

201419039A

平成 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（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
研究課題番号：H25-精神-一般-009

精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制 構築の推進に関する研究

平成 26 年度 総括・研究分担報告書

研究代表者 河原 和夫

（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野）

平成 27（2015）年 3 月

平成 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（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
研究課題番号：H25-精神-一般-009

精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制 構築の推進に関する研究

平成 26 年度 総括・研究分担報告書

研究代表者 河原 和夫

（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野）

平成 27（2015）年 3 月

班員名簿

研究代表者

河原 和夫 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授

研究分担者

伊藤 弘人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
社会精神保健研究部 部長

平川 博之 ひらかわクリニック 院長

松原 六郎 公益財団法人 松原病院 代理理事

萱間 真美 聖路加国際大学 精神看護学 教授

山之内 芳雄 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
社会精神保健研究部 社会福祉研究室 室長

研究協力者

菅河 真紀子 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 特任助教

島 陽一 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 博士課程大学院生

熊澤 大輔 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 博士課程大学院生

西條 史祥 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 /
プロジェクト Semester 学生 医学部医学科 4 年生

稲垣 中 青山学院大学国際政治経済学部

大塚 寛之 特定非営利活動法人メンタルケア協議会

西村 由紀 特定非営利活動法人メンタルケア協議会

羽藤 邦利 代々木の森診療所

三木 和平 三木メンタルクリニック

渡辺 洋一郎 渡辺クリニック

上野 桂子 全国訪問看護事業協会

宮崎 和加子 全国訪問看護事業協会

角田 秋 聖路加国際大学

吉原 由美子 全国訪問看護事業協会

大橋 明子 聖路加国際大学

関本 朋子 聖路加国際大学大学院

篠崎 英夫	日本公衆衛生協会
津下 和代	あいち健康の森健康科学総合センター
宮岡 等	北里大学医学部
高垣 有作	国保すさみ病院
伊澤 敏	厚生連佐久総合病院
小泉 典章	長野県精神保健福祉センター
小川 正洋	長野県上田市健康福祉課
清水 ゆみ子	沼田市在宅介護支援センター
星野 真由美	群馬県認知症疾患医療センター 内田病院
石田 洋子	愛知県健康福祉部障害福祉課 ころの健康推進室
愛知県健康福祉部障害福祉課	ころの健康推進室

目 次

ページ

- ◆ 総括研究報告 精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制 構築の推進に関する研究 3

河原 和夫

- ◆ 研究分担報告(1) 物的・人的資源から見た精神科医療の都道府県 格差に関する研究11

河原 和夫、 松原 六郎、 菅河 真紀子、 熊澤 大輔、
島 陽一、 西條 史祥、

- ◆ 研究分担報告(2) 認知症地域連携パスに関する動向調査33

伊藤 弘人

- ◆ 研究分担報告(3) 精神科診療所から見た医療計画と周辺領域 との連携の実態と課題39

平川 博之

- ◆ 研究分担報告(4) 精神科訪問看護提供体制の現状把握と評価に関する研究73

萱間 真美

- ◆ 研究分担報告(5) 身体合併症などの精神科医療連携に関する研究85

山之内 芳雄

◆ 参考資料 1	2014 年精神疾患医療政策フォーラム 資料	97
◆ 参考資料 2	2014 年精神疾患医療政策フォーラム (Karuizawa Forum) 参加者アンケート結果	163

総括研究報告

平成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）
総括研究報告書

精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制構築の推進に関する研究

研究代表者 河原 和夫 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野

研究要旨

現行の医療計画は、平成25年4月から施行されている。都道府県が医療計画を策定するに当たっては、平成23年度あるいは24年度の資料をもとに現状を分析している。分析の中で都道府県の医療の現状値や課題を把握し、それらの解決方策を体系的に盛り込んだものが医療計画である。

そこで、本年度の研究では、現行の医療計画の分析の前提となる時期である平成24年6月の精神科医療領域のデータを記した“精神保健福祉資料”などの統計資料を多面的に分析することで、独自に都道府県の精神科医療分野の課題を明らかにした。この結果と現行の医療計画の精神医療対策の内容を突合することで、都道府県の医療計画の精神医療分野の記述内容の妥当性を検討した。これにより都道府県ごとに精神医療対策の内容の実効性を判断した。その結果、各都道府県に存する精神科領域の問題などを具体的に改善していく内容や施策は、医療計画の中にはほとんど見当たらなかった。また、平成25年度からの医療計画の推奨指標として、精神疾患の地域連携クリニカルパスが提示されている。しかし精神科医療が関与している地域連携パスの状況は不明である。

本研究の目的のひとつは、精神科医療が関与している地域連携パスの開発状況を明らかにすることである。全国の地域連携パスに関する情報を収集し分析した結果、8地域での地域連携パスが収集された。地域連携パスのユニークな内容として、本人の希望・選好、薬剤モニタリング、情報技術を用いた情報共有を試みている地域があった。患者・家族に情報を集約する認知症地域連携パスは、地域で生活する認知症患者の治療ケアを統合するツールのひとつのなる可能性が示された。

次に地域において精神科医療を推進していくためには、一般科医と精神科の連携強化が必要である。そこで一般科と精神科の連携をすすめるために、精神科診療所が地域においてどのような役割を果たすべきかを明らかにした。その結果、精神科診療所が「精神科と一般科の連携」「自殺企図患者支援の地域連携」において役割を果たせる可能性が示唆された。

また、地域で精神科医療を進める上で精神科訪問看護の役割は重要である。全国訪問看護事業協会加盟の全訪問看護ステーションを対象に調査し、実施率の変化、および事

業所の状況、対象者の実態について調査した。制度上の課題を検討することにより、精神科訪問看護の普及ならびに精神科地域医療体制・アウトリーチサービスにおける新たな枠組みについて検討した。その結果、精神科訪問看護実施率は 54.6%であり、精神科訪問看護基本療養費の新設で 59.4%（2011 年）から 52.6%（2012 年）に低下したところから、徐々に回復の途上にあることが判明した。訪問サービスの地域偏在については更なる分析が必要である。

医療計画の主旨からは、患者中心の切れ目ない地域医療実現のための枠組み作りが不可欠である。精神疾患の医療計画は平成 25 年に始まったが、医療計画の根幹である医療連携を構築する施策に資する具体的なモデルを示すことが大切である。そこで愛知県における救急精神身体合併症モデル事業を分析した。愛知県では救急病院と精神科病院がペアを作り、連携パスを用いた連携を行っている。平成 25 年 8 月から開始し平成 26 年 12 月までに、6 ペアで 90 件の実績があった。具体的な要件を明確にした連携モデルを示す必要があり、今後さらなるデータの集積と分析が必要である。実績からは、まったく連携不能な状況ではなく、システムの構築による連携の構築の可能性はありと考えられ、今後課題と方策を明らかにすべきである。

医療計画は、精神医療体制の社会目標を提示したものに過ぎない。訪問看護、身体合併症対応などの医療計画に記述がある事項の実効性を担保するには、パスや連携の仕組みをより具体的な内容を記した事業計画や実施計画を併せて策定する必要がある。加えて、人材などの確保は困難であるから、現在の人的・物的資源の有効活用方策の策定が望まれる。平成 27 年度からは、現行の医療計画を修正するための「地域医療構想」が策定される。しかし、そこには精神医療の問題はほとんど認識されていない。本研究により得られた成果をもとに、より実効性がある医療計画を策定しなければならない。

A. 目的

精神科救急や身体合併症対応、精神科訪問看護などの地域精神医療を推進するための医療機関内や医療機関間連携、そして地域連携などの推進状況、地域連携パスの作成状況などの実態を把握し、医療計画の精神疾患対策部分の政策体系が、これらの諸課題を解決する内容になっているか否かといった現行の医療計画の妥当性について検証することが目的である。

B. 方法

1. 精神保健福祉資料（平成 24 年 6 月）のデータと平成 23 年患者調査、そして都道府県医療計画を用いた。

DEA（包絡分析法）を行い、またジニ係数（Gini coefficient）を算定して精神科医療の都道府県間格差及び都道府県医療計画の政策構造を明らかにした。

2. 医療計画の推奨指標である全国の精

神疾患の地域連携パスを収集し分析した。

3. 各県の医療計画にも記載されている在院日数短縮のための方策について、X県の医療施設を対象に調査した。

4. アンケート調査により精神科訪問看護の実態を解明した。

5. 一般科医師の精神科医療への理解度や地域連携の実情を把握するためにアンケート調査を実施した。

6. 救急受診した身体疾患合併患者が、スムーズに精神科医療や一般医療が受けられるモデル体制を提示した。

(倫理面への配慮)

実施に当たっては法律や倫理面の配慮は十分にいき、研究参加者の人権を十分に擁護し、研究に参加することによる利益・不利益を文書で説明し同意を取得するなど、倫理面に配慮した。また、倫理審査が必要な場合は、所属機関や実施施設の倫審査理委員会の審査を受け承認の後に研究を実施した。

C. 結果

人的・物的面からの精神科医療資源配分の地域格差については、重要な医療提供体制の課題である「精神科救急病床」と「合併症病床」そして「認知症病床」に関する都道府県医療計画の記載内容を分析した。

その結果、対人口10万人当たりの「精神科救急病床数」は“青森県”、“岩手県”、“新潟県”などで低かった。最も状況が悪い青森県は、「精神科救急患者（身体疾患を合併した患者を含む）、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の常態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能」を充実していくことを掲げ、目標を定めている。しかし、

病床整備などの具体的な施策の記述はなかった。

次に悪い岩手県でも同じく具体的な整備目標などの施策体系は示されていない。新潟県についても社会目標は示されているものの、具体的な整備に関する施策体系の記述はなかった。

合併症病床は、高知県と山口県の状況が良くないが、合併症病床に関する記述については、何ら具体的な施策は示されていない。ただ、香川県については、「公立病院における身体合併症患者の受入体制の支援や、精神科医療行政施策の支援を行う寄附講座を設置するなど、香川大学医学部との連携・協力体制の構築を推進します。」という記述に見られるように、寄附講座の開設という具体的な内容が示されていた。

今後最も社会的な問題となる認知症対策については、認知症疾患医療センターには言及しているものの、病床数の絶対数の不足に対する記述は、これら14都府県いずれも皆無であった。

医療人材の確保については、各都道府県ともに医療計画の中に盛り込んでいる。とりわけ医師確保については、「医師派遣システム（ドクターバンク）」という制度的なものと、医学生や医師をターゲットにした「奨学金（医師修学資金等）」方式に関する記述が見られた。

精神疾患患者の都道府県間移動については、精神科医療に限らず医療全般に見られる現象である。海で囲まれ隣県と陸続きでない北海道や沖縄県、あるいは山地に囲まれ交通機関も発達していない高知県や島根県などは地理的關係で移動が難しく、自己完結型となる。一方、交通機関が発達し地理的影響も少ない大都市を抱える都府県では、県境を越えての移動

が見られた。医療計画は自らの都道府県内で医療が完結することを前提にして記述されているが、地域によっては広域移動を視野に入れて隣県と調整しながら計画を策定する必要がある。

都道府県の精神科医療システムの効率性であるが、精神科入院医療については、都道府県が有している精神科患者に専門的に対応する精神神経学会専門医数と精神科病床数という 2 つの資源を投入して分析した。効率的に患者に対処している都道府県は、北海道、神奈川県、福井県、岡山県、そして熊本県であった。徳島県、栃木県、群馬県、奈良県は精神科医療の効率性の向上に向けた見直しが必要である。

入院患者の在院期間の効率性については、入院患者が短い在院期間で、しかも退院率が高い奈良県と鳥取県がベストプラクティスモデルとなる。効率が良い都道府県と悪いところと二極化している。特に東京都、福岡県、北海道、大阪府、埼玉県、神奈川県などは入院効率が悪い都道府県である。大都市圏を形成する都道府県であるが、退院先が定まらないことや独居や核家族化などの社会問題が背景にあると考えられる。

地域連携パスであるが、認知症に関する患者・家族手帳が日本の複数地域で開発・運用されていた。すべての手帳は、複数のサービスの情報を統合することも目的としていた。患者の希望・選好、処方薬とモニタリング、情報通信技術の活用など、革新的な内容を含む手帳が存在した。

また、地域における一般科医と精神科の連携強化が必要である。研究では一般科と精神科の連携を進めるために、精神科診療所が「精神科と一般科の連携」「自殺企図患者支援の地域連携」において役

割を果たせる可能性が示唆された。

全国訪問看護事業協会加盟の全訪問看護ステーションを対象に精神科訪問看護の普及ならびに精神科地域医療体制・アウトリーチサービスにおける新たな枠組みについて検討した。その結果、精神科訪問看護実施率は 54.6%であり、精神科訪問看護基本療養費の新設で 59.4%(2011年)から 52.6%(2012年)に低下したところから、徐々に回復の途上にあることが判明した。

医療計画の理解を深めるフォーラムを開催したが、そこでは現行の医療計画の実効性への問題提起があり、計画策定と具体的な事業との乖離、そこを結びつける指標の大切さについて指摘があった。

精神疾患の医療計画の困難さについて、精神医学の閉鎖性や標準化されていないこと、また顔の見える関係の希薄さなどがフォーラムにおいて指摘された。

愛知県における救急精神身体合併症モデル事業の評価であるが、愛知県では救急病院と精神科病院がペアを作り、連携パスを用いた連携を行った。平成 25 年 8 月から開始し平成 26 年 12 月までに、6 ペアで 90 件の実績があった。平成 25 年 9 月から 8 病院で始めた当モデルは、平成 26 年度には 13 病院を対象を広げ、行政協力のもと救急受診患者の精神科受診または入院のパス運用をした。パスの作成を通じ、今まで関係性のある病院間からはさらに互いの医療内容がわかった、またパスの運用を通じて、不必要な受け入れのための確認をしないために受け入れが早くなった、精神科からは自院患者の身体合併症が紹介しやすくなった等の効果を得た。

今後さらに具体的な要件を明確にした連携モデルを示すとともにデータの集積

と分析が必要である。

D. 考察

医療計画の問題は、政策体系が問題であるとともに計画実現のための必要な記載事項が欠落している点である。都道府県の精神医療提供体制の格差は、アルコール及び薬物治療体制に認められた。精神医療に関する主要な医療提供体制に都道府県格差はあまり認められなかったが、入院期間等の違いから医療効率が良い県とそうではない県に峻別できた。今後の問題ある都道府県の精神医療の論点が整理できたことから、本研究成果を用いた改善が容易になると思われる。

精神科医療の質向上のために考慮すべき指標として在院日数がある。本研究でX県の主要精神科病院を調査した結果、在院日数短縮のために院内で取り組むべき8つの事項が示された。これらは現在の診療報酬体系や医療体系の中でも十分可能であることから、今後の普及が望まれる。

精神科訪問看護実施率は54.6%であり、精神科訪問看護基本療養費の新設で59.4%（2011年）から52.6%（2012年）に低下したところから、徐々に回復の途上にあるといえる。訪問看護実施率の推移を、制度改定や研修制度への各団体の取組と合わせて分析する必要がある。精神科クリニックが担う医療については、事例検討などを通じて一般科医の精神医療への理解が深まることが示された。ただ、自殺企図や自傷患者の受入れに消極的な一般科医療機関が多かった。8地域の地域連携パスを収集した結果、そのユニークな内容として、本人の希望・選好、薬剤モニタリング、情報技術を用いた情報共有を試みている地域があった。身体合併症対応のパスであるが、行政の協力のもとで救急受診患者の精神科受診または入院のパス運用をした結果、精神科から

は自院患者の身体合併症が紹介しやすくなった等の効果を得た。

研究班全体として精神科医療や医療計画の改善につながるデータを提示し、政策提言を行っていかねばならない。

E. 結論

平成24年6月30日に行われた「精神保健福祉資料」と平成23年厚生労働省の「患者調査」の内容は、現行の医療計画（平成25年4月より施行）が策定される際に都道府県の精神科医療の実態を表したものである。これらの資料に示された精神科医療の提供体制を改善するための内容と施策体系を持って現行の医療計画は策定され、実施されているはずである。しかし、本研究で示した都道府県の問題などを具体的に改善していく内容や施策は、医療計画の中にはほとんど見当たらない。

医療計画は、精神医療体制の社会目標を提示したものに過ぎない。訪問看護、身体合併症対応などの医療計画に記述がある事項の実効性を担保するには、パスや連携の仕組みをより具体的な内容を記した事業計画や実施計画を併せて策定する必要がある。加えて、人材などの確保は困難であるから、現在の人的・物的資源の有効活用方策の策定が望まれる。

また、平成27年度からは、現行の医療計画を修正するための「地域医療構想」が策定される。しかし、そこには精神医療の問題はほとんど認識されていない。本研究により得られた成果をもとに、より実効性がある医療計画の策定が望まれる。

医療計画に記述がある事項の実効性を担保するために必要となる具体的な事業計画や実施計画の策定、パスや連携の仕組みを構築するための要件、人的・物的資

源の有効活用方策を調べる。こうした観点から都道府県の医療計画の記述内容や策定過程のどこに問題があるかを同定するとともに医療計画や制度の運用に由来する精神疾患対策の修正すべき部分を提示し、より良い政策や医療計画の策定・実施方法を提言するなど研究成果の取りまとめを行う必要がある。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

(1) 論文発表

[原著論文]

1. Yoshida K, Kawahara K. Impact of a fixed price system on the supply of institutional long-term care: comparative study of Japanese and German metropolitan areas. *BMC Health Services Research*. 2014, 14(1): 48.
2. Ito H, Okumura Y, Higuchi T, Tan CH, Shinfuku N. International variation in antipsychotic prescribing for schizophrenia: Pooled results from the research on East Asia psychotropic prescription (reap) studies. *Open Journal of Psychiatry* 2: 340-346, 2012.
3. Ito H, Hattori H, Kazui H, Taguchi

M, Ikeda M. An Integrated Care Approach for People with Dementia in the Community. 査読中

4. Matsunaga S, Ikeda M, Kishi T, Fukuo Y, Aleksic B, Yoshimura R, Okochi T, Yamanouchi Y, Kinoshita Y, Kawashima K, Umene-Nakano W, Inada T, Kunugi H, Kato T, Yoshikawa T, Ujike H, Nakamura J, Ozaki N, Kitajima T, Iwata N. An evaluation of polymorphisms in casein kinase 1 delta and epsilon genes in major psychiatric disorders. *Neurosci Lett*. 2012 Oct 31;529(1):66-9.
5. Kayama M, Kido Y, Setoya N, Tsunoda A, Matsunaga A, Kikkawa T, Fukuda T, Noguchi M, Mishina K, Nishio M, & Ito J. (2014). Community outreach for patients who have difficulties in maintaining contact with mental health services: longitudinal retrospective study of the Japanese outreach model project. *BMC Psychiatry* 14: 311. 2014
6. Ito H, Hattori H, Kazui H, Taguchi M, Ikeda M. An Integrated Care Approach for People with Dementia in the Community. *Open Journal of Psychiatry* (in press).

H. 知的所有権の出願・取得状況(予定を含む。)

なし

研究分担報告

物的・人的資源から見た精神科医療の都道府県格差 に関する研究

研究代表者	河原 和夫	東京医科歯科大学大学院 政策科学分野
研究分担者	松原 六郎	公益財団法人 松原病院
研究協力者	菅河 真紀子	東京医科歯科大学大学院 政策科学分野
	島 陽一	東京医科歯科大学大学院政策科学分野
	熊澤 大輔	東京医科歯科大学大学院政策科学分野
	西條 史祥	東京医科歯科大学大学医学部

研究要旨

現行の医療計画は、平成25年4月から施行されている。都道府県は医療計画を策定するに当たっては、平成23年度あるいは24年度の資料をもとに現状を分析している。分析の中で都道府県の医療の現状値や課題を把握し、それらの解決方策を体系的に盛り込んだものが医療計画である。

そこで、本年度の研究では、現行の医療計画の分析の前提となる時期である平成24年6月の精神科医療領域のデータを記した“精神保健福祉資料”などの統計資料を多面的に分析することで、独自に都道府県の精神科医療分野の課題を明らかにした。この結果と現行の医療計画の精神医療対策の内容を突合することで、都道府県の医療計画の精神医療分野の記述内容の妥当性を検討した。これにより都道府県ごとに精神医療対策の内容の実効性を判断した。

その結果、各都道府県に存する精神科領域の問題などを具体的に改善していく内容や施策は、医療計画の中にはほとんど見当たらなかった。

平成27年度からは、現行の医療計画を修正するための「地域医療構想」が策定される。しかし、そこには精神医療の問題はほとんど認識されていない。

本研究により得られた成果をもとに、より実効性がある医療計画の策定が望まれる。

A. 目的

医療法に基づき各都道府県が策定する医療計画において、平成25年度から精神疾患が5疾病目（がん、急性心筋梗

塞、脳卒中、がん、精神疾患）とされた。先行する4疾病に5年遅れで位置付けられた精神疾患の医療体制は、今後も医療計画全体の見直しのタイミングで改

善を続けていく必要がある。本研究の目的は、都道府県の医療計画の策定と運用に資するために、医療計画の政策構造の問題点を明らかにし、医療計画の内容を施策化するための方策を探求するものである。

改正を重ねているにもかかわらず、医療計画が実効性を挙げることができない要因を分析し、政策提言を行うとともに、精神科救急や身体合併症対応、精神科訪問看護などの地域精神医療を推進するための医療機関内や医療機関間連携、そして地域連携などの推進状況、地域連携パスの作成状況などの実態を把握し、医療計画の精神疾患対策部分の政策体系が、これらの諸課題を解決する内容になっているか否かといった現行の医療計画の妥当性について検証することが目的である。

B. 方法

資料としては、平成 24 年 6 月 30 日に行われた「精神保健福祉資料」および平成 23 年厚生労働省の「患者調査」を用いた。このデータを GIS (Geographic Information System ; 地図情報システム) や DEA(Data Envelope Analysis ; 包絡分析法)を用いて分析した。さらに、精神科領域の医療資源の都道府県格差を見るために“ジニ係数”を求めた。

ジニ係数は貧富等の格差を測る指標である。0 から 1 までの値をとり、分布が平等であれば 0 に近づき、不平等であれば 1 に近づく係数であり、値の大きさが不平等度を測る指標として用いられている。

今般、精神科領域の人的・物的医療資源の配分の不均等に由来する都道府県格差などの地域格差をこの手法を用いて算定した。

DEA(Data Envelope Analysis ; 包絡分析法)は、事業体をひとつの変換装置と考え、事業体に対する入力(資源投入)を出力(結果算出)に変換するプロセスの効率性を測定する手法である。この方法は官民を問わずさまざまな領域の事業体評価に用いられている。本研究では、精神医療の提供体制を「変換装置」と考え、人的・物的医療資源の投入量とその結果である医療成果との関係を分析して、都道府県の精神科医療の効率性を評価した。

(倫理面への配慮)

すべて公表資料を用いているので倫理的問題は生じないが、東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会に研究計画を提出し、倫理審査非該当との通知を得ている。

C. 結果

1)人的・物的面からの精神科医療資源配分の地域格差

(1)精神科救急病床

対人口 10 万人当たりの「精神科救急病床数」は、最も充実しているのは“山形県”である。以下、奈良県、高知県、秋田県が続いている。“青森県”、“岩手県”、“新潟県”、“香川県”、“鹿児島県”は設置されていない(図 1)。しかし、図 1 3 に示すようにジニ係数は“0.299”で人口 10 万人当たりの病床数の格差は大きいとは言えない。

図 1



(2)精神科急性期治療病床

良好なのは“大分県”、“沖縄県”、“高知県”、“青森県”、“熊本県”の順である。一方悪いのは、“千葉県”、“静岡県”、“奈良

県”、“福井県”、“東京都”である(図2)。

ジニ係数は“0.238”で大きくはない(図13)。

図 2



(5)アルコール病床

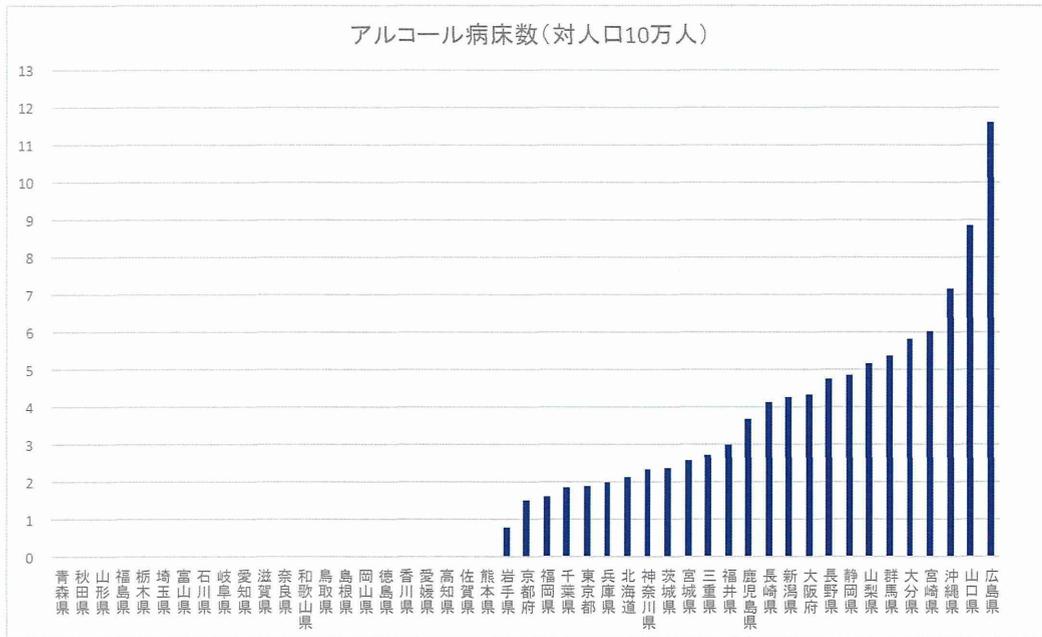
良好なのは“広島県”、“山口県”、“宮崎県”、“沖縄県”、“宮崎県”の順である。広島県の整備状況が良い。一方、約半数の都

道府県ではまったく整備されていない。

(図5)。

なお、ジニ係数は“0.568”と大きい(図13)。

図5



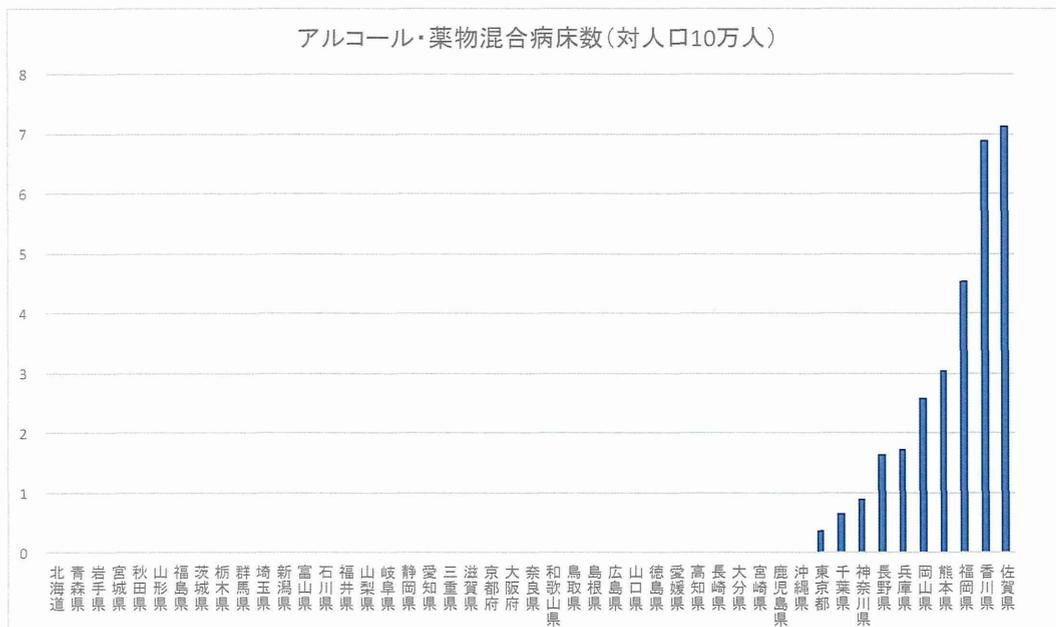
(6)アルコール・薬物混合病床

この種の病床が整備されている都道府県は限られている。“佐賀県”をトップとし、以下“香川県”、“福岡県”、“熊本県”、“岡山県”、“兵庫県”、“長野県”、“神奈川

県”、“千葉県”、“東京都”の10都道府県に過ぎない。残りの道府県ではまったく整備されていなかった(図6)。ジニ係数は“0.800”と非常に大きい。

(図13)

図6



(7)児童思春期病床数

「アルコール病床」と同じく、過半数の都道府県で整備されていなかった。整備されているところは、“佐賀県”をトップとし、以下“三重県”、“島根県”、“香川県”、

“長野県”、“静岡県”、“宮城県”、“東京都”の順で、21 都道府県で整備されていた。残りの道府県ではまったく整備されていなかった（図 7）。ジニ係数は“0.643”と大きい（図 1 3）。

図 7

