

精神科を標榜する診療所は、平成 20 年 10 月には 5629 に上るが、それらの診療所の「精神科としての専門性」については担保されていない。今回の調査対象となった（社）日本精神神経科診療所協会についてみれば、精神保健指定医、学会専門医といった精神科医としての専門性を担保する資格の取得者数が 9 割以上であった。この結果から、会員医療機関については一定の専門性が担保されていることが分かる。

受診患者数については 1 日平均約 55 名程であり、そのほとんどが精神疾患患者であった。精神科診療所は混雑しているため、初診の予約に数カ月待たされたなどとの話を聞くこともあるが、調査票Ⅱの結果では、即日対応も多く、73%が 1 週間以内に、86%が 2 週間以内に初診を受けていた。

精神科診療所の経営状態は、度重なる通院精神療法の報酬引き下げ等を受けて、悪化しているところが増えている。

デイケア・ナイトケアを実施している診療所は全体の 21.6%であった。重度認知症者デイケアについては、診療報酬が大幅に引き下げられたため行く末が心配されていたが、5 年前の調査結果とほぼ同数であった。

精神科診療所については、9 時～5 時診療で、医師は診察室での診療に追われて、地域活動をしていないとの批判的意見が聞かれることがあるが、本調査では、往診や訪問診療に取り組む診療所が増加してきていること、精神科校医業務、保健所嘱託医、医療系教育機関での講師、鑑定業務、成年後見への関与、精神科医療審査会・障害者手帳等の審査会への出務、介護保健施設への医療支援等の地域に出向いている姿が明らかになった。よって、一概に精神科診療所の地域活動が少ないとは言いきれないことがわかった。

地域生活を支援する上で、ケースワークが必要不可欠なサービスであることは誰もが認めるところであるが、ケースワークに対して診療報酬上の評価が無いため、今回の調査でも、必要としながらも断念せざるを得ない状況や、自らの持ち出しでケースワークを行っている状況が明らかになった。安定した質の高いケースワークを展開するには、PSW配置加算やケースワーク実施加算、地域医療貢献加算等といった診療報酬上の措置が望まれる。

## 2) コホート調査より

診療所の患者は、4 分の 1 が 1 回の受診で終わり、半数以上が 3 ヶ月までに通院を終えている。その理由の半分近くが治療中断である。他科の通院継続率がつかめないため、この数値が高いものなのか低いものなのか判断できないが、これだけの人数が治療中断していることは問題である。今回の調査では、新規受診患者の約 3 分の 1 が他の精神科医療機関受診歴があった。立地の便利さで選んだり、評判の良い医者を求めて、自分で調べたり知人から情報を聞き、診療所をいくつも渡り歩いている患者が少なくないことが窺われた。

治療を中断せずに通院を続けてもらうためにはどうしたらよいか。

### ① 地域精神科医療連携システムの構築

調査結果からわかる一つのことは、一般科や精神科の医師から紹介を受けて受診した場合は通院が継続しやすいことである。地域連携を強め、紹介状を持たせて信頼できる精神科医へしっかりと繋ぐことが重要と思われる。そういった意味においては、地域の特性に見合った「地域精神科医療連携システム」の整備は極めて重要と思われる。既に（社）大阪精神科診療所協会が構築している一般科と精神科を繋ぐ GP ネットなど様々な地域で取り組みが始まっている。東京都で進められている「地域精神科医療ネットワークモデル事業」では IT を活用した仕組みが試行されていると聞く。このあたりの動向は今後調査するつもりである。

### ② 信頼できる医療機関情報の提供

受診先の診療所を選択するため、口コミやホームページ等様々な媒体を通して情報を収集している。

とりわけ医療機関のホームページや民間の医療機関情報サイト等が手軽なこともあって利用度が高い。そういった場合、コンテンツの信頼度が問題となる。確かに地域でその診療実態が明らかでないような医療機関が、立派なホームページを作り集客している例を散見する。公的機関や公的機関からの認定を受けた情報サービス業者（情報内容に責任を持つ）が、第三者の情報内容評価委員会等を内部に設立して、信頼できる情報を市民に提供する仕組みが必要である。

### ③ 心理職等のパラメディカルスタッフの活用

心理カウンセリング等のサービスを求めて診療所へやってきた比較的若い世代の患者は、通院が継続するケースが多いことである。その他にも様々な福祉サービスの紹介、自立支援医療の紹介等の医療以外のサービスについての情報提供、支援等を行うパラメディカルスタッフを活用することも治療継続の一助となる。

### ④ 社会参加を支援する機能の整備

精神科診療所を受診する患者の多くは、精神症状等の軽い方が多いが、一部はかなり重症な方が含まれる。また、日中活動が何もできていない方や、通院中に仕事を辞めてしまう方なども少なくない。精神科診療所は地域で生活する重度の精神障害者を支える役割も担っていること、社会参加の支援を必要としている人を少なからず抱えていることもわかった。そういったことから、PSW や訪問看護師の配置等も必要である。

## E. 健康危険情報

なし

## F. 研究発表

1. 論文発表
  2. 学会発表
- ともになし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 研究 I-2 わが国の精神科診療所で初回治療を受ける気分障害・不安障害患者の治療継続率に関する調査

### A. 研究目的

2011年10月現在、わが国には152.9万人の気分障害、および不安障害患者が治療を受けている。国民保健の観点からは、これらの患者には薬物療法や心理療法が継続的に実施されることが望まれるが、現実にはさまざまな要因により早期中断されることは多い。今回われわれは全国36診療所の新規受診患者を対象に実施された『新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究（地域精神科医療研究）』のデータベースより初回治療を受けた気分障害、および不安障害患者の治療継続率に関するデータを抽出・検討した。

### B. 研究方法

## 1) 対象患者

「研究 I-1 新規受診患者のコホート調査」において実施された調査票 III~V のうち、本稿における検討対象は調査票 III において、以下の 2 条件をともに満たした 507 名を検討対象とした。

- a) 初診時暫定診断が気分障害 (ICD-10 で F3), あるいは不安障害 (F4) であった患者
- b) 2011 年 2 月 6 日以前に精神科受診歴のない患者

## 2) 解析方法

本稿では各対象患者の背景因子に関する単純集計, およびクロス集計を行った上で, 初回受診から治療中断に至る治療継続期間を Kaplan-Meier 法により算出し, 治療継続に影響を与える要因を Cox 回帰分析によって検討した。

生存分析を行うにあたっては, 登録された患者が通院を中断することをイベントと定義したが, 精神症状が改善するなどといった理由によって治療が終了した場合や, 転院, あるいは観察期間が終了してその後の転帰が不明になった場合には打ち切りとみなすこととした。

データ解析には統計ソフト JMP 9.0 を使用し,  $p < 0.05$  の場合には統計学的に有意な差が,  $p < 0.10$  の場合は傾向差があるものとみなした。

(倫理面への配慮)

本研究の実施に際しては, 特定非営利活動法人メンタルケア協議会内の研究倫理審査委員会による承認を得た。また, 調査施行にあたっては患者名や施設内 ID, 生年月日など個人の特定に繋がりうるような情報を収集しないなどといった配慮を施した。

## C. 結果

対象患者の総数は 507 名 (男性 202 名, 女性 304 名) であった。主診断の内訳は気分障害が 193 名, 不安障害が 314 名であった。対象患者の平均年齢 (標準偏差) は 39.7 (18.2) 歳であった。対象患者の罹病期間は, 1 ヶ月未満の者が 100 名, 3 ヶ月以内の者が 107 名, 6 ヶ月以内の者が 86 名, 1 年以内の者が 73 名, 3 年以内の者が 64 名, 5 年以内の者が 18 名, 10 年以内の者が 32 名であった。対象患者 507 名のうち, 定期的通院が必要と判断された者は 430 名であった。定期的通院が必要と判断された者における治療継続期間の中央値は 88 日, 治療開始から 30 日, 90 日, 180 日, 1 年経過時点における治療継続率はそれぞれ 63.1%, 49.7%, 42.1%, 37.9% であった。Cox 回帰分析の結果からは, 抗うつ薬不使用, 3 ヶ月以内の罹病期間, 20 歳未満であることは治療継続期間を短縮化する傾向があることが示唆されたが, 性別や診断による有意な影響はなく, 新規抗うつ薬と従来型抗うつ薬の間にも有意な差は観察されなかった。

## D. 考察

今回の調査では, 気分障害, および気分障害と併存することが多く, かつ気分障害と同様に抗うつ薬による治療が行われることが多い不安障害患者をも対象に含めて全国 36 ヶ所の精神科診療所をフィールドとして治療継続率調査を実施した。最近のわが国では気分障害や不安障害の初回治療が診療所で行われることが多いので研究施設として精神科診療所を採用したことは方法論上も適切と考えられる。

今回の調査の結果、気分障害および不安障害患者の治療継続率は治療開始後 1 ヶ月経過した時点で 63.1%、3 ヶ月経過時点で 49.7%、6 ヶ月経過時点で 42.1%であることが示された。これまでに海外、およびわが国で実施された同様の調査結果の概要を表 1 にまとめたが、これを見ると、今回の結果と佐藤ら、1999 年に NCQA、2001 年に CalPERS によって公表されたうつ病患者の治療継続率は概ね等しい値であったことが明らかである。先行調査と今回の調査では対象患者や集計方法、治療継続率の定義が

表 1 新規受診患者の治療継続率調査

	治療継続率			
	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	12ヶ月
今回調査*	63.1%	49.7%	42.1%	37.9%
稲垣ら (2008)	-	73.5%**、74.5%	61.2%	-
佐藤ら (2012)	68%	-	39%	-
Melfi et al. (1998)	-	18.8%**	-	-
Kerr et al. (2000)	-	22.7~43.6%**	-	-
NCQA (1999)	-	58.8%**	42.2%	-
CalPERS (2001)	-	-	43%	-

\*: F3, F4患者が対象。それ以外はうつ病患者のみが対象。

\*\*：抗うつ薬継続率

完全に一致しているわけではないので、比較にあたっては注意を要するが、治療継続率を QI として採用した場合、わが国の精神科診療所の診療の質は海外と比較して決して劣ってはいないことを示唆しているように考えられる。

また、20 歳未満の患者は 65 歳以上の患者

より治療が中断されやすい傾向があり、若年になるほどハザード比が大きくなっていった。現在、自殺リスクの増大の問題より 20 歳未満の患者に対する抗うつ薬使用は回避される傾向があるが、この問題が 20 歳未満の患者の治療中断と関連がある可能性があるかもしれない。

そして、罹病期間が 3 ヶ月未満の患者は 4~6 ヶ月の患者よりも治療が統計学的に有意に中断されやすいことが示された。少なくとも一部の抑うつ状態は自然寛解する可能性があるため、罹病期間が極めて短い患者の中には本来自然寛解する患者が混入している可能性があり、その結果、早期の症状改善をみて、医師に相談することなく自己判断で治療を中止した可能性はありうる。しかしながら、このような影響があったとしても、その影響は必ずしも大きくないと思われる。というのは、罹病期間が 1 ヶ月以内の患者と 3 ヶ月以内の患者のハザード比が互いにほぼ等しかったからである。

#### E. 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

ともになし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 研究Ⅱ 診療所通院患者の入院調査

### A. 研究目的

精神科診療所通院患者の入院ニーズの把握および必要時に迅速な入院が可能となっているかという病診連携の実態を把握することを目的として、調査を行った。

### B. 研究方法

日本精神神経科診療所協会に属する診療所から選択された総数 47 カ所の診療所のうち、協力が得られた 36 診療所を対象としてアンケート調査を実施した。平成 23 年 2 月から 7 月の間に精神症状のために入院した患者について、入院が必要となった理由、入院形態、入院先医療機関の選定等に関する質問項目を設けた調査を実施した。

調査票は、研究①の新規受診患者のコホート調査で実施した調査票Ⅰ～Ⅴとともに調査票Ⅵとして、平成 23 年 1 月に送付し、平成 23 年 8 月に回収した。

(倫理面への配慮)

調査の実施に際しての倫理的配慮としては、個人を特定できる情報を収集しないこと、情報の取り扱い方を規定すること、結果の示し方については個人が特定される可能性のある情報は除外することなどに留意し、調査診療所には調査を行っている旨の啓示を行ってもらった。また、実施方法に倫理的な問題がないかを、2011 年 2 月 4 日、特定非営利活動法人メンタルケア協議会の設置する倫理審査委員会に諮り、承認を得た。

### C. 結果

調査票の返信があった 25 診療所うち、11 診療所は半年間に入院患者の発生はなかったと回答しており、残りの 14 診療所で 150 人分の回答を得た。一つの診療所の平均入院患者数は半年で 6.0 人（入院患者が発生しなかったところを除くと 10.7 人）で、最も多かった診療所 29 人であった。診療所によって、入院患者の発生数に差があることがわかった。年齢は、15～93 歳（平均 47.1 歳）であった。

入院理由では、精神症状悪化、大量服薬、大量服薬以外の自殺企図、自殺目的でない自傷行為といった理由による入院者数を合わせると全体の 72%を占めた。また、休息入院は 13%、身体の病気は 9%であった。

表 1 入院までの期間

入院が必要になってから入院までの期間(日)	度数
0	69
<3	28
<7	21
<14	13
<21	2
<28	1
<60	3
不明	13

表 2 入院期間

入院した期間(日)	度数
<3	14
<7	24
<14	38
<30	60
<60	82
<90	92
<180	107
>180	2
不明	2

入院形態は、任意入院が最も多く 54%であった。入院理由との関係を見ると、最も多い「精神症状悪化」による入院では「精神科任意入院」と「医療保護入院」が多く、その間にほとんど差はなかった。身体の病気による入院ではやはり身体科入院となっていた。

入院が必要になってから入院までにかかった期間は、平均 4.04 日（中央値 0 日）で、46%が当日入院となっている。しかし、最大は 69 日であった（表 1）。

入院期間は、平均 39.4 日（中央 27 日）で、最大 186 日（調査時点で入院中）であった。1 か月前後で退院するケースが多いことがわかる（表 2）。

入院がその日でなかった理由は、すぐに入院できる病院が見つからなかったケースも 33%あった。緊急ではないために長くか

た理由は、本人や家族の事情が最も多く 42%、

かったケースは少ないと言える。

入院理由別では、やはり休息入院の場合は緊急でないという理由で即日入院とならないことが多かった(図 1)。大量服薬や自殺企図等が理由で入院する場合は、即日入院となることが多かった。

最も多い「精神症状の悪化」による入院では、「病院が見つからない」と「本人家族の事情」という理由で即日入院とならないことが多かった。

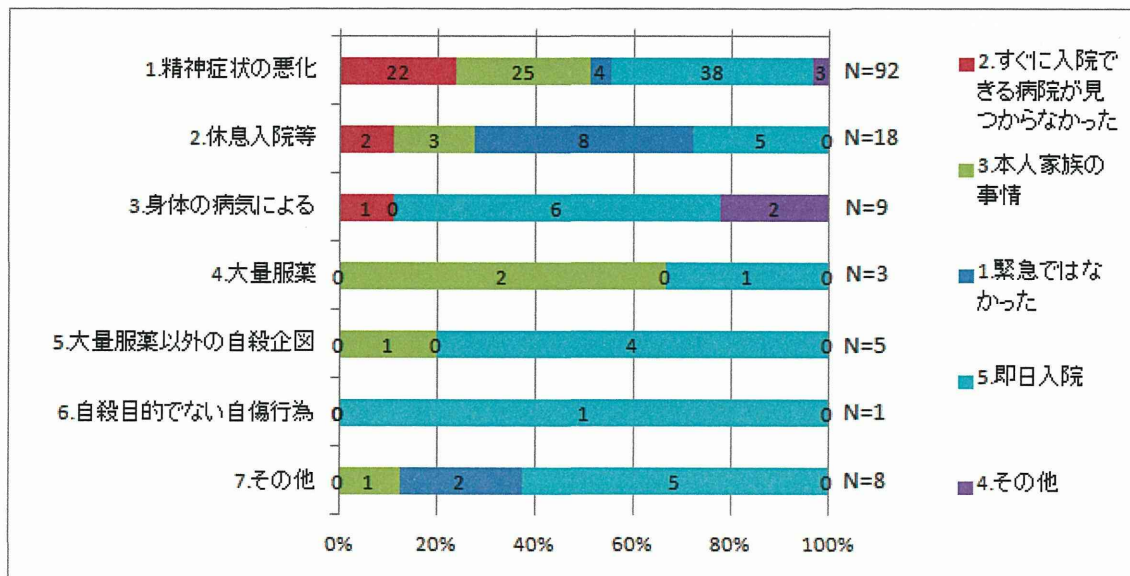


図 4 入院理由ごとの入院が即日ではなかった理由

入院先の決定方法は、クリニックから依頼したケースが多く、公的機関を利用したケースは 13%に過ぎず、本人や家族が捜した場合も同数の 13%見られた。公的機関を利用して入院する場合は、身体科病院へ入院する割合が大きかった。

クリニックから依頼した場合の 2 割以上、本人家族が捜した場合の約 1 割が、すぐに入院できる病院が見つからなかったことがわかる。

入院までにかかった期間を比較すると、緊急性があつたがすぐに入院できる病院が見つからなかった場合は、緊急ではなかった場合や本人家族の事情で即日入院とならない場合の約半分の期間で入院できている(有意差なし)。しかし、それでも 3~4 日はかかっていることがわかる。

表 11 入院が即日ではなかった理由と、入院までかかった期間

即日ではなかった理由	N	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値
1. 緊急ではなかった	13	8.77	11.63	1	44	4
2. すぐに入院できる病院が見つからなかった	21	3.90	2.63	1	9	3
3. 本人家族の事情	29	7.66	13.93	1	69	2
4. その他	4	12.25	13.43	2	32	7.5
5. 即日入院	60	0	0	0	0	0
全体	127	3.68	8.75	0	69	1

#### D. 考察

通院患者の入院調査では、医療機関によって発生頻度が大きく違うが、1 診療所あたり平均すると 1 か月に 1 人のペースで入院患者が発生していることがわかった。その多くは統合失調症や気分障害の症状悪化であるが、身体の病気や大量服薬などの自殺企図も少なくなかった。

入院が必要になってすぐに入院できるのは半数に満たず、入院できるまでの期間は平均 4 日かかって

いる。それも、身体の病気や大量服薬、自傷他害による措置入院などはすぐに入院できるが、精神症状の悪化の場合にはなかなか見つからないことが多い。精神科診療所が入院先を探した場合では、2割以上が緊急性があったにも関わらず入院先がすぐに見つからない状況であることがわかった。

しかし、精神科病院の病床利用率は平成19年の630調査によると89.9%である。地域の病院に空床がないわけではない。精神科病院の空床情報が精神科診療所に伝わりやすくすれば「入院先が見つからない状況」は改善されるであろう。そのために精神科病院と精神科診療所の連携やネットワークに強化が望まれる。

今後、入院治療から地域生活外来治療への移行が進み、より重症な精神障害者や不安定な患者を抱えるようになるだろう。その上精神病床の削減が進むと、精神科診療所に通院する患者の入院先確保が困難になるのではないかと危惧される。精神障害者が安心して地域で暮らし精神科診療所が治療を担うためには、重症化する前に任意入院や医療保護入院にも対応できる入院の仕組みが整備されることが望まれる。

#### E. 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

1. 論文発表
  2. 学会発表
- ともになし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

### 研究Ⅲ 精神科診療所通院患者の受診行動調査

#### A. 研究目的

本研究では、精神科診療所を受診した患者の居住地を調査し、どのような範囲から通院しているのか、診断名の種類や年齢、診療所の立地地域や特性によって違いはあるのかを明らかにすることで、各精神科診療所を受診する患者の受診行動の特徴を把握し、精神科診療所が地域に果たす役割について検討することを目的とする。

#### B. 研究方法

##### 1) 調査対象

公益社団法人日本精神神経科診療所協会地区協会長の勤務する精神科診療所44ヶ所、及び当分担研究の協力者の勤務する精神科診療所16ヶ所に調査を依頼し、調査協力が得られた24ヶ所の診療所に対し調査を実施した。さらに、調査を依頼した延べ60ヶ所の診療所に対し、各診療所の立地する同一都道府県内の異なる地域の診療所1ヶ所に対して調査協力の依頼を求めたところ、9ヶ所の診療所から協力が得られたため、総計33ヶ所の精神科診療所を対象とした。

##### 2) 調査方法

調査対象施設に、2012年10月1日から2012年10月31日までに来院した患者を“あいうえお”順に

300名を抽出し、それらの患者について以下の情報の提供を依頼した。

- ① 居住地の郵便番号
- ② 年齢(年齢の下一桁を除く、何十代か)
- ③ ICD-10による精神科主診断(上2桁)

これらの情報はMicrosoftExcelのファイルの形で電子データとして収集した。データ収集に際しては個人情報取り扱いに配慮して、パスワードによるアクセス制限を施した上で回収した。

また、診療所の特徴についてのアンケート調査も行い、回答を電子メールまたはFAXにて回収した。アンケート調査の内容は、以下について質問項目を設けた。

- ① 実施しているサービス
- ② 日頃からの連携機関
- ③ 診療所の立地[1.大都市中心地, 2.地方都市中心地, 3.都市近郊, 4.都市から遠隔]
- ④ 診療所や勤務医の得意分野・特徴

(倫理面への配慮)

調査の実施に際しての倫理的配慮としては、個人を特定できる情報を収集しないこと、情報の取り扱い方を規定すること、結果の示し方については個人が特定される可能性のある情報は除外することなどに留意し、調査診療所には調査を行っている旨の啓示を行ってもらった。また、実施方法に倫理的な問題がないかを、2012年11月11日、特定非営利活動法人メンタルケア協議会の設置する倫理審査委員会に諮り、承認を得た。

### 3) 解析方法

受診患者の郵便番号と診療所の郵便番号を用いて、受診患者の居住地から診療所までの距離(以下、受診距離とする)を算出した。

受診距離の算出にあたっては、まずMicrosoftExcelの郵便番号変換ウィザードを使用して、郵便番号を住所に変換した。その後、フリーウェアソフト「ExcelGmap」を使用し、住所から経度・緯度を算出した。そして、受診患者の居住地と診療所の住所の経度・緯度を用い、2点間の距離を算出した。

尚、住所は郵便番号から変換したものであるため、算出した経度・緯度は郵便番号対象地域の中心点にあたる。そのため、正確な患者の居住地住所から診療所住所までの距離を算出したものではない。

## C. 調査結果

### 1) 受診距離の分析結果

調査協力の得られた33ヶ所の診療所の内、6ヶ所の診療所において300名以上の患者情報の提供が得られたが、得られた患者データは全て分析対象とした。回収した患者データの総数は11568名で、この内、10歳未満が30名、10歳代が305名、20歳代が1352名、30歳代が2257名、40歳代が2671名、50代が1896名、60代が1422名、70代が1026名、80代が534名、90代以上が75名であった。

また、主診断の内訳はF0器質性障害が422名、F1精神作用物質による障害が91名、F2統合失調症が2241名、F3気分障害4774名、F4神経症性障害3018名、F5生理的障害226名、F6人格障害196名、F7精神遅滞84名、F8心理的発達の障害310名、F9行動・情緒障害35名、その他精神疾患以外の診断が173名であった。

まず、回収した患者のデータの内、郵便番号から経度・緯度の算出ができた11483名のデータを用いて患者の受診行動について分析を行った(図1)。図1より、最も多い受診距離は「1km以上5km未満」であった。全体の53.82%の患者が、5km以内から受診していることがわかった。



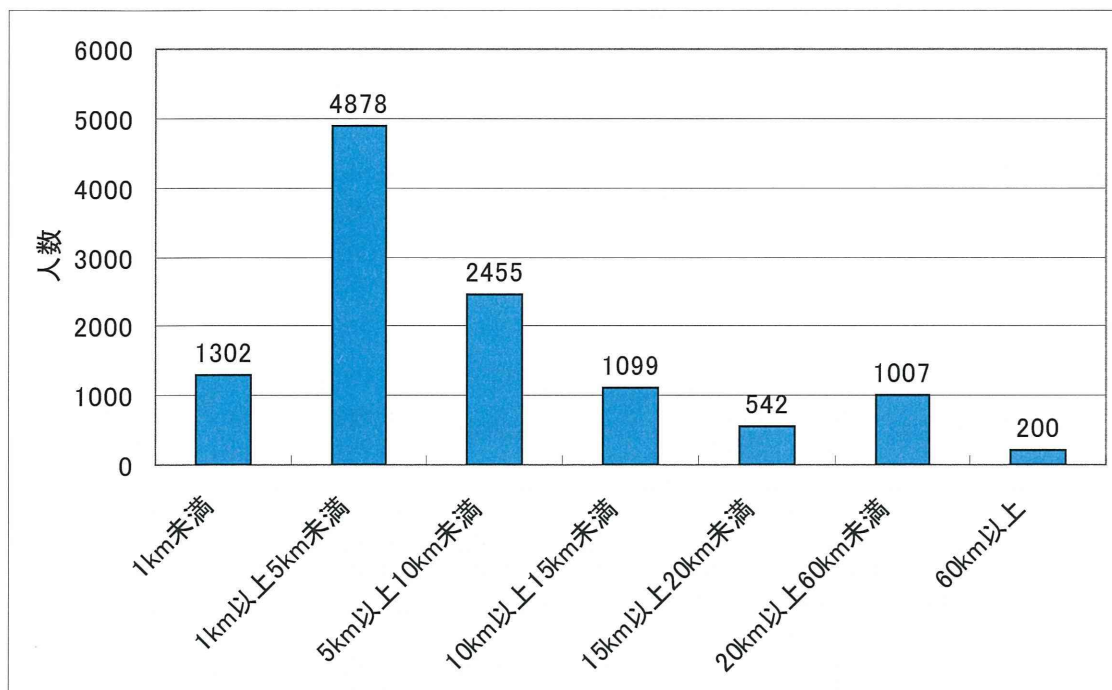


図1 各受診距離範囲における患者人数

アンケート調査における立地についての回答結果をもとに、診療所の立地ごとの患者の受診距離を比較した(表1)。どの立地においても「1km以上5km未満」が最も多く、そこから距離が遠くなるにつれ、人数も減少していく傾向にあった。ただし、「大都市中心地」においては「20km以上30km未満」の距離で人数が多くなる分布を示していた。5km未満の近隣から受診する患者の全体に占める割合は、「大都市中心地」で49.55%、「地方都市中心地」で51.95%であるのに対し、「都市近郊」では60.01%であり、都市近郊の方が近い距離に集中している傾向が見られた。

診療所の立地を独立変数、患者の受診距離を従属変数として、一要因の分散分析を行った。その結果、有意な結果が得られた( $F(2, 11480)=10.80, p<.001$ )。また、Tukey法による多重比較を行った結果、「都市近郊」と他2水準の間で有意差が見られ、「大都市中心地」と「地方都市中心地」の間で有意差は見られなかった。

大都市中心地に含まれる診療所10カ所の内、東京23区内に立地する診療所は4カ所あった。東京23区内の交通網を考慮し、23区内に立地する診療所4カ所を除外して比較した結果、東京23区内を含んだ結果と比べ、「大都市中心地」における受診距離が短くなっていた。一要因の分散分析を行ったところ、有意な結果が得られ( $F(2, 8752)=12.27, p<.001$ )、「地方都市中心地」と他2水準の間で有意差が見られた。

表1 診療所の立地ごとの患者受診距離(割合)

診療所の立地	1km未満	1km以上5km未満	5km以上10km未満	10km以上15km未満	15km以上20km未満	20km以上30km未満	30km以上40km未満	40km以上50km未満	50km以上60km未満	60km以上
大都市中心地	13.38%	36.17%	20.13%	9.81%	5.90%	7.37%	3.35%	1.58%	0.62%	1.69%
地方都市中心地	7.93%	44.02%	25.40%	9.17%	4.00%	4.33%	1.95%	1.04%	0.40%	1.75%
都市近郊	11.57%	48.44%	19.80%	9.60%	3.92%	2.70%	1.35%	0.57%	0.25%	1.80%
全体	11.34%	42.48%	21.38%	9.57%	4.72%	4.96%	2.29%	1.09%	0.44%	1.74%

各診療所の患者の受診距離に関する集計結果および各診療所の特徴を表2に示した。各診療所が所在している2次医療圏圏域の中に含まれる患者数割合を見ると、地方都市中心地が最も高く、大都市中心地が最も低かった。特に、大都市において企業や大学と連携している診療所と、てんかんを専門にして

いる診療所については、2次医療圏内の割合が極端に低かった。

患者の受診距離や75%パーセンタイル値で、遠方からの受診が多いと思われるクリニックは、企業との連携、訪問診療、アディクションや性同一性障害の治療、児童のデイケアなどを行っており、特色のある診療所が多いことがわかった。

東京23区内のAC診療所は、受診距離の平均値が極端に大きく、ばらつきも大きかった。全データ分析においては大都市中心地のほうが受診距離が長いという結果がでたにも関わらず、東京23区内の診療所を除いた分析ではその傾向が見られなくなったことは、この診療所の影響が大きいと考えられる。

表2 診療所の立地ごとの集計結果

	診療所	データ数	医療圏内割合	医療圏外からの最近の通院距離(km)	受診距離平均値(km)	標準偏差	最大受診距離(km)	最小受診距離(km)	受信距離中央値(km)	受診距離75%パーセンタイル値(km)
地方都市中心地	A	295	82.71%	18.61	16.29	68.81	876.92	0.14	3.56	9.96
	B	300	85.00%	11.18	11.65	41.36	655.65	0.13	4.94	11.23
	C	298	91.28%	9.69	10.46	44.58	543.72	0.15	4.01	9.40
	D	300	93.33%	13.00	9.26	15.65	202.55	1.31	7.29	10.21
	E	296	94.59%	9.67	6.47	8.17	82.86	0.59	4.22	7.18
	F	300	75.67%	10.85	29.56	102.96	600.08	0.25	5.68	11.39
	G	294	72.79%	7.08	10.74	16.17	163.60	0.32	6.28	10.55
	H	294	94.22%	12.74	5.13	5.96	36.37	0.35	2.99	5.72
	I	300	89.33%	24.22	20.91	80.05	617.87	0.24	5.29	12.08
	J	299	94.65%	11.11	8.54	43.80	742.90	0.10	4.06	7.45
	平均	297.60	87.36%	12.81	12.90	42.75	452.25	0.36	4.83	9.52
都市近郊	K	297	88.89%	5.01	12.25	47.99	369.89	0.18	2.69	6.02
	L	310	85.81%	7.05	8.51	10.43	74.29	0.43	4.94	10.61
	M	291	63.23%	5.29	10.69	9.02	78.14	0.70	9.26	12.87
	N	295	64.07%	0.77	3.71	6.39	85.38	0.51	2.41	4.38
	O	300	88.67%	8.98	6.83	8.49	52.94	0.59	3.59	8.18
	P	297	69.36%	1.22	8.34	32.48	394.60	0.14	3.01	6.61
	Q	298	71.48%	2.07	10.10	34.56	292.66	0.27	3.26	7.17
	R	296	63.85%	4.56	8.02	9.83	92.86	0.54	5.98	10.32
	S	300	87.67%	20.85	17.49	37.13	275.36	0.37	5.76	12.00
	T	420	86.43%	6.90	5.38	6.18	47.66	0.41	3.55	5.75
	U	297	69.36%	3.37	14.30	43.51	280.89	0.14	5.30	9.42
	V	300	89.67%	17.95	10.08	15.33	102.33	1.78	4.94	13.31
W	300	91.67%	3.05	3.03	7.46	92.33	0.19	1.27	2.72	
	平均	303.11	82.54%	9.50	10.86	30.79	300.59	0.42	4.55	8.92
大都市中心地	X	300	75.67%	1.27	5.09	6.73	61.42	0.10	2.85	6.26
	Y	298	89.60%	4.01	2.77	3.95	33.72	0.24	1.61	2.77
	Z	300	80.00%	3.31	5.58	9.98	141.71	0.52	3.27	5.49
	AA	284	82.04%	9.40	18.35	58.68	372.01	0.22	5.45	9.11
	AB	742	54.45%	1.70	9.72	18.03	317.58	0.16	4.71	11.51
	AC	1399	15.30%	0.81	21.53	61.91	962.96	0.32	11.13	22.56
	AD	297	72.05%	6.48	10.64	22.56	258.40	0.28	4.73	10.73
	AE	299	32.11%	0.83	7.51	9.35	102.97	0.08	5.28	9.61
	AF	407	88.70%	5.29	3.97	12.97	231.25	0.11	1.41	2.82
AG	180	51.67%	0.15	15.49	54.20	546.90	0.15	4.23	13.20	
	平均	345.25	77.29%	7.74	10.63	29.38	301.25	0.37	4.52	9.06

## 2) 診断名別の受診距離

診断名別に受診距離を比較したものを図5に示した。図5より、F0およびF1の患者は75パーセンタイル値が5km前後であり、他の診断名のついている患者に比べ近い距離から受診していた。またF2、F3、F4を比較すると、いずれも75パーセンタイル値が10km前後であり、ほとんど差はなかった。他に比べ

遠い距離から受診している結果であった診断は F6 であり、75 パーセンタイル値が 17.14km と他に比べ突出していた。

また、診断名を独立変数、患者の受診距離を従属変数として、一要因の分散分析を行った。その結果、有意な結果が得られた ( $F(9, 11302)=4.52, p<.01$ )。Tukey 法による多重比較を行った結果、F6 において、F9 を除く他の全ての診断名との間に有意差が見られた。さらに、F3 と F0 の間に有意差が見られた。

図 6 性同一性障害の専門的な治療も行っている診療所を除外した場合の診断名ごとの受診距離(km)の比較

年代別に診断名ごとの受診距離について 75 パーセンタイル値で比較したところ、全体に、年齢が上がるにしたがって受診距離は短くなり、10 代未満～10 代～20 代に比べ、80 代～90 代の受診距離の平均は、半分以下となっていた。病名と年代を合わせて比較すると、バラツキが大きいものの、F6 については、10 代～20 代の患者が他の年代に比べて遠方から受診している傾向が見られた。

### 3) 診療所の特性と受診距離

各診療所におけるサービスの有無によって受診行動に差が見られるか比較を行ったところ、デイケア実施の有無、訪問サービス実施の有無においては、全体で比較すると有意差が見られ、実施している診療所では実施していない診療所と比べ、患者の受診距離が遠いという結果が見られた。しかし、東京 23 区内の診療所を除外して比較すると有意差は見られなかった。

心理技術者によるカウンセリングの実施の有無において患者の受診距離を比較したところ、東京 23 区内の診療所を除外したとしても有意な差が見られ、実施している診療所の患者の方が受診距離が遠いという結果であった。

### 4) 地域の診療所数による比較

診療所が立地する地域における診療所数と比較するため、厚生労働省による医療施設調査より、平成 20 年度の人口 10 万あたりの精神科診療所数のデータから、都道府県別に四分位点を基準に 4 群に群分けした(「少ない」「やや少ない」「やや多い」「多い」)。地域の診療所数が「少ない」地域から「多い」地域までの 4 群において受診距離を比較した結果、診療所が「やや多い」の地域にて通院距離に近い傾向が見られた。

また、地域の診療所の状況について診療所の立地ごとに受診距離を比較したところ、「地方都市中心地」ではどの地域においてもほとんど同じ受診距離で差が無かった。

## D. 考察

本研究では、精神科診療所を受診した患者の住所地と診療所住所の距離(受診距離)を調査し、診療所の診療圏を把握すると共に、患者の疾患や年齢、診療所の立地や特徴と受診距離に関連があるかを調べた。

精神科診療所では、53.82%の患者が 5km 未満から受診していることがわかった。逆に言うと、46.18%が 5km 以上から受診していた。60km 以上の遠方から受診している患者も 1.74%見られた。診療所の立地ごとの受診距離を比較すると、「都市近郊」においては「大都市中心地」や「地方都市中心地」に比べ、5km 未満の近隣からの受診の割合がやや多かった。

また、大都市中心地において遠方から来る患者の割合が大きかったものの、東京 23 区内の診療所のデータを除外すると、受診距離の結果は短くなっていた。東京 23 区内の診療所のデータを除外して分析を行うと、各群の間で差がほとんど見られなくなった結果が多かったことから、どの地域においても、患者は概ね同じような受診行動を取っているものと思われる。

個別の診療所で見ると、企業との連携、訪問診療、アディクションや性同一性障害の治療、児童のデイケアなどを行っている特色のある診療所においては、遠方から受診する患者が多いことがわかった。これらはすべて大都市圏のクリニックであった。

人口 10 万あたりの診療所の数と受診距離との比較では、「やや多い」の地域のみ、他に比べ受診距離

が短い傾向にあったが、「地方都市中心地」では、そのような傾向は見られなかった。このことも受診行動が単純に何か一つの要因の影響を大きく受けて、変動するものではないことを示しているものと捉えられる。

年齢毎の分析に於いては、高齢者は他の年代に比べて受診距離が短い傾向が見られた。

診断名ごとの分析においては、F0 と F1 の診断名の患者は受診距離が短く、F6 は突出して受診距離が長かった。

また、デイケア、カウンセリング、訪問サービスのそれぞれのサービスの有無で距離を比較すると、東京 23 区内の診療所を除いた場合、有意差が見られたのはカウンセリングの有無のみであった。そのため、カウンセリングを求めて診療所を受診する患者の中には遠方でも受診する可能性が窺えた。

近隣からの受診を受ける役割、多少遠方の患者を受ける役割、特殊なサービスや専門治療を提供し広い地域のニーズに応える役割の3つがあることがわかった

#### E. 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

##### 2. 学会発表

ともになし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

### 研究IV 先進的取組を行っている診療所調査

#### A. 研究目的

精神科診療所の地域によって求められる役割の違いを把握するため、その役割を果たすために工夫を凝らしたサービスを行っている診療所の実態を調査した。

#### B. 研究方法

多様なサービスを展開している診療所を下記のような切り口で、全国から選び出し、訪問調査を行った。

(役割面から) 入院を防ぐ、困難事例を支える、リワーク等、救急

(対象疾患から) 高齢者、引きこもり・ニート、未治療者、アルコール等

(サービスから) 訪問診療、訪問看護、デイケア等

(地域差から) 都会のビル診、地域の内科併設型

#### 訪問調査 1. ぴあクリニック(静岡県浜松市)

ぴあクリニックの設立理念は、どのような重度の精神障害を抱える人であろうと、その人が地域で、その人らしく自由にのびのびと生きていけるように可能な限り支援することを主要な業務としている。また、診療所を通じて精神科ユーザー間の仲間作りの輪を広げ、それぞれ個性的な社会参加をしつつ、より豊かな地域社会づくりに貢献されることを支援していくこととされている。

設立理念を実現させるため、同クリニックは、いわゆる外来精神科医療を提供する「外来診療部門（一般外来・児童思春期外来）」と、今回の訪問調査の対象である「アウトリーチサービス（包括型地域生活支援プログラム）部門」、当事者活動の拠点であるフリースペース「虹の家」の3つに分かれている。

調査の結果、ACT チームは、長期間の引きこもり状態の者、治療中断・未治療の者、近隣苦情が出るようないわゆる処遇困難例等の重度の精神障害者を対象に、多職種が協働してきめ細やかな支援を当事者のみならず家族に提供している実態が明らかになった。また、支援内容、増悪防止、入院処遇の回避等の成果についても、第三者機関による評価は平均を大きく上回っていた。

ぴあクリニックの ACT チームが良好な結果を出している背景には、まず、クリニックとしての基本理念が確立していること、この趣旨に賛同した職員、ぴあサポーターによってチームが構成されていること、支援の対象、支援内容についてしっかりとした枠組みやマニュアルが整備されていること、地域の様々な社会資源を巻き込んでいることなどがあげられる。その上で、訪問調査をして強く印象に残ったのは、院長にはじまり偶々のスタッフ達の「どのような重度の精神障害を抱える人であろうと、その人が地域で、その人らしく自由にのびのびと生きていけるように可能な限り支援する」といった熱い思いと、それらのことが実現可能であるという強い信念の存在であった。

ぴあクリニックの ACT チームの実績から、豊富なスタッフや大きな施設がなくとも、一診療所のスケールで、在宅の重症者に対して、きめ細やかな、かつ臨機応変な支援が可能であることが証明された。

## 訪問調査 2. 表参道メンタルクリニック(東京都渋谷区)

東京都心の3路線が入る地下鉄から3分、貸しビルの9階にある診療所。精神科医は院長1名だけ。「駅近、ビル診、一人精神科医」の精神科診療所は東京都で最も多いタイプである。しかし診療内容は他の多くの診療所とは大きく異なる。

通常の外来診療と併せて訪問診療を開設当初から行っている。加えて近隣にある2カ所の一般病院と1カ所の高齢者施設の精神科嘱託医を行っている。東京都内の多くの精神科診療所は、その診療所が立地している鉄道（JR・私鉄・地下鉄）を利用している外来患者層を受け入れていて、診療圏域は広域であるが、この診療所も、3つの地下鉄を利用している広域の外来患者を受け入れている。しかし、それだけでない。近隣に居住している患者を対象に訪問診療も行っている。近隣の患者は色々な理由から外来通院が困難な患者である。内訳は、ほぼ半数強が認知症、半数弱が統合失調症、少数のうつ病圏である。区の高齢者サービス課、地域包括支援センター、保健所から依頼されたケースがほとんどである。

レセプト枚数は約200で、そのうち訪問診療を行っているものは20である。レセプト以外に、近隣の一般病院と高齢者施設に入院中・利用中の患者を約20名ほど診ている。従って患者層は、広域の外来患者、訪問診療の近隣患者、近隣医療機関・高齢者施設を入院・利用して患者の「併診ないしコンサルテーション」の3層となっている。

開設当初は訪問診療は、近隣の3区について行っていた。しかし、開設して3年が経過するうちに、診療所が立地している区の患者をもっぱら受けるようになった。いっそう地域密着型の診療所になった。対象地域が絞り込まれるのに並行して自治体（区）とのつながりが太くなってきた。区の担当者とは顔なじみになっている。同じように地域にある他科の医療機関や高齢者施設ともつながりが太くなってきた。

巨大都市東京で訪問診療を行っていると、ますます地域に「巻き込まれて行く」が、外来診療を行っている限りは、併せて広域の外来患者にも対応しなくてはならない。この診療所の在りようは、巨大都市東京での精神科診療所の先駆的なモデルのように思われる。

### 訪問調査 3. ひがし布施クリニック(大阪府東大阪市)

ひがし布施クリニックは、アルコール医療を中心に臨床を重ねてきた辻本士郎先生が、1993年10月にアルコール専門外来クリニックとして開設された。アルコール依存症患者に対する精神科診療所の取り組みの一例として報告する。

1981年に日本初のアルコール専門外来(小杉クリニック)が創設され、当初は①毎日通院(6週間程度)、②抗酒剤服用、自助グループ出席を柱として治療が行われた。小杉クリニックでは、治療のはじめは負担の少ない外来治療から開始し、好転が見られない場合に、入院・施設等の利用による治療レベルを上げるといった姿勢であった。そのことには、入院治療も外来治療もアルコール依存症者の回復の1ステージであり、地域で生活することが治療の基本であるという考えがある。

その後、小杉クリニックでの経験を活かし1993年、ひがし布施クリニックを開院。アルコール依存症の外来治療だけでなく、訪問、当事者や家族のミーティングなど幅広いサービスを行い、1996年アルコールデイケア開始。1999年より大規模デイケアとなった。

専門外来であればARP(アルコールリカバリープログラム)が必要と考える。また、家族へのプログラムも必要で家族への関わりが大切。アルコール依存症の患者は重複障害も抱えているため、点滴治療を常時行える体制を整えている。アルコールの問題の裏には多くの背景要因(生育歴、生活史、心理的要因)が隠されている。そこで、自助グループを補完するものとして、個別面接が重要である。

デイケアでは①断酒仲間作り、②生活の構造化、③再発予防、④リハビリテーションの4つを目的として行っている。平成23年、平均登録人数は55.7人、平均参加者人数32.1人であった。

アルコール・デイケアには課題としては、仲間づくりが断酒に繋がると考えられているが、入院に比べるとデイケアでは親密な仲間づくりが難しい。また、重複障害、クレイビング、対人関係障害などタイプに合わせた集団、および個別対応が重要であるため、その人を含む環境・人間関係、生活状況を知ることが必要となるという。

精神科診療所が、アルコール治療の拠点として地域に根ざした活動を展開し、専門性の高いサービスを提供していく可能性を示した一つの成功例と言えよう。

### 訪問調査 4. エスポアール出雲クリニック(島根県出雲市)

急激な高齢化に伴い認知症高齢者数も急増し、既に65歳以上の10人に1人が認知症であるとのデータも出され、認知症対策は喫緊の課題となっている。そのような中、島根県出雲市にあるエスポアール出雲クリニックでは、精神科外来診療、重度認知症患者デイケア、認知症グループホーム、小規模多機能型居宅介護施設、訪問支援チーム等を活用することで、認知症の中核症状はもとより、BPSD等の著しい精神症状を呈している認知症者の入院・入所を防ぎ、住み慣れた地域での生活を継続させることを可能にしていた。また最近では「行き場」が無いため、治療・支援をする上で支障が多い高次脳機能障害者についても専門のデイケアを開設し、本人の尊厳や意向を尊重した能動的なプログラムを積極的に活用し効果を上げている。

エスポアール出雲クリニックの取り組みの特長は以下の通りである。

- ・地域で生活する認知症者・家族を支えるために、ニーズに基づき「医療」「福祉」の枠にとらわれず包括的に支える仕組みを作っている。
- ・精神科診療所を母体としているだけに支持的精神療法的な対応が全てのサービスの基本となっている。その結果激しい興奮や問題行動を呈している者でも、本人の感じている辛さを理解することで穏やかになっていくという経験をスタッフが共有し、共通の認識としている。
- ・必要に応じて訪問チームを編成している。
- ・当事者のみならず家族、専門職に対して、多職種が協働してきめ細やかな支援を提供している。
- ・認知症の理解を促す地域活動として、家族会での研修、月1回、地域のコミュニティセンターで関係

者・専門職対象に「交流塾」という勉強会を開催するなど積極的に啓発活動に取り組んでいる。

- ・スタッフについては、24時間対応を可能にするために基準より加配している。
- ・スタッフの多くは地元から雇用しているため、利用者、家族との繋がりも深く、信頼関係を構築しやすい。
- ・スタッフについては、看護および介護専門職の確保は難しいため、無資格のスタッフも雇用し育成している。必要なものは資格ではなく、人となりが大切だと考えている。
- ・エスポアール出雲クリニック並びに関連施設で蓄積されたノウハウについては、外部に対し全くオープンにしており、地域全体の底上げに努めている。
- ・医師会や行政、福祉関係者との付き合いを大切にし、顔の見える関係を作り上げ官民協働で地域支援を実践している。

訪問調査で印象に残ったのは、院長にはじまり隔々のスタッフまでが「重度の認知症者であっても住み慣れた地域で可能な限り生活できるよう支援していく」という強い信念をもっていること。そして、高度に進行した認知症者であっても個人の尊厳に配慮した医療・介護サービスの提供に徹していることであった。

エスポアール出雲クリニックの活動は、国のオレンジプランで提案された「身近型認知症疾患医療センター」に極めて近い機能と思われ、この分野における先駆的な実践例といえる。

以上のことから、大規模な病院や施設がなくとも、精神科診療所で地域に生活する重度認知症者を十分に支え切れることがわかった。そういった意味ではエスポアール出雲クリニックの取り組みは、新しい精神科診療所のあるべき姿の1つといえよう。

#### C. 健康危険情報

なし

#### D. 研究発表

1. 論文発表
  2. 学会発表
- ともになし

#### F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

研究分担報告

研究分担者：宮本真巳

東京医科歯科大学大学院



平成 22～24 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）  
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」  
分担研究報告書

## 精神科病院行動制限最小化に向けた対処法の検証と評価

分担研究者： 宮本 真巳 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科  
研究協力者： 三宅 美智（天理医療大学医療学部）  
（順不同） 西池絵衣子（天理医療大学医療学部）  
大谷須美子（ハートランド信貴山）  
浅川 佳則（ねや川サナトリウム）  
三宅 薫（木村病院）  
美濃由紀子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）  
高橋 直美（東京医科歯科大学保健衛生学研究科）  
熊地 美枝（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院  
・東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）  
アリマ美乃里（東京医科歯科大学保健衛生学研究科）  
下里 誠二（信州大学医学部保健学科）  
末安 民生（天理医療大学医療学部）  
吉浜 文洋（神奈川県立保健福祉大学）  
金山千夜子（海星病院）  
関本 太志（ハートランド信貴山）  
槍内希美子（金岡中央病院）  
戸村美名子（松山記念病院）  
渡部 晃（松山記念病院）  
西村 紀子（松山記念病院）  
畠山 卓也（高知県立大学看護学部）  
渡辺 純一（井之頭病院）  
吉川 隆博（山陽学園大学看護学部）  
井田 裕子（山陽学園大学看護学部）  
野田 寿恵（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
社会精神保健研究部）  
揚野裕紀子（山陽学園大学看護学部）  
西谷 博則（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）  
松尾 康志（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）  
北野 進（東京都立松沢病院）  
高橋 理沙（信州大学医学部保健学科）  
中島 緑（カリフォルニア大学サンフランシスコ校）

## 研究要旨

以下の 7 つのサブテーマへの取り組みを通じて、精神科病院行動制限最小化に向けた対処法の検証と評価を試みた。

### 1. 行動制限最小化を阻害する要因の明確化（平成 22～24 年度）

精神科病棟における隔離拘束時間・患者数が減少しない現状は、認知症患者や合併症患者の増加に拠る所の大きいことが明らかになった。そこで、行動制限最小化への影響要因に関する多角的理解に基づく介入が必要であるという観点から、隔離・拘束の長期化した事例について「患者、援助者、患者と援助者の相互関係（以下、関係性）、臨床状況」の 4 局面から分析検討を加え、包括的な問題把握に向けた枠組の作成を試みた。

### 2. 病棟構造と隔離・拘束との関連性（平成 22～24 年度）

施設訪問を通じて、保護室および保護室周辺の施設・設備、その活用方法、基本的な生活援助、開放観察の方法について比較検討を行い、施設間の差異が極めて大きいこと、全般的に安全重視に傾きがちなこと、施設・設備の不備に加え保護室における援助技術の開発と共有が不十分であることなどが明確になった。この結果を踏まえ、保護室における援助技術の要点を明確化することを試みた。

### 3. 精神科病棟における隔離と看護勤務者数の変動要因（平成 24 年度）

精神科病棟における隔離と看護勤務者数の変動との関連性を探り、精神一般病棟における患者の隔離開始と隔離解除は、夜勤帯および日曜・祝祭日との関連があることを明らかにした。その主な理由は、勤務帯や曜日による看護者配置数の変動にあり、看護者数が一時的に減少する「くぼみ」が隔離を長引かせる要因の一つでことが明らかになった。

### 4. 行動制限最小化委員会の現状、機能と課題（平成 22 年～24 年）

多くの施設では行動制限最小化委員会に下部組織を設け、事例検討会、研修、助言などの活動を行っており、その中で看護職は重要な役割を担っていることがわかった。委員会の活動内容には施設差が大きく、行動制限最小化の成果にも影響を及ぼしており、今後の課題としては、認定看護師、専門看護師が主体となって、病院文化の改革に向けた教育的な活動に取り組むことや、当事者、家族、弁護士といった外部審査委員の参加を求めることの必要性が認識されていた。

### 5. 急性期患者との援助関係形成に向けた対処技法とその効果（平成 22～24 年度）

急性期病棟においてスタッフ、患者の双方に感情活用能力の育成を目的とした学習支援を行った結果、感情活用能力の向上とともに、援助関係の形成が促進されることを確かめることができた。ただし、これまで身につけてきた医療文化ゆえに感情活用という視点に当惑を覚えるスタッフも存在することから、系統的な研修体制の重要性が示唆された。

### 6. CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点（平成 22～23 年度）

医療観察法病棟の看護師は、CVPPPによる身体介入を比較的安全に実施しており、また介入後の早い時期に患者と話し合い関係性の修復を試みていた。CVPPP研修を受けた一般精神科病棟勤務の看護師は、精神科の臨床経験の中で患者からの暴力を受けた際、怒り、

嫌悪、悲しさなど様々な感情を体験していることから、感情活用能力の育成を研修に組み込む必要性が示唆された。

#### 7. 司法病棟における常時観察の現状と問題点（平成 22～23 年度）

司法病棟における常時観察は、綿密な観察による気づきと、対象者への安心感をもたらす、速やかで密度の濃い援助と併せて行動制限最小化の効果をもたらしており、特に自殺リスクの高い対象者に有効であることがわかった。ただし、患者暴力への不安等の理由で、行動制限を伴う常時観察に傾く施設もあり、常時観察の一般精神科病棟への導入に当たっては、人員の確保と共に常時観察の方法論を明確に示していく必要がある。

### A. 研究目的

当分担任では、行動制限最小化を目標に掲げ、精神科医療において安全な治療環境を確保するための方法や工夫の有効性についての検証や評価を行い、これらの実施を普及させていく上で解決されなくてはならない問題や、実施のために必要な条件・機能等を明らかにしていくことを目的として研究に取り組んできた。

とりわけ、隔離拘束の実態把握に基づく行動制限最小化への影響要因（阻害要因と促進要因）の包括的な把握を踏まえて、行動制限最小化を実現するための方法論を確立することを重点に、7つのテーマに課題に取り組んできた。

1. 行動制限最小化を阻害する要因の明確化（平成 22～24 年度）
2. 病棟構造と隔離・拘束との関連性（平成 22～24 年度）
3. 精神科病棟における隔離と看護勤務者数の変動要因（平成 24 年度）
4. 行動制限最小化委員会の現状、機能と課題（平成 22～24 年度）
5. 急性期患者との援助関係形成に向けた対処技法とその効果（平成 22～24 年度）
6. CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点（平成 22～23 年度）
7. 司法病棟における常時観察の現状と問題点（平成 22～23 年度）

### B. 研究方法

テーマ毎に研究方法の概略を述べる。

#### 1. 行動制限最小化を阻害する要因の明確化

- 1) 隔離拘束の現状と、行動制限最小化の阻害要因について、関西圏 5 施設の看護管理者、認定看護師に、一覧性台帳のデータ提供を受け、グループ・インタビューを実施した。
- 2) 隔離・身体拘束の解除に影響を及ぼす要因に着目した事例分析（5 施設 8 事例）
- 3) 事例分析に基づいて、患者と看護師の相互関係が行動制限最小化に影響する要因の明確化を試みた。

#### 2. 病棟構造と隔離・拘束との関連性

- 1) 施設を訪問し、病棟・保護室の構造図、写真、援助の実際についての面接によりデータを収集した。研究対象は平成 18～23 年度に訪問した 37 病院（44 病棟）である。

#### 3. 行動制限最小化委員会の現状、機能と課題

1) 日本精神科病院協会、全国自治体病院協議会、社会保険庁病院、JA 厚生連病院及び日本精神科看護技術協会の会員施設で、精神科病床を有する施設 1569 か所を対象に、行動制限最小化委員会の実態を把握するための全国調査を行なった。

2) 認定看護師を対象とした面接による予備調査に基づき、以下の 10 項目について、無記名式質問紙調査を実施した。

①施設属性、②療養環境、③救急体制、④行動制限最小化委員会の委員長・メンバー・職種・開催回数・開催時間、⑤車いす用安全ベルト、⑥隔離・身体拘束患者の時間開放・時間解除、⑦一覧性台帳について、⑧平成 19 年および平成 24 年度の 630 調査、⑨看護職が担っている役割、⑩相互評価について、⑪委員会の機能（自由記載）

3) 回収期間は送付日時から平成 24 年 9 月～11 月の 2 か月間とした。

#### 4. 精神科病棟における隔離と看護勤務者数の変動要因に関する調査研究

1) 特例社団法人日本精神科看護技術協会の精神科認定看護師（訪問看護領域を除く）が所属する病院 246 施設のうち、調査協力の得られた施設を研究対象とした。

2) 一次調査では、精神病棟入院基本料 15 : 1 の設置の有無と病棟数、病棟特性として、病棟処遇、病床数、隔離室数、身体拘束者数、看護者配置数（総数、夜勤配置）、入院患者特性の回答を求めた上で、代表性の高いと考えられる 55 施設を選定した。二次調査では、選定した 55 施設を対象に、施設特性、調査対象病棟特性、隔離実施率算出データ収集票について回答を求めた。

3) データ分析には、単純集計及びクロス集計を用いた。

#### 5. 急性期患者との援助関係形成に向けた対処技法とその効果

1) 精神科救急病棟の入院患者及び医療者を対象に、アクションリサーチを実施した。

2) 参加観察、感情活用に関するスタッフの勉強会、対象者への半構造化面接（病や治療・回復についての思い、援助関係についての思い、研究者のかかわり前後における感情活用についての思いと態度変化について）、診療録調査によるデータ収集を行った。

3) データ分析には、KJ 法による質的・定性的分析を用いた。

#### 6. CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点（平成 22～23 年度）

指定入院医療機関において平成 18～22 年度までに暴力インシデントとして報告されたもののうち、CVPPP により介入した際に看護師に身体的外傷の被害があったケースに関するデータに、CVPPP 安全性という観点から考察を加えた。

2) 平成 23 年の「包括的暴力防止プログラムトレーナー養成研修」に参加した全国の看護者を対象に、これまでに、精神科臨床の中で受けた攻撃行動の体験内容と、それについての認識についてアンケート調査を実施した。

#### 7. 司法病棟における常時観察の現状と問題

1) 指定入院医療機関 28 施設（30 病棟）内、国立病院機構 15 施設（17 病棟）、自治体立 13 施設（13 病棟）を調査対象とし平成 22 年 11 月に実施した。

2) 調査対象者は、対象施設の師長・副師長、看護部長・副部長等の看護管理者 計 33 名。

3) 以下の 3 テーマについて、事前質問紙調査、半構造化グループインタビューを実施した。