

表7 保護者を続けたいと回答した保護者の患者退院可能時の対応による比較

	病院が施設にいてほしい		病院が施設以外		統計量	p値	
	平均 または割合	N	平均 または割合	N			
保護者 特性	平均年齢(歳)	63.4	137	63.3	65	t=0.007	0.932
	続柄					$\chi^2=25.169$	0.000
	後見人・保佐人	17.9%	28	15.9%	11		
	調整済み残差	0.4		-0.4			
	配偶者	14.7%	23	31.9%	22		
	調整済み残差	-3.0		3.0			
	親	12.8%	20	29.0%	20		
	調整済み残差	-2.9		2.9			
	兄弟姉妹	20.5%	32	11.6%	8		
	調整済み残差	1.6		-1.6			
	子	28.8%	45	10.1%	7		
	調整済み残差	3.1		3.1			
	その他の親族	5.1%	8	1.4%	1		
	調整済み残差	1.3		-1.3			
	計	100.0%	156	100.0%	69		
	就労状況					$\chi^2=9.633$	0.047
	正規雇用	22.6%	35	29.0%	20		
	調整済み残差	-1.0		1.0			
	非正規雇用	16.1%	25	4.3%	3		
調整済み残差	2.5		-2.5				
自営	16.1%	25	8.7%	6			
調整済み残差	1.5		-1.5				
無職	43.2%	67	55.1%	38			
調整済み残差	-1.6		1.6				
その他	1.9%	3	2.9%	2			
調整済み残差	-0.5		0.5				
計	100.0%	155	100.0%	69			
世帯年収					$\chi^2=12.086$	0.060	
0~100万円未満	11.9%	18	12.3%	8			
100~200万円未満	15.9%	24	4.6%	3			
200~300万円未満	23.2%	35	41.5%	27			
300~500万円未満	25.2%	38	24.6%	16			
500~800万円未満	15.2%	23	13.8%	9			
800~1,000万円未満	5.3%	8	1.5%	1			
1,000万円以上	3.3%	5	1.5%	1			
計	100.0%	151	100.0%	65			
患者 特性	平均年齢(歳)	72.9	156	63.8	70	t=13.569	0.000
	主診断					$\chi^2=11.178$	0.004
	FO	55.8%	87	35.7%	25		
	調整済み残差	2.8		-2.8			
	F2	40.4%	63	51.4%	36		
	調整済み残差	-1.5		1.5			
その他	3.8%	6	12.9%	9			
調整済み残差	-2.5		2.5				
計	100.0%	156	100.0%	70			

注1) 保護者の平均年齢、患者の平均年齢の比較には、t検定を行った。

注2) 保護者の続柄、就労状況、世帯年収、患者診断名の比較にはPearsonの $\chi^2$ 検定を行った。

#### 4. 市町村長保護者の状況(保護者票Bの結果)

##### 1) 保護者義務の履行状況と困難の経験

過去1年間に患者との面会があったのは7.8% (4名)で、面会回数はいずれも1回であった。過去1年間に患者の処遇等について病院職員と話し合いをしたのは11.8% (6名)であった。患者の財産上の権利を保護する義務については、2.0% (1名)が困難を経験したと回答した。

##### 2) 市町村が経験した医療保護入院制度に関わる課題(自由回答)

市町村長が保護者になる上での課題については、15.6% (8/51名)から回答が得られた。主な課題としては、医療保護入院患者について病院との連携が十分に行われていないことが挙げられた。また、自治体によっては「市町村長同意事務処理要領」が示されているものの、その運用においては差異が存在していることが挙げられた。保護者義務の一つである「財産上の利益を保護する」項目については、「そもそも相談に乗ることはしていない」、「行政だけでは解決できない問題」、「本人の権利との間で葛藤が生じる」などの回答があった。

## IV. 考察

### 1. 医療保護入院患者の特徴

わが国の精神科入院患者数は、90年代に入ってから('92)から、わずかながら減少の傾向にあるが、精神科入院患者に占める医療保護入院患者の割合は、'99年の27.5%から'09年には41.1%と、この十年間増加の傾向にある<sup>1)</sup>。

今回の調査では、精神科入院患者の55.7%が医療保護入院患者で、平成21年<sup>3)</sup>の全国平均41.1%より高かった(岡山県52.2%)。本調査で医療保護入院患者の割合が高かった背景には、調査対象にF0の専門病棟を有する精神科病院が複数含まれていることが考えられる。

医療保護入院患者の年齢は8歳から102歳と広い範囲に分布していたが、平均年齢は67.0歳と高齢であった。診断別の保護者続柄をみると、

F0の主な保護者は子と配偶者であるのに対し、F2の保護者は兄弟姉妹と親が主である特徴が見られた。患者診断別に保護者の続柄が異なる背景には、未婚患者の主な保護者が親と兄弟姉妹であるなど(例えばF2の未婚は63.0%で、保護者の62.7%が親と兄弟姉妹)、患者の婚姻状況が反映されていると考えられた。

### 2. 保護者の特徴と保護者義務の履行困難

保護者の年齢も22歳から96歳と広い範囲に分布しており、平均年齢も62.9歳と高かった。

保護者世帯に占める平均年収の割合は300万円以下が54.0%、500万円以下が75.0%と、平成22年の国民生活基礎調査<sup>5)</sup>による300万円以下32.0%、500万円以下56.3%より高く、大多数の保護者世帯の経済的水準は低かった。

保護者の困っていることとしても経済的困窮や健康問題、介護を要する患者以外の高齢者の存在、体力の衰えなどが報告され、一部の保護者においては、これらの要因が重なって保護者義務の履行が困難になっている可能性が示唆された。

保護者義務の一つである患者退院後の引き取りについては、引き続き病院か施設にいてほしいと回答した保護者が64.1%を占める一方で、保護者の役目については60.0%が続けたいと回答していた。なお、保護者を続けたいと回答した保護者であってもその59.4%は、患者が退院可能な状態まで回復した場合でも引き続き病院か施設にいてほしいと答えており、患者が病院か施設以外で生活することには消極的であった。特に、保護者の続柄が「子」の場合や、保護者の就労状況が「非正規雇用」の場合には、保護者は続けたいが患者が退院可能な状態まで回復しても引き続き病院か施設にいてほしい割合が有意に高く、自分の家族を持つ子供世帯や、生活基盤が不安定な非正規雇用の保護者の場合は、患者が退院して病院か施設以外で生活することを負担に感じていることが示唆された。また、患者が高齢の場合や、患者の診断名が認知症等F0の場合においても同様の希望を有する割合が有意に高く、高齢患者や認知症患者が病院か施設以外で生活することには不安

や負担感を持っていることが伺えた。

### 3. 市町村長保護者の実情

市町村長同意による医療保護入院については、市町村と入院先の連携不足、入院手続き上の困難が報告された。本調査の結果からは、既存の市町村長同意による医療保護入院においては、保護者義務があまり機能していない可能性が示唆されており、市町村に医療保護入院の責任を委ねる場合には業務体制の整備と具体的な業務処理要領の実施規定を検討する必要があると思われる。

### 4. 本調査の限界と意義

本調査は岡山県の協力病院、および協力病院に入院している医療保護入院患者とその保護者を対象としているため、本調査の結果がわが国の医療保護入院の実態を反映しているとは言えない。また、保護者票においては未回答率が44%であるため、未回答者に係るバイアスが生じている可能性があり、本調査の結果が必ずしも医療保護入院患者の保護者の実態であるとは言いきれない。

しかしながら、本調査は医療保護入院制度の運用に関する地域実態を明らかにした初めての研究であり、統合失調症以外の医療保護入院患者や多様な続柄の保護者の実態を明らかにしたことは、今後の医療保護入院制度の見直しを検討する際の参考資料になると考えられる。

## V. 結論

本研究では、医療保護入院患者の9割はF2とF0であること、医療保護入院患者と保護者の平均年齢は共に高齢であること、患者の疾患や婚姻状況によって保護者の主な続柄が異なっていること、保護者世帯の大多数は経済的水準が低いことが明らかになった。

また、保護者の続柄が子である場合や就労状況が非正規雇用の場合、患者が高齢の場合や診断がF0の場合には、保護者を続けたい気持ちがある一方で、患者が病院か施設以外で生活することには不安や負担感を持っていることが伺え、市町村

長同意による医療保護入院においても保護者義務が十分に履行できていない可能性が示唆された。

医療保護入院制度の見直しについては、平成24年6月に保護者による同意を要件としない「入院制度に関する議論の整理」が出されたが、本調査では6割以上の保護者が「引き続き保護者を続けたい」と回答しており、一概に保護者の関与を排除する入院制度の見直しについては慎重に検討を重ねる必要があると考えられる。そして、医療保護入院における家族や保護者の関わりについては、診断名など患者の臨床的背景の違い、および保護者の続柄、年齢、生活状況の多様性、保護者義務の履行可能性などを十分考慮して、議論を進める必要があると思われる。

わが国の精神科入院患者の4割以上が医療保護入院であることを考えた場合、医療保護入院制度の見直しが精神科医療現場と患者の人権に大きな影響を及ぼすことが予想され、制度の見直しは大規模な実証データなどに基づいて慎重に進める必要があるだろう。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました堀井茂男先生(財団法人慈主会慈主病院)、白石弘巳先生(東洋大学ライフデザイン学部)、そして岡山県の精神科病院・保護者・市町村の皆様へ深く感謝を申し上げます。

## 文 献

- 1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部：「日で見える精神保健医療福祉6」。2012
- 2) 磯村 大、犬尾貞文、井上俊弘他：市区町村長同意で医療保護入院中の精神障害者の実態、および市区町村長の保護者義務履行に関する病院の意見に関する調査。精神神経学雑誌 101(8)：672 - 702, 1999
- 3) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所：「精神保健福祉資料平成21年度6月30日調査の概要」
- 4) 厚生労働省：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて—今後の精神保健医療福祉のあり方に関する

検討会. 2009

- 5) 厚生労働省：平成22年国民生活基礎調査の概況(2012年9月24日確認)  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/2-4.html>
- 6) NPO法人全国精神保健福祉会連合会, 社団法人大阪府精神障害者家族会：シンポジウム：精神障害者「家族の自立と当事者の自立」～「保護者制度」について考える
- 7) 栄セツコ, 岡田進一：精神障害者家族の生活上の困難さに関する研究. 大阪市立大学生活科学部紀要 46：157-167, 1998
- 8) 特定非営利活動法人全国精神保健福祉会連合会, 平成21年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会：精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等のあり方に関する調査研究報告書. 2010
- 9) 良田かおり：精神保健医療福祉制度改革への要望—保護者制度を中心に—. 精神障害とリハビリテーション 15(2)：16-18, 2011
- 10) 全国家族連合会：第4回全国家族ニーズ調査報告書—精神障害者の生活実態と意識調査—. 2005

## abstract

**Survey on Involuntary Hospitalization and Medical Care Guardians  
in Okayama Prefecture**

Xianghua Zhao<sup>1)</sup>, Yoichi Naganuma<sup>1)</sup>, Toshiaki Kono<sup>1)</sup>,  
Hisateru Tachimori<sup>1)</sup>, Masayuki Noguchi<sup>2)</sup>, Kenzou Fujita<sup>2)</sup>,  
Junichiro Ota<sup>3)</sup>, Daisuke Nishi<sup>1)</sup>, Tadashi Takeshima<sup>1)</sup>

**Objective:** The aim of the study is to clarify issues faced by Japan's system of involuntary hospitalization for medical care and protection.

**Subjects and Methods:** Twenty psychiatric hospitals in Okayama prefecture were asked to participate in the study. Assessment included the function of the hospital, the diagnosis and demographic characteristics of patients involuntarily hospitalized for medical care and protection. One third of the patients' guardians were selected and asked to respond to a questionnaire on a range of demographic characteristics as well as their intention as guardians.

**Results:** The hospitals survey showed that 55.7% of the inpatients are involuntarily hospitalized for medical care and protection, where approximately 90% of them are diagnosed with F2 (51.3%) or F0 (38.0%). The mean age of patients and guardians was 67.0 and 62.9, respectively.

The survey of guardians showed that 47.9% were unemployed and 54.0% of their households had an annual income of less than 3 million yen.

Sixty percent of the guardians indicated that they wished to continue their role. However, 64.1% preferred that patients stayed in hospital or other facilities following discharge from hospital. With regard to persons involuntarily hospitalized by the state, only 7.8% of patients had been seen by the relevant city/town/village officials and 11.8% of the patients' situations were discussed with the hospital staff during the previous one year period.

**Conclusion:** Although guardians wish to continue their role, they experience anxiety or feel burdened if the patients who are aged or diagnosed as F0 live outside of the hospital or facility. When the guardians are children of the patients or non-regular employed, they also feel the same anxiety or burden. In the case of involuntary hospitalization by the state, the guardian's role may not be sufficiently served.

**Keywords:** *Involuntary hospitalization for medical care and protection, forced hospitalization, guardians, state (city/town/village) officials*

*Jpn Bull Soc Psychiat 22:440-451, 2013*

<sup>1)</sup> Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

<sup>2)</sup> Okayama Prefectural Mental Health and Welfare Center

<sup>3)</sup> Okayama City Mental Health and Welfare Center

## わが国の長期在院者の現況と推移

立森 久照\* 竹島 正\* 栗田 圭一\*\*

抄録：わが国の精神病床を有する病院の悉皆調査を分析することによって長期在院者の実態を可視化した。2010年時点で継続入院期間が1年を超える長期在院者は203,825人存在した（総在院患者の66%）。1997年の243,142人から一貫して減少傾向にあり、その変化は線形で1年間におよそ3,000人ずつ減っている。人口あたりの長期在院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。その中でも人口規模が大きい北海道、福岡での長期在院者の動向を注視する必要がある。新規入院者から長期在院が発生する確率は低下し、長期在院者が退院する確率は上昇している。長期在院者数の一貫した減少傾向は、この両方の影響によると言える。認知症や統合失調症は合わせると新規入院者数に占める割合が過半数を超え、新たに長期在院者となる確率も高いことから、新たな長期在院者の発生を抑制する視点からは、集中的な取り組みの対象とする必要が高い。

精神科治療学 29(1) : 13-18, 2014

Key words : long stay hospital patients, psychiatric hospital, statistics

## I. はじめに

長期在院の定義をどうするかは議論が分かれるかもしれない。本稿では、継続入院期間が1年を超えることを長期在院と定義する。厚生労働省が2004年に公開した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」での退院に関する指標が、在院期間が1年

未満と1年以上でそれぞれ設定されていること、および2012年6月に公表された「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」の今後の方向性に関する意見の整理において、「精神科の入院患者は、“重度かつ慢性”を除き、1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る」とされていることを考慮してこの定義とした。

本稿では最初に統計資料に基づいて精神科医療サービスに関するわが国の量的な現況を示す。その後、長期在院者がわが国にどれくらい存在するのか、またその特徴を明らかにする。さらに長期在院の発生と長期在院者の退院の様子を示す。最後はそれらの推移を解説する。以降で特記なき場合は厚生労働省の精神・障害保健課が公表した、精神病床を有する病院を対象としたほぼ悉皆調査である「精神保健福祉資料」の報告する数値を用いている。

Statistical aspects of long-stay psychiatric hospital patients in Japan.

\*独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
〒187-0031 東京都小平市小川東町4-1-1)  
Hisateru Tachimori, Ph.D., Tadashi Takeshima, M.D., Ph.D.: National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-0031 Japan.

\*\*地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所  
Syuichi Awata, M.D., Ph.D.: Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology.

**SNRI**  
**TOLEDOMIN**

セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(SNRI) 薬価基準収載

**トドミン錠** 12.5mg・15mg  
25mg・50mg

Toledomin Tablets

剤形、処方せん医薬品 ミルナジプラン増設塩錠

※注意 医師等の処方せんにより使用すること  
「効能・効果」、「用法・用量」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元(資料請求先)  
**旭化成ファーマ株式会社**  
旭化成ファーマ株式会社  
〒101-8101 東京都千代田区神田神保町一丁目105番地  
☎0120-114-936(9:00~17:45/土日祝祭日を除く)  
URL <http://www.asahikasei-pharma.co.jp>

販売先  
**ピエール ファーブル メディカメン**  
フランス

2013.06

表1 運営形態別の精神科病院等の施設数

	病院数	
	n	%
大学病院	52	5.1
国立病院等	39	2.4
都道府県立・政令市立病院等	69	4.3
その他の公立病院	69	4.3
指定病院	916	56.8
非指定病院	439	27.2
合計	1,614	100.0

平成23年精神保健福祉資料による。

### II. 精神科医療サービスに関するわが国の現況

2010年6月末日現在で、わが国には1,614カ所の精神病床を有する病院（以下、精神科病院等と称す）があり、それらの有する精神病床は337,824床である。人口あたりに直すと、精神科病院等は10万人に約1.3カ所、精神病床は同じく10万人に約264床となる。

精神科病院等のうち、単科精神科病院<sup>1)</sup>は1,072カ所と全体の66%を占めている。また運営区分別にみると、公的病院（表1の大学病院からその他の公立病院まで）は全体の16%にすぎず、民間病院（同表の指定病院と非指定病院）が全体の84%を占めていることが特徴的である（表1）。

精神病床の在院患者数は304,394人で、病床利用率は90%である。1ヵ月間に精神病床から32,105人が退院<sup>2)</sup>し33,561人が新たに入院している。

### III. 最新の長期在院者の人数

2010年時点で長期在院者は203,825人存在した。これは総在院患者の66%に相当する。長期在院者を在院期間で細分化すると、1年以上5年未満が88,492人（総在院患者に占める割合29%）、5年以

注1：病床がすべて精神病床である病院。  
 注2：退院には、転院（精神科への転院も含む）、同じ病院内で転科となったもの、死亡によるものを含む。  
 注3：統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害。  
 注4：血管性及び詳細不明の認知症。

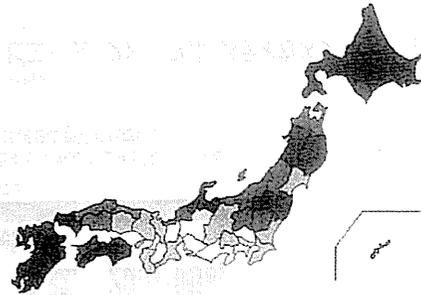


図1 県別の人口10万対長期在院者数

それぞれの区分には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10万対の数が多ことを示している。平成23年精神保健福祉資料による。

上10年未満が42,795人（14%）、10年以上20年未満が35,954人（12%）、20年以上が36,584人（12%）と在院期間が数十年に及ぶことも稀ではない。新たな長期在院の防止に向けては、1年以上5年未満の層の動向には特に注意が必要と考えられる。

年齢については、在院期間が1年未満と比べて長期在院者では、40歳未満の割合が低く（およそ15%と5%）、40から75歳の割合が高い（55%と70%）。この両者で75歳以上の割合はそれぞれ約30%と26%とほぼ同じことは意外かもしれない。これは恐らく、高齢になるに伴い身体疾患の悪化などを理由にいったん他科に転院して戻って来る者や身体疾患にも十分に対応できる他院への転院をする者などが発生し、そうした者は「精神保健福祉資料」では新規入院扱いとなり在院期間が一度リセットされることの影響があるのではと推察される。

診断別では、長期在院者の62%を統合失調症<sup>3)</sup>が占め、続いて血管性認知症<sup>4)</sup>とアルツハイマー病がそれぞれ10%強を占めている（平成23年患者調査）。なお、これらの数字は精神病床に限ったものではないことに注意が必要である。

### IV. 地理的な分布

人口あたりの長期在院者数の大小の地理的な分

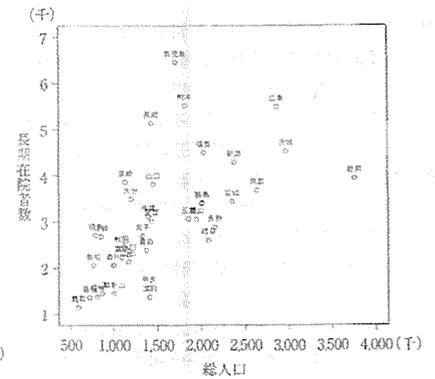
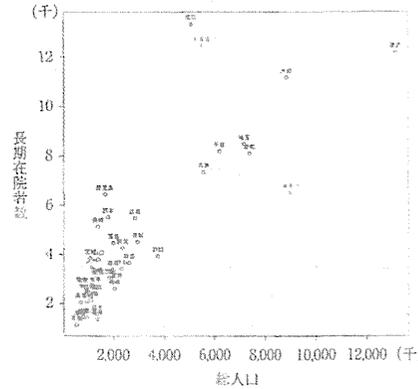


図2 総人口と長期在院者数の散布図

左は全国、右は左図の総人口が400万人以下の部分を拡大した。平成23年精神保健福祉資料による。

布を把握するために、2010年の県別の人口10万対長期在院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、日本地図上に色の塗り分けで示した（図1）。色が濃い県は人口あたりの人数が多いことを示す。人口あたりの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。こうした地域は人口あたりの精神病床数が多い地域とほぼ一致する。

人口10万対在院患者数が多い地域は日本の周縁部、特に四国の太平洋側と九州に集中していることは、県ごとの長期在院者数と総人口の関係を示した散布図において横軸（総人口）の値がほぼ等しい県で縦軸（長期在院者数）の値が大きい県が福岡、北海道、鹿児島、熊本、長崎などであることからわかる（図2）。これらのうち、人口規模の大きい福岡、北海道の動向は特に注視する必要がある。また、日本の中心部である首都圏なども、その地域の人口がきわめて大きく、長期在院者の実数も多いことから、注意深く動向を観察する必要があると思われる。

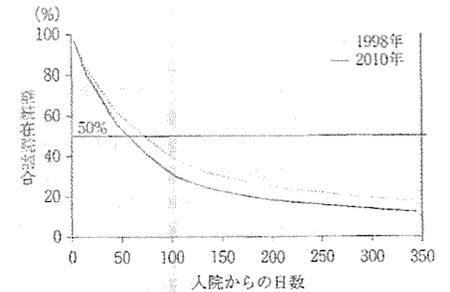


図3 退院曲線  
精神保健福祉資料による。

### V. 長期在院者の発生の状況

新規入院者のうち継続入院期間が1年以上になる者の発生の状況のみをみてみよう。新規入院者における退院の発生の様子を図3に示す。ここでは実線で示した2010年の状況について説明する。新規入院患者で1年経過しても退院ができなかった者、つまり長期在院となった者の割合は曲線の右端の点のY軸の値として読み取れるが、2010年

表2 診断別の1ヵ月間の入院件数、1年後の入院継続者数、長期在院者になる割合

診断 (ICD-10)	1月間の入院件数	左記のうち1年後も入院が継続していた者	長期在院者になる割合
F00 症状性を含む器質性精神障害	6,409	1,384	21.6%
F00 アルツハイマー型認知症	3,051	698	22.9%
F01 血管性認知症	1,167	279	23.9%
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	2,191	407	18.6%
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	2,989	207	6.9%
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	12,662	1,946	15.4%
F3 気分(感情)障害	7,373	413	5.6%
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	1,714	53	3.1%
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動障害	309	6	1.9%
F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	470	20	4.3%
F7 精神遅滞(知的障害)	497	60	12.1%
F8 心理的発達障害	237	9	3.8%
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	84	9	10.7%
てんかん (F0に属さないものを計上する)	273	19	7.0%
その他	544	33	6.1%
合計	33,561	4,159	12.4%

平成23年精神保健福祉資料による。

表3 退院患者数(在院期間×退院時の状況)

退院時の状況	1年未満		1年以上	
	n	%	n	%
家庭復帰	20,005	71.4%	778	19.0%
GH・CH・社会復帰施設等	1,349	4.8%	353	8.6%
高齢者福祉施設	1,548	5.5%	386	9.4%
転院・院内転科	3,793	13.5%	1,615	39.4%
死	962	3.4%	920	22.4%
その他	347	1.2%	49	1.2%
合計	28,004	100.0%	4,101	100.0%

平成23年精神保健福祉資料による。

GH: グループホーム, CH: ケアホーム

では12.2%であった。精神病床には1ヵ月間に約3万3千人の入院が発生するので、それに12.2%を乗じたおよそ4千人がそこから発生する長期在院者となり、年間では4万8千人程度の長期在院者が発生すると見積もることができよう。もちろん長期在院者からも退院が発生するので毎年4万8千人のペースで長期在院者数が増えるわけではない。長期在院者における退院の状況については次節で述べる。

表2には、診断別に長期在院となる者の発生状況を示した。新規に入院となった者が長期在院者となる割合<sup>15)</sup>は、器質性精神障害(血管性認知症等とアルツハイマー病など)が最も高く20%を超

える。統合失調症が約15%、知的障害が約12%、小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害などが約11%と続く。認知症や統合失調症は合わせると新規入院患者数に占める割合が過半数を超え、長期在院者となる確率も高いことから、新たな長期在院者の発生を抑制する観点からは、集中的な取り組みの対象とする必要が高いことがこのデータからもわかる。

VI. 長期在院者の退院時の状況

長期在院者は在院患者全体の70%近くを占める(203,825人/304,394人)一方で1ヵ月間の退院者数に占める長期在院者割合は13%にすぎない(4,101人/32,105人)。長期在院の者が退院する可能性はそうでない者と比べて低いことがわかる。これに加えて、在院日数が1年未満で退院した者は80%以上(家庭復帰等が約70%、施設が約10%)が地域に戻っているが、長期在院の者ではその割合は40%弱(家庭復帰等と施設がそれぞれ約20%)で転院と死亡がそれぞれ40%と20%強である(表3)。つまり、長期在院の者は退院の発生率は低

注5 「1ヵ月間に入院した者のうち1年後も入院が継続していた人数」を「1ヵ月間に入院した者」で除して求めた。

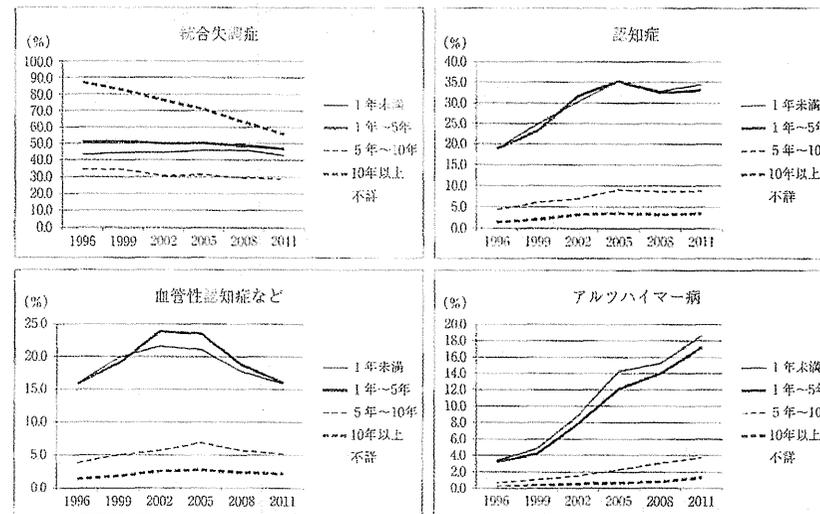


図4 統合失調症、認知症の在院期間別の在院患者数の推移  
患者調査による。

く、退院となった場合でも地域生活に戻る者は少ないことがわかる。

VII. 長期在院者数の推移

長期在院者数は1997年の243,142人から一貫して減少傾向にあり、その変化は線形で1年間におよそ3,000人ずつ減っている。長期在院者と同じく総在院患者も減少を続けているが、前者と比べると後者は減少の程度がやや小さい。このため総在院患者に占める長期在院者の割合は1997年の72%から2010年の66%に低下している。

長期在院者の62%は統合失調症圏で、20%強が認知症であることはすでに述べた。図4に長期在院者の大部分を占めるこれらの診断群について、在院者数の推移を在院期間別に示した。データは患者調査に基づく<sup>16)</sup>。

統合失調症圏では10年以上の層が一貫した減少傾向を示し、1996年から2011年かけて2/3になっていることが目立つ。それ以外の長期在院に該当

する層でも顕著ではないものの、減少傾向が見える。

認知症については、在院期間が比較的短い層(1年未満と1年から5年)での増加が際立つ。より長期の層でも増加傾向を示している。ただしどの層においても2005年以降は横ばいであり、長期在院者の解消の観点からは、今後もこの傾向が続くかを見守る必要がある。

認知症による在院者数の推移を血管性認知症とアルツハイマー病の内訳別にみると両者で大きく傾向が違ってくるのがわかった。在院期間が短い層での血管性認知症等の在院者数が2005年ごろから減少し始めている理由の1つには、従来の血管性認知症等に関する過剰診断の傾向が是正されてきたために、アルツハイマー病と正しく診断された患者の新規入院が増えたことによるものと考えられ

注6: 平成23年患者調査の数値には、福島県および宮城県石巻二次医療圏(石巻市、東松島市、女川町)および気仙沼二次医療圏(気仙沼市、南三陸町)が含まれないことに注意。

る。特に90年代はMRIの普及が血管性認知症等の過剰診断をさらに助長した影響もあるのではなからうか。アルツハイマー病の患者数が一貫して増加していることは、実際に一般人口集団におけるアルツハイマー病の有病者数が急速に増大していることも関連していると思われる。

#### Ⅷ. 退院の状況、発生の状況の推移

新規入院者の退院の発生の様子を示した図3を再びご覧いただきたい。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この図において実線で示した2010年と破線で示した1998年の比較から明らかである。退院までの日数の中央値も75日から58日と2週間以上短縮された。また曲線の右端の点のY軸の値で示される長期在院となった者の割合は、1998年の17.4%に対して2010年には12.2%と約5ポイント低下していた。

また「改革ビジョン」の数値目標の1つである、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の推移は、ここ5年間で23.0, 22.1, 21.8, 23.1, 23.9と一貫した傾向が窺えないが、1999年から2010年の間で一定の改善(21.7→23.9)がみられた。

以上をまとめると、新規入院者については退院までに要する日数が短縮し、半数は2ヵ月以内に退院すること、また入院から1年が経過しても退院できない割合も低下し、そうした者は新規入院者の約1割強に止まること、がわかる。新規入院者から長期在院となる者が生じる確率はより低くなっている。また長期在院となった者の退院の発生についても、顕著ではないがその確率は上昇している。つまり、前節の冒頭で述べた長期在院者数の一貫した減少傾向は、新たに入院した者から長期在院者となる確率が下がり、長期在院となった者から退院が発生する確率が上がった、両方の影響によると言える。

#### Ⅸ. 限 界

精神保健福祉資料での退院には、転院(精神科への転院も含む)、同じ病院内で転科となったも

の、死亡によるものを含む。退院すなわち地域生活に移行したとはみなせないことに留意する必要がある。

精神保健福祉資料では、在院期間は調査時点での在院していたその病院に入院してからの期間となる。このため、実質的には入院が継続していると考えた方が適当な場合に在院期間を過小評価してしまう。例えば、A病院に5年間在院し、その後B病院に転院となり半年が経過した患者の在院期間は5年半ではなく、B病院に入院した時点からの半年として扱われる。

最も大きな限界は、本稿がもとにした統計資料からは長期在院者数の変化の理由や原因および長期在院者の退院後の状況を知ることができないことである。特に後者は重要で、たとえ退院できたとしても、本人や家族などにとり退院後の状況が病院に継続して入院していた時より望ましいものでなければ、退院したことに意味を見出せないであろう。

#### X. ま と め

精神科病院等の長期在院者数は一貫して減少傾向にある。その変化は線形で1年間におよそ3,000人ずつ減っている。しかし、2010年時点でもおよそ20万人と在院患者の66%を占める。人口あたりの長期在院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。その中でも人口規模が大きい北海道、福岡での長期在院者の動向を注視する必要がある。新規入院患者から長期在院が発生する確率は低下し、長期在院者が退院する確率は上昇している。

こうした長期在院に関する統計数値の変化は、長期在院者の地域生活への移行に努力した医療機関や地域の関係者の様々な取り組みの成果を反映したものだと推察される。地域生活への移行やその維持のために、そうした関係者の様々な努力や工夫がなされているはずである。そうした内容は本稿からはわかり得ないが、本特集内の本稿に続く数々の論文にて言及されると思う。

## 退院支援のための多職種チーム構築と実践

—精神科医の立場から—

渡 邊 博 幸\*

抄録: 長期入院統合失調症者の退院支援は、トランスモデル多職種チームで行うことが望ましい。このモデルの利点は、当事者のニーズや希望に応じた一貫性のある個別的・包括的支援ができ、迅速なリスク対応も可能なことである。多職種チームミーティングは情報共有、診療計画決定のために重視される。チームでの円滑な支援実践には、メンバーそれぞれの専門技能や他職種技能への理解を必要とし、またメンバー間の信頼構築が必須である。  
精神科治療学 29(1): 19-24, 2014

Key words: transdisciplinary model, multidisciplinary model, Assertive Community Treatment, Individual Treatment Team

#### I. はじめに

統合失調症患者の入院長期化要因として、Tullochらは、①暴力・挑戦的な行動、②症状の重症さ、③生活基盤・ライフライン破綻、④行政・福祉サービスからの除外の4つを挙げている<sup>1)</sup>。このように重複した困難要素を抱え、『社会的排除』の状態に陥った長期入院者の退院支援を行うには、本人、そして本人を取り巻く環境に対して、bio-psycho-socio すべての観点からアプローチできる多職種協働チームが必要である<sup>2)</sup>。

しかし、わが国の地域移行施策では、平成18年度からの「精神障害者退院促進支援事業」、平成

20年度からの「精神障害者地域移行支援特別対策事業」、平成22年度からの「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」<sup>3)</sup>では、チーム医療に関する記載はなく、2011年4月からの「精神障害者アウトリーチ推進事業」<sup>4)</sup>になって、ようやく多職種チームで行う退院支援・地域生活支援が明文化された。

これを踏まえ本稿では、統合失調症者の退院支援を目的とした多職種チームの構築と運用、課題の克服などについて、精神科医として、押さえておくべき点を整理する。

#### II. 多職種チームの構造

##### 1. 多職種チームの構成メンバー

退院支援チームは、①当該入院施設職員としての医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師、臨床心理技術者などが主たるメンバーとなる。また②院外の協力者として、訪問看護師や地域保健師、精神保健相談員、ピアサポーター、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域活動支援センター、グループホーム・ケアホーム、就

Building and practice of transdisciplinary team to support hospital discharge for long-stay inpatients with chronic schizophrenia.

\*千葉大学社会精神保健教育研究センター

治療・社会復帰支援研究部門

{〒260-8670 千葉県千葉市中央区亥鼻1-8-1}

Hiroyuki Watanabe, M.D., Ph.D.: Division of Medical Treatment and Rehabilitation, Center for Forensic Mental Health, Chiba University, 1-8-1, Inohana, Chuo-ku, Chiba-shi, Chiba, 260-8670 Japan.

## 精神保健医療福祉のモニタリングとしての 630 調査の経緯と今後の方向

Development and future directions of June 30<sup>th</sup> survey as a monitoring research on Japan's mental health and welfare

下田陽樹<sup>1)</sup>、竹島正<sup>1)</sup>、立森久照<sup>1)</sup>

Haruki Shimoda, Tadashi Takeshima, Hisateru Tachimori

### はじめに

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課（平成17年以前は精神保健福祉課）では、毎年6月30日付で全国の精神科病院、精神科診療所、障害者福祉施設・事業所、および精神保健医療福祉行政の状況について調査（正式名称：精神保健福祉資料、以下630調査）を行っている。630調査はわが国の精神保健医療福祉の現状を把握し、施策推進の資料とすることを目的として実施されており、わが国の精神保健福祉のモニタリングにおいて貴重な資料となっている。（独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部（以下、精神保健計画研究部）では、平成9年度以降、厚生労働科学研究費補助金をもとに本調査の企画・実施・分析に携わってきた。この調査の結果は平成10年度以降は「精神保健福祉資料」として刊行されており、現在ではウェブサイト「かえるかわる精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ」(<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>)にも掲載している<sup>1)</sup>。

本稿では、「精神保健福祉資料」の刊行を始めて以降の630調査について、調査の基本手順、主要な改訂の経緯及びその意義についてまとめ、今後の展望を述べる。

### 630 調査の手順

630 調査は毎年度、精神保健福祉行政のニーズに

1) 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所 精神保健計画研究部  
Department of Mental Health Administration, National  
Institute of Mental Health, National Center of Neurology  
and Psychiatry

応じた調査となるよう調査内容の検討を厚生労働省（以下、厚労省）と本調査に関係する研究者の間で行い、厚労省が都道府県・政令指定都市に協力依頼を行い、都道府県・政令指定都市はさらに調査対象機関に依頼し、調査対象機関は逆の経路で回答する（図1）。厚労省はそれを分析のために精神保健計画研究部に送付し、データクリーニング等が行われる。データ入力、数値等のエラーチェック、および集計表作成は、精神保健計画研究部がデータ処理会社に委託している。エラーチェックでは記入漏れや矛盾、異常値などを選別し、精神保健計画研究部、厚労省、都道府県・政令指定都市を通じて調査対象機関に確認と訂正を求めている。調査対象機関は逆の経路で再回答を行い、エラー解消まで通常2-3回程度、この手順が繰り返される。その後、集計表が作成され、精神保健計画部内の確認を経て厚労省へ送られる。厚労省の確認を得た集計表は精神保健福祉資料として刊行されるとともに、ウェブサイトに公表される。また、確定したデータベースをもとに厚生労働科学研究としての分析を行い、論文として公表される。

### 平成10年度以降の主要な改定

近年における630調査の調査内容の変化を図に示した（図2）。詳細については図の縦軸に示したトピック単位で後述するが、主要な点としては、精神科病院における専門分化に対応した専門病棟の定義付けとそれに対応した調査項目の作成、精神科病院の入退院の動態把握、精神科診療所、精神科デイケア、精神科訪問看護、社会復帰施設といった地域資源に係る調査票の新設等が挙げられる。また630調査においては施策の効果をモニタリングするため、結果公表の迅速性・正確性が重要であるが、この課題に対応するために電子調査票を導入してきたことが挙げられる。

## 精神科病院の機能区分

平成11年度の調査票改訂で専門病棟の区分である急性期、老人性痴呆疾患、精神療養、老人精神、アルコール、薬物、アルコール・薬物混合、児童思春期、合併症について報告対象を明確化した<sup>1)</sup>。平成14年度にはさらに診療報酬に位置づけをされている病棟とそうでないものに区分し、アルコール、薬物、アルコール・薬物混合、児童思春期、合併症については、入院している患者数のおおむね半数以上が該当する病棟について報告することとした。専門病棟の区分については、その後も診療報酬改訂に合わせた修正を行ってきた。

12年度調査票改訂では痴呆性疾患専門病棟の状況に関する個票が新設され、病床数、在院期間別患者数、入院患者数、退院患者の行き先等の項目が設けられた<sup>2)</sup>。その結果、痴呆性疾患専門病棟の設置状況や入院患者の動態に都道府県較差があり、また専門病棟の設置が増加していることが明らかとなった。それらの病棟を利用する患者の動態を把握するため、平成15年度630調査では、前年6月に痴呆性疾患専門病棟に入院または転棟してきた患者の1年後までの動態を把握できるよう、各月の退院・退棟患者数について調査する項目が設けられた<sup>3)</sup>。また、平成17年の「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」(医療観察法)施行を受け、平成18年度調査票改訂においては入院患者についての項目に医療観察法による入院患者の記入欄が追加され<sup>4)</sup>、平成23年度の調査票改訂においては、年齢・性・疾患別の医療観察法指定医療入院機関の入院患者数に関する個票が新設された<sup>5)</sup>。

## 入退院の動態

### 1) 入退院に関する動態把握と指標の変遷

平成9年度までの630調査は横断面の在院患者数は把握できるものの、入退院の動態は不明であった。平成10年度630調査では、新たに6月新入院患者の翌年6月1日までの各月末の退院状況と残留患者数が把握されるようになり、平成16年9月の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の精神保健医療福祉体系の再編の達成目標のひとつである平均残存率(1年未満群)につながった<sup>13)</sup>。具体的には、平成

10年度調査においては、平成9年6月中に入院した患者について、平成10年5月までの1年間、1ヶ月単位で退院状況(家庭復帰、社会復帰施設、転院、死亡)の報告を得ており、この結果から入院後1年までの各月末の患者残留率がわかるようになった。分析においては、開設者、地域ブロック、デイケア実施の有無との関連性について検討がなされ、人口万対病床数や人口万対新患者数に対し患者残留率の地域格差は比較的小さいこと、またデイケア実施が在院期間の短縮に寄与する可能性が示された。入退院の動態把握については、第二著者が土佐病院年報、仙波論文などによって、入退院の動態把握の必要性を知ったことが役立った<sup>11)・12)</sup>。

平成12年度の調査票改訂においては、新規入院患者のうち1年以上の長期在院になった患者の年齢・疾患区分等についての調査票が新設され、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の精神保健医療福祉体系の再編の達成目標のひとつである退院率(1年以上)につながった<sup>13)</sup>。

ここで入退院に関する指標の変遷と630調査の貢献をまとめておく。平成14年には、社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」、精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた対策の方向」において「受け入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の対策が課題として提起されたが、630調査において入退院の動態を把握できることから、新たな入院患者の1年後残留率(1年後まで入院が続く患者割合)、50%退院日数(入院した患者の半数が退院する日数)、1年以内社会復帰率(入院した患者のうち、1年以内に家庭または社会復帰施設などに退院する割合)などが算出可能となった<sup>14)・15)</sup>。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部による報告書であって、わが国の精神保健医療福祉のあり方を「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革するため、今後おおむね10年間に何を実現していくか、その目標をあらわしたもので、その指標に平均残存率、退院率が導入されるには入退院の動態把握は不可欠であった。平成24年の第3期障害福祉計画において、平均残存率は平均退院率(1年未満)として算出されるようになり、退院率(1年以上)と同じ方向性をもつより分かりやすい表現に統一された(平均残存率+平均退院率=100%)。

## 2) 精神科診療所、精神科デイケア、訪問看護、社会復帰施設等

平成10年度厚生労働科学研究の分担報告書では、精神科デイケア、社会復帰施設数が急速に増加していることから、これらがどのように社会復帰率を高めるか、具体的な情報を得る必要があるとしている。平成11年度精神保健福祉資料には社会復帰施設等に関する全国状況調査の報告書が資料として掲載されており、当時の障害者プラン推進の下、社会復帰施設の概況について報告している<sup>1)</sup>。平成11年度調査票では前年に比べ、精神科デイケア施設承認状況に関する個票における単科精神病院、一般病院精神科、診療所等の区分の追加、精神障害者社会復帰施設等の現況に関する個票における利用者の年齢区分、生活支援センターの事業実績記載欄、職員状況記載欄の追加等、精神障害者の地域生活を支援する施設・活動について、より詳細に把握するための改訂が行われた。これらの改訂は、630調査を精神保健福祉法に関する包括的なモニタリングに活用することを指向したものであった。そして、平成12年度調査票では、精神科病院における訪問看護の実績に関する項目が新たに設けられた。平成19年度改訂においては、精神障害者の地域移行と地域医療充実の必要性を反映して、診療報酬上の各種病棟に入院している患者の年齢、在院期間区分、精神科病院と精神科診療所等の実施している精神科訪問看護の状況に関する個票が新設された<sup>7)</sup>。

さて、精神保健福祉政策の動向を見ると、平成14年の社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」において、ホームヘルプなどの居宅生活支援事業の市町村単位での実施、在宅福祉サービス、グループホームの確保、生活訓練施設、福祉ホーム、通所授産施設などの社会復帰施設等の充実、授産施設における活動から一般就労への移行の促進等が挙げられている。これを踏まえ、平成14年度調査票では、地域生活支援センターにおける「精神障害者社会復帰施設または居宅生活支援事業もしくは社会適応訓練事業の利用に関する相談・助言」の受託市町村数についての調査項目、各種の社会復帰施設とグループホームについての個票が整備され、翌年度調査には集計事項の調整が行われた。以降平成17年度までにかけての調査票改訂において、精神障害者社会復帰施設等の状況に関する個票について、地域生活支援センターの個票が新設、入所施設用、通所施設用それぞれについて個票

の枚数が追加され、6月1ヵ月間の施設稼働日数、また常勤・非常勤職員記入欄内に相談業務従事者数の内訳記入欄が追加された。通所施設については、施設の種類の従来の「1. 通所授産施設、2. 福祉ホーム、3. 入所授産施設、4. グループホーム、5. 福祉ホームB型」から「1. 通所授産施設、2. 小規模通所授産施設、3. 福祉工場」に変更された<sup>4)・5)</sup>。平成19年度調査票改訂では、平成17年に成立した障害者自立支援法の施行に伴い、「精神障害者社会復帰施設等」を「指定障害者支援施設等」とし、事業の種類を対応したものに改めた。しかしながら、障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の区分は、身体、知的障害者施設と統合された施設類型への移行であり、精神障害者のみを対象とした調査の実施が困難となったことから、平成21年度調査からは指定障害者支援施設は一部を除いて630調査の調査対象外となった。そして、630調査によって障害者自立支援法における精神障害者のサービス利用状況の全体像を把握できる状況でなくなったことから、平成25年度調査からは、これらにかかる施設、サービスに関する調査票は削除された。

## 3) 地域精神保健福祉対策

平成12年度の改訂において、平成7年の精神保健福祉法改正によって制度化された精神障害者保健福祉手帳、平成11年の精神保健福祉法改正によって制度化された移送制度、さらに措置入院制度などの運用実態の概要把握のための調査項目が新設された。措置入院患者については、平成14年度において、その転帰に関する調査項目が設けられた。また同年度において性・年齢別および疾患別の精神障害者保健福祉手帳取得者数、平成15年度からは6月の手帳交付者における性別、年齢、疾患分類が調査項目に加えられた<sup>3)・10)</sup>。平成20年度には、衛生行政報告例との調査項目の重複があったことから、措置入院等の状況の調査項目の一部を衛生行政報告例に移し、重複する項目を削除している<sup>8)</sup>。

## 電子調査票の導入とその現状

630調査には精神保健福祉のマクロ状況をモニタリングし、政策の発展に寄与していくためのデータ精度と公表の迅速化が求められる。また、都道府県・政令指定都市主管課及び調査対象施設の回答者の負担軽減も課題となる。このため、平成16年度厚生

労働科学研究において電子調査票開発の検討に着手し、平成20年度に一部の精神科病院の協力を得て電子調査票の試行調査を行い、改善すべき点をアンケート調査によって把握した上で、平成21年度からは、希望するすべての精神科病院を対象に電子調査票の運用を開始した<sup>18)</sup>。平成23年度調査の段階で、電子調査票を利用して回答している精神科病院は3割程度と推測されるが、都道府県間のばらつきは大きく、ほぼ全病院が使用している都道府県もあれば、1割に満たない都道府県もあるのが現状である。このため、平成25年度厚生労働科学研究において、(1)電子調査票普及の方法、(2)電子調査票利用による各病院および行政の事務負担の軽減可能性、(3)主管課資料としての630調査の活用、(4)電子調査票の改善すべき点などについて、都道府県・政令指定都市のヒアリングを行ったところである。

## 考 察

精神保健計画研究部では、(1)精神保健福祉の現状と施策効果の観察・評価(モニタリング研究)、(2)精神科臨床に関する現場との共同実証研究や研究方法論の提供(臨床疫学研究)、(3)精神保健福祉施策の重要課題の解決方策を得るための情報収集と分析(政策情報研究)を3本柱にして研究活動を行ってきたが、(1)のモニタリング研究の柱が630調査である。精神保健計画研究部における630調査への取組を振り返ると、当初は、第2著者が直接すべてに携わる形でスタートしたが、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の前からは精神保健計画研究部全体の取組になっていった。また、医療計画の基準病床数の算定式が変更されてからは都道府県の630調査への関心が高くなり、その傾向は医療計画の記載事項に精神疾患が含まれるようになってさらに顕著になった。

厚労省においては、平成16年9月に厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部による報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を公表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進め、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めることとした。そして平成20年4月には「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」を設置し、改革ビジョンに示された達成目標の第一期(前半5年間)の成果を評価するとともに、平成21年9月からの第二

期(後半5年間)における施策群を検討して、今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」を公表した。報告書には、今後の精神保健医療福祉施策の改革のための課題が多岐にわたり、また変動する社会経済状況に対応するスピードが必要なことが述べられており、今後の630調査のモニタリング機能には、調査項目の網羅性と同時に、一層の迅速性が求められることが窺える。さて、平成25年8月の「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」では、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要があり、この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要と述べている。さらに、平成25年の精神保健福祉法改正によって新たに精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(厚生労働大臣告示)が策定されることとなった。今後の630調査はわが国の精神保健医療福祉のモニタリング機能としての重要性はもちろんであるが、施策による介入の効果を把握するため、また都道府県の精神保健医療福祉行政、さらには個別の精神科医療機関等の機能強化にも役立てられる調査として、精神保健医療福祉の関係者、さらには国民の間で共有を高めていくことが期待される。

## 文 献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課, 国立精神・神経センター精神保健研究所: 精神保健福祉資料 平成11年度6月30日調査の概要, 2001.
- 2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課, 国立精神・神経センター精神保健研究所: 精神保健福祉資料 平成12年度6月30日調査の概要, 2002.
- 3) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課, 国立精神・神経センター精神保

- 健研究所：精神保健福祉資料 平成15年度6月30日調査の概要。(http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/630data.html), 2005.
- 4) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課, 国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料 平成16年度6月30日調査の概要。(http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/630data.html), 2006.
  - 5) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課, 国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料 平成17年度6月30日調査の概要。(http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/630data.html), 2007.
  - 6) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課, 国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料 平成18年度6月30日調査の概要。(http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/630data.html), 2008.
  - 7) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課, 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所：精神保健福祉資料 平成19年度6月30日調査の概要。(http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/630data.html), 2009.
  - 8) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課, 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所：精神保健福祉資料 平成20年度6月30日調査の概要。(http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/630data.html), 2010.
  - 9) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課, 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所：精神保健福祉資料 平成23年度6月30日調査の概要。(http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/630data.html), 2013.
  - 10) 小山智典, 桑原寛, 舘暁夫：行政が行う事業等の実態に関する研究. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神病院・社会復帰施設等の実態把握及び情報提供に関する研究」分担研究：精神病院・社会復帰施設等の実態に関する研究. 研究協力報告書, 1-10, 2006.
  - 11) 仙波恒雄, 河崎茂, 高柳功他：精神保健指標の国際比較に関する研究. 平成6年度厚生科学研究員補助金(精神保健医療研究事業)「心の健康づくりと精神保健医療対策の評価に関する研究」分担研究報告書, 123-139, 1995.
  - 12) 仙波恒雄, 植田孝一郎, 鮫島健他：精神保健指標の国際比較に関する研究Ⅱ. 平成7年度厚生科学研究費補助金(精神保健医療研究事業)「精神保健医療対策の評価に関する研究」分担研究報告書, 33-43, 1996.
  - 13) 竹島正：精神保健福祉情報の整備に関する研究. 平成10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)「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」分担研究報告書, 1-6, 2000.
  - 14) 竹島正, 中村健二, 重藤和弘他：精神科医療機能に関するマクロ指標の検討—入院患者残留率を中心に—. 精神神経学雑誌 104 (5) : 394-416, 2002.
  - 15) 竹島正, 立森久照：精神保健福祉情報の整備と施策効果に関する研究—630調査の評価とあり方に関する研究—. 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神病院・社会復帰施設等の評価及び情報提供のあり方に関する研究」分担研究報告書, 1-7, 2004.
  - 16) 竹島正, 立森久照, 羽藤邦利：精神病院・社会復帰施設等の実態に関する研究—精神病院・社会復帰施設等の実態把握と活用に関する研究—. 平成15年度厚生労働科学研究(障害保健福祉総合研究事業)「精神病院・社会復帰施設等の実態把握及び情報提供に関する研究」分担研究報告書, 1-9, 2005.
  - 17) 竹島正, 河野稔明, 長沼洋一他：「改革ビジョン」の進捗状況のモニタリングと評価に関する研究—「精神保健福祉資料」に係る電子調査票の利用状況と回答時期の変化—. 平成22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)「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」分担研究報告書 2, 1-6, 2012.
  - 18) 立森久照：精神病院・社会復帰施設等の実態データの収集方法とその有効活用に関する研究. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神病院・社会復帰施設等の実態把握及び情報提供に関する研究」分担研究報告書, 1-14, 2005.

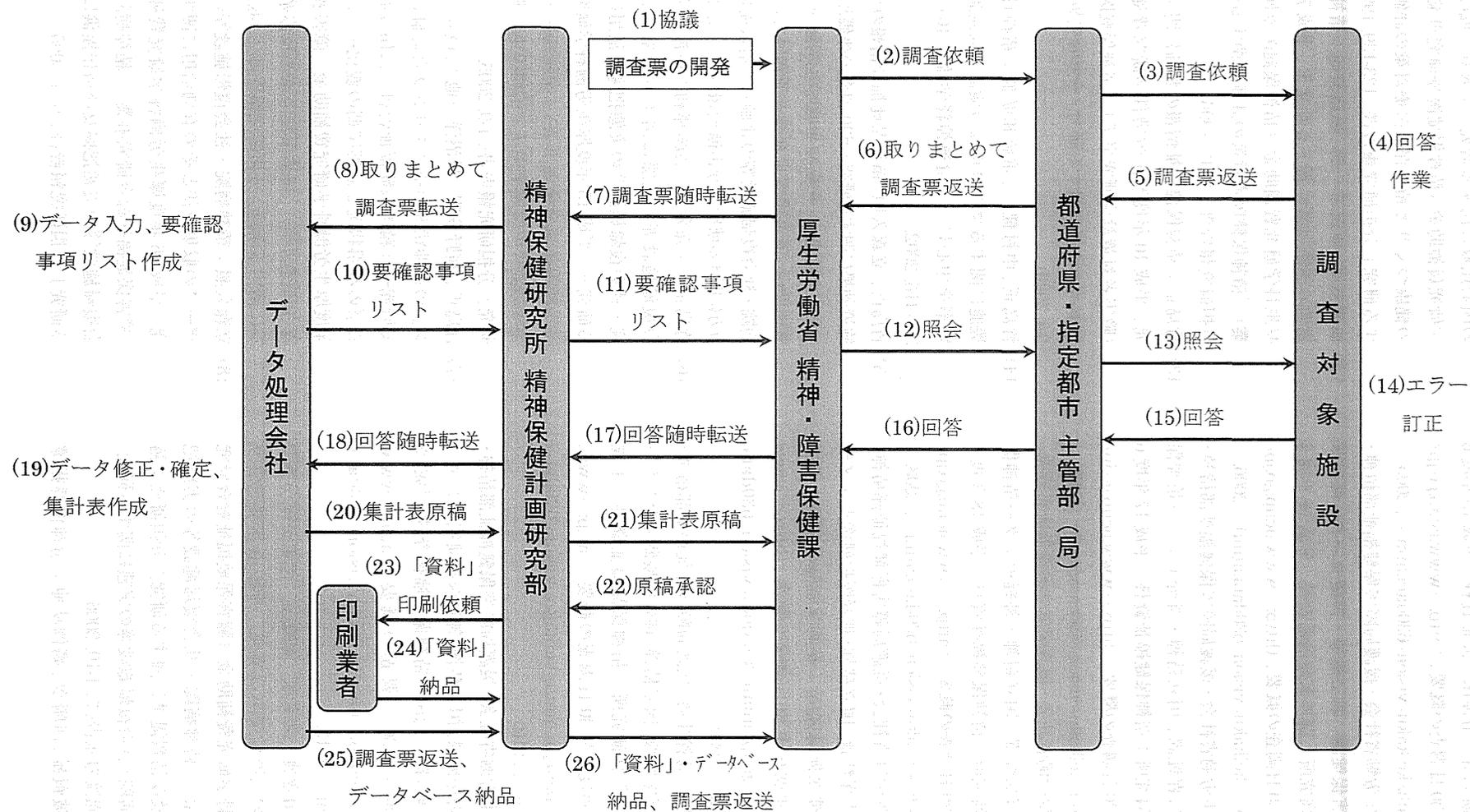


図1 630調査の基本的な流れ

	平成10年度	平成11年度	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度
精神科病院	精神科病院の施設・病床・従事者の状況を記載															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">                     専門病棟の区分を明確化                      病巣性疾患専門病棟(認知症治療病棟)の状況(在院期間別患者数、転帰別退院患者数)に係る箇条を追加                 </div> <div style="width: 30%;">                     入院形態区分に医療観察法による入院を追加、また診療報酬改定に伴い専門病棟区分を変更                 </div> <div style="width: 30%;">                     医療観察法指定入院機関の状況(性・年齢・疾患・在院期間別患者数)に係る箇条を追加                 </div> </div>															
入退院の動向	転帰別退院患者数を記載															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">                     疾患別の退院患者数について、各年齢階級ごとに在院期間(年未満・1年以上)に記入欄を分割                 </div> <div style="width: 30%;">                     退院時の状況記入欄において、1年未満の在院期間区分を3ヶ月未満、3ヶ月以上1年未満に分割                 </div> </div>															
精神科病院訪問看護	前年6月新入院患者の退院状況に係る項目を追加															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">                     1年後残留患者について、疾患毎に年齢・入院形態別の集計項目を追加                 </div> </div>															
精神科クリニック	精神科クリニック施設等の承認状況、人員、日数を記載															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">                     デイケア利用者の社会復帰施設利用状況に係る項目を追加                 </div> <div style="width: 30%;">                     精神科デイケアについて、実施施設(病院精神科、精神科診療所、それ以外)別に箇条を分割、また疾患毎の患者数について性・年齢別の集計項目を追加                 </div> <div style="width: 30%;">                     ショートケアに係る項目を追加                 </div> </div>															
社会復帰施設	精神科病院における訪問看護の実績記入欄を追加															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">                     精神科病院・診療所等が実施している精神科訪問看護の状況(性・年齢・疾患別患者数)に係る箇条を追加                 </div> </div>															
社会復帰施設	精神障害者社会復帰施設の施設・設置者・利用状況を記載															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">                     地域生活支援センターの状況に係る項目・箇条の追加(平成14年:既存の社会復帰施設箇条に記載欄追加、平成16年:地域生活支援センターの箇条追加)                 </div> <div style="width: 30%;">                     障害者自立支援法に基づき、「精神障害者社会復帰施設」を「指定障害者支援施設」に改め、入所・通所施設の事業種別区分を変更                 </div> <div style="width: 30%;">                     障害者自立支援法に基づく施設が一部を除いて630調査の対象外に (平成25年度)指定障害者支援施設を対象とした箇条の削除                 </div> </div>															
その他主要な事項	平成7年、平成11年の精神保健福祉法改正を受け、移送制度、精神障害者保健福祉手帳、措置入院制度に係る項目を追加															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">                     精神科診療所に係る箇条を追加                 </div> <div style="width: 30%;">                     (同上)精神科病院・診療所等が実施している精神科訪問看護の状況に係る箇条を追加                 </div> </div>															
精神保健・行政報告	電子調査票の作成															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">                     電子調査票の運用開始(平成11年の運用開始より平成15年現在まで、対象は電子調査票の使用を希望する全ての精神科病院)                 </div> </div>															
精神保健・行政報告	(平成10年度)都道府県による総括表の作成打ち切り															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">                     65歳以上の年齢階級を65歳以上75歳未満、75歳以上に分割                 </div> </div>															
精神保健・行政報告	法律															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">                     (平成7年度)精神保健福祉法改正 (平成11年度)精神保健福祉法改正                 </div> <div style="width: 30%;">                     障害者自立支援法施行 (平成18年度)精神保健福祉法改正                 </div> <div style="width: 30%;">                     (平成25年度)障害者総合支援法施行                 </div> </div>															
精神保健・行政報告	医療観察法施行															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">                     (平成14年度)社会保険審議会障害者部会精神障害者分會報告書 (平成14年度)精神保健福祉対策本部中間報告書 (平成16年度)精神保健医療福祉の改革ビジョン                 </div> <div style="width: 30%;">                     (平成21年度)今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書                 </div> </div>															

図2 平成10年度以降の630調査における主要な追加調査項目・改訂事項

## Lay Diagnoses and Views on Causes, Coping Strategies, and Treatment for Schizophrenia

Kanae Sawamura · Hisateru Tachimori ·  
Tomonori Koyama · Asuka Koyama · Yoichi Naganuma ·  
Yoshiharu Kim · Tadashi Takeshima

Received: 10 March 2010 / Accepted: 6 October 2011 / Published online: 22 October 2011  
© Springer Science+Business Media, LLC 2011

**Abstract** We aimed to clarify the relationship between lay diagnoses and perspectives on schizophrenia regarding causes, coping strategies, treatments, prognosis with and without the help of specialists. Our study sample was 500 adults in Japan. Participants read a vignette that depicted moderate to severe schizophrenic symptoms and yielded lay diagnoses. They also expressed their perspectives on the cause of the status in the vignette and coping strategies.

We examined the relationship between lay diagnoses and the perspectives. Participants labeled the vignette as 'stress' held low expectations for the effectiveness of mental health professionals and psychiatric treatment. To enhance mental health literacy, it is important to help people distinguish a mental illness from mere stress. Lay diagnoses do not necessary have to be detailed, as long as people recognize a situation as an illness.

K. Sawamura (& )  
Research Department, Institute for Health Economics  
and Policy, No. 11 Toyo-Kaiji Bldg, 1-5-11, Nishi-Sinbashi,  
Minato-Ku, Tokyo 105-0003, Japan  
e-mail: sawa-ky@umin.ac.jp

**Keywords** Schizophrenia · Health literacy ·  
Health education · Public opinion

H. Tachimori · T. Takeshima  
Department of Mental Health Policy and Evaluation, National  
Institute of Mental Health, National Center of Neurology and  
Psychiatry, 4-1-1 Ogawa-Higasi, Kodaira, Tokyo 187-8553,  
Japan

### Introduction

Many studies have been clarified that the majority of lay people remain skeptical for the efficacy of standard psychiatric treatment and often prefer to receive if necessary non-medical intervention for mental problems regardless of the degree of evidence (Caldwell and Jorm 2000; De Toledo Piza Peluso and Blay 2009). The importance of enhancement of mental health literacy has been emphasized to overcome this situation (Jorm et al. 1997). Mental health literacy includes the ability to recognize specific disorders or different types of psychological distress, skill of mental health information seeking, knowledge and beliefs about risk factors and causes, knowledge of types of self-help interventions, knowledge and beliefs about professional help available, as well as attitudes that promote recognition and appropriate help-seeking (Jorm et al. 1997).

T. Koyama  
Department of Child and Adolescent Mental Health, National  
Institute of Mental Health, National Center of Neurology and  
Psychiatry, 4-1-1 Ogawa-Higasi, Kodaira, Tokyo 187-8553,  
Japan

A. Koyama  
Department of Psychiatry and Neuropathobiology,  
Faculty of Life Sciences, Kumamoto University,  
1-1-1 honjo, Kumamoto 860-8556, Japan

Lauber et al. clarified that people recommended therapeutic strategy, such as visiting a psychologist, visiting a psychiatrist, getting treatment in a psychiatric hospital, and receiving psychotherapy, and avoid dealing with the

Y. Naganuma  
Department of Forensic Psychiatry, National Institute  
of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry,  
4-1-1 Ogawa-Higasi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

Y. Kim  
Department of Adult Mental Health, National Institute  
of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry,  
4-1-1 Ogawa-Higasi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

situation alone, when they recognized a condition as an illness rather than a life crisis (Lauber et al. 2005, 2001). The effect of lay diagnoses on treatment recommendation was not examined in their study because they focused on the distinction between an illness and a life crisis. Studies using case vignettes have shown that a significant proportion of people labeled symptoms of schizophrenia as those of a depression or a mental illness in general (Farrer et al. 2008; Jorm et al. 2006, 1997). How lay diagnoses affect public views on mental illness and psychiatric treatment is yet to be clarified. Assessing the impact is important for designing future interventions to enhance mental health literacy.

In this study, we aimed to detect whether lay diagnoses were related to perspectives regarding causes, coping strategies, treatments, prognosis with and without the help of specialists. We asked lay people to state their perspectives on a case vignette, which depicted moderate to severe schizophrenic symptoms. The diagnoses put on the vignette by lay people were classified into four groups: (1) a schizophrenia label group (2) a depression label group (3) an other mental illness label group, and (4) a stress label group. The result would provide supportive evidence for the strategy to promote mental health literacy.

## Method

### Procedure

The survey entitled “Survey on the public awareness about the health of mind and body” was conducted in early 2007 in cooperation with Yamate Information Processing Center, Ltd. The area sampling method (Crawford 1997) which is a type of cluster sampling method was adopted. From a list of major cities in Japan (the 23 wards of Tokyo, government-designated cities, and regional core cities) arranged geographically from north to south, five cities were selected at intervals of population of 10 million. Sapporo was randomly assigned as the starting point and the four other cities were subsequently selected. Around each city, ten neighboring municipalities were randomly selected with replacement. Five study areas were called Do-o (Sapporo was located there), Tokyo, Keihin, Keihan, and Sanyo according to convention. These areas were located in the northern, eastern, and western parts of Japan. Trained examiners started visits from five start points in each municipality. They visited respondents’ homes arbitrarily under the following restrictions: (a) in homes, at least 10 doors away from each other, and (b) in cluster housing, one from every 30 family, and at least 3 floors away from each other. The visits were conducted between 11:00 and 20:00. We determined the number of respondents to be two

thousand in all, four hundred participants per area, two hundred participants from each gender (male, female) 9 age (20s, 30s, 40s, 50s, and 60s) group. The inclusion criteria were to be between ages twenty to 69 and to have the ability to understand the Japanese language. The survey was continued until the predetermined numbers of participants were obtained. Numbers and characteristics of people who refused to participate were not available.

The examiners conducted the structured interview with agreed respondents using the questionnaires outlined below. The structured interview took approximately 40 min. At the end of the interview, the participants were thanked and rewarded with a cash voucher of 500 yen for their cooperation. Of all participants, five hundred were allocated the vignette of schizophrenia.

A detailed description of the survey is also available elsewhere (Koyama et al. 2009).

### Vignette

Prior to the interview, respondents were asked to read a vignette of schizophrenia. None of the respondents were told the diagnosis in the interview. The vignette (see “Appendix”) had been created by AK and HT based on the assumption that the person demonstrated moderate to severe positive and negative symptoms of schizophrenia. An experienced psychiatrist and co-authors confirmed that the vignette portrayed a person who would meet the diagnostic criteria of schizophrenia according to DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) and ICD-10 (World Health Organization 1993).

### Questionnaire

The questionnaire was developed by consensus of the research team to include frequently-asked/core literacy questions, demographics, family and past history. All of the questions allowed for a single choice or multiple choices from prepared answers. The questionnaire was comprised of four parts: Part 1 demographic characteristics of a participant, Part 2 a vignette of schizophrenia and perspectives of the participant on the case, Part 3 a vignette of diabetes mellitus and perspectives of the participant on the case, and Part 4 general knowledge of mental health. In this study, we focused on Part 1 and Part 2.

The details of the questions examined in the current study are as follows: To the possible problem of the person (diagnosis), 17 answers (including none, don’t know and other) were listed and respondents were asked: “In your opinion, what kind of a problem does the person have? Circle 1 answer that best describes the person’s problem.” We also assessed the perspectives of the respondents by asking them to select the following: up to three causes;

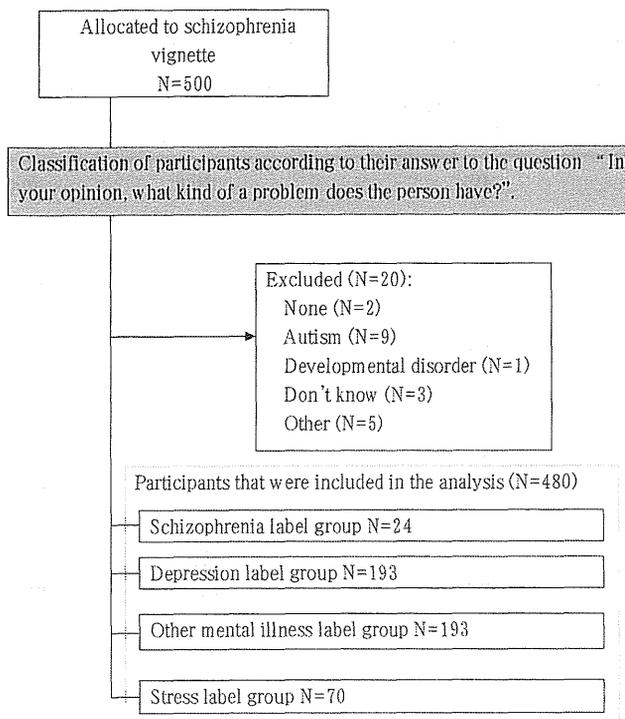


Fig. 1 The participant flowchart

prognosis when receiving the most ideal form of help and no help; up to three appropriate coping strategies; helpfulness/effectiveness of a certain type of specialist involvement/treatment.

#### Classification of Respondents

For the analysis, we classified respondents according to their answers to the question: "In your opinion, what kind of a problem does the person have?" Among 17 possible answers, no respondents chose the following 6 answers: (hypertension, cancer, diabetes, alcohol dependence, mental retardation, physical illness). The participant flowchart is shown in Fig. 1. We excluded 20 respondents who chose the following 5 answers among the remaining 11 answers: (none, autism, developmental disorder, don't know, other). Six answers remained: (schizophrenia, depression, neurosis, mental illness, disease of the mind, stress). We formed four groups for the analysis: a schizophrenia label group for participants who chose schizophrenia, a depression label group for participants who chose depression, an other mental illness label group for participants who chose neurosis, mental illness, and disease of the mind, and a stress label group for participants who chose stress. The demographics of respondents included in the analysis are summarized in Table 1. No significant difference was found between included respondents and excluded respondents regarding demographic characteristics.

#### Statistical Analysis

To analyze group differences, Chi-square test was used. We compared the four groups according to their perspectives on effectiveness of specific treatments, effectiveness of specific specialists, prognosis with the help of specialists, and prognosis without the help of specialists. Adjusted standardized residuals were used to assess which label group contributed most to any significant outcome (Haberman 1973). All tests were 2-tailed and significance was set at  $P \leq .05$ .

We used correspondence analysis to examine relationships between lay diagnoses and respondents' perspectives (on the causes of the person's condition and adequate coping strategies). Correspondence analysis is a descriptive, exploratory technique designed to analyze simple two-way and multi-way contingency tables containing some measure of correspondence between the rows and columns. These methods were originally developed primarily in France by Jean-Paul Benzerc in the early 1960s and 1970s. The method was developed based on philosophical orientation that emphasizes the development of models that fit the data, rather than the rejection of hypotheses based on the lack of fit. Therefore, there are no statistical significance tests that are customarily applied to the results of a correspondence analysis; the primary purpose of the technique is to produce a simplified representation of the information in a large frequency table (Panagiotakos and Pitsavos 2004). Answers which were selected by less than 10% of all respondents were excluded from the analysis.

All statistical analyses were performed with SPSS 15.0J for Windows.

An approval for the protocol was obtained from the Human Subjects Committee of the National Center of Neurology and Psychiatry, Japan.

#### Results

Table 2 shows the results of group comparison of perspectives on causes of the person's condition in the vignette, adequate coping strategies, effectiveness of specific treatments, effectiveness of specific specialists, prognosis with the help of specialists, and prognosis without the help of specialists.

#### Causes

The correspondence analysis of lay diagnoses versus perspectives on the causes of the person's condition yielded a total inertia of 0.941 (Inertia represents the percent of variance explained by each dimension). The inertia of the first dimension was 0.771 (81.9% of total inertia) and

Table 1 Demographic characteristics of respondents

	Lay diagnoses				Total (n = 480)
	Schizophrenia (n = 24)	Depression (n = 193)	Other mental illness (n = 193)	Stress (n = 70)	
Male (%)	5.5	38.4	40.1	16.0	50.0
Age (%)					
20–29	4.0	43.4	38.4	14.1	20.0
30–39	4.1	44.3	37.1	14.4	20.0
40–49	6.4	40.4	38.3	14.9	20.0
50–59	4.2	32.3	47.9	15.6	20.0
60–69	6.4	40.4	39.4	13.8	20.0
Area of residence (%)*					
Do-overseas	5.4	47.3	31.2	16.1	20.0
Tokyo	4.1	31.6	51.0	13.3	20.0
Keihin	11.5	39.6	41.7	7.3	20.0
Keihan	0.0	42.7	39.6	17.7	20.0
Sanyo	4.1	40.2	37.1	18.6	20.0
Educational level (%)					
Junior high school	7.1	50.0	32.1	10.7	5.6
High school	1.9	40.5	39.5	18.1	45.6
Junior college	5.2	42.2	40.5	12.1	23.4
University	11.1	35.2	43.5	10.2	22.8
In school	0.0	38.5	38.5	23.1	2.6
Current standard of living [mean, (SD)]	5.8 (1.4)	5.5 (1.5)	5.7 (1.5)	5.3 (1.4)	5.6 (1.5)

Current standard of living was documented subjectively in relation to the entire Japanese population from 1 (lowest) to 10 (highest)

Percentages of lay labels add up to 100% across rows, and percentages of total add up to 100% across columns

\*  $P \leq 0.05$

inertia of the second was 0.171 (18.2%). The correspondence analysis map is shown in Fig. 2. Respondents in the lay diagnosis group 'schizophrenia' had a distinct view which does not attribute the status of the vignette to problems in the frame of mind.

#### Adequate Coping Strategy

The correspondence analysis of lay diagnoses versus perspectives on the causes of the person's condition yielded a total inertia of 0.955. The inertia of the first dimension was 0.712 (74.6% of total inertia) and inertia of the second was 0.242 (25.3%). Correspondence analysis map is shown in Fig. 3. The lay diagnosis 'stress' was found to be close to attitudes which did not favor talking to professionals as a strategy to make the situation better and to attitudes which mainly valued self-coping strategies. The lay diagnosis 'schizophrenia' was found to close to attitudes which mainly favored talking to professionals. The lay diagnoses 'depression' and 'other mental illness' were found to be close to an attitude which equally favored talking to professionals and self-coping.

#### Specialist Involvement

The lay diagnosis was significantly associated with a view on the effectiveness of seeing a psychiatrist and the effectiveness of seeing a psychologist or a counselor for the situation, but it was not significantly associated with the rest of the Specialist involvement items. The lay diagnosis 'stress' was significantly associated with a low expectation for the effectiveness of seeing a psychiatrist and seeing a psychologist or a counselor for the situation. The lay diagnosis 'schizophrenia' was significantly associated with a high expectation for the effectiveness of seeing a psychiatrist.

#### Treatment

The lay diagnosis was significantly associated with a view on the effectiveness of psychotherapy, the effectiveness of antidepressants, and the effectiveness of antipsychotics for the situation, but it was not significantly associated with the rest of the Treatment items. Psychotherapy was the most favored treatment, but the lay diagnosis 'stress' was