

201001046A

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

医療・介護政策と地域の資源・連携・受療行動が  
平均在院日数と費用に影響を及ぼす要因の分析

平成22年度 総括研究報告書

研究代表者 今中 雄一

平成23（2011）年3月

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

医療・介護政策と地域の資源・連携・受療行動が

平均在院日数と費用に影響を及ぼす要因の分析

（H22-政策-一般-028）

研究代表者： 今中雄一 京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野

総括研究報告書

I	概要	i - x
II	医療・介護資源と利用実態・費用の地域格差	
1.	医療・介護資源、療養費・日数の実態	1
	－全国 地域別（二次医療圏・市町村）－	
2.	介護サービスにおける利用者数と報酬の地域差分析	192
	－ 医療・介護の一体的な体制作りの基礎資料として －	
III	医療－介護および医療－医療の連携と資源・在院日数・費用	
1.	医療・介護サービス横断パスの可視化	228
2.	一般病床から後方病床へ（在院日数：DPCデータの活用）	237
	－効率的な病床配分に向けての基礎データ	
3.	一般病床から後方病床へ（在院日数：レセプトデータの活用）	244
	－効率的な病床配分に向けての基礎データ	
IV	医療介護資源・費用の計画・政策に関わる応用分析	
1.	レセプトデータを活用した臨床指標－地域別ばらつき：公正性の可視化	255
2.	レセプトデータを活用した臨床指標－病院間差異：質改善余地の可視化	262
3.	レセプトデータを活用した臨床指標	270
	－急性心筋梗塞における医療評価指標と医療資源との関係：死亡率と再入院率	
4.	データに基づく疾病別医療圏の構築方法	271
	－急性期循環器系疾患における診療圏から医療圏への接近	
5.	救急車搬送時間における地域差に関する要因の分析	280
6.	増分医療費の推計：病院感染のリスク調整アウトカムと費用	298
	－Healthcare-associated infections in acute ischaemic stroke patients from 36 Japanese hospitals: risk-adjusted economic and clinical outcomes	
7.	増分医療費の推計：病院感染による増分費用	307
	－Variations in analytical methodology for estimating costs of hospital-acquired infections: a systematic review	
8.	国民健康保険世帯保険料の将来推計	321
9.	二次医療圏における小児科医増減の要因分析	336
V	研究成果の刊行に関する一覧表	355

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））  
総括研究報告書

**医療・介護政策と地域の資源・連携・受療行動が  
平均在院日数と費用に影響を及ぼす要因の分析**  
(H22-政策-一般-028)

研究代表者：

今中雄一（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 教授）

研究分担者：

林田賢史（産業医科大学病院医療情報部 准教授）

廣瀬昌博（島根大学医学部附属病院 病院医学教育センター センター長）

猪飼 宏（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 助教）

村上玄樹（広島大学医歯薬学総合研究科公衆衛生学研究室 助教）

徳永淳也（九州看護福祉大学看護福祉学部 教授）

大坪徹也（京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 助教）

研究協力者： ジェイスン・リー、後藤 悦、森島敏隆、小林大介、  
佐々木真弘（京都大学大学院医学研究科医療経済学）

**要旨**

昨今、医療崩壊が叫ばれるなど、医療資源の地域格差等が生じ、少子高齢社会や社会保障財政悪化、要求水準の高まりなどが進行する中、国、地方の財政も厳しくなり、医療費の制御は一層大きな課題となっている。医療の質・安全を確保して向上し、医療提供を効率的に行い、資源配備を確保して国民の医療アクセス上の公正性を確保することが、一層強く求められるようになった。

病院の平均在院日数は、医療費に大きく関与する因子であり、国際的にみて特徴的に長く、その制御は医療費適正化の鍵とされている。しかし、平均在院日数や一人当たり医療費は、患者の疾患のみならず、医療施設の機能や特性そして地域によって格差がある。また、病院の入院期間には、さらに、後方病院、在宅ケア、介護施設などの地域の医療・介護資源の量およびそれらの間での連携が関与してくる。

そこで、本研究では、都道府県レベル、二次医療圏レベル、その他の地域や施設レベルで、経年的な多元的データを取り扱い、平均在院日数と一人当たり医療費の増減の要因を、1) 患者の医学的特性、2) 患者・地域の受療行動と社会経済的特性、3) 地域の医療・介護の資源と連携における特性、4) 病院・医療提供者の機能と特性、5) 国と地域の諸施策の影響といった多角的観点から分析を開始した。

医療介護の資源量、消費資源量・在院日数・利用日数、医療費・介護費・保険給付費などを、二次医療圏などの地域別に算出し、全国レベルで比較可能な形で可視化した。（その成果をインターネットで公表する計画でいる。）また、レセプトデータの活用、国保保険料推計、医師数分析において医療政策に関連し寄与しうる新たな知見を得た。

さらに次年度以降に、当年度の研究成果を礎として、平均在院日数と医療費などの増減の要因を明らかにすることで、それらの制御の手段の検討・開発の材料として資することを目指す。

## A. 目的

当研究は、各地域レベルの平均在院日数と医療費の増減の要因を明らかにすることを目的とする。それにあたっては、経年的な多元的データを取り扱い、都道府県レベル、二次医療圏レベル、その他の地域や施設レベルで、1) 患者の医学的特性、2) 患者・地域の受療行動と社会経済的特性、3) 地域の医療と介護の資源分布と連携における特性、4) 病院・医療提供者の機能と特性、5) 国と地域の諸施策の影響といった多角的観点から分析する。

## B. 方法

経年的に、都道府県レベル、二次医療圏レベル、その他の地域や施設レベルで、1) 患者の医学的特性、2) 患者・地域の受療行動と社会経済的特性、3) 地域の医療・介護の資源と連携における特性、4) 病院・医療提供者の機能と特性、5) 国と地域の諸施策の影響といった、5つの観点からデータを集め多元的データベースを構築する。パネルデータ解析や共分散構造分析などを用いて要因分析も可能になることを目指す。レセプト等の症例レベルデータも活用する。

現在までの研究成果を基盤に、データ基盤を再構築し、基礎解析を行う。データ基盤構築では、以下のデータベースを構築・強化・改訂する

- ・都道府県・医療圏等データベース（平均在院日数と医療費含む）の確認と改訂
- ・医療介護資源の全国レベル経年的データ（医療・介護の需給）
- ・医療圏・地域別の社会人口統計、社会経済因子の統計
- ・地域特性・受療行動等のデータ設計と収集
- ・地域・広域の診療報酬・介護報酬悉皆データ
- ・医療と在宅ケア・介護関連データ

倫理面への配慮を徹底し個人情報の保護を確実にを行う。厚生労働省・文部科学省・疫学研究の倫理指針に則り、京都大学医学部の医の倫理委員会の承認を得て

いる。情報保護の仕組みを確実に導入して関連セキュリティ技術など具体的方策を十分に検討し適時活用する。さらに、倫理面への配慮を強化するために、データ収集後の情報セキュリティのハードのシステムならびにその運用体制の強化を図る。また、申請者が所属する医療経済学教室は、情報セキュリティ・マネジメント・システム（ISMS 及び ISO27001）の認証を国際的及び国内で正式に取得し、継続的に維持している。

## C. 結果

### 1. 医療・介護資源と利用実態・費用の地域格差

医療・介護資源、療養費や給付費、日数の実態を、全国で地域別（二次医療圏・市町村）に高齢者人口 10 万人当たり等多軸的に数値化し、全国レベルでの比較が可能となるように指標を算出しグラフ化した（[図 1](#)）。一般病床から後方病床へ効率的な病床配分に向けての基礎データとして、一般病床とその他病床（亜急性、回復リハ、療養など）の日数を分析した（[図 2](#)）。医療・介護サービス横断パスを可視化した。その例を[図 3](#)と[図 4](#)（サービス拠点別・費用情報有り）に示す。

医療・介護の一体的な体制作りの基礎資料として、介護サービスにおける利用者数と報酬の地域差を分析し可視化した。[図 5](#). 市町村ごと高齢者人口当たり介護サービスの利用者数と報酬の地域差の図示（例）

[図 6](#). 65 歳以上人口千人当たり介護サービス利用者の市町村格差

### 2. 医療介護資源・費用の計画・政策に関わる応用分析

○[レセプトデータ](#)を活用して、公正性評価の基盤として臨床指標の地域間ばらつきを数量化し（[図 7](#)、[図 8](#)）、また、臨床指標の施設間格差を示して現場での改善のポテンシャルを示した。これらに関連して、医療提供実態・体制の可視化に向けて、レセプト関連データの特性を示した（[図 9](#)）。レセプトデータを活用して、病別医療圏の構築方法、医療評価指標を

示した。さらに、救急データで救急車搬送時間の地域差を把握し分析した。

○増分医療費については、その推計方法を系統的にレビューし、我が国独自のデータ環境に基づく新たな方法を開発し、病院感染のリスク調整アウトカムとリスク調整費用を算出した。

○財政の厳しい市町村国民健康保険について、その被保険者の医療費を推計の上、国民健康保険世帯保険料の将来推計を行った。

○医療資源の偏在が指摘されている小児科医の増減について、二次医療圏ごとにその要因を分析した（[図10](#)）。

#### D. 考察

在院日数は、そもそも DRG のようなケースミックス分類の開発においても資源消費量の指標として用いられるなど、医療における資源量の代表的な指標であるが、医療環境の大きな違いのために、わが国の平均在院日数は欧米諸国と比して著しく長く、欧米に比して亜急性期ケアなど特別の機能をも担っている。したがって、平均在院に数に関する海外での知見が余り役立たず、ぜひ日本でのデータに基づく解析と知見を出して、医療政策の構築や展開にいかしていかなばならない。当研究の特別の重要性はそこにもある。さらなる強みとしては、その研究への展開の承諾を得て、都道府県レベルの数年に及ぶ悉皆的レセプトデータ（医療費、在院日数含むデータ）をデータベース化し（約7千万件規模）府県・国保の事業に資する地域別の解析を本年担当した実績があることである。

近年、当研究室でも当該領域のメジャーな国際誌に研究成果を出してきており（Lee 他 印刷中s、林田他 2009、関本他 2008、石崎他 2008、林田他 2007、Evans 他 2007）、わが国固有の状況での知見のみならず、質指標との関連や、年齢との新たな関係性などを示してきている。症例レベルの詳細データを使うことができるのが一つの特徴である。一方で、地域レベルの医療費の要因解析としてはいくつ

かの知見が出されている（堀 2006、知野 2003、新村 1999、今井 1998、二木 1989、安西 1987）。それらに比し、当研究の特色として、二次医療圏と市町村ごとに諸々の社会経済因子、人口や医療需要関連因子、医療と介護のサービス供給資源、受療行動に関連する因子などを取り込んだデータベースの構築・発展を既に進めているところにあり、重要な強みとして、在院日数や医療費と切り離せない介護資源を含む網羅的な変数群を用いて経年的に全国レベルで多角的な分析が可能となってくる。

当研究においては、医療・介護資源と利用実態・費用の地域格差を、二次医療圏別あるいは市町村別で、多角的に示すことができた。全国的には北海道を除き西高東低の傾向が顕著で、地域格差には大きなものがあり、今後、それらの要因をさらに分析していく必要がある。病床種別の在院日数・病床配分、医療・介護サービス横断パスについては、今回は、データ処理の技術的障壁をクリアしたことに意義がある。

医療介護資源・費用の計画・政策に関わる応用分析については、レセプト分析による、公正性評価、医療の質の評価、合併症などによる増分医療費の推計、疾病別医療圏の構築など、有意義な展開を示すことができた。救急データでは救急車搬送時間の地域差に加え、さらに政策に役立つ解析の展開が望まれる。また、基礎研究として、財政の厳しい市町村国民健康保険について、その被保険者の医療費を推計の上、国民健康保険世帯保険料の将来推計を行う方法を、現状の複雑な保険料算定方法のオプションに対応して構築したことは、今後の、都道府県レベルで保険料推計に適用できる可能性がある。

医療資源の偏在が指摘されている小児科医の増減について二次医療圏ごとに分析したところ、人口密度が疎で経済力の大きくない地域では、医師数は維持されながら高齢化が進み、若手の医師の新たな流入は抑えられ、近い将来の医師確保維持の危機が推しはかられた。



## E. 結論

本研究では、都道府県レベル、二次医療圏レベル、その他の地域や施設レベルで、経年的な多元的データをデータベース化し、平均在院日数と一人当たり医療費の増減の要因の分析を行う基盤を構築した。即ち、患者の医学的特性、患者・地域の受療行動と社会経済的特性、地域の医療・介護の資源と連携における特性、病院・医療提供者の機能と特性、国と地域の諸施策の影響といった点から分析する基盤ができた。また、関連する基礎的ならびに応用的な分析を行った。地域別の提供資源、在院日数など資源消費、報酬・給付費を、比較検討することで、地域差を具体的に示すことができ、また、レセプトデータ等を活用した、医療政策に関与しうる分析成果・知見を得ることができた。

今後、医療・介護の消費資源と費用の地域差の影響要因を明らかにしていく。

## F. 健康危険情報 特に無し

## G. 研究発表 原著論文

1. Fukuda H, Lee J, Imanaka Y. Costs of hospital-acquired infection and transferability of the estimates: A systematic review. *Infection* (in press)
2. Fukuda H, Lee J, Imanaka Y. Variations in analytical methodology for estimating costs of hospital-acquired infections: A systematic review. *The Journal of Hospital Infection* 2011; 77(2): 93-105.
3. Otsubo T, Imanaka Y, Lee J, Hayashida K. Evaluation of resource allocation and supply-demand balance in clinical practice with high-cost technologies. *The Journal of Evaluation in Clinical Practice* . 2010 Jul 13
4. Lee J, Imanaka Y, Sekimoto M, Ikai H, Otsubo T. Healthcare-associated infections in acute ischemic stroke patients from 36 Japanese hospitals:

risk-adjusted economic and clinical outcomes. *International Journal of Stroke* 2011; 6(1): 16-24.

5. Regenbogen SE, Hirose M, Imanaka Y, Oh EH, Fukuda H, Gawande AA, Takemura T, Yoshihara H. A comparative analysis of incident reporting Lag times in Japan and the United States. *Quality & Safety in Health Care* . 2010 Dec;19(6):e10.
6. Hayashida K, Imanaka Y, Murakami G, Takahashi Y, Nagai M, Kuriyama S, Tsuji I. Difference in lifetime medical expenditures between male smokers and non-smokers. *Health Policy*. 2010 ;94(1):84-9.
7. Fukuda H, Imanaka Y, Hirose M, Hayashida K. Impact of system-level activities and reporting design on the number of incident reports for patient safety. *Quality & Safety in Health Care*. 2010;19(2):122-7.
8. Lee J, Imanaka Y, Sekimoto M, Ishizaki T, Hayashida K, Ikai H and Otsubo T. Risk-adjusted increases in medical resource utilization associated with healthcare-acquired infections in gastrectomy patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010;16(1):100-106 .

## 和文論文

1. 今中雄一. 医療の質, コスト, アクセス, そして満足度 - 医療制度づくりとHSR. 2011; 57(11):1023-1028.

## 著書

2. 今中雄一編集. 足立峻吾、石崎達郎、猪飼宏、今中雄一、大坪徹也、桑原一彰、小伏寛枝、白井貴子、関本美穂、田中将之、西山知佐、濱田啓義、林田賢史、廣瀬昌博、深田雄志、福田治久、三原華子、村上玄樹、本橋隆子、安田秀香. 「病院」の教科書. 東京：医学書院, 2010.
3. 今中雄一. 医療従事者問題と医療制度. 宮島洋, 西村周三, 京極高宣 編. 社会保障と経済 3 社会サービスと地域. 東京：財団法人東京大学出版会, 2010; 89-103.

## 学会発表

1. 大坪徹也, 今中雄一. 急性期循環器系疾患における診療圏から医療圏への接近. 第48回日本医療・病院管理学会学術総会: 広島, 2010年10月15日-16日
2. 大坪徹也, 今中雄一. 急性心筋梗塞における医療評価指標と医療資源との関係: 死亡率と再入院率. 日本衛生学会—日本学術会議・生活習慣病対策分科会共催シンポジウム【健康増進・地域医療・医療費適正化計画とデータ活用～生活習慣病の予防・治療システムの戦略的構築へ～】第81回日本衛生学会学術総会講演集収録. 日本衛生学会学雑誌 2011; 66(2):340.
3. 小林大介, 大坪徹也, 後藤悦, 森島敏隆, 濱田啓義, 今中雄一. 患者移動分析に基づく疾病別医療圏の考察. 第30回医療情報学連合大会(第11回日本医療情報学会学術大会): 浜松, 2010年11月20日.
4. 森島敏隆, 今中雄一. レセプトから見た非小細胞肺癌(NSCLC)の1st line化学療法レジメンの実施割合. 第51回日本肺癌学会総会: 広島, 2010年11月3-4日. 1. (抄録: 第51回日本肺癌学会号: p616, 2010)
5. 後藤悦, 大坪徹也, 濱田啓義, 森島敏隆, 小林大介, 今中雄一. 国民健康保険世帯保険料の将来推計. 第50回全国国保地域医療学会: 京都, 2010年10月8日.
6. 佐々木弘真, 大坪徹也, 今中雄一. 二次医療圏における小児科医増減の要因分析. 医療経済学会第5回研究大会: 東京, 2010年7月10日.
7. 大坪徹也, 今中雄一. 救急車搬送時間における地域差に関する要因の分析. 医療経済学会第5回研究大会: 東京, 2010年7月10日.

図表

図1. 医療・介護資源と在院日数

(股関節大腿近位骨折 160800 手術あり)

[関東]相模原／区東北部

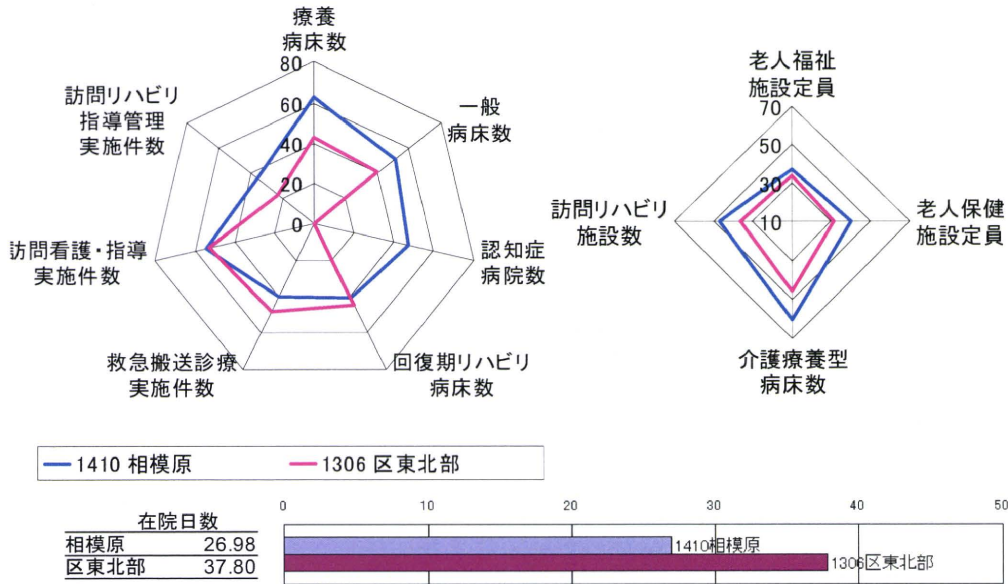


図2. 一般病床と亜急性病床の平均在院日数 (病院レベル)

■ 亜急性期病床 (病院数=43)

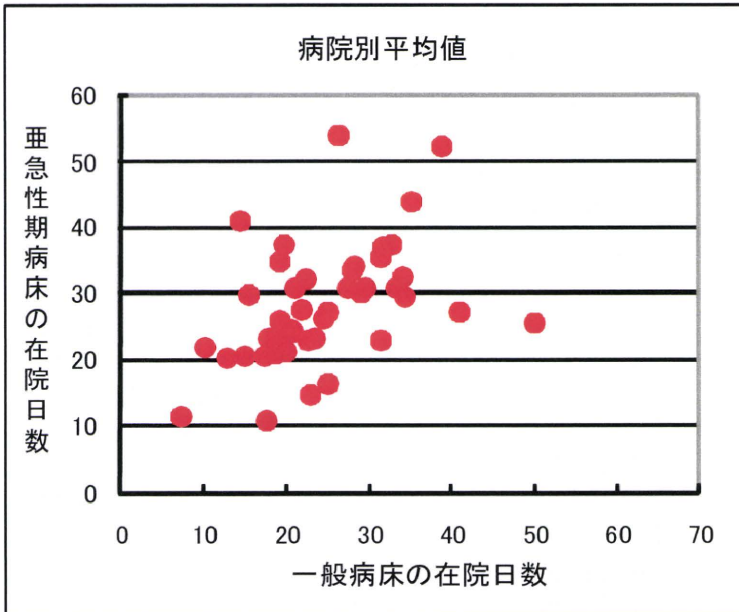




図3. 医療・介護のサービス横断的パスの可視化

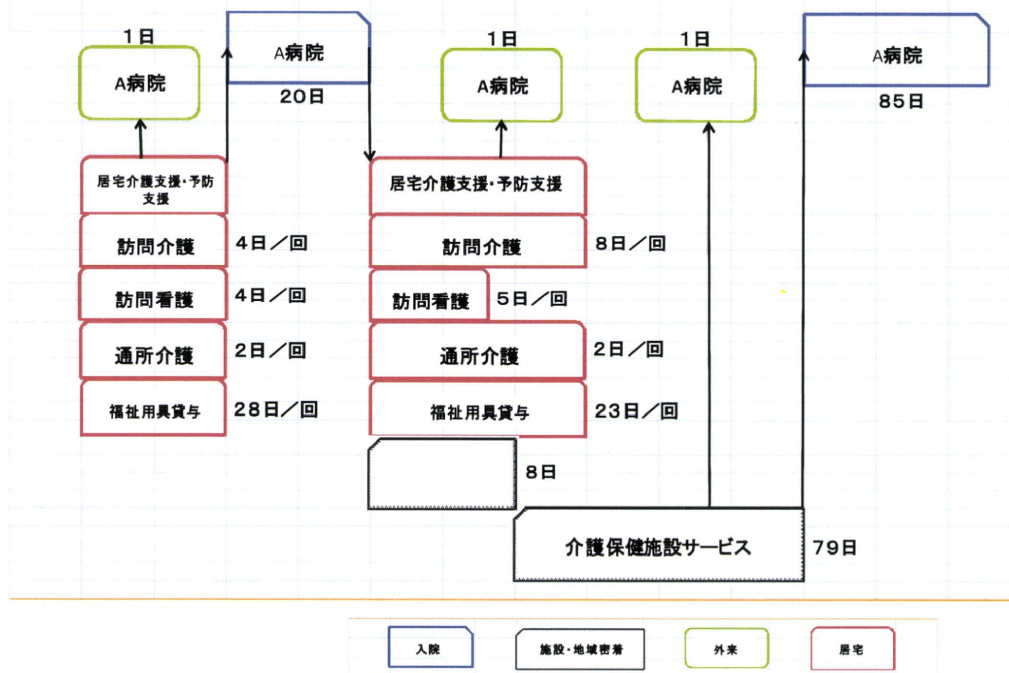


図4. 医療・介護のサービス横断的パスの可視化2  
(サービス別拠点・費用情報有り)

		月1		月2		月3		月4		月5		月6		月7		月8		月9		
医療	入院	施設名 市町村 長岡京市	A病院 14 601千円	A病院 6 385千円												A病院 長岡京市	A病院 長岡京市			
	外来	施設名 市町村 長岡京市	A病院 1 8千円	A病院 1 8千円		A病院 長岡京市 1 6千円														
介護	居宅介護支援・ 予防支援	施設名 市町村 長岡京市	居宅介護支援事業所E 13千円	居宅介護支援事業所E 13千円	居宅介護支援事業所E 13千円															
	居宅 訪問介護	施設名 市町村 長岡京市	ケアセンターF 4 19千円	ケアセンターF 5 73千円	ケアセンターF 3 19千円															
	居宅 訪問看護	施設名 市町村 長岡京市	訪問看護ステーションG 4 71千円	訪問看護ステーションG 5 90千円																
	居宅 通所介護	施設名 市町村 長岡京市	デイサービスセンターH 2 20千円	デイサービスセンターH 1 10千円	デイサービスセンターH 1 12千円															
	居宅 福祉用具 貸与	施設名 市町村 長岡京市	ケアセンターI 28 29千円	ケアセンターI 20 32千円	ケアセンターI 3 18千円															
	居宅 短期入所 療養介護 (介護老 人保健施設)	施設名 市町村 長岡京市		訪問看護ステーションJ 8 86千円																
	地域密着	施設名 市町村 長岡京市																		
	施設	施設名 市町村 長岡京市			リハビリセンターK 8 88千円	リハビリセンターK 31 339千円	リハビリセンターK 30 322千円	リハビリセンターK 10 108千円												
	特定介護 サービス 等	施設名 市町村 長岡京市																		
	月別医療費			609千円	394千円	0千円	6千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	655千円	769千円		
月別介護費			103千円	176千円	121千円	339千円	322千円	108千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	
月別費用計			712千円	570千円	121千円	345千円	322千円	108千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	0千円	655千円	769千円			

図5. 市町村ごと高齢者人口当たり介護サービスの利用者数と報酬の地域差の図示(例)

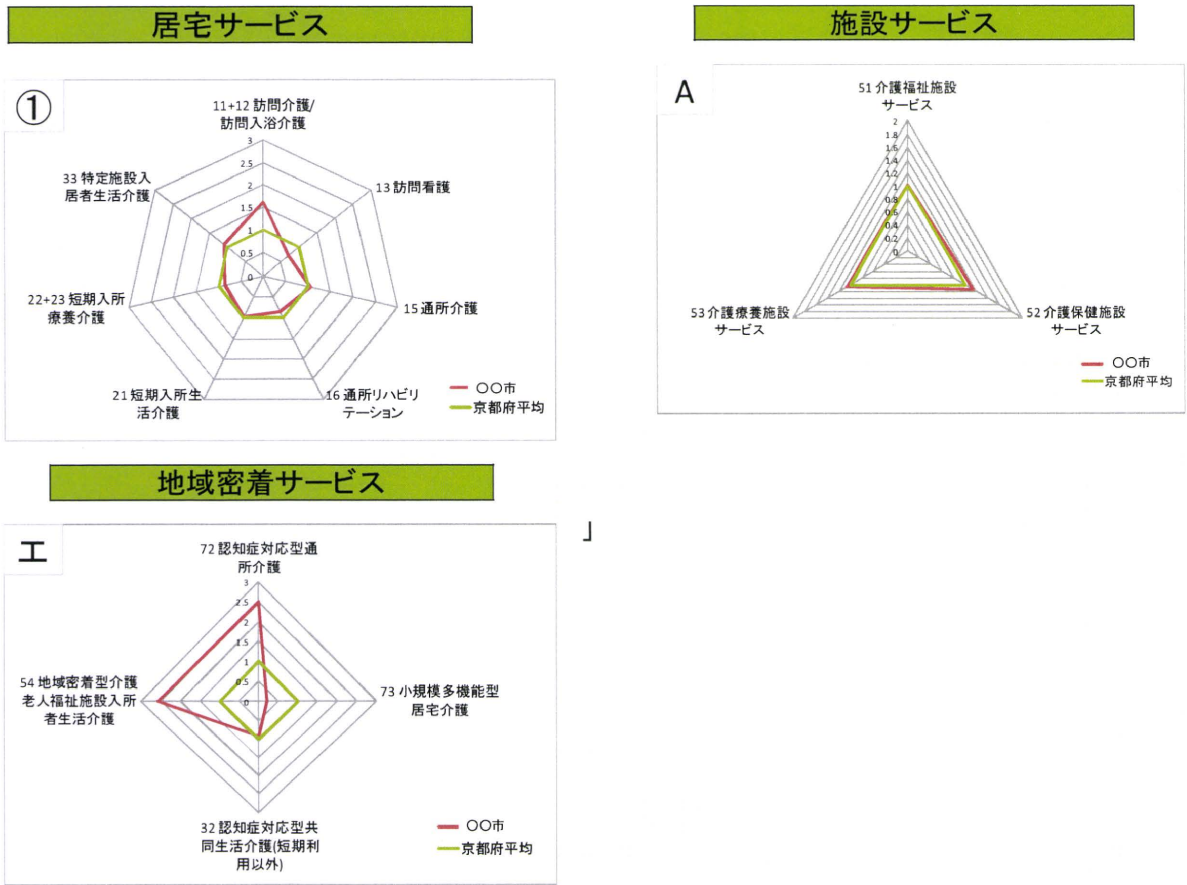


図6. 65歳以上人口千人当たり介護サービス利用者の市町村格差

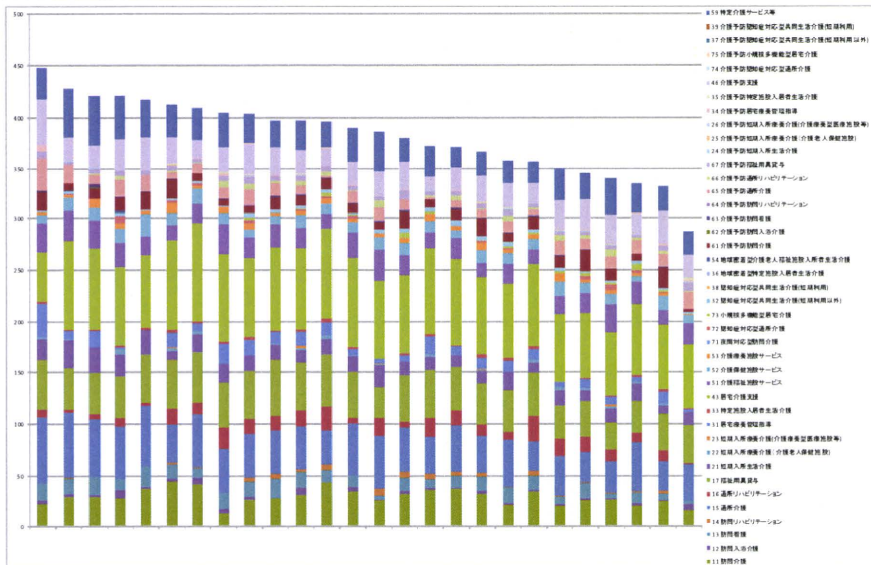


図7. 入院中に理学療法の評価を行った率（同一府県内、市町村別）  
（レセプトデータに基づく）

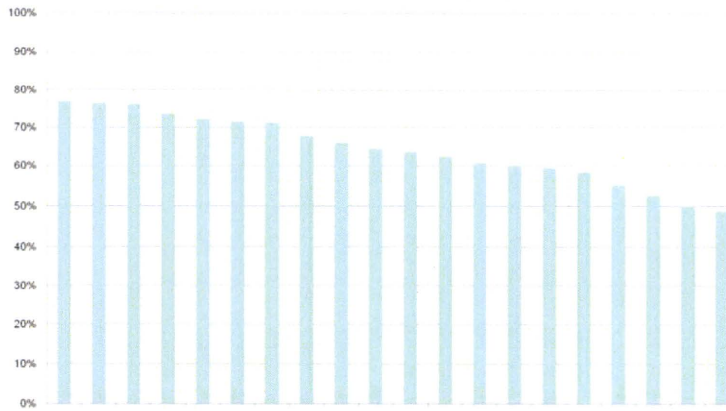


図8. t-PA 注射療法施行率（同一府県内、市町村別）  
（レセプトデータに基づく）

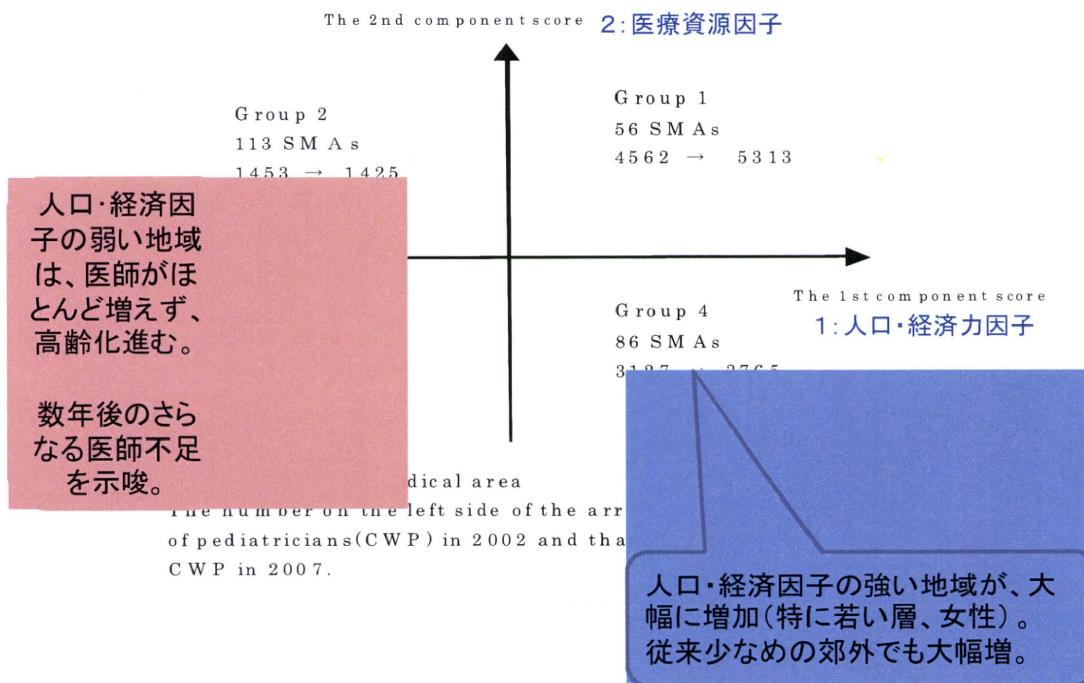


図9. レセプト関連データの特性：医療提供実態・体制の可視化に向けて

	新・保険者事務共同電算処理システム	レセプト電算処理システム	DPC基礎調査
保険者	限定的	限定的	網羅的
患者住所	保険者	保険者	zip-code
傷病分類	121	レセ病名	2,451
医療機関	網羅的	網羅的	限定的
個人追跡	可能	可能	不可能

図10. 二次医療圏の4分類（2軸に基づく）と医師数の動向

Figure 1: The group definition by the signs of component scores and the number of SMAs and pediatricians in each group



# **全国 地域別（二次医療圏・市町村） 医療・介護資源、療養費・日数の実態**

# **全国 地域別(二次医療圏・市町村)**

## **医療・介護資源、医療費・日数の実態**

### **目的**

疾病ごと在院日数と医療・介護資源に地域の特性が見られるかどうか、また、国民健康保険の保険給付費等に地域の特徴があるかどうか、二次医療圏・市町村単位で分析を行った。

### **方法**

医療施設調査、介護サービス施設・事業所調査、診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料(疾患別手術有無別処置1有無別集計 施設別、疾患別手術有無別処置2有無別集計 施設別)、住民基本台帳に基づく市区町村別の年齢階級別人口、国民健康保険実態調査、国民健康保険事業年報のそれぞれ2008年データを二次医療圏および市町村単位で集計し、分析を行った。

医療・介護資源偏差値と平均在院日数の分析では、65歳以上人口あたりの医療・介護資源を偏差値に換算し、レーダーチャートに記載できるようにした。

国民健康保険(以下、国保と記す)の保険給付費等の分析では、国民健康保険実態調査B表から市町村別・保険組合別の保険給付費、同C表から市町村別・保険組合別の療養給付費・日数を得た。療養給付費の全体から前期高齢者分を差し引くことで65歳未満(以下、若人と記す)分とした。国民健康保険実態調査は保険者別のデータになっているので、市町村国保は市町村単位のデータが最小単位となる。横浜市と川崎市においては市を複数の二次医療圏に分けているが、それぞれの二次医療圏単位のデータはない。横浜市の3つの二次医療圏は全て横浜市のデータで代替し、川崎市の2つの二次医療圏は川崎市のデータで代替した。また、前期高齢者の療養給付費において、一人あたり換算値が平均値から標準偏差の約14倍となる地域が1つあり、その地域は、前期高齢者割合と保険給付費等の散布図、都道府県別・市町村別 保険給付費等の分布、二次医療圏別・市町村別 保険給付費等の分布のグラフから除外している。



## 結果

図表詳細は、目次ページを参照。

1. 医療・介護資源偏差値と平均在院日数 二次医療圏ごと レーダーチャート
2. 医療・介護資源 全二次医療圏 棒グラフ
3. 国保療養給付費 全二次医療圏 棒グラフ
4. 前期高齢者および65歳未満における療養日数・給付費等ヒストグラム
5. 前期高齢者割合、保険給付費等の散布図
6. 都道府県別・市町村別 保険給付費等の分布
7. 二次医療圏別・市町村別 保険給付費等の分布
8. 国保保険給付費の構成割合

## 考察

医療資源および介護資源において、都道府県単位で見た場合に偏りはほとんど見られないが、二次医療圏単位で見た場合に極端に不足している地域がある。特にリハビリテーション分野にばらつきが目立った。また、北海道と沖縄を除いて西高東低の傾向を示している。

国保の療養給付費においても市町村国保一人あたり療養費が西高東低の傾向を示している。東北・北関東地方が相対的に低く、九州地方が高い。但し、二次医療圏単位でのばらつきは、病床数の方が療養給付費に比べて大きく見られる。

## 図表目次

1. 病院介護資源偏差値と平均在院日数 二次医療圏ごと レーダーチャート	A-1	
平均在院日数地図	A-2	
医療・介護資源と在院日数 都道府県別二次医療圏ごとレーダーチャート	A-4	
2. 医療介護資源 全二次医療圏 棒グラフ (65 歳以上 10 万人あたり 偏差値)	A-111	
二次医療圏一覧	A-112	
医療療養病床数	A-114	
一般病床数	A-116	
認知症病院数	A-118	
回復期リハビリ病床数	A-120	
救急搬送診療実施件数	A-122	
訪問看護・指導実施件数	A-124	
訪問リハビリ指導管理実施件数	A-126	
老人福祉施設定員	A-128	
老人保健施設定員	A-130	
介護療養病床数	A-132	
訪問リハビリ施設数	A-134	
3. 療養給付費 全二次医療圏 棒グラフ	A-136	
被保険者一人あたり療養給付費	A-137	
前期高齢者一人あたり療養給付費	A-139	
若人(65 歳未満)一人あたり療養給付費	A-141	
4. 前期高齢者および 65 歳未満における療養日数・給付費等ヒストグラム	A-143	
市町村国保ヒストグラム		
人口割合	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-144
日数(入院)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-145
日数(入院外)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-146
日数(入院+入院外)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-147
日数(訪問看護)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-148
療養給付費(入院)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-149
療養給付費(入院外)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-150
療養給付費(入院+入院外)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-151
療養給付費(訪問看護)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-152
療養給付費	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-153
国保組合ヒストグラム		
人口割合	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-154
日数(入院)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-155
日数(入院外)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-156
日数(入院+入院外)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-157
日数(訪問看護)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-158
療養給付費(入院)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-159
療養給付費(入院外)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-160
療養給付費(入院+入院外)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-161
療養給付費(訪問看護)	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-162
療養給付費	前期高齢者一人あたり、65 歳未満一人あたり	A-163

5. 前期高齢者割合、保険給付費等の散布図	A-164
市町村国保、国保組合 色分け散布図	
前期高齢者一人あたり	
日数(入院)            療養給付費(入院)、療養給付費	A-165
被保険者一人あたり	
日数(入院)            保険給付費、療養給付費	A-165
日数(入院外)          保険給付費、療養給付費	A-166
日数(入院+入院外)      保険給付費、療養給付費	A-166
全被保険者に占める割合	
前期高齢者割合          被保険者一人あたり日数(入院、入院外、入院+入院外)	A-167
前期高齢者割合          被保険者一人あたり保険給付費、療養給付費	A-168
20-64歳割合              被保険者一人あたり保険給付費、療養給付費	A-168
6. 都道府県別・市町村別 保険給付費等の分布	A-169
市町村国保箱ひげ図、国保組合箱ひげ図	
前期高齢者割合	A-170
被保険者一人あたり保険給付費	A-171
被保険者一人あたり療養給付費	A-172
前期高齢者一人あたり療養給付費	A-173
前期高齢者一人あたり訪問看護費	A-174
若人(65歳未満)一人あたり療養給付費	A-175
7. 二次医療圏別・市町村別 保険給付費等の分布	A-176
市町村国保箱ひげ図、国保組合箱ひげ図	
前期高齢者一人あたり療養給付費	A-177
前期高齢者一人あたり訪問看護費	A-177
若人(65歳未満)一人あたり療養給付費	A-178
8. 保険給付費の構成割合	A-179
市町村国保 保険給付費内訳 円グラフ、国保組合 保険給付費内訳 円グラフ	
市町村国保合計の保険給付費構成割合(表)	A-180
国保組合合計の保険給付費構成割合(表)	A-180
市町村国保合計の保険給付費構成割合(円グラフ)	A-181
国保組合合計の保険給付費構成割合(円グラフ)	A-181
市町村国保 療養給付費内訳 円グラフ、国保組合 療養給付費内訳 円グラフ	
市町村国保合計の療養給付費構成割合(表)	A-182
国保組合合計の療養給付費構成割合(表)	A-182
市町村国保合計の療養給付費構成割合(円グラフ) 被保険者	A-183
国保組合合計の療養給付費構成割合(円グラフ) 被保険者	A-183
市町村国保合計の療養給付費構成割合(円グラフ) 前期高齢者	A-184
国保組合合計の療養給付費構成割合(円グラフ) 前期高齢者	A-184

# 1. 医療・介護資源偏差値と平均在院日数 二次医療圏ごと レーダーチャート

