

表 5-1、5-2 は月別診療種別の平均医療費である。国保加入者については 5 月に、56 万点を超える超高額請求が発生している。このため、5 月の平均入院点数は 5 万 5 千点を超えているが、その他の月は 4 万 5 千点程度である。社保老人については、平均入院点数は国保加入者よりも若干高めである。

表 5-1 平均点数 国保分

診療年月	種別	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
200305	入院	55566.25	88153.20	5482	568703	40
	入院外	1589.61	2584.26	35	44233	955
	歯科	1557.65	1539.25	140	7334	79
	調剤	1249.33	1460.45	115	12380	235
200306	入院	41862.08	43616.54	1836	203842	38
	入院外	1561.37	2713.43	68	44763	974
	歯科	1667.05	1729.72	68	7252	80
	調剤	1088.67	1207.83	114	11933	240
200307	入院	45750.10	40682.70	5957	212392	29
	入院外	1567.54	2767.52	68	43613	889
	歯科	1881.79	1937.83	70	9691	73
	調剤	1268.78	1374.74	96	11933	248
200308	入院	35109.07	26470.76	3235	122452	28
	入院外	1573.56	2865.51	68	43109	821
	歯科	1258.70	1280.91	68	6894	73
	調剤	1254.93	1302.75	87	11933	204
200309	入院	32581.30	25157.09	3623	136025	30
	入院外	1447.31	2764.88	46	46759	911
	歯科	1799.45	1837.65	178	7114	65
	調剤	1312.75	1287.23	114	11933	220
200310	入院	46715.21	40312.25	1435	172431	34
	入院外	1605.24	3121.96	68	46387	762
	歯科	1546.04	1611.76	70	6585	67
	調剤	1377.61	1530.41	83	12926	225

表5-2 平均点数 社保老人分

診療年月	種別	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
200302	入院	34699.42	22367.00	7260	73966	12
	入院外	1706.87	1851.65	146	14580	158
	歯科 調剤	1289.67 1084.64	1097.60 1089.55	430 111	3820 4805	9 42
200303	入院	55110.77	43481.64	8588	177554	13
	入院外	1933.17	2406.45	77	18977	155
	歯科 調剤	2088.54 1252.37	1927.88 1101.41	108 134	6599 4805	13 35
200304	入院	48735.09	21153.21	3171	73733	11
	入院外	1841.48	2143.14	77	20300	174
	歯科 調剤	2604.38 1104.72	2161.65 1001.87	638 145	7390 5218	13 32
200305	入院	40772.50	22381.00	6177	77145	12
	入院外	1591.72	1726.12	69	16826	258
	歯科 調剤	1916.82 1166.65	1638.64 929.08	258 145	5676 4805	22 55
200306	入院	47154.23	33722.43	7182	131929	13
	入院外	1619.32	1936.37	139	18766	249
	歯科 調剤	2352.47 1414.60	2219.16 1181.90	210 111	6950 4805	17 45
200307	入院	39562.92	24134.45	9831	78839	12
	入院外	1630.67	1839.92	137	20147	228
	歯科 調剤	1445.24 1310.31	1938.13 1211.03	243 150	8573 5001	17 58
200308	入院	47300.33	21871.85	22095	61280	3
	入院外	1040.33	925.58	100	4934	73
	歯科 調剤	1348.56 954.94	1137.05 863.26	340 176	4045 2793	9 16
200309	入院外	998.55	785.16	189	4224	76
	歯科 調剤	3627.63 1126.38	6706.05 996.69	68 145	19780 2755	8 21
	入院外	1206.89	1230.29	139	8295	64
200310	入院外	1884.86	1255.80	386	3818	7
	歯科 調剤	1062.35	765.03	192	2587	23

## IV. 個別的な分析結果

### IV-i. 地域別医療機関受診動向

この節では本稿の主たる分析目的である医療過疎地における患者の受診行動の実態を明らかにする。館岩村は南会津二次医療圏（田島町・下郷町・館岩村・檜枝岐村・伊南村・南郷村・只見町）に含まれる。南会津医療圏には病院は福島県立病院のみが立地している。このため、入院を必要とする患者は館岩村村内では対応不可能となる。この県立病院には脳神経外科が設置されていないため、脳神経系の疾患患者は会津若松にある一県立病院、二民間大病院に搬送される。

南会津二次医療圏の入院医療機能の大半が上記の医療機関で担われている。実際のところ、調査対象期間中199件の入院レセプトのうち、南会津二次医療圏のものが55件、会津若松の3病院のものが、合計86件である<sup>1</sup>。よって入院レセプトの67%がこれらの医療機関のものであることがわかる。

<sup>1</sup> 付属病院分4件を含む。

表6 診療圏域別レセプト件数

	入院	入院外	歯科
会津	126	1447	26
南会津	57	3533	380
県内他	2	69	2
県外	14	264	30
合計	199	5313	438

表6を用いて、二次医療圏レベルで見ると、入院医療は南会津二次医療圏及び会津医療圏において、9割程度賄われている。入院外医療は南会津医療圏で66%程度が賄われ、会津医療圏で27%が賄われている。入院と比較して県外の医療機関で受診する場合も多い。歯科については87%が南会津医療圏で賄われている。このように、医療機関に重装備が必要な入院医療については会津医療圏に依存しているが、入院外・歯科については南会津医療圏で相対的により多く対応しているものと考えられる。

ただし、どのような傷病がどの地域の医療機関によって対応されているのか、は重要である。救命救急センターは南会津医療圏には設置されておらず会津医療圏にひとつだけ存在する。また、地域医療支援病院も会津医療圏にしか存在しない。そのため、高度な医療処置が必要とされる傷病についてはこれらの医療機関において対応されることとなる。

#### IV-ii. 館岩村における診療所の開設について

同診療所の開設は館岩村村民の外来医療サービス利用コストを大幅に軽減するものと考えられる。それゆえ、診療所の開設によって村外で外来受診していた患者が同診療所に受診先を変更する代替効果やこれまで受診コストが高すぎたために受診を抑制した患者が新規に受診する受診掘り起こしの効果が発生すると考えられる。

レセプトデータを用いてこの点を分析したところ次のような結果が得られた。入院外診療について月別のレセプト件数を調査すると、8月が821件、9月が911件であった。愛輝診療所は9月から診療を開始しており、9月時点では108件のレセプトが請求されていた。それゆえ、対前月増加分のほとんどを愛輝診療所からの請求書が占めていたこととなる。他方、診療所の開設によって診療件数が減少した医療機関は存在しない。これらの結果から診療所開設が館岩村村民の患者受診行動に対して与えた影響は入院外受診先を代替する効果ではなく、受診掘り起こし効果が主であったと考えられる。

受診掘り起こしはより正確には既に他の医療機関を受診していた患者が受診先を増やす場合と新規の患者が受診先を新しい診療所とする二者の形態をとると考えられる。今回のケースがそのいずれかに該当するかについても興味のあるところである。もし前者の患者のみが新しい診療所を受診していたとすると、新規に診療所を公設民営の形で開設して意義、つまり外来医療受診を諦めていた患者の受診コストを低減させること、が低いことを意味するからである。それ故、この点を確認することは重要な意味を持っている。

レセプトデータを再集計した結果、新診療所を利用した住民は208人であることがわかった。そこで、この208人について開設時点とそれ以前の外来医療を受診した医療機関について集計した。新診療所の開設によって患者が減少したと考えられる医療機関は3医療機関であると考えられる。しかしながら新診療所のレセプト件数はこれら3医療機関の減少分を補う以上の数であった。さらに、新診療所の受診者について他医療機関を受診していないものは8人に過ぎないこともわかった。このため、それまで他の医療機関を受診していた患者が既受診医療機関に加えて愛輝診療所を利用するという形で愛輝診療所が利用されていると考えられる。

ところで、新規の医療機関開設にあたっては、どの程度の設備投資をすべきか、について検討する必要がある。例えば、CTやMRI等の画像診断装置については投資金額が、設備単価が安くなったとはいえ、高額であり、投資資金回収のために画像検査を行いがちになると言われている。このため、投資金額のみならず検査数の増大による医療費増加の影響をも受けることとなる。しかしながら必要な検査については実施しなければならない。それゆえ、実際にどの程度の検査が実施されているかが問題となる。

表7 画像診断種別件数

	度数	パーセント
CT	182	13.67
DIP	1	0.08
MRI	59	4.43
X線単純撮影	1038	77.99
シングルホ	5	0.38
シンチグラ	12	0.90
その他	34	2.56
合計	1331	100.00

表8 検査部位別画像診断件数

部位	度数	パーセント	部位	度数	パーセント
躯幹	108	8.11	腎膀胱尿管	36	2.70
下肢	2	0.15	前腕	2	0.15
下腿	3	0.23	全身	3	0.23
顔面	11	0.83	足関節	12	0.90
胸部	427	32.08	足部	13	0.98
頸椎胸椎腰椎脊椎	181	13.60	大腿	4	0.30
肩	28	2.10	聴器	3	0.23
股関節	49	3.68	頭頸部	2	0.15
骨	6	0.45	頭部	101	7.59
骨盤	9	0.68	乳房	3	0.23
左踵骨	1	0.08	尾骨	1	0.08
鎖骨	3	0.23	膝	120	9.02
四肢	4	0.30	肘	7	0.53
手関節	15	1.13	腹部	115	8.64
手指	9	0.68	肋骨	12	0.90
手部	11	0.83	脾胆肝	3	0.23
腫瘍・炎症	1	0.08	趾骨	1	0.08
消化管	4	0.30	その他	14	1.05
上腕	4	0.30			
心筋	3	0.23	合計	1331	100.00

そこで、今回の調査対象期間についてレセプトから画像検査実施状況を把握した。その結果が表および表にまとめられている。表から合計 1331 回の画像検査のうち最も多いのがX線単純撮影の 1038 回であることがわかる。CT、MRI はそれぞれ 182 回、59 回である。撮影部位は最も多いものが胸部の 427 回、ついで、頸椎、胸椎、腰椎等脊椎部分の 181 回である。また、膝関節部分の撮影も 120 回と多くなっている。これらの結果から画像検査の中心は胸部撮影、及び脊椎部分や関節部分が中心となっていると言えよう。

現在館岩村村内では MRI は利用可能ではないが、会津医療圏内の病院では利用可能である。館岩村村内に設備がないために手軽に利用できるわけではないが、全く利用できないわけでもない。それゆえ、供給が完全に制約された中での結果とは言えず、実際のニーズを相当程度反映した結果であるといえる<sup>2</sup>。

設備投資に当たっては上記のような実際の利用頻度及び潜在的なニーズが満たされないことの損失（つまり村内に MRI が存在しないことにより損なわれている患者の便益）と設置により必要とされる投資費用及び検査費用を勘案しながら意思決定がされるべきであると考えられる。

#### IV-iii. 患者の傷病特性について

保険者が医療供給を確保する際に参考にするべきであるのは実際にどのような傷病に加入者が罹患しているか、であろう。現在罹患している傷病に対する医療サービスは最低限確保されねばならない。加入者がどのような傷病に罹患しているかもレセプトデータの再集計は情報を与えてくれる。

調査対象期間中のレセプトデータに記載されている個人ごとの傷病名を個人単位で集約した。異なる月のレセプトで同一の傷病名が記載されていることがあるため、重複は排除した。一部主傷病の記載もあったが、記載のないレセプトもあったため、主傷病の情報は利用しなかった。集計により一個人に対して罹患している複数の傷病が対応するデータセットが作成される。これを用いると年齢階級別の傷病罹患状況が検討することが可能となる。ここでは生活習慣病であると考えられる高血圧症、高脂血症、糖尿病について実態を把握する。

---

<sup>2</sup> 調査対象期間中に館岩村に新しい診療所が完成しているが村民が利用する画像検査の動向は変化していない。

图3 高血压

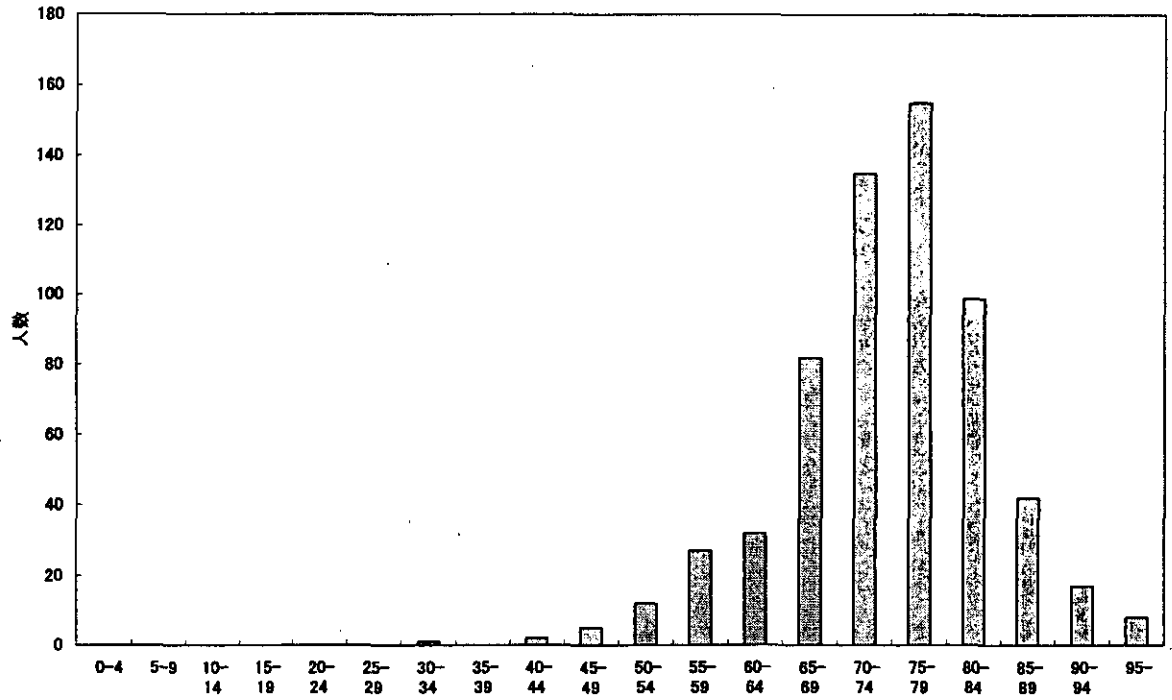


图4 高血脂症

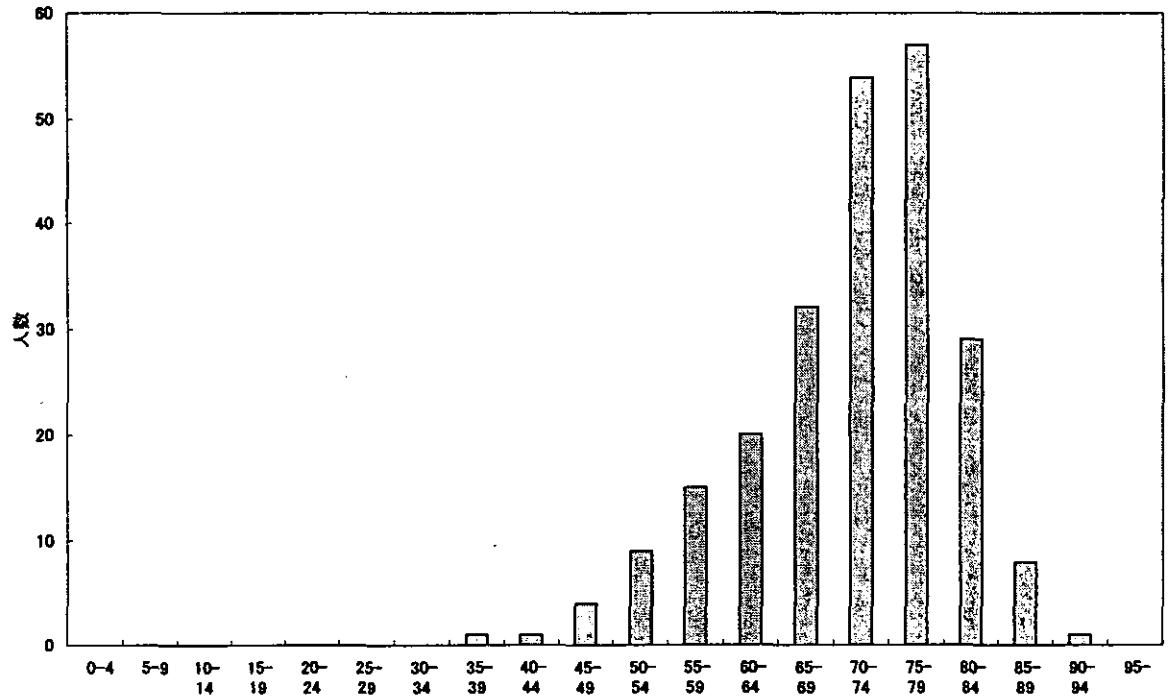
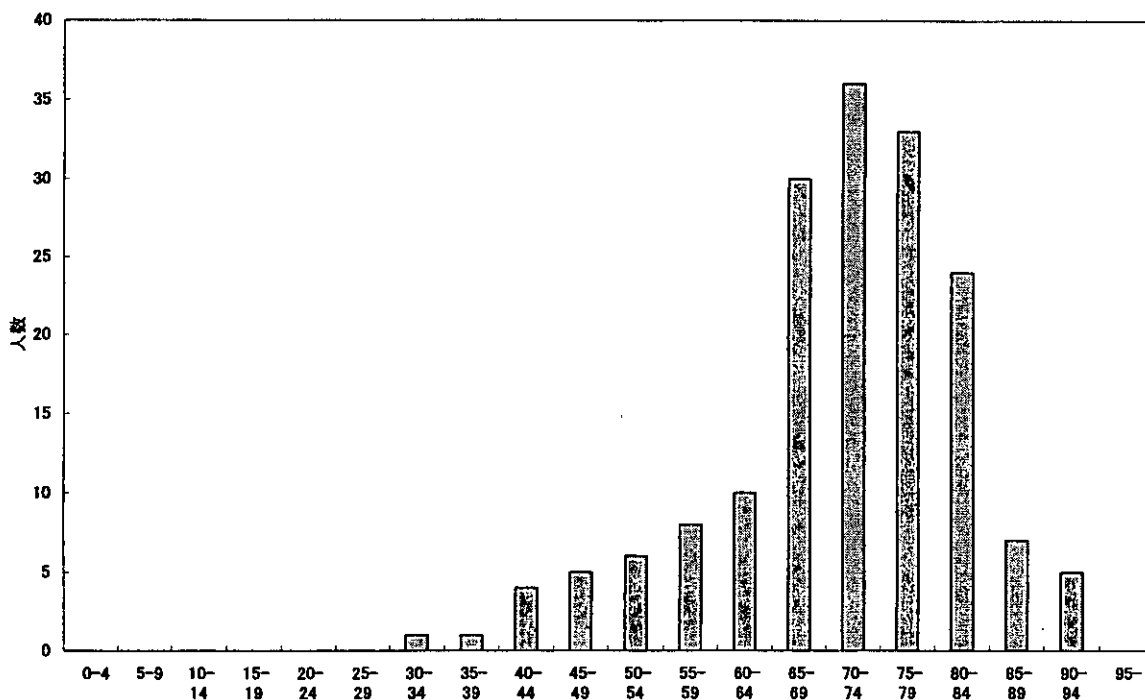


図5 糖尿病



年齢階級別に傷病として高血圧症が記載された患者の数を記したのが図3である。40歳頃から高血圧症が増大し始めている。65歳以降は社保老人のサンプルが入るため、見た目急激に人数が増大する。実際問題となるのは若年層での発症であろう。高脂血症(図4)では最も低い年齢は35歳~39歳階級で見られ、糖尿病(図5)では30歳~34歳階級で見られる。

表9 傷病罹患別入院外来医療費

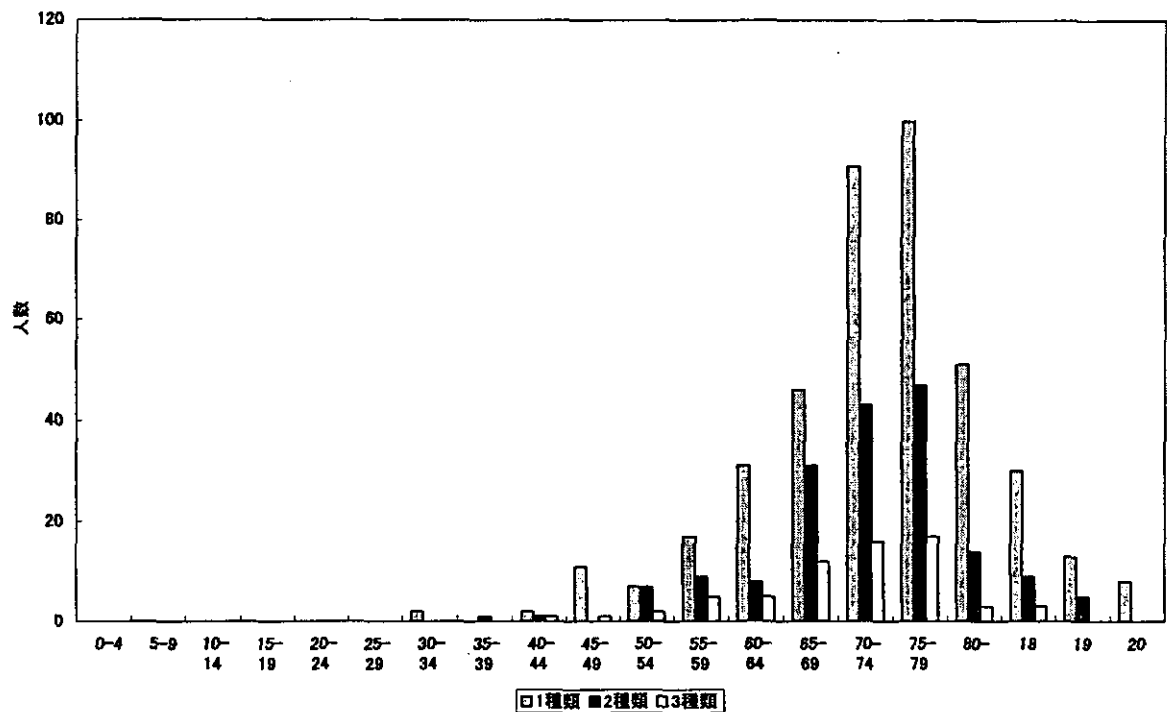
		傷病の罹患 N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	t 値	自由度	有意確率(両側)	
入院	高血圧	なし	29	98765.21	106464.3	19769.9	-0.263	101	0.793
		あり	74	106040.49	132789	15436.4			
	高脂血	なし	82	98887.54	110704.9	12225.3	-0.815	101	0.417
		あり	21	123924.24	173564.8	37874.9			
入院外	糖尿	なし	74	90172.23	108219.2	12580.2	-1.536	38.7152	0.133
		あり	29	139256.62	158175.6	29372.5			
	高血圧	なし	188	9619.14	11708.87	854.0	-5.114	716	0.000
		あり	530	15894.27	15309.57	665.0			
入院外	高脂血	なし	542	13052.35	15077.82	647.8	-3.870	716	0.000
		あり	176	17943.11	12855.51	969.0			
	糖尿	なし	590	12558.72	11579.46	476.7	-4.564	141.3789	0.000
		あり	128	22052.47	22905.98	2024.6			

生活習慣病についてはその発症年齢を引き上げるにより当該個人が一生に使用する医療費の抑制をもたらすと考えられる。また、発症している個人としていない個人について一定期間の医療費は異なる。後者の点を検討したのが表9である。この表では65歳以上の個人を対象に、高血圧症、高脂血症、糖尿病の有無が調査対象期間6ヶ月間の入院医療費、外来医療費(薬剤含む)に与える影響についてそれぞれ平均値の差の検

定を行っている。入院医療費については入院受診を行った患者の医療費を、外来医療費については外来受診を行った患者の医療費を比較した。

この結果、高血圧症・高脂血症・糖尿病の罹患の有無は個人の入院医療費については統計的に有意な差を与えないものの、外来医療費については統計的に有意な差を与えていることがわかった。高血圧症については6275点(6万3千円)、高脂血症については4891点、(4万9千円)、糖尿病については9494点(9万5千円)だけ異なることがわかる。これは半年分の数値であるので、罹患の有無による受診者一人当たりの医療費はこの2倍異なる。

図6 年齢階級別傷病累積罹患状況



高血圧症・高脂血症・糖尿病は生活習慣病であるため、ひとつの傷病に罹患した個人は他の傷病にも罹患しやすいと考えられる。実際、データから相関係数を計算すると高血圧症と高脂血症は0.163、高血圧症と糖尿病は0.136、高脂血症と糖尿病は0.286であり、それぞれ1%水準で有意であった。これら3傷病について年齢別罹患数別の患者数を図示したものが図6である。

## V. 結語

本稿では、福島県南会津郡舘岩村の国民健康保険加入者及び社会保険加入の老人保健受給対象者のデータを用いて分析を行ってきた。基本的な集計結果の他、患者受診行動、



診療所開設の影響の分析、住民の傷病罹患状況、についてそれぞれレセプトデータの再集計から分析を行ってきた。

これらの分析の意味は次のようにまとめられる。国民健康保険の保険者である館岩村にとっては医療費の急激な増大を防ぎつつ必要な医療供給を確保することが重要な政策課題となっている。政策決定において重要であることは現状を知るための情報である。医療供給については現状での医療利用状況を反映していると考えられるレセプトデータが重要な情報源となる可能性を秘めている。

医療費使用動向に関する基本的な分析結果は国民健康保険団体連合会でも提供している。しかしながら実際の保険者運営に当たっては他の保険者との比較もさることながら、他の保険者に加入していないまさに当該保険加入者の行動について十分検討する必要がある。

個別の保険者が分析を行うに当たっては、実際のレセプトデータが紙媒体で保険者に送付されるため、一定の加工を保険者サイドで実施することが必要となる。しかしながら小規模保険者にとっての医療費分析事業は費用負担・人的資源の側面から負担が重いと考えられる。本研究では、人的資源の側面の課題をデータ利用に関する許可を研究班が受け、研究班員が分析結果を館岩村に提供するという形態をとることにより解消している。それゆえ、本稿において実施した分析は館岩村に特有の課題について分析した特色がある。このため、分析内容について普遍性が無いとの指摘を受けるかも知れないが、それは正しくない。

個別保険者にとって必要なのは記述したとおり、当該保険加入者の医療サービス利用の情報である。このため、個別保険者が確保している医療供給の状況や加入者の状況によって分析すべき内容が異なってくる。

この点をふまえた上でも個別保険者に対する課題はいまだ残っている。ひとつは医療費分析システムのあり方についてである。高価なシステムを導入する余力がないため、小規模保険者が必要としているのは安価な医療費分析システムである。現状では医療費分析の単価は必ずしも明らかではないが、より一層質を向上させた安価なシステムを開発する必要がある。しかしながら安価なシステムで保険者の個別的な事情をふまえた分析を行うことは実際難しい課題である。

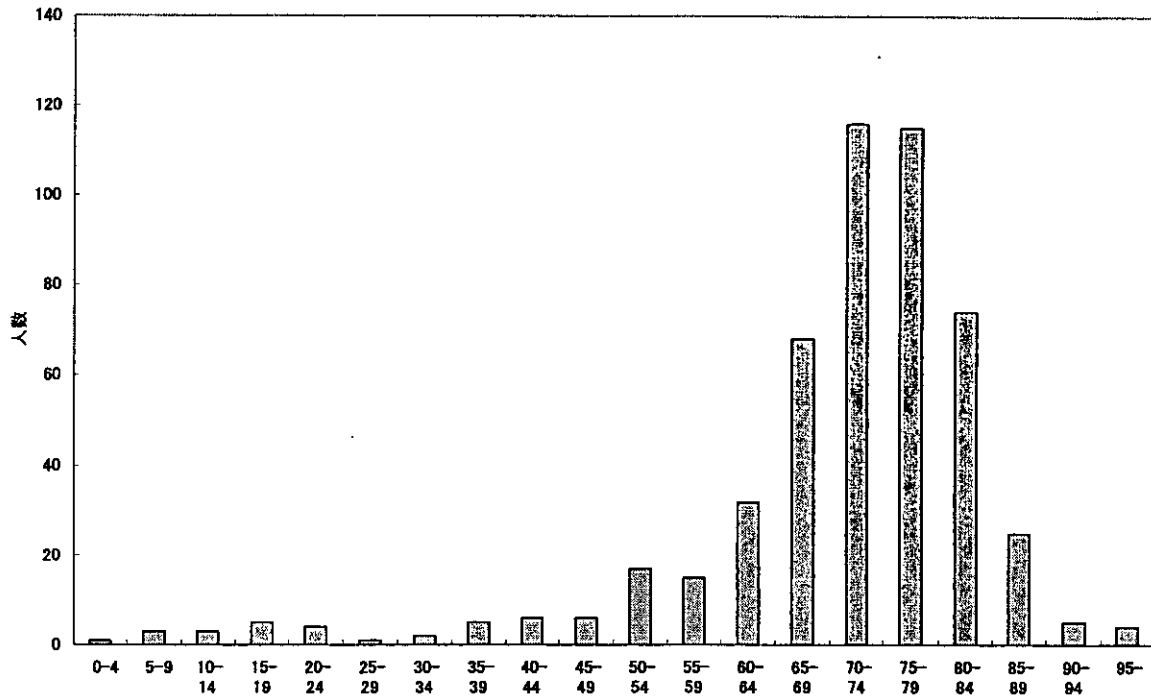
規模の大きな保険者にとっても安価なシステムを導入するべきであるかもしれない。現状のシステムが今後変更される可能性がある。つまり、電子カルテの導入や電子請求の拡大は保険者にもたらされる情報媒体や情報の形式を大きく変える可能性がある。このため、IT化が一定程度進行しない現状においては大規模な投資はするべきではないかも知れない。注意すべきは、これは医療費分析の必要性がないことを述べているわけではないことである。電子カルテの導入や電子請求の拡大は一般的に保険者の情報利用の範囲を拡大し、その費用を低廉にすると考えられる。このため、IT化はより迅速に進められる必要がある。

システムの問題以上に課題となるのは保険担当者が医療供給や医療費の課題について問題意識を持つと同時に基礎的な分析能力を一層向上させることである。分析を外部に

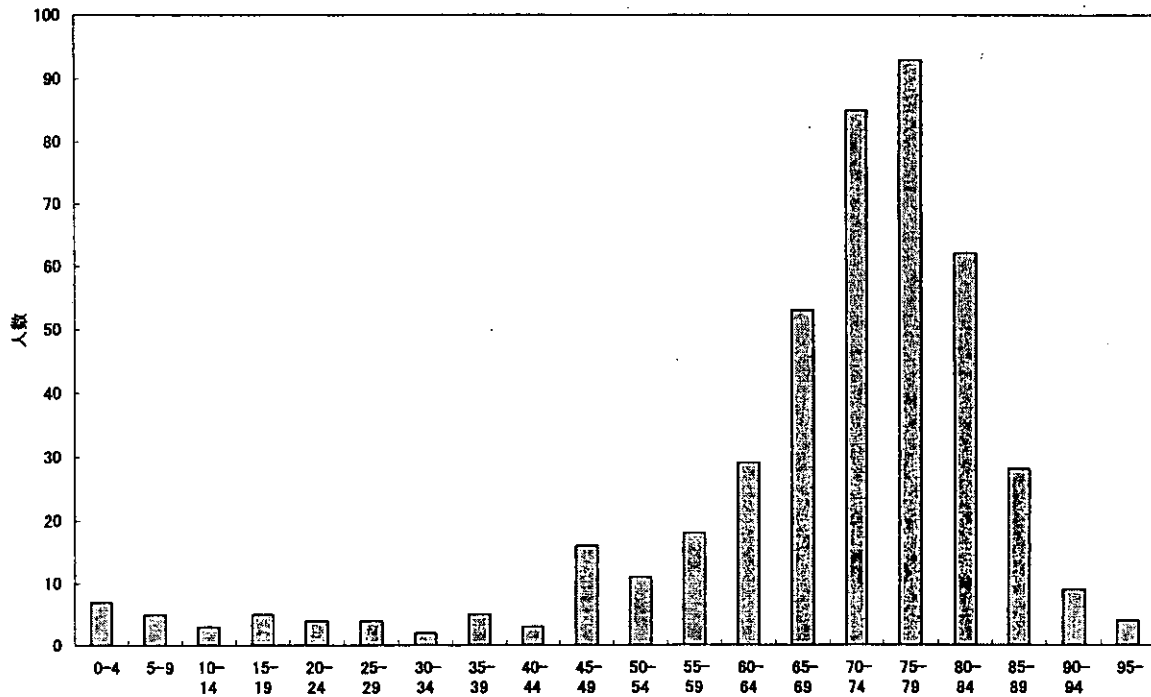
発注して行う場合、それが政策に反映されるためには、分かり易い分析結果が提供されることもさることながら、保険担当者の基礎的な分析能力に負う部分が多いと考えられる。

保険者が実施する医療サービスの利用分析はとかく医療費抑制の観点からのみ批評の対象となる。しかしながら、個別の患者のデータを分析していくことにより加入者に対してどのようなサービスを提供すべきかが見えてくる。この点については医療提供者にとっても事情は同じであり、患者、医療提供者、保険者が共同して必要な質・量のサービスを探るために共同して医療サービスの利用分析を行っていくべきであると考えられる。

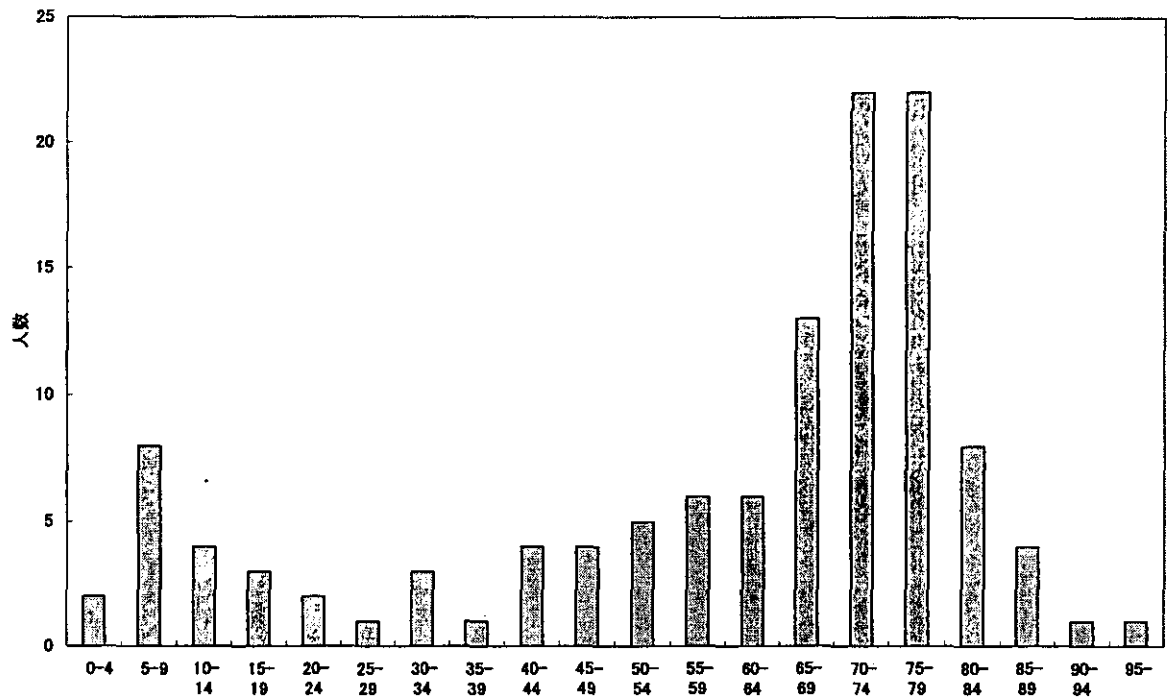
別図1 骨折および関節等の痛み



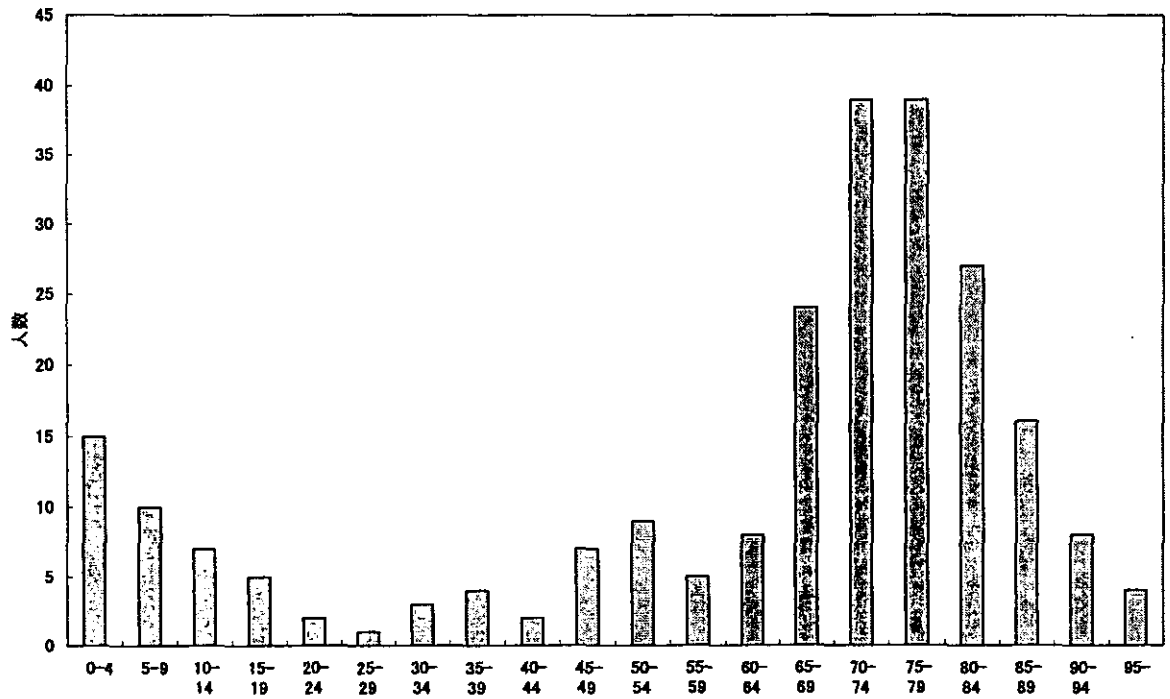
別図2 胃腸炎



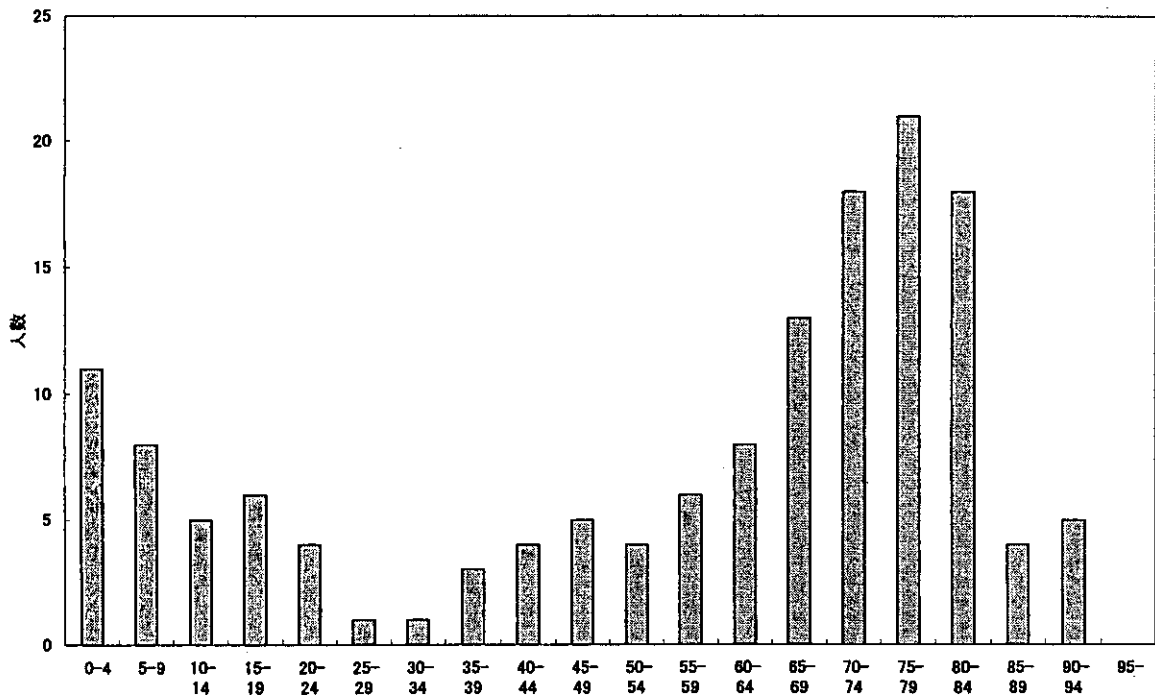
別図3 アレルギー等疾患



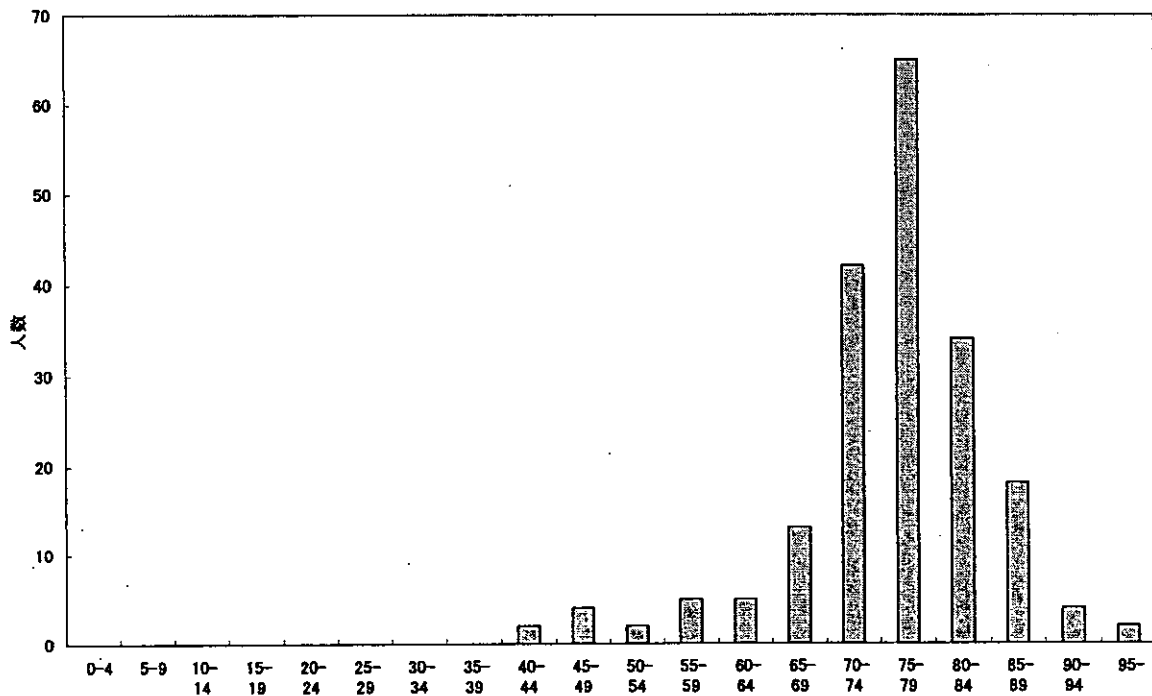
別図4 喘息



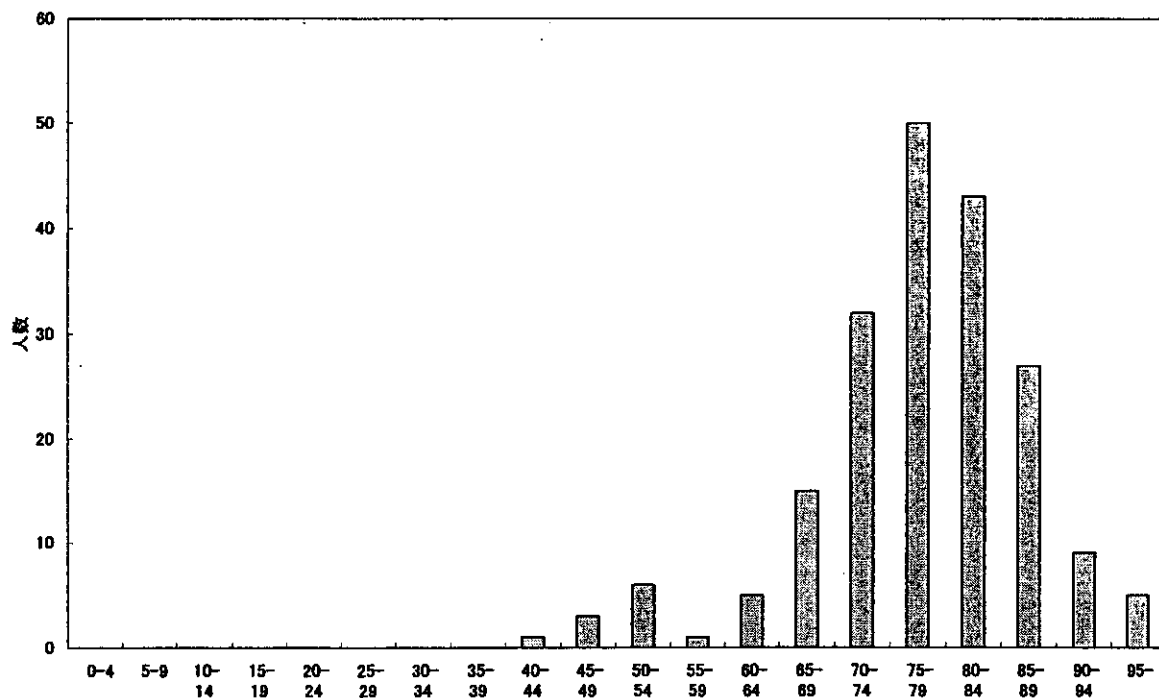
別図5 上気道炎等



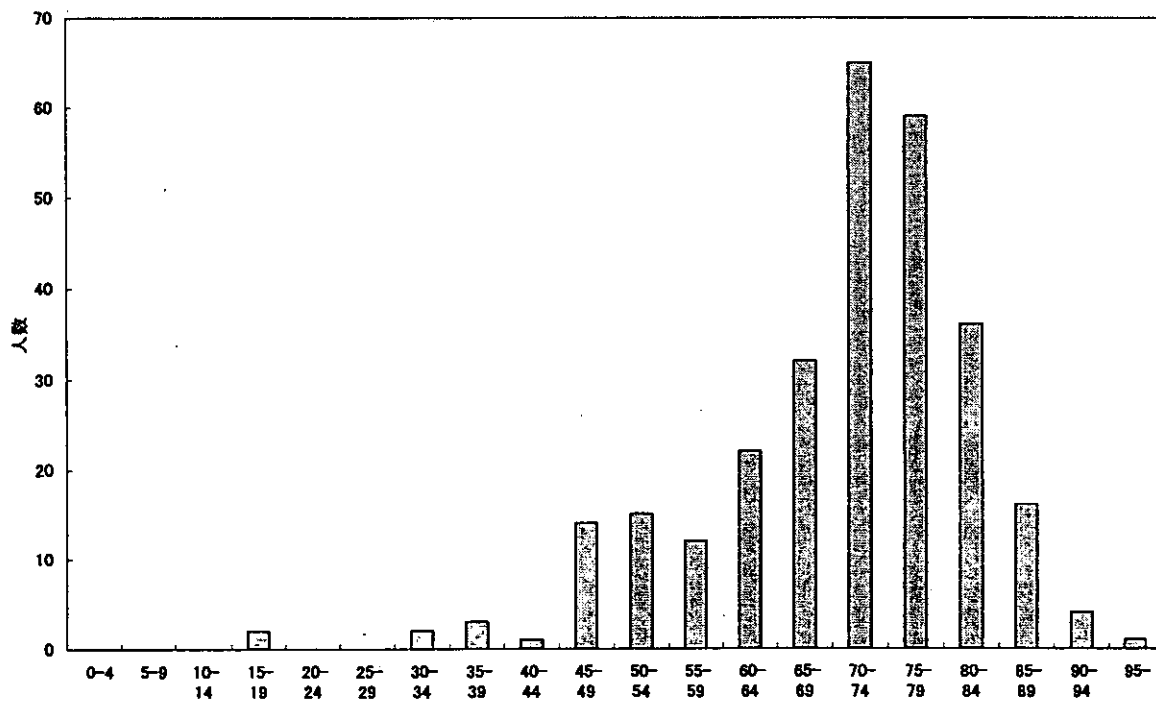
別図6 心臓の疾患



別図7 脳血管疾患



別図8 癌等



別表1 その他の傷病に関する傷病罹患別入院外来医療費

		傷病の罹患	N	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	t 値	自由度	有意確率 (両側)
入院	筋骨格	なし	51	107207.94	123236.3	17256.53	0.256	101	0.798
		あり	52	100838.12	128739.9	17853.01			
	心臓	なし	65	92718.08	117764.6	14606.90	-1.195	101	0.235
		あり	38	123276.63	137122.8	22244.25			
	脳血管	なし	63	101090.16	119267.3	15026.27	-0.293	101	0.770
		あり	40	108562.68	136097.4	21518.90			
	癌	なし	46	89521.02	113706	16765.03	-1.052	101	0.295
		あり	57	115670.53	134061.7	17756.90			
入院外	筋骨格	なし	317	11913.98	17164.05	964.03	-3.675	547.505	0.000
		あり	401	16098.83	12134.12	605.95			
	心臓	なし	547	12727.27	14698.15	628.45	-5.050	716	0.000
		あり	171	19125.99	13677.15	1045.92			
	脳血管	なし	540	13201.83	14630.63	629.60	-3.354	716	0.001
		あり	178	17434.70	14519.8	1088.31			
	癌	なし	512	12435.24	14726.08	650.81	-5.314	716	0.000
		あり	206	18764.67	13684.84	953.47			

厚生労働科学研究費補助金（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

## ㉒ 館岩村住民満足度調査の解析

分担研究者 山本克也 国立社会保障・人口問題研究所

福島県南会津郡館岩村の住民に医療・福祉に関するアンケート調査を行なった。アンケートの解析結果によると、新しい診療所をかかりつけ医とする住民は増加中である。また、老人保健施設にも8名が村から入所した。この結果にも、村民は満足しているようである。しかし、一説には、月の村の負担は200万円程度増加したといわれる。これが、国保保険料にどれだけ反映されるかは不明だが、単純計算では600～700円程度の増額となる。このことを含めて考察する必要がある。

### A. 研究目的

経済成長の鈍化と人口の高齢化が社会保障制度に大きな改革を迫っている。しかし、高度経済成長の中でさえも社会保障、とりわけ医療サービスを十分に受けて来たとは言い難い者もいる。それは「へき地」と呼ばれる場合も多い中山間地域や離島の住民である。この連載ではへき地においてどのように医師を確保すべきかという問題から、どのような保健福祉政策を立案すれば、効率よく、かつ、十分な保健・福祉を住民に提供できるかという問題を考察するための基礎資料収集が目的である。

### B. 研究方法

館岩村役場が実施主体となり、村民の身

体・精神の状況、暮らしぶりの状況、村の健康施策への評価等に関するアンケート調査を実施した。実査は保健福祉センターが村内全世帯に向けて、平成16年1月23日に配布し同年2月5日に回収した。

### C. 研究結果

アンケートの解析結果によると、新しい診療所をかかりつけ医とする住民は増加中である。また、老人保健施設にも8名が村から入所した。この結果にも、村民は満足しているようである。しかし、一説には、月の村の負担は200万円程度増加したといわれる。これが、保険料にどれだけ反映されるかは不明だが、単純計算では600～700円程度の増額となる。このことを含めて考察する必要がある。



#### D. 考察

館岩村は、福島県南会津郡（3町4村、県境）の南会津保健所（田島町）管内に位置し、面積は263.55平方キロである。南会津郡全体では1.64平方キロで、この約17%を占める。気候は間高冷地であり、平均積雪量は7～2.0mで平均気温は9℃である。人口は過疎・高齢化が進行しており、高齢化率は31.76%で県下10位である。平成15年9月まで、医科診療所は1件あったが医師の高齢化（80歳超）で後継者問題が発生していた。実際、外来は村外での受診が8割（伊南村等）で、入院となると100%村外で受診することになり、村民意識調査（1994）では「病院や診療所を充実すべき」との要望が8割近くを占めていた。そのような中、平成15年の9月に館岩愛輝診療所というへき地診療所（外来のみ＝入院なし）が、10月には湯花里苑という老人保健施設（70床）が開所した。この施設群の興味深い点は、公設民営方式を取っていることである。公設民営方式とは、1）建物の設置は館岩村、2）経営責任は医療法人仁嘉会（山田仁理事長）、3）館岩村は資本金、基本金等の2分の1以上を出資するというものである。ちなみに、この老人保健施設は、村だけではなく、南会津管内ではじめての老人保健施設である。

#### E. 結論

老人保健施設「湯花里苑」への入所を希望

するという回答は、全体の85%以上を占めており、湯花里苑への期待は非常に大きいと考えられる。入所を希望する理由としては、近いことを挙げた回答が最も多く、「近い」を含んだ回答は、合計で172件に上る。また「診療所がある」ということも非常に重要な要因となっており、こちらは120件の回答があった。その意味で、今回の老人保健施設の整備は、住民の満足度を高めたことにはなる。問題は、費用面であろう。一説には、月の村の負担は200万円程度増加したといわれる。これが、保険料にどれだけ反映されるかは不明だが、単純計算では600～700円程度の増額となる。このことを含めて考察する必要がある。

#### F. 研究発表

##### 1.論文発表

なし。

##### 2.学会発表

なし。

#### G. 知的所有権の取得状況

##### 1.特許取得

なし。

##### 2.実用新案登録

なし。

##### 3.その他

なし。

## 第2章 館岩村住民満足度調査の解析<sup>1</sup>

山本克也（国立社会保障・人口問題研究所）

### I. はじめに

経済成長の鈍化と人口の高齢化が社会保障制度に大きな改革を迫っている。しかし、高度経済成長の中でさえも社会保障、とりわけ医療サービスを十分に受けて来たとは言いがたい者もいる。それは「へき地」と呼ばれる場合も多い中山間地域や離島の住民である。この連載ではへき地においてどのように医師を確保するべきかという問題から、どのような保健福祉政策を立案すれば、効率よく、かつ、十分な保健・福祉を住民に提供できるかという問題を考察していく。

館岩村は、福島県南会津郡（3町4村、県境）の南会津保健所（田島町）管内に位置し、面積は263.55平方キロである。南会津郡全体では1.64平方キロで、この約17%を占める。気候は間高冷地であり、平均積雪量は7～2.0mで平均気温は9℃である。人口は過疎・高齢化が進行しており、高齢化率は31.76%で県下10位である。平成15年9月まで、医科診療所は1件あったが医師の高齢化（80歳超）で後継者問題が発生していた。実際、外来は村外での受診が8割（伊南村等）で、入院となると100%村外で受診することになり、村民意識調査（1994）では「病院や診療所を充実すべき」との要望が8割近くを占めていた。

そのような中、平成15年の9月に館岩愛輝診療所というへき地診療所（外来のみ＝入院なし）が、10月には湯花里苑という老人保健施設（70床）が開所した<sup>2</sup>。診療所長（老健施設長を兼務）は東京で腰痛治療の名医として成功を収めた医師である。この施設群の興味深い点は、公設民営方式を取っていることである。公設民営方式とは、1）建物の設置は館岩村、2）経営責任は医療法人仁嘉会（山田仁理事長）、3）館岩村は資本金、基本金等の2分の1以上を出資するというものである。ちなみに、この老人保健施設は、村だけではなく、南会津管内ではじめての老人保健施設である。

今回、館岩村役場が実施主体となり、住民の身体・精神の状況、暮らしぶりの状況、村の健康施策への評価等に関するアンケート調査を実施した。実査は保健福祉センターが村内全世帯に向けて、平成16年1月23日に配布し同年2月5日に回収した。回答者の基本属性は図表1にあげている。調査目的の最大のものは、開所から5ヶ月あまりたった新設の診療所がどのような状態に置かれているのかという情報収集と、住民の健康状態と健康観に対する情報収集である。調査票は付録にあげてある。

<sup>1</sup> 館岩村役場、館岩村保健福祉センターには貴重なデータを提供いただいた。星村長をはじめ、星前住民課長、阿久津住民福祉課長、館岩村保健福祉センター所長、星なか子保健婦には感謝申し上げます。

<sup>2</sup> 既存の高齢者生活福祉センターと老人福祉センターのそばに設立された。

## II. 基本統計

回答数は全部で394件、性別が不明なものが9件、居住地が不明なものが4件ある。また、高齢の住民にとっては回答に複雑さを要求するような設問もあったため、十分な回答が得られていない設問もある。この点は、たとえば設問記入者に工夫を施す必要がある。したがって、厳密に有効回答数を求めれば、かなりの回答票が使用できなくなる。今回の調査は、今後の館岩村の保健事業に対する、いわば事前調査でもあり、統計学的な厳密さよりも保健行政資料としての価値を優先して解析にあたることとしたい。

質問項目は多岐にわたるが、上述の調査目的に関連する質問項目についてのみ検討を加えていく。回答者の基本属性は図表1および2にあげてある。

図表1 男女別平均年齢

	平均値	度数	標準偏差
男性	62.00	180	15.40
女性	62.61	201	15.37
合計	62.32	381	15.37

図表2 男女別・年齢階級別・居住地域

		20歳台	30歳台	40歳台	50歳台	60歳台	70歳台	80歳台	90歳+	合計
男	地域 下郷	0	1	2	5	2	15	5	0	30
	宮里	1	2	6	5	5	15	0	0	34
	湯ノ花	2	3	6	15	13	21	2	1	63
	上郷	1	7	7	14	7	9	7	1	53
	小計	4	13	21	39	27	60	14	2	180
女	地域 下郷	0	1	2	2	5	8	3	0	21
	宮里	0	3	4	9	4	8	1	0	29
	湯ノ花	2	7	10	10	17	23	7	0	76
	上郷	2	5	11	10	11	25	9	2	75
	小計	4	16	27	31	37	64	20	2	201
合計	8	29	48	70	64	124	34	4	381	

## III. 館岩愛輝診療所

かかりつけ医の有無別と本人の主観的な健康観の関係は図表3-1にあげてある。かかりつけ医がないという回答は、自分の健康状態に自信のある人に多いといえる。しかし一方で、「あまり健康ではない」「健康でない」と回答した人の中にも、かかりつけ

医のいないケースがあり、このような状況は改善する必要があると考えられる。

図表 3-1 健康観別かかりつけ医の有無

		かかりつけ医		合計
		いる	いない	
健康観	とても健康	15	18	33
	まあまあ健康	176	71	247
	あまり健康ではない	42	9	51
	健康でない	20	1	21
合計		253	99	352

次にかかりつけ医がいますか、いるのであればどこにいますかという問に対しては図表 3-2 のような結果になっている。

図表 3-2 かかりつけ医の有無と所在地

		所在地		合計
		館岩	館岩以外	
かかりつけ医	有	82	165	247
	無	1	2	3
合計		83	167	250

かかりつけ医のいる人のうち、そのかかりつけ医が館岩にある人は全体の 3 分の 1 程度であり、館岩以外にかかりつけ医のいる人はかなり多くいるということがわかる。館岩村にはもともと病院はなく、診療所の医師も高齢（80 歳超）であったため、外来も村外での受診が 8 割（伊南村等）、入院は 100% 村外で受診という状況であったことを考えると、館岩愛輝診療所の需要は一定数が確保されているものと考えられる。

図表 3-3 愛輝診療所のかかりつけ医度

		館岩にかかりつけ医		合計
		有	無	
新診療所に受診した	受診した	70	49	119
	受診していない	7	108	115
合計		77	157	234

図表 3-3 では住民にとって館岩愛輝診療所がどのような位置付けになるかをたずねたものである。実際、まだ愛輝診療所をかかりつけ医とは思っていないくとも、愛輝診療所に受診したという回答が 49 あり、愛輝診療所に対する住民の期待は大きいと考えら