

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、ホームヘルプ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がそれぞれの施設が町中央部から30分以内に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、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。高齢化率は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%の27.1%に、梶原町では122.2%の31.1%に増加している。

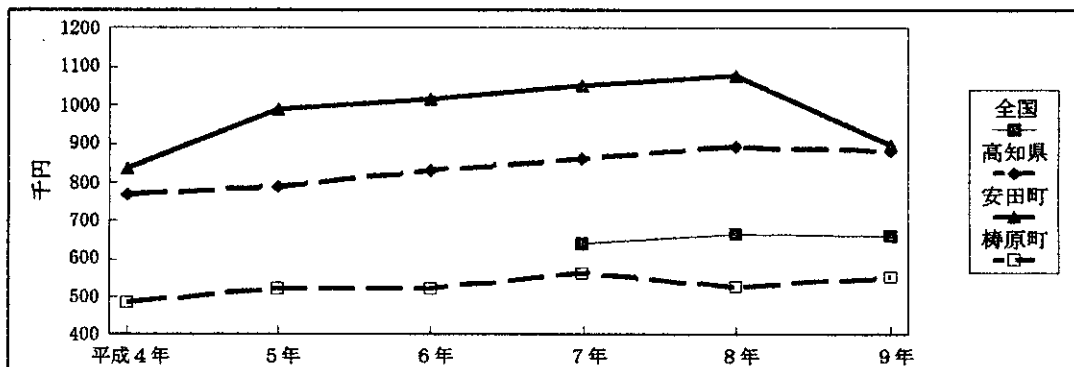
3 老人被保険者1人当たりの医療費の推移

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-1に示した。

平成4年度は、高知県全体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。平成7年、8年度は安田町は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～9年の3年間の医療費を全国を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、136、8、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-1 老人被保険者1人当たりの医療費の推移



1 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一2に示した。全国の老人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、入院外費用は安田町111、梶原町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値を示している。

2 老人1人当たりの医療費の分析

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。

3 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年までの受診率の推移を図一3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。

図一2 1人あたりの医療費の分析

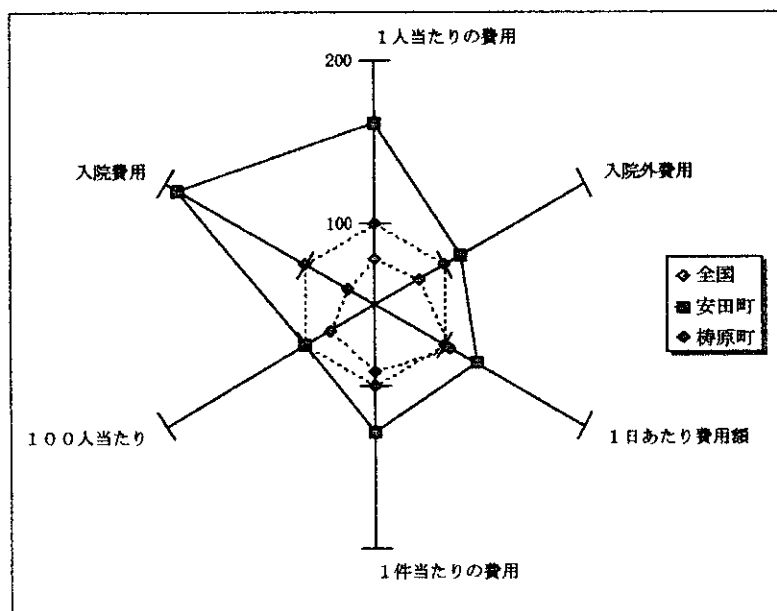
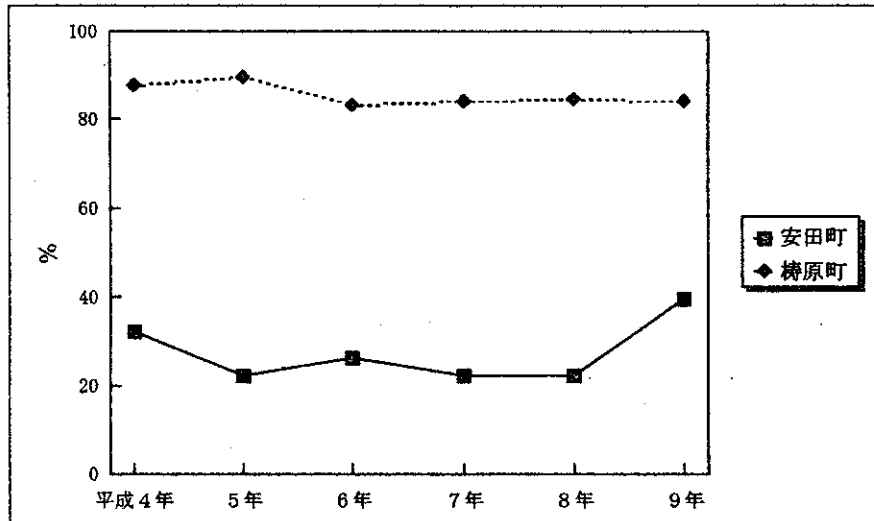


図-3 基本健診受診率の推移



4 1人当たりの健診費用

平成7年～9年の健診費用総額は安田町は1,648万円であり、梶原町は7,007万円である。それを最も受診者数が多い基本健診受診者数から1人当たりの費用を割り出して見ると、安田町は15,695円、梶原町は14,191円と梶原町が1人当たりの健診費用は安い。

5 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。

6 まとめと考察

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1000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

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)の結果を以下のようにまとめた。

- 1) 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が、梶原町は全国平均よりも低値であった。
- 2) 老人医療費の高低を決める最も強い要因として、入院医療費が推定された。
- 3) 基本健診受診率は安田町より梶原町が有意に高値であった。
- 4) 入医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。

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、第2章のアンケート結果からもわかるように、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（一般）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、入院外とも受療率が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 7.60%、梶原町 23.6%であり、梶原町が有意に多い）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、在宅死亡は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。

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) 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

第2章 住民の保健、医療、福祉の知識と意識

1 調査目的と調査方法

1人当たりの老人医療費に格差が見られる2町の住民の保健・医療・福祉に関する知識や意識、さらに保健・医療行動にどのような相違がみられるのか、その傾向をつかむためにアンケート調査を実施した。

2 調査対象

アンケート調査の対象者は、高知県安田町と梶原町の20才以上で国民健康保険加入者とした。調査に協力が得られた住民は安田町896人、梶原町888人であり、20才以上の国民健康保険加入者に対する割合はそれぞれ50.1%、48.0%である。

対象者の平均年齢は安田町53.6±6.75、梶原町57.8±11.10であった。調査は無記名で行い、個人のプライバシーを守る配慮をした。

3 アンケート調査結果

1) 昨年1年間に（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77.7%、梶原77.6%であり、梶原町に多くみられたが、有意差は認めない。平成8年度の国保レセプトからみると人口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。

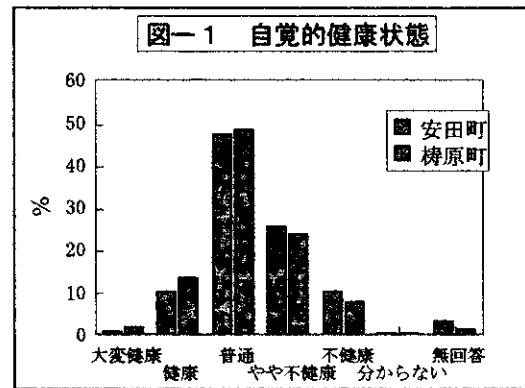
2) あなたの健康状態をご自身ではどう思いますか（自覚的健康状態）

自覚的健康状態は「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。

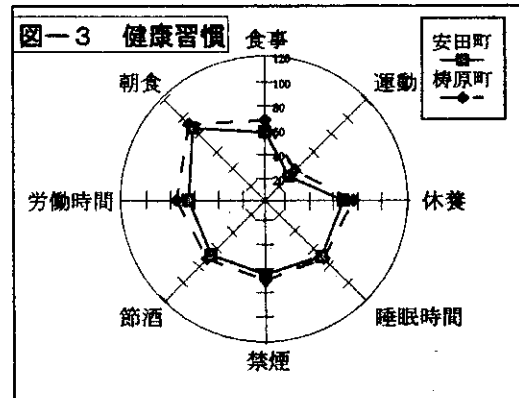
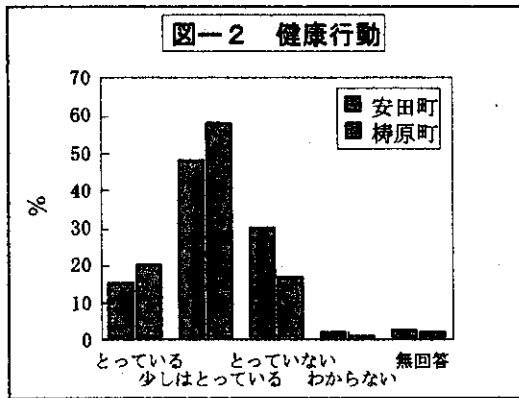
「やや不健康、不健康と思っている人」はそれぞれ安田町26.2%と10.6%、梶原町24.3%と8.4%であり、「不健康と意識している人」は両町とも30%以上になるも安田町より梶原町に「不健康と自覚している人」は少ない（図-1）。



自覚的健康状態については両町の間には有意差 ($p < 0.05$) 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については、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%にもなる。「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-2）。



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、

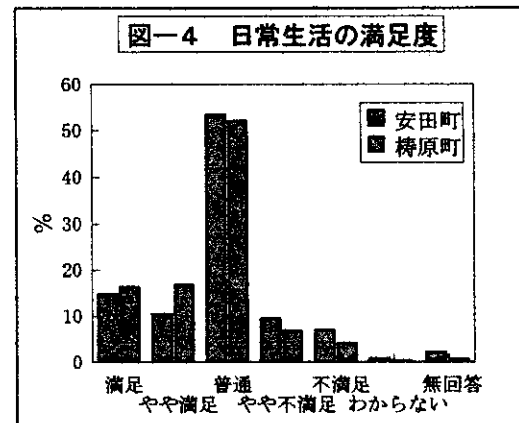
「はい」は安田町 59.9 %、梶原町 68.4 %であり、すべての項目において梶原町のほうが、安田町より「はい」と答えた人の割合が高い。(図一3)

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。

4) あなたは日々の生活に満足していますか

日常生活の満足については「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。

「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

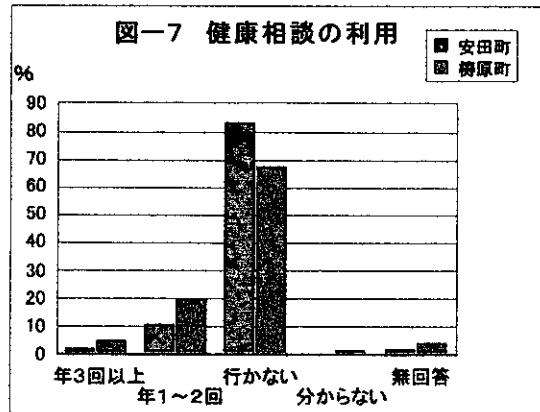
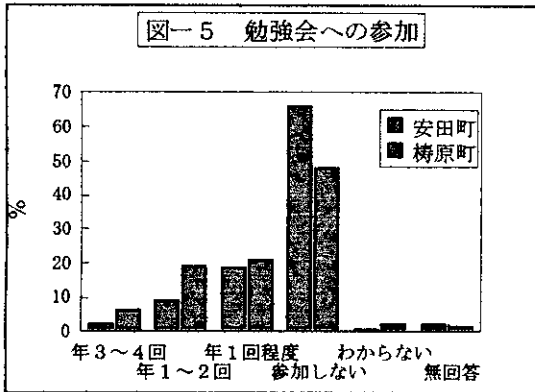


ぞれ安田町は 9.8%と 7.1 %、梶原町は 7.1 %と 4.4 %と少ない。両町の間には有意差 ($P < 0.01$)を認める (図一4)。

5) あなたは保健、医療、福祉の勉強会に参加しますか

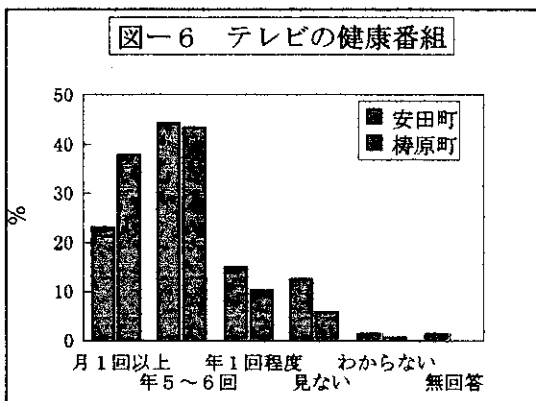
勉強会参加については、勉強会に「年3～4回参加する人」は、安田町 2.4 %、梶原町 6.6 %とどちらも少ない。「年1～2回」は安田町は 9.3 %、梶原町は 19.7 %であり、「年1回程度」は安田町 18.9 %、梶原町 21.4 %で、「参加しない」が安田町では 66.3 %、梶原町では 48.1 %である。

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 (図一5)。



6) あなたはテレビで健康番組を意識してみますか

テレビで健康番組を意識して見るかについては、「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-6)



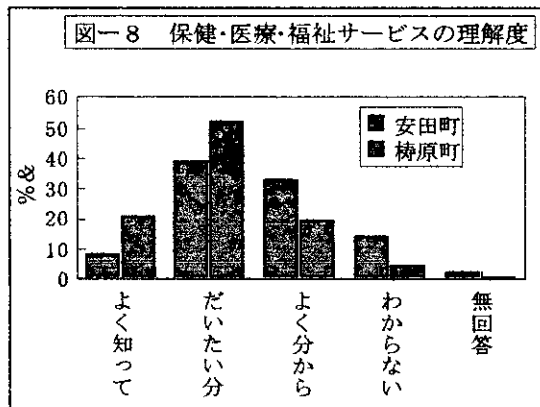
7) あなたは健康相談にいったことがありますか

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、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-7)。

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)

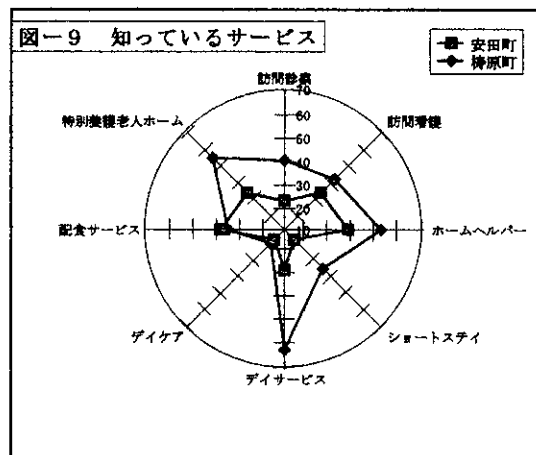
保健・医療・福祉のサービスの理解については保健・医療・福祉サービスを「よく知っている」は、安田町 9.1%、梶原町 21.4%、「だいたい分かる」が安田町 39.3%、梶原町 52.8%、両群を合わせると安田町 48.3%、梶原町 74.2%となる。「よく分からない」は安田町 33.6%、梶原町 19.9%で両町の間には有意差 ($P < 0.01$) を認める (図-8)。



9) よく知っているサービスのすべてに○をしてください。

よく知っているサービスについては、配食サービス以外のサービスでは安田町より梶原町のほうが「知っている」住民が多い。前者を安田町、後者を梶原町とすると、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-9)

配食、デイケア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。



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」と回答した人は安田町は 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、以後の問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

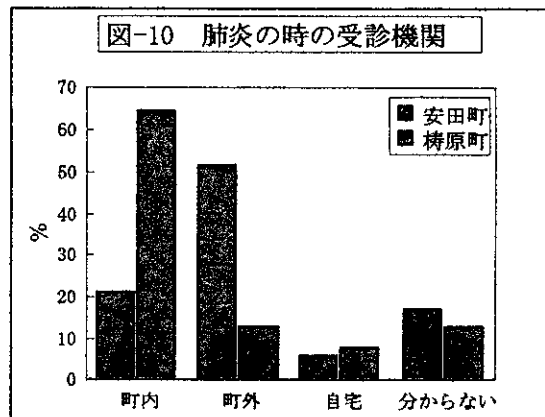
と安田町は町内の主治医機能が十分に働いていない。

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。

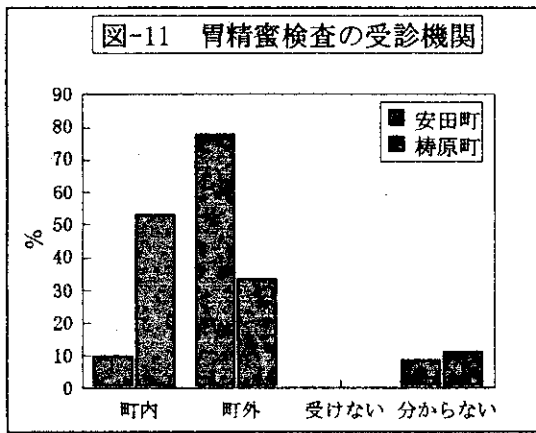
肺炎になったらどうしますかについては「可能なら自宅」は安田町 6.0%、梶原町 7.9 %と少ない、「町内の医療機関を受診」は安田町は 21.5 %、梶原町は 64.5 %であり、「町外の医療機関を受診」は安田町 51.8 %、梶原町 13.2 %であり、両町の間には有意差 ($P < 0.01$)を認める。(図-10)



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。

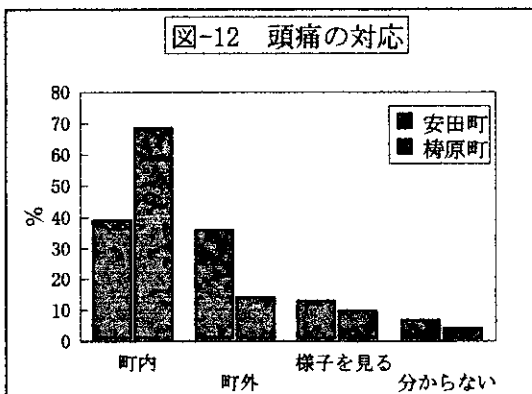
胃ガンの精密検査を「受けない人」は両町とも、0.5%とすくない。「町内の医療機関」が安田町は 10.1 %、梶原町は 53.0 %である。

「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-11)



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。

我慢できる頭痛が1週間続いた時の対応については、「そのまま様子を見る人」は安田町 13.2%、栲原町 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%、栲原町は 69.3%である。「町外の医療機関を受診する人」は、安田町 36.5%、栲原町 14.5%であり、両町の間には有意差(P < 0.01)を認める。(図 - 12)



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。

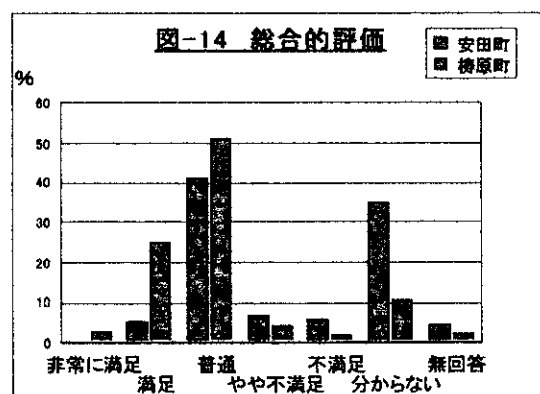
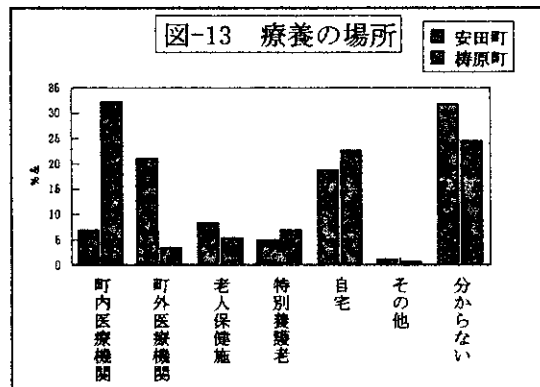
脳卒中で倒れた場合の療養については「自宅を望む人」は安田町 19.0%、栲原町 22.8%である。「町内の医療機関」は安田町 7.0%、栲原町 32.4%であり、「町外の医療機関」は、安田町 21.4%、栲原町

は 3.6%である。

「老人保健施設」は安田町 8.6%、栲原町 5.4%、「特別養護老人ホーム」は安田町 5.3%、栲原町 7.2%となっているが、「分からない」が安田町 32.1%、栲原町 24.9%と最も多い(図 - 13)。両町の間には有意差(p < 0.01)を認める。

17) 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いますか。

在宅で寝たきりになった場合には、よいサービスが受けられると「思う人」は安田町 5.7%、栲原町 9.1%と少なく、「まあま



あ思う」は安田町 15.4%、栲原町 26.6%であり、両者を合わせると安田町 21.1%、栲原町 35.8%である。「思わない」は安田町 29.8%、栲原町 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%、栲原町 37.7%と最も多い。

18) あなたの町の保健、医療、福祉活動を総合的にみてどう思いますか。

保健、医療、福祉活動を総合的にみて「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34.9%、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-14)

4 まとめと考察

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との関連を考察することにねらいがある。

しかし、アンケート調査は安田町と梶原町を比較しながら検討してはいるが、その結果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にはなっていないよう。別調査において個別の医療費との関係を詳細に調べ分析す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、「積極的な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。

「積極的な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¹⁾。

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は少ない。

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²⁾。

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、ホームヘルプ、ショートステイ、デイサー

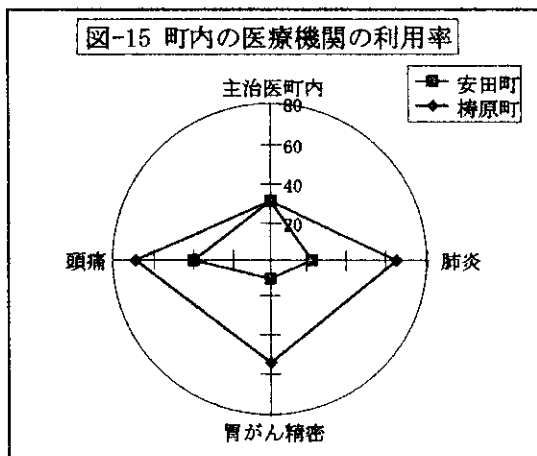
ビスを知っている人が有意に多く、配食サービスのみ安田町が知っている人が多かった。しかし、知っている人が最も多いデイサービスであっても62%であり、他は40～50%にしかすぎず、すべてのサービスを知っている人はわずか梶原町9.7%、安田町4.8%である。

特に、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。

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を知ることが在宅療養を進める上では欠かせない。情報をできるだけ簡潔明瞭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。

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。安田町で主治医機能(肺炎や胃がんの精密検査程度は主治医が対応



する) がしっかり働いていないことを示し

ている。逆に梶原町では主治医である町内の医療機関を受療していることがわかる(図-15)。

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い。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る。

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居場所は、安田町と梶原町では有意差が見られる。つまり、両町の住民とも在宅療養を希望はほぼ20%であり格差はないが、入院場所として安田町は町外の医療機関、梶原町は町内の医療機関が多い。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

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、高受診が健診の満足感を生むというよい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の満足が低いのは、健診場所や時間など健診の持ち方や健診内容などが要因になってい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、梶原町にしても決して納得いく数字ではなく、学習会へ参加率が低いこととは無関係ではないと思われる。学習会に参加しやすい条件づくりや、また参加してみたいくなる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い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、各種サービスを理解している人は半数以下が多く、サービスの理解附則（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、明瞭）に情報を伝えることも、住民の浸透させる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、自らの価値観に基づく理想のあり方や実際にサービスを基準に考えるために満足している人が少ないのであろう。

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き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³⁾。

5 まとめと今後の対応

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、健康行動の実践や保健・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能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・福祉サービスについての住民からの支持も梶原町が安田町より高い。これらのさまざまな要素が重層的にからみあいながら、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りことの重大さを指摘してきたが、さらに、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) 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
- 2) 石井敏弘編, 健康教育大要, ライフ・サイエンス・センター, 1998
- 3) 宮原伸二, 老いを支える医療福祉, 三輪書店, 1997

第3章 健康づくりと医療費

1 研究目的

市町村の医療費格差は、病床数、医師数など医療の供給と関係が深く、なかでも、入院医療費に最大の要因があると指摘する研究が多くみられる。^{1)~4)}一方、基本健診受診率や保健活動（保健婦数）など健康づくりと密接に関係しているという報告もみられ、健康づくり運動が医療費の減少に寄与することも示唆されている。^{5)~7)}

今回は、これらの先行研究を踏まえながら、健康づくりと医療費の関係を明確にすることを目的に、老人医療費が高額な高知県の1町を対象にして、基本健診、健康づくりへの意識（健診報告会参加、健康づくりに関する委員経験）、運動に焦点をあてて、それらの継続実施（参加者、経験）、未実施者（未参加者、未経験）に分けて、医療費について分析したので報告する。

2 調査対象（町）の概況

調査対象を高知県の安田町とした。安田町は高知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）の町である。産業は、米、ハウス園芸など農業を主としている。

保健・医療・福祉機関としては、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、開業医3軒（31床）が町内にあるが、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との広域で設置され、病院、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主に利用している。

3 調査対象者

調査対象者は、安田町国民健康保険加入者の中から平成6年～8年の3年間にわたり以下のような条件をみたす対象者を年代別に分けて可能な限り選び出した。

- 1) 継続基本健診受診者と継続基本健診未受診者をあわせて213人
- 2) 基本健診報告会の参加者と未参加者をあわせて61人
- 3) 健康づくりに関する委員の経験の有る人と無い人をあわせて118人
- 4) 日常的に運動している人としていない人をあわせて115人

調査方法は、選出された対象者個々の平成10年度の1年間の医療費をレセプト（個人別支払い明細書）から調査して、それぞれについて統計的解析などの分析を行った。

対象者の年代別人数を表-1にまとめた示した。

表-1 対象者の年代別人数

1) 継続健診受診者と未受診者

	40～50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	計
継続受診者	11	24	22	24	81
未受診者	28	28	40	36	132
計	39	52	62	60	213

2) 健診報告会参加者と未参加者

	40～50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	計
参加者	2	5	4	13	24
未参加者	7	10	13	7	37
計	9	15	17	20	61

3) 健康づくりに関係のある委員の経験者と経験者

	40～50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	計
委員経験	11	17	16	1	45
委員未経験	12	18	25	18	73
計	23	35	41	19	118

4) 日常的に運動実践者と未実践者

	40～50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	計
運動実践	9	13	10	3	35
運動未実践	16	17	25	22	80
計	25	30	35	25	115

4 調査結果

1) 基本検診の継続受診者と未受診者の医療費の比較

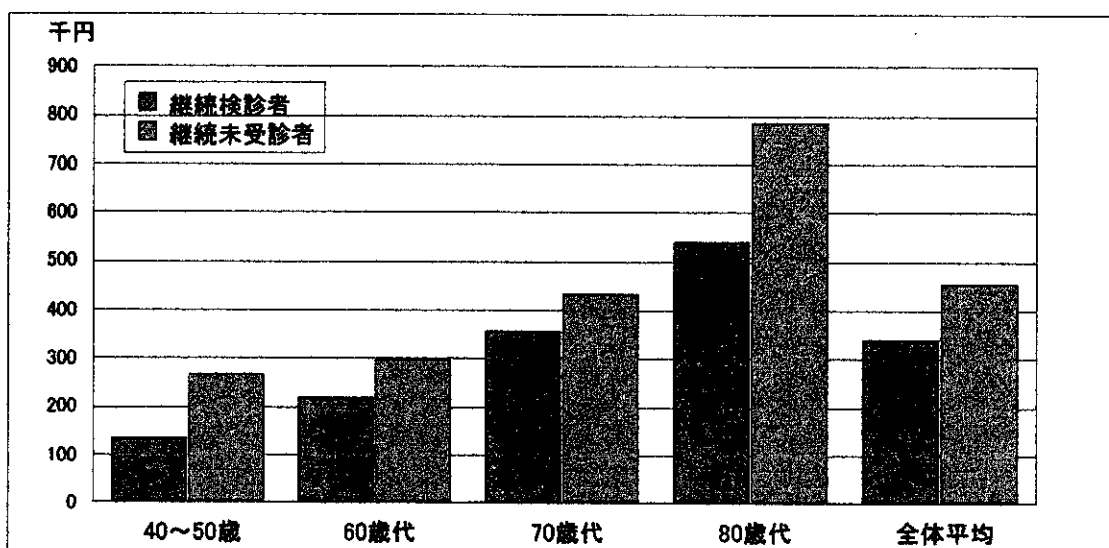
基本検診継続受診者と継続未受診者の一人当たりの医療費を年代別平均額を比較したものを図-1に示した。

基本検診を継続受診している者の一人当たりの年代別医療費は、40～50歳代は135,407円、60歳代は295,683円、70歳代は357,345円、80歳代は541,475円であるのに対して、基本検診を継続して受診していない者の一人当たりの年代別医療費は、40～50歳代は、286,293円、60歳代は295,891円、70歳代は435,567円、80歳代は784,884円と各年代とも基本検診を継続受診していない者の一人当たりの医療費は、継続受診者の医療費を上まわっている。継続受診者と継続未受診者の両者の平均値

を比較すると、受診している者の医療費は、341,262円、受診していない者の医療費は456,934円となり、一人当たりの医療費の差額は115,672円と基本検診を継続受診していない者の一人当たりの医療費が高額であった。データが離散データであるためマン・ホイットニ検定を行った。40～50歳代にのみ有意差($p < 0.05$)を認めた。

医療費が平均額以上(40～60歳代は、219,235円、70才歳以上は、896,847円以上)の占有率をみると、40～60歳代では継続受診者は25.7%であり、継続未受診者は26.1%であった。70才歳以上では、継続受診者は13.0%、継続未受診者は17.1%で、いずれも継続受診者の占有率は低かったが、有意差(カイ2乗検定)は認められない。

図一 基本検診継続受診者と継続未受診者の医療費の比較



2) 検診報告会参加者と未参加者の医療費の比較

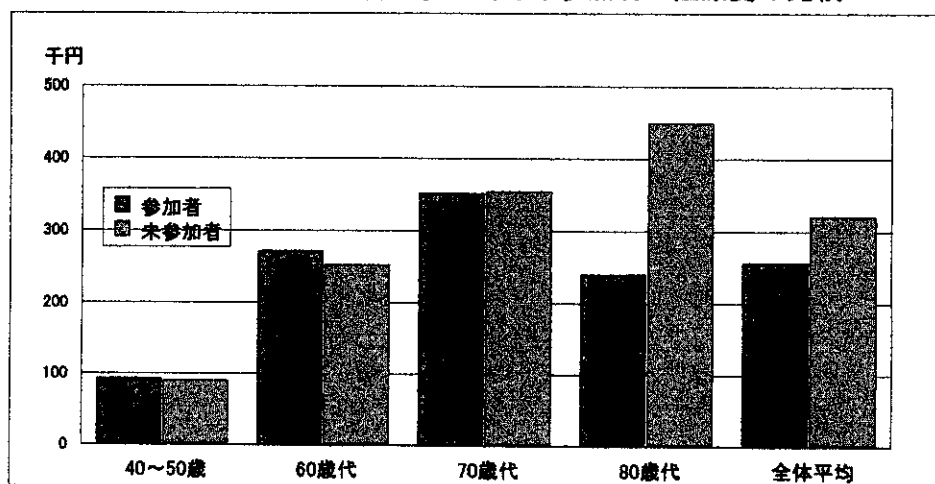
検診報告会の参加者と未参加者の一人当たりの医療費の年代ごとの平均値を図一2に示した。

検診報告会参加者の医療費は40～50歳は93,755円、60歳代は272,171円、70歳代は352,563円、80歳代は241,810円であり、報告会未参加者は40～50歳代は92,300円、60歳代は253,836円、70歳代は395,632円、80歳代は460,891円である。60才代以下では参加者のほうが未参加者の医療費を上まわっているが、全体の平均

の比較では、参加者の医療費は258,460円、未参加者の医療費は323,414円である。検診報告会に未参加者の一人当たりの医療費が64,954円高額になっているが、マン・ホイットニ検定で有意差は認められない。

医療費が平均額以上(40～60歳代は、219,235円、70才以上は、896,847円以上)の占有率をみると、40～60歳代では参加者は14.3%であり、未参加者は23.5%であった。70才以上では、参加者は0%、未参加者8.7%で、いずれも参加者の占有率は低かったが、有意差(カイ2乗検定)は認められない。

図二 検診報告会参加者と未参加者の医療費の比較



3) 健康づくりに関係のある委員の経験の有無での医療費の比較

健康づくりに関係する委員経験の有無で一人当たりの医療費の平均値を年代ごとに比較してみると、健康づくりに関係のある委員の経験者の一人当たりの年代別医療費は、40～50歳代は182,362円、60歳代は263,282円、70歳代は452,431円、80歳代は528,760円であり、健康づくりに関係のある委員経験のない人は、40～50歳代は271,247円、60歳代は198,486円、70歳代は456,810円、80歳代は1,117,760円である。40～50歳代から70歳代までは、両者間には、ほとんど差は認められないが、80歳代では経験のない者が、経験のある者の一人当たりの医療費を大幅に上まわっている。全体の平均を比較すると、委員経験のある者の医療費は316,654円、経験のない者の医療費は525,538円となり、健康づくりの関係にある委員経験のない者の一人当たりの医療費が208,884円高額になっている。マン・ホイットニ検定で有意差はない。

医療費が平均額以上（40～60歳代は、219,235円、70歳代以上は、896,847円以上）の占有率をみると、40～60歳代では委員経験者は39.3%であり、未経験者は43.4%であった。70歳代以上では、委員経験者13.3%、未経験者は20.9%で、いづれも委員経験者の占有率は低かったが、有意差（カイ2乗検定）は認められない。

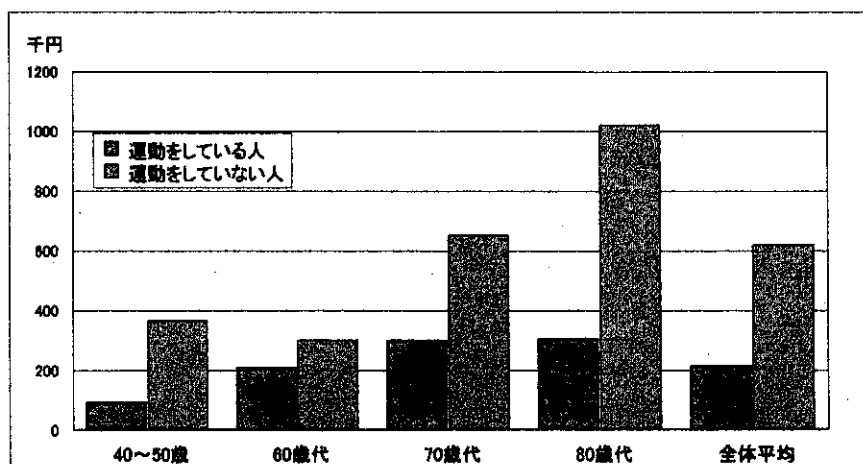
4) 日常的に運動している人と運動していない人の医療費の比較

健康づくりのための行動として日常的に運動をしている人と運動をしていない人の一人当たりの医療費の平均を年代別にみたものが図-3である。

日常的に運動している人の一人当たりの年代別医療費は、40～50歳代は102,434円、60歳代は214,843円、70歳代は305,165円、80歳代は1,023,087円であり、運動て

いない人の一人当たりの年代別医療費は、40～50歳代は370,804円、60歳代は303,404円、70歳代は658,527円、80歳代は1,023,087円である。各年代とも日常的に運動していない人の一人当たりの医療費は運動している人の医療費を上まわっている。全体の平均を比較すると、運動している人の医療費は、219,780円、運動していない人の医療費は、625,770円となり、その差額は405,981円と運動していない人の一人当たりの医療費が高額になっている。マン・ホイットニ検定で60歳代にのみ有意差（ $P < 0.05$ ）を認める。医療費が平均額以上（40～60歳代は、219,235円、70歳以上は、896,847円以上）の占有率をみると、40～60歳代では運動している人は0%であり、運動していない人は36.4%であった。70歳以上では、運動している人は0%、運動していない人は17.09%であった。40～60歳代では、運動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-3 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

第1章、第2章⁹⁾では、検診受診率が高く、住民の健康知識や意識が高い構原町が安田町に比して老人1人あ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、検診や健康意識や知識が医療費に及ぼす影響をみようとするものである。

つまり、今回の研究は、検診受診者や健康意識が高い人、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、老化にともなう疾病には、罹患する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た医療機関を受診するが、その疾患の治療は外来での治療が可能であり、入院しての治療は少なくなる。その結果、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。ひいては、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と推察して分析を行った。

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、マン・ホイットニ検定を採用した。

結果は検診継続受診者、報告会参加者、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 ($P < 0.05$) を認められたが、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みいだすことはできなかった。データが離散データであり、医療費の額では、年代によっては一人当たりの医療費が0円から6,414,329円までの幅があるなど

医療費の平均値から結論を導きだすのは困難であった。

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、相関関係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、医療費へ良い影響があることを想定して医療費の比較を行った。

すべての世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まわっており、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。マン・ホイットニ検定($P < 0.05$)で有意差を認めた。しかし、相関関係は有意差が出るまでには至っていなかった。

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はいえなかった。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、第1章で示した検診カバー率からも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、入院費用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、介護保険の上乗せサービスを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