

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

630 調査等による精神保健医療福祉のマクロ動向の分析に関する研究

研究分担者 立森 久照 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 臼田謙太郎 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
後藤 基行 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
下田 陽樹 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
加藤 直広 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
西 大輔 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究代表者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：

【目的】最新の精神保健福祉資料データによる精神病床利用者の数的状況に基づいて精神保健医療福祉の改革ビジョンの進捗を明らかにする。

【方法】厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に文書依頼を行い収集した全国の子精神科医療施設などの状況についての資料を、同課の許可を得て二次的に分析した。このデータはわが国の精神科病院等のほぼ悉皆と見なしうる調査により得られたものである。1996年から2012年調査のデータを使用した。

【結果】改革ビジョンの数値目標の最新の状況は平均退院率70.9（目標値76以上）、退院率23.3（同29以上）、統合失調症等による在院患者数173,417人（同15万人以下）であった。2012年の精神科病院等の在院患者総数は302,156人であり、前年比で2,238人の減であった。統合失調症等の在院患者数は'11年から'12年の間で2,193人の減（'10年から'11年の間では4,620人の減）、一方で認知症を含む器質性精神障害のそれは68,183人と'11年から'12年の間で213人の増（'10年から'11年の間では1,077人の増）であった。認知症等、統合失調症等とも人口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という特徴に変化はない。統合失調症等はほぼ全ての県で人口10万対患者数が減少傾向にある。平均退院率は概ね増加傾向にあったと言えるが、近年は71.2、71.2、71.4、71.1、70.9とほとんど変化がみられない。一方で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を示し、'08年以降は4年間続けて上昇していたが、'11年から'12年の間では下降した。

【結論】在院期間が年以内の患者の動態の指標である平均退院率は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ない。数値目標とは'12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患者の動態の指標である退院率は'08年以降は4年間続けて上昇していたが'11年から'12年の間では少し下降した。数値目標の水準からはまだ6ポイント弱の隔たりがある。新規入院患者、長期在院患者ともに退院の発生を表す指標にほぼ変化がみられず、プラトーに達した可能性が高いと思われた。統合失調症の在院患者数は一貫して減少傾向にある。しかし目標値とは2万人以上の開きがある。以上の'12年時点での数値目標の値と、改革ビジョンで掲げられたのは'14年の目標であるため後2年しか時間がないことを考えると目標の達成は非常に困難と思われた。

A. 研究目的

本研究は 1996 年から現時点で最新の調査である 2012 年までの精神保健福祉資料のデータを用いて精神科病床を有する病院(以下、精神科病院等)における在院患者の数的状況や改革ビジョンの数値目標の推移を分析することにより、改革ビジョンのこれまでの進捗を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課では、毎年 6 月 30 日付で、精神・障害保健課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部(局)長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文書依頼を行い、全国の精神科医療施設などの状況についての資料を得ている。

この精神保健福祉資料のデータはわが国の精神科病床を有する病院(以下、精神科病院等)のほぼ悉皆と見なしうる調査により得られたものである。本研究では 1996 年から 2012 年調査のデータを使用した。

2. 方法

1996 年から 2012 年の精神保健福祉資料の精神科病院等の患者についてのデータを用いた二次解析を厚生労働科学研究として実施した。人口 10 万対の数値を算出するためには、総務省統計局公表の各年 10 月 1 日現在推計人口を使用した(<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.htm>)。

在院患者総数、症状性を含む器質性精神障害(F0)(以下、認知症等)および統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害(F2)(以下、統合失調症等)による在院患者数、改革ビジョンで数値目標とされた平均退院率、1 年以上在院者の退院率(以下、退院率)について最新の全国値を明らかにし、それらの年次推移を分析した。都道府県(以下、県)ごとの認知症および統合失調症等による在院患者数の最新の状況およびそれらの人口 10 万対在院患者数の推移を県間で比較した。県

ごとの平均退院率、1 年以上在院者の退院率の最新の状況と年次推移を分析した。

なお精神保健福祉資料の調査内容は年により多少異なるため、集計項目によっては 1996 年以降の全ての年の数値がない場合がある。

(倫理面への配慮)

本研究は、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部(局)長に文書依頼を行い収集した、全国の精神科病院の状況についての資料を、厚生労働科学研究として、精神・障害保健課の許可を得て二次的に分析したものである。データは施設ごとの集計値として報告されており、そこには個人を特定可能な情報は含まれていない。

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

2012 年の精神科病院等の在院患者総数は 302,156 人と前年から 2,238 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。

改革ビジョンの数値目標の最新の状況は平均退院率 70.9(目標値 76 以上)、退院率 23.3(同 29 以上)、統合失調症等による在院患者数 173,417 人(同 15 万人以下)であった。

統合失調症等の在院患者数は'11 年から'12 年の間で 2,193 人の減少であった('10 年から'11 年の間では 4,620 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。

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、71.2、71.4、71.1、70.9 とほとんど変化がみられない。ただし'98 年と比較すると平均退院率は改善している。'98 年当時より新規入院者が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'12 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の指標である退院率も、改革ビジョン前の'99年と比べると一定の改善(21.7→23.3)はみられた(図5)。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を示し、'08年以降は4年間続けて上昇していたが、'11年から'12年の間では下降した。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。

'12年の認知症等による在院患者数は68,183人と'11年から'12年の間で213人の増加であった('10年から'11年の間では1,077人の増加、'09年から'10年では2,564人の増)。増加傾向は'97年以降一貫して観察されたが、この1年間の増加率はそれまでと比べてずっと小さい(図2)。

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。これは昨年と大きな違いはない。

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'12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。この特徴はこれまでの傾向と変化がない。

次に県別に'97年から'12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14県)がすで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。

図13に'12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に達成した県は、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。'12年時点において目標をともに達成した県は福井県のみである。

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た(図14)。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2012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ず、プラトーに達した可能性が高いと思われた。数値目標とは'12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は非常に困難と思われた。

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を示し、'08年以降は21.8、23.1、23.9、24.6と4年間続けて上昇していたが、'11年から'12年の間では下降した。数値目標の水準からはまだ6ポイント弱の隔たりがあり、こちらも数値目標の達成は非常に困難と思われた。

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。すで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ものの、全国値も目標に近づいている。期限までの数値目標の達成は困難があると思われるが、近い水準に達することは不可能ではない。

認知症を含む器質性精神障害の精神科病床の在院患者数は'03年以降'12年まで一貫して増加傾向にあり、'09年から'10年の間の増加(2,564人増)は著しいものであった。その後'10年から'11年の増分はこの半分以下、'11年か

ら'12年の増分はこの10分の1以下と1年間の増加率はそれまでと比べてずっと小さくなってきた。今後も認知症等の在院患者数がこの水準で推移していくのかを観察していく必要があると思われた。

E. 結論

在院期間が年以内の患者の動態の指標である平均退院率は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ない。数値目標とは'12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患者の動態の指標である退院率は'08年以降は4年間続けて上昇していたが'11年から'12年の間では少し下降した。数値目標の水準からはまだ6ポイント弱の隔たりがある。新規入院患者、長期在院患者ともに退院の発生を表す指標にほぼ変化がみられず、プラトーに達した可能性が高いと思われた。統合失調症の在院患者数は一貫して減少傾向にある。しかし目標値とは2万人以上の開きがある。以上の'12年時点での数値目標の値と、改革ビジョンで掲げられたのは'14年の目標であるため後2年しか時間がないことを考えると目標の達成は非常に困難と思われた。

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

- 1) Kato, N., Tachimori, H., Takeshima, T. Classifying temporal patterns in prefectural discharge rates using hierarchical Bayesian model, WPA Section on Epidemiology and Public Health - 2014 Meeting, Nara, Japan, 2014/10/16.

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.

図1：精神病床の在院患者数の推移

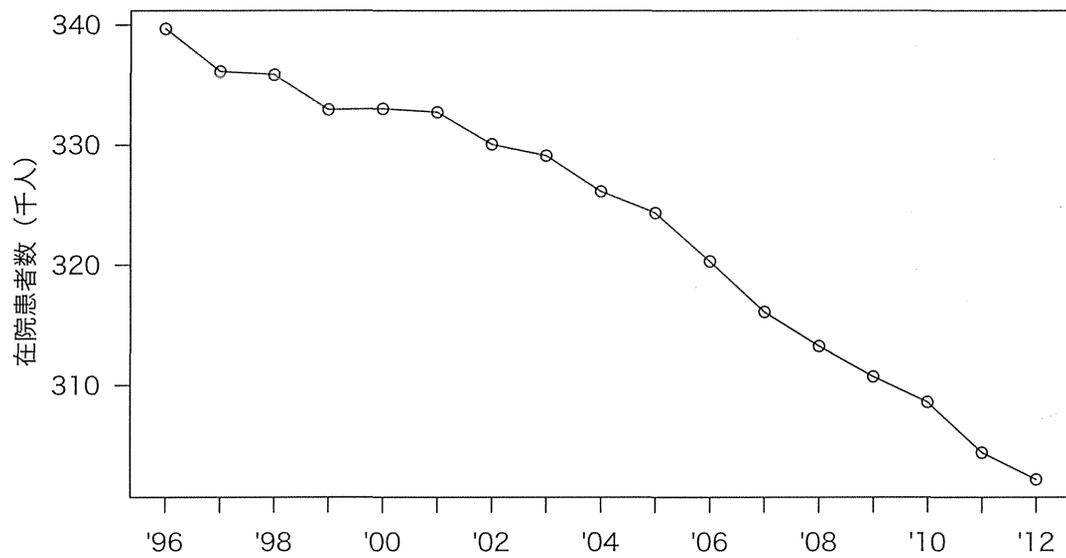


図2：認知症等（F0）と統合失調症等（F2）による在院患者数の推移

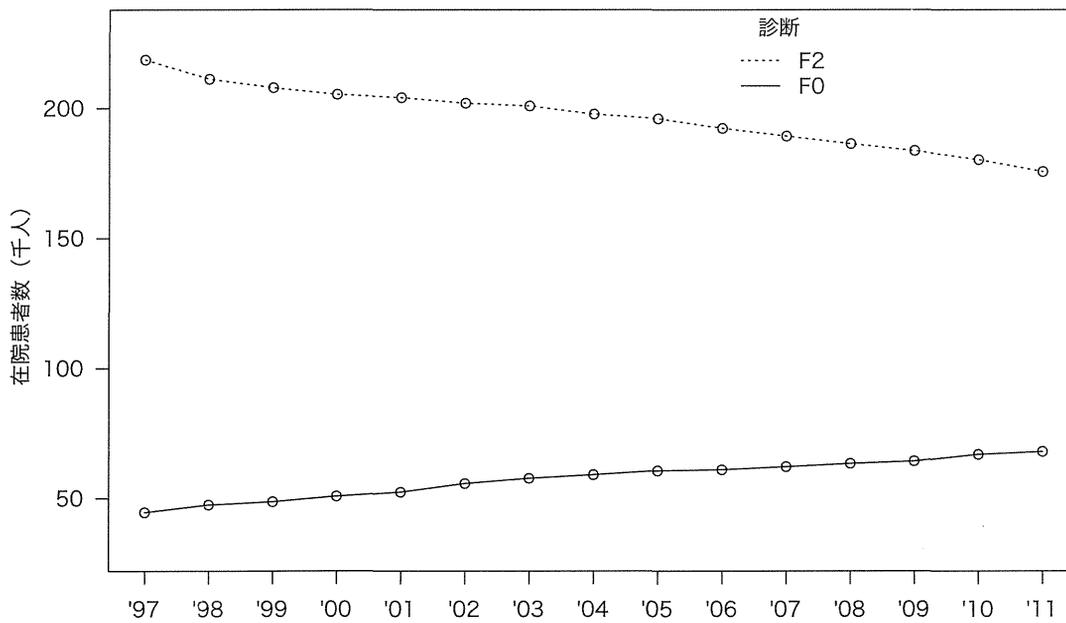


図 3：平均退院率の推移

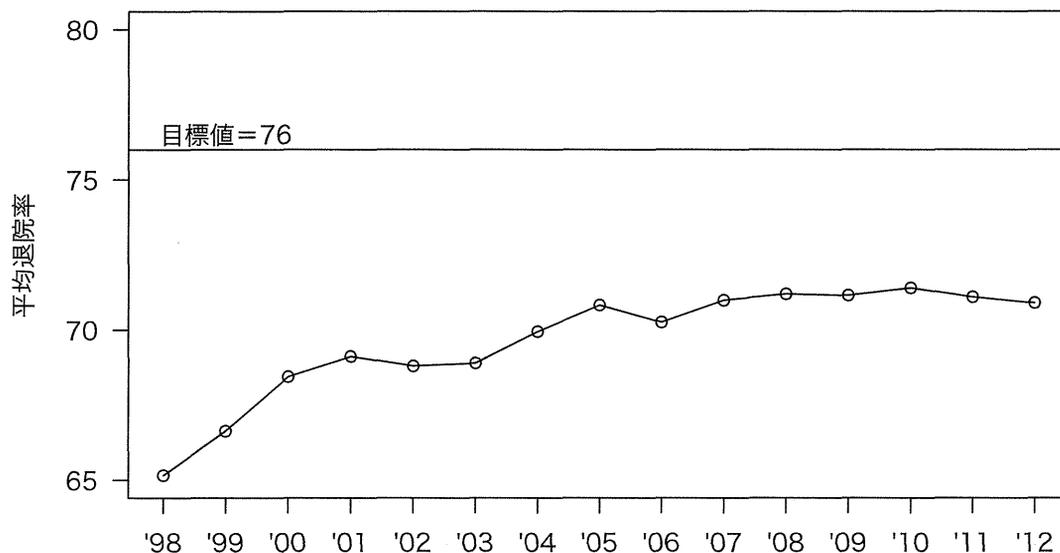


図 4：新たに精神病床に入院した者の退院の発生状況

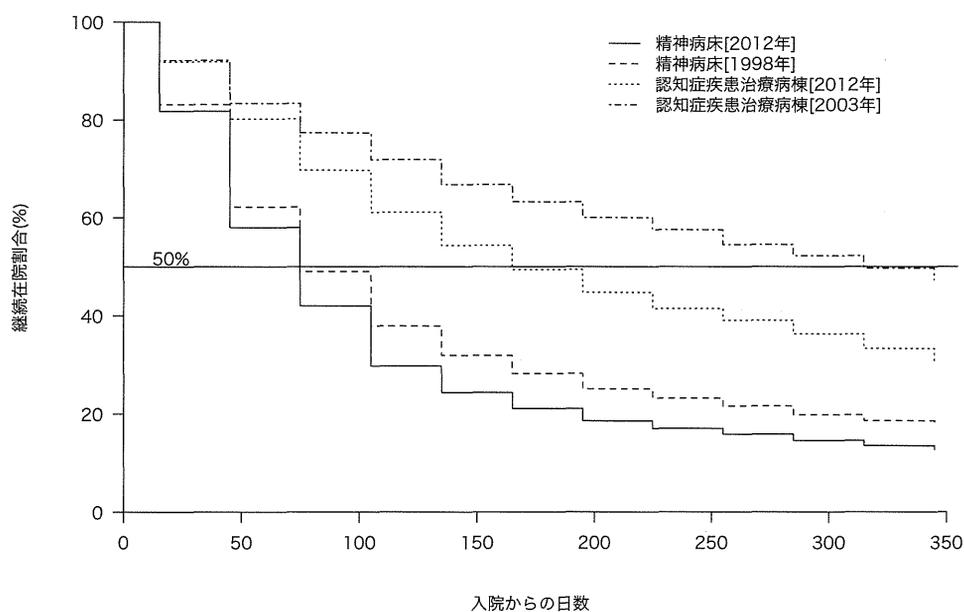


図 5 : 退院率の推移

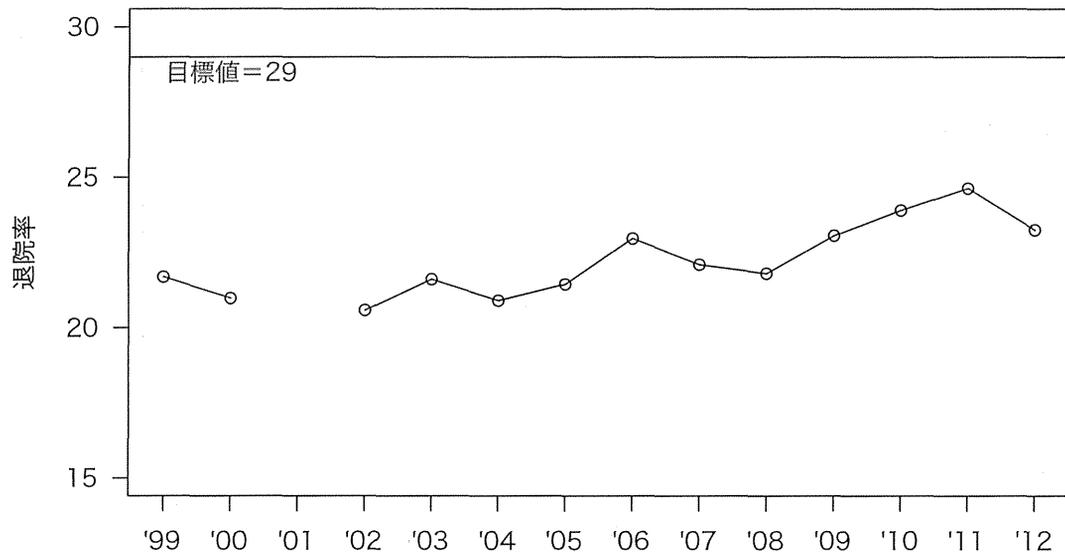
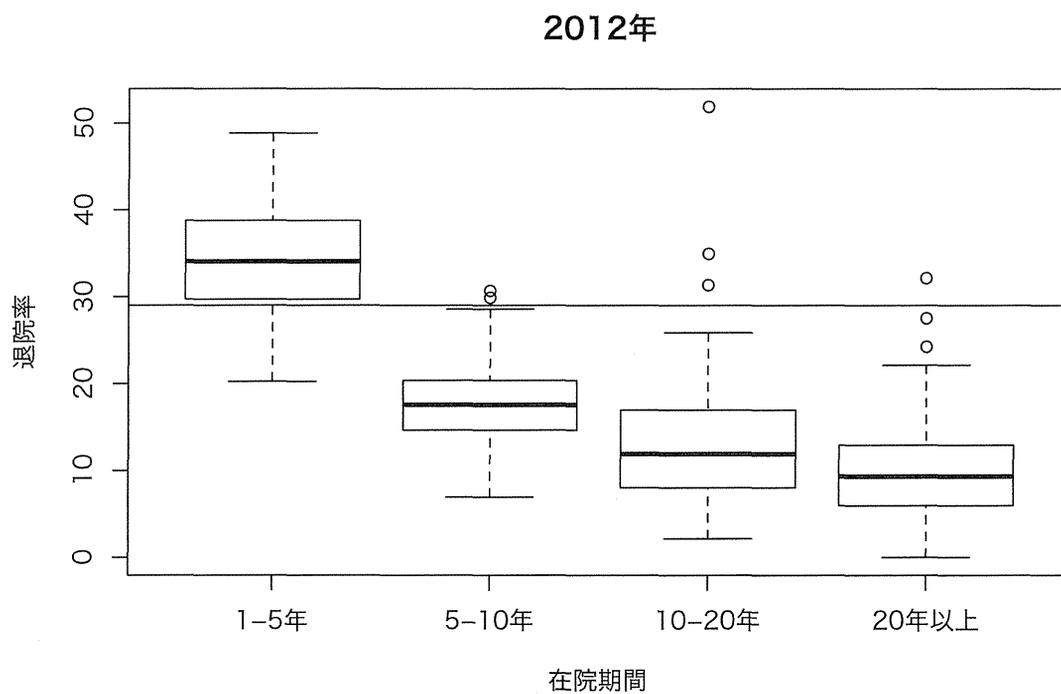


図 6 : 在院期間別の退院率の県ごとの値の分布の比較



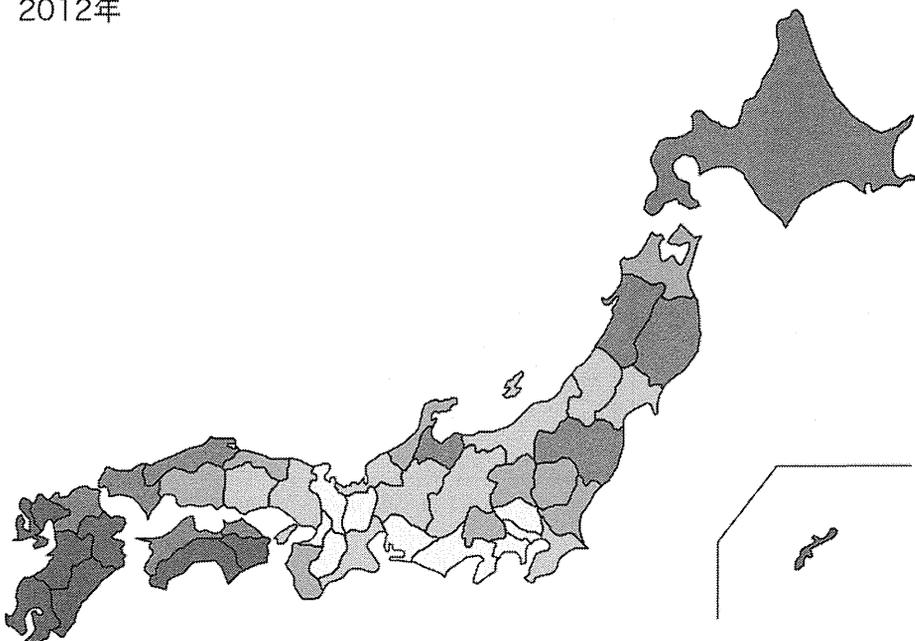
注：実線は退院率の目標値 29 を示している。

図7：2012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
2012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8：2012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
2012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

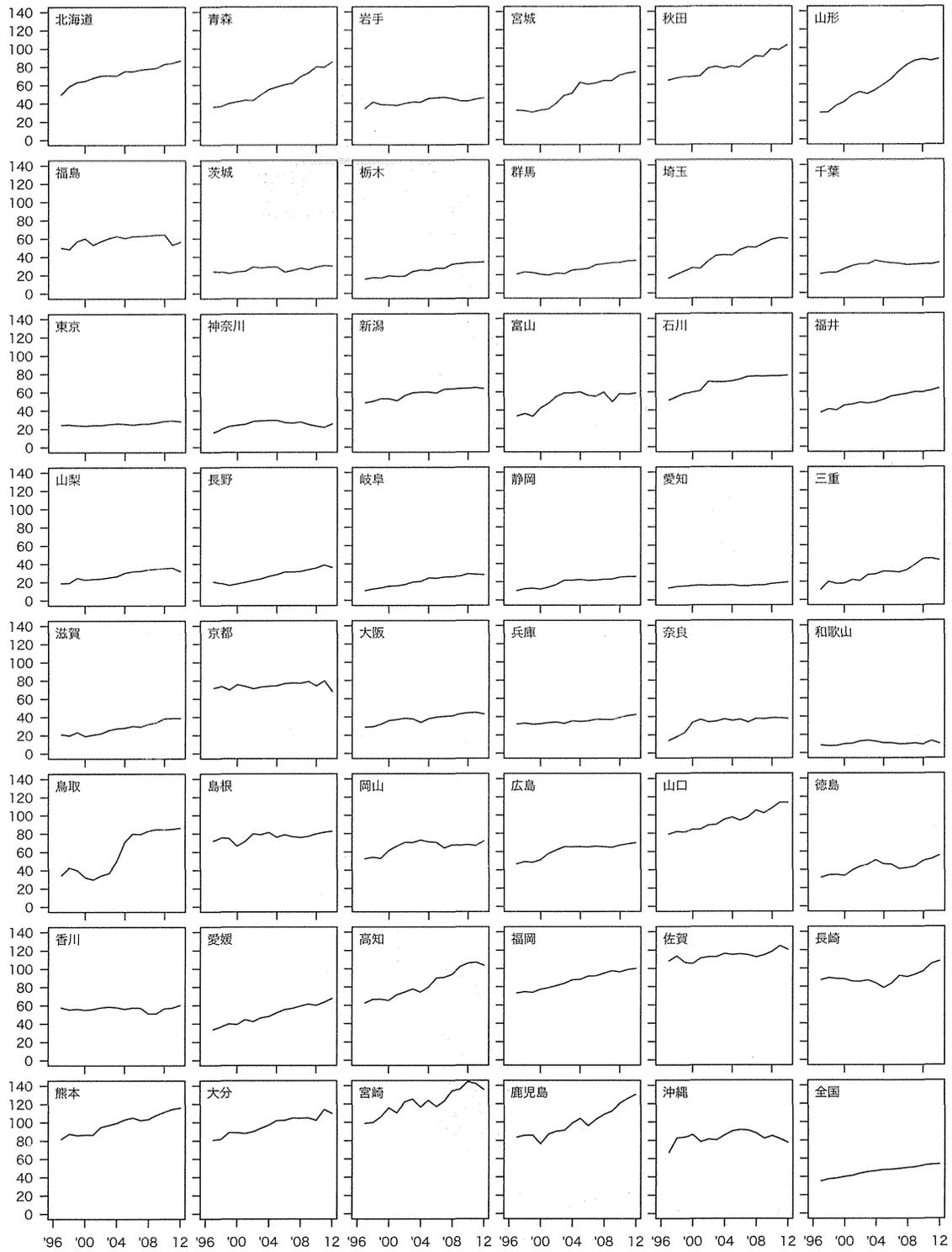
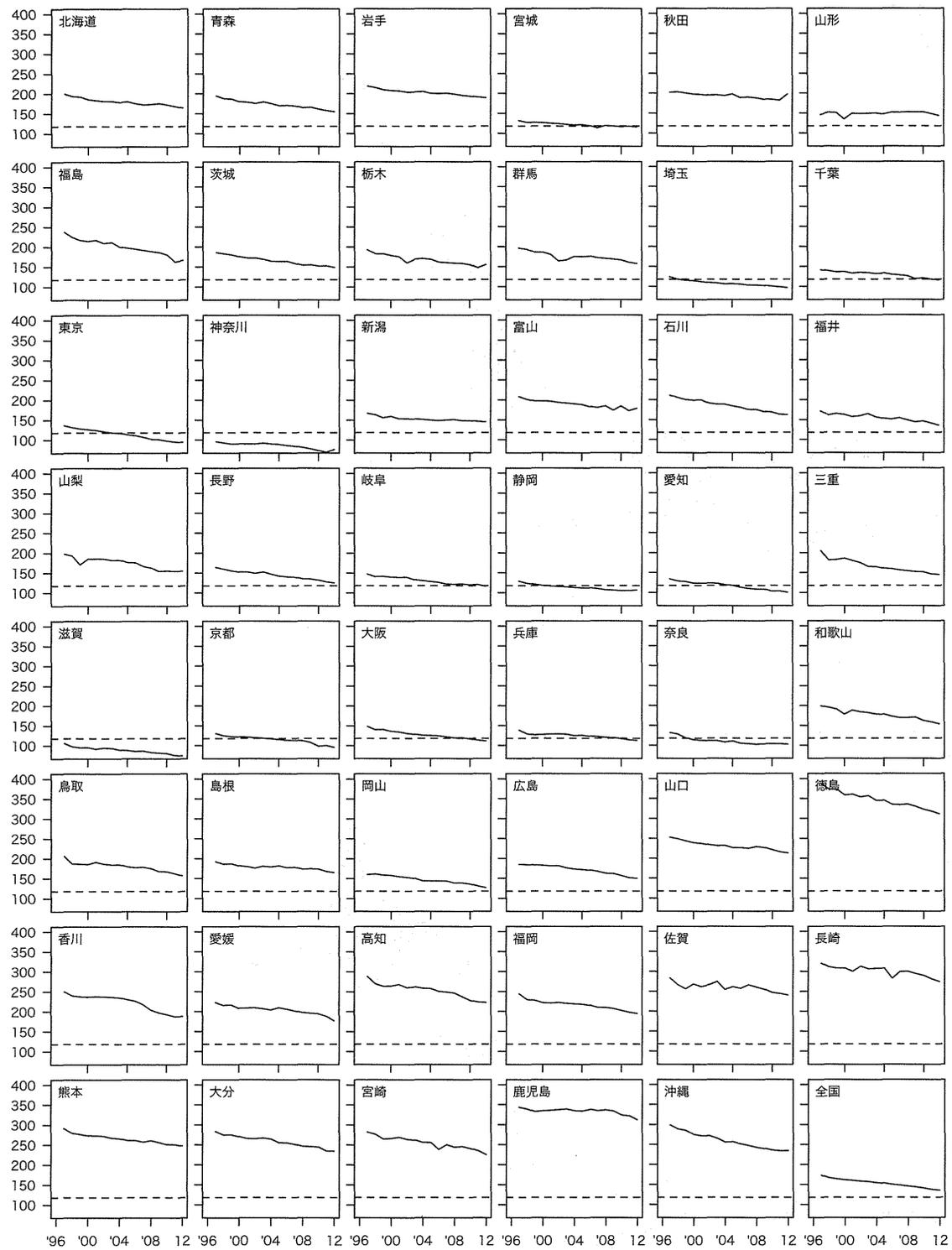
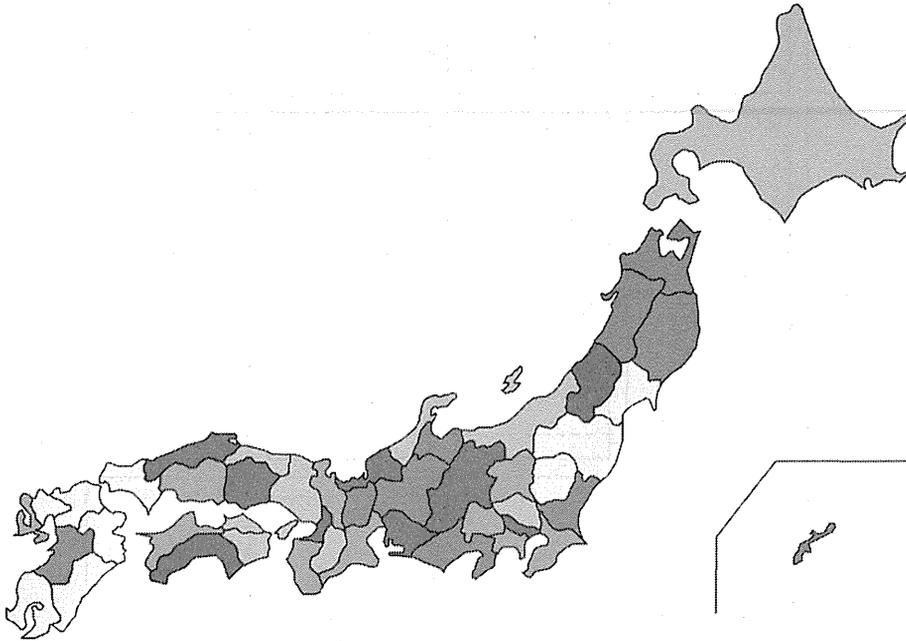


図 10：県別の統合失調症等（F2）による人口 10 万対在院患者数



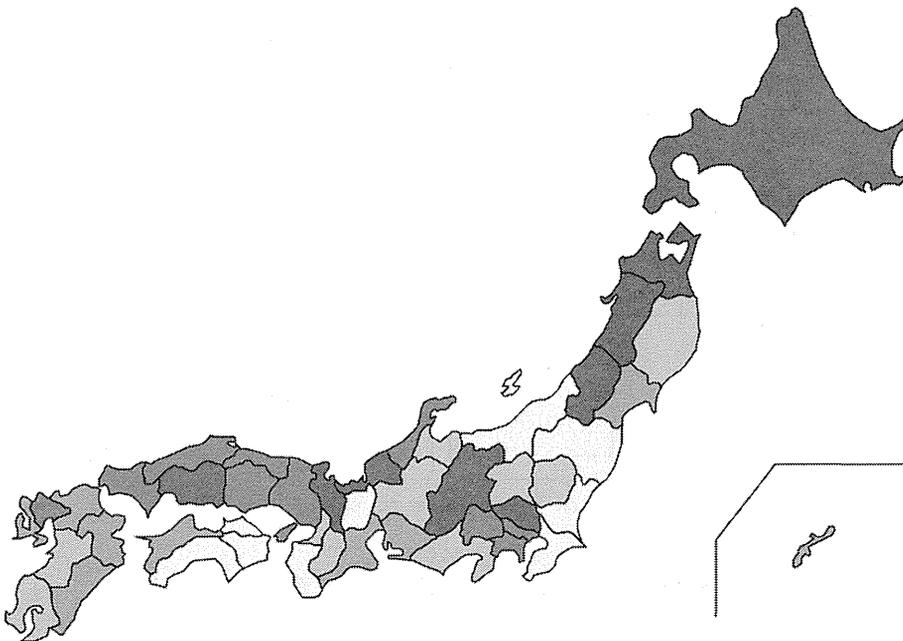
注：破線は目標を達成した場合の 2014 年時の人口 10 万対在院患者数（118）を示す。

図 11 : 2012 年の県別の平均退院率
平均退院率
2012年



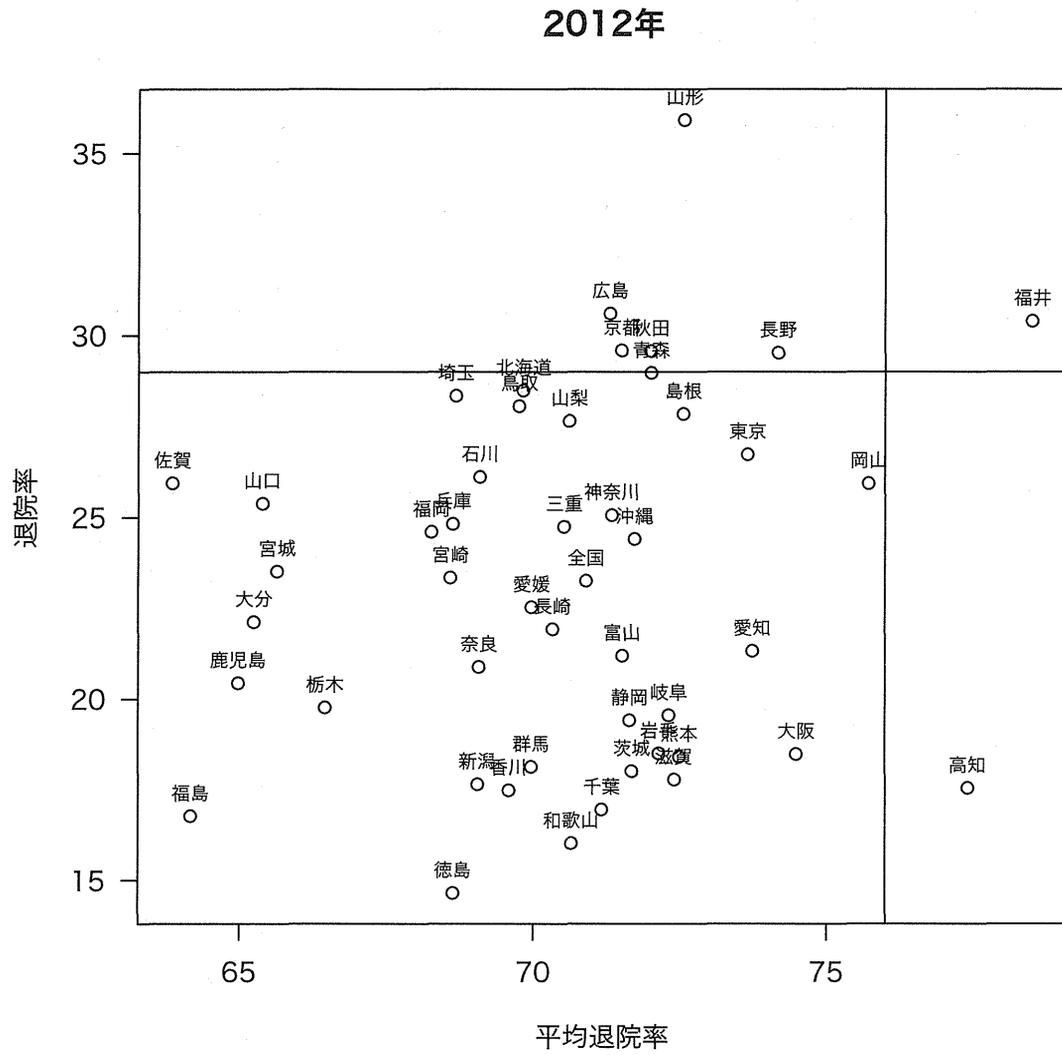
注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は平均退院率が高いことを示している。

図 12 : 2012 年の県別の退院率
退院率
2012年



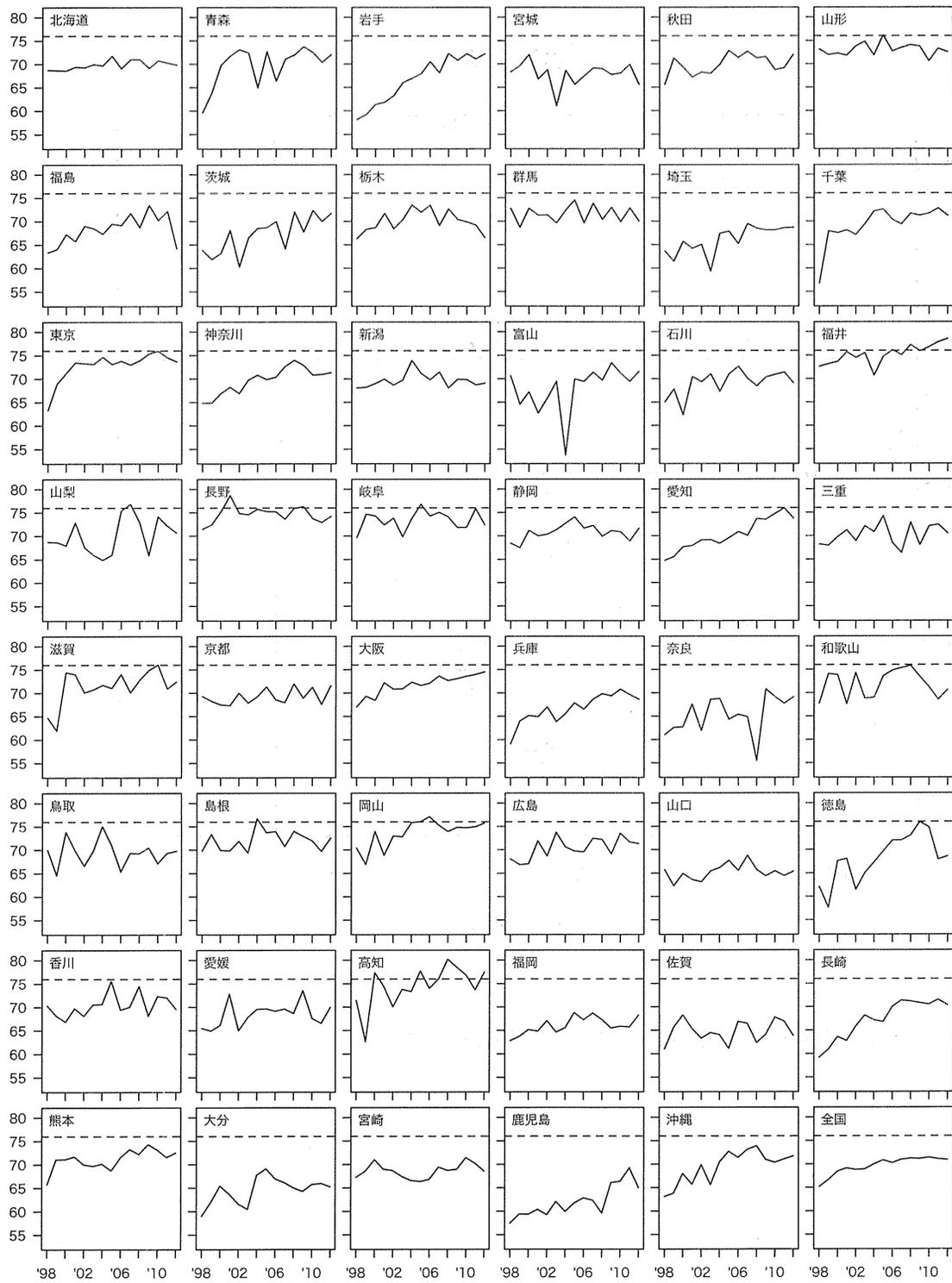
注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は退院率が高いことを示している。

図 13 : 2012 年の県ごとの平均退院率と退院率の散布図



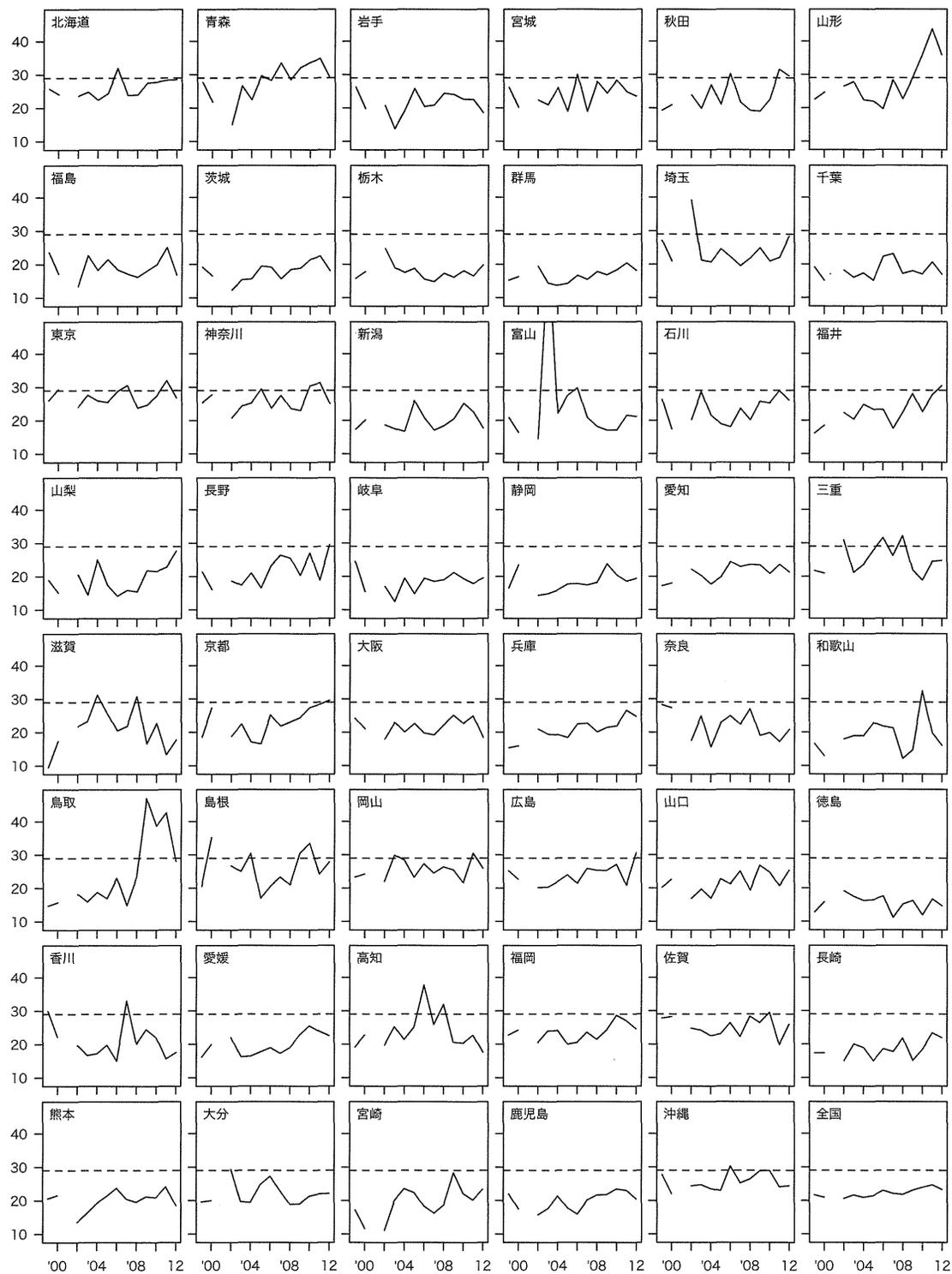
注：図中の 2 本の点線はそれぞれの軸に示した指標の目標値。

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

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（三重県立こころの医療センター）
研究協力者 井上雄一朗（聖和錦秀会 阪本病院）
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、予防的視点を含めた対応の検討を行う。全国の精神保健福祉センター（以下センター）において、精神保健福祉医療に関する相談内容調査票を用いて実態調査を行うことが目的である。

【方法】平成 24 年度は、1) 全国 52 箇所の全国保健所長会都道府県会長の所属する保健所を対象に、地域精神保健医療に関するニーズについてアンケートを実施した。2) 同様の質問内容について一部修正の上、質問事項を追加し、69 箇所の全国のセンターを対象にアンケートを実施した。平成 25 年度は、前述のアンケート調査、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した。5 つ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 日間の試行調査を実施し調査票を改訂した。平成 26 年度は、全国のセンターにおける相談内容について、6 月から 7 月にかけて調査を実施し、地域精神保健医療のニーズの現状と、その予防的対応の可能性について検討した。

【結果】平成 26 年度の全国調査は、平成 26 年 11 月末時点で 59 のセンターから回答が得られた（回収率 85.5%）。連続 5 日間の総相談件数は 3539 件で、各センター当たりの相談件数は平均 60 件（標準偏差 49.6、レンジ 4-247 件）、1 件当たりの平均相談時間は 31.5 分（レンジ 1-480 分）であった。相談対象者の性別では、男性が 56.3%、女性が 42.4%、そして、不明が 1.3%で、平均年齢は 37.7 歳（レンジ 5-94 歳）であり、新規相談件数は 1287 件、定期的な継続相談が 1325 件、そして不定期な継続相談が 927 件であった。相談方法では、電話相談 62%、来所相談 31.3%、訪問相談 5%、電子メール 1.2%、そしてその他の相談（手紙、FAX）0.5%を占め、訪問相談先としては、相談者自宅 26.7%、市町村 24.4%、医療機関 21.6%、福祉サービス事業所等関係機関 9.7%、職場 1.1%、そして学校 0.6%であった。対応職種は、臨床心理技術者が 31%（臨床心理士 21.5%、その他 9.5%）と最も多く、次いで精神保健福祉士と保健師が各々 23.4%であった。相談者全体の 53.4%（1890 件）に ICD-10 診断がつけられ、その内訳では、F2 統合失調症圏が 30.2%と最も多く、次いで F8 心理的発達の障害 13.4%、そして F3 うつ病圏 12.2%であった。ICD 診断に準拠しない複数回答での相談対象者の疾患名・状態（3539 件）の内訳は、統合失調症 17.9%（635 件）、依存症 15.1%（536 件）、うつ病・うつ状態 14.3%（507 件）、そして発達障害 13.7%（485 件）であった。その他の疾患の件数としては、認知症 61 件、高次脳機能障害 27 件、双極性障害

108 件、不安障害 254 件、強迫性障害 93 件、重度ストレス反応・適応障害 157 件、物質乱用 55 件、摂食障害 51 件、パーソナリティ障害 86 件、性同一性障害 6 件、知的障害 157 件、注意欠如・多動性障害 38 件、そして、てんかん 24 件であった。依存症の内訳では、アルコール関連 220 件、ギャンブル関連 80 件、従来からの違法薬物（覚せい剤等）109 件、いわゆる違法ドラッグ（当時）122 件、処方薬関連 41 件、インターネット依存 8 件、そしてその他の依存、嗜癖が 46 件であった。557 件のひきこもりの相談内容では、医療的な対応が必要と判断された対象者が 16%、経過観察が 35.4%、そして家族支援が 42.2%であった。精神科治療状況では、現在通院中が 46.1%、治療歴あり（中断、寛解を含む）13.4%、入院中が 4.7%、そして治療歴なしが 25.9%であった。精神科入院歴ありが 23.3%、なしが 52.1%であった。相談項目の内訳（複数回答）では、対応についての相談が 40.1%と最も多く、次いで日常生活支援 16.2%（573 件）、ひきこもり 15.7%（557 件）、社会復帰 11.5%（407 件）、医療の継続・中断 9.2%（325 件）、就労 8.0%（282 件）、そして診断 5.9%（208 件）であった。相談結果では、継続 59.8%、情報提供 14.9%、終了 15.2%、そして他機関への紹介 7.7%（274 件）で、その紹介先の内訳は、市町村職員（区役所・保健センターを含む）21.9%、精神科・心療内科診療所 18.6%、精神科病院 17.5%、そして、保健所 17.2%等であった。

【考察および結論】全国の実態調査から、センターでは心の健康づくりから、精神科受療よりも前の段階での相談・支援、受療後は日常生活支援、そして障害者サービスを受けていない方への対応など、心の問題に関する様々な領域に渡る相談のニーズに応じていることが改めて示された。医療機関へかかる前段階で早期に対応することは、受療の遅れを防ぎ、結果的に早期の社会復帰となるため、予防を含めた対応にもつながり重要である。また、社会情勢の影響を早期に把握し予防的に対応するためにも定期的な実態の把握が重要である。今後も、心という切り口で生じてくる様々な相談に応じるためには、センターでの相談機能の充実が不可欠であり適切な専門職員の配置が望まれる。

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、予防的視点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、センター業務態勢充実の基礎資料となる。

B. 研究方法

平成 24 年度は、全国のセンターにおける相談調査の実施に向けて、現在のニーズの調査を、保健所とセンターの 2 機関に行った。1) 保健所調査：対象となる保健所長の所属する保健所に、平成 24 年 10 月 1 日郵送にて、調査協力依頼状、調査票を郵送し、ファクシミリによる回答を求めた。保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領、地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成報告書を基に、保健所が関与する可能性のあるニーズから 28 分野、9 対象疾患を選択肢とした。2) センター調査：対象と

なるセンターに対して、平成 24 年 12 月 7 日電子メールにて、調査協力依頼状、調査票を送付し、電子メールにて回答を求めた。

平成 25 年度は、1) 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。2) 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(表 1、2)。

平成 26 年度は、作成した調査票を用いて、平成 26 年 6 月 16 日から 7 月 4 日の期間の月曜日から金曜日までの連続 5 日間における全国のセンターでの相談内容について調査を実施した。各センターにおいて匿名化されたデータを収集し解析を行った。

なお、調査票の問 2 - ⑥の 9: 依存症の回答において、③従来からの違法薬物関連は、覚せい剤、麻薬、大麻など以前から法律によって規制されてきた違法薬物、④他の違法薬物は、調査時点で包括規制により新規に違法となった違法ドラッグ(当時)と分類した。ブロンや頭痛薬、薬物が不明な場合は、⑧に分類した。ICD-10 については、簡略化したカテゴリーを用いた(資料参照)。

(倫理面への配慮)

本研究は全国のセンターにおける通常の相談業務における実態調査であり、分担研究代表者が匿名データを用いて解析を行っており、個人が特定されないよう配慮した。

C. 研究結果

1. 平成 24 年度結果概要

1) 保健所 48 箇所から回答を得た(回収率 92.3%)。現在と今後増大していくと予想されるニーズを踏まえて、現在の最も大きなニーズは、分野では、複雑困難事例および医療中断例への対応(58.3%)、アウトリーチの導入・啓発(35.4%)、そして自殺対策の充実(20.8%)と関連機関との連携(20.8%)が上位を占めた。対象疾患では、統合失調症

(56.3%)、うつ・躁うつ病(54.2%)、そして発達障害(39.6%)が上位を占めた。そしてこれらのニーズの対応に必要なものは、担当専門職員の増員(68.8%)が最も多く、次いでネットワークの構築(33.3%)、人材育成(29.2%)であった。2) センター 66 箇所から回答を得た(回収率 95.7%)。現在と今後増大していくと予想されるニーズを踏まえて、現在の最も大きなニーズは、分野では、センターが今後取り組むべきニーズとしては、自殺対策の充実(39.4%)、複雑困難事例および医療中断例への対応(31.8%)、そして社会復帰および自立と社会参加への支援(24.2%)が上位を占めた。対象疾患では、うつ・躁うつ病(63.6%)、統合失調症(36.4%)、そして発達障害(30.3%)が上位を占めた。そしてこれらのニーズの対応に必要なものは、担当専門職員の増員(59.1%)が最も多く、次いで人材育成(39.4%)、ネットワークの構築(12.1%)であった。

2. 平成 25 年度結果概要

平成 25 年度は、自治体 A、B、E の 3 センターにおいて平成 25 年 10 月 21 日-25 日に、自治体 C、D の 2 センターにおいて同年 10 月 28 日-11 月 1 日に、連続 5 日間の相談内容調査を行った。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 歳と 40-49 歳にあり、大部分の相談者が 10-49 歳に集中していた。一方、女性相談対象者は、10-19 歳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、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(当時)(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。調査センターの意見を集約し相談票の改訂を行った。

3. 平成 26 年度結果

1) 相談基本情報

平成 26 年度の全国調査は、平成 26 年 11 月末時点で 59 のセンターから回答が得られた(回収率 85.5%)。連続 5 日間の総相談件数は 3539 件で、各センター当たりの相談件数は平均 60 件(標準偏差 49.6、レンジ 4-247 件)、1 件当たりの平均相談時間は 31.5 分(レンジ 1-480 分)であった。相談対象者の性別では、男性が 56.3%、女性が 42.4%、そして、不明が 1.3%で、平均年齢は 37.7 歳(レンジ 5-94 歳)であった。新規相談件数は 1287 件、

定期的な継続相談が 1325 件、そして不定期な継続相談が 927 件であった。相談方法では、電話相談 62%、来所相談 31.3%、訪問相談 5%、電子メール 1.2%、そしてその他の相談(手紙、FAX) 0.5%を占め、訪問相談先としては、相談者自宅 26.7%、市町村 24.4%、医療機関 21.6%、福祉サービス事業所等関係機関 9.7%、職場 1.1%、そして学校 0.6%であった。対応職種は、臨床心理技術者が 31%(臨床心理士 21.5%、その他 9.5%)と最も多く、次いで精神保健福祉士と保健師が各々 23.4%であった(図 1)。同居家族は、ありが 70.8%、なしが 17.1%、そして不明が 12.1%であった。

2) 相談者の疾患名・状態、治療状況等

相談者全体の 53.4%(1890 件)に ICD-10 診断がつけられ、その内訳では、F2 統合失調症圏が 30.2%と最も多く、次いで F8 心理的発達の障害 13.4%、そして F3 うつ病圏 12.2%であった(図 2)。ICD 診断に準拠しない複数回答での相談対象者の疾患名・状態(3539 件)の内訳は、統合失調症 17.9%(635 件)、依存症 15.1%(536 件)、うつ病・うつ状態 14.3%(507 件)、そして発達障害 13.7%(485 件)であった。その他の疾患の件数としては、認知症 61 件、高次脳機能障害 27 件、双極性障害 108 件、不安障害 254 件、強迫性障害 93 件、重度ストレス反応・適応障害 157 件、物質乱用 55 件、摂食障害 51 件、パーソナリティ障害 86 件、性同一性障害 6 件、知的障害 157 件、注意欠如・多動性障害 38 件、そして、てんかん 24 件であった(図 3)。依存症の内訳では、アルコール関連 220 件、ギャンブル関連 80 件、従来からの違法薬物(覚せい剤等) 109 件、いわゆる違法ドラッグ(当時) 122 件、処方薬関連 41 件、インターネット依存 8 件、そしてその他の依存、嗜癖が 46 件であった(図 4)。現在の障害福祉等のサービスの利用状況(複数回答)では、利用なしが 42.8%、障害者手帳 15.2%、そして障害年金 12.1%であった(図 5)。

相談者属性(複数回答)では、本人 55.2%、

家族 34.6%、そして市町村職員（区役所・保健センターを含む）4.2%であった（図 6）。紹介経路では、医療機関からの紹介 12.6%、次いでインターネットのホームページが 12.5%、次いで市町村職員 7.2%、そして家族 7%であった（図 7）。精神科治療状況では、現在通院中が 46.1%、治療歴あり（中断、寛解を含む）13.4%、入院中が 4.7%、治療歴なしが 25.9%、そして不明が 9.9%であり、精神科入院歴ありが 23.3%、なしが 52.1%、そして不明が 24.7%であった。

3) 相談内容・項目

衛生行政報告例に準拠した相談内容の内訳では、その他を除いて、ひきこもり 17.4%、心の健康づくり 14.8%、社会復帰 14.0%、うつ・うつ状態 10.8%、発達障害 10.0%、薬物 6.5%、アルコール 6.0%、自殺関連 3.8%、老人精神保健 3.2%、ギャンブル 2.4%、犯罪被害 0.6%、そして災害 0.2%であった（図 8）。相談項目の内訳（複数回答）では、対応についての相談が 40.1%（1419 件）と最も多く、次いで日常生活支援 16.2%（573 件）、ひきこもり 15.7%（557 件）、社会復帰 11.5%（407 件）、医療の継続・中断 9.2%（325 件）、就労 8.0%（282 件）、そして診断 5.9%（208 件）であった。他には、連携 100 件、訪問支援 70 件、セカンドオピニオン 71 件、自傷関連 58 件、自死遺族 39 件、その他の自殺関連 87 件、家庭内暴力 109 件、触法関連 53 件、ドメスティックバイオレンス 54 件、犯罪被害 14 件、事故 11 件、東日本大震災関連 4 件、地域・近隣での他害・迷惑行為 94 件、退院 92 件、障害者虐待 7 件、児童虐待 31 件、そして不登校 118 件であった。また、その他の相談項目に 727 件の回答を得た（図 9）。ひきこもりの内訳では、全体の 16.0%に、医学的対応が必要と判断され、経過観察が 35.4%、家族支援が 42.2%、そして不明が 6.5%であった。

4) 精神保健福祉法以外の関連法制度

ほかの関連法制度では 640 件において関係

があり、その内訳（複数回答）は、最も多いのが、生活保護法 50.7%（324 件）、次いで発達障害者支援法 16.6%（106 件）、介護保険法 8.5%（54 件）、自殺対策基本法 5.8%（37 件）、医療観察法 4.5%（29 件）、障害者雇用促進法 4.1%（26 件）、児童虐待防止法 2.8%（18 件）、障害者虐待防止法 1.7%（11 件）、そして、その他 21.0%（134 件）で、ホームレス特別措置法に関連したものは認めなかった（図 10）。

5) 相談結果、連携先

相談結果では、継続 59.8%、情報提供 14.9%、終了 15.2%、そして他機関への紹介 7.7%（274 件）であった。その紹介先の内訳は、市町村職員（区役所・保健センターを含む）21.9%、精神科・心療内科診療所 18.6%、精神科病院 17.5%、そして、保健所 17.2%等であった（図 11）。継続相談の場合の、他機関との連携（1030 件）では、市町村職員（区役所・保健センターを含む）33.7%、精神科病院 28.3%、その他の障害者相談支援機関 17.3%、保健所 16.1%、そして精神科・心療内科診療所 12.1%等であった（図 12）。

6) 相談内容別集計

相談内容別に解析（なお、電子メール、その他の相談は件数が少ないため参考とした。）をすると、相談所要時間（図 13）では、電話相談（2174 件）では 20 分未満での相談が 70.9%を占めていたが、60 分以上の相談も 1.7%に認めた。来所相談（1107 件）では、60 - 69 分に 32.8%とピークがあり、120 分以上の相談も 7.9%に認めた。訪問相談（176 件）では、120 分以上が 24.1%を占め、60 - 69 分 13.8%、30 - 39 分、90 - 99 分が各々 11.5%を占めた。職種別では、精神保健福祉士は訪問相談の割合が、臨床心理技術者（臨床心理士）は来所相談が、そして保健師は電話相談が高かった。医師自体は、全ての相談中では、来所相談に従事する割合を高く認めた（図 14）。

疾患名では、電話相談において、統合失調症が 21.2%を占め、次いでうつ病・うつ状態