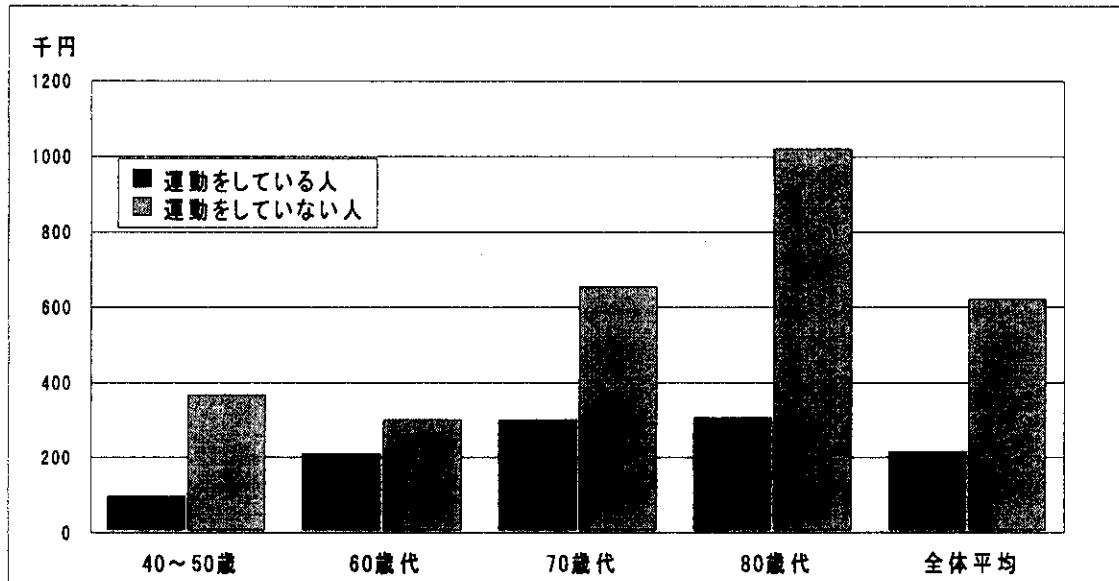


60 歳代では、運動をしている人が運動をしていない人に比して医療費が平均額以上の人の占有率は有意差（カイ 2 乗検定・

$p < 0.01$) に低かった。

図表一8 日常的に運動をしている人と運動をしていない人の医療費の比較



5 考察

前報⁸⁾では、検診受診率が高く、住民の健康知識や健康に対する意識が高い梶原町が安田町に比して老人1人当たりの医療費が有意に低いことを報告した。今回はその結果を踏まえて、医療費を個別に調査して、検診や健康意識・知識が医療費に及ぼす影響をみようとするものである。

安田町の老人一人当たりの医療費は、平成9年は高知県の平均額に近づいたとはいえ、全国平均を大きく上回り、高額になっていることは明らかである。その内容は、多くの研究で明らかのように、入院費によるものであることは明白であろう。^{1)~4)}

医療費の分析でもわかるように全国平均を100としてみると入院外費111、一人当たりの受療率101、1日当たりの医療費122、1件当たりの医療費129と上回るものの、入院費が191と全国に比して約2倍となっており、その影響がもっとも大きく、

入院費を減少させることだが医療費の高騰予防の第1歩となる。

安田町の疾病実態をみると、生活習慣病が上位を占め、その頻度も高い。平成8年の厚生省による全国の患者調査と比較すると、高血圧性疾患は全国では10.6%が安田町では15.8%、糖尿病は全国2.3%、安田町5.3%、虚血性心疾患は全国1.3%、安田町2.6%と安田町がいつでも多い。さらに、死亡疾患のSMRでは脳血管疾患や虚血性心疾患が多く、また、悪性新生物を含めた3大死亡疾患はいつでも高知縣市町村の上位を占めている。以上のことから生活習慣病の予防対策に課題がみられ、早期発見、早期治療が適切に機能していないことが十分に予測される。

入院患者の実態をみても、同様のことがいえる。一年以上の長期入院患者が多く、これからも長期入院が必要な人も少なくないという実態は、疾病や障害の早期発見、

早期治療が適切になされず、それらの状態の重度化に伴うことが主因と思われ、さらに、独居や高齢夫婦世帯のために介護者が不在ということ、住環境の整備が不十分なことなどが複合的に合わさりこのような状況をつくりだしているのであろう。また、前報で示したような「病気がってから病院にかかればよい」などといったような健康意識の低さが一層拍車をかけている。

家で療養できるための社会環境、生活環境を整備するとともに、疾患、特に生活習慣病の早期発見、早期治療の大切さを理解し、多数の住民が検診を受診し、健康学習や運動の実践など日頃の努力を積み重ねることが、入院患者を減らし、入院期間の短縮に結びついていくと思う。在宅死亡者が増加することによって医療費が抑制されることは、高知県の市町村別の自宅での死亡割合と一人当たりの老人診療費の調査結果（高知県国保連合会の調査）からも明白である。（図表—9）

さらに、基本健康診査カバー率と一人当たりの老人医療費は負の相関（1%の危険率で有意差あり）が認められている（高知県国保連合会調査）。安田町の在宅死亡率（7.9%）や基本健康診査カバー率は低く、医療費は高いという結果が出ている。（図表—10）

その視点から今回の健康づくりと医療費の関係を分析し考察する。

今回の研究は、検診受診者や健康知識・意識が高い人、日常運動をしている人は、そうでない人に比して医療費、特に高額医療費に格差が生じてくるということを仮説とした。それは、老化に伴う疾病には罹るものの、検診受診や健康意識の高い人は生活習慣病などの早期発見につながり、早期治療を目的として医療機関を受診はするが、その疾患の治療は外来での治療が可能であり、入院による治療は少なくなる。外

来受診に一定の医療費がかかるものの、入院による高額な医療費を必要とする人は減ってくる。その結果、老人医療費による高額医療費の人が少なくなり、医療費の平均値においても低額となることを仮説として分析を行った。

調査結果の検定は、人口が少ない町での調査のため、いずれの調査もデータ数が少なく、かつ、データが離散データであったので、主にマン・ホイットニ検定とカイ2乗検定を使用した。

結果は検診継続受診者、報告会参加者、健康に関係する委員経験者、運動している人の平均医療費はそうでない人の医療費に比してほとんどの世代で低額であったが、限られた部分に有意差を認めるものの、期待するような相関関係を見極めることは困難であった。

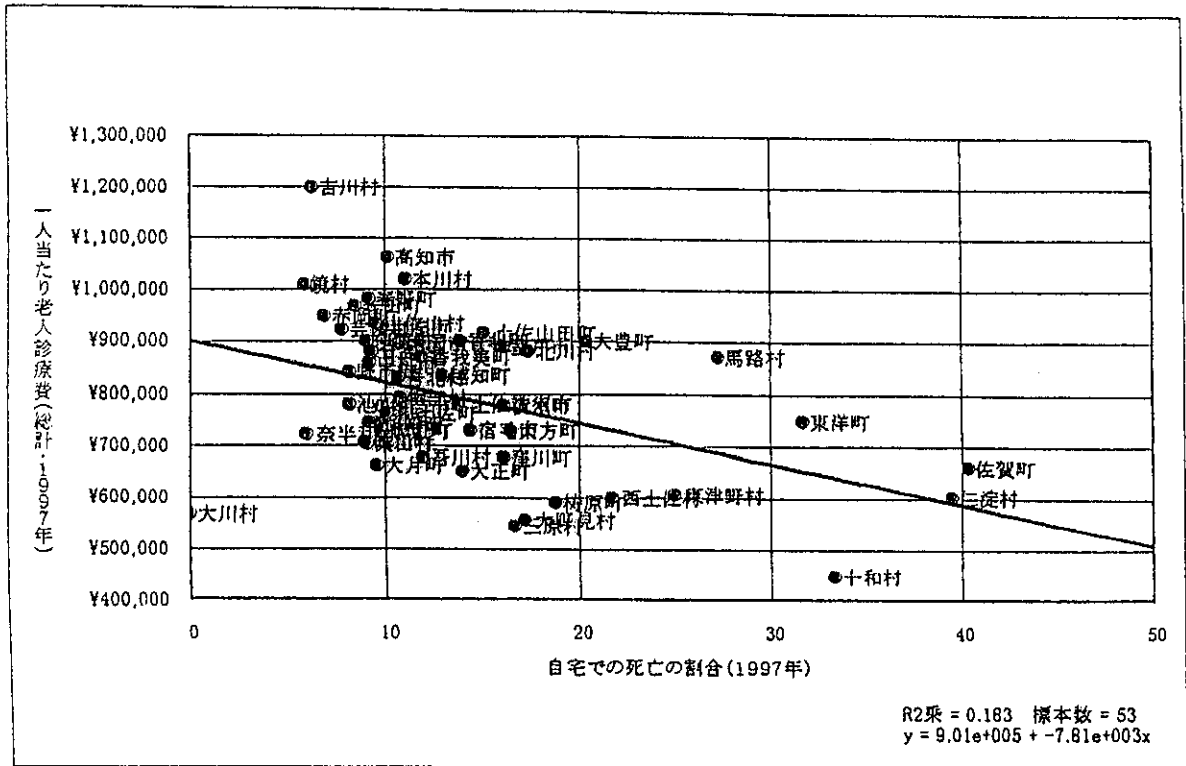
1) 基本検診継続受診者と継続未受診者の医療費の比較

基本検診受診者は病気の早期発見、早期治療に結びつき、その結果、医療費が低額に押さえられ、継続未受診者はいわゆる「手遅れ型」が多く医療費が高額になるという仮説のもとに検定を行った。各世代とも継続未受診者は検診継続受診者に比して平均医療費は高く、一人当たりの医療費は115,672円高額であった。

マン・ホイットニ検定では40～50歳代の平均医療費において有意差（ $P < 0.05$ ）を認めらるが、その他には有意差はなく、継続検診受診者と継続検診未受診者の間に相関関係を見出すことはできなかった。データが離散データであり（年代によっては一人当たりの医療費が0円から6,414,329円までの幅がある）医療費の平均値から有意差を導きだすことはできなかった。

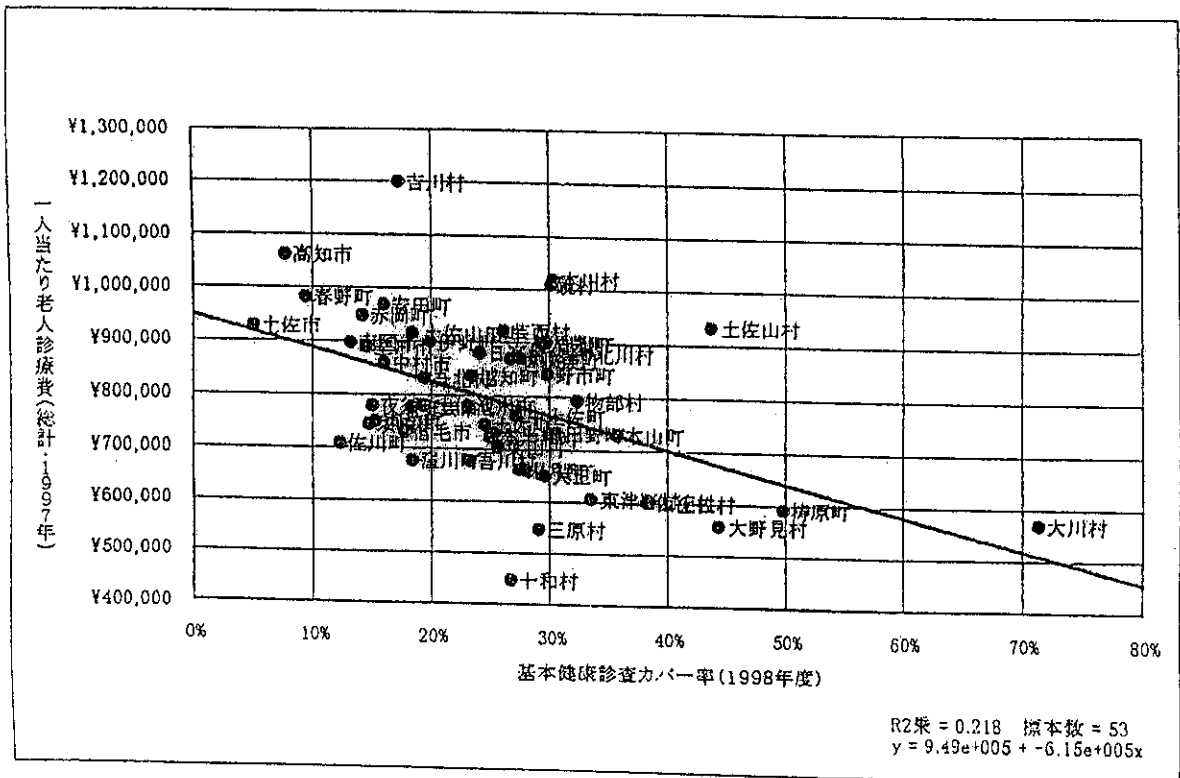
図表-9 自宅での死亡の割合と一人当たりの老人診療費

有意差あり (P < 0.05)



図表-10 基本健康診査カバー率と一人当たりの老人診療費

有意差あり (P < 0.01)



2) 検診報告会参加者と未参加者の医療費の比較

検診報告会参加者は、検診結果についての確な情報を得て、その後の医療機関受診や生活改善など推進され、医療費の高低に影響があると推察して、報告会未参加者と医療費を比較してみた。結果は平均医療費では 80 歳代のみ報告会未参加者が報告会参加者より大幅に高額であったが、マン・ホイットニ検定では有意差はなかった。報告会未参加者が報告会参加者より一人当たりの医療費は 64,954 円高額であったが、データ数が少なく、年代によっては医療費が 10,620 円から 2,630,150 円と幅があるなど離散データであり、有意差を認めることは困難であった。

3) 健康づくりに関係のある委員の経験の有無と医療費の比較

健康づくりに関係のある委員経験者は健康学習の参加機会などが多く、委員未経験者より健康意識が高く、健康知識も豊富であり、医療費に対して好影響が出ることを想定して医療費の比較を行った。

80 歳代の医療費のみ委員未経験者が経験者の医療費を大幅に上まわっているが、委員経験者はわずか 1 人であり、有意差は見い出せない。また、全体の平均医療費も委員未経験者が経験者より一人 208,884 円高額であったが、検診受診や検診報告会に関するデータと同様に離散データであり、年代によっては医療費は 0 円から 3,453,240 円の幅が認められたが、マン・ホイットニ検定において有意差は認められなかった。

4) 日常的に運動をしている人と運動をしていない人の医療費の比較

日常的に運動をしている人は運動をしていない人に比して健康な人、健康づくりに熱心な人が多く、その結果、医療費による影響があることを想定して医療費の比較を

行った。

すべての年代で日常的に運動をしていない人の医療費が日常的に運動をしている人の医療費を上回っており、全体の平均額では、一人当たり運動をしていない人が運動をしている人に比して、405,981 円高額であった。60 歳代にマン・ホイットニ検定で有意差($P < 0.05$)を認めたものの、相関関係に有意差が出るまでには至らなかった。

以上の結果から、今回の調査では、継続検診受診、検診報告会への参加、健康に関する委員の経験などは、医療費の削減に有意には有効という結論は出し得なかった。

しかし、検診継続受診はすべての年代において継続未受診者に比して医療費が大幅に低額であり、また、検診カバー率から見た市町村の医療費の調査など合わせて評価すれば、生活習慣病が多く、入院費が高い安田町においては、検診継続受診が医療費の高騰に対してよい影響を及ぼす可能性が強いと言えよう。さらに、日常的に運動をしている人は、運動をしていない人より、総じて医療費が低額であり、日常的に運動をすることが医療費の削減に役立つと思われる。

医療費の高騰に歯止めをかける手だてとしては、検診の継続受診者を増加させ、早期発見、早期治療に努めるとともに、在宅療養を推進するための在宅支援の医療福祉サービスを充実させる必要がある。そのためには、検診内容の充実をはかるとともに、検診を受けやすい条件（検診場所、費用など）を整備するとともに、ホームヘルプサービス、訪問看護、訪問診察など在宅支援サービスの 24 時間体制を可能にして、介護保険のいわゆる上乗せサービスの実践を目指すことが大切なことと思われる。さらに、日常的に運動をする人を増加させるために、体育館、グラウンド、ウォーキング

コースなどの整備、夜間や休日でも気軽に運動できるような環境づくりをするとともに、社会教育（社会体育）活動の推進をはかることが肝要である。

高齢者に住みやすい町づくりをしていくことが、医療費の削減につながる最も基本的な方策であろう。

6 おわりに

今回の調査では、医療費の高騰に歯止めをかける手だてについて、運動以外は明確な回答を出すことはできなかった。データが離散データであり、特に、医療費の最高額と最低額に幅がありすぎて統計的分析は困難であった。しかし、疾病調査、入院調査、検診カバー率と医療費の調査、自宅死亡と医療費の調査などと合わせて見ることによって、継続検診の重要性や在宅サービスの大切さは示すことができたと思っている。

これからは介護予防という視点からも検診、健康学習、運動などの健康づくり活動はますます大きな意味を持つようになり、その努力によっては、単に医療費のとどまらず、そのまちの住むことの意味にも大きい影響が出てこよう。

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・入以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) 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
- 4) 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

- 5) 国民健康保険中央会、市町村における医療費の背景要因に関する報告書 .1997
- 6) 森 満.他、老人医療費の高額地区と低額地区の比較、日本公衆衛生学会誌. 1998,43,280 ~ 284
- 7) 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. 週間保健衛生ニュース. 966,1998
- 8) 宮原伸二（主任研究者 松島松翠）、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・福祉活動—、平成 10 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書、1999

(本研究にご協力くださった高知県国保連合会、安田町に深謝いたします)

平成11年度厚生科学分担中間報告書

農村における介護保険導入に関する費用・効果分析

分担研究者：山根洋右 島根医科大学環境保健医学教授

協力研究者：塩飽邦憲, 白石裕美, 小林 昭, 高 同強, A. Erdembileg

概要

日本の高齢者健康福祉は、世界的に例を見ない急速な高齢化とコストの増加、社会的入院の多さ、サービス利用の不公平などの課題を抱えている。これらの解決をめざして、介護保険制度導入準備が、急速に進められている。これまで社会環境のために介護サービスを必要としながら、介護サービスを受けてこなかった老人が、介護認定されることによって必要なサービスを受けやすくなり、介護に関する社会資源の開発やケアマネジメントによるサービスの質的向上が期待できる。20年間健康福祉政策樹立と活動を支援してきた人口5千人の農村地域自治体において、高齢者健康福祉活動強化のための介護保険制度のあり方を政策科学的ならびに医療福祉経済学的に検討した。

島根県簸川郡佐田町（人口4,861、老年人口割合29.8%）において、介護保険認定および町財政資料を分析するとともに、介護保険事業策定委員会、町役場ワーキンググループおよびコミュニティブロックでの町民との座談会で参加型行動研究を行った。予算については、佐田町の1998年度福祉予算を調査し、厚生省や島根県の提示したシュミレーションシステムにより必要額を予測した。

介護保険費用の推計は、2000年の月額2847万円と推定した。2004年には、月額3381万円の見通しを立て、1号保険者保険料として、月額2,962円と見積もっている。特別養護老人ホーム措置費などが介護保険に移行するため、町一般財源から支出していた年間6153万円の支出が軽減される可能性がある。一方、介護保険特別会計として、介護費用の1/8として年間4000万円の支出増となり、差し引き約2100万円が町独自の福祉サービスに活用できる見通しである。金銭面では、1号被保険者の介護保険料月額2,962円、2号保険者の被保険料（未定）と介護サービス利用の一部負担金が増額となる。一方、介護サービス面では特別養護老人ホーム開設、短期入所10床の設置、E型デイサービス開設予定、訪問看護サービス開始などにより飛躍的に充実する。生活支援サービスも介護保険と切り離して現状が維持され、給食サービスが加わって充実される。さらに、介護保険導入に当たり、介護サービスとともに周辺の社会開発が行われつつあり、政策立案、住民参加など地方分権を担う力が強化されつつある。

1) 介護保険の導入は、介護を個から社会に切り替える意識変革の絶好の機会であり、2) 地域の介護資源を巧みに使ったネットワークづくりと情報開示に基づく社会づくりの出発点であり、3) 高齢になっても生き生きと暮らせる共生の文化圏や農村では農業や農村生活と深く関わり合う地域づくりの一環でもあり、4) 介護保険導入における介護の社会化や地域づくりが農村社会における大きな課題となっている。

目的

日本の高齢者健康福祉は、世界的に例を見ない急速な高齢化とコストの増加、社会的入院の多さ、サービス利用の不公平などの課題を抱えている。これらの解決をめざして、介護保険制度導入準備が、急速に進められている。急速な高齢社会や現状システムに対する国民の不満足感から、介護保険の導入を促進している¹⁻⁶⁾。

介護保険では、費用の半分が保険料として40歳以上の国民から徴収され、後半分は税金で賄われる。保険者は市町村で、人口構造の差異を全国的に均等化させるプール制となる。給付は、施設ケア、短期入所、デイケア、ホームヘルプ、訪問看護、機器貸出を含む。介護保険の適用は、機能・認知のアセスメント（介護認定）によって6段階に分類され、限度額が設定されている²⁾。国レベルでは、新ゴールドプランと公的介護保険の準備が進んできた。介護保険によって、日本が高齢化に対応した包括的な社会サービスを達成できるか否かが注目されているが⁴⁾、あまりにも公的介護保険のみに注目しすぎている⁷⁾。これまでに指摘されているように、国レベルで公平なサービスを達成するために介護保険では、要介護時間を指標にした介護認定制度が取られている。このため、社会環境のために介護サービスを必要としながら、介護サービスを受けてこなかった老人が、介護認定されることによって必要なサービスを受けやすくなるであろう。また、介護に関する社会資源の開発やケアマネジメントによるサービスの質的向上が期待できる⁸⁾。

しかし、介護保険は、老人性疾病による障害者を除き、高齢者のみを対象にしている。介護保険では介護時間によって介護度を認定し、家庭の介護力などは考慮していないので、これまで医療福祉サービスを受けていた独居・高齢者世帯の老人の中に

は、「要支援・介護」と認定されず、介護保険でカバーされない例が多く存在すると考えられる。また、障害の原因となった原疾病や二次的な障害ゆえに発症しやすくなった併発症に対する医療も重要で、介護と医療との連携を進めなければならない。さまざまな問題を抱える障害者に、精神的・身体的不自由には介護を、そして疾病には医療を提供するという区分の不明確さも課題である⁹⁾。

さらに、これまでインフォーマルな家族のケアが不十分であったために介護サービスを受けてきた独居世帯や高齢者世帯の老人が多く、自立と認定され介護保険ではサービスを受けられないことが予想される。

市町村は、公的介護保険の運営に責任を持つことになるが、その実行能力に疑問がもたれている。大都市では地価や賃金が高いために必要な社会基盤を達成可能かどうか問われている。農村では自治体の規模が小さく、サービスメニューや人材が制限させるのではないかと危惧されている⁹⁾。

我々は、20年以上、農村地域の人口5千人の小さな自治体の健康福祉政策樹立と活動を支援してきたが、少なくとも健康福祉にまじめに取り組んでいる農村の自治体は成功裡に公的介護保険を導入できそうである。公的介護保険だけが高齢者対策ではない。農村地域では、高齢者も可能な農作業があり、農業や農村社会を通じたインフォーマルな社会的支援が強い⁹⁾。また、介護保険制度の準備は、市町村レベルでの介護サービス資源開発、介護マンパワー育成、サービスシステム確立などに集中し、地域での総合的な高齢者健康福祉活動との連携の課題が多い。このため、高齢化の進む島根県中山間地域で、高齢者健康福祉活動強化のための介護保険制度のあり方を政策科学的ならびに医療福祉経済学的に検討したので報告する。

対象と方法

老年人口割合 29.8%の島根県簸川郡佐田町（人口 4,861、表 1）において、介護保険認定および町財政資料を分析するとともに、介護保険事業策定委員会、町役場ワーキンググループおよびコミュニティブロックでの町民との座談会で参加型行動研究を行った。

予算については、佐田町の 1998 年度福祉予算を調査し、厚生省や島根県の提示したシュミレーションシステムにより必要額を予測した。

結果と考察

1. 佐田町の高齢者ケアの現状

佐田町は、20 年以上にわたってヘルシータウン推進会議を中心に、町民や関係機関が協働して健康福祉活動に取り組んできた。佐田町での高齢者福祉活動は、健康な高齢者の農業活動やソーシャルサポートネットワークを基盤としている。要支援・要介護老人に対しては、在宅介護支援センターを中心に健康医療福祉のサービスを総合化して届ける「サービス・パッケージ」方式が確立している。痴呆性老人の E 型デイサービスは実施されていませんが、社協およびボランティアによるグループワークが 1 回／週行われている（表 2）。

ハイリスクの高齢者に対しては、機能訓練事業や 2 地区で小地域助け合いのミニデイサービスが展開され、ボランティアによる配食サービス、下水道工事に付随した住宅のバリアフリー化が進められてきた（図 1）。

2. 介護サービス利用状況

島根県では、平成 9 年度介護モデルによる推計では、要支援・要介護と考えられる高齢者が 3 万人（高齢者に占める割合

13.9%）であり 5 千人が施設サービスを利用し、1 万 2 千人が在宅サービスを利用しているが、1 万 3 千人が施設・在宅サービスを利用していない。一方、非該当と考えられる高齢者の内、百人が施設サービスを、7 千人が在宅サービスを利用していると推定されている。介護保険導入の第一の目的は、公平な介護サービスの供給にあるため、1 万 3 千人の要支援・要介護者に介護サービスを供給することが緊急の課題である。

一方、佐田町では要支援・要介護者数は、平成 9 年度介護認定モデル（一次判定）では 142 人と推定され、高齢者に占める要支援・要介護者の割合は島根県全体 13.9%よりは低いものの 12.7%と高率である。佐田町のサービス利用の特徴は、これまでの「サービス・パッケージ」方式高齢者ケアの結果、未利用者が 4 人と少なく、97.2%の要支援・要介護者が福祉サービスを利用し、島根県全体と比べてサービス利用率が高い点にある。また、在宅サービス利用が施設利用の比が島根県の 2.4 に比較して、佐田町は 2.5 倍と在宅サービスの割合がやや高率となっている。一方、デイサービスやホームヘルプサービス利用者の約 1/3 が非該当者と推定されている。これは、中山間地域であり、交通の便が悪いため高齢者が孤立しやすく、ハイリスク高齢者にデイサービスやホームヘルプサービスを導入し、介護予防を政策的に進めてきたためと考えられる。

3. 介護保険導入の準備状況

佐田町では、介護保険は、広域市町で認定を行うが、サービスは町単独で実施することが決定している。介護認定については、様々な問題が指摘されている。平成 10 年と 11 年の一次判定では、表 3 のように介護認定結果に大きな差が生じており、平成 11 年度版は平成 10 年度版より介護度が

やや重度に判定されている。非該当は介護サービスを全く受けることができないが、要支援との間に医学的・客観的な差がないため申請者への説明が困難であるとともに、介護サービスを受けられないために介護認定毎に非該当と要支援の間を移動する高齢者が出現する可能性が高い。佐田町では、デイサービスおよびホームヘルプサービス利用者に非該当者が多く存在すると考えられたため、軽度の要介護者から介護認定作業を行い、表4のような介護認定結果となっている。

介護保険開始によって、図4のような様々な課題が想定される。すなわち、住民サイドではサービス利用行動の変化や費用負担の課題、町行政では費用対効果予測に基づく健康福祉政策の確立、サービス提供機関の多様化、独居高齢者世帯へのサービス、町民や各種NGOの参加促進、これまでのサービスを維持するための財政措置、などの課題、サービス提供側（佐田町では主に社協）ではサービス効率化、ケアマネジメントの実施方法、マンパワーの育成などの課題、地域では農業など産業活動と福祉活動の結合、支えあい活動の再組織化などの課題がある。

介護保険事業計画策定委員会は、町役場ワーキンググループやコミュニティブロックでの住民との懇談会で議論が進み、問題解決の方向が固まりつつある。まず、痴呆性老人に対しては、グループワークを発展させ、2000年夏までにE型デイサービス実施することになった。また、在宅介護支援センターを中核としたケアマネジメントをケアマネージャーによる分散型に移行しつつある。非該当が予想されるデイサービス利用者には、1999年春よりデイサービス利用回数を月1回に減らし、小地域支えあいネットワーク事業によるミニデイサービスを2カ所で開催し、他の2カ所

で準備に入っている。その他の地域では、3年以内のミニデイサービス実施をめざしているが、町社会福祉協議会による支援体制を強化するとともに、自治会活動としての位置づけを明確にし、自治会総力を挙げた活動への発展を促進しつつある。また、非該当の独居・高齢者世帯によるホームヘルプサービスは、現在ボランティアによる週1回の配食サービスを充実させ、毎日の給食サービスを2000年夏から開始することを目標にしている。さらに、介護型のホームヘルプサービスと分離し、自立を高めることを目標にした有償ボランティアによる家事援助型ホームヘルプサービスを2000年4月から開始することになっている（図5）。

4. 高齢者健康福祉サービスの費用対効果

1) 介護サービスの需要および供給予測

佐田町における2000年の介護保険サービス基準整備量の推定を表5に示した。利用希望調査により、ホームヘルプサービスよりもデイサービスの希望が多く、療養型病床群や老人保健施設が町内にないため、表5のような状態区分を設定した。そして、2000年の基盤整備率を平均30.1%から2004年には48.4%に高めることを目標としている。

2) 1号保険者の保険料決定

介護保険費用の推計は、表6のように在宅サービスと施設サービス対象者を推定し、基盤整備率と上乗せ率を考慮し、丙地基準額から2000年の月額2847万円と推定した。2004年には、月額3381万円の見通しを立てている。これを元に国からの調整交付金6.84%、財政安定化基金拠出金を加味し、1号保険者負担相当割合22%に保険料収納率100%と保険料軽減対象者構成割合を考慮して、月額2,962円と見積もっている。

3) 町・県・国から支出される介護保険予算の試算

施設サービスでは特別養護老人ホーム措置費、在宅サービスではホームヘルパー事業、デイサービス事業などが介護保険に移行するため、町一般財源から支出していた年間5853万円が軽減される見通しである。さらに、町独自の介護手当（月額1万円）が介護サービスを利用しない要介護度2以上高齢者に限定されるために年間300万円の軽減となり、あわせて6153万円の一般財源からの支出が軽減される可能性がある（表8）。

一方、介護保険特別会計として、介護費用の1/8として年間4000万円の支出増となり、差し引き約2100万円が町独自の福祉サービスに活用できる見通しである（図4）。介護保険事業計画策定委員会では、差額の2100万円を生きがい対策300万円、独居高齢者生体などの給食・家事援助型サービスに710万円、介護予防480万円、その他610万円への活用を希望している。

4) 介護保険導入による町民への利益と負担

金銭面では、町民税は変化ないが、国民保険・医療保険は若干の軽減を期待している。1号被保険者の介護保険料月額2,962円、2号保険者の被保険料（未定）と介護サービス利用の一部負担金が増額となる。また、利用限度額を超えた利用については、特別養護老人ホームなどへの入所待ちによる短期入所の長期利用例であった。しかし、1999年11月に町内に開所した特別養護老人ホームにより入所待ちがなくなったため、利用限度額を超えた利用はきわめて少ない見通しである。

一方、介護サービス面では特別養護老人ホーム開設、短期入所10床の設置、E型デイサービス開設予定、訪問看護サービス開始などにより飛躍的に充実する。生活支

援サービスも介護保険と切り離して現状が維持され、給食サービスが加わって充実される。

さらに、介護保険導入に当たり、介護サービスとともに周辺の社会開発が行われつつあり、政策立案、住民参加など地方分権を担う力が強化されつつある（表10）。

まとめ

高齢者医療福祉サービスの理念としては、なによりも人間尊厳が重要であり、安心して暮らせる地域づくり、介護の社会化、暖かい肌着のような医療福祉の総合的サービス、選択可能なサービスが重要である。一人ひとりの個性、価値観、暮らし方にあわせたサービスの展開が基本である。介護保険導入による前進面として、医療と福祉の総合化をめざしたケアプランの意義、介護保険準備段階で前進した介護資源や人づくりが評価される。

特に、危機にある農村社会に対する処方箋としてメディコポリス構想が提案されているが、農村社会に由来から存在する互助システムを時代にあった形で再構築すること、生きがい農業を含めた多様な農業を農協や自治体がががいに組織化するかが課題である。

さらに、介護保険を含む人間尊厳の高齢者ケアを実現するためには、人権や倫理観に敏感な人材育成が欠かせない。

19世紀は教会を中心に町が興り、20世紀は銀行を中心に、21世紀は病院を中心に町が興る（メディコポリス構想）といわれる。1) 介護保険の導入は、地域によっては突然導入された仕組みではあるが、介護を個から社会に切り替える意識変革の絶好の機会であり、2) 地域の介護資源を巧みに使ったネットワークづくりと情報開示に基づく社会づくりの出発点でもある。

3) また、高齢になっても生き生きと暮ら

せる共生の文化圏や農村では農業や農村生活と深く関わり合う地域づくりの一環でもあり、4) 介護保険導入における介護の社会化や地域づくりが農村社会における大きな課題となっている。

文献

1. Ikegami N. The economics of health care in Japan. *Science* 1992 258:614-8
2. Ikegami N. Public long-term care insurance in Japan. *JAMA*. 278(16):1310-4, 1997
3. Arai Y. Insurance for long-term care planned in Japan. *Lancet* 350, 1831, 1997
4. Watts J. Caring for Japan's elderly - mission impossible? *Lancet* 352, 798, 1998
5. Arai Y, Kudo K, Washio M. Caring for Japan's elderly. *Lancet* 352, 1393, 1998
6. Arai Y, Washio M, Miura H, Kudo K. Dementia care in Japan: insurance for long term care legislation in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 13, 572-3, 1998
7. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, Gilgen R, Hirdes JP, Topinkova E. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1017-24
8. McCall N, Mangle S, Bauer E, Knickman J. Factors important in the purchase of partnership long-term care insurance. *Health Services Research*. 33 (2 Pt 1):187-203, 1998
9. 大井利夫, 塩飽邦憲: シンポジウム 農村における医療・福祉ネットワークと介護保険. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29

業績 (原著・著書)

1. T. Fukushima, N. Hojo, A. Isobe, T. Gao, K. Shiwaku, Y. Yamane: Food intake, serum lipids and amino acids of school children in agricultural communities in Japan. *European Journal of Clinical Nutrition*, 53, 207-211, 1999
2. T. Gao, K. Shiwaku, T. Fukushima, A. Isobe, Y. Yamane: Medical education in China for the 21st Century *Medical Education*, 30, 768-773, 1999
3. K. Shiwaku, T. Gao, N. Hojo, T. Fukushima, Y. Yamane: Low levels of serum cholesterol and systolic blood pressure in Japanese with the apolipoprotein E3/2 genotype. *Clinical Chimica Acta*, 284, 15-23, 1999
4. 塩飽邦憲, 山根洋右, 黒松基子: 在宅療養におけるケアマネージャーとしてのヘルパー. *プライマリ・ケア*, 22, 29-32, 1999
5. 中谷久恵, 福島哲仁, 磯邊顕生, 塩飽邦憲, 西山 勉, 杉山一教, 山根洋右: 中高年者の排尿異常の実態とケアの課題. *日本農村医学会雑誌*, 47, 701-7, 1999
6. 乃木章子, 奥野元子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 健康文化都市・いずもにおける生活習慣病の特徴と基本戦略. *島根女子短期大学紀要*, 37, 1-8, 1999
7. 塩飽邦憲: 生活習慣病への栄養からのアプローチ健康日本 21 とヘルスプロモーション. *栄養日本*, 42(1), 5-7, 1999
8. 乃木章子: 食行動とヘルスプロモーション. *栄養日本*, 42(1), 8-9, 1999
9. 塩飽邦憲, 齋藤茂子: 出雲市健康文化都市プロジェクトのあゆみ. *公衆衛生*, 63, 353-357, 1999
10. 高 同強, 塩飽邦憲, 北條宣政, アヌーラド・エルデムビルグ, 山根洋右: 中国におけるプライマリ・ヘルスケアの現状と課

- 題. 日本公衆衛生雑誌, 46, 320-327, 1999
11. 渡部英二, 山根洋右: 出雲健康文化都市プロジェクト・1 健康文化都市づくりの現代的意義 市民・行政・専門家協働のまちづくり. 公衆衛生, 63, 267-272, 1999
 12. 四方田悦子, 石川智恵子, 塩飽邦憲: 市民と専門家のエンパワーメントを実現する健康学習. 公衆衛生, 63, 567-571, 1999
 13. 山根洋右: 衛生学—21世紀への展望. ヘルスプロモーションから人間尊厳の健康文化の町づくりへ. 日本衛生学雑誌, 54, 447-448, 1999
 14. 齋藤茂子, 齋藤 誠, 田中佑子, 山根洋右, 渡部英二: 出雲健康文化都市プロジェクト・6 生命輝く市民主体の健康文化のまちづくり・1. 公衆衛生, 63, 657-664, 1999
 15. 齋藤茂子, 齋藤 誠, 田中佑子, 山根洋右, 渡部英二: 出雲健康文化都市プロジェクト・6 生命輝く市民主体の健康文化のまちづくり・2. 公衆衛生, 63, 736-741, 1999
 16. 塩飽邦憲, 竹内節子, 増原久子, 渡部英二, 岩本恵子, 樽井恵美子, 中川正久: 21世紀の医学看護学福祉学教育への提言. 医学看護学教育学会誌, 10, 印刷中, 1999
 17. 島田洋子, 武田道子, 池田行子, 塩飽邦憲: 地域看護学における学生主体型教育プログラムの展開. 医学看護学教育学会誌, 10, 印刷中, 1999
 18. 乃木章子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 生活習慣病増加と栄養士教育の課題. 医学看護学教育学会誌, 10, 印刷中, 1999
 19. 塩飽邦憲: 生活習慣病への栄養からのアプローチ—健康日本21とヘルスプロモーション—. 栄養日本, 42, 5-7, 1999
 20. 塩飽邦憲: 問題発見から問題解決へ. 日本農村医学会雑誌, 47, 786, 1999
 21. 塩飽邦憲: 健康って何だろう—能動的で「自立した健康人」の時代—公衆衛生情報 29(8), 8, 1999
 22. 山根洋右, 塩飽邦憲, 高 同強, A. Erdembileg, 樽井恵美子, 小林 昭, 乃木章子: 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—国保医療費とがん検診に関する解析. 平成10年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 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, 59-76, 1999
 23. 山根洋右, 塩飽邦憲, 白石裕美, 高 同強, A. Erdembileg, 樽井恵美子, 小林 昭. 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究. 平成10年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究, 49-72, 1999
 24. 山根洋右, 塩飽邦憲, 白石裕美, 高 同強, 小林 昭, A. Erdembileg, 岩永俊博, 鳩野洋子: 公衆衛生活動方法論の世界的潮流とわが国での適応の総括的検討. 平成10年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究, 15-26, 1999
 25. 山根洋右: 今後視野に入れるべき公衆衛生活動での概念. 平成10年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究, 177-184, 1999
 26. 山根洋右, 塩飽邦憲: 高齢化社会における保健・医療・福祉の総合的医学教育方法の開発. 平成10年度文部省科学研究費補助金(萌芽的研究)実績報告書, 1999
 27. 山根洋右: スペシャルレポート第25回 日本医学会総会 開かれた医療を目指して多くの討論 鍵握る学会、地区医師会のリーダーシップ. Nikkei Medical, 5, 75-78, 1999
 28. 山根洋右, 塩飽邦憲, 高 同強, 樽井恵美子: コミュニティにおける総合的老年性痴呆ケアシステムの構築に関する研究. 平

成 10 年度難病医学研究助成事業研究結果報告研究経過報告, 25-41, 1999

29. 山根洋右, 塩飽邦憲: 高齢化社会への挑戦 出雲からのメッセージ. ワンライン, 出雲, 1999

30. 山根洋右: 住民参加型ヘルスケア政策の実現. *Suzuken Medical*, 2(5), 13-15, 1999

31. 出雲医師会かかりつけ医推進委員会 (山根洋右): かかりつけ医推進試行的事業報告書. かかりつけ医推進試行的事業報告書, 1999

業績 (学会発表)

1. 乃木章子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 生活習慣病増加と栄養士教育の課題. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14

2. 日本 忍, 杉本静子, 中田佳代子, 内田道子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 学生参加型公衆衛生学教育と教育評価. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14

3. 齋藤茂子, 伊藤智子, 天野和子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 地域看護教育における相互教育評価. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14

4. 服部晋司, 榎崎美笛, 西村淳一, 橋本健一, 塩飽邦憲, 山根洋右: 医学卒前教育における緩和ケア教育の展開. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14

5. A. Erdembileg, T. Gao, H. Shiraishi, A. Kobayashi, K. Shiwaku, Y. Yamane: Reform of Health Care System and Medical Education in Mongolia. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14

6. 鈴木静江, 矢田朱美, 塩飽邦憲, 山根洋右: 精神障害者によるピア・カウンセリングの現状と課題. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14

7. 福島哲仁, 磯邊顕生, 高 同強, 塩飽邦

憲, 山根洋右: 急性パラコート中毒の治療法開発の現状と展望. 第69回日本衛生学会総会. 千葉, 1999.3.24-27

8. 塩飽邦憲, アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 山根洋右: 佐田町ヘルシータウンプロジェクト(6)介護保険導入とコミュニティ活動. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22

9. アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: モンゴルにおける健康政策の改革. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22

10. 伊藤智子, 浜崎牧子, 浜村陽子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(27)子育て支援活動に関する政策学的検討. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22

11. 山根洋右, 塩飽邦憲, 高 同強, アヌーラド・エルデムビレグ: 出雲市健康文化都市プロジェクト(25)介護保険制度への政策的アプローチ. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22

12. 金築真志, 間島尚志, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(26)介護保険と高齢者健康福祉活動. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22

13. 梶谷泰子, 神田和美, 石川智恵子, 石飛美緒, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(28)子育てグループの発展. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22

14. 高井美紀子, 梶谷泰子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(29)子育て支援ネットワーク. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22

15. 神田和美, 四方田悦子, 乃木章子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(31)住民参加型健康学習の展開. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22

16. 乃木章子, 神田和美, 四方田悦子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(32)生活習慣病と栄養学習. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
17. 石飛美緒, 梶谷泰子, 神田和美, 石川智恵子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(33)がん対策の再検討. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
18. 島田洋子, 武田道子, 池田行子, 塩飽邦憲: 学習者主体型地域看護学実習の展開(1)教育プログラムの開発過程. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
19. 武田道子, 島田洋子, 池田行子, 塩飽邦憲: 学習者主体型地域看護学実習の展開(2). 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
20. 中島聖子, 中尾寛子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 小地域健康福祉ネットワークの形成(1)健康福祉ボランティア活動. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
21. 大井利夫, 塩飽邦憲: シンポジウム 農村における医療・福祉ネットワークと介護保険. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
22. 原 俊雄, 坂本 巖, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: 自然生態系と共生する健康文化のまちづくり(5)ー漁業者の立場から見た中海・宍道湖干拓事業ー. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
23. 坂本 巖, 原 俊雄, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: 自然生態系と共生する健康文化のまちづくり(6)ー宍道湖のヤマトシジミの大量斃死後の資源回復状況ー. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
24. アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究(1)ー地域特性の生活習慣病の現状と課題ー. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
25. 高 同強, アヌーラド・エルデムビレグ, 塩飽邦憲, 山根洋右: 島根県における市町村別国保医療費の分析. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
26. 塩飽邦憲, アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 山根洋右: 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(1)ーがん健診に関する解析ー. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
27. 中尾 陽, 村上友代, アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: JAいずもの健康福祉戦略(4)ー福祉サービス基盤づくりー. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
28. 村上友代, 中尾 陽, アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: JAいずもの健康福祉戦略(5)ー地域支え合い活動の成果と課題ー. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29

表1 佐田町の高齢者基礎データ
(1998. 4. 1)

・人口	4,861
・高齢者数	1,117(29.8%)
・後期高齢者	598
・1人暮らし高齢者世帯	82
・2人暮らし高齢者世帯	66

表2 健康医療福祉活動の特徴

- ・町民参加の健康福祉活動
 - 20年以上の歴史
 - ヘルシータウン推進会議
 - ・母子・学校、産業保健、地域、高齢者、ボランティア
 - ・コミュニティブロック
- ・高齢者福祉活動
 - 住民参加のサービスシステム
 - 「サービス・パッケージ方式」ケア・マネージメント
- ・介護保険制度
 - 広域市町での認定
 - 町単独でのサービス供給
 - ・1999: 特別養護老人ホーム設立(町社金福祉協議会)

図1 佐田町における高齢者ケアシステム
(1998)

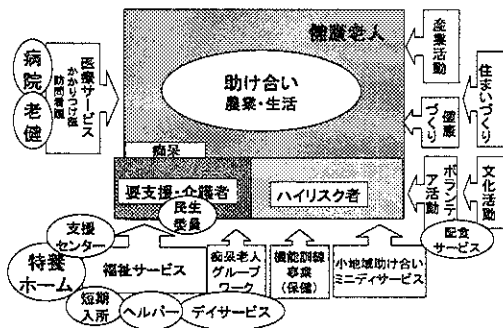


図2 島根県における高齢者サービス状況
(1997)

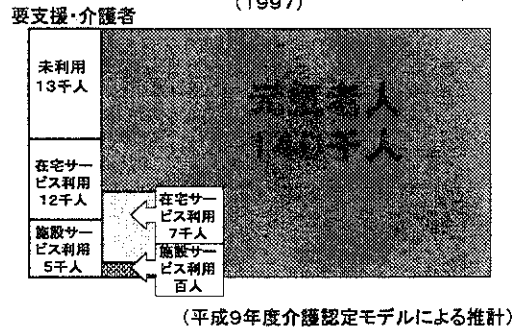


図3 佐田町における高齢者サービス状況
(1997)

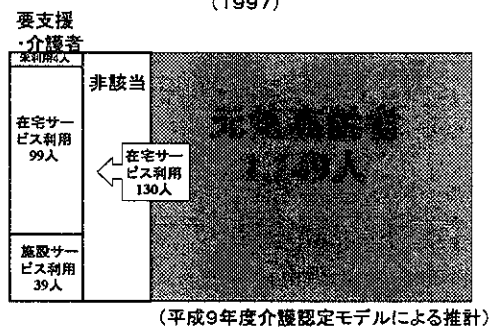


図4 佐田町における介護保険導入の問題点

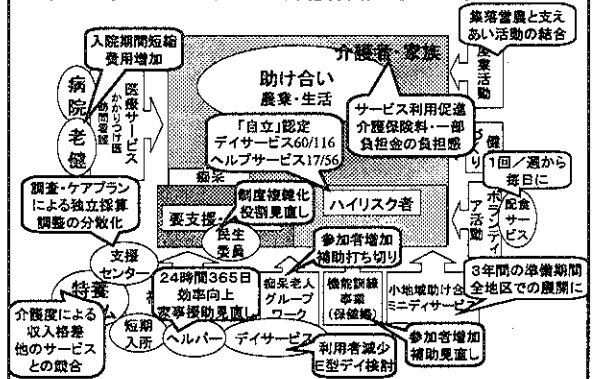


図5 介護保険導入までの準備

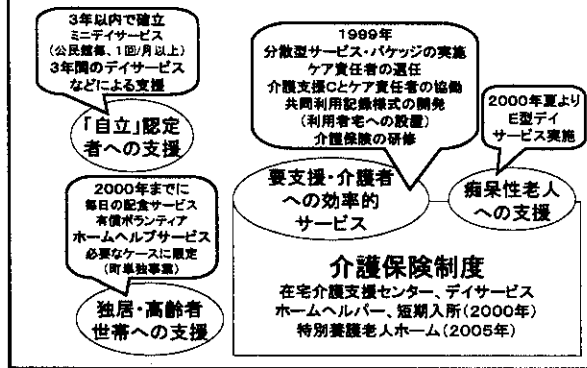


表3 介護認定一次判定結果の比較

	平成11年度版							小計	
	非 該当	要 支援	1	2	3	4	5		
平	97	26	7	0	0	0	0	130	55.8%
成	2	13	14	2	0	0	0	31	13.3%
10	2	4	15	16	3	2	0	42	18.0%
年	0	0	3	2	8	4	0	17	7.3%
度	0	0	0	0	2	4	0	6	2.6%
版	0	0	0	0	0	1	6	7	3.0%
要	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
小計	101	43	39	20	13	11	6	233	
	43.3%	18.5%	16.7%	8.6%	5.6%	4.7%	2.6%		

表4 介護認定結果(1999.10-12)

	在宅	施設	計
非該当	38	0	38 (27.9%)
要支援	18	0	18 (13.2%)
要介護1	30	1	31 (22.8%)
要介護2	13	6	19 (14.0%)
要介護3	4	5	9 (6.6%)
要介護4	2	4	6 (4.4%)
要介護5	8	7	15 (11.1%)
計	113	23	136

* 在宅分は軽度障害者を優先して認定

表5 介護保険サービス整備標準量(2000)

	状態区分の設定			
	訪問	通所	医療	痴呆
要支援	40%	60%		
要介護1-2	40%	60%		
要介護3	27%	40%	17%	16%
要介護4	23%	35%	36%	5%
要介護5	19%	29%	51%	

	整備整備率				
	必要量	提供量	供給率	平均希望率	整備整備率
訪問介護	350	166	47%	52%	24%
訪問看護	350	166	47%	52%	24%
通所サービス	350	166	47%	52%	24%
短期入所	350	166	47%	52%	43%

表6 介護保険費用の推計(2000)

在宅サービス	平均 単価	希望率 充足率	費用
要支援	69		1,294
要介護1	86		4,296
要介護2	35	30.1%	2,031
要介護3	13		1,058
要介護4	6		590
要介護5	4		405
2号被保険者特定疾病等		15.9%	1,538
施設サービス			
老人福祉	43		13,175
老人保健	5	95.3%	1,765
療養型医療	5		2,135
総費用合計			28,469

(千円/月)

表7 第1号被保険者保険料(月額)

- 標準サービス給付見込み額a: 26,783,000
- 第1号被保険者負担相当額b: a×0.22 5,892,000
- 国からの調整交付金c(6.84%): 1,831,000
- 財政安定期基金拠出金d: 133,000
- 保険料収納必要額e: b-c+d= 4,194,000
- 第1号被保険者数f: 1,416人
- 保険料基準額 e/f 2,962円
 - 基準額×0.5: 1.4%、基準額×0.75: 20.8%
 - 基準額×1.0: 65.3%、基準額×1.25: 9.5%
 - 基準額×1.5: 3.0%

表8 介護保険による佐田町福祉予算の変化
(1998年当初予算, 単位:千円)

事業名	国	県	町負担金	町一般財源	介護保険による増額
小地域ネットワーク補助金		2,208		2,209	
養護老人ホーム増設費	13,173	6,586	4,000	6,588	
特別養護老人ホーム増設費	53,616	26,808	14,540	26,809	26,809
ホームヘルパー事業委託費	13,885	6,942		9,253	9,253
デイサービス事業委託費	11,356	5,678	1,985	15,135	15,135
短期入所事業委託費		3,988	2,226	4,426	4,426
同(特別養護老人ホーム分)	1,000	950		1,409	1,409
入浴サービス支援事業委託料		1,800		1,800	1,800
居宅事業委託費		6,479	4,128	4,803	
在宅介護支援センター		8,050		2,684	
はつらつ介護者補助金		100		200	
住宅改修補助金		300		900	
日常生活用具給付		1,168		658	
介護手当				3,600	3,000
老人バス・タクシー利用券交付				1,436	
敬老記念品				1,394	
買上用ベビーカー委託料				245	
合計	93,030	71,057	26,879	83,249	61,532

図6 介護保険導入に伴う町福祉予算変化
(単位:千円)

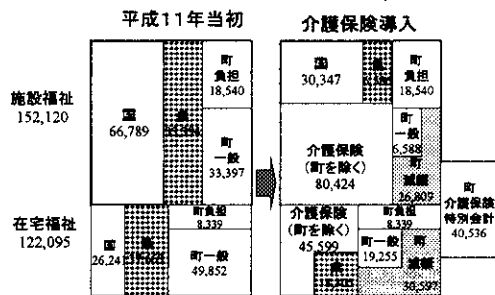


図7 介護保険に伴う町予算の使途変更

差額21,000千円

町負担金 一般財源 52,722	介護保険 特別会計 一般財源 40,536	生きがい対策 3,000
		生活支援 (独居・高齢者世帯) 7,100
		介護予防 4,800
		その他 6,100

表9 介護保険による町民負担の変化

- | | |
|--|--|
| <p>金銭面</p> <ul style="list-style-type: none"> 町民税: 変化なし 国民保険・医療保険料: 変化なし 介護保険料: 増加 <ul style="list-style-type: none"> - 1号保険者: 2,962円/月 - 2号保険者: 3,600円/月 介護サービス利用: 増加 <ul style="list-style-type: none"> - 一部負担: 1割(限度額あり) - 超過負担 <ul style="list-style-type: none"> ・ 短期入所利用の多い人で限度額を超える場合がある | <p>サービス面</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護サービス: 充実 <ul style="list-style-type: none"> - 特別養護老人ホーム: 50床 - E型デイサービス - 短期入所: 10床 - 訪問看護 - 他のサービスは維持 生活支援サービス: 充実 <ul style="list-style-type: none"> - 介護保険と切り離し - 給食サービス(毎日) - 他のサービスは維持 |
|--|--|

表10 介護保険導入までの課題

- 介護保険制度導入による高齢者健康医療福祉システム強化
 - 基礎的サービスを介護保険で供給
 - 生活支援などは別にサービス開発
- 町民や各種団体の参加促進
 - コミュニティ・ブロック、有償ボランティア
 - 農協・民間業者の参入
- 介護サービスの効率化
- 農業など産業活動と福祉活動の結合

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

－ 第2報 個人別に見た健康診査の費用・効果の分析 －

分担研究者 小山 和作（日本赤十字社熊本健康管理センター）
研究協力者 川島 英敏 東 敬之 島田 雅美 成松 隆一
塩山 更正 小柳 敦子 三原 修一（同上）
水俣 雅晴 星田 道子（熊本県国民健康保険団体連合会）
重本 弘文（熊本県御船保健所）
二塚 信（熊本大学医学部公衆衛生学教室）

研究要旨

国民医療費はここ数年伸び続け、このままでは医療保険制度の破綻さえ危惧されている。本研究は、第1年度の研究をもとに市町村で健康増進活動のひとつとして行われている健康診査等が個人の医療費に対してどのような効果を及ぼしているかについて検討する事を主眼とした。対象は、熊本県K町が実施している老人保健法による健康診査のうち基本健康診査と国保事業で行われた人間ドックとし、K町国保加入者を健診受診群と健診未受診群に分け各群での医療費の違いについて検討した。

①健診受診履歴と国保医療費の検討

K町が実施した健診の個人受診履歴と年間の国保医療費について調査し、医療費抑制効果とその要因について検討した。健診の受診履歴は平成5年度から平成9年度までの5年間を対象とし、対する医療費は平成10年度の1年間に要した国保医療費を対象とした。また、健診に要した費用と国保医療費から健診の費用効果を求めた。

②健康診査受診履歴と診療行為との検討

健診受診は医療費抑制に効果があることから、レセプトをもとに健診受診群と健診未受診群のレセプト内容の違いについて分析し、医療費抑制の要因について検討した。対象とした医療費は平成10年5月分の国保医療費とした。

K町で40歳以上の国保加入者一人あたりに要した年間医療費は205,399円であった。うち、健診受診群の年間医療費は一人あたり125,317円であったのに対して、健診未受診群の年間医療費は一人あたり239,349円であった。また、健診受診群では投薬・注射・処置にかかる費用が少なく、国保医療費の入院外で月額一人あたり6,454円、入院で95,024円の医療費の差を認めた。

本研究から、健診受診群では一人あたりの年間医療費が安く、特に高額な入院医療費の抑制に効果を認めた。疾病の発症予防を目的として行われている健診は、増加し続けている医療費の抑制や国民の健康増進のためにも、今後も広く整備が必要である

A. 研究目的

わが国の平成9年度の国民医療費は29兆651億円であり、平成8年度の28兆5210億円に比べ、5441億円(1.9%)増加している。この国民医療費を乳児から高齢者までおしなべて換算すると国民一人当たり23万400円となり、平成8年度の22万6600円に比べ1.7%増加している。国民医療費はこれまで年平均約6%の増加してきたが、平成9年度には増加率が1.9%と抑えられた反面、国民所得の対前年増加率もはじめて-0.2%とマイナス成長になり、結果として、国民医療費の国民所得に対する割合は、過去最も高かった平成8年度の7.29%から7.45%になり、昭和30年からのデータを見ても、最も高い割合になっている。

この国民医療費を制度区分別にみると、医療保険等給付分は14兆159億円(構成割合48.2%)、老人保健給付分9兆6762億円(同33.3%)、公費負担医療給付分1兆4008億円(同4.8%)、患者負担分は3兆9721億円(同13.7%)である。これらに対前年度増加率で見ると、医療保険等給付分は3.4%の減少であるが、老人保健給付分は4.2%、患者負担分は17.7%増加している。すなわち、平成9年度の国民医療費は、増加率はこれまでに較べて低く抑えられた反面、国民所得に対する国民医療費の割合が過去最高になり、しかも患者負担分も大幅に増加した結果になっている。

このように、低経済成長期を迎えている今日でも、医療費だけは確実に増加し続けており、ますます医療保険の破綻が危惧されている。これまで国民の健康を守ってきた医療保険制度も財政状況や運用がますます厳しいものになってきている。

この医療費増高に対する施策として、国は、昭和57年に老人保健法を制定し、壮年期の健康づくりと生活習慣病の早期発見・早期治療、疾病の予防などを目指した保健事業(以下、老人保健事業)を実施してきた。この老人保健事業の目的は、生活習慣に起因する慢性疾患の予防と高齢期における健康の保持・増進ばかりを目的とするのではなく、一方では、増加する医療費の抑制を期待するという考え方にも基づいたものである。

本研究事業の初年度の研究では、この老人保健事業が国民医療費に与える影響を正確に把握することを目的として、老人保健事業以外の医療費形成要因も含めて検討した。すなわち、医療費形成要因を、人口動態要因、地域環境要因、医療環境要因、老人保健環境要因、老人福祉環境要因の5因子に分け、計91項目について重回帰分析を行い、医療費形成要因を明らかにした。医療費(老人)を例にとると、医療環境要因が医療費に対して29.4%と正の相関を認めるのに対して、老人保健事業要因では-26.9%の負の相関を認めた。また、同様に、医療費(一般)では、医療環境要因に17.0%と同じく正の相関を認めるのに対して、老人保健事業要因には-22.8%と負の相関を認め、医療費に対して抑制因子であることを証明した。また、老人保健事業と医療費の単項目での相関を見ても、老人保健事業には歯科を除く全ての医療費に対して負の相関を認め、特に、同事業での基本健康診査(以下:基本健康診査)受診率と人口あたりの保健婦(士)数が、医療費に対して抑制効果をもつ事が証明された。

そこで、本研究では基本健康診査と国保補助事業としておこなわれている人間ドックの受診履歴を調査し、健診受診群と健診

未受診群の医療費の差について検討するとともに、個人別にみた健康増進活動の費用・効果分析を行うことを目的とした。

但し、初年度の研究結果より、医療費はその地域の保健福祉などの行政サービスをはじめとする老人保健事業要因や、人口構造、産業構造などに代表される地域環境要因、また、その地区の医療環境要因などによって大きく変わることが判明していることから、同一市町村の中で、過去に基本健康診査、または、国保補助事業による人間ドックを受診した者を「健診受診群」とし、これらの健診を全く受けていない者を「健診未受診群」とした。