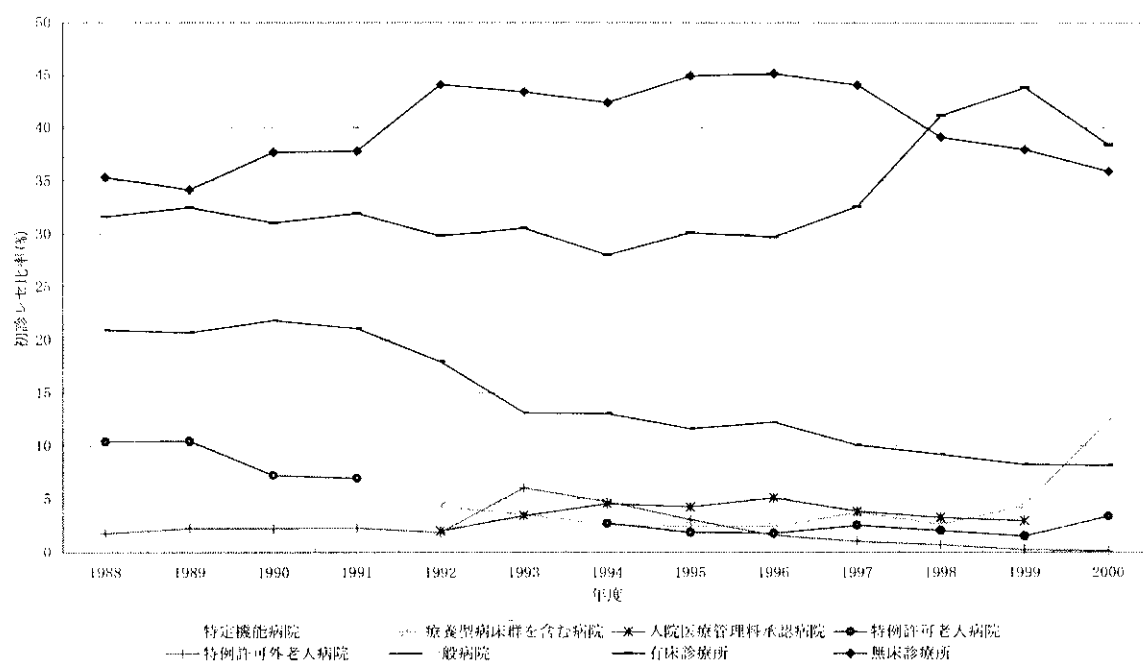


診である。社会医療診療行為別調査報告では初診・再診についてはウェイトをかけた抽出を行っていないので、施設種別ごとの初診・再診比率が現実の初診と再診の比率となっていると考えられる。

分析対象となるレセプトの傷病をある程度集約するために、精神病院、結核療養所、歯科単科病院、歯科診療所については分析の対象から外すこととする。この結果、得られたレセプトの件数を初診・再診別・医療機関の種類別、年次別に示したものが図2である。

図2 初診レセ比率年次推移



この図からわかるとおり、特定機能病院の外来における初診レセの比率は低い。また、一般病院についても傾向的に初診レセ比率が低下してきている。他方、無床診療所、有床診療所は初診レセ比率が高く、プライマリケアを支える医療機関としての役割を果たしていると考えられる。しかしながら、無床診療所については1996年以降初診レセの比率が傾向的に低下してきている。これが何によるかは検討すべき課題であるが、患者受診行動に関する情報は社会医療診療行為別調査報告からは正確に分析できないため、別のデータセットによって分析するべきであろう。

療養型病床群を含む病院、入院医療管理料承認病院、特例許可老人病院、特例許可外老人病院については主たる患者層が高齢者に偏っていると考えられるため、初診レセ比率は低くなっていると考えられる。

次に、最新年である2000年のデータに絞って初診・再診の実態を把握する。表3は施設の種類の別、初診・再診別に診療日数と総点数の記述統計を比較したものである。平均値を比較すると、日数・総点数それぞれについて、特定機能病院を除いて、再診の方が初診よ

りも数値が大きい。このため、特定機能病院では 1 人の初診患者について日数で測った医療資源投入は他の種別の医療機関よりも大きいことがわかる。

総点数については、社会医療診療行為別調査報告は院外処方分の薬剤費が追跡できないため正確な比較とはならないが、特定機能病院では初診患者一人当りの医療資源投入は再診患者よりも大きい。

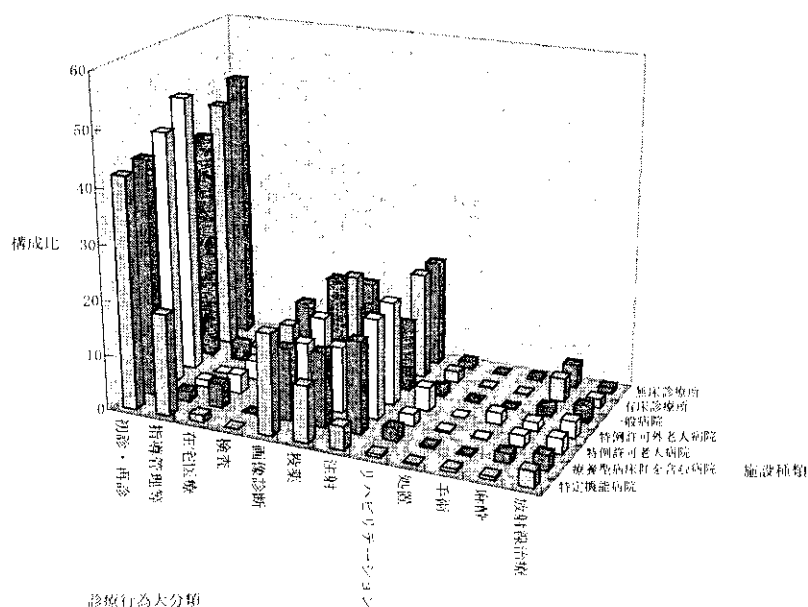
施設種別		日数		総点数	
		初診	再診	初診	再診
特定機能病院	平均値	1.655738	1.508722	1613.55	1287.193
	度数	1586	13357	1586	13357
	標準偏差	1.174394	1.197802	1938.847	3172.376
	最小値	1	1	186	2
	最大値	15	25	26754	176214
療養型病床群を含む病院	平均値	1.736619	2.604415	1239.076	1708.211
	度数	11565	39683	11565	39683
	標準偏差	1.568888	3.058491	1327.937	3282.316
	最小値	1	1	186	12
	最大値	24	31	28747	92077
特例許可老人病院	平均値	1.713228	2.50836	1087.767	1541.795
	度数	3107	8254	3107	8254
	標準偏差	1.533432	2.82313	1009.791	2889.913
	最小値	1	1	186	16
	最大値	21	31	14249	71784
特例許可外老人病院	平均値	1.699115	3.017241	911.4248	1364.094
	度数	113	522	113	522
	標準偏差	1.63054	3.523119	764.5449	1270.362
	最小値	1	1	292	81
	最大値	13	24	3318	21689
一般病院	平均値	1.651322	1.873319	1389.229	1468.767
	度数	7603	32049	7603	32049
	標準偏差	1.400504	2.020873	1440.966	3414.129
	最小値	1	1	186	2
	最大値	30	31	28802	227887
有床診療所	平均値	1.809021	2.902894	1050.078	2361.777
	度数	35805	69388	35805	69388
	標準偏差	1.740368	3.504952	1151.052	6606.043
	最小値	1	1	263	28
	最大値	23	31	49927	113946
無床診療所	平均値	1.71342	2.826932	939.3698	2399.448
	度数	33488	61762	33488	61762
	標準偏差	1.554158	3.293566	1068.482	6859.775
	最小値	1	1	270	5
	最大値	30	31	44073	206006

表 3：施設の種別別初診・再診別診療日数・総点数（2000 年度）

ただし、標準偏差を確認すると、再診患者の方が日数・点数それぞれについてばらつきが初診患者よりも大きいことがわかる。これは最大値を確認すると明らかである。日数については初診・再診ともに最小値は 1 日である一方、最大値は再診患者の方が大きい。また、総点数を確認すると、再診患者の最大値は非常に大きいことがわかる。特定機能病院においては再診外来患者の総点数が 17 万 6214 点である。初診患者の最大値は 2 万 6754 点である。一般病院においても最大値が 22 万 7887 点である一方、有床診療所や無床診療所において 11 万 3946 点、20 万 6006 点という医療費を費やしている。それゆえ、再診外来患者については、確率的な事象であるにせよ、特定機能病院、一般病院、有床・無床診療所であっても同程度の資源投入量を必要とする患者が存在することとなる。

初診患者の総点数について医療施設の種別に比較すると、特定機能病院の初診患者は最大値が 2 万 6754 点である一方、療養型病床群を持つ病院、一般病院ではそれぞれ 2 万 8747 点、2 万 8802 点の医療費を使用する初診患者が存在する。また、有床診療所、無床診療所ではそれぞれ 3 万 5805 点、4 万 4073 点の医療費を使用する初診患者が存在する。このため、医療資源投入量の大きな初診患者が必ずしも特定機能病院に受診しているわけではないことがわかる。

図4 施設種類別診療行為構成比



医療機関別に大きく医療資源使用量が異なるがこれがどのように配分されているかを検討したのが、図 4 である。この図は診療行為大分類ごとの医療費が総医療に対してどの程

度の割合を占めているかを医療機関の種類別に示したものである。平均的には全ての種類の医療機関において、初診・再診、画像診断、投薬、注射によって大半の医療費を消費していることがわかる。特定機能病院においては指導管理等で 18%程度の医療費を使用しており、特徴的となっている。逆に特定機能病院以外の医療機関においては在宅医療に使用される割合が 3%半ばから 7%台まであり、これらの医療機関がもつ機能の一側面を示している。

ところで、これまで分析に使用してきたデータは一ヶ月単位のデータであり、データが途中で打ち切られている危険性がある。この点を念のため確認しているのが、表である。この表から全ての種別の医療機関において診療日数 5 日以内にほとんど全ての診療が含まれており、データの打ち切りの問題は深刻ではないと考えられる。

3.医療機関における初診患者に対する診療内容の選択

これまでの分析においては記述統計によって初診患者に対する診療がどのように行われているかの実態把握を行ってきた。これまでの分析では明らかでない点として、患者の年齢や性別、加入している保険種別などの全ての属性をコントロールした後に、医療機関の種類別に診療内容が現実異なるのか否かである。初診患者の診療は医療機関にとってもどのような患者が受診するか情報が事前には無い。このため、診断・治療を行う医師にとっても不確実性の中での判断となる。このとき、その不確実性の中でも軽度な診療行為だけで診療が終わる場合にはその患者は相対的に軽症な患者であったと判断できる。もしこのような初診患者が特定機能病院やいわゆる大病院に数多く受診しているのであれば相対的に軽症な患者が大病院志向によって大きな病院に初診患者として受診していることとなる。特定機能病院は相対的に重症な患者の診療を行う機能を果たすことを期待されている。このため、相対的に軽症な初診患者が外来受診することは医療機関の効率的な利用を妨げる可能性が高い。このため、現実の患者受診行動がどのようなになっているかを把握することは非常に重要である。

このため、以下においてはコントロールできる全ての要因をコントロールした後に医療機関の種類によって選択される診療行為数、診療行為あたりの点数、診療日数を患者の医療資源必要度の指標とし、これらの指標が小さい患者を相対的に軽症の患者とみなす。その上で医療機関の種類がこれらの医療資源必要度に影響を及ぼすかを実証的に検討する。3種類の指標で示される患者の医療資源必要度についてはそれぞれ相互依存関係がある可能性も否定できない。しかしながらここでは第一次近似として各指標について加重最小二乗法によって分析を行った。医療機関の属性によって抽出率が異なるので抽出率の逆数をウェイトとして用いた。

変数名	度数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
診療行為数	869790	8.787	5.537	1	74
日数	869790	1.965	1.999	1	31
単価	869790	118.028	96.121	20.929	7597.5
特定機能病院ダミー	869790	0.010	0.098	0	1
療養型病床群ダミー	869790	0.033	0.178	0	1
特例許可老人病院ダミー	869790	0.040	0.197	0	1
特例許可外老人病院ダミー	869790	0.022	0.145	0	1
一般病院ダミー	869790	0.148	0.355	0	1
有床診療所ダミー	869790	0.341	0.474	0	1
病床数	869790	72.784	180.741	0	1993
国公立病院ダミー	869790	0.015	0.120	0	1
公的病院ダミー	869790	0.077	0.267	0	1
社会保険関係病院ダミー	869790	0.006	0.080	0	1
医育機関ダミー	869790	0.018	0.133	0	1
女性ダミー	869790	0.577	0.494	0	1
被保険者ダミー	869790	0.210	0.407	0	1
被扶養者ダミー	869790	0.297	0.457	0	1
0歳階級ダミー	869790	0.213	0.409	0	1
10歳階級ダミー	869790	0.114	0.317	0	1
30歳階級ダミー	869790	0.092	0.290	0	1
40歳階級ダミー	869790	0.097	0.296	0	1
50歳階級ダミー	869790	0.096	0.294	0	1
60歳階級ダミー	869790	0.096	0.294	0	1
70歳階級ダミー	869790	0.137	0.344	0	1
80歳階級ダミー	869790	0.047	0.212	0	1
90歳階級ダミー	869790	0.004	0.066	0	1
1989年ダミー	869790	0.083	0.275	0	1
1990年ダミー	869790	0.084	0.277	0	1
1991年ダミー	869790	0.087	0.282	0	1
1992年ダミー	869790	0.078	0.268	0	1
1993年ダミー	869790	0.084	0.278	0	1
1994年ダミー	869790	0.069	0.254	0	1
1995年ダミー	869790	0.063	0.244	0	1
1996年ダミー	869790	0.062	0.242	0	1
1997年ダミー	869790	0.062	0.241	0	1
1998年ダミー	869790	0.062	0.241	0	1
1999年ダミー	869790	0.087	0.281	0	1
2000年ダミー	869790	0.107	0.309	0	1

表 5：記述統計

使用したデータは上と同様で 社会医療診療行為別調査報告の個票データを昭和 63 年度から平成 12 年度まで 13 年間分のデータをプールして分析に用いる。外来データのうち、

初診分のみを抽出して分析を行う。使用する変数は大別して患者属性変数と医療機関属性変数の二通りに分類される。患者属性変数は10歳刻みで20代を基準とした年齢ダミー変数、男性を基準とした性別ダミー変数、健保被保険者であるときに1をとる被保険者ダミー変数、健保被扶養者であるときに1をとる被扶養者ダミー変数を利用する。これらの変数によって患者の属性による医療費のばらつきの効果をコントロールする。

医療機関の属性をコントロールする変数としては、開設者ダミー変数、病床数変数、医育機関ダミー変数、そして医療機関種別のダミー変数である。開設者ダミーは、国立病院ダミー、公的病院ダミー、社会保険関係病院ダミー変数からなる。これらの患者属性及び医療機関属性をコントロールした上で医療機関種別ダミー変数は特定機能病院ダミー変数、特例許可老人病院ダミー、特例許可外老人病院ダミー、一般病院ダミー、有床診療所ダミーを導入している。

この他、年次による医療費の差異をコントロールするために年次ダミー変数を導入している。これらの変数の記述統計は表5に与えられる。

4.推定結果

被説明変数を初診において行われる診療行為数、診療行為単価、診療日数、としたばあいの推定結果がそれぞれ表6に与えられている。まず患者属性の効果について検討する。女性ダミーは全ての推定結果において、負で有意である。ただし係数は大きくない。女性が初診患者として受診すると他の条件は全て一定とすれば、男性患者よりも診療行為の密度が相対的に小さいことを意味している。

患者の属する医療保険のタイプをコントロールする被保険者ダミー、被扶養者ダミーは有意なケースが余り多くなく、診療行為単価が被説明変数である場合に被扶養者ダミーは正の値をとり、診療日数が被説明変数の場合には被保険者ダミーが負の値を、被扶養者ダミーが正の値をとる。この結果は、患者の加入する保険制度の差異は初診の診療行為数に対して有意な影響を与えることは無く、診療行為単価と日数に対して与えるのみであり、その効果も限定的であることを意味している。

20～29歳を基準とした年齢階級ダミー変数の効果は各被説明変数について有意となっており、10歳階級が最も初診時の診療密度が低く、その後年齢が高くなるほど診療密度が大きくなっていく構造となっている。

次に病院の属性が与える効果について検討する。目を引くのが病床数の効果である。診療行為数と日数に関して病床数は初診患者の診療内容に対して全く効果を与えていない。他方、診療行為単価については小さいながらも有意に高くする効果を与えている。このため、全体としては病床数自体が初診患者の診療内容に対して影響を与えることはほぼないと考えられる。

変数名	診療行為数		診療行為単価		診療日数	
	推定値	t-値	推定値	t-値	推定値	t-値
特定機能病院ダミー	2.912	10.44	23.211	5.99	0.266	5.95
療養型病床群ダミー	2.180	31.5	7.965	6.94	0.173	9.8
特例許可老人病院ダミー	1.964	28.7	0.675	0.52	0.121	6.22
特例許可外老人病院ダミー	2.342	20.97	-2.169	-1.32	0.270	8.15
一般病院ダミー	2.408	43.83	18.522	19.7	0.109	7.49
有床診療所ダミー	1.355	51.07	1.304	2.9	0.211	23.54
女性ダミー	-0.407	-14.31	-2.272	-4.34	-0.050	-5.87
被保険者ダミー	0.071	1.6	0.264	0.38	-0.034	-2.9
被扶養者ダミー	-0.071	-2.01	2.643	3.88	0.032	3.18
0歳階級ダミー	-0.664	-12.44	16.066	17.46	0.182	12.62
10歳階級ダミー	-0.693	-12.14	-3.999	-5.26	-0.043	-2.94
30歳階級ダミー	0.167	2.81	2.423	3.22	0.077	5.2
40歳階級ダミー	0.705	11.54	8.347	9.81	0.203	12.63
50歳階級ダミー	1.219	19.08	10.866	10.32	0.342	20.46
60歳階級ダミー	1.462	22.02	16.601	17.56	0.537	26.98
70歳階級ダミー	2.227	31.78	31.096	27.29	0.759	34.67
80歳階級ダミー	2.258	23.12	33.467	18.33	0.641	22.87
90歳階級ダミー	1.386	5.3	39.624	7.33	0.412	6.15
1989年ダミー	-0.116	-2.66	2.635	5.71	-0.042	-2.64
1990年ダミー	-0.134	-3.01	5.243	11.41	-0.093	-5.99
1991年ダミー	0.040	0.89	8.802	17.96	-0.065	-4.1
1992年ダミー	0.222	4.65	11.765	21.47	-0.096	-5.83
1993年ダミー	0.108	2.42	12.016	23.38	-0.174	-11.69
1994年ダミー	0.043	0.92	17.896	33.25	-0.181	-11.89
1995年ダミー	-0.034	-0.72	20.112	34.5	-0.186	-11.8
1996年ダミー	0.020	0.44	24.588	44.6	-0.246	-16.22
1997年ダミー	-0.063	-1.32	27.782	45.56	-0.220	-13.84
1998年ダミー	-0.272	-5.6	32.673	46.46	-0.314	-19.95
1999年ダミー	-0.387	-7.75	34.304	49.16	-0.341	-21.73
2000年ダミー	-0.782	-18.33	60.782	74.21	-0.340	-23.37
病床数	0.000	2.09	0.031	13.2	0.000	-11.12
国公立病院ダミー	-0.631	-4.32	6.756	2.74	-0.205	-9.26
公的病院ダミー	0.230	3.39	-10.446	-9.07	-0.193	-14.57
社会保険関係病院ダミー	0.009	0.05	1.814	0.57	-0.145	-4.47
医育機関ダミー	0.240	0.95	-5.359	-2.07	-0.057	-1.51
定数項	7.942	128.35	73.241	89.54	1.811	98.28
サンプル数	869790		869790		869790	
F-値	472.52		477.77		192.91	
R-squared	0.087		0.087		0.0261	

表 6：推定結果

他方、医療機関の開設者は影響を与えている。ただし、被説明変数が日数の場合を除けばその方向はまちまちである。被説明変数が診療日数である場合国公立病院ダミー、公的病院ダミー、社会保険関係病院ダミーは全て負の効果を与える。このため、基準となる民

間病院と比較してこれらの公的な性格を持つ病院は初診時の診療日数が有意に少ないこととなる。

他方、被説明変数が診療行為数や診療行為単価である場合には事情が異なる。それぞれの場合において社会保険関係病院ダミーは有意でない。国公立病院ダミーと公的病院ダミーはそれぞれ有意で符号が逆になる。また、診療行為数、診療行為単価でそれぞれの符号は逆転する。これらはまとめると、国公立病院は相対的に高価な診療行為を少数行い、公立病院は相対的に安価な診療行為を多数行なう、とパターン化できるかも知れない。

医療機関である場合には安価な診療行為を行うという結果が得られているが、その他のケースについては明確な効果が得られなかった。

これらの効果をコントロールした上で医療施設の機能が初診時の診療密度に対して与えている効果を検討する。基準となる無床診療所に対して、他の機能を持つ医療施設はより密度の濃い診療を初診患者に対して行っていることがわかる。そして最も密度の濃い診療を行っているのは特定機能病院である。一般病院や特例許可外老人病院も密度の濃い診療を行っている。その結果、初診外来患者に対する診療においては医療施設の持つ機能が影響を与えており、医療施設の機能が低いほど平均的に診療密度が高くなることがわかった。

最後に年次ごとの効果について述べておきたい。年次ダミー変数に関する推定結果を見ると、診療行為数については明確な一様性は無いものの、診療行為単価については年次が経つにつれて単価が高くなること、診療日数については年次が経つにつれて少なくなること、がそれぞれわかる。前者の結果は診療報酬単価の引上げの効果を含んでいる可能性があるものの、実施される診療行為の高度化を意味しているかもしれない。他方、後者の結果の解釈は難しい。年々軽症の患者が増えている可能性がないとすれば、診療行為の高度化により診療日数が減少しているとも考えられる。しかしながら、診療行為の高度化と診療日数の関連を分析するためには、診療行為数、診療行為単価、診療日数に関して同時決定的なモデルを構築して推定を行わなければならない。

5. 結語

本研究では社会医療診療行為別調査報告のデータを 1988 年から 2000 年まで集積して利用することにより、初診患者に対する診療行動に関して医療施設の機能が影響を与えるか否かについて検討した。その結果、患者の属性や医療機関のその他の属性をコントロールした上で、医療機関の機能が初診患者に対する診療内容に対して影響を与えていることがわかった。また、診療行為単価、診療日数は年ともにそれぞれ高く（短く）なっていることがわかった。

しかしながら、推定結果から初診患者に対する診療の役割分担が構築されていると短絡的には考えられない。推定結果を見ると、医療機関の機能による診療行為の密度の変化よ

りも患者の年齢による効果の方が大きい。このため、医療機関の機能分化よりも初診患者の年齢層によって初診時の医療行為の密度が影響を受けやすいことを意味している。

また、推定結果の決定係数が非常に小さい。このことにより各説明変数の有意性を否定されるわけではないが、この他により影響の大きい説明変数が存在する可能性は否定し得ない。

このような変数として、1)各医療機関が保有する診療機器に関する変数、2)地域の医療供給体制を表す変数、があげられる。1)各医療機関が保有する診療機器に関する変数としてはCT、MRIや消化器ファイバースコープ、等の有無、台数が考えられる。これらは保有しなければ検査時に使用することができない。この点は考慮されねばならない。2)地域の医療供給体制を表す変数としては、集計された紹介率、があげられる。地域において病診連携が進むほど、初診患者に対する診療密度が医療施設の機能ごとに異なることとなり、かつ、同一の医療施設の間ではばらつきが小さくなる。この点については今後検討されねばならない課題である。

初診患者に対する診療密度を考えることはプライマリケアのあり方を考える第一歩であるが、もちろんそれで充分ではない。その帰結を検討しなければならない。帰結はもちろん健康水準の回復がなされたか否か、効果的になされたか否かである。この点に関してはデータ制約の解消も含めて長期的に検討されるべき課題であろう。

参考文献

- 川淵孝一・石黒彩、「急がれる外来版 DRG の開発ー歯科の抜髄治療は標準化になじむかー」、『社会保険旬報』、(2002)、No.2143、pp.14-19.
- 中島孝子、「不確実な状況における患者の病院選択行動の経済分析」、『医療と社会』、(1998)、vol8(3)、pp.39-51.

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」

分担研究報告書

医療・介護供給過疎地にかかる問題の訪問調査による検討

分担研究者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所

医療制度改革や介護保険の問題においては、全国レベルでの議論がすべての地域において当てはまるわけではない。他方、政策は全国一律に実施される。それゆえ、都市部の実態を反映した政策が郡部に対しても実施される可能性が高い。このことは医療過疎の地域に対して問題を惹起する可能性がある。もちろん介護提供体制についても都市部で抱えている問題の対応策が過小供給地域に対して悪影響を及ぼす可能性がある。

福島県南会津郡舘岩村及び高知県各市町村を訪問しヒアリング調査を実施した。その結果、幾つかの市町村で取られていた施策のうち、成功していると考えられるものは共通して高齢者自身の自発的参加を求めているものであることがわかった。

高齢者の健康を考える場合に、医療・介護制度がどの程度機能を果たし得るかを再検討すべき時期に来ているかも知れない。訪問先において高齢者の健康維持、元気老人でありつづけるための施策は必ずしも医療・介護の供給を増大させたりするものではない。一定程度のサービス水準を確保しつつ、その他の施策を行っている。医療費・介護給付費の効率的な配分問題を考える場合にこのような施策についても検討すべきかも知れない。

A 研究目的

医療制度改革や介護保険の問題においては、研究者や政策決定者にとって身近な都市部の実態が議論されることが多い。現在、医療サービスの供給過剰やその状況が介護サービスについても発生するという危惧がある。しかしながら、全国レベルでの議論がすべての地域において当てはまるわけではない。他

方、政策は全国一律に実施される。それゆえ、都市部の実態を反映した政策が郡部に対しても実施される可能性が高い。このことは医療過疎の地域に対して問題を惹起する可能性がある。もちろん介護提供体制についても都市部で抱えている問題の対応策が過小供給地域に対して悪影響を及ぼす可能性がある。

効率的な医療資源・介護資源の利用のため

には地域的な特性を踏まえた施策を行う必要がある。このために、過疎地域の医療実態を明らかにすることとした。

B. 研究方法

福島県南会津郡舘岩村及び高知県各市町村を訪問しヒアリング調査を実施した。

C. 研究結果

訪問先である過疎地においては、高齢者の医療・介護受給が施設サービス・在宅サービスともに提供者の不足により制限されていることは明らかである。これは経済学的には明らかであるが、事業者が立地を決める場合には採算性を考慮に入れるため、採算性の低い地域には施設を建設しないだけでなく、在宅サービスも提供しない状態となっている。これは町村内で一様でなく、単一の町村内でも交通の便が悪いところにおいてサービス受給格差が発生する可能性がある。

D. 考察

幾つかの市町村で取られていた施策のうち、成功していると考えられるものは共通して高齢者自身の参加を求めているものである。必要は個人の中にあるため、それを引き出すためには高齢者自身の自律的な参加を促す仕組みを導入しなければならない。このことは、一国レベルにおいても、自治体レベルにおいても高齢者自身の選好・選択に従わない集権

的な政策には限界があることを意味している。

E. 結論

高齢者の健康を考える場合に、医療・介護制度がどの程度機能を果たし得るかを再検討すべき時期に来ているかも知れない。訪問先において高齢者の健康維持、元気老人でありつづけるための施策は必ずしも医療・介護の供給を増大させたりするものではない。一定程度のサービス水準を確保しつつ、その他の施策を行っている。医療費・介護給付費の効率的な配分問題を考える場合にこのような施策についても検討すべきかも知れない。

F. 研究発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

なし。

医療・介護供給過疎地にかかる問題の訪問調査による検討

泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所）

1.はじめに

医療制度改革や介護保険の問題においては、研究者や政策決定者にとって身近な都市部の実態が議論されることが多い。現在、医療サービスの供給過剰やその状況が介護サービスについても発生するという危惧がある。しかしながら、全国レベルでの議論がすべての地域において当てはまるわけではない。他方、政策は全国一律に実施される。それゆえ、都市部の実態を反映した政策が郡部に対しても実施される可能性が高い。このことは医療過疎の地域に対して問題を惹起する可能性がある。もちろん介護提供体制についても都市部で抱えている問題の対応策が過小供給地域に対して悪影響を及ぼす可能性がある。

効率的な医療資源・介護資源の利用のためには地域的な特性を踏まえた施策を行う必要がある。これは医療・介護に関する研究も同様である。そこで、福島県南会津郡舘岩村に立地する施設、高知県下各町村に立地する各施設に対して訪問調査を行った。

その結果は示唆に富むものであった。以下に訪問先別のヒアリング内容をまとめる。訪問先は、南会津病院、舘岩村役場、舘岩村保健福祉センター、なかやクリニック(以上、福島県南会津郡)、高知県健康福祉部医療対策課、香北町健康福祉課、葉山村社会福祉協議会、檮原町保健福祉支援センター、中土佐町福祉保健課（以上、高知県）である。最後の節に訪問調査から得られた含意が記される。

2-1.南会津病院

南会津病院は福島県南会津郡に立地している病床数 150 の県立病院である。南会津郡は 3 町 4 村からなり、人口は 34,396 人と多くない(県人口の 1.6%程度) が、県の面積の 17%を占めるなど過疎化の激しい地域である。この神奈川県と同じ面積に、病院は南会津病院一院のみである。他方、この医療圏には診療所が 15 存在している。うち、3 が公営であり、12 が民営である。これらのうち、2 診療所は以前は病院であったものが診療所に転換したものである。また、診療所自体にも承継問題が発生するなど医療供給体制は安定性を欠く状態であるとの印象もある。

このような経営環境の中で南会津病院のおかれている立場は次のとおりである。病院自体は医師不足である。病床数 150 は大規模病院とはいえないが、地域の中核病院としての役割を果たすために人工透析装置を 10 床分保有している。また、年間 800 台の救急車が到着している。また、尾瀬の観光客の傷病発生に対応して Dr.Helicopter による搬送も行っている。

地域の医療機関との連携は順調に進んでいると思われる。南会津総合病院の後方病院として武田総合病院が会津若松市にあるが、南会津病院から 45 km 離れて立地しているため、連携が難しいと考えられる。しかしながら、CT、MRI の読影については電送システムを利用し、武田病院と連携している。

入院した患者については地域に全例返している状態である。また、重篤な傷病は後方病院へ転送している。例えば、心臓カテーテルを必要とする症例は全例会津若松の県立病院へ、脳血管疾患患者は外部の医療機関へ、脳梗塞の超急性期の患者も外部の医療機関へ、放射線治療が必要な患者も外部の医療機関へ転送している。

経営状態としては、外来は 1 日 300 人程度、平均在院日数は 17.9 日である。しかしながら、病床利用率が低い点が今後の課題であるとのことであった。

当然のことではあるが、南会津病院の経営問題は地域が抱える問題が全て反映されている。例えば、南会津医療圏に療養病床は(南会津病院を含めて)存在しない。このため、急性期の患者に対する対応と慢性期の患者に対する対応の双方を求められている。このため、急性と療養の棲み分けの問題が南会津病院には残っている。

また、精神科が存在しない。南会津医療圏にも存在しない。会津若松には精神病床があるが、満床の状態である。このため、精神科の設置について行政サイドからの要望が強い。

介護との関係では、痴呆を持った患者が外来に通院してくるが、医療よりも福祉が必要な状態であること、介護施設建設の計画もあるが、施設建設の効果は 1 年限りであること、などから対応はなされていない。

2-2) 館岩村役場

人口は最大で 4085 人であった。現在は 2300 人程度である。このままいけば平成 40 年頃に 980 人程度になると予測されている。よって町村合併を検討している。(これはいったん白紙になったとのことである。)

過疎により従業員が集まらず工場が立地できない。よって観光開発を行い 120 名程度を雇用した。これは現在破綻している。農業公社が 15,6 人を雇用している。過疎地域特有の医療の問題を抱えている。

老人は孤独死が多く、パトカーが来て死体の検案をするほどである。また、死体の検死をする医師も少ないので、若松や田島に行くことも多い。予防医療は出来ていない。

介護に関の問題として考えられるのは、特養がないのが館岩村と檜枝岐村のみであることである。施設を建設しても他市町村の需要も満たすので財政への影響は軽微と予想して

おり、建設することとした。施設の建設には 14 億円ほどの経費がかかるが、内訳は国の補助金が 9 千 2 百万円、村債が 10 億 5 千万円、他町村負担金が 1 億 2 千万円（これは無尽のようなシステムである）、一般財源が 1 千万円程度となっている。老健施設は U ターン、I ターンの労働者の雇用確保の面もある。

国保の保険料については滞納は一定の個人にとどまっている。一般的には納付の意識が高い。世間体の問題があるためである。ただし、未納者に対する資格証明書は事実上出せていない。これは医療供給が過少なためである。

保険料の負担感は重い。高校が館岩村内にないため、教育費負担が重くなるため、一層そう感じられている。一般的には生活水準が向上しているが、費用負担が難しい高齢者も存在する。一人暮らし高齢者は 100 世帯程度あるが、年金は月に 4,5 万円である。高齢化率 60%に近い集落もあるが、冬期には生活が維持できなくなりつつあるので、集落移転の可能性についても議論されている。冬は国保、夏は社保という労働者が多い。

2-3. 館岩村保健福祉センター

救急車で病院（南会津病院）まで 45 分かかるため、安心して暮らせる体制を構築したいという希望がある。また、他方で医療受診は悪くならないとしないため、月一回訪問診療をしている。また施設に在宅介護支援センターが同居しているが、これは社協に委託している。

。マンパワーとしては常勤 4 名、ケア・マネが二人、ヘルパーは地域に一人のみである。施設への入所待機は、南会津圏内では 100 人程度いる。新しい老健の収容人員は 70 名程度である。館岩村の待機者は 11 名である。

介護については利用者の事業者選択が出来ていない。民間参入は現在も無い。社協のみが事業者である。その結果、介護保険の施行前後でサービスの提供状況が変化していない可能性がある。

介護の問題のひとつとして、在宅への移行について病院とセンターの間に意思疎通が難しい状況であることがあげられる。圏内の病院に Case Worker がいないため、センターが誰にコンタクトして良いか分からない状態であることが原因である。ただし、入院時・退院時に病棟婦長から問い合わせがある場合もある。

要介護高齢者を抱える家庭では家庭の中に入ってきて欲しくないという傾向はある。このような高齢者の実態については情報は在宅介護支援センターが持っている。保健福祉センターと同じフロアなので情報交換はしている。

2-4. なかやクリニック

医師 1 人、事務員 1 人、看護婦 3 人からなる。外来患者が 1 日 50 人から 100 人程度来

院する。平均して 60 人から 70 人である。外来の中心は高齢者の慢性疾患である。小児夜間は休止中である。往診患者は 25 名（寝たきりやがんのターミナルである）であり、金曜日の午後に 3 から 5 名程度診療している。往診場所は只見、檜枝岐村、舘岩村である。

後方病院（南会津病院、会津若松の病院）との連携は良好である。介護については訪問看護ステーション中心である。それ以外の点では余り関わっていない。地域の医療供給体制としては **minor trouble** のうちから重要なものを鑑別できれば医療施設数はそんなにはいらないかも知れない。

なお、健康運動に力を入れており、禁煙運動の効果として喫煙率が 20 数%から 15%程度に低下したとのことである。

3.高知県訪問先

3-1)高知県健康福祉部医療対策課

高知県の特徴は、53 市町村のほとんどが人口 3000 人未満の小規模の市町村が多いことである。総人口は 813,949 人であるが、そのうちの 40.6%が高知市の人口である。また、高齢化も進んでいる。高齢化率は 23.6%で全国第二位であり、中山間地域では 40%を超える町村もある。医療の現状としては、よく知られているが、人口当たり病院数が 18.3(全国：7.3)、病床数が 2,25.4(全国：1,301.0) と全国平均を大きく上回っている。

医療提供体制を考える場合には、4 つの医療圏(幡多(県最西部)、高幡(県西部)、中央(高知市を含む)、安芸(県東部))を、幡多圏域とその他と分離して考えることが適切であると考えられる。これは幡多と高幡・中央・安芸、で患者の外来受診動線が完結しているからである。

また、医療法人が多いこと、病院数が多く、かつそれらは小規模な 50-200 床の病院であることも特徴である。50～200 床の病院は全国的には全病院の 54.3%を占めるのみであるが、高知県では 73.6%にも達している。他方、50 床未満、300 床以上の病院は相対的に少なくなっている。

病床は急性期病床よりも老人病床が多い。人口 10 万人対病院病床数は全国平均で 1301 であるが、高知県では 2525 とほぼ倍程度である。他方、人口 10 万人対老人病床数は 246.69 と全国平均の 90.32 の 2.9 倍を超えてている。

病院病床が多いため、高知県では医師数が多い。ただし、なぜ医師数が多いかはわかっていない。医療法による地域医療計画の導入以前から医師数は多かった。しかしながら、無医地区が 52 ヶ所存在するなど、地域間の不均衡が存在する。

僻地に医師が少ないのは医師が自分の家族のことを考えると僻地に居住することは難しいからである。県としての僻地医療の改善をするために、自治医科大卒業生を配分する協

議会を設置し、研修時などのバックアップ体制の整備、また、国保と共同して奨学金を出して僻地医療への参加を呼び掛けること、高知医療センターが研修の中核的な役割を果たさせること、等を予定している。

コメディカルについての特徴は、中小病院が多いことから準看護師の看護職に占める割合が高くなっている。また、理学療法士は人数的には充足している。

介護保険に関する現状としては、後期高齢者が増加(平成 12 年は 83,344 人であったが、平成 14 年には 92,945 人と 11.5%の増加)していることがあげられる。高齢者自体は 189,468 人から 4.4%伸びて 197,827 人となっている。要介護認定者も増えており、平成 12 年の 22,119 人から 29,031 人と 31%の増加を示している。

要介護認定者の 76-77%がサービスを利用している。未利用者は入院中、家族介護、がんばり屋の高齢者と分類できる。介護サービスの 7-8 割が施設費用であり、残りの部分が在宅介護の費用となっている。平成 12 年 4 月と平成 14 年 5 月を比較すると、施設介護は 4.5%増、訪問介護は 2.4 倍増、通所介護・通所リハは 34%増となっている。介護保険が導入後、介護給付費は 16.5%増加したが、医療費は実際には下がっていない。

在宅の高齢者については、独り暮らし、2 人暮らしが多いという特徴がある。このため、寝たきりにならないように保健事業を行っていく必要がある。既存の施設を有効に利用する方策や閉鎖されている有床施設の利用も検討している。空家を改修して高齢者が集う場所を作れないかという点についても検討している。

これは結果的に、現在は在宅で介護をせざるを得ない状況であることを意味している。中山間地域では供給が過小であるので、事業者のサービス確保が必要となっている。サービス確保の一つの方法として業態転換がある。室戸において自動車部品を製造しているある事業者が業態転換により介護事業者となった。しかしながら、業態転換で介護サービスに入ってきているのはこの 1 つだけである。

グループホームは、他都道府県と比較すれば設置が遅れている。今後 5 年間で 1000 人単位の規模となると考えられている。ただし、家賃補助や既存施設改造などで低所得者対策を図る必要がある。

3-2)香北町健康福祉課

香北町の人口の現状は、人口 5810 人、高齢化率 37%である。高知医大と連係して介護予防を行っている。病院 2、診療所 2 であり、医療も介護も一定程度行き届いていると考えられている。また、就学前まで子供の医療費は無料となっている。

老人医療費増加の要因である高齢者数の伸びは年 2%程度である。また、一人あたり医療費の伸びは平成 6 年以降は最大でも年 3%の伸び率となっている。それゆえ、老人医療費の伸びはここ数年では最大年 5%程度であると考えられる。この医療費の伸び率は日本全体と比較すると相対的に低い伸びであると考えてよい。

介護保険の第一号被保険者は所得段階別に見ると、総被保険者数 2,113 人のうち第二段階の被保険者が 1,153 人(54.57%)で最も比率が高い。次に第三段階の被保険者 32.23%である。世帯数で見ると、総世帯数 2074 のうち、高齢者世帯数は 1794 となっており、1人世帯が 394、老人世帯が 339 となっている。

月ごとの介護サービス利用者数は居宅サービス利用者数が平成 12 年が 92 人、平成 13 年が 111 人、平成 14 年が 136 人となっている。これは伸び率にすると 0.2%前後の数値となる。他方、施設サービスは平成 12 年が 92 人、平成 13 年が 99 人、平成 14 年が 102 人であり、伸び率とすると、0.07%及び 0.03%となっている。サービス利用者の伸び率も極めて低いと考えられる。

このような老人医療費・介護給付費の低い伸び率の背景には香北町と高知医科大との間で連携を取った香北町健康長寿計画の存在があると言える。平成 4 年に長寿計画に専従の看護師を配置し、人件費 200 万と温泉施設 450 万及びその他の費用の総計 1000 万円の予算で開始された。この計画の実施後、老人医療費が減少したという成果をあげた。この計画は、(1)長寿検診の実施。(2)老年者に関する情報のネットワーク化を図り、ケア体制を整える。(3)老年者の健康の維持・増進を図る。という 3 項目からなる。計画を実施する人的資源としては、長寿計画専属職員を 2 名配置するほか、町長が任命する非常勤の特別職としての健康長寿計画推進委員を各地区 1~3 名の合計 42 名がある。

健康長寿計画の特徴としては、地域の高齢者の情報を吸い上げるシステムがあることである。健康長寿計画のうち、生活支援と健康支援のふたつにわけると、生活支援では年 1 回自己申告である日常生活動作、ライフスタイルに関するアンケート調査、毎月実施の健康状況、要介護状況に関する日常生活調査、からなる。健康支援についてはそれぞれ年一回の、健診時の身体的機能健診（基本健診・整形外科アンケート、整形外科診察等）及び神経・行動機能検査（MMS,長谷川式痴呆スケール等）がある。これらの情報の吸い上げに對するフォローとしての健診・運動教室・文化教室などを開催している。

なお、介護保険料は月額 3000 円であるが、要介護度認定 4,5 の高齢者の在宅介護には在宅介護手当て 10000 円を支給している。また、自殺率が高いが原因はわかっていない。

3-3)葉山村社会福祉協議会

葉山村の命名の由来は 86%が山林で、川の支流が 24 あり、葉の葉脈のようなので葉山村となったとのことである。葉山村の現状としては、人口は 4589 人、65 歳以上人口は 1,476 人であり高齢化率 32.2%である。後期高齢者率は 16.5%である。高齢者の居住形態の特徴として、ひとり暮らし高齢者数が 168 人であり、高齢者のみ世帯 223 世帯の大半を占めている。寝たきりの高齢者は 28 人である一方、要介護用支援認定者数は 212 人である。これらの要介護用支援認定者のうち、施設病院に入院入所している高齢者は 91 人であり、在宅でケアを受けているのは 121 人である。サービスを利用していない高齢者は 20 人にのぼる。

医療提供体制としては、国保直診の診療所が 2 つある。高齢者は診療所に受診するが、若い層は高知市の医療機関に受診している。

介護ケアの供給面のうち、施設については、社会福祉施設は、特別養護老人ホームが組合立で 1 箇所存在し、デイサービスセンターが 1 箇所村立のものがある。訪問看護は社協が運営している。また、須崎にある JA からヘルパーが 1 人サービスに来ている。須崎には民間事業者（コムスン）があるが葉山村内には利用者はいないとのことであった。

訪介護サービスの利用対象者である高齢者は山間部の奥地に居住している。ほとんどはデイサービスを利用して、10 人乗りのバス 3 台で巡回してピックアップしている状態である。

在宅サービスのうち独自のもののひとつとして、給食サービスを月 4 回実施（10 人が作り、15 人が配食、対象は 75 才以上の 1 人暮らし高齢者及び 80 才以上の夫婦）していることがあげられる。形態としては、特養葉山荘がきざみ食等を作成し、民間事業者が自己負担 350 円、村負担 500 円で弁当を提供し、社協が配達するという形になっている。ただし、自己負担については高いという認識が高齢者の間にはあり、これ以上の引き上げは難しいとのことである。独自の在宅サービスのもうひとつとして、ほっとサービスがある。これは、木の剪定と墓の掃除、土地を耕す、などの暮らしの中で生まれる困りごとに対してボランティアが自身の得意分野で解決していく仕組みであるとのことである。ボランティア 1 時間 200 円の負担で平成 12 年度の延べ利用件数は 33 件、協力ボランティアは延べ 83 人であった。

介護ケア提供の特徴としては、80,90 歳の高齢者がサービスを受け、60,70 歳の高齢者がサービスを提供する状態であることであろう。また、生活保護対象世帯であっても、世間体を気にして受給しないという体質が残存していることも指摘できる。

3-4) 檮原町保健福祉支援センター

町の人口は 4860 人であり、高齢化率 33% である。ただし、町の中心部には 1000 人、しか居住せず、他の多くの住民は縁辺部に居住している。検診と選挙は必ずいく土地柄である。検診の費用は町の一般会計で支出している。（国保へ 2100 万円）

社会福祉協議会はカルスト会と名乗り、特養 80 床、デイ、地域福祉、身障 80 床、生活支援ハウス及び高齢者合宿施設をも運営している。

S52 より成人病予防対策（受診率向上）、食生活改善事業を実施している。

全体的な役割分担として、ホームヘルプは誘致企業（南四国部品）へ移行させ、社協は社会福祉を担当することとした。健康推進員は 6 回 6 日間の講習を行っている。

要介護及び要支援の高齢者は 246 名（15%）残りの 85% は元気老人である。自分の健康

は自分で守るから自分で創るへと方向性を転換してきている。健康作り、介護予防と生きがい作りを行っている。食生活再研修、男性の料理教室、異世代交流、である。

平成 8 年に病院を建設した。他に診療所 2、歯科診療所 1 がある。その構原病院は国保直診である。昭和 46 年から無医地区であったのを解消するために設置された。5 名の医師（その他 眼科、整形外科、小児科 3 名）、20 名の保健師、看護センターに 3 名を配置している。保健医療セクターには 200 名が従事しているが、大きな産業となっている。

病院は地域包括ケアを提供することを目標としている。つまり、「良質な医療」、「質の良いプライマリーケア」、「保健予防活動」、である。病院には 1 日 140 名の来院がある。病床利用率は 80 数%、平均在院日数は 30 日程度となっている。患者調査のデータによれば、地域において医師を受診している者が 250 人、入院 9 人、大学病院 1 人となっている。

3-5)中土佐町福祉保健課

人口は 7300 人、高齢化率 32%である。金のカツオをふる里創成で作った町である。箱モノがない町である。47 億の一般会計、国保が 6555 万、介護 7041 万の費用負担が発生している。介護保険料は 3100 円である。施設入所の待機期間は 1,5 年、ケアハウスに入りながらホームヘルプ、デイサービス・デイケアを利用している。

介護の名の下に高齢者は役割を失っていた。介護保険を掛け捨てにする高齢者を如何に増やすかに重点をおいている。そのひとつがカツオの国の元気塾（生き甲斐デイサービス）である。SSB（しゃき,しゃき,ぱったり）を目指す。おじい、おばあの役割を応援するのが保健士で健康は後からついてくる

カツオの国の元気塾（生き甲斐デイサービス）の概要は次のとおり。平成 10 年に町内 5 ケ所ではつらつ教室を開催した。しかしながら、高齢者の役割を奪っているのでは？という疑問が沸いてきた。このため、平成 12 年に「かつおの国の元気塾」を設置した。高齢者が歩いて通える施設が 10 ケ所あり、200 名をこえる塾生がいる。塾は月 2 回開催され、有償ボランティア 22 名、保健師、栄養師が健康教育を行っている。

4. 結語

訪問先である過疎地においては、高齢者の医療・介護受給が施設サービス・在宅サービスともに提供者の不足により制限されていることは明らかである。これは経済学的には明らかであるが、事業者が立地を決める場合には採算性を考慮に入れるため、採算性の低い地域には施設を建設しないだけでなく、在宅サービスも提供しない状態となっている。これは町村内で一様でなく、単一の町村内でも交通の便が悪いところにおいてサービス受給格差が発生する可能性がある。

このような地域に共通して、「医療・介護が必要になるギリギリまで我慢する」お年より像

があるが、これを美德として考えることは適切ではない。ギリギリまで我慢するという行動様式は極端なまでに過小な供給状態の下で培われたものであって、自律的な選択の結果であるとは考えるべきでない。もちろん、医療に関しては医学的に必要な場合と単なる老化による場合を峻別する必要があるかもしれない。また、介護に関してもなるべく身体機能を残すような形態のサービス受給であるべきであると考えられる。しかしながら、それは供給と需要がバランス可能な場合においてのみ議論可能であろう。このため、潜在的な高齢者の欲求がどの部面（医療・介護・その他）にあるのかをこのような町村では考える必要があるだろう。

幾つかの市町村で取られていた施策のうち、成功していると考えられるものは共通して高齢者自身の自発的参加を求めているものである。必要は個人の中にあるため、それを引き出すためには高齢者自身の自律的な参加を促す仕組みを導入しなければならない。このことは、一国レベルにおいても、自治体レベルにおいても高齢者自身の選好・選択に従わない集権的な政策には限界があることを意味している。

また、高齢者の健康を考える場合に、医療・介護制度がどの程度機能を果たし得るかを再検討すべき時期に来ているかも知れない。訪問先において高齢者の健康維持、元気老人でありつづけるための施策は必ずしも医療・介護の供給を増大させたりするものではない事例を与えられた。一定程度のサービス水準を確保しつつ、その他の施策を行っている。医療費・介護給付費の効率的な配分問題を考える場合にこのような施策についても検討すべきかも知れない。