

(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 ページ35)

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。

### (医師数と病床数)

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。県単位でみると確かに医師数と病床数が医療費に関与していることが示唆されている。しかしながら、今後は在宅医療や予防医学的な健診施設に従事する医師等の存在が重要なウエートを占めることが考えられ、さらに、医師の役割も産業医、健康増進施設の医師などが増加する傾向があり、そのような時代背景を考えると、単純に医師数が増加すると医療費が増大するという関係はなりたたない可能性がある。さらに、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、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を検討した。医師数が影響を与えるのは外来医療費、病床数が影響を与えるのは入院医療費と考えるのが一般的であるが、本研究でもそのような傾向が出ている。

## (医師数)

まず、医師数が医療費に回帰してくるのは一般外来医療費のみであった（表1 ページ〇）。さらに、今回の分析では人口規模が3万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、本研究の結果で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。このことは、後で分析するように、保健医療福祉環境が整わない傾向が強い人口規模の小さい市町村では、医師数が直接的に外来医療費に影響を与える結果と考えられる。一方で、一般外来医療費で人口規模によらず医療費の増大に影響を与えるのは高齢化率であることは興味深い結果である。医師数よりも市町村の高齢化の方が一般外来医療費に与える影響が強いことが伺われる。また、老人外来医療費に医師数が回帰して来ないことは興味深い結果といえる。老人の場合、特に後期高齢者となると外来に通院すること自体が困難になることが多いことが経験的に知られている。我々の昨年度の研究でも、老人外来医療費の抑制要因として逆説的に高齢化率の上昇が報告されている。すなわち、高齢化が進むと外来通院そのもののが困難となりやすく、結果的に高齢化率の上昇が老人外来医療費の抑制要因となると考えられる。よって、今回の研究でも特に、老人外来医療費については単純に医師数が増加したことによって増大するわけではないことが示唆される。一方で、高齢化率の上昇が一般外来の医療費の増大に結びつくのは、人口全体の高齢化が進めば、むしろ、外来に通う一般の人数の増大が一般外来医療費を押し上げていることがわかる。山下らは（「老人医療費の3要素に影響を及ぼす要因に関する研究」日本公衆衛生雑誌 1998 Vol 45 No3）、老人の外来受診率は医療機関へのアクセス要因の影響が大きいと報告しており、単純な医師数の増大よりは、医療機関へどれだけ簡便に通院できるかが重要であるという結果であり、この結果は我々の今回の分析に一致するものである。

## (病床数)

一方、病床数が医療費に統計的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。よって、従来からの言われているように、病床数の増大は特に老人入院医療費の増大要因としてやはり働いていることが示唆される結果であった。医師数のところでも考察したように、一般入院医療費は保健医療福祉環境が整わない傾向が強い人口規模の小さい市町村では、病床数が直接的に一般入院医療費に影響を与える結果と考えられる。

さらに、興味深いのは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。医師数のところでも分析したように、老人は医療機関へのアクセス要因によって非常に左右されやすい傾向があり、外来に通う煩わしさよりも、同じ医療を受けるならば入院して医療を受けようとする傾向が出ているものと思われる。特に東北・北海道などで、冬期における高齢者の病人の農閑期の社会的入院（いわゆる越冬入院）などは、確かに病床数の増加によって誘発される可能性が示唆される結果である。

## (医療計画と病床数規制)

本研究の分析から、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、人口規模が大きく保健や福祉関係機関や民間施設等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適正化効果（軽減効果）が期待できる可能性を示唆するものである。

病院病床数の影響は、一般入院医療費については人口3万人未満の市町村で影響が表れるが、老人入院医療費では10万人未満の市町村から病床数が回帰しており、老人入院医療費に関しては病床数の影響は大きいものと推定できる。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、今後の医療計画策定においては、人口規模や保健福祉などの社会資源の状況、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視点が必要と考えられる。

病床数の規制については、現在、法的な根拠の面から議論のあるところであるが、本研究の結果からは、人口規模の小さい、したがっておそらく保健福祉資源の乏しいところでは確かに病床の増加が医療費の増大に関与する可能性が高いが、人口規模が大きくなるとそのような傾向は明確にはみられなくなる。よって、今後の医療計画等においては人口規模や医療以外の地域環境を考慮せずに、ただ単に医療費削減を目的とした病床規制の実効性には再考の余地があるだろう。特に、新規の病院施設の参入が困難となりやすく、施設やシステムが旧態然としたままの医療環境に陥りやすい地域での病床規制については、十分な検討を加えた病床規制の考え方が必要とされるだろう。

## (精神障害者社会復帰対策の重要性)

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、昨年度の医師数、病床数、人口規模を補正しない分析においても、一般入院医療費と老人外来医療費の減少要因として「精神障害者の社会復帰能対応機能」が回帰していた。

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。1995年からの精神保健福祉法では、従来からの都道府県だけでなく、市町村も精神障害者の社会復帰のための事業を実施できる法的根拠がなされたわけであるが、本研究の結果からは、法的根拠のみならず、医療費の適正化という面からも「精神障害者の社会復帰能対応機能」が強調される結果と言えるだろう。ただし、市町村で「精神障害者の社会復帰能対応機能」を実施できるところは、もともと保健サービス事業実施能力の高い市町村であり、「精神障害者の社会復帰能対応機能」が単独で医療費に効果を与えるのか、あるいは「精神障害者の社会復帰能対応機能」以外の事業の相乗的な効果で医療費に効果を与えるかは議論の余地のあるところである。今後、さらに詳しい分析が必要と思われる。

## (高齢者総合相談窓口機能)

平成9年度から完全施行された地域保健法においては、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。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。

今回の調査でも、高齢者総合相談窓口が「機能していない」が、対象1053ヶ所の市町村のうち63.2%（平成6年度）であり、過半の市町村では「高齢者総合相談窓口」が機能していない状況である。市町村の保健福祉事業においては、行財政能力が限られることから保健と福祉サービスの一体的な実施が効率的な事業の基本であり、高齢者総合相談窓口での保健サービスと福祉サービスの整合性が求められる。今回の分析結果においても、実際の医療費の適正化という面からも高齢者総合相談窓口の重要性が強調されたものとなった。

すなわち、人口規模の小さな市町村の場合では「高齢者総合相談窓口機能」の実施や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と言える。

## （人材確保支援・資質向上計画の状況）

「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。

一般職種に比べて、保健婦（士）に関しての人材確保・資質向上のための研修事業等は多いとされ、その効果について一部疑問視された部分もあるが、今回の結果では、そのような「人材確保支援・資質向上計画の状況」が実際に医療費適正化という面からも実効性があるということを示唆するものである。

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考えられる。対象1053ヶ所の市町村のうち、「人材確保支援・資質向上計画の状況」がよく機能していると回答したのは全体の7.3% 80ヶ所の市町村に過ぎない。

特に規模の小さな市町村では保健婦（士）が1人だけという市町村が1058ヶ所の市町村で21.0%もあり、人材確保・資質向上のための研修事業等の展開は事実上不可能であることに注意する必要があるだろう。

今後は、弱小市町村の「人材確保支援・資質向上計画の状況」の改善に向けて、管轄保健所等の支援が必要であろう。



## (医師会等の専門職能団体との連携機能)

老人入院医療費の人口規模30万人未満および10万人未満では、「医師会等の専門職能団体との連携機能」が医療費減少要因として回帰している。「医師会等の専門職能団体」とは、医師会、歯科医師会、薬剤師会等を意味するものであるが、ほとんどの場合、医師会との連携機能を念頭に置いたものとなっているので、ここでは医師会との連携機能と考えて差し支えないだろう。

医師会との連携機能が、老人入院医療費の減少に回帰するのは非常に興味深い結果である。特に、老人入院以外の医療費には、増大にも減少にも回帰せずに、老人入院医療費のみの減少に回帰することは、特に注目に値するだろう。市町村の「健康づくり」事業では、地元の医師会に協力を仰ぐことが多く、「健康づくり」事業が活発な市町村では地元医師会と連携が良く保たれて、活発な「健康づくり」事業の結果として医療費の減少に回帰する可能性もあるが、おそらく、不適切な老人の社会的入院を防ぐ意味での保健行政側と医師会との連携が良く取れていると判断する方が妥当と考えられる。

市町村保健センターには医師の配置はほとんどなく、地元の医師会との連携が医療費の適正化には非常に重要であることの一例ではないかと思われるが、今後、詳しく分析する余地のあるところである。

## (医療費増大要因)

### 高齢化率

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。

特に老人医療費の面では外来医療費には全く高齢化は回帰しない、既に昨年度の報告では高齢化の進行がむしろ老人外来医療費の減少要因に働くことを示しているが、高齢化は老人の外来アクセスを困難にする方向に働くことを示唆するものである。一方で、老人入院医療費では全体でのみ医療費増大に回帰することから、高齢化の医療費に関連する部分の多くは、一般外来入院医療費の面であることを強調する必要がある。

### 訪問看護ステーション

「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、入院医療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が、潜在的な在宅看護（医療）ニーズがどのくらい規模なのか、今後、分析する必要があるだろう。

医療費の増大要因に回帰している項目については、短期的な現在までの段階であり、今後、長期的な観察期間をおくと、医療費軽減に働く可能性も十分にあると思われ、特に注意を要する。「訪問看護ステーションとの連携機能」の向上により施設入院が減少する段階では、おそらく減少に回帰する可能性があると思われる。

### (相関係数について)

一般医療費と老人医療費を比較すると、偏相関係数でみると、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、本研究の分析の限界を示しているが、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、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。

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 保健センター規模 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	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	本庁（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=0.224 (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

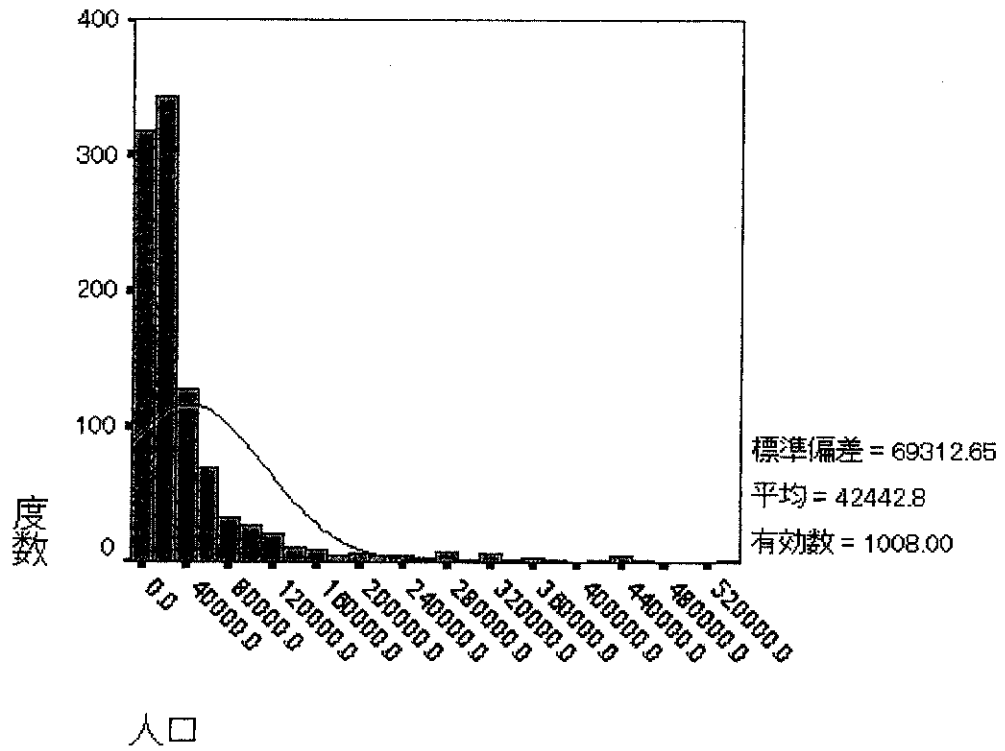
## (参考文献)

- 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—データリネージ手法を用いて—』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
- 8)市町村保健活動と医療費の関連に関する報告書（市町村保健活動と医療費の関連に関する研究会）  
国民健康保険中央会 平成8年3月
- 9)市町村における医療費の背景要因に関する報告書（市町村における医療費の背景要因に関する研究会）  
国民健康保険中央会 平成9年3月
- 10)地域保健法の施行後のモデル市町村保健活動事例研究事例集 全国市町村保健活動連絡協議会 平成10年3月
- 11)地域保健医療計画の現状と課題に関する調査報告書 西郡光昭 平成10年3月
- 12)保健サービスの効果測定に関する大規模コホート研究 研究報告書 辻 一郎 平成10年3月
- 13)市町村保健サービスの充実強化に関する研究 研究報告書 工藤 啓 平成10年3月



# 研 究 資 料

# ヒストグラム



調査対象市町村の人口度数分布

# 一般外来医療費

投入済み変数または除去された変数<sup>a</sup>

モデル	投入済み変数	除去された変数	方法
1	高齢率		ステップワイス法(基準: 投入するFの確率 <= .050、除去するFの確率 >= .100)。
2	人口		ステップワイス法(基準: 投入するFの確率 <= .050、除去するFの確率 >= .100)。
3	精神障		ステップワイス法(基準: 投入するFの確率 <= .050、除去するFの確率 >= .100)。

a. 従属変数: 一外費

## モデル集計

モデル	R	R二乗	調整済み R Square	推定値の標準誤差
1	.427 <sup>a</sup>	.183	.181	12299.74
2	.448 <sup>b</sup>	.201	.197	12178.82
3	.464 <sup>c</sup>	.215	.210	12080.18

a. 予測値: (定数)、高齢率。

b. 予測値: (定数)、高齢率、人口。

c. 予測値: (定数)、高齢率、人口、精神障。

## 分散分析<sup>d</sup>

モデル		平方和	自由度	平均平方	F	有意水準
1	回帰	1.397E+10	1	1.397E+10	92.347	.000 <sup>a</sup>
	残差	6.248E+10	413	151283529		
	全体	7.645E+10	414			
2	回帰	1.534E+10	2	7.671E+09	51.716	.000 <sup>b</sup>
	残差	6.111E+10	412	148323575		
	全体	7.645E+10	414			
3	回帰	1.647E+10	3	5.491E+09	37.628	.000 <sup>c</sup>
	残差	5.998E+10	411	145930790		
	全体	7.645E+10	414			

a. 予測値: (定数)、高齢率。

b. 予測値: (定数)、高齢率、人口。

c. 予測値: (定数)、高齢率、人口、精神障。

d. 従属変数: 一外費

係数<sup>a</sup>

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意水準
		B	標準誤差	ベータ		
1	(定数)	65559.686	2022.019		32.423	.000
	高齢率	1155.160	120.207	.427	9.610	.000
2	(定数)	61116.188	2478.913		24.654	.000
	高齢率	1332.208	132.509	.493	10.054	.000
	人口	2.459E-02	.008	.149	3.040	.003
3	(定数)	61405.586	2461.031		24.951	.000
	高齢率	1383.517	132.721	.512	10.424	.000
	人口	2.420E-02	.008	.147	3.016	.003
	精神障	-2912.157	1045.710	-.123	-2.785	.006

a. 従属変数: 一外費

除外された変数<sup>d</sup>

モデル		投入された ときの標準 回帰係数	t	有意水準	偏相関	共線性の 統計量
						許容度
1	ケアコ	.036 <sup>a</sup>	.799	.425	.039	1.000
	ネット	-.045 <sup>a</sup>	-1.003	.317	-.049	.982
	ホーム	-.081 <sup>a</sup>	-1.809	.071	-.089	.994
	ボラン	-.031 <sup>a</sup>	-.702	.483	-.035	1.000
	医師会	.027 <sup>a</sup>	.596	.552	.029	.988
	運営費	.102 <sup>a</sup>	2.233	.026	.109	.944
	規模	.111 <sup>a</sup>	2.420	.016	.118	.929
	距離	.049 <sup>a</sup>	1.090	.276	.054	.980
	健推進	-.052 <sup>a</sup>	-1.156	.249	-.057	.990
	建設費	.070 <sup>a</sup>	1.528	.127	.075	.942
	高総窓	-.004 <sup>a</sup>	-.091	.927	-.004	.988
	高齢サ	-.015 <sup>a</sup>	-.344	.731	-.017	.999
	在宅介	.013 <sup>a</sup>	.283	.778	.014	1.000
	歯科保	-.002 <sup>a</sup>	-.045	.964	-.002	.998
	事合	.030 <sup>a</sup>	.648	.517	.032	.903
	社協連	-.020 <sup>a</sup>	-.458	.647	-.023	.997
	人確保	-.033 <sup>a</sup>	-.745	.457	-.037	1.000
	人口	.149 <sup>a</sup>	3.040	.003	.148	.807
	精神障	-.126 <sup>a</sup>	-2.811	.005	-.137	.974
	対人医	.078 <sup>a</sup>	1.758	.079	.086	.993
	対人床	.092 <sup>a</sup>	2.054	.041	.101	.979
	対人診	-.037 <sup>a</sup>	-.816	.415	-.040	.980
	痴呆対	-.095 <sup>a</sup>	-2.129	.034	-.104	.985
	保計画	-.066 <sup>a</sup>	-1.493	.136	-.073	1.000
	保健所	-.031 <sup>a</sup>	-.697	.486	-.034	1.000
	訪問看	.075 <sup>a</sup>	1.679	.094	.082	.997
技合	.046 <sup>a</sup>	.995	.320	.049	.907	