

②「相談種別」は、それぞれの相談でどのように援助対応したかということが共通の統計として得られるので意義があると思います。当保健所では「援助内容」という項目名でカテゴリー分類していますが、今回の日報上の分類のほうがより具体的で詳細に分類されると感じています。	
・なし	徳島県保健所
・地域保健事業報告は、事業別を集計するときにとっても助かります。	埼玉県立大学
年度新来を実数でカウントして、それいがいを積み上げて延べ数とする。	
とても重要で実数と延べ数の問題を解決出来ると思います。	埼玉県立大学
(3)必要のないものはありましたか。	
特段ありません。	埼玉県庁
特にありません。	さいたま市センター
・「状態像」「訪問先」「再掲」については、項目が細かすぎるので、項目からはずすか、残すなら、どこかの項目と一緒に入れる等、工夫が必要と思われる。	大阪府庁・府センター
なし	大阪市センター
特にありません。	福岡県庁
・診断名は医師が対応するときに記入するようにはどうか。コメディカル職員等が対応した場合は状態像の判断しか出来ないと思う。	福岡県センター
必要ないというわけではありませんが、	北九州センター
◎診断名はこの際ICD10に統一しても良いのではないのでしょうか。現場の人も覚えてさえしまえばなんとかすると思います。むしろ、厚生労働省分類(地域保健等事業報告)、状態像等いろいろな分類がある中、さらにここでしか通用しない分類を覚えることになるのが無駄な気がします。	
◎ここで「状態像」とされているのは、むしろ特定の問題群(ニーズ)抽出の作業と思われる。「状態像」と言う言葉を変えた方がよいのでは? 幻覚妄想状態とか興奮状態と言った精神医学上の状態像を思い浮かべるととまどいます。	
特にありません	福島県保健所
なし	東京都多摩小平保健所
ありません	石川県保健所
特にありません。	尼崎市保健所
・なし	徳島県保健所
特になし	埼玉県立大学
(4)住民ニーズを総合的に把握するため、追加・改善すべき項目はありましたか。	
住民ニーズとはつながらないかもしれませんが、担当者の主観でよいと思いますが、「相談の難易度」を追加してはどうでしょうか。また、相談種別の中に「相談時自体の問題」「苦情」のようなものを入れてはどうでしょうか。	埼玉県庁
15年度の回答結果のところでもあがっていましたが、状態像の項目については、新たな地域ニーズの検討という視点から見ても、やはり、アルコール・薬物以外のアディクション関連問題というような括りの項目があってもいいように感じられました。	さいたま市センター
また、健康日本21のライフステージを取り入れた指標については、大変興味深く拝見させていただきました。活用方法のことになるかも知れませんが、別の指標(母子保健や成人保健の相談等)とリンクさせる事等工夫が必要に感じられました。	
・ここで示されているのは、個別相談に関する業務統計であるが、集団援助活動(グループワーク、家族教室等)や地域精神保健福祉活動(会議、普及啓発、組織支援、社会資源整備・運営支援等)についての項目も、精神保健福祉業務の実施状況を把握するためには、必要ではないかと考える。	大阪府庁・府センター
特になし	大阪市センター
特にありません。	福岡県庁
・相談経路…相談窓口をPRするにあたり、相談があまりあがってこない関係機関に対して行うなど活用できるのではないか。	福岡県センター
・アセスメントした中で満たされないニーズとしてあがったものを積み上げていく必要があるのではないか。	
どこにいれたら良いものか? 相談種別の治療上の問題なのではないでしょうか◎医療機関に繋がっているケースかどうか、把握しなくて良いですか。あるいはケース属性に(未受診例、医療中断事例、受診中、医療不要例)などといった項目をたてては? 今後、地域で残る問題に未受診、中断例の受診援助があると思うので。34条の検討にもかかわります。	北九州センター
①地域保健事業報告と状態像のコード番号で「その他」に分類されるケース数が多くなる。「その他」に入ってしまうケースを分析して新たな分類項目を作成することが必要。	
②援助方法の区分をさらに細かくする必要がある。	
③訪問先も、近隣、自治会や警察などいろいろあるのでさらに細かな分類が必要。	
④精神科治療歴について、通院中・中断・入院中・未治療、の分類が必要、とはいえ日計表は雑多な業務の中で、シンプルでチェックしやすいものであることが必要。	東京都多摩小平保健所
⑤相談後の経過を整理し、アプローチのしかたや必要なサービスについて考えるための資料は必要と思う。	
⑥相談種別でニーズが把握できれば今後の対策の参考になり施策化に役立つと思う。	

⑦国の報告もあるので二重手間にならないように、一つのものに盛り込んだほうがよい。保健師の報告ものが多い。	
⑧市町村が使用するのであれば、担当者の職種別の記載は必須項目と考えられる。 ・年齢の項目では、県の報告に年代別のものがあるので、年代別項目があるとよい	石川県保健所
・相談経路があったらよい:相談経路の項目:1本人、2家族、3医療機関、4警察、5福祉事務所、6保健所、7精神保健福祉センター、8市町村、9学校・職場 10民生委員、11施設等、12その他	
・被面接者の項目に加えて、被相談者の項目もあったらよい:被相談者の項目:1本人、2家族、3市町村、4その他	
・受理日の他に、受理時間と相談所用時間があったらよい。	
・支援内容の項目があったらよい。支援内容:1事例検討、2同行訪問、3市町村(電話、来所)、4市町村へ出向く	
・結果の項目:1来所、2継続、3紹介(医療、他の機関)、4その他	
・相談対応者名	
・通しNo.	
32条・手帳、ヘルパー、ショートステイその他、福祉サービスの利用状況	尼崎市保健所
特になし	埼玉県立大学
II 精神保健福祉相談業務統計などについて見直し、変更計画について	
(1) 貴自治体では、平成14年度以降の相談業務統計などについて見直し、変更などされましたか? あるいは、今後の見直しを計画されていますか?	
見直し及び変更はしていません。見直しの計画は今のところありません。	埼玉県庁
精神保健福祉相談業務日計表の見直し、変更はしていない。今後の計画もありません。	埼玉県立精神保健福祉センター
今後の相談業務統計については、ぜひ、見直しをしていきたいと思っています。	さいたま市センター
・市町村対象の業務統計については、来年度、見直しを予定している。現在は、あくまでも協力という形なので、できるだけ簡素なものにしたいと考えている。	大阪府庁・府センター
平成14年度以降変更、見直しは行っていない。また、現在、見直しや変更の予定はない。	大阪市センター
残念ながら見直し等の意見は出ていませんが、先生の研究報告を参考に見直しの検討が出来ればと思っています。	福岡県庁
新たな精神保健の地域の課題についても、その都度調査で実態を把握するしかなく、あたふたしている次第です。	
・見直しや変更はしていない。	福岡県センター
・現状に合わない部分も出てきているため見直しの必要性は感じているが、見直し及び変更時期は未定である。	
センターだけの統計は改訂もできますが、保健所の分についてはなかなか困難です。	福岡市センター
15年度に区担当者間で自発的に見直しをしているが、組織的には行っていない。	北九州センター
ケースの把握経路(市町村、医療、警察等)や動機(通報、来所、相談等)があればよい。・・・これは、そのような報告ものがあるためのようです。また、関わりの結果(入院となった、継続支援等)が、何らかの形で記入できるとよいか、とのことでしたが、これは難しそうです。	福島県保健所
①平成14年度:精神保健相談個票作成	東京都多摩小平保健所
②平成15年度:精神保健福祉相談統計台帳作成、精神保健福祉課報告様式の簡素化	
石川県では見直し変更はされていない。今後の見直し計画もないとのこと。	石川県保健所
平成14年以降は手直し程度で大きな変更はしていません。今のところ予定もありません。当保健所では32条・手帳の申請交付、県への進達業務に関して平成11年から、相談業務統計に関して平成12年から、アクセスまたはエクセルを利用して入力、集計するようなシステムを作り、6保健センター統一した集計をするようにしています。	尼崎市保健所
・現在の治療の有無	徳島県保健所
・相談後の今後の方針(完了・継続)	
(2) 地域精神保健福祉行政施策の立案などに際して、どのような統計資料を使用されていますか?	
衛生行政報告例、病院月報、わが国の精神保健福祉、厚生労働省のホームページにある統計、独自に集計したもの等	埼玉県庁
施策に関しては、県内の統計資料よりも国の動きを翻訳して、県内状況を入れての理屈の世界となります。県レベルで業務日計表はマンパワー配置で使うことがありますが、インパクトのある24条通報数とかハードな数だけです。	埼玉県立精神保健福祉センター
・大阪府庁・府センター保健所精神保健福祉業務年報	大阪府庁・府センター
・大阪府庁・府センター精神障害者生活ニーズ調査	
・精神科在院患者調査・退院患者調査(大阪府・大阪市)	
・患者調査	
・精神障害者保健福祉手帳交付数	
・精神障害者通院医療費公費負担承認数 等	
相談件数、手帳交付数、32条件数、措置診察件数等	大阪市センター
施策の立案の際に用いている統計資料としては、その場にあるもので(以下に記載しているものが中心ですが)、不足しているものは調査をその都度行っています。	福岡県庁
・行政監査資料(1回/2年)	

<ul style="list-style-type: none"> ・衛生行政報告例（毎年） ・精神保健福祉資料（630調査） ・保健所実績報告書（毎年） ・精神保健福祉センター年報（毎年） ・国保医療費の統計 ・国の発行している報告物 	
<p>障害者プラン策定に関して実態調査を実施するなど行っているが、すでにある行政統計資料を活用している。</p>	福岡県センター
<ul style="list-style-type: none"> ①保健所事業概要 ②圏域各市の報告（32条・障害者手帳等についての報告） ③東京都精神保健福祉事業概要 ④社会復帰施設等の事業報告 	東京都多摩小平保健所
<ul style="list-style-type: none"> ① 相談業務統計による相談の内容、集計 ② 32条・手帳の申請交付数 ③本市の年統計資料 ④国・県からの統計資料 ⑤当事者・家族会・医療機関へのアンケート調査資料 	尼崎市保健所
<p>（3）県内の他自治体（県、政令指定都市、保健所政令市、市町村）と地域の精神保健福祉ニーズや行政施策の展開などに関する情報交換は、どのようにされていますか？</p>	
<p>定期的な会議を開催している。電話による話し合い。</p>	埼玉県庁
<p>情報交換はしていませんが、全国の精神保健福祉センターから送られてくる所報やガイドブック、広報普及パンフなどは参考になります。</p>	埼玉県立精神保健福祉センター
<p>県内の状況は、医師とコメディカルが市町村や保健所に出かけて報告する技術協力月報や特別な話題・実状は技術協力課に口頭で報告されることがあります。また、地域で行った様々な研修の終了後のアンケートや研修担当の研修結果の起案で地域の状況がよく把握できます。最もホットで非公式な本音の状況や情報は精神科救急情報センターに毎日ローテーションで勤務して、さいたま市職員と保健所PSWとの雑談で、聞きたい情報も把握することができます。</p>	
<p>必要な情報は、定期的な市町村調査とホームヘルプの状況調査など、ファックスでの情報を取ることがあります。</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ・保健所政令市については、毎月開催されている保健所精神保健福祉業務担当者会議に出席してもらい、主として府からの情報提供を行っている。 ・市町村については、市町村精神保健福祉業務連絡会を年2回程度開催し、主として府からの情報提供を行っている。 ・精神保健福祉業務市町村支援担当者連絡会議を2ヵ月に1回程度開催し、市町村支援担当者への情報提供や情報収集により、間接的な情報交換等も行っている（平成16年度で終了）。 	大阪府庁・府センター
<p>電話や文書やメールを使用</p>	大阪市センター
<p>県内の自治体と地域の精神保健福祉ニーズや行政施策の情報交換の方法については、特に定期的に設けてはならず、保健所毎に実施している実務担当者会議等で行っているようです。</p>	福岡県庁
<ul style="list-style-type: none"> ・政令市とは精神保健福祉センター同士で、センター長会議等で情報交換している。 ・保健福祉環境事務所(保健所)で行う保健所運営協議会精神保健福祉部会や各種研修・会議等において、市町村へ統計資料をもとに施策に必要と思われる情報を提供し、情報交換を行っている。 	福岡県センター
<p>ケースの把握経路（市町村、医療、警察等）や動機（通報、来所、相談等）があればよい。・・・これは、そのような報告もがあるためのようです。また、関わりの結果（入院となった、継続支援等）が、何らかの形で記入できるとよいか、とのことでしたが、これは難しそうです</p>	福島県保健所
<ul style="list-style-type: none"> ①圏域市ごとの精神保健福祉関係機関連絡会等の連絡会 ②圏域地域生活支援センターと市、保健所担当者連絡会 ③福祉保健局、精神保健福祉センター主催の会議 	東京都多摩小平保健所
<p>国の地域保健・老人保健事業報告、保健所の精神保健福祉事業報告など</p> <p>石川県では、年度当初に地域精神保健福祉担当課長会議が開かれ、引続き同担当者会議も開かれている。また、県精神保健福祉センターの主催で保健所精神保健福祉担当者連絡会が開催され、保健所管内では市町村精神保健福祉・医療・警察担当者連絡会議を開催して情報交換がなされている</p>	石川県保健所
<p>県から要請されたときに意見交換会を開催</p>	尼崎市保健所
<ul style="list-style-type: none"> ・現在の治療の有無 ・相談後の今後の方針（完了・継続） 	徳島県保健所
<p>Ⅲ 地域ニーズを把握するための指標として、相談窓口業務指標の外にどのようなものが適切と思われますか？</p>	
<p>精神科医療に関するもの（国保の持っているデータ等）</p>	さいたま市センター

<p>相談業務指標よりも、国から出てくる事業、施策そのものを地域状況に合わせて展開するために何が必要かの調査指標が必要だと考えます。市町村障害者計画作成時にどこでも実施するニーズ調査が一番行政的に使える調査だと思います。相談業務指標は浅い考えかもしれませんが、地域の相談状況は把握できても地域ニーズの把握には成り得ないと思います。相談業務指標は、議会質問で議員が聞いてくる内容に役立つこと（ないと困ること）と、担当職員のマンパワーを確保、増員する時の説明資料としての2つのことに意義が有ると思っています。</p>	埼玉県立精神保健福祉センター
<ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働省・6月30日調査 ・患者調査 ・精神障害者保健福祉手帳交付数 ・精神障害者通院医療費公費負担承認数 ・ホームヘルプサービス・ショートステイ・グループホーム実施状況 ・精神障害者ニーズ調査 	大阪府庁・府センター
<p>地域生活支援センター等の社会復帰施設等の相談件数</p>	大阪市センター
<p>・精神科救急医療システムにおける相談件数及びその内容</p>	福岡県庁
<p>・地域生活支援センター等の社会復帰施設や市町村、保健福祉環境事務所(保健所)の窓口でケアマネジメントする中で、アセスメントする際に出てきたニーズの項目(満たされないニーズを含む)を何らかの形で積み上げられたらいいのではないかと。</p>	福岡県センター
<p>特になし</p>	北九州センター
<p>相談窓口業務を件数のみで把握しているが、一件毎に必要な時間が大幅に異なるので、それらを加味した総合的な指標になればなおよいかもとのことでしたが、これは複雑になりすぎて、かえって難しそうです。</p>	福島県保健所
<p>①関係機関会議の情報</p>	東京都多摩小平保健所
<p>②23条・24条関係の申請</p>	東京都多摩小平保健所
<p>③圏域市町村別精神保健福祉関係の事業把握</p>	石川県保健所
<p>メンタルヘルスポランティアからのニーズ、社会復帰施設地域支援センターでの相談とニーズ把握、福祉事務所の業務、民生委員によるニーズ把握などがある。</p>	石川県保健所
<p>当事者や家族からの要望</p>	尼崎市保健所
<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者地域生活支援センター利用状況・相談内容 ・居宅生活支援事業利用状況 	徳島県保健所
<p>IV 本研究に対するご意見、ご感想をお聞かせ下さい。</p>	
<p>市町村は特に「制度運用」「事業中心」で行政を執行しているため、個別相談から地域ニーズを把握し施策に反映させるというスタンスが根付いていないため、相談窓口業務指標は、市町村において非常に有効と思われます。ただ、今回の指標のターゲットは保健部局のみすなわち市町村で言えば保健センターを対象としているのかと思いますが、市町村の精神保健福祉ニーズは、都道府県のような分担になっていないことを考えれば、障害部局に対しての指標がもう一つ必要のように感じました。同一のフォーマットでは難しい部分もあるかもしれませんが。</p>	埼玉県庁
<p>当センターの研修で、業務が移行する前に市町村職員(意図を賛同した市町村だけ)と一緒に行った(作成して付けてみた)経緯の中で、今回の研究のアンケート調査に書かれている多くの項目が一致していました。その結果、相談業務指標に対してどのような結論(感想)を持っているかを、本調査の報告と重なってしまいますがランダムに少しあげてみます。(実務で担当した人と話し合いました)</p>	埼玉県立精神保健福祉センター
<ul style="list-style-type: none"> ・母子保健と成人保健とのまたがりについてルールが必要だと思います。 ・状態像は、再掲でとるほうが良いと思われます。 ・全てにわたり統計を細かくとるのは労多くして、処理に用する作業に見合うフィードバックがつける人いない。故に、目的によって量を把握するか、質(内容)をとるかが決まり相談業務日報をマンパワー目的だと、量が多く出る取り方にすべきで、質をとるのは期間限定でないといつける現場のモチベーションも下げてしまう。(当県では、過去不評をかつた経緯もある) ・マニュアルのみの判断では相談側の力量の問題があり、精度をあげるためには、迷いそうな事例等を含めた研修が必須となる。 	埼玉県立精神保健福祉センター
<p>市町村で相談業務日報を付けるには、保健と福祉、保健内部、など一担当者の苦労は並たいていではなく、関係する部署、職員がチームとしての合意形成が必要で、そこをどうするか大きな課題だと思われる。</p>	埼玉県立精神保健福祉センター
<p>本研究については、協力した神奈川県下の各自治体の意識の高さ、またこれらのデータを取りまとめられたことに、まず敬服いたします。</p>	さいたま市センター
<p>相談業務に関するデータの取り方、とりわけ、そこから地域ニーズを把握するという事については、当市においても苦慮しているところですので、今回の項目の括り方や集計の仕方については、大変参考になりました。自治体によっては、相談体制の違いにより多少使用しにくい部分や把握したい項目にも違いがあるとは思われますが、共通のツールとしては本研究に挙げられている程度が妥当だと思います。</p>	さいたま市センター

各機関で使用している従来のものと、本研究に関する指標をどうリンクさせながら、現実的なものとして活用していくことが可能なか非常に興味があるとともに、本研究での視点をぜひ取り入れて当市の相談業務統計の取り方も再検討して行きたいと思っています。	
・精神保健福祉業務の実施状況を把握するために、このような共有指標が開発されることで、今まで以上に、地域精神保健福祉施策の立案や実施、評価に役立つのではないかと考えられる。また、府内の各自治体の状況だけでなく、全国的にも共通な指標となることで、全国との比較検討も可能になり、施策を進めていく上でも大いに役立つのではないかと考える。	大阪府庁・府センター
精神保健福祉施策の企画立案の基礎データとして極めて有用である。	大阪市センター
市においても、貴研究を参考にさせていただきたいと考えている。	
県（行政）として施策を展開していく中で、市町村等と共有指標を持つことは大変重要なことと考えます。	福岡県庁
本県では、市町村職員の方々にいかに精神保健福祉に関する実施主体者としての意識を持ってもらい、事業に積極的に取り組んでいただくかが課題となっています。それには、今回先生の研究で作成していただいています指標を共有できることは、市町村の方々の意識と質の向上には動機付けとなるとともに、施策の効率的な立案と展開には有効ではないかと思えます。	
また、行政施策では事業評価を求められ、その指標を定める際にも大変役立つと思えます。	
・紙ベースのデータをパソコンに入力し、データを自動的に集約し1本化するという仕組みが十分出来ているとはいえ、集計作業にどの程度の労力が必要なのかが見えない。	福岡県センター
貴センターのお仕事がepoch makingなものになると信じております。	福岡市センター
研究によるご貢献に感謝し期待しています。	北九州センター
地域ニーズを把握するための指標化は大変大事とは思いますが、指標化できない様々な声のようなものがむしろ大切では？つまり、指標化することによって、それらが消えてしまう。との意見もありましたが、これもなかなか難しそうです。だからこそ、本研究の意義があるものと、改めて感じました。	福島県保健所
明確な指標が示されていることは、とても助かる。	石川県保健所
診断名のICD10, DSMとの関係も提示されれば、なお良いと考える。	
・貴日計表及び記載要領が整えられれば、はじめての担当者であっても混乱なく集計することができると考えます。	
これだけ項目を整理されているので、当然考慮されているものと思いますが、電子的な形にしたほうが、入力も集計も楽ですし、特に、県・市町村など広域で共通の集計をするのであれば電子化しないと難しいかと思えます。	尼崎市保健所
この日報では個人IDを特定するようになっていませんが、個人を特定すれば、「把握区分」の項目は不要になります。逆に、個人を特定しないまま、広域で共通の統計をとっても、同じ人物が複数の窓口に相談に行かれた場合はそれぞれ「新規」と数えられ、「把握区分」の意味があまりないと思えます。	
また保健所は、厚労省から求められる統計数値として、面接・訪問・デイケアすべてを合わせた総合的な実数がありますが、この実数はこの日報だけでは集計できません。（当保健所では相談業務統計と、デイケア名簿とを組み合わせることで集計できるようにしています。）	
個人名を記載するのに抵抗がある場合は、生年月日とその他何かの項目（住所コードとか）を組み合わせるなりして、個人を特定するようにはできないでしょうか。この日報に計上される相談は、個人の相談記録があるはずですので、その相談記録と日報ともリンクしていたほうが良いかと思えます。	
・診断名は、ICDにできればとおもいます。	埼玉県立大学
・相談種別では、ICFでのおおわくの分類（健康・疾病、機能、活動、参加、個人因子、環境因子など）も参考になるかと思えます。	
・記入の簡素化と入力の手間と時間の削減が課題となると思います。市町村などの別行政では入力をカード形式で行い、それを「フロッピー」ベースなどのオフラインでデータをもらって、処理すると時間が短縮でき、集計結果も返送しやすいと思います。	
・保健所、保健センターでは統計、業務別統計となっています。精神保健福祉も別枠で現場からはなんとか1本化できないかとの意見も聞かれることがあります。これはとても無理なことなのでしょうね。	

別添資料 3

精神保健福祉相談日計表の記入要領（改訂版）

県・政令指定都市・中核市・保健所政令市・市町村共用

平成 17 年 3 月

地域精神保健福祉に関する指標開発研究会

1 記入方法

- (1) 相談票は被相談者氏名で起こし、年齢、診断名、特定の問題群などの属性は、従来通り被相談者の属性について記入する。
- (2) 相談1件につき1行を使って記入する。
同一相談者から複数の対象者の相談を受けた場合は複数記入する。
例 複数の精神障害者を持つ家族から、それぞれの障害者について相談を受けたとき。(妻がそううつ病の夫と統合失調症の子供の相談に来所したとき)
→それぞれ1件として記入する
- (3) ①グループワークは「相談」として計上しない。
ただし、グループワーク終了後に個別援助を行った場合は計上する。
②コンサルテーション・ケースカンファレンス（ケアマネ手法を含む）等におけるケースは日計表ではなく、別に計上する。
③同一対象者で、2種類以上の疾病の問題が援助の対象となる場合でも、あわせて1件として記入する。(例 うつ病とアルコール)
- (4) 特記がない限り全て記号化か数字を記入

2 相談件数の考え方

- (1) 日計表に計上するのは、相談記録を記入したものに限る。
- (2) 匿名相談の場合にも、相談記録を作成したうえで日計表に記入する。

3 訪問件数の考え方

同一援助対象者に対し2か所以上の訪問を行った場合、それぞれ1件と計上する。

例

- ①家庭において受診勧奨し、病院に同行した。(訪問延べ2件)
～ただし、単に待ち合わせのために家庭にいった場合などは含まない。
- ②訪問先で家族と民生委員に面接をした。(訪問延べ1件)
- ③精神障害者を持つ兄と弟の家(2軒)を訪問し、それぞれ面接した。(訪問延べ2件)

4 各項目の記入方法

I 性別 1 男 2 女 3 不明 0

II 年齢区分 実年齢 で記入する。不明な場合は「0」と記入。

III 地域保健事業報告

- 1 老人精神保健
 - 2 社会復帰
 - 3 アルコール
 - 4 薬物
 - 5 思春期
 - 6 心の健康づくり
 - 7 その他
- 重複不可。

留意事項：地域保健事業報告には、判断基準として下記のような説明がある（厚生労働省地域保健事業報告作成要領）。

相談の内容が複数の区分に該当する場合は、その際の主たる相談区分に計上すること。

老人精神保健：老人及びその家族からの老人性痴呆疾患等に関する相談を計上すること。

社会復帰：回復途上にある精神障害者等の社会復帰に関する相談を計上すること。

アルコール：アルコール関連問題に関する相談を計上すること。

薬物：薬物関連問題に関する相談を計上すること。

思春期：精神発達の途上にある者又はその家族からの心の悩み等の思春期精神保健に関する相談を計上すること。

心の健康づくり：社会生活において生じるストレスの増大による精神疾患に陥らないための心の健康づくりに関する相談を計上すること。（明らかに精神疾患とみられる者で、医師の診断がなされていない者についての相談も含む。）

その他：「老人精神保健」から「心の健康づくり」までに該当しない精神保健福祉に関する相談を計上すること。精神疾患と診断されている者に関する相談はここに計上すること。

IV 把握区分 1 把握新 2 相談年度新 3 訪問年度新 4 再(継続)

V-1 診断名 以下の ICD-10 に準拠した診断分類名から該当するコード番号を記入（複数の診断名がある場合は主たる診断名を記入する。重複不可）。医師から診断を受けている場合で、相談者から聞き取った範囲で記載。「～の疑い」の場合は「疑い」をはずして記載。診断名が判明した時点での変更がありうる。

- 1 痴呆 F0:アルツハイマー型痴呆、脳血管性痴呆、その他の痴呆)
- 2 症状性精神障害 (F0)
- 3 てんかん性精神障害 (てんかん, F0:てんかん性精神病など)
- 4 その他器質性精神障害 (F0:外傷, 炎症, 腫瘍, 変性などによる脳器質性精神障害など)
- 5 覚醒剤による精神障害 (F1)

- 6 アルコール性精神障害 (F1:アルコール依存症, アルコール精神病、アルコール性てんかん等)
- 7 その他の薬剤性精神障害(F1)
- 8 統合失調症 (F2)
- 9 分裂感情障害 (F2)
- 10 その他精神障害 (F2: 非定型精神障害等)
- 11 躁うつ病 (F3: そううつ病, そう病など)
- 12 うつ病 (F3: うつ病, 退行期うつ病、気分変調症など)
- 13 神経症性障害 (F4)
- 14 心因反応 (F4)
- 15 人格障害 (F6)
- 16 精神遅滞 (F7)
- 17 その他 (F5 生理的障害および身体因的要因に関連した行動症候群、F8 心理的発達の障害、F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 (F99-F98)および特定不能の精神障害 (F99))
- 18 診断保留 医師が診断したが診断名を保留した場合
- 19 異常と認めず
- 20 未受診
- 21 不明(未聴取を含む)

追加 V-2 身体合併症 1あり (重複している場合のみ記載) 2なし
 V-3 精神遅滞 1あり (重複している場合のみ記載) 2なし

参考 ICD10：精神および行動の障害

- F0 症状性を含む器質性精神障害
 痴呆、症状性精神障害、器質性精神障害、てんかん性精神障害、その他
- F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害
 中毒性精神障害：覚醒剤、アルコール、その他薬剤
- F2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害
 統合失調症、分裂感情障害、その他
- F3 気分(感情)障害
 躁うつ病、うつ病
- F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
 神経症、心因反応
- F5 生理的障害および身体因的要因に関連した行動症候群

参考 ICD10：精神および行動の障害（続き）

- F6 成人の人格および行動障害
人格障害
- F7 精神遅滞
- F8 心理的発達の障害
- F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 (F99-F98)
- F99 特定不能の精神障害

なお、従来からの「抑うつ神経症」は、ICD10では、F34.1気分変調症（「抑うつ神経症」「抑うつ人格障害」「神経症性うつ病（2年以上持続のもの）」「持続性不安うつ病」と、F34に含まれない「不安うつ病（軽症または持続性でないもの）F41」などに別れて分類されている。

VI 特定の問題群 趣旨は、新たな地域精神保健福祉にかかる課題の相談をとることで、現在の地域ニーズを浮き彫りにしようとするもので、診断名と関係なく担当者の判断で、特定の問題の有無をチェックし該当数字を記入する（重複可）。該当する特定の問題がない場合は該当なしとして「0」と記入。

1 ひきこもり、2 性格上の問題、3 子ども虐待（不適切な養育や子育てを含む）、4 家庭内暴力、5 DV（被害者加害者を含む）、6 老人虐待、7 食生活上の問題（摂食問題に限らず）、8「うつ状態」、9 希死念慮を伴う「うつ状態」 10 PTSD 11 アディクション（アルコール・薬物・ギャンブル・買い物等依存） 12 近隣苦情 0 該当なし

VII 被相談者 1 本人 2 家族 3 医療機関 4 他自治体精神保健福祉担当職員 5 その他（警察・学校・職場・在支・ケアマネ・民生委員・作業所等職員・児相・労働機関・断酒会・家族会・友人・ボラ・AA・隣人等）のうち該当する項目全てをチェックする（重複可）

注：他自治体精神保健福祉担当職員の具体例としては、県城市町村の立場からは、県保健福祉事務所、県精神保健福祉センターなど。他方、県保健福祉事務所の立場からは、市町村担当職員、精神保健福祉センターなど。

VII 援助方法

相談 1 所内面接 2 電話 3 文書

同じ対象者（本人、家族、関係機関職員等）に1日に何度も面接、電話等の援助を行った場合でも1日は1件のみ計上する。1回ごとに1件とはしない。但し1日に1回以上援助した場合は、電話・面接回数を回数欄（VIII-2）に記入する。

これは病院探しでいくつも電話をする事例や、一日に何回も電話や面接をする場合を想定している。頻回ケースと判断した場合は、VIII-3にありの番号1を記載する

4 訪問 家庭 5 訪問 社会復帰施設・作業所 6 訪問 居宅生活支援事業所 7 訪問医療機関 8 訪問 その他

IX 相談種別

1 治療上の問題 2 生活上の問題、3 社会参加の問題、4 こころの健康問題、5 その他

のいずれか一つを選び該当数字を記入（重複不可）。

IX-2 再掲 1、2、3に該当する場合は、再掲で選択（重複可）

1 診断に関する問題 2 医療利用上の問題 3 生活上の問題、4 家族等の対応、5 経済的問題、6 住居の問題、7 就学の問題、8 社会的問題 9 就労（社会適応訓練事業を含む）、10 社会復帰施設（地域作業所を含む）、11 ホームヘルプ、12 ショートステイ、13 グループ・ホーム、14 通院医療費公費負担、15 手帳 16 介護保険

X 担当者

当該施設の1 医師 2 福祉職 3 保健師 4 事務職 5 その他
6 関係機関職員（他自治体精神保健福祉担当職員）（重複可）

注：管理職はその他 但しその他警察・学校・児相、民生委員・友人、AA、市民ボランティア、隣人、職場、在支、ケアマネ、作業所職員、労働機関は除く

注：他自治体精神保健福祉担当職員の具体例としては、県城市町村の立場からは、県保健福祉事務所、県精神保健福祉センターなど。他方、県保健福祉事務所の立場からは、市町村担当職員、精神保健福祉センターなど。

別添資料5

共用日計表：項目別コード番号一覧

注：下線部分が追加変更箇所

- I 性別 1 男 2 女 3 不明 II 年齢 実年齢 不明 (0)
- III 地域保健事業報告 1 老人精神保健 2 社会復帰 3 アルコール 4 薬物 5 思春期 6 心の健康づくり 7 その他
- IV 把握区分 1 把握新 2 相談年度新 3 訪問年度新 4 再
- V 診断名 1 痴呆 2 症状性精神障害 3 てんかん性精神障害 4 その他脳器質性精神障害 5 覚せい剤による精神障害 6 アルコール性精神障害 7 その他薬剤性精神障害 8 統合失調症 9 分裂感情障害 10 その他の精神障害 11 躁うつ病 12 うつ病 13 神経症性障害 14 心因反応 15 人格障害 16 精神遅滞 17 その他 1 8 診断保留 19 異常と認めず 20 未受診 21 不明 (未聴取を含む) (重複不可) V-2 身体合併症 1 あり (重複している場合のみ記載) 2 なし
- VI 特定の問題群 1 ひきこもり 2 性格上の問題 3 子ども虐待 (不適切な養育や子育て支援が必要な場合を含む) 4 家庭内暴力 5 DV (被害者加害者を含む) 6 老人虐待 (被害者加害者を含む) 7 食生活上の問題 8 うつ状態 9 希死念慮を伴ううつ状態 10 PTSD 11 アディクション (アルコール・薬物・ギャンブル・買い物依存) 12 近隣苦情 (重複可)
- VII 被相談者 1 本人 2 家族 3 医療機関 4 他自治体精神保健福祉担当職員 5 その他(警察・学校・職場・在支・ケアマネ・民生委員・作業所等職員・児相・労働機関・断酒会・家族会・友人・ボラ・AA・隣人等) 重複可
- VIII 援助方法 1 所内面接 2 電話 3 文書 4 訪問家庭 5 訪問 社会復帰施設・作業所 6 訪問 居宅生活支援事業所 7 訪問 医療機関 8 訪問 その他 1 人の記載は1日に1回のみ 但しⅧ-2に実施回数 (電話面接) を記載 Ⅷ-3 頻回ケースは1と記載
- IX 相談種別 1 治療上の問題 2 生活上の問題 3 社会参加の問題 4 心の健康問題 5 その他 重複不可
- IX-2 相談種別 1～3については以下の再掲を選択 (重複可) 1 診断に関する問題 2 医療利用上の問題 3 生活上の問題、4 家族等の対応、5 経済的問題、6 住居の問題、7 就学の問題、8 社会的問題 9 就労 (社会適応訓練事業を含む)、10 社会復帰施設 (地域作業所を含む)、11 ホームヘルプ、12 ショートステイ、13 グループ・ホーム、14 通院医療費公費負担、15 手帳 16 介護保険
- X 担当者 当該施設の職員 1 医師 2 福祉職 3 保健師 4 事務職 5 その他 6 関係機関職員 (他自治体精神保健福祉担当職員など)

参 考 資 料 1

神奈川県における精神保健福祉
相談業務の実施状況
平成15年度試行データの分析結果

参 考 資 料 2

神奈川県内の各自治体等における
精神保健福祉相談業務統計の見直し状況

参 考 資 料 3

地域保健・老人保健事業報告の活用検討

参 考 資 料 1

神奈川県における精神保健福祉 相談業務の実施状況

平成15年度試行データの分析結果

神奈川県精神保健福祉センター

桑原 寛

1. はじめに

平成15年度は、神奈川県内の各種自治体が共有しうる相談業務日計表試案と記入要領試案とを作成し、県保健福祉事務所および県内37市町村に対し参加協力を呼びかけて、1カ月間の試行とアンケート調査を実施した。その結果、横浜市18福祉保健センター、川崎市7保健福祉センター、横須賀市保健所、相模原市保健所、県域11保健福祉事務所については全所(100%)、県域保健福祉事務所管内の33市町村については28市町村(84.8%)から回答があり、1カ月間の相談業務にかかる実2185件、延べ10605件のデータを得た。さらに、この試行期間に併せて、県域の地域生活支援センター2カ所の参加協力を得て、同一期間中の地域生活支援センターにおける相談業務にかかる延べ421件のデータ提供があった。本年度は、これらのデータと既存の県域保健福祉事務所のデータを用いて、地域住民の今日的な精神保健福祉相談ニーズとその対応状況、及び、地域ニーズの時間的推移などを検討した。

2. 方法

1. 平成15年度試行データの分析整理の方法

本研究試案で採用した共有の相談窓口業務統計指標11項目の下位項目とよび自治体区分からなる15指標を、地域住民ニーズに関する指標と、相談窓口での対応に関する指標、その他の指標に分けて整理してみると表1ごとくとなる。

表1 精神保健福祉相談業務統計指標の内訳

-
- (1)地域住民ニーズに関する指標
 - 1) 窓口利用状況指標：④把握区分
 - 2) 相談者の特性指標：⑦被相談者
 - 3) 相談対象事例指標：①性、②年齢分布、⑤診断名
 - 4) 相談内容指標：③地域保健事業報告分類、⑥状態像、⑩相談種別、⑪治療上の問題、⑫社会復帰問題、⑬生活上の問題
 - (2)相談窓口での対応に関する指標
 - 対応援助方法指標：⑧援助方法、⑨訪問先、⑭担当者
 - (3)その他の指標
 - 自治体の形態指標：⑮自治体区分
-

以上をふまえて、共有データ・ベースのクロス集計により得られる情報の具体例を整理すると表2の如くで、14通りの視点での地域住民の横断面的な精神保健福祉ニーズにかかる情報を得ることができる。なお、表中のS1は、クロス集計シリーズ1の意で、結果で整理提示する図表番号の頭文字である。

表2 横断面的な地域住民の精神保健福祉ニーズにかかる情報

-
- (1)地域住民ニーズについての検討
 - 1) 相談窓口の利用状況に関する指標に着目した検討
 - ア) 実件数と延べ件数 S1
 - イ) 把握区分別にみたニーズ S2
 - 2) 相談者の特性に関する指標に着目した検討
 - ア) 相談者別にみたニーズ S3
 - 3) 相談対象事例に関する指標に着目した検討
 - ア) 性別にみたニーズ S4
-

イ) ライフステージ別にみたニーズ	S5
ウ) 診断名別 (ICD 分類別) にみたニーズ	S6
4) 相談内容に関する指標に着目した検討	
ア) 地域保健事業報告分類別にみたニーズ	S7
イ) 新たな地域ニーズについての検討	S8
ウ) 相談種別にみたニーズ	S9
(2) 相談窓口での対応に関する指標に着目した検討	
ア) 援助方法別にみた地域住民ニーズ	S10
イ) 担当者別にみた地域住民ニーズ	S11
ウ) 複数相談者と単独相談者への対応	S12
エ) 複数担当対応事例と単独担当対応事例の差異	S13
(3) その他の指標に着目した検討	
自治体の形態別にみた相談ニーズ差(6区分)	S14

この一覧表をふまえて以下のような視点での分析整理を行った。

(1) 県内地域住民の今日的な精神保健福祉ニーズについての整理

実件数(n=2185)データを用いて、以下の項目について整理検討を行った。

1) 相談窓口の利用状況に関する指標に着目した検討

ア) 実件数と延べ件数

S1

初回相談者(把握新)と年度新相談者からなる2185件を「実件数群」、これに再相談を加えた全データ10605件を「延べ件数群」とし、相互に比較検討した。

なお、実件数群は、地域住民の精神保健福祉ニーズと対応状況を、また延べ件数群は、地域住民の相談窓口利用状況を示すものと考えられる。

イ) 把握区分別にみたニーズ差

S2

把握区分の、把握新、年度新相談、再相談のカテゴリーは、各々、当該年度の初回相談者、年度をまたがった相談者、同一年度内の複数回利用者からなる。すなわち、この3区分は、急性期的ニーズの初回相談から、慢性期的ニーズにかかる複数回利用へという時間的推移を表すカテゴリーでもある。そこで、この3群を、①初回相談群、②再相談者群、③複数相談者群とし、時間軸にそった相談ニーズの推移につき検討した。

2) 相談者の特性にかかる指標に着目した検討

ア) 相談者別にみたニーズ差(利用者別)

S3

相談ニーズとその対処法は、その相談主体が誰かによって異なる。そこで、被相談者の属性に基づき、①本人群、②家族群、③医療機関群、④関係機関・職員群、⑤その他、の5群に分け、各群別に相談業務統計指標の集計整理を行い、相互に比較検討を試みた。

3) 相談対象事例にかかる指標に着目した検討

ア) 性別にみたニーズ差

S4

「男性群」と「女性群」の2群に分けて、相談業務統計指標の集計整理を行い、両群の比較検討をおこなう。

イ) ライフステージ別にみたニーズ差

S5

健康日本21計画では、ライフステージ分類として、①幼年期：0～5歳、②少年期：5～14歳、③青年期：15～24歳、④壮年期：25～44歳、⑤中年期：45～65歳、⑥高年期：65歳以上の6段階にわけている。そこで、この分類に準拠して、①24歳以下群(幼少年青年期群)、②25～44歳群(壮年期群)、③45～64歳群(中年期群)、④65歳以上群(後年期群)

群)の4群に分けて、各群別に相談業務統計項の集計整理を行い、その結果を相互に比較し、各ライフステージ別の地域住民ニーズを検討する。

ウ) 診断名別 (ICD 分類別) にみたニーズ

S6

ICD 分類に基づく診断名カテゴリーは19と多い。そこで、今回は新たに①器質性精神障害(F0)、②薬剤性精神障害(F1)、③統合失調症圏(F2)、④感情障害(F3)、⑤神経症性障害(F4)、⑥人格障害(F6)、⑦精神遅滞(F7)、⑧その他、⑨診断保留、⑩異常なしの10カテゴリーに分類しなおし、各下位群別に相談業務統計指標の集計整理を行い、診断名別の相談ニーズにつき検討する。

4) 相談内容にかかる指標に着目した検討

エ) 地域保健事業報告分類別にみたニーズ

S7

地域保健事業報告の下位分類に基づき、①老人保健群、②社会復帰群、③アルコール群、④薬物群、⑤思春期群、⑥心の健康群、⑦その他の7群にわけ、各群別の地域住民ニーズを検討する。

オ) 新たな地域ニーズ(状態像) についての検討

S8

状態像については、①ひきこもり群、②人格障害的問題群、③子ども虐待群、④食生活上の問題群、⑤家庭内暴力群、⑥DV群、⑦老人虐待群、⑧希死念慮を伴う「うつ状態」の8つの群に分け、各群別の集計整理を行い、その結果を相互に比較し、個々の新たな地域ニーズについて検討する。

カ) 相談種別 (生活のしずらさ) にみたニーズ

S9

主たる相談内容別に、①治療上の問題群 ②生活上の問題群、③社会復帰問題群、④こころの健康問題群、⑤その他の5群に分け、各群別の集計整理を行い、その結果を相互に比較し、相談種別の相談ニーズにつき検討する。

(2) 相談窓口での対応に関する指標に着目した検討

ア) 援助方法別にみた地域住民ニーズ

S10

相談に対する対応・援助方法には、電話、面接、文書、訪問があるが、これは、来所相談ニーズ、文書相談ニーズ、訪問相談ニーズを意味している。そこで、担当者の援助方法に基づき①所内面接群、②電話群、③文書群 ④訪問群の4群に分け、各群別に集計結果を相互に比較検討した。

イ) 担当者別にみた地域住民ニーズ

S11

相談対応する窓口担当者としては、①医師、②福祉職、③保健師、④事務職、⑤その他がいるが、各担当者別に、相談ニーズに差異があるのかどうかを検討すべく、5群毎に集計整理を行い、結果を相互に比較検討した。

ウ) 複数相談者と単独相談者への対応の差

S12

基本的な業務統計11指標には、重複回答可としたものと不可のものがある。すなわち、重複回答可の指標としては、⑥状態像、⑦被相談者、⑧援助方法 ⑨訪問先、相談種別の再掲である⑩治療上の問題 ⑫社会復帰問題、⑬生活上の問題 ⑭担当者などがあるが、このうち、⑦被相談者と⑭担当者指標については、今回、新たに「重複の有無にかかるカテゴリー」を作成した。その上で、まず、重複相談事例群と通常単独対応事例群の2群に分けて、各群別の相談業務統計指標の集計整理を行い、相談者別の相談ニーズにつき検討をした。

エ) 複数担当対応事例と単独担当対応事例の差異についての検討

S13

複数担当者による対応群と単独担当者による対応群に分け、各群別の相談業務統計指標の

集計整理を行い、相談者別の相談ニーズにつき検討をした。

(3) その他の指標に着目した検討

自治体の形態別にみた相談ニーズ差(6区分) S14

県の11保健福祉事務所、中核市の横須賀市保健所、保健所政令市の相模原市保健所、政令指定都市の横浜市福祉保健センターと川崎市保健福祉センター、圏域保健所管内21市町村の6群について、各業務日計指標のデータを整理し、相互に比較検討を行った。

3 結果

結果については、各項目別の集計結果をまとめた表と、それに基づいて作成した図(折れ線グラフと棒グラフ)として提示した(表3 収録図表一覧)。以下、各シリーズの図表にそって、結果の概略を示す。なお、(1)、1)、ア)「実件数と延べ件数」、(3)「自治体形態別にみた相談業務の特徴」にかかる集計結果の表と説明文は、既に、本報告書の本文(p3~p4、p18~p20)に掲載済みであるため、ここでは図のみを提示する。

(1) 地域住民ニーズについての検討

1) 相談窓口の利用状況に関する指標に着目した検討

ア) 実件数と延べ件数

図 S1-1-1,2~S1-11-1,2 のみ提示。表 1-1~1-11 : p18。説明文 : p3

イ) 把握区分別にみたニーズ

把握区分別にみたニーズについての集計結果を、表および図として整理すると、表 S2-1~11、および図 S2-1-1,2~S2-11-1,2 のごとくである。

性差については(表 S2-1、図 S2-1-1,2)、把握新、年度新、再利用群とも男女ほぼ同数で比率的には大きな差異はなかった。

年齢区分については(表 S2-2、図 S2-2-1,2)、3群とも25~44歳が最も多かった。また、各群別に25~44歳の占める比率は、把握新36.3%、年度新43.1%、再利用群49.7%と増加していた。また、45~64歳群も、同様に、19.6%から31.8%へと増加していたが、24歳以下群と65歳以上群では、この順に比率は減少していた。

地域保健事業報告については(表 S2-3、図 S2-3-1,2)、3群とも、「その他」が49.8~55.7%を占めていた。また、比率的には、「社会復帰」が、把握新で12.2%、年度新で21.6%、再利用群で36.9%と増加していた。他方、老人保健、アルコール、心の健康づくりは、いずれも年度新、再利用の順で比率は減少していた。

診断名では(表 S2-4、図 S2-4-1,2)、把握新の群では「診断保留」が35.7%と最多で、以下、統合失調症圏20.2%、感情障害12.5%、器質性精神障害8.4%の順であった。比率配分上では、統合失調症圏の比率は、把握新20.2%、年度新47.1%、再利用57.6%と増加していた。それに対し、診断保留と感情障害の比率は、把握新、年度新、再利用の順で減少していた。

状態像については(表 S2-5、図 S2-5-1,2)、把握新群では「うつ状態」175件と最多で、以下、ひきこり166件、家庭内暴力58件の順であった。他方、年度新の群では、ひきこもりが48件と最多で、以下、人格障害的問題、うつ状態の順であった。再利用群では、人格障害的問題が596件と最多で、比率配分上は、人格障害的問題で、把握新、年度新、再利用群の順で比率は増大していたが、ひきこもりは減少する傾向にあった。

相談者では(表 S2-6、図 S2-6-1,2)、把握新の群では、家族が789件(50.5%)と最多で、以下、本人562件、関係機関285件、医療機関107件の順であった。他方、年度新と再利用群の群では、本人が284件(45.7%)、4655件(55.4%)と最多であった。比率配分的には、家族は、把握新、年度新、再利用の順に減少傾向にあるが、本人、医療機関、関係機関職員の比率は増加する傾向にある。

援助方法では(表 S2-7、図 S2-7-1,2)、把握新の群では、電話が851件(54.4%)と最多で、次

いで、面接 595 件(38.1%)、訪問 101 件(6.5%)の順であった。他方、年度新の群では、面接が 285 件(41.5%)と最も比率が高く、再利用群は、電話相談の比率は 57.0%と 3 群中最も高かった。

訪問先については(表 S2-8、図 S2-8-1,2)、3 群とも家庭が 6 割弱で最多であったが、社会復帰施設は、把握新の群で 6.9%、年度新群で 8.2%、再利用群で 15.14%と増加していた。

相談種別については(表 S2-9、図 S2-9-1,2)、把握新の群では、治療上の問題が 858 件(42.0%)と最多で、以下、生活上の問題 476 件(30.5%)、社会復帰の問題 275 件(17.6%)の順であった。他方、比率配分上の変化については、治療上の問題は、把握新の群で 42.0%、年度新群で 24.1%、再利用群で 21.2%と減少傾向にあるのに対し、生活上の問題、社会復帰の問題は、この順で増加傾向を認めた。その結果、再利用群では、生活上の問題が 40.4%と最多で、以下、社会復帰の問題 26.4%、治療上の問題 21.2%の順であった。

再掲では(表 S2-10-1~2-10-3、図 S2-10-1,2)、把握新群では、医療利用上の問題が最多で、以下、診断に関する問題、生活上の問題、家族の対応の順であった。年度新の群では、医療利用上の問題と生活上の問題はほぼ同数となり、以下、家族の対応、社会復帰・施設の問題の順であった。また、再利用群では、日常生活上の問題が最多で、以下、医療利用上の問題、社会復帰・施設の問題の順であった。比率配分的には、医療利用上の問題は、把握新、年度新、再利用群の順で減少傾向にあるが、日常生活上の問題と社会復帰・施設の問題は、その順で増加する傾向を認めた。

担当者については(表 S2-11、図 S2-11-1,2)、特に 3 群間で大きな差異は認めなかった。

以上をまとめると、把握新では女性が多いが、短期の再利用は、男性に多い傾向を認めた。年齢区分では、25~44 歳と 45~64 歳の年代の再利用が高い。

地域保健事業報告については、社会復帰と「その他」の再利用が多く、老人保健、アルコール、心の健康づくりでは把握新の方が高比率であった。

診断名では、統合失調症圏の再利用が高く、診断保留と感情障害、器質性精神障害の再利用が少ない。

状態像では、うつ状態、ひきこり、人格障害の再利用が高い。

相談者では、把握新では、家族が最多で、以下、本人、関係機関、医療機関の順であった。他方、再利用群では、本人が最多で、以下、関係機関、家族、医療機関の順であり、本人、関係機関と医療機関の再利用が多かった。

援助方法では、年度新の群では面接の比率が高くかった。訪問先については、再利用群で、社会復帰施設と医療機関が把握新の群よりも高かった。

相談種別については、把握新の群では、治療上の問題が最多で、以下、生活上の問題、社会復帰の問題の順であった。他方、再利用群では、生活上の問題が最も多く、以下、社会復帰の問題、治療上の問題の順であり、治療上の問題が減少し、生活上の問題、社会復帰の問題は増加していた。治療上の問題(再掲)では、再利用群で、診断に関する相談は減り、医療利用上の問題が増えていた。生活上の問題(再掲)では、生活上の問題が最多で、以下、家族等の対応、経済的問題、社会的問題の順であった。このうち、生活上の問題と住居の問題は増加し、家族等の対応、社会的問題は減少する傾向にある。社会復帰問題(再掲)では、把握新の群では、社会復帰施設が最多で、以下、手帳、通院医療費、ホームヘルプ、手帳の順であった。比率配分の変化については、再利用群で、社会復帰施設、ホームヘルプ、ショートステイ、グループホームの相談は増え、逆に、通院医療費、手帳の問題は減っていた。

2) 相談者の特性に関する指標に着目した検討

ア) 相談者別にみたニーズ

相談者別では、家族の相談が 1039 件と最も多く、次いで、本人 846 件、関係機関職員 438 件、医療機関 159 件、その他 102 件であった。この相談者群別のニーズを集計・整理した結果を、図表として整理すると、表 S3-1~10、および図 S3-1-1,2~S3-10-1,2 のごとくである。