問２０　対象者の機能の状態を,以下の GAF 尺度にしたがって評価してください。

	点

・精神的健康と病気という１つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮。
・身体的（または環境的）制約による機能の障害を含めないこと。
・**点数**（注：例えば、４５、６８、７２のように、適切な点数で評価）

点	機能の状態
100～91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
90～81	症状がまったくないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社交的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。
80～71	症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学業で一時遅れをとる)。
70～61	いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)、**または**、社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難はある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60～51	中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある)、**または**、社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
50～41	重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引する)、**または**、社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害(友達がいない、仕事が続かない)。
40～31	現実検討か意思伝達にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、**または**、仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分、など多くの面での粗大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。
30～21	行動は妄想や幻覚に相当影響されている。**または**意思伝達か判断に粗大な欠陥がある(例:時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、**または**、ほとんどすべての面で機能することができない(例:一日中床についている、仕事も家庭も友達もない)。
20～11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、**または**、時には最低限の身辺の清潔維持ができない(例:大便を塗りたくる)、**または**、意思伝達に粗大な欠陥(例:ひどい滅裂か無言症)。
10～1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう)、**または**最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能、**または**、死をはっきり予測した重大な自殺行為。
0	情報不十分。

問２１　次の各項目に関して、対象者の現在の状態に当てはまる番号を１つ選択してください。

a 自傷他害の危険性

自己の身体の一部を傷つける、自殺を企てる、他人に危害をおよぼすなどの行動をとる危険性。

0	ない	誰が見ても危険を感じさせる徴候がない。
1	少ない	現在の状況では、自傷他害はほとんど起こらないが、環境の変化によって引き起こされる可能性はある。
2	中程度	自傷他害の可能性があり、常に用心している状態。
3	高い	自傷他害を具体的に起こす恐れが十分あり、特別な警戒が必要な状態。

b 個人衛生

洗面、入浴、身繕い、洗濯、掃除、身の回りの整理整頓を行う能力。

0	自立	自主的に自分でできる。
1	観察・促し	声をかけて行動を促したり、行動できているか確認する必要がある。また時に少し手を貸すこともある。
2	直接介助	全面的に介助する必要がある。

c まとまりのない話

筋違いのこと、まとまりのないことを言う。

0	そのようなことは、観察されていない。
1	時には筋違いのことをしゃべったり、まとまりのないことを言ったりすることがある。しかし、これらのことは毎日起こるわけではない。
2	筋違いのこと、あるいはまとまりのないことを言ったりすることがしばしばある(1日に1回以上)。

d 奇妙な姿勢

奇妙な姿勢やわざとらしい行動がある。

0	そのような行動はみられない。
1	2と同じように行動するが、毎日というわけではない。
2	毎日奇妙で快適でないような姿勢をとったり、あるいはわざとらしい行動をする。

e 心気的訴え

身体の健康状態についての関心。

0	症状なし	
1	ごく軽度	身体の健康状態について直接問われた時のみ軽度の訴え。
2	軽度	自発的な軽度の訴え。身体の健康状態についての懸念。
3	中等度	身体の健康状態への没頭(心気的態度)。身体症状が主訴であり、面接の最初に出てくる話題である。
4	やや高度	身体症状に集中、絶え間なく訴え、援助を求める(いわゆる癌恐怖、梅毒恐怖等)。
5	高度	心気妄想があり、通常奇妙な訴えと顕著な不安を呈する。それ以外の事柄を忘れるほど心気妄想に没頭。
6	非常に高度	持続性の心気妄想で(恐怖や絶望といった)感情面の負担があり、今にも死ぬのではないかとか、重い障害になるのではないかという予期を示す。

回答は別紙の回答用紙にご記入ください。質問票が不足の場合は、恐れ入りますがコピーしてご利用ください。

f 不安

身体の健康状態についての関心。

0	症状なし	
1	ごく軽度	質問された時のみ。軽度かつごく稀な不快感や懸念。
2	軽度	軽度で一過性のイライラ、緊張、些細な事柄への過度の懸念。もしくは特定の状況に関連した軽度の不安。
3	中等度	たいていの間出現するイライラ感、緊張、不安感、動揺、もしくは特定の状況に関連した急性の不安発作。
4	やや高度	たいていの間出現する「ふるえ」「こわさ」、もしくは頻回の急性の不安発作。
5	高度	それ以外の心的事柄を忘れるほどに、喪失、見放され、障害を予期するための持続的恐怖やおびえ。
6	非常に高度	恐慌状態。

g 感情的引きこもり

面接状況に対する関与の欠如。

0	症状なし	
1	ごく軽度	冷たい。打ち解けない。
2	軽度	興味を示さない。飽きやすい。自発性がない。
3	中等度	返答が短い。形式的。声が平板。表情の変化が少ししかない。
4	やや高度	いくつかの質問に答えるのみ。視線を合わせることを避ける。感情的反応が欠如もしくは不適切。
5	高度	緘黙もしくは言語による返答が不適切。しかし表情やジェスチャーにいくらの反応を認める。
6	非常に高度	全く反応を欠く。

h 思考解体

思考形式の障害、主に観察に基づいての評価。

0	症状なし	
1	ごく軽度	主観的なもののみ、もしくは多少の不明瞭、注意散漫、迂遠。
2	軽度	1と同様、しかし面接中明らかに出現。
3	中等度	多少の無関係、連合弛緩、言語新作、途絶、筋道を失う。返答に理解困難なものもある。
4	やや高度	3と同様。しかし意思の疎通が困難。
5	高度	意思の疎通が困難であり、会話を理解するのに困難を伴う。
6	非常に高度	会話が理解不能(言葉のサラダ、分裂言語、支離滅裂)。

i 幻覚

外界からの刺激のない知覚。錯覚や明瞭な精神的表象からは区別する。

0	症状なし	
1	ごく軽度	患者の報告する体験の質が幻覚といえるか疑わしい。入眠幻覚。
2	軽度	孤立した断片的幻覚体験(光、自分の名前が呼ばれる)。
3	中等度	言語幻覚もしくは完全に発展した他の感覚の幻覚で、明らかに存在するが出現頻度の稀なもの。行動に影響しない。いくらかの洞察。
4	やや高度	頻回の幻覚。患者がそれに反応する。洞察なし。
5	高度	持続性で強度の幻覚。対象者の行動を決定する。
6	非常に高度	強大な幻覚。幻覚状態(急性せん妄や急性幻覚症の時のような)。患者は幻覚体験に完全に没頭。接触不可能。

j 罪業感

過去の行為についての呵責、自責、自己非難、罪の予期、罪をうけて当然だと思う。

0	症状なし	
1	ごく軽度	質問された時のみ、過去の行為について多少の軽度の後悔。内容の発展はない。
2	軽度	過去の行為についての後悔。些細な事についての自責傾向。
3	中等度	良心の呵責および自責的思いめぐらし。
4	やや高度	うまくゆかないこと全てについての自己卑下と自己非難を示す広範囲にわたる罪業感。
5	高度	罪業妄想。罪責妄想。
6	非常に高度	非常に高度。

k 緊張

不安（激越にまで及ぶ）、緊張、過敏焦燥の身体的及び運動機能における徴候。観察に基づいての評価。

0	症状なし	
1	ごく軽度	過度に注意深い。多少緊張した姿勢。時々紅潮。時々不必要な小さな動き。
2	軽度	過度に注意深い。多少緊張した姿勢。しばしば紅潮、不必要な小さな動き。
3	中等度	多少の不安の自律神経症状。頻回の不必要な小さな動き。落ち着きのなさ。緊張した姿勢。
4	やや高度	不安の自律神経症状。振戦。落ち着きがなく、姿勢をかえたり立ち上がったりする。もみ手。歩き回る。
5	高度	運動機能の激越。歩き回り。頭を叩きつけ、筋のトーヌスが上がっているための緊張で動かないなどの症状を示す。多少の接触は可能。
6	非常に高度	5と同じ。しかしコントロール不可能。接触不可能。

l 衒奇的な行動や姿勢

風変わり、常同的、不適切、奇妙な行動および態度。

0	症状なし	
1	ごく軽度	多少の風変わりな姿勢。時々の小さな不必要で反復性の運動（手をのぞきこむ、頭を掻くなど）。
2	軽度	多少の風変わりな姿勢。時々の不必要で反復性の運動（手をのぞきこむ、頭を掻くなど）。
3	中等度	頻回の常同的運動。時々の粗大な常同的運動（身体を揺り動かす、敬礼する、魔術的な運動、奇異な姿勢）、しかめまゆ。
4	やや高度	しかめまゆ、常同的運動。たいていの間粗大な、情動的あるいは奇異な姿勢。
5	高度	持続的な常同的運動、しかめまゆ、あるいは奇異な姿勢、やめさせることは可能。
6	非常に高度	絶え間のない常同的な不自然な運動および態度で、コントロール不可能。

m 抑うつ気分

悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には対象者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感、運動減退、心気的訴えは考慮に入れない。

0	症状なし	
1	ごく軽度	一過性の悲哀感。外見上抑うつの徴候なし。
2	軽度	気力喪失の訴え。沈んでいる。くよくよする。悲しい。
3	中等度	外見上ゆううつ。悲しい。どうしようもない。
4	やや高度	抑うつの身体的徴候（通常はいくらかの制止もしくは激越を示す）。絶望感。希望喪失。抑うつ的内容が前景。自殺念慮。
5	高度	抑うつの身体的徴候を示す広範囲で重篤な抑うつ。抑うつ性妄想。死や自殺への没頭。
6	非常に高度	抑うつ性昏迷もしくは激越。華々しい抑うつ性妄想。自己破壊行為。

n 誇大性

過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。

悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には対象者の表情や泣く様子を考慮に入れる。しかし罪業感、運動減退、心気的訴えは考慮に入れない。

0	症状なし	
1	ごく軽度	自己評価の誇張。
2	軽度	優越感、重要性、才能、能力があると感じる。自慢。特別扱いされることを望む。
3	中等度	自分のまれな能力、特別な責任、重要な役割、偉大な業績を確信する。
4	やや高度	力量、超自然的能力、氏名についての妄想的確信。
5	高度	誇大妄想(偉大な指導者、預言者等)行動のほとんどを支配している。
6	非常に高度	強度の誇大妄想と全能感に全く没頭。

o 敵意

他者に対する敵意、軽蔑、憎悪の表情、面接場面外のイライラした、敵対的、攻撃的で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。

0	症状なし	
1	ごく軽度	他人への過度の批判。
2	軽度	嫌悪、あらさがし、憤り、焦燥。
3	中等度	顕著な焦燥。敵対的態度、告発、侮蔑、言語的虚泊を呈する怒りの爆発。
4	やや高度	頻回の言語的攻撃性、時々の身体的攻撃性。
5	高度	全般性の言語的攻撃性、頻回の身体的攻撃性、破壊的行為を呈する持続性の緊張した敵対的態度。
6	非常に高度	無差別の持続性の言語的および身体的攻撃性(どなり声での侮蔑と脅迫。家具を壊す。近づく人を殴る)。

p 疑惑

患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。

0	症状なし	
1	ごく軽度	自意識、他人への信頼の欠如。
2	軽度	漠然として関係念慮。自分のことを笑っている。些細なことで反対されているなどと人を疑う傾向。
3	中等度	被害的態度、関係もしくは迫害念慮。しかしその内容は漠然として、弱くて、体系化されてはおらず、残遺的である。
4	やや高度	活発で感情面の負担のある被害妄想。いくらかの体系化、あるいは妄想気分。
5	高度	華々しく活発に仕上げられた被害妄想関係、もしくは強力な妄想気分。
6	非常に高度	すべてを包括する華々しい被害妄想体系もしくは圧倒的な妄想気分。

q 運動減退

運動および会話の速度の量的低下。患者の行動観察のみから評価する。

0	症状なし	
1	ごく軽度	主観のみ。自発性欠如。会話もしくは運動におけるわずかな躊躇。
2	軽度	1 と同様でかつ会話に間がある。返答は遅れて、かつ短い。しかし文書は完成している。
3	中等度	運動の減退。会話に自発性がない。声は低い。返答は遅れ、短くあるいは不完全。
4	やや高度	表情の変化が少しもない。運動は遅く、躊躇しがちで、不完全。会話は単語のみで、ささやくような発語であり、質問された時のみのものである。
5	高度	亜昏迷。
6	非常に高度	昏迷。

r 非協調性

面接者および面接状況にたいする敵意と抵抗。観察に基づく評価。

0	症状なし	
1	ごく軽度	会話と行動が過度に形式的。
2	軽度	ある質問に答えたがらない。面接に対して多少のいらだちを示す。返答が短い。
3	中等度	ある質問には反対する。返答は短いか不明瞭で回避的、面接に対して明らかないらだちを示す。面接を最後まで遂行するのが困難。
4	やや高度	面接者に対する表立った敵対的態度。面接室を出ようとする。面接を最後まで遂行するのが不可能。
5	高度	診察を受けたり面接に入るのを拒否する。返答は不適切もしくは緘黙、あるいは口ぎたない。面接は不可能だが多少の接触はもてる。
6	非常に高度	面接不可能。面接室に入ったり、そこにいることを拒否する。質問や命令に対して従わない。あるいは持続的に攻撃的。

s 思考内容の異常

通常では見られない、奇妙、奇怪な思考内容、すなわち脅迫観念、優格観念、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。

0	症状なし	
1	ごく軽度	孤立した優格概念もしくは通常では見られない信念。稀な強迫観念。
2	軽度	優格観念。通常では見られない信念。風変わりな理論。強迫観念。
3	中等度	患者にとって相当に重大な意味をもつ奇怪な理論や確信。
4	やや高度	奇怪な理論への没頭、もしくは妄想が他の活動を制限して、思考内容の前景に立つ。
5	高度	診察を受けたり面接に入るのを拒否する。返答は不適切もしくは緘黙、あるいは口ぎたない。面接は不可能だが多少の接触はもてる。
6	非常に高度	面接不可能。面接室に入ったり、そこにいることを拒否する。質問や命令に対して従わない。あるいは持続的に攻撃的。

t 感情の鈍麻もしくは不適切な行動

感情緊張の低下もしくは不適切、ならびに正常の感受性や興味、関心の明らかな欠如。

0	症状なし	
1	ごく軽度	感情反応に自発性を欠く。
2	軽度	感情反応が稀で固い。もしくは時に文脈からはずれたものである。
3	中等度	無欲的、情感が平板。家族、友人、環境、自分の将来について少しも興味を示さない。妄想のある場合は、その妄想がまだ感情の変化を伴う。不適切に歯をむき出して笑う。
4	やや高度	無欲と引きこもり、自分の置かれている状況に無関心。妄想や幻覚が常同的色づけを欠く。不適切な行動。
5	高度	顕著な無欲と引きこもり。興味の欠如。情動の表出が欠如、もしくは非常に不適切。身なりや行動に注意を払わない。
6	非常に高度	完全な無欲と引きこもりに加えて自分に関する基本的な事柄についても注意を払わない。情動は仮に表出されたとしても非常に不適切。

回答は別紙の回答用紙にご記入ください。質問票が不足の場合は、恐れ入りますがコピーしてご利用ください。

u 高揚気分

健康感の増大から、多幸症と軽躁、さらには躁状態と恍惚状態まで。

0	症状なし	
1	ごく軽度	健康感の増大。
2	軽度	幸福で力が充実した感じ。過度に楽天的。多幸、目的ある活動が増加
3	中等度	調子が高い、興奮している、いつも幸福だ、自分は強いと感じる。落ち着かない。イライラ、言語促迫、転導性亢進、多動だが、目的ある活動が障害される。
4	やや高度	歓喜と怒りが交互にあらわれる。会話は大声で速い。連合は(音や韻によって)表面的。混乱した多動。
5	高度	恍惚もしくは歓喜と怒りが交互にあらわれる。持続的にしゃべり、どなり、歌う、観念奔逸、意味のある会話が限られている。常に動いている。
6	非常に高度	5と同じだが、その程度が極端。意味のある接触が不可能。

v 精神運動興奮

会話と行動の量と出現率の増大。観察に基づく評価。

0	症状なし	
1	ごく軽度	多弁。
2	軽度	多弁かつ多動。
3	中等度	会話が大声で早い。落ち着かない。運動が速い。目的ある活動が障害される。
4	やや高度	会話が途切れない。頻回な叫び声。常に動いている(徘徊、踊り)。活動が混乱している。
5	高度	混乱した会話が途切れない(言葉のサラダ、叫んで脅迫する、卑猥な内容、断片的な言葉)破壊的な行動興奮。
6	非常に高度	持続的で制御不能な混乱した運動興奮および言語興奮で、極度の疲労に至るもの(たとえば緊張病性興奮、せん妄、急性躁病等にみられる)。

問２２　対象者の現在の精神症状について、次のうち当てはまるものを１つ選択してください。

1．症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常の生活の中ではほとんど目立たない程度である。
2．精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
3．精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることがある。
4．精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達か判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）、慢性の幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、そう状態を含む。
5．精神症状、人格水準の低下、認知症などにより意思の伝達に粗大な欠陥(ひどい滅裂や無言症)がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。
6．活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の認知症などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時厳重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、厳重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

問２３　対象者の現在の日常生活能力の程度について、次のうち当てはまるものを１つ選択してください（詳細は別紙-1「能力障害」評価表(P.17)をご参照ください）。

1．精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
2．精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
3．精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4．精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。
5．精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

問２４　対象者が自身の病状についての洞察（病識）を有しているか、次のうち当てはまるものを１つ選択してください。

1．十分にある。　2．不十分。　3．ほとんどない。

問２５　対象者が薬物療法の必要性を認識しているかどうか、次のうち当てはまるものを１つ選択してください。

1．十分に認識している。　2．不十分ではあるが、嫌がらずに服薬している。
3．不十分で、服薬を嫌がったり、拒否することがある。　4．処方されていない。

問２６　次のうち対象者に該当するものを選択してください。（複数選択可）

□１．肺炎に対する治療	□２脱水に対する治療	□3．せん妄に対する治療
□4．尿路感染症に対する治療	□5．感染症の治療の必要性から隔離室での管理	
□6．頻回な嘔吐に対する治療		
□7．酸素療法	□8．１日８回以上の喀痰吸引	
□9．人工呼吸器の使用	□10．気管切開または気管内挿管	
□11．24 時間点滴	□ 12．中心静脈栄養	
□13．経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養	□14．頻回な血糖検査を実施	

□15．褥創に対する治療を実施（皮膚層の部分的喪失が認められる場合、または褥創が２か所以上に認められる場合に限る）

□16．創傷（手術創や感染創を含む）、皮膚潰瘍または下肢もしくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している

□17．消化管等の体内から出血が反復継続している状態

□18．ドレーン法または胸腔、もしくは腹腔の洗浄を実施

□19．傷病によりリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、30 日以内の場合で実際にリハビリテーションを実施

□20．末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施

□21．人工腎臓、持続緩除式血漿濾過、腹膜灌流または血漿交換法を実施

以上で質問は終了です。調査にご協力いただきありがとうございました。

回答用紙にご記入の上、記入漏れがないかご確認後、調査総括責任者へお渡しください。

「能力障害」評価表

精神障害者保健福祉手帳の能力障害の状態評価を利用し、判定に当たっては以下のことを考慮する。

A）日常生活あるいは社会生活において必要な「援助」とは助言、指導、介助などをいう。
B）保護的な環境（例えば入院しているような状態）でなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して、その場合の生活能力の障害の状態を判定する。
C）判断は長期間の薬物治療下における状態で行うことを原則とする。

1　精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る。

適切な食事摂取、身辺の清潔保持、金銭管理や買い物、通院や服薬、適切な対人交流、身辺の安全保持や危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味や娯楽あるいは文化的社会的活動への参加などが自発的に出来るあるいは適切に出来る。

精神障害を持たない人と同じように日常生活及び社会生活を送ることが出来る。

2　精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。

1に記載のことが自発的あるいは概ね出来るが、一部援助を必要とする場合がある。

例えば、一人で外出できるが、過大なストレスがかかる状況が生じた場合に対処が困難である。

デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加する者、あるいは保護的配慮のある事業所で、雇用契約による一般就労をしている者も含まれる。日常的な家事をこなすことは出来るが、状況や手順が変化したりすると困難が生じることがある。清潔保持は困難が少ない。対人交流は乏しくない。引きこもりがちではない。自発的な行動や、社会生活の中で発言が適切に出来ないことがある。行動のテンポはほぼ他の人に合わせることができる。普通のストレスでは症状の再燃や悪化が起きにくい。金銭管理は概ね出来る。社会生活の中で不適切な行動をとってしまうことは少ない。

3　精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。

1に記載のことが概ね出来るが、援助を必要する場合が多い。

例えば、付き添われなくても自ら外出できるものの、ストレスがかかる状況が生じた場合に対処することが困難である。医療機関等に行くなどの習慣化された外出はできる。また、デイケアや授産施設、小規模作業所などに参加することができる。食事をバランスよく用意するなどの家事をこなすために、助言や援助を必要とする。清潔保持が自発的かつ適切にはできない。社会的な対人交流は乏しいが引きこもりは顕著ではない。自発的な行動に困難がある。日常生活の中での発言が適切にできないことがある。行動のテンポが他の人と隔たってしまうことがある。ストレスが大きいと症状の再燃や悪化を来たしやすい。金銭管理ができない場合がある。社会生活の中でその場に適さない行動をとってしまうことがある。

4　精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。

1に記載のことは常時援助がなければ出来ない。

例えば、親しい人との交流も乏しく引きこもりがちである。自発性が著しく乏しい。自発的な発言が少なく発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。日常生活において行動のテンポが他の人のペースと大きく隔たってしまう。些細な出来事で、病状の再燃や悪化を来たしやすい。金銭管理は困難である。日常生活の中でその場に適さない行動をとってしまいがちである。

5　精神障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない。

1に記載のことは援助があってもほとんど出来ない。

例えば、入院患者においては、院内の生活に常時援助を必要とする。在宅患者においては、医療機関等への外出も自発的にできず、付き添いが必要である。家庭生活においても、適切な食事を用意したり、後片付けなどの家事や身辺の清潔保持も自発的には行えず、常時援助を必要とする。

調査表回答者アンケート

患者調査回答用紙にはご記入を有難うございました。最後に、以下の質問のお答え頂きたく存じます。

1) 病院 ID 番号　　病棟 ID　　番号

2) 職種　(該当する番号に○をつけて下さい)　　1. 看護師　　2. 医師

3) 精神科経験年数　　年

4) 「患者調査　回答用紙記入の手引き」はわかりやすかったですか。(該当する番号に○をつけて下さい)

1. わかりやすい　　2. どちらかといえばわかりやすい　　3. どちらともいえない
4. どちらかといえばわかりにくい　　5. わかりにくい

ご意見(できるだけ具体的に)

5) 「患者調査　回答用紙」は記入しやすかったですか。(該当する番号に○をつけて下さい)

1. 記入しやすい　　2. どちらかといえば記入しやすい　　3. どちらともいえない
4. どちらかといえば記入しにくい　　5. 記入しにくい

ご意見(できるだけ具体的に)

6) 本調査表は、ケアのニーズやコスト(ケアの時間)に関連する患者個々の臨床的な特性を把握する為のものです。御担当の病棟において、そのような患者個々の特性を回答用紙の設問で網羅できているか、あるいは追加すべき項目があるか、ご意見をお教え下さい。

ご意見(できるだけ具体的に)

平成20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究」

分担研究報告書

児童・思春期およびアルコール・薬物関連病棟の実態に関する研究

分担研究者　池上直己（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室）
研究協力者　稲垣　中（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科）
黒江美穂子（国立国際医療センター国府台病院）
青木優子（慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室）
冨田直樹（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室）
吉村公雄（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室）

研究要旨：　目的　過去の研究では精神科病院等における児童思春期病棟の実態に関する分析は充分になされていない。本研究では、初年度の研究として、まず日本の児童思春期精神科患者の医療の実態について、既存の資料の整理行い、児童思春期精神科患者の所在を明らかにすることを目的とした。　方法　現段階で全国規模の調査として(1)患者調査、(2)精神保健福祉資料（いわゆる630調査）、(3)全国児童青年精神科医療施設協議会による施設概要報告、(4)柳澤班（子ども家庭総合研究事業）による全国保育園と小・中学校での実態調査があり、各資料の概要（対象、方法、主な結果）を把握し、特長、限界および今後の課題等について考察を加えた。　結果　(1)では、特定の一日に医療施設を利用した推計入院患者数と推計外来患者数、そして、総患者数がわかった。(2)では、精神科病院在院患者数、入退院の状況、社会復帰施設やデイケア等の活動状況がわかった。(3)では、全国児童青年精神科医療施設協議会に所属する27施設の1年間の新規入院患者と新規外来患者の状況がわかった。(4)では、全国の公立小学校、公立中学校、全国保育協議会加盟保育園で、10ヶ月間に対処を必要とする精神的な問題があった子供の割合が報告されていた。　結論　受療中の児童思春期精神科患者は全国で約18万人存在し、約3400人が入院していた。約2100人は精神病床に入院していた。児童思春期専門病棟に1年間に入院したのは約1600人であった。疾患によって患者の所在は大きく異なっていた。また、保育園と公立小中学校で10ヶ月に対処を必要とする精神的な問題があった子供の割合は、約3～5%であることがわかった。

A．研究目的

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」においては、精神科病院の機能分化が重点施策に取り上げられているが、充分に進んでいるとは言い難い現状にある。これまで精神科病院の機能分化の研究は各機能の病棟毎になされてきたが、過去の研究では精神科病院等における児童思春期およびアルコ

ール・薬物関連病棟の実態に関する分析は充分になされていないのが実情である。そこで本研究では、これら病棟の実態を明らかにすることを目的としている。

本年度は初年度であるので、まず日本の児童思春期精神科患者の医療の実態について、既存の資料の整理を行い、児童思春期精神科患者の所在を明らかにすることを目的とした。

B．研究方法

現段階で全国規模の調査としては、1. 患者調査、2. 精神保健福祉資料（いわゆる630調査）、3. 全国児童青年精神科医療施設協議会による施設概要報告、4. 柳澤班（子ども家庭総合研究事業）による全国保育園と小・中学校での実態調査、があり、各資料の概要（対象、方法、主な結果）を把握し、特長、限界および今後の課題等について考察を加えた。各調査の方法を表1に示す。

（倫理面への配慮）

本研究では、個人を特定可能な情報は含まれていない。

C．研究結果、および、D．考察

1. 患者調査（平成17年）

対象と方法：患者調査は、病院及び診療所（以下「医療施設」という。）を利用する患者について、その傷病状況等の実態を明らかにし、医療行政の基礎資料を得ることを目的とする調査である。全国の医療施設を利用する患者を対象とし、層化無作為により抽出した医療施設における患者が客体である。調査の期日は、病院については、平成17年10月18日～20日（火～木）の3日間のうち病院ごとに指定した1日とし、診療所については、平成17年10月18日（火）、19日（水）、21日（金）の3日間のうち診療所ごとに指定した1日とされた。診療所については、調査日を休診の多い木曜日を避け、火曜日、水曜日及び金曜日に変更された。退院患者については、平成17年9月1日～30日までの1か月間とされた。調査事項は性別、出生年月日、患者の住所、入院・外来の種別、受療の状況等となっている。調査票への記入は、医療施設の管理者が記入する方式で、結果の集計は厚生労働省大臣官房統計情報部において行われた。

主な結果：調査日（平成17年10月の1日）に全国の医療施設で受療した推計患者数が示されており、20歳未満の入院外来別、性年齢階級（5歳刻み）別、傷病分類別推計患者数がわかる（表2、表3）。それによると、傷病大分類が「精神及び行動の障害」である0～19歳の推計患者数は、入院が2.7千人、外来が12.1千人であり、これにてんかんを加えると、それぞれ、3.4千人、17千人となった。「精神及び行動の障害」の総患者数は、0～19歳で121千人となっており、これにてんかんを加えると、182千人となった（表4）。退院患者数は、精神科病院、一般病院・診療所別に、それぞれ、表5と表6に示した。

考察：全国規模の調査であり、多方面で基礎資料として広く使われているが、当然のことながら、医療施設を利用している患者しか把握されず、医療施設を利用していない患者が漏れており、各疾患の有病率を測定しているわけではない。また、疾病分類はICD-10に従っているが、たとえ疾病小分類であってもおおざっぱな分類である。たとえば、「その他の精神及び行動の障害」

は、「摂食障害(F50)」、「非器質性睡眠障害(F51)」、「心理的発達の障害(F8)」「小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害(F90-F98)」等児童思春期に多い疾患が含まれるため、人数が多くなってしまっており、より細かい人数がわからない。

2. 精神保健福祉資料（いわゆる 630 調査）（平成 17 年）

対象と方法：一般に「630 調査」と言われているもので、精神保健福祉施策推進の資料とするため厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が毎年 6 月 30 日付で都道府県・指定都市に報告を依頼している調査で、全国すべての精神科病院、社会復帰施設等の活動状況について資料を得ている。

主な結果：この報告書の中で、年齢階級別に報告されている表があるので、その表から 20 歳未満を抽出することにより、児童思春期精神医療の実態が明らかになる。表 7 に児童思春期病棟数および病床数（ここで児童思春期病棟とは「在院患者のおおむね 50%以上が 20 歳未満であるもの」と定義されている）を示す。

表 8 に平成 17 年 6 月 30 日現在の精神科病院在院患者数を示す。これを患者調査と比較すると、「F2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害」と「F3 気分（感情）障害」は患者調査とほぼ同じであるが、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群」「F8 心理的発達の障害」「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」を合計した在院患者数と、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の在院患者数は、患者調査で示されている推計入院患者数の約 6～7 割である。「F7 精神遅滞」と「てんかん（F0 に属さないものを計上する）」については、それぞれ、患者調査の約 2 割と約 6%を占めるのみであった。また、「F6 成人の人格及び行動の障害」については、なぜ未成年でこの診断がついているのか疑問である。

表 9 に、入院形態と在院期間別の精神科病院在院患者数を示す。1 年以上の長期入院は 267 人で、13%を占めるが、入院形態が「その他」の場合は 1 年以上の入院が 91 人と過半数（55%）を占めるので、これを除くと、さらに低くなり、9%を占めるのみである。入院形態が「その他」は、自由入院や応急入院等が該当すると思われるが、これらの入院期間は一般に短いはずなので、どのような形態で長期入院になっているのか疑問である。いずれにしても、児童思春期に関しては 1 年以上の長期入院は 1 割程度と少ないことがわかった。

表 10 に、精神科病院在院患者の入退院の状況を示す。「平成 16 年 6 月 1 ヶ月間に新たに入院した患者数」と「その患者が平成 17 年 6 月 1 日に退院しないまま残留している患者数」、そして、「平成 17 年 6 月 1 ヶ月間に退院した患者数」が示されている。平成 16 年 6 月 1 ヶ月間に新たに入院した患者 927 人のうち、約 1 年（平均 11.5 ヶ月）の入院期間となっているのは、26 人と 2.8%を占めるのみであり、ほとんどの患者が 1 年以内に退院できていることがわかった。平成 17 年 6 月 1 ヶ月間に退院した患者のうち、1 年以上の入院期間だった者は、27 人と約 3.1%とほぼ同じ割合であった。 表 11 に平成 16 年度に入院した応急入院患者数

を示す。

表12に平成17年6月30日現在の精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数を示す。

表13に精神科デイケア、精神科ナイトケア、精神科デイナイトケアのいずれかを平成17年6月30日あるいは直前のサービス実施日（1日）に利用した患者数を示し、表14に、精神科病院（精神科デイケア等を実施している病院で厚生労働大臣の定める施設基準に適合している施設のみ）の精神科デイケア等の利用患者285人の男女別、疾患別内訳を示す。

考察：「F2精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害」と「F3気分（感情）障害」はほとんどすべてが精神科病床に入院しており、「F7精神遅滞」と「てんかん（F0に属さないものを計上する）」は大多数が精神科以外の病床に入院していることがわかった。また、最近の20歳未満の入院に関しては1年以上の長期入院はほとんどなく、数%を占めるのみであることがわかった。

長沼らによる平成16年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究」研究協力報告書「特定ニーズに対する病床数確保の必要性について方向性と必要量の検討」によれば、「状態の特性や、通学等を考慮すると15歳までの児童精神科と、16～20歳までの思春期精神科に区分するのが妥当であるかもしれない」とされており、この630調査の限界としては、20歳未満が1つのカテゴリーとして報告されており、1～15歳、15～19歳のカテゴリーに分かれていないことが指摘される。

3. 全国児童青年精神科医療施設協議会による施設概要報告（平成19年）

対象と方法:2007年の報告集No37では、全国児童青年精神科医療施設協議会に所属する27施設を対象として行われた調査が施設別に報告されている。新規入院患者統計として、2006年4月1日から2007年3月31までの入院件数（同年度内再入院の場合はその回数分カウント）が施設別に診断カテゴリー別、性年齢階級別に示されており、また、新規外来患者統計として、2006年4月1日から2007年3月31までの新規外来患者数が施設別に診断カテゴリー別、性年齢階級別に示されている。

結果：表15に新規入院患者（総数1656名）と新規外来患者（総数は9441名）の施設別人数を示す。

考察：この27施設は、大学病院1、国立病院1、独立行政法人病院2、都道府県立病院17、市立病院4、その他2で構成されており、630調査の児童思春期病棟数とおおむね一致する。新規入院患者統計の総数1656名は、630調査で示されている平成16年6月入院患者数（表10）の12倍を分母とすると、約15%を占めるのみであり、残りの約85%は児童思春期病棟以外の精神病床に入院していると推測された。

4. 柳澤班（子ども家庭総合研究事業）による全国保育園と小・中学校での実態調査（平成17年）

対象と方法：全国の公立小学校、公立中学校、全国保育協議会加盟保育園のうち、それぞれ20%を無作為に抽出し、保育園4200園、小学校4495校、中学校2018校を

対象とした郵送による質問紙調査で、調査対象期間は2005年4月から2006年1月の10ヶ月間であり、10ヶ月有病率(10-month prevalence)を測定した研究である。サンプル数（回収率）は 保育園1853園（44.8%）、小学校 2459 校（54.7%）、中学校 1185 校（57.9%）であった。原著論文は「泉、奥山、2008、日本小児科学会雑誌 112:476」として発表されている。

結果：10ヶ月に対処を必要とする精神的な問題があった子供の割合は、保育園4.57%、小学校2.90%、中学校4.21%であることがわかった。

考察：本研究の長所としては、全国を対象に無作為抽出を行っている点にあるが、回収率は高いとは言えない点が限界である。さらに注意すべき点として、(1) あくまでも「学校で対処を必要とする精神的な問題」があると教師が判断しているケースであって、病気を診断しているわけではない。(2) 学校として対応を必要とするケースに限定しているので、家庭での対応のみが必要なケース（夜尿、夜驚等）が含まれず、内在化問題（うつ、不安等）は過小評価されていると思われる。(3) 各問題（発達の遅れ、他人との関わりの問題、こだわりの問題、行動の問題、不登校、心の問題が原因と思われる身体症状、排泄の問題、食行動の問題、かん黙、習癖の問題、過度の不安、抑うつ状態、非行の問題、自殺念慮・自傷行為、睡眠の問題、虐待の問題、トラウマの問題、幻覚、妄想、薬物依存、その他）について割合を示しているが、分母が「「何らかの問題あり」総人数」となっており、有病率ではない。(4) 養護学校への調査を行っていない。養護学校の生徒への対応は第一義的には福祉の問題だが、精神症状が出てくれば医療を受診する必要があると考えられる。

E．結論

受療中の児童思春期精神科患者は全国で約18万人存在し、約3400人が入院していた。約2100人は精神病床に入院していた。児童思春期専門病棟に1年間に入院したのは約1600人であった。疾患によって患者の所在は大きく異なっていた。また、保育園と公立小中学校で10ヶ月に対処を必要とする精神的な問題があった子供の割合は、約3～5%であることがわかった。

G．研究発表

1. 論文発表

吉村公雄、数字を正しく理解するために、こころの科学、139巻、108-113頁、2008年

2. 学会発表

なし

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課「一般精神科医のための子どもの心の診療基礎知識」の「B．各論」より有病率に関係のある記述を抜粋。

・精神遅滞(MR) F7(F70-79)

療養手帳や知的障害施設の利用等から、確認されている知的障害児・者は約46万人。

・学習障害(LD) F80-82

米国における読字障害の有病率は2～10%

日本では算数障害は1～6%、書字表出障害は2～8%

・広汎性発達障害(PDD) F84

1%程度

・多動性障害 F90

DSM-IV-TRによるAD/HDは、学齢期の子供で3-7%、青年期以降で2-7%

・てんかん

頻度は100-200人に1人、その7-8割は小児期に発症する。

・精神作用物質使用による精神行動障害 F1

一般中学生・高校生における問題飲酒者は2.9%と13.7%。

一般の10代における規制薬物の生涯経験率は約0.5%

・統合失調症 F2

13～14歳頃から急増し、年齢が上がるにつれて成人有病率の約1%に近づく。

・気分障害 F3

うつ病の有病率は、児童期で0.5%～2.5%、青年期は2.0%～8.0%。

・恐怖症性不安障害 F40

F40.0広場恐怖の生涯有病率は0.6～6%。

パニック障害の生涯有病率は1.5～3%。

パニック発作の生涯有病率は3～4%。

F40.1社会恐怖の生涯有病率は1～13%。典型的には10代半ばで発症。

・強迫性障害 F42

児童思春期の子どもの約 0.5～4%。

・重度ストレス反応および適応障害 F43

国際的にはＰＴＳＤの有病率は 1～8%とされている。

近年の我が国の調査(WMHJ, 2005)では、12 ヶ月有病率が 0.4%、生涯有病率は 1.6%。

子どものＰＴＳＤの有病率に関する信頼できるデータは乏しい。

・解離性（転換性）障害 F44

好発年齢は約 15 歳

・身体表現性障害 F45

記載なし

・摂食障害 F50

特に欧米先進国で多く、若年女性において AN は 0.1～0.5%程度、BN は約 1～4%。

・非器質性睡眠障害 F51

15～18 歳対象の調査では、約 25%が不眠症状を訴え、約 4%が実際に不眠症の診断基準を満たし、0.5%が概日リズム睡眠障害の診断基準を満たす。

・行為障害 F91

参考：平成 16 年の少年刑法犯・触法少年の検挙・補導人員は、10 歳以上 20 歳未満の少年人口の約 1.5%。

・分離不安障害 F93

有病率は子どもの 4%程度。

・選択性緘黙 F94

日本での疫学調査はないが、最近の複数の調査では 0.5%と示唆されている。

・小児期の反応性愛着障害 F94.1

有病率は不明だが 1%以下と推測。

・チック障害 F95

子どもの 10～20%が何らかのチックを経験。

・不登校

約40年間増加傾向だったが、2001年度をピークに横ばい状態。小学校で317人に一人、中学校で36人に一人が不登校。

・ひきこもり

全国でおよそ30～40万人の青年がひきこもり状態と推測。

・児童虐待

小林ら（H12年）によると0から17歳の0.154%。

・いじめ・いやがらせ

文部省によると1985-2001年で、小・中・高等学校で年間21600件から155000件とされるが、信頼性と妥当性の検証はない。

・家庭内暴力

警察庁(H16年)によると、全国で1186件発生とされるが、年度によってばらつきが大きく、増加傾向とは言えない。ICD-10では「家族内に限られる行為障害」、DSM-IVであれば、行為障害か反抗挑戦性障害もしくは行為の障害を伴う適応障害となる。

・自傷行為

中高生の10%前後に少なくとも1回以上、「刃物で身体を切る」という様式の自傷行為の経験があり、そのうち約半数が10回以上の習慣的な自傷経験者。

・自殺

わが国においては青少年の死因の上位を占め、平成15年においては、10～14歳では人口10万対で男子1.0、女子1.1（死因順位3位）、15～19歳では男子8.8、女子5.6（死因順位2位）、20～24歳では男子21.5、女子9.9（死因順位1位）となっている。

・多動

3歳児健診で「よく動き、じっとしてない」という項目に40%以上が妥当したという資料がある。

・非行

犯罪少年の人口比(14～19歳の人口1000人あたりの検挙人数)は平成17年で20.1人であった。不良行為少年の数は増加傾向にある。

表1　各調査の方法

	目的	対象	調査期間	調査項目
患者調査（平成17年）	病院及び診療所（以下「医療施設」という。）を利用する患者について、その傷病の実態を明らかにし、医療行政の基礎資料を作る。	層化無作為により抽出した医療施設における患者。	病院：平成17年10月18日～20日（火～木）の3日間のうち病院ごとに指定した1日。診療所：平成17年10月18日（火）、19日（水）、21日（金）の3日間のうち診療所ごとに指定した1日。 退院患者については平成17年9月1日～30日までの1か月間。	性別、生年月日、患者の住所、入院・外来の別、受療状況、診療費等支払方法、入院の状況、入退院年月日等。
精神保健福祉資料（いわゆる630調査）（平成17年）	精神保健福祉施策推進。	全国全ての精神科病院、社会復帰施設*。	平成17年6月30日。	疾患別・入院形態別・在院期間別の精神科病院在院患者数、入退院の状況、社会復帰施設・デイケア等の利用患者数等（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課が上記調査項目の報告を都道府県・政令指定都市に依頼。）。
全国児童青年精神科医療施設協議会による施設概要報告（平成19年）	児童青年期精神科医療施設での1年間の新規入院・外来患者数を把握。	全国児童青年精神科医療施設協議会に所属する27施設。	平成18年4月1日～平成19年3月31日。	新規入院患者統計：各施設ごとの診断カテゴリー別・性年齢階級別の新規入院件数（同年度内再入院の場合はその回数分カウント）。新規外来患者統計：各施設ごとの診断カテゴリー別・性年齢階級別の新規外来患者数。
柳澤班（子ども家庭総合研究事業）による全国保育園と小・中学校での実態調査（平成17年）	学校で対処を必要とする精神的な問題の把握。疾患ごとの10ヶ月有病率（10-month prevalence）を測定。	全国の公立小学校、公立中学校、全国保育協議会加盟保育園からそれぞれ20%ずつ無作為に抽出した、保育園4200園、小学校4495校、中学校2018校。	平成17年4月から平成18年1月の10ヶ月間。	発達の遅れ、他人との関わりの問題、こだわりの問題、行動の問題、不登校、心の問題が原因と思われる身体症状、排泄の問題、食行動の問題、かん黙、習癖の問題、過度の不安、抑うつ状態、非行の問題、自殺念慮・自傷行為、睡眠の問題、虐待の問題、トラウマの問題、幻覚、妄想、薬物依存の有無等（郵送による質問紙調査。）。

*社会復帰施設とは、生活訓練施設、福祉ホーム、福祉ホームB型、グループホーム、入所授産施設、、通所授産施設、小規模通所授産施設、福祉工場、地域生活支援センターの総称。