

・身の回り動作と移動動作

日常生活能力について次のように判定を試みた。設けられたアンケート項目の中から次の5項目のデータに該当する点数を足して、患者の日常生活能力を評価したものである。結果をみると、ほとんどの患者が、肉体的に良好な状態であることが分かる（表11）。

評価項目	0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	合計点	程度
歩行・起座	0	1	3	5	7	9	10点	50-48	正常
生活圏	0	1	3	5	7	9	10点	47-41	境界
着・脱衣	0	1	3	5	7	9	10点	40-31	軽度
食事	0	1	3	5	7	9	10点	30-16	中度
排泄	0	1	3	5	7	9	10点	15以下	重度

表10 日常生活能力（ADL）の判定基準（福井県、保健婦のためのADL評価マニュアルより一部引用）

疾病分類 (ICD-10)	重度	中度	軽度	境界	正常	合計
F0	0	0	1	0	3	4
F2	0	0	0	3	31	34
F3	0	1	0	1	26	28
F4	0	0	0	0	2	2
全体	0	1	1	4	62	68

表11 在院患者のADL評価

・コミュニケーション

コミュニケーションの機能を評価するため、日常会話の評価における機能を4段階に分けて評価をして、それを疾患別に分析した。その結果、精神分裂病の患者の場合、ADLで良好な状態であっても多数の人と円滑な話ができないようであった（表12）。

日常会話	会話困難（話の半分 以上理解できない、 意味不明な発話）。	会話に支障あり （ジェスチャーなど を使ったら理解する、 同じ話を繰り返す）。	意思伝達に支障はないが 普通の人より話が遅いなど。	聴理解、意思伝達に 問題なし。	合計
F0	0	2	0	2	4
F2	0	2	10	22	34
F3	1	1	1	25	28
F4	0	0	0	2	2
全体	1	5	11	51	68

表12 在院患者のコミュニケーション機能の構成

・ 社会・文化的活動

病院内で行われている買物、行事参加、スポーツなどの社会・文化的活動をしている患者数を調査したところ、多数の患者において行われているものの、介助を要する患者も存在していることが分かった。

入院患者の買物活動に対する調査結果でも、ADL評価が良好な患者において買物に介助を要する患者が数人が現れた（表13）。

疾病分類 (ICD-10)	買物しない	介助なしでは無理	できるが時間がかかる	無理なくできる	合計
F0	1	0	1	2	4
F2	1	3	1	29	34
F3	0	3	0	25	28
F4	0	0	0	2	2
全体	2	6	2	58	68

表13 在院患者の買物活動

スポーツ活動としては、卓球が主に行われている。またボールを利用して運動をしている場合がある。今回の調査において、活動の事例を自発的活動と、非自発的な参加に分けて分類し、またスタッフの指導による活動をその他のカテゴリーとして見なし、疾病別患者数を整理した。その調査で、ADL評価48点以上の肉体的に健常な患者の中にスポーツ活動が自主的に展開されないグループが見られた。

疾病分類 (ICD-10)	できないか、指示してもしない	活動が要し指示で行う	誘われたらする	自発的にする	合計
F0	2	2	0	0	4
F2	2	0	6	26	34
F3	6	1	3	18	28
F4	1	0	0	1	2
全体	11	3	9	45	68

表14 在院患者のスポーツ活動

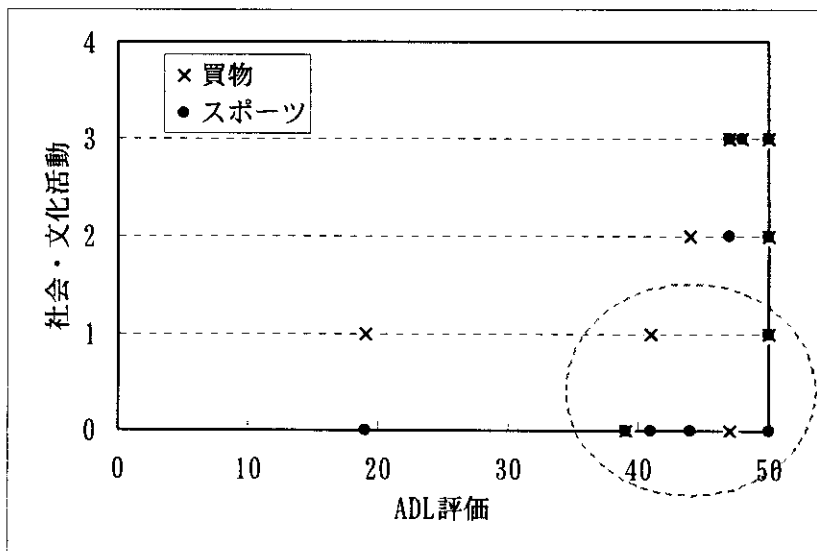


図17 在院患者の社会・文化活動とADL評価

## 2. 患者の行動

### 2.1. 患者の行動の内容

患者の行動の内容として無為、お茶、談話、ゲーム（卓球、麻雀、オセロ）、電話、面会、情報習得（読書、新聞）、記述（書き物、手紙、絵描き）、工作（折り紙、編み物）、鑑賞（音楽）、喫煙などといった行為が調査された。それらは単独で行う場合と、他人と一緒にいる場合とに分けられるが、無為、お茶、情報習得（読書）、鑑賞（音楽）、喫煙などの行為については他人との関わりを持つ姿が目撃された。

行動内容	同時に見られる行為	独自に見られる行為
単独行為	無為、お茶、情報習得（読書）、鑑賞（音楽）、喫煙など	情報習得（新聞）、記述（書き物、手紙、絵描き）、工作（編み物）など
多人行為		会話、ゲーム（卓球、麻雀、オセロ）、電話、面会、工作（折り紙）など

表15 在院患者の行為の内容

### 2.2 入院患者の行動の頻度

患者が行った各行動の割合をみると、最も頻度が多いのは無為であったが、無為を他の患者と隣接した位置関係で行っている様子がしばしば目撃された。逆に、学習、趣味、嗜好などを他の患者と一緒にいるケースも頻繁に見られた。また、一人で歌や独り言という一種の個人コミュニケーションをしている患者も見られた。

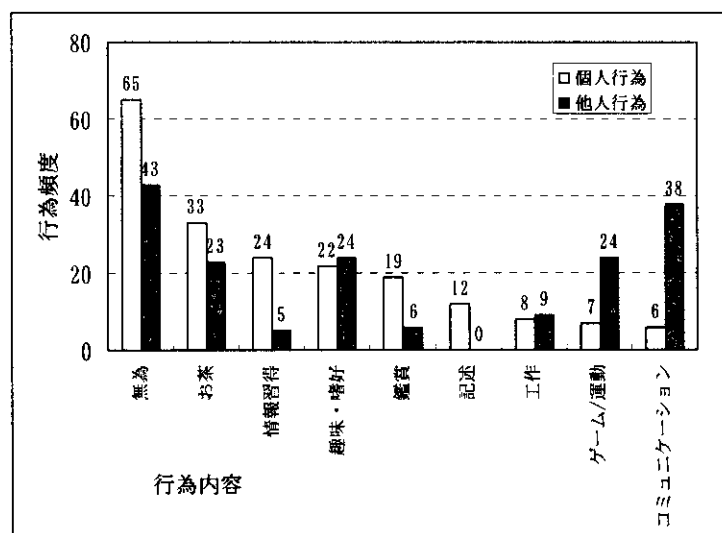


図18 在院患者の行為の頻度 (件数/1日)

### 2.3. 患者の特定領域へのこだわり

食堂のテーブルは各患者の位置が看護スタッフによって決められているが、食事時間以外にはどの席でも自由に座ることができる。患者が昼間、多くの時間を過ごすことのできる1階の共同スペースを中心に、患者の着席場所を3日間、30分ごとにプロットした（図19、1分以上同所から離れない場合）。食堂のテーブルの所と卓球台周辺のベンチとに着席する患者が異なることや、その場所がナースステーションからの見えやすい場所と見えにくい場所に分かれていることなどから、患者の場所選択には疾患による傾向があることが考えられる。

また、各患者が着席した場所を累積表示したのを見ると、同じ場所を好んで選択する特定の患者

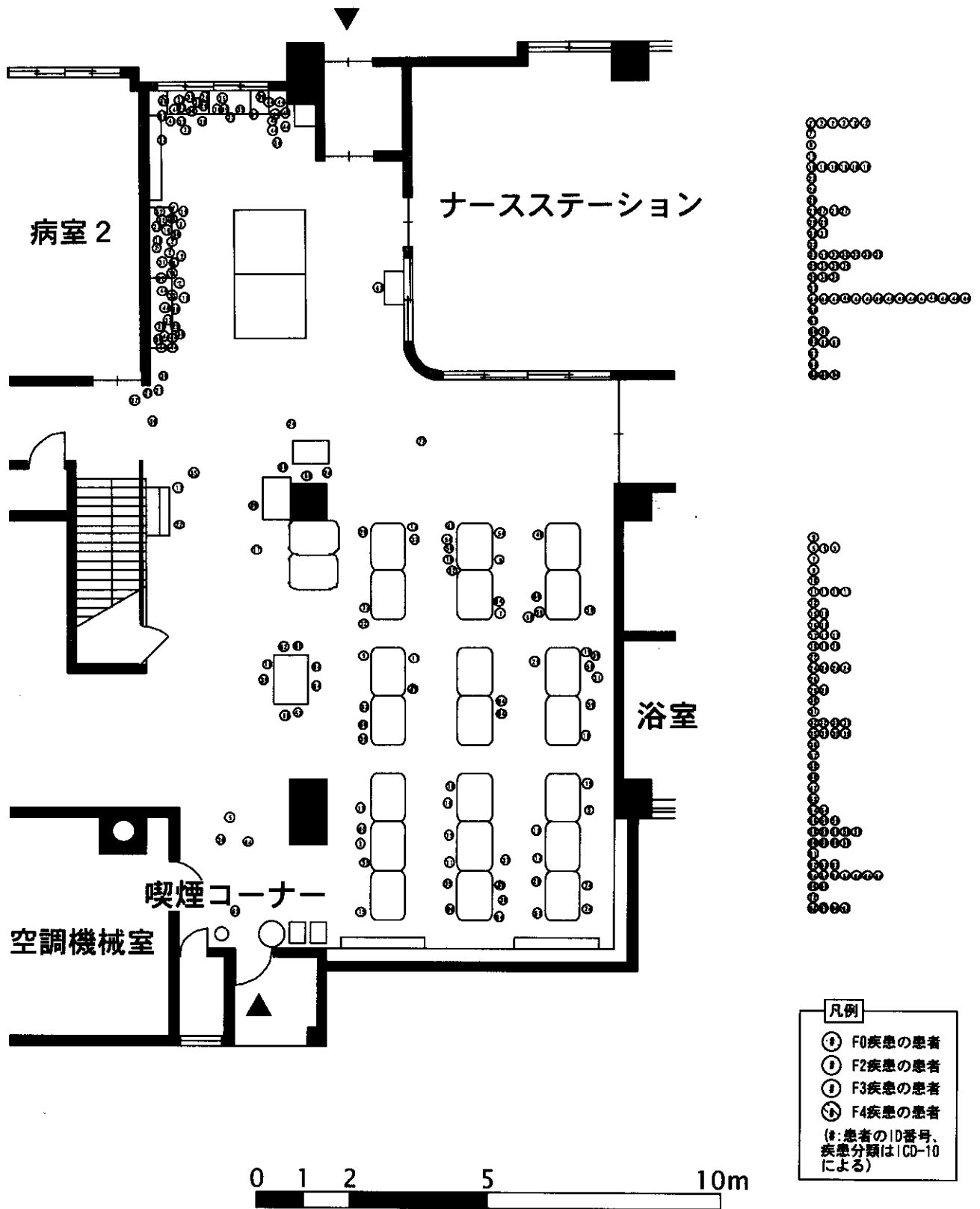


図19 在院患者の1時間ごとの着席累積(1日間)

がいることが分かる。その中で一ヶ所に集中して着席する患者が数人おり、特に卓球台のベンチに着席した人の中で3回以上同じ場所に着席している患者は全部で8人おり、そのうちの3人は強い選択傾向を示した（図19-患者ID、#2、#33、#44など）。それは、精神疾患患者によっては、少なからず安心感を持つ場所を持っている場合があることを示していると考えられる。他人と向かい合うテーブルよりベンチに着席する患者に対して、続いてより詳しい分析を行う。

#### 2.4. 患者のパーソナル・スペース

Horowitz (米) は、精神病院内での実験から、立っている人間に歩み寄る際、健常者と精神分裂病患者とでは、間に保持する間隔が異なることを示した（図20）。精神疾患患者の場合、空間と患者の感覚や行動に強い関連があるとの共通の認識はあるものの、その因果関係や適正な空間計画については、未だに明らかにされていない。精神疾患患者が認知する基本的な空間を捕え、治療に役立つ物的環境として提供するためにはパーソナル・スペースについての量・質的な関係を明らかにすることが重要であると考えられる。

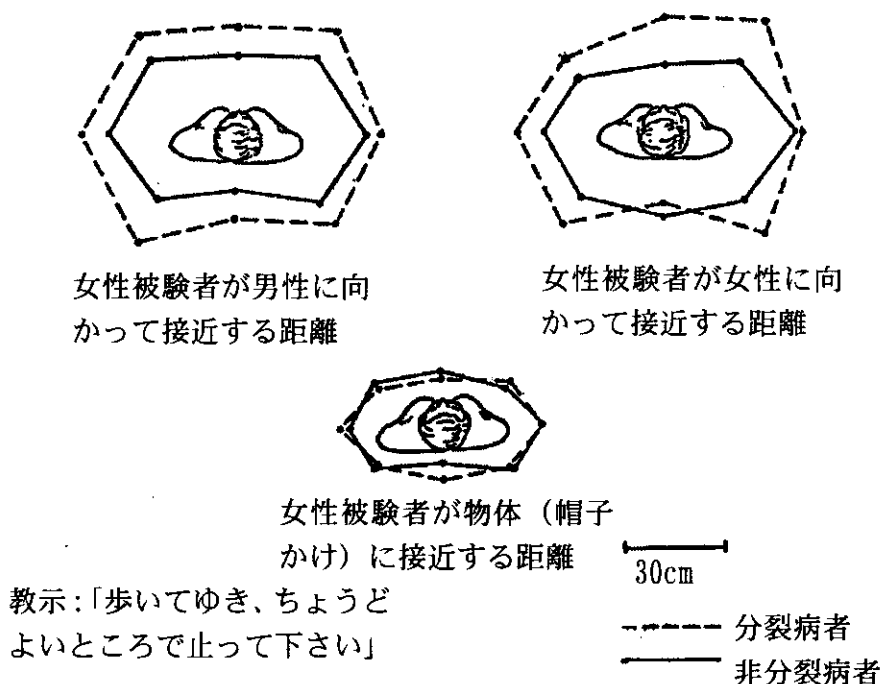


図20 近接距離の平均身体緩衝帯 (Horowitz, 1964)

そこで本調査ではベンチに着席している患者を対象として、その後に座っている患者または調査員との距離を記録した。距離は1分以上その距離関係が変わらない患者同士、あるいは調査員との身体表面間の値を記録した。これらのデータの中で、3回以上のデータを得ることができた患者11人に対し、次の分析を試みた。

ICD-10分類による疾病区分別入院患者の着席距離の平均値では、精神分裂病の患者および気分障害の患者の場合、他の疾病の患者よりも遠い距離を保っていた。その中で、精神分裂病の患者の場合は気分障害の患者よりも距離は短いとの結果が出た。

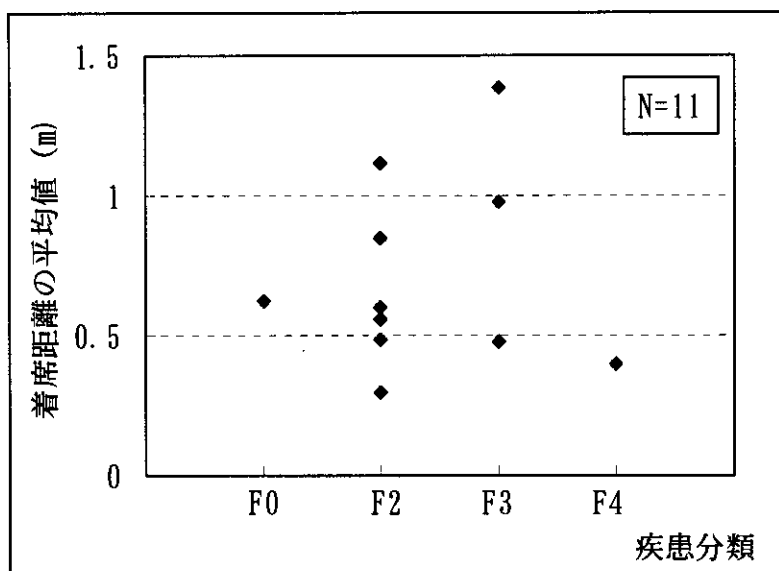


図21 在院患者との着席距離の疾病別分布 (疾病区分はICD-10分類による)

また、入院患者11人のベンチ周辺での距離をプロットすると、図21のような特徴的な分布を見せる。それを患者の属性と関連づけて分析すると、4つのグループに分けることができる。Aグループはベンチ席への強いこだわりを見せながら相当の距離感を持つグループで、属性は高齢で特にスポーツ活動レベルが落ちている。Bグループは強い距離感を持つ一方、属性としては青長年である。Cグループは中高齢で着席の時、近接した距離を取るタイプである。Dグループは青年でコミュニケーション頻度が多く最も近接して着席するタイプである。

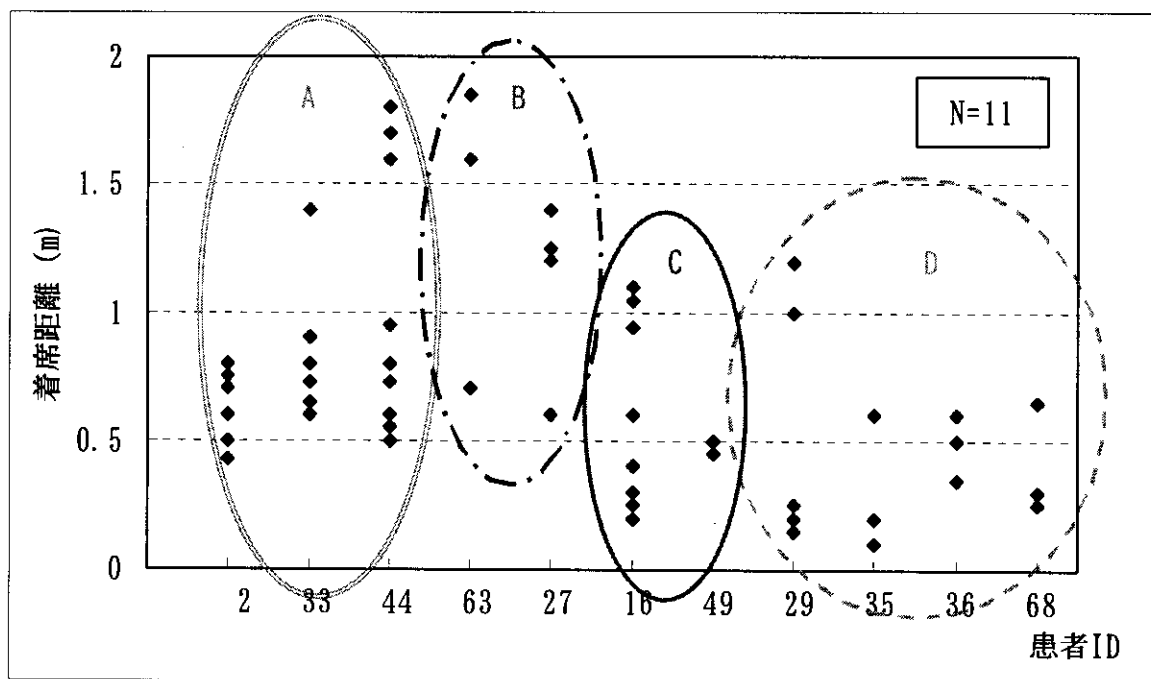


図22 在院患者との着席距離

患者ID	疾患の属性					日常生活機能 歩行・起座、 生活圏、食 事、着・脱 衣、排便	コミュニ ケーション 日常会話頻 度 (回/1 日)	社会・文化的活動		他人との 着席時の 距離 (m)
	性別	年齢	主疾病 (ICD-10 分類)	在院期間 (日)	入院回数 (回)			火の用心 行列の参 加	スポーツ活 動レベル (卓球、 ボール遊 び)	
2	M	72	F0	200	1	良好	0	○	下	0.63
33	F	53	F2	1,623	5	良好	1	×	中	0.85
44	M	69	F3	153	1	良好	0	○	下	0.98
63	M	36	F3	106	2	良好	0	×	普通	1.38
27	M	27	F2	?	1	良好	0	×	中	1.11
16	M	50	F2	263	2	良好	3	×	普通	0.6
49	F	61	F3	187	2	良好	3	×	普通	0.48
29	M	26	F2	554	3	良好	3	○	普通	0.56
35	M	21	F2	932	6	良好	8	○	普通	0.3
36	M	21	F2	630	2	良好	4	○	普通	0.48
68	M	28	F4	?	2	良好	5	○	普通	0.4

表16 在院患者の属性と着席距離

グループ 区分	疾患の属性				日常生活機能 歩行・起座、 生活圏、食 事、着・脱 衣、排便	コミュニ ケーション 日常会話頻 度	社会・文化的活動		他人との着 席時の距離
	年齢	疾患構成 (ICD-10分 類)	在院期間	入院回数 (回)			火の用心 行列の参 加	スポーツ活 動レベル (卓球、 ボール遊 び)	
A	高齢	F0, F2, F3	6ヶ月~5年	1~5	良好	ほとんど無い	一部参加	低い	遠 (0.63~ 0.98)
B	青長年	F2, F3	6ヶ月~?	小 (1~2)	良好	ほとんど無い	無し	多少低い	最遠 (1.11, 1.38)
C	中高年	F2, F3	6ヶ月~1年	2	良好	多少有る	無し	良好	近 (0.6, 0.48)
D	青年	F2, F4	1年半~3年	多 (2~6)	良好	多い	有り	良好	最近 (0.3~ 0.56)

表17 在院患者の属性と着席距離からみたグルーピング

グループ別の患者の属性と活動機能、そして人間距離については、表17のようにまとめることができる。

そして患者11人に対して、スポーツ活動のカテゴリーと着席の距離との関係を見ると、自発的なスポーツ活動を展開する患者群については着席距離が近く、近接して座っていることが明らかになった。(レベル3-自発的にする、レベル2-誘われたらする、レベル1-活動が要し指示で行う、レベル0-できないか、指示してもしない)

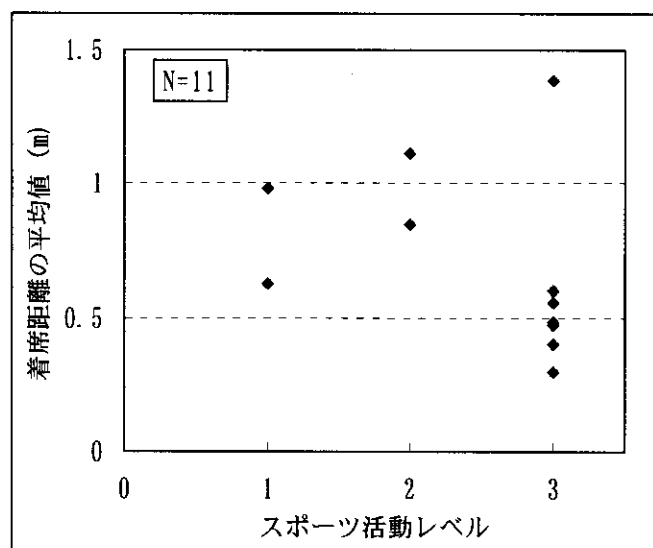


図22 在院患者のスポーツレベルと着席距離

### E. まとめ

今回の調査は、ある精神医療施設での入院患者の日中生活に通じて行われる行動を観察し、その内容と性質を理解し、多角的に分析して精神疾患患者の傾向を捉えよう試みたものである。その結果以下の点が明らかとなった。

1) 他者との関係性に影響を受けて一般の人とは異なる行為内容と行動パターンを持っていることが分かった。

2) ほとんどの患者に対し、生活機能レベルが高く判定された特有の施設でありながらも、コミュニケーションや社会・文化活動については身体機能レベルとは無関係な結果が出た。

3) ある場所にこだわる患者群が表れ、それらの群が患者の属性や疾患と関係があることが明らかとなった。

4) 着席する際、他人との距離感について非常に敏感な患者群と、そうでない患者群があること、そしてその患者群が疾病区分だけでは、明快に区分しきれない患者個人個人の属性が関わっていることが伺えた。

本研究は一つの施設におけるケーススタディーであり、患者数が少なく、その属性に偏りがあることから、精神疾患患者全体に対する一般化は未だ困難であると考えられる。しかし、今回の調査結果は、精神疾患を持った患者の行動内容と物的環境との間に強い関連があることが明らかとなった。今後、これらの研究手法に綿密に検討した上、多様な患者のデータを収集・分析する予定である。また、こうした精神疾患患者が治療および療養する空間として備えるべき建築的条件を明らかにするとともに、精神医療施設を適正に評価するための指標を得ることを今後の目標とするものである。

### F. 研究発表

予定なし

### G. 知的所有権の取得状況

予定なし



分担研究報告書

— 精神病院等の設備構造及び人員配置の在り方に関する研究 —

臨床医の診療内容に関する研究

分担研究者 広瀬 徹也 帝京大学医学部精神神経科学教室 主任教授

**研究要旨：**精神科医が提供している診療実態を把握する調査方法を開発することを目的として、日本精神神経学会会員の精神科臨床に関する調査を実施して、最も多く患者を診療する場所別にその特徴を比較した。**研究方法：**本調査の対象者は、日本精神神経学会会員から無作為に抽出した一般会員412名である。調査内容は、日常的な1週間の受診患者特性、診療概要、記載精神科医の個人特性から構成されている。**結果：**回収数は68、回収率は16.5%であった。民間施設勤務は、多くの分裂病患者と入院患者を診療し、直接的な患者への診療時間が長かった。一方、大学勤務は、経験年数の浅い若い層の医師で、操作的診断、特にDSM-IVを用いて、解離性障害や摂食障害を有する患者を診療し、入院患者への1人あたりの診察時間は長く、医学研究やその他の専門活動を行い、全勤務時間も長かった。国公立施設勤務は、おおよそその中間であった。まとめ：今後は、会員の診療の実態をより正確に把握するように、回収率をいかに高めるかについてさらに検討する必要がある。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
伊藤 弘人	国立医療・病院管理研究所主任研究官
植木 啓文	岐阜大学医学部講師
大原 浩市	国立療養所南花巻病院臨床研究部 病理研究室長
狩野力八郎	東京国際大学大学院教授
神庭 重信	山梨医科大学教授
中根 允文	長崎大学医学部教授
山本 和儀	琉球大学医学部助教授
神庭 重信	山梨医科大学教授

(五十音順)

A. 研究目的

近年精神科医療は変容しつつある。たとえば精神科入院医療においては、5年以上の長期在院者と、3ヶ月程度で退院する新規入院者との2極分化しているという状況がある。また1990年代に診療所を中心とした外来精神科医療を受

ける患者が飛躍的に増加した。

このような変化は、精神科医療を提供する精神科医の診療に対する考え方の変化とも強い関連があることが推測できる。精神医学における診療技術や精神科医の臨床活動の実態を把握することは、精神病院における設備構造や人員配置という構造的制度を考える上で、有益な情報を提供するであろう。

そもそも、精神科医の臨床活動の実態を把握することは、歴史的に専門家の職能集団である医学会が会員の診療実態の把握という観点からなされてきた。たとえば、アメリカでは、アメリカ精神医学会が会員の診療を把握して根拠の基づく診療に資するための「臨床研究ネットワーク (Practical Research Network)」を構築

しつつある。また日本においても、日本精神神経学会国際交流委員会が、アメリカ精神医学会との交流を通して、会員の診療実態の把握を予備的に試みてきた（参考資料参照）。

ただし、これらの活動において、両国とも方法論上の課題を有している。特に、調査への参加率を高める方法論の開発は急務である。平成12年度には、以上の発展的なもので、日本精神神経学会国際交流委員会を通じて、アメリカ精神医学会との調整を行いつつ、日本精神神経学会会員の診療実態を把握する予備的調査を行った。

その結果を踏まえ、平成13年度は、日本精神神経学会員に対する全国調査を実施した。

## B. 研究方法

### 1. 対象

対象は、日本精神神経学会会員から他科医師およびその他の専門職を除いた8,566名から所属地区別に5%の割合で無作為に抽出した一般会員412名である。なお、所属地区・年齢において、抽出群と非抽出群に有意な偏りはなかった。

この412名を「最も多くの患者を診察している場所」別に国公立、大学、民間の3群に分類した。

調査内容は、日常的な1週間の受診患者特性、診療概要、記載精神科医の個人特性から構成されている。分析方法は、3群によってどのような特徴があるのかについて、1元配置分散分析により比較を行った。

## C. 研究結果（資料参照）

### 1) 回収率

回収数（回収率）は、16.5%で、合計は86名、

であった。

### 2) 受診患者の概要

調査時点における日常的な1週間における診療患者数については、精神科入院患者は実数22.2人前後であり、民間は29.7人に対して、国公立では17.7人、大学は12.2人と有意に少なかった（ $F = 3.4, df = 2, 0, p < 0.05$ ）。

診断方法については、操作的診断を用いている割合は、大学（57.6%）、国公立（48.9%）、民間（26.6%）の順であった（ $F = 5.8, df = 2, 0, p < 0.01$ ）。特に、DSM-IVは、民間（13.8%）より大学（38.3%）で有意に多く用いられていた（ $F = 4.9, df = 2, 0, p < 0.05$ ）。

通常の診療における主診断別の患者割合については、民間に比べて国公立が診療する分裂病の割合は、有意に少なかった（ $F = 4.7, df = 2, 0, p < 0.05$ ）。また解離性障害と摂食障害は大学で他の2群より有意に高かった（解離性 $F = 9.3, df = 2, 0, p < 0.01$ 、摂食 $F = 8.7, df = 2, 0, p < 0.01$ ）。

### 3) 診療の概要

直接患者に対して費やす時間は、1週間では24.7時間前後であった。民間（28.1時間）では大学（21.6時間）より有意に多く費やしていた（ $F = 5.1, df = 2, 0, p < 0.01$ ）。

入院患者1人あたりへの1回の診察時間は、大学の方が他の2群より有意に長かった（ $F = 7.9, df = 2, 0, p < 0.01$ ）。その他、医学研究は、大学が有意に長く（ $F = 4.6, df = 2, 0, p < 0.05$ ）、その他の専門活動でも大学が有意に長かった（ $F = 3.4, df = 2, 0, p < 0.05$ ）。総じて、専門家としての全勤務時間は、大学、民間、国公立の順で長い傾向が見られた（ $F = 2.8, df = 2, 0, p$

＜ 0.1)。

#### 4) 回答者の属性・専門について

回答者は80%以上が男性であった。大学は民間より有意に若く ( $F=7.2$ ,  $df=2, 0$ ,  $p<0.01$ )、有意に経験年数が短かった ( $F=6.2$ ,  $df=2, 0$ ,  $p<0.01$ )。

#### D. 考察

結果をまとめると、回答した民間施設勤務は、多くの分裂病患者と入院患者を診療し、直接的な患者への診療時間が長かった。一方、大学勤務は、経験年数の浅い若い層の医師で、操作的診断、特にDSM-IVを用いて、解離性障害や摂食障害を有する患者を診療し、入院患者への1人あたりの診察時間は長く、医学研究やその他の専門活動を行い、全勤務時間も長かった。国公立施設勤務は、おおよそその中間であった。

本調査において、H12年度の調査に比べ、大学勤務においていくつかの共通した結果が見られた。このことから、今回の「最も多くの患者を診療している場所」別の分類によって、日本精神神経学会会員のみを対象とした場合でも、分類が可能であり、精神科医の臨床活動を把握す

る上で、ある程度妥当性を持った結果を得ることができる可能性が示唆された。

しかし、依然として回収率は低かった。何らかの調査協力へのインセンティブを与えるという方法を検討する必要がある。また、今回用いたような方法で会員の所属グループをおおまかに分類し、各所属グループを通して調査を行うという方法も考えられよう。

#### E. 結論

本調査から、「最も多く患者を診療している場所」別の分類が、臨床活動の実態把握の際にある程度有用であることが示された。しかし、今後も回収率をいかに高めるかの方法を検討する必要がある。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

なし

## 資料：平成13年度 精神科臨床に関する調査結果

### 記入方法

- 数やパーセントが確かではない場合は、もっとも適当な見積りをご記入ください。
- 「最近の日常的な1週間」とは、通常の労働時間で勤務した最近の週（例：祝日を含まない週）を意味します。
- 「最近の日常的な1ヶ月間」とは、通常の労働時間で勤務した最近の月（例：1～2日以上以上の休暇のない月）を意味します。

### 調査集計の概要

	総数	配布数	回収数	回収率
会員	8,525 <sup>注1)</sup>	412	68 <sup>注2)</sup>	16.5%
北海道・東北	1,090	49	13	26.5%
関東	2,944	134	16	11.9%
中部	1,102	54	9	16.7%
近畿	1,537	85	9	10.6%
中国・四国	971	48	7	14.6%
九州	883	42	8	19.4%

注1. 日本国内のみ

注2. 所属地区欠損値6を含む

	総数	配布数	回収数	回収率
会員	8,525 <sup>注1)</sup>	412	68 <sup>注2)</sup>	16.5%

注1. 日本国内のみ

注2. 欠損値3を含む

以下では、「最も多くの患者を診察している場所」別に国公立、大学、民間の3群に分けて分析した。

### 受診患者の概要

1. 通常の診療を行った「最近の日常的な1週間」について、次の患者数をご記入ください

(人数の平均値[95% CI])

		国公立	大学	民間
外来患者	実人数	79.1[30.7-127.5]	62.1[42.5-81.7]	109.5[72.8-146.3]
	延べ人数	80.2[32.3-128.1]	61.9[40.8-83.0]	129.1[82.3-175.9]
入院患者 (精神科)	実人数**	17.7[3.8-31.6]a	12.2[2.2-22.3]a	29.7[19.9-39.6]b
	延べ人数	41.3[4.1-78.6]	22.6[8.8-36.4]	46.2[23.8-68.6]
入院患者 (他科)	実人数	4.8[0.0-10.5]	3.8[0.6-6.9]	2.5[0.0-5.1]
	延べ人数	6.7[0.0-15.3]	4.6[1.2-8.0]	2.6[0.0-5.4]
その他	実人数	0.0	2.0[0.0-5.2]	0.4[0.0-0.9]
	延べ人数	0.0	0.2[0.0-0.5]	0.4[0.0-0.9]

\*p < .05, \*\*p < .01

<sup>a</sup> 同じ行の異なる2つの文字は5%水準で有意に異なる (Scheffe's test)。

注: 「実人数」とは、一人の患者を複数回診察した場合でも1人と数えた合計人数で、「延べ人数」とは、一人の患者を複数回診察した場合はそれを複数回としてカウントした合計人数である。な

お、1回の来院で複数の患者を対象とする場合（例：集団療法）は1回と数えている。

注：「その他」とは、大学の保健センターや企業の診療所で診察した患者や指定医業務（鑑定）で診察した患者などである。

2. 通常の診療を行った「最近の日常的な1週間」で、患者の割合は：

	国公立	大学	民間
14歳以下	0.6%	1.4%	1.3%
15歳から64歳	61.8%	74.5%	72.2%
65歳以上	37.6%	24.0%	26.5%

3. あなたが日常診療で使用する診断方法の割合は：

	国公立	大学	民間
「伝統的診断」*	51.1%	42.4%a	70.7%b
「操作的診断」**	48.9%	57.6%a	26.6%b
DSM-IV（再掲）*	17.8%	38.3%a	13.8%b
ICD-10（再掲）	31.1%	19.3%	10.3%
その他（再掲）	0.0%	0.0%	3.0%

\*p < .05, \*\*p < .01

ab 同じ行の異なる2つの文字は5%水準で有意に異なる（Scheffe's test）。

4. 通常の診療を行った「最近の日常的な1週間」での、主診断による患者の割合は：

	国公立	大学	民間
精神分裂病および他の精神病性障害（分裂感情障害を含む）*	14.3%a	25.0%	36.4%b
気分障害（双極性、うつ病性、およびその他の気分障害）**	20.5%	27.1%	22.8%
不安障害（パニック障害、全般性不安障害、社会恐怖、強迫性障害、PTSD等）	12.7%	10.7%	11.5%
身体表現性障害（身体化障害、転換性障害、身体醜形障害、心気症など）	4.5%	7.0%	3.9%
解離性障害**	0.3%a	2.2%b	0.3%a
適応障害	8.5%	4.2%	2.5%
摂食障害**	0.3%a	3.9%b	0.9%a
人格障害	0.9%	4.3%	1.5%
アルコール使用障害	6.9	1.2%	1.6%
その他の物質使用障害	0.4%	0.0%	0.3%
せん妄*	3.2%	2.2%	0.7%
痴呆	25.6%	8.1%	11.2%
通常、幼児期、小児期または青年期に初めて診断される障害（例：行為障害、知的障害<精神遅滞>）	1.6%	1.6%	1.3%
その他の精神疾患	0.2%	2.2%	1.5%

\*p < .05, \*\*p < .01

ab 同じ行の異なる2つの文字は5%水準で有意に異なる（Scheffe's test）。

5. 通常の診療を行った「最近の日常的な1週間」での主診断に関係なくまたたばこ依存を除いて、臨床的に重大な物質使用問題（例：不法な薬物、アルコール）のある患者は何パーセントですか？

	国公立	大学	民間
物質使用問題のある患者	6.9%	2.0%	2.0%

6. あなたが診た患者のうちで、精神分裂病または精神分裂病様障害の初発の人（はじめてその診断を受けた人、もしくははじめて抗精神病薬による治療を受けた人）は何人いましたか。すか（診断をつけたのが初めてであるか抗精神病薬による治療がはじめてある場合）：  
（もしない場合は、「0」と記入してください）

	国公立	大学	民間
最近の日常的な1ヶ月間	0.3人	1.4人	1.4人
昨年1年間	4.4人	12.3人	13.8人

### 診療の概要

7. 通常の診療を行った「最近の日常的な1週間」で、次の活動に何時間を費やしていますか。

	国公立	大学	民間
直接的な患者への診療（患者に対して直接費やす時間）**	18.9	21.6a	28.1b
そのうち、他科の患者の診療に使う時間	0.4	1.8	0.8
外来で一人の患者に使う平均的な時間（分）	16.1	15.5	12.0
一人の入院患者の一回の診察に使う平均的な時間（分）**	5.7a	19.4b	9.3a
そのうち他科入院患者の一回の診察に使う平均的な時間（分）	7.2	14.8	5.0
コンサルテーション（患者への診療に関連するが、直接患者との面接ではない場合）*	0.7	2.0	0.9
患者への診療に直接関連する管理・事務作業（例：カルテ記入などの患者の記録、紹介状の作成など患者に関する連絡、保険や利用度審査、患者への診療に関するその他の事務処理、スタッフの指導、広報活動；施設の管理）	4.7	4.6	5.1
患者への診療には直接関連しない管理・事務作業（例：職員委員会、雇用されているかあなたが経営・管理者である病院、他の医療施設、診療所、集団、その他の組織の管理）	0.9	4.3	2.7
医学研究（助成があろうとなかろうと、新しい医学的知見や論文執筆に関連する活動または薬物や医療機器の認可を支援する活動）*	4.4	8.2a	2.0b
その他の専門活動（例：原稿執筆、教育、学会活動）*	1.1a	6.6b	2.5
専門家としての全勤務時間（合計）†	35.3	47.8	40.0
平均夜間当直日数（月平均回数）	1.5	2.5	2.2
休祭日の日直（月平均回数）	0.8	1.0	0.8
夜間当直回数（月平均回数）	1.8	2.6	2.5

† < .1, \*p < .05, \*\*p < .01

ab 同じ行の異なる2つの文字は5%水準で有意に異なる (Scheffe's test)

8. 20 時間以下の勤務の場合、あなたの勤務形態は：(1 つのみにチェック)

	国公立	大学	民間
パートタイム勤務	1	0	0
完全退職	0	0	0
半退職	0	0	0
時間的には精神科診療に従事していない	0	0	0
その他	0	0	0

9. 場所ごとの時間割合

	国公立	大学	民間
個人開業	0.0	0.0	27.9
国公立大学病院	0.0	54.4	0.5
私立大学病院	5.0	28.9	0.3
大学以外の国公立一般病院	44.2	0.3	0.3
大学以外の民間一般病院	0.0	6.0	16.5
国公立精神病院	11.1	0.8	0.0
民間精神病院	4.4	6.9	51.6
企業・学校の診療所	0.0	1.3	0.0
その他の診療所	35.0	0.7	5.3
ナーシングホーム	0.0	0.2	0.2
矯正施設	0.0	0.3	0.0
その他 (例：訪問診療)	0.2	0.0	1.0

10. 常の診療を行った「最近の日常的な1週間」で、問12のうちもっとも多くの患者を診療している場所

	国公立	大学	民間
個人開業	0	0	10(28.6)
国公立大学病院	0	13(61.9)	0
私立大学病院	0	8(38.1)	0
大学以外の国公立一般病院	4(44.4)	0	0
大学以外の民間一般病院	0	0	6(17.1)
国公立精神病院	1(11.1)	0	0
民間精神病院	0	0	19(54.3)
企業・学校の診療所	0	0	0
その他の診療所	4(44.4)	0	0
ナーシングホーム	0	0	0
矯正施設	0	0	0
その他	0	0	0

( ) 内は%

11. 「最近の日常的な1ヶ月間」で、専門家的な時間の中で以下の活動に何パーセントを費やしましたか：(ない場合は、「0」と記入してください)

	国公立	大学	民間
触法患者に対する活動	0.0%	0.8%	3.4%
Telemedicine 活動 (例：電話を中心とした相談、診療)	1.7%	2.3%	1.6%

ご自身のことについてお伺いいたします

12. 当てはまる番号に○をつけてください。

	国公立	大学	民間
男	8(88.9)	16(76.2)	30(85.7)
女	1(11.1)	5(23.8)	5(14.3)

( )内は%

	国公立	大学	民間
年齢**	41.9(14.0)	39.9(8.1) <sup>a</sup>	45.9(11.9) <sup>b</sup>
経験年数**	16.3(12.2)	13.5(8.1) <sup>a</sup>	23.9(12.2) <sup>b</sup>

( )内は標準偏差%

\*\*p < .01

<sup>a</sup> 同じ行の異なる2つの文字は5%水準で有意に異なる (Scheffe's test)。

● 専門疾患 (重複回答)

	国公立	大学	民間
精神分裂病	6(66.7)	14(73.7)	28(82.4)
気分障害	6(66.7)	16(84.2)	30(88.2)
不安障害	5(55.6)	12(63.2)	21(61.8)
人格障害	2(22.2)	2(10.5)	3(8.8)
薬物依存	2(22.2)	0	2(5.9)
心身症	0	2(10.5)	7(20.6)
その他	5(55.6)	9(47.4)	6(17.6)

● Subspecialty (重複回答)

	国公立	大学	民間
臨床研究	3(33.3)	13(65.0)	6(17.6)
リエゾン精神医学	2(22.2)	5(25.0)	6(17.6)
精神病理学	2(22.2)	2(10.0)	4(11.8)
精神分析	1(11.1)	1(5.0)	1(2.9)
精神療法	1(11.1)	4(20.0)	16(47.1)
生物学的精神医学*	1(11.1)	5(25.0)	10(29.4)
児童・思春期精神医学	2(22.2)	7(35.0)	13(38.2)
社会精神医学*	1(11.1)	2(10.0)	4(11.8)
臨床精神医学ないし臨床一般	1(11.1)	1(5.0)	10(29.4)
その他	5(55.6)	13(65.0)	22(64.7)



厚生省科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

—精神病院等の設備構造及び人員配置の在り方に関する研究—

触法行為を繰り返す治療困難者が入院する施設の設備構造、人員配置、治療内容に関する研究  
分担研究者

山上 皓 東京医科歯科大学難治疾患研究所

精神保健福祉法第25条通報に基づく措置入院患者の治療経過等に関するアンケート調査結果  
(施設票回収621病院、個人票回収は202病院より、555ケースの回答があった。)

- ・入院期間は、3カ月程度が多いが、一部に長期化する事例群がある。
  - ・過去に精神病院入院歴を有するものはほぼ5割、その3分の1は措置入院歴を有していた。
  - ・診断名では、分裂病圏の精神病が7割を占め、物質乱用の2割がこれに次ぐ。
  - ・入院時主症状は、幻覚妄想（8割）、精神運動興奮（5割）、人格の病的状態（3割）の順。
  - ・25条通報の契機となった犯罪は、暴行・傷害が3割、殺人・傷害致死が2割を占める。
  - ・過去の問題行動として、暴行や傷害が半数近くの事例に、殺人が16%の事例に見られた。
  - ・9割の事例が主に閉鎖病棟で処遇され、6割が隔離室収容を、1割が身体拘束を用いられた。
  - ・退院に際して危惧されることとして、服薬中断が5割近く、犯罪歴や薬物乱用歴の存在がそれぞれ2～3割と高いが、有効な対策を探すのに苦慮していることが窺われる。
  - ・退院後の事例の経過については約5割が「不明」と答え、医療継続の困難さが窺われる。
  - ・入院中に示される問題行動では、侮辱・暴言が約2割、傷害・暴行、治療拒否、脅迫等がそれぞれ約1割を占め、対応として隔離室の使用が為されたのが66%を占めた。
  - ・入院中の問題行動と関連深い要因としては、前歴、問題行動歴、入院歴、躁状態、精神運動興奮、薬物依存、などがあげられる。
  - ・Answer Tree の、相互作用の児童検出という統計処理によれば、入院中に問題行動が発現するリスクが高い群として次の3群の存在が指摘された。
    - ① 前歴・精神科通院歴のいずれも有する群
    - ② 前歴はないが、精神科通院歴を有し、今回入院時まで「暴力」の問題行動があった群
    - ③ 前歴はあるが、精神科通院歴のない群
- また、問題行動が発現するリスクが低い群として、前歴および入・通院歴、過去の犯罪歴、問題行動のいずれもなかった群があげられた。

研究班研究者 所属施設名及び職名

長尾 卓夫	高岡病院 院長
岡江 晃	京都洛南病院副院長
浅井 邦彦	浅井病院 院長
岡田 幸之	東京医科歯科大学難研助教授
西村 秋生	国立医療・病院管理研究所主任研究官
吉川 和男	埼玉県精神保健総合センター医員
安藤久美子	東京医科歯科大学特別研究員

A. 研究の目的

本研究は、前目の精神病院を対象とするアンケート調査によって、精神保健福祉法第26条の規定（いわゆる検察官通報）によって精神病院に措置入院した患者の入院後の経過と、処遇上の問題点を明らかにし、今後、精神障害を有する精神病会社の専門的処遇制度、施設の適切なあり方の検討に資しようとするものである。

## B. 研究方法

### 精神病院アンケート調査

触法精神障害者の処遇の実態を明らかにするための、全国の精神病院を対象として施設調査票と個別調査票による2種類のアンケート調査を、平成12年12月下旬より2月10日までの間に実施した。全国1,280病院に調査票を送付し、621病院より回答を得た。個別事例については555件についての報告があった。

#### 調査対象:

- ・ 全国の日本精神病院協会加盟病院、
  - ・ 自治体立病院、
  - ・ 国立病院
- の合計 1,280 病院。
- ・ 指定病院以外を含む。

#### 調査方法:

- ・ 施設調査票、個人調査票を作成した。
- ・ 郵送により配布、回収した。
- ・ 調査対象期間：平成12年12月下旬～平成13年2月10日（締切り後に催促状送付）
- ・ 個別調査の対象期間：平成10年1月1日～平成12年12月21日に新規に精神保健福祉法の25条に基づく通報（いわゆる検察官通報）を受けたのち、措置入院した事例（すなわち25条通報でも措置非該当となったものは除く）。
- ・ 回答内容に守秘性が高いことを考慮して、無記名式とし、調査票作成・発送・回収・集計の一切の作業は業者委託しなかった。

## C. 調査結果および考察

### (A) 施設調査票

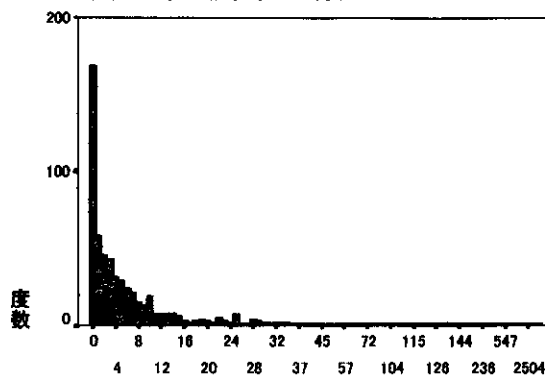
#### (1) 回収率

	自治体病院	国立病院	日精協	不明	全体
配布数	47	20	1,213	—	1,280
回収数	36	15	561	9	621
回収率 (%)	76.6	75.0	46.2	—	48.5

#### (2) 粗集計

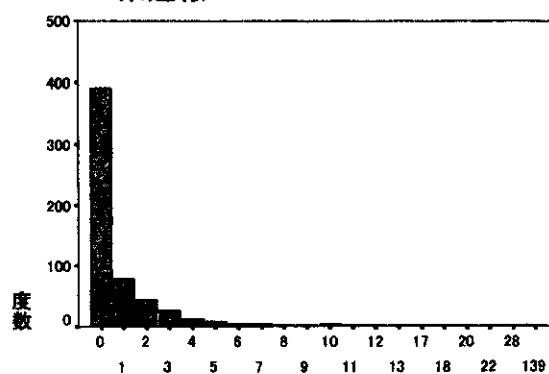
	申請病床数	入院患者数	隔離用個室数	措置入院患者の受入数	うち25条通報
平均値	262.7	241.8	7.8	41.2	1.3
標準偏差	137.5	130.0	6.5	327.4	6.3
最頻値	200	180	6	0	0
最小値	10	1	0	0	0
最大値	842	780	56	5,284	139

措置入院患者受入数



措置入院患者受入数

25条通報



## 施設票

指定病床を有する 907 病院のうち、465 病院から回答を受け、回収率は 51.5%であった。また、

### (B) 個人票分析結果

指定病床を有する 907 病院のうち、202 病院から回答を受け、回収率は 22.3%であった。

①条件に該当する全病院に調査票を配布していること、②社会調査では通常回収率は 2~3 割であることから、データとして分析に耐えうるものと考えられる。また、現在、暴力傾向の強い措置入院患者の処遇については、社会的な関心が非常に高まっているが、本調査は池田小中学校で発生した事件よりも前に実施されたものであるため、通常社会調査の回収率と同程度のレベルとなったと考えられる。

・分析対象は、個人調査票の 555 ケースである。

#### 1) 性別

対象患者の 86%を男性が占めており、年齢の最頻値は 30 代で、平均年齢は 40.6 歳 (標準偏差 13.2) であった。

#### 2) 措置入院期間

今回の措置入院期間を日数で示すと、調査時点で既に措置解除した者ではその中央値が 79.5 日、調査時点で措置継続中であった者ではその中央値が 189.0 日であった。ケースの多くは 3 ヶ月程度で措置解除される傾向があるが、一部に措置が長期間継続されるケースがあることを示している。

#### 3) 治療歴

過去の精神科入・通院歴として担当医が記載した情報を基に、措置入院歴、入院歴、通院歴、入・通院歴を示した。過去に措置入院歴があったケースは 16%あり、過去に精神科入院歴があったものは 49.9%、過去に精神科通院歴があったものは 37.7%であった。入院歴または通院歴のいずれかに該当したケースを入・通院歴として示したところ、65.4%が該当していた。これは、6 割を超える者が、今回の問題行動よりも前に発症して、精神科を受診していることを示す。

#### 4) 診断

診断の主たる・従たるを問わず、重複ありとして、診断名の割合を示したのが左側のリストである。これは、ICD-10 の操作的診断基準に基づいて分類した。最も多かったのは、「精神分裂病・分裂病型障害・妄想性障害」の約 7 割で、次いで多かったのは、「精神作用物質による精神・行動の障害」の 2 割であり、他の診断名はいずれも 1 割に満たない程度であった。右側には、入院時の症状・状態像に関する複数回答の結果を示した。診断名の分布に従い、「幻覚妄想状態」が約 8 割、「精神運動興奮」が約 5 割を示している。人格の病的状態も約 3 割と高い割合を示していた。

#### 5) 25 条通報の契機となった犯罪行為

25 条通報の原因となった犯罪として、主たるものを単一選択したものを左側に示した。これは、問題行動歴の記述の中で殆どの担当医が記述していたが、逮捕されたとしか記述がなく罪種が不明であったものも 2%程あった。

「暴行・傷害」が最も多く 3 割を示し、「殺人および傷害致死」も 2 割を示している。検察

官通報ということで重大な犯罪が中心を占めるが、窃盗など一部軽微な犯罪もあり、そうした場合には、累犯性という要因が背後にあるものと考えられる。

#### 6) 過去の問題行動

今回入院時までの問題行動を複数回答として示したものが右側の結果である。このリストは、記入する医師の負担を軽減するために、措置診察の際に作成する書類とほぼ同じ分類を用いたため、一部に雑多なカテゴリも含まれている。その結果、最も多かった過去の問題行動は、「放火（弄火）・器物損壊・窃盗・侮辱・強盗・恐喝」であり、約半数のケースが該当していた。「傷害」や「暴行」にも半数近くのケースが該当し、犯罪行為や暴力行為のエピソードを有するケースが多いことを示している。また、殺人は16%であるが、この割合も一般の入院患者の場合と比較すれば高いといえるのではないと思われる。

#### 7) 処遇病棟、施設

院内では、約9割が「主に閉鎖病棟」で処遇されていた。隔離室を使用したケースは約6割であり、「連用・多用・ときどき」の分布もここに示しているが、これについては分類に混乱もあり解釈には限界がある。司法精神医療の発展した欧米では、触法精神障害者のための処遇施設を有するため、触法精神障害者に隔離室を使用する条件はかなり限定されており、それに比較すれば、我が国では隔離室を使用する機会は多いのではないかと考えられる。また、身体拘束を行ったケースは9%程度であり、同様に、現在の体制では一部のケースにおいて身体拘束で対応せざるをえない状況があることを示

している。

#### 8) 退院後の懸念

退院に際して問題となる点があったケースは約9割を示しており、殆どのケースにおいて医師が何らかの危惧をもっていることを示している。最も多かったのは、「怠薬・治療中断」の46%であり、怠薬・治療中断から症状の悪化やそれに伴う問題行動の発現に危惧を抱いていることを示している。また、「触法行為歴」や「薬物乱用依存歴」など犯罪行為歴についてあげる者もそれぞれ2~3割おり、再犯の可能性や、患者のコミュニティでの受け入れについても危惧している状況が伺える。他の項目は、患者がコミュニティの中で自立した生活をしていくためのスキルや能力、経済力、場所などの問題についての懸念であり、それぞれ2割前後を示していた。

これらの問題は、決して触法精神障害者に特有のものではなく、一般の精神障害者の退院に際しても同様に問題となっている点である。しかし、重大な対人暴力犯罪を行った触法精神障害者の場合には、その困難がさらに大きなものとなると考えられる。

こうした懸念を抱きつつ医師は退院させるわけであるが、退院したケースのその後の問題行動に関する質問の回答では、その後について不明であったものが退院したケースの半分以上を占めていたことから、担当医師にとっては退院後の懸念を抱きつつ退院後のフォローアップは不可能である場合が多いことを示していた。こうした結果は、退院後に、引き続き訪問看護や訪問指導、社会内での自立した生活を送るためのさまざまな支援を提供する制度を活用可能とすることで、患者が医療の手からもれるこ