

## Ⅱ. 分担・協力研究報告書

樋口分担研究班

—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—  
分担研究班総括報告書

分担研究者 樋口 輝彦 国立精神・神経センター武蔵病院

## 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。

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、樋口分担研究班では臨床パスと処方箋に注目し、治療計画及び薬物治療の具体的な内容の把握及び今後の医療の質向上に資するための分析を行った。研究1と研究2は、精神科急性期病棟と精神科リハビリテーションにおいて臨床パスの収集を行ったものである。研究3と研究4は、精神科急性期病棟において統合失調症と大うつ病性障害の薬物治療に関する検討をおこなったものである。以下にそれぞれの内容を記述する。

## [研究1. 精神科急性期入院医療の臨床パスに関する調査]

### 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。

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、臨床パスがあげられる。現在米国では多くの病院で様々な疾患別の臨床パスが使用されており、わが国でも臨床パスを導入する病院は増加している。臨床パスとは、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臨床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臨床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い、治療ケアプロセスを把握した。

## B. 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参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った。

## C. 研究結果

対象施設のうち43施設から調査票を回収し、36件の大うつ病性障害急性期入院医療パス、37件の統合失調症急性期入院医療パスおよび33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。

## 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。

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、治療を担う医師個人の人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参与する大学病院、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。

## [研究2. 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]

### A. 研究目的

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治療・ケアプロセスを把握する事を目的として、クリニカルパスの収集を行った。

### B. 研究方法

研究1の調査に回答した47施設に再度協力を依頼した。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）。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が得られた。

## 2. 調査内容

調査票は（1）クリニカルパス調査、（2）病院・病棟施設特性調査、（3）設備調査から構成された。

### （1）クリニカルパス調査

今回のクリニカルパス調査は、精神科リハビリテーション病棟に入院中の患者を退院させるまでの治療・ケア計画をクリニカルパス形式で収集するというものであった。調査票の中で、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（資料 1-1、1-2、1-3）、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。回答者がどのような意図で治療やケア手順を選択したかを知るために、想定例が退院するための課題として優先順位が高いと思うものを選択し順位をつけるよう依頼した。提示された課題は①通院・服薬の継続②日常生活能力の向上③自立した、地域での生活への意欲の向上④周囲の人々とのトラブルがない関係⑤日中の活動への意欲向上⑥就労⑦家族との良好な関係⑦その他（自由記述）であった。回答者は対象病棟を受け持つ医師であったが、他職種が記入するのが適切であると判断された項目については分担してもよいこととした。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。

### （2）病院・病棟施設特性調査

治療・ケア計画には病棟規模や設備構造、スタッフ配置、利用できる地域資源等の施設特性が関連している可能性があるため、病院・病棟特性調査票によって調査を行った。

### （3）設備調査

施設の設備構造について検討するために、平面図の送付を依頼した。

## 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。協力の得られた病院の病床数の平均は 330.9 床（SD=195.3）、対象となった病棟の病床数の平均は 55.2 床（SD=7.6）であった。入院日数の平均は病院全体で 174.0 日（SD=71.9、range 20.7~281.0）、対象となった病棟で 280.4 日（SD=323.1、range 20.9~1371.0）であった。

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、今回の調査対象となった病棟の平均在院日数の幅は20.9日から1371.0日と広く、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。

## 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た。今後の精神科クリニカルパスの検討にあたっては、さらに対象を広げる必要があると考えられた。

### [研究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]

#### A. 研究目的

近年わが国においては精神科入院医療における急性期・救急医療の充実が図られている。機能に応じた人員配置や標準的な治療計画等についての検討は重要でかつ緊急性のある課題である。これらの課題を検討する際に、現在行われている診療に関する具体的な情報が必要となるが、現段階ではそのような情報が十分に得られているとはいえない。

そこで、本研究ではわが国における精神科急性期・救急入院治療の具体的な診療内容に関する、全国規模での多施設調査を行うこととした。特に今回の研究では、急性期治療を目的として

入院した統合失調症の患者に対する薬物療法に注目し、薬剤処方調査を行った。本調査の目的は、精神科急性期・救急治療に現在取り組む施設において、統合失調症患者への薬物治療がどのように行われているかを把握することであった。結果の集計によって、現在行われている薬物治療についての情報を得るとともに、施設ごと・患者ごとのばらつきに関する検討や国際的なガイドラインが推奨する薬物治療との比較検討も行った。

#### B. 研究方法

本研究の対象は平成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、調査期間内に退院が決定した統合失調症患者について、主治医や看護師が患者の属性や入院中の症状を評価し、看護師か薬剤師が入院時・初回処方変更時・中間日・退院時の処方について回答した。

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。抗精神病薬についてはクロルプロマジン（CPZ）換算量、抗パーキンソン薬についてはビペリデン換算量、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。

#### 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た。9割以上の患者に抗精神病薬が処方されていた。抗精神病薬のCPZ換算量の平均は入院時から退院時にかけて増加していた。国際的なガイドラインによって抗精神病薬のCPZ換算量の適正範囲とされている300・1000mg/日には、入院時から退院時にかけて、概ね6割の処方者が該当した。1日1000mgを越える処方は入院時では16.0%であり、その後増加して退院時には24.1%であった。入院時から退院時にかけて抗精神病薬の単剤処方割合は3割～4割で推移しており、非定型抗精神病薬の単剤処方は退院時には全体の3割近くに達していた。併用処方は入院時から退院時にかけて6割前後で推移しており、うちもっともよくみられたのは定型抗精神病薬と非定型抗精神病薬の併用であった。処方量にはかなりのばらつきがみられ、患者の要因（症状や属性など）のみでは説明力が高くなかった。

#### D. 考察

分析にあたり、本研究では処方量（mg/日）と処方剤数に焦点をあてた。抗精神病薬については、国際的なガイドラインによって適正とされている処方量を超えたいわゆる「大量処方」とされる処方者は全体の2割前後であり、ほとんどの処方者は適正とされる処方量の範囲内であった。また、およそ半数が2剤以上の処方であった。処方量のばらつきを説明するために患者要因による回帰モデルを作成し、施設ごとの平均処方量の予測を行ったが、説明力は高くなかった。処方量は4時点を通してそれほど変動はなかった。施設ごとの集計では処方剤数にばらつきがみられた。以上のことから、現在全国で行われている統合失調症の薬物治療にはばら

つきがあることが明らかになった。またそのばらつきは患者要因でのみでは説明できず、その他の要因が関連していると考えられた。

#### E. 結論

医療施設において行われる治療は、その施設および病棟の構造や、治療を担うスタッフの考え方といった要因に影響されていると考えられる。今後は、そうした要因と薬物治療との関連を詳細に検討することが必要である。

### [研究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]

#### A. 研究目的

研究2では統合失調症の薬物治療について検討した。研究3Aでは急性期治療を目的として入院した大うつ病性障害の患者に対する薬物療法に注目し、薬剤処方調査を行った。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、大うつ病性障害への薬物治療がどのように行われているかを把握することであった。

#### B. 研究方法

研究2と同様の方法で、大うつ病性障害患者について調査を行った。診療報酬上の精神科急性期治療病棟・精神科救急入院料病棟に該当する病棟を有する民間病院15施設と公立病院3施設と国立療養所2施設、および大学病院16施設（うち精神科急性期治療病棟を有する病院1施設）の計36施設から、大うつ病性障害と診断された患者110名について調査票が返送された。

### C. 研究結果

入院時・初回変更時・中間日・退院日いずれの時点でも 85%程度の患者が抗うつ薬による治療を受けていた。抗うつ薬の imipramine 換算量の平均値及び中央値は入院時から中間日にかけて増加し、退院時にはやや減少していた。抗うつ薬の imipramine 換算量を 1-75mg/日、76-150mg/日、151-225mg/日、226-299mg/日、300-mg/日、に分類したところ、いずれの時点でも 6 割程度が 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。抗不安・睡眠薬の処方量は、入院時から退院時にかけて大きな変化はみられなかった。抗うつ薬の種類数は入院時と退院時ともに同じ剤数の範囲であった処方方が 59.5%であった。入院時と退院時の抗うつ薬の処方量

(imipramine mg/日) をそれぞれ 0mg、0mg <<75mg、76≤≤150 mg、151≤≤225mg、226≤≤299mg、300≤mg と分類したところ、入院時と退院時ともに同じ範囲に属する処方

が 47.7%であった。

### D. 考察

分析にあたり、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。

### 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の薬物治療の現状が示された。

### まとめ

以上の 4 つの研究は、クリニカルパスと実際の薬物治療 (処方) の収集によって、精神科急性期病棟およびリハビリテーション病棟における診療に関する具体的な情報を把握したものである。さらに、収集された情報の分析により、今後の精神科医療の質を向上させるためには、患者の特性以外に医療を提供する側の要因も考慮して、研究及び啓発活動を行う必要があることを示した。

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、治療を担う医師個人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

テムに関与する大学病院、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	26
1-2 記入例	29
1-3 医師アンケート調査票	30

### 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	31
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	32
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	33
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)	34
3-2 既存の大うつ病性障害急性期入院医療パス (①～⑧)	69

### 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)	81
4-2 既存の統合失調症急性期入院医療パス (①～⑨)	115

### 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)	141
5-2 既存の興奮状態による隔離室利用パス (①～③)	177

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)	181
---------------------------------	-----

資料 7 医師アンケート調査の集計	196
-------------------	-----

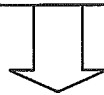
病院名を明記したクリニカルパスについては、そのパスの全部もしくは一部を無断で複製したり、無断で頒布することは禁じられていますのでご注意ください。

## 想定例

### <事例 1 : 大うつ病性障害急性期>

59 歳女性。主婦。3 人の子どもをもっている。半年前に 28 歳になる娘夫婦が長年の不仲の末離婚することになり、実家に戻ってきた。その前から彼女は娘の相談にのり何とか夫婦仲を取り直そうと努力を続けてきたが、結局破談に終わったことを大変苦にしていた。娘が実家に戻った頃から、自分は娘に何もしてやれなかった、そもそも結婚させた私が悪いのだ、娘の人生を台無しにしたのは私だ、などといって自分を責め、誰が何を言っても気持ちは変わらず、日に日に具合が悪くなっていった。夜もよく眠れず、食欲もだんだん落ち、3 ヶ月で体重が 5 kg もやせる状態であった。また、昼から横になっていることが多く、家事、買い物も娘に任せきりな状態になった。以前好んで参加したダンススクールなどにも、楽しくないし億劫で行く気がしないといって全く参加しなくなった。時として自分を責める気持ちが強くなり、イライラして歯を噛みしめてうなり声をあげたり、娘に死んでおびたいとこぼすこともあった。この数週間はほとんど家に閉じこもっている。

初診時、声は弱々しく、表情の変化の乏しい抑うつ的な顔貌で、憔悴の色が濃く、実際より老けてみえた。「線路に飛び込んで自殺することを常に考え、線路のそばに足を運んでは引き返したことが幾度かあった」といった。見当識や記憶に障害はなかった。

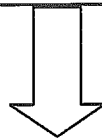


#### 達成目標

睡眠	7 時間半以上の連続した睡眠が得られる。最低でも 6 時間。
食事	空腹感があり、自発的に自力で食事できる。体重が増加しはじめる。甘いものを好んで食べる。
排泄・清潔維持	適量の下剤で毎日排便がある。尿閉なし。洗面・入浴に介助不要。女性の場合、化粧。
行動制限	攻撃的行動なし。自傷・自殺の危険性なし。病室は開放病棟で可能。
治療同盟	進んで積極的に参加・協力する。現在受けているものが医療サービスであることをはっきり認識している。医療者を安心して信頼している。
現実との関係	外的現実との関係がおおむね維持され、目前のこと（新聞を読む、会話をするなど）に 10 分以上集中できる。時間・場所のオリエンテーションがほぼ正確。病棟内の医療スタッフを複数知っている。
意図と実現	身体運動は思ったとおりにほぼスムーズにでき、表情はほぼ病前に復す。ある程度長いセンテンスが話せ、会話を楽しめる。日常動作はほぼできる。退院後の生活についての計画・目論見ができる。

＜事例 2：統合失調症急性期＞

20 歳男性。高校 3 年時、成績が思うように伸びず志望校に進学できないのではな  
いかと悩み不眠がちになった。この頃から、知らない男女の声で「頭が悪い」など  
という声が聞こえるようになった。また、自分の日常生活が盗聴器・盗撮器で調べ  
られていると確信するようになった。X 年 9 月末に耳鼻咽喉科を受診したが特に異  
常はなく、精神科受診をすすめられた。10 月、母親とともに精神科を受診したとこ  
ろ「統合失調症の疑い」と診断され抗精神病薬の投与を受けた。薬物療法が奏功し  
て 1 ヶ月ほどで寛解状態に入り「声」もほとんど気にならなくなった。しかし、こ  
の間勉強がほとんど手につかなかったこともあり大学受験は断念し、専門学校に進  
学した。当初はきちんと通学していたが徐々に授業についていけなくなり、秋から  
登校しなくなった。その後は自室に閉じこもりがちになり、昼夜逆転した生活を送  
り、通院・服薬も不規則になった。X+1 年 12 月、思いつめた表情で母親に「高校  
時代に迷惑をかけた件で、友人に謝らなければいけない」と訴えたことがあった。  
また、12 月中旬からは独語や壁を叩く行為も時折みられるようになった。X+2 年  
1 月のある早朝、電気がついている本人の部屋を母親が覗いたところ、黙って布団  
の上で正座している本人を発見した。話しかけても返事をしないため母親が本人の  
肩をゆすったところ、母親の手をはらいのけた。そのため、すぐに両親とともに B  
病院精神科を受診し入院治療をすすめられ、即日医療保護入院となった。



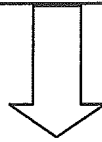
達成目標

睡眠	7 時間半以上の連続した睡眠が得られる。最低でも 6 時間。
食事	空腹感があり、自発的に自力で食事できる。体重が増加しはじめる。 甘いものを好んで食べる。
排泄・清潔維持	適量の下剤で毎日排便がある。尿閉なし。洗面・入浴に介助不要。 女性の場合、化粧。
行動制限	攻撃的行動なし。要求がただちに満たされなくても待ってられる。 自傷・自殺の危険性なし。病室は開放病棟で可能。
治療同盟	進んで積極的に参加・協力する。現在受けているものが医療サービ スであることをはっきり認識している。医療者を安心して信頼して いる。
現実との関係	外的現実との関係がおおむね維持され、目前のこと（新聞を読む、 会話をするなど）に 10 分以上集中できる。時間・場所のオリエン テーションがほぼ正確。病棟内の医療スタッフを複数知っている。
意図と実現	身体運動は思ったとおりにほぼスムーズにでき、表情はほぼ病前に 復す。ある程度長いセンテンスが話せ、会話を楽しめる。日常動作 はほぼできる。退院後の生活についての計画・目論見ができる。

＜事例 3：興奮状態による隔離室使用＞

32 歳女性。31 歳時初夏、仕事のミスで上司から叱責を受けたのを機にパートの仕事をやめた。その後仕事を探したが中々見つからず、心労がたまり不眠がちになった。X 年秋、本人が母親に「外で悪口が耳に入ってくる」「自分の家にいるのに誰かに見られている」と相談したことがあった。その後「近所の人たちがテレビ局に情報を伝えて、テレビで私のことを放送している。」と興奮して訴えながら母親のところに来た。母親がそのような事実はないと告げるも、「お母さんもグルなの」と母親を攻撃した。翌日、母親と近くの精神科クリニックを受診して抗精神病薬の投与を受けたが、服薬は不規則であった。

11 月のある夜、一睡もできず、翌日朝から不穏になった。自室で興奮して大声を上げる、テレビのスイッチを押し続ける、2 階の自室から外に物を投げるなどの行為があり、母親とともにクリニックを受診した。担当医から入院治療をすすめられ、即日医療保護入院となった。一旦説得に応じて入院したものの、入院後すぐに退院すると主張し、服薬も拒否した。また、脈拍や血圧を測ろうとした看護師をふりはらい、採血・検尿などの検査も拒絶した。その後、自室のベッドで休んでいたが、布団をかぶって首に下着を巻きつけて首をしめようとしているところを発見され保護室使用開始となった。



達成目標

睡眠	量的確保。
食事	拒食なし。
排泄・清潔維持	排泄の自立。尿閉なし。
行動制限	安全がある程度確保されている。自傷他害の危険性が低下。閉鎖病棟での生活が可能。
治療同盟	拒薬なし。しぶしぶでも治療を受け入れる態度がある
現実との関係	外的現実との関係性が短時間でも維持できる。医療スタッフをスタッフとして認識できる。
意図と実現	不十分ながらも言語による医療スタッフへの表現ができる。見守りがあれば入浴や着替えの準備ができる。

この事例が達成目標に達するまでの治療・ケア手順を記入してください。

時間軸

	入院時	1週目	2週目	3週目	4週目	6週目	8週目	12週目
検査・診断	血液検査		心理検査		血液検査		血液検査	血液検査
薬物療法	初回量投与 ( ) ( )		効果を見て投与量あげる	効果を見て抗うつ薬変更	不必要な薬の整理		薬物継続	薬物継続
身体療法				薬物の効きを見てm-ECT検討		薬物の効きを見てm-ECT再度検討		
精神療法	治療計画	治療チームへの指針	家族への説明				家族への説明	
看護ケア	自殺リスク・睡眠食事把握	不安の傾聴 自殺リスク・睡眠食事把握	不安の傾聴 自殺リスク・睡眠食事把握		入院に至る経緯の振り返り	外出・外泊の振り返り		退院前不安の傾聴
行動範囲・場所	病室内静養	病棟内静養	同伴外出		単独外出	外泊		退院日決定
生活療法			ラジオ体操 作業療法導入 検討	服薬指導導入 検討			服薬自己管理開始	
その他	治療方針決定	家族面談	家族面談			家族面談		家族面談
アウトカム	安全性の確保	睡眠・休息の確保 食事自立	睡眠・休息の量の確保 入浴自立	睡眠・休息の質的確保 洗濯自立	入院に至る経緯のふりかえり	病状の客観的把握 外出の安定	外泊の安定 整容(化粧など)	退院

(記入例) 大うつ病性障害  
急性期入院医療パス

例のように時間単位で自由に区切るかもしくは病期・段階で区切って記入してください。

可能であれば投与する薬剤の種類なども記入してください。

精神療法とは病歴の聴取、観察、精神的な働きかけ、治療計画の作成、治療チームへの指針作成、家族への説明指導等を指します。

室内、病棟内、敷地内、外出、お茶汲み可、売店可などを記入してください。

作業療法、ラジオ体操、服薬指導などを記入してください。

ADL 自立の程度を含めて、次の段階に進むための到達ラインを記入してください。



## 医師アンケート調査票

問1. 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

ア. 賛成	イ. 反対	ウ. どちらともいえない
-------	-------	--------------

問2. 気分障害患者の治療環境を独立して設ける動きがあります。気分障害専門病棟を設立するとすれば、従来の病棟や他診断患者病棟と比較してどのような点の強化・充実が必要だと考えますか。治療上特に必要性が高いものを選択して下さい。(複数回答可)

ア. 現状より多くの医師数	イ. 現状より多くの看護職数
ウ. 現状より多くの作業療法士数	エ. 現状より多くのPSW数
オ. 現状より多くの薬剤師数	カ. 現状より多くの臨床心理技術職数
キ. 現状より多くの個室	ク. 内側から施錠可能な個室(スパキーはスタッフ所持)
ケ. 観察用カメラ・マイクのある個室	コ. 遮音・防音性のある個室
サ. 各病室へのトイレの設置	シ. 各病室へのシャワーの設置
ス. 現基準(6.4m <sup>2</sup> /人)より広い面積	セ. トレーニングルームの設置
ソ. リラクゼーションルームの設置	タ. その他( )

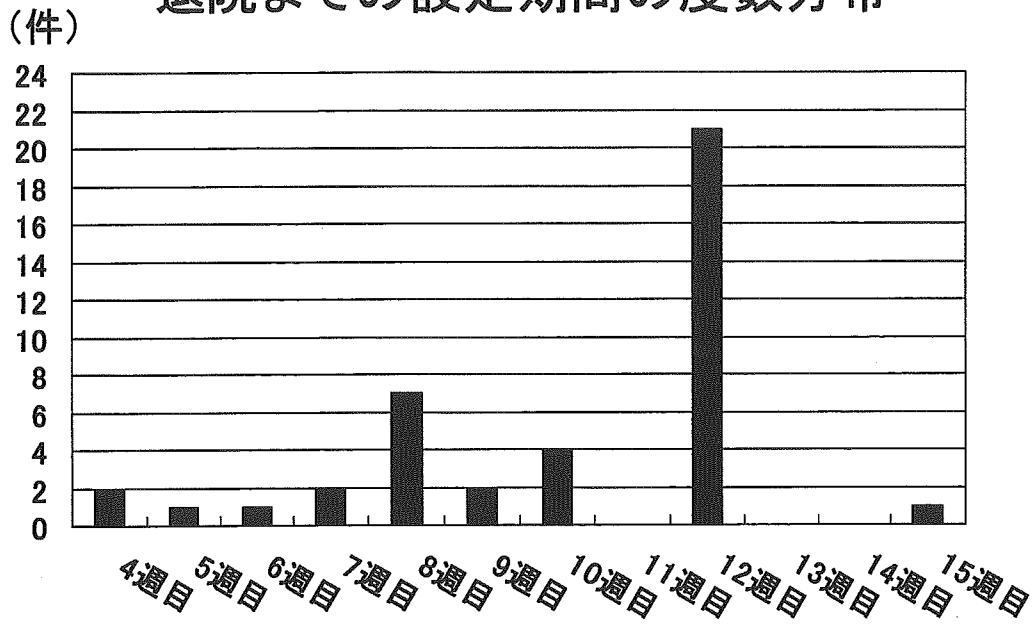
問3. 気分障害の治療のうち、以下にあげるものについて、その重要性について1から5でご回答下さい。

	非常に重要	重要	どちらかといえは重要	あまり重要でない	不要
個人精神療法	1	2	3	4	5
集団精神療法	1	2	3	4	5
修正電気けいれん療法	1	2	3	4	5
光療法	1	2	3	4	5
薬剤指導	1	2	3	4	5
作業療法	1	2	3	4	5
心理検査	1	2	3	4	5
心理カウンセリング	1	2	3	4	5
その他 ( )					

問4. 気分障害患者の入院期間はどの程度必要であると考えますか。  
(現状ではなく理想的な期間をご回答下さい)

週間程度

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



平均(標準偏差) = 10.0週目(2.5), 中央値12週目, 最頻値12週目.

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

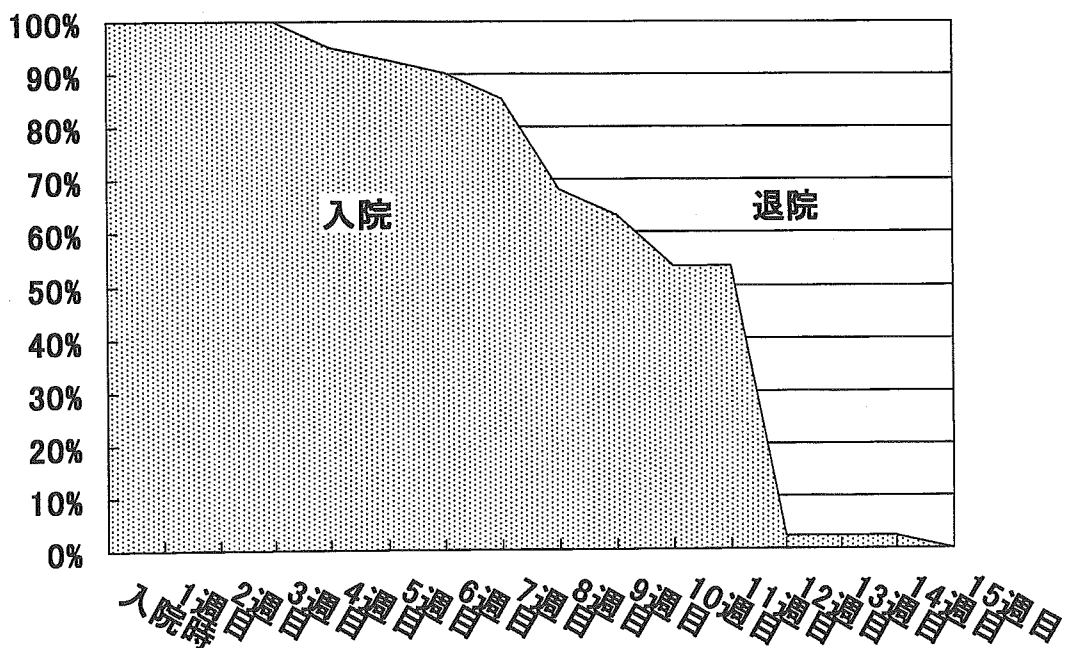
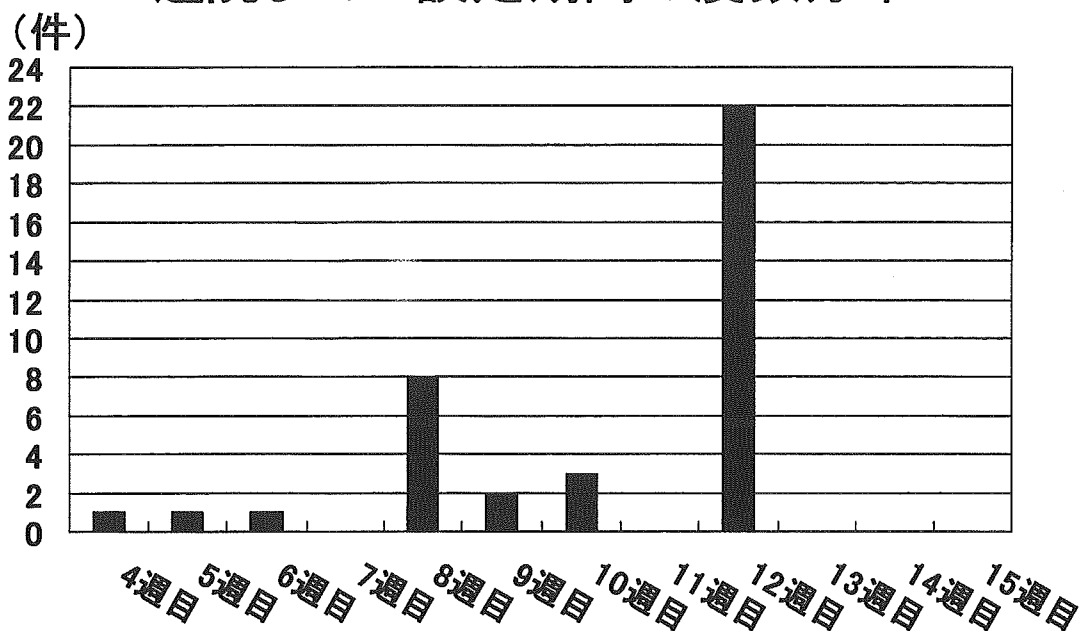


図2-1. 統合失調症急性期入院医療パス  
退院までの設定期間の度数分布



平均(標準偏差) = 10.2週目(2.3), 中央値12週目, 最頻値12週目.

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

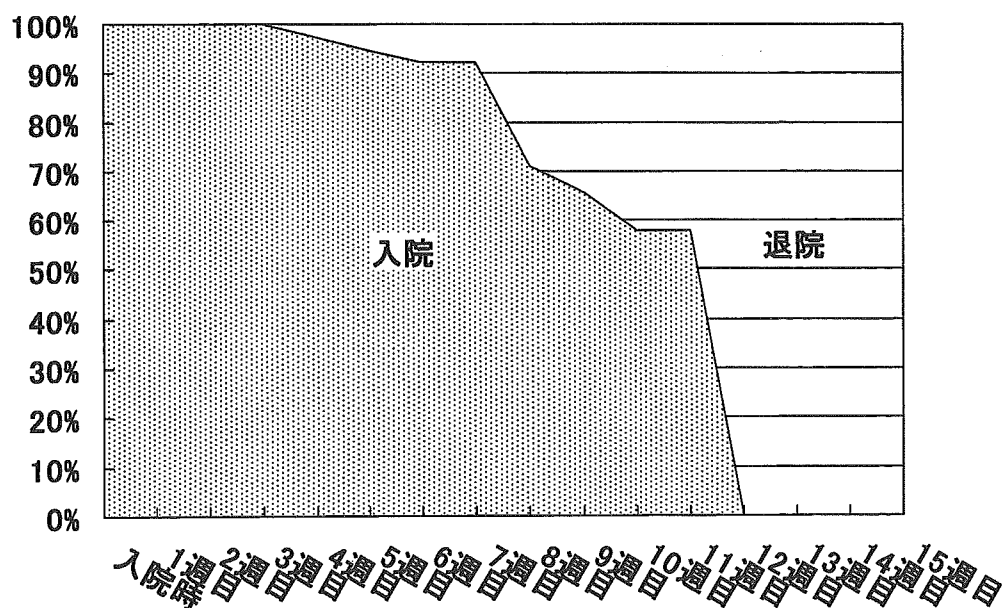
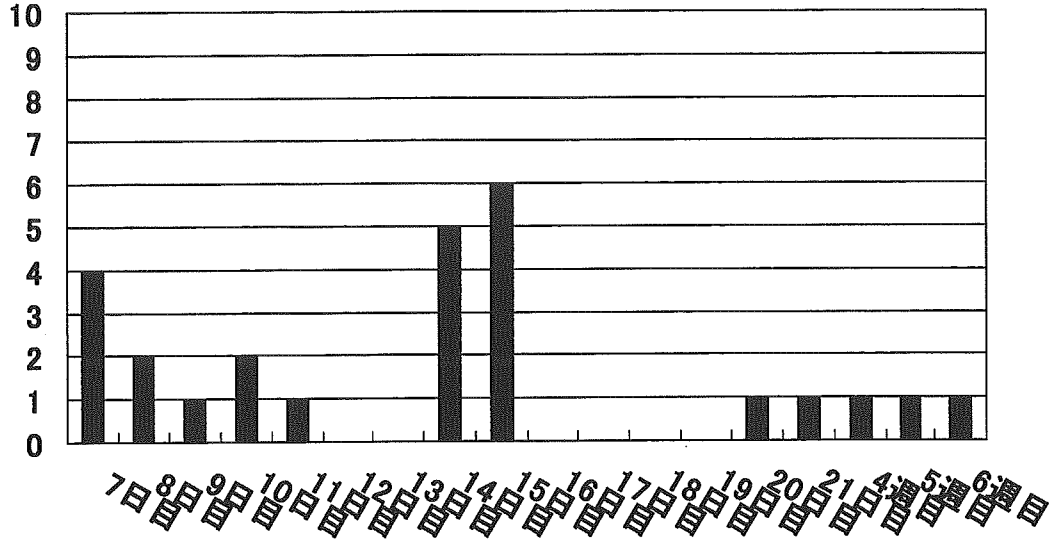


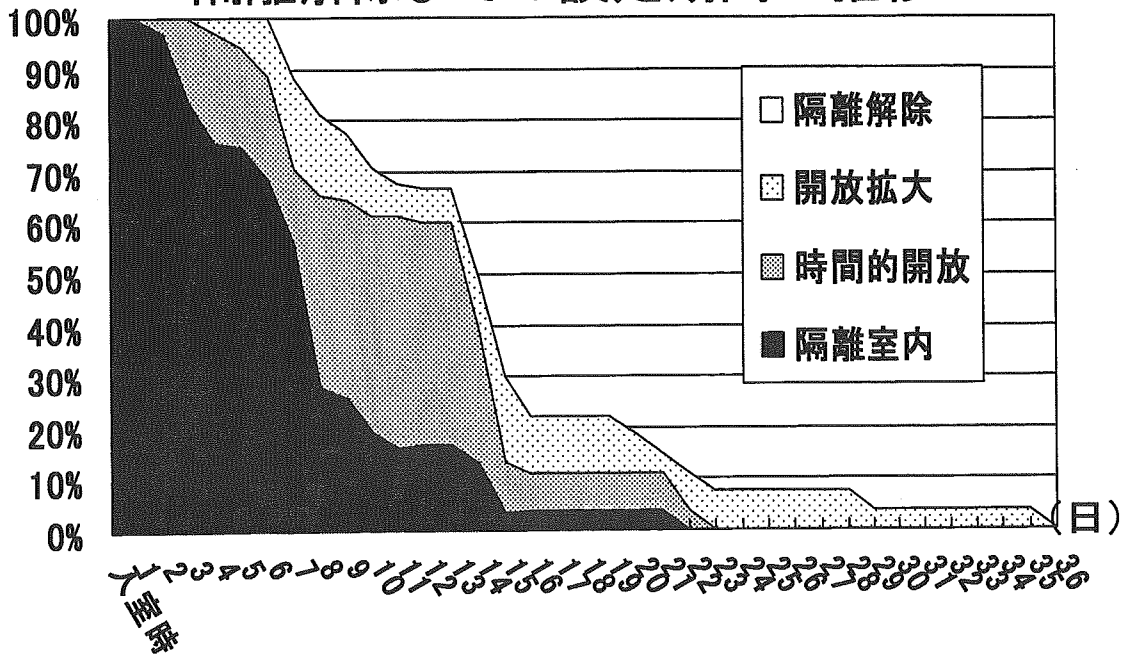
図3-1. 興奮状態による隔離室使用パス

隔離解除(隔離室使用終了)までの設定期間の度数分布  
(件)



平均(標準偏差) = 14.3日目 (6.9), 中央値14日目, 最頻値15日目.  
※X週目は満X-1週+1日として換算

図3-2. 興奮状態による隔離室使用パス  
隔離解除までの設定期間の推移



X週目はX-1週+1日として計算、記載のあるものだけで集計