勉強会に「年 3～4 回参加する人」は、安田町 2.4 %、梶原町 6.6 % とどちらも少ない。「年 1～2 回」は安田町は 9.3 %、梶原町は 19.7 % であり、「年 1 回程度」は安田町 18.9 %、梶原町 21.4 % で、「参加しない」が安田町では 66.3 %、梶原町では 48.1 % である。

年 1 回以上参加する人を「参加」とすると「参加しない」という人との間には、両町の間には有意差(P < 0.01)を認める。(図一 1 2)

図一 1 2 勉強会への参加

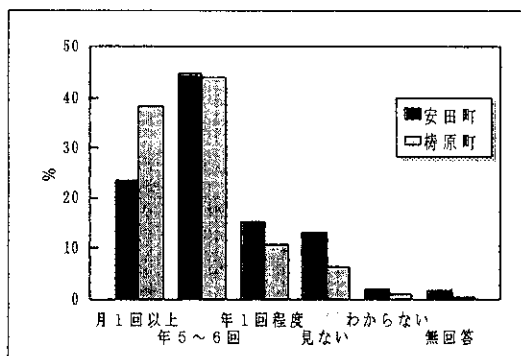


6 あなたはテレビで健康番組を意識してみますか

「月 1 回以上健康番組を見る人」は安田町 23.5 %、梶原町 38.0 % であり、「年 5～6 回の人」は安田町 44.7 %、梶原町 43.8 % であり、両群を合わせて、「よく見ると人」とすると、安田町は 68.0 %、梶原町は 81.8 % に上る。「年 1 回程度」、あるいは「見ないという人」はそれぞれ安田町は、15.4 % と 13.1 % であり、梶原町は 10.7 %

と 6.2 % と少ない。両町間には有意差 (P < 0.01) を認める (図一 1 3)

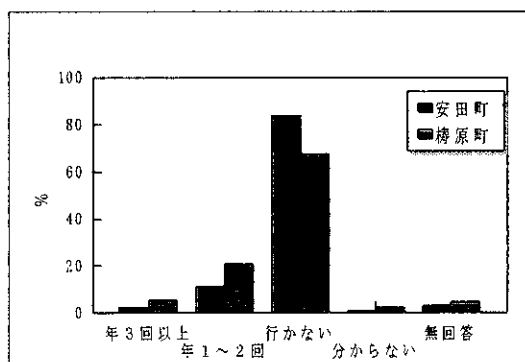
図一 1 3 テレビの健康番組



7 あなたは健康相談にいったことがありますか

健康相談に「年 3 回以上行った人」は安田町 2.2%、梶原町 5.4 %、「年 1～2 回の人」は安田町 11.0 %、梶原町 20.4 % であり、「行かない人」が安田町 83.6 %、梶原町 67.8 % である。年 3 回以上、年 1～2 回行った人を「行った」とすると「行かない」人との間に両町で有意差 (P < 0.01) を認める。(図一 1 4)

図一 1 4 健康相談の利用

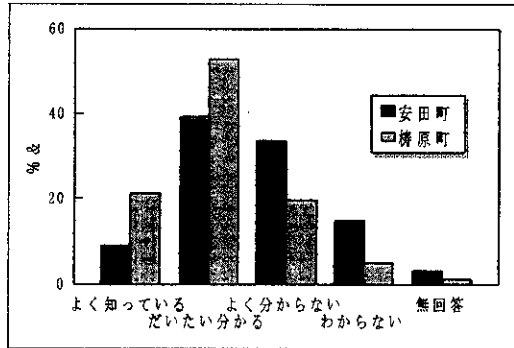


8 あなたは町にある訪問看護、ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービスなどのことをよく知っていますか。(保健・医療・福祉サービスの理解)

保健・医療・福祉サービスを「よく知っている」は、安田町 9.1 %、梶原町 21.4 %、「だいたい分かる」が安田町 39.3 %、梶

原町 52.8 %、両群を合わせると安田町 48.3 %、梶原町 74.2 %となる。「よく分からない」は安田町 33.6 %、梶原町 19.9 %で両町の間には有意差 ($P < 0.01$)を認める。(図-15)

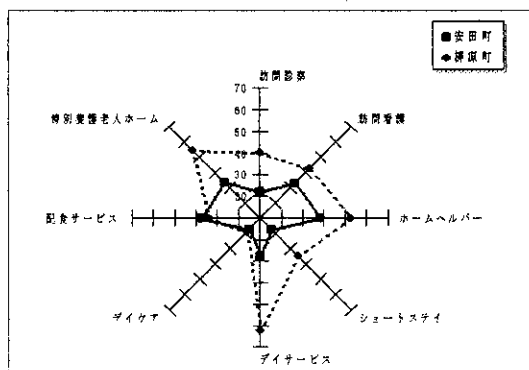
図-15 保健・医療・福祉サービスの理解度



9 知っているサービスのすべてに○をしてください。

安田町と梶原町の住民が「知っているサービスの割合を%で示すと(前者は安田町、後者は梶原町)、訪問診察は、22.6 %と 40.4 %、訪問看護は 32.7 %と 42.3 %、ホームヘルプは 38.2 %と 52.2 %、ショートステイは 17.4 %と 34.8 %、デイサービスは 27.7 %と 62.0 %、デイケアは 17.2 %と 18.8 %、配食サービスは 37.8 %と 34.4 %、特別養護老人ホームは 34.0 %と 54.9 %である(図-16)。配食、デイケア(安田町が多い)以外は梶原町が安田町に対して有意 ($P < 0.01$)に高値である。

図-16 知っているサービス



10 あなたには主治医(かかりつけ医)はいますか。

主治医が「いる」が安田町は 56.8 %、梶原町は 42.8 %であり、安田町のほうが主治医(かかりつけ医)を持つ人が多い。

10-1 主治医の医療機関の場所はどこですか

主治医が町内にいる人は、安田町は 32.9%、梶原町は 31.4% であり、安田町の方が町内に主治医を持つ人が多い。しかし、問12, 問13で示すように、肺炎の治療や胃がん検診の精密検査になると安田町は町内の主治医機能が十分に働いていない。

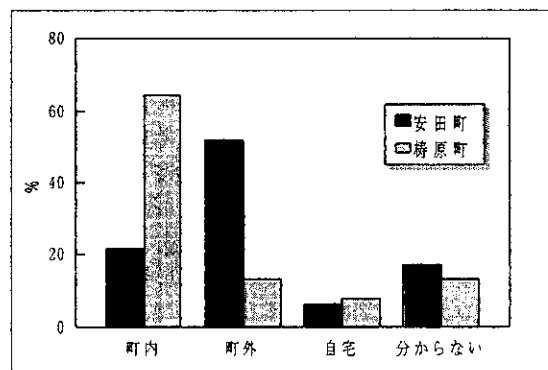
11 あなたは1つの病気で複数の医療機関を受診しますか。

複数の医療機関を「受診する」は安田町 4.3 %、梶原町 6.5 %であり、「時と場合による」が安田町 51.4 %、梶原町 57.0 %と差はみられない。

12 もしあなたが肺炎になったらどうしますか。

「可能なら自宅」は安田町 6.0%、梶原町 7.9 %と少ない、「町内の医療機関を受診」は安田町は 21.5 %、梶原町は 64.5 %であり、「町外の医療機関を受診」は安田町 51.8 %、梶原町 13.2 %であり、両町の間には有意差 ($P < 0.01$)を認める。(図-17)

図-17 肺炎の時の受診機関



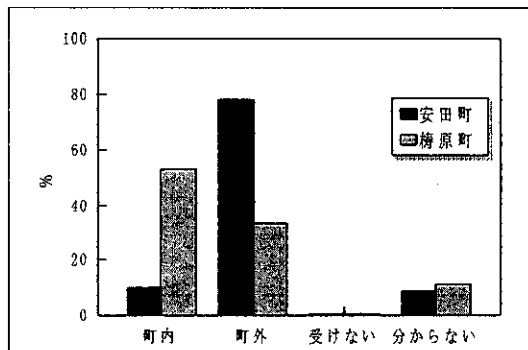
13 胃ガン検診で精密検査を受けなくてはならなくなったらどこで受けますか。

精密検査を「受けない人」は両町とも、0.5%と少ない。

「町内の医療機関」が安田町は10.1%、梶原町は53.0%である。

「町外の医療機関」が安田町は77.9%、梶原町は33.4%であり、両町の間には有意差(P < 0.01)を認める。(図-18)

図-18 胃精密検査の受診機関



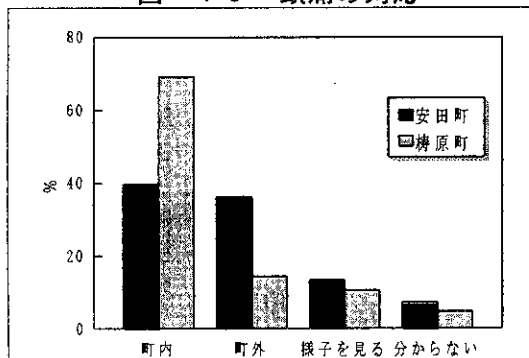
14 我慢できる程度の頭痛が1週間続いた時にあなたはどのようにしますか。

「そのまま様子を見る人」は安田町13.2%、梶原町10.3%と少ない。

「町内の医療機関を受診する人」は安田町は39.4%、梶原町は69.3%である。

「町外の医療機関を受診する人」は、安田町36.5%、梶原町14.5%であり、両町の間には有意差(P < 0.01)を認める。(図-19)

図-19 頭痛の対応



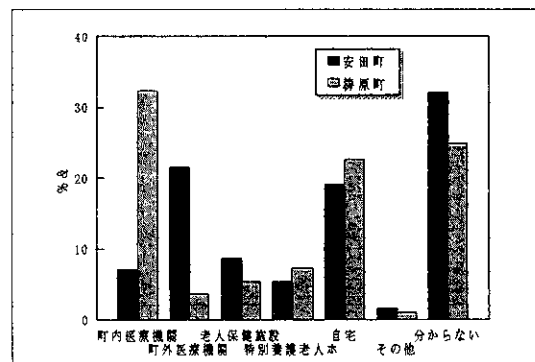
15 あなたは、もし脳卒中で倒れ、これ以上回復の見込みがない(寝たきり)状態になった場合にはどこで療養を望みますか。

療養を「自宅を望む人」は安田町19.0%、梶原町22.8%である。「町内の医療機関」は安田町7.0%、梶原町32.4%であり、「町外の医療機関」は、安田町21.4%、梶原町は3.6%である。

「老人保健施設」は安田町8.6%、梶原町5.4%、「特別養護老人ホーム」は安田町5.3%、梶原町7.2%となっているが、「分からない」が安田町32.1%、梶原町24.9%と最も多い。(図-20)

両町の間には有意差(p < 0.01)を認める。

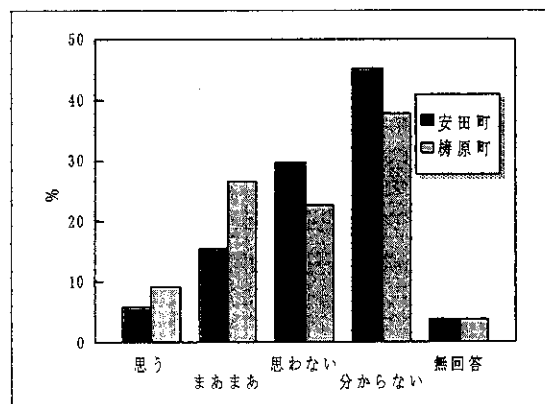
図-20 療養の場所



16 在宅で寝たきりになった場合によいサービスが受けれると思いますか。

よいサービスが受けられると「思う人」は安田町5.7%、梶原町9.1%と少なく、

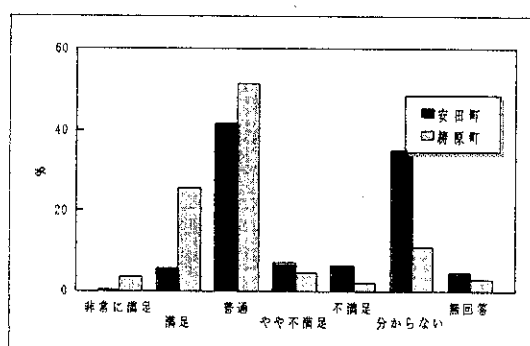
図-21 在宅でよいサービスの受けれるか



「まあまあと思う」は安田町 15.4 %、梶原町 26.6 %であり、両者を合わせると安田町 21.1 %、梶原町 35.8 %である。「思わない」は安田町 29.8 %、梶原町 22.8 %である。両町の間には有意差 ($P < 0.01$)を認める。しかし、「分からない」が安田町 45.3 %、梶原町 37.7 %と最も多い。(図 - 2 1)

1 7 あなたの町の保健、医療、福祉活動を総合的に見てどう思いますか。

図- 2 2 町の健康づくりの総合的評価



保健、医療、福祉活動を総合的に見て「非常に満足」は安田町は 0.3 %、梶原町は 3.3 %にすぎず、「満足」は安田町 5.7 %、梶原町 25.5 %である。「普通」は安田町 41.6 %、梶原町 51.3 %と最も多い。「やや不満足」、「不満足」は合わせて安田町 13.1 %、梶原町 6.6 %である。「分からない」は安田町 45.3 %、梶原町 10.7 %みられ、両町の間には有意差 ($P < 0.01$)が見られる。(図 - 2 2)

5 結果のまとめと考察

1 基本調査

老人医療費の地域格差は、病床数、医師数など医療供給や社会的、経済的及び文化的背景と関連している^{1)~3)}。なかでも老人被保険者 1 人当たりの医療費や地域格差

の最大の要因は入院医療費であると指摘する研究が多い。人口 1 0 0 0 人当たりの病床数や入院受療率、平均入院日数などが多いところが有意に高く^{4)~6)}、さらに、老人人口当たりの医師数や医療供給量が多いことも高医療費の要因の 1 つとして指摘されている。

また、保健活動（健診、健康教育、健康相談など）との関係では、基本健診受診率と老人 1 人当たりの入院医療費の間には負の相関が認められ、保健活動を充実することによって入院医療費を低下させる可能性を示唆する研究もみられる^{7) 8)}。

このような先行研究を踏まえながら、今回の基本調査(国保医療費と健診受診率等)の結果を以下の 6 点を中心に考察した。

- 1) 安田町と梶原町の国保被保険者一般医療費は、全国平均に比して高値ではあるが、両町の間では格差はない。
- 2) 1 人当たりの老人医療費は安田町が梶原町に比して有意に高かった。梶原町は全国平均よりも低値である。
- 3) 老人医療費の高低を決める最も強い要因として、入院医療費が推察された。
- 4) 基本健診受診率は梶原町が安田町より有意に高値であった。
- 5) 入院患者の地元医療機関依存率は梶原町が安田町に比して有意に多かった。
- 6) 保健、医療、福祉の施設の整備状況は、広域での設置を含めれば両町では格差は見られないが、サービスの供給状況には差があった。

安田町の老人 1 人当たりの医療費が高く、梶原町が低いのは、多くの研究で指摘されているように入院医療費によることは明白である。その結果、1 日当たりの医療費や 1 件当たりの医療費にも大きく影響を及ぼしている。

安田町は老人の入院受療率が高率であることが、安田町の老人医療費を増加させ、逆に梶原町では、老人の入院受療率が低率であることが老人医療費を低く押さえていることが伺える。

このような受療率の違いにはさまざまな要因があろうが、その1つとして健診（検診）があげられている。健康に関心が高い者は検診を受診しやすく、軽度の身体異常でも医療機関を受診し、検診は受診者の疾病の早期発見に役立ち、慢性疾患のリスクが少ないという報告がみられる⁹⁾。

健診受診率が高い梶原町は、まさにこの報告を物語っている。梶原町は、後のアンケート結果からも知れるように、日常的に保健、医療、福祉活動が活発に展開されている。多くの活動により住民の健康への関心が高まり、それが高健診率と早期発見・早期治療へと結びついている。その結果、特に、一般では入院、入院外とも受療率はやや高値となつてはいるが、「我慢型」や「気づかず型」の住民が少なくなり、高齢になってからの慢性疾患のリスクや、「手遅れ型」が減少し、ひいては医療費の高騰に歯止めがかかったと思われる。

また、医療供給体制の違いも医療費格差の要因の1つになっている。特に入院では、梶原町では町内の医療機関の受療が多いが、安田町では町外の医療機関への受療が多数を占めており、それが1件あたりの医療費や1日当たりの医療費の格差に生まれる一因であることが十分に推察できる¹⁰⁾¹¹⁾。

さらに、安田町と梶原町との在宅死亡率（平成7年～9年度平均、安田町 7.6%、梶原町 23.6%であり、梶原町が有意（ $p < 0.01$ ）に多い）の高低も医療費の格差を生み出す背景になっていることは否定できない。当然のことではあるが、在宅死亡の医療費は外来扱いであり、在宅死亡以外はほ

とんど入院死亡ということなり、医療費にはかなりの隔たりがあり、その老人医療費への影響も少なくない。

これ以上積極的に医療を実施しても治療効果が期待できない場合、多くの人々は在宅で療養し在宅で亡くなることを望んでいる。その望みを達成することが、結果として医療費を適正に保つこととなる。

在宅療養を可能にするためには、少なくとも以下のような条件を充たさなくてはならない。

- 1) 本人、家族の在宅で療養したいという強い意思がある
- 2) 夜間、休日などいつでも往診してくれる「かかりつけ医」がいる
- 3) 訪問看護、ホームヘルパーなど在宅支援サービスが整っている
- 4) いつでも入院できる病院がある

安田町は、在宅支援サービスは周辺市町村のサービスを合わせればそれなりに整っているといえる。しかし、町内の医療、福祉サービスは不十分であり、特に町内の医療機関が「かかりつけ医機能」の役割を果たしているとはいえ、基本的には広域事業を含めて、周辺市町村にある医療福祉機関に頼るという他町依存型である。

梶原町は、在宅支援サービスは町内の公的サービスが整備されている。さらに町内には国保病院のほかに町立診療所2カ所を有し、地域密着型医療を展開しており、町内での自己完結型の保健・医療・福祉がほぼ達成されている。表面的には同様なサービスであるが、その内容の違い、条件の違いが在宅死亡率に影響を及ぼしていると思われる。

さらに、両町の独居老人率の差（平成7年～9年度平均、安田町 19.1%、梶原町 11.2%であり安田町が梶原町に比して有意に高い）も在宅療養、在宅死亡の違いを生

じさせている。独居老人は支える家族がないので、重い病気ばかりでなく、ちょっとした病気であっても入院になりかねない状況を作りだし、入院受療率を上げ、老人医療費の高騰の原因になることは先に述べた通りである。

独居、高齢夫婦を支える手だてを、公的な支援ばかりでなく、住民自身が地域で支えあえる力（住民の健康力、福祉力）をつけるような具体的な方策が早急に望まれる。

2 アンケート調査

アンケート調査は、住民の行動を形づくる1つの要因となる保健・医療・福祉の知識や意識を明らかにして医療費の関連を考察することにねらいがある。

安田町と梶原町を比較しながらアンケート調査の結果を検討した。それが直線的に医療費の高低に関連づくものではないが、その背景をなす一因を追究することはできよう。別調査において個別の医療費との関係を詳細に調べればより明確な結論を導くことは可能であると思われる。

住民の健康意識について

1) 自覚的健康状態については「自覚的健康（大変健康、健康）な人」、また、「健康づくりのための行動をとっている人」さらに、日常生活の満足度では「満足（満足、やや満足）している人」が梶原町が安田町に比して有意（ $P < 0.01$ ）に多数みられた。

「健康づくりのための行動をとっている人」は「生活に満足している人」が有意（ $P < 0.01$ ）に多く、また、「自覚的健康な人」と「生活に満足している人」は有意の関係はないものの深い関連性が伺われた。「農村におけるライフスタイルの分析とヘルス

プロモーション技法の開発に関する研究」においても同様な指摘が見られる¹²⁾。

具体的な健康行動の内容では、バランスのよい食事をとっている人、運動している人、節酒している人、労働時間が9時間以内の人、朝食は必ず食べている人などが梶原町が安田町に比して有意に多く、その結果が自覚的健康度や生活の満足度につながっていることが推察され、日々の健康行動の実践の大切さが示唆されている。

2) 健康教育（学習会）への参加は梶原町が安田町に比して有意に多いものの、年1回も「参加しない人」が両町とも半数前後みられ、健康教育への参加者は少ない。しかし、テレビで健康番組を意識して見ている人（年5～6回以上）は両町とも80%と多い。また、健康相談は「行かない」という人は安田町では74%、梶原町では68%と多数を占める。

健康づくりの推進には健康学習や健康相談は欠くことができない。住民の健康づくりへの力量形成がなされなければ、健康づくりの推進は難しい。行政がいくら音頭取りをしても、住民自身が健康づくりの意味やねらいをしっかりとつかみ、そのためにはどのような行動をとればよいのかを的確に理解しなくては健康づくりの成果が実ること少ない。両町とも、住民主体（住民参加）を明確にしながら健康学習や健康相談をどのように進めるのか、具体的な実践計画がほしい¹³⁾。

3) 医療福祉サービスを知っている（知っている、だいたいわかる）人は梶原町70%、安田町48%であり、梶原町が安田町より有意に高い。また、具体的なサービスでは梶原町は安田町より、訪問診察、訪問看護、ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービスを知っている人が有意に多く、配食

サービスのみ安田町が知っている人が多かった。しかし、知っている人が最も多いデイサービスであっても62%であり、他は40～50%にしかすぎず、すべてのサービスを知っている人はわずか梶原町9.7%、安田町4.8%見られるのみである。

在宅療養を進める上では、住民がサービス内容を理解するとともに、町内あるいは周辺にどのようなサービスが整備されているのか知ることは欠かせない。情報をできるだけ簡潔・明快に住民に伝達することがこれからの行政や社会福祉協議会などサービス提供者の重要な任務となる。

サービスが身近にあり、それを上手に活用することが在宅療養、在宅死亡を可能にする条件になろう。さらに、その結果が入院の減少や福祉の代替機能の活用により医療費に影響も出てくると思われる。

医療福祉の推進について

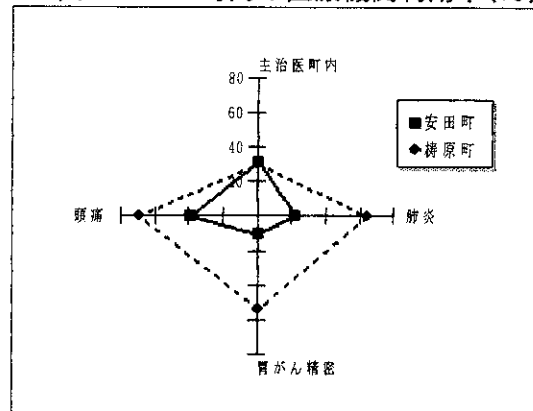
1) 安田町のほうが梶原町に比し主治医(かかりつけ医)を持つ住民が多く、さらに町内に主治医を持つ人が多い。

しかし、肺炎や胃がんの精密検査では安田町では主治医への受診は少なく、町外の病院への受療が多数を占める。頭痛など日常的によくみられる症状の場合であっても同様であり、安田町で主治医機能(肺炎や胃がんの精密検査や頭痛などの日常病は主治医が対応するということ)がしっかり働いていないことを示している。逆に梶原町ではそれらの場合には主治医である町内の医療機関を受療している人が多くみられる。(図-23)

安田町では、町内でプライマリケアを確実に実施できる医療機関の確保が必要と思われる。梶原町においても、まだ町外受療は少なくなく、町内の医療機関の利用を高めることが一層医療費の安定化を進めるこ

とになろう。

図-23 町内の医療機関利用率(%)



2) 脳卒中で倒れ、これ以上回復の見込みがない状態になった場合の療養場所は、安田町、梶原町ともに在宅療養を希望する人は、約20%と少なく格差はない。しかし、入院場所としては安田町は町外の医療機関、梶原町は町内の医療機関が多く、有意差が認められ、町内医療機関の住民の位置づけには違いが見られる。また、両町とも療養の場所が老人保健施設、特別養護老人ホームなど多様化していることがわかる。

自己決定が重視されつつある今、本人の意思、時には家族の希望によって看取りの場所が選択できなくてはならない。そんな願いがかなうようにさまざまな療養の場所、看取りの場所が町内、あるいはその周辺に設置されることが住民の願いになっていると思う。

健康づくりのあり方について

1) 健診のあり方に満足(満足、ほぼ満足)している人は安田町57%、梶原町83%であり、梶原町が安田町より有意に高値である。梶原町の健診の高受診率は、この結果を裏づけている。健診内容に住民が満足することが高受診を生み、高受診が健診の成果を高めるといよいよ関係になっている

ことが伺われる。安田町の健診のあり方に満足している人が少ないのは、健診内容や健診場所、健診時間など健診の持ち方に課題があることも否定できない。

健康学習会の満足（満足、ほぼ満足）は安田町 28%、梶原町 51%と梶原町が安田町より有意に高値である。しかし、梶原町にしても満足している人が多いとはいえない。その結果が学習会へ参加率が低いことに結びついていると思われる。学習会に参加しやすい条件づくりや、再度参加してみたいような内容のある学習会を実施することが、参加者を増加させ、満足する学習会になろうというものである。

2) 在宅で寝たきりになった場合によりサービスが受けられると思う（思う、まあまあ）人は安田町 21%、梶原町 28%で梶原町が有意に高値であるが、その数は少ない。図 - 15、16 で示したサービスの理解度でもわかるように、各種サービスを知っている人は半数以下が多く、サービスの無理解（サービス内容や実際のサービスのあり方）からくる不安が強いように思われる。さらに、今、サービスを受けている人、あるいは知り合いからの情報による現実のサービスへの不満なども含まれているであろう。

在宅支援サービスを充実させることは当然であり、そのサービスの情報を的確（簡潔、明快）に情報を伝えることも、住民の理解を増す大切な手だてとなる。

3) 町の保健・医療・福祉活動の総合的な評価は、満足（非常に満足、満足）の人は安田町 6%、梶原町 29%であり、有意差を認めるものの梶原町においても満足という評価は必ずしも高いとはいえない。

特に梶原町の総合的な健康づくり運動は全国のモデルであり、健診受診率は全国で

も最上位にある。保健、医療、福祉の町立施設の充実はもとより幅広い訪問活動も実施されており客観的に高く評価されている町である。しかし、梶原町の住民は、自らの町の活動を他町と比較して見るのではなく、今あるサービスが全国どこでも行われていることと思いこみ、自己のあるべく理想と比較して考えるために満足している人が少ないと思える。

安田町は満足している人がわずか6%であるのは、医療などのサービスの多くを周辺市町村に頼っているためであろうか。広域での福祉サービスのあり方には見るべきものがあるが、小さな町村の特色ともいえる極めの細かさが失われないように安田町に適した方式の保健、医療、福祉サービスのあり方がしっかり検討されなくてはならない¹⁹⁾。

4) 総じて、梶原町住民のほうが安田町住民に比して健康意識が高く、健康行動の実践や医療福祉に関する知識や情報も的確につかんでいる人が多くみられる。また、地元医療機関の主治医機構は梶原町のほうが安田町よりうまく機能している。さらに、在宅支援の保健・医療・福祉サービスも梶原町が安田町よりの住民からの支持が高い。これらのさまざまな要素がからみあいながら、老人医療費の高低に影響を及ぼしていることは明らかである。

6 おわりに

21世紀を迎えるにあたり、医療費の適正化には、世界各国とも苦慮している。しかし、我が国の高齢者の増加は世界に類がないほど急速であり、それにかかる医療費もロケット発射状的に急増している。

市町村にとっては高騰する医療費への適切な対応をはかることは急務とされるがそ

それぞれ社会的、経済的、文化的条件の異なる市町村においては、住民の意向を十分に反映させながら、独自の方策を組み立てていくことが最も確かな道であろう。

本論では高知県の2町に焦点を合わせて実績に基づく資料と住民のアンケート調査を織り交ぜて医療費に関わる要因を分析した。保健、医療、福祉の体制づくりとともに、健康づくりの推進をはかることの大切さを指摘してきたが、さらには、これからは住民の主体性を明確にしながら、住民とともに築く総合的な保健・医療・福祉活動がもっとも大切な課題となると思われる。

(高知県国保連合会、安田町、梶原町のご協力に感謝いたします)

参考文献

- 1) 仁木立. 現代日本医療の実証的分析、東京. 医学書院. 1990, 41 ~ 49
- 2) 石井敏弘. 他. 入院・入院外老人医療費と社会・経済、医療供給、福祉・保健事業との関連性. 日本公衆衛生学会誌. 1993, 40, 159 ~ 169
- 3) 森 満. 他. 老人医療費の都道府県格差と社会的、経済的および文化指標との関連性. 日本公衆衛生学会誌. 1988, 35, 662 ~ 668
- 4) 新村和哉. 他. 入院医療費の増加要因—都道府県別データの解析—. 日本公衆衛生学会誌. 1992, 39, 449 ~ 455
- 5) 真下真宏. 老人医療費の3要素に及ぼす要因に関する研究. 日本公衆衛生学会誌. 1997, 45, 225 ~ 239
- 6) 畝 博. 福岡県における老人医療費とその地域差の規定要因に関する研究. 日本公衆衛生学会誌. 1996, 43, 28 ~ 36
- 7) 杉澤秀博. 他. 住民の医療機関の選択傾向を規定する要因—病院指向の背景—日本公衆衛生学会誌. 1995, 42, 463 ~ 471
- 8) 多田羅浩三. 他. 老人保健事業が老人入院医療費に及ぼす影響に関する分析. 厚生の指標. 1990, 37, 23 ~ 30
- 9) 小笹晃太郎. 他. 農村住民の成人健康診査受診状況と医療受療状況の関係. 日本公衆衛生学会誌. 1997, 44, 568 ~ 573
- 10) 川口毅. 他. 老人保健事業と医療費との関連に関する研究. 日本公衆衛生学会誌. 1995, 42, 761 ~ 767
- 11) 老人保健事業と老人医療費の関連に関する研究会. 老人保健事業と老人医療費の関連に関する報告書. 国民健康保険連合会. 1994
- 12) 山根洋右. 他. 農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーション技法に関する研究. 平成6年度厚生科学研究費補助金事業報告書. 1995
- 13) 石井敏弘編. 健康教育大要. ライフ・サイエンス・センター. 1998
- 14) 宮原伸二. 老いを支える医療福祉. 三輪書店. 1997

