

ころ、-10.2%となった。

表 14 区分介護費別介護費指数（長野県）

	累計	要支援1	要支援2	軽度の要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
累計	0.91	0.48	0.77	0.63	0.78	0.83	0.89	1.00	1.04
男性	0.70	0.34	0.55	0.41	0.58	0.69	0.74	0.81	0.74
女性	1.02	0.57	0.89	0.76	0.89	0.91	0.98	1.11	1.20
65-75	0.85	0.44	0.67	0.57	0.73	0.76	0.80	0.95	1.06
75-	0.92	0.49	0.78	0.64	0.79	0.84	0.91	1.01	1.04
男性(65-69)	0.98	0.66	0.65	0.45	0.75	0.95	0.88	1.19	1.16
男性(70-74)	0.85	0.37	0.56	0.39	0.64	0.77	0.82	1.07	1.03
男性(75-79)	0.71	0.21	0.61	0.28	0.52	0.65	0.76	0.87	0.85
男性(80-84)	0.67	0.26	0.33	0.35	0.50	0.63	0.73	0.79	0.80
男性(85-)	0.66	0.51	0.73	0.62	0.66	0.69	0.70	0.71	0.56
女性(65-69)	0.78	0.29	0.55	0.56	0.74	0.74	0.73	0.79	0.91
女性(70-74)	0.84	0.47	0.83	0.75	0.80	0.69	0.77	0.81	1.10
女性(75-79)	0.91	0.50	0.77	0.71	0.85	0.76	0.91	0.96	1.10
女性(80-84)	0.99	0.56	0.97	0.71	0.87	0.89	0.97	1.06	1.20
女性(85-)	1.09	0.65	0.92	0.85	0.94	0.99	1.03	1.19	1.24

(出典：表1の記載データを基に著者作成)

表 15 区分介護費別介護費指数（静岡県）

	累計	要支援1	要支援2	軽度の要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
累計	0.93	0.82	1.21	0.59	0.92	0.96	0.97	0.96	0.90
男性	0.73	0.52	0.86	0.38	0.67	0.79	0.79	0.77	0.86
女性	1.04	0.99	1.41	0.72	1.05	1.05	1.06	1.06	1.02
65-75	0.96	0.74	1.31	0.58	0.91	0.93	1.00	1.00	1.02
75-	0.93	0.83	1.19	0.59	0.92	0.96	0.97	0.96	0.88
男性(65-69)	1.08	0.42	1.78	0.49	0.94	1.08	1.20	1.08	1.14
男性(70-74)	0.93	0.54	1.14	0.39	0.78	0.99	1.00	1.02	0.98
男性(75-79)	0.80	0.38	0.73	0.31	0.64	0.84	0.84	0.98	0.81
男性(80-84)	0.65	0.43	0.65	0.32	0.57	0.67	0.71	0.73	0.62
男性(85-)	0.63	0.81	0.87	0.50	0.68	0.75	0.71	0.51	0.46
女性(65-69)	0.86	1.17	1.15	0.61	0.94	0.75	0.77	0.89	0.96
女性(70-74)	0.98	0.86	1.33	0.75	0.99	0.89	1.02	1.01	1.01
女性(75-79)	1.03	0.95	1.54	0.70	1.08	1.01	1.01	1.05	1.06
女性(80-84)	1.06	0.91	1.43	0.72	1.08	1.07	1.08	1.07	1.06
女性(85-)	1.05	1.12	1.37	0.73	1.04	1.08	1.09	1.07	1.00

(出典：表1の記載データを基に著者作成)

ここまでの議論を踏まえ、表16のように長野県と静岡県の介護費総額を、それぞれ8億5,000万円、10億2,000万円と引き上げることを政策目標とする。もちろん、これは強制ではなく、この範囲内であれば、介護費が上昇しても構わないという、言わば上限設定金額という意味である。

表 16 国が設定する政策目標

	長野県		静岡県	
	対象	適正化インパクト	対象	適正化インパクト
引き下げ対象	女性(85歳以上)	3.50%	女性(80歳以上)	2.90%
引き上げ対象	男性(75歳以上)女性(74歳以下)	-11.90%	男性(75歳以上)	-10.20%
差し引き		-8.40%		-7.30%
		-852,304,288		-1,021,954,437

(出典：表1の記載データを基に著者作成)

5.3 都道府間の政策目標設定

長野県を例にとり、都道府県の政策目標設定方法について説明する。先の国の目標設定により、長野県は金額にして2億9,000万円、県総額に対して2.9%分、現状より引き上げる余地が与えられた。県は、県下高齢者福祉圏域の状況を分析した上で、国から提示された目標の範囲内で、圏域ごとに政策目標を割り振ることができる。

まず、高齢者福祉圏域ごとの介護費指数、適正化インパクトの状況を分析する。切り口としては、性・年齢階層からみるものと、要介護度区分から分析する方法の2通りが考えられる。もちろん、両者の観点を考慮したマトリックス表を作成し、二次医療圏ごとに丁寧に分析してもよいが、政策目標の割り振り程度であれば、傾向を把握する程度で良いと思われる。

まず、性・年齢階層の観点から、介護費指数と適正化インパクトを分析する(表17、表18)。介護費指数から、低い区分医療費を探してみると、二次医療圏全体として、男性(75歳以上)と女性(65-74)の層が、0.8を下回っていることがわかる(青枠部分)。確かに詳細にみると、長野や松本圏域では、女性の指数が0.9台とそれほど低くない部分もある。次に、介護費が高い層で、適正化インパクトが高い区分医療費を検討する。男性(65-69)の層では、一部の地域で高いことが確認できるものの、対応する適正化インパクトは小さいことがわかる。一方、女性(85歳以上)の部分は、介護費指数も高く、かつ適正化インパクトも高いことがわかる(赤枠部分)。

これらの分析から、介護費が低い方は男性(75歳以上)と女性(65-74)を、高い方は女性(85歳以上)を、適正化重点対象グループ候補としてあげることとする。

表17 高齢者福祉圏域別介護費指数(性・年齢階層別—長野県)

	北信	長野	上小	佐久	大北	松本	木曾	諏訪	上伊那	飯伊	合計
男性(65-69)	1.04	1.01	1.02	1.05	0.91	1.06	0.36	0.95	0.71	1.00	0.98
男性(70-74)	0.95	0.85	0.93	0.83	0.82	0.88	0.47	0.76	0.81	0.95	0.85
男性(75-79)	0.85	0.69	0.79	0.68	0.76	0.77	0.77	0.62	0.68	0.72	0.71
男性(80-84)	0.63	0.67	0.64	0.62	0.64	0.73	0.71	0.61	0.65	0.80	0.67
男性(85-)	0.58	0.65	0.71	0.71	0.61	0.70	0.65	0.61	0.59	0.69	0.66
女性(65-69)	0.53	0.85	0.70	0.68	0.97	0.96	0.32	0.64	0.73	0.76	0.78
女性(70-74)	0.70	0.90	0.84	0.88	0.74	0.98	0.63	0.63	0.74	0.85	0.84
女性(75-79)	0.90	0.91	1.00	0.85	1.04	0.97	0.81	0.86	0.78	0.94	0.91
女性(80-84)	0.90	1.02	1.03	0.96	0.81	1.10	0.86	0.93	0.88	1.00	0.99
女性(85-)	1.04	1.10	1.17	1.09	1.02	1.15	1.04	1.03	1.02	1.06	1.09
合計	0.85	0.92	0.97	0.91	0.86	0.98	0.84	0.84	0.83	0.92	0.91

(出典：表1の記載データを基に著者作成)

表18 高齢者福祉圏域適正化インパクト(性・年齢階層別—長野県)

	北信	長野	上小	佐久	大北	松本	木曾	諏訪	上伊那	飯伊	合計
男性(65-69)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
男性(70-74)	0.0%	-0.1%	0.0%	-0.1%	0.0%	-0.1%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.5%
男性(75-79)	-0.1%	-0.5%	-0.1%	-0.3%	-0.1%	-0.3%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-2.0%
男性(80-84)	-0.2%	-0.8%	-0.3%	-0.4%	-0.2%	-0.5%	-0.1%	-0.4%	-0.3%	-0.2%	-3.3%
男性(85-)	-0.4%	-1.3%	-0.4%	-0.5%	-0.2%	-0.8%	-0.1%	-0.6%	-0.6%	-0.5%	-5.5%
女性(65-69)	0.0%	-0.1%	0.0%	-0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.0%	0.0%	-0.4%
女性(70-74)	-0.1%	-0.1%	-0.1%	-0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	-0.1%	-0.7%
女性(75-79)	-0.1%	-0.2%	0.0%	-0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.2%	0.0%	-0.8%
女性(80-84)	-0.1%	0.1%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.3%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	0.0%	-0.2%
女性(85-)	0.1%	0.9%	0.6%	0.4%	0.0%	1.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	3.6%
合計	-1.0%	-2.0%	-0.3%	-1.2%	-0.6%	-0.4%	-0.4%	-1.6%	-1.6%	-0.8%	-8.9%

(出典：表1の記載データを基に著者作成)

次に、要介護度の観点から、適正化対象グループ候補の検討を行う。まず、介護費指数が低い方から分析すると、大北と諏訪と一部例外はあるものの、全体的には要支援1～要介護1までの区分介護費が0.8を下回るほど低いことが分かる（青枠部分）。一方、介護費が高い層では、高齢者福祉圏域のうち、北信、長野、上小、松本、飯伊の地域で、要介護度4と5のどちらか、あるいは双方の介護費指数と適正化インパクトが高くなっていることがわかる。

そこで、要介護度指数からみた適正化重点対象グループ候補として、低い方は要支援～要介護1の区分介護費（大北圏を除く）、高い方は要介護4、5の区分介護費（北信、長野、上小、松本、飯伊）をあげる。

表 19 高齢者福祉圏域別介護費指数（要介護度別—長野県）

	北信	長野	上小	佐久	大北	松本	木曾	諏訪	上伊那	飯伊	合計
要支援1	0.15	0.60	0.22	0.56	0.85	0.28	0.00	0.54	0.33	0.98	0.48
要支援2	0.45	0.75	0.52	0.76	1.15	0.98	0.00	1.01	0.69	0.69	0.77
経過的要介護	0.64	0.74	0.49	0.75	0.94	0.31	0.61	0.79	0.34	0.94	0.63
要介護1	0.66	0.77	0.81	0.79	0.91	0.65	0.68	0.94	0.95	0.77	0.78
要介護2	0.73	0.82	0.78	0.82	0.83	0.93	0.98	0.80	0.81	0.82	0.83
要介護3	0.67	0.95	0.93	0.94	0.90	1.00	0.83	0.80	0.77	0.84	0.89
要介護4	1.09	1.00	1.13	0.96	0.83	1.24	0.77	0.82	0.79	0.94	1.00
要介護5	1.07	1.04	1.18	1.01	0.80	1.10	1.03	0.84	0.93	1.20	1.04
合計	0.85	0.92	0.97	0.91	0.86	0.98	0.84	0.84	0.83	0.92	0.91

（出典：表1の記載データを基に著者作成）

表 20 高齢者福祉圏域適正化インパクト（要介護度別—長野県）

	北信	長野	上小	佐久	大北	松本	木曾	諏訪	上伊那	飯伊	合計
要支援1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.2%
要支援2	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%
経過的要介護	-0.1%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.4%	0.0%	-0.1%	-0.2%	0.0%	-1.2%
要介護1	-0.4%	-1.0%	-0.3%	-0.5%	-0.1%	-1.2%	-0.1%	-0.1%	-0.1%	-0.4%	-4.2%
要介護2	-0.3%	-0.7%	-0.3%	-0.4%	-0.1%	-0.2%	0.0%	-0.3%	-0.3%	-0.3%	-2.9%
要介護3	-0.4%	-0.2%	-0.1%	-0.2%	-0.1%	0.0%	-0.1%	-0.4%	-0.4%	-0.3%	-2.2%
要介護4	0.1%	0.0%	0.3%	-0.1%	-0.2%	1.0%	-0.1%	-0.4%	-0.5%	-0.1%	0.0%
要介護5	0.1%	0.2%	0.4%	0.0%	-0.2%	0.4%	0.0%	-0.3%	-0.1%	0.4%	0.9%
合計	-1.0%	-2.0%	-0.3%	-1.2%	-0.6%	-0.4%	-0.4%	-1.6%	-1.6%	-0.8%	-9.9%

（出典：表1の記載データを基に著者作成）

ここまでの分析から、介護費が高く引き下げ対象とする区分介護費を、女性（85歳以上、要介護度4、5）、大北圏を除く地域とし、介護費が低く引き上げ対象とする区分介護費を、男性（75歳以上、要支援～要介護3）と女性（65歳～74歳以下、要支援～要介護3）とし、地域を長野、上小、佐久、松本、飯伊の5つに設定する（表21）。集計した適正化インパクトの値は、2.9%、2億9,000万円で、国から提示された目標値内に設定している。

表 21 長野県の政策目標値

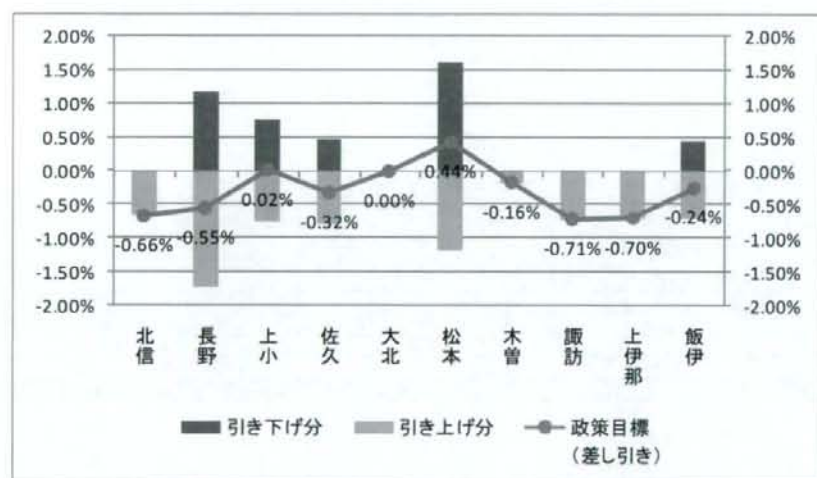
	長野県		
	対象候補(参考)	地域	適正化インパクト
介護費高 引き下げ対象	女性(85歳以上、要介護度4、5)	大北圏を除く地域	4.5%
介護費低 引き上げ対象	男性(75歳以上、要支援～要介護3) 女性(74歳以下、要支援～要介護3)	長野、上小、佐久、松本、飯伊	-7.4%
政策目標			-2.9%
	¥-292,354,424		

(出典：表1の記載データを基に著者作成)

表 22 二次医療圏別目標値一覧

	(単位:円)									
	北信	長野	上小	佐久	大北	松本	木曾	諏訪	上伊那	飯伊
引き下げ分	0.00%	1.17%	0.77%	0.48%	0.00%	1.62%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%
引き上げ分	-0.66%	-1.72%	-0.75%	-0.79%	0.00%	-1.18%	-0.16%	-0.71%	-0.70%	-0.70%
政策目標 (差し引き)	-0.66%	-0.55%	0.02%	-0.32%	0.00%	0.44%	-0.16%	-0.71%	-0.70%	-0.24%
	▲ 6,671	▲ 5,549	174	▲ 3,238	0	4,431	▲ 1,672	▲ 7,195	▲ 7,078	▲ 2,436

(出典：表1の記載データを基に著者作成)



(出典：表1の記載データを基に著者作成)

図 10 二次医療圏別目標値

5.4 高齢者福祉圏における適正化重点対象グループの設定

最後に、高齢者福祉圏における適正化重点対象グループの設定方法を、松本福祉圏を例に説明する。先の長野県の目標設定で松本高齢者福祉圏に課せられた目標は、増減分差し引きで 430 万円（県全体の介護費財政の 0.44%）介護費を減らすことである。国や都道府県は、適正化すべき金額の目標値を決めるのに対し、高齢者福祉圏では、その目標を達成するための適正化重点対象グループを具体的に検討することになる。

これまでと同様に、まず松本圏域の介護費指数と適正化インパクトの表を確認する。

表 23 介護費指数 (松本高齢者福祉圏)

	県計	要支援1	要支援2	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
県計	0.98	0.28	0.98	0.31	0.65	0.93	1.00	1.24	1.10
男性	0.75	0.24	0.62	0.21	0.47	0.77	0.83	1.01	0.74
女性	1.10	0.30	1.19	0.38	0.75	1.02	1.10	1.36	1.28
65-75	0.96	0.21	0.81	0.30	0.57	1.00	0.94	1.32	1.04
75-	0.98	0.29	1.01	0.31	0.66	0.93	1.01	1.23	1.10
男性(65-69)	1.06	0.30	0.36	0.32	0.43	1.36	0.85	1.84	0.91
男性(70-74)	0.88	0.07	0.54	0.11	0.46	0.88	0.97	1.24	0.98
男性(75-79)	0.77	0.00	0.56	0.15	0.45	0.73	0.82	1.10	0.88
男性(80-84)	0.73	0.11	0.29	0.15	0.42	0.77	0.87	0.94	0.80
男性(85-)	0.70	0.76	1.10	0.35	0.54	0.70	0.77	0.88	0.59
女性(65-69)	0.96	0.00	1.01	0.32	0.64	1.05	1.09	1.02	1.08
女性(70-74)	0.98	0.35	1.13	0.44	0.70	0.93	0.90	1.30	1.12
女性(75-79)	0.97	0.29	0.77	0.36	0.75	0.91	1.03	1.12	1.18
女性(80-84)	1.10	0.26	1.46	0.36	0.80	1.12	1.12	1.27	1.34
女性(85-)	1.15	0.35	1.20	0.39	0.74	1.02	1.12	1.45	1.31

(出典：表1の記載データを基に著者作成)

表 24 適正化インパクト (金額) (松本高齢者福祉圏)

(1,000円)

	県計	要支援1	要支援2	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
県計	▲ 3,986	▲ 461	▲ 19	▲ 3,994	▲ 12,148	▲ 2,001	53	10,525	4,059
男性	▲ 16,965	▲ 181	▲ 139	▲ 1,714	▲ 6,550	▲ 2,457	▲ 2,308	100	▲ 3,716
女性	12,979	▲ 280	121	▲ 2,281	▲ 5,598	456	2,361	10,425	7,776
65-75	▲ 948	▲ 67	▲ 25	▲ 505	▲ 1,693	5	▲ 221	1,394	164
75-	▲ 3,038	▲ 395	7	▲ 3,490	▲ 10,455	▲ 2,006	274	9,130	3,896
男性(65-69)	174	▲ 7	▲ 12	▲ 61	▲ 326	188	▲ 92	547	▲ 63
男性(70-74)	▲ 809	▲ 26	▲ 20	▲ 216	▲ 685	▲ 132	▲ 36	336	▲ 30
男性(75-79)	▲ 2,946	▲ 63	▲ 37	▲ 461	▲ 1,384	▲ 543	▲ 422	254	▲ 291
男性(80-84)	▲ 4,799	▲ 71	▲ 82	▲ 610	▲ 2,084	▲ 644	▲ 426	▲ 206	▲ 676
男性(85-)	▲ 8,585	▲ 14	11	▲ 365	▲ 2,070	▲ 1,326	▲ 1,333	▲ 831	▲ 2,656
女性(65-69)	▲ 135	▲ 11	0	▲ 66	▲ 221	31	59	12	61
女性(70-74)	▲ 178	▲ 22	7	▲ 161	▲ 461	▲ 83	▲ 153	499	196
女性(75-79)	▲ 474	▲ 58	▲ 26	▲ 449	▲ 812	▲ 222	82	414	596
女性(80-84)	2,766	▲ 96	86	▲ 753	▲ 1,206	561	671	1,632	1,871
女性(85-)	10,999	▲ 94	53	▲ 852	▲ 2,898	169	1,702	7,867	5,051

(出典：表1の記載データを基に著者作成)

まず、介護費指数が高い方を確認すると、女性の要介護3～5の部分の指数が高いことがわかる。特に、80歳以上の部分が高い。そこで、介護費指数を低くし、対象とする対象グループを80歳以上の女性・要介護度4・5と設定した(赤枠部分)。次に、介護費指数が低く、底上げすべきグループを検討する。女性の一部を除き、要支援～要介護1までの部分の指数が著しく低いことがわかる。目標金額との兼ね合いも考慮し、最終的に要支援～要介護1の要介護者(女性の一部をのぞく、青枠部分)に対象グループを設定した。

以上が、介護費の分析を通じて、適正化重点対象グループの候補を決める方法である。適正化重点対象グループを検討するにあたり、いくつか注意点を記しておきたい。まず、この方法は、費用からみて適正化重点対象グループ候補を検討したものであり、実際にはそれ以外の状況(要介護度者にな

る原因や介護度が重度化する原因、介護や医療の供給体制など）も考慮して、最終的に決定されるべきとする点である。2点目は、現在要介護状態になった者の介護サービスを打ち切るなどして、介護費を抑制すること等は想定していないということである。今回は、80歳以上の女性で、要介護3～5の対象者を適正化重点対象グループ候補として設定したが、これは現在介護サービスを受けている者の費用を削減することで対応するという意味ではない。このグループの介護費が相対的に高くなっている原因を突き止め、その原因に対して適切な対策を打つことにより、次世代のこのグループの介護費指数を適正化することを想定している。3点目も、2点目と同じ趣旨であるが、介護費指数を底上げすることは、無理に介護サービスを受けさせることを想定していない。住民が健康で介護サービスを必要としていないのであれば問題はない。しかし、介護サービス事業所が不足しているために少なかったり、サービスはあっても住民が介護サービスを利用する方法を知らなかったり、あるいは介護サービスを利用することを自制し、返って状態が悪化している要介護者がある場合は問題である。この場合も同じく、対象グループとなる介護費指数が相対的に低くなっている原因を突き止め、それに対応した適切な支援策がとられることを念頭においている。

6 総括

3カ年にわたる本研究全体の関心は医療費適正化にあるものの、医療費と関係の深い保健活動及び介護費と医療費との関係の分析、そしてそれぞれの適正化についても関心がある。介護費については、介護保険創設から8年あまりが経過し、介護費の適正化（介護費の効率化と介護へのアクセス改善）の必要性も求められている。平成19年度報告書「医療費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見」では、医療費適正化政策における国、都道府県、市町村の役割を整理し、それぞれの行政レベルで行うべき医療費の分析方法と適正化重点対象グループを発見する方法について具体的な検討を行ったが、この手法は医療費だけでなく介護費の適正化（医療費の効率化と医療へのアクセス改善）についても適用できるはずである。

そこで平成20年度研究では、平成19年度研究で医療費分析に用いた手法を用いて介護費の分析を行い、介護費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見方法の検討を行った。分析・考察は、介護費の地域差を解明する部分と、国、都道府県、市町村が役割分担し、適正化目標の設定と適正化重点対象グループを検討する2つの部分に分かれる。

静岡県と長野県の介護費を分析したところ、人口構成の影響を取り除いたとしても、全国平均よりも、静岡県は7%、長野県は9%低いことを確認した。ちなみに、昨年度算出した医療費指数は、静岡県が0.86、長野県が0.76（研究協力6府県を平均とした場合）であり、両県は医療費も低いことがわかっている。両県の介護費を詳しく分析した結果、県全体の介護費が低い理由は、男性の後期高齢者（75歳以上）の介護費が低いことにあることが明らかになった。対照的に、女性の後期高齢者の介護費水準は、静岡県では平均よりも高く、特に85歳以上では長野県も平均より高いことを確認した。（このことは、医療費を押し下げている主因が、女性にあったこととも対照的である）要介護度から見ると、静岡県は全体的に介護費が低いのに対し、長野県は、要介護1～3の水準が低く、それが県全体の介護費水準を押し下げていることが明らかになった。

次に、昨年度の医療費分析にならい、国、都道府県、市町村の役割と各行政レベルで行うべき介護費の分析と適正化政策目標、適正化重点対象グループ候補の検討方法について提案を行った。本研究

で提案する方法は、「上位の自治体が下位の自治体の適正化すべき介護費総額に関する政策目標を定め、要介護者や地域の介護環境に詳しい立場にある市町村が、最終的に適正化重点対象グループを決定する」というものである。具体的には、次の3段階のアプローチを取った。

まず、国は国全体で適正化すべき介護費総額と各都道府県が適正化すべき介護費総額について、政策目標を設定する。目標設定を行う際には、都道府県間の地域差の現状や背景にある原因、取り巻く環境について詳細に検討し、都道府県の状況に即した形で目標設定を行う。もちろん、個別の都道府県について詳細かつ完全に検討することには限界があるが、介護費の地域差を生み出しているグループ（性・年齢階層・要介護度区分）については最低限把握し、それらの分析に基づいて政策目標を設定することが必要である。ここで重要なことは、国は都道府県に課す目標値は、介護費総額であって個別の介護費ではないこと、また個別の都道府県の状況が考慮されるため、政策目標水準は都道府県によって異なることである。また、本研究では適正化は、介護費の効率化と介護費へのアクセスの改善の双方を念頭においているため、目標値は増加の場合と抑制の場合の二つの形があり得る。

次に、都道府県は国から設定された目標を達成するため、高齢者福祉圏単位で目標をブレイクダウンする。その際には、国が都道府県に対して分析を行ったように、高齢者福祉圏の被保険者構成（性別や年齢構成）、介護提供体制などの地域状況を加味して目標を設定する。都道府県が高齢者福祉圏単位で課す政策目標は、適正化すべき介護費総額のみであって、その内訳（疾病の種類や性・年齢階層）については情報提供を行うに止める。市町村単位ではなく、高齢者福祉圏単位で目標を設定するのは、介護保険事業支援計画と整合性を保ち、介護費の見通しに一定の安定性を持たせるためである。

そして最後に、同一高齢者福祉圏に所属する他の市町村と協議の上、各市町村が目標を達成するために必要な適正化重点対象グループを決定する。高齢者福祉圏単位で適正化重点対象グループを決定するが、同一圏域の中で要介護数や介護費の使い方に著しい地域差がある場合は、自治体間である程度調整する必要がある。ここで重要なポイントは、市町村が最終的に適正化重点対象グループを決定する権限を持つことである。国や都道府県が適正化重点対象グループを一方的に設定したとしても、適正化の是非や有効性が担保されなければ実現されることはない。言い換えれば、適正化重点対象グループの介護費の背景にある要因を突き止めなければ、適正化の是非も、対策も立てることができず、実効性のある適正化重点対象グループを設定できない。

したがって、被保険者の状況を把握しやすい立場にあり、他の市町村との状況もある程度比較できる立場にある者が適正化重点対象グループを設定すべきである。それを政策のプロセスに生かすと、高齢者福祉圏単位で複数の市町村が協議の上、適正化重点対象グループを設定することが望ましいと言える。

これまで述べてきたことをまとめると、上位の自治体が下位の自治体や高齢者福祉圏の適正化すべき介護費総額に関する目標を定め、要介護者や、介護サービス事業者など地域状況に最も明るい立場にある市町村が最終的に適正化重点対象グループを決定する方式となる。このように政策目標の設定と適正化重点対象グループの決定権を分離することで、国、都道府県、市町村の役割が明確になり、また地域状況に応じた形で適正化政策を推進することができる。

本研究では、昨年度の分担研究「医療費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見」にて行った医療費の地域差分析の手法を、介護費の地域差分析に実験的に応用し、分析を試みた。具体的には、介護費指数、財政影響度、財政影響率、適正化インパクトの4つの指標を通じて、介護費を決定づける要因とそのグループを特定した。その上で、国、都道府県、市町村（高齢者福祉圏）間の役割分

担と目標設定について考察した。

ただし、本研究全体は医療費の適正化を主目的としており、介護費単独の適正化ではない。本来、医療費の地域差分析と合わせて介護費の地域差を分析したのち、医療費の地域差と介護費の地域差がどのような関係にあるのかを考察すべきであると考え。また、その上で、介護費・介護サービス供給の適正化余地を医療供給とのバランスを加味しながら、必要があれば介護費・介護サービスの適正化を図るべきであろう。

最終年度となる平成 21 年度研究では、医療費と介護給付費の利用状況を同時に考察し、医療費適正化計画が目指すべき包括的な施策を検討する。その際には医療費の地域差分析で用いた医療施設充実度と同様に、介護施設充実度を指標として、介護サービス供給の地域差を加味することが必要である。

参考文献

- ・ 古城隆雄、印南一路,2008,「医療費の地域差要因と適正化重点対象グループの発見」,『厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究 平成19年度 分担研究報告書』,pp7~99
- ・ 医療経済研究機構,2004,『介護費・医療費の決定構造モデルに関する研究報告書』
- ・ 厚生労働省介護給付費実態調査(18年5月審査分)
- ・ 厚生労働省介護給付費実態調査(18年6月審査分)
- ・ 静岡県推計人口年報(平成18年10月分)
- ・ 静岡県,2006,『第3期静岡県介護保険事業支援計画』
- ・ 総務省統計局人口推計(平成18年10月分)
- ・ 長野県毎月人口異動調査(平成18年10月分)
- ・ 長野県,2006,『第3期長野県介護保険事業支援計画』

国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究
分担研究報告書

保健事業における地区組織活動と医療費適正化の取り組みについての評価
—山形県におけるパイロット調査の結果について—

今村 晴彦

慶應義塾大学 SFC 研究所 上席所員(訪問)

古城 隆雄

慶應義塾大学 SFC 研究所 上席所員(訪問)

印南 一路

慶應義塾大学総合政策学部 政策・メディア研究科 教授

研究要旨

本研究「国、都道府県の医療費適正化計画の重点対象の発見に関する研究」における医療費適正化計画は、医療計画、健康増進計画、介護保険事業計画を横断する計画として位置付けられている。したがって、医療費適正化を図るには、医療費自体の分析だけでなく、医療費と関係の深い保健活動及び介護費の分析、さらにこれらと医療費との関係の分析が必要となる。本分担研究は、保健活動自体の分析および保健活動と医療費の関係分析の前提として、山形県の市町村における地区組織活動と医療費適正化の取り組みの実態を把握することにした。

パイロット(アンケート)調査の結果、一般的には下火なるとされる地区組織活動が、山形県においては現在でもなお活発に実施されていること、また、担当者から概して高く評価されていること、さらに地区組織活動は、住民の「生活習慣の改善」や「健康意識の向上」といった、健康に直接関連する成果だけでなく、「地域のつながりを作る」「行政の施策に対する理解が得られる」といった、地域の「ソーシャルキャピタル」を高め、間接的に地域の健康に寄与する成果もあることが確認された。ただし、「重複受診者が減った」等、医療費適正化と関連した成果への評価は低く、地区組織活動は、直接的には医療費適正化に結びついていないことが示唆された。

一方、医療費適正化に関する取り組みについては、市町村における保健事業をはじめとした各種取り組みの中で、「検診」は「重点的に実施され、かつ成果も上げている取り組み」であり最も評価が高いこと、また、「レセプトのチェック」「国保等の関連部署との連携」については、「重要であると認識されているが、実施はあまりされていない」ことが示唆された。また、各取り組みにおける、医療費適正化と関連した「重複受診対策」「高額医療費対策」「医療受診の勧奨」の取り組みについては、全体的に評価が低く、あまり積極的に実施されていないことが示された。

地区組織活動と医療費適正化の取り組みの実態については、これまでほとんど体系的に把握されていないのが現状である。今回は山形県内のみの限定的な調査であったが、この調査によって今後より本格的な調査を行う価値が認められたと思われる。

目次

1. 背景と目的	178
1.1. 医療費適正化と保健事業	178
1.2. 地区組織活動への着目	178
2. アンケート調査の実施概要	180
2.1. アンケート調査の内容と方法	180
2.2. アンケート調査の回収状況	180
2.3. その他留意事項	181
3. 調査結果	181
3.1. 地区組織活動の取り組みと評価についての調査結果	181
3.2. 医療費適正化の取り組みと評価についての調査結果	204
4. 考察と展望	217
図 1 活動の実施度	186
図 2 活動の実施度(市町村・制度区分別)	187
図 3 予算とその内訳	189
図 4 地区組織活動の成果	192
図 5 地区組織活動の成果(市町村・制度区分別)	193
図 6 地区組織活動の評価	195
図 7 地区組織活動の評価(市町村・制度区分別)	197
図 8 地区組織活動の課題	198
図 9 地区組織活動の課題(市町村・制度区分別)	199
図 10 取り組みの全体評価	211
図 11 重複受診対策における取り組みの評価	212
図 12 高額医療費対策における取り組みの評価	213
図 13 医療受診の勧奨における取り組みの評価	214
表 1 アンケート返送率	181
表 2 アンケート返送内容	181
表 3 組織の経過年	182
表 4 推進員数と人口1万人当り推進員数	183
表 5 推進員数の内訳(男女別)	183
表 6 推進員数の内訳(職業別)	184
表 7 推進員数の内訳(経験年数別)	184
表 8 推進員の選出方法	185
表 9 地区別の活動の有無	188
表 10 地区別の活動における地区数の内訳	188
表 11 理事会・協議会の有無	188

表 12 任期の有無.....	189
表 13 任期の内訳.....	189
表 14 手当の有無.....	190
表 15 手当の内訳.....	191
表 16 OB 会の有無.....	191
表 17 保健師・栄養士等が地区組織活動に割く時間の割合.....	200
表 18 地区組織活動を活発に持続させる要件(全回答).....	201
表 19 患者像の定期的な検討.....	204
表 20 患者像検討における参考材料(複数選択).....	204
表 21 国保担当部署との情報交換・連携.....	205
表 22 重点的に対策を行なうべき疾患のカウント.....	205
表 23 疾病が重要であると思う理由.....	206
表 24 地域に不足していると考えられる診療科.....	207
表 25 保健師の人数(平均).....	208
表 26 人口 10 万人当り保健師の人数(平均).....	208
表 27 医療費適正化の取り組みの課題(全回答).....	215

山形県における地区組織活動および医療費適正化の取り組みと評価

—アンケートによる調査結果から—

1. 背景と目的

1.1. 医療費適正化と保健事業

自治体住民を対象とした保健事業は、古くから保健師を中心として実施されている。保健事業の種類としては、旧老人保健法(1982年制定)の第12条において、「健康手帳の交付」「健康教育」「健康相談」「健康診査」「医療(医療費の支給を含む)」「機能訓練」「訪問指導」「その他」の8つがあげられており、その目的は「国民の老後における健康の保持」とされている。近年では、糖尿病や高血圧等、急増する生活習慣病を予防する役割を担っており、疾病予防は疾病罹患による医療費の発生を防ぐことにつながるため、保健事業は医療費適正化の議論においても、極めて重要な位置を占めている。

保健事業と医療費の関連を調査した研究はいくつかある。例えば、川口ら(1995)は、10道県の393市町村について、平成3年の老人保健事業実施の指標と、同年の40歳以上の国民健康保険加入者1人当たり医療費(悪性新生物・循環系疾患・全疾患×入院・外来)との関係を、重回帰分析によって分析した結果、「基本健診受診率」と医療費に負の相関が見られると報告している。また、福田ら(1998)は、基本健康診査受診率が高い市町村ほど、低い市町村と比べて一人当たり診療費、一人当たり実日数の平均値がともに低いこと、また市町村保健センターを設置している市町村の方が、設置していない市町村と比べて、一人当たり診療費、一人当たり診療実日数の平均値がともに低いことを示している。さらに、松島(2003)は、熊本県の94市町村を対象として、老人保健事業と1人当たり国保医療費との関連を分析し、「10万人当たり保健師数」と「基本健康診査受診率」が有意な逆相関を示したことを報告している。今村ら(2008)は、生活習慣病の地域差に関するレビュー研究の中で、市町村の保健事業と医療費の関連を調査した文献をまとめた結果、「概して、保健事業は全般的に医療費を低減させる影響を持つ」とする。

これらの保健事業と医療費の関連を調査した研究では、「基本健診受診率」との影響を述べていることが多いのが特徴である。例えば、多田羅ら(1990)は、509都市を対象とした調査の結果、一般診査(基本健康診査)受診率が老人1人当たり入院医療の日数・費用・受診率において、概して有意な負の相関があることを報告している。それ以外にも、松田ら(1995)、川口(1994)、関山ら(1996)、竹内(2002)等が、同様の結果を報告している。

比較的新しい研究動向としてみられるのは、2002年度から始まった国保ヘルスアップモデル事業をはじめとした、個人への健康教育が、その後の医療費にどのように影響を与えるかを追跡した研究である。これらは概ね個別健康教育が、実施後の対象者の医療費(特に入院外医療費)増加の抑制や、生活習慣・血圧等の検査結果数値の改善に寄与していることを示している(藤谷ら(2001)、宍戸ら(2003)、岡山ら(2005)、安村他(2006)、小川ら(2007)等)。

1.2. 地区組織活動への着目

このように、保健事業の取り組みが医療費を低減させる役割を持つことは多くの研究が指摘しているが、その保健事業を「どのようにすれば効率的に実施できるか」については、これまであまり研究がされてこなかつ

たと言える。

本研究で対象とする山形県では、同じ「基本健康診査受診率」でも、市町村によって、30.9%から 90.2%まで、大きな開きがある¹。前述した先行研究の結果によれば、この差は医療費の差に結びつくことになるため、どのようにして、「基本健康診査受診率」を上げるかということが、市町村にとって、大きな課題となるであろう。ここで注目したいのが、多くの自治体で保健師等が中心となって古くから行なっている「地区組織活動」である。

地区組織活動の概念は、1952～1953 年頃にアメリカから日本に導入されたものであり、コミュニティ・オーガニゼーションとも呼ばれる。旧老人保健法では明確に規定されていない活動である。宮坂他(2006)は、地区組織活動について、「簡単にいえば、ある地区(多くは町内会・自治会・部落会の範囲、あるいは小学校区の範囲、時に市町村全域)における保健衛生のための住民の自主的で組織的な活動」と述べており、その「保健・福祉活動における位置づけ」として、下記の5点をあげている。

【地区組織活動の保健・福祉活動における位置づけ】

- ①住民自身の日常生活的な問題を、住民の直接的な参加によって集団として解決していくこと
- ②住民側の要望を行政側等に出して問題解決を図ること
- ③広域にわたる、多くの資金・専門的知識・施設等を必要とする問題については、住民側の代表を送り、問題解決に参加すること
- ④行政側が立てた事業計画への協力
- ⑤以上によって、同時にその地域における住民の組織化が進められるとともに、住民の自由意志による参加によって、地域における“人間疎外”を防ぐことができ、精神保健が維持・増進される。

宮坂ら(2006)によれば、日本の保健分野においては、1882 年頃より町内会を基盤とした「衛生組合」という組織が存在していたが、徐々に衛生行政の下部組織となり、第2次世界大戦後に、GHQによって、町内会・部落会とともに解散させられた(衛生組合の解散命令は 1948 年)。しかしながら、解散命令にも関わらず、町内会・部落会はその後、実質存続し続けた。その後、町内会・部落会を基盤として、当時の大きな衛生課題であった、「(伝染病の原因となる)ハエと蚊の撲滅」を目的に、1955 年頃から活発な活動が全国的に展開し、多くの成果をあげた。その後、1965 年頃から、疾病構造の変化や都市化、工業化、価値観の多様化に伴い、これらの地区組織活動は「急速に下火になっていった」とされている。しかしながら、保健や食生活改善を目的とした地区組織活動は、各地で続けられ、大きな成果を上げた例も少なくない。

例えば、山形県大蔵村は、県の統計『平成17年度 基本健康診査・がん検診成績表』によると、基本健康診査受診率が 75.6%(県平均 61.3%)、胃がん検診受診率が 68.5%(県平均 38.7%)、大腸がん検診受診率が 72.6%(県平均 41.3%)、乳がん検診受診率が 61.9%(県平均 21.3%)、子宮がん検診受診率が 59.0%(県平均 25.9%)と、県平均と比較して、基本健康診査および、各種がん検診の受診率が極めて高い村である。著者による同村へのヒアリング調査²によれば、大蔵村は、昔は「医療過疎地域」であったが、1973 年に設置された「保健衛生推進員」組織³や、1978 年に設置された「食生活改善推進協議会」を中心とした地区

¹ 山形県『平成17年度 基本健康診査・がん検診成績表』より。

² 2008 年 11 月に実施。

³ ただし、「保健衛生推進員」組織は、全く新しい組織ではなく、それまで村にあった「衛生協力班」が、その基になっている。

組織活動によって、今や、住民は、「健診を受けるのが当たり前」という意識になったという。

また、今村(2008)は、長野県において、戦後からの長い歴史を持つ「保健補導員組織」という地区組織活動について調査した。その結果、現在においても、保健補導員組織は、1村を除き県内の全市町村(80市町村)で設置されており、2007年には12,965人の保健補導員が、「健診の受診勧奨」「健康学習」「健康教室の開催」をはじめ、地域で活発な活動をしていることを明らかにしている。長野県は、現在、「医療費が低く、かつ長寿である」という、「健康長寿」の県として注目される県であるが、こうした保健補導員の活動が、長野県の健康に少なからず大きな影響を与えていることが、強く示唆される結果となっている。

このように、地区組織活動は、保健事業の効率や、住民の健康を測る際の、「隠れた変数」になっている可能性がある。しかしながら、地区組織活動については、旧老人保健法では明確に規定されていなかった活動のため、「訪問指導」「健康教育」等の他の保健事業と違い、厚生労働省の実施する『地域保健・老人保健事業報告』にも記載されず、その実施状況は体系的には把握されていないのが現状である。また、先行研究においても、特定の市町村の取り組みにおける研究はあるものの(張, 2001, 星野, 2002 等)、その実態と評価を同時に調査した研究はほとんどない。また、地区組織活動を含め、各市町村が、医療費適正化に関連して、どのような取り組みを行なっているのか、また、それに対してどのような自己評価をしているのかも、明らかとはなっていない。

そこで、本研究では、山形県を対象に、県内の市町村における地区組織活動および医療費適正化の取り組みについて、その実態把握と自己評価を目的としたアンケート調査を実施することにした。

2. アンケート調査の実施概要

2.1. アンケート調査の内容と方法

アンケートは、「地区組織活動に関する取り組みと評価について」と題したパートⅠと、「医療費適正化に関する取り組みと評価について」と題したパートⅡの2部を作成し、2008年12月15日付で山形県内の全35市町村に配布した。質問項目については巻末の別添資料を参照されたい。

アンケートの送付先は、各自治体において地域の保健や健康づくりを担う部署とした。地区組織活動については、自治体によっては複数の組織があることが多いため、パートⅠは、1つのアンケート用紙につき1つの地区組織活動についての実態と評価を聞く内容とした。代表的な地区組織活動として、①地域の食生活改善を担う“食生活改善推進員”の活動、②地域の保健や運動等の生活改善を担う“保健推進員”“保健補導員”といった活動の2種類を想定し、同一のアンケートを2部送付した。3種類以上の地区組織活動を積極的に推進している自治体の場合は、アンケート用紙のコピーをお願いし、その上で、該当する活動分について、回答を依頼した。

2.2. アンケート調査の回収状況

回答締切りは2008年12月中と設定したが、返信期間が短く回収率が低かったため、2009年1月に電話による返送依頼を行なった。その結果、2009年2月12日時点で、23市町村からの回答があり、回収率は65.7%となった。市町村別の回答の詳細は表1の通りである。本報告書で述べる調査結果は、この23市町村の回答内容をもとにしたものである。

表 1 アンケート返送率

	送付数	回収数	回収率
市	13	9	69.2%
町	19	12	63.2%
村	3	2	66.7%
計	35	23	65.7%

回収数は上記の通り 23であったが、パート I の回答が自治体によって1～3通とばらつきがあり、パート II の回答がなかった自治体があったため、その内容を下記表 2 にまとめた。

パート I は、延べ 36 通の回答があった。このうち、食生活改善推進員についての回答が 22 通、保健・運動等に関する推進員についての回答が 14 通である。特に、食生活改善推進員については、回答のあった 23 自治体のうち、1自治体を除く全ての自治体について回答があったことになる。なお、推進員の名称は、食生活改善推進員については、自治体によって名称の違いはなかったが、保健・運動等に関する推進員については、「健康推進員」「保健補導員」「健康づくり推進員」「保健委員」「運動普及推進員」等、自治体によって様々な名称で呼ばれていた。

一方、パート II は、回答のあった 23 自治体のうち、2市がパート I のみの回答であったため、回答数は 21 通であった。

表 2 アンケート返送内容

		市	町	村	合計	
パート I 延べ回収数		14	18	4	36	100.0%
内訳	食生活改善推進員について	9	11	2	22	61.1%
	保健・運動等に関する推進員について	5	7	2	14	38.9%
パート II 延べ回収数		7	12	2	21	-

2.3. その他留意事項

以降では、アンケートの調査結果を述べていくが、その文中においては、地区組織活動について、団体としての活動主体は「組織」、その担い手については「推進員」という用語を用いて区別している。また、「食生活改善推進員」「保健・運動等に関する推進員」の2種類の活動については、「制度区分」という用語を用いた。

3. 調査結果

3.1. 地区組織活動の取り組みと評価についての調査結果

まず、地区組織活動の取り組みと評価についてのアンケート(パート I)の回答内容を分析した結果について述べる。

組織の経過年について

最初に、回答のあった 36 の地区組織活動の各組織について、アンケート集計時点で、設置何年目となる

かについて、その内訳(10年単位)を示したのが、表3である。最も多いのが、「30～40年未満」となっており、全体の41.7%を占めている。また、経過年の平均は、全体で30.7年となっており、市町村別では、「市」が26年、「町」が34.1年、「村」が29.8年となっている。各組織とも長い歴史を持っていることがわかる。「食生活改善推進員」「保健・運動等に関する推進員」の制度区分別に見ると、「食生活改善推進員」は平均32.6年、「保健・運動等に関する推進員」は平均28.1年であった。

なお、最も新しい組織は酒田市の食生活改善推進協議会で、今年で3年目⁴、最も設置年度が古かったのは1955年1月に設置された三川町の保健委員で、今年で54年目であった。

表3 組織の経過年

内訳	市	町	村	全体	
10年未満	2	1	0	3	8.3%
10年～20年未満	1	0	0	1	2.8%
20年～30年未満	4	3	1	8	22.2%
30年～40年未満	5	7	3	15	41.7%
40年～50年未満	1	5	0	6	16.7%
50年以上	0	1	0	1	2.8%
無回答	2	0	0	2	5.6%
計	15	17	4	36	100.0%

推進員の人数について

地区組織活動を推進する推進員数と、人口1万人当りの推進員数について、市町村別、および、「食生活改善推進員」「保健・運動等に関する推進員」の制度区分別にまとめたのが、表4である。集計は、推進員数について回答のあった32組織について行っている。また、人口1万人当りの推進員数は、アンケート中の、地区人口についての質問の回答をもとに計算してある。

アンケートで回答のあった32組織の推進員数の合計は、6,039人であった。市町村別に見ると、「市」が4,084人で最も多く、次いで「町」の1,813人、「村」の142人となっている。また、制度区分別に見ると、「食生活改善推進員」が3,866人、「保健・運動等に関する推進員」が2,173人となっている。

一方、人口1万人当りの推進員数を見てみると、「食生活改善推進員」「保健・運動等に関する推進員」とともに、「市」で最も低いことがわかり、次いで、「食生活改善推進員」は「村」(60.2人)→「町」(86.0人)の順番、「保健・運動等に関する推進員」は「町」(65.2人)→「村」(95.4人)の順番で高くなっている。このことから、「市」は、推進員数自体は多いものの、人口当りの率では、「町」「村」に比べて、低い水準であることがわかる。また、「保健・運動等に関する推進員」の38.8人と比較して、「食生活改善推進員」は46.4人と多いことも特徴である。

なお、後述(P.188参照)のように、推進員には任期があることが多く、また、表3で見たように、各組織の歴史も長い。そのため、2008年度の人数だけを見るだけでは、地域における地区組織活動の影響を測ることはできないと考え、別途、これまでの推進員の「経験人数」を聞く質問も設けた。この質問に回答があったのは17組織のみであったが、その経験人数を、現在の地区人口で割った率(ここでは仮に「累積経験率」と呼ぶ)を算出した。最も率の高かったのは、「食生活改善推進員」では三川町の食生活改善推進員(884人、

⁴ ただし、これは、2005年11月の合併によって、もともと各旧市町村にあった組織も合併して再スタートをしたことによる。

11.2%)、「保健・運動等に関する推進員」では戸沢村の保健推進員(534人、9.3%)であった。いずれも、計算上では人口の約1割ということになり、少なくない人数の住民が推進員活動を体験していることになる。市町村別に見ると、「市」では、山形市の食生活改善推進員(2,450人、1.0%)、鶴岡市の食生活改善推進員(2,100人、1.5%)等、この割合は少なくなる傾向にあるが、それでも、尾花沢市の尾花沢市保健委員(1,000人、5.0%)といった、比較的高い割合の市もある。それ以外では、高島町の保健補導員(1,800人、6.9%)、朝日町の食生活改善推進員(746人、8.8%)、三川町の保健委員(565人、7.2%)、鮭川村の保健推進員(500人、9.1%)といった例があり、程度の差はあるが、それぞれ、地域に推進員の経験が蓄積されていると考えられる。「累積経験率」は地域の健康状態や健康意識に少なからぬ影響を与えていることが推測されるので、地区組織活動の影響を測る際には、「累積経験率」を考慮する必要がある可能性が示された。

表 4 推進員数と人口1万人当り推進員数

	市		町		村		合計	
	推進員数	人口1万当り推進員数	推進員数	人口1万当り推進員数	推進員数	人口1万当り推進員数	推進員数	人口1万当り推進員数
食生活改善推進員について	2,672	38.6	1,159	86.0	35	60.2	3,866	46.4
保健・運動等に関する推進員について	1,412	31.5	654	65.2	107	95.4	2,173	38.8
合計	4,084	-	1,813	-	142	-	6,039	-

(単位:人)

推進員数の内訳について

推進員の人数について、「男女別」「職業別」「経験年数別」に、その内訳を聞いた質問の結果が、表 5～表 7 である。なお、この内訳については、無記入の回答も多いため、有効な回答のみを算出対象としている。そのため、それぞれについて合計の人数は異なる。「男女別」の有効回答数は 32 件、「職業別」の有効回答数は 13 件、「経験年数別」の有効回答数は 22 件であった。

まず、「男女別」についてであるが、これについては、有効回答件数が 32 件で 6,009 人分についての回答があり、ほとんどの組織で内訳が把握されていることがわかった。表 5 を見るとわかる通り、全体としては、「②女性」が 5,632 人(93.7%)と圧倒的な率を占めており、ほとんどの推進員は女性であることがわかる。ただし、「食生活改善推進員」「保健・運動等に関する推進員」の制度区分別に見てみると、「保健・運動等に関する推進員」は、人数は少ないものの、「食生活改善推進員」と比較して、男性が多い傾向にある(2,143 人中 356 人で 16.6%)。一方、「食生活改善推進員」は、男性のなり手がほとんどいないことが見て取れる。

表 5 推進員数の内訳(男女別)

男女内訳	市町村別内訳			制度別内訳		合計	
	市	町	村	食生活	保健・その他		
①男性	216	129	32	21	356	377	6.3%
②女性	3,868	1,654	110	3,845	1,787	5,632	93.7%
計	4,084	1,783	142	3,866	2,143	6,009	100.0%
有効回答数	12	17	3	19	13	32	-

(単位:人)

次に、「職業別」についてであるが、これについては、有効回答件数が 13 件で 724 人分についての回答しかなく、あまり把握されていないことがわかった。ただし、この中でも一定の傾向を読み取ることができる。表

6を見るとわかる通り、全体としては、「⑤主婦」が362人(50.0%)と半数を占めており、次いで「④農業(専業)」の133人(18.4%)、「①会社勤務」の86人(11.9%)となっている。このことから、推進員は主婦が多いことがわかる。ただし、「食生活改善推進員」「保健・運動等に関する推進員」の制度区分別に見てみると、その傾向に若干の違いがある。「保健・運動等に関する推進員」は、「食生活改善推進員」と比較して、「⑤主婦」が少ない傾向にある(330人中133人で40.3%)一方で、「①会社勤務」が多い傾向にある(330人中72人で21.8%)のが特徴である。この結果は、表5で見たように、「保健・運動等に関する推進員」には男性が多いことが関連していると考えられる。

表6 推進員数の内訳(職業別)

職業内訳	市町村別内訳			制度別内訳		合計	
	市	町	村	食生活	保健・その他		
①会社勤務(正社員)	20	29	37	14	72	86	11.9%
②会社勤務(パート等)	24	24	14	31	31	62	8.6%
③自営業	14	28	10	22	30	52	7.2%
④農業(専業)	51	68	14	90	43	133	18.4%
⑤主婦	118	194	50	229	133	362	50.0%
⑥その他、不明	0	11	18	8	21	29	4.0%
計	227	354	143	394	330	724	100.0%
有効回答数	3	7	3	7	6	13	-

(単位:人)

最後に、「経験年数別」についてであるが、これについては、有効回答件数が22件で3,121人分についての回答があり、比較的多くの組織で把握されていることがわかった。表7を見るとわかる通り、全体としては、「③6年～10年」が894人(28.6%)と最も多いが、他の年数と比べてあまり差がなく、比較的均等に分散されている結果となった。ただし、「食生活改善推進員」「保健・運動等に関する推進員」の制度区分別に見てみると、その傾向には明確な違いが見て取れる。「食生活改善推進員」は、後述のように、任期のない組織がほとんどのため、経験年数が比較的長い推進員が多い傾向にある。特に、「④11年以上」の推進員が2,238人中693人と、31.0%の割合を占めているのが特徴であり、「③6年～10年」と合わせると2,238人中1,561人で、69.7%を占める計算となる。一方で、「保健・運動等に関する推進員」は、任期が定められている組織が多く、最も多いのが「①2年以内」で、883人中566人と、64.1%を占めているのが特徴である。

表7 推進員数の内訳(経験年数別)

経験年数内訳	市町村別内訳			制度別内訳		合計	
	市	町	村	食生活	保健・その他		
①2年以内	281	426	94	235	566	801	25.7%
②3年～5年	514	195	18	442	285	727	23.3%
③6年～10年	773	101	20	868	26	894	28.6%
④11年以上	325	364	10	693	6	699	22.4%
計	1,893	1,086	142	2,238	883	3,121	100.0%
有効回答数	8	11	3	12	10	22	-

(単位:人)

推進員の選出について

地区組織活動の推進員について、どのような方法で選出しているかについて聞いた質問の結果は表8の

通りである。選択肢は、事前調査等をもとに、「A=自治会からの推薦で主に持ち回り」「B=自治会からの推薦で主に選挙」「C=自治体から直接依頼」「D=公募」「E=その他」の5個を設定した。

全体としては、「B=自治会からの推薦で主に選挙」「C=自治体から直接依頼」の回答が1件もなく、最も多い「D=公募」の44.4%と、「A=自治会からの推薦で主に持ち回り」の37.0%がほとんどであった。

これは、「食生活改善推進員」「保健・運動等に関する推進員」の制度区分別に見ると、より、その傾向が明確となっており、「食生活改善推進員」は「D=公募」が多い(66.7%)一方で、「保健・運動等に関する推進員」は、「A=自治会からの推薦で主に持ち回り」が多い(66.7%)という違いが出ている。「食生活改善推進員」については、養成講習後に希望により推進員となる方式が確立されているため、「D=公募」が多い結果となったと考えられる。

表 8 推進員の選出方法

選出方法	市町村別内訳			制度別内訳		合計	
	市	町	村	食生活	保健・その他		
A:自治会からの推薦で主に持ち回り	1	7	2	2	8	10	37.0%
B:自治会からの推薦で主に選挙	0	0	0	0	0	0	0.0%
C:自治体から直接依頼	0	0	0	0	0	0	0.0%
D:公募	7	4	1	10	2	12	44.4%
E:その他	1	4	0	3	2	5	18.5%
計	9	15	3	15	12	27	100.0%

活動の内容について

図 1 は、地区組織活動の活動内容について、今村(2008)による長野県の保健指導員活動の調査等で得られた、代表的な9個の活動内容について、その「実施度」を、回答記入者が4段階評価をした結果である。指標は、具体的に、「①健診の受診勧奨—広報や申込用紙等の配布」「②健診の受診勧奨—申込の取りまとめ」「③健康教室の実施」「④推進員の健康学習」「⑤母子保健活動」「⑥独居老人等への声掛け」「⑦地区の文化祭等の行事への参加」「⑧ボランティア活動」「⑨献血推進運動」を設定した。

また、評価基準は、各活動について、「A=積極的に行っている」「B=行っている」「C=必要であれば行っている」「D=全く何もしていない」としており、図中の棒グラフおよび「全体平均」を算出する際は、A=4点、B=3点、C=2点、D=1点に換算している。つまり、図中の平均点数が高い(最高4点)ほど、活動を実施していることになる。回答数は 21~28 と比較的少なかったが、それでも、実施度の差について、いくつか興味深い特徴が出ている。

最も実施度が高かったのが「④推進員の健康学習」で、実施度の平均は 3.5 点であった。これは、「C=必要であれば行っている」「D=全く何もしていない」の回答が唯一1件もない活動となっており、「食生活改善推進員」「保健・運動等に関する推進員」を問わず、地区組織活動の根幹となる活動であると言える。次に実施度が高かったのが、「③健康教室の実施」「⑦地区の文化祭等の行事への参加」で、それぞれ実施度の平均は 3.0 点であった。「③健康教室の実施」は、健康づくりに直接関係する活動であるが、「⑦地区の文化祭等の行事への参加」が高いということは、それに加えて、地域との交流も重要視しているということがわかる。次いで、「⑧ボランティア活動」も、実施度の平均が 2.9 点と高くなっている。

いずれも、「A=積極的に行っている」「B=行っている」の回答が多い活動となっており、「④推進員の健康学習」「③健康教室の実施」「⑦地区の文化祭等の行事への参加」「⑧ボランティア活動」の4活動が、代