

活用している。

C 県では、精神科入院者について、区市町村別の個別病院への入院患者数を、各区市町村に報告しているが、価値判断を含む情報を個別の病院名を出して公表することは行っていない。

D 県では、精神科病院実施指導には 630 調査を活用しているが、公表はしていない。

E 県では、行政として個別施設名の特定できる数値資料は公表していない（E 県精神保健福祉審議会において個別の精神科病院の情報開示を求める意見はあるが、個々の病院等の果たしている役割について正しく理解されない可能性があることから慎重である）。

F 県では、県独自の調査は、個別病院ごとの集計を精神保健福祉センター、保健所と共有しているが、それ以外への提供はしていない。

G 県では、病院別の資料は公表していない。

H 県では、病院別の資料は公表していない。

I 県では、病院別の資料は公表していない。地方精神保健福祉審議会において病院情報を公表することが審議されて承認されているが、資料の準備に手がかかることもあり、実行されていない。

J 県では、医療計画には、個別の精神科病院の情報が掲載されている。

K 県では、病院別の情報は公表されていない。

以上をまとめると、個別施設名の特定できる数値資料は、行政内の資料として用いられることはあるものの、個別施設名のわかる数値資料としては、医療計画以外には公表されていない。一方で、情報公開を積極的に行う、あるいは容認する意見も見られた。

4. 精神医療マップへの関心/どのようなマップが役立つか/個別病院が特定できるマップの活用可能性

A 県では、3 圏域ごとの比較、病院の比較にはよいかもしいが、全国的な目標が示されないと活用方法は限られるとの意見があった。

B 県では、県全体での目標管理に使えるものの病院ごとのデータの必要性は低いとの意見があった。また、行政として、県内の圏域

ごとの比較には関心があるが、全国との違いにはあまり関心がないとの意見があった。

C 県では、効果的な予算確保にも使える、見やすい資料であるとの意見があった。改善点としては、(1)病院や診療所によって診ている患者が異なることを反映すること、(2)精神科救急、地域移行に活用できる支援資源、未治療・医療中断の把握ができるようなデータがほしい、との意見があった。個別病院が特定できるマップに関しては、行政としては、区市町村ごとよりも医療施設ごとデータの方が使いやすいが、それを使いこなせるかどうかは懸念があるとの意見があった。また、診療報酬に基づく区分とデータに基づく病院機能の乖離の有無を知りたいとの意見があった。

D 県では、人口も資源も都市部に集中していることが一目でわかり、見やすい資料であるとの意見があった。改善点としては、(1)人口密度で地図の色を変えること、(2)精神科診療所をマップに含めること、(3)入院患者を 65 歳以上と 65 歳未満に分けること、(4)都道府県、政令指定都市の境を越えて、どの程度、医療機関の相互利用が行われているか知るための広域マップがほしい、との意見があった。個別病院が特定できるマップに関しては、精神科医療の現場から、行政・医療・市民が共有できる公平な資料づくりはきわめて難しく、行政が都合のよいように使ってしまうリスクがあるとの意見があった。

E 県では、見やすい資料であるとの意見があった。改善点としては、(1)年齢・診断の含まれたマップとすること、(2)E 県の精神医療の特徴である総合病院の病床が多いことや、単科精神科病院・総合病院・クリニックの役割分担がなされていることが示されること、(3)交通機関や人口分布と重ねて観察できること、(4)県境付近は生活圏が重なる臨県の精神科医療機関を利用していることも多いので、広域マップがほしい、との意見があった。個別病院が特定できるマップに関しては、ひとつの医療圏に精神科病院が 1 箇所だけ存在する場合、さまざまな役割を積極的に果たし

ているにも関わらず、あるいはそのために、指標としてよい数字があがってこない場合があることから注意を要するとの意見があった。

F 県では、見やすい資料であり、マップの活用が個別病院のインセンティブになることを期待したいとの意見があった。改善点としては、(1) 精神科診療所の情報を組み入れる、(2) 県境付近は隣県と生活圏が重なり、互いに隣県の精神科医療機関を利用していることも多いので広域マップがほしい、(3) 1 ドット = 500 人では人口密度の低い中山間の課題が浮かび上がらないので工夫してほしい、との意見があった。また、26 年度 630 調査の追加調査の入院調査の結果が反映されるなら、C 県から F 県内の病院への入院が少なくないことが明らかになるとの意見があった。個別病院が特定できるマップに関しては、個別の病院にとってのインセンティブになることを期待する一方で、病床利用率が公表されることを気にする医療機関があるかもしれないとの意見があった。

G 県では、患者の受療圏を視覚的に捉えることで精神科医療圏域を明らかにすることができるとの意見があった。改善点としては、(1) 精神科診療所も記載するのがよい、(2) 県民の主たる移動手段が自家用車であることからマップに幹線道路と所要時間が入るとわかりやすい、(3) 県境付近では生活圏から県境を越えての相互受診が多いので広域のマップがほしい、(4) 合併症、依存症を含む専門病床機能を記載するとよい、との意見があった。個別病院が特定できるマップに関しては、マップで共有可能な精神科病院の情報としては法人としての活動に関わること（病床数、在院患者数等）であって、医師数はマップに適さない、という意見があった。

H 県では、県行政による精神科医療の状況の把握、病院への意識付け、市町村等への情報提供の意義があるとの意見があった。改善点としては、(1) クリニックを含めた外来患者の表示、(2) 病院プロフィールが地域の需要を満たす病院であるかどうかを知ることのでき

る比較情報、(3) 遠隔住所地の長期入院患者把握のための入院患者住所地の情報、(4) 福祉ニーズの把握のための市町村別等の情報を組み入れる、という意見があった。また、ポンチ絵については、利用しやすいとの意見があった。

I 県では、関係者が課題を共有しやすいとの意見があった。改善点としては、(1) 精神科診療所をマップに取り込むこと、(2) 基幹道路の記載（主たる交通手段が自家用車であるため）、(3) 将来の推計人口の記載（医療経営の参考になるため）、(4) 県域を越えた広域マップが役立つ、という意見があった。

J 県では、見やすい資料であるとの意見があった。改善点としては、(1) 精神科診療所のデータもマップ上にプロットされること、(2) 専門医療の提供が示されること（例：アルコール、摂食障害、認知行動療法等）、(3) 認知症、合併症をどの施設がどれだけ診ているかを把握できること、(4) アウトリーチ活動を行っている病院、退院支援事業を行っている病院が把握できること、(5) エリアごとに拡大したマップがほしい、との意見があった。個別病院が特定できるマップに関しては、当該病院にとってメリットが感じられるかどうかの検討が必要との意見があった。

また、ポンチ絵については、統合失調症の長期入院患者をメインに考えているように受け取れる。認知症、合併症等を考慮すると、一般科の仕組みも含めて図式化するとわかりやすい、との意見があった。

K 県では、見やすい資料であるとの意見があった。改善点としては、(1) 専門病院、専門病棟がわかるとよい、(2) JR の駅と路線（通院患者の主たる交通手段）が表示されるとよい、(3) 人口密度の低い交通不便な地域に暮らす精神障害者が浮かび上がるようにする、との意見があった。個別病院が特定できるマップに関しては、マップが保健所等の現場に届いた場合に「どの範囲にまで公表してよいか」という質問が出るだろう、との意見があった。

以上まとめると、精神医療マップへの関心は高く、特に専門医療を含む精神科医療機能

を組み込むこと、精神科診療所を組み込むこと等により、その自治体における精神保健医療の供給を、地域の人口やニーズと重ねて表示することへの期待は高かった。個別病院が特定できるマップの活用については慎重な意見が多かった。

5. 平成 25 年の医療計画策定において苦労したこと

A 県では、精神疾患は障害福祉課の所管であり、事前に精神科病院協会長等の参加する地方精神保健福祉審議会で検討されたため、スムーズに計画づくりが進んだ。

B 県では、江戸時代からの文化圏が引き継がれている 3 つの圏域で構成され、圏域ごとでうまくまとまっていること、圏域間の移動はあまりないと報告があった（児童等の専門領域では隣県移動もあり）。

C 県では、(1)役割分担からポジティブメンタルヘルスは詳細な目標等は書いていないこと、(2)医療計画は 5 年ごとの計画なので大きなビジョンについては扱っていない。

D 県では、全国で最も人口万対精神病床数が少ない県の一つにもかかわらず必要病床数の算定において病床過剰となる理由がわからず、病床算定式に疑問があった。精神科医師等関係者の側に医療計画の記載事項に精神疾患が入ることへの大きな期待があったため、意見をまとめることが困難であった。

E 県では、(1)県全体が特徴の異なる 2 つの地域に大きく分かれること、(2)国の示した基準病床数の算定式については疑問があること、(3)人口減少が進む中で、どのような病床がどの程度必要なのか、精神科医療が将来計画を立てることに資する情報が必要であること（病院のような組織は一度消えると再構築はきわめて難しい）、(4)診療報酬と地域の入院ニーズにはズレがある、との意見があった。

F 県では、医療計画によって体系的な整理ができたことはよかったが、専門医療は手薄であり、県民に役立つ情報にするにはさらに工夫が必要である。

G 県では、(1)5 疾病 5 事業になったことへの

期待が高かったこと（計画が予算に直結すると捉えられていた）、(2)精神疾患という一括りで計画づくりは難しいこと、(3)医療機能ごとの実態把握が難しいこと、(4)質のよい精神医療には人材確保が必須であること（新臨床研修制度のもと、新卒者は東京、神奈川に流れる）、(5)地域医療の確保には隣県と共同して検討することが必要、との意見があった。

H 県では、精神医療は障害福祉課、認知症対策は高齢福祉課、自殺対策は健康政策課が担当し、取りまとめは健康政策課が行ったが、それぞれの連携が乏しいことによる不自由があった。また、今回の計画は「できること」を踏まえた現実的な記載に重点が置かれ、急性期医療を中心に記載されたが、国から示された医療機能の分化と連携の図は分かりにくいし、実態に即していないとの意見があった。

I 県では、(1)医療機関が集中している北部と医療過疎の深刻な南部が存在すること、(2)人材確保の困難さ（県内には医療スタッフの養成校が少なく、給料のよい大都市に人材が流れる）、(3)専門医療の確保の困難、(4)既存の 2 次医療圏は精神科医療圏と一致していない、ことが課題であった。

J 県では、(1)今後の認知症医療の必要量の評価が困難、(2)2 次医療圏と精神科医療圏（精神科救急の供給体制等）の不一致、が課題であった。

K 県では、6 つの二次医療圏に 24 時間の精神科救急医療システムを整備することは現実的でないと考えられていた。また、県立精神科医療機関の整備の見通しが立たないために公的医療機関の役割と合併症対策に課題を残していた。認知症疾患医療センターについては整備の方向性を示す機会になった。

以上まとめると、医療計画の経験から、地域の人口の変化等を踏まえて、精神科医療の機能別必要量と人材確保において中長期的な見通しを立てることが求められていた。また、既存の 2 次医療圏は精神科救急システムの圏域には適さないとの意見が多かった。

6. 介護保険、生活保護との連携はどのよう

に行われているか

A 県では、県としては特に連携していないが、一部の圏域では、自発的に一般医療・介護施設も併せた、認知症・高齢者慢性患者の受け皿と紹介ルートづくりが進んでいる。老人福祉施設はかなり充実してきた。県内に産業がなく、農家・建設業者等が介護福祉事業に活路を見出し、雇用も生み出しているが、供給過剰に陥っているとの意見もあった。

D 県では、精神科医療の現場から、人口の高齢化とともに精神医療に質的变化が起こっており、精神と身体を分けることが難しくなっていること、多重介護の中に精神障害も含まれているとの意見があった。

E 県では、施設は徘徊のある高齢者の場合は入所を拒否するため、精神科病院の閉鎖病棟が求められるという現実がある。また、精神保健福祉法改正に関する業務従事者研修会において、地域援助事業者として介護保険事業所も対象として実施したところ、高い関心が示された。

F 県では、介護保険と精神医療との連携をよくしたいという意見があった。生活保護に関しては、市長同意・区長同意で東京から生活保護の患者が入院してきたが、精神保健福祉法改正によってそれがどのように変わるのか観察が必要と考えていた。

H 県では、福祉施設の把握は難しくなっていた。

I 県では、認知症による入院が少ないことの背景として、(1)精神医療審査会においてBPSDを伴わない認知症患者は非同意入院の対象としない考え方があること、(2)介護保険施設・サービスが急速に普及し、精神科医療を利用せずに介護保険制度の施設内で対応する傾向が強いことが考えられていた。

J 県では、生活保護診断書の審査、生活保護法による精神疾患入院患者実態調査の診察を、精神保健福祉センター所長と県立中央病院部長が交代で毎月実施していた。また、精神保健福祉センターが保健所保健師と生活保護ワーカーと連携して訪問を実施していた。

以上まとめると、人口の高齢化とともに、精神と身体、医療と介護を明確に区分することが難しくなる中で、いかに精神医療の必要な高齢に適切なサービスを提供するかは、各県共通の課題であった。生活保護との連携に関しては概して現場レベルに委ねられていた。

7. 上記以外の法制度による社会サービス等との連携はどのような実態があるか

A 県では、児童分野・発達障害では、県の児童相談所関連の事例は、民間病院のひとつへのルートができています。

D 県では、本庁レベルでの計画づくりにおける連携が行われている。

F 県では、個別事例について精神保健福祉センター、保健所等に相談されている。警察対応、措置通報になる事例もあることから、基本的に事例ベースである。ひきこもり支援センターに関しては、本庁レベルで関係機関協議会に参与している。

G 県では、現場レベルの交流が主体である。

I 県では、へき地医師の確保と災害協定に精神科も入っている。現場レベルでは県立病院と児童相談所との症例検討会が行われている。

J 県では、近県も含めて医療観察法の入院病床がないことが問題点として挙げられた。

K 県では、保健所等の現場レベルのつながりが主体で、部局間の連携は活発ではない。

以上まとめると、介護保険、生活保護以外の法制度による社会サービス等との本庁レベルの連携の報告は少なく、概して現場レベルに委ねられていた。

8. 地域移行支援の活用状況（事業所の種類、数を含む）

A 県では、県行政は障害者総合支援法の下にある施設のうち、精神障害者の利用施設を把握している。3 障害一元化はまったく障壁になっておらず、新たな開設でも何らかの情報が入るため、どこが精神障害者の利用する施設であるか、今でも容易に特定できる。

B 県では、昭和 40 年代からの開放運動の流れを受け、地域移行に抵抗の少ない文化を醸成してきた。長期入院患者の地域移行が進ん

でいる。

D 県では、精神保健福祉センターにおいて地域移行に関する調査研究が行われている。

E 県では、障がい者自立支援協議会、退院支援部会、高次脳機能障がい者支援部会、発達障がい者支援部会等が地域移行に関与している。県においては精神科病院からの地域移行・地域定着支援の状況調査を行った。

F 県では、精神科病院入院患者調査、地域移行・地域定着に関する研修、改正精神保健福祉法の業務従事者研修を実施した。

G 県では、相談支援事業は、サービス利用計画作成に労力を割くところが多く、地域移行支援を行う事業所はまだ多くない。

H 県では、長期入院患者の住所地が病院等に変更になっていること、1 年未満の患者に事業が利用できないことが問題点として挙げられた。

I 県では、(1)地域移行・地域定着の事業があることを病棟の患者に知ってもらう広報活動に取り組んでいること、(2)精神障害者アウトリーチ支援事業に医療法人で取り組んでいること、(3)精神科病院が障害者総合支援法に基づく事業に取り組むことは、地域移行、地域生活支援にもよい影響がある、との報告があった。

J 県では、(1)精神障害者地域移行・地域定着支援事業は使いにくかったこと（会議等のソフト面にしか使えない、施設を新たに作ることに使えない）、(2)精神障害者アウトリーチ推進事業の国からの補助が半減したので継続が難しいとの報告があった。また、(1)退院が可能になったときに、迅速に地域移行のできる仕組みが必要であること（現状では障害者総合支援法を利用した場合、市町村行政の決定まで 1 か月くらいかかる）、(2)共同住居や中間施設が必要であること、(3)1 年後残留率が低くなると、1 年後も入院継続になるのは退院の難しい患者が多いこと（ウエルニッケ・コルサコフ症候群等）、(4)自立支援医療制度、障害福祉サービスの利用までの流れがスムーズではない、との意見があった。

以上まとめると、地域移行支援は、精神保健福祉主管とは異なる担当で行われているところも多く、回答内容にはばらつきがあった。精神科病院から退院が可能になったときに迅速に地域移行のできる仕組みが求められる一方で、現状ではサービス利用計画作成に労力を割く等、円滑に機能するには至っていない状況であった。

9. 行政と関係団体/関係団体間の交流・意見交換の場はどのようなものがあるか

A 県では、県の精神科病院・診療所が協会をつくり、県の審議会にも委員が出ており、県職員との情報交換もよく行われている。県立精神病院との関係も良好であり、情報交換が密に行われている。また、県西部はほとんどが同じ大学医局出身であり、人となりを含めた情報を共有している。診療所の開設等の情報も容易に入るため、協会の組織率は 100% である。一方、一部の圏域は医師不足の状況で、県外からの医師も多く、まとまりはあまり強くない。

C 県では、地方精神保健福祉審議会、精神保健福祉連絡会、精神保健福祉協会等の場があるが、精神科診療所協会との交流は十分できていない。

D 県では、精神保健福祉センターに精神保健福祉協会、家族会等の事務局スペースがあるが、行政職員が積極的に支援することは難しい。

E 県では、県部長と障がい者団体との意見交換会が定例的に開催されている。

F 県では、歴史的に、民間団体の育成は、行政と一緒に進めてきた。

G 県では、家族会連合会に相談会事業等を委託している。交流・意見交換の場としては、精神障害者社会復帰協議会、精神保健福祉士会、精神科看護協会、精神科看護師長会、精神保健福祉ボランティア等がある。

H 県では、精神保健福祉センター、保健所、県立病院、県庁間で精神保健福祉相談員の人事が行われており、まとまりがある。

I 県では、前述のとおり、精神保健福祉士、

社会福祉士は横のつながりが強い。

J 県では、行政と関係団体、関係団体間の交流はあると感じているとの報告があった。

K 県では、精神保健福祉協会が交流の場になっている。

以上まとめると、行政と関係団体/関係団体間の交流・意見交換の場はそれぞれに存在していたが、その機会の有り様によって、精粗が存在していた。

10. 入院/入院外/通報等の課題

A 県では保健所単位の救急当番体制を敷いており、1 総合病院が毎日対応しているところもある。年間 120 件の夜間・休日の入院を 1 病院で行っており、県立病院からの応援を受けているものの、医師の疲弊は著しい。このほかにも、今後 10 年間で各地の医師の退職が続くので、地域医療の確保は大きな課題である。

B 県では、通院患者の夜間対応は自院で行う文化がある。患者の通院は 1 時間程度の範囲でほとんどカバーできている。

C 県では、入院に関しては、精神科救急システムや精神科救急入院料算定病棟が目的に沿った利用がなされているか把握したいが、既存の 630 調査等では病院間での流れがわからないとの意見があった。入院外に関しては、患者が勤務先近くや通勤経路途中で受診する傾向があり、地域区分では受療動向を把握しにくい。また、精神科診療所の情報は捕捉できていない。

D 県では、入院に関しては、精神科病院が看取りの場になってしまう状況は望ましくないが、地域で長く居住してきた精神障害者の身体合併症が重くなると、精神科病院でないと入院できない実態がある。救急対応において後方移送の難しい事例が増えている（発達障害、薬物依存等）。入院外に関しては、都市部における通院は公共交通機関を使って片道 30-40 分くらい（1 時間未満）の患者が多い。通報等に関しては、警察官通報が急速に増加している。

E 県では、入院外に関しては、患者の通院

方法は、一般に車で 30 分程度、あるいは公共交通機関を使って片道 1 時間くらいである。通報等に関しては、警察官通報、矯正施設からの通報が増加している。

F 県では、入院に関しては、保護室が満床のために受け入れのできない病院が多いこと、県立病院の負担が重くなっていること（通報の増加、医師の定数割れ）が課題である。また、精神保健福祉センターでは、精神科救急情報センターがうまく機能するために自傷患者のデイケアを立ち上げた。通報等に関しては、通報事例は、自傷行為、認知症、刑務所出所者等、多様化しながら増加している。措置不要の場合の入院も含めて、フォローアップが課題になっている。

G 県では、精神科救急情報センターに係る県行政、県立病院の連携があり、通報等はすべて精神保健福祉センターにある精神科救急情報センターで対応している。通報事例のうち自傷事例が増えてきた。一次措置診察は原則として精神保健福祉センター医師が担当しており、措置入院患者の退院に当たっては支援会議が開催される。近年、診療報酬における精神科救急入院料の取得のため、民間病院が措置入院の受入を希望するようになってきた。

H 県では、入院に関しては、救急システムを県主導で独自のものを発達させてきたが、救急病棟を持つ基幹病院の空床確保が遵守されていない。その要因として、県主導であるがゆえに民間病院の当事者意識が薄いことなどが考えられる。一部の圏域は人口に比して医療資源が希薄である。マップ上では大病院があり、希薄には見えないが、長期入院患者の占める割合が多く、地域の需要に応じ切れていない。身体合併症の問題の対応がとれていない。

I 県では、入院・入院外に関しては、県立病院に精神科救急情報センターを設置している。県南部は過疎が進んでおり、精神医療の確保が困難である。通報等に関しては、人口 10 万対通報件数が隣県等と比較しても多い。

J 県では、入院・入院外に関しては、(1)一

般科との連携（介護・リハビリテーションでの協働）にインセンティブが働く仕組みが必要、(2) 高齢患者の受け入れには観察室等の空きがなければ受け入れが困難、(3) 外来でのソーシャルワーカーの支援を要する患者が増えている、との意見があった。また、2014年4月から、合併症による転院患者も新規入院として算定できるようになったが、元の病院に戻った場合は地域または施設に戻った数に算入できないとの意見があった。通報等に関しては、通報等の件数の増加と、受診後のフォローについて保健所等との具体的な連携がとれず、一度の面会のみとなってしまうことも多い。

K 県では、入院外に関しては、一般の患者の通院方法は、駅まで家族に送ってもらい、公共交通機関（JR、バス、電車）を使って、半日または1日ばかりのことが多い。通報等に関して、通報件数が増加していること、通報等の後に医療保護入院になっても、本人、家族の希望で翌日に退院となる事例があることの報告があった。

以上まとめると、入院・入院外に関しては精神科救急による適切な受診機会の提供、医療確保のための受療の動態把握が共通の課題として挙げられた。入院外に関しては、精神科診療所を含めた受療動態の把握が課題になっていた。通報等に関しては、ほとんどの都道府県から、通報等の件数の増加とフォローアップの問題が挙げられた。

11. その他

D 県では、人口万対病床数が少ないこともあり、他の都道府県と比べて、入院患者の退院のための努力はよく行われているとの意見があった。また、医療現場の経験として、地域移行・社会参加の努力として積み上げてきたことが、経済状況の変化で無に帰することがあったとの報告があった（例：バブル崩壊による“アパート退院+就労”セットの消滅）。さらに、道路交通法の改正と運転免許所持困難は社会復帰の支障になる可能性があるとの意見があった。

F 県では、自動車道の開通によって、県内のどこからでも1時間以内で県立病院の所在地にアクセス出来るようになったが、その結果、救急対応等による県立病院の負荷が大きくなっている。

I 県では、県庁所在地周辺に人口、サービスの対象となる障害者とも多くが集まる一方で、県南部は人口が少なく、高齢化と人口減少が進み、医療スタッフの確保が深刻な問題になっている。

J 県では、大学病院（45床、閉鎖病棟あり）、県立中央病院（60床、医師7名、閉鎖病棟あり）が廊下でつながっており、精神科においては、大学はクロザピン治療、ECT、摂食障害、思春期等に対応し、県立中央病院は、精神科救急、合併症に対応するという役割分担ができていく（他の総合病院の精神科病棟閉鎖という危機をプラスに変えることができた）。

以上まとめると、各都道府県の歴史的背景に応じての地域精神保健医療の確保の努力が行われており、そこには専門医療の確保における機関連携等の貴重な情報も含まれていた。その一方、社会復帰・地域移行の努力が社会の経済状況の変化等によって大きく影響を受けることがあるとの重要な指摘もあった。

D. 考察

今回のヒアリングでは平成24年度630調査においては、1年以上在院患者数/1年未満在院患者数の比が最も大きい5都道府県と最も小さい5都道府県と、ヒアリングの機会のあった都道府県1箇所を対象として、比の小さい都道府県に共通の要素、比の大きい都道府県に共通の、介入可能な要素を検討し、今後の精神保健医療改革そして精神科医療機能別必要量の算定方法の検討の示唆を得ることを試みた。その結果、比の小さい5都道府県の背景はさまざまであり、例えば、医師不足と医師の高齢化により地域医療をkarouじて支えている現状や、身体合併症の増加が医師不足の総合病院・大学病院を疲弊させ、行政も効果的な施策を打てない状況も浮かび上った。

た。また、比の大きい都道府県において、将来の可能性として、地域精神医療改革の人材育成が進みつつあることを示唆する情報も把握された。今後の精神保健医療改革の推進に当たっては、数字上の病床の多寡にとらわれることなく、都道府県行政が地域精神保健医療の担い手や利用者と話し合いを行い、その地域のストレングスを発見・共有し、それを延ばしていくための率直な議論を積み重ねていくことが期待される。ここからはヒアリングの内容に沿って、個別に考察を進めていく。

精神医療の課題/課題の検討の場として、公的なものは地方精神保健福祉審議会、精神科救急システム整備事業の検討会等が主体であったが、規制緩和の進む中で、地方精神保健福祉審議会の廃止された都道府県もあった。精神保健医療の改革を都道府県レベルで進めて行くためには、審議事項を明確にした公的かつ包括的な議論の場は不可欠であり、各都道府県における整備と活用が望まれる。その際、少数ではあるが、精神科医の自主的な集まりとして精神科医懇話会等が開催され、それが精神医療の課題検討の場としての役割を果たしている事例が報告された。このような実質的な議論の場をつくり、それを公的な検討の場につなげていくような道筋は、それをつくるのに時間はかかるとしても、精神保健医療改革と地域精神保健医療の確保を持続的なものにするためにはきわめて重要と考えられた。

精神医療に関する数値・動態の把握方法としては、630 調査等の国の情報の活用が中心であるが、一部の都道府県においては独自調査が行われていた。個別施設名の特定できる数値資料は、行政内の資料として用いられることがほとんどであった。精神医療マップへの関心は高く、特に専門医療機能を組み込むこと、精神科診療所を組み込むこと等により、その自治体における精神保健医療の供給を、地域の人口やニーズと重ねて表示することへの期待は高かった。その一方、個別医療機関が特定できるマップの使用については慎重な

意見もあった。また、地域の交通事情等によってマップに組み込みたい情報は異なることが明らかになった。精神医療マップは、その地域の精神保健医療の供給とニーズを視覚的に捉え、またそれを共有できるのが特徴である。すなわち、マップ化されたわかりやすい情報をもとに、その地域の精神保健医療の供給と将来像を共有するとともに、各医療施設においてどのような医療活動を展開することができる。また、医療過疎の地域における医療の確保など、行政施策として解決すべき課題も明確になる。

例えば、特定の都道府県において、その都道府県の現状と課題とマップ上で共有し、そのマップをニーズに応じてカスタマイズしながら、課題を解決していくプロセスを共有することが地域精神保健医療の発展にきわめて重要と考えられた。

医療計画の経験からは、地域の人口の変化等を踏まえて、精神科医療の機能別必要量と人材確保において中長期的な見通しを立てることが求められていた。また、既存の2次医療圏は精神科救急システムの圏域には適さないとの意見が多かった。前者については、国の示した指標を都道府県に機械的に適用するのではなく、その方向性を共有しつつも、該都道府県個々における改革プロセスは開発される必要があり、前述の都道府県の現状と課題とカスタマイズされたマップで共有して解決していくプロセスが有効と考えられる。既存の2次医療圏と精神科救急システムの圏域の不一致については、平成26年度630調査追加調査の詳細な分析を待つ必要があるものの、医療計画における2次医療圏が生活圏域とどの程度一致しているのか、医療計画を都道府県単位で立てていくプロセスに広域情報をどのように活用していくのか、といった広範な問題が含まれていると考えられた。

介護保険、生活保護との連携については、人口の高齢化とともに、精神と身体、医療と介護を明確に区分することが難しくなる中で、

いかに精神医療の必要な高齢に適切なサービスを提供するかは、各県共通の課題であった。生活保護との連携に関しては概して現場レベルに委ねられていた。前者については、例えば認知症を有する人の生き方について、供給側の体制が利用できるサービスを決定している実態が存在することが示唆された。例えば、630 調査においても人口万対器質性精神障害等（F0）の在院患者数は全般に増加傾向にあるものの、一部の都道府県ではその数が少なく、また増加傾向が表れておらず、当該都道府県がこのヒアリングの対象であったことから、介護保険法に基づく事業が急速に増加していることが背景にあることが推測された。認知症の処遇に関しては、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」が取りまとめられたところであるが、各都道府県における認知症処遇の実態と課題については、前述の都道府県の現状と課題とカスタマイズされたマップ作成の中でも共有していくことが望まれる。

生活保護については、精神科病院の長期入院患者に占める割合が高いことから、社会復帰・地域移行においても重要な対象であり、実態が可視化され、より共有される必要がある。

介護保険、生活保護以外の法制度による社会サービス等との連携は概して現場レベルに委ねられていた。児童虐待防止法（2000）、配偶者暴力防止法（2001）、自殺対策基本法（2006）、生活困窮者自立支援法（2013）など、法の適用対象に精神障害を含めたメンタルヘルスの問題をかかえた人たちが多く含まれる法律が制定されていることを踏まえると、これらの法律の運用を精神保健医療と連携する仕組みが必要であり、都道府県行政と技術中枢機関である精神保健福祉センターが連携してそれに当たることを期待される。

行政と関係団体/関係団体間の交流・意見交換の場は各地に存在していたが、その機会の有り様には精粗が存在していた。大切なのは交流・意見交換の場を積極的に活用するとい

う姿勢であり、それを形成していくには、精神保健福祉行政に従事する人材育成が重要になるだろう。

入院・入院外に関しては精神科救急による適切な受診機会の提供、医療確保のための受療の動態把握が共通の課題として挙げられた。入院外に関しては、精神科診療所を含めた受療動態の把握が課題になっていた。通報等に関しては、ほとんどの都道府県から、通報等の件数の増加とフォローアップの問題が挙げられた。また、各都道府県の個別歴史的背景に応じての地域精神保健医療の確保の努力が行われており、そこには専門医療の確保における機関連携等の貴重な情報も含まれていた。その一方、社会復帰・地域移行の努力が不況・過疎化等の社会の経済状況の変化、一般医療も含めた診療報酬改定等によって大きく影響を受けるとの重要な指摘もあった。ここまで述べたことに重複しないことに絞るならば、通報等の件数の増加の問題がある。本報告書にも述べたように、近年、警察官通報と矯正施設長からの通報は急増しており、その対象は拡大している。通報件数の増加は、地域における unmet needs の存在を表すと同時に、通報の増加に伴って、保健所等における地域精神保健活動のうちの地域ネットワークづくり等に関する業務時間が小さくなることを意味することになる。通報件数の増加の実態と対策について至急に調査し、対策を講じることが期待される。医療機関の社会復帰・地域移行の努力が社会の経済状況の変化等によって大きく影響を受けることがあるとの指摘はきわめて重要である。社会経済状況の変化に脆弱な対象を扱うという精神保健医療の特性を踏まえて、社会経済状況の変化がどのような影響を及ぼしているかのモニタリングと迅速な問題把握のシステムは構築しておきたい。

E. 結論

都道府県行政および精神保健医療関係者を対象に、地域精神保健医療の推進基盤と情報活用に関するヒアリングを行い、精神科医療

機能別必要量の算定方法の検討の示唆を得ることを目的とした。全国の11都道府県の精神保健福祉行政主管部局および精神保健医療関係者を対象にヒアリング調査を行った。精神保健医療の改革を都道府県レベルで進めて行くためには、(1)審議事項を明確にした公的かつ包括的な議論の場、(2)精神医療の課題検討の場としての役割を果たしている実質的な議論の場とそれを公的な検討の場につなげていく道筋、(3)都道府県の現状と課題とマップ上で共有し、そのマップをニーズに応じてカスタマイズしながら、課題を解決していくプロセスの共有がきわめて重要と考えられた。今後の精神保健医療改革の推進に当たっては、数字上の病床の多寡にとらわれることなく、都道府県行政が地域精神保健医療の担い手や利用者と話し合いを行い、その地域のストレngthsを発見・共有し、それを延ばしていくための率直な議論を積み重ねていくことが期待されるし、それによって医療計画等も機能していくと考えられた。

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 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」

分担研究報告書（2）

地域精神保健医療の社会サービスへの統合および精神医療機能別必要量の検討に関する研究
—精神科入院受療必要量の算定方法の検討—

研究分担者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究協力者 立森 久照 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

高橋 邦彦 (名古屋大学大学院医学系研究科)

山之内芳雄 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：

【目的】精神保健医療が地域医療の一翼を担う重要な分野であることを踏まえて、地域の精神保健医療のニーズを踏まえた精神科医療の機能別必要量に関して、入院受療必要量の観点から算定方法を明らかにすることを目的とした。

【方法】630調査をもとに、入院受療必要量の算定方法について、(1)地域医療構想（ビジョン）策定ガイドラインに関する検討会で示された、社会保障・税一体改革の「医療・介護に係る長期推計」（平成23年6月）における2025年の医療の需要（1日当たり利用者数等）と供給（必要ベッド数）の推計方法を模した計算、(2)障害福祉計画における目標との連続性を確保した計算、(3-1)都道府県の精神医療改革進展をベースにした計算として2025年に入院後1年後残留率を5%の2分の1を達成するモデルと、(3-2)同じく2025年に入院後1年後残留率5%を達成するモデルの4つの計算を行った。また、(3-1)、(3-2)に関して、(4)「1年以上5年未満」と「5年以上10年未満」の入院受療必要量の検討を行った。

【結果および考察】(1)のうち、現状投影シナリオでは、2025年の在院患者総数は292,971人、そのうち1年未満在院患者数は99,478人であった。改革シナリオでは、2025年の在院患者総数は250,889人、そのうち1年未満在院患者数は76,745人であった。(2)では、2025年の在院患者総数は225,103人、そのうち1年未満在院患者数84,809人であった。(3-1)では、2025年の1年未満在院患者数は107,013人、2035年の1年未満在院患者数は108,168人であった。(3-2)では、2025年の1年未満在院患者数は91,286人、2035年の1年未満在院患者数は92,222人であった。(4)の結果、1年後残留患者の「1年以上5年未満」への持ち越し率は全国値0.45であった。「1年以上5年未満」の「5年以上10年未満」への持ち越し率は全国値0.38であった。(3-1)で行った計算に持ち越し率の全国値を適用すると、「1年以上5年未満」は66,571人、「5年以上10年未満」は31,621人であって、「1年未満」との合計は205,205人であった。(3-2)で行った計算に持ち越し率の全国値を適用すると、「1年以上5年未満」は38,275人、「5年以上10年未満」は18,180人であって、「1年未満」との合計では147,741人であった。(1)は入院期間が1年以上の入院受療必要量が多いという現状を追認した計算式になっており、適切ではないと考える。(2)は第4期障害福祉計画との整合性を取るようになっているものの、1年未満の必要病床数について上位5都道府県の数値を全都道府県に適用することの根拠・妥当性が十分検証されていない。また、1年以上の入院受療必要量も妥当性が高いとは言えない。その点、(3-1)、(3-2)は1年後退院率を95%とすることの妥当性の検討は残るとしても、各都道府県の現状からの改革過程を各地で検討できることから、1年未満の入院受療必要量の算定方法としては最も有望と考えられた。最大の問題は「1年以上」の入院患者に対する必要病床数が計算できない点であるが、現状における長期入院持ち越し率を適用した6万床から10万床が妥当な数値である可能性はある。

【結論】精神保健医療が地域医療の一翼を担う重要な分野であることを踏まえて、地域の精神保健医療のニーズを踏まえた精神科医療の機能別必要量の算定方法を明らかにするため、わが国の精神保健医療のモニタリングに長く使用されてきた630調査をもとに、精神科医療機能別必要量について入院受療必要量の観点から検討を行った。その結果、都道府県の精神医療改革進展をベースにした計算が最も有望であると考えられた。次のステップは、計算結果に相当する人口万対在院患者数16.5人以下で精神科医療が提供されている都道府県において、地域精神医療に必要な精神科入院受療必要量が確保されていることを検証することである。

A. 研究目的

医療介護総合確保推進法が成立し、今後の医療法の改正の中で、2025年に目指すべき医療機能別必要量等、医療提供体制の枠組みと実現方策が策定される見込みである。

本研究は、精神保健医療が地域医療の一翼を担う重要な分野であることを踏まえて、地域の精神保健医療のニーズを踏まえた精神科医療の機能別必要量について、入院受療必要量の観点から検討することを目的とした。

B. 研究方法

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に6月30日付けで文書依頼を行って収集した全国精神科医療施設等の状況についての資料（「正式名称は「精神保健福祉資料」、通称「630調査」）をもとに、精神科医療入院受療必要量の算定方法について、次に挙げる方法で検討を行った。なお、本研究に使用したデータセットは、平成21年度～23年度の3年分の630調査による。

1) 地域医療構想（ビジョン）の計算方法を模した計算

地域医療構想（ビジョン）策定ガイドラインに関する検討会で示された、社会保障・税一体改革の「医療・介護に係る長期推計」（平成23年6月）における2025年の医療の需要（1日当たり利用者数等）と供給（必要ベッド数）の推計方法を活用した。

現状投影シナリオは次の計算によった。

(1)一般病床においては、高度急性期、急性期、慢性期・回復期リハ、長期療養期の機能区分に基づいて計算される。ここでは平成24年の「精

神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」および平成26年「長期入院精神障害者の地域移行に関する具体的方策に係る検討会」の議論を踏まえ、高度急性期は「1か月未満」に、急性期は「1ヶ月以上3ヶ月未満」に、「3ヶ月以上1年未満」は慢性期・回復期リハに、「1年以上」は長期療養期の区分にそれぞれ対応するものと仮定して、「1か月未満」、「1ヶ月以上3ヶ月未満」、「3ヶ月以上1年未満」、「1年以上」の年齢階級別の患者数を用いて、2010年の国勢調査の年齢構成別人口に対する在院患者比率を計算した。

(2)それを2025年の推計人口に当てはめた場合の、各年齢階級における在院患者数、合計患者数を計算した。

改革シナリオは次の計算によった。

(1)現状投影シナリオで計算した在院期間1か月未満、1ヶ月以上3ヶ月未満、3ヶ月以上1年未満、1年以上の患者の2010年国勢調査に対する在院患者比率がそれぞれの区分において、2割、3割、2割、1割減少するとして、改革シナリオにおける在院患者比率とした。

(2)それを2025年の推計人口に当てはめた場合の、各年齢階級の在院患者数、合計在院患者数を計算した。

2) 第4期障害福祉計画との連続性を確保した計算

第4期障害福祉計画（平成27年度～29年度）では、入院中の精神障害者の地域生活への移行について、全都道府県において平成29年度における入院後3ヶ月時点の退院率を現在の上位5都道府県の平均値である64%以上とすることを成果目標としていることを踏まえ、それと連続性のある計算を採用した。

(1)入院後3月時点の退院率の上位5県を抽出した。
(2)上記5県を合計した、各月末の残留率を計算した。
(3)(2)の1年後(翌年6月1日)の退院率と、1年後退院率を95%にするという目標値の差(a)を求めた。なお、ここで1年後退院率を95%としたのは、平成24年の「精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会」において、「精神科の入院患者は『重度かつ慢性』を除き1年で退院させ、入院外治療へ移行させる仕組みを検討する」との方針が取りまとめられたことを踏まえ、平成25-26年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「精神障害者の重度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」(研究代表者 安西信雄)の成果等も参考に、1年後残留率を5%程度と仮定した。
(4)(a)が95%になるように各月末の残留率を(a)だけ下方に変位させた残留曲線を作成した。
(5)1年未満の残留患者数を、在院期間1か月未満、1ヶ月以上3ヶ月未満、3ヶ月以上1年未満に区分して算出した。
(6)(5)の計算結果をデータセットの3年分に沿って、年齢階級別の患者数に按分した。
(7)それと2010年の国勢調査人口をもとに、人口に対する入院患者比率を計算した。
(8)(7)を2025年の推計人口に当てはめた場合の、各年齢階級の入院患者数、合計患者数を計算して1年未満の改革シナリオによる入院患者数を算出した。
(9)入院後3ヶ月時点の退院率が上位5位にある都道府県における1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比を全国の都道府県に適用して、(8)と(9)の合計を入院受療患者数とした(比が上位5都道府県より小さい場合はそれを優先した)。

3)都道府県の精神医療改革進展をベースにした計算

各都道府県の残存曲線(図群1)を現状として、その各月末の退院率が2025年または2035年までに、1年後退院率が95%になるよう、すなわち1年後残存率が5%になるよう各月末が低下するものとして計算した。

3-1)2025年に1年後残留率5%までの2分の1を各都道府県において達成するモデル

(1)現在の1年後退院率と、95%との差の2分の1が、2025年までに実現するとして、各月末の退院率が同じだけ上方に変位した退院率表を作成した。
(2)630調査長期データの新入院患者数と国勢調査の人口を使用して人口に対する新入院率を計算した。
(3)回帰直線による2025年の入院率を計算した。
(4)2025年の将来人口推計と入院率をもとに2025年の新入院患者予測数を計算した。
(5)上記の新入院患者予測数および退院曲線から、2025年における1年未満の在院患者数を計算した。また、2035年には1年後退院率が95%になるとして1年未満の在院患者数を計算した。

3-2)2025年に1年後退院率95%を達成するモデル

(1)2025年に1年後退院率の95%への上昇が実現するとして、各月末の退院率が同じだけ上方に変位した退院率表を作成した。
(2)630調査長期データをもとに、新入院患者数と国勢調査の人口を使用して人口に対する新入院率を計算した。
(3)回帰直線による2025年の入院率を計算した。
(4)2025年の将来人口推計と入院率をもとに2025年の新入院患者予測数を計算した。
(5)(4)の新入院患者予測数および退院曲線から、2025年における1年未満の在院患者数を計算した。また、2035年の1年未満の在院患者数を計算した。

4)3)にかかる長期入院患者における必要量の推計

630調査における入院患者の動態は入院後1年までは各月末の数値が報告されているが、それ以後はない。しかし、1年以上については、「1年以上5年未満」、「5年以上10年未満」、「10年以上20年未満」、「20年以上」の在院患者数の調査が行われていることから、そのデータを使用して、1年後以降の退院率を検討し、それによって、1年以上在院患者数を推計した。なお、入院期間が長期になるにつれて時代背景

の全く異なる患者層を比較することになることから、「1年以上5年未満」と「5年以上10年未満」までの推計にとどめた。

4-1) 「1年以上5年未満」と「5年以上10年未満」の必要病床数

「1年以上5年未満」の必要病床数については次の計算を行った。

(1)平成16年6月1ヶ月間の入院から平成19年6月1ヶ月間の入院までの4年分のそれぞれ翌年6月1日時点の1年後残留患者数を合計し、それを12倍した。

(2)(1)の計算結果に対する平成20年の「1年以上5年未満」の割合を計算した。

(3)この計算を1年ずつ順次ずらして都道府県別に平成24年度調査まで行い、その変動の範囲を確認した上で、1年後も入院の継続する患者の「1年以上5年未満」への経過的事実に基づく持ち越し率として、入院必要量を計算した。

「5年以上10年未満」の必要病床数は次の計算を行った。

平成16年6月30日における「1年以上5年未満」在院患者数のうちの一部が平成20年の「5年以上10年未満」の80% (5年のうちの4年分に相当)に移行するとして、都道府県別に、この計算を1年ずつ順次ずらして行い、その変動の範囲を確認した上で、「5年以上10年未満」の経過的事実に基づく持ち越し率として、入院必要量を計算した。

(倫理面への配慮)

本研究に使用するデータは、すでに公表された630調査データを使用しており、個人情報に含まれていない。

C. 研究結果

1) 地域医療構想(ビジョン)の計算方法を模した計算(表群1)

現状投影シナリオでは、2025年の在院患者総数は292,971人、そのうち1年未満在院患者数は99,478人であった。1年未満在院患者のうち、「3ヶ月未満」は53,922人、「3ヶ月以上1年未満」は45,556人であった。

改革シナリオでは、2025年の在院患者総数は

250,889人、そのうち1年未満在院患者数は76,745人であった。1年未満在院患者のうち、「3ヶ月未満」は40,300人、「3ヶ月以上1年未満」は36,445人であった。

2) 第4期障害福祉計画との連続性を確保した計算(表群2)

2025年の在院患者総数は225,103人、そのうち1年未満在院患者数84,809人であった。1年未満在院患者のうち、「3ヶ月未満」は58,721人、「3ヶ月以上1年未満」は26,088人であった。

3-1) 2025年に1年後残留率5%までの2分の1を各都道府県において達成するモデル(表群3-1)

2025年の1年未満在院患者数は107,013人、2035年の1年未満在院患者数は108,168人であった。2025年の1年未満在院患者のうち、「3ヶ月未満」は59,612人、「3ヶ月以上1年未満」は47,401人であった。

3-2) 2025年に1年後残留率5%を各都道府県において達成するモデル(表群3-2)

2025年の1年未満在院患者数は91,286人、2035年の1年未満在院患者数は92,222人であった。2025年の1年未満在院患者のうち、「3ヶ月未満」は55,680人、「3ヶ月以上1年未満」は35,606人であった。

4) 「1年以上5年未満」の必要病床数と「5年以上10年未満」の必要病床数

1年後残留患者の「1年以上5年未満」への持ち越し率は平成24年度に全国値0.45であった。「1年以上5年未満」の「5年以上10年未満」への持ち越しは平成24年度に全国値0.38であった(表群4)。

3-1)で行った計算のモデルの2025年6月1日の残留患者数3,082人に上記の持ち越し率の全国値を適用すると、「1年以上5年未満」への持ち越し患者数は $3,082 \times 12(\text{ヶ月}) \times 4(\text{年分}) \times 0.45 = 66,571$ 人であった。また、「5年以上10年未満」患者数は $66,571 \times 1.25$ (5年分に換算) $\times 0.38 = 31,621$ 人であった。「1年未満」、「1年以上5年未満」、「5年以上10年未満」の合計では205,205人であった。

3-2)で行った計算のモデルの2025年6月1日

の残留患者数1,772人に上記の持ち越し率の全国値が適用すると、「1年以上5年未満」への持ち越し患者数は $1,772人 \times 12(ヶ月) \times 4(年分) \times 0.45 = 38,275人$ であった。また、「5年以上10年未満」患者数は $38,275人 \times 1.25(5年分に換算) \times 0.38 = 18,180人$ であった。「1年未満」、「1年以上5年未満」、「5年以上10年未満」の合計では147,741人であった。

D. 考察

はじめに4つの計算について個別に検討し、次に精神科医療入院受療必要量の算定方法の検討として、どの計算方法が実行可能性も考慮して、最も現時点で有望であるか、その理由と限界について述べる。

1) の地域医療構想（ビジョン）の計算方法を模した計算の改革シナリオでは、2025年の在院患者総数は250,889人、そのうち1年未満在院患者数は76,745人であった。この計算方法は、一般病床における入院期間別の在院患者の状況を念頭に置いたものであって、1年以上の長期入院が約3分の2を占めており、その一方で入院患者の入院期間は短縮傾向にあるという精神科医療の実態を反映したものではない。また、表群1に示したように、入院期間が「1年以上」かつ「75歳以上」の人口に対する在院患者比率が最大になるが、この区分は、実際には転院や死亡による退院が相当数見込まれるため、計算結果が過大になっている可能性は大きい。さらに、「1年未満」の入院患者比率は地域医療構想（ビジョン）の計算における減少割合をそのまま当てはめているだけで、実際の各都道府県における地域精神医療の実態を踏まえたものになっているかどうかの検証が不足している。

2) の第4期障害福祉計画との連続性を確保した計算によると、2025年の在院患者総数は225,103人、そのうち1年未満在院患者数84,809人であった。第4期障害福祉計画の策定段階において、社会保障審議会障害者部会では、入院後3ヶ月時点の退院率が上位5都道府県の平均値である64%以上を全都道府県に適用することの妥当性を検証する必要があるとの指摘があっ

たが、5都道府県においてすでに達成されている数値を目標にするとはいえ、これらの5都道府県が全国の都道府県のモデルになり得るかどうかの検証は十分とは言えない。本報告書の「地域精神保健医療の推進基盤に関するヒアリング報告」においては、1年以上在院患者数/1年未満在院患者数の比が最も小さい5都道府県と最も大きい5都道府県等のヒアリング調査の報告がなされている。そこには、「精神保健医療の改革を都道府県レベルで進めて行くためには、(1)審議事項を明確にした公的かつ包括的な議論の場、(2)精神医療の課題検討の場としての役割を果たしている実質的な議論の場とそれを公的な検討の場につなげていく道筋、(3)都道府県の現状と課題をマップ上で共有し、そのマップをニーズに応じてカスタマイズしながら、課題を解決していくプロセスの共有がきわめて重要と考えられた」と述べられている。単純に数字上の人口万対病床の多寡にとらわれてモデルを設定することは、ヒアリングにおいて1年以上在院患者数/1年未満在院患者数の比が最も小さい5都道府県の間にも存在した背景の違いへの注意を低下させることになるし、人口万対病床数の多い都道府県にも存在するストレングスを発見・共有し、それを延ばしていくための率直な議論を積み重ねていくことを疎外することになる。入院後3ヶ月時点の退院率が上位5都道府県であるという事実だけで、全国の都道府県のモデルにすることの妥当性は高いとは言えないだろう。2025年における入院後1年時点における退院率を95%としている点についても、更なる検証が必要であるが、認知症による入院患者数が増加しているとはいえ、新規入院患者の入院日数の短期化が進んでいる現状と、平成24年の「精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会」において示された精神医療政策の方向性、精神科救急入院料や精神科急性期治療病棟の入退院の動向を考慮すると、1年後残留率を5%とすることの妥当性は低いとは言えない。さて、この計算式の最大の問題点は、入院後3ヶ月時点の退院率の上位5都道府県における「1年未満」に対する「1年以上」の在院患者数の

比を用いて、「1年以上」の在院患者数を計算していることである。入院後3ヶ月時点の退院率が長期にわたって高い都道府県においては、3ヶ月以上入院している患者の退院促進も積極的に行われた場合、「1年以上」の在院患者数が十分に少なくなっている可能性があるため、一時的な目標とすることの意義は否定できないとしても、入院後3ヶ月時点の退院率の上位5都道府県における「1年未満」に対する「1年以上」の在院患者数の比があるべき姿を示しているかどうかを判断するだけの情報は得られていない。敢えて言うならば、安易な目標設定は、これくらいは長期入院になってもよいというメッセージにもなりかねないため、慎重にすべきであろう。

3-1)の都道府県の精神医療改革進展をベースにした計算のうち、各都道府県において2025年に現状から1年後退院率95%までの2分の1を達成、2035年に95%を達成する計算モデルでは、2025年の1年未満在院患者数は107,013人、2035年の1年未満在院患者数は108,168人であった。この計算式の長所は、目標とする退院率を達成した時点の入院患者数、すなわち必要病床数を都道府県単位に計算でき、その積み上げで全国数値を示している点である。また、2035年に1年後退院率95%を達成するという、20年という時間をかけて達成を図る計算である点である。課題としては、第4期障害福祉計画との連続性を確保した計算と同様、1年後退院率を5%とすることの妥当性の検証は残る。また、1年以上入院患者の入院受療必要量は直接計算できないことである。

3-2)の2025年に1年後退院率95%を達成する計算モデルでは、2025年の1年未満在院患者数は91,286人、2035年の1年未満在院患者数は92,222人であった。この計算式は、各都道府県において2025年に現状から1年後退院率95%までの2分の1を達成するという計算式よりも達成までの時間が短いだけ必要病床数が少なくなっており、実現へのハードルは高くなるが、必要病床を都道府県単位に計算でき、その積み上げで全国数値を示している点は長所である。し

かしながら前者と同様、1年後退院率を5%とすることの妥当性の検証は残る。また、1年以上入院患者の入院受療必要量は直接計算できないことは課題として残る。

4)の「1年以上5年未満」の必要病床数と「5年以上10年未満」の必要病床数に関しては、長期在院への持ち越し率を計算し、それをもとに「1年以上5年未満」と「5年以上10年未満」の必要病床数を示したものである。この計算結果は、現在に至るまでの経過的事実を踏まえたものであって、今後の改革過程における変化を予測したものではないが、3-1)にそのまま適用した場合、「1年以上5年未満」は66,571人、「5年以上10年未満」は31,621人であって、その合計はおよそ10万になる。3-2)にそのまま適用した場合、「1年以上5年未満」は38,275人、「5年以上10年未満」は18,180人であって、その合計はおよそ6万人になる。1年後退院率が95%を達成する時点では、1年後も入院が継続になる患者は地域移行の困難な患者の割合が高くなり、その結果として長期入院への持ち越し率は現状よりも高くなるかもしれないが、新たに1年以上の在院となる患者数は減少するため、結果として、1年以上在院患者の入院受療必要量は少なくなるかもしれない。長期入院患者の地域移行は推進が図られているところであり、その推進のもとにおける経過的事実を尊重するならば、現状持ち越し率の適用による6万人から10万人を「1年以上10年未満の入院患者の当面の必要量と捉えることはできるだろう。

ここまでは個別の計算方法について述べてきたが、ここからは4つの計算を踏まえた総括的な考察を行う。

1)は1年以上の入院患者数が多いという現状を追認した計算式になっており、適切ではないと考える。2)は第4期障害福祉計画との整合性を取るようにしているものの、1年未満の必要量について上位5都道府県の数値を全都道府県に適用することの妥当性が十分検証されていない。また、1年以上の入院受療必要量も妥当性が高いとは言えない。その点、3-1)、3-2)は1年後退院率を95%とすることの妥当性の検

証は残るとしても、都道府県の現状から改革過程を各地で検討できることから、1年未満の必要量の算定方法としては最も有望であろう。最大の問題は「1年以上」の入院患者に対する必要量が直接計算できないことであるが、2025年の在院患者数を現状における長期入院持ち越し率を適用した6万人から10万人は「1年以上」の入院受療必要量の現実的目標として妥当である可能性はある。

さて、ここで2つの問題がある。1つ目は早期退院の実現を図っていくにつれて、新入院患者の増加率が現状のそれよりも高くなる可能性があることである。2つ目は「10年以上」の長期入院の必要量を見込んでいないことである。1つ目に関しては1年未満の入院受療必要量の増加につながるが、早期退院の促進によって増加は相殺される可能性がある。2つ目の「10年以上」の必要病床数であるが、もし仮に「1年時点」から「1年以上5年未満」への持ち越し率、「1年以上5年未満」から「5年以上10年未満」への持ち越し率と同様の計算方法を「10年以上」にも当てはめるならばさらに数万の病床が必要となるだろう。しかし、「10年以上」の在院患者数が明らかに減少していること、全在院患者の約半数が「65歳以上」であることを考慮するならば、現状の「10年以上」の約6.7万人から相当少なくなることが予想されるし、その減少は「5年以上10年未満」の在院患者数の減少によって加速されるであろう。また、入院の目的が精神障害の治療であることを考えるならば、1つの病院において治療が数年にわたって進展しない場合、転院治療または包括的な支援による地域移行という選択肢が存在することが望ましいという考え方も成り立つし、その場合、「10年以上」の長期入院はさらに少なくなる。

以上、本研究を踏まえて、必要量の算定式として下記を提案する。

1年未満の入院受療必要量は、2025年または2035年に1年後退院率95%を各都道府県において実現するようにした計算式が最も有望と考えられる。その場合、入院受療必要量はおおむね10万人になる。

1年以上の入院受療必要量は、現状の1年以上5年未満への移行、5年以上10年未満への移行を踏まえた計算式を用いて、入院後10年までの入院受療数を活用する。その場合、入院受療必要量は6万人から10万人になる。

さて、これらを合計した、上記推計の入院受療必要量の最大である20万人は平成24年度630調査における「10年未満」の在院患者数235,106人よりおよそ3万人少なく、人口万対在院患者数16.5人に相当する。現状の各都道府県においてこの数値で精神科医療が提供されているのは、神奈川県、滋賀県、東京都、愛知県、静岡県のみである（表群5）。これらの都道府県において、地域精神医療に必要な入院需要必要量が確保されていることを検証することはきわめて重要であり、本研究の継続課題としたい。幸い、本研究班においては、平成26年度630調査追加調査の提案を厚生労働省精神・障害保健課に行い、その提案は実行され、その分析が行われているところである。平成26年度630調査追加調査では、(1)全国の精神病床を有する病院における平成26年1月から6月の新入院患者の住所地と入院先の住所地、(2)全国の都道府県における措置通報等の対象者の住所地と入院先の住所地等の調査が行われている。これらのデータを分析することによって、人口万対入院患者数16.5人以下の都道府県において、新規入院の流出が流入より多い場合、通報となった事例に、精神科病床の確保困難のための通報となった事例が多く認められると推測される場合は、必要量の算定方法に補正を加える必要があるかもしれない。

最後に残留曲線の形状から問題提議をしておきたい。平成16年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」以後、長期入院は入院後1年以上と定義されているが、残留曲線の形状は入院後3-4ヶ月まではすみやかに残留率が低下するものの、それ以後はゆるやかになる傾向がある（図群1）。今後の精神保健医療改革の推進には、現在の長期入院1年以上の定義を「1年以上」から「6ヶ月以上」程度に短縮することも、精神科臨床の実務を踏まえて、議論することが望まれる。

E. 結論

精神保健医療が地域医療の一翼を担う重要な分野であることを踏まえて、地域の精神保健医療のニーズを踏まえた精神科医療の機能別必要量の算定方法を明らかにするため、わが国精神保健医療のモニタリングに長く使用されてきた630調査をもとに、精神科医療機能別必要量について入院受療必要量の観点から検討を行った。その結果、都道府県の精神医療改革進展をベースにした計算が最も有望であると考えられた。次のステップは、計算結果に相当する人口万対在院患者数16.5人以下で精神科医療が提供されている都道府県において、地域精神医療に必要な精神科入院受療必要量が確保されていることを検証することである。

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 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表群1. 地域医療構想(ビジョン)の計算方法を模した計算

[A] 全国人口(2010年度国勢調査、千人)

0-19歳	20-39歳	40-64歳	65-74歳	75歳+	計
22,932	32,201	43,442	15,290	14,193	128,058

[B] 全国精神科在院患者数(2010年度 630調査)

入院期間	1M未満	1M以上3M未満	3M以上1Y未満	1Y以上	計
0-19歳	685	603	441	217	1,946
20-39歳	5,600	5,005	5,018	10,447	26,070
40-64歳	10,267	11,299	16,539	89,542	127,647
65-74歳	4,248	5,089	9,694	53,015	72,046
75歳+	6,111	7,894	16,297	50,604	80,906
計	26,911	29,890	47,989	203,825	308,615

[C] 出生高位・死亡中位の場合の2025年の推計人口(国立社会保障・人口問題研究所 H18推計、千人)

0-19歳	20-39歳	40-64歳	65-74歳	75歳+	計
19,222	24,991	41,000	14,687	21,667	121,567

2025年の精神科入院患者数(現状投影シナリオ)

A,Bより導出

[D] 2010年現在の年齢構成別人口(千人)に対する在院患者比率

入院期間	1M未満	1M以上3M未満	3M以上1Y未満	1Y以上	計
0-19歳	0.030	0.026	0.019	0.009	0.085
20-39歳	0.174	0.155	0.156	0.324	0.810
40-64歳	0.236	0.260	0.381	2.061	2.938
65-74歳	0.278	0.333	0.634	3.467	4.712
75歳+	0.431	0.556	1.148	3.565	5.700
計	0.210	0.233	0.375	1.592	2.410

C,Dより導出

[E] 入院患者比率が現状維持の場合の2025年の全国精神科在院患者数

入院期間	1M未満	1M以上3M未満	3M以上1Y未満	1Y以上	計
0-19歳	574	505	370	182	1,631
20-39歳	4,346	3,884	3,894	8,108	20,233
40-64歳	9,690	10,664	15,609	84,508	120,470
65-74歳	4,080	4,888	9,311	50,923	69,203
75歳+	9,329	12,051	24,879	77,253	123,513
計	25,547	28,375	45,556	193,493	292,971

2025年の精神科入院患者数(改革シナリオ)

Dの比率が、入院期間1か月未満、1M以上3M未満、3M以上1年未満、1年以上の各々で2割、3割、2割、1割減少すると仮定した場合

Dより導出

[F] 減少を仮定した「年齢構成別人口(千人)に対する在院患者比率」

入院期間	1M未満	1M以上3M未満	3M以上1Y未満	1Y以上
0-19歳	0.024	0.018	0.015	0.009
20-39歳	0.139	0.109	0.125	0.292
40-64歳	0.189	0.182	0.305	1.855
65-74歳	0.222	0.233	0.507	3.121
75歳+	0.344	0.389	0.919	3.209
計	0.168	0.163	0.300	1.432

C,Fより導出

[G] 入院患者比率が減少した場合の2025年の全国精神科在院患者数

入院期間	1M未満	1M以上3M未満	3M以上1Y未満	1Y以上	計
0-19歳	459	354	296	164	1,273
20-39歳	3,477	2,719	3,116	7,297	16,609
40-64歳	7,752	7,465	12,487	76,057	103,761
65-74歳	3,264	3,422	7,449	45,831	59,966
75歳+	7,463	8,436	19,903	69,528	105,330
計	20,437	19,862	36,445	174,144	250,889

表群2. 第4期障害福祉計画との連続性を確保した計算

目標1年未満在院者数の算出

6月新規入院者各月退院数(630調査2009-2011年平均)

	H21-23平均													8月末	
	6月新	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6.1残留	退院率
北海道	2,035.7	408.7	479.3	284.0	214.7	114.7	68.7	58.0	29.7	28.3	30.0	23.7	17.7	278.3	57.6%
青森	498.0	90.7	124.0	84.0	56.3	29.3	15.7	13.0	8.3	5.7	9.0	2.3	3.3	57.3	60.0%
岩手	457.3	93.7	105.3	78.3	49.7	23.7	11.3	8.3	6.3	5.0	5.0	6.7	4.7	59.3	60.6%
宮城	571.3	95.7	121.3	88.7	73.0	35.3	21.7	17.0	12.3	9.0	9.0	6.3	4.0	78.0	53.5%
秋田	410.3	75.0	92.0	63.3	49.0	26.0	13.0	11.3	4.7	5.3	8.0	5.0	3.7	54.0	56.1%
山形	422.3	80.7	112.7	61.7	49.3	23.0	14.3	10.0	3.7	4.7	5.3	4.0	5.7	47.3	60.4%
福島	581.7	115.7	149.0	83.7	60.3	35.0	17.3	14.3	9.3	7.7	9.0	5.7	6.0	68.7	59.9%
茨城	557.0	92.3	138.0	88.3	61.7	30.0	21.7	19.3	10.3	7.0	5.7	5.0	7.0	70.7	57.2%
栃木	361.7	62.3	88.7	54.3	43.7	22.0	10.3	8.0	6.7	4.3	5.3	2.3	2.0	51.7	56.8%
群馬	446.3	86.0	106.3	69.0	53.7	27.0	13.3	13.3	7.3	7.0	4.3	2.3	5.0	51.7	58.6%
埼玉	1,364.0	201.3	311.3	219.0	175.7	87.0	46.3	38.7	23.7	24.3	16.3	17.7	11.7	191.0	53.6%
千葉	1,021.7	170.0	278.3	167.7	116.7	54.7	29.3	25.0	15.7	12.7	15.0	8.0	8.3	120.3	60.3%
東京	3,078.3	634.0	863.7	464.3	339.0	162.3	103.7	70.7	45.7	37.0	35.7	21.3	17.0	284.0	63.7%
神奈川	1,367.3	234.0	323.0	232.3	174.7	81.7	49.0	34.0	26.7	18.7	16.7	11.0	9.7	156.0	57.7%
新潟	612.0	88.7	151.3	91.3	92.0	37.0	18.0	17.0	5.0	7.0	10.0	8.7	7.0	79.0	54.1%
富山	289.0	63.7	78.7	36.0	25.0	10.3	9.0	9.0	6.0	4.0	3.7	2.3	1.7	39.7	61.7%
石川	384.7	71.0	92.3	60.7	42.7	22.0	16.0	9.7	3.7	5.0	6.0	3.7	4.7	47.3	58.2%
福井	313.0	100.7	67.3	38.7	29.7	19.7	6.7	6.0	4.3	2.7	1.0	2.7	2.0	31.7	66.0%
山梨	212.0	43.3	45.0	34.3	23.7	12.3	6.3	5.7	4.7	3.0	2.7	2.7	2.0	26.3	57.9%
長野	626.7	134.3	161.7	91.3	68.3	35.3	26.3	17.0	9.0	5.0	6.3	6.7	4.7	60.7	61.8%
岐阜	402.0	69.0	109.0	67.0	47.7	23.0	13.7	8.3	7.0	3.7	5.0	3.3	3.0	42.3	60.9%
静岡	653.7	119.3	157.0	97.0	74.0	45.3	23.3	19.3	9.0	7.0	11.0	5.3	4.7	85.3	56.5%
愛知	1,358.3	323.3	338.3	198.3	157.0	70.3	30.7	30.0	18.3	13.3	17.0	11.7	8.3	141.7	63.3%
三重	452.7	82.3	112.0	68.0	57.3	24.3	14.0	9.3	6.0	7.0	7.0	4.3	3.3	57.7	58.0%
滋賀	260.7	43.7	75.0	43.7	28.7	14.0	8.7	7.0	4.3	3.7	2.3	1.3	3.0	25.3	62.3%
京都	564.0	104.7	128.0	80.0	72.3	34.0	15.3	14.0	6.7	7.0	10.0	4.0	4.7	83.3	55.4%
大阪	2,221.0	466.7	558.3	323.3	282.7	118.3	66.0	43.7	36.0	21.0	30.0	19.7	16.0	239.3	60.7%
兵庫	965.7	155.0	217.7	150.3	134.0	58.0	43.7	26.3	17.7	15.0	14.0	8.0	3.7	122.3	54.2%
奈良	256.3	40.0	56.3	47.0	33.7	16.3	5.0	7.3	5.3	2.3	1.7	1.3	2.7	37.3	55.9%
和歌山	189.3	44.7	44.3	21.0	20.0	11.3	6.3	5.3	1.3	2.7	3.0	2.0	1.3	26.0	58.1%
鳥取	203.3	45.0	51.0	19.3	20.3	12.0	5.7	4.0	3.3	3.3	3.0	3.0	1.7	31.7	56.7%
島根	299.3	55.0	81.3	43.3	32.3	12.7	8.0	10.3	4.7	6.7	5.0	2.0	2.0	36.0	60.0%
岡山	604.3	129.0	170.7	89.3	64.0	29.3	17.0	12.0	8.3	6.3	7.7	6.0	3.7	61.0	64.4%
広島	901.0	166.0	228.3	139.0	96.0	54.7	30.7	22.3	12.7	11.3	14.7	10.3	7.0	108.0	59.2%
山口	474.3	75.7	104.3	66.7	46.7	27.3	18.7	13.7	10.3	7.3	6.3	4.3	4.0	89.0	52.0%
徳島	252.0	56.7	62.7	36.3	28.7	13.3	6.0	6.3	2.3	2.3	3.7	1.0	1.0	31.7	61.8%
香川	282.3	54.0	75.3	42.0	27.3	14.7	6.0	8.7	4.0	2.3	4.0	1.7	1.0	41.3	60.7%
愛媛	397.0	63.7	93.0	57.3	55.0	17.3	14.7	12.7	9.3	9.0	7.0	6.7	5.3	46.0	53.9%
高知	479.7	152.0	94.7	67.3	50.3	19.7	12.3	10.7	4.7	6.0	9.7	6.0	3.3	43.0	65.5%
福岡	1,864.0	278.0	389.0	272.3	256.3	102.3	56.7	48.0	31.7	28.0	44.3	53.3	36.3	267.7	50.4%
佐賀	373.3	61.3	75.3	57.0	46.7	23.0	11.7	11.0	6.3	6.0	5.3	3.7	4.7	61.3	51.9%
長崎	637.7	134.0	164.0	76.0	73.7	32.3	17.0	14.3	11.7	8.3	7.0	6.7	6.7	86.0	58.7%
熊本	850.0	192.0	211.0	113.0	105.7	36.0	26.7	19.3	11.0	9.3	11.3	6.0	5.7	103.0	60.7%
大分	410.3	67.0	91.0	52.7	47.7	28.3	8.0	13.7	6.7	6.0	7.7	4.7	4.3	72.7	51.3%
宮崎	477.3	96.3	123.3	61.3	46.3	27.0	11.3	14.0	5.3	8.7	9.0	5.7	4.3	64.7	58.9%
鹿児島	677.0	118.7	149.0	83.7	78.3	44.3	29.7	19.7	15.3	11.7	9.7	10.0	6.3	100.7	51.9%
沖縄	601.0	121.7	145.3	92.3	67.0	30.0	15.3	11.0	7.0	7.0	9.3	5.7	6.0	83.3	59.8%
全国	32,718.0	6,252.3	7,994.7	4,855.7	3,848.3	1,826.7	1,040.0	827.7	509.3	425.7	469.7	345.7	281.7	4,040.7	58.4%

退院率で
ソート

	H21-23平均													8月末	
	6月新	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6.1残留	退院率
福井	313.0	100.7	67.3	38.7	29.7	19.7	6.7	6.0	4.3	2.7	1.0	2.7	2.0	31.7	66.0%
高知	479.7	152.0	94.7	67.3	50.3	19.7	12.3	10.7	4.7	6.0	9.7	6.0	3.3	43.0	65.5%
岡山	604.3	129.0	170.7	89.3	64.0	29.3	17.0	12.0	8.3	6.3	7.7	6.0	3.7	61.0	64.4%
東京	3,078.3	634.0	863.7	464.3	339.0	162.3	103.7	70.7	45.7	37.0	35.7	21.3	17.0	284.0	63.7%
愛知	1,358.3	323.3	338.3	198.3	157.0	70.3	30.7	30.0	18.3	13.3	17.0	11.7	8.3	141.7	63.3%
滋賀	260.7	43.7	75.0	43.7	28.7	14.0	8.7	7.0	4.3	3.7	2.3	1.3	3.0	25.3	62.3%
長野	626.7	134.3	161.7	91.3	68.3	35.3	26.3	17.0	9.0	5.0	6.3	6.7	4.7	60.7	61.8%
徳島	252.0	56.7	62.7	36.3	28.7	13.3	6.0	6.3	2.3	2.3	3.7	1.0	1.0	31.7	61.8%
富山	289.0	63.7	78.7	36.0	25.0	10.3	9.0	9.0	6.0	4.0	3.7	2.3	1.7	39.7	61.7%
岐阜	402.0	69.0	109.0	67.0	47.7	23.0	13.7	8.3	7.0	3.7	5.0	3.3	3.0	42.3	60.9%
大阪	2,221.0	466.7	558.3	323.3	282.7	118.3	66.0	43.7	36.0	21.0	30.0	19.7	16.0	239.3	60.7%
熊本	850.0	192.0	211.0	113.0	105.7	36.0	26.7	19.3	11.0	9.3	11.3	6.0	5.7	103.0	60.7%
香川	282.3	54.0	75.3	42.0	27.3	14.7	6.0	8.7	4.0	2.3	4.0	1.7	1.0	41.3	60.7%
岩手	457.3	93.7	105.3	78.3	49.7	23.7	11.3	8.3	6.3	5.0	5.0	6.7	4.7	59.3	60.6%
山形	422.3	80.7	112.7	61.7	49.3	23.0	14.3	10.0	3.7	4.7	5.3	4.0	5.7	47.3	60.4%
千葉	1,021.7	170.0	278.3	167.7	116.7	54.7	29.3	25.0	15.7	12.7	15.0	8.0	8.3	120.3	60.3%
島根	299.3	55.0	81.3	43.3	32.3	12.7	8.0	10.3	4.7	6.7	5.0	2.0	2.0	36.0	60.0%
青森	498.0	90.7	124.0	84.0	56.3	29.3	15.7	13.0	8.3	5.7	9.0	2.3	3.3	57.3	60.0%
福島	581.7	115.7	149.0	83.7	60.3	35.0	17.3	14.3	9.3	7.7	9.0	5.7	6.0	68.7	59.9%
沖縄	601.0	121.7	145.3	92.3	67.0	30.0	15.3	11.0	7.0	7.0	9.3	5.7	6.0	83.3	59.8%
広島	901.0	166.0	228.3	139.0	96.0	54.7	30.7	22.3	12.7	11.3	14.7	10.3	7.0	108.0	59.2%
宮崎	477.3	96.3	123.3	61.3	46.3	27.0	11.3	14.0	5.3	8.7	9.0	5.7	4.3	64.7	58.9%
長崎	637.7	134.0	164.0	76.0	73.7	32.3	17.0	14.3	11.7	8.3	7.0	6.7	6.7	86.0	58.7%
群馬	446.3	86.0	106.3	69.0	53.7	27.0	13.3	13.3	7.3	7.0	4.3	2.3	5.0	51.7	58.6%
石川	384.7	71.0	92.3	60.7	42.7	22.0	16.0	9.7	3.7	5.0	6.0	3.7	4.7	47.3	58.2%
和歌山	189.3	44.7	44.3	21.0	20.0	11.3	6.3	5.3	1.3	2.7	3.0	2.0	1.3	26.0	58.1%
三重	452.7	82.3	112.0	68.0	57.3	24.3	14.0	9.3	6.0	7.0	7.0	4.3	3.3	57.7	58.0%
山梨	212.0	43.3	45.0	34.3	23.7	12.3	6.3	5.7	4.7	3.0	2.7	2.7	2.0	26.3	57.9%
神奈川	1,367.3	234.0	323.0	232.3	174.7	81.7	49.0	34.0	26.7	18.7	16.7	11.0	9.7	156.0	57.7%
北海道	2,035.7	408.7	479.3	284.0	214.7	114.7	68.7	58.0	29.7	28.3	30.0	23.7	17.7	278.3	57.6%
茨城	557.0	92.3	138.0	88.3	61.7	30.0	21.7	19.3	10.3	7.0	5.7	5.0	7.0	70.7	57.2%
栃木	361.7	62.3	88.7	54.3	43.7	22.0	10.3	8.0	6.7	4.3	5.3	2.3	2.0	51.7	56.8%
鳥取	203.3	45.0	51.0	19.3	20.3	12.0	5.7	4.0	3						