

保健福祉医療環境が地域住民医療費に 与える効果について

工藤 啓、荒井由美子¹⁾、斎藤トシ子²⁾

宮城大学看護学部

キーワード

市町村保健センター、医療費、医師数、病床数、保健事業、多変量解析
municipal health center, medical expenditure, number of municipal physicians and hospital sickbeds,
multiple regression analysis

要 旨

保健福祉医療環境が地域住民医療費に与える効果について検討を加えた。既に我々は市町村保健センターが医療費に与える効果について昨年報告したが、本研究では、さらに従来から最も医療費に関連が強いとされる医師数、病床数を加えた分析を行い、また、市町村の人口規模による差異についても検討した。これによって地域住民医療費の適正化のための市町村保健活動の条件、および効率的な医療費のための市町村規模を明らかにすることが目的である。データリンケージ手法を用いて市町村コードをマーカーに市町村保健活動および市町村単位の医師数、病院病床数、診療所病床数をリンケージさせ、全国550ヶ所の市町村のデータを対象に重回帰分析を行った。この分析から、人口規模によって市町村の医療費の増大低下要因は変動し、市町村単位の医療費の適正化を検討する場合には市町村の人口規模も考慮する必要性が明らかとなった。

The Effects of Municipal Health Centers and Medical Resources on Medical Expenditure in Municipalities

Kei Kudo, Yumiko Arai¹⁾ and Toshiko Saito²⁾

Miyagi University School of Nursing

Abstract

We evaluated the effects of municipal health centers (Shichoson Hoken Center) on medical expenditure in the previous study. In this study, we reevaluated the effects of the number of municipal physicians and hospital sickbeds in addition to the effects of municipal health centers on medical expenses. We also considered the population size of municipalities. This evaluation was performed by using multiple regression analysis. Total 550 municipalities analysis showed that the population size in addition to the activity of the municipal health centers and the municipal medical resources affects municipal medical expenditure.

1) 国立療養所中部病院長寿医療研究センター

2) 仙台市健康福祉事業団

1) National Institute for Longevity Life Sciences

2) Sendai Health Promotion Center

はじめに

すでに我々は市町村の保健活動事業と医療費の適正化について検討を重ねてきたが¹⁾、従来から医療費は医師数と病床数に大きく規定されるという考え方がある²⁾。この考えに沿って病床規制を伴う保健医療計画がなされているが³⁾、市町村単位ではどのように医師数と病床数が医療費に影響を与えているかは詳しく検討されていない。そこで、我々は既報の医療費と市町村保健活動とのデータベースにさらに、市町村単位の医師数、病院病床数、診療所病床数のデータをリンクさせて検討を加えた。また、スケールメリットを考慮した効率的な医療費適性化には市町村の人口規模も考慮されねばならない。そこで、本研究では市町村の人口規模についても検討を加えた。

方 法

既報の社会保険研究所による平成8年度の地域医療費総覧97(平成6年度の医療費データ)を基に、一般および老人の入院、入院外の医療費と、平成6年度に調査した全国の市町村保健センターのデータを市町村コードをマーカーにデータリンクを行い¹⁾、さらに、厚生省大臣官房統計情報部による平成8年度の医師・歯科医師・薬剤師調査から市町村別の医師数、病院病床数、診療所病床数も同様にデータリンクを行った。市町村のマーカーには市町村コードを用い、市町村マーカーの作成確認にあたっては市町村名から市町村コードを割り当てるパーソナルコンピュータ上のソフトウェア等も活用した。

統計解析の方法は既報の方法を用いた¹⁾。すなわち一般および老人の外来、入院の医療費をそれぞれ従属変数にとり、独立変数として、市町村の人口、高齢化率、市町村保健センターの年間運営費、建設費、事務職員数、専門職職員数、本庁(役場)との距離、規模、医師1人あたりの人口、病院1病床あたりの人口、診療所1病床あたりの人口とし、さらに市町村保健センターの保健事業状況に関するアンケート調査項目(5段階評価)を17項目にわたり得点化したものも独立変数として重回帰分析を行った。17項目とは、1)訪問看護ステーションとの連携機能、2)高齢者サービス調整チームとの対応機能、3)ケア・コーディネーション機能、4)在宅介護支援センターとの連携機能、5)高齢者をはじめとする総合相談窓口機能、6)ホームヘルパーとの連携機能、7)精神障害者の社会復帰能対応機能、8)痴呆性老人対応機能、9)歯科

保健対策対応機能、10)老人保健福祉計画等の推進機能、11)人材確保支援・資質向上計画の状況、12)ボランティア活動支援機能、13)地域の健康づくり推進協議会の活用機能、14)医師会等の専門職能団体との連携機能、15)保健所との連携機能、16)医療・福祉等の情報ネットワーク機能、17)社会福祉協議会との連携機能の17項目である。これらの項目を各市町村に郵送法によってアンケート調査した結果による。アンケートの回答は主に各市町村の保健婦によって評価されたものである。評価は5段階評価とし、「よく機能している」を最高評価に、順次、「機能している」、「予定している」、「検討している」、「未定である」とした。これを得点化して分析をするため、「よく機能している」であれば2点、「機能している」であれば1点、「予定している」、「検討している」、「未定である」であれば0点とした。これらの得点を独立変数として分析した。統計解析はSPSS for Windows 7.5.2 Jを用いて変数増加法によるステップワイズ重回帰分析法で行い、基準として投入するFの確率は0.05以下、除去するFの確率は0.1以上とした。

また、市町村人口規模を考慮するため、全体550ヶ所の市町村を、30万人未満、10万人未満、5万人未満、3万人未満にわけて分析した。

結 果

データリンク

市町村コードをマーカーに全国の市町村保健センターのデータと平成8年度の地域医療費総覧97(平成6年度の医療費)の市町村医療費のデータリンクを試み、さらに市町村別の医師数、病院および診療所病床数のデータをリンクさせた。総数1096ヶ所の市町村保健センター資料と市町村医療費、医師数、病床数とのリンクが可能であった。このうち、重回帰分析に用いられるデータセットのそろったものは550ヶ所の市町村保健センターのデータであった。本研究の分析では、医師が一人もいない市町村、病院および診療所の病床が一病床もない市町村は除外した。この理由は、該当市町村に医師や病床がない場合は、隣接した他の市町村に患者が流動することが前提となり、本研究の分析が複雑となるためである。以降の解析は550ヶ所の調査対象全市町村(平均人口68071人、中央値38764人、標準偏差85287)、そのうち30万人未満の市町村530ヶ所(平均人口56011人、中央値36638人、標準偏差58234)、さらにそのうち10万人未満の市

町村446ヶ所（平均人口35015人、中央値29403人、標準偏差24255）、同様に5万人未満の市町村334ヶ所（平均23267人、中央値21614人、標準偏差12990）、3万人未満の市町村227ヶ所（平均人口15749人、中央値15134人、標準偏差7625）と分けてそれぞれ分析を行った解析結果である。平均値と中央値を比べると3万人未満の市町村の人口分布が最も正規分布に近いことがわかる。

一般外来医療費と市町村保健事業、医師数、病床数との関連（表1）

一般外来医療費を従属変数に、ステップワイズ法で重回帰分析を行うと、調査した市町村全体では、 $R = 0.464$ 、調整済みR二乗は0.210、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、高齢化率および人口は統計的に有意に医療費上昇に働き（それぞれ標準化偏回帰係数 $\beta = 0.512$ $P < 0.001$ 、 $\beta = 0.147$ $P = 0.003$ ）、精神障害者社会復帰対策は医療費低下に働き $\beta = -0.123$ （ $P = 0.006$ ）であった。

人口30万人未満の市町村では、同様に $R = 0.466$ 、調整済みR二乗は0.211、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、やはり高齢化率および人口が統計的に有意に医療費上昇に回帰し（標準化偏回帰係数はそれぞれ $\beta = 0.525$ $P < 0.001$ 、 $\beta = 0.150$ $P = 0.004$ ）、精神障害者社会復帰対策は $\beta = -0.130$ $P = 0.004$ で医療費低下に働いた。

人口10万人未満の市町村では、 $R = 0.474$ 、調整済みR二乗は0.217、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、高齢化率と人口の増加がそれぞれ医療費の上昇に回帰し（標準化偏回帰係数はそれぞれ $\beta = 0.541$ $P < 0.001$ 、 $\beta = 0.133$ $P = 0.025$ ）、精神障害者社会復帰対策は $\beta = -0.126$ $P = 0.009$ で減少に回帰した。

人口5万人未満の市町村では、 $R = 0.486$ 、調整済みR二乗は0.224、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、高齢化率と保健センターの規模、人口の増加がそれぞれ医療費の上昇に回帰し（標準化偏回帰係数はそれぞれ $\beta = 0.543$ $P < 0.001$ 、 $\beta = 0.123$ $P = 0.030$ 、 $\beta = 0.132$ $P = 0.043$ ）、精神障害者社会復帰対策は $\beta = -0.167$ $P = 0.003$ で減少に回帰した。

人口3万人未満の市町村では、 $R = 0.436$ 、調整済みR二乗は0.180、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、高齢化率と医師数の増加がそれぞれ医療費の上昇に回帰した（標準化偏回帰係数はそれぞれ $\beta = 0.375$ P

< 0.001 、 $\beta = 0.170$ $P = 0.017$ ）。

従来から言われている医療費と医師数の正の相関関係については人口規模が3万人未満の市町村では、医師数の増加が一般外来医療費の増加に回帰することから伺える。

一般入院医療費と市町村保健事業、医師数、病床数との関連（表2）

一般入院医療費を従属変数に、ステップワイズ法で重回帰分析を行うと、全体では、 $R = 0.544$ 、調整済みR二乗は0.289、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、高齢化率および訪問看護ステーションとの連携は統計的に有意に医療費上昇に働き（それぞれ標準化偏回帰係数 $\beta = 0.548$ $P < 0.001$ 、 $\beta = 0.121$ $P = 0.004$ ）、精神障害者社会復帰対策と高齢者総合相談窓口機能は医療費低下に働いた（それぞれ $\beta = -0.130$ $P = 0.002$ 、 $\beta = -0.085$ $P = 0.044$ ）。

人口30万人未満の市町村では、同様に $R = 0.545$ 、調整済みR二乗は0.289、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、やはり高齢化率および訪問看護ステーションとの連携が統計的に有意に医療費上昇に回帰し（標準化偏回帰係数はそれぞれ $\beta = 0.547$ $P < 0.001$ 、 $\beta = 0.112$ $P = 0.009$ ）、精神障害者社会復帰対策と高齢者総合相談窓口機能は医療費低下に働きそれぞれ $\beta = -0.129$ （ $P = 0.003$ ）、 $\beta = -0.092$ （ $P = 0.032$ ）であった。

人口10万人未満の市町村では、同様に $R = 0.528$ 、調整済みR二乗は0.275、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、高齢化率が統計的に有意に医療費上昇に回帰し（ $\beta = 0.531$ $P < 0.001$ ）、精神障害者社会復帰対策は医療費低下に働き $\beta = -0.130$ （ $P = 0.005$ ）であった。

人口5万人未満の市町村では、同様に $R = 0.527$ 、調整済みR二乗は0.269、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、高齢化率と人口が統計的に有意に医療費上昇に回帰し（それぞれ標準化偏回帰係数 $\beta = 0.582$ $P < 0.001$ 、 $\beta = 0.127$ $P = 0.045$ ）、精神障害者社会復帰対策は医療費低下に働き $\beta = -0.157$ （ $P = 0.004$ ）であった。

人口3万人未満の市町村では、同様に $R = 0.533$ 、調整済みR二乗は0.271、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、高齢化率と病院病床数の増加が統計的に有意に医療費上昇に回帰し（それぞれ標準化偏回帰係数 β

=0.462 $P < 0.001$ 、 $\beta = 0.152$ $P = 0.026$ ）、精神障害者社会復帰対策は医療費低下に働き $\beta = -0.171$ ($P = 0.012$) であった。

従来から言われている医療費と病院病床数の正の相関関係については人口規模が3万人未満の市町村では、病院病床数の増加が一般入院医療費の増加に回帰することから伺える。

老人外来医療費と市町村保健事業、医師数、病床数との関連 (表3)

老人外来医療費を従属変数に、ステップワイズ法で重回帰分析を行うと、全体では、 $R = 0.299$ 、調整済みR二乗は0.083、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、人口および病院病床数の減少が統計的に有意に医療費上昇に働き (標準化偏回帰係数 $\beta = 0.152$ $P = 0.002$)、精神障害者社会復帰対策と病院病床数の増加が医療費低下に働いた (それぞれ標準化偏回帰係数 $\beta = -0.197$ $P < 0.001$ 、 $\beta = -0.115$ $P = 0.017$)。

人口30万人未満の市町村では、同様に $R = 0.257$ 、調整済みR二乗は0.061、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、人口が統計的に有意に医療費上昇に回帰し ($\beta = 0.149$ $P = 0.002$)、精神障害者社会復帰対策は医療費低下に働いた ($\beta = -0.200$ $P < 0.001$)。

人口10万人未満の市町村では、同様に $R = 0.238$ 、調整済みR二乗は0.051、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、本庁 (役場) と保健センターとの距離が統計的に有意に医療費上昇に回帰し ($\beta = 0.108$ $P = 0.042$)、精神障害者社会復帰対策は医療費低下に働いた ($\beta = -0.221$ $P < 0.001$)。

人口5万人未満の市町村では、同様に $R = 0.224$ 、調整済みR二乗は0.046、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、精神障害者社会復帰対策のみ統計的に有意に医療費低下に働き $\beta = -0.224$ ($P < 0.001$) であった。

人口3万人未満の市町村では、同様に $R = 0.232$ 、調整済みR二乗は0.048、 $P = 0.002$ で統計的に有意に回帰し、精神障害者社会復帰対策のみ統計的に有意に医療費低下に働き $\beta = -0.232$ ($P = 0.002$) であった。

老人外来医療費に関しては、医師数も病床数も今回の検討からは関連が見いだせなかった。

老人入院医療費と市町村保健事業、医師数、病床数との関連 (表4)

老人入院医療費を従属変数に、ステップワイズ法で重回帰分析を行うと、全体では、 $R = 0.241$ 、調整済みR二乗は0.049、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、訪問看護ステーションとの連携機能と高齢化率が統計的に有意に医療費上昇に働き (それぞれ標準化偏回帰係数 $\beta = 0.181$ $P < 0.001$ 、 $\beta = 0.096$ $P = 0.049$)、精神障害者社会復帰対策と人材確保・資質向上計画は医療費低下に働いた (それぞれ標準化偏回帰係数 $\beta = -0.119$ $P = 0.017$ 、 $\beta = -0.097$ $P = 0.045$)。

人口30万人未満の市町村では、同様に $R = 0.197$ 、調整済みR二乗は0.034、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、訪問看護ステーションとの連携機能が統計的に有意に医療費上昇に回帰し ($\beta = 0.172$ $P = 0.001$)、医師会等の専門職能団体との連携機能は医療費低下に働いた ($\beta = -0.121$ $P = 0.016$)。

人口10万人未満の市町村では、同様に $R = 0.239$ 、調整済みR二乗は0.049、 $P < 0.001$ で統計的に有意に回帰し、訪問看護ステーションとの連携機能と病院病床数の増加が統計的に有意に医療費上昇に回帰し (それぞれ標準化偏回帰係数 $\beta = 0.161$ $P = 0.003$ 、 $\beta = 0.143$ $P = 0.007$)、医師会等の専門職能団体との連携機能は医療費低下に働いた ($\beta = -0.121$ $P = 0.024$)。

人口5万人未満の市町村では、同様に $R = 0.146$ 、調整済みR二乗は0.018、 $P = 0.019$ で統計的に有意に回帰し、病院病床数のみ統計的に有意に医療費増加に働き $\beta = 0.146$ ($P < 0.019$) であった。

人口3万人未満の市町村では、同様に $R = 0.241$ 、調整済みR二乗は0.052、 $P = 0.002$ で統計的に有意に回帰し、病院病床数のみ統計的に有意に医療費増加に働き $\beta = 0.241$ ($P = 0.002$) であった。

従来から言われている医療費と病院病床数の正の相関関係については人口規模が5万人未満以下の市町村では、病院病床数の増加が老人入院医療費の増加に回帰することから伺える。

考 察

本研究では、市町村保健センターの活動状況 (福祉、医療との連携状況も含む)、市町村単位の医師数、病床数、さらに市町村の人口規模が住民医療費にどのように影響するかを、一般外来、入院医療費、老人外来、入院医療費にわけて評価を試みたものである。

まず、医療費と医師数、病床数の関係であるが、一般に医療費は医師数および病床数に相関していると考

えられている。そのため、医療費抑制のため各都道府県で策定される医療計画においても必要的記載事項として必要病床数がいわゆる病床規制として定められている³¹。既に各県別では病床数と入院医療費、医師数と外来医療費の関連が報告されているが²⁾、市町村単位での分析についての詳細については報告されていない。そこで、本研究では市町村別の医師数と病床数が医療費に与える影響も検討した。

医師数が医療費に回帰してくるのは一般外来医療費であるが、今回の分析では人口規模が3万人未満の市町村規模でのみ統計的に有意に回帰してくる。すなわち、医師数が医療費の増大に関与するのは、人口規模が小さい市町村では顕著に出てくる傾向があると言える。一方、病床数が医療費に統計的に有意に回帰してくるのは3万人未満の市町村の一般入院医療費、10万人未満の市町村の老人入院医療費である。老人医療費とは異なり、一般医療費については人口規模が小さい市町村では影響が大きいことが示唆される一方で、老人医療費については10万人を下回る程度の市町村でも病床数の影響が出て来ることがわかる。また、老人外来医療費では対象市町村全体でみると、病床数の増加が外来医療費の低下要因となっていることから、病床数の増加によって患者が外来から入院へとシフトする傾向があることが窺われる。これらのことから、医師数あるいは病床数が医療費と関連して来るのは市町村の人口規模が大きく影響するものと考えられる。おそらく、人口規模が大きく他の保健や福祉の社会資源の整った市町村と異なり、人口規模が小さく従って医療以外の社会資源が少ない市町村では医師数や病床数が直接的に医療費に結びつくものと思われ、このことは保健福祉の環境を整えることにより医療費の軽減効果が期待できる可能性を示唆するものである。また、老人入院医療費は、一般入院医療費が3万人未満の市町村で影響が出てくるのに対して、10万人未満の市町村から病床数の影響が出ており、老人医療費に関しては病床数の影響はやはり大きいものと思われる。今回の結果からわかるように、今後、市町村の医療費と医師数および病床数との関連を考える場合には市町村の人口規模や保健福祉環境などを考慮することが必要であろう。特に、各県の医療計画の策定などには人口規模や市町村保健センターの活動状況などのきめ細かな情報を加味した観点が必要と思われる。

本研究の分析では、一般入院医療費と老人外来医療費の減少要因として、市町村の人口規模の如何にかか

わらず、市町村保健センターにおける「精神障害者の社会復帰能対応機能」が回帰してきた。さらに、一般外来医療費についても3万人未満の市町村の分析以外ではすべての人口規模で同様に「精神障害者の社会復帰能対応機能」が医療費減少要因と回帰していた。また、老人入院医療費においても対象市町村全体では「精神障害者の社会復帰能対応機能」が医療費減少要因に回帰している。よって市町村保健センターの保健事業の「精神障害者の社会復帰能対応機能」は、明らかに医療費適正化に関連する事業であると考えられる。既に我が国においても精神障害者のノーマライゼーションが強調される時代であるが、医療費適正化という面からもノーマライゼーションの重要性が裏付けられる結果であり、今後、より一層の精神障害者の社会復帰サービスの充実が望まれる。

平成9年度から施行された地域保健法においては³¹⁾、保健と福祉の一体化が各自治体で進んでいるが、保健と福祉の統合対人サービスの窓口機能が「高齢者をはじめとする総合相談窓口機能」である^{31) 6)}。今回の分析では、この総合相談窓口機能が市町村全体および30万人未満での市町村で一般入院医療費減少要因としても働いていることが示された。一方で、この総合相談窓口機能は10万人未満の市町村規模では統計的に有意とはなっていない。この理由としては、人口規模の10万人未満の市町村では未だに保健と福祉の統合的な相談窓口が有効に稼働していない可能性がある。人口規模の小さな市町村の場合では運用上のさらなる改善が必要ではあるが、今後の市町村の保健サービスにおいては「高齢者をはじめとする総合相談窓口機能」が医療費の適正化の役割としても重要な保健事業であり、また、効率的な保健福祉医療サービスの提供の大きな要素であることが改めて今回の分析からも明らかとなった⁷⁾。

「人材確保支援・資質向上計画の状況」が、老人入院医療費の市町村全体で減少に回帰したが、老人医療費の適正化の面でも保健スタッフの人材確保と資質向上が医療費抑制に働くことが示され、人材確保支援・資質向上計画の重要性が明らかとなった。ただし、「高齢者をはじめとする総合相談窓口機能」と同様に人口規模の小さい市町村単位では統計的に有意とはならなかったことから、人口規模の小さな市町村ではこのような面での保健事業の遅れが生じている可能性があると考えられる。

医療費の上昇要因としては、高齢化率がすべての人口規模の市町村において一般外来、一般入院医療費に

回帰している。これは高齢化が進めば、疾病が多くなるため当然であるが、一方で、老人医療費では入院で市町村全体でのみの回帰であり、必ずしも高齢化率の要因のみで医療費が上昇するものではないことを示唆している。「訪問看護ステーションとの連携機能」は、一般、老人とも入院医療費の増大に回帰しているが、入院の在宅化と考えればこれは当然の結果であると思われるが、今後、在宅看護が普及すれば医療費減少に回帰する可能性も否定できず、この評価については長期的な見地での判断が必要と思われる。現在の段階では施設入院が訪問看護ステーションにより在宅に外延化しているという現象の結果と思われ、医療費増大に回帰したものと考えられる。

一般医療費と老人医療費を比較すると、偏相関係数で見ると、老人医療費の偏相関係数（最高 $R=0.299$ 、最低 $R=0.146$ ）は、一般医療費の偏相関係数（最高 $R=0.545$ 、最低 $R=0.436$ ）はより低い値となっている。このことはおそらく、老人医療費に影響を与える要因には、今回検討した独立変数以外の要因（例えば加齢による疾病の増加等）が大きな影響を与えているものと思われる。また、既に報告したように特に市町村の保健事業の効果が長期的な観察期間で期待されることから¹¹、今回の検討では分析されなかった可能性もあり、より長期的な検討が期待されるものである。

本研究は平成10年度厚生省科学研究費（健康科学総合研究事業）「市町村における地域保健サービスの決定要因に関する研究（H10-健康-001）」の研究助成によった。

文 献

- 1) 工藤 啓、荒井由美子、北田雅子：『市町村保健センター が地域住民医療費に与える効果について—データリンクージュ手法を用いて—』宮城大学看護学部紀要、1：55-60, 1998
- 2) 地域医療費総覧97 社会保険研究所 平成10年
- 3) 医療計画地域保健医療計画必携 厚生省健康政策局計画課監修 ぎょうせい 平成7年
- 4) Kudo K. : Tokyo Perspective : Japan targets public health research. Lancet, 346 : 493-494, 1995
- 5) 工藤 啓：『科学性を活かした保健事業の展開—目標の設定と事業の評価について—』公衆衛生情報 28, 55-58, 1998
- 6) 工藤 啓、荒井由美子、久道 茂：『地域保健法における政令市保健所の機能強化について—機能分担と事業評価の視点から—』公衆衛生, 61 : 284-287, 1997
- 7) 工藤 啓：『これからの地域保健サービス提供体制について 都市部からの視点』公衆衛生情報, 24 : 10-12, 1994

保健福祉医療環境が地域住民医療費に与える効果について

表1 一般外来医療費に回帰する要因

	増大に回帰	減少に回帰	相関係数
市町村全体	高齢化率 人口	精神障害社会復帰対策	R = 0.464 (P < 0.001)
30万人未満 の市町村	高齢化率 人口	精神障害社会復帰対策	R = 0.466 (P < 0.001)
10万人未満 の市町村	高齢化率 人口	精神障害社会復帰対策	R = 0.474 (P < 0.001)
5万人未満 の市町村	高齢化率 保険センター規模 人口	精神障害社会復帰対策	R = 0.486 (P < 0.001)
3万人未満 の市町村	高齢化率 医師数		R = 0.436 (P < 0.001)

すべて要因は増加あるいは改善された場合での回帰を示す

表2 一般入院医療費に回帰する要因

	増大に回帰	減少に回帰	相関係数
市町村全体	高齢化率 訪問看護ステーションとの連携機能	精神障害社会復帰対策 高齢者総合相談窓口機能	R = 0.544 (P < 0.001)
30万人未満 の市町村	高齢化率 訪問看護ステーションとの連携機能	精神障害社会復帰対策 高齢者総合相談窓口機能	R = 0.545 (P < 0.001)
10万人未満 の市町村	高齢化率 人口	精神障害社会復帰対策	R = 0.528 (P < 0.001)
5万人未満 の市町村	高齢化率 人口	精神障害社会復帰対策	R = 0.527 (P < 0.001)
3万人未満 の市町村	高齢化率 病院病床数	精神障害社会復帰対策	R = 0.533 (P < 0.001)

すべて要因は増加あるいは改善された場合での回帰を示す

表3 老人外来医療費に回帰する要因

	増大に回帰	減少に回帰	相関係数
市町村全体	人口	精神障害社会復帰対策 病院病床数	R = 0.299 (P < 0.001)
30万人未満 の市町村	人口	精神障害社会復帰対策	R = 0.257 (P < 0.001)
10万人未満 の市町村	本町（役場）との距離	精神障害社会復帰対策	R = 0.238 (P < 0.001)
5万人未満 の市町村		精神障害社会復帰対策	R = 0.244 (P < 0.001)
3万人未満 の市町村		精神障害社会復帰対策	R = 0.232 (P < 0.002)

すべて要因は増加あるいは改善された場合での回帰を示す

表4 老人入院医療費に回帰する要因

	増大に回帰	減少に回帰	相関係数
市町村全体	訪問看護ステーションとの連携機能 高齢化率	精神障害社会復帰対策 人材確保・資質向上計画	R = 0.241 (P < 0.001)
30万人未満 の市町村	訪問看護ステーションとの連携機能	医師会等の専門職能団体との連携機能	R = 0.197 (P < 0.001)
10万人未満 の市町村	訪問看護ステーションとの連携機能 病院病床数	医師会等の専門職能団体との連携機能	R = 0.239 (P < 0.001)
5万人未満 の市町村	病院病床数		R = 0.146 (P < 0.019)
3万人未満 の市町村	病院病床数		R = 0.241 (P < 0.002)

すべて要因は増加あるいは改善された場合での回帰を示す