

平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」
分担研究報告書

自立支援医療の適正な提供に関する研究

研究分担者 我澤賢之（国立障害者リハビリテーションセンター研究所 主任研究官）
研究協力者 清水寛之（川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健福祉センター）
研究協力者 竹島 正（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 客員研究員）
研究協力者 岩谷 力（国立障害者リハビリテーションセンター 顧問）

研究要旨

精神通院医療制度は、通院による精神医療を継続的に要する病状のある方の治療を支える重要な制度であり、その利用者数は年々増加しつつある。これにともない、当該制度にかかる公費支出額や地方自治体窓口での事務負担も増大しつつある。制度を適切に運用していくことに資するため、本研究では、利用者増加にともなう対応を検討するための基礎資料なる精神通院医療利用者数の予測プロトコルを開発する。今年度は、比較的統計整備が進んでいると考えられる川崎市の行政データ利用にかかる協力を得て、同市の精神通院医療利用者数の試算を通じ、暫定的な利用者数の予測プロトコル開発を進めた。この作業の一環として昨年度より同市の平成 22～27 年度利用者数予测试算を行ってきた。今年度はプロトコルの簡略化を進めるとともに、他の自治体での精神通院医療利用率の状況とモデルとした川崎市の比較を行い、今後の課題を示した。

A. 研究目的

A-1 研究目的

本研究は、自立支援医療（育成医療、更生医療、精神通院）における課題について、既存のものを含めたデータ等を活用し考えられる課題に関する状況を明らかにし、政策運営に資することを目的とする。

平成 28 年度以降の研究では、自立支援医療制度のなかの精神通院医療について利用者数が年々増加している状況に着目し、同制度利用者数の予測プロトコル開発を実施する。

精神通院医療制度は、通院による精神医療を継続的に要する病状のある方の治療を支える重要な制度であり、その利用者数は年々増加しつつある。厚生労働省の福祉行政報告例[1]によれば、現行の精神通院医療関連統計が同統計に含まれるように

なった平成 20 年度から平成 27 年度の間、支払決定金額総額がおよそ 1.5 倍に増加した。この金額増加を単位あたり金額面と件数などの数量面に分けると、単位金額面の変化は交付決定 1 件あたりの金額は 6.8%増程度であり、レセプト 1 件あたりの金額はむしろ 0.9%減とわずかながら減少している。これに対し、数量面の増加は著しい。申請件数、決定件数は 4 割程度、レセプト件数は 5 割程度それぞれ大幅な増加を示している。このような状況は、給付金額にかかる財源の問題のみならず、増加する申請に対応するための地方自治体の人員確保の面でも問題となっていると考えられる。こうした問題に対処していくためには、まず今後どの程度の利用者数増加が見込まれるのか政策担当者が見通しをもつことが必要である。そのために本研究では、各自自治体で実行可能な精神

通院医療利用者数予測のためのプロトコルを開発する。

A-2 昨年度の成果の概要と本年度の研究

本課題については、平成 28 年度に川崎市の協力のもと、同市の自立支援医療データを用いた利用者数予測プロトコル暫定版を作成した(詳細は「B. 研究方法」で述べる)。このプロトコルを踏まえて、

- ・主疾患別に、人口 10 万人あたり給付決定件数(以下、「利用率」)の推計式を求めることにより、利用者数の予測を行った。
- ・具体的には平成 22 年度から 25 年度のデータを使用し、上記推計式を求めた。説明変数には、年度、利用者の性別ダミー、利用者の年齢区分ダミーによる線型モデルと、対数線型モデルを推計した。

この推計により、下記の結果を得た[2]。

- ・上記推計式を元に推定される川崎市全体(全区域・全主疾患合計)における平成 26 年度、27 年度と同実績値との比較を行ったところ、線型モデルでは誤差率が 26 年度+3.5%、27 年度+2.6%、対数線型モデルでは同じく+2.2%、+2.4%とまずまずの精度の推計結果を得られた。
- ・課題として、下記のようなことが考えられた。
 - (1) 当該推計で対数線型モデルでは、利用率の変化率を一定とする前提で推計を行っていた。しかし、実際には川崎市では利用率の変化率が利用者の年代により異なっており、率ベースでは 17 歳未満と 50 歳代において変化率が高めであった。この点を考慮することで予測精度を高めることが考えられる。
 - (2) また環境要因として、年度以外に該当地域での関連医療機関数や薬事的な環境変化(制度利用者に関連する薬品利用が可能になるなど)の影響を考慮することで予測精度を高められないか。
 - (3) 一方、予測プロトコルについて予測精度を損なうことのない簡略化できる部

分がないか。(4) 他の自治体データでのプロトコル適用を行うことでその妥当性を確かめる。

上記について、本年度の課題として検討を行うこととした。

B. 研究方法

B-1 川崎市のデータによる推計モデルの改良に係る検討

平成 28 年度の予測プロトコルにおける利用率推計について、加えるべき説明変数、省略可能な部分の検討を行う。なお、本作業は、川崎市健康福祉局障害保健福祉部から研究協力を得て行った。

前年度プロトコル

平成 28 年度開発プロトコルは下記の内容であった。利用者の属性(性別・年齢区分)や時間の経過(年度単位のタイムトレンド)のみによる予測を取り扱った。

(1) 作業の流れ

作業の流れは以下のとおりである。

作業 I. データ利用に関する手続き

川崎市が行政データとして保有している精神通院利用実績データに基づく集計データの使用許可を得るため、データの使用目的・利用条件・管理方法等を記載した利用申請書面を作成し、川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健福祉課、川崎市精神保健福祉センターにデータ利用申請を行った(なお、ここで利用申請したデータは人数を示す集計データのみであり、個人を特定しうる情報は含んでいない)。

また申請の段階で、川崎市健康福祉局障害保健福祉部から研究協力者として新たに 2 名のメンバーに研究班に参画してもらうこととなった。

作業 II. 利用者数集計データの作成(川崎市

健康福祉局障害保健福祉部所属メンバー担当)

上記利用申請手続きに基づき、川崎市が行政データとして保有する精神通院利用実績データから、年度、主疾患コード、地区、性別、年齢区分などを踏まえた区分(複合区分)毎に精神通院利用者数の集計データを作成する。

作業Ⅲ. 分析のためのデータ構築作業(主に国立障害者リハビリテーションセンター研究所メンバー担当)

精神通院医療利用者数データと複合区分別人口データ(川崎市の公開する既存統計を利用(川崎市[3])から、複合区分毎の人口あたり利用者数データを作成する。またその他、人口あたり利用者数に影響すると思われる要因にかかるデータを収集する(必要に応じ、川崎市メンバーと相談)。

作業Ⅳ. (主に国立障害者リハビリテーションセンター研究所メンバー担当)

回帰分析を用い人口あたり利用者数の推計を行う(本稿執筆時点では平成22~25年度のデータを使用。統計ソフトとしてはTSP 5.1を使用)。

作業Ⅴ. (主に国立障害者リハビリテーションセンター研究所メンバー担当)

推計結果にもとづいて近年(分析対象年である平成22~25年度に加え、平成26、27年度)の精神通院医療利用者数の予測値を算出し、実績値との比較検討を行い、今後のプロトコル改良上の課題をまとめる。

ここで複合区分は、下記の要素の掛け合わせにより構成される。

年度:平成18年度~27年度を予定。

※本稿執筆時点では、平成22~25年度の複合機区分毎集計データ、平成26、27年度の主疾患別集計データを使用。

主疾患コード:国際疾病分類第10版(ICD10)に基づくF0~F9、G40(11種)。上記以外での精神通院医療も若干数みられるものの、その特性を特定できないため分析対象から外すこととする。

地区:市内を全7地区に分けて考える。

性別:男・女

年齢区分:主疾患に基づき設定(詳細は引用文献[2]を参照のこと)。

これらの複合区分のうち、年齢区分と地区については、該当利用者の絶対数や主疾患のかかりやすさにかかる性差・年齢間の差を考慮して、主疾患毎に区分けの仕方を設定した。設定に当たっては、すべての年度において、該当する区分の利用者数が1名となる区分が生じない範囲で統計分析が可能だけの標本数が得られるよう配慮した。まず、地区については利用者数の比較的多い、F2、F3、F4、G40の4つの主疾患で7つの地区に分けて利用率を推定することとし、他の疾患については川崎市全体を1つの地区として推定することとした。そのうえで、主疾患毎の年代別利用者の散らばり具合を考慮して、属する利用者が1名となることのないよう年齢区分の分け方を設定した。結果的に、主疾患毎に年齢区分の分け方は異なるように設定することとなった。なお、主疾患F5およびF9については、どの複合区分も属する利用者数が1名とならないような適切な区分設定をすることができなかった。年齢の区分をいずれも分割しないとすると、データ標本数がわずか8個(=期数4×性別区分2)しかなく、回帰分析を行うことができない。したがって、これらの区分については

(2) 利用データについて

作業Ⅰ、Ⅱで述べた手続きおよび作業により、川崎市における精神通院利用数の集計データ(複合区分)を利用する。

代替手段としてより簡便で単純な方法での利用者予測を行うこととする。

今回の検討点

上記プロトコルについて、下記の検討を行う。

- ・説明変数として、年度と年齢区分の交差項を加えた場合の検討
- ・説明変数として、同区域における関連医療機関数を加えた場合の検討
- ・簡略化の方策として、主疾患に分けて行っている推計を全て統合した場合の検討

B-2 他自治体における状況の検討

川崎市のデータをもとに構築したプロトコルの一般的な妥当性を検証する方法として、他の自治体での適用を行うことが本来最も直接的な方法だと考えられる。

しかし研究分担者の都合により今回そのための作業時間を十分に確保できなかった。ここでは、平成20年度から28年度にかけての福祉行政報告例[1]および総務省の人口推計における性別・年代別人口データ（「都道府県，年齢(3区分)，男女別人口—総人口」¹⁾）を用いて、都道府県別の精神通院医療利用率を算出し、その傾向を概観することで川崎市の推計で観察された状況との類似性・差異について検討する。

(倫理面への配慮)

本研究では、個人を特定しうる情報を含むデータは使用しない。

C. 結果

C-1 川崎市における精神通院医療利用率推計

説明変数に年度と年齢区分の交差項あるいは同区域における関連医療機関数を追加した推計を試

みたものの、推定された係数は有意とならなかった。

一方、簡略化の方策として主疾患に分けて行っている推計を全て統合した推計を試みたところ、平成26年度、27年度の利用者数（決定件数）予測値と実績値の誤差が2%台とそれほど小さくなく、また主疾患を分別した場合の予測誤差と比べ遜色のない結果となった。推計結果を表1に、利用者数予測値の誤差率を表2に示す²⁾。

C-2 他自治体における状況の検討

図1に平成20年度から28年度にかけての都道府県別の利用率の推移を示す(図1)。どの自治体も概ね右上がりであることが確認できる。10万人あたり利用率は、平成20年度時点で全国平均1,005件(最小値635件、最大値1,955件)であったのが、平成28年度は全国平均1,521件(最小値984件、最大値2,889件)となっている(表3)。この期間の利用率の年平均変化率は全国で+5.31%、都道府県別で最も低かった北海道で+1.59%、最も高かった徳島県で+10.31%であった。同変化率が都道府県別単純平均に同標準偏差を加えた値(+5.52%+1.57%=7.09%)より高かった自治体は、福井県(平成20年度における都道府県別利用率、多い方から32位)、徳島県(同35位)、奈良県(同44位)、滋賀県(同45位)、山梨県(同47位)といずれも平成20年度時点で利用率が比較的lowであった自治体(表3太字の行の県)であった。なお同期間における川崎市単独の数は利用率が平成20年度905件、28年度1,432件、利用率の年平均変化率は+5.90%と中位の都道府県数値と同程度であった。

自治体の年齢構成について、28年度に行った推

¹⁾ ただし、国勢調査実施年であった平成22年、27年についてはより詳細なデータのみ提供されているため合算により当該データと同区分による集計データを作成して用いた。

²⁾ ただし、昨年度行った主疾患別推計では、主疾患分別の困難であった事例を落とさざるを得なかったのに対し、今回の推計ではこれを含めて推計を行った。このため、推計誤差算定に用いた全主疾患合計決定件数実績値が、前者と後者とで若干異なる。

計ならびにC-1で示した推計では年齢区分が利用率に有意に影響を与えることが示されていた。さらに、川崎市の場合、他の年代に比べ30歳代～60歳代における利用率が高めであった。それを踏まえ、都道府県別の利用率と自治体の年齢構成の関係を確認してみた(図2)。図の横軸は都道府県名が平成28年度利用率の高い順に並んでいる。縦軸のうち右軸は利用率であり、右下がりの折れ線に対応している。一方左軸は、各都道府県の年齢別構成比を示している。この図を見る限り、利用率1位の沖縄県で他の自治体に比べ際立って14歳以下の人の比率が高く、65歳以上の人の比率が低いほか、明確な傾向は読み取ることができなかった。このことから短絡的に一般的には自治体の年齢構成は利用率に影響しないと言い切れるものではないものの、少なくとも他の要因が大きく影響していることが示唆された。

D. 考察

D-1 川崎市のデータによる推計モデルの改良に係る検討

- ・利用率に影響すると思われる要因を説明変数に加えてみたものの、その多くが有意にならなかった。要因を示す数値と年度数値との相関が強かったことが影響していると考えられる。
- ・今回、主疾患を分別しない推計を行ったところ、少なくとも川崎市においては予測精度を大きく損ねないことが確認された。主疾患別の推計は、どういった要因がどのように利用率に影響を与えるのか分析するのに有用と考えられるものの、単純に利用者数予測ができれば十分である場合幾分作業が手軽になることが考えられる。また、主疾患別に分けた分析で年齢区分を分割した分析をすると区分毎の利用件数が極端に小さく(該当決定件数が1桁など)なる場合があり、これがかえって予測精度を損ねる場合もあり得るのではないかと考えられる。

D-2 他自治体における状況の検討

- ・川崎市の利用率ならびにその変化率が、全国平均から大きくは外れた特異な数値ではないことを確認した。今後こうした全国に近い自治体での利用者数予測プロトコルの適用可能性をさぐるとともに、まだ検討をしていない利用率が高くその変化率が比較的小さめの自治体や、逆に利用率が低い自治体など属性の異なる自治体について検討する必要があると考えた。
- ・都道府県別の年齢構成比較をするには、他の影響要因を考慮する必要があり、そのためにはより広いデータが必要なことが示唆された。

E. 結論

本研究は、利用者増加にともなう対応を検討するための基礎資料なる精神通院医療利用者数の予測プロトコルを開発するものであり、今年度は、比較的統計整備が進んでいると考えられる川崎市の行政データ利用にかかる協力を得て、同市の精神通院医療利用者数の試算を通じ、暫定的な利用者数の予測プロトコル開発を進めた。その作業の一環として同市の平成22～27年度利用者数予測試算を行い、その結果と実績利用者数実績値との比較を踏まえ、利用率変化幅の年代間差異の検討が必要なことなど、今後のプロトコル改良に向けた課題を明らかにした。

今後モデルとして協力いただいた川崎市以外の自治体での具体的な適用可能性についての検討を踏まえ、より広範で使用できるプロトコルへの改良を進めていきたいと考えている

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

金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」分担研究報告書, 自立支援医療の適正な提供に関する研究, 2017.

I. 引用文献

[1] 厚生労働省. 社会福祉行政報告例,

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/38-1.html>

[2] 岩谷力, 我澤賢之, 後藤将志, 清水寛之, 竹島正. 自立支援医療の適正な提供に関する研究, 平成 28 年度厚生労働行政推進調査事業費補助

[3] 川崎市. 年齢別人口, 川崎市ホームページ,

<http://www.city.kawasaki.jp/shisei/category/51-4-3-2-0-0-0-0-0-0.html>

[4] 総務省. 人口推計,

<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/index.htm> .

表 1 川崎市における人口 10 万人あたり精神通院医療利用者数推計結果

(主疾患を分別しない場合の推計値)

標本数: 40 (各地区につき)

モデル	ratio = e ^{定数項} · (e ^{係数1}) ^{year} · (e ^{fem a le}) ^{係数2} · (e ^{age2539}) ^{係数3} · (e ^{age4049}) ^{係数4} · (e ^{age5059}) ^{係数5} · (e ^{age60}) ^{係数6}	地区 1	地区 2	地区 3	地区 4	地区 5	地区 6	地区 7
(定数項)		5.7276 (0.0000)	5.7678 (0.0000)	5.7253 (0.0000)	5.7879 (0.0000)	5.4912 (0.0000)	5.6778 (0.0000)	5.6297 (0.0000)
(係数1) year		0.0801 (0.0000)	0.0672 (0.0000)	0.0690 (0.0001)	0.0404 (0.0042)	0.0533 (0.0081)	0.0526 (0.0005)	0.0406 (0.0235)
(係数2) fem a le		0.1774 (0.0000)	0.1710 (0.0000)	0.1476 (0.0002)	0.1458 (0.0000)	0.1421 (0.0020)	0.0333 (0.2829)	0.0922 (0.0217)
(係数3) age2539		1.3141 (0.0000)	1.4082 (0.0000)	1.4211 (0.0000)	1.1590 (0.0000)	1.4970 (0.0000)	1.6222 (0.0000)	1.5397 (0.0000)
(係数4) age4049		1.6494 (0.0000)	1.7682 (0.0000)	1.6903 (0.0000)	1.5596 (0.0000)	1.9845 (0.0000)	1.8501 (0.0000)	1.9104 (0.0000)
(係数5) age5059		1.5387 (0.0000)	1.5430 (0.0000)	1.4394 (0.0000)	1.4047 (0.0000)	1.9056 (0.0000)	1.5250 (0.0000)	1.7473 (0.0000)
(係数6) age60		0.9483 (0.0000)	0.9005 (0.0000)	0.8625 (0.0000)	0.9820 (0.0000)	1.3412 (0.0000)	0.7156 (0.0000)	0.9792 (0.0000)
R 2		0.9815	0.9837	0.9745	0.9774	0.9723	0.9842	0.9757
自由度調整済みR 2		0.9782	0.9807	0.9699	0.9733	0.9673	0.9813	0.9713

ratio: 利用率 (人口 10 万人あたりの精神通院医療の支給決定件数)

year: 年度

(平成の年度数値から 22 を引いた数値。平成 22 年度=0、平成 23 年度=1、・・・)

female: 男性=0、女性=1

ageXXYY: XX 歳~YY 歳=1、それ以外の年齢=0

ageXX: XX 歳~=1、それ以外の年齢=0

表2 推計された人口あたり利用者数から算出される利用者数予測値と実績値の差率（暫定値）
（平成22～27年度）

※表の各数値は、利用者数予測値と同実績値の差を実績値で除したものである。

<主疾患（ICD10におけるF0～F9ならびにG40）別の推計結果誤差>

誤差率の算出

(1)線形推定モデル

	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	G40	合計
平成22年度	-8.3%	-0.7%	-0.2%	-2.6%	-0.6%	10.6%	1.6%	1.7%	-15.6%	24.2%	0.0%	-1.7%
平成23年度	-6.5%	0.4%	-1.4%	-0.8%	-0.6%	-4.2%	3.0%	-0.5%	-9.9%	25.2%	2.3%	-1.0%
平成24年度	-2.1%	0.1%	0.0%	0.2%	1.3%	-10.2%	1.5%	2.6%	2.6%	15.1%	-3.6%	0.1%
平成25年度	5.9%	2.1%	1.3%	3.0%	2.7%	6.5%	2.2%	-2.7%	13.2%	0.0%	2.6%	2.7%
平成26年度	15.4%	-3.1%	1.2%	4.8%	4.9%	22.3%	6.5%	-17.4%	9.9%	-26.6%	3.6%	3.5%
平成27年度	20.2%	3.8%	0.8%	3.3%	7.4%	-5.7%	-4.8%	-30.6%	8.9%	-27.9%	0.0%	2.6%

(2)対数線形モデル

	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	G40	合計
平成22年度	-4.5%	-15.3%	2.8%	-2.5%	-3.2%	10.6%	-12.8%	-1.7%	-5.9%	24.2%	-1.5%	-1.2%
平成23年度	-7.9%	-8.8%	-0.7%	-1.2%	-4.2%	-4.2%	-11.5%	-2.0%	-12.2%	25.2%	-0.2%	-1.9%
平成24年度	-7.2%	-3.0%	-1.5%	-0.2%	-2.2%	-10.2%	-12.6%	3.0%	-3.3%	15.1%	-6.3%	-1.5%
平成25年度	-2.1%	5.5%	-2.4%	3.1%	0.4%	6.5%	-11.8%	-0.5%	9.4%	0.0%	-0.2%	1.0%
平成26年度	5.1%	7.0%	-4.5%	6.0%	4.9%	22.3%	-7.9%	-13.9%	13.0%	-26.6%	1.3%	2.2%
平成27年度	8.9%	22.2%	-6.8%	5.8%	11.0%	-5.7%	-17.5%	-26.2%	22.2%	-27.9%	-1.2%	2.4%

<主疾患で分別せず推計した場合の推計結果誤差>

		市内合計
平成22年度	推計式による利用者数推定値	15,068
	実績値との差率	-1.0%
平成23年度	推計式による利用者数推定値	16,198
	実績値との差率	-0.9%
平成24年度	推計式による利用者数推定値	17,377
	実績値との差率	-1.1%
平成25年度	推計式による利用者数推定値	18,570
	実績値との差率	1.3%
平成26年度	推計式による利用者数推定値	19,835
	実績値との差率	2.0%
平成27年度	推計式による利用者数推定値	20,758
	実績値との差率	2.1%

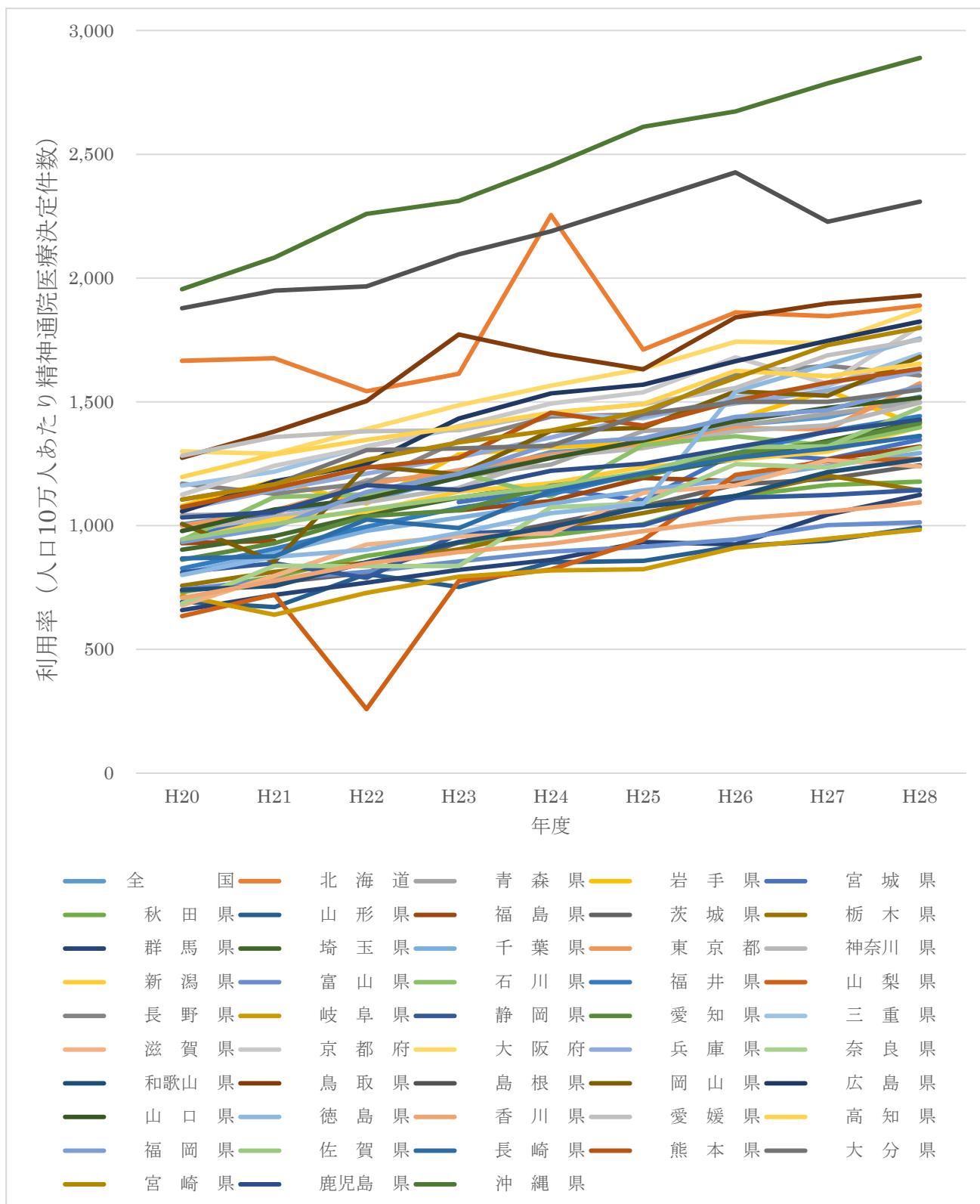


図1 都道府県別人口10万人あたり精神通院医療決定件数(利用率)の推移(I)

※平成22年度は宮城県、福島県の精神通院医療支給決定件数データが欠損しているため、これを含めず作成した。

表3 都道府県別人口10万人あたり精神通院医療決定件数（利用率）の推移（II）

	利用率(人口10万人あたり決定件数)			都道府県別利用率の順位		順位の変化 H20→H28に かけての順 位変化(プ ラスが順位ア ップ)
	H20	H28	左記期間にお ける年平均変 化率	H20	H28	
全国平均	1,005	1,521	+5.31%			5 ※1
都道府県単純平均	990	1,503	+5.52%			
標準偏差	284	342	+1.57%			
沖縄県	1,955	2,889	+5.00%	1	1	—
根拠県	1,878	2,309	+2.61%	2	2	—
北海道	1,665	1,889	+1.59%	3	4	▼1
大阪府	1,300	1,872	+4.67%	4	5	▼1
愛媛県	1,282	1,750	+3.97%	5	10	▼5
鳥取県	1,274	1,929	+5.32%	6	3	△3
高知県	1,196	1,654	+4.13%	7	13	▼6
長野県	1,170	1,607	+4.05%	8	16	▼8
三重県	1,162	1,692	+4.81%	9	11	▼2
京都府	1,125	1,807	+6.10%	10	7	△3
大分県	1,105	1,549	+4.30%	11	19	▼8
宮崎県	1,105	1,799	+6.28%	12	8	△4
岩手県	1,079	1,403	+3.33%	13	28	▼15
熊本県	1,075	1,634	+5.37%	14	14	—
兵庫県	1,065	1,626	+5.43%	15	15	—
広島県	1,058	1,824	+7.05%	16	6	△10
青森県	1,042	1,499	+4.65%	17	21	▼4
鹿児島県	1,033	1,428	+4.13%	18	25	▼7
岡山県	1,007	1,682	+6.62%	19	12	△7
東京都	1,000	1,575	+5.85%	20	17	△3
神奈川県	980	1,497	+5.43%	21	22	▼1
山口県	978	1,517	+5.64%	22	20	△2
佐賀県	945	1,476	+5.73%	23	23	—
石川県	942	1,397	+5.05%	24	30	▼6
宮城県	941	1,347	+4.59%	25	32	▼7
新潟県	938	1,398	+5.12%	26	29	▼3
福岡県	934	1,562	+6.65%	27	18	△9
福島県	929	1,320	+4.49%	28	33	▼5
埼玉県	903	1,419	+5.82%	29	26	△3
長崎県	867	1,363	+5.81%	30	31	▼1
愛知県	862	1,413	+6.37%	31	27	△4
福井県	827	1,442	+7.20%	32	24	△8
静岡県	812	1,144	+4.37%	33	41	▼8
千葉県	808	1,293	+6.06%	34	35	▼1
徳島県	801	1,756	+10.31%	35	9	△26
栃木県	757	1,142	+5.27%	36	42	▼6
富山県	742	1,013	+3.97%	37	45	▼8
和歌山県	740	1,268	+6.96%	38	37	△1
茨城県	738	1,244	+6.74%	39	38	△1
秋田県	730	1,178	+6.16%	40	40	—
岐阜県	716	984	+4.05%	41	47	▼6
香川県	708	1,094	+5.58%	42	44	▼2
山形県	692	993	+4.62%	43	46	▼3
奈良県	685	1,316	+8.49%	44	34	△10
滋賀県	678	1,239	+7.83%	45	39	△6
群馬県	659	1,124	+6.91%	46	43	△3
山梨県	635	1,269	+9.05%	47	36	△11

* 順位変化幅(絶対値)の平均

都道府県単位での人口10万人あたり精神通院医療利用決定件数と人口の年齢構成(平成28年度)

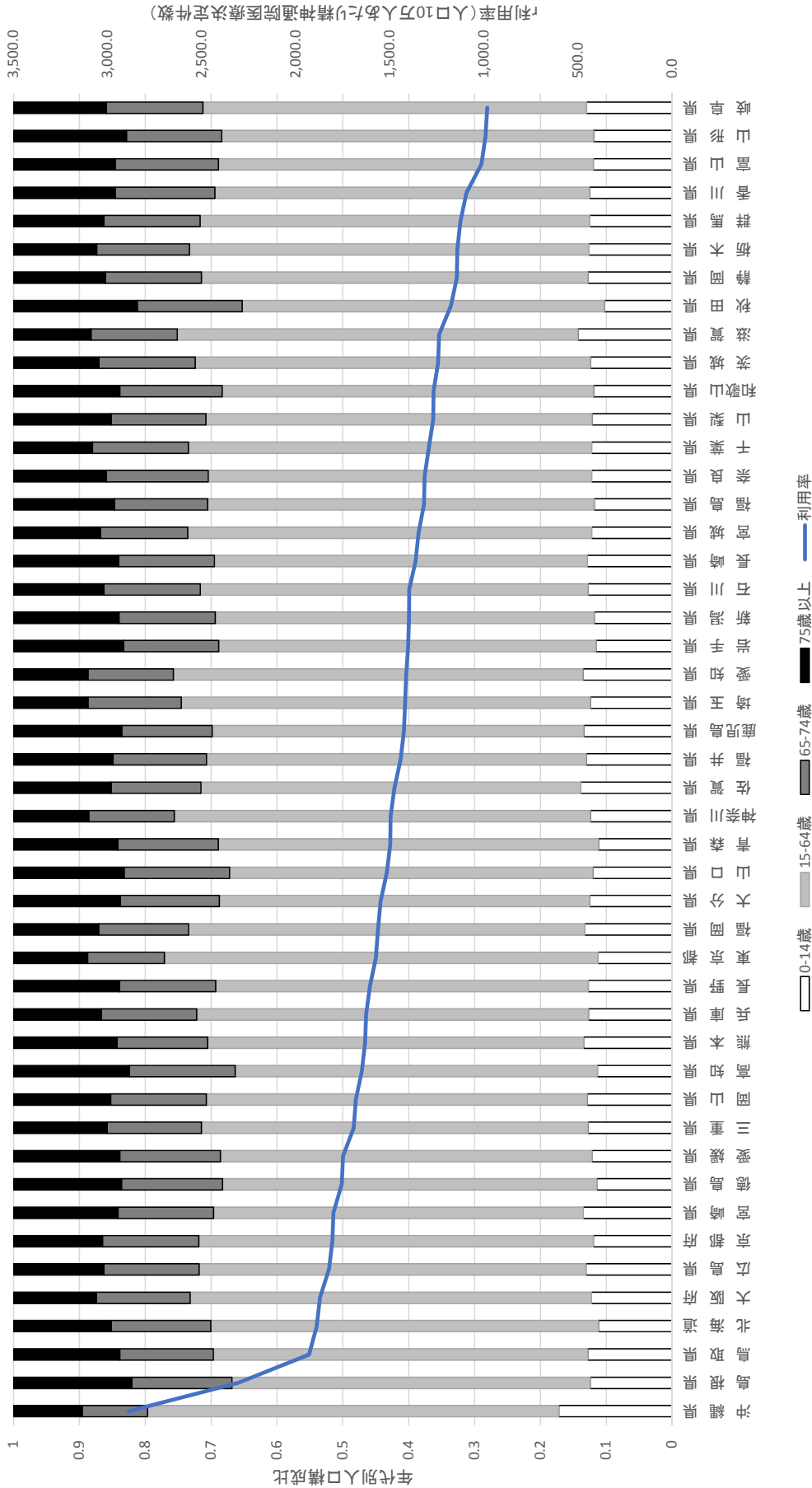


図2 都道府県別精神通院利用率と年齢構成