

統合失調症急性期入院医療パス(公立病院)

| | 入院時 ~ 2週目 | 3週目 | 4週目 | ~10週 |
|---------|--|---|--|---|
| 検査・診断 | ECG 胸部X-P 頭部C-T ECG 血液検査 | | | |
| 薬物療法 | ①リスパダール(2)3T タスモリン 3T 分3 ②レボミン(25)1T ロヒプノール(2)1T VDS 拒薬なら DIV IM(セレネース) 経管で注入(リスパダール) | 3Wで薬物変更 m-ECT検討 | | 外泊許可の前に服薬・病気の説明 |
| 身体療法 | 拒食・自殺企図など生命の危険 性があればm-ECT 補液・経管栄養 | | | |
| 精神療法 | 治療計画・家族への説明 | | | |
| 看護ケア | 身体管理(栄養・排泄・清潔) ADL介助 1:1の関係を築く 精神運動興奮・自殺リスクの把握 睡眠・休息の確保 | 雑談を促す | | 振り返りを行う 退院後の生活指導 退院後に予測される問題の話し合い 家庭訪問 |
| 行動範囲・場所 | ハードな隔離室 (二重ドア・監視カメラあり) | 一般個室 中庭散歩 DR 看護婦同伴で売店買い物 | 4床室 現金所持 公衆電話 単独での院内買い物 | 看護婦同伴外出 家族との外出 外泊(1~2回) 院内単独 |
| 生活療法 | | 散歩 軽い運動 身の回りの事がおおむね一人で出来る | 服薬自己管理(1日分) | 服薬自己管理(複数) DHへの見学・参加 |
| その他 | PSWの依頼 PHINの依頼 | 専門学校休学の手続き 2W/7によって隔離室出られなければケースカンファ | 2病棟へ転棟したら退院へ 向けた担当者ミーティング | 退院困難な場合担当者ミーティング |
| アウトカム | 安全の確保 睡眠 栄養の確保 拒薬がない 治療の受け入れ 衝動コントロールの回復 | セルフケアの自立 (食事 排泄 清潔) 雑談が出来る 自然な笑顔 睡眠・休息が十分とれる 他患との関係がはかれる | 困ったことを相談出来る 外界との関係性を持つ 退院後生活イメージの模索 病気・薬・治療についての 一応の理解 | 退院後の生活を具体的に考えられる 再発防止の振り返りが出来る 病気・薬・治療についての理解 通院・服薬の動機付け |

興奮状態による隔離室使用パス(公立病院)

| | | | |
|-------------|---|--|---------------------------|
| | 入室時 | 7日 | ~2w |
| 検査・診断 | EEG BX-P EGG 頭部CT 血液検査 | | |
| 薬物療法 | DIV or IM (セレネース or レボトミン) 拒食薬時経管栄養に混注 (リスパダール液) | | |
| 身体療法 | 補液・経管栄養 経口摂取量に応じて補 液・流動食を考慮する | | |
| 精神療法 | 入院治療必要性の説明 | 治療計画の見直し | 患者への病気・治療 ・治療方針の説明 |
| 看護ケア | 確実な服薬を促す 安全感の保障 マンツーマンの関係性を築く 安全性の確保 食事・排泄・清潔ケアの介助 | 身体拘束時 拘束の意味 どうなったら解除するか 繰 り返し説明していく スタッフを集めて出来る限り食事・排泄介助からはらずし ていく 抑制解除は看護判断で行う 褥創予防観察 血栓・肺梗塞予防 | 中庭1:1 個室又は多床室 雑談を促す |
| 行動範囲・ 場所 | 隔離室閉鎖 | 日中隔離室開放 DR 1:1 短い言葉のやりとりを促す | |
| 生活療法 | | | |
| その他 | PSW・PHN依頼 家族との面接(隔離室収容に ついて) 入院前の生活等聴取(家族) 衝動性に応じて身体拘束 | ケースカンファレンス | 家族との面接 |
| アウトカム | 安全の確保 確証の確保 スタッフに暴力を振るわない 自傷行為がない 拒食・拒薬がない 肺梗塞を起こさない | 衝動コントロールの回復 短い言葉のやりとりができる 入院前の状況の回想 食事・排泄・清潔行為の自立 自ら服薬に来る事が出来る | 他患との交流がある 程度持てる |

－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調査

-入院期間設定の妥当性について-

分担研究者 澤 温 さわ病院 院長

研究要旨：本研究では精神科急性期クリニカルパスを設定する時、施設によって退院までの最大設定期間に差があることから、この最大設定期間と患者の行動制限が無くなった時期との関係を調べた。

研究方法：対象は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あり方に関する研究分担研究」の中の「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）」に協力を得た医療施設である。提出された大うつ病性障害急性期入院医療パス 35 あるいは統合失調症急性期入院医療パス 36 を用いた。これらのパスの中で、退院までの最大設定期間を 12 週としているパスとそれ未満の期間としているパスに分け、それぞれについて「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いつかを調べ、2 群の間で差があるかどうかを検討した。

結果：大うつ病性障害急性期入院医療パス 35 のうち患者が自分の行動を管理できる時期が明確でない 7 つのパスを除くと、12 週未満の 11 のパスと 12 週の 17 のパスの比較では 12 週のパスの方が有意に高値を示した。また統合失調症急性期入院医療パス 36 のうち患者が自分の行動を管理できる時期が明確でない 4 つのパスを除くと、12 週未満の 14 のパスと 12 週の 18 のパスの比較では 12 週のパスの方が有意に高値を示した。

まとめ：気分障害でも統合失調症でも急性期における薬物療法の反応が施設間で差があることは考えにくく、むしろ退院後の社会復帰や再発予防へのアプローチに差があるのではと考えたが、いずれの障害でも 12 週のパスを作った施設の方が 12 週未満のパスを作った施設に比して、患者が自分の行動を管理できると判断される時期が遅かった。今後はこの 2 群でどのような因子がこの差をもたらすかについて検討する必要があると考えられた。

A. 研究目的

医療経済で包括支払いが行われるようになったこと、また国民の要求水準が高まり、権利意識も高まったことから医療の質の確保への

さまざまな手段が講じられている。そのひとつにクリニカルパスがある。

精神医療の現場でも療養病棟が最初の包括支払いの病棟として登場し、1996 年には精神科

急性期治療病棟、そして 2002 年には救急入院料が生まれ、ますます医療の質の確保への意識は高まっている。しかし急性期治療病棟（救急入院料もそうであるが）では 3 月間の定額払いであり、これまでの全国での報告¹⁾やさわ病院での調査でも急性期治療病棟入院患者の入院期間は 50～55 日である^{2,3)}。

一方、クリニカルパスを通じて入院期間の短縮を図ろうという目的もあるが、本来急性精神疾患の経過は個別性が高く、期間で均質性を求めることは困難な点もあり、病状の改善度あるいは重症度で処遇を決めるというパスも試みられている⁴⁾。

今回は時間軸である入院期間にのみ注目し、厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等のあり方に関する研究分担研究」の中の「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）」（以下樋口班研究）に協力を得た医療施設から出された精神科急性期クリニカルパスで、施設によって退院までの最大設定期間に差があることから、この最大設定期間と患者の行動制限が無くなった時期との関係があるかを調べ、その要因をさぐるヒントを得、今後の適切なクリニカルパス作成への有用な情報を得ることを目的とした。

B. 研究方法

研究対象は樋口班の研究に協力を得た医療施設から提出された大うつ病性障害急性期入院医療パス 35 あるいは統合失調症急性期入院医療パス 36 を用いた。

調査内容は、これらのパスの中で、退院までの最大設定期間を 12 週としているパスとそれ

未満の期間としているパスに分け、それぞれについて「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（以下開放処遇時期）がいつかを調べた。

C. 研究結果

大うつ病性障害急性期入院医療パス 35のうち開放処遇時期が明確でない 7 つのパスを除いた。開放処遇時期が明確なパスについて、12 週未満の 11 のパスと 12 週の 17 のパスと比較すると、12 週のパスの方が開放処遇時期は有意に（12 週のパスは平均 6.00 ± 1.77 、12 週未満のパスは 4.55 ± 1.37 , $p < 0.05$ ）長かった。

また統合失調症急性期入院医療パス 36のうち、開放処遇時期が明確でない 4 つのパスを除くと、12 週未満の 14 のパスと 12 週の 18 のパスの比較では 12 週のパスの方が開放処遇時期は有意に（12 週のパスは 6.28 ± 1.64 、12 週未満のパスは 4.93 ± 1.73 , $p < 0.05$ ）長かった。

いずれの障害でも病院種別（国立、公立、大学、医療法人財団）で 2 つの期間群に差は認められなかった。

D. 考察

気分障害でも統合失調症いずれの障害でも 12 週のパスを作った施設の方が 12 週未満のパスを作った施設に比して、開放処遇時期が遅かった。急性期における薬物療法の反応が施設間で差があることは考えにくく、むしろ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に差があるのではと考えたが、それ以外の因子があると考えられた。

これまでの研究¹⁾やさわ病院での調査^{2,3)}でも急性期治療病棟入院患者の入院期間は50～55日であり、3ヶ月の基準の根拠はなにもない。

この2群でどのような因子がこの差をもたらすかについて検討する必要があると考えられ、特に今後は各施設での月間入院患者数、平均在院日数、ベッド数、在棟期間（開放病棟転棟までの）、患者の満足度、再入院率、事故発生率などを調査する必要があると考えられた。

また、調査する中で、単独外出と外泊が施設によってその先行順位が違っており、この点も明らかにしたい。

E. 結論

大うつ病性障害急性期入院医療パスでも統合失調症急性期入院医療パスでも、12週未満のパスと12週のパスと比較すると、12週のパスの方が開放処遇時期は有意に長かった。

いずれの障害でも病院種別（国立、公立、大学、医療法人財団）で2つの退院までの最大設定期間群に差は認められなかった。

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諸問題. 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

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし

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－

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

分担研究者 宮岡 等 北里大学医学部精神科学 教授

研究要旨：大学病院における精神科急性期医療クリニカルパスの現状を把握し、標準的な急性期医療のあり方を考察するため、都道府県の精神科救急システムへ協力している大学病院へ急性期治療とケアの調査を行ったのでその結果を報告する。**研究方法：**2003 年 8 月の時点で精神科病棟を有する大学病院の精神科長あてに都道府県の精神科救急システムへの関与の有無を尋ね、関与ありとの回答を得た 13 施設において、精神科急性期に対応する病棟 1 つを今回の調査対象病棟とした。この対象病棟を担当する医師に、3 つの想定例について、現在施設で行なわれている治療・ケア手順を記入を依頼し、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の作成を試みた。現在使用しているクリニカルパスがある場合は合わせて資料の提供を依頼した。**結果：**調査を依頼した 13 施設のうち、9 施設より協力が得られた。これらの施設の共通特徴として閉鎖病棟を有し、複数の隔離室または個室を有していた。すでに何らかの既存パスを持つ施設は 6 施設にのぼり、共通パスが 2 施設、うつ病パスが 3 施設、統合失調症パスが 2 施設、隔離室使用パスが 1 施設で使用されていた。パスの期間はうつ病、統合失調症ともに 4 から 12 週であり、指標となるイベント（例えば、服薬指導の導入や行動範囲の変更など）にいたる期間に 4 週間程度の幅があるものの、提供される検査や治療自体に大きな差異は認められなかった。しかし、薬物療法以外のリハビリテーション療法などは提供状況に差が大きかった。また、今回のパスの検討の結果、パスの期間や指標となるイベントまでの時期や薬剤選択などについてはある程度の自由度が必要と思われた。**まとめ：**都道府県の精神科救急システムへ協力している大学病院 9 施設における精神科急性期治療は、指標となるイベントまでの期間に幅があるものの、提供される治療やケアにはある程度の共通性があった。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

高橋恵 北里大学医学部精神科学教室講師
福田真道 北里大学医学部東病院病棟医

A. 研究目的

近年、我が国の精神医療の中で、専門性と高度の治療技術の必要な精神科急性期・救急治療

の整備が全国的な課題となっている。さらに急性期・救急治療における医療の質の向上と治療の標準化に、医療経済の面からも大きな関心がよせられている。

一方、大学病院では積極的にクリニカルパスが導入され始めた。これは大学病院の多くが特定機能病院であり、そこでは包括医療が導入され、医療の効率化が求められていることと相関がある。このため、外科や内科など多くの診療科でクリニカルパスが導入されつつあるが、精神科領域においてはまだクリニカルパスの使用頻度は少なく、その報告も少ない。今回大学病院におけるクリニカルパスの現状を調査し、精神科病床を有する大学病院で精神科急性期・救急治療に取り組む施設では、どのような治療がどのような手順で行なわれているのかを把握することで、今後の大学病院の精神科急性期・救急医療へのかかわりの標準型について考察する。

B. 研究方法

1. 対象及び調査方法

大学病院では診療報酬の点から精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟として届け出がなされているところは極めて少なく、現在は急性期治療病棟として久留米大学病院が届出を行なっているのみである。そこで、精神科救急システムへの関与がある施設を急性期・救急治療に積極的に関与している病院とみなし、本研究の調査対象とした。精神科病床を有する大学病院の精神科長あてに都道府県の精神科救急システムに関与の有無を fax にて回答してもらうように依頼したところ、全 85 施設中 51 施設より回答があり、13 施設から精神科救急シス

テムへの関与の報告があった。回答のない残りの 34 施設については詳細不明である。精神科救急システムに関与の報告のあった 13 施設の精神科長あてに調査票を送付した（この詳細は樋口研究班の報告書参照）。

2. 調査内容

クリニカルパス調査は、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、興奮状態による隔離室利用パスの 3 つを取り上げた。調査票の中で 3 つの想定例と達成目標を提示し、対象病棟を受け持つ医師に、それぞれの想定例に対して現在施設で行なわれている治療・ケア手順の記入を依頼した。想定パスについては、検査・診断、薬物療法、身体療法、精神療法、看護ケア、行動範囲・場所、生活療法、その他、アウトカムの項目をあげ、各施設ごとに 4 週目まで時間軸を作成し、4 週目以降は自由に期間を設定できるようにし、アンケートを行った。

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は、所定の書式での記入を依頼した。（この詳細は樋口研究者の報告書参照）

3. パスの分析

今回の調査の項目に対して、パスの期間、検査、評価時期、入院時行動範囲、薬物療法や身体療法、心理教育や作業療法、行動範囲を中心に解析を試みた。検査に関しては、初期に行なわれる検査項目と検査時期、反復して行なう検査とその実施時期を調査した。薬物療法や身体療法では、薬物療法に関して、入院時処方の設定、処方変更時期、服薬指導の開始時期、服薬自己管理の開始時期および電気けいれん療法

(ECT)の考慮について調査した。心理教育や作業療法に関しては、作業療法、集団療法、本人への心理教育、家族への心理教育についての開始時期を調査した。行動範囲に関しては、入院時の行動範囲、初回外出・初回外泊・退院の時期を調査した。

C. 研究結果 (資料参照)

1. 対象病棟の特性

都道府県の精神科救急システムへの関与に関するアンケートに対して、85施設中51施設より回答があった(資料1)。回答のあった51施設中1施設は精神科病床としての届出ではなく、医療法上の一般病床としての届出であった。残り50施設は閉鎖病棟と開放病棟の病床数の特徴から、両方を持つ20施設、閉鎖病棟のみを有する18施設、開放病棟のみを有する12施設に大別された。都道府県の救急システムへ関与している施設は13施設であった。この13施設は閉鎖病棟と複数の隔離室または個室を有していた。このうち2施設は開放病棟のみ、2施設は閉鎖病棟のみで、残る9施設は両病棟を備えていた。開放病棟のみの施設では合併症への対応が中心であった。

2. パス利用の現状

調査対象とした13施設のうち、9施設からパスの送付が得られた(資料2)。これら9施設の共通特徴としては閉鎖病棟を有し、複数の隔離室または個室を有していた。これら9施設の内、既存のパスを持つ施設は6施設あったが、今回想定した大うつ病、統合失調症および興奮状態による隔離室使用のパスを全て持つ施設は1施

設のみであった。大うつ病のパスのみを持つ施設は2施設あり、統合失調症のパスのみを持つ施設は1施設であった。また2施設は症状に関係なく使用する共通のパスを持っていた。

一方、想定パスの報告があった施設は5施設あった。この中で既存のパスを持っておらず、今回の調査における全ての想定パスを報告したのが2施設あった。大うつ病の既存のパスを持つ2施設は統合失調症と興奮状態の想定パスを報告していた。1施設は興奮状態における隔離室使用のパスのみを報告していた。

3. パスの分析

1) 大うつ病性障害急性期入院パス

大うつ病性障害急性期入院医療パスは5施設から得られた。2施設が想定パスで3施設が既存パスであった。共通パスを提示した2施設も組み入れて、計7施設を分析対象とした。指標となる出来事までの期間をまとめたのが資料3-1である。

パスの期間は4から12週で、平均9週であった。パスの時間軸の間隔は1週間から1ヶ月までと違いが認められた。

入院時検査は全施設で提示され、入院時から1週間までに一般血液・尿検査、胸部・腹部X線、心電図、脳波、頭部CTまたはMRIが設定されていた。心理検査やSPECTが組み入れられている施設もそれぞれ3施設、1施設存在した。反復検査は血液検査と心電図検査が2週から4週間隔で設定されているところが3施設存在した。

薬物療法に関しては、入院時に薬剤名まで指定された施設はなく、処方変更時期に関しては2-4週と期間を提示していたところが2施設あったが、それ以外は特に規定はなく使用薬剤、

変更時期に関しては自由度が高いと考えられる。服薬指導に関しては2週から8週までの時期に指定していた施設が4施設存在した。服薬自己管理は8週に設定した施設が3施設存在した。電気けいれん療法に関しては3から6週で考慮するとした施設が3施設存在した。

作業療法への参加を設定した施設は3施設で、開始時期は入院時から3週であった。集団療法への参加を設定した施設は1施設で、開始時期は入院時からであった。本人への心理教育を設定した施設は2施設で、開始時期は入院時から2週であった。家族への心理教育を設定した施設は1施設で、開始時期は入院時からで、その後2-4週ごとの継続を設定していた。

行動範囲に関しては入院時に規定している施設が4施設で、個室1、自室内1、病棟内2、開放病棟1であった。外出に関しては6施設が設定しており2週から6週に開始され、外泊は2週目から8週で開始されていた。退院時期について設定したのは7施設あり、4週から12週であった。

2) 統合失調症急性期入院治療パス

統合失調症急性期入院治療パスは6施設から得られた。4施設が想定パスで2施設が既存パスであった。共通パスを提示した2施設を加え、計8施設を分析対象とした。指標となる出来事までの期間をまとめたのが資料3-2である。

パスの期間は4から12週で、平均9.5週であった。パスの時間軸の間隔は1週間から1ヶ月までと違いが認められた。

入院時検査は全施設で提示され、入院時から1週間までに一般血液・尿検査、胸部・腹部X線、心電図、脳波、頭部CTまたはMRIが設定されていた。心理検査やSPECTが組み入れら

れている施設もそれぞれ1施設ずつ存在した。反復検査は血液検査と心電図検査が2週から4週間隔で設定されているところが3施設存在した。

薬物療法に関しては、入院時の処方では非定型抗精神病薬を最初に処方する施設が1つあるが他は設定されていなかった。入院時の処方の効果が得られなければ処方の変更を検討している施設が3施設あり2~4週後に検討されていた。服薬指導をパスに導入している施設は4施設あり、2~8週に行われていた。服薬自己管理をしている施設は6施設あり、6~8週に行われていた。統合失調症において電気けいれん療法をパスに導入している施設は1施設で4週後に検討されていた。

作業療法への参加を設定した施設は3施設で、開始時期は入院時から3週であった。集団への参加を設定した施設は1施設で、開始時期は1週後からであった。本人への心理教育を設定した施設は2施設で、開始時期は入院時から4~6週であった。家族への心理教育を設定した施設は2施設で、開始時期は1~4週後に設定していた。

入院時の行動範囲では大うつ病のパスと同様に個室から開始のパスから病棟内と違いが見られた。外出は全8施設で設定しており2週から8週に導入され、外泊は7施設で設定され2週から8週の間導入されていた。退院は6施設で設定されていたが、1施設が6~8週に、残りの施設では12週に設定されていた。

3) 興奮状態による隔離室使用パス

興奮状態による隔離室使用パスは6施設から得られた(資料3-3)。このうち既存のパスを

持つ施設は1施設のみで他は想定パスであった。パスの期間は想定例に準じて、隔離解除までの期間で区切り分析した。入院時行動範囲では隔離をせず、抑制を行う施設が2施設あった。部分開放を設定している施設が4施設あり、4～8日までに設定させていた。隔離解除までの期間を設定している施設は5施設あり、最短で2日、最長で2週間であった。

検査に関しては入院時に最低血液検査と心電図を指定していた。脳波、CTを入院時検査に組み入れているところが2施設、1週間以内に行なう予定のところが3施設あった。評価期間に関しては毎日の見直しを規定している施設と、日数を指定している施設があった。

入院時の薬物を設定している施設は5施設あり、そのうち2施設が注射薬を選択し、1施設が内服薬を設定していた。1施設は投与経路も注射または内服とし、幅を持たせていた。隔離中の処方の変更時期を設定しているのが3施設あり、1週間目に検討されていた。輸液管理を指定していた施設が1施設存在した。2週間のうちに電気けいれん療法を考慮する施設は1施設あり、1週目に必要性が検討されていた。

4) 共通のパス

共通のパスは2施設から得られた。共通のパスにおいては2施設とも退院までの期間を3ヶ月に設定してパスを作成していた。内容についての分析はすでに各疾患のパスの中に組み入れた。

D. 考察

1. 大学病院における急性期治療

今回の調査では都道府県の救急システムへの

関与ありとの回答を得た大学病院を調査対象とした。その理由としては本研究が精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を対象としており、今回の想定パスは精神症状が重篤でハイケアの必要な状態を想定しており、なかに興奮状態による隔離室使用パスが含まれ開放病棟よりは閉鎖病棟の適応と考えられたためである。今回の初めのアンケートに回答のあった大学病院50施設の中で、開放病棟のみしか持たない施設も12施設あり、施設間で入院対象となる疾患が異なることが予測された。

救急システムへの関与で対象選択をしたため、今回の想定症例のようなケースが入院すると考えられる閉鎖病棟をもつ38施設のうち今回対象として選択した13施設以外の25施設の状況を把握することができなかった点で課題が残ったと言えよう。

2. 大学病院精神科における精神科入院医療の 治療・ケア手順

今回のパス調査では既存のパスの有無に関わらず、大学病院精神科では、大うつ病性障害、統合失調症どちらの疾患も、4週間から12週間程度での退院を目指した治療がなされており、期間には4から8週程度のばらつきがあるものの、治療内容に大きなばらつきはなかった。ただし、既存パスの存在する施設のほうが治療・ケア手順が統一して整備されており、服薬指導、作業療法、集団療法、心理療法がプログラム化されているようであった。

今回のパス調査から把握できた精神科救急システムに関与する大学病院における大うつ病性障害急性期治療パス、統合失調症急性期治療パス、興奮状態による隔離室使用パスのそれぞれについて、共通事項を挙げることで標準的なパ

スの流れを想定するならば、以下のような
であろう。

大うつ病性障害と統合失調症のどちらの疾患についても、退院までの期間を12週間に設定する。検査については入院時に評価し、定期的に期間を設定して評価していく。薬物療法については初回処方薬物を設定せず、2～4週の間には薬物の効果を判定して変更を検討していく。症状にあわせ、2～4週で服薬指導をし、6～8週の間には服薬自己管理までできるように検討していく。電気けいれん療法の導入については2週から4週の間には評価していく。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していく。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週間ぐらいの間で導入し、統合失調症では4から6週ぐらいで導入する。家族への心理教育は入院当初より継続して行なわれるのが望ましいと思われる。入院時の行動範囲については症状にあわせ、個室から病棟内と幅を持たせる。外出は2週から4週の間に行い、外泊を2週から8週の間で行っていく。大うつ病および統合失調症のどちらの疾患に関しても、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ていくのが望ましいと考えた。

興奮状態による隔離使用パスについてはまず症状により隔離を行うか、抑制が必要かを評価できるようにして隔離解除までの期間を1～2週間に設定する。検査についてはできる検査を入院時に行っていく。服薬については経口摂取できなければ注射薬を使用する。処方の変更については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する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実施は4週間後ぐらいになることがうかがわれた。

精神科急性期・救急治療におけるパスはこのように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。

また共通のパスをもつ施設もあることにより疾患を区別せずにチェック項目を挙げるようなパスを作成するほうが良いのかさらに調査していく必要があると考えられた。

3. 今後の課題

前述のように、今回の調査では、初めのアンケートに協力が得られたが対象とならなかった大学病院が37施設ある。この中で25施設は閉鎖病棟を有し、今回の想定症例のようなケースへの対応を行なっているものと思われる。これらの施設の中には、既にパスを有しているところや、パスにはなっていないものの標準化されたシステムティックな医療やケアを提供しているところもあるかもしれない。また開放病棟のみの施設でも隔離室を使用するなどの工夫次第で今回のような想定症例に対応しているかもしれない。そこで今回の調査対象とならなかった施設の実態を今後調査していくことで、大学病院の実態に即した標準化された治療を考察できる可能性がある。

現在、大学病院で精神科急性期病棟の届け出がなされているのは1施設のみであるが、これは急性期病棟が包括診療になることから、合併症や重症例の多くなる大学病院では診療報酬のメリットがあまりないと考えられ、急性期病棟の申請がなされていないと考えられる。

精神科以外の診療科との連携が可能な大学病院には、精神科単科の病院では対応しにくい合併症や重症例が集約する。このため、そのような状態にも対応可能な柔軟なパスの作成も今後の課題といえるだろう。

E. 結論

本研究により、都道府県精神科救急システムに関与している大学病院における精神科急性期入院医療の治療とケアの現状の明らかにされた。調査対象となった大学病院は閉鎖病棟と複数の隔離室または個室を備えていた。標準的な閉鎖病棟に入院を要するような大うつ病性障害や統合失調症に対する治療期間は4週から12週を考慮しており、検査、治療構造、治療内容、行動範囲にも大きな隔たりはなかった。精神科という診療科の特性上、患者の状態に合わせて薬剤や作業療法、心理教育などを含めた治療内容、行動範囲ともに柔軟性があるほうが望ましいと思われた。しかし、治療病棟の構造や医師の治療姿勢（処方行動の特性など）で治療内容やケアに差異が出ることも容易に予測できることであり、何処までの自由を取り入れるべきかの検討も必要であろう。また大学病院に期待される合併症治療など高度かつ集約的な医療との整合性をどうはかるかも課題と言えよう。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし

資料1. 精神科病床を有する大学病院の特性

| 病院名 | 全病床数 | 精神科 病床数 | 開放病棟 病床数 | 開放病棟 個室数 | 開放病棟 隔離室数 | 閉鎖病棟 病床数 | 閉鎖病棟 個室数 | 閉鎖病棟 隔離室数 | 都道府県 システム関与 | システム用 病床数 |
|-------------------|------|------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|--------------|----------------|--------------|
| 旭川医科大学医学部附属病院 | 602 | 33 | 7 | 1 | 0 | 26 | 5 | 1 | 0 | 0 |
| 北海道大学医学部附属病院 | 883 | 72 | | | | | | | | |
| 札幌医科大学医学部附属病院 | 994 | 50 | 50 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 弘前大学医学部附属病院 | 630 | 41 | 0 | 0 | 0 | 41 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 岩手医科大学附属病院 | 1048 | 78 | | | | | | | | |
| 東北大学医学部附属病院 | 1126 | 74 | 34 | 2 | 0 | 40 | 2 | 4* | 1 | 0 |
| 秋田大学医学部附属病院 | 610 | 36 | | | | | | | | |
| 山形大学医学部附属病院 | 604 | 40 | | | | | | | | |
| 福島県立医科大学附属病院 | 830 | 50 | | | | | | | | |
| 筑波大学附属病院 | 800 | 36 | 36 | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 東京医科大学豊ヶ浦病院 | 598 | 32 | | | | | | | | |
| 自治医科大学附属病院 | 984 | 41 | | | | | | | | |
| 潟協医科大学病院 | 1005 | 42 | 42 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 群馬大学医学部附属病院 | 665 | 40 | | | | | | | | |
| 順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 | 226 | 226 | | | | | | | | |
| 防衛医科大学校病院 | 800 | 26 | 0 | 0 | 0 | 26 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| 埼玉医科大学附属病院 | 1483 | 237 | 60 | 4 | 0 | 177 | 6 | 3 | 1 | 0 |
| 千葉大学医学部附属病院 | 835 | 45 | 0 | 0 | 0 | 45 | 7 | 4 | 0 | 0 |
| 帝京大学医学部附属市原病院 | 500 | 33 | | | | | | | | |
| 昭和大学附属岡山病院 | 567 | 454 | 108 | 2 | 2 | 346 | 23 | 17 | 1 | 2 |
| 東京医科歯科大学附属病院 | 687 | 41 | 41 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 東京大学医学部附属病院 | 1054 | 34 | 0 | 0 | 0 | 34 | 6 | 3 | 0 | 0 |
| 東京慈恵会医科大学附属病院 | 1076 | 50 | | | | | | | | |
| 杏林大学医学部附属病院 | 1203 | 32 | 32 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1* |
| 東京女子医科大学病院 | 1421 | 117 | | | | | | | | |
| 慶應義塾大学病院 | 1071 | 31 | 31 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 東京医科大学病院 | 1080 | 40 | 7 | 0 | 1 | 33 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| 東邦大学医学部附属大森病院 | 1106 | 52 | | | | | | | | |
| 帝京大学医学部附属病院 | 1154 | 47 | | | | | | | | |
| 日本大学医学部附属板橋病院 | 1208 | 44 | | | | | | | | |
| 昭和大学病院 | 1180 | 50 | 0 | 0 | 0 | 50 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| 日本医科大学附属病院 | 964 | 32 | 32 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 順天堂大学医学部附属順天堂医院 | 1020 | 15 | 0 | 0 | 0 | 15 | 6 | 1 | 0 | 0 |
| 横浜市立大学医学部附属病院 | 623 | 30 | | | | | | | | |
| 横浜市立大学医学部附属渡舟病院 | | 50 | 22 | 10 | 0 | 28 | 10 | 5 | 1 | 4 |
| 北里大学東病院 | 507 | 129 | 61 | 5 | 0 | 68 | 5 | 7 | 1 | 3 |
| 東海大学医学部附属病院 | 1133 | 37 | 37 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 東海大学病院 | 1133 | 37 | | | | | | | | |
| 聖マリアーナ医科大学病院 | 1208 | 48 | 0 | 0 | 0 | 48 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 新潟大学医学部附属病院 | 778 | 64 | 35 | 2 | 0 | 29 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 高山医科薬科大学附属病院 | 612 | 20 | | | | | | | | |
| 金沢大学医学部附属病院 | 782 | 46 | 18 | 2 | 0 | 28 | 0 | 4 | 1 | 1 |
| 金沢医科大学病院 | 1020 | 56 | 24 | 0 | 0 | 32 | 0 | 2* | 1 | 0 |
| 福井医科大学医学部附属病院 | 600 | 41 | 19 | 0 | 0 | 22 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 山梨医科大学医学部附属病院 | 600 | 40 | | | | | | | | |
| 岐阜大学医学部附属病院 | 600 | 37 | 0 | 0 | 0 | 37 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 浜松医科大学医学部附属病院 | 613 | 37 | | | | | | | | |
| 名古屋大学医学部附属病院 | 935 | 50 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 名古屋市立大学病院 | 808 | 36 | 0 | 0 | 0 | 36 | 34 | 2 | 0 | 0 |
| 愛知医科大学附属病院 | 1271 | 67 | | | | | | | | |
| 藤田保健衛生大学病院 | 1673 | 35 | 35 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 三重大学医学部附属病院 | 731 | 40 | | | | | | | | |
| 滋賀医科大学医学部附属病院 | 608 | 45 | | | | | | | | |
| 京都大学医学部附属病院 | 1080 | 80 | 72 | 0 | 0 | 8 | 0 | 8* | 1 | 1 |
| 京都府立医科大学附属病院 | 1065 | 118 | | | | | | | | |
| 大阪大学医学部附属病院 | 1076 | 52 | | | | | | | | |
| 大阪市立大学医学部附属病院 | 1200 | 40 | 0 | 0 | 0 | 40 | 4 | 3* | 0 | 0 |
| 大阪医科大学附属病院 | 1119 | 58 | 20 | 3 | 0 | 38 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 関西医科大学附属病院 | 1024 | 39 | 15 | 0 | 0 | 24 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 近畿大学医学部附属病院 | 1085 | (45*) | | | | | | | 0 | 0 |
| 神戸大学医学部附属病院 | 928 | 46 | | | | | | | | |
| 兵庫医科大学病院 | 1250 | 84 | | | | | | | | |
| 奈良県立医科大学附属病院 | 910 | 80 | | | | | | | | |
| 和歌山県立医科大学附属病院 | 811 | 40 | 0 | 0 | 0 | 40 | 8 | 3 | 0 | 0 |
| 鳥取大学医学部附属病院 | 697 | 42 | 42 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 鳥取医科大学医学部附属病院 | 616 | 40 | 20 | 6 | 0 | 20 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 岡山大学医学部附属病院 | 861 | 50 | 25 | 5 | 0 | 25 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| 川崎医科大学附属病院 | 1178 | 24 | | | | | | | | |
| 広島大学医学部附属病院 | 729 | 20 | 20 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 山口大学医学部附属病院 | 799 | 51 | 26 | 2 | 0 | 25 | 1 | 2 | 1 | 0 |
| 徳島大学医学部附属病院 | 670 | 45 | 0 | 0 | 0 | 45 | 5 | 2 | 0 | 0 |
| 香川医科大学医学部附属病院 | 613 | 26 | | | | | | | | |
| 愛媛大学医学部附属病院 | 606 | 40 | | | | | | | | |
| 高知医科大学医学部附属病院 | 605 | 35 | 35 | 33 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 九州大学医学部附属病院 | 1312 | 93 | 53 | 12 | 0 | 40 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| 産業医科大学病院 | 618 | 40 | 0 | 0 | 0 | 40 | 3 | 2 | 0 | 0 |
| 久留米大学病院 | 1205 | 60 | 0 | 0 | 0 | 60 | 0 | 2 | 1 | 1 |
| 福岡大学病院 | 915 | 60 | | | | | | | | |
| 佐賀医科大学医学部附属病院 | 611 | 26 | | | | | | | | |
| 長崎大学医学部附属病院 | 829 | 50 | 0 | 0 | 0 | 50 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 熊本大学医学部附属病院 | 850 | 50 | 38 | 6 | 0 | 12 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 大分医科大学医学部附属病院 | 604 | 30 | | | | | | | | |
| 宮崎医科大学医学部附属病院 | 616 | 40 | 20 | 2 | 0 | 20 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 鹿児島大学医学部附属病院 | 702 | 45 | 0 | 0 | 0 | 45 | 1 | 4 | 0 | 0 |
| 琉球大学医学部附属病院 | 610 | 40 | 0 | 0 | 0 | 40 | 4 | 1 | 1 | 1 |

*1: 医療法の一般病床のみ

*2: 病床には数えず

*3: 合併症対応

都道府県システム関与 1:あり、0:なし

資料 2. アンケート調査対象病院の特性とバスの現状

| 病院名 | 全病床 | 精神科病床 | 循環病床数 | 個室 | 対象病棟 | 備考 | バス送付 | 既存バス | | | 想定バス | |
|-----------------------|------|-------|-------|-----|------|--------|------|------|-------|----|------|------|
| | | | | | | | | 大うつ病 | 統合失調症 | 興奮 | 共通 | 大うつ病 |
| 久留米大学病院 | 1205 | 60 | 2 | 0 | 60 | 急性期病棟 | ○ | ○ | | | ○ | ○ |
| 東北大学医学部付属病院 | 1200 | 74 | 4 | 2 | 40 | | ○ | | ○ | | | |
| 埼玉医科大学付属病院 | 1400 | 237 | 3 | 5 | 50 | | ○ | | | ○ | | ○ |
| 昭和大学付属島山病院 | 567 | 454 | 17 | 23 | 40 | | ○ | | | ○ | | |
| 横浜市立大学医学部付属市民総合医療センター | 700 | 50 | 5 | 10 | 28 | | ○ | | | | | ○ |
| 北里大学栗原病院 | 507 | 129 | 7 | 5 | 68 | | ○ | | | | ○ | ○ |
| 金沢大学医学部付属病院 | 800 | 46 | 4 | 0 | 28 | | ○ | | | | ○ | ○ |
| 金沢医科大学病院 | 1020 | 56 | 2 | 0 | 32 | | ○ | ○ | | | | |
| 山口医科大学病院 | 759 | 51 | 2 | 1 | 25 | | ○ | ○ | | ○ | | |
| 京都大学医学部付属病院 | 1080 | 80 | 8 | 0 | 8 | | | | | | | |
| 琉球医科大学病院 | 610 | 40 | 1 | 4 | 40 | | | | | | | |
| 杏林大学医学部付属病院 | 1203 | 32 | 0 | (1) | | 合併症のみ | | | | | | |
| 慶応義塾病院 | 1071 | 31 | 0 | (4) | | 合併症対応? | | | | | | |

調査への協力の得られた大学病院精神科病棟のパスの比較

1) 大うつ病性障害急性期入院医療パス

| | A大学 | B大学 | C大学 | D大学 | E大学 | F大学 | G大学 |
|-------------|---------------------------|-----------------------------|---|---|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| パスの種類 | 想定 | 想定 | 既存 | 既存 | 既存 | 共通 | 共通 |
| パスの期間 | 12w | 4w | 30d | 7w | 3mo | 12w | 12w |
| 検査 | 入院時 採血、甲状腺ホル ルモン、Xp | 入院時 採血、 Xp ECG EEG CT | 0-2d 採血、 Xp ECG EEG 3-12d: CT, 12-24d: 心理検査 | 入院時 Xp ECG EEG, CT or MRI, SPECT | 1w 採血、Xp ECG CT 2w: 心理検査 | 入院時 採血、 Xp ECG EEG | 入院時 採血、 Xp ECG EEG CT |
| 初回検査 | 1w: EEG, CT, 2w: 心理検査 | 2w毎に採血、 4w毎にECG | | | | | |
| 反復検査時期 | 1w毎 | | | 0 1 2 4 6w | 2w毎 | 0 2 4 8 12w | |
| 評価時期 | 抗うつ薬 3w | 抗うつ薬 | 設定なし | 設定なし | 設定なし | 設定なし | 設定なし |
| 薬物療法・身体療法 | | | | | | | |
| 入院時 | 3w | 4w | | 2-4w | | | |
| 処方変更時期 | 8w | | | 2-4w | | | 7w |
| 服薬指導 | 4w | 3w | | 3-6w | | | 8w |
| 自己管理 | | | | | | | |
| ECT | | | | | | | |
| 心理教育・作業療法など | | | | | 入院時医師判断、 4wから自主的 | | 3w |
| 作業療法 | | 2w | | | | | |
| 集団療法 | | | | | 入院時から 入院時から2-4w毎 | | |
| 家族への心理教育 | | | | | 2w | | |
| 心理教育 | | | 入院時～ | | | | |
| 行動範囲 | | | | | | | |
| 入院時 | 個室 | 病棟内 | 開放病棟 | | | 自室 | 設定なし |
| 外出 | 4w | 4w | 12-24d | 2-4w | | 4w | 6w |
| 外泊 | 8w | 4w | 12-24d | 2-4w | | 8w | 8w |
| 退院 | 12w | | 30d | 6-7w | 3mo | 12w | 9-12w |

2) 統合失調症急性期入院医療パス

| | A大学 | B大学 | C大学 | D大学 | E大学 | F大学 | G大学 | H大学 |
|-------------|--------------------------|-------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| パスの種類 | 想定 | 想定 | 想定 | 既存 | 想定 | 共通 | 共通 | 既存 |
| パスの期間 | 12w | 4w | 4w | 8w | 3mo | 12w | 12w | 3mo |
| 検査 | 入院時 採血、甲状腺ホルモン、Xp | 入院時 採血、Xp,EEG,EEG,CT | 1w 採血、Xp,EEG,EEG | 入院時 Xp, ECG | 入院時 採血、Xp,EEG,EEG,CT | 入院時 採血、Xp,EEG,EEG | 入院時 採血、Xp,EEG,EEG,CT | 入院時 採血、Xp,EEG,EEG |
| 初回検査 | 1w: EEG, CT, 2w: 心理検査 | | | EEG, CT or MRI, SPECT | | | | 2w: CT |
| 反復検査時期 | | 2w毎に採血、 4w毎にEEG | | 0,1,2,4,6,8w | 4w毎に採血、 EEG | | | 1mo毎に採血 1,4,8,12w |
| 評価時期 | | | | 設定なし | 設定なし | | | 設定なし |
| 薬物療法・身体療法 | | | | | | | | |
| 入院時 | 抗精神病薬 | 非定型抗精神病薬 | 抗精神病薬 | 設定なし | 設定なし | | | |
| 処方変更時期 | 3w | | 4w | 2-4w | | | | |
| 服薬指導 | | | | 2-4w | | | | |
| 自己管理 | 8w | | | | 6w | 8w | 7w | 2w |
| ECT | 4w | | | | | 8w | 8w | 2mo |
| 心理教育・作業療法など | | | | | | | | |
| 作業療法 | | 2w | | | 入院時から | | 3w | |
| 集団療法 | | | | | 1w | | | |
| 家族への心理教育 | | | | | 1w | | | |
| 心理教育 | | | | | 6w | | | |
| 行動範囲 | | | | | | | | |
| 入院時 | 個室 | 病棟内 | 2人部屋 | | 病棟 | 自室 | 設定なし | |
| 外出 | 4w | 2w | 4w | 2-4w | 2w | 4w | 6w | 2mo |
| 外泊 | 8w | 4w | | 2-4w | 6w | 8w | 8w | 2mo |
| 退院 | 12w | | | 6-8w | 12w | 12w | 9-12w | 3mo |

3)興奮状態による隔離室利用パス

| | A大学 | B大学 | C大学 | D大学 | E大学 | I大学 |
|-----------|-----------------------|-----------------|----------------------|------------------|---------------------------|-------------|
| パスの種類 | 想定 | 想定 | 想定 | 既存 | 想定 | 想定 |
| パスの期間 | 12w | 4w | 2w | 7w | 1w | 10d |
| 検査 | 入院時 | 入院時 | 1w | 入院時 | 入院時 | 入院時 |
| 初回検査 | 採血、甲状腺ホルモン、Xp | 採血、ECG | 血液 | 採血、Xp、ECG、EEG、CT | 採血、Xp、ECG、EEG、CT | 採血、Xp、ECG |
| 評価時期 | 1w: EEG, CT, 2w: 心理検査 | 1w: Xp, EEG, CT | 2w: EEG, CT | 毎日 | | 1d, 5d, 10d |
| 薬物療法・身体療法 | | | | | | |
| 入院時 | 抗精神病薬 | 注射 | 注射 | 注射or経口 | 設定なし | 内服薬 |
| 処方変更時期 | | 1w | 1w? | | | 7d |
| 身体療法 | 輸液管理 0~1w | 1w | | | | |
| ECT | | | | | | |
| 行動範囲 | | | | | | |
| 入院時行動範囲 | 隔離室、場合により拘束 | 隔離室 | 隔離室内抑制 | 隔離 or 拘束 | 隔離室 | 抑制 |
| 部分開放 | | 1w | 1w | 4d- | | 8d |
| 隔離解除 | 2w | 2w | 2w? | 5d- | 2-7d | 10d |
| アウトカム | 身の回りレベルでの自立、病棟内適応 | 安全性の確保、睡眠・休息の確保 | 安全性の確保、睡眠の確保、希死念慮の消失 | | 安全な環境の確保、睡眠休息がとれる、治療同盟の成立 | |

—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

分担研究者 前田久雄 久留米大学医学部精神神経科学教室 教授

研究要旨：本研究では、急性期治療病棟の退院患者の臨床的・人口統計学的特徴を明らかにするとともに、患者の退院後転帰と再入院について縦断的に調査を行った。**研究方法：**対象は同一地域にある 14 の精神科急性期治療病棟を 2001 年 11 月に退院した患者 266 名である。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。**結果：**急性期治療病棟における退院後転帰は、地域への退院（グループホームなど含）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、年齢、退院時の心理社会的機能レベル、診断が挙げられた。また、地域に退院した患者の再入院率は、退院後 1 ヶ月 6.3%、3 ヶ月 9.8%、6 ヶ月 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で再入院率が有意に高かった。**まとめ：**急性期治療病棟において、患者の地域退院率は比較的高かった。しかし、再入院率も高く、今後の課題といえる。本研究の結果より、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、再入院率の減少のためには特に過去に再入院歴の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が必要であることが示唆された。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

| | |
|-------|-------------------------------|
| 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 | 久留米大学医学部精神神経科学教室 助手 |
| 小山明日香 | 東京大学大学院医学系研究科 精神保健学分野 博士課程 |
| 伊藤弘人 | 国立保健医療科学院経営科学部 サービス評価室長 |

A. 研究目的

精神科急性期治療病棟は、短期間で集中的な治療・ケアを行うための包括病棟である。今後機能分化がさらに進むことが予想される精神科治療において、急性期治療病棟の果たす役割と意義は大きい。

精神科急性期治療病棟は、治療の質の確保のために、様々な厳格な施設基準を設けている。そのひとつが、措置入院を除く新規患者のうちの 4 割以上が入院日から 3 ヶ月以内に退院し在宅に移行

しなければならないというものである。この基準を満たすために、患者の状態が十分に改善していないのに退院に至り、結果的に再入院率を高めてしまう危険性が懸念されている。

精神科における再入院が負のアウトカムと断言できるかどうかには議論の余地がある。しかし、一般的に再入院率はクリニカルインディケータールとしてしばしば用いられる指標であり、治療アウトカムの一側面を映し出すものである。

そこで、本研究では、精神科急性期治療病棟において、患者の退院後転帰がどのような要因に基づいて決定されているのか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することを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象及び調査方法

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、最終的に266名のデータを使用した。

6ヶ月後の再入院に関するフォロー調査では、うち178名(66.9%)についての回答が得られた。なお、本報告における再入院率の検討については、このうち地域に退院した患者112名のみを対象とした。

2. 調査内容

対象患者の退院時に、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・入院時GAF得点)・退院後転帰について主治医が記載した。

6ヵ月後の2002年5月に、再度主治医に対し、対象患者の退院後の状況(再入院の有無・再入院

の場合は日付)についての記入を依頼した。

C. 研究結果(資料参照)

1. 対象者の属性

調査対象施設ごとの対象者の診断と入院形態を資料に示す。気分障害患者の割合の高い施設や、器質性精神障害の割合の高い施設などがあり、各施設により様々な特徴がある。また、入院形態についても、施設により様々である。

対象者の平均年齢は45.6歳(SD=17.5)であり、男性121名(45.5%)、女性145名(54.5%)であった。平均入院日数は59.6日(SD=45.1)であった。入院形態は、任意入院179名(67.3%)、医療保護入院83名(31.2%)、措置入院3名(1.1%)、その他不明1名(0.4%)であった。診断は統合失調症115名(43.2%)、気分障害75名(28.2%)、不安障害16名(6.0%)、器質性精神障害21名(7.9%)、物質使用26名(9.8%)、その他13名(4.9%)であった。精神科入院歴のある患者は167名(62.8%)であった。退院先は、自宅174名(65.4%)、グループホーム・援護寮などの居住施設7名(2.6%)、転院10名(3.8%)、転棟73名(27.4%)その他2名(0.8%)であった。心理社会的機能レベルを表すGAF得点は、入院時平均37.1点(SD=14.5)、退院時平均62.8点(SD=16.5)であった。

2. 地域退院群と転棟・転院群の特徴の比較(表1、表2)

自宅・居住施設・その他の地域に退院した患者(以下、地域退院群)183名(68.8%)と、転棟・転院した患者(以下、転棟・転院群)83名(31.2%)の臨床的特徴・人口統計学的背景を比較した。その結果、地域退院群は転棟・転院群よりも年齢が有意に低く、入院時・退院時ともにGAF得点が

有意に低かった。また、地域退院群で、精神科入院歴のある患者、任意入院の患者、統合失調症以外の患者の割合が有意に高かった。

2群間で有意差のあった以上の項目を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った結果、地域退院と転棟・転院を判別する要因として、年齢・診断・退院時GAF得点が有意であった。つまり、地域退院を妨げる要因として、高齢・統合失調症・退院時GAF得点が低いことが挙げられた。

3. 地域退院患者の再入院率（表3）

地域退院群の再入院率を算出した結果、退院後1ヶ月で6.3%、3ヶ月で9.8%、6ヶ月で24.1%であった。

患者の臨床的特徴・人口統計学的背景ごとに再入院率に違いがあるかどうかを生存分析にて検討した。その結果、性別・診断・精神遅滞合併の有無・身体合併症の有無・デイケアなどの利用の有無・入院形態・入院時GAF・退院時GAFによる有意な再入院率の違いはなかった。しかし、過去の入院歴の有無に関して、入院歴のある患者のほうが入院歴のない患者よりも有意に再入院率が高かった。なお、入院歴のある患者は入院歴のない患者と比較して入院時GAF得点が有意に低かったが（それぞれ35.9点、43.9点、 $t = 2.8, p < .01$ ）、それ以外には違いはなかった。

また、人格障害の診断基準を満たす患者で、それ以外の患者よりも有意に再入院率が高かった。なお、人格障害の基準を満たす患者と満たさない患者で、臨床的特徴・人口統計学的背景に有意な違いはなかった。

D. 考察

本調査の対象は、地域連携が比較的整った、隣接する2県における施設である。そのため、各施

設の特徴が生かされ、それぞれの専門を生かした治療が可能な施設が対象に多く含まれている。本調査の結果は、そのような背景をふまえて考察されるべきであろう。

対象患者の属性について、「平成13年度6月30日調査」の全精神病院における6月の退院患者の属性と比較すると、急性期治療病棟の患者は若干気分障害患者の割合が高く、（6月30日調査16.9%に対し、本調査28.2%）器質性精神障害の割合が低い（6月30日調査15.6%に対し、本調査7.9%）。また、6月30日調査では、1年未満の入院期間の患者のうち78.2%が自宅へ退院しているが、急性期治療病棟患者では65.4%と低い。入院形態は6月30日調査とほぼ同様の結果である。

これらの結果は、本調査の対象病棟のなかに気分障害を中心に治療を行っている病棟が含まれていたことなども影響しているかもしれない。とはいえ、器質性精神障害患者や退院後自宅に退院する者の割合が低いことは、精神科急性期治療病棟の現状を反映していると考えられる。もっとも、急性期治療病棟においても、地域へ退院する患者は7割程度であり、それなりの成果をあげているといえよう。

次に、地域退院と転棟・転院を判別する要因として、年齢・診断・退院時GAFが挙げられたことについて考察する。患者の退院時の心理社会的機能レベル（GAF）が、地域退院が可能かどうかを判別する指標となっていることは、状態の改善が十分でない患者は転棟・転院により継続して治療を行うというように、患者の転帰が適切に見極められていることを意味する。退院後の転帰が患者の状態に応じて決定されるのは当然ではあるが、急性期治療病棟の厳格な施設基準のもとでも同様の結果が示されたことは、一定の意義がある