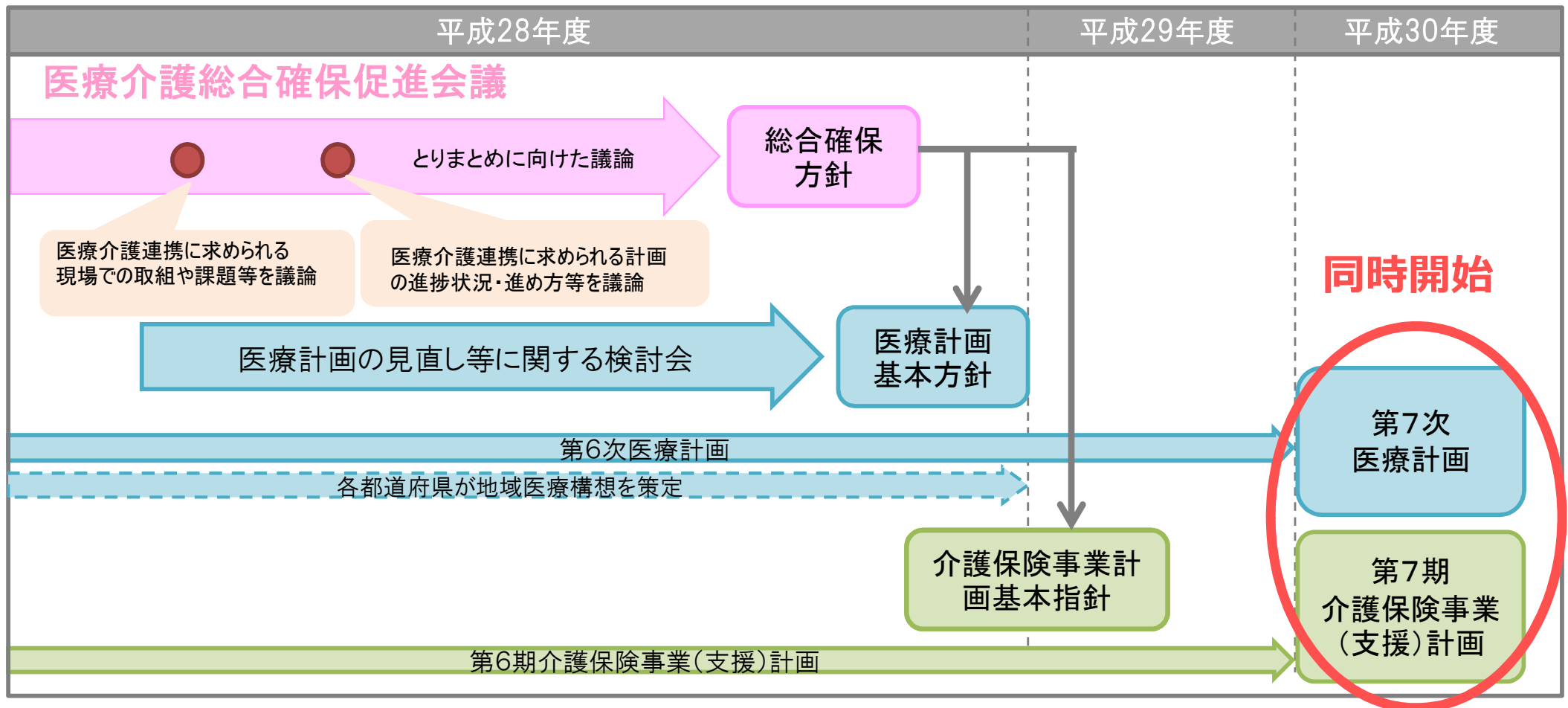


総合確保方針の改定に向けた検討について

医療と介護の更なる連携の促進に向けて～今後の議論の進め方～

- 今後、平成30年度の医療計画と介護保険事業（支援）計画に向けた医療計画基本方針と介護保険事業計画基本指針が策定されることとなる。
- 総合確保方針については、これらの基本方針（指針）の基本となるべき事項等を策定するため、
 - ・ 医療介護連携に求められる**現場での取組や課題等**
 - ・ 医療介護連携に求められる**計画の進捗状況や進め方等**について御議論いただきながら、とりまとめに向けた議論を行い、**年内のとりまとめ**を目指す。



地域包括ケアシステムの具体化に向けた現場での医療介護連携の促進（視点の例）

地域包括ケアシステム（医療介護総合確保促進法第2条第1項）

地域の実情に応じて高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制

□ 地域包括ケアシステムを構成する5つの要素

※これらの要素が包括的に提供されることが必要。



□ 地域包括ケアシステムを構成するためのキーワード（例）

○ 地域で生活する1人1人の自立と尊厳を支える

- 個々の利用者にとって ⇒ 生活者の目線で一体的な(切れ目のない)医療介護サービス
(サービスステージが変わっても安心と信頼が継続)
- サービス提供者にとって ⇒ 顔の見える関係・ネットワーク
(同職種・多職種で日頃からお互いに知っている)
- 地域にとって ⇒ 大都市圏、地方中核都市、町村など人口や資源の特性に応じて展開
(地域毎のご当地システム)

○ 関係者間での目標、価値観、考え方の共有

地域包括ケアシステムの具体化に向けた現場での医療介護連携の促進（論点）

- 地域包括ケアシステムの具体化に向けて、地域において医療介護連携を促進するためには、以下のような観点において、かかりつけ医等医療従事者・介護従事者がそれぞれどのような取り組みを行うことが求められるか。

（入院時、退院時に備えた切れ目のない医療・介護提供に関する視点）

- 居宅や施設から入院する、あるいは居宅や施設へ退院する際、例えば広域的な医療を担っている病院が居宅介護支援事業所の活動範囲よりも広範囲に活動している場合には、複数市町村にまたがる広域的な医療介護連携が求められる。また、病院等職員（病棟看護師や地域連携室のMSW等）と在宅介護サービスの調整を担う介護支援専門員等との職種を横断した連携が求められる。

※ 居宅介護支援事業所の利用者のうち、病院等職員から介護支援専門員への連絡がないまま退院していた割合は約4割であった。（平成26年介護報酬改定検証調査）

このような課題に対して必要な医療と介護サービスのシームレスな提供を実現するためにはどのような取り組みを行うことが求められるか。

（例）多職種による退院支援ルール策定・活用、多職種による退院時ケアカンファレンス

（居宅等における看取りを含めた切れ目のない医療・介護提供に関する視点）

- また、患者が居宅で医療・介護サービスを利用する際には、患者の立場に立って、診療所と介護事業所など異なる機関が連携して取り組むことが求められる。居宅等における看取りの対応も含めた居宅等における医療と介護を一体のものとして提供するためにはどのような取り組みを行うことが求められるか。

（例）多職種による同行訪問の実施

（多職種連携に関する視点）

- そして、このような医療と介護をシームレスに提供するためには、医療職や介護職等の多職種が日頃からお互いに知り合っている顔の見える関係が重要である。多職種が相互の機能の理解や役割分担を通じ連携するためには、どのような取り組みを行うことが必要と考えられるか。また、その際、異なる職種間での相互理解を促進するためにはどのような手立てが有効と考えられるか。

（例）多職種合同研修会（グループワーク等）への参加（・開催）

- 加えて、地域の実情に応じつつ、これらの取り組みを支援する行政の関与も重要である。市町村においては平成27年度から在宅医療・介護連携推進事業が開始されているが、市町村がこれまであまり医療になじみがなかったことから、在宅医療体制の整備等に関して、市町村や都道府県がそれぞれどのような取り組みを行うことが求められるか。

関連資料

多職種研修の実施による医療・介護連携の推進

1 多職種研修におけるグループワーク等を通して、

- ①ネットワークづくり _____ 地域における医療・介護関係者と知り合う(「顔の見える関係」の構築)
- ②新たな知識の獲得(レベルの向上) _____ 他の職種の役割・能力・現状や、地域の実態・困り事等を知る
- ③他職種からのフィードバック _____ 事例検討等を通して、それぞれの職種に求められる内容に気づく
(モチベーションの向上) (他の職種からのフィードバックは、特に、医療系職種にとっては貴重な機会)

2 多職種によるグループワークの企画・運営の経験により、

医療・介護サービスの実践スキルの向上、必要なコミュニケーションスキルの向上、チームビルディングにより、地域の人材が育成される。



<医療と介護の連携の推進>

<医療・介護関係者及び関係団体における、在宅医療・介護連携に取り組む機運の醸成>

多職種研修を実施するのに必要な、調整や運営を通して、行政、医療・介護関係者、関係団体の関係性が構築され、連携に対するモチベーションが高まる



<事例検討等グループワーク等の実施>

地域の医師・歯科医師・薬剤師・看護師・MSWや、ケアマネジャー等の介護関係者とのグループワークを通して、「地域には頼りになる多職種がいる」ことを知る。

在宅医療に
取り組んでみようかな

この前一緒に研修した〇〇先生や看護師の△△さんに相談してみよう

あのケアマネさんに相談してみよう

<多職種研修で実施されるグループワークの例>

- ・事例検討 Aさんには、どんなケアが必要？
それぞれの職種は何をする？
- ・医療・介護資源マップの作成
- ・在宅療養を推進する上での課題と解決策 等

○研修運営ガイド

- 国立長寿医療研究センター／東京大学高齢社会総合研究機構／日本医師会／厚生労働省による共同名義
- 研修開催事務局が用いる手順書としての活用を想定
- 開催日程に応じていくつかのパターンを例示

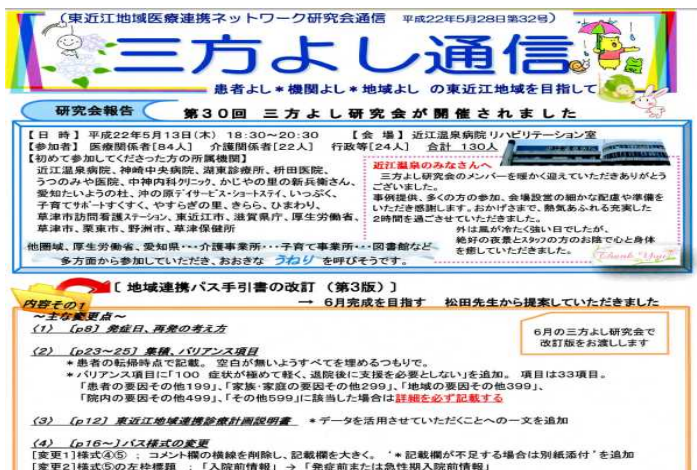
三方よし研究会（東近江圏域での取り組み）

- 滋賀県東近江圏域（東近江市、近江八幡市、日野町、竜王町）における医療・保健・福祉・介護の関係機関の機能分担と連携の在り方を検討する場。
- 脳卒中の連携パスの検討をきっかけに平成19年に発足。毎月1回、圏域内の病院・診療所・介護施設・公共機関などの関係者約100人が参加し、車座になって自己紹介、学習会、多職種連携の事例報告を行うことで「顔の見える関係づくり」を進めている。

【病院のリハビリ室で開催している「三方よし研究会」の風景】



結果を掲載



✦ 患者の変化を機関や職種を超えて喜び合い、共感できる

✦ 仲間意識が生まれ、持ちつ持たれつの関係

・ 弱み、強みが言い合える ・ 無理を頼める ・ 助けて！と言える

✦ 安心して
連絡ができる

✦ 患者や家族の声
を聞ける



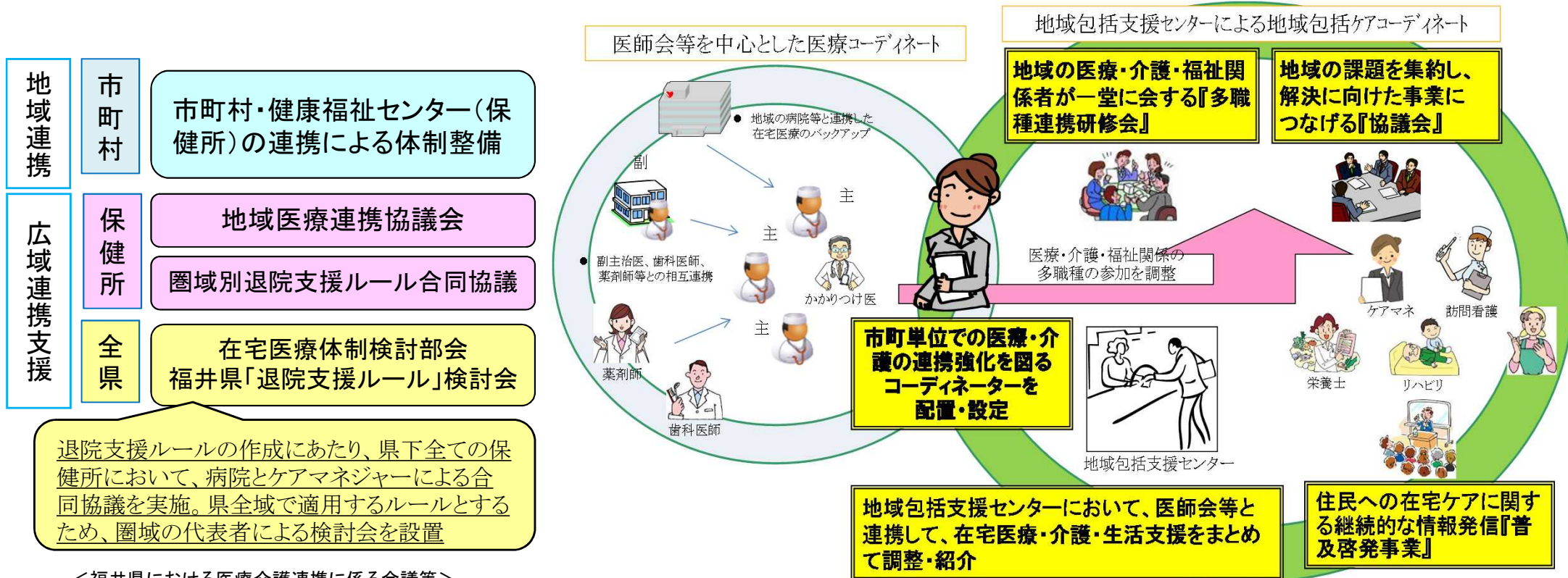
✦ 悩みはみんなで
共有、知恵を
出し合う

- ◆ 維持期がバーンアウトしないようにみんなが考える！
- ◆ 楽しいといけないのは、維持期

仲間のモチベーションアップ = ケアの質の向上

福井県での取り組み

- 広域での情報共有や連携をサポートするため、全県単位での検討会を設置するとともに、保健所単位で地域医療連携体制協議会を活用した広域連携の調整支援を実施
- 全ての市町で、在宅医療・介護の連携強化を図るコーディネーター（保健師または看護師）を配置し、医師会等の関係機関と連携して、地域の実情に応じた在宅ケア体制整備を実施。あわせて、コーディネーター対象の研修会を実施し、体制整備の要点を伝達。
- その他の市町村支援として、
 - ①各市町への個別訪問を実施。先行事例の資料提供や診療報酬改定等の国動向を伝達
 - ②地域毎の在宅医療の提供状況等の各種データの提供
 - ③広域連携にかかる取組は県が集中支援



＜福井県における市町単位での在宅ケア体制整備の方向性＞

大分県での取り組み（地域ケア会議から地域包括ケアシステム構築へ）

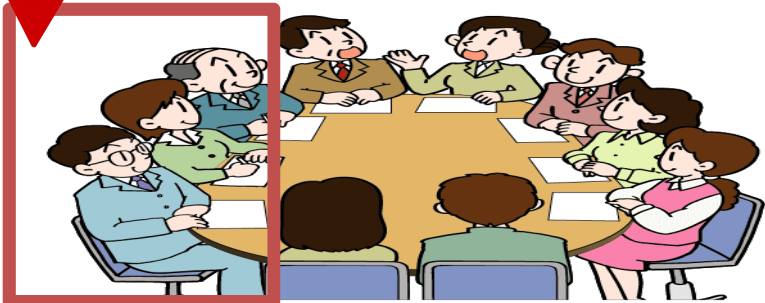
【地域ケア会議 導入の背景】

高齢化に伴い要介護認定率や介護給付費等が増加する中、要支援者の認定割合が高く改善率が低い、要支援者の約半数が廃用症候群などの課題。

地域ケア会議の目的と内容（要支援・要介護者を元気に!）

医療・リハ・栄養・
口腔・薬剤等に
関する専門職種

市町村
(保険者) 地域包括支援センター



ケアプラン作成者 サービス事業所等

- ◆多職種協働による協議
- ◆インフォーマルサービスの活用
- ◆地域課題発見・解決策の検討
- ◆自立を阻害する要因の追求
- ◆医療との連携
- ◆参加者のOJT

ケアプランの実行・評価・見直し

高齢者のQOLの向上



主な取組の流れ

【平成24年度の取組】

- ① **モデル3市**（豊後高田市、杵築市、豊後大野市）における地域ケア会議の立ち上げ・定着支援
→ 先進地講師の派遣 ▷ 計9回派遣 研修参加延べ800名 等
- ② **全県下への普及促進**
→ 市町村長訪問 ▷ モデル3市以外の市町村
→ 事業所トップセミナーの開催 ▷ 参加者計450名 等

【平成25年度の取組】

- ① **全市町村**における地域ケア会議の立ち上げ・定着支援
→ リハ職等の派遣と育成 ▷ 派遣延べ 894名 | 14市町
→ 広域支援員の派遣 ▷ 計26回・延べ51名派遣 研修参加延べ 2,103名 等
- ② **関係機関の連携促進と県民への普及啓発の推進**
→ 地域包括ケア推進大会の開催 ▷ 参加200名

【平成26年度の取組】

- ① **地域ケア会議の充実・強化**
→ 広域支援員派遣事業の強化 ▷ 延べ26名派遣 | 研修参加延べ 1,106名
- ② **地域課題の解決支援と関係機関のさらなる連携強化**
→ 地域課題の解決に向けた市町村支援 ▷ 事業費補助 | 30,000千円
→ 大分県地域包括ケア推進会議（県レベルの推進会議）の立ち上げ

I 現状と課題

要介護状態の患者が、在宅へ向けた退院の準備をする時に、**病院から介護支援専門員（ケアマネ）に引き継ぎがなされない**、いわゆる『**退院調整もれ**』により、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合がある。

県中圏域の退院調整もれ率（H27年5月）：**31%**

【原因】

病院とケアマネ（=医療と介護）の連携が不十分（相互理解や情報共有の不足）



II 事業の概要

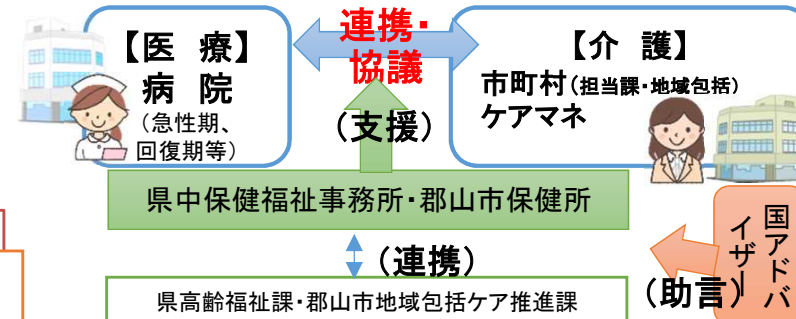
県中医療圏（二次医療圏）での退院調整ルールの策定・運用

県と郡山市（中核市）が共同で実施。両者の調整のもとで、**医療側（病院）と介護側（ケアマネ・市町村）**とが協議しながら、地域の実情に応じた『**退院調整ルール**』を作り、それを実証的に運用していく。

※**退院調整ルール**：疾患を問わず、圏域内のどの病院から退院しても、もれなくタイムリーに必要な介護サービスが受けられるよう、病院からケアマネへの着実な引き継ぎをするための情報提供方法等のルール

《連携調整支援事務局》

県中保健福祉事務所・郡山市保健所



III 具体的な取組・スケジュール

年度	月	会議等	
27	6	退院調整に関する実態調査（アンケート）（15～30日）	
	7	キックオフ会議（病院説明会）（17日）	180名参加
	8	ケアマネ説明会及び第1回退院調整ルール検討会（11日）	280名参加
	9		
	10	ケアマネによる第2回退院調整ルール検討会（22日）	215名参加
		ケアマネによる第3回退院調整ルール検討会（13日）	代表者25名
	11	第1回病院・ケアマネ合同会議（20日）	200名参加
	12	ケアマネによる第4回退院調整ルール検討会（16日）	150名参加
		ケアマネによる第5回退院調整ルール検討会（13日）	代表者25名
		第2回病院・ケアマネ合同会議（15日）	
	3	退院調整ルール全体説明会（最終決定）（18日）	
28	4	退院調整ルール運用開始	
	10月以降	退院支援状況確認アンケート調査	
		退院調整ルール点検協議・修正	



H27.7.17 キックオフ会議（病院説明会）

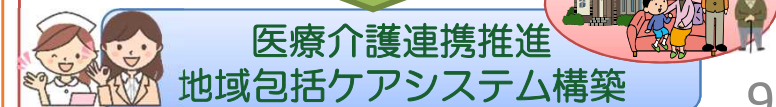


H27.8.11 ケアマネ説明会・第1回検討会

IV 期待される成果

“互いの立場を理解し合い、**地域全体の『退院調整ルール』をみんなで作り、活用する**”

- ①“**安心して在宅へ退院**”
退院調整もれが減少し、患者の在宅生活への円滑な移行が可能になる。
- ②“**お互いに仕事がしやすく**”
多職種（病院とケアマネと市町村）が協働することにより、信頼関係が構築され、互いに仕事がしやすくなる。
- ③“**市町村の取組の支援**”
本事業の成果は、市町村における在宅医療・介護連携推進事業の取組に活用できる。
- ④“**診療報酬・介護報酬上のメリットも**”
病院も居宅介護支援事業所も、ルールを活用することで、報酬上の評価や加算につながる。



チームかまいし（岩手県釜石市での取り組み）

【岩手県釜石市】

【面積】 441.32Km²
 【人口】 36,096人
 【高齢化率】 35.8%
 （H27.6月末現在）

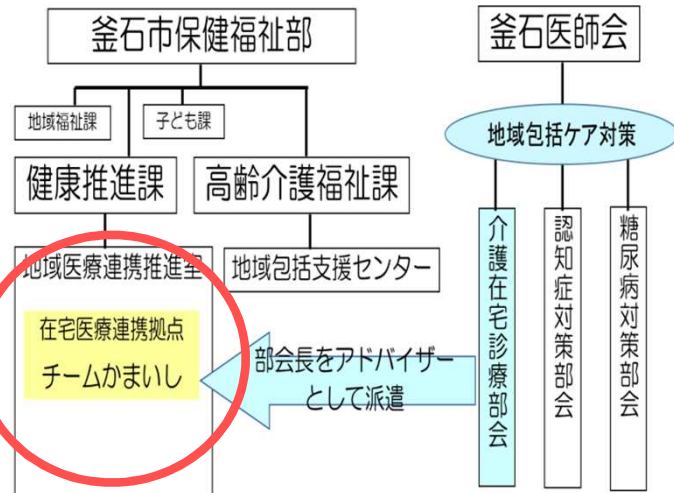


平成24年7月1日 **釜石医師会との連携**により、厚生労働省モデル事業「在宅医療連携拠点事業」の採択を契機に「**在宅医療連携拠点チームかまいし**」を設置

- 医師会派遣のアドバイザー配置
- 連携コーディネーター配置



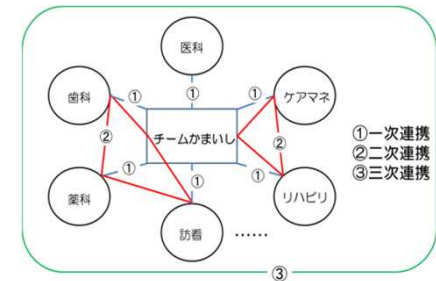
【チーム釜石関連組織図】



実施内容

【連携コーディネート手法】

職種内の課題(例: 総意の形成、知識不足)、職種間の課題(例: 職種理解、相談ルート)、地域全体の課題(例: 役割分担、ICT、啓発活動)と課題ごとに異なる場を設定して取り組みを推進。



→ 課題に解決の『場』と『手法』を提供

◆ **一次連携**（連携拠点と一職種による連携）

- 課題の抽出と解決策の検討・実践
- 職種内の気づきと課題の共有の促進
⇒ 連携拠点が職種内の課題解決のための取組を支援

◆ **二次連携**（連携拠点が仲介する複数職種の連携）

- 一次連携のニーズをマッチングすることで連携構築を支援
(例) 医科歯科同行訪問研修、多職種合同研修会 等
⇒ 反省会での課題の抽出と解決策の検討・更なる実践へ

同行訪問（歯科）



同行訪問（薬科）



『在宅臨床協働』が実現

➢ 多職種間の相互理解は臨床の現場でより促進。各職種の引き出された専門性が体感でき（一目瞭然であり）、役割分担のイメージが鮮明になる。

◆ **三次連携**（地域全体のコンセンサス形成の場）

- 職種間で解決困難な地域全体の課題を抽出・検討
⇒ 釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会
釜石・大槌地域在宅医療連携体制検討会



神奈川県横須賀市での取り組み

これまでの主な取り組み

《目指す方向》

住み慣れた我が家で療養したいという方が、**在宅での療養、さらには看取りという選択ができるよう**に地域医療の体制づくりを進める。

→ 平成23年度から在宅療養の体制づくりに着手

【平成23年度】

1 在宅療養連携会議の発足

- 医療関係者、福祉関係者、行政職員で構成。顔が見える関係の構築や、課題の抽出と解決策の検討。

2 在宅療養シンポジウムの開催（市民対象）

【平成24年度】

1 多職種合同研修会の開催

- グループワークを中心に在宅療養に係る多職種の顔が見える関係づくりを促進。

2 まちづくり出前トークの開始

- 市職員が町内会等に出向き、人生の最終段階における医療などについてトーク、市民が在宅療養について考えるきっかけづくりをする。

3 開業医向け在宅医療セミナー／ケアマネジャー・ヘルパー対象研修の開催

【平成25年度】

1 在宅療養ブロック会議・ブロック連携拠点の設置

2 医師会に在宅療養センター連携拠点を設置

3 **在宅療養ガイドブック**の作成（※配布は平成26年度）

- 市民が在宅療養や在宅看取りについて考えるきっかけとなることが目的。

4 動機付け多職種連携研修／病院職員向け在宅医療セミナーを開始

5 退院前カンファレンスシートの作成／在宅医同行研修を開始



【平成26年度】

1 市民啓発の強化

- 市民便利帳に在宅医療に対応する医療機関を掲載
- 広報よこすか(平成26年9月号)に**在宅療養・在宅看取りの特集記事**を掲載



2 在宅療養連携推進「よこすかエチケット集」の作成

- 多職種が気持ちよく連携できるようお互いに気を付けるべきこと等を記載。



【平成28年度】

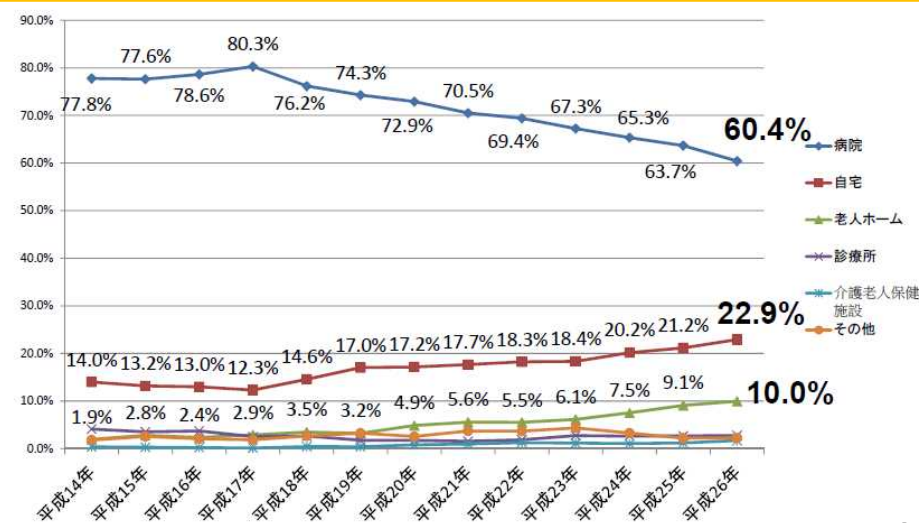
1 連携のためのルールづくり

- 退院調整ルール、サービス担当者会議のルールづくり

2 市民向け啓発のためのさらなる取り組み

- 「在宅療養ガイドブック第2弾」の作成
- 「横須賀版リビングウィル」の検討

横須賀市の死亡場所構成比の推移



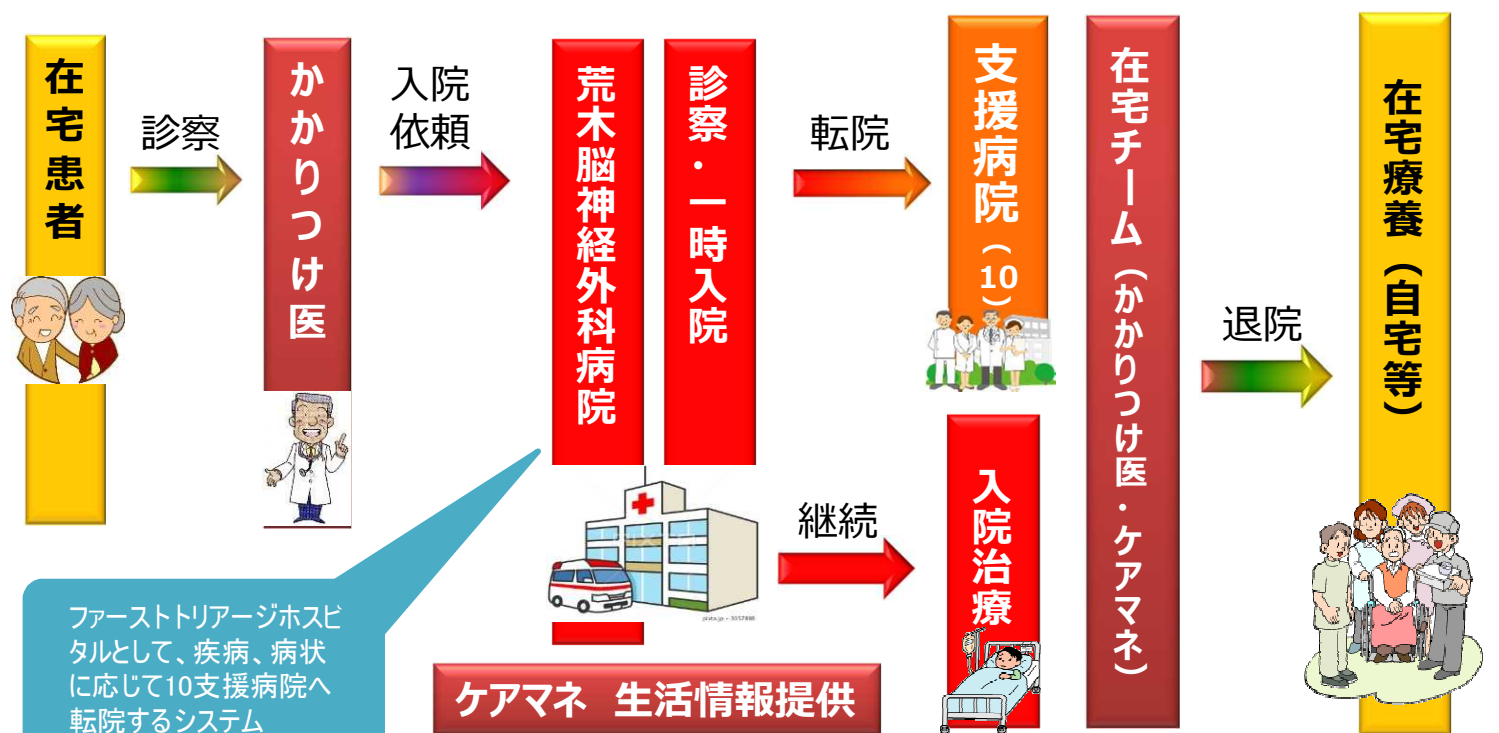
※横須賀市作成資料を改編して作成

西区在宅あんしん病院システム（広島市西区医師会の取り組み）

西区在宅あんしん病院とは、

- 広島市西区で「かかりつけ医」の診療を受けており、自宅で療養中の者とその家族のための、広島市西区医師会が中心となった医療と介護のネットワーク。
- かかりつけ医と西区内の11病院が24時間365日連携して、広島市西区内の方の在宅療養・在宅介護をバックアップする、地域完結型医療の仕組み。
- 在宅療養中に、一時的に緊急入院や短期入院が必要になった者をかかりつけ医の要請により、拠点病院及び支援病院が連携して受け入れる。また、退院後も引き続きかかりつけ医による在宅療養を継続することができる。

【西区在宅あんしん病院システム フロー図】



【顔の見える関係の構築】

- ◆平成26年2月25日
第1回 バックアップ後方支援病院検討会議
行政・消防局参加
場所：広島医師会館
- ◆平成26年7月1日
第2回 バックアップ後方支援病院
キックオフ会議
場所：西区地域福祉センター
- ◆平成27年2月12日
第3回 バックアップ後方支援病院検討会議
場所：広島医師会館



在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

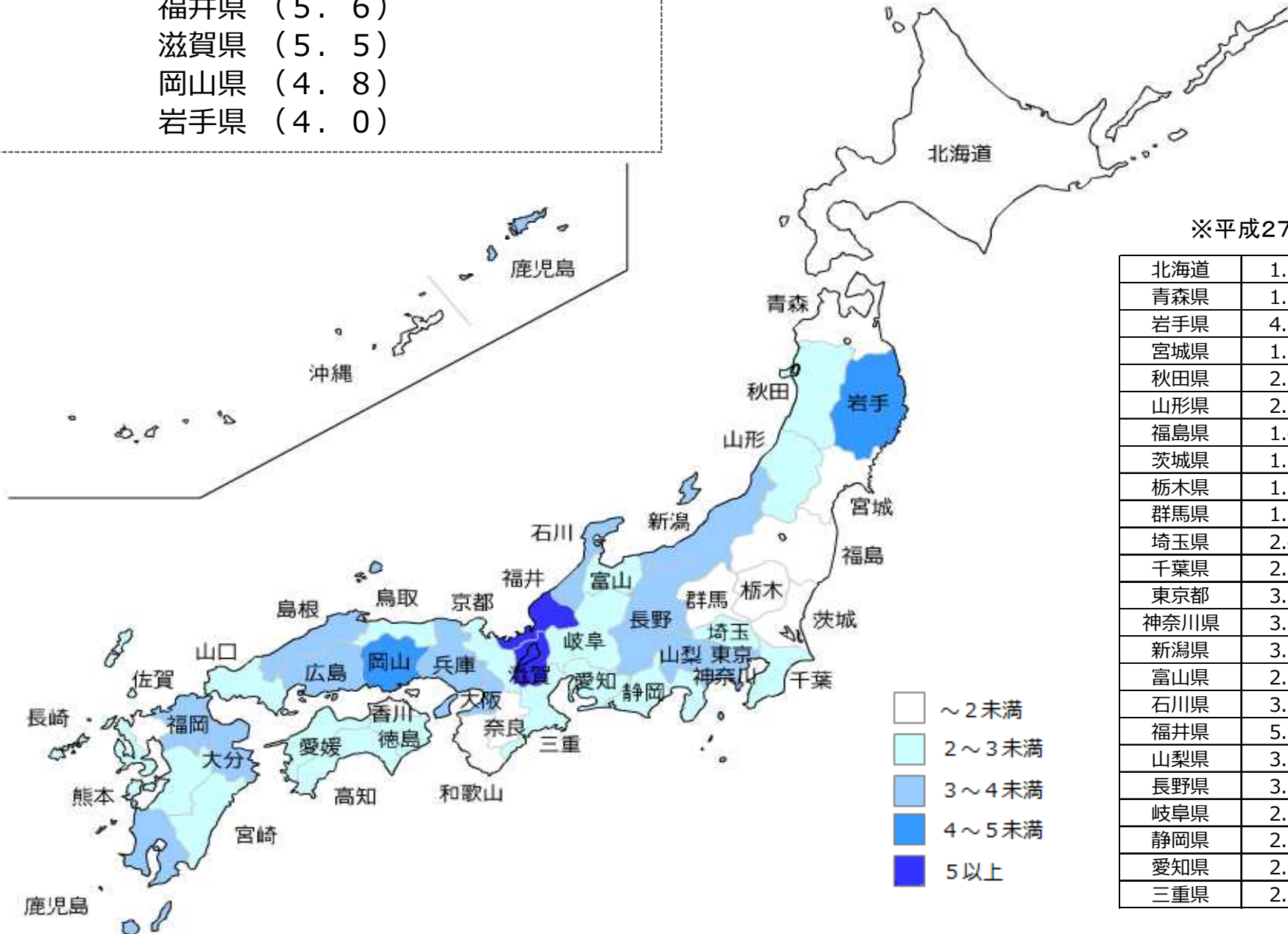
（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

在宅医療・介護連携推進事業の実施状況 ～都道府県別の平均実施数～

<8つの事業項目の内、平均実施数が4以上の都道府県>

- 福井県 (5.6)
- 滋賀県 (5.5)
- 岡山県 (4.8)
- 岩手県 (4.0)



※平成27年8月1日現在の状況

北海道	1.2	滋賀県	5.5
青森県	1.2	京都府	2.2
岩手県	4.0	大阪府	3.9
宮城県	1.3	兵庫県	3.8
秋田県	2.8	奈良県	1.8
山形県	2.9	和歌山県	1.2
福島県	1.4	鳥取県	2.3
茨城県	1.5	島根県	3.4
栃木県	1.8	岡山県	4.8
群馬県	1.5	広島県	3.4
埼玉県	2.4	山口県	2.4
千葉県	2.0	徳島県	2.9
東京都	3.2	香川県	0.9
神奈川県	3.1	愛媛県	2.0
新潟県	3.7	高知県	2.5
富山県	2.8	福岡県	3.2
石川県	3.9	佐賀県	1.7
福井県	5.6	長崎県	2.1
山梨県	3.3	熊本県	2.2
長野県	3.2	大分県	3.8
岐阜県	2.9	宮崎県	2.2
静岡県	2.1	鹿児島県	3.3
愛知県	2.7	沖縄県	0.7
三重県	2.8	全国平均	2.5

地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。

※従来の包括的支援事業(地域包括支援センターの運営費)とは別枠で計上

(参考)平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。(法第115条の48)

- 市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- 地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- 地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など

地域包括支援センターレベルでの会議(地域ケア個別会議)

- 地域包括支援センターが開催
 - 個別ケース(困難事例等)の支援内容を通じた
 - ①地域支援ネットワークの構築
 - ②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
 - ③地域課題の把握 などを行う。
- ※幅広い視点から、直接サービス提供に当たらない専門職種も参加
- ※行政職員は、会議の内容を把握しておき、地域課題の集約などに活かす。

《主な構成員》

医療・介護の専門職種等

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、
歯科衛生士、PT、OT、ST、管理栄養士、
ケアマネジャー、介護サービス事業者 など

地域の支援者

自治会、民生委員、ボランティア、NPOなど

その他必要に応じて参加

地域課題の把握

地域づくり・資源開発

政策形成

介護保険事業計画等への位置づけなど

市町村レベルの会議(地域ケア推進会議)

個別の ケアマネジメント

サービス
担当者会議
(全ての
ケースにつ
いて、多職
種協働によ
り適切なケ
アプランを
検討)

事例提供

支援

在宅医療・介護連
携を支援する相
談窓口

郡市区医師会等
連携を支援する
専門職等

生活支援
体制整備

生活支援コー
ディネーター

協議体

認知症施策

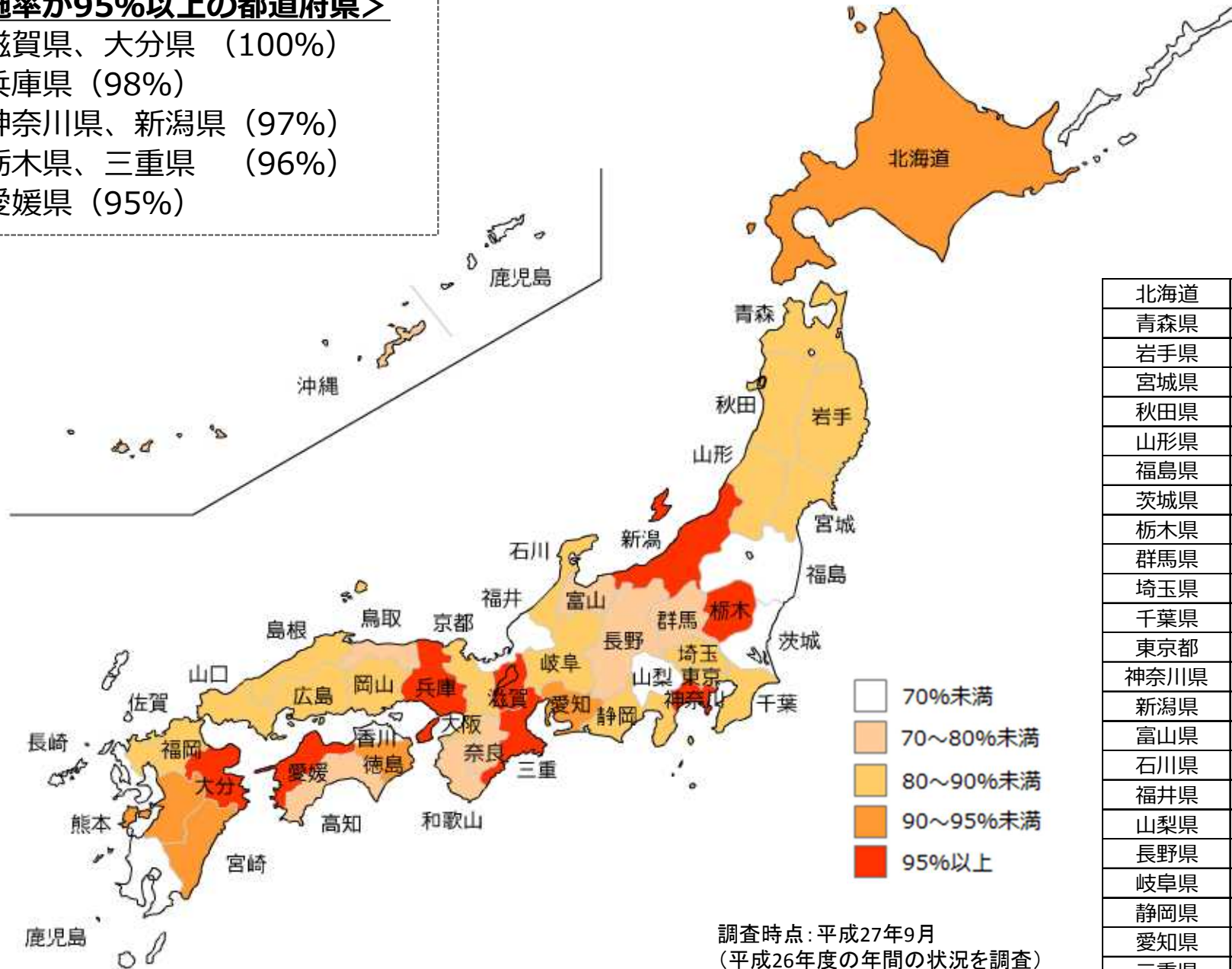
認知症初期
集中支援
チーム

認知症地域
支援推進員

保険者における地域ケア会議の開催状況 ～都道府県別の実施率～

＜実施率が95%以上の都道府県＞

- 滋賀県、大分県（100%）
- 兵庫県（98%）
- 神奈川県、新潟県（97%）
- 栃木県、三重県（96%）
- 愛媛県（95%）



北海道	90%	滋賀県	100%
青森県	85%	京都府	85%
岩手県	88%	大阪府	88%
宮城県	89%	兵庫県	98%
秋田県	82%	奈良県	79%
山形県	80%	和歌山県	70%
福島県	68%	鳥取県	76%
茨城県	59%	島根県	82%
栃木県	96%	岡山県	85%
群馬県	77%	広島県	83%
埼玉県	88%	山口県	89%
千葉県	85%	徳島県	91%
東京都	82%	香川県	82%
神奈川県	97%	愛媛県	95%
新潟県	97%	高知県	77%
富山県	78%	福岡県	86%
石川県	89%	佐賀県	86%
福井県	56%	長崎県	65%
山梨県	67%	熊本県	91%
長野県	70%	大分県	100%
岐阜県	86%	宮崎県	92%
静岡県	89%	鹿児島県	67%
愛知県	90%	沖縄県	71%
三重県	96%		