

C. 研究結果

1. 改革ビジョンの目標値の最新の状況とその推移

2011年の精神科病院等の在院患者総数は304,394人と前年から4,221人の減であった。在院患者総数は図1に示したように一貫して減少傾向にあることが分かる。

改革ビジョンの数値目標の最新の状況は平均退院率71.1（目標値76以上）、退院率24.6（同29以上）、統合失調症等による在院患者数175,610人（同15万人以下）であった。

統合失調症等の在院患者数は'10年から'11年の間で4,620人の減少であった（'09年から'10年の間では3,664人の減少）。図2に示すように統合失調症等による在院患者数も一貫して減少傾向にあることが分かる。

平均退院率の推移を図3に示した。'98年から'05年にかけては増加傾向にあったと言えるが、近年は71.2、71.1、71.4、71.1とほとんど変化がみられない。'98年と比較すると平均退院率の改善が示すように、新規入院者がより短期間で退院できるようになったことは新規入院患者の退院の様子を示した図4において実線で示した'11年と破線で示した'98年の比較からも明らかである。

一方で1年以上継続して在院した患者が1年間にどれくらい退院するかを指標である退院率は、改革ビジョン前の'99年と比べると一定の改善（21.7→24.6）はみられた（図5）。その推移も年ごとの変動はあるものの全体としては緩やかな増加傾向にあるようにみえる。特に'08年以降は21.8、23.1、23.9、24.6と一貫して増加がみられる。また、在院期間別の退院率を県ごとに算出し、その分布を箱ひげ図を並べて示した（図6）。在院が長期になる者には退院を阻害する何らかの要因が存在すると考えられるため、在院が長期に継続するほど退院が発生しづらくなり退院率が低くなると予想される。図からもこの傾向を読み取ることができるが、特に在院期間が1年以上5年未満の群とそれ以外の群では退院率の違いが顕著であった。

'11年の認知症等による在院患者数は67,970人と'10年から'11年の間で1,077人の増加であった（'09年から'10年の間では2,564人の増加、'08年から'09年では885人の増）。増加傾向は'97年以降一貫して観察された（図2）。なお認知症に限った場合（F00-F03）は、'10年から'11年の間で188人の増（59,328→59,516）であった。'09年から'10年のそれは2,662人の増であった。

認知症疾患治療病棟に新たに入院した患者のおよそ1年間の退院の様子を図4に点線で示した。入院から165日（＝5.5カ月）から195日（＝6.5カ月）の間に半数が退院し、約1年（11.5カ月）で6割強が退院していた。一点破線で示した'03年と比較すると'11年は、半数の者が退院するまでの日数は短く、約1年間継続して在院する割合は低くなっていることが分かる。

2. 県別の改革ビジョンの目標値の最新の状況とその推移

人口10万対在院患者数の大小の地理的な分布を把握するために'11年の県別の人口10万対在院患者数に基づいて県をそれぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分し、その結果を日本地図上に色の塗り分けで示した。色が濃い県は人口10万対在院患者数が多いことを示す。図7が認知症等、図8が統合失調症等についてである。双方とも人口10万対在院患者数が多いのは日本の周縁部、特に四国の太平洋側と九州に集中しているのが特徴である。この特徴は'10年までの傾向と変化がない。

次に県別に'97年から'11年にかけての人口10万対在院患者数の推移を検討した。図9に示すように、認知症等の推移は、明確に増加傾向にある県と、より少数の緩やかな増加傾向もしくはほとんど変化のない県に大別され、明確に減少傾向を示す県はない。人口10万対の認知症等の在院患者数が他よりも高い水準かつ増加の著しい県は、東北、九州に多い。統合失調症等については、ほぼ全ての県で人口10万

対患者数が減少傾向にある。図中に破線で示したのは、目標値（統合失調症等の在院患者数15万人以下）を達成した場合の人口10万対在院患者数の118である（15万人を2014年時の予測人口で除して求めた）。約4分の1（47県中13県）が既にこの水準に達している一方で、この2から3倍の水準にある県も1割程度存在する。水準に達している県は、関東、中部、関西に集中している。

図11、12にそれぞれ平均退院率および退院率の高低を日本地図上に色の塗り分けで示した。塗り分けの規則は人口10万対在院患者数と同じである。双方ともその分布に明確な規則性は観察できず、人口10万対在院患者数のように数値の高い（もしくは低い）県が特定の地域に集中していない。強いて言うなら平均退院率の高い地域は日本の中央部に集まっている印象はある。

図13に'11年の県ごとの平均退院率と退院率の散布図を示した。実線は両指標の目標値である。平均退院率は76以上、退院率は29以上が目標値なので、両指標の目標値をとも達成した県は、2本の実線で分けられた4つの領域のうち右上にプロットされる。'11年時点において目標をともに達成した県はない。ただし、いずれかの指標が目標を達成した県は2割弱存在し、退院率が目標を達成している県の方が多い。

県別の平均退院率の推移は、多くの県で目標値に向けて増加傾向にあるか、目標値近くの水準を保って推移しているが、目標値近くの水準にある県で'10年から'11年にかけて減少している県が目についた（図14）。例えば、和歌山、徳島、高知、滋賀など。退院率については明確な傾向が認められない県が多い（図15）。

D. 考察

精神保健福祉資料の1996年から2011年調査のデータを用いて精神科病床を有する病院における在院患者についての二次解析を行った。悉皆と見なしうる調査に基づいて、わが国の精神科病院等における統合失調症等、認知症等による在院患者数、平均退院率、および退院率の

全国および県の最新の状況および推移を明らかにできた。

在院期間が一年以内の患者の退院動態の指標である平均退院率の改善等（63.2→71.1）から、数値目標には達していないものの、新たに長期在院を生じさせない点では改革の成果が伺えた。しかし、改革ビジョン前から上昇傾向にあった平均退院率の数値がこの数年はほとんど変化がみられない。昨年度報告書では「来年以降も数値目標のモニタリングを続けることによって、平均退院率が停滞状況にあるのか、再度上昇に転じる前の一時的な停留なのかなどを明らかにしたい」と述べたが、本年の報告でも平均退院率に変化がみられなかったことから考えると、停滞状況にある可能性が高い。数値目標とは'11年時点でおおよそ5ポイントの開きがあり、平均退院率の数値目標の達成には困難があると思われた。

一方、すでに長期在院となった者の地域移行に関しても、退院率は年ごとの変動はあるものの全体としては緩やかな増加傾向にあるように見え、'08年以降は21.8、23.1、23.9、24.6と一貫して増加がみられた。数値目標の水準からはまだ4ポイント強の隔たりがあるが、最近4年間では先に示したように続けて上昇していた。退院率が明らかな上昇傾向を示し始めたのかどうかは来年以降も引き続き動向を観察する必要があるが、その可能性は高まった。

平均退院率および退院率を求める際の“退院”には死亡もしくは転院を事由とする場合を含んでいる。病床利用の観点から両指標を用いる場合にはこの定義は妥当と思われるが、患者の社会復帰の観点からは“退院”に死亡を事由とする場合を含めない数値、および死亡・転院を事由とする場合を含めない数値も併用することに意味があると考えられる。特に後者は、退院後の行き先が自宅もしくは施設であった者のみを退院として扱ったもので、社会復帰できた者の状況をより反映した数値であると捉えられる。死亡を退院に含めなかった場合と死亡・転院を含めなかった場合の平均退院率はそれぞれ69.0と60.1であった。同様に退院率は

それぞれ 19.1 と 9.4 であった。

統合失調症の在院患者数の数値目標の達成にはその減少を一層加速させることが必要であると思われた。既に目標値を達成した場合の 10 万対在院患者数の水準に達している県とその水準の近づいている県と、減少傾向にあるものの水準からの隔たりが大きい県と二極分化している現状が存在する。すでに繰り返し指摘したように、この水準からの隔たりが大きい県で如何にして改革の取り組みを進めて行くかが鍵を握ることに変わりはない。

認知症を含む器質性精神障害の精神病床の在院患者数は'03 年以降'11 年まで一貫して増加傾向にあったが'09 年から'10 年の間の増加(2,564 人増)はその前の 1 年間のそれ(885 人増)と比べても、その後の 1 年間のそれ(1,077 人増)と比べても著しいものであった。認知症に限った場合も同様であった。なぜこの様な動向がみられたかは本研究では明らかにすることはできないが、認知症疾患医療センターの開設と関係があるかもしれない。認知症疾患医療センターは、'08 年度は 14 カ所に過ぎなかったが、'09 年度で 66 カ所、'11 年 5 月現在で 112 カ所とその整備が進められた(精神・障害保健課調べ)。「09 年から'10 年の間の増加が特異であったかを含め、今後も認知症等の在院患者数の変化を観察していく必要があると思われた。

E. 結論

悉皆と見なしうる調査に基づいて改革ビジョンの数値目標などの最新の状況とこれまでの推移を全国および県ごとに明らかにした。

新規入院者の在院期間の短縮や在院期間が一年以内の動態の指標である平均退院率の改善等(63.2→71.1)から、新たにそうした状況を生じさせない点では改革の成果が伺えた。しかし改革ビジョン前から上昇傾向にあったがこの数年はほとんど変化がみられず、停滞状況にある可能性が高い。数値目標とは'11 年時点でおおよそ 5 ポイントの開きがある。

一方、すでに長期在院となった者の地域移行

に関しても退院率に一定の改善(21.7→24.6)は見られた。退院率は年ごとの変動はあるものの全体としては緩やかな増加傾向にあるようにみえ、'08 年以降は 4 年間続けて上昇していた。数値目標の水準からはまだ 4 ポイント強の隔たりがあるが、退院率が明らかな上昇傾向を示し始めたのかどうかは来年以降も引き続き動向を観察する必要があるが、その可能性は高まった。

長期在院者の中核をなす統合失調症の在院患者数の数値目標の達成にはその減少を一層加速させる必要があると思われた。認知症等の在院患者数は'03 年以降'11 年まで一貫して増加傾向にあったが'09 年から'10 年の間の増加はその前後と比べて著しいものであった。

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

I. 参考文献

- 1) 精神保健福祉対策本部。(2004年9月)。精神保健医療福祉の改革ビジョン。2006年3月に <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> より入手。
- 2) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会。(2009年9月)精神保健医療福祉の更なる改革に向けて。2009年12月に <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf> より入手。
- 3) 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2ラウンド(認知症と精神科医療)とりまとめ。2012年1月に <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001xah3-att/2r985200001xal3.pdf> より入手。

図 1：精神病床の在院患者数の推移

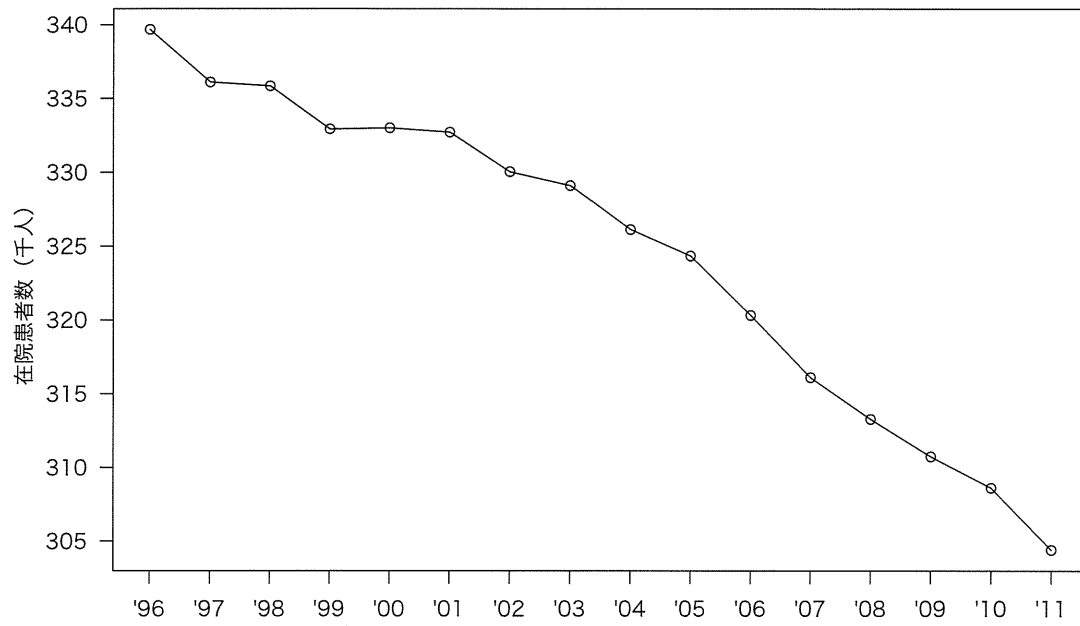


図 2：認知症等 (F0) と統合失調症等 (F2) による在院患者数の推移

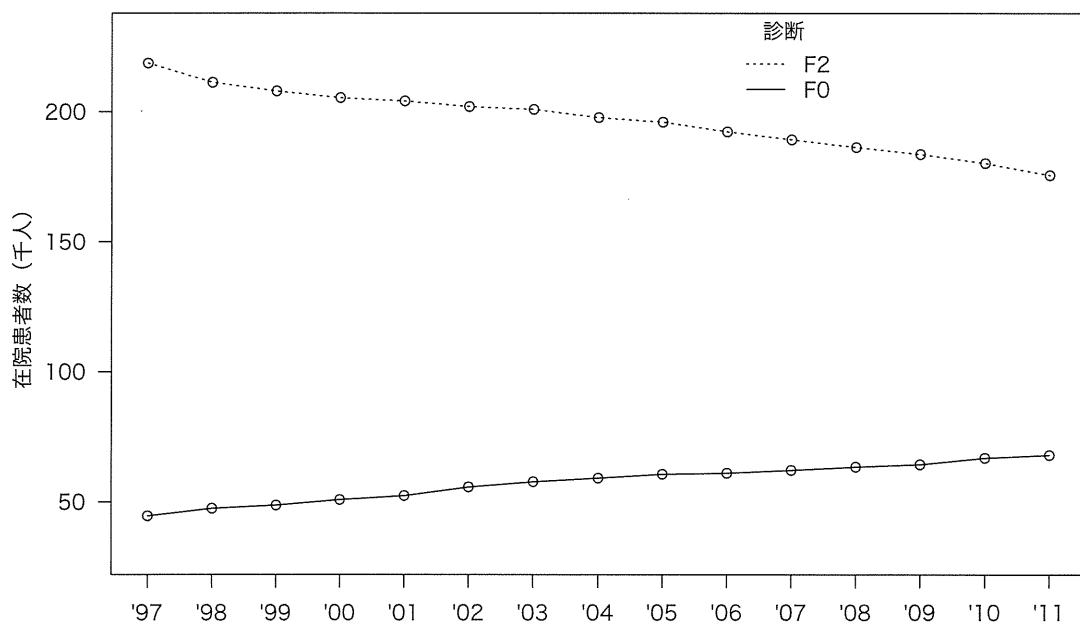


図 3 : 平均退院率の推移

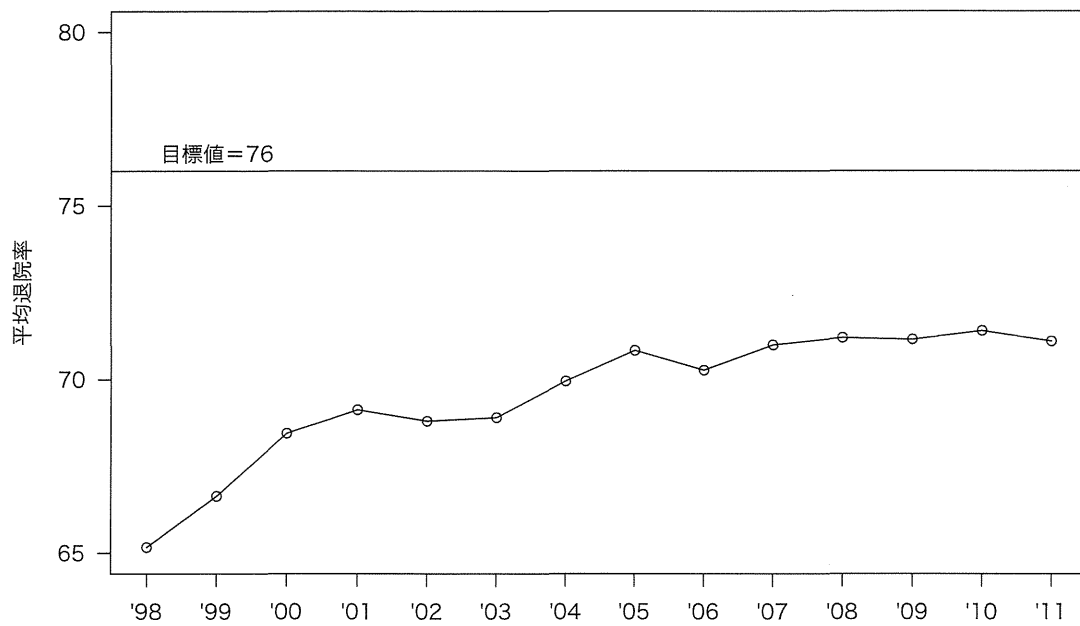


図 4 : 新たに精神病床に入院した者の退院の発生状況

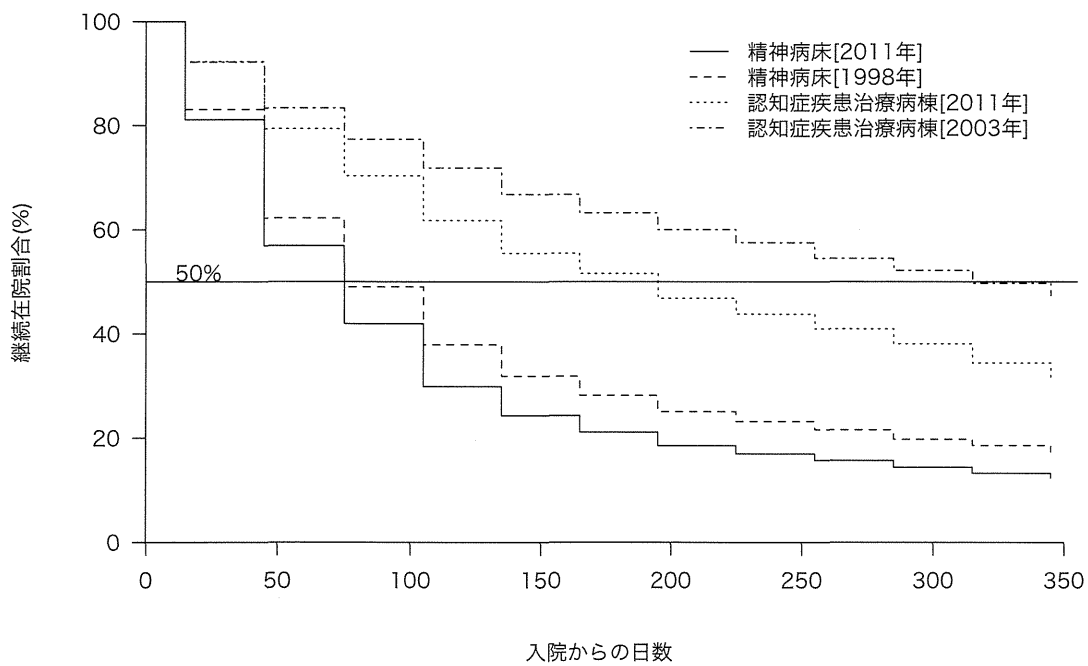


図 5：退院率の推移

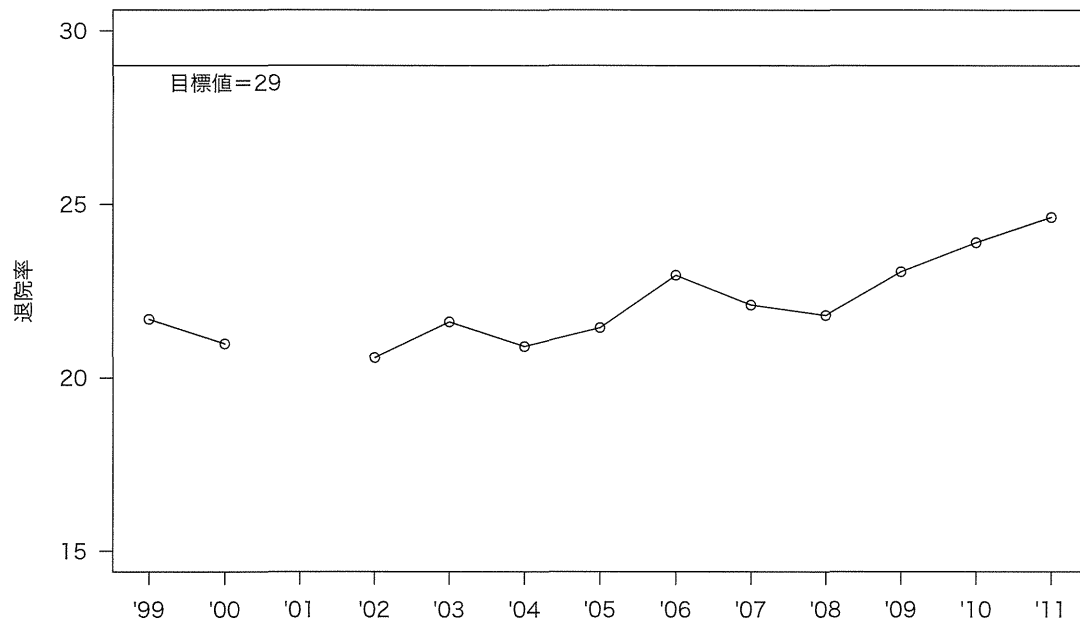
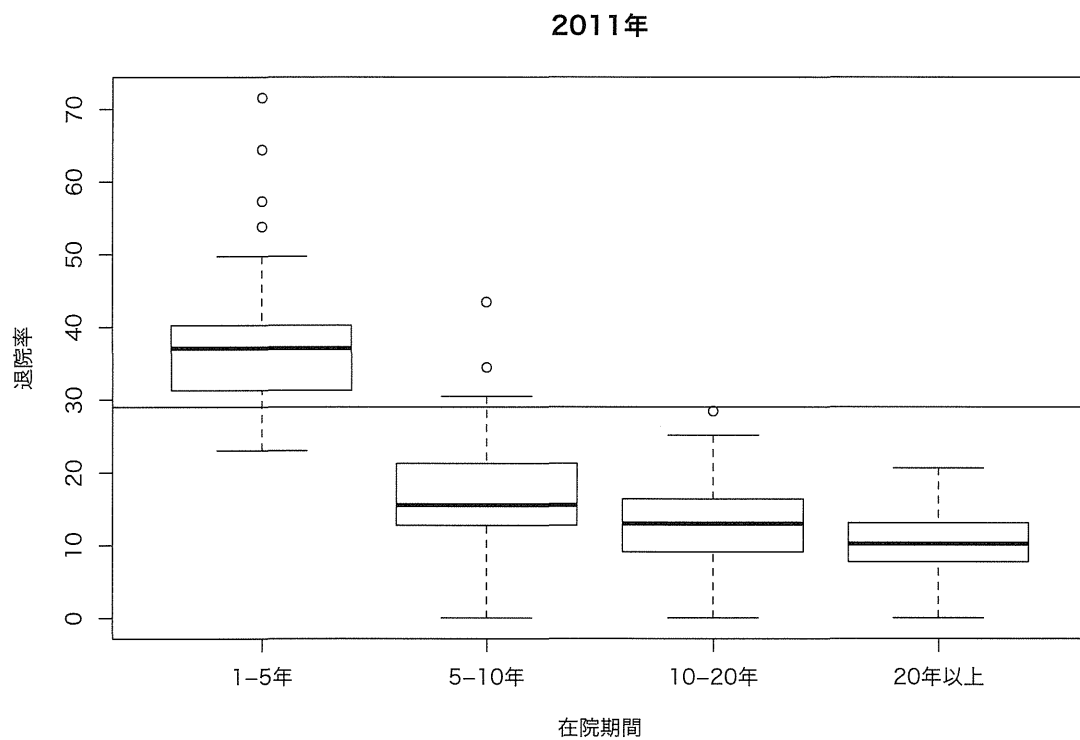


図 6：在院期間別の退院率の県ごとの値の分布の比較



注：実線は退院率の目標値 29 を示している。

図 7 : 2011 年の県別の認知症等 (F0) による人口 10 万対在院患者数

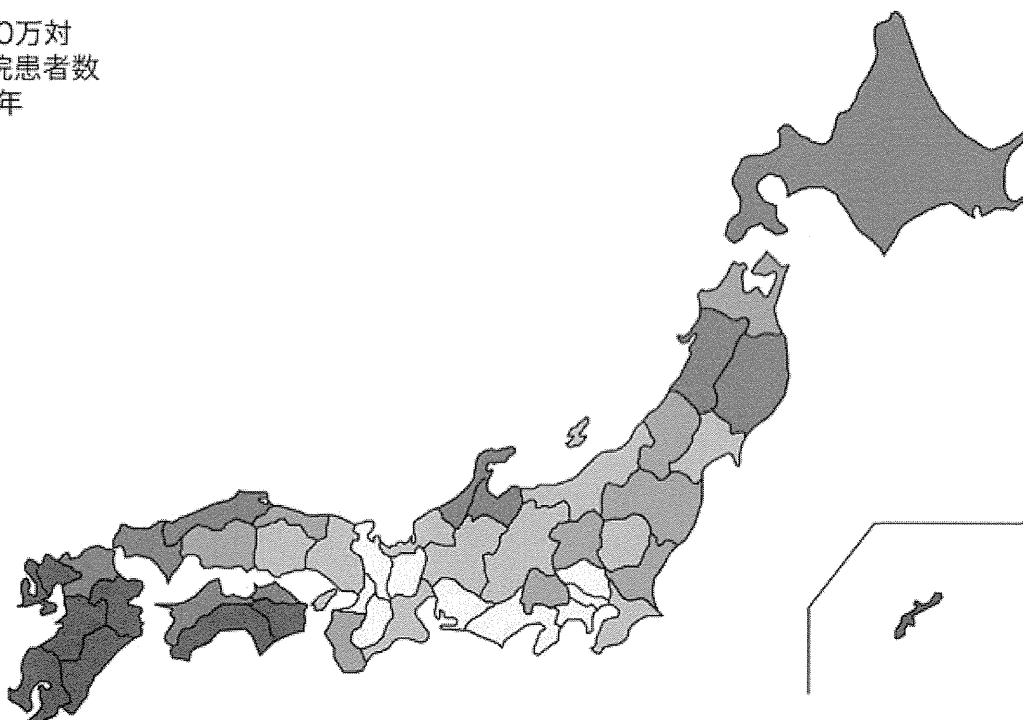
人口10万対
F0在院患者数
2011年



注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分した。色が濃い県は人口10万対在院患者数が多いことを示している。

図 8 : 2011 年の県別の統合失調症等 (F2) による人口 10 万対在院患者数

人口10万対
F2在院患者数
2011年



注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分した。色が濃い県は人口10万対在院患者数が多いことを示している。

図9：県別の認知症等（F0）による人口10万対在院患者数の推移

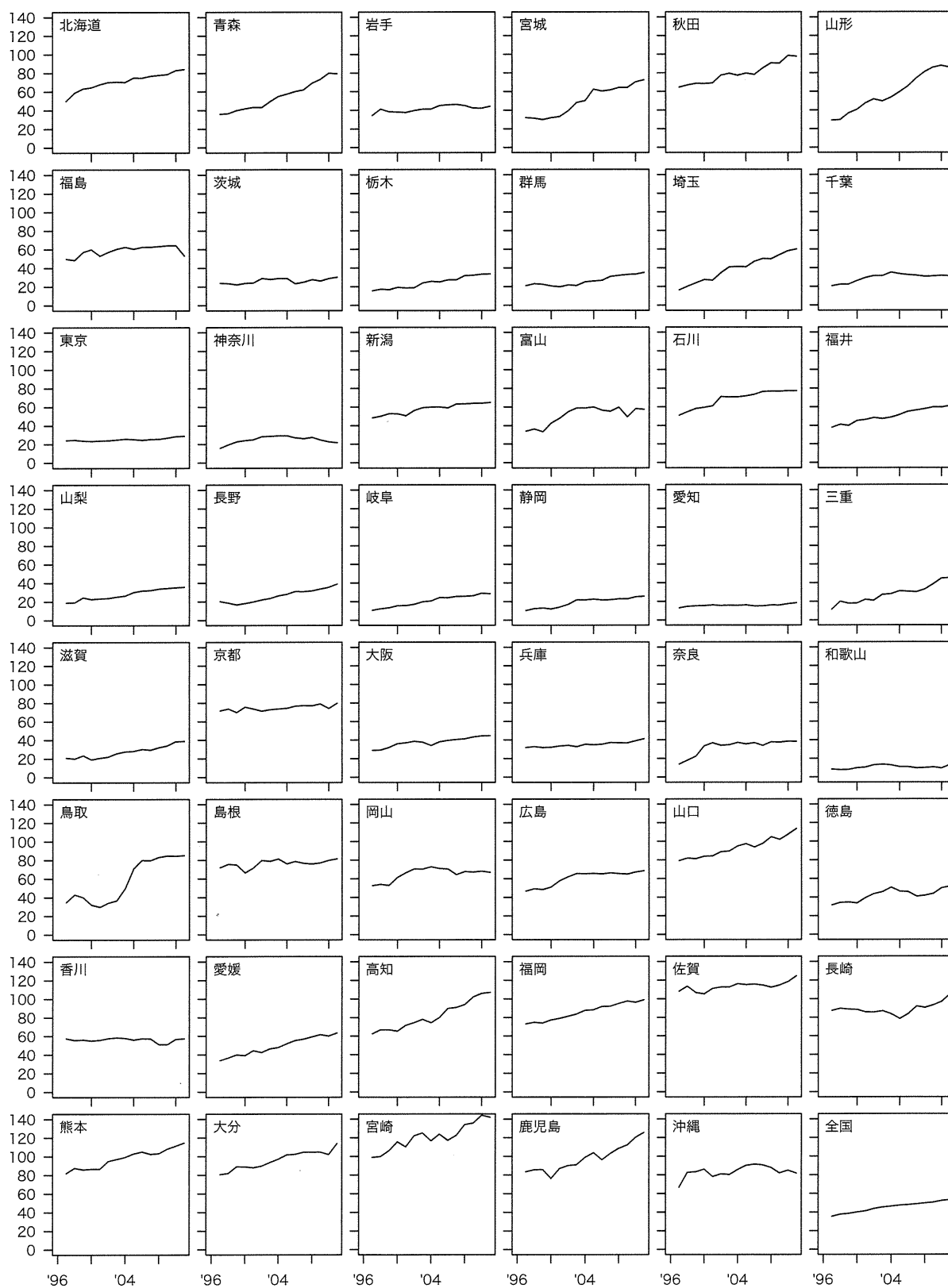
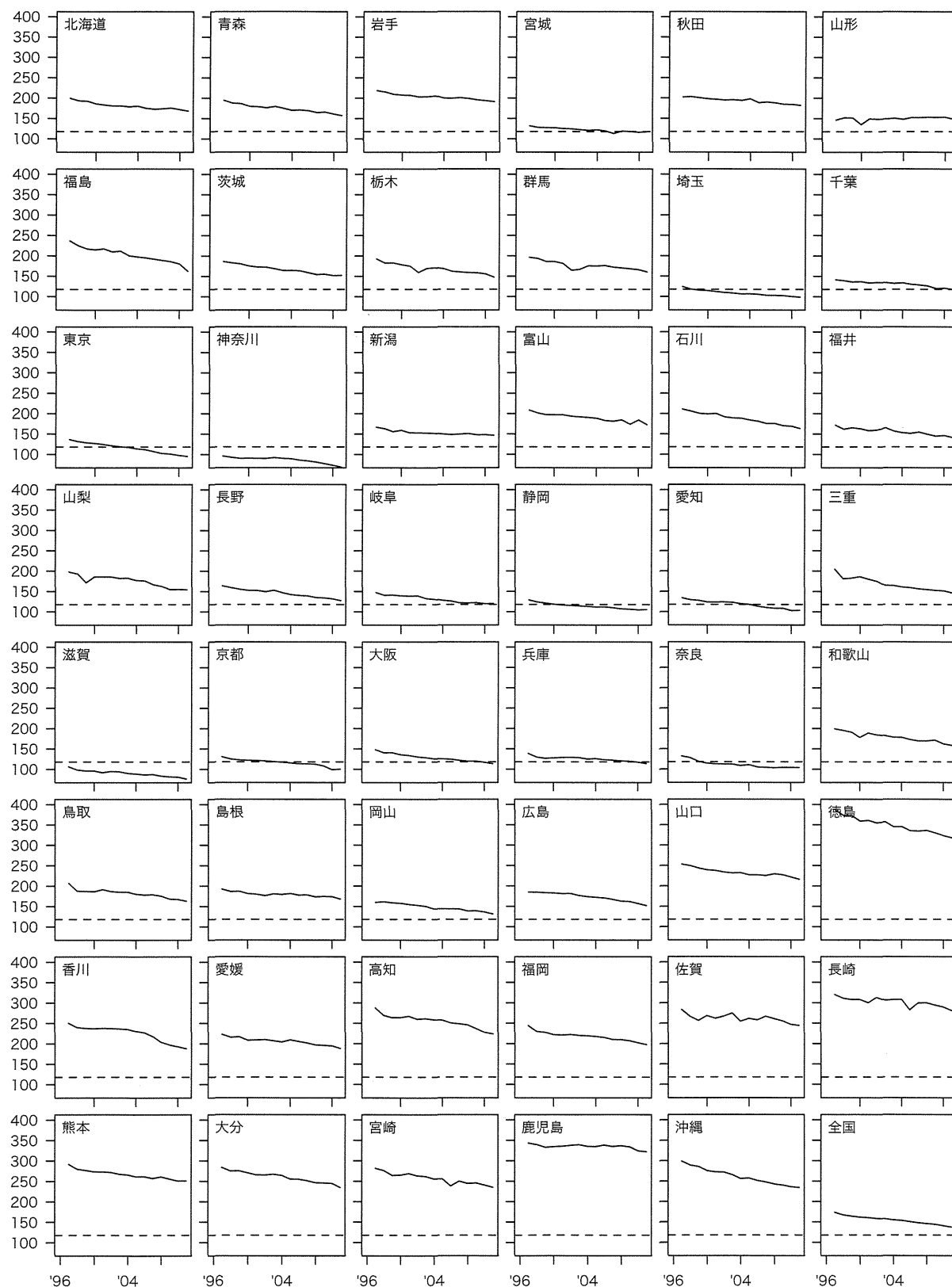


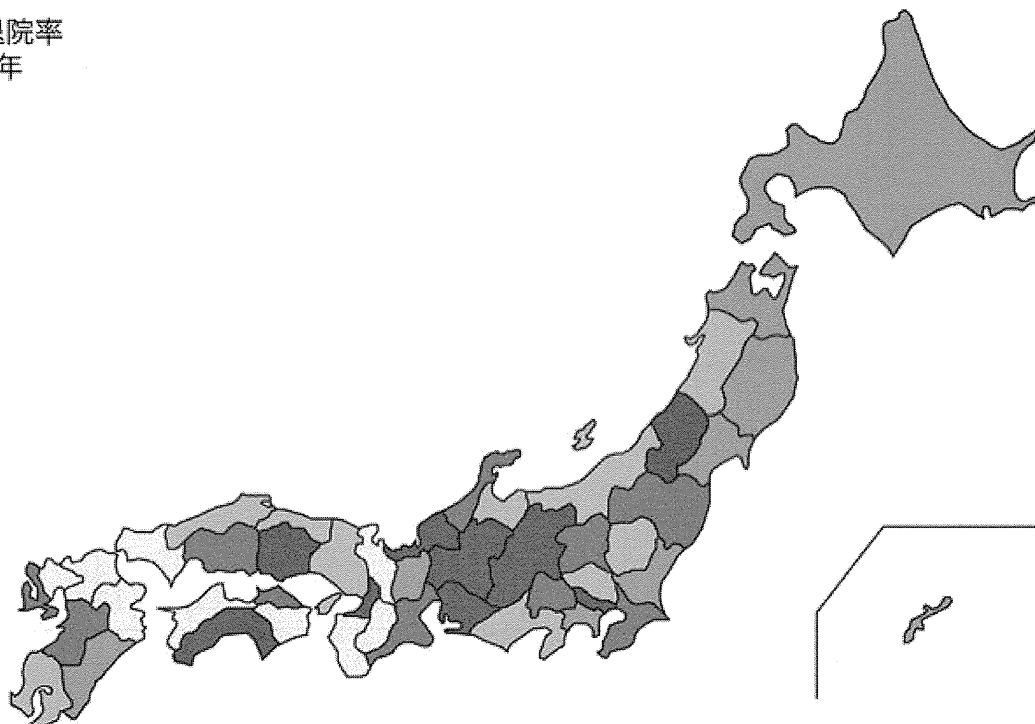
図 10：県別の統合失調症等（F2）による人口 10 万対在院患者数



注：破線は目標を達成した場合の 2014 年時の人口 10 万対在院患者数（118）を示す。

図 11：2011 年の県別の平均退院率

平均退院率
2011年



注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は平均退院率が高いことを示している。

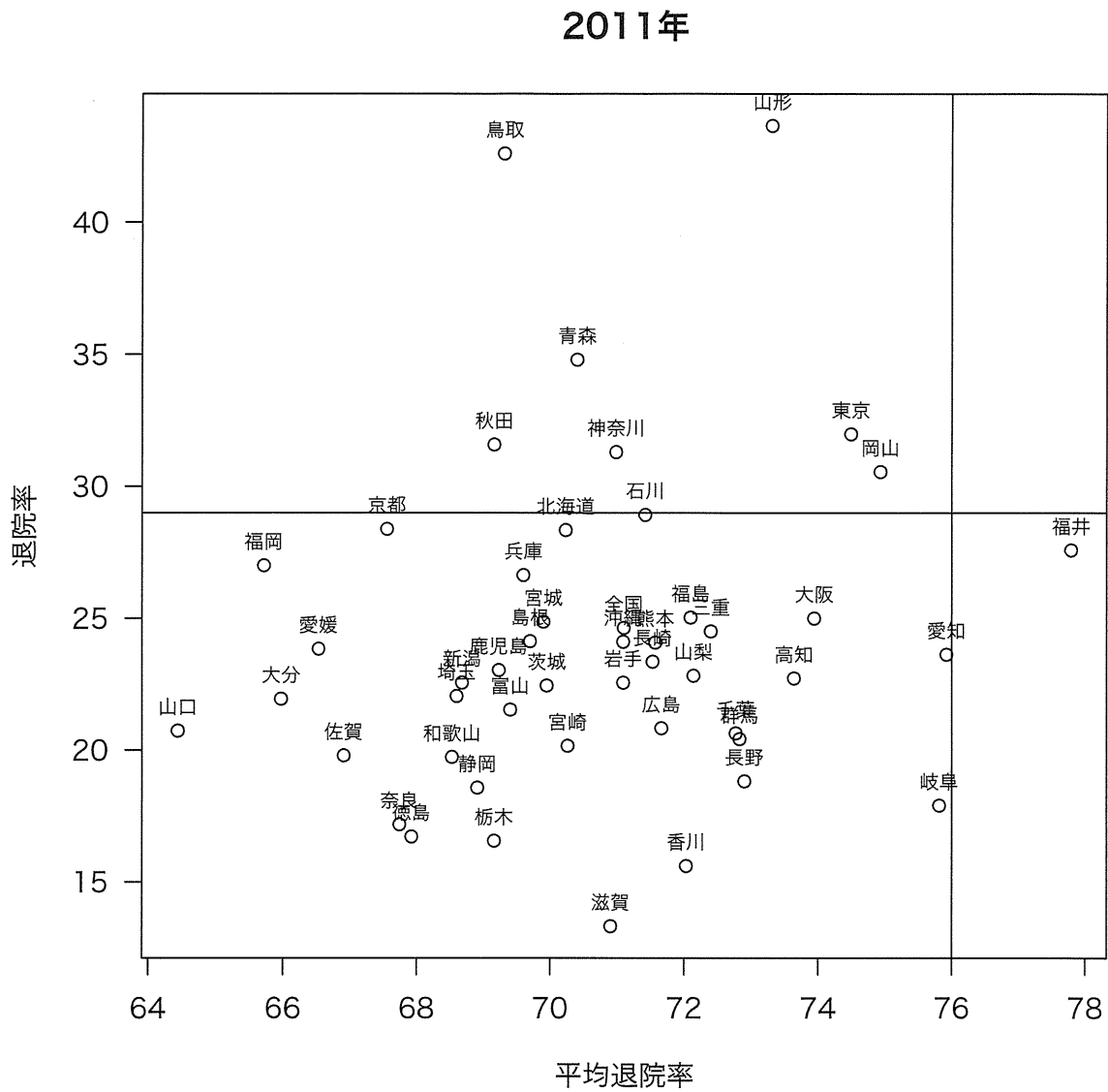
図 12：2011 年の県別の退院率

退院率
2011年



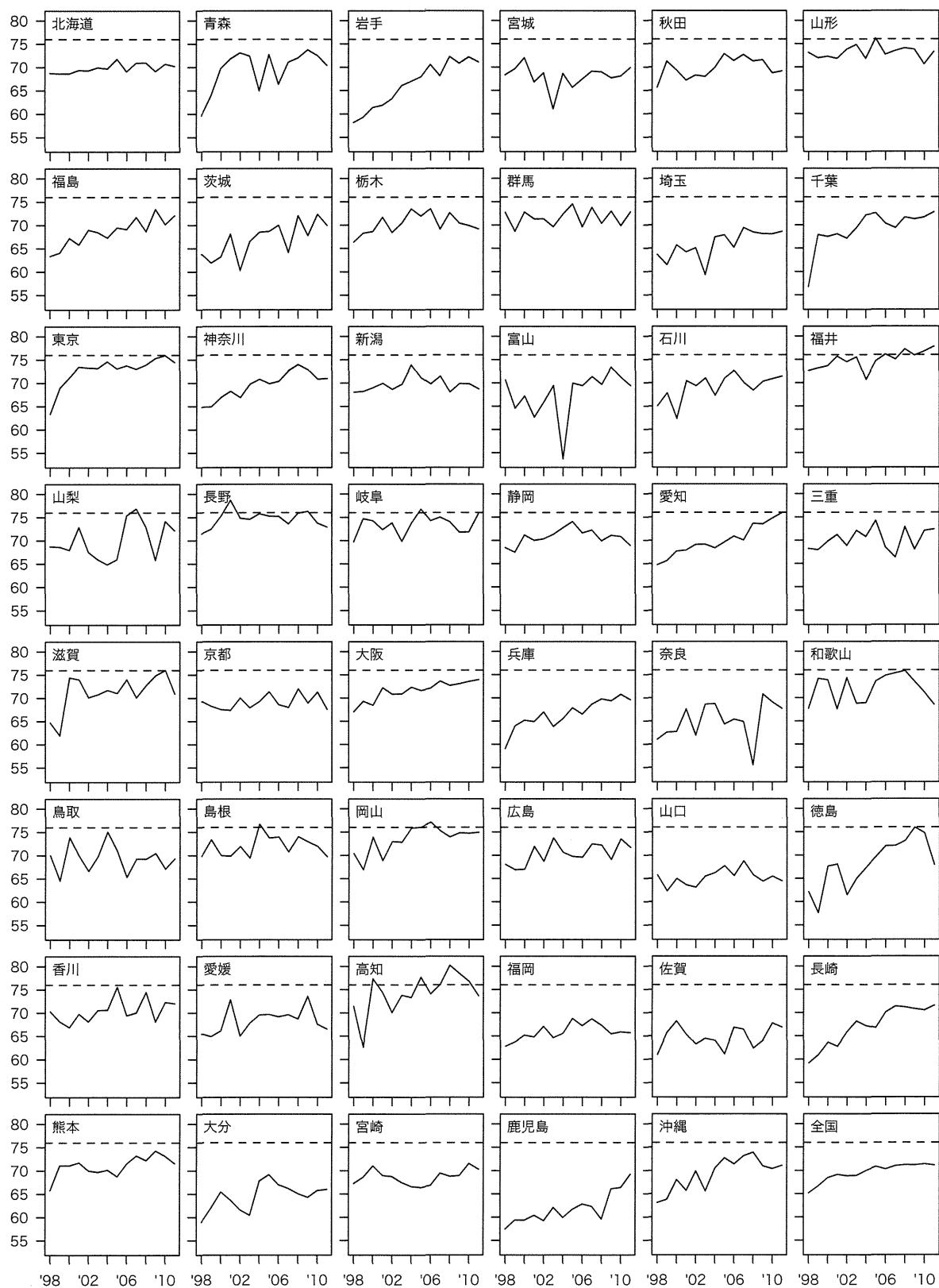
注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は退院率が高いことを示している。

図 13 : 2011 年の県ごとの平均退院率と退院率の散布図



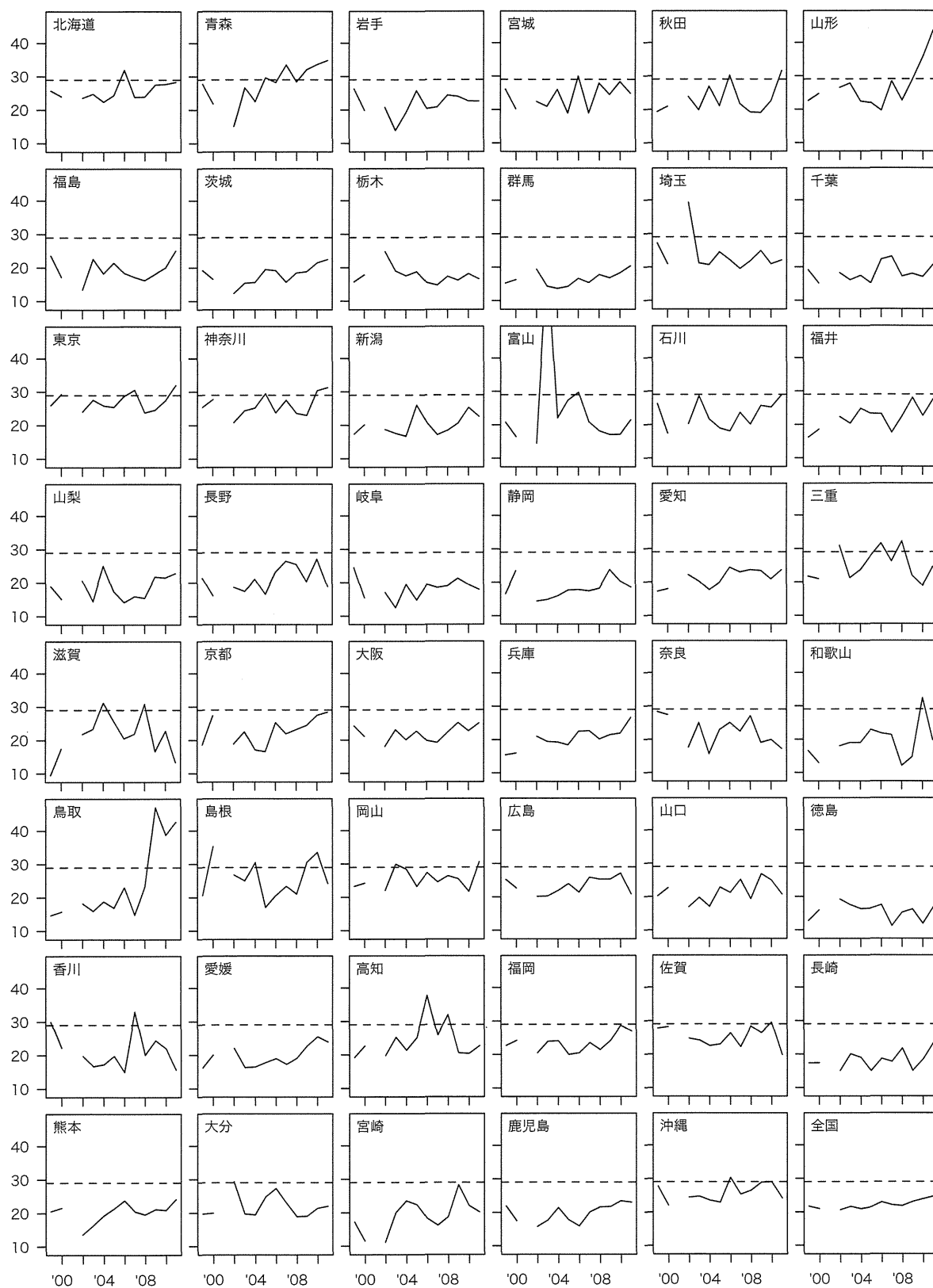
注：図中の2本の点線はそれぞれの軸に示した指標の目標値。

図 14： 県別の平均退院率の推移



注：破線は平均退院率の目標値 76 を示している。

図 15：県別の退院率の推移



注：破線は退院率の目標値 29 を示している。富山県、鳥取県などの異常に高い数値は病院の統廃合などによる外れ値

平成 25 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）
「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

地域精神保健医療のニーズの変化とその予防的対応に関する研究

研究分担者 森川 将行（堺市こころの健康センター）
研究協力者 井上雄一郎（三重県こころの健康センター）
小泉 典章（長野県精神保健福祉センター）
黒田 安計（さいたま市保健福祉局保健部）
永岡 秀之（島根県立こころの医療センター）
大塚 俊弘（長崎県県央保健所）
白川 教人（横浜市こころの健康相談センター）
土山幸之助（大分県こころとからだの相談支援センター）
山下 俊幸（京都府立洛南病院）

研究要旨：

【目的】本研究では地域精神保健医療ニーズの実態把握をもとに、それらを予防していくことを含めた対応の検討を行う。平成 25 年度は、平成 26 年度の全国の精神保健福祉センター（以下センター）における調査に使用する精神保健福祉医療に関する相談内容調査票を作成し、実際にいくつかのセンターで試行調査を行い、調査票の使いやすさや問題点を調べ、改訂を行うことが目的である。

【方法】平成 24 年度に全国保健所長会と全国センター長会に対して施行した今後の地域精神保健医療のニーズのアンケート調査、並びに過去の相談内容調査を参考に、精神保健福祉相談内容に関する調査票を作成する。試行調査への協力が得られた 5 箇所のセンターを対象に 10 月下旬から 11 月上旬にかけて平日の連続 5 日間を対象とした。調査内容は、相談者属性、対応職種、相談方法（来所、訪問、電話、電子メール等）、相談内容、所要時間、疾患名・状態、紹介経路、精神科治療歴、相談内容（衛生行政報告例等）、そして連携機関等であった。

【結果】5 箇所の自治体における連続 5 日間の相談総数は重複も含めて 415 件で、新規の相談総数は 142 件であった。なお、相談件数を多く認めた自治体 D のセンターについては連続 3 日間、そして他のセンターは 5 日間の計 325 件（新規 108 件）のデータを用いて集計した。相談対象者内訳は、男性（平均年齢 30.1±標準偏差 27.9 歳、レンジ 7 - 77 歳）が 54%、女性（33.1±23.7 歳、レンジ 7 - 82 歳）が 43%、そして不明 3%で、相談対応に要した時間は、男性が平均 31.2±12.7 分（レンジ 1 - 150 分）、女性が 27.6±15.6 分（レンジ 1 - 105 分）を要した。相談方法の内訳では、電話による相談が 56%と最も多く、次いで来所が 36%、訪問が 4%、電子メールが 3%、そしてその他（手紙、FAX 等）が 1%を占めた。男性相談対象者の年齢はピークが 20-29 歳代と 40-49 歳代にあり、大部分の相談者が 10-49 歳代に集中していた。一方、女性相談対象者は、10-19 歳代をピークとして年齢階級が上がるにしたがって徐々に減少する分布を示した。精神科通院歴は、通院歴なしが 34%、通院中が 30%、中断が 18%、そして入院中が 5%で（図 7）、過去に精神科入院歴がある場合は 15%であった。衛生行政報告例に準拠した相談内容（複数回答）では、心の健康づくりが 27%、思春期が 22%、社会復帰が 10%、薬物が 6%、うつ・うつ状態が 5%、ギャンブルと薬物が各々 2%、そして老人精神保健が 1%であった。相談内容からは、ひきこもり、依存症関連、自殺関連（自死遺族含）、そして発達障害への対応が示されたが、とりわけ

依存症関連では、アルコールや従来からの違法薬物に加えて、ギャンブル、いわゆる違法ドラッグ（ハーブ、アロマ等）、処方薬についての相談が認められた。また、少数ながら犯罪被害、摂食障害、ゲーム依存等の相談を受けていた。相談方法等の内容から、センターは大きく3つのサブグループに分けられた。電話相談が中心で、継続相談をほとんど行わないもの、電話・来所・訪問等を含めた全ての相談方法を行い、継続相談を多く提供しているもの、そして来所・電話が中心で、少数の継続相談を受けているものであった。

【考察および結論】 試行調査ではあるが、地域精神保健医療ニーズを把握するうえでも、センターにおける相談の実情を把握することの重要性が改めて示された。とりわけ、センターは医療モデルでは対応が困難なプレメディカルな対象者への相談を提供し、若年層への支援を積極的に行うなど、相談業務は多様に渡っており、地域の状況を反映していた。今後、新たな地域精神保健医療体制を考えるに当たっては一律に決めることは困難であり、社会資源の適切な地域診断と保健所やセンターを含めた専門機関の連携が重要である。こうした状況の中、センターがある程度自由度を維持することで、各々の地域で不足している社会資源を補い、新たに生じてくる精神保健福祉医療のニーズに対して、臨機応変に応じることが引き続き重要と考えられる。

A. 研究目的

精神疾患は、癌・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病の「4疾病」に加えて「5疾病」とされたことで、平成25年度以降の医療計画に記載されることになった。このような中、地域精神保健医療のニーズは、現在、統合失調症中心から、発達障害、摂食障害、パーソナリティ障害等の多様化が進んでおり、地域精神保健医療の現場でも、それらへの対応に予防的視点をもって取り組むことが求められている。また、精神保健福祉センター（以下センター）は、保健所とともに地域における精神保健福祉医療に関するニーズを捉える立場にあり、ここにおける相談内容を把握することは、社会全体におけるメンタルヘルス全般のニーズをいち早く察知でき、また、早期の予防的な対応の可能性が期待される。

本研究では地域精神保健医療ニーズの実態把握をもとに、それらを予防していくことを含めた対応の検討を行う。本研究の成果は、地域精神保健体制のあり方の検討や、精神保健福祉センター業務態勢充実の基礎資料となる。

平成24年度は、平成26年度の全国のセンターにおける相談内容調査に向けて、今後の地域精神保健医療のニーズの参考にするために、全国保健所長会と全国センター長会に対して、アンケート調査を行った。また、過去

の相談内容調査について情報収集を行った。

平成25年度は、これらの情報を元に作成した相談内容調査票を用いて、全国の5箇所の自治体のセンターにおいて実際に現場での試行調査を行い、調査票の使いやすさや問題点を調べ、改訂を行うことが目的である。

B. 研究方法

平成24年度の調査結果並びに、センターに関するこれまでの厚生労働科学研究などの研究を参考に、センターにおける相談実態調査のための相談内容調査票を作成した。これを用いて、5箇所の自治体のセンターにおいて試行調査を行った。

得られた結果を踏まえ、調査票の内容について修正を行った。

1. 対象

試行調査への協力が得られた5箇所の自治体の精神保健福祉センターを対象とした。

2. 手続き

各自治体センターにおいて、事前に配布した相談内容調査票を用いて、平成25年10月中旬から11月上旬にかけて、平日の連続5日間に渡って調査を行った。同一ケースであっても、調査期間内に複数回相談した場合は各々別々にカウントした。

3. 調査項目

- 1) 記入日
- 2) 相談所要時間：電子メールとその他（手紙、FAX等）については、返事を作成するのに要した時間とした。
- 3) 相談対応職種：1. 医師 2. 精神保健福祉士 3. 臨床心理技術者（臨床心理士） 4. 臨床心理技術者（その他） 5. 福祉関係職員 6. 保健師 7. 看護師 8. 作業療法士 9. 事務職 10. その他
- 4) 相談方法：1. 来所 2. 訪問 3. 電話 4. 電子メール 5. その他（手紙、FAX等）
- 5) 訪問先：1. 相談者自宅 2. 医療機関 3. 市町村 4. 福祉サービス事業所等関係機関 5. 警察 6. 学校 7. 職場 8. その他
- 6) 相談者年齢・性別
- 7) 相談状況：1. 新規 2. 定期的に継続 3. 不定期に継続
- 8) 同居家族：1. あり 2. なし 3. 不明
- 9) 相談者属性：1. 本人 2. 家族 3. 支援者（知人を含む） 4. 民生委員 5. 保健所職員（都道府県） 6. 保健所・保健センター職員（政令市） 6. 市町村職員 7. 福祉サービス事業所等関係機関職員 8. 医療機関 9. 警察官 10. 学校職員 11. その他 12. 不明
- 10) 相談対象者の年齢・性別
- 11) ICD-10（Zコードを含む3-4ケタ）
- 12) 紹介経路：1. 家族 2. 知人 3. 民生委員 4. 保健所（都道府県） 5. 保健所・保健センター（政令市） 6. 市町村役場 7. 本庁 8. 福祉サービス事業所等関係機関 9. 医療機関 10. 警察 11. 学校 12. 行政の広報誌 13. インターネットのホームページ 14. リーフレット 15. その他
- 13) 精神科治療の状況：1. 通院中 2. 中断 3. 治療歴なし 4. 入院中 5. 不明
- 14) 精神科入院歴：1. あり 2. なし 3. 不明
- 15) 相談内容①（平成25年度衛生業績報告

- 例記入要領に基づき、複数回答）：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. うつ・うつ状態 8. ギャンブル 9. その他
- 16) 相談内容②（複数回答）：1. 診断 2. 対応（情報提供を含む） 3. セカンドオピニオン 4. 自傷行為 5. 自死遺族 6. 自殺関連（自傷、自死遺族以外） 7. 家庭内暴力 8. DV 9. 地域・近隣での他害・迷惑行為 10. 医療の継続・中断 11. 退院 12. 就労 13. ひきこもり（不登校含む） 14. 発達障害 15. パーソナリティ障害 16. 摂食障害 17. 認知症 18. 犯罪被害 19. 震災関連 20. 日常生活支援 21. 障害者虐待 22. 児童虐待 23. アウトリーチ 24. 依存症⇒ ①アルコール関連 ②ギャンブル関連 ③処方薬関連 ④従来からの違法薬物関連（覚せい剤、大麻等） ⑤いわゆる違法ドラッグ関連（ハーブ、アロマ等） 25. 連携 26. 社会復帰（具体的内容） 27. その他（具体的内容）
 - 17) 相談結果（紹介して終了した場合は、複数回答）：1. 継続 2. 情報提供のみ 3. 今回で終了 3. 不明 4. 他機関への紹介 ⇒ 紹介先 ①精神科病院 ②総合病院の精神科・心療内科 ③精神科・心療内科診療所 ④福祉関係機関等 ⑤保健所（都道府県） ⑥保健所・保健センター（政令市） ⑦市町村 ⑧地域包括支援センター ⑨教育センター ⑩地域活動支援センター ⑪その他の行政機関 ⑫その他
 - 18) 継続相談（他機関と連携している）の場合は複数回答：1. なし 2. あり ⇒ 連携先（複数回答） ①精神科病院 ②総合病院の精神科・心療内科 ③精神科・心療内科診療所 ④福祉関係機関等 ⑤保健所（都道府県） ⑥保健所・保健センター（政令市） ⑦市町村 ⑧地域包括支援センター ⑨教育センター ⑩地域

活動支援センター ⑪その他の行政機関 ⑫その他

4. 解析方法

得られた各々の調査データは単純集計した。今年度はデータ入力に直接作業であったため、相談件数の多い自治体Dについては3日間のデータと、他の4自治体については5日間のデータを合わせて解析した。なお、欠損値や複数回答があるため、調査項目毎に、解析数は必ずしも一致していない。

(倫理面への配慮)

相談内容調査票は、個々に対応を行った職員により番号が記入され匿名化した上で集計された。このため、解析に関わる者が、個人情報情報を全く特定できない状態で検討を行った。

C. 研究結果

1. 相談件数

5箇所の自治体における連続5日間の相談総数は重複も含めて415件で、新規の相談総数は142件であった。各自治体における新規相談と継続相談における年齢階級疾患別、年齢階級相談内容別は一覧表で示した(表1a-5d)。自治体Aは相談106件(新規5件含)、自治体Bは19件(新規18件含)、自治体Cは24件(新規20件含)、自治体Dは255件(新規91件含)、そして自治体Eは10件(新規8件含)であった。調査期間は、自治体A、B、Eの3センターが平成25年10月21日-25日に、自治体C、Dの2センターが同年10月28日-11月1日において、連続5日間の相談内容調査を行った。なお、以下の集計には、325件(新規108件)のデータを用いた。

2. 相談対象者の基本情報

相談対象者内訳は、男性(平均年齢30.1±標準偏差27.9歳、レンジ7-77歳)が54%、女性(33.1±23.7歳、レンジ7-82歳)が43%、そして不明3%で(図1)、相談対応に要した時間は、男性が平均31.2±12.7分(レンジ1-150分)、女性が27.6±15.6分(レンジ1-105分)を要した。相談方法の内訳では、電

話による相談が56%と最も多く、次いで来所が36%、訪問が4%、電子メールが3%、そしてその他(手紙、FAX等)が1%を占めた(図2)。各相談方法別所要時間は、電話が13.7±12.4分(レンジ1-70分)、来所が57.4±21.0分(レンジ5-150分)、訪問が52.3±23.0分(レンジ20-90分)、電子メールが6.4±6.2分(レンジ1-20分)、そしてその他(手紙、FAX等)が10.5±13.7分(レンジ1-30分)を要した。

相談対応に当たった職種は、精神保健福祉士が35%、心理職が33%(臨床心理士21%、臨床心理技術者12%)、保健師27%、そして医師が2%を占めた(図3)。定期的な相談が55%と最も多く、新規が33%、そして不定期な相談が12%であった(図4)。実際に相談してきた人は、本人が51%、家族が34%、そして相談機関などの支援者を含むその他が15%で(図5)、同居家族がいる場合が73%で、いない場合が8%であった(図6)。

精神科通院歴は、通院歴なしが34%、通院中が30%、中断が18%、そして入院中が5%で(図7)、過去に精神科入院歴がある場合は15%であった(図8)。相談に至った紹介経路は、インターネットと家族からが各々16%、保健所・保健センター11%、医療機関9%、学校と広報からが各々6%、そして福祉サービスとリーフレットが各々4%であった(図9)。

3. 相談内容

衛生行政報告例に準拠した相談内容(複数回答)では、心の健康づくりが27%、思春期が22%、社会復帰が10%、薬物が6%、うつ・うつ状態が5%、ギャンブルと薬物が各々2%、そして老人精神保健が1%であった(図10)。個別の相談内容の対象(複数回答)については、ひきこもりが137件、依存症関連が40件、自殺関連(自死遺族含)が32件、そして発達障害が26件であった。依存症関連の相談の内訳は、アルコール関連が9件、従来からの違法薬物9件、ギャンブル関連が8件、いわゆる違法ドラッグ(ハーブ、アロマ等)が7件、処方薬が4件、そして有機溶剤が3件

であった。数は少ないが相談を受けていたものとしては、犯罪被害4件、摂食障害4件、そしてパーソナリティ障害1件があった。

また、その他として記載された相談内容については表6に示した。病的賭博、ゲーム依存、Adult Children (AC)、そしてParent-Child interaction Therapy (PICT) についての相談を認めた。

支援に関する相談としては、対応が92件と最も多く、次いで就労が22件、社会復帰16件、日常生活支援11件、医療中断が7件、連携が5件、診断4件、そしてアウトリーチ1件であった。相談後の対応結果は、継続相談が最も多く62%、相談終了が15%、情報提供が11%、そして他機関への紹介が10%であった(図11)。継続相談となった場合の他機関との連携は、連携機関なしが48%と最も多く、精神科病院・診療所(心療内科含)が16%、保健所・保健センターが10%、そして福祉関係機関が5%であった(図12)。

3. 相談方法・相談状況別相談内容

相談方法による相談内容の相違については、電話相談(図13)では、心の健康づくりに関する相談が28%と最も多く、次いで思春期が19%、社会復帰が9%を占め、来所相談(図14)では思春期が26%と最も多く、次いで心の健康づくりが23%、社会復帰が12%を占めた。電話と来所相談に比べると相談件数は少なくなるが、訪問(図15)では、思春期が28%、心の健康づくりが27%、そして、アルコール、薬物、うつ・うつ状態が各々9%ずつを占めた。電子メール(図16)では、思春期が26%、心の健康づくりが23%、そして社会復帰が12%を占めた。

相談者別の相談内容(図17)では、本人からの相談割合が多いのは、老人精神保健、社会復帰、心の健康づくり、そしてうつ・うつ状態であった。これに対して、家族からの相談割合が多いのは、アルコールと思春期であった。本人と家族からの相談が概ね同じ割合であったのは、薬物とギャンブルの相談であ

った。

相談状況別の相談内容(図18)では、新規の相談割合が多いのは、老人精神保健、アルコール、うつ・うつ状態、そしてギャンブルであった。定期的な継続相談では、社会復帰、薬物、思春期、そして心の健康づくりであった。

4. 相談対象者基本情報別年齢分布

男性相談対象者の年齢はピークが20-29歳代と40-49歳代にあり、大部分の相談者が10-49歳代に集中していた。一方、女性相談対象者は、10-19歳代をピークとして年齢階級が上がるにしたがって徐々に減少する分布を示した(図19)。

相談内容別の年齢割合では、電話では幅広い年代からの相談があり、特に10-19歳代と40-49歳代の割合がほぼ同程度に多く、次いで30-39歳代と20-29歳代であった。来所では、10-19歳代と20-29歳代がほぼ同程度に多く、次いで30-39歳代、40-49歳代であった。訪問では64%を20-29歳代が占めており、40歳代以上は認めなかった。電子メールでは、20-29歳代と10-19歳代がほぼ同程度に多く占めていて、40歳代以上は認めなかった(図20)。

相談者属性別の年齢割合では、本人からの相談では、20-29歳代が34%と最も多く、次いで40-49歳代が22%、30-39歳代が19%と続いた。家族からの相談では、10-19歳代が48%と圧倒的に多く、次いで、20-29歳代、40-49歳代であった。支援者などを含むその他からの相談では、30-39歳代が34%と多く占め、次いで10-19歳代、20-29歳代であった(図21)。

相談状況別の年齢割合では、新規では10-19歳代が36%と最も多く、20-49歳代まで14%前後を各々占めていた。定期的な継続相談では、10-19歳代と20-29歳代がほぼ同程度(28%前後)に多く、次いで40-49歳代、30-39歳代と続いた。不定期的な継続相談では、20-29歳代が43%と最も多く、次いで30-39歳代、10-19歳代であった(図22)。

5. 自治体別相談方法とその内容

調査期間内における自治体別相談方法では、大きく3つのパターンに分けられた。自治体AとDのセンターは、来所、訪問、電話など多彩な相談を受けていて、自治体Cは来所と電話が主であり、そして自治体BとEは電話を主として相談に応じていることが示された(図23)。

自治体別の相談状況では、大きく2つのパターンに分けられた。自治体BとEは、新規相談を主として受け、不規則な相談に対処していた。一方、残りの3つの自治体は、定期的な相談を受けているが、多く受けているセンターと、わずかに受けているセンターを認めた。また、自治体Aにおいては、新規を受ける割合が定期的な相談と比較して極端に少なかった(図24)。

自治体別の相談内容では、どのセンターもまんべんなく様々な相談を受けているが、ひきこもり、発達障害、自殺関連などの相談が含まれるその他の割合が、多いセンター(自治体AとB)と多くないセンター(自治体C、D、E)に分けられた(図25)。

自治体別相談結果では、継続相談が多い自治体AとDのセンターと、全くないか極めて少ないセンター(自治体B、E)、そしてこれらの中に当たるセンター(自治体C)に分けられた(図26)。

これらの要因を簡略化して図27にまとめた。

6. 精神保健福祉相談内容調査票の改訂

今回の調査から、平成26年度に行う全国の精神保健福祉センターにおける調査票の改訂を行った(資料)。

D. 考察

今回の調査は、平成26年度の全国調査に向けて、試行的に5自治体のセンターにおいて連続5日間行った。平成20年9月下旬に全国保健所長会により行われた全国54箇所での調査では、来所・訪問・電話の1施設平均相談件数は127.2件(複数回答)と

報告された。参考までに、今回の調査結果から電子メールとその他の相談15件を抜いた1施設の平均相談件数は77.8件(複数回答)で、少ない件数となった。今回の調査は時期も異なり、限定したセンターでの調査でもあったため、その影響は無視できず、正確な相談件数の増減については、平成26年度の全国調査を待たなければならない。

また、前述した平成20年の調査における衛生行政報告例に基づく相談内容では、来所・訪問・電話相談の報告数から新たに計算すると、老人精神保健2%、社会復帰23%、アルコール3%、薬物1%、思春期7%、心の健康づくり31%、そしてその他が33%となった。平成25年の今回の調査と比較すると、ギャンブルとうつ・うつ状態をその他に加えると32%であり、大きな変化はないが、老人精神保健、社会復帰、アルコール、心の健康づくりの割合が減少しているのに対して、薬物が約6倍、そして思春期が約3倍に増加しており、あくまでも参考ではあるが、社会情勢の変化が反映されている可能性が伺えた。

一方、毎年、厚生労働省から発表されている衛生行政報告例におけるセンターの相談内容(主たるものを選択)は、平成24年度の結果の概要から、老人精神保健1%、社会復帰46%、アルコール3%、薬物4%、思春期11%、心の健康づくり11%、うつ・うつ状態5%、そしてその他が19%と報告された。今回の調査の方が、社会復帰の相談割合が少なく、思春期、心の健康づくりにおいて多く認めた。国の報告は、主たるものを計上することに加えて、デイ・ケア等の件数も含まれているため、相違が生じた可能性がある。

精神科通院歴のない相談者が34%、そして中断している相談者が18%と、センターには、治療を受ける前や継続した治療に至っていない人達への相談の役割を果たしていることが示された。また、紹介経路として、インターネットからが家族と並んで、最も多い情報手段として活用されており、今後のインターネットを介した情報発信の重要性が改めて示さ

れた。また、相談対象者の年齢においては、10-19歳代が29%と20-29歳代が27%と合わせて56%がセンターで何らかの相談を受けていることが示され、若年層への対応ニーズの高さが伺えた。

相談内容からは、ひきこもり、依存症関連、自殺関連（自死遺族含）、そして発達障害への対応が示されたが、とりわけ依存症関連では、アルコールや従来からの違法薬物に加えて、ギャンブル、いわゆる違法ドラッグ（ハーブ、アロマ等）、処方薬についての相談が認められた。また、少数ながら犯罪被害、摂食障害、ゲーム依存等の相談を受けていた。社会のニーズを反映した相談が少しずつ顕在化してきており、今後、さらに相談対応が求められてくる可能性が示唆された。

僅か5箇所の自治体センターの調査においても、相談数や支援方法等の対応には相違があり、各地域における精神保健福祉医療体制の相違が改めて明確に示されたことから、一律に論じることは困難なことが明らかとなった。相談支援方法、新規か継続相談、相談内容、そして対応からセンターは、大きく以下の3つのサブグループに分けられた。電話相談が中心で、継続相談をほとんど行わないもの、電話・来所・訪問等を含めた全ての相談方法を行い、継続相談を多く提供しているもの、そして来所・電話が中心で、少数の継続相談を受けているものであった。センターによって各々の地域における役割が異なっていることが示された。実際のところ、センターは、ひきこもり地域支援センター、デイ・ケアの併設、都道府県・政令指定都市、そして職員数や規模の違い等により、一律に比較することは困難であるが、各々のセンターが地域において果たしている役割を把握することは重要と考えられた。

E. 結論

試行調査ではあるが、地域精神保健医療ニーズを把握するうえでも、センターにおける相談の実情を把握することの重要性が改めて

示された。とりわけ、センターは医療モデルでは対応が困難なプレメディカルな対象者への相談を提供しており、若年層への支援を積極的に行っていた。

センターの相談業務の多様性は、突き詰めると地域の状況を反映しており、また、専門的な相談機関であることから特殊な事例についての相談を受けることが多く、これを調査することで、各地域における地域精神保健福祉医療の体制を把握することは重要である。

新たに地域精神保健医療体制を考えるに当たっては、地域における社会資源の相違があるため、一律に決めることは困難であり、適切な地域診断と保健所やセンターを含めた専門機関の連携が重要である。こうした状況の中、センターがある程度自由度を維持することで、各々の地域で不足している社会資源を補い、新たに生じてくる精神保健福祉医療のニーズに対して、臨機応変に応じることが引き続き重要と考えられる。

本研究は、5箇所の自治体センター職員の協力を得て実施しました、ここに深謝いたします。

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

I. 引用文献

- 1) 平成 20 年度障害者保健福祉推進事業
「精神障害者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する調査研究報告書」
全国保健所長会 II 相談編 岡部英男
2009.3