

Z00500499A

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17年度

総括・分担研究報告書

平成18（2006）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17年度 総括・分担研究報告書

- 主任研究者 樋口 輝彦 (国立精神・神経センター武蔵病院)
- 分担研究者 樋口 輝彦 (国立精神・神経センター武蔵病院)
- 原田 誠一 (国立精神・神経センター武蔵病院)
- 渋谷 孝之 (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科学教室)
- 笥 淳夫 (国立保健医療科学院施設科学部)

平成17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

ときわ病院	志仁会西脇病院	東京大学医学部附属病院精神科
公徳会佐藤病院	光生会平川病院	東京医科大学病院精神科
財団法人竹田総合病院	横田会向陽台病院	昭和大学附属東病院精神科
静和会浅井病院	財団法人復康会沼津中央病院	横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター
財団法人復光会総武病院	瀬野川病院	北里大学東病院
精神医学研究所附属 東京武蔵野病院	府立洛南病院	新潟大学医歯学総合病院精神科
柏崎厚生病院	県立精神医療センター 大宰府病院	金沢大学医学部附属病院精神科
青山信愛会新津信愛病院	久留米大学病院精神科	金沢医科大学病院精神科
総合心療センターひなが	千葉県精神科医療センター	福井医科大学医学部附属病院 精神科
桐葉会木島病院	国立療養所犀潟病院	藤田保健衛生大学病院精神科
養心会国分病院	国立療養所松籟荘	山口大学医学部附属病院精神科
大慈会三原病院	国立療養所賀茂病院	産業医科大学病院精神科
須藤会土佐病院	国立療養所鳥取病院	佐賀大学医学部附属病院精神科
豊司会新門司病院	国立療養所琉球病院	熊本大学医学部附属病院精神科
翠会行橋記念病院	獨協医科大学病院	鹿児島大学医学部附属病院 精神科
大村共立病院	昭和大学附属鳥山病院	国立病院機構菊池病院
埼玉医科大学病院精神科	一陽会陽和病院	新光会不知火病院

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・神経センター武蔵病院)

II. 分担・協力研究報告

研究 A: 精神科急性期病棟における大うつ病性障害患者に対する薬物治療の検討

1. 精神科急性期病棟における大うつ病性障害の薬物治療に関する研究 15
樋口 輝彦 (国立精神・神経センター武蔵病院)
2. うつ病の処方データの解析 28
原田 誠一 (国立精神・神経センター武蔵病院)
3. 大学病院における大うつ病急性期入院治療に関する調査 34
宮岡 等 (北里大学医学部精神科学教室)

研究 B: 精神科リハビリテーション病棟のクリニカルパスに関する研究

4. 精神科リハビリテーション病棟のクリニカルパス収集に関する研究 45
樋口 輝彦 (国立精神・神経センター武蔵病院)
5. 精神科リハビリテーション病棟のクリニカルパスに関する研究 105
渋谷 孝之 (千葉県精神科医療センター)
6. 退院に向けた課題について一日精協版しやかいふつき (生活障害評価) との関係 113
澤 温 (さわ病院)
7. 精神科社会復帰病棟における治療内容と施設環境に関する研究 122
笥 淳夫 (国立保健医療科学院施設科学部)

研究 C: 大学病院デイケア通所中の統合失調症患者の処方に関する研究

8. デイケア通所患者の抗精神病薬使用の調査研究 136
前田 久雄 (久留米大学医学部精神神経科学教室)

- III. 巻末資料: 調査票 150

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

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 国立精神・神経センター武蔵病院 院長

研究要旨：本研究の目的は、精神科急性期・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17年度は、精神科急性期病棟における大うつ病性障害患者に対する薬物治療の検討【研究A】、精神科リハビリテーション病棟におけるクリニカルパス調査【研究B】、大学病院デイケア通所中の統合失調症患者の処方に関する検討【研究C】の3つを行った。**研究方法：**研究Aでは、精神科急性期治療病棟・救急入院料病棟・大学病院及び国立病院機構に属する病院の急性期患者を多く受け入れている病棟を退院した大うつ病性障害患者の薬物治療について調査した。研究Bでは精神科リハビリテーション病棟（社会復帰病棟またはそれに類する機能を果たしている病棟）において、想定例が退院するまでの治療・ケア計画をクリニカルパス形式で収集した。研究Cでは久留米大学病院デイケアに通所中の統合失調症患者に対する処方を3年間に渡って調査した。**まとめ：**研究A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料病棟を有する病院、急性期治療にあっている大学病院病棟や国立病院機構に属する病院における大うつ病性障害治療の現状が示された。研究Bにより長期在院患者の社会復帰に向けた課題のとらえ方、退院に向けての計画方法、必要とされる施設環境についての示唆が得られた。研究Cからは外来通院患者に対する薬物治療が多剤大量処方から脱却しつつある現状が明らかになった。以上の3つの研究は、現在の精神科急性期病棟及びリハビリテーション病棟における治療の現状を示すとともに、今後の治療のあり方を検討する際に有用な示唆を与えるものと考えられる。

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
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 名誉センター長
渋谷孝之	千葉県精神科医療センター 医長	清水千春	同上 看護師長
澤温	さわ病院 院長	長島美奈	同上 生活療法科
宮岡等	北里大学医学部精神科学教室 教授	高橋恵	北里大学医学部精神科学教室講師
前田久雄	久留米大学医学部精神神経科学教室 教授	井上彩	北里大学医療系大学院
笈淳夫	国立保健医療科学院施設科学部 部長	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
		工藤真人	国立保健医療科学院研究生
		小山明日香	東京大学大学院医学系研究科博士課程
		中西三春	東京大学大学院医学系研究科博士課程
		田島美幸	東京大学大学院医学系研究科博士課程
		安西信雄	国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神 保健部 部長
		瀬戸屋雄太郎	同 研究員
		小高真美	同 流動研究員
		伊藤明美	国立精神・神経センター武蔵病院精神保健福祉士
		沢村香苗	同 リサーチレジデント

A. 研究目的

精神科医療は、国際的に急性期治療中心に転換しつつあり、それはわが国においても同様である。その背景には精神障害者の退院・社会復帰の促進という重要な政策課題がある。

この課題を達成するためには、現在入院している長期在院患者の退院を地域と入院医療の両面から効果的に進めることが重要であり、社会復帰施設等の整備とともに、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。

同様に重要なのが、新規に入院する患者の治療を充実させ十分な効果をあげることによって、入院の長期化を防ぐことである。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であり、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。

精神科急性期病棟及びリハビリテーション病棟の設備・構造・人員配置基準を明確にする上で、現在行われている治療についての具体的な情報が求められているが、そのような情報は十分に得られているとは言い難い。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年度は精神科急性期病棟においてクリニカルパスの収集を行い、治療ケアプロセスを把握した。平成16年度は、入院患者の多数を占める統合失調症患者に対する薬物治療に注目し、精神科急性期病棟で現在行われている

治療の実態を把握することを試みた。

今年度（平成17年度）は、【研究A】精神科急性期病棟における大うつ病性障害患者に対する薬物治療の検討、【研究B】精神科リハビリテーション病棟におけるクリニカルパス収集、【研究C】大学病院デイケア通所中の統合失調症患者の処方に関する研究の3つを行った。以下、研究方法・結果・考察は研究A・研究B・研究Cに分けて記述する。

【研究A】精神科急性期病棟における大うつ病性障害患者に対する薬物治療の検討

B. 研究方法

本研究では研究班を組織して、急性期治療を目的とした精神科病棟に入院中の大うつ病性障害患者に対する処方を調査し、具体的な治療ケアプロセスを明らかにした。各分担研究班が対象施設全体における処方に関する分析（分担研究1の研究A）、SSRIやSNRIの処方に関する分析（分担研究2）、大学病院における処方に関する分析（分担研究3）を行った。

1. 対象施設

平成15年8月時において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していた全国の民間病院と公立病院112施設、国立療養所（現・国立病院機構に属する病院）16施設、および大学病院85施設の計213施設に調査協力を依頼した。国立療養所については、必ずしも急性期の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急性期の患者をもっと

も多く受け入れている病棟を対象病棟とした。

対象施設の施設長ならびに精神科長（医局長）あてに FAX 票を郵送し、調査への協力の可否について回答を依頼した（巻末資料：協力依頼文 1）。調査協力を検討してもよい旨の返答が得られた施設に調査票の見本を郵送し、同封した FAX 票にて最終的な調査協力の可否を尋ね回答を依頼した（巻末資料：協力依頼文 2）。民間病院 26 施設、公立病院 5 施設、国立療養所 8 施設、および大学病院 20 施設の計 54 施設から最終的な調査協力への同意が得られた。

2. 調査方法

本調査は質問紙法により実施された。各施設の調査担当者が調査マニュアルに従い調査のとりまとめを行った（巻末資料：調査マニュアル）。

調査担当者は 2 ヶ月間の調査期間内に退院が決定した、DSM-IV に基づく大うつ病性障害の診断を有する患者を全員リストアップし、患者リストに記載した（巻末資料：調査票 A）。なお、入院の主理由が精神障害でない場合は対象から除外した。主治医が患者に調査の主旨を説明し、書面による同意を得た（巻末資料：調査票 B）。同意の得られた患者の入院中の治療や症状について担当看護師および主治医が振り返りで評価し、質問紙に回答した。調査にあたっては病院と医師および患者に ID を割りあて、調査事務局が質問紙を回収した時点で患者および医師が匿名化されるようにした。

3. 調査内容

薬剤処方調査に用いた調査票は主治医記入の患者調査票（巻末資料：調査票 C）と看護師記入の患者調査票（巻末資料：調査票 D）で構

成されている。

主治医記入の患者調査票（巻末資料：調査票 C）では、患者の初発年齢もしくは初発年、入院暦の有無、合併症の有無、入院に至る経緯、退院後転帰、入院中に受けた治療、入院中に見られた副作用、入院時の症状及び入院期間中にみられた症状、入院時と退院時の服薬に対する必要性の認識、入院時と退院時の全体的機能を尋ねた。入院中に受けた治療は 10 項目から複数回答とした。副作用は 15 項目から複数回答とした。患者の症状では DSM-IV における統合失調症の症状 9 項目および大うつ病性障害の症状 9 項目を用いて、複数回答とした。服薬に対する必要性の認識は、病識評定尺度 Schedule for Assessment of Insight (SAI) の日本語版 SAI-J の下位尺度「治療の必要性」より 1 項目を用いた。全体的機能の評価は、DSM-IV における機能の全体的評定尺度 Global Assessment of Functioning (GAF) を用いた。

看護師記入の患者調査票（巻末資料：調査票 D）では、患者の年齢、性別、医療保険、入院の形態、入院日、入院中に観察された攻撃的行動の頻度と程度、入院期間中の隔離・身体拘束の有無とその期間を尋ねた。また患者の入院中の処方に対し、看護師自身の要望（増薬・減薬・種類の変更）とその理由（増薬 5 項目・減薬 4 項目・種類の変更 8 項目からそれぞれ 1 つを選択）、医師への相談や情報提供およびその後の処方変更の頻度を尋ねた。また、患者の処方について、看護師（または薬剤師）に入院日、最初の処方変更時、入院日と退院日の中間日、および退院日の処方の記入を依頼した。

なお参加施設には、平成 16 年 6 月に調査結果のフィードバックとして調査報告書を送付

した。

4. 分析

患者調査票への記入を元に、患者の属性や入院に至る経緯、症状等についての単純集計を行った。また、記載された処方内容から、稲垣らの等価換算表（1999）などをもとに、研究班が1日あたりの処方量や処方剤数を算出し集計を行った。抗うつ薬についてはイミプラミン換算量、抗不安薬と睡眠薬についてはジアゼパム換算量を用いた。

分担研究 1(研究 A):精神科急性期病棟における大うつ病性障害の薬物治療に関する研究

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、調査で得られた処方データ全体について、処方量・処方薬剤種類の集計を行った。また、患者の処方に対する看護師の要望を集計した。

分担研究 2:うつ病の処方データの解析

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、近年治療薬として広く用いられている SSRI と SNRI の使用の実態を明らかにすることを目的として、大うつ病性障害患者が入院中に処方された薬剤の内容を検討した。

分担研究 3:大学病院における大うつ病急性期入院治療に関する調査

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、大学病院における診療の特徴を明らかにするために、患者属性・医師属性・処方内容について大学病院以外の精神科病床との比較検討を行った。

C. 研究結果

1. 精神科急性期・救急治療病棟における大うつ病の薬物治療に関する研究

樋口分担研究班の研究では、36施設より110名の大うつ病性障害患者の入院時・初回変更時・中間日・退院時における処方が収集された。

8割以上の患者に抗うつ薬が処方されており、イミプラミン換算量の中央値は入院時75.0mg/日、中間日100.0mg/日、退院日90.0mg/日であった。いずれの時点でも6割程度の患者が150mg/日以下のカテゴリーに入っていた。

抗うつ薬の単剤使用は入院時で55.5%、初回変更時で43.6%、中間日で46.1%、退院日で48.2%であった。4時点を通して最も多く選択されたのがSSRI、次いで三環系抗うつ薬であった。2剤併用は入院時で21.8%、初回変更時で24.5%、中間日で22.7%、退院日で23.6%であった。sulpirideは2剤併用に関連する頻度が高かった。3剤併用は入院時で7.3%、初回変更時で8.2%、中間日で8.2%、退院日で5.5%であった。3剤併用に関連する頻度が高かった薬剤は、sulpiride、trazodone、三環系抗うつ薬であった。4剤併用は入院時で0.9%、初回変更時・中間日・退院日で1.8%であった。4剤併用に関連する頻度が高かった薬剤は、sulpiride、四環系抗うつ薬、trazodoneであった。また、同時に2種類以上の抗うつ薬を処方されていた者は入院時で30.0%、中間時で32.7%、退院時で30.9%存在した。

患者の処方に関して、担当の看護師は症状に応じて増量・減量・変更をしてほしいと感じていた。また、そう感じた際には医師に情報を伝えたり相談したりし、その後で処方が変更され

たことが多かった。

2. うつ病の処方データの解析

原田分担研究班では、入院治療中の処方内容情報が得られた大うつ病性障害患者 108 例に関して、①入院時に SSRI の処方があった群の特徴、②退院時に SSRI の処方があった群の特徴、③入院時に SNRI の処方があった群の特徴、④退院時に SNRI の処方があった群の特徴を検討した。

①入院時 SSRI 処方あり群の特徴：入院時に 33 例で SSRI の処方があった。このうち 22 例で退院時にも SSRI の処方があり、SSRI 単独で入院治療を完結できたのは 8 例であった。

②退院時 SSRI 処方あり群の特徴：33 例で退院時に SSRI の処方があり、そのうち 17 例が SSRI 単独処方であった。33 例中 11 例は入院後に SSRI 投与開始となり、9 例が SSRI 単独で入院治療終結となっていた。SSRI の併用薬は、(A)薬理学的プロファイルが異なるもの、(B)セロトニン強化薬剤、(C)不眠治療薬が主であった。

③入院時 SNRI 処方あり群の特徴：入院時に 17 例で SNRI の処方があり、8 例は SNRI の単独投与であった。6 例が SNRI 単独で入院治療を終えていた。

④退院時 SNRI 処方あり群の特徴：退院時に SNRI の処方があった症例は 16 例で、そのうち 10 例が SNRI 単独投与であった。SNRI の併用薬としては、Sulpiride や Mianserin が多かった。

3. 大学病院における大うつ病急性期入院治療に関する調査

全対象患者 110 名中、大学病院入院患者は

53 名、大学病院以外（非大学病院）の入院患者は 57 名であった。患者年齢、入院日数、初発年齢、罹患年数、入院時 GAF、退院時 GAF に有意差はなかった。薬物療法以外の治療選択では大学病院が、非大学病院に比べ ECT を施行している施設が有意に多かった。反対に作業療法は非大学病院のほうが大学病院に比べ多く、有意差を認めた。隔離や拘束に関しては大学病院、非大学病院で差がなかった。

患者の担当医は合計 134 名でこのうち、大学病院所属 36 名、それ以外 98 名であった。医師の平均年齢は、大学病院が 31.3 歳、非大学病院が 41.5 歳と、大学病院のほうが有意に若かった。

性別は、男性の割合が大学病院では 72.2%、非大学病院では 91.8%で、非大学病院で有意に男性医師が多かった。勤務年数は大学病院が 4.2 年、非大学病院が 12.9 年で、大学病院のほうが有意に短かった。

入院時処方において 3 環系、4 環系、SNRI の選択確率は大学病院で高い傾向にあり、mianserin、milnaciprane、amitriptyline の使用率は有意に高かった。イミプラミン換算の抗うつ薬合計平均使用量は入院時にはほぼ同量であった。抗精神病薬の併用では非大学病院で levomepromazine の使用率が高かった。抗不安薬の平均合計使用量に差はなかった。退院時処方では、抗うつ薬の種類を選択率に有意差は認めなかったが、mianserin、milnaciprane は大学病院での使用率が高い傾向にあった。イミプラミン換算の抗うつ薬の合計平均使用量、抗精神病薬、抗不安薬の平均合計使用量は同じであった。

D. 考察

精神科急性期病棟に入院していた大うつ病性障害患者に対する薬物治療を、処方量 (mg/日)、本研究では薬剤の種類、処方された薬剤の種類数に注目して検討した。処方量は、入院時から中間日にかけて増量され、退院時にはやや減量されていた。どの時点でも比較的低用量 (1~150mg/日)の処方が6割と多くを占めた。全体で最も多く選択された薬剤はSSRIであり、次いで三環系抗うつ薬であった。およそ半数が単剤治療であり、SSRIが最も多く選択された。併用治療で最も選択される事が多かったのはsulpirideであった。患者の処方に関して、担当の看護師は症状に応じて増量・減量・変更をしてほしいと感じていた。また、希望した際には医師に情報を伝えたり相談したりし、その後で処方に変更されたことが多かった。看護師から情報が伝えられた場合、それが処方に反映されることが多かったと考えられる。

SSRIとSNRIの処方に注目した検討の結果、SSRIに関しては①入院時、退院時とも約3割で処方された②単剤投与率は入院時6割、退院時5割程度であった③入院時SSRI投与症例の25%程度が退院時までSSRI単独投与であった④退院時SSRI投与例の3分の1は入院後から投与開始となり、その約8割が単剤投与で治療を終えた⑤約15%でSSRI投与中止となっており、その後の処方内容から一部で躁転があった可能性が考えられた⑥SSRIの主な併用薬は、(1)薬理学的プロファイルが異なるもの、(2)5-HT強化薬剤、(3)不眠治療薬であった⑦SSRI投与と関連する患者属性、GAF値、症状、副作用、医師属性などは認められなかった⑧副作用で差が認められなかった背景には、併用症例が比較的多い(約4割)ことがあるものと思われた⑨SSRIと非定形抗精神病薬の併用は、

入院時5例、退院時3例と比較的少数であった、という9点が明らかになった。SNRIに関しては①入院時・退院時ともSNRIの処方あり群は約15%で、SSRIの約半分であった②SNRIの単独投与率は入院時5割、退院時6割程度であり、SSRIとほぼ同様であった③入院時から退院までSNRI単独投与ですんだ症例の割合は35%で、SSRIの値(25%)よりも若干高値であった④入院時SNRI投与があり、その後抗うつ薬がすべて中止となった症例は6%で、躁転が疑われた⑤退院時の併用薬剤は、SulpirideとMianserinが多かった⑥入院後SNRI投与が中止となり他剤に処方変更となった症例での新薬剤は、SSRIが最多であった⑦SNRI投与と関連する患者属性、GAF値、症状などは認められなかった、という7点が明らかになった。

大学病院ではそれ以外の病院と比較して、男性、初発が多い傾向にあったが、患者年齢、入院日数、初発年齢、罹患年数、入院時GAF、退院時GAFに有意差はなかった。薬物療法以外の治療法で比較したところ、ECT試行率は大学病院で有意に多かった。大学病院では麻酔科の協力のもと修正型ECTを実施しやすい環境にあるためであると考えられる。一方作業療法は非大学病院で有意に高い確率で行われている。大学病院には精神科病床数が少なく作業療法などの実施は少ない。この代わり入院集団精神療法は大学病院で多い傾向にあり、リハビリテーションに配慮がなされている。したがってこれら治療法の選択の違いは施設特性の差異による結果と考えられよう。初回処方の使用薬剤に関しては大学病院、非大学病院ともに3環系抗うつ薬とSSRIの使用頻度が高かった。非大学病院ではSSRIが多く使用され、大学病

院では幅広く薬剤選択がなされている特徴があった。イミプラミン換算して比較した薬剤使用量では両者に差がないことから、大うつ病急性期に使用される薬剤はおおよそイミプラミン換算にして 110mg/d 程度といえる。退院時処方においても両者に有意差は認めなかった。SSRI の投与量は入院時と退院時を比較して、さほど変化がないのに対し、3 環系抗うつ薬は大学病院では増量、非大学病院では増量されたものと減量されたものがあり、薬剤の切り替えが行なわれた可能性を示唆する。一方、非大学病院では、入院時の levomepromazine の併用が多い傾向にあったが、抗精神病薬の併用率や平均使用量はほぼ等しかった。抗不安薬や気分安定薬の併用率は両差で有意差を認めなかった。しかし、気分安定薬では valproate の併用率が退院時に大学病院、非大学病院ともに増加していたが、これは躁転を示唆するものかもしれない。抗不安薬の使用量にも大きな差異は認められなかった。有意差を認めた入院時の nitorazepam に関しても、使用例が少数なため、偶発的に出現したものと考えられる。退院時には etizolam の使用量に有意差が認められた。今後これらの差異の背景要因を探るとともに大学病院での大うつ病急性期治療の標準化に向けての研究を継続することが医学教育の充実のためにも急務と思われた。

【研究 B】精神科リハビリテーション病棟におけるクリニカルパス収集

B. 研究方法

精神科リハビリテーション病棟（社会復帰病棟またはそれに類する病棟）におけるクリニカルパス収集を行った（分担研究 1 の研究 B）。

クリニカルパスの具体的な内容の分析は、分担研究 3 及び分担研究 4 にて行った。また、分担研究 6 で標準パスを作成し、特に重要と思われる治療・ケアの内容に対する施設環境のあり方を整理した。

分担研究 1 (研究 B): 精神科リハビリテーション病棟のクリニカルパス収集に関する研究

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、平成 15 年度の急性期病棟クリニカルパス調査に協力した病院に再度協力を依頼し、民間病院 13 施設、公立病院 1 施設、国立病院機構に属する病院 6 施設、および大学病院 3 施設の計 23 施設から最終的な調査協力への同意を得て調査を行った。病識・コンプライアンス・社会復帰への意欲等を課題として含んだ 3 つの想定例を提示し、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・ケア手順をクリニカルパス形式で記入するよう依頼した。

分担研究 4: 精神科リハビリテーション病棟のクリニカルパスに関する研究

渋谷孝之分担研究者を中心とした研究グループ（以下渋谷分担研究班とする）では、収集されたクリニカルパスの内容を分析し、今後のパスの有用性を高めるための提案を行った。

分担研究 5: 退院に向けた課題について一日精協版しやかいふつき(生活障害評価)との関係

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、今回の調査で用いられた想定事例に関して本研究に参加し

た15施設が社会復帰のために必要な要素と考えた課題と、澤分担研究者が社会復帰にとって必要だと述べてきた精神障害者が生活するためのアセスメントのポイント「しやかいふつき」の7項目との関係を検討した。また各施設が考える退院への予想期間について調べた。

分担研究6:精神科社会復帰病棟における治療内容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、精神科社会復帰病棟における具体的な診療プロセスを概観し、患者の社会復帰において必要となる課題を明らかにした上で、必要となる病棟内・病院内においての施設環境のあり方を明らかにすることを目的とした研究を行った。期間や記載内容の表現にばらつきのある各病院のクリティカル・パスの記載内容から、患者の社会復帰を可能にする条件や治療・ケアの項目によって整理した「治療・ケア内容表」を作成して記載内容の把握を行うことにより、「標準のパス」を作成した。そして、治療・ケア内容表において患者の社会復帰に重要とされる項目に着目し、施設環境のあり方をコメントした。

C. 研究結果

1. 精神科リハビリテーション病棟のクリニカルパス収集に関する研究

民間病院10施設と公立病院1施設、国立病院機構に属する病院3施設、および大学病院3施設の計17施設から回答を得た。前回調査に協力の得られた施設に再度協力を依頼したが、該当する病棟がない等の理由から、回答率は36.2%に留まった。

2. 精神科リハビリテーション病棟のクリニカルパスに関する研究

退院に向けた課題の優先順位(上位3位までに入ったもの)を事例ごとに集計した。課題の優先順位には、施設間で大きな相違はみられなかった。事例ごとのパスの設定期間は、ほとんどの施設で2~6か月としていたが、1施設のみ3事例すべてについて2年間のパスを設定していた。12施設は事例ごとに異なるパスを作成し、1施設は2事例のパスがほぼ同一、4施設は3事例のパスがほぼ同一であった。「何を、いつ行うか」という点では、複数のパスに共通の傾向が存在した。例えば、「家族面談、家族の意向確認」はどのパスでも開始初期に行われていた。しかし、パスの記載の具体性という点に注目すると、例えば精神療法について、単に「支持的精神療法」とするパスがある一方、「病気に対してのふり返り(病気に対しての認識を持てるように)」と詳述しているパスもあり、パスによる差が顕著であった。

3. 退院に向けた課題について一日精協版しやかいふつき(生活障害評価)との関係—

1) 退院に向けた課題の優先順位

事例1は服薬への無理解に最も注目され13施設が最優先に上げていた。2位がやりくりで、6施設が優先課題として挙げている。大学はやりくりを5位、6位に挙げている。そのほかは施設群で特徴は見られなかった。

事例2は対人関係について挙げていない施設が2施設あった。最も優先される課題としてやりくりを挙げた施設が6施設であった。次は意欲という課題であったがそれを挙げたのは3施設のみであった。

事例3は活動を最優先に挙げた施設が5施設

であったが大学では挙げた施設はなかった。次は服薬が4施設であった。「その他」では3施設が心理教育を、各1施設が家族調整・家族教育・家族教室・環境調整を挙げた。

2) 想定される平均在院期間

3事例の退院までの想定期間(月)は1病院のみが24ヶ月としているが、他の14施設では平均3.3ヶ月であった。また対象病棟を病院全体の在院日数は、対象病棟のみを見ても、民間で85日から1371日、国公立で21日から217日、大学でも48日から131日と大きくばらついた。

4. 精神科社会復帰病棟における治療内容と施設環境に関する研究

対象施設において3つの優先課題を持った想定例ごとに、患者に社会復帰を可能にする条件を整理し、標準のパスにおいて特に重要と思われる治療・ケアの内容に対する施設環境のあり方を整理した。

D. 考察

リハビリテーション病棟における臨床パス収集について

精神科リハビリテーション病棟(社会復帰病棟またはそれに類する機能を果たしている病棟)において、長期在院患者が退院するまでの治療・ケア計画を臨床パス形式で収集した。急性期病棟における調査に協力の得られた施設に再度協力を依頼したが、該当する病棟がない等の理由から、回答率は36.2%程度に留まった。精神科リハビリテーション病棟は診療報酬上で規定されているものではなく、回答が得られた施設も異質性が高かった可能性がある。しかし、精神科リハビリテーション病棟の

治療・ケアプロセスを臨床パス形式で収集した研究は他になく、本研究は今後の社会復帰活動にとって有用な資料となると考えられる。

臨床パスの内容について

7割の施設で事例別のパスを作成した結果は、社会復帰期のさまざまな患者を単一のパスでカバーすることの困難を示唆している。もっとも、退院困難事例にはいくつかのパターンがあると推測され、典型例ごとの「標準パス」を設定することは十分可能と思われる。

今回得られた臨床パスの内容を踏まえ、社会復帰期の臨床パスを有用なものとするために以下を提案する。

(1) 社会復帰期臨床パスのステージング

寛分担研究者より指摘されたが、社会復帰期の臨床パスを次の4期、

【退院促進開始時】

= 退院に必要な患者及び家族の情報を整理、把握する段階

【初期(1ヶ月以内)】

= 退院までのスケジュールを設定し、治療計画を立てる段階

【中期(1ヵ月後～退院検討時)】

= 退院への必要事項を具体的に進行していく段階

【退院時】

= 各種外来サービス部門との連携を開始し、予想される問題点を提起する段階

に区分することは、パスを作成運用する際に大変有効であると思われる。

(2) 課題の明確化、項目の具体的な記述

例えば「〇〇検査」「〇〇を点滴」等の項目

は、課題と手段が一致しており、齟齬はない。しかし「精神療法を週〇回行う」という項目はあくまで手段に過ぎず、達成すべき課題(例「服薬の必要を理解させる」)ではない。有用なクリニカルパスを作成するためには、手段以上に課題が明確に表現される必要がある。

(3) クリニカルパスの運用途中での修正

社会復帰期においては、課題(例「通院、服薬の習慣をつける」)の達成に予想以上の時間がかかってしまうことはしばしばあり、バリエーションが生じてパスから脱落する可能性が一般に高くなる。この問題を解決するには、クリニカルパスを運用途中で修正すればよい。バリエーションのためにパスを放棄するのではなく、患者の現状に応じてパスの方を柔軟に変更するのである。したがって、達成度を定期的に評価しパスを修正する場(ケア会議、担当者ミーティング)がパスに盛り込まれていることが必要である。

なお、社会復帰期のパスを、「時間軸は設定せず、あるステージでの目標が達成されたら次のステージへ進む」方式とすることは、治療における時間的制約への意識が希薄になる恐れがあり勧められない。暫定的にでも、時間軸を含めたパスを設定すべきである。

退院に向けた課題の捉え方について

今回、リハ病棟でのパス調査の3想定事例で出された退院に向けた課題の優先順位を見てみると第3事例以外は「しやかいふつき」

(し:社会的行動、や:やりくり(経費管理)、か:活動(生活リズム)、い:飲食(栄養管理)、ふ:服薬管理、つ:つきあい(対人関係)、き:きれいさ(保清))の7項目以外のものはほとんどなかった。第3事例では3施設が心理教

育を挙げ、それぞれ1施設が家族調整・家族教育・家族教室・環境調整を挙げたが、これらの課題は広くとれば服薬と対人関係の中に入ると考えられる。優先順位については特に第1事例では服薬に注目する施設が多かったが、全体を通じては優先順位をつけにくいことが分かった。むしろ全項目が均等に重要で、しかもこの項目でほぼ網羅すること、これらの項目が澤分担研究者及び日精協で作った改訂版の「しやかいふつき」と一致することがわかった。その結果しやかいふつきの7項目に従って退院計画を立てることが妥当であり、7万人余の退院、あるいは7万床余の減床にもこの評価ツールは重要であると考えられた。

退院までの在院期間については、病棟の在院日数にばらつきがあるので、対象病棟は超長期在院患者が主の施設と亜急性期患者が主の施設が混在している可能性があり、サブグループ作成の必要があるかもしれないと考えられた。また在院日数か在棟日数か病院によってカウントの仕方が異なっている点も見られ、今回のデータからは分析が難しいと考えられた。

【研究C】大学病院デイケア通所中の統患者の処方に関する検討

B. 研究方法

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、久留米大学病院デイケアに通所しリハビリテーションを行っている患者の処方内容について検討した。なお、調査対象デイケアは平成1年に開設された大規模型デイケアで、80~90名が在籍し、1日25から35名が通所している。

この分担研究における対象者は、デイケア通

所中の患者のうち、統合失調症および非定型精神病、躁鬱病、てんかん性精神病と診断され抗精神病薬が処方された患者であり、2003年、2004年、2005年各年の1月の第1回目の処方内容を後方視的に診療録から調査した。対象患者の処方のうち、抗精神病薬の処方内容、処方剤数、投与量、抗 Parkinson 病薬の併用の有無と処方量を集計した。その結果から、3年間の処方内容、投与薬剤数、投与量、抗 Parkinson 病薬について比較検討した。さらに2005年1月の処方内容について、特に新規非定型抗精神病薬を中心に、剤数、chlorpromazine 換算量、抗 Parkinson 病薬の併用の有無と biperiden 換算量を検討した。

C. 研究結果

3年間で、薬剤数は平均1.8剤から1.5剤へと有意に減少し、単剤の割合は38%から55%へ、新規非定型抗精神病薬使用の割合は70%から82%へといずれも増加していたが、抗精神病薬の chlorpromazine 換算量、抗 Parkinson 病薬併用の割合（約60%）および biperiden 換算量はいずれも3年間で差はなかった。2005年の処方では抗精神病薬、抗 Parkinson 病薬いずれの投与量も抗精神病薬の投与剤数と相関が認められ、3剤以上が大量投与であった。新規非定型抗精神病薬は82%で使用され、44%は単剤であった。抗 Parkinson 病薬の併用は risperidone 単剤より olanzapine 単剤で有意に少なかったが、2剤ともその投与量と biperiden 換算量との間に相関がみられた。

D. 考察

(1) 3年間の分析結果

デイケアに通所しリハビリテーションを行っている患者の3年間の処方内容の調査では、抗精神病薬の投与剤数が年々減少し、単剤処方の割合が増加していた。すべての新規非定型抗精神病薬で処方数が増加し、逆に従来型抗精神病薬はすべて処方数が減少していた。昨年精神科急性期治療病棟退院患者の処方調査と同様に、3年間を通し risperidone は最多投与薬剤であり、かつ処方数、単剤処方数ともに年々増加しており、デイケアを利用しリハビリテーションを行っている患者でも第一選択薬となっていることが示された。risperidone が最多投与薬剤となった理由として、導入が新規非定型抗精神病薬の中で早かったこと、急性期治療において従来多用されていた haloperidol の筋肉内投与に代わり risperidone 内用液投与が用いられ始めたこと、olanzapine の高血糖問題などが考えられる。

olanzapine は全体で2番目の処方数であったが、3年間でみると olanzapine 処方数も年々増加していたが、3年間ともに risperidone 処方例の約半数であった。quetiapine、perospirone については処方数が少なく一定の見解を述べるには至らないが、現時点では外来に通院しながらデイケアを利用している症例においても第一選択としての認識はやや低いと思われた。

次に投与剤数、投与量に関しては、今回の調査で投与剤数は3年間で平均1.8剤、1.6剤、1.5剤と年々減少し、逆に単剤処方率は38%、51%、55%と増加していた。一方、3年間の投与量は chlorpromazine 換算で 678 ± 587 mg、 597 ± 506 mg、 623 ± 538 mg と有意な変化はなく、またすべての新規非定型抗精神病薬で投与量に差はなかった。我が国における多剤大量処方

への問題提起や批判は多くの論文で論じられており、本邦での単剤投与率 12.5%~32.4%、chlorpromazine 換算投与量の平均 1003.8mg と比較すると、単剤投与率が高く、chlorpromazine 換算量は低いという今回の調査結果から、多剤大量処方から脱却しつつある現状が示された。

今回の調査で抗 Parkinson 病薬の併用は 3 年間とも全体の約 6 割であった。退院患者の処方方を調査した昨年の分担研究の約 7 割に比較すると抗 Parkinson 病薬併用の割合は少ないものの、今後抗 Parkinson 病薬が併用されている患者に対してその必要性を吟味し、不要な併用を避ける努力が必要であると考えられる。

(2) 2005 年の分析結果

2003 年から 2005 年までの 3 年間の調査結果では、抗精神病薬の投与剤数が年々減少し単剤処方の割合が増加していたが、ここで直近の 2005 年の処方調査について考察する。

患者の 82% が新規非定型抗精神病薬を処方されていたが、一方で従来型抗精神病薬はまだ 38% の患者に処方されていた。剤数については、新規非定型抗精神病薬処方例の 44%、従来型抗精神病薬の 27%、全体では過半数を越える 55% が単剤であったことより、多くは若い精神科医が単剤化を意識しているものと考えられた。

抗精神病薬の剤数と投与量については、薬剤数と chlorpromazine 換算量には相関関係が認められ、単剤投与では平均 $433.3 \pm 279.9\text{mg/day}$ 、2 剤では $759.2 \pm 473.7\text{mg/day}$ 、3 剤では $1736.7 \pm 982.5\text{mg/day}$ であった。このことから、chlorpromazine 換算 1000mg 以上とされる大量投与は 3 剤以上の併用と考えられ、昨年の退院時処方方の調査と同じ結果と

なった。加えて chlorpromazine 換算量と biperiden 換算量との間にも有意な相関が認められたことより、投与薬剤数を減らし可能な限り単剤化を目指すことで大量投与や抗 Parkinson 病薬の併用を避けることが可能と考えられる。

次に抗 Parkinson 病薬併用について考察する。2005 年でも抗 Parkinson 病薬は全症例の 60% で、新規非定型抗精神病薬が処方されている 64 例に限っても 62% で併用されていたが、新規非定型抗精神病薬単剤では 45% と半数以下であった。錐体外路症状が少ないとされる新規非定型抗精神病薬でも、従来型抗精神病薬との併用もしくは新規非定型抗精神病薬の多剤併用では単剤での使用に比べると抗 Parkinson 病薬併用の割合が高くなることより、従来型抗精神病薬との併用や新規非定型抗精神病薬の多剤併用を避け、単剤を目指す必要があることを示している。

chlorpromazine 換算投与量を抗 Parkinson 病薬併用の有無で分けると、当然のことながら抗 Parkinson 病薬併用での投与量が多く、必要に迫られて抗 Parkinson 病薬の併用がなされている症例も多いものと考えられた。しかしながら、このような症例でも、先に述べたように抗精神病薬の剤数を減らすことで chlorpromazine 換算量が減少し、ひいては抗 Parkinson 病薬の併用例を減少させる可能性はあると思われる。

処方数の多い risperidone と olanzapine の抗 Parkinson 病薬併用の有無をみると、各薬剤処方例全体でみると差はなかったが、単剤に限っては risperidone 単剤よりも olanzapine 単剤で Parkinson 病薬併用例は有意に少なかった。しかし 2 剤とも投与量と biperiden 換算

量との間に有意な相関がみられたことより、抗 Parkinson 病薬の併用を避ける、もしくは抗 Parkinson 病薬の併用量を少なくするために、risperidone、olanzapine といえども可能な限り少量とし、必要最小限の投与にすべきことを示している。

これらの結果からも、無用な抗 Parkinson 病薬の併用を避けるためには抗精神病薬の投与量を可能な限り減らし、新規非定型抗精神病薬単剤を目指すことが重要と考えられる。

【研究 A・B・C】

E. 結論

精神科急性期病棟における大うつ病性障害に対する薬物治療の研究によって、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、急性期治療にあたっている大学病院病棟や国立病院機構に属する病院における大うつ病性障害治療の現状が示された。

精神科リハビリテーション病棟におけるクリニカルパス研究からは、長期在院患者の社会復帰に向けた課題のとらえ方、退院に向けての計画方法、必要とされる施設環境についての示唆が得られた。

大学病院デイケアに通所中の統合失調症患者に対する処方方を3年間にわたって調査した研究からは、外来通院患者に対する薬物治療が多剤大量処方から脱却しつつある現状が明らかになった。

以上の3つの研究は、現在の精神科急性期病棟及びリハビリテーション病棟における治療の現状を示すとともに、今後の治療のあり方を検討する際に有用な示唆を与えるものと考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Ito H, Koyama A, Higuchi T. Polypharmacy and Excessive Dosing: Psychiatrist's Perception of Antipsychotic Drug Prescription. *British Journal of Psychiatry*; 187: 243 – 247, 2005

2. 学会発表

1) 沢村香苗、伊藤弘人、原田誠一、渋谷孝之、澤温、宮岡等、前田久雄、笈淳夫、樋口輝彦：精神科急性期治療病棟・精神科救急入院料病棟から地域へ退院した患者の特徴。病院管理 42(suppl.)：201, 2005

2) 田島美幸、小山明日香、沢村香苗、原田誠一、計見一雄、澤温、宮岡等、前田久雄、笈淳夫、樋口輝彦：4. 精神科急性期入院治療における大うつ病性障害への薬剤処方パターン (Medication Algorithm Project). *精神神経学雑誌* 2005 特別号 PageS161, 2005

3) 井上彩、高橋恵、宮岡等、澤温、計見一雄、笈敦夫、原田誠一、前田久雄、樋口輝彦。大学病院におけるうつ病急性期治療の薬剤選択の特徴。第102回、日本精神神経学会 5月、2006、福岡(発表予定)

4) Inoue A, Takahashi M, Miyaoka H et al. Comparative study of treatments for acute depression between university hospitals and non-university hospitals in Japan. *World Psychiatric Association International Congress, 2006 Istanbul* (予定)

5) Takahashi M, Emura D, Miyaoka H et al Comparative study of treatments for acute schizophrenia between university hospitals and psychiatric hospitals in Japan. *World Psychiatric Association International Congress, 2006 Istanbul* (予定)

6) 中山茂樹、笈淳夫、工藤真人：行動範囲・場所に着目した治療プロセスに関する研究－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1－病院管理 41 (suppl.)：226,2004

7) 工藤真人、笈淳夫、中山茂樹：治療プロセスという視点からみた施設環境のあり方に関する研究－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2－病院管理 41 (suppl.)：227,2004

- 8) 工藤真人、笈淳夫：精神科急性期病棟における施設環境と薬剤処方量推移との関係に関する研究 病院管理 42 (suppl.) : 133,2005

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

Ⅱ. 分担・協力研究報告書

研究 A : 精神科急性期病棟における大うつ病性障害患者に対する薬物治療の検討