

厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
将来の医療需要を踏まえた外来及び在宅医療の提供体制の構築のための研究
分担研究報告書 (令和6年度)

リハビリテーション提供量の推移・需要推計と在宅医療のアクセシビリティ分析

研究分担者 赤羽 学¹, 中西 康裕¹, 西岡 祐一², 次橋 幸男²

研究協力者 山口佳小里¹ 森井康博³

1. 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部
2. 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座
3. 国立保健医療科学院 保健医療経済評価研究センター

研究要旨

本研究では、次の2つの研究、1) 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 流行前後のリハビリテーション提供量の推移および将来推計に関する分析と 2) 奈良県をモデル地域とした二次医療圏別の在宅患者のアクセシビリティ分析を行った。1) として、NDB オープンデータを用いて、2018年度から2022年度の各リハビリテーション料の算定単位数を集計した。さらに、基準年による違いを考慮した上で、2022年度を基準とした2025年度から2050年度までのリハビリテーション提供量の将来推計を行った。2) として、奈良県 KDB (国保データベース) を用いて ArcGIS のメッシュ別人口データを用いて仮想在宅患者を発生させて、仮想患者住所地と最寄り医療機関間の距離を算出し、二次医療圏別に可視化した。本研究結果より、COVID-19 流行前後のリハビリテーション提供の推移はリハビリテーション料および入院・外来により異なっていたが、COVID-19 流行下の2020年度においてはいずれのリハビリテーション料においても外来で減少していた。一方、2022年度は概ね COVID-19 流行前と同等の水準であり、この年を基準年に将来推計を行うことは概ね妥当であると考えられた。奈良県 KDB を活用したアクセシビリティ分析では、訪問診療の地理的アクセシビリティの地域差が示唆された。特に過疎医療圏では16km以上の移動を伴う可能性があり、均てん化された在宅医療の観点からは過疎地域におけるアクセシビリティの改善が望まれる。

A. 研究目的

我が国における高齢者人口は今後さらに増加する見込みであり、在宅医療やリハビリテーションの提供体制の整備は急務である。各自治体は、地域の実情を踏まえて、医療計画などの医療政策を立案・実行するが、ここにおいて、

データの活用が推進されている。レセプトデータは現状把握や目標となる指標設定において有用である一方、分析手法が未確立である等の理由により十分には活用されていない。

特に、リハビリテーションは高齢社会において欠かすことのできない重要なサービスであ

り、他の医療サービスと同様に、需要推計に基づいた体制整備が重要である。第8次医療計画（2024～2029年度）においては、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大で顕在化した課題等を踏まえて、新興感染症の発生・まん延等においても必要な医療が提供できる体制整備を進めることが求められている。一方、COVID-19の流行が、その間のリハビリテーション提供ならびにリハビリテーション提供の将来需要推計に与える影響については十分検討されていない。

本研究では、COVID-19流行前後のリハビリテーション提供量の推移を明らかにし、基準年による違いを考慮した上で、リハビリテーションの将来需要を推計することを目的にNDBオープンデータを用いた分析を行った。さらに、在宅医療患者のアクセシビリティ分析に関して、奈良県をモデル地域として奈良県KDB（国保データベース）を用いて二次医療圏別に分析を行った。

B. 研究方法

B. 1. リハビリテーションの実態把握方法の検討

リハビリテーションに関して、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が個別に提供する診療行為である疾患別リハビリテーション料（運動器リハビリテーション料等）の診療行為（コード）に関して、COVID-19流行前の2018年度から流行後の2022年度（最新）に相当する第5～9回NDBオープンデータより、入院、外来それぞれについて、性・年齢階級別の算定単位数を抽出した。なお、リハビリテーション単位数は1単位20分で算定されるものであり、実際にリハビリテーションが提供された量を示す指標である。分析に用いた疾患別リハビリテーションの診療行為（コード）を表1に示す。

集計方法は、それぞれの疾患別リハビリテーション料のうち、複数の診療行為がある場合は、これらを合算し（例：脳血管疾患等リハビリテ

ーション料（1）、脳血管疾患等リハビリテーション料（2）、脳血管疾患等リハビリテーション料（3）の算定単位数を合算し、脳血管疾患等リハビリテーション料としての値を算出）、各疾患別リハビリテーション料について、入院・外来・合計それぞれの算定単位数を算出した。また、5歳年齢階級別の値に関しては、0～64歳までは合算し「65歳未満」として算出した。

将来推計方法に関して、住民基本台帳の人口データを用いて、基準年における65歳未満および65歳以上における5歳年齢階級ごとのリハビリテーション算定単位数の人口一人当たりの割合を算出し、これに国立社会保障・人口問題研究所による「日本の将来推計人口（令和5年推計）」を乗じる方法で、2025年度から2050年度までのリハビリテーション需要推計を算出した。さらに、年齢区分65歳未満、65歳以上、75歳以上、85歳以上の4群と全年齢層の将来推計値について、疾患別リハビリテーション料の種類別、入院外来別に算出した。

B. 2. 二次医療圏別アクセシビリティ分析

奈良県KDB（国保データベース）改良データにおける医療レセプトデータを用い、75歳以上の後期高齢者医療制度加入者を分析対象とした。本KDBは奈良県立医科大学が作成したもので、後期高齢者医療制度加入者の保険診療に係る全数（悉皆）データを格納し、医療・介護レセプト連結データベースである。

「在宅患者訪問診療料」の診療行為（コード）が算定された者を在宅患者と定義した。2019年度の奈良県KDB改良データを用いて、在宅患者を抽出し、市町村ごとの在宅医療受療割合を算出した。ArcGISのメッシュ別人ロデータを用いて、次に示す仮定のもとにArcGIS「ランダムポイントの発生」により、各メッシュ内にランダムに仮想患者地点を発生させ、最寄りの医療機関から仮想患者への移動距離を二次医療圏別に算出した（10回反復した結果を平

均)。

1) 奈良県 KDB より集計した在宅医療(訪問診療)の実患者数あるいはレセプト件数に基づいて仮想患者を発生させる

2) 75 歳以上人口のメッシュ(500m 四方)データを基に 75 歳以上の住民が存在するメッシュを特定しそれらのメッシュのみから仮想患者を発生させる

3) 各メッシュから仮想患者が発生する確率はメッシュ内に住む 75 歳以上人口に比例させる
発生確率は市町村別とし、次に示す 2 つのシナリオで分析した。

1) 実績シナリオ: KDB より訪問診療の実績のある 346 医療機関を定義・抽出し分析対象とした。

2) 理想シナリオ: 奈良県の全 1308 医療機関の地点データ(国土地理院)を使用し、「すべての医療機関が在宅医療を実施すれば…という状況」を想定した。

なお、本研究で発生させる仮想患者の位置情報等はいずれも実在の患者の位置情報とは異なるものである。

(倫理面への配慮)

本研究を実施するに際して、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を受けた。分析結果の公表への留意点として、特定の個人又は医療機関等の識別を防ぐために最小集計単位が 10 未満にならないようにする等の配慮を行った。分析結果の公表に関しては奈良県の公表審査を受けて承認を得た。

C. 研究結果

C.1. リハビリテーションの実態把握方法の検討

2018 年度から 2022 年度のリハビリテーション提供量(算定単位数)の推移を表 2、3、図 1、2 に示す。いずれの種類のリハビリテーション料も 2020 年度(COVID-19 流行下)において外来で減少していた。ただし、脳血管疾患等リハビリ

テーション料、廃用症候群リハビリテーション料は COVID-19 流行前(2019 年度)から減少傾向にあった。入院・外来の合計では、脳血管疾患等リハビリテーション料は 2021 年度から減少、運動器リハビリテーション料は 2022 年度に減少、廃用症候群リハビリテーション料は一貫して増加、心大血管リハビリテーション料は 2020 年度に減少の後増加、呼吸器リハビリテーション料は 2019 年度に減少後、増加していた。また 2018 年度を基準とした算定単位数の比においては、2022 年度の脳血管疾患等リハビリテーション料(入院・外来・合計)、呼吸器リハビリテーション料(外来)、廃用症候群リハビリテーション料(外来)以外ではいずれも 1 以上であり、COVID-19 流行前と同等の水準であった。

基準年別のリハビリテーション算定単位数の将来推計(図 3)および 2022 年度を基準年とした年齢階級別の将来推計を図 4 に示す。将来推計値は基準年により異なり、COVID-19 流行下(2020 年度)で算定単位数が少なかった外来においては、2020 年度基準とした場合に、将来推計全体が低く見積もられた。

C.2. 二次医療圏別アクセシビリティ分析結果

レセプト件数をもとに ArcGIS「ランダムポイントの発生」によって地図上に発生させた仮想患者地点と最寄り医療機関間の距離は、実績シナリオにおいて県庁所在地の医療圏(奈良医療圏)が最も小さく、過疎医療圏(南和医療圏)において大きいことが明らかとなった。16km 以上の移動を伴うケースは過疎医療圏で 7.7%であったが、他の医療圏はゼロであった。理想シナリオではこれらの値はいずれも改善していたが、16km 以上の移動を伴うケースがわずかに存在した(表 5、図 5、6)。

D. 考察

COVID-19 流行前後（2018～2022 年度）のリハビリテーション提供量の推移に関して、リハビリテーション料によって、2018 年度からの傾向や特徴が異なっていた。COVID-19 流行下において、いずれの種類のリハビリテーション料も外来で減少していたことから、外来での提供割合が大きい運動器リハビリテーションにおいて感染症流行の影響が大きかった可能性が考えられる。外来でのフォローアップは在宅生活移行において重要な役割を果たすと考えられることから、この点への感染症流行の影響を検討する必要があるかもしれない。一方、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料は2018 年度から既に減少傾向であるなど、COVID-19 以前からのトレンドが一定程度影響していると考えられる。これらを明らかにするためにはさらなる分析が必要である。また、この期間の提供量に関して、COVID-19 流行の影響に加えて、2020 年度の診療報酬改定の影響もあった可能性がある。例として呼吸器リハビリテーション料に関して、言語聴覚士による算定が追加されたことが挙げられる。

2025 年度から 2050 年度までの将来推計に関しては、基準年の影響を大きく受ける。COVID-19 流行下において、いずれのリハビリテーション料も外来で減少していた。よって、外来において、2020 年度を基準とする場合に将来推計が低く見積もられる可能性が考えられる。一方、2022 年度のリハビリテーション提供量は概ね COVID-19 流行前である 2018 年度の水準と同等であり、将来推計の基準年として 2022 年度を用いることは概ね妥当と考えられる。ただし、入院・外来、リハビリテーション料の種類によって傾向が異な

ることから、入院・外来の別、リハビリテーション料の種類別に将来推計を考慮する必要がある。

今回の分析では、NDB オープンデータを使用して全国の将来推計値を算出したが、高齢者人口の推移は地域により大きく異なる点に留意する必要がある。さらに、推計した値には、今後の診療報酬改定や、推定単位数の増加や減少に対する供給能力の影響は含まない。

奈良県 KDB を活用したアクセシビリティ分析では、訪問診療の地理的アクセシビリティの地域差が示唆された。特に、過疎医療圏（南和医療圏）内の自治体では 16km 以上の移動を伴う割合が高く、均てん化された在宅医療の観点からは過疎地域におけるアクセシビリティの改善が望まれる。すべての医療機関が在宅医療サービスを提供すると仮定した場合（理想シナリオ）では、地理的アクセシビリティの課題はおおむね解消可能であることが示唆されたため、必要に応じて適正な配置について検討を行う必要があると考えられる。

また、過疎医療圏においては人口が非常に少ない自治体を分析対象とすることもあり、非公表対象（マスク）となる可能性が高く、今後市町村別に詳細な分析を行うためには対象地域の扱いに関する検討が必要である。本研究の限界として、1 件でも該当のレセプトがあった場合に在宅医療実施機関とした（各施設のキャパシティを考慮していない）ことや他県の医療機関は分析に含めていないことがあげられる。

E. 結論

本研究は、NDB オープンデータを活用し、COVID-19 流行前後のリハビリテーション提供の推移および基準年による違いを考慮したリハビリテーション提供の将来推計を行った。

COVID-19 流行前後の推移は、入院・外来、リハビリテーション料の種類により異なっていた一方、いずれのリハビリテーション料においても、COVID-19 流行下において外来が減少していた。

将来推計値は基準年により異なり、COVID-19 流行下（2020 年度）で算定単位数が少なかった外来においては、2020 年度基準とした場合に、将来推計全体が低く見積もられた。一方、2022 年度の提供量はいずれの種類のリハビリテーション料においても概ね COVID-19 流行前の水準を取り戻しており、2022 年度を将来推計の基準年にすることは概ね妥当と考えられた。リハビリテーション料の種類別に詳細な分析を行うことで、さらなる知見が得られると考える。なお、将来推計においては、本研究では全国のを推計したが、高齢者人口の推移等は地域によって大きく異なる点に留意が必要である。

奈良県 KDB を活用したアクセシビリティ分析では、訪問診療の地理的アクセシビリティに地域差があることが示唆された。均てん化された在宅医療の観点からは過疎医療圏におけるアクセシビリティの改善が望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 森井康博，中西康裕，西岡祐一，次橋幸男，野田龍也，明神大也，今村知明，赤羽学．KDB データを活用した訪問診療への地理的アクセシビリティ分析．第 83 回日本公衆衛生学会総会；2024.10.29-31；札幌
- 2) 山口佳小里，中西康裕，森井康博，赤羽学．NDB オープンデータを用いたリハビリテーション将来需要推計：新型コロナ流行の影響．第 83 回日本公衆衛生学会総会；2024.10.29-31；札幌

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1 : リハビリテーション患者の定義で用いた診療行為 (コード)

診療行為コード	診療行為名称
180028010	呼吸器リハビリテーション料 (1)
180028110	呼吸器リハビリテーション料 (2)
180027410	心大血管疾患リハビリテーション料 (1)
180027510	心大血管疾患リハビリテーション料 (2)
180027610	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1)
180050330	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (リ減)
180043430	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (要介護) 基準不適合
180051230	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (要介護) 基準不適合・リ減
180044310	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (要介護・入院)
180050630	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (要介護・入院) (リ減)
180033910	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (要介護・入院外)
180050730	脳血管疾患等リハビリテーション料 (1) (要介護・入院外) (リ減)
180027710	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2)
180050430	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (リ減)
180043630	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (要介護) 基準不適合
180051330	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (要介護) 基準不適合・リ減
180044410	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (要介護・入院)
180050830	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (要介護・入院) (リ減)
180034110	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (要介護・入院外)
180050930	脳血管疾患等リハビリテーション料 (2) (要介護・入院外) (リ減)
180030810	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3)
180050530	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) (リ減)
180043830	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) (要介護) 基準不適合
180051430	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) (要介護) 基準不適合・リ減
180044510	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) (要介護・入院)
180051030	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) (要介護・入院) (リ減)
180034310	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) (要介護・入院外)
180051130	脳血管疾患等リハビリテーション料 (3) (要介護・入院外) (リ減)
180032710	運動器リハビリテーション料 (1)
180052730	運動器リハビリテーション料 (1) (リ減)
180044030	運動器リハビリテーション料 (1) (要介護) 基準不適合
180053630	運動器リハビリテーション料 (1) (要介護) 基準不適合・リ減
180045810	運動器リハビリテーション料 (1) (要介護・入院)
180053030	運動器リハビリテーション料 (1) (要介護・入院) (リ減)
180034510	運動器リハビリテーション料 (1) (要介護・入院外)
180053130	運動器リハビリテーション料 (1) (要介護・入院外) (リ減)
180027810	運動器リハビリテーション料 (2)
180052830	運動器リハビリテーション料 (2) (リ減)
180044130	運動器リハビリテーション料 (2) (要介護) 基準不適合
180053730	運動器リハビリテーション料 (2) (要介護) 基準不適合・リ減
180045910	運動器リハビリテーション料 (2) (要介護・入院)
180053230	運動器リハビリテーション料 (2) (要介護・入院) (リ減)
180034610	運動器リハビリテーション料 (2) (要介護・入院外)
180053330	運動器リハビリテーション料 (2) (要介護・入院外) (リ減)
180027910	運動器リハビリテーション料 (3)
180052930	運動器リハビリテーション料 (3) (リ減)
180044230	運動器リハビリテーション料 (3) (要介護) 基準不適合
180053830	運動器リハビリテーション料 (3) (要介護) 基準不適合・リ減
180046010	運動器リハビリテーション料 (3) (要介護・入院)
180053430	運動器リハビリテーション料 (3) (要介護・入院) (リ減)
180034710	運動器リハビリテーション料 (3) (要介護・入院外)
180053530	運動器リハビリテーション料 (3) (要介護・入院外) (リ減)
180044610	廃用症候群リハビリテーション料 (1)
180051530	廃用症候群リハビリテーション料 (1) (リ減)
180045530	廃用症候群リハビリテーション料 (1) (要介護) 基準不適合
180052430	廃用症候群リハビリテーション料 (1) (要介護) 基準不適合・リ減
180044910	廃用症候群リハビリテーション料 (1) (要介護・入院)
180051830	廃用症候群リハビリテーション料 (1) (要介護・入院) (リ減)
180045010	廃用症候群リハビリテーション料 (1) (要介護・入院外)
180051930	廃用症候群リハビリテーション料 (1) (要介護・入院外) (リ減)

180044710	廃用症候群リハビリテーション料 (2)
180051630	廃用症候群リハビリテーション料 (2) (リ減)
180045630	廃用症候群リハビリテーション料 (2) (要介護) 基準不適合
180052530	廃用症候群リハビリテーション料 (2) (要介護) 基準不適合・リ減
180045110	廃用症候群リハビリテーション料 (2) (要介護・入院)
180052030	廃用症候群リハビリテーション料 (2) (要介護・入院) (リ減)
180045210	廃用症候群リハビリテーション料 (2) (要介護・入院外)
180052130	廃用症候群リハビリテーション料 (2) (要介護・入院外) (リ減)
180044810	廃用症候群リハビリテーション料 (3)
180051730	廃用症候群リハビリテーション料 (3) (リ減)
180045730	廃用症候群リハビリテーション料 (3) (要介護) 基準不適合
180052630	廃用症候群リハビリテーション料 (3) (要介護) 基準不適合・リ減
180045310	廃用症候群リハビリテーション料 (3) (要介護・入院)
180052230	廃用症候群リハビリテーション料 (3) (要介護・入院) (リ減)
180045410	廃用症候群リハビリテーション料 (3) (要介護・入院外)
180052330	廃用症候群リハビリテーション料 (3) (要介護・入院外) (リ減)

表2：疾患別リハビリテーション料算定単位数の推移：前年度からの増減（単位数）

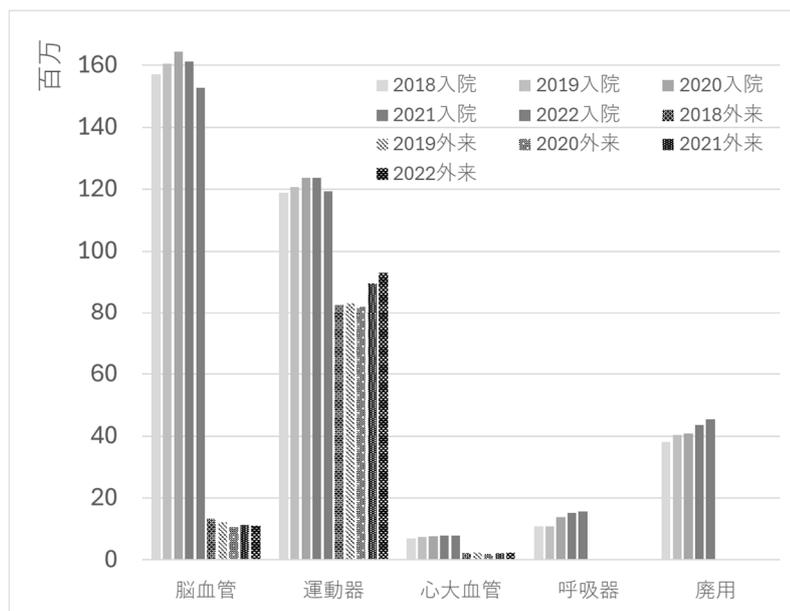
															(百万)
入院					外来					合計					
2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	
脳血管疾患等リハビリテーション															
157.08	160.45	164.37	161.19	152.80	13.35	12.31	10.75	11.29	11.15	170.43	172.75	175.11	172.48	163.95	
-	3.37	3.92	-3.17	-8.39	-	-1.04	-1.56	0.54	-0.14	-	2.33	2.36	-2.64	-8.53	
運動器リハビリテーション															
118.98	120.65	123.62	123.74	119.30	82.70	83.23	82.07	89.65	93.12	201.68	203.88	205.70	213.39	212.42	
-	1.67	2.97	0.12	-4.44	-	0.53	-1.16	7.58	3.47	-	2.20	1.81	7.70	-0.97	
呼吸器リハビリテーション															
10.88	10.84	13.82	15.25	15.68	0.32	0.34	0.25	0.28	0.28	11.20	11.18	14.07	15.53	15.97	
-	-0.04	2.98	1.43	0.43	-	0.01	-0.09	0.03	0.01	-	-0.02	2.89	1.46	0.44	
心大血管リハビリテーション															
7.05	7.40	7.77	7.91	7.83	2.27	2.45	1.84	2.13	2.32	9.32	9.84	9.61	10.03	10.15	
-	0.34	0.37	0.14	-0.08	-	0.18	-0.61	0.29	0.20	-	0.52	-0.24	0.43	0.12	
廃用症候群リハビリテーション															
38.03	40.49	40.82	43.51	45.42	0.17	0.14	0.12	0.14	0.14	38.20	40.63	40.93	43.64	45.56	
-	2.46	0.33	2.69	1.91	-	-0.04	-0.02	0.02	0.00	-	2.42	0.31	2.71	1.92	

上段が実算定単位数、下段が前年度算定単位数からの増減を示す。

表3：疾患別リハビリテーション料算定単位数の推移：2018年度を基準とした比

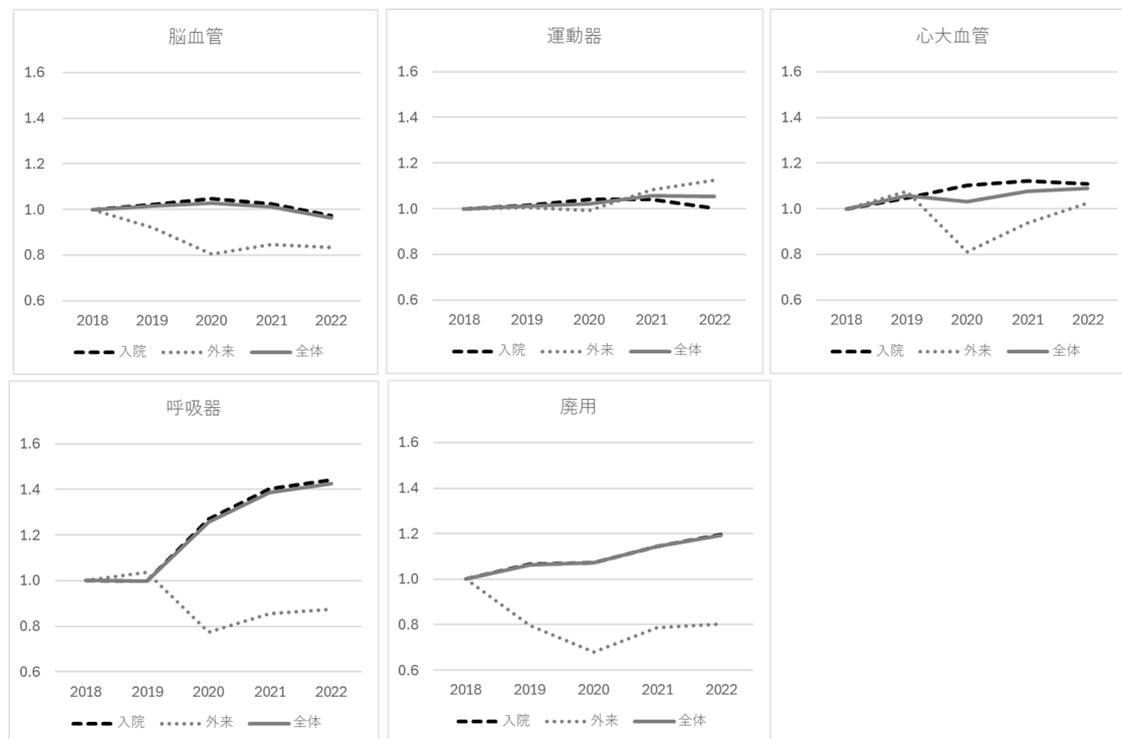
入院					外来					合計				
2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
脳血管疾患等リハビリテーション														
1	1.02	1.05	1.03	0.97	1	0.92	0.81	0.85	0.84	1	1.01	1.03	1.01	0.96
運動器リハビリテーション														
1	1.01	1.04	1.04	1.00	1	1.01	0.99	1.08	1.13	1	1.01	1.02	1.06	1.05
呼吸器リハビリテーション														
1	1.00	1.27	1.40	1.44	1	1.04	0.77	0.85	0.87	1	1.00	1.26	1.39	1.43
心大血管リハビリテーション														
1	1.05	1.10	1.12	1.11	1	1.08	0.81	0.94	1.02	1	1.06	1.03	1.08	1.09
廃用症候群リハビリテーション														
1	1.06	1.07	1.14	1.19	1	0.80	0.68	0.79	0.80	1	1.06	1.07	1.14	1.19

図1：2018-2022年度のリハビリテーション提供量の推移：リハビリテーション料別



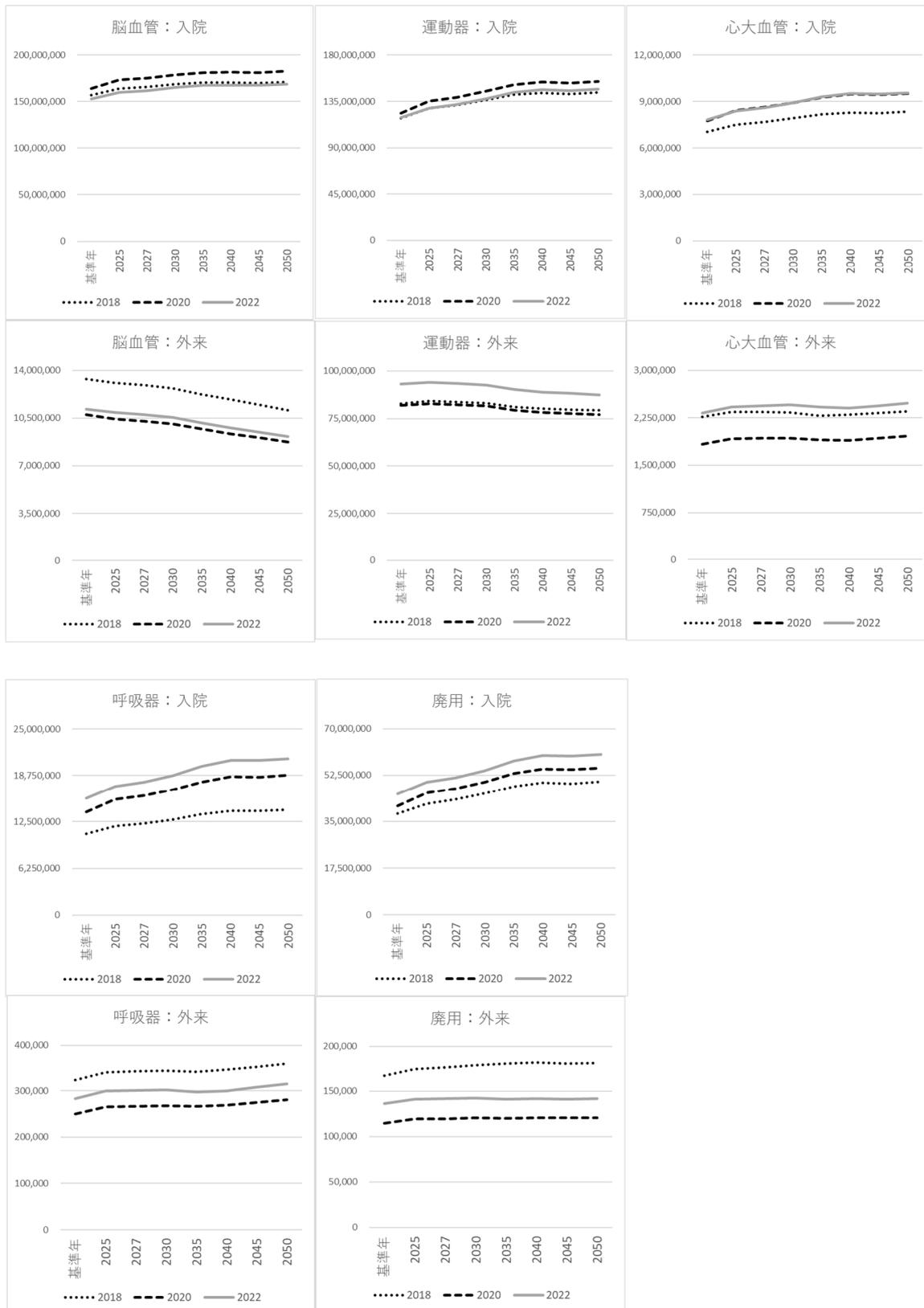
脳血管：脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器：運動器リハビリテーション料、心大血管：心大血管リハビリテーション料、呼吸器：呼吸器リハビリテーション料、廃用：廃用症候群リハビリテーション料の算定単位数。灰色系が入院を、各パターンが外来を示し、いずれも左から順に2018年度、2019年度、2020年度、2021年度、2022年度の算定単位数を示す。

図2：疾患別リハビリテーション料算定単位数の推移：2018年度を基準とした比



脳血管：脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器：運動器リハビリテーション料、心大血管：心大血管リハビリテーション料、呼吸器：呼吸器リハビリテーション料、廃用：廃用症候群リハビリテーション料の算定単位数。黒色点線が入院、灰色点線が外来を、灰色実線が入院外来の合計を示す。

図 3 : 基準年別の将来推計値 : 2025~2050 年度

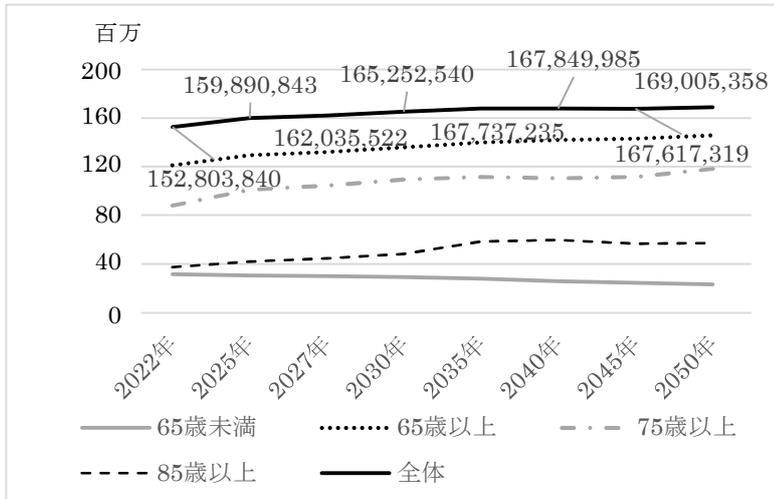


脳血管：脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器：運動器リハビリテーション料、心大血管：心大血管リハビリテーション料、呼吸器：呼吸器リハビリテーション料、廃用：廃用症候群リハビリテーション料。それぞれ 2018、2020、2022 年度を基準とした 2025~2050 年度の将来推計値を示す。

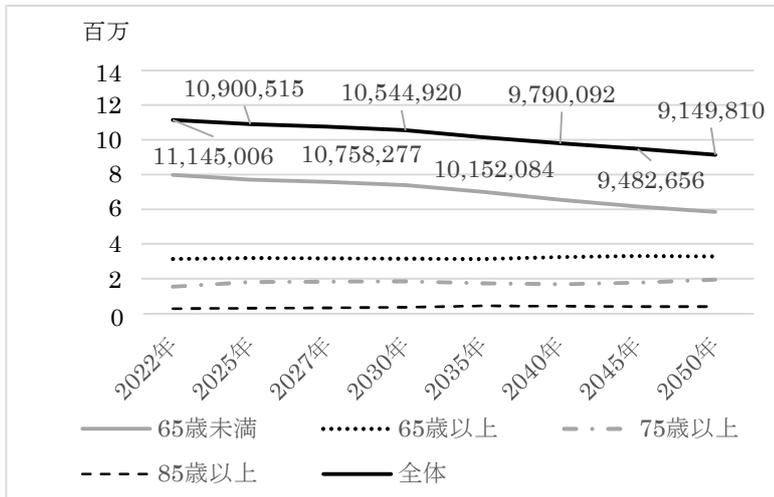
図4：2022年度を基準とした将来推計

1) 脳血管疾患等リハビリテーション料

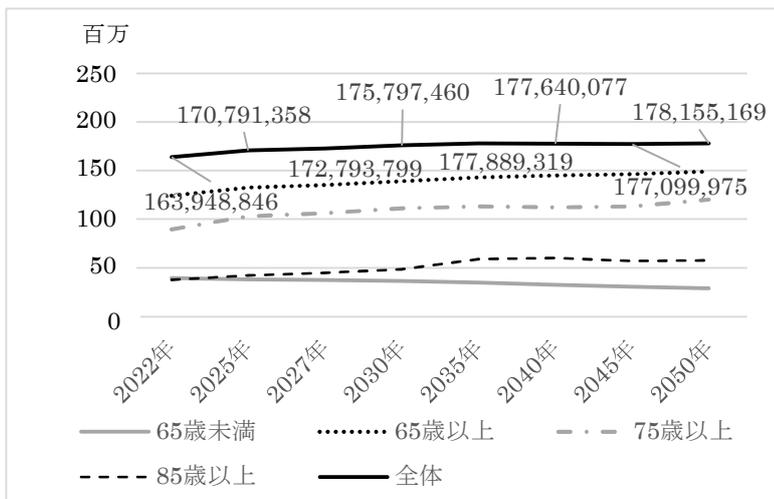
入院



外来

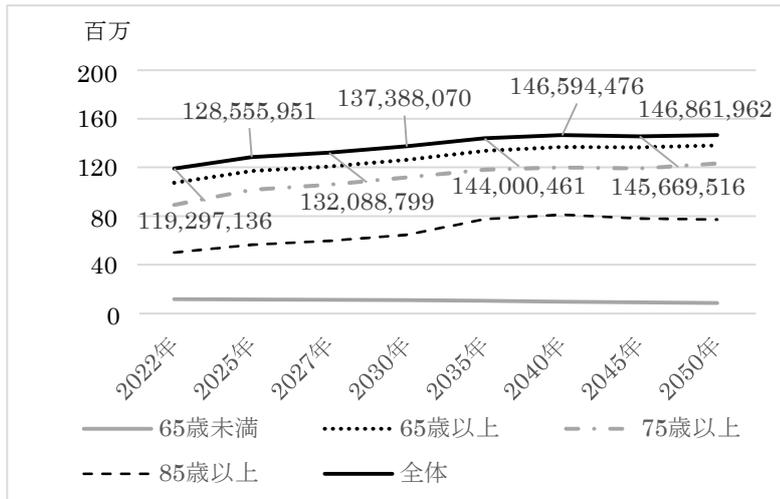


合計

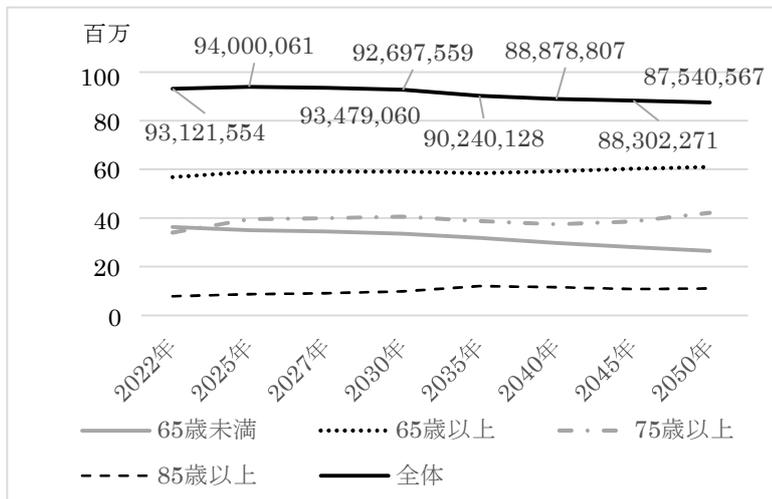


2) 運動器リハビリテーション料

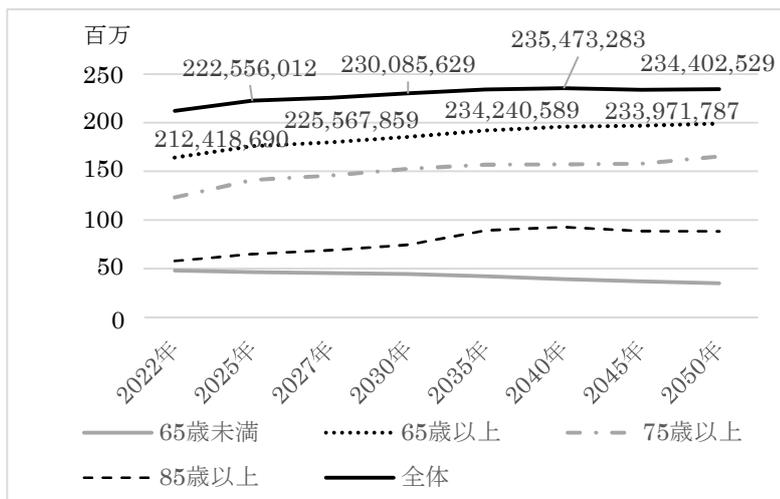
入院



外来

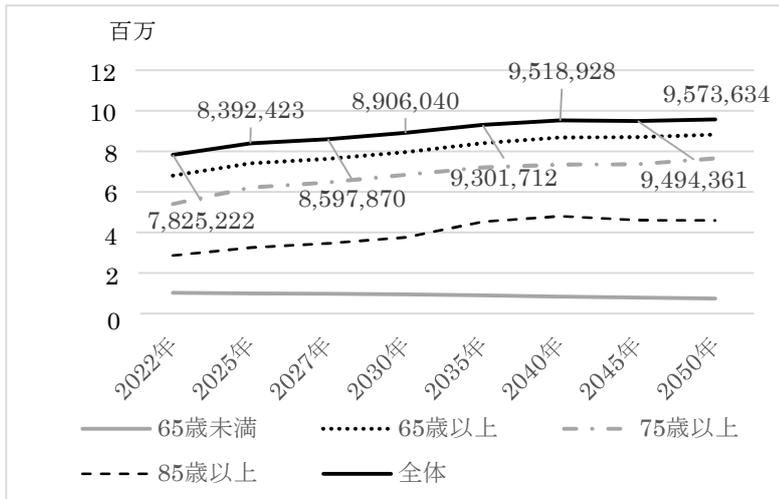


合計

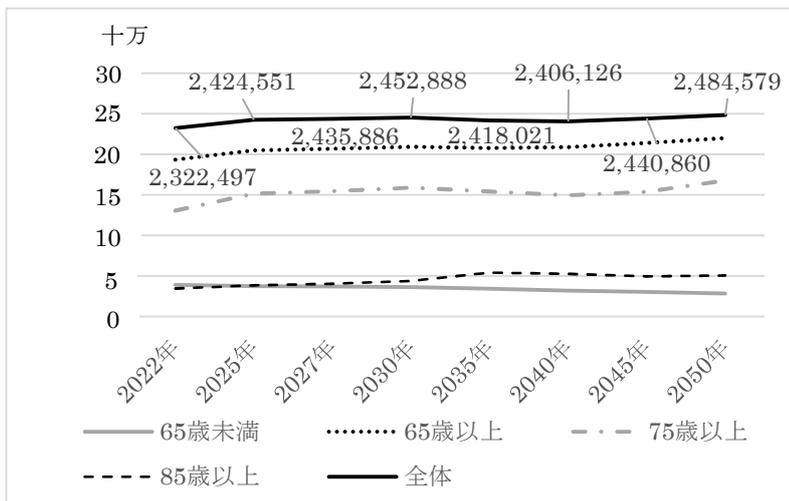


3) 心大血管リハビリテーション料

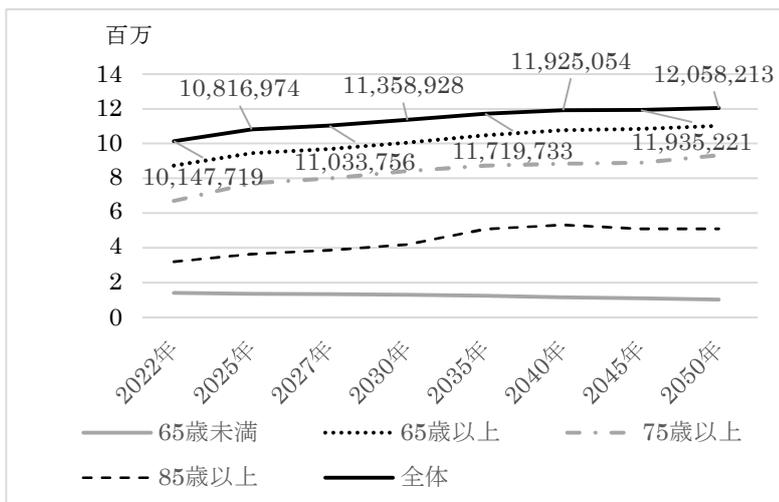
入院



外来

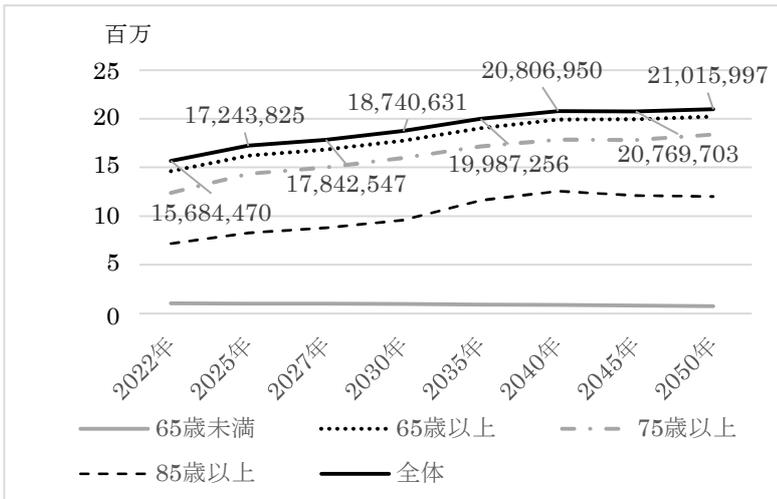


合計

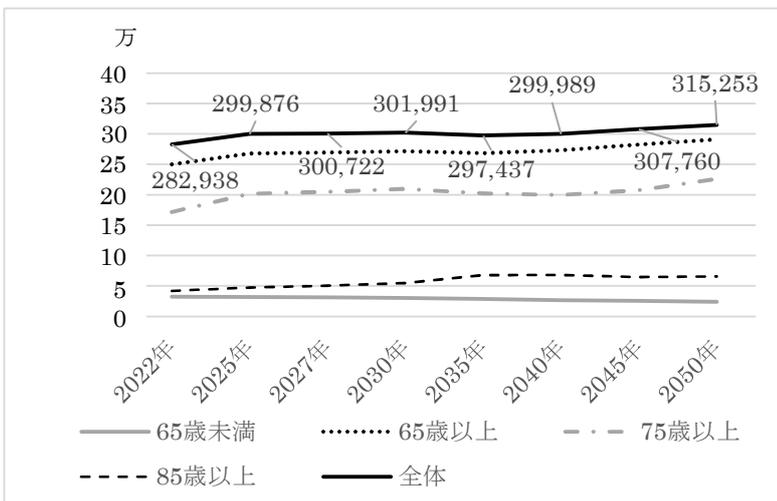


4) 呼吸器リハビリテーション料

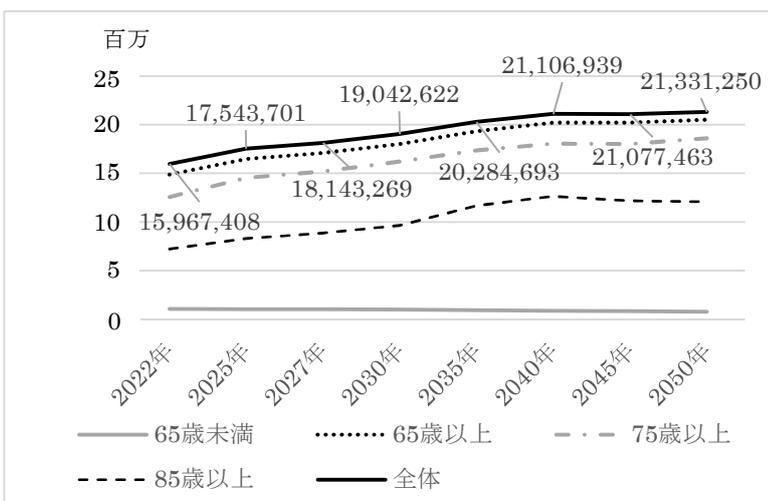
入院



外来

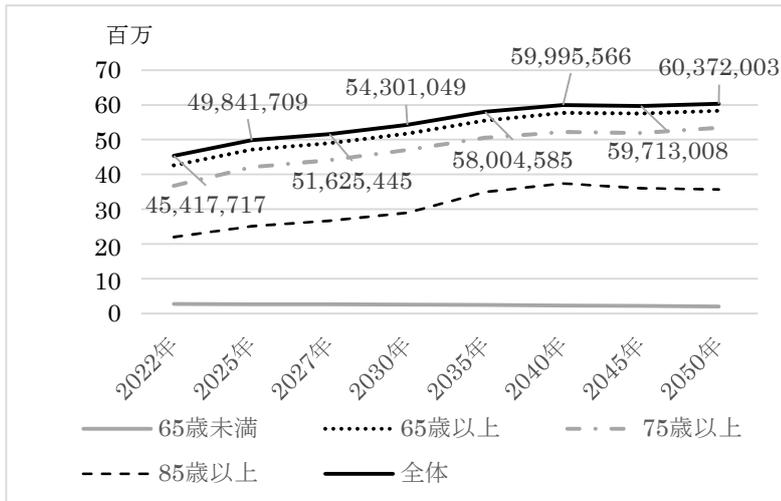


合計

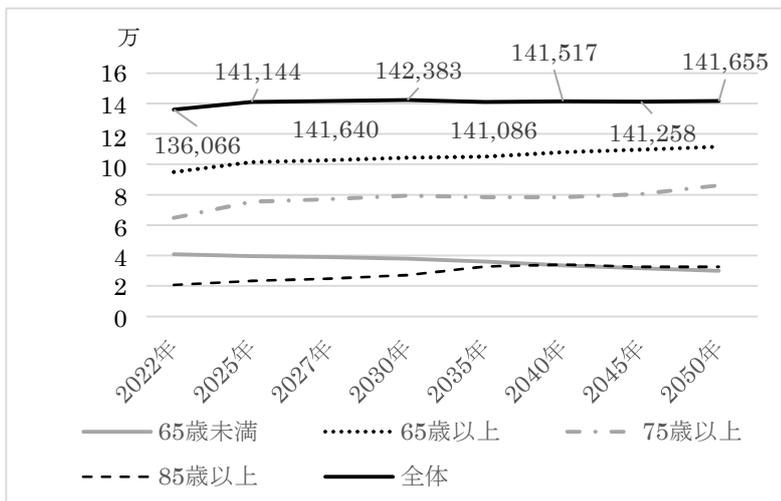


5) 廃用症候群リハビリテーション料

入院



外来



合計

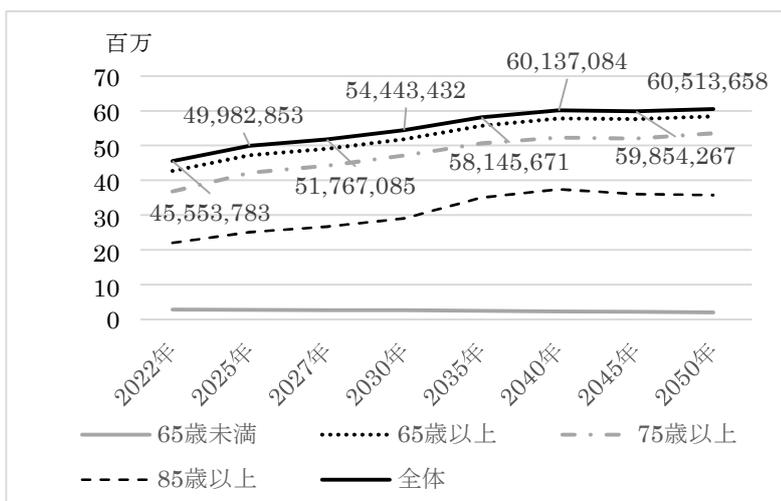


表4 二次医療圏別の移動距離

移動距離 (m)

▶ 実績シナリオの結果

	Min	25%タイル	50%タイル	75%タイル	Max	16km以上の割合
奈良	0	362	585	879	11,016	0.0%
西和	0	484	747	1,136	8,854	0.0%
中和	0	452	727	1,173	8,848	0.0%
東和	0	532	914	1,595	15,442	0.0%
南和	2	822	1,996	4,811	47,594	7.7%

▶ 理想シナリオの結果

	Min	25%タイル	50%タイル	75%タイル	Max	16km以上の割合
奈良	0	210	366	576	7,399	0.0%
西和	0	281	485	729	5,285	0.0%
中和	0	249	430	670	5,974	0.0%
東和	0	334	603	1,056	8,374	0.0%
南和	0	442	933	2,498	24,748	0.9%

図5 二次医療圏別の移動距離

移動距離 (m)

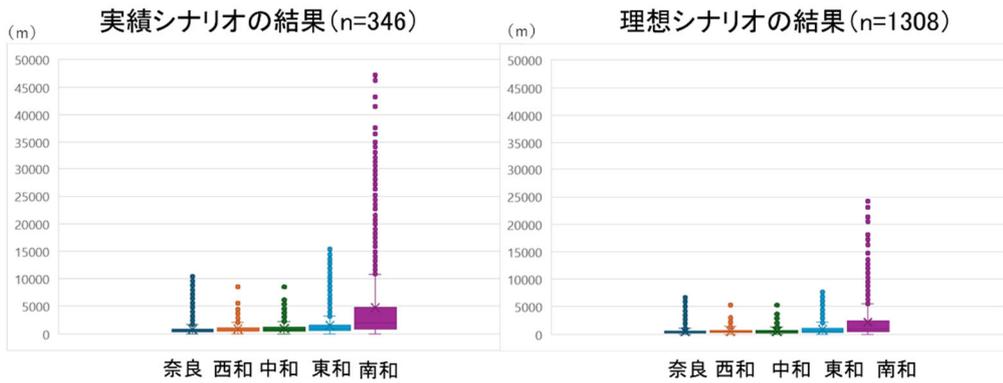


図6 二次医療圏別分析結果のマッピング

在宅医療アクセシビリティ(Km)

- 実績シナリオ (n=346)
- 理想シナリオ (n=1308)

