

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、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

本研究は、国立精神・神経センターの倫理審査委員会において承認された計画に基づいて行われた。

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, 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。

C. 研究結果

調査に協力すると回答のあった 54 施設のうち、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。

資料編の表 1 に対象患者の属性を示す。患者の平均年齢は 52.1 歳 (SD=14.5) で、約半数が男性であった。入院日数は平均ではおよそ 2 ヶ月半で、中央値では 2 ヶ月弱であった。約 7 割が再発で、合併症のある者が 4 割程度おり、初回の入院が約半数であった。同じ施設の外来治療から継続で入院治療となった者がもっとも多かった。入院の形態は任意入院が約 7 割で多く、次いで医療保護入院が多かった。入院時の平均 GAF 得点は 36.2 点 (SD=13.3)、退院時の平均 GAF 得点は 67.2 点 (SD=12.7) であった。

退院先は自宅が 9 割であったが、転棟や転院という形で入院治療継続となったものも 1 割存在した。保護室の使用や身体拘束はそれぞれ 1 割程度の患者に行われていた。電気けいれん療法は 10 名 (9.1%) の患者に対して行われた。

<処方概要>

資料の表 3 は患者 110 名に対する処方の集計である。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。

資料の表 4 は各薬剤の使用頻度を、時点と併用数ごとに示したものである。表 3 と表 4 を合わせて以下を記述する。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。

表 5 に、入院時と退院時の抗うつ薬の処方をそれぞれ 0 剤処方・1 剤（単剤）処方・2 剤・

3 剤・4 剤以上に分類した表を示す。入院時と退院時ともに同じ剤数の範囲であった処方が 59.5%であった。

表 6 は、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 と分類したものである。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。

<処方に対する看護師の要望>

処方調査の対象となった患者の入院中の処方に対する看護師自身の要望とその理由、要望を医師に伝えたか否か、伝えた後に処方が変更になったか否かについて表 7 から表 18 に示した。質問票の形式に従い、「まったくなかった」以外の回答を「あった」と解釈し検討した。

およそ 3 割の患者について、担当の看護師は投与量を増やしてほしいと思ったことがあったと回答した。その理由として最も多かったのが「患者さんの症状が改善しないから」というものであった。うちほとんどのケースについて医師に情報を伝えたり相談したりすることがあったと回答し、またそのようなやりとりの後で処方の変更されたことがあったと回答した。

およそ 3 割の患者について、担当の看護師は投与量を減らしてほしいと思ったことがあったと回答した。その理由として最も多かったのが「患者さんの症状が安定しているから」というものであった。3 割弱のケースについて医師に情報を伝えたり相談したりすることがあったと回答し、またそのようなやりとりの後で処方の変更されたことがあったと回答した。

4 割の患者について、担当の看護師は薬剤を変更してほしいと思ったことがあったと回答し

た。その理由として最も多かったのが「患者さんの症状が改善しないから」というものであった。ほとんどのケースが医師に情報を伝えたり相談したりすることがあったと回答し、そのようなやりとりの後で処方の変更されたことがあったと回答した。

D. 考察

本研究では全国の精神科急性期病棟において、大うつ病性障害の薬物治療に関する薬剤処方調査を行った。

1. 処方

分析にあたり、本研究では処方量 (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。

2. 処方に対する看護師の要望

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、その後で処方の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。

E. 結論

本研究の薬剤処方調査により、全国の精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を

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(現・国立病院機構に属する病院)における、大うつ病性障害に対する薬物治療の現状が示された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 沢村香苗、伊藤弘人、原田誠一、計見一雄、澤温、宮岡等、前田久雄、笥淳夫、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、笥淳夫、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). 2005 特別号 PageS161, 2005

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

表 1. 調査の対象となった患者 110 名の属性 1) n=108 2) n=106

			大うつ病 (110名)
年齢		平均 (SD)	52.1 ¹⁾ (14.5)
入院日数		平均 (SD)	77.3 ²⁾ (68.1)
		中央値 (四分位範囲)	54.0 ²⁾ (37.3-94.5)
性別	男性	n (%)	50 (45.4)
	女性	n (%)	59 (53.6)
	不明	n (%)	1 (0.9)
初発	再発	n (%)	78 (70.9)
	初発	n (%)	32 (29.1)
合併症	有り	n (%)	45 (40.9)
	無し	n (%)	61 (55.5)
	不明	n (%)	4 (3.6)
入院歴	1 回目	n (%)	62 (56.4)
	2 回目以降	n (%)	46 (41.8)
	不明	n (%)	2 (1.8)
医療保険	国民健康保険	n (%)	48 (43.6)
	他の健康保険	n (%)	33 (30.0)
	生活保護	n (%)	12 (10.9)
	その他自費等	n (%)	1 (0.9)
	不明	n (%)	16 (14.5)
入院経路	同院外来から	n (%)	59 (53.6)
	他院外来から	n (%)	30 (27.3)
	初診後即入院	n (%)	7 (6.4)
	他院病棟から	n (%)	6 (5.5)
	同院他病棟から	n (%)	5 (4.5)
	その他の経路	n (%)	3 (2.7)
入院形態	任意入院	n (%)	75 (68.2)
	医療保護入院	n (%)	31 (28.2)
	措置入院	n (%)	0 (0.0)
	その他	n (%)	1 (0.9)
	不明	n (%)	3 (2.7)
退院後転帰	自宅退院	n (%)	98 (89.1)
	地域施設	n (%)	0 (0.0)
	転棟	n (%)	8 (7.3)
	転院	n (%)	3 (2.7)
	その他	n (%)	1 (0.9)
機能	入院時 GAF 得点	平均 (SD)	36.2(13.3)
	退院時 GAF 得点	平均 (SD)	67.2(12.7)

表 2. 対象者が受けた治療（薬物治療以外）

			大うつ病 (110名)	
隔離		n(%)	16 (	14.5)
隔離の期間	12 時間以内	n(%)	0 (	0.0)
	12 時間～1 日以内	n(%)	4 (	3.6)
	1 日～4 日	n(%)	1 (	0.9)
	5～7 日	n(%)	2 (	1.8)
	8 日以上	n(%)	9 (	8.2)
拘束		n(%)	9 (	8.2)
拘束の期間	4 時間以内	n(%)	1 (	0.9)
	4 時間～1 日以内	n(%)	2 (	1.8)
	1 日～4 日	n(%)	0 (	0.0)
	5 日～7 日	n(%)	0 (	0.0)
	8 日以上	n(%)	6 (	8.2)
退院指導		n(%)	84 (	76.4)
服薬指導		n(%)	78 (	70.9)
作業療法		n(%)	38 (	34.5)
心理面接		n(%)	37 (	33.6)
入院集団精神療法		n(%)	28 (	25.5)
心理検査		n(%)	25 (	22.7)
ECT		n(%)	10 (	9.1)
心身医学療法		n(%)	5 (	4.5)
退院前訪問指導		n(%)	4 (	3.6)
SST		n(%)	1 (	0.9)

表3. 大うつ病性障害を有する患者110名に対する抗うつ薬の処方状況

	入院時		最初の変更時		中間日		退院時	
	平均(SD)	中央値	平均(SD)	中央値	平均(SD)	中央値	平均(SD)	中央値
抗うつ薬の imipramine 換算量 (mg/日)	98.9 (74.4)	75.0	103.9 (78.4)	96.9	118.5 (91.8)	100.0	109.2 (93.5)	90.0
抗うつ薬の imipramine 換算量 (mg/日)								
imipramine 換算量 1-75mg/日	44 (40.0)		31 (28.2)		26 (23.6)		33 (30.0)	
imipramine 換算量 76-150mg/日	33 (30.0)		35 (31.8)		36 (32.7)		27 (24.5)	
imipramine 換算量 151-225mg/日	9 (8.2)		13 (11.8)		15 (13.6)		19 (17.3)	
imipramine 換算量 226-299mg/日	5 (4.5)		5 (4.5)		5 (4.5)		5 (4.5)	
imipramine 換算量 300mg-/日	3 (2.7)		2 (1.8)		5 (4.5)		3 (2.7)	
処方された抗うつ薬の種類 (数)	平均(SD)		平均(SD)		平均(SD)		平均(SD)	
処方された抗うつ薬の種類 (数)	1.3 (0.8)		1.3 (0.9)		1.3 (0.9)		1.2 (0.9)	
抗うつ薬の投与なし	1.0		1.0		1.0		1.0	
抗うつ薬の単剤処方	14 (12.7)		18 (16.4)		16 (14.5)		20 (18.2)	
SSRI	61 (55.5)		48 (43.6)		51 (46.1)		53 (48.2)	
三環系抗うつ薬	20 (18.2)		14 (12.7)		19 (17.3)		17 (15.5)	
SNRI	18 (16.4)		14 (12.7)		13 (11.8)		15 (13.6)	
Sulpiride	8 (7.3)		7 (6.4)		10 (9.1)		10 (9.1)	
Trazodone	7 (6.4)		7 (6.4)		5 (4.5)		7 (6.4)	
四環系抗うつ薬	5 (4.5)		2 (1.8)		1 (0.9)		1 (0.9)	
抗うつ薬の2剤併用	3 (2.7)		4 (3.6)		3 (2.7)		3 (2.7)	
SSRI+Sulpiride	24 (21.8)		27 (24.5)		25 (22.7)		26 (23.6)	
SNRI+Sulpiride	4 (3.6)		2 (1.8)		2 (1.8)		2 (1.8)	
三環系+Sulpiride	4 (3.6)		3 (2.7)		3 (2.7)		3 (2.7)	
四環系+Sulpiride	3 (2.7)		2 (1.8)		3 (2.7)		2 (1.8)	
四環系+SSRI	3 (2.7)		2 (1.8)		4 (3.6)		5 (4.5)	
三環系+四環系	2 (1.8)		2 (1.8)		1 (0.9)		1 (0.9)	
三環系+Trazodone	2 (1.8)		2 (1.8)		2 (1.8)		1 (0.9)	
四環系+SNRI	2 (1.8)		2 (1.8)		3 (2.7)		2 (1.8)	
三環系+SSRI	1 (0.9)		4 (3.6)		1 (0.9)		3 (2.7)	

表3. 大うつ病性障害を有する患者110名に対する抗うつ薬の処方状況(続き)

	入院時		最初の変更時		中間日		退院時	
	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)
四環系+Sulpiride	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)
SNRI+Trazodone	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	2 (1.8)	n (%)	0 (0.0)
Sulpiride+Trazodone	n (%)	1 (0.9)	n (%)	3 (2.7)	n (%)	2 (1.8)	n (%)	2 (1.8)
三環系+三環系	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)
SSRI+SSRI	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	2 (1.8)
SSRI+SNRI	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)
抗うつ薬の3剤併用	n (%)	8 (7.3)	n (%)	9 (8.2)	n (%)	9 (8.2)	n (%)	6 (5.5)
SSRI+Sulpiride+Trazodone	n (%)	3 (2.7)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)
三環系+三環系+Sulpiride	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)
三環系+SSRI+trazodone	n (%)	1 (0.9)	n (%)	3 (2.7)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)
三環系+Sulpiride+Trazodone	n (%)	1 (0.9)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	0 (0.0)
SSRI+SNRI+Sulpiride	n (%)	1 (0.9)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	0 (0.0)
SNRI+Sulpiride+Trazodone	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)
三環系+SSRI+Sulpiride	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)
三環系+四環系+Sulpiride	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)
三環系+四環系+SSRI	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	0 (0.0)
三環系+四環系+四環系	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)
三環系+SNRI+Trazodone	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	0 (0.0)
四環系+四環系+SSRI	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	0 (0.0)
四環系+SSRI+SNRI	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)
SSRI+SSRI+Trazodone	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)
SSRI+SSRI+Sulpiride	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	0 (0.0)
抗うつ薬の4剤併用	n (%)	1 (0.9)	n (%)	2 (1.8)	n (%)	2 (1.8)	n (%)	2 (1.8)
四環系+四環系+Sulpiride+Trazodone	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)
三環系+四環系+Sulpiride+Trazodone	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	1 (0.9)
三環系+三環系+Sulpiride	n (%)	0 (0.0)	n (%)	1 (0.9)	n (%)	0 (0.0)	n (%)	0 (0.0)
抗不安・睡眠薬の diazepam 換算量 (mg/日)	平均(SD)	14.2 (11.0)	14.5 (12.0)	15.0 (11.6)	14.3 (11.3)			

表 4. 入院時・初回変更時・中間日・退院時における各種抗うつ薬の使用頻度（併用剤数ごと） N=110
 ※太枠太字はその時点・併用数で最も頻度が高かったものを示す。

	SSRI				SNRI				三環系抗うつ薬			
	入院時	初回変更時	中間日	退院時	入院時	初回変更時	中間日	退院時	入院時	初回変更時	中間日	退院時
全体	n 33 (30.0)	28 (25.5)	32 (29.1)	33 (30.0)	17 (15.5)	15 (13.6)	20 (18.2)	16 (14.5)	29 (26.4)	29 (26.4)	26 (23.6)	28 (25.5)
%												
1 剤	n 20 (18.2)	14 (12.7)	19 (17.3)	17 (15.5)	8 (7.3)	7 (6.4)	10 (9.1)	10 (9.1)	18 (16.4)	14 (12.7)	13 (11.8)	15 (13.6)
%												
2 剤併用	n 8 (7.3)	9 (8.2)	8 (7.3)	13 (11.8)	7 (6.4)	6 (5.5)	7 (6.4)	6 (5.5)	8 (7.3)	9 (8.2)	7 (6.4)	8 (7.3)
%												
3 剤併用	n 5 (4.5)	5 (4.5)	5 (4.5)	3 (2.7)	2 (1.8)	2 (1.8)	2 (1.8)	0 (0.0)	3 (2.7)	5 (4.5)	5 (4.5)	4 (3.6)
%												
4 剤併用	n 0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.9)	1 (0.9)	1 (0.9)
%												
四環系抗うつ薬												
sulpiride												
全体	n 12 (10.9)	14 (12.7)	17 (15.5)	16 (14.5)	28 (25.5)	28 (25.5)	24 (21.8)	23 (20.9)	16 (14.5)	18 (16.4)	10 (9.1)	8 (7.3)
%												
1 剤	n 3 (2.7)	4 (3.6)	3 (2.7)	3 (2.7)	7 (6.4)	7 (6.4)	5 (4.5)	7 (6.4)	5 (4.5)	2 (1.8)	1 (0.9)	1 (0.9)
%												
2 剤併用	n 8 (7.3)	7 (6.4)	9 (8.2)	9 (8.2)	13 (11.8)	13 (11.8)	11 (10.0)	10 (9.1)	4 (3.6)	8 (7.3)	6 (5.5)	3 (2.7)
%												
3 剤併用	n 0 (0.0)	1 (0.9)	3 (2.7)	2 (1.8)	7 (6.4)	6 (5.5)	6 (5.5)	4 (3.6)	6 (5.5)	7 (6.4)	1 (0.9)	2 (1.8)
%												
4 剤併用	n 1 (0.9)	2 (1.8)	2 (1.8)	2 (1.8)	1 (0.9)	2 (1.8)	2 (1.8)	2 (1.8)	1 (0.9)	1 (0.9)	2 (1.8)	2 (1.8)
%												
trazodone												
全体	n 12 (10.9)	14 (12.7)	17 (15.5)	16 (14.5)	28 (25.5)	28 (25.5)	24 (21.8)	23 (20.9)	16 (14.5)	18 (16.4)	10 (9.1)	8 (7.3)
%												
1 剤	n 3 (2.7)	4 (3.6)	3 (2.7)	3 (2.7)	7 (6.4)	7 (6.4)	5 (4.5)	7 (6.4)	5 (4.5)	2 (1.8)	1 (0.9)	1 (0.9)
%												
2 剤併用	n 8 (7.3)	7 (6.4)	9 (8.2)	9 (8.2)	13 (11.8)	13 (11.8)	11 (10.0)	10 (9.1)	4 (3.6)	8 (7.3)	6 (5.5)	3 (2.7)
%												
3 剤併用	n 0 (0.0)	1 (0.9)	3 (2.7)	2 (1.8)	7 (6.4)	6 (5.5)	6 (5.5)	4 (3.6)	6 (5.5)	7 (6.4)	1 (0.9)	2 (1.8)
%												
4 剤併用	n 1 (0.9)	2 (1.8)	2 (1.8)	2 (1.8)	1 (0.9)	2 (1.8)	2 (1.8)	2 (1.8)	1 (0.9)	1 (0.9)	2 (1.8)	2 (1.8)
%												

表5. 入院時と退院時に処方された抗うつ薬の種類数の分類 [人数 (%)] 注: 太枠は入院時・退院時とも種類数と同じカテゴリであったもの

種類数	退院時					合計
	0	1	2	3	4	
0	9(8.4)	4(3.7)	1(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	14(13.1)
1	10(9.3)	38(35.3)	10(9.3)	1(0.9)	1(0.9)	60(56.1)
2	1(0.9)	8(7.5)	13(12.1)	2(1.9)	0(0.0)	24(22.4)
3	0(0.0)	3(2.8)	2(1.9)	3(2.8)	0(0.0)	8(7.5)
4	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.9)	1(0.9)
合計	20(18.7)	53(49.5)	26(24.3)	6(5.6)	2(1.9)	107(100.0)

表6. 入院時と退院時における抗うつ薬の処方量の分類 [人数 (%)]

imipramine mg/日	退院時							合計
	0	0<≦75	76≦≦150	151≦≦225	226≦≦299	300≦		
0	9(8.4)	4(3.7)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.9)	0(0.0)	14(13.1)	
0<≦75	7(6.5)	20(18.7)	11(10.3)	3(2.8)	1(0.9)	1(0.9)	43(40.2)	
76≦≦150	4(3.7)	7(6.5)	14(13.1)	7(6.5)	0(0.0)	1(0.0)	33(30.8)	
151≦≦225	0(0.0)	2(1.9)	1(0.9)	5(4.7)	1(0.9)	0(0.0)	9(8.4)	
226≦≦299	0(0.0)	0(0.0)	1(0.9)	2(1.9)	2(1.9)	0(0.0)	5(4.7)	
300≦	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(1.9)	0(0.0)	1(0.9)	3(2.8)	
合計	20(18.7)	38(30.8)	27(25.2)	19(17.8)	27(10.7)	3(2.8)	107(100.0)	

注: 太枠は入院時・退院時とも処方量と同じカテゴリであったもの

表7. 患者さんの処方について、投与量を増やしてほしいと感じていましたか

	n	%
まったくなかった	67	60.9
あまりなかった	14	12.7
たまにあった	27	24.5
よくあった	2	1.8



表8. そう感じた理由は何ですか

	n	%
患者さんの症状が改善しないから	27	24.5
患者さん自身が希望しているから	8	7.3
患者さんの症状が悪化しているから	7	6.4
看護の関わりでは限界があるから	1	0.9
夜勤体制時など、病棟運営上、患者さんの鎮静が必要と考えるから	0	0.0

表9. 投与量を増やしてほしいと感じたときに、医師に情報を伝えたり相談することがありましたか

	n	%
まったくなかった	14	12.7
あまりなかった	7	6.4
たまにあった	27	24.5
よくあった	10	9.1



表10. そのやりとりの後に患者さんへの処方の変更されたことがありましたか

	n	%
まったくなかった	8	7.3
あまりなかった	4	3.6
たまにあった	27	24.5
よくあった	10	9.1

表11. 患者さんの処方について、投与量を減らしてほしいと感じていましたか

	n	%
まったくなかった	77	70.0
あまりなかった	16	14.5
たまにあった	16	14.5
よくあった	1	0.9



表12. そう感じた理由は何ですか

	n	%
患者さんの症状が安定しているから	16	14.5
患者さんの副作用が強いから	10	9.1
患者さん自身が希望しているから	6	5.5
患者さんが過鎮静になっているから	1	0.9

表13. 投与量を減らしてほしいと感じたときに、医師に情報を伝えたり相談することがありましたか

	n	%
まったくなかった	27	24.5
あまりなかった	9	8.2
たまにあった	19	17.3
よくあった	4	3.6



表14. そのやりとりの後に患者さんへの処方の変更されたことがありましたか

	n	%
まったくなかった	8	7.3
あまりなかった	4	3.6
たまにあった	24	21.8
よくあった	3	2.7

表 15. 患者さんの処方について、薬を変更してほしいと感じることがありましたか

	n	%
まったくなかった	66	60.0
あまりなかった	11	10.0
たまにあった	31	28.2
よくあった	2	1.8



表 16. そう感じた理由は何ですか

	n	%
患者さんの症状が改善しないから	22	20.0
患者さん自身が希望しているから	6	5.5
患者さんの症状が安定しているから	5	4.5
患者さんの症状が悪化しているから	4	3.6
患者さんの副作用が強いから	4	3.6
夜勤体制時など、病棟運営上、患者さんの鎮静が必要と考えるから	4	3.6
患者さんが過鎮静になっているから	2	1.8
看護の関わりでは限界があるから	1	0.9

表 17. 薬を変更してほしいと感じたときに、医師に情報を伝えたり相談することがありましたか

	n	%
まったくなかった	17	15.5
あまりなかった	6	5.5
たまにあった	30	27.3
よくあった	8	7.3



表 18. そのやりとりの後に患者さんへの処方に変更されたことがありましたか

	n	%
まったくなかった	6	5.5
あまりなかった	7	6.4
たまにあった	28	25.5
よくあった	8	7.3

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－

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

分担研究者 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）における具体的なケアプロセスを把握することを目的として、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。研究方法：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が得られた。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・ケア手順の記入を依頼した。結果：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。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。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%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・ケア計画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。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。今後は、さらに調査対象を広げる必要があると考えられた。

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、佐藤 病院
渋谷孝之	千葉県精神科医療センター 医長	清水千春	千葉県精神科医療センター 看護師長
澤温	さわ病院 院長	長島美奈	同 精神保健福祉士
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
		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
		中西三春	同 リサーチレジデント
		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

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。平成15年度は急性期治療病棟・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。また収集されたパスをもとに、標準的なパス及び病棟空間に必要な建築基準を提案した。

本年度は、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

平成15年度の研究では、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。国立病院機構に属する病院については、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、および国立病院機構に属する病院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、および国立病院機構に属する病院7施設の計47施設から記入済み調査票が返送された。

本研究では、平成15年のクリニカルパス調査に回答した上記の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ている。実際に用いた調査票を資料として巻末に添付した。

（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(資料2)。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図1~3に示した。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。

調査により得られたパスは資料3の通りである。詳細な分析は渋谷分担研究者及び澤分担研究者の報告書に示されている。

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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 沢村香苗、伊藤弘人、原田誠一、計見一雄、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). 2005 特別号 PageS161, 2005

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

<事例 1>

A 氏：35 歳男性。22 歳時、大学の級友が皆、自分のことを馬鹿にしていると感じるようになった。幻聴（「頭が悪い」と言われる）や妄想（自分の生活が盗聴・盗撮されている）が出現した。徐々に自室に閉じこもりがちになり、独語や壁を叩く行為が見られるようになった。両親とともに B 病院精神科を受診し医療保護入院となった。そこで統合失調症と診断され、抗精神病薬による治療で寛解状態となり 1 ヶ月ほどで退院した。しかしその後、服薬が不規則になり再発して入院、ということを経験を繰り返した。

今回の入院は 1 年前からの継続である。A 氏は服薬について「病院にいる時は〇〇さん（看護師）たちに頼まれるから飲んでる。外にいる時は飲まなくてもいいんです。」と話している。今回の入院中に自宅外泊した際にも、母親より「薬が捨ててあった」との報告があった。現在の症状は服薬により安定しており、他の入院患者と交流する姿がよくみられる。病棟では、看護師が薬を渡して声かけすると服薬する。

親しくしていた同室の患者が退院したことをきっかけに A 氏は退院を強く希望するようになり、「こんな所にいると本当に病気になってしまうよ。はやく退院して、一人暮らしして、働きたいですね！」と意気込みをみせている。自宅は姉の家族も同居しており、A 氏と姉はあまり折り合いがよくない。母親は本人をできるだけサポートしたいと話している。自宅近くのアパートが、退院先として候補に挙がっている。

身体合併症は特にない。月に数回、バスで外出し買い物をすることを楽しみにしている。単身生活の経験はないが、作業療法の一環として料理の経験があり、小遣いは自分で管理している。自宅と病院は同じ地域に属し、バスで通うことができる範囲内である。

<事例 2>

C氏：36歳女性。短大を卒業しすぐに就職した。内気な性格であったが仕事を真面目にこなすので職場では評判がよかった。しかし1年経った20歳時から、職場の同僚女性が壁の向こう側から命令して来たり、壁を叩いてメッセージを送ってくるので仕事はかどらない、と上司に話すようになった。また、母親が他の似た人にすり替わったと頻回に警察に相談した。半年ほど経って、隣家が自分のことを町内に放送していると憤慨し、投石して窓を壊したため警察に通報され、母親の同意によってD病院に医療保護入院となった。入院当初は治療を拒み、ほとんど部屋から出なかったが、医師及び看護スタッフの関わりにより1ヵ月ほどで徐々に薬物治療を受け入れ、退院となった。その後は外来通院で維持されていた。就職はせず、家でたまに内職をしていた。4年前に母親が急病により他界した。母の死から1週間ほどして近所の知り合いがC氏宅を訪問したところ、C氏がおびえた様子でうずくまっており、「声が怖いことを言ってくる」と訴えた。また、食事を取っていない様子で衰弱していたので、知り合いがD病院に運び、任意入院となった。父親はC氏の幼少の頃に離別しており、その後音信不通である。近郊に住むおば（母親の姉）が財産の管理を行っている。

入院から4年を経過し、たまに幻聴があるもののC氏はそれほど苦にならないと話している。服薬は自己管理している。病院のスタッフが、C氏とおばを交えて退院について数回話し合い、生活訓練施設の利用、その後自宅退院というプランを立てた。しかし、いつもC氏は「お母さんもいないし、ご飯を作ったり掃除をする自信がない。家に帰っても1人で不安だ。このままずっとここにおいてほしい。」と泣いてしまう。月に1度、病院のスタッフの付き添いのもと、近くの商店街で買い物をする以外にはほとんど外出しない。作業療法で絵を描くこと、書道を習うことを楽しみにしているが、料理はあまり好きでないようである。

<事例 3>

E 氏：22 歳男性。高校在学中の 17 歳時から引きこもりがちとなった。一方で突然夜中に家を出て数週間放浪し、警察に保護されるということが数回あった。1 年ほど経過して F 病院を受診し、統合失調症と診断されて薬物治療を開始した。外来での治療は順調であったが、高校を卒業して家業を手伝うようになると、多忙のため通院や服薬が不規則となった。

半年ほど前から、突然全裸になったり、食事をとろうとしなかったりと、おかしな行動をするようになった。何をしているのか問うと「いろいろな人が話しかけてきてうるさい。それをやめさせるためにいろいろやっている。」と答えた。発話はしばしば支離滅裂となったり、同じ言葉を繰り返したりした。そのうちに全く食事をとらなくなり、4 ヶ月前に F 病院の急性期治療病棟に医療保護入院となった。薬物治療の結果、幻聴をある程度無視することができるようになり、異常な行動は減少した。1 ヶ月前に急性期治療病棟から亜急性期病棟（開放）に転棟となった。病棟ではあまり他の入院患者と交流せず、臥床がちである。主治医が退院について話をすると、「仕事が忙しいから早く退院しなければと思うけど、まだやる気が出ず自信がない」と言っている。」

自宅は両親と妹との同居である。家は父方の親族でいくつかの事業を営んでいる。E 氏の父親が経営者で、父親は跡継ぎとして E 氏に期待をかけている。父親は、「入院までしたのだから、完全に治して戻ってきなさい。」と言い E 氏が戻り次第仕事（得意先回り）に復帰させることを予定している。母親は E 氏の症状への対応や今後の治療の見通しについて不安を感じて、主治医や看護師に何度か相談をしている。父親は母親に「そうやって甘やかすから、精神的に一人前にならないんだ。」と言っているようである。妹は中学生であり、特に問題なく学校生活・家庭生活を送っている。自宅と病院は同じ地域に属し、バスで通うことができる範囲内である。

資料 2. クリニカルパス記入例

記入例

貴院における事例の治療・ケア手順

不慣、あるいは貴院で実施されていないものについては、その旨をお書き下さい。

時間軸はご自由に区切ってご記入ください。

担当職種	内容	退院に向けた取り組みの開始時	時間軸				退院
			1週目	2週目	1ヶ月	2ヶ月	
	検査・診断						
	薬物治療						
	精神療法						
	生活技能に関する関わり(SSTなど)	退院プログラム参加				試泊	
	心理教育・服薬指導	Ns管理から自己管理へ	薬についての説明				
	家族介入	家族の意向確認	退院先の決定				
	院内手続			ケア会議		ケア会議	退院時ケア会議
	院外手続			保健師など地域のスタッフとの連絡	手帳の申請の検討	住居探し	買い出し
	その他	経済状態の確認		日中の活動場所を探す		訪問やヘルパーの利用検討	

退院後行うサービス内容

	実施・紹介	目的・内容・時期など	担当職種
ミーティング	実施・紹介・無	1ヶ月以内に、地域で困ったことないか、病状は安定しているか、などを確認	Ns,PSW,OT,地域スタッフ、生保CW
訪問看護	実施・紹介・無	2週～1ヶ月程度で、服薬管理できているか、部屋が生活しやすいかなどを確認	PSW or Ns orOT
ヘルパー	実施・紹介・無	本人に利用意志があれば、生活技能UPのため利用	SWからヘルパーへ紹介
社会復帰施設	実施・紹介・無	本人に利用意志があれば、支援センターや作業所を紹介	SWから紹介
その他	実施・紹介・無	通院公費負担の申請	