

市町村保健センターの併設施設状況が及ぼす影響について

工藤 啓、高橋香子、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、併設施設、医療費、地域保健法、地域保健サービス

municipal health center, medical expenditure, community health law, community health service,

要 旨

市町村保健センターには、医療施設、福祉施設、文化行政施設、訪問看護在宅介護施設などを併設することが多いが、併設施設の種類によって市町村の医療費と保健サービスにどのような影響があるかを検討した。医療費への影響は併設施設があることによって外来医療費の増大傾向が確認され、潜在的な医療ニーズの掘り起こしが示唆された。また、地域保健サービスは、老人福祉施設併設の場合に最も活発になることが明らかとなった。以上のように市町村保健センターの設置については併設施設についても配慮が必要である。

The effect of municipal health center's facilities on medical expenditure
and community health service

Kei Kudo, Koko Takahashi, Yumiko Arai¹⁾, Toshiko Saito²⁾

Miyagi University School of Nursing

Abstract

We evaluated the effect of municipal health center's facilities on medical expenditure and community health service. Our analysis showed that facilities of community health centers affected outpatient medical expenditure and especially facilities for welfare activated the performance of community health service. These results suggested that municipal health center's facilities play crucial role in the performance of municipal health centers themselves.

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 Science

2) Sendai Health Promotion Center

はじめに

市町村保健センター（以下保健センター）は地域保健法においては対人保健サービスの要となる施設である¹⁾。すでに多くの市町村で保健センターあるいはその類似施設の設置を進めているが、保健センターの設置条件や設置効果について報告は少ない^{2,3)}。我々は市町村保健センターの医療費への影響について検討を加え、その中で、保健センターの多様性を明らかにした³⁾。保健センターという、同じ名称であっても、サービス内容も施設ハードも多様である。特に最近では保健センターに併設する形で福祉施設、医療施設、文化施設などを設置する例が多い。このような併設施設により保健センターの活動状況が変化する可能性があり、保健センターの設置条件としての併設施設の検討が必要である。

そこで本研究では保健センターの併設施設の状況と医療費への影響、および地域保健サービス状況への影響を検討した。

方 法

社会保険研究所による既報の平成8年度の地域医療費総覧97（平成6年度の医療費データ）による一般および老人の入院、外来の医療費と、平成6年度に調査した保健センターの保健活動データとをデータリンケージした³⁾。データリンケージのマーカーは市町村コードとし、市町村マーカーの作成および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。対象である全国の保健センターおよびその類似施設は1096ヶ所であった。併設施設については、1) 併設施設なし、2) 病院診療所等の医療施設（以下病院診療所とする）、3) 老人福祉施設、4) 役場や公民館、図書館、児童館などの文化施設（以下役場とする）、5) 訪問看護や在宅介護支援施設（以下訪問看護在宅介護とする）に分類して分析した。保健センターの地域保健サービス状況は、平成6年度アンケート調査の17のサービス項目とした。すなわち、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。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点として得点化し、17項目の合計点数を地域保健サービス状況とした³⁾。

統計処理は、一元配置分散分析を用いた。一元配置分散分析後、医療費に差がある場合は、さらにTamhaneの多重比較を統計検定に採用した。統計処理ソフトはSPSS8.01Jとし、図の出力には一部に箱ヒゲ図を用いた。

結 果

対象となった保健センターおよび類似施設は有効なデータとして1096ヶ所であった。これは平成10年度の全国市町村数3255市町村、保健センター2008ヶ所、類似施設1188ヶ所、合計3196ヶ所のうち約34.3%にあたる。併設施設のうちわけは、「なし」が418ヶ所、老人福祉施設が248ヶ所、役場等が238ヶ所、病院診療所が163ヶ所、訪問看護在宅介護施設が29ヶ所であった（図1）。よって調査した保健センターの60%強がなんらかの併設施設を持っていた。

一般外来医療費と併設施設の関係

一元配置分散分析では有意の差 ($p=0.034$) があり（図2）、多重比較では「併設施設なし」と「老人福祉施設」とに有意の差が認められ、併設施設に「老人福祉施設」がある場合は、そうでない場合よりも一般外来医療費が高いことが認められた（表1：平均値の差(I-J)の有意確率が5%未満で有意な差とする）。

保健センターの複合化

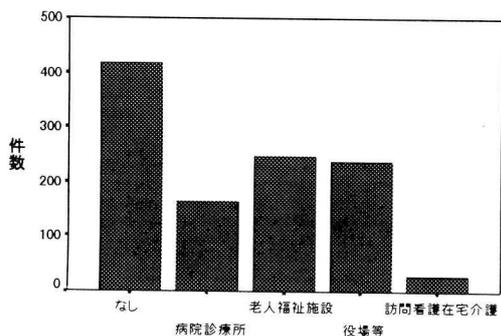


図1 併設施設の種類

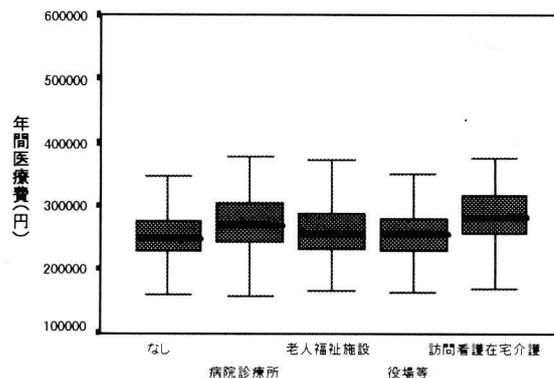


図3 併設施設種別による老人外来医療費 (一人当たり)

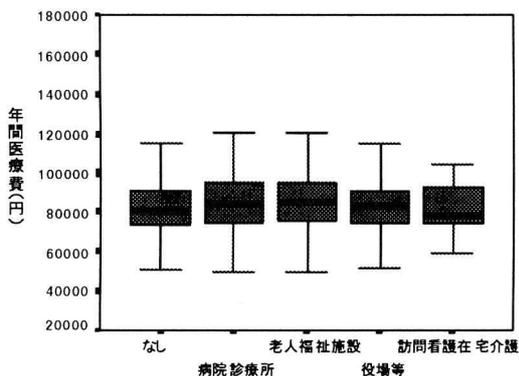


図2 併設施設種別による一般外来医療費 (一人当たり)

一般入院医療費と併設施設の関係

一般入院医療費における保健センターの併設施設の種類による差は有意の差がなかった ($p=0.101$)。

老人外来医療費と併設施設の関係

一元配置分散分析では有意の差があり ($p<0.001$ 、図3)、多重比較では、併設施設が「病院診療所」の場合は、「老人福祉施設」や「役場」、「併設施設なし」よりも有意に医療費が高いことが明らかになった (表2)。

老人入院医療費と併設施設の関係

老人入院医療費における保健センターの併設施設の種類による差は、有意なものではなかった ($p=0.249$)。

地域保健サービス状況と併設施設の関係

地域保健サービス状況点数と保健センターの併設施設の種類は有意の差があり ($p<0.001$ 、図4)、多重比較では、「老人福祉施設」は「役場」、「併設施設なし」、「病院診療所」に対して有意に点数が高かった (表3)。

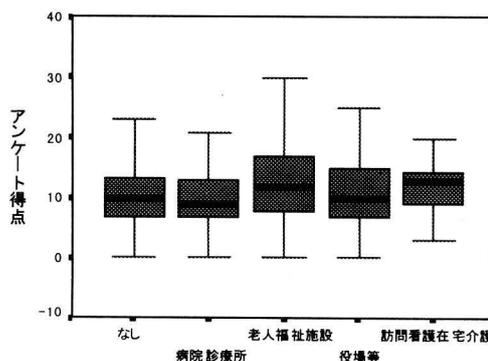


図4 併設施設種別による地域保健サービス状況

市町村人口規模と併設施設の関係

市町村の人口規模と保健センターの併設施設の種類は有意に差があり ($p<0.001$)、多重比較では、「訪問看護在宅介護」>「病院診療所」>「併設施設なし」、「役場等」>「老人福祉施設」という関係があった (表4、図5)。

考 察

保健センターは、地域保健法においては対人保健サービスの要となる施設である¹⁾。よって、市町村

表1 併設施設の種別による一般外来医療費の差

		平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率	95% 信頼 区間	
(I) 併 設	(J) 併 設				下限	上限
なし	病院診療所	-1698.26	1340.544	.860	-5246.64	1850.12
	老人福祉施設	-3707.47	1163.585	.029*	-7195.44	-219.49
	役場等	-959.71	1178.828	.993	-4102.65	2183.23
	訪問看護 在宅介護	-700.85	2787.672	1.000	-10566.74	9165.05
病院 診療所	なし	1698.26	1340.544	.860	-1850.12	5246.64
	老人福祉施設	-2009.21	1463.781	.860	-6112.16	2093.75
	役場等	738.55	1475.927	1.000	-3078.30	4555.40
	訪問看護 在宅介護	997.41	2925.720	1.000	-9058.35	11053.18
老人福祉施設	なし	3707.47	1163.585	0.029*	219.49	7195.44
	病院診療所	2009.21	1463.781	.842	-2093.75	6112.16
	役場等	2747.76	1317.282	.338	-1014.18	6509.70
	訪問看護 在宅介護	3006.62	2848.984	.991	-7033.59	13046.83
役場等	なし	959.71	1178.828	.993	-2183.23	4102.65
	病院診療所	-738.55	1475.927	1.000	-4555.40	3078.30
	老人福祉施設	-2747.76	1317.282	.338	-6509.70	1014.18
	訪問看護 在宅介護	258.86	2855.243	1.000	-9687.98	10205.71
訪問看護 在宅介護	なし	700.85	2787.672	1.000	-9165.05	10566.74
	病院診療所	-997.41	2925.720	1.000	-11053.18	9058.35
	老人福祉施設	-3006.62	2848.984	.991	-13046.83	7033.59
	役場等	-258.86	2855.243	1.000	-10205.71	9687.98

*平均の差は.05で有意

表2 併設施設の種別による老人外来医療費の差

		平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率	95% 信頼 区間	
(I) 併 設	(J) 併 設				下限	上限
な し	病院診療所	-20669.29	3808.087	.000*	-32117.75	-9220.84
	老人福祉 施設	-6954.16	3305.398	.298	-16191.68	2283.36
	役 場 等	-3359.40	3348.698	.969	-12344.82	5626.02
	訪 問 看 護 在 宅 介 護	-27775.11	7918.945	.056	-55992.49	442.26
病 院 診 療 所	な し	20669.29	3808.087	.000*	9220.84	32117.75
	老 人 福 祉 施 設	13715.14	4158.167	.021*	1248.91	26181.36
	役 場 等	17309.90	4192.669	.001*	5026.82	29592.97
	訪 問 看 護 在 宅 介 護	-7105.82	8311.100	.998	-36319.65	22108.01
老 人 福 祉 施 設	な し	6954.16	3305.398	.298	-2283.36	16191.68
	病院診療所	-13715.14	4158.167	.021*	-26181.36	-1248.91
	役 場 等	3594.76	3742.006	.980	-6671.41	13860.93
	訪 問 看 護 在 宅 介 護	-20820.96	8093.115	.307	-49389.06	7747.14
役 場 等	な し	3359.40	3348.698	.969	-5626.02	12344.82
	病院診療所	-17309.90	4192.669	.001*	-29592.97	-5026.82
	老 人 福 祉 施 設	-3594.76	3742.006	.980	-13860.93	6671.41
	訪 問 看 護 在 宅 介 護	-24415.71	8110.896	.139	-52918.22	4086.79
訪 問 看 護 在 宅 介 護	な し	27775.11	7918.945	.056	-442.26	55992.49
	病院診療所	7105.82	8311.100	.998	-22108.01	36319.65
	老 人 福 祉 施 設	20820.96	8093.115	.307	-7747.14	49389.06
	役 場 等	24415.71	8110.896	.139	-4086.79	52918.22

*平均の差は.05で有意

の地域保健活動の拠点として、老人保健事業や母子保健事業など身近で利用頻度の高い保健サービスを住民に提供している。

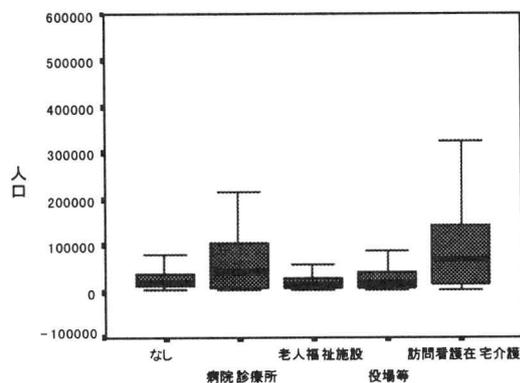


図5 併設施設種別による市町村人口の差

平成10年度の保健センターの設置率は全国市町村の57.5%であり、類似施設を入れると80.5%と8割を越えている¹⁾。保健センターは単独設置よりも併設施設をつける形での複合施設が最近増えている³⁾。平成10年度の複合施設は52.8%と過半数を越えており、今回の我々の分析は平成6年度の保健センターアンケート調査であるが、回答を得た保健センターの併設施設の割合は61.9%である。平成5年以降に設置された保健センターの73.1%が複合施設であり、現在の保健センターは複合化が進んでいるものと思われる。このような複合化は、単独で保健センターを建設するよりも、併設施設をつけた方が住民の利便性が高められること、および建設にあたって各省庁の補助金を得るためには、複合施設の方が有利であることなどが理由となっている。

ここで問題となるのは保健センター本来の業務が施設の複合化でどのように影響を受けるかということである。住民の行政サービスを受けるといった利便性を考えると、どのような併設施設でもなんらかの効果が複合化で生じることが考えられるが、客観的な保健センターの複合化の評価を試みるため、本研究ではまず併設施設の種類と医療費の関係を分析した⁶⁾。併設施設の種類は多岐にわたっているが、ここでは、1) 病院診療所等の医療施設、2) 老人福祉施設、3) 役場や公民館、図書館、児童館などの行政文化施設、4) 訪問看護や在宅介護支援施設の4つに分

類した。最近の併設施設としては老人福祉施設が比較的多い傾向がみられる。今回の分析でも、最も多い併設施設は老人福祉施設であり、次に役場等、次に病院診療所、最も少ないのは訪問看護在宅介護施設である(図1)。

外来医療費で併設施設の種類によって医療費に有意の差が出たが、併設施設の有無とその併設施設の種類が医療費に影響があるという結果は興味深いものである。これは併設施設によって保健センターの効果が変化することを示唆する。変化する理由は、一つには併設施設によって単純に保健センターの利用率が高まる場合、これは役場などの行政機関や文化施設を併設するケースで、併設施設を利用するために来た住民が隣の保健センターもついでに利用する、あるいは隣の保健センターのことを知ることでより住民の利用が増えるというもの。もう一つは質的な変化であり、保健センターの事業と関連の深い福祉や医療などの事業を隣の併設施設で行い、複合施設として一体的な事業を提供するという場合である。保健センターを複合施設として建設する場合の最近の傾向として老人福祉施設などを併設して、後者の効果を狙って設置するのが一般的である¹⁾。

医療費については、一般、老人医療費を外来、入院別にわけて併設施設別に分析したが、入院医療費については、一般および老人入院医療費とも併設施設による差は見られなかった。外来医療費については、一般外来医療費において、老人福祉施設>併設施設なしという有意の差が見られ、老人外来医療費においては、病院診療所>老人福祉施設>役場等>併設施設なしという有意の差が見られた。併設施設が入院医療費に影響がなく、外来医療費にだけ影響を与えるというのは興味深い結果である。この理由は、保健センターの事業サービスが入院するような病人の医療費には影響が出にくいことが考えられ、一方で外来通院が可能な患者には影響があるということが示唆される。すなわち、保健センターは病状が進み入院が必要な段階では効果が出にくい可能性がある。ただし、保健センターは設置して間もないものが多く、長期的には入院医療費にも効果が出る可能性は否定できないため、今後の長期の観察が必要である⁷⁾。

表3 併設施設の種類による地域保健サービス状況の差

		平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率	95% 信頼 区間	
(I) 併 設	(J) 併 設				下限	上限
なし	病院診療所	.7608	.568	.795	-.7139	2.2354
	老人福祉施設	-2.2421	.492	.000*	-3.6694	-.8148
	役場等	-6.079E-02	.499	1.000	-1.4742	1.3527
	訪問看護 在宅介護	-2.7484	1.146	.315	-6.5580	1.0613
病院 診療所	なし	-.7608	.568	.795	-2.2354	.7139
	老人福祉施設	-3.0028	.619	.000*	-4.6845	-1.3212
	役場等	-.8216	.625	.838	-2.4915	.8484
	訪問看護 在宅介護	-3.5091	1.206	.102	-7.4007	.3824
老人福 祉施設	なし	2.2421	.492	.000*	.8148	3.6694
	病院診療所	3.0028	.619	.000*	1.3212	4.6845
	役場等	2.1813	.556	.002*	.5520	3.8106
	訪問看護 在宅介護	-.5063	1.172	1.000	-4.3844	3.3718
役場等	なし	6.079E-02	.499	1.000	-1.3527	1.4742
	病院診療所	.8216	.625	.838	-.8484	2.4915
	老人福祉施設	-2.1813	.556	.002*	-3.8106	-.5520
	訪問看護 在宅介護	-2.6876	1.175	.370	-6.5615	1.1863
訪問看護 在宅介護	なし	2.7484	1.146	.315	-1.0613	6.5580
	病院診療所	3.5091	1.206	.102	-.3824	7.4007
	老人福祉施設	.5063	1.172	1.000	-3.3718	4.3844
	役場等	2.6876	1.175	.370	-1.1863	6.5615

*平均の差は.05で有意

表4 併設施設の種別による市町村人口の差

		平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率	95% 信頼 区間	
(I) 併 設	(J) 併 設				下限	上限
なし	病院診療所	-41357.93	6503.970	.000*	-65186.67	-17529.19
	老人福祉 施設	1350.72	5540.621	1.000	-12410.61	15112.05
	役場等	874.71	5618.496	1.000	-11874.91	13624.32
	訪問看護 在宅介護	-87837.62	13495.339	0.36*	-172063.14	-3612.09
病院 診療所	なし	41357.93	6503.970	.000*	17529.19	65186.67
	老人福祉 施設	42708.64	7072.027	.000*	17924.35	67492.94
	役場等	42232.63	7133.203	.000*	17979.82	66485.45
	訪問看護 在宅介護	-46479.69	14192.930	.699	-132593.09	39633.72
老人福祉 施設	なし	-1350.72	5540.621	1.000	-15112.05	12410.61
	病院診療所	-42708.64	7072.027	.000*	-67492.94	-17924.35
	役場等	-476.01	6267.331	1.000	-14982.01	14029.99
	訪問看護 在宅介護	-89188.33	13778.103	.033*	-173625.24	-4751.42
役場等	なし	-874.71	5618.496	1.000	-13624.32	11874.91
	病院診療所	-42232.63	7133.203	.000*	-66485.45	-17979.82
	老人福祉 施設	476.01	6267.331	1.000	-14029.99	14982.01
	訪問看護 在宅介護	-88712.32	13809.603	.034*	-173030.46	-4394.18
訪問看護 在宅介護	なし	87837.62	13495.339	.036*	3612.09	172063.14
	病院診療所	46479.69	14192.930	.699	-39633.72	132593.09
	老人福祉 施設	89188.33	13778.103	.033*	4751.42	173625.24
	役場等	88712.32	13809.603	.034*	4394.18	173030.46

*平均の差は.05で有意

一般および老人外来医療費とも、「併設施設なし」よりも一般では老人福祉施設を併設している方が、老人では病院診療所や老人福祉施設が併設された方で医療費が増大する結果であった。このことは保健センターの医療費削減に結びつく予防医学的な効果が弱いと考えるより、潜在的な医療ニーズが引き起こされたと考えるのが妥当と思われる。保健センターに予防効果が無いとすると、入院医療費でも同様な結果が出現するはずであるが、結果のように入院医療費では一般でも老人でも有意な差が併設施設の種別によっても見られなかった。

地域保健サービス状況と併設施設の種別については、老人福祉施設を併設している場合が、役場、併設施設なし、病院診療所よりもサービス状況が良いという結果であった。このことは、保健センターは老人福祉施設との複合化などにより、より活性化が図られることが示唆される⁹⁾。傾向として最もサービス状況が低いのは病院診療所を併設施設とする場合であることは興味をひくが、これはおそらく、保健センターの保健サービス事業が医療施設の医療サービスに組み込まれること、また医療サービスが予防医学的な保健サービスをむしろ抑制する可能性を示唆すると考えられ、併設施設として病院診療所を複合化する場合には保健サービス事業の展開について十分に考慮する必要があるだろう。

市町村人口と併設施設の種別では、訪問看護在宅介護>病院診療所>併設施設なし、役場>老人福祉施設という関係がある。訪問看護在宅介護施設を併設施設とする市町村の人口規模は最も大きく、老人福祉施設を併設施設とする市町村は人口規模が最も小さい。ここで興味あることは、最も人口規模が小さい市町村が老人福祉施設を併設することが多いという結果である。地域保健サービス状況と併設施設の種別でも指摘しているが、サービス状況は老人福祉施設を併設施設とする場合が最も活性化することから、人口規模が小さく行財政能力が限られる市町村での保健センターの活性化は、このような老人福祉施設と保健センターの複合化によって行われているとも考えられる。

結 語

保健センターはその併設施設の種類によって、外来医療費と地域保健サービス状況も変化することが明らかとなった。よって保健センターの設置については、併設施設も含めた考慮が必要である。

本研究は平成11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（H11-健康-001）」の研究助成によった。

文 献

- 1) Kudo K.: Tokyo Perspective: Japan targets public health research. Lancet, 346: 493-494, 1995
- 2) 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-データリネージュ手法を用いて-』宮城大学看護学部紀要、1: 55-66, 1998
- 3) 工藤 啓、荒井由美子、斎藤トシ子:『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』宮城大学看護学部紀要、2: 122-128, 1999
- 4) 社団法人全国保健センター連合会編 『Monthly保健センター9月号』 1999
- 5) 社団法人 全国保健センター連合会編 『平成10年度版 全国市町村保健センター要覧』
- 6) 工藤 啓:『市町村保健サービスの充実強化に関する研究』平成9年度厚生科学保健医療福祉地域総合調査研究事業報告書、1998
- 7) 工藤 啓:『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』平成10年度厚生科学健康科学総合研究事業研究報告書、1999