

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究

平成15年度

総括・分担研究報告書

平成16（2004）年3月

主任研究者 樋口 輝彦

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究

平成15年度 総括・分担研究報告書

主任研究者	樋口 輝彦	(国立精神・神経センター国府台病院)
分担研究者	樋口 輝彦	(国立精神・神経センター国府台病院)
	原田 誠一	(国立精神・神経センター武蔵病院)
	計見 一雄	(千葉県精神科医療センター)
	澤 温	(さわ病院)
	宮岡 等	(北里大学医学部精神科学教室)
	前田 久雄	(久留米大学医学部精神神経学教室)
	笥 淳夫	(国立保健医療科学院施設科学部)

平成 15 年度 精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究 ご協力病院
 (47 病院：五十音順)

浅井病院	天久台病院	岩倉病院	柏崎厚生病院
金沢大学医学部附属病院	金沢医科大学病院	木島病院	北里大学東病院
行橋記念病院	杏林大学医学部附属病院	久留米大学病院	県立高松病院
向陽台病院	国分病院	国立肥前療養所	国立療養所賀茂病院
国立療養所菊地病院	国立療養所久里浜病院	国立療養所犀潟病院	国立療養所松籟荘
国立療養所鳥取病院	埼玉医科大学附属病院	佐藤病院	昭和大学附属鳥山病院
不知火病院	精神医学研究所附属 東京武蔵野病院	瀬野川病院	総合心療センターひなが
曾我病院	千葉県精神科医療センター	東北大学医学部附属病院	ときわ病院
土佐病院	新津信愛病院	西脇病院	沼津中央病院
八幡厚生病院	平川病院	福岡病院	府立洛南病院
細木ユニティ病院	三方原病院	三原病院	守山荘病院
山口大学医学部附属病院	陽和病院	横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター	

目 次

I. 総括研究報告

- 精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究…………… 1
樋口 輝彦 (国立精神・神経センター国府台病院)

I I. 分担・協力研究報告

1. 精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する研究…………… 10
樋口 輝彦 (国立精神・神経センター国府台病院)
2. 国立病院・国立療養所の精神科急性期入院医療クリニカルパスに関する研究…………… 186
原田 誠一 (国立精神・神経センター武蔵病院)
3. 公立病院のクリティカルパスに関する調査…………… 192
計見 一雄 (千葉県精神科医療センター)
4. 精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する調査ー入院期間設定の妥当性についてー……………197
澤 温 (さわ病院)
5. 大学病院における精神科入院医療のクリニカルパス…………… 200
宮岡 等 (北里大学医学部精神科学教室)
6. 精神科急性期治療病棟における患者の退院後転帰と再入院に関する研究…………… 212
前田 久雄 (久留米大学医学部精神神経科学教室)
7. 精神科急性期病棟における治療段階と施設環境に関する研究……………222
笥 淳夫 (国立保健医療科学院施設科学部)

I I I. 調査票

I. 総括研究報告書

精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究

主任研究者 樋口 輝彦

精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究

主任研究者 樋口 輝彦 国立精神・神経センター国府台病院 院長

研究要旨：本研究の目的は、精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟における具体的な治療ケアプロセスを明らかにするとともに、標準的と思われる治療ケアプロセスおよび必要な施設基準を提案することである。平成 15 年度は精神科急性期病棟におけるクリニカルパス（クリティカルパス）の調査を行い、治療ケアプロセスおよび病棟空間に必要な建築条件の検討を行った。**研究方法：**（1）診療報酬上の精神科急性期治療病棟・精神科救急入院料取得病院、（2）都道府県の精神科救急システムに関与しているとの報告が得られた大学病院、および（3）国立療養所に郵送調査を行い、パスの作成を医師に依頼して、治療ケアプロセスの把握を試みた。また、精神科急性期治療病棟を退院した患者を対象に調査を行い、患者の退院後転帰を決定する要因を明らかにするとともに退院後在宅へ移行した患者の再入院率を算出した。**結果：**調査により得られた大うつ病性急性期入院医療パス、統合失調症急性期入院医療パス、および興奮状態による隔離室使用パスから、精神科急性期病棟における治療ケアプロセスが把握された。またこれらのパスをもとに、標準的なパスおよび病棟空間に必要な建築基準が提案された。精神科急性期治療病棟における患者の地域退院率は比較的高いものであったが、再入院率も高く、地域退院率の向上のためには特に高齢者や統合失調症患者に対する援助が必要であることが示唆された。**まとめ：**本研究により、精神科急性期病棟における治療ケアプロセスおよび退院後転帰の実態が把握されるとともに、標準的なパスや病棟空間に要求される建築条件が提案された。今後は精神科急性期病棟における薬剤処方パターンを明らかにするとともに、治療ケアプロセスと施設環境との関連を明らかにして、今回開発した標準的なパスおよび施設基準の有用性を検討する必要がある。

分担研究者氏名	所属施設名及び職名	研究協力者氏名	所属施設名及び職名
樋口 輝彦	国立精神・神経センター国府台病院 院長	昆 啓之	千葉県精神科医療センター医長
原田 誠一	国立精神・神経センター武蔵病院 部長	清水 千春	同看護師長
計見 一雄	千葉県精神科医療センター センター長	長島 美奈	同精神保健福祉士
澤 温	さわ病院院長	高橋 恵	北里大学医学部精神科学教室講師
宮岡 等	北里大学医学部精神科学教室 教授	福島 真道	北里大学医学部東病院病棟医
前田 久雄	久留米大学医学部 精神神経科学教室教授	石田 重信	久留米大学医学部 精神神経科学教室講師
寛 淳夫	国立保健医療科学院施設科学部 部長	丸岡 隆之	同助手
		中山 茂樹	千葉大学工学部助教授
		工藤 真人	国立保健医療科学院研究生
		中西 三春	東京大学大学院医学系研究科 博士課程
		小山 明日香	同博士課程
		伊藤 弘人	国立保健医療科学院経営科学部 室長

A. 研究目的

精神科入院医療は、国際的に急性期化している。その背景には、地域精神保健の推進と急性期医療の充実により入院の長期化を防ぐことができるという認識がある。

近年わが国でも、精神科入院医療における救急・急性期医療の充実が図られてきた。診療報酬上では、1996（平成8）年に「精神科急性期治療病棟」が、また2002（平成14）年には「精神科救急入院料」が新設された。また2001（平成13）年に「大学附属病院等の精神病床」と「その他の精神病床」という2種類の人員基準が規定されている。救急・急性期医療の充実は行政的に重要でかつ緊急性のある課題とされている。

さらに、受け入れ条件を整えば退院可能な精神障害者の退院・社会復帰を目指すことが、重要な政策課題として取り上げられている。この課題に取り組むためには、地域と入院医療の両面から当該患者の他院・社会復帰を効果的に進める必要がある。したがって、患者の退院先である社会復帰施設等を整備するとともに、当該入院患者に退院準備を促すリハビリテーション病棟を創設する必要がある。

このような、行政上の必要性・緊急性のある課題であるにもかかわらず、精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟の具体的な診療内容の多施設間における検討は十分ではない。これらの病棟の設備・構造・人員配置基準を明確にする上でも、この課題の研究は急務といえる。

そこで本研究は、精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟の意義と具体的な治療ケアプロセスを明らかにするとともに、必要な施設基準を提案することを目的とした。平成15年度はクリニカルパス（クリティカルパス）を用いて、精神科急性期病棟における治療ケアプロセスの

把握、患者の退院後転帰、および病棟空間に必要な建築条件を検討する。クリニカルパス（以下、「パス」とする）とは、特定の病気や症状を伴う患者に対する、介入、ケア活動、そして期待される結果の、最適な順序とタイミングが略述された多職種間のケアプランであると定義されている（Spath, 1994 ; Tools for Outcomes Management など）。パスは医療の質改善のツールとして注目が集まっているもののひとつであるが、精神科では他の科に比べてパスの使用が少なく、研究も少ない。本研究の目的は、多施設間におけるパスの比較検討を行うことによって、精神科急性期入院医療の標準的なパスを提示することである。

B. 研究方法

本研究では研究班を組織して、精神科急性期病棟における具体的な治療ケアプロセスを明らかにした。すなわち、対象施設全体における診療（分担研究1）、国立病院における診療（分担研究2）、自治体立病院における診療（分担研究3）、民間病院における診療（分担研究4）、大学病院における診療（分担研究5）である。また精神科急性期病棟に必要な施設基準を建築学の観点から検討し、建築条件を提案した（分担研究7）。くわえて、精神科急性期治療病棟における診療のアウトカム（退院後転帰）についても調査を行った（分担研究6）。

これらのうち、分担研究6を除いては同一の調査方法でデータを収集した。以下にその具体的な方法を示し、分担研究6の調査方法は後述の分析において述べる。また、分担研究によっては「クリティカルパス」という用語を用いているが、本研究ではこれを「クリニカルパス」と同義のものとして扱う。

1. 対象および調査方法

2003年8月現在、診療報酬上の精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を有する病院（112病院）、各都道府県の精神科救急システムに基幹病院として参加する大学病院（13施設）、および国立療養所（16施設）のあわせて141施設を対象とした。大学病院は、診療報酬の点から精神科急性期治療病棟もしくは精神科救急入院料病棟として届け出ているところは極めて少ないため、各都道府県の精神科救急システムに基幹病院として参加していると報告のあった大学病院を対象とした。ただしこの件について報告があったのは全85大学病院のうち49病院であり、残る36病院については不明である。国立療養所については、必ずしも急性期治療を目的としているわけではないが、急性期患者を最も多く受け入れている病棟に限定して調査を行った。

それぞれの施設につき1つの病棟を調査対象とし、当該病棟が複数ある場合にはより急性期の患者を多く受け入れている病棟を対象病棟とした。

2003年8月29日に対象施設の施設長ならびに精神科長（医局長）あてに、フロッピーディスクと返信用封筒を同封した調査票を郵送した。郵送した調査票にはFAX票を同封し、9月19日までに調査への協力の可否について回答を依頼した。調査票の返送の締め切りは9月末とした。

2. 調査内容（調査票参照）

調査票は（1）パス調査、（2）対象病棟施設特性調査、（3）医師アンケート調査、（4）設備調査から構成されている。

パス調査の内容は大うつ病性障害急性期入院医療パス、統合失調症入院医療パス、および興

奮状態による隔離室使用パスである。調査票の中で3つの想定例と達成目標を提示し、回答者にはそれぞれの想定例に対して現在施設で行われている治療ケアプロセスを記入して、パスを作成することを依頼した。回答者は対象病棟を受け持つ医師であり、3つの想定例それぞれについては別々の医師が回答してもよいこととした。対象病棟において既に使用されているパスがある場合はその現物を送ることとした。該当するパスがない場合には、フロッピーディスク内のExcelファイルもしくは所定の紙への記入を依頼した。

対象病棟施設特性調査は、調査票において病院の設立主体、病院全体の病床数、対象病棟の病床数・室数・スタッフ数・服薬指導を受けている患者数・作業療法を受けている患者数・2003年9月の特定の1日における年代別入院患者数、病棟の診療報酬における種類を尋ねるものである。事務職員に回答を依頼した。

医師アンケート調査では、診断の異なる患者を同一病棟内で治療することについて（賛成・反対・どちらともいえない）、気分障害専門病棟を設立するとすれば治療上特に強化・充実の必要性が高いもの（15項目より複数選択）、気分障害の治療としてあげた8項目の重要性（1点＝非常に重要～5点＝不要）、気分障害患者の理想的な入院期間を尋ねた。回答者は対象病棟を受け持つ医師とした。

設備調査では、対象病棟の平面図の送付を施設に依頼した。

3. 分析

（1）精神科急性期入院医療の臨床パスに関する研究

樋口輝彦分担研究者を中心とした研究グループ（以下樋口分担研究班とする）では、調査で

得られたパスの概要を示す。すなわち、大うつ病性障害パスや統合失調症パスにおける退院までの設定期間、隔離室使用パスにおける隔離解除までの設定期間や隔離レベルの推移を検討した。なお本分担研究は、平成 15 年 12 月に結果が報告書で発表されているが、今回はその後に調査票が返送された 4 施設のデータを追加し、医師アンケート調査の結果とあわせて報告する。

(2) 国立病院・国立療養所の精神科急性期入院医療クリニカルパスに関する研究

原田誠一分担研究者を中心とした研究グループ（以下原田分担研究班とする）では、国立病院・国立療養所から得られたパスを比較検討した。

(3) 公立病院のクリティカルパスに関する調査

計見一雄分担研究者を中心とした研究グループ（以下計見分担研究班とする）では、公立（自治体）病院から得られたパスを比較検討し、互換性のある要素を抽出して、千葉県精神科医療センターが作成したものに統合した公立病院のパスを提示した。

(4) 精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する調査－入院期間設定の妥当性について－

澤温分担研究者を中心とした研究グループ（以下澤分担研究班とする）では、民間病院から得られた大うつ病性障害パスと統合失調症パスを対象に、退院までの設定期間によって患者の行動制限が無くなる時期が異なるかを調べた。まず疾患ごとに、退院までの設定期間が 12 週目であるパスと 12 週目未満のパスとで 2 群に分けた。この 2 群間で「開放」、「外泊」、「単独外出」、「自主管理」などの設定時期の差を検討した。

(5) 大学病院における精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する調査

宮岡等分担研究者を中心とした研究グループ（以下宮岡分担研究班とする）では、都道府県の精神科救急システムに基幹病院として参加していると報告のあった大学病院から得られたパスを対象として、疾患ごとにパスの共通事項を検討した。

(6) 精神科急性期治療病棟における患者の退院後転帰と再入院に関する研究

前田久雄分担研究者を中心とした研究グループ（以下前田分担研究班とする）では、精神科急性期治療病棟において、患者の退院後転帰を決定する要因を明らかにするとともに、退院後在宅へ移行した患者の再入院率を算出した。

この分担研究における対象者は、隣接する 2 県の 14 の精神科急性期治療病棟を 2001 年 11 月に退院した患者のうち、調査協力への同意が得られた 268 名である。そのうち入院期間が数年に及ぶ患者 2 名を除外し、266 名を分析対象とした。退院時には対象患者の人口統計学的データ（年齢・性別）と臨床的特徴（診断・入院形態・過去の入院歴・入退院時 G A F 得点）・退院後転帰を、また退院 6 ヶ月後の 2002 年 5 月には退院後の状況（再入院の有無・再入院の場合は日付）を、それぞれ主治医が評価した。再入院に関する検討では、地域に退院した患者のうちフォローできた 112 名を対象とした。

(7) 精神科急性期病棟における治療段階と施設環境に関する研究

寛淳夫分担研究者を中心とした研究グループ（以下寛分担研究班とする）では、具体的な治療ケアプロセスからみた、病棟空間に必要な建築基準を明らかにした。分析の対象は、調査で得られたパスのうち、想定例をもとに作成され

たパスである。まず疾患ごとに、患者の行動範囲・行動場所を中心として入院期間を8つのステージに分類し、分析のために仮定した標準的なパスを作成した。その後、各ステージごとに、収集されたパスの中から目標とされるアウトカムや治療行為内容などを整理した表を作成した。各アウトカムや治療行為内容に適する建築・設備上の要求性能を整理するとともに、各要求性能に必要な建築・設備上のチェック項目を整理した。

C. 研究結果

1. 精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する研究

樋口分担研究班での研究では、対象施設のうち急性期治療病棟を有する病院46施設、大学病院13施設、および国立療養所8施設の計67施設からFAXにて調査に協力可能である旨の回答が得られ、最終的に急性期治療病棟を有する病院30施設、大学病院10施設、および国立療養所7施設の計47施設から調査票を回収した。

大うつ病性障害パスは43件が得られ、このうち想定例をもとに作成されたパスは35件で、施設に既存のパスは8件であった。退院までの設定期間は4週目から15週目にわたっていた。

統合失調症パスは43件が得られ、うち34件が想定例をもとに作成されたパスであり、施設に既存のパスは9件あった。退院までの設定期間は4週目から12週目までにわたった。

隔離室使用パスは39件が得られ、うち36件が想定例をもとに作成されたパスであり、3件が施設に既存のパスであった。隔離解除までの設定期間は4日目から5週目までにわたった。

これら診断ごとのパスの他に、疾患によらない精神科パスが5件得られた。

医師アンケート調査は295名から回答が得られた。気分障害の望ましい入院治療期間は8週という回答がもっとも多く、大うつ病性障害パスにおける退院までの設定期間とは異なる分布であった。

パスには同じ想定例に対しても、退院等の目標達成までの設定期間などに違いがみられた。また患者用のパスの設定や看護計画、パスの評価基準など、パスに含まれる内容の範囲でも差があった。

2. 国立病院・国立療養所の精神科急性期入院医療クリニカルパスに関する研究

原田分担研究班では、対象施設のうち6施設の国立病院・国立療養所から大うつ病性障害パス6件、統合失調症パス5件、および隔離室使用パス4件が得られた。大うつ病性障害パスや統合失調症パスでは、退院までの設定や薬物療法の内容、ECTの検討時期や作業療法開始時期、外出・外泊の開始時期といった項目が、施設ごとで大きく異なっていた。隔離室使用パスにおいても、薬物療法の内容および開放治療の開始時期などの項目で、施設ごとに大きく異なっていた。

3. 公立病院のクリティカルパスに関する調査

計見分担研究班の研究では、公立病院から得られた大うつ病性障害パス3件、統合失調症パス3件、および隔離室使用パス4件よりそれぞれ診断ごとに互換性のある要素が抽出された。これらの要素を、カテゴリー（検査・診断、薬物療法など）と時系列に従って記述し、公立病院の暫定的なパスを作成した。

4. 精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する調査－入院期間設定の妥当性について－

澤分担研究班での成果は以下のとおりである。

大うつ病性障害パスでは、35 件のパスのうち開放処遇時期（「開放」、「外泊」、「単独外出」、「自主管理」など患者が自分の行動を管理できると判断した時期）が明確でない7件を除いて分析を行った。パスは退院までの設定期間が12週目である11件と、12週目未満である17件とに分けられ、開放処遇を始めるまでの時期は12週目のパス（平均6.0, SD=1.7）の方が、12週目未満のパス（平均4.5, SD=1.3）より有意に長かった（ $p < 0.05$ ）。

統合失調症パスでは、36 件のうち開放処遇時期が明確でない4件を除いて、退院までの設定期間が12週目である14件と、12週目未満である18件とに分けられた。開放処遇までの時期は12週目のパス（平均6.2, SD=1.6）の方が12週目未満のパス（平均4.9, SD=1.7）より有意に長かった（ $p < 0.05$ ）。

どちらの疾患でも、退院までの設定期間が12週目のパスと12週目未満のパスとにおいて、病院の種類（国立病院、公立病院、大学病院、医療法人財団）の構成に有意差はなかった。

5. 大学病院における精神科急性期入院医療の臨床パスに関する調査

宮岡分担研究班では、対象施設のうち9施設の大学病院から、大うつ病性障害パス5件、統合失調症パス6件、隔離室使用パス6件および疾患によらない共通のパス2件が得られた。共通のパスを含めて疾患ごとに共通事項を検討した結果、以下のように標準的なパスへの提案がなされた。

1) 大うつ病性障害および統合失調症の急性期入院医療においては、退院までの期間を12週間に設定する。検査は入院時に行い、その後は定期的に設定して評価する。薬物療法は初回処方薬物を設定せず、2～4週の間薬物の効果を

判定して変更を検討する。症状にあわせて2～4週で服薬指導を、6～8週の間服薬自己管理ができることを目標とする。電気けいれん療法の導入は2～4週の間評価する。作業療法や集団療法は病状にあわせて、入院時から2週目ぐらいで順次導入する。本人への心理教育は大うつ病性障害では比較的早く入院時から2週間ぐらいで導入し、統合失調症では4～6週間ぐらいで導入する。家族への心理教育は入院当初より継続して行なわれることが望ましい。入院時の行動範囲は症状にあわせ、個室から病棟内と幅を持たせる。外出は2～4週の間に行い、外泊を2～8週の間で行う。大うつ病性障害と統合失調症のどちらでも、症状や状態により指標となるイベントまでの期間に幅をもたせることが望ましいと考えられる。

2) 興奮状態による隔離室使用では、まず症状により隔離を行うか抑制が必要かを評価し、隔離解除までの期間を1～2週間に設定する。検査は可能なものを入院時に行う。服薬は経口摂取できない場合に注射薬を使用する。処方の変更は1週間程度で検討し、電気けいれん療法は1週間たっても拒否が強く薬剤反応が悪い、もしくは身体状況が悪い場合に検討の余地があるかもしれない。ただし、今回の調査で電気けいれん療法をパスに載せた施設でも、実施時期を4週後に設定しており、電気けいれん療法のリスクや家族への衝撃も考えて実施は4週間後ぐらいになることがうかがわれた。

6. 精神科急性期治療病棟における患者の退院後転帰と再入院に関する研究

前田分担研究班での成果は次のとおりである。

急性期治療病棟における患者の退院後転帰は、地域への退院（グループホームなどを含む）が68.8%、転棟・転院が31.2%であった。

地域退院と転棟・転院の判別に影響を及ぼす要因として、患者の年齢、退院時の心理社会的機能レベル、診断があげられた。つまり地域退院を妨げる要因として、患者が高齢であること・統合失調症の診断を有すること・退院時GAF得点が低いことがあげられた。

地域に退院した患者の退院率は、退院後1ヶ月で6.3%、3ヶ月では9.8%、6ヶ月では24.1%であった。過去に再入院歴のある患者と、人格障害の診断を満たす患者において、再入院率が有意に高かった。

7. 精神科急性期病棟における治療段階と施設環境に関する研究

寛分担研究班では、想定例をもとに作成された大うつ病性障害パス27件、統合失調症パス27件、および隔離室使用パス27件を対象とした。これらのパスから疾患ごとに、患者の行動範囲・行動場所をもとに入院期間を8ステージに分類した標準的なパスが作成された。ステージによって設定された治療段階ごとに、施設環境への要求性能が作成され、病棟空間に要求される建築条件が提示された。

大うつ病性障害パスでは、入院時当初が病室内隔離から始まる施設(28%)と、病棟内隔離から始まる施設(37%)、およびこの両者を選択して開始する施設(28%)とに大きく分けられた。病室内隔離もしくは両者の選択で治療を開始する施設では、病室内隔離をやめる期間は1週間が大半であった(77%)。院内に限って同伴外出を認めることを病棟内隔離と考えた場合、この病棟内隔離の期間は4週間が最も多く(42%)、おおむね3週間を中心として2週間から4週間の範囲で病棟内に隔離されていた。

統合失調症パスは、入院時当初が病室内隔離から始まる施設(35%)と、病棟内隔離から始

まる施設(20%)、およびこの両者を選択して開始する施設(35%)とに大きく分けられた。病室内隔離もしくは両者の選択で治療を開始する施設では、病室内隔離をやめる期間は1週間と2週間が大半であった(36%)。院内に限って同伴外出を認めることを病棟内隔離と考えた場合、この病棟内隔離の期間は3週間(全体の36%)から4週間(50%)が一般的のようであった。

隔離室使用パスでは、隔離の開始時点で拘束・施錠から治療が始まる施設(39%)、施錠のみから始まる施設(45%)、および両者を選択して開始する施設(13%)とに大きく分けられた。拘束・施錠もしくは両者の選択で隔離室使用を開始する施設では、拘束を解除する期間は1日間で最も多く(50%)、2日間は17%、4日間は25%、1週間は8%であった。施錠処遇の段階で開放の検討を開始することを隔離室内施錠解除と考えた場合、隔離開始時点から隔離室内施錠解除までの期間は4日間で最も多く(32%)、2日間は23%、2週間は10%となっていた。

D. 考察

本研究では精神科急性期病棟の治療ケアプロセスや退院後転帰の実態を明らかにし、標準的なパスへの提案をするとともに、病棟空間に要求される建築条件を提示した。今後は精神科急性期病棟における薬剤処方パターンを明らかにするとともに、治療ケアプロセスと施設環境との関連を明らかにして、今回開発した標準的なパスや施設基準の有用性を検討する必要がある。

また、個別の分担研究領域については、次の諸点が明確になった。

調査で得られたパス全体を概観した結果、どの疾患においてもパスの内容には施設間でばらつきがあった。医療施設において行われる治療

ケアプロセスは、その施設および病棟の構造や、治療を担う医師個人の方々の考え方といった要因に影響されていると考えられる。したがってパスも、それが用いられる施設および病棟の特性や医師の考え方といった背景が考慮されなければならない。今後は、そうした要因とパスの各要素との関連を検討することが必要と思われた。

国立病院・国立療養所の精神科急性期入院医療パスは、治療の進行手順や退院といった目標達成までの期間設定などが、施設ごとに大きく異なっていた。国立施設という一つの条件が揃った対象でこのような違いがみられた理由は明らかではなく、今後は施設や病棟の特性、また医師の考え方などといったより詳細な背景をふまえて検討することが必要と思われた。

公立病院の急性期入院医療パスをもとに作成された暫定的なパスでは、ある段階から次の段階へ移るための評価の基準（マイルストーン）を設定する必要性が示唆された。このマイルストーンに到達する時間は、病棟スタッフの充実度や病棟の構造に依存することが考えられた。

調査で得られた大うつ病性障害急性期入院医療パスと統合失調症急性期入院医療パスについて、退院までの設定期間が12週目であるパスを12週目未満のパスと比較すると、患者の開放処遇を始めるまでの期間は前者の方が長かった。またパスによっては、単独外出と外泊のどちらが先に検討されるかが異なっていた。こうした開放処遇を始めるまでの期間や順番の違いは、開放処遇後の入院期間に行われる社会復帰や再発予防へのアプローチの、施設間の違いによる可能性が考えられた。今後は各施設の月間入院患者数、平均在院日数、病床数、（開放病棟転棟までの）在棟期間、患者満足度、再入院率、事故発生率といった指標と入院期間との関連を検

討する必要性が示唆された。

大学病院から得られたパスを検討した結果、精神科急性期・救急治療におけるパスは、薬物や退院までの時系列を細かく設定せず、ある程度症状にあわせて幅をもたせていくものが望ましいと考えられた。また施設によっては疾患によらない共通のパスを有しており、疾患ごとのパスと疾患を区別せずにチェック項目を挙げるようなパスとではどちらを作成するほうが良いのか、検証する必要性があると考えられた。また研究対象となった大学病院はすべて閉鎖病棟を有し、複数の個室または隔離室をもつなどの特徴があった。今後は異なる条件の大学病院にも調査を行い、大学病院一般に適用可能なパスを作成することが課題である。

急性期治療病棟における患者の、地域退院率は比較的高いものであった。しかし再入院率も高かったことは今後の課題といえる。地域退院率の向上のためには、特に高齢患者や統合失調症患者に対する援助が必要であることが示唆された。再入院率を減少させるためには、特に過去の再入院歴がある患者や人格障害の診断基準を満たす患者に対する援助への必要性が示唆された。

調査で得られたパス全体から疾患ごとに標準的なパスを作成し、精神科急性期病棟チェックリストを治療段階別に表記することで、病棟空間に要求される建築条件を提示した。このチェックリストは、治療のアウトカムの視点だけではなく、治療ケアプロセスとの関連を考慮した上での施設環境の評価手法の構築につながるものであり、これからの精神科急性期病棟の施設計画においても有用と思われた。今後は患者の機能の改善度など、定量的な側面を標準パスに組み込むことが必要である。

E. 結論

本研究により、精神科急性期病棟における治療ケアプロセスおよび退院後転帰の実態が把握されるとともに、精神科急性期入院医療における標準的なパスや病棟空間に要求される建築条件が提案された。今後は精神科急性期病棟における薬剤処方パターンを明らかにするとともに、治療ケアプロセスと施設環境との関連を明らかにして、今回開発した標準的なパスや施設基準の有用を検討する必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1) 第1回精神科急性期治療病棟に関するシンポジウム“その基準・運営・実務について”抄録集, 1998
- 2) 澤温, 溝端直子: 精神科急性期治療病棟の基準の矛盾、問題点とさわ病院の現状. 日精協誌 18: 136-143, 1999
- 3) 澤温: 精神科病院における急性期患者の入院治療をめぐる問題. 臨床精神医学 30: 1191-1197, 2001
- 4) 澤温, 檜晋輔, 楠本重信他: 精神科急性期医療におけるクリティカルパスの試み—病棟や病室の環境レベルおよび開放処遇のレベルとGAFスコアおよび病日との関係から—。精神科救急 6: 27-34, 2003
- 5) 小山明日香, 中西三春, 原田誠一, 計見一雄, 澤温, 宮岡等, 前田久雄, 笈淳夫, 伊藤弘人, 樋口輝彦: 精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する研究(その1)—大うつ病性障害入院医療パス—。第100回日本精神神経学会総会, 2004(予定)

- 6) 中西三春, 小山明日香, 原田誠一, 計見一雄, 澤温, 宮岡等, 前田久雄, 笈淳夫, 伊藤弘人, 樋口輝彦: 精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する研究(その2)—統合失調症急性期入院医療パス・興奮状態による隔離室使用パス—。第100回日本精神神経学会総会, 2004(予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

II. 分担・協力研究報告書

分担研究報告書

－精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究－

精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する研究

分担研究者 樋口輝彦 国立精神・神経センター国府台病院 院長

研究要旨：本研究では精神科クリニカルパスの検討を行う目的で、全国の精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を有する病院および各都道府県の精神科救急システムに基幹病院として参加する大学病院、そして国立療養所における治療・ケア手順の調査を行った結果を報告する。**研究方法：**本調査の対象は 2003 年 8 月の時点において急性期治療病棟を有する病院（112 施設）、都道府県の精神科救急システムに関与しているとの報告が得られた大学病院（13 施設）および国立療養所（16 施設）のあわせて 141 施設であり、それぞれの施設につき 1 病棟を調査対象とした。調査内容は、対象病棟を受け持つ医師が、3つの想定例について現在施設で行われている治療・ケア手順を記入し、大うつ病性障害急性期入院医療パス・統合失調症急性期入院医療パス・興奮状態による隔離室使用パスを作成するというものである。**結果：**対象施設のうち 47 施設から調査票を回収し、43 件の大うつ病性障害急性期入院医療パス、43 件の統合失調症急性期入院医療パスおよび 39 件の興奮状態による隔離室使用パスが得られた。また疾患によらない精神科クリニカルパスが 5 件得られた。これらのクリニカルパスには同じ想定例に対しても、退院等の目標達成までの設定期間などに違いがみられた。また患者用のパスの設定や看護計画、パスの評価基準など、クリニカルパスに含まれる内容の範囲でも差があった。**まとめ：**本研究により、全国の精神科急性期治療病棟または精神科救急入院病棟を有する病院、精神科病棟を有する大学病院における治療・ケア手順の現状が示された。今後の精神科クリニカルパスの検討にあたっては、施設特性や医師の考え方といった要因との関連を考慮する必要があると考えられる。

分担研究者氏名	所属施設名及び職名
原田誠一	国立精神・神経センター武蔵病院 部長
計見一雄	千葉県精神科医療センター センター長
澤温	さわ病院院長
宮岡等	北里大学医学部精神科学教室 教授
前田久雄	久留米大学医学部 精神神経科学教室教授
笈淳夫	国立保健医療科学院施設科学部 部長

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
昆啓之	千葉県精神科医療センター医長
清水千春	同看護師長
長島美奈	同精神保健福祉士
高橋恵	北里大学医学部精神科学教室講師
福島真道	北里大学医学部東病院病棟医
石田重信	久留米大学医学部 精神神経科学教室講師
丸岡隆之	同助手
中山茂樹	千葉大学工学部助教授
工藤真人	国立保健医療科学院研究生
中西三春	東京大学大学院医学系研究科 博士課程
小山明日香	同博士課程
伊藤弘人	国立保健医療科学院経営科学部 室長

A. 研究目的

近年わが国の精神科医療において、特に専門性と高度な治療技術を必要とする精神科急性期・救急治療の、治療の質の向上と標準化が重要な課題となっている。

この医療の質改善のツールとして注目が集まっているもののひとつに、クリニカルパスがあげられる。現在米国では多くの病院で様々な疾患別のクリニカルパスが使用されており、わが国でもクリニカルパスを導入する病院は増加している。クリニカルパスとは、特定の病気や症状を伴う患者に対する、介入、ケア活動、そして期待される結果の、最適な順序とタイミングが略述された多職種間のケアプランであると定義される。しかしながら精神科では他の科に比べてクリニカルパスの使用が少なく、研究も少ない。

そこで本研究はわが国における精神科クリニカルパスの検討を行うこととした。本研究の目的は、精神科急性期・救急治療に現在取り組む施設において、どのような治療がどのような手順で行われているのかを全国規模で把握することである。なお本研究は、平成 15 年 12 月に既に分担研究報告書が発行されているが、今回その後に調査票が返送された 4 施設のデータを追加し、医師アンケート調査の結果とあわせて報告する。

B. 研究方法

1. 対象および調査方法

本研究の対象施設は 2003 年 8 月現在、全国の精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を有する病院と、各都道府県の精神科救急システムに基幹病院として参加している大学病院、そして国立療養所である。大学病院につ

いては、診療報酬の点から精神科急性期治療病棟もしくは精神科救急入院料病棟として届け出ているところは極めて少ないため、各都道府県の精神科救急システムに基幹病院として参加していると報告のあった大学病院を対象とした。ただし、精神科救急システムに関与しているかどうかの報告があったのは、全 85 大学病院中 49 病院であり、残る 36 病院については不明である。国立療養所については、必ずしも急性期治療を目的としているわけではないが、急性期患者を最も多く受け入れている病棟に限定して調査を行った。よって対象施設は急性期治療病棟を有する病院 112 施設、大学病院 13 施設、および国立療養所 16 施設の計 141 施設である。それぞれの施設につき 1 つの病棟を調査対象とし、当該病棟が複数ある場合にはより急性期の患者を多く受け入れている病棟を対象病棟とした。

2003 年 8 月 29 日に対象施設の施設長ならびに精神科長（医局長）あてに、フロッピーディスクと返送用封筒を同封した調査票を郵送した。郵送した調査票には FAX 票を同封し、9 月 19 日までに調査への協力の可否について回答を依頼した。調査票の返送の締め切りは 9 月末とした。

2. 調査内容（調査票参照）

調査票は（1）クリニカルパス調査、（2）対象病棟施設特性調査、（3）医師アンケート調査、（4）設備調査から構成されている。この分担報告ではその目的上、クリニカルパス調査と医師アンケート調査についてのみ述べる。

クリニカルパス調査の内容は大うつ病性障害急性期入院医療パス、統合失調症急性期入院医療パス、および興奮状態による隔離室利用パスである。調査票の中で 3 つの想定例と達成目標

を提示し（資料1-1）、回答者にはそれぞれの想定例に対して現在施設で行われている治療・ケア手順の記入を依頼した（資料1-2）。回答者は対象病棟を受け持つ医師であり、3つの想定例それぞれについては別々の医師が回答してもよいこととした。対象病棟において既に使用されているパスがある場合はその現物を送ることとした。該当するパスがない場合には、フロッピーディスク内のExcelファイルもしくは所定の紙への記入を依頼した。

医師アンケート調査では、診断の異なる患者を同一病棟内で治療することについて（賛成・反対・どちらともいえない）、気分障害専門病棟を設立するとすれば治療上特に強化・充実の必要性が高いもの（15項目より複数選択）、気分障害の治療としてあげた8項目の重要性（1点＝非常に重要～5点＝不要）、気分障害患者の理想的な入院期間を尋ねた（資料1-3）。回答者は対象病棟を受け持つ医師とした。

C. 研究結果（資料参照）

対象施設のうち急性期治療病棟を有する病院46施設、大学病院13施設、および国立療養所8施設の計67施設からFAXにて調査に協力可能である旨の回答が得られ、最終的に急性期治療病棟を有する病院30施設、大学病院10施設、および国立療養所7施設の計47施設から記入済み調査票が返送された。

調査により得られたパスは資料3～5の通りである。最初にパスを患者の疾患ごとに分類して、想定例をもとに作成されたものと施設に既存のものに分けた。それぞれ、目標達成までの期間順に示している。疾患ごとに分類したパスにおける設定期間の分布は資料2に示す。

大うつ病性障害急性期入院医療パスは43件

が得られ、退院までの設定期間は4週目から15週目までにわたった（資料2の図1-1・図1-2）。資料3-1は想定例をもとに作成されたパス35件、資料3-2は施設に既存の大うつ病性障害のクリニカルパス8件である。うち職員用と患者オリエンテーション用とに分けて作成されたものが2件あり、また資料3-2の最後に示すパス⑧では医師および看護師の記入基準、看護評価基準、看護計画、生活指示表など多岐にわたる内容が含まれていた。

統合失調症急性期入院医療パスは43件が得られ、退院までの設定期間は4週目から12週目までにわたった（資料2の図2-1・図2-2）。資料4-1は想定例をもとに作成されたパス34件、資料4-2は施設に既存の統合失調症のクリニカルパス9件である。このうち職員用と患者オリエンテーション用とに分けて作成されたものは3件あった。資料4-2の最後に示すパス⑧では評価基準、評価表、パスの利用法などが含まれていた。

興奮状態による隔離室利用パスは39件が得られた。対象施設によっては、隔離解除までを目標としたものと、隔離解除後の退院までを目標としたものとに分かれた。また隔離解除を目標とした場合でも、時間的開放、開放時間の拡大、一般病室への入室など、どの段階をどこまで設定するかにおいて、施設ごとに差がみられた。資料5ではそれぞれの施設が目標とした隔離解除までの時間順に示している。隔離解除までの設定期間は、4日目から5週目までにわたっていた（資料2の図3-1）。また時間的開放、開放時間の拡大および隔離解除（隔離室利用の終了）といった段階ごとの設定期間の推移もばらつきがみられた（資料2の図3-2）。資料5-1は想定例をもとに作成されたパス36件、資料

5・2は施設に既存のパス3件である。

上記のいずれにも該当しなかった、疾患によらない精神科急性期クリニカルパスが5件あった。これらは資料6に示している。

医師アンケート調査は295名から回答が得られ、資料7に示すような集計結果となった。気分障害の望ましい入院治療期間は8週という回答がもっとも多く、大うつ病性障害パスにおける退院までの設定期間とは異なる分布であった。

D. 考察

1. 精神科入院医療の治療・ケア手順

調査により得られた精神科入院医療のクリニカルパスは、同じ想定例に対してであっても、目標達成や退院までの設定期間が対象施設によって異なっていた。また既存のクリニカルパスでは、施設によっては患者用のパスの設定や看護計画、パスの評価基準などを含めてクリニカルパスとしていた。どのような内容をどこまでクリニカルパスとするか、その範囲についても施設によって差があると考えられた。

2. 本研究の課題

医療施設において行われる治療・ケア手順は、その施設および病棟の構造や、治療を担う医師個々人の考え方といった要因に影響されていると考えられる。したがってクリニカルパスも、それが用いられる施設および病棟の特性や医師の考え方といった背景が考慮されなければならない。今後は、そうした要因とクリニカルパスの各要素との関連を検討することが必要である。

E. 結論

本研究のクリニカルパス調査により、全国の精神科急性期治療病棟または精神科救急入院病棟を有する病院、各都道府県の精神科救急シス

テムに關与する大学病院、国立療養所における治療・ケア手順の現状が示された。今後の精神科クリニカルパスの検討にあたっては、施設特性や医師の考え方といった要因との関連を考慮する必要があると考えられた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1) 小山明日香, 中西三春, 原田誠一, 計見一雄, 澤温, 宮岡等, 前田久雄, 笈淳夫, 伊藤弘人, 樋口輝彦: 精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する研究(その1) - 大うつ病性障害入院医療パス - . 第100回日本精神神経学会総会, 2004(予定)
- 2) 中西三春, 小山明日香, 原田誠一, 計見一雄, 澤温, 宮岡等, 前田久雄, 笈淳夫, 伊藤弘人, 樋口輝彦: 精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する研究(その2) - 統合失調症急性期入院医療パス・興奮状態による隔離室使用パス - . 第100回日本精神神経学会総会, 2004(予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

参 考 資 料

資料1 調査票

1-1 想定例	15
1-2 記入例	18
1-3 医師アンケート調査票	19

資料2 精神科クリニカルパスにおける設定期間の分布

図1-1 大うつ病性障害急性期入院医療パス・退院までの設定期間の度数分布	20
図1-2 大うつ病性障害急性期入院医療パス・退院までの設定期間の積み上げグラフ	
図2-1 統合失調症急性期入院医療パス・退院までの設定期間の度数分布	21
図2-2 統合失調症急性期入院医療パス・退院までの設定期間の積み上げグラフ	
図3-1 興奮状態による隔離室利用パス・隔離解除までの設定期間の度数分布	22
図3-2 興奮状態による隔離室利用パス・隔離解除までの設定期間の推移	

資料3 大うつ病性障害急性期入院医療パス

3-1 想定例をもとにした大うつ病性障害急性期入院医療パス (①～⑳)	23
3-2 既存の大うつ病性障害急性期入院医療パス (①～⑧)	58

資料4 統合失調症急性期入院医療パス

4-1 想定例をもとにした統合失調症急性期入院医療パス (①～㉔)	70
4-2 既存の統合失調症急性期入院医療パス (①～⑨)	104

資料5 興奮状態による隔離室利用パス

5-1 想定例をもとにした興奮状態による隔離室利用パス (①～㉔)	130
5-2 既存の興奮状態による隔離室利用パス (①～③)	166

資料6 疾患によらない精神科急性期クリニカルパス (①～⑤) 170

資料7 医師アンケート調査の集計 185

病院名を明記したクリニカルパスについては、そのパスの全部もしくは一部を無断で複製したり、無断で頒布することは禁じられていますのでご注意ください。