

005,005798

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～17年度

総合研究報告書

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15年度～17年度

総合研究報告書

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)
	計見 一雄	(千葉県精神科医療センター)
	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)

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	須藤会土佐病院	久留米大学病院精神科	昭和大学附属東病院精神科
公徳会佐藤病院	新光会不知火病院	千葉県精神科医療センター	横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター
財団法人竹田綜合病院	豊司会新門司病院	国立肥前療養所	北里大学東病院
静和会浅井病院	恵愛会福間病院	国立療養所久里浜病院	新潟大学医歯学総合病院精神科
財団法人復光会総武病院	翠会八幡厚生病院	国立療養所犀潟病院	金沢大学医学部附属病院精神科
精神医学研究所附属東京武蔵野病院	翠会行橋記念病院	国立療養所松籟荘	金沢医科大学病院精神科
一陽会陽和病院	大村共立病院	国立療養所賀茂病院	福井医科大学医学部附属病院精神科
財団法人積善会曾我病院	志仁会西脇病院	国立療養所鳥取病院	藤田保健衛生大学病院精神科
柏崎厚生病院	天仁会天久台病院	国立療養所菊池病院	山口大学医学部附属病院精神科
青山信愛会新津信愛病院	光生会平川病院	国立療養所琉球病院	産業医科大学病院精神科
好生会三方原病院	横田会向陽台病院	東北大学医学部附属病院精神科	佐賀大学医学部附属病院精神科
八誠会守山荘病院	財団法人復康会沼津中央病院	獨協医科大学病院	熊本大学医学部附属病院精神科
総合心療センターひなが	瀬野川病院	埼玉医科大学附属病院精神科	鹿児島大学医学部附属病院精神科
稲門会岩倉病院	県立高松病院	昭和大学附属鳥山病院	
桐葉会木島病院	府立洛南病院	東京大学医学部附属病院精神科	
養心会国分病院	細木ユニティ病院	杏林大学医学部附属病院精神科	
大慈会三原病院	県立精神医療センター大宰府病院	東京医科大学病院精神科	

目次

I. 総合研究報告

主任研究者総括報告書

- 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 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

樋口分担研究班

1. 樋口分担研究者研究班総括報告書 15
2. 精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する研究（平成 15） 21
3. 精神科急性期・救急治療病棟における統合失調症の薬物治療に関する研究（平成 16） 197
4. 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（平成 17） 213
5. 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（平成 17） 226

原田分担研究班

6. 原田分担研究者研究班総括報告書 286
7. 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（平成 15） 289
8. 国公立病院の精神科急性期・救急治療病棟における統合失調症の薬物療法に
関する研究（平成 16） 295
9. うつ病の処方データの解析（平成 17） 303

計見・渋谷分担研究班

10. 計見・渋谷分担研究者研究班総括報告書 309
11. 公立病院のクリティカルパスに関する調査（平成 15） 312
12. 統合失調症急性期治療における薬剤処方類型（平成 16） 317
13. 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（平成 17） 326

澤分担研究班

14. 澤分担研究者研究班総括報告書 334
15. 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－（平成 15） 338
16. 全国の精神科急性期・救急治療病棟における統合失調症の定型・非定型
抗精神病薬治療の使用特徴とその効果に関する研究（平成 16） 341
17. 退院に向けた課題について－日精協版しやかいふつき（生活障害評価）
との関係－（平成 17） 349

宮岡分担研究班

18. 宮岡分担研究者研究班総括報告書	358
19. 大学病院における精神科入院医療のクリニカルパス（平成 15）	368
20. 大学病院における精神科急性期入院治療に関する調査（平成 16）	380
21. 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（平成 17）	391

前田分担研究班

22. 前田分担研究者研究班総括報告書	402
23. 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（平成 15）	405
24. 久留米大学病院における抗精神病薬使用の調査研究（平成 16）	415
25. デイケア通所患者の抗精神病薬使用の調査研究（平成 17）	427

寛分担研究班

26. 寛分担研究者研究班総括報告書	440
27. 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（平成 15）	445
28. 精神科急性期病棟における隔離室設置と隔離処遇の関係および、施設環境の 薬剤処方量推移に与える影響に関する研究（平成 16）	464
29. 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（平成 17）	485

Ⅲ. 巻末資料：調査票

1. 精神科急性期病棟におけるクリニカルパス調査	499
2. 精神科急性期病棟における統合失調症・大うつ病性障害患者に対する薬物治療の調査	522
3. 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	553

Ⅳ. 研究成果の刊行に関する一覧表

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

はじめに

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。

実際の研究は、主にクリニカルパス収集と薬物

治療(処方)の収集の2つの手法を用いて行った。クリニカルパスは精神科急性期病棟と精神科リハビリテーション病棟において収集した。処方の収集は精神科急性期病棟において統合失調症患者と大うつ病性障害患者を対象として行った。また、大学病院のデイケア通所中の外来患者についても行った。これらの研究においては、隔離室をはじめとした施設環境との関連も検討した。その他に、急性期入院治療を受けて退院した患者の転帰に関する研究を行った。

上述の研究について、①精神科急性期病棟のあり方に関する研究、②精神科リハビリテーション病棟のあり方に関する研究、③精神科急性期治療病棟における多施設共同研究1、④精神科急性期治療病棟における多施設共同研究2、⑤隔離室のあり方に関する研究、に分類して報告する。

研究①精神科急性期病棟のあり方に関する研究

A. 研究目的

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。そこで本研究で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。

研究①では急性期治療病棟・救急入院料病棟における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収集を行った。

B. 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。

C. 研究結果

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。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。

D. 考察

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は

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、検証する必要があると考えられ
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。

研究②精神科リハビリテーション病棟のあり方に 関する研究

研究②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)における退院までのクリニカ
ルパスの収集を行った。

B. 研究方法

研究1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。

C. 研究結果

調査に協力すると回答のあった23施設のう
ち、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施設から記入済調査票が返送さ
れた。

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が施設間
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」ほ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。

対象病棟の平均在院日数は、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。

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、患者の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。

利用可能な社会復帰施設、関連施設との連携の難易度と満足度についてたずねたところ、利用可能な社会復帰施設として最も多く挙げられたのがデイケア・ナイトケアであり、同法人であった割合も高かった。社会福祉協議会との連携について困難を感じていたり満足度が低い施設が多く存在した。

D. 考察

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・ケア計画をクリニカル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・ケアプロセスをクリニカル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。今回得られたクリニカルパスの内容を踏まえ、社会復帰期のクリニカルパスを有用なものとするために以下を提案する。

(1) 社会復帰期クリニカルパスのステージング

【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

(2) 課題の明確化、項目の具体的な記述

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

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。

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「しやかいふつき」（し：社会的行動、や：やりくり（経済管理）、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。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。

E. 結論

本研究のクリニカルパス調査により、精神科リハビリテーション病棟における治療・ケア手順の現状が示され、クリニカルパス作成及び退院促進活動に関する提案がなされた。さらに対象を広げた検討が必要と考えられる。

研究③精神科急性期治療病棟における多施設共同研究1

A. 研究目的

研究3では、入院患者の多数を占める統合失調症患者及び大うつ病性障害患者に対する薬物治療に注目し、現在行われている治療の実態を把握することを試みた。本研究の目的は、急性期治療を目的とした精神科入院病棟（以下、精神科急性期病棟とする）における薬物治療の実態把握と、治療の標準化および最適化を目指す上で重要な要因を明らかにすることであった。

B. 研究方法

1. 対象施設

平成15年8月現在、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都道府県立病院（以下公立病院とする）112施設と、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。民間病院21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. 調査内容

主治医記入の患者調査票では、患者の初発年齢もしくは初発年、入院歴の有無、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。

看護師記入の患者調査票では、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。またその患者の入院中の処方に対し、看護師自身の要望とその理由、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)に入院時、最初の処方変更時、入院と退院の間日、および退院時の処方の記入を依頼した。

C. 研究結果

対象施設のうち最終的に47施設から260名の統合失調症患者についての回答が得られ、36施設から110名の双うつ病性障害患者についての回答が得られた。

統合失調症患者に対する処方の分析

分析により急性期治療を目的とした病棟における統合失調症患者に対する治療の実態が把握され、関連要因が明らかとなった。大半の治療は国際的なガイドラインによって適正とされている範囲で行われていたが、抗精神病薬の多剤併用や大量処方も少なからず存在した。また、患者要因によらない治療のばらつきが指摘された。

公立病院および旧国立療養所7施設より43名の統合失調症患者の入院時・最初の処方変更時・中間日・退院時における処方について分析を行った。入院時・初回変更時・中間日・退院時で処方量および処方剤数に有意差はなかった。また、対象患者を抗精神病薬処方量によって①適量群と②準・大量群/大量群に分類し、比較検討を行った。その結果、②の群では抗精神病薬の処方剤数や抗パーキンソン薬の併用量が多く、また患者の罹病期間が長く症状が重篤であった。一方退院時処方が「非定型抗精神病薬単剤投与」であった症例では、短い罹病期間、短い入院期間、退院時の抗精神病薬処方量が少ない、退院時のGAF得点が高い、といった特徴がみられた。民間病院と比較して、抗精神病薬の処方量、処方剤数、非定型抗精神病薬

の単剤処方割合に有意差はみられなかった。

入院期間が180日以内であった患者237名の処方について、入院中の定型抗精神病薬・非定型抗精神病薬それぞれの最多処方剤数に基づき、処方を5つの類型に分類した。類型ごとに症例数、患者の特徴、抗精神病薬処方量の比較を行い、処方パターンおよび患者の臨床的特徴の把握を試みた。処方された薬剤の種類が定型抗精神病薬・非定型抗精神病薬とも少なかった群では、処方量が少なく保持されたまま退院となっており、入院期間が短かった。定型抗精神病薬または非定型抗精神病薬が多剤化した群は、入院から退院にかけて処方量が増加していた。また入院期間が長く、再発の割合や攻撃性がある割合が高かった。

40歳代の医師は20歳代・30歳代の医師に比べて定型抗精神病薬の単独使用率が高く、非定型抗精神病薬の使用頻度が低かった。非定型抗精神病薬を処方されていた患者は、定型抗精神病薬を処方されていた患者や定型・非定型を混用で処方されていた患者に比べて入院日数が短く、またGAF得点の改善度が大きかった。民間病院と公立病院・大学病院で抗精神病薬の使用状況を比較したところ、民間病院では定型抗精神病薬、公立病院や大学病院では非定型抗精神病薬が多く使われていた。

大学病院における処方と大学病院以外の比較検討を行ったところ、入院患者の属性、主治医の属性が有意に異なっていた。処方薬剤についての比較検討では、入院時・退院時とも薬剤の種類別の使用頻度、処方量、併用率において異なる特徴が見られた。入院時の処方量は大学病院がその他の病院より有意に少なかったが、退院時にその差は消失した。

大うつ病性障害患者に対する処方分析

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。

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。

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で非大学病院に比べECTを施行している割合が有意に高かった。反対に作業療法は非大学病院のほうが大学病院に比べ施行割合が高く、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。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に差はみられなかった。

D. 考察

本研究では全国の精神科急性期病棟におけ

る統合失調症患者および大うつ病性障害患者に対する薬物治療プロセスとその関連要因を明らかにし、治療の標準化や薬物治療の質の向上に関する提案を行った。

統合失調症患者に対する処方検討では、国際的なガイドラインによって適正とされている処方概ね行われていることがわかった。しかし、従来から指摘されている抗精神病薬の大量処方や多剤併用の例が少なからずみられた。また、処方パターンのばらつきについて検討したところ、患者要因だけでは説明のつかない処方量のばらつきがみられ、施設要因や治療者の要因によって薬物治療にばらつきが生まれている可能性が示唆された。今後は、このばらつきに関してさらに検討を行い、患者要因以外でのばらつきを小さくするための有効な手段について検討する必要があると考えられる。

国公立病院における薬剤処方パターンを分析した結果、民間病院との大きな違いはみられなかった。

非定型抗精神病薬と定型抗精神病薬の最多処方数によって処方を5つの類型に分類し、処方パターンと患者の臨床的特徴を検討した結果、処方量の推移パターン・攻撃性を示した患者の割合・再発患者の占めた割合から、入院中に多剤を投与された患者は単剤投与で経過した患者よりも困難な症例であったことが推測された。

非定型抗精神病薬はその副作用の少なさからコンプライアンスの高さが期待され、ひいては再発再入院率の低下が期待されている。非定型抗精神病薬の使用状況と医師の年齢・入院期間・患者のGAF得点の変化・病棟種別の関連を検討した結果、年齢の高い医師は非定型抗精神病薬を処方する頻度が低かった。また、非定

型抗精神病薬を単剤で処方されている患者は入院日数が短く、GAF得点の改善度が大きかった。ただし、これらの因果関係については検討できなかった。民間病院では公立病院・大学病院に比べて非定型抗精神病薬の処方頻度が低かった。包括支払い病棟では薬価の高い非定型抗精神病薬は使いにくい可能性が示唆された。

大学病院とその他の病院で、患者属性・医師属性・処方パターンを比較した結果、患者の機能レベルには差が見られなかったが、医師の年齢や性別は異なっていた。入院時の処方量がその他の病院より低く、退院時に差が消失した。患者の服薬受け入れや隔離の有無といった因子によってその差は説明できず、医師特性などを含めた大学病院固有のパターンと考えられた。

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)、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。

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単剤投与であった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⑦ SSRI 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② SNRI の単剤投与率は入院時 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 単剤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と比較したところ、ECT 施行割合は大学病院で有意に高かった。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割合で行われている。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。

E. 結論

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療養所における統合失調症と大うつ病性障害の薬物治療の現状が示された。治療の標準化と最適化の検討にあたっては、施設特性や医師の要因と治療との関連も考慮に入れる必要があることが示唆された。

研究④精神科急性期治療病棟における多施設共同研究2

研究4は、久留米大学を中心として行われた1)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・2)久留米大学病院における抗精神病薬使用状況の調査研究・3)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の検討の一連の研究である。

1) 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

B. 研究方法

この研究の対象者は、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GAF得点)・退院後転帰を、また退院6ヵ月後の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。

C. 研究結果

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。

D. 考察

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。

2) 久留米大学病院における抗精神病薬使用状況の調査研究

B. 研究方法

久留米大学病院における処方量を1年にわたって蓄積し、処方パターンを詳細に分析した。

この研究の対象者は、久留米大学病院の精神科急性期治療病棟を退院した、国際疾患分類第10改訂版(以下ICD-10)でF2(統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害)と診断された49例である。そのうち身体合併症治療目的で入院した4例を除いた45例に対する退院時処方を分析対象とした。分析内容は、1)抗精神病薬の処方内容、2)抗精神病薬の処方量、3)抗パーキンソン薬の併用、4)抗精神病薬の薬剤数別分析、5)単剤処方例の分析、6)risperidoneとolanzapineの薬剤数別処方量と抗パーキンソン薬処方量の関連分析であった。

C. 研究結果

45例の処方パターンを詳細に分析した。抗精神病薬の単剤投与は26例(58%)であった。最も多くの患者に処方されていたのはrisperidone、次はolanzapineであった。39例(87%)の患者に非定型抗精神病薬が処方されており、うち20例が単剤投与であった。抗精神病薬の処方量は薬剤数と相関していた。抗パーキンソン薬との併用は全体で約7割だったが非定型抗精神病薬単剤投与例では45%であった。

D. 考察

久留米大学病院を退院した統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害の診断を受けた患者の退院時処方を分析した結果、

risperidoneが第一選択薬となっていた。次いでolanzapineが多く選択されていたが、どのような要因によって使い分けられているかは明らかでなかった。日本全体のデータと比較して、単剤投与率が高く、chlorpromazine換算量が低く、多剤併用・大量処方からの脱却が目指されている現状が示された。抗パーキンソン薬の併用率は非定型抗精神病薬単剤投与の患者で低く、ここでも単剤投与を目指した治療が行われていることが示された。今後の課題として①新規非定型抗精神病薬と従来型抗精神病薬の併用を減らすこと、②抗パーキンソン病薬が既に併用されている症例については必要性を再検討して不必要な併用を避けること、③各新規非定型抗精神病薬の特性を生かした使い分けが出来ているといった段階には至っておらず、今後さらに使用経験の蓄積が必要である、といった点が挙げられた。

3) 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

B. 研究方法

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。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。

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 $678 \pm 587 \text{mg}$ 、 $597 \pm 506 \text{mg}$ 、 $623 \pm 538 \text{mg}$ 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

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。

研究⑤隔離室のあり方に関する研究

A. 研究目的

研究5では、隔離室のあり方について、クリニカルパス及び薬物治療の両面から検討した。クリニカルパスの検討は研究①の一部として、薬物治療の検討は研究③の一部として行った。

1) 隔離室使用クリニカルパスについての検討

B. 研究方法

クリニカルパスについては研究1において隔離室使用想定例を提示し、その回答を検討した。

C. 研究結果

興奮状態による隔離室利用パスは33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。隔離解除までの設定期間は、4日目から5日目までにわたっていた。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。

D. 考察

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。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) 隔離室使用クリニカルパスについての検討

B. 研究方法

本研究では、精神科急性期病棟における隔離処遇の実態から隔離室設置率に関する現状を考察するとともに、隔離処遇に関する施設環境の充実度と薬剤処方量の推移の関係を検討した。

研究③において施設環境への記載のあった25病院を分析対象病院とし、病室に関する施設環境の情報・対象患者の隔離および拘束に関する情報・統合失調症患者の薬剤処方量の推移に関する情報の分析を行った。

施設環境の指標として隔離室設置率を用い、施設設立主体ごとに検討した。また、隔離室設置率と行動制限処遇率やその期間との関連を検討した。その結果、施設主体ごと、医療機関ごとにかなりのばらつきがみられた。そこで、隔離室という施設環境が十分備わっているか否かの指標(Z)を算出し、施設設立主体ごと・病棟種別ごとに検討した。[Z=隔離処遇率÷隔離室設置率]

C. 研究結果

民間病院(13施設)のZの平均値は全体の

平均値と同等であった。病院間には大きなばらつきがみられた。国立病院（3施設）におけるZの平均値は民間病院と同様であった。民間病院ほどではないが施設間には大きなばらつきがあった。大学病院（7施設）では隔離室設置率および隔離処遇率が最も低かった。Zの平均値は民間病院や国立病院と同等であった。民間病院ほどではないが、国立病院と同等の施設間格差がみられた。公立病院（2施設）では、平均隔離室設置率及び平均隔離処遇率が最も高かった。Zの平均値がもっとも優れていた。

救急入院料病棟においては、平均隔離室設置率及び平均隔離処遇率が最も高かった。Zの平均値は全体の平均値と比べて優れていた。施設間格差も小さかった。急性期治療病棟における平均隔離室設置率及び平均隔離処遇率は全体平均とほぼ同一であった。Zの平均値は救急入院料病棟やその他の病棟と比べて劣っていた。また施設間格差が大きかった。その他の病棟では平均隔離室設置率及び平均隔離処遇率が最も低かった。Zの平均値は全体の平均値と同等であった。施設間格差は急性期治療病棟と同等であった。

加えて隔離室設置率および個室設置率と処方量の変化の関連を検討した。入院時から退院時にかけて、処方量が減少した患者は隔離室設置率の高い病院に入院している割合が高かった。処方量が増加した患者は隔離室設置率の低い病院に入院している割合がやや高かった。このことから隔離室設置率が薬剤処方量の推移に影響している可能性が示唆された。

D. 考察

対象患者の行動制限処遇率、対象病棟の隔離室設置率や個室設置率に注目して分析を行っ

た結果、設立主体別・病棟種別の精神科急性期治療の現況が明らかとなった。また、対象患者への薬剤処方量の推移に隔離室や個室という施設環境の充実度が影響していることが明らかになった。集中的な治療に適した療養環境を整備することにより、薬物療法への過度な依存を回避できるという視点を示すことができた。今後は各患者が直接利用した治療環境とケアの内容との関係について研究を進める必要がある。

まとめ

本研究は、精神科急性期病棟と精神科リハビリテーション病棟のあり方を検討するための資料として、具体的な治療内容についての研究を行った。

クリニカルパスの収集及び薬物治療に関する情報の収集により、各施設の治療計画や診療内容が明らかになった。

施設間の共通点の抽出により、標準的な治療計画を作成するための提言がなされ、施設環境への要求性能を示した標準パスが作成された。また、施設間のばらつきの分析により、治療のばらつきには患者要因だけでなく施設要因や治療者の要因が関連していることが明らかとなり、今後の治療充実に向けた取り組みの方向性が示された。