

20020313

別添 2

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

精神障害者等が快適に安全に生活するためのインフラの整備に関する研究
－身体合併症、アメニティ、身体的健康度とQOLについて－

平成 14 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 渡邊 能行

平成 15 (2003) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書	
精神障害者等が快適に安全に生活するためのインフラの整備に関する研究 －身体合併症、アメニティ、身体的健康度とQOLについて－	1
渡邊能行	
II. 分担研究報告書	
1. 分裂病入院者の身体的健康度の研究	7
澤 温	
(資料) 資料 1、資料 2	
2. 分裂病患者における歯の健康像についての研究	25
中村広一	
(資料) 資料 1、表 1-8、図 1-4	
3. 総合病院における精神障害者の身体合併症医療の現状と今後のあり方に関する研究	43
佐藤茂樹	
(資料) 表 1-13	
4. 精神科病院と建築のあり方－療養環境とアメニティに関しての研究	51
田中稜一	
(資料) 資料 1、表 1、表 2	
5. 精神障害者の QOL に関する研究	61
岡田まり	
(資料) 資料 1、資料 2、資料 3、資料 4	
6. 研究の社会医学的検討（統合失調症患者の健康度及び健康管理上の課題）	75
古井祐司	
(資料) 資料 1	
7. 障害者の健康度に関する研究	101
相星壮吾	
(資料) 資料 1、資料 2	
8. 知的障害者の健康度に関する研究	112
今村理一	
(資料) 表 1-1-a～1-4-d、表 2-1～2-40、表 3-1～3-3、資料 1、資料 2、資料 3	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	168
IV. 研究成果の刊行物・印刷	169

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

総括研究報告書

精神障害者等が快適に安全に生活するためのインフラの整備に関する研究
 ー身体合併症、アメニティ、身体的健康度とQOLについてー

主任研究者 渡邊能行 京都府立医科大学 教授

研究要旨 総合病院精神病棟では小規模精神病棟では、身体合併症治療、急性期精神疾患、神経症圏の疾患に対する治療が主に行われており、大規模精神病棟では慢性期精神疾患と急性期精神疾患に対する治療が主で、身体合併症治療は部分的に行われていた。今後、総合病院の小規模精神病棟において身体合併症治療対応病床が整備されるべきであると考え。その背景となる精神病院の療養環境とアメニティについては、廊下幅の違いと精神障害者の患者満足度との間の関連が認められず、建築の専門家の意見でも廊下幅は重視されていなかった。身体合併症の基礎となる精神障害者の身体的健康度についての調査から、精神分裂病入院患者には、喫煙、肥満、肝機能障害に問題があり、基本健康診査の情報からは、総コレステロール、HDLといった高脂血症や糖尿病のリスクや喫煙者が高齢になるほど高く、BMIや高血圧、コレステロール値などについては外来患者の方が入院患者よりリスクが高い傾向にあった。精神障害者の生活習慣病対策が必要なが示唆された。精神分裂病患者の一部では上顎前歯の健康像が健常者のそれから乖離したものであることが示されたが、分裂病患者の多くは歯科治療を希望し、かつその結果に肯定的な反応を示しており、歯科治療の意義が認められた。標準化されたWHOQOL尺度と0.8の相関関係がある6領域23項目からなる精神障害者共通のQOL尺度を作成した。これを用いて精神分裂病患者のQOLに影響する要因を検討したところ、病院スタッフとよく話すこと、行動の自由を感じるなどが、精神科患者のQOLに影響していることが明らかになった。精神障害者のQOL向上・維持のため、スタッフと患者のコミュニケーションがもっと図られるような環境や条件を整え、行動制限をなくしていくこと、そして、家族も視野に入れた支援が必要であると考えられる。車椅子生活者のような身体障害者においても、健康づくりを目的として日常的に運動・スポーツに取り組むことは大切であり、循環器や運動器等における特性を踏まえた身体障害者本人の正しい知識および適切な自己管理、地域における一般住民の理解および配慮、これらを可能にするための情報提供や助言指導、ならびに身体障害者が安心して安全に健康づくりのための運動・スポーツに取り組むことができるための社会環境の整備が必要である。40歳以上の知的障害者に対する調査において何らかの合併身体疾患をもつ者は69.3%もあり、他の精神障害者や身体障害者と同様、総合的な健康対策が必要と考えられた。

分担研究者

澤 温 さわ病院 院長
 中村広一 国立精神神経センター武蔵病院歯
 科 医長
 佐藤茂樹 成田赤十字病院精神科 部長
 田中稜一 医療法人社団五稜会病院院 理事
 長
 岡田まり 立命館大学産業社会学部人間福祉
 学科 助教授
 古井祐司 三菱総合研究所 研究員
 相星壮吾 鹿児島県保健福祉部 技術補佐
 今村理一 社会福祉法人みづき会 理事長

A. 研究目的

- ① 精神障害者の身体合併症医療の現状を明らかにする。
 - ② その背景となる精神病院の療養環境とアメニティについて検討する。
 - ③ 身体合併症の基礎となる精神障害者の身体的健康度、および身体的健康度、身体合併症医療、療養環境、アメニティ等の要因と強く関連する精神障害者のQOL(生活の質)を明らかにし、他の障害者とも比較する。
- 以上をとおして精神障害者入院医療の今後のあり方を検討する。

B. 研究方法

- ① 全国 16 の精神病棟を有する総合病院精神科に対して平成 14 年 12 月 9 日（月）から同年 12 月 13 日（金）の平日 5 日間における各病院に入院中の身体合併症患者について調査を依頼した。また、千葉県内において成人の精神科医療を担当している 8ヶ所の精神病棟を有する総合病院精神科に平成 15 年 1 月 1 日から同年 1 月 31 日の 1ヶ月間に各病院に新たに入院した身体合併症患者についての調査を依頼した。いずれも、平成 15 年 1 月 10 日を期限として回収し、調査票の各項目について、単純集計とクロス集計を行った。
- ② 精神障害者の治療装置とも言える精神病院の療養環境とアメニティについて、全国 23 病院で期間は平成 14 年 9 月から 15 年 1 月末までに退院された患者を対象に、標準化された患者満足度の測定尺度として国際的に使用されている CSQ-8J (Client Satisfaction Questionnaire) 8 項目（日本語版）に、病院の設備、構造について他 8 項目を加えた計 16 項目の調査を行った。単純集計とクロス集計を行なった。また、建築の専門家としての精神科病棟における療養環境・アメニティについての意見を本研究の研究協力者である宮城干城（工学院大学工学部建築学科教授）から聴取した。
- ③ 日精協の会員の 15 病院の精神分裂病入院患者各 40 名、合計 600 名を対象とし、治療中の身体疾患（虚血性心疾患、本態性高血圧症、糖尿病、高脂血症、高尿酸血症、鉄欠乏性貧血、肝機能障害）等の情報を収集し、単純集計とクロス集計を行なった。また、日精協の会員の 10 病院の精神分裂病患者を対象として、各病院より入院患者 10 名（合計約 100 名）及び外来患者 10 名（合計約 100 名）について、老人保健法に基づく基本健康診査項目の資料を収集し、単純集計とクロス集計を行なった。
- ④ 上顎前歯に欠損および齲蝕などによる明瞭な毀損を有する健常者 25 人、身体疾患（すべて神経内科疾患）患者 17 人、精神分裂病患者 34 人、その他の精神疾患患者 55 人の合計 131 人を対象とし、毀損およびその歯科治療に対して示す反応を各群で比較検討した。
- ⑤ 身体的健康度、身体合併症医療、療養環境およびアメニティ等の要因と強く関連する精神障害者の QOL（生活の質）について

平成 13 年度に作成した 9 領域 44 項目の QOL 質問調査票とこれを用いた 133 人の精神分裂病患者よりの聞き取り調査データを用いて主成分分析を行い、因子負荷量が小さい、あるいは因子の内的整合性を低下させている項目を削除するとともに、話し言葉で理解しやすいように質問項目を改めた。また、精神科医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、福祉系学識経験者に、調査票のエキスパート・レビューを依頼した。そこで内容妥当性の有無を確認するとともに、修正点についての意見を求め、それに基づいて調査票の改訂を行った。そして、この改訂版 QOL 調査票の項目や WHOQOL26 及びその他の情報について 144 人の精神分裂病患者を対象に聞き取り調査を行った。改訂版 QOL 調査票の各項目について主成分分析を行ない、最終版 QOL 調査票を作成した。この基準関連妥当性を確認するために最終版 QOL と WHOQOL との関連も検討した。QOL に関連する要因を明らかにするため、最終版 QOL を従属変数として、GAF (DSM-IV-TR の多軸評定のなかの一つである機能の全体的評定)、病棟（閉鎖・開放）、教育期間、同居家族、初診年齢、通算入院期間、職員との話、院外活動、行動制限を独立変数として重回帰分析も行った。

- ⑥ 車椅子使用者と健常成人の運動習慣者における運動負荷時の心拍数等を比較した。また、障害者を取りまく住民へのアンケート調査も行なった。
- ⑦ 関東 1 都 1 県にある 2 施設において 40 歳以上でダウン症を含め知的障害の原因が明確に把握できた知的障害を有する 137 人（ダウン症 61 人、非ダウン症 76 人）を対象に、身体的健康像について調査を行った。（倫理面への配慮）

本研究における各種の調査においては、基本的に本人の同意を得て行い、収集する個人の情報については、氏名、生年月日等個人識別情報は除外して、個人のプライバシーが守られるように厳重に注意して行った。

C. 研究結果

- ① 全国 16 の精神病棟を有する総合病院精神科のうち、15 の病院より回答を得、回収率は 93.8%であった。規模別に各精神疾患群毎の身体合併症保有率を調べると、「小規模」（病床数 40-64 床）病院群では「急性期群」は 38%、「慢性期群」59%、「神経症

群」15%、「知的障害群」67%であり、「大規模」(病床数100-324床)病院群では「急性期群」14%、「慢性期群」9%、「神経症群」7%、「知的障害群」22%であった。千葉県内における8病院に対する調査では全てより回答があり、回収率は100%であった。期間中(1ヶ月間)の新規の身体合併症による入院は合計60件であった。10分間1人で行う仕事を1単位としたところ、患者1人1日当たりの医師の業務量は身体合併症群では平均3.31単位であり、非身体合併症群では1.95単位であった。患者1人1日当たりの看護師の業務量は各施設によって8.25-72.5単位と分布したが、平均より著しく偏っている4病院93件のデータを除外すると平均22.27単位で、これに対し非身体合併症群は14.53単位であった。千葉県内に住所を有する患者が51件、隣接都県8件、不定1件であり、病院の所在地と患者の住所との関係を調べると、千葉県内の同一の二次医療圏内での発生-入院は51件中の38件(74.5%)、県外も含めた隣接二次医療圏からの患者が20件、その他県内1件、不定1件であった。

- ② 全国23病院の退院患者974人から回答があり、そのうち老人性および脳の器質性精神障害を除きかつCSQ-8Jおよび病室と廊下の広さについてすべて回答している712人について解析対象とした。廊下幅2.8m以上の病棟に入院していた群におけるCSQ-8Jの得点が27以上の大変満足者が18.9%に対し、廊下幅が2m未満の病棟に入院していた群における大変満足者は25.5%であり、分布には統計学的有意性は認められなかった。CSQ-8J得点と医師、看護師及びコメディカル3職種への対応に対する満足度の間には、高い正の相関が認められた($n=791$ Spearmanの相関係数 $r=0.684$, $p<0.01$)。建築の専門家としての意見では、精神科病棟における廊下幅は、無闇に広ければ良いというものではなく、ダイニングやラウンジなど他の目的に活用すれば、豊かな空間ができると考えられていた。
- ③ 日精協の会員の15病院における精神分裂病入院患者581人より回答を得た。精神分裂病入院患者では喫煙率が高いこと、罹病期間が長いほど肥満度が高いこと、現在治療中の身体疾患では肝機能障害が最も多いなどの傾向が把握された。老人保健法に基づく基本健康診査項目の資料収集は、入

院患者102人、外来患者99人より行なうことができた。総コレステロールは、高コレステロール血症の診断基準となる220mg/dl以上が27.3%と約3割を占めており、総コレステロール判定を年齢別にみると、高値の割合は、高齢ほどやや高くなる傾向がみられた。さらに、入院・外来別にみると、外来で高値の割合が32.3%と高くなっている。HDLは、高コレステロール血症の診断基準となる40mg/dl未満が13.9%となっており、HDL判定を年齢別にみると、高値の割合は、高齢ほど高くなる傾向がみられた。空腹時血糖値は110mg/dl以上が15.4%、食後血糖値は120mg/dl以上が5.5%であり、血糖値判定を年齢別にみると、高値の割合は、高齢ほど高くなる傾向がみられた。入院・外来別にみると、肥満の割合が、入院15.7%、外来24.2%と外来での割合が高くなっている。高血圧については、入院・外来別にみると、外来で高血圧の割合が高くなっていた。

- ④ 上顎前歯に欠損および齲蝕などによる明瞭な毀損を有する者の第1愁訴の内訳には基礎疾患の間で有意差があり、審美障害の割合が健常群16人(64%)であったのに対して精神分裂病群では5人(15%)と明らかに少なかった。身体疾患群ならびにその他の精神疾患群はその中間であった。また精神分裂病群では愁訴「なし」が13人(38%)を占め、他群に比して多かった。審美障害への言及の有無は基礎疾患の内訳別に有意差があり、健常群の「あり」22人(88%)に比して精神分裂病群は12人(35%)と少なかった。身体疾患群やその他の精神疾患群はその中間であった。上顎前歯の毀損の治療要求については、健常群では全員が治療を希望した。これに対して精神分裂病群では62%にとどまった。治療後の審美的改善への言及の有無に性差および年齢差は認めなかったが、基礎疾患別には有意差があり、健常群で「あり」23例(92%)に対して精神分裂病群14例(61%)であった。
- ⑤ 改訂されたQOL尺度は、7領域(1.健康、2.ソーシャルサポート、3.生活、4.安全安心、5.自尊心、6.コントロール感、7.人間関係)24項目から構成されるものとなった。回答には「1.まったくそう思わない。」から「5.とてもそう思う。」までの5段階の選択肢を設けた。主成分分析(バリマックス回転)を行った。因子負荷量、信頼性係

数、解釈可能性を考慮して1項目を削除したところ、固定値1以上で、次の6因子(23項目)が抽出された。これら6因子の累積因子寄与率は60.03%であった。すなわち、第1因子：否定的な経験($\alpha=0.684$)第2因子：生活充実感($\alpha=0.741$)第3因子：自己肯定感($\alpha=0.716$)第4因子：コントロール感($\alpha=0.663$)第5因子：ソーシャルサポート($\alpha=0.615$)第6因子：社会関係($\alpha=0.554$)となった。上記6因子に含まれる23項目の合計得点(以下、QOL、115点満点)は32から111に分布し、平均得点は75.94(標準偏差14.72)であった。この6領域(①否定的な経験、②生活充実感、③自己肯定感、④コントロール感、⑤ソーシャルサポート、⑥社会関係)23項目からなるQOL質問調査票を最終版とした。WHOQOLについては、39から123に分布し、平均点は82.85(標準偏差14.91)であった。今回の最終版QOLとWHOQOLの間には、0.800($p<0.001$)の高い相関関係があることが確認できた。このことから、今回、開発したQOL尺度には、基準関連妥当性があると判断できた。最終版QOLを従属変数とした重回帰分析の結果からは、精神分裂病患者のQOLに5%水準で有意に影響を及ぼしているものに、病院職員との話、病棟、同居(予定)家族、行動制限があることが明らかになった。つまり、病院職員(医師、看護師、作業療法士、ソーシャルワーカー)とよく話す人の方が、また、開放よりも閉鎖病棟の人の方が、同居(予定)家族がいる人の方が、自由に行動できると考えている人の方が、そうでない人よりもQOLが高かった。統計学的な有意には達していないが、病院外で活動していることも重要であることが示唆された。

- ⑥ 車椅子群においては健常対照群に比べて、運動負荷直後の体温上昇幅が大きく($p<0.01$)、かつ、上昇した体温の回復が遅い傾向にあった($p<0.05$)。また、車椅子群における運動負荷開始から終了までの心拍数の変動は、M字型；運動負荷開始から対照群に比べて急激に増加し、いったん落ちついた後に再びやや増加がみられ、運動終了後の回復に至るといったパターンを呈した。運動負荷開始から5分後、10分後、および55分後、60分後、運動負荷終了直後の心拍数は両群間で有意な差がみられた($p<0.05$)さらに、車椅子群における運動負荷終了後の心拍数の回復は、健

常対照群に比べて遅い傾向にあった($p<0.01$)。障害者を取りまく住民すなわち、鹿児島県内において障害児者問題に取り組む民間の研究団体(障害児者の家族、医師・理学療法士・保健師・看護師・保育士などの専門職、行政・福祉・学校関係者およびボランティアが所属)の構成員へのアンケート調査では、調査票の配布数184に対して、全ての質問に回答があった有効回収数は133であり、回収率は72.3%であった。その結果、身体障害者が運動・スポーツに取り組む効用として、障害者を取りまく住民は、車椅子使用者と比べて、「病気や障害の改善のためのリハビリテーション」および「運動・スポーツを通じた社会参加」の項目を選択した割合が高かった($p<0.05$)。

- ⑦ 40歳以上のダウン症を含む知的障害者全体においては、何らかの合併身体疾患をもつ者は69.3%あり、中でも高脂血症22.1%、胃腸疾患21.1%、白内障21.1%、心疾患14.7%、高尿酸血症12.6%、白内障以外の眼疾患12.6%、アレルギー疾患10.5%が多かった。

D. 考察

総合病院精神病棟において小規模精神病棟では、身体合併症治療、急性期精神疾患、神経症圏の疾患に対する治療が主に行われており、大規模精神病棟では慢性期精神疾患と急性期精神疾患に対する治療が主で、身体合併症治療は部分的に行われていた。身体合併症治療においては主に看護業務の負担が高かった。身体合併症対応は主に二次医療圏レベルでなされていた。

廊下幅の広さが広がるほど、患者満足度が高くなるという関連は認められなかった。むしろ、スタッフの対応が満足度に影響を与えていることが明らかとなった。建築の専門家からの意見では、精神科病棟における廊下幅を広くするよりもデイルームやラウンジなど他の目的に活用すれば、豊かな空間ができると考えられている。

身体合併症の基礎となる精神障害者の身体的健康度についての調査からは精神分裂病入院患者には、喫煙、肥満、肝機能障害に問題があることがわかった。基本健康診査の情報からは、総コレステロール、HDLといった高脂血症や糖尿病のリスクが高齢ほど高くなっていった。また、喫煙は若年世代ほど喫煙率が高くなっており、高齢は身体的な面での生活習慣病予防、若

年世代は生活面での予防が課題として考えられる。BMI や高血圧、コレステロール値などについて、外来患者の方がリスクが高い傾向にあった。入院に比較して、外来患者の方が生活習慣の改善や健康管理の継続が困難であることが可能性として挙げられる。

精神分裂病患者の一部に上顎前歯の存在自体あるいはその審美的側面への関心が欠落したものが存在することが示された。これらの患者における歯の健康像が健常者とは乖離したものであることは明らかである。その原因として自閉、自発性の欠如、無関心、感情鈍磨あるいは病識の欠如など分裂病症状の影響をあげることができる。しかしながらそのような患者は今回対象においてはむしろ少数であり、精神分裂病症例の 60%以上が歯科治療を希望しかつ全員が治療結果に肯定的な反応を示した。これらの症例では審美面への言及が健常者よりも少ないという特徴があったにせよ、歯科治療が意義あるものとなっていることは明らかであった。

今回、6 領域（1. 否定的な経験、2. 生活充実感、3. 自己肯定感、4. コントロール感、5. ソーシャルサポート、6. 社会関係）23 項目の QOL 尺度が作成できた。ワーディング等の改善や項目数の減少により、実用性は大きく改善された。また、標準化された WHOQOL 尺度と 0.8 の相関関係があることが明らかになり、基準関連妥当性も確認できた。精神分裂病患者において、この QOL 尺度に関連する要因としては、病院スタッフと話すことが患者の QOL 向上にとって重要なことが明らかになった。また、行動への制限が少なく自由を感じられることも QOL に影響していることが確認できた。患者の QOL 向上・維持のためには、精神科医療の現場において、スタッフが患者と十分にコミュニケーションをとれる環境や条件を整えていくこと、そして、病状を勘案したうえで、できる限り行動への制限を無くしていくことが求められる。他方で、開放病棟よりも閉鎖病棟の患者の方 QOL が高かったのは、開放病棟では患者の自立支援に向けた働きかけが行われるのが、患者にとってはストレスと感じられるのかもしれない。あるいは、開放病棟の患者の方が、閉鎖病棟の患者よりも通算入院期間が長い傾向にあり、そのためのホスピタリズムにより QOL が低いことも考えられる。さらに、同居家族の有無も QOL に影響する。精神障害者の QOL 向上のためには、本人への支援のみならず、本人と家族が良い関係を保てるような支援も必要である。

車椅子群における運動負荷時の心拍数の変

動が、運動負荷開始から対照群に比べて急激に増加するパターンを呈したことは、対麻痺者において、運動開始時の循環動態の安定が健常者に比べて容易に得られ難いことを示唆するものと思われる。さらに、車椅子群において、いったん落ちついた心拍数に再びやや増加がみられたことを踏まえて、運動開始時のいわゆるウォーミングアップ、運動開始直後の負荷の漸増、運動持続時間に応じた体調のモニタリング等の重要性およびそのあり方について、運動に実際に取り組む対象者および助言する立場にある指導者に周知を図る必要がある。一般住民は、身体障害者が運動・スポーツに取り組む効用として、「病気や障害の改善のためのリハビリテーション」および「運動・スポーツを通じた社会参加」を車椅子生活者よりも多く選択した。裏を返せば、車椅子生活者は「病気や障害の改善」や「社会参加」といったことももちろん考えつつ、現実には、さらにもっと日常的な「生活に必要な筋力アップ」や「自らの健康の維持増進」を切実な問題として意識しながら運動スポーツに取り組んでいるものと思われる。

40 歳以上のダウン症を含む知的障害者全体においては、何らかの合併身体疾患をもつ者は 69.3%もあり、他の精神障害者や身体障害者と同様、身体的健康にも留意して健康管理を行なっていく必要があると考える。

E. 結論

総合病院精神病棟では小規模精神病棟では、身体合併症治療、急性期精神疾患、神経症圏の疾患に対する治療が主に行われており、大規模精神病棟では慢性期精神疾患と急性期精神疾患に対する治療が主で、身体合併症治療は部分的に行われていた。現状を肯定的に理解すると、総合病院の小規模精神病棟において身体合併症治療対応病床が整備されるべきであると考ええる。その背景となる精神病院の療養環境とアメニティについて、精神障害者においては廊下幅の違いと患者満足度との間の関連が認められず、建築の専門家の意見でも廊下幅は重視されていなかった。身体合併症の基礎となる精神障害者の身体的健康度についての調査から、精神分裂病入院患者には、喫煙、肥満、肝機能障害に問題があり、基本健康診査の情報からは、総コレステロール、HDL といった高脂血症や糖尿のリスクや喫煙者が高齢になるほど高く、BMI や高血圧、コレステロール値などについては外来患者の方が入院患者よりリスクが高い傾向にあった。精神障害者、特に外来患者の生活習慣の改善や健康管理の重要性が示唆され

た。精神分裂病患者の一部では上顎前歯の健康像が健常者のそれから乖離したものであることが示された。しかしながら分裂病患者の多くは歯科治療を希望し、かつその結果に肯定的な反応を示しており、歯科治療の意義が認められた。標準化された WHOQOL 尺度と 0.8 の相関関係がある 6 領域 23 項目からなる QOL 尺度を作成した。そして、精神分裂病患者の QOL に影響する要因を検討したところ、病院スタッフとよく話すこと、行動の自由を感じるなどが、精神科患者の QOL に影響していることが明らかになった。精神障害者の QOL 向上・維持のため、スタッフと患者のコミュニケーションがもっと図られるような環境や条件を整え、行動制限をなくしていくこと、そして、家族も視野に入れた支援が必要であると考えられる。

身体障害者においても、健康づくりのために運動・スポーツに取り組むことができることは重要である。40 歳以上の知的障害者に対する調査において何らかの合併身体疾患をもつ者は 69.3% もあり、他の精神障害者や身体障害者と同様、総合的な健康対策が必要と考えられた。

F. 健康危険情報

特記すべき情報は得られなかった。

G. 研究結果発表

1. 論文発表

- 1) 中村広一: 上顎前歯の毀損およびその治療に対する精神分裂病患者の反応に関する臨床的検討. 日歯心身 165:149-152, 2001.

2. 学会発表

- 1) 佐藤茂樹ほか: 総合病院精神科における身体合併症医療の現状 - 2001 年度厚生科学研究より -. 第 5 回有床総合病院精神科フォーラム, 2002. 5. 25.
- 2) 岡田まり、三品桂子、岡田進一、渡邊能行、「精神障害者 QOL 尺度の開発」第 61 回日本公衆衛生学会総会抄録集 49 巻 10 号 296 頁 2002 年
- 3) 岡田まり、三品桂子、栄セツコ、岡田進一、「精神障害者の入院と QOL」日本社会福祉学会第 50 回記念全国大会報告要旨集 193 頁 2002 年

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

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

精神障害者等が快適に安全に生活するためのインフラの整備に関する研究
－身体合併症、アメニティ、身体的健康度と QOL について－
分裂病入院者の身体的健康度の研究

分担研究者 澤 温 医療法人北斗会理事長

研究要旨 本研究では、精神分裂病（統合失調症）患者の健康状況及び健康問題等の現状を把握するために入院・外来患者に対するアンケート調査と基本健康診査を実施した。その結果、肥満度は健常人と大きな違いは見られなかったが、罹病期間が長いほど入院患者の肥満度が高いことから、入院患者に関して何らかの健康度チェックと健康度に応じた介入の重要性が示唆された。一方、喫煙は明らかに健常人に比較して率が高く、身体状況を併せてチェックする必要性が考えられるなど、統合失調症患者についても継続的な健康度チェックの重要性が示唆された。

A. 研究目的

本研究では、統合失調症患者の健康状況及び健康問題等の現状を把握し、精神障害者等が快適に安全に生活するための方策の検討に資する基礎資料とすることを目的とした。

- ・ 今回の入院期間
- ・ 喫煙
- ・ 療養中の病棟
- ・ 散歩の許可状況
- ・ 治療中の身体疾患（虚血性心疾患、本態性高血圧症、糖尿病、高脂血症、高尿酸血症、鉄欠乏性貧血、肝機能障害）
- ・ 治療食の提供の有無

B. 研究方法

本研究では、統合失調症の入院・外来患者を調査対象とし、身体的健康度等を捉えるためにアンケート調査と基本健康診査を実施した。

（1）健康度に関するアンケート調査

はじめに、患者の身体的健康度等を捉えるために、健康度に関するアンケート調査を実施した。1年目に調査の設計・準備を実施したため、2年度報告書では主に実施結果について整理した。

[調査対象]

日精協の会員の15病院の統合失調症入院患者各40名、合計600名を対象とし、581名より回答を得た。なお、統計的有意を鑑みて40歳以上・未満、男女別それぞれで100名以上の回収数となるよう配慮している。

[調査項目]

- ・ 患者の属性（性別・年齢・身長・体重・肥満度 BMI）
- ・ 入院形態
- ・ 罹患期間

（2）健診による身体状況調査

健康度に関するアンケート調査では、身体疾患の有無などで統合失調症入院患者の身体的健康度を大枠で捉えたが、2年度は、さらに健診によって詳細な健康度を把握することとした。

なお、調査の実施に際しては、無記名での回答や調査結果の統計的な処理など、調査対象者のプライバシーが保護されるよう考慮した。

[調査対象]

日精協の会員の10病院の患者を対象とした。各病院での調査対象者は次のとおり。

- ・ 入院患者 10名（合計約100名）
- ・ 外来患者 10名（合計約100名）

ときわ病院	河渡病院	花園病院
戸塚山谷病院	高岡病院	松阪厚生病院
城西病院	谷野呉山病院	平和病院
さわ病院		

[調査項目]

基本的に、老人保健法に基づく基本健康診査項目に準じることとした。資料1；健康診査表参照。

参考；基本健診項目

問診、身体計測（身長、体重）、理学的検査（視診、打聴診、腹部触診等）、血圧測定、検尿（糖、蛋白、潜血）、循環器検査（血液化学検査）総コレステロール、HDL-コレステロール、中性脂肪、肝機能検査（GOT, GPT, γ -GTP）、腎機能検査（クレアチニン）、血糖検査（選択項目：心電図検査、眼底検査、貧血検査（赤血球数、Hb値、マツクリット値）、HbA_{1c}検査）

C. 研究結果

（1）健康度に関するアンケート調査結果

健康度に関するアンケート調査では、統合失調症の入院患者では喫煙率が高いこと、罹病期間が長いほど肥満度が高いこと、現在治療中の身体疾患では肝機能障害が最も多いなどの傾向が把握された。

詳細は、資料2；健康度に関するアンケート調査結果参照。

（2）健診による身体状況調査結果

調査結果の入力・集計・分析については、分担研究者古井と一体的に実施したため、そちらの研究報告書を参照。

D. 考察

統合失調症入院患者を一般の同年代の者の健康度と比較すると、患者の肥満度の状況は、「国民栄養の現状（平成11年国民栄養調査結果）」によると、40歳未満・女性以外は高くなかった。一

方、患者の喫煙の状況は、40歳未満・男性では大きな差はないが、40歳以上・男性、40歳未満・女性、40歳以上・女性ではいずれも患者の喫煙率が高くなっている。

肥満度については、健常人と大きな違いは見られなかったが、罹病期間が長いほど入院患者の肥満度が高いことから、入院患者に関しても何らかの健康度チェックと健康度に応じた介入が重要と考えられる。

喫煙については、明らかに健常人に比較して率が高くなっており、身体状況を併せてチェックする必要性が考えられる。

以上より、健康度に関するアンケート調査結果と健診による身体状況調査結果を併せて検討すること、ある程度、継続的なチェックが重要と考えられる。

E. 結論

健康度に関するアンケート調査の実施により、同年代健常人と比較した統合失調症入院患者の健康度及び生活習慣が把握され、課題が遇出された。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

特になし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

健康診査表

病名	検査名	正常値	診査日 平成 年 月 日		判定
			①入院 ②外来		
			①男 ②女		
			年齢	歳	
肥満・やせ	身長 cm	未満 (やせ)			
	体重 kg	~ 未満 (正常)			
	BMI(肥満度)※	以上 (肥満)			
血圧	血圧値 mmHg	/ 未満			
動脈硬化 高脂血症 (血液の様子)	総コレステロール mg/dl	130 ~ 220			
	HDL(善玉) コレステロール mg/dl	67.3 以上			
	中性脂肪	40 ~ 150(空腹時)			
糖尿病	食後時間 空腹時 分 血糖値 mg/dl	空腹時 110 以下 食後 以下			
	HbA1c %	6.0 以下			
	尿糖	(-)			
痛風	尿酸 mg/dl	男 4.0 ~ 7.0 女 4.0 ~ 7.0			
肝臓病	GOT IU/l	7 ~ 38			
	GPT IU/l	4 ~ 43			
	γ-GPT IU/l	12 ~ 73			
腎臓病	クレアチニン	0.8 ~ 1.2			
	尿たんぱく	(-)・(±)			
	尿潜血	(-)・(±)			

以下の4項目については、あてはまる番号を右欄に記入してください。

罹患期間	①3年以内 ②3~5年 ③5~10年 ④10~20年 ⑤20年以上	
入院・外来期間	①3か月以内 ②3~6か月 ③6~12か月 ④1~3年 ⑤4年以上	
喫煙の有無	①する ②しない	
現在治療中の身体疾患	①虚血性心疾患 ②本態性高血圧症 ③糖尿病 ④高脂血症 ⑤高尿酸血症 ⑥鉄欠乏性貧血 ⑦肝機能障害 ⑧なし	

「健康度に関するアンケート調査結果」

(1) 患者の属性

ア 年齢

患者の年齢については、40歳未満・男性の平均は31.5歳、40歳以上・男性は55.1歳、40歳未満・女性は31.8歳、40歳以上・女性は56.0歳となっている。

図表 1 年齢

	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
全体	579 100.0	44.7	14.2	15.0	80.0
40歳未満 男性	143 24.7	31.5	5.4	15.0	39.0
40歳以上 男性	154 26.6	55.1	9.1	40.0	80.0
40歳未満 女性	120 20.7	31.8	5.6	18.0	39.0
40歳以上 女性	162 28.0	56.0	9.0	40.0	78.0

	調査数	10代以下	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	無回答
全体	581 100.0	8 1.4	78 13.4	177 30.5	91 15.7	108 18.6	95 16.4	22 3.8	2 0.3
40歳未満 男性	143 100.0	4 2.8	42 29.4	97 67.8	-	-	-	-	-
40歳以上 男性	155 100.0	-	-	-	50 32.3	50 32.3	45 29.0	9 5.8	1 0.6
40歳未満 女性	120 100.0	4 3.3	36 30.0	80 66.7	-	-	-	-	-
40歳以上 女性	163 100.0	-	-	-	41 25.2	58 35.6	50 30.7	13 8.0	1 0.6

イ 身長

患者の身長については、40歳未満・男性の平均は169.4cm、40歳以上・男性は165.9cm、40歳未満・女性は157.6cm、40歳以上・女性は152.1cmとなっている。

図表2 身長

	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
全体	580 100.0	161.2	9.1	136.8	186.0
40歳未満 男性	142 24.5	169.4	5.9	155.0	186.0
40歳以上 男性	155 26.7	165.9	6.0	148.5	178.0
40歳未満 女性	120 20.7	157.6	5.9	143.0	176.0
40歳以上 女性	163 28.1	152.1	5.7	136.8	168.0

	調査数	150cm未満	150~160cm未満	160~170cm未満	170cm以上	無回答
全体	581 100.0	88 15.1	183 31.5	208 35.8	101 17.4	1 0.2
40歳未満 男性	143 100.0	-	8 5.6	72 50.3	62 43.4	1 0.7
40歳以上 男性	155 100.0	2 1.3	27 17.4	90 58.1	36 23.2	-
40歳未満 女性	120 100.0	17 14.2	66 55.0	34 28.3	3 2.5	-
40歳以上 女性	163 100.0	69 42.3	82 50.3	12 7.4	-	-

ウ 体重

患者の体重については、40歳未満・男性の平均は68.3kg、40歳以上・男性は65.2kg、40歳未満・女性は58.8kg、40歳以上・女性は54.2kgとなっている。

図表3 体重

	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
全体	580 100.0	61.6	13.0	32.0	124.1
40歳未満 男性	142 24.5	68.3	12.8	45.0	124.1
40歳以上 男性	155 26.7	65.2	11.5	42.0	96.0
40歳未満 女性	120 20.7	58.8	12.1	40.0	110.0
40歳以上 女性	163 28.1	54.2	10.7	32.0	96.0

	調査数	50kg未満	50~60kg未満	60~70kg未満	70~80kg未満	80kg以上	無回答
全体	581 100.0	107 18.4	173 29.8	153 26.3	90 15.5	57 9.8	1 0.2
40歳未満 男性	143 100.0	5 3.5	33 23.1	47 32.9	29 20.3	28 19.6	1 0.7
40歳以上 男性	155 100.0	15 9.7	38 24.5	45 29.0	42 27.1	15 9.7	- -
40歳未満 女性	120 100.0	29 24.2	39 32.5	31 25.8	12 10.0	9 7.5	- -
40歳以上 女性	163 100.0	58 35.6	63 38.7	30 18.4	7 4.3	5 3.1	- -

エ 肥満度 (BMI)

患者の肥満度については、40歳未満・男性の平均は23.8、40歳以上・男性は23.7、40歳未満・女性は23.7、40歳以上・女性は23.4となっており、性別・年齢別に大きな差が見られなかった。

また、罹病期間別にみると、年数が長いほど肥満度が高い傾向が見られた。今回の入院期間別にはほとんど差がなかった。

なお、「国民栄養の現状 (平成11年国民栄養調査結果)」と比較すると、患者の肥満度の状況は、40歳未満・女性以外は高くなかった。

図表4 肥満度 (BMI)

	調査数	平均	標準偏差	最小値	最大値
全体	580 100.0	23.6	4.2	14.3	40.2
40歳未満 男性	142 24.5	23.8	4.1	17.3	40.2
40歳以上 男性	155 26.7	23.7	3.8	16.3	33.3
40歳未満 女性	120 20.7	23.7	4.7	14.3	39.9
40歳以上 女性	163 28.1	23.4	4.2	15.5	36.5

	調査数	1 9 ・ 8 未 満	1 9 ・ 8 \} 2 6 ・ 4 未 満	2 6 ・ 4 未 満 以上	無 回 答
全体	581 100.0	100 17.2	360 61.9	120 20.6	1 0.2
40歳未満 男性	143 100.0	21 14.7	93 65.1	28 19.6	1 0.7
40歳以上 男性	155 100.0	26 16.8	94 60.6	35 22.6	-
40歳未満 女性	120 100.0	24 20.0	71 59.1	25 20.8	-
40歳以上 女性	163 100.0	29 17.8	102 62.6	32 19.6	-

図表5 罹病期間別肥満（BMI）の状況

罹病期間	肥満度（BMI）	
	平均値	度数
全 体	23.6	580
3年以内	21.8	54
3～5年	22.4	39
5～10年	24.0	77
10～20年	23.8	180
20年以上	24.0	230

図表6 今回の入院期間別肥満（BMI）の状況

今回の入院期間	肥満度（BMI）	
	平均値	度数
全 体	23.6	580
3ヶ月以内	23.4	104
3～6ヶ月	23.1	45
6～12ヶ月以内	23.5	77
1年～3年	23.4	94
3年以上	23.9	260

図表7 性別・年齢階級別肥満（BMI）の状況

(単位：%)

性・年齢（歳）	総数（実数）	や せ (19.8未満)	普 通 (19.8～26.4未	肥 満 (26.4以上)
男性 総 数	100.0(3 532)	5.1	68.6	26.3
20～29	100.0(480)	9.8	71.0	19.2
30～39	100.0(553)	3.6	66.4	30.0
40～49	100.0(599)	3.8	64.8	31.4
50～59	100.0(717)	3.8	66.7	29.6
60～69	100.0(681)	4.0	71.8	24.2
70歳以上	100.0(502)	7.2	71.5	21.3
女性 総 数	100.0(4 445)	9.4	69.1	21.5
20～29	100.0(615)	23.1	69.6	7.3
30～39	100.0(630)	13.5	73.2	13.3
40～49	100.0(730)	6.7	74.5	18.8
50～59	100.0(892)	2.9	69.6	27.5
60～69	100.0(846)	4.3	65.4	30.4
70歳以上	100.0(732)	10.7	63.7	25.7

資料：健康局「国民栄養の現状（平成11年国民栄養調査結果）」

(2) 現時点の入院形態

患者の入院形態については、男女ともに年齢層が高いほうが「任意入院」の割合が高く、逆に、年齢層が低いほうが「医療保護入院」の割合が高くなっている。

図表8 現時点の入院形態

	調査数	① 任意 入院	② 医療 保護 入院	③ 措置 入院	無 回 答
全 体	581 100.0	293 50.4	282 48.5	6 1.0	- -
40歳未満 男性	143 100.0	60 42.0	80 55.9	3 2.1	- -
40歳以上 男性	155 100.0	90 58.1	65 41.9	- -	- -
40歳未満 女性	120 100.0	55 45.8	65 54.2	- -	- -
40歳以上 女性	163 100.0	88 54.0	72 44.2	3 1.8	- -

(3) 罹病期間

患者の罹病期間については、男女ともに40歳未満では「10～20年」の割合がそれぞれ41.3%、43.3%と最も高く、40歳以上では「20年以上」の割合がそれぞれ69.0%、66.9%と最も高くなっている。

図表9 罹病期間

	調査数	① 3 年 以 内	② 3 ～ 5 年	③ 5 ～ 1 0 年	④ 1 0 ～ 2 0 年	⑤ 2 0 年 以 上	無 回 答
全 体	581 100.0	54 9.3	39 6.7	77 13.3	180 31.0	231 39.8	- -
40歳未満 男性	143 100.0	25 17.5	16 11.2	37 25.9	59 41.3	6 4.2	- -
40歳以上 男性	155 100.0	2 1.3	2 1.3	8 5.2	36 23.2	107 69.0	- -
40歳未満 女性	120 100.0	24 20.0	12 10.0	23 19.2	52 43.3	9 7.5	- -
40歳以上 女性	163 100.0	3 1.8	9 5.5	9 5.5	33 20.2	109 66.9	- -

(4) 今回の入院期間

患者の今回の入院期間については、男女ともに40歳以上では「3年以上」の割合がそれぞれ64.5%、57.1%と最も高くなっているが、40歳未満では、男性は「1～3年」「3年以上」の割合がそれぞれ25.9と最も高く、女性では「3ヶ月以内」が33.3%となっている。

図表10 今回の入院期間

	調査数	① 3 ヶ月 以内	② 3 ～ 6 ヶ月	③ 6 ～ 1 2 ヶ月 以内	④ 1 年 ～ 3 年	⑤ 3 年 以上	無 回 答
全 体	581 100.0	104 17.9	45 7.7	77 13.3	95 16.4	260 44.8	- -
40歳未満 男性	143 100.0	32 22.4	17 11.9	20 14.0	37 25.9	37 25.9	- -
40歳以上 男性	155 100.0	14 9.0	8 5.2	17 11.0	16 10.3	100 64.5	- -
40歳未満 女性	120 100.0	40 33.3	15 12.5	19 15.8	16 13.3	30 25.0	- -
40歳以上 女性	163 100.0	18 11.0	5 3.1	21 12.9	26 16.0	93 57.1	- -

(5) 喫煙（現時点）

患者の喫煙については、40歳未満・男性の平均は62.2%、40歳以上・男性は63.9%と年齢層では大きな差はないが、40歳未満・女性は32.5%、40歳以上・女性は23.3%と、女性は若年層で喫煙率が高くなっている。

また、罹病期間別に喫煙の状況をみると、明確な傾向は見られなかった。

なお、「国民栄養の現状(平成11年国民栄養調査結果)」と比較すると、患者の喫煙の状況は、40歳未満・男性では大きな差はないが、40歳以上・男性、40歳未満・女性、40歳以上・女性ではいずれも患者の禁煙率が高くなっている。

図表 1 1 喫煙（現時点）

	調査数	① する	② しない	無回答
全 体	581 100.0	265 45.6	316 54.4	- -
40歳未満 男性	143 100.0	89 62.2	54 37.8	- -
40歳以上 男性	155 100.0	99 63.9	56 36.1	- -
40歳未満 女性	120 100.0	39 32.5	81 67.5	- -
40歳以上 女性	163 100.0	38 23.3	125 76.7	- -

図表 1 2 罹病期間別喫煙の状況

罹病期間	喫煙（現時点）					
	する		しない		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%
合計	265	45.6	316	54.4	581	100.0
3年以内	20	37.0	34	63.0	54	100.0
3～5年	18	46.2	21	53.8	39	100.0
5～10年	32	41.6	45	58.4	77	100.0
10～20年	95	52.8	85	47.2	180	100.0
20年以上	100	43.3	131	56.7	231	100.0