

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—

公立病院のクリティカルパスに関する調査

分担研究者 計見一雄 千葉県精神科医療センター センター長

研究要旨：本研究の目的は、公立（自治体）病院のクリティカルパスの調査を行い、代表的類型の暫定的な輪郭を提示することである。

研究方法：対象は、計 4 つの公立病院から提出された統合失調症急性期入院医療パス 3 例、大うつ病性障害入院医療パス 3 例、興奮状態による隔離室使用パス 4 例である。これらを比較検討し、互換性のある要素を抽出し、千葉県精神科医療センター作成のパスに統合した。

結果：資料参照。

まとめ：公立病院の暫定的なクリティカルパスを提示した。評価の基準とすべき具体的なマイルストーンの設定の必要が示唆された。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
計見一雄	千葉県精神科医療センター長
昆啓之	同医長
清水千春	同看護師長
長島美奈	同精神保健福祉士

す表現は全体のまとまりを保つ範囲で残した。次にカテゴリーと時系列に従って記入した。時系列は千葉県精神科医療センター作成のものを用了。

A. 研究目的

本研究の目的は、公立（自治体）病院のクリティカルパスの調査を行い、代表的な類型の暫定的な輪郭を提示することである。

B. 研究方法

公立病院から提出されたパスは、統合失調症急性期入院医療パス 3 例、大うつ病性障害入院医療パス 3 例、興奮状態による隔離室使用パス 4 例であった。これらのパスを比較検討し、まず項目を互換性とより具体的な表現を優先して抽出した。この時、各項目に付された程度を示

C. 研究結果（資料参照）

大うつ病、統合失調症、隔離室の各パスを資料に示した。

D. 考察

まず、ある段階から次の段階へ移るための評価の基準とすべきマイルストーンを設定する必要がある。このマイルストーンに到達する時間は、スタッフの充実度や病棟の構造に依存するであろう。

病棟の構造について例をあげれば、一般の個室は隔離室を出たばかりの刺激に対して脆弱な

時期を経過するのに適当であるが、このような病室のない病棟では、患者は隔離室から出ると多床室で過ごすことになる。4人から6人の患者が同じ部屋で過ごすことには対人的ストレス等の種々の刺激が伴っている。隔離室から出たばかりの患者にとってふさわしい環境とは言えない。従って、どうしても隔離室滞在期間が長期化する。

マイルストーンは具体的で、程度を示す表現を伴うことが望ましい。程度を示すことによって時間経過と回復過程をイメージしやすくなるからである。

E. 結論

公立病院の暫定的なクリティカルパスを提示した。評価の基準とすべき具体的なマイルストーンの設定の必要が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

大うつ病性障害急性期入院医療パス(公立病院)

入院時	2日目	~ 7日目	2日目	3日目	4日目	6~8週	~10週
検査・診断	ECG・血液検査・心電図・尿検査 頭部CT・ EEG・ B-XP 器室性症状性精神疾患の除外						
薬物療法	必要ならば眠前薬 効果判定 抗うつ薬検討 薬物変更検討 外泊計画前に薬物と病気の概略説明						
身体療法	食事・水分が摂取出来なければ 点滴及び胃管を使用 自殺念慮の切迫度でECTを選択 (薬の効果の判断を待てない状況)						
精神療法	家族への説明 患者への説明 治療計画の見直し 家族・患者への病状説明 病気の説明 自殺企図注意 性格傾向の説明						
看護ケア	自殺企図の防止 食事摂取状況に合わせた食事の提供介助 睡眠状況の観察・ケア 排泄にかかわる観察・ケア 退院へ向けた振り返り						
行動範囲 場所	HCU又はナースステーションに 近い部屋・ソファ隔離室 →看護師の目の行き届きやすい場所 代理行為(電話・買い物) 隔離・拘束時の看護 退院後への外出						
生活療法	個室~多床室 看護師付き添い買物 現実的訴えに対応 単独での院内買物 現金所持 外泊 退院後の生活に関する 具体的相談 服薬管理服薬指導 薬の複数日管理						
その他	生活リズムの回復 食事・睡眠・清潔保持の自律 散歩・軽い運動 担当者ミーティング 本人も含めた家族面談						
アウトカム	安全の確保 睡眠の確保 自発的な食事 排泄行動の自立 清潔行動の自立 短いやりとりができる 病気についての理解 再発防止の振り返り 退院後生活を具体的に考える 睡眠リズムの維持 うつ病への理解 性格傾向の理解						

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) 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	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				
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の関係築く 精神運動興奮・自殺リスクの把握 睡眠・休息の確保			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) 時間による隔離室開放 (洗面時 AM PMなど) ソフトな隔離室へ	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		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	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 外界との関係性を待つ 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 ECG 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	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 安全確保 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 線 り返し説明していく スタッフを集めて出来る限り食事・排泄介助からははずし 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 段階的に時間で開放(ex 洗面時 喫煙時等)
行動範囲・ 場所	隔離室閉鎖
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 家族との面接
アウトカム	安全の確保 睡眠の確保 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 睡眠時間の延長 1:1関係の成立 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

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—

統合失調症急性期治療における薬剤処方類型

分担研究者 計見一雄 千葉県精神科医療センター センター長

研究要旨：本研究では「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薬物治療に関する薬剤処方調査」の結果を分析し、投与された定型・非定型抗精神病薬の最多処方剤数により患者を5群に分類し、各群の臨床的特徴、処方量の比較を行った。

研究方法：対象は精神科急性期治療病棟、精神科救急入院料病棟、旧国立療養所、大学病院を調査期間に退院した患者260名。そのうち入院期間が180日以内であった患者237名を入院中の定型・非定型抗精神病薬それぞれの最多処方剤数に基づき5つの処方類型に分類し、処方類型ごとの患者の臨床的・人口統計的特徴、入院時・初回処方変更時・中間時・退院時における処方量の推移を比較した。**結果：**処方類型としてA（定型 \leq 1剤、非定型 \leq 1剤）、B（定型=2剤、非定型 \leq 1剤）、C（定型 \geq 3剤、非定型 \leq 1剤）、D（定型 \leq 1剤、非定型 \geq 2剤）、E（定型 \geq 2剤、非定型 \geq 2剤）を設定した。年齢はDが低くCが高く、入院日数はAが短くEが長い傾向があった。CP換算処方量は入院期間の各時点において概ねA<B<C \approx D<Eとなっていた。Aでは入院から退院まで処方量が横ばいである一方、C、Eは入院中に処方量が増加され、その量が保持されたまま退院となっていた。Aは少量の処方でも順調に回復する症例、Cは攻撃性を定型抗精神病薬で鎮静する症例、Eは病状がなかなか改善せず変薬・多剤投与に陥る症例であることが推測された。**まとめ：**本研究により、統合失調症急性期の患者を定型・非定型抗精神病薬の処方類型を用いて、臨床的に特徴のある患者群に分類可能であることが示された。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
渋谷孝之	千葉県精神科医療センター 医師
昆 啓之	同 上 医師
清水千春	同 上 看護師長
長島美奈	同 上 生活療法科

A. 研究目的

本研究の目的は、統合失調症急性期の患者を薬剤の処方パターンからいくつかの群に分類し、各群の臨床的特徴と処方量を比較することである。

る。

統合失調症患者の治療経験からいえることは、一口に急性期といっても、その臨床経過は決して一様ではないという事実である。少量の非定型抗精神病薬単剤の投与で順調な回復を示す症例が少なからず存在する一方、定型抗精神病薬を多量に投与しないと必要な鎮静が得られない例、入院を機に定型から非定型の抗精神病薬に切り替えたが上手くいかず元の定型薬への変更を余儀なくされる例、病状がなかなか改善せず抗精神病薬の多剤併用に陥る例など、急性期患

者はさらにいくつかのサブタイプに分類可能であるように思われる。

このように均一とはいえない統合失調症急性期患者について、本研究では、定型および非定型抗精神病薬の処方パターンから、臨床的に特徴のある患者群の抽出を試みる。

B. 研究方法

本研究の基礎となる「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薬物治療に関する薬剤処方調査」は、厚生労働科学研究「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」において実施されたものであり、その詳細は同研究平成16年度樋口研究者分担報告書に示されているとおりである。

本研究の対象は、精神科急性期治療病棟、精神科救急入院料病棟、旧国立療養所、大学病院を調査期間に退院した患者260名である。患者の入院期間は2日から3660日（平均133.9日）にわたっていたが、本研究においては対象を急性期患者に限定するため、入院期間が180日以内である患者を分析の対象とした。

処方類型は患者の入院中の定型・非定型抗精神病薬それぞれの最多処方剤数に基づき、以下の5類型、すなわち

A（定型 \leq 1剤、非定型 \leq 1剤）

B（定型=2剤、非定型 \leq 1剤）

C（定型 \geq 3剤、非定型 \leq 1剤）

D（定型 \leq 1剤、非定型 \geq 2剤）

E（定型 \geq 2剤、非定型 \geq 2剤）

を設定した（表1）。処方の仮想例と処方類型との関係を表2に示す。

上記の処方類型ごとに症例数、患者の特徴（年齢、性別、入院日数、初発・再発の別、入院歴、入退院時GAFスコア、攻撃性の有無、隔離の

有無、拘束の有無）、および入院時・初回処方変更時・入院期間の中間時・退院時の各時点におけるCP換算処方量を比較した。

C. 研究結果

患者260名中、入院期間180日以内の条件を満たす237名が分析対象となった。

処方類型ごとの症例数、平均年齢、性別、平均入院日数を表3、図1～4に示す。症例数はAが最多で半数弱を占め、以下BCDEの順であった。平均年齢は $D < A < B < E < C$ の順で、一元配置分散分析の結果は $p=0.044$ 、各類型の組み合わせ（10通り）にt検定を行ったところCD間で $p=0.004$ と有意差がみとめられた。性別については、男性の占める割合が $A \approx D < B \approx E < C$ となっていた。入院日数はABCDが65日前後であるのに対しEは90日弱と長く、一元配置分散分析の結果は $p=0.085$ 、各類型の組み合わせにt検定を行ったところCD間で $p=0.011$ と有意差がみとめられた。

処方類型ごとの初発・再発の別、入院歴、入退院時GAFスコアを表4、図5～7に示す。初発（入院日前1ヶ月以内に主治医の診察をはじめて受けた今回が初発エピソードの患者、または6ヶ月以上治療中断していた患者）の占める割合は $C < E < D < A < B$ であった。入院歴は、初回入院の占める割合が $C < E \approx B < A < D$ となっていた。入退院時GAFスコアは各類型とも入院時30、退院時60前後で大差なく、一元配置分散分析の結果も入院時 $p=0.74$ 、退院時 $p=0.13$ と有意差はみとめられなかった。

処方類型ごとの攻撃性、隔離、拘束の有無を表5、図8～10に示す。入院中に何らかの攻撃性を示した患者の割合は $A < B \approx D < C < E$ 、隔離が行われた患者の割合は $A \approx D < C < B \approx$

E、拘束が行われた患者の割合は $A \approx C \approx E < B < D$ となっていた。

処方類型別の入院時・初回処方変更時・入院期間の中間時・退院時の各時点におけるCP換算処方量の推移を表6、図11に示す。処方量はどの時点でも概ね $A < B < C \approx D < E$ の傾向がみられた。時間経過と処方量の変化の関係は、Aは入院期間を通して処方量は横ばい、BCは初回変更時→中間時で増量されたあと退院時まで中間時の処方量が保持され、Dは入院時→中間時に向け増量され退院時はやや減量、Eは退院時に向け漸増する傾向がみられた。一元配置分散分析の結果は各時点とも $p=10^{-5} \sim 10^{-9}$ のorderで、処方類型別の処方量にはすべての時点で十分な差異があると考えられた。

D. 考察

研究結果より、処方類型ごとの特徴をまとめると以下のとおりである。

A（定型 ≤ 1 剤、非定型 ≤ 1 剤）は症例数が一番多い。他の処方類型に比べ年齢は比較的若く、女性の割合が高く、入院日数は短く、初発例・初回入院の割合が高く、攻撃性・隔離・拘束の少ない傾向がある。CP換算処方量は最少で、入院期間を通して処方量は横ばいである。少量の投薬で順調に回復する患者がこの類型に属すると思われる。

C（定型 ≥ 3 剤、非定型 ≤ 1 剤）は他の処方類型に比べ高年齢で、男性の割合は最多、再発例・複数回目の入院の割合が高く、攻撃性を示す患者の割合もEについて高い。処方量はE類型について多くDと同等、入院途中で処方量が増加され退院までその量で維持される。この類型の典型は男性で比較的年齢が高く、攻撃性を示す再発患者で、複数の定型薬で鎮静し、安定

したところで薬物減量をせずに退院となるケースであろう。

B（定型 $= 2$ 剤、非定型 ≤ 1 剤）は概ねA、Cの中間の性格を示すが、初発の患者の割合はAよりも高く、隔離が行われた割合は5類型中最多であった。

D（定型 ≤ 1 剤、非定型 ≥ 2 剤）は年齢は最も若く、女性の割合はAと同様高い。初発の割合は比較的少ない方であるが、初回入院の割合は全類型中最多である。攻撃性や隔離は比較的少ないが、拘束の割合は最多である。処方量は入院時から中間時に向け増量され、退院時はやや減量される。非定型薬で治療されていた若く攻撃性のない患者に対し、入院中にメインの非定型薬を変更する場合などがこの類型に属するであろう。

E（定型 ≥ 2 剤、非定型 ≥ 2 剤）は年齢は比較的高く、入院日数は他の類型より突出しており、再発の割合も多く、攻撃性は全類型中最多である。処方量は入院期間を通して最も多く、退院時に向け漸増する傾向がみられる。入院日数の長さや攻撃性の高さから、薬剤抵抗性で病状がなかなか改善しない難治症例がこの類型に属するものと推測される。

本研究の課題としては、多群間の比較という統計上のテーマに対して十分な処理を行えなかったことが挙げられる。また、本研究の基礎となる「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薬物治療に関する薬剤処方調査」には服薬態度や幻覚妄想等の精神病症状、医師や施設の属性なども含まれていたが、今後は処方類型とこれらの項目の関係を比較検討することも必要である。

E. 結論

本研究により、統合失調症急性期の患者を定型・非定型抗精神病薬の処方類型を用いて、臨床的に特徴のある患者群に分類可能であることが示された。処方量には処方類型ごとにかかなりの違いがみとめられた。今後は患者側の要因だけでなく、医師や施設の属性と処方類型の関係も検討することが必要であると考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)
なし

資料

表1 処方類型の定義

入院中の 最多処方剤数		定型抗精神病薬			
		0剤	1剤	2剤	3剤以上
非定型抗精神病薬	0剤	A		B	C
	1剤				
	2剤以上	D		E	

表2 処方類型の具体例

例1 ⇒処方類型はC	入院時	RIS+LP	(非定型1剤、定型1剤)
	初回変更	RIS+LP+HP	(非定型1剤、定型2剤)
	中間時	RIS+LP+HP+CP	(非定型1剤、定型3剤)
	退院時	RIS+CP	(非定型1剤、定型2剤)
例2 ⇒処方類型はE	入院時	RIS+OLZ	(非定型2剤、定型0剤)
	初回変更	RIS+OLZ+LP	(非定型2剤、定型1剤)
	中間時	OLZ+LP+HP	(非定型1剤、定型2剤)
	退院時	LP+HP	(非定型0剤、定型2剤)

RIS: risperidone、LP: levomepromazine、HP: haloperidol、CP: chlorpromazine、OLZ: olanzapine

表3 処方類型と患者の特徴(1)

処方類型	症例数		平均年齢 (才)	性別		平均入院 日数(日)
	(例)	(%)		男性(例)	女性(例)	
A	108	45.5	37.3	56	52	59.0
B	51	21.5	40.3	31	20	67.2
C	45	19.0	43.0	29	16	71.1
D	21	8.9	33.2	10	10	65.0
E	12	5.1	41.3	7	5	88.8
TOTAL	237		39.0	133	103	64.0

表4 処方類型と患者の特徴(2)

処方類型	初発・再発		入院歴		GAFスコア	
	初発	再発	初回	2回目以降	入院時	退院時
A	26	82	35	67	31.6	59.6
B	15	36	14	36	30.1	55.7
C	6	39	5	40	30.0	56.3
D	4	17	9	12	34.5	64.5
E	2	10	3	8	30.3	53.0
TOTAL	53	184	66	163	31.3	58.3

表5 処方類型と患者の特徴(3)

処方類型	攻撃		隔離		拘束	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし
A	35	73	45	63	18	89
B	21	30	33	17	14	37
C	23	22	24	21	8	37
D	9	12	8	11	7	12
E	9	3	8	4	2	9
TOTAL	97	140	118	116	49	184

資料

表6 処方類型と処方量(CP換算)

処方類型	平均処方量(CP換算mg)			
	入院時	初回変更	中間時	退院時
A	455.7	495.8	490.3	498.3
B	607.4	580.0	791.0	744.9
C	820.5	798.6	1015.7	988.6
D	803.1	914.9	970.5	864.8
E	1022.2	1133.9	1096.6	1153.9
TOTAL	616.5	643.5	733.5	711.5

図1 処方類型と症例数

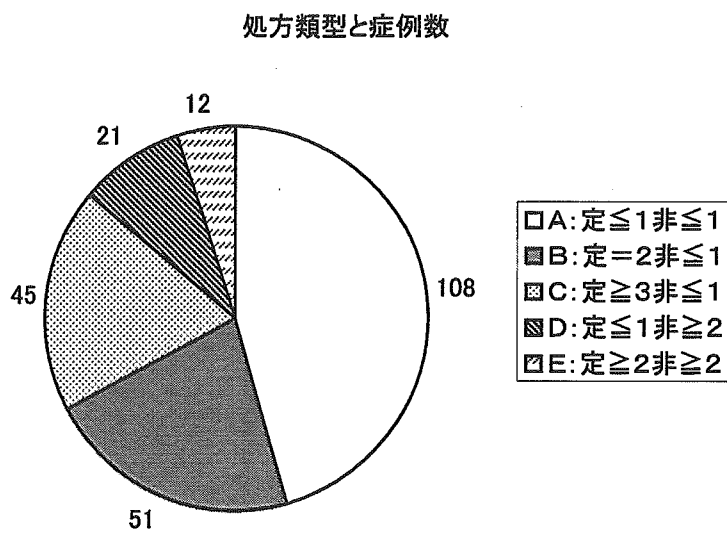
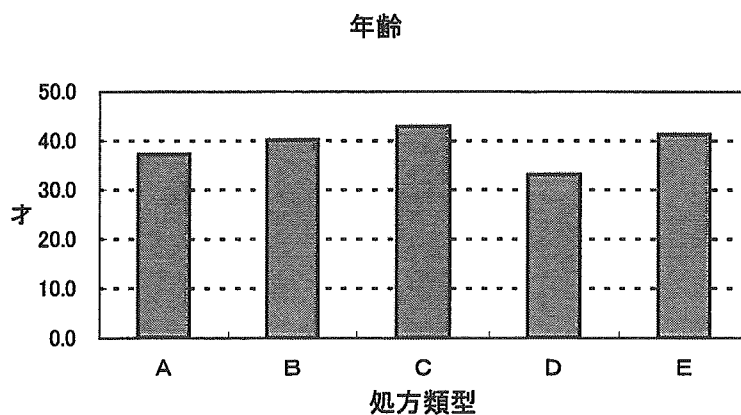


図2 処方類型と平均年齢



資料

図3 処方類型と性別

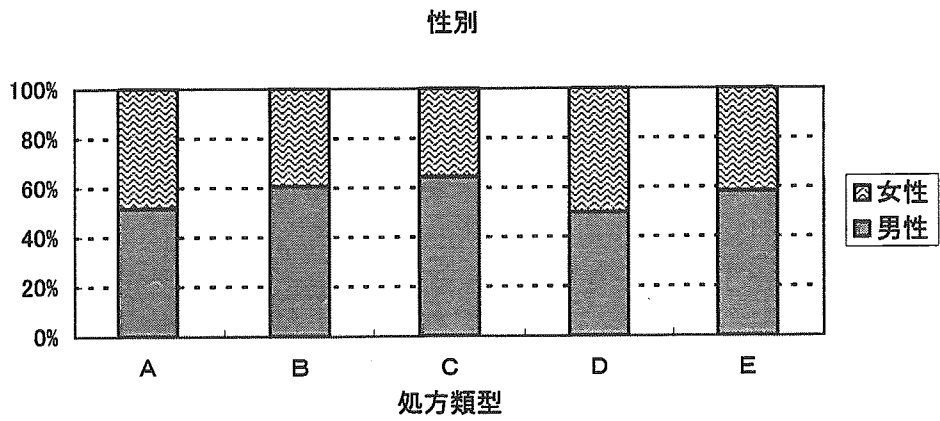


図4 処方類型と平均入院日数

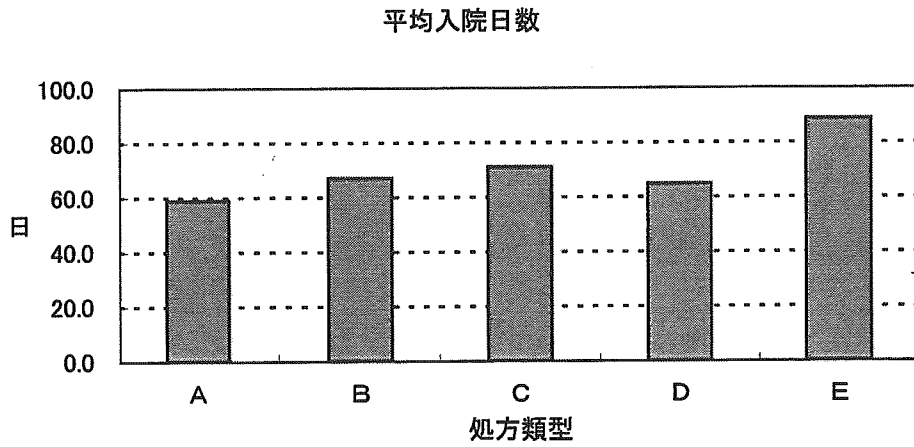


図5 処方類型と初発・再発の割合

(初発:入院日前1ヶ月以内に主治医の診察を初めて受けた今回が初発エピソードの患者or6ヶ月以上治療中断していた患者)

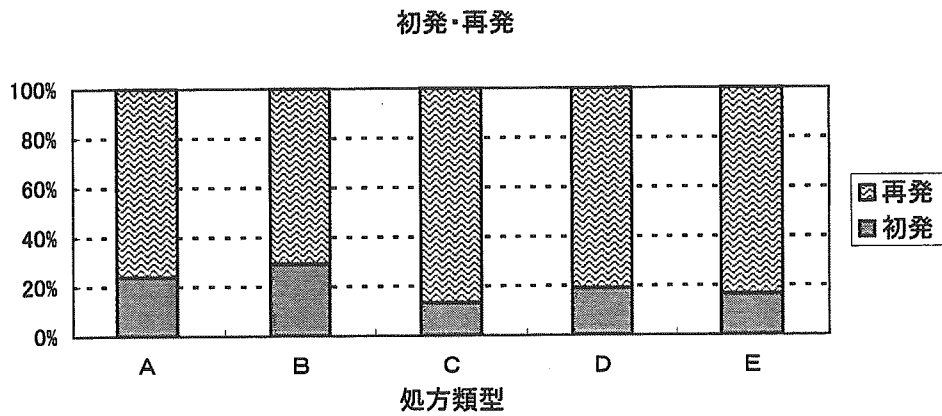


図6 処方類型と入院歴

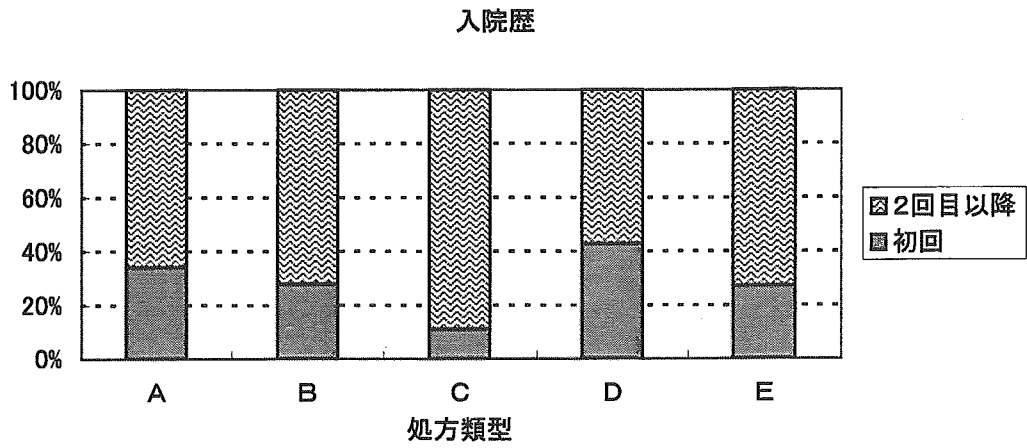


図7 処方類型と入退院時GAF

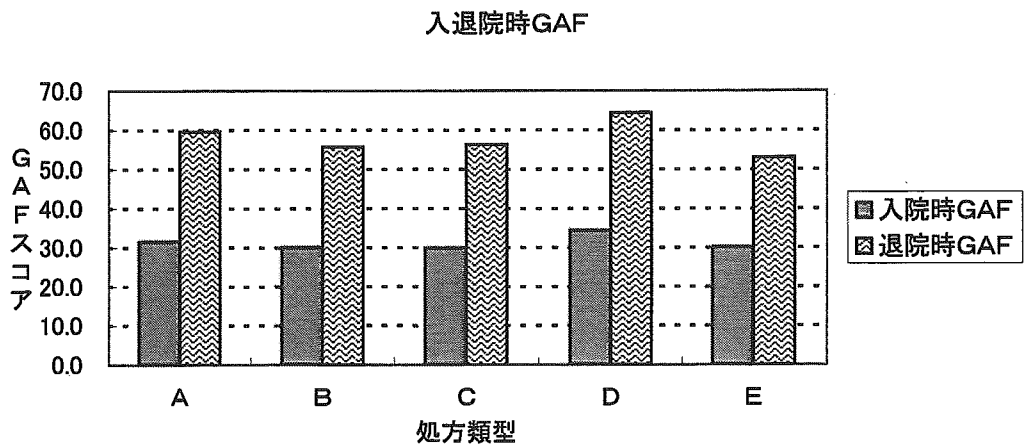
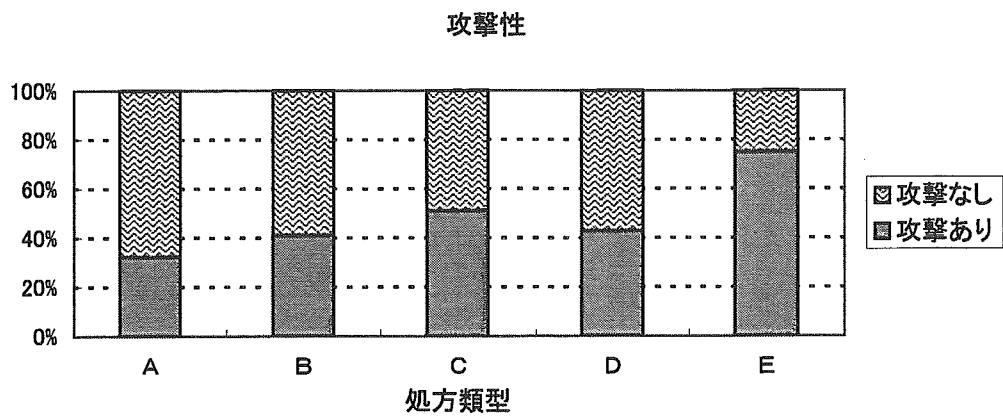


図8 処方類型と攻撃性



資料

図9 処方類型と隔離

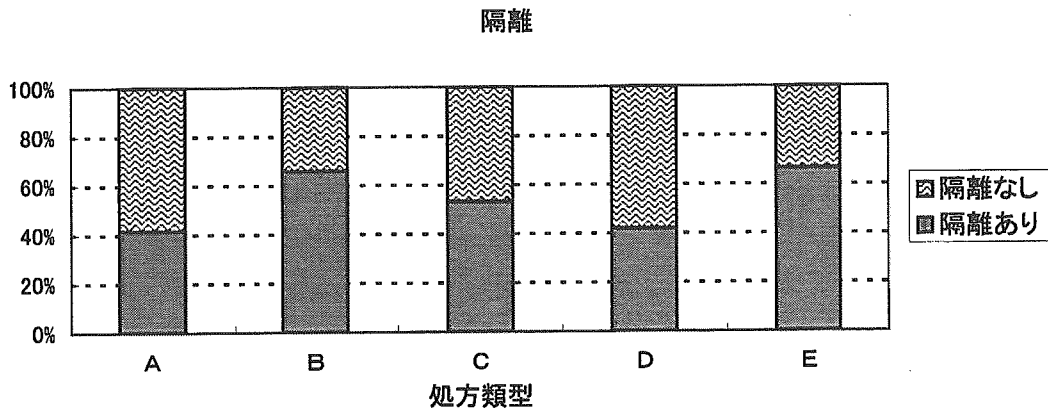


図10 処方類型と拘束

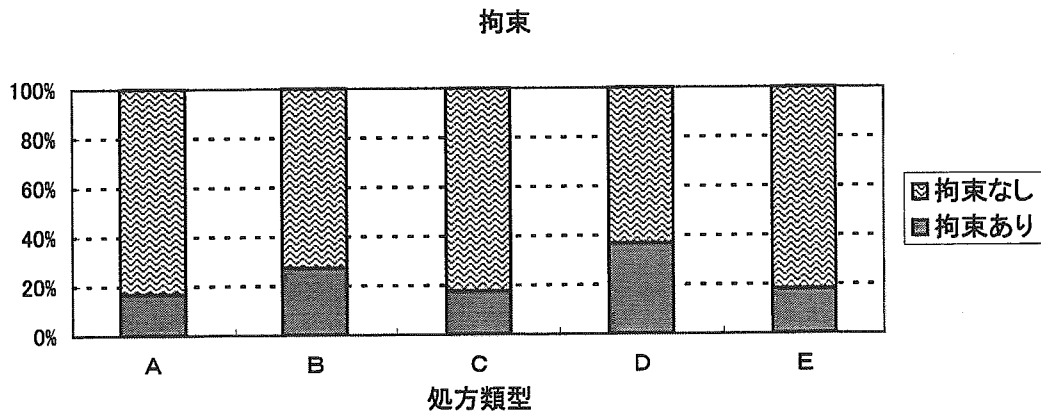
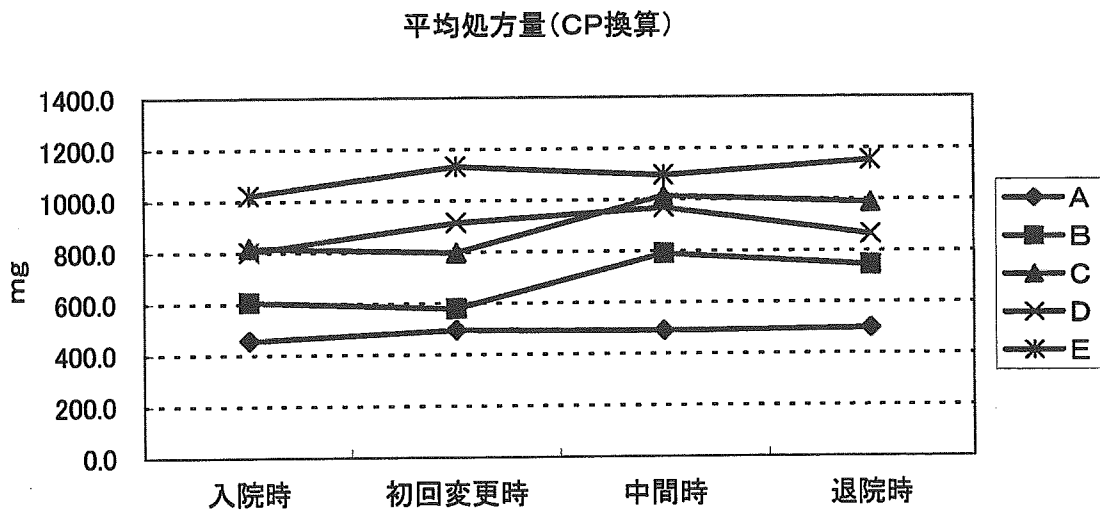


図11 処方類型と平均処方量(CP換算)



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－

社会復帰病棟におけるクリニカルパス調査

分担研究者 渋谷孝之 千葉県精神科医療センター 医長

研究要旨：社会復帰病棟に必要な標準的な治療計画を提案するため、現在行われている活動の把握を目的として、社会復帰病棟におけるクリニカルパス調査を行った。

研究方法：調査対象は急性期病棟パス調査（平成15年度施行）で協力の得られた病院（47施設）。退院に向け異なる課題を持つ統合失調症患者3事例を想定し、（1）課題に優先順位をつけること、（2）治療計画・活動計画をクリニカルパスに展開すること、について回答を求めた。

結果：17施設より回答を得た。退院に向けた課題の優先順位は施設間で大きな相違はなかった。パスの期間はほとんどの施設が2～6か月を設定したが、1施設はすべての事例に2年間を設定した。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。事例ごとにパスの項目と時間軸の関係を集計した結果、「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が、記載の具体性はパスによって大きな差がみられた。パスを有用なものとするため、（1）社会復帰期のクリニカルパスをさらに4期に分けること（2）課題を明確にし、項目を具体的に記述すること（3）パスを運用途中で適宜修正すること、を提案した。

まとめ：調査結果からは、多くの施設でいまだ有用な社会復帰期クリニカルパスの作成に至っていないことが伺われた。今後、社会復帰期における標準的なクリニカルパスを提示する必要性がきわめて高い。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
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
清水千春	千葉県精神科医療センター 看護師長
長島美奈	同 精神保健福祉士

B. 研究方法

A. 研究目的

今後の社会復帰病棟に必要な標準的な治療計画を提案するため、現在行われている実際の活動を把握することを目的として、社会復帰病棟におけるクリニカルパス調査を行った。

本研究の基礎となる「社会復帰病棟におけるクリニカルパス調査」は厚生労働科学研究「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」において実施されたものであり、詳細は同研究平成17年度樋口分担研究者報告書に示されている。以下にその概要を

示す。

調査対象は平成15年度に行った急性期病棟パス調査で協力の得られた病院（47施設）である。まず、退院に向けてそれぞれ異なる課題を有する統合失調症患者3事例を想定した。

<事例1> 35歳男性

退院への意欲はあるが、通院・服薬の継続や日常生活能力が危ぶまれる患者

<事例2> 36歳女性

病状は安定しているが、退院への不安が大きく、入院継続を希望する患者

<事例3> 22歳男性

急性期後の疲弊状態にあるが、父親の病気への理解が乏しく、就労を迫られている患者

調査対象病院に対し、上記の想定例について以下（1）（2）についての回答を求めた。

（1）以下の課題に優先順位をつけること

- ・ 通院・服薬の継続
- ・ 日常生活能力の向上
- ・ 自立した、地域での生活への意欲の向上
- ・ 周囲の人々とのトラブルがない関係
- ・ 日中の活動への意欲向上
- ・ 就労
- ・ 家族との良好な関係
- ・ その他（ ）

（2）治療計画・活動計画をクリニカルパスに展開すること

C. 研究結果

23施設から研究協力の承諾を得、最終的に17施設より回答を得た。

退院に向けた課題の優先順位を事例ごとに集計した結果を図1～3に示す。図1～3では、優先順位の上位3つに挙げられた課題について順位の重みづけは考慮せず（上位3つに入れ

ば1点として）単純集計している。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を図4～6に示す。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。設定期間に若干の差が生じるのは自然であるが、2年間という期間は社会復帰病棟であっても長すぎるように思われる。

事例とパスの個別性（共通性）の関係を図7に示す。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。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。もともと、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。

事例ごとにパスの項目と時間軸の関係を集計した結果を表1～3に示す。「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る。

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る。

D. 考察

今回得られたクリニカルパスは、そのままでも十分運用可能と思われるパスも少数見られた

が、全体的には、記載の密度が薄い、具体性に乏しい、一見詳細であるが有用性に疑問があると感じられるパスが多かった。この結果は、各施設が社会復帰期のパスを作成するにあたり暗中模索している実情を反映していると思われる。

以下に社会復帰期のクリニカルパスを有用なものとするための提案を示す。

(1) 社会復帰期クリニカルパスのステージ

寛分担研究者より指摘されたが、社会復帰期のクリニカルパスを次の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。課題を明示せずに「精神療法週〇回」と記載するだけでは、形骸化したパスが出来上がるにとどまる。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

従来クリニカルパスの考え方においては、ある時点において行われるべき項目が達成されていない場合を「バリエーション」とし、バリエーションの発生は当該患者のクリニカルパスからの脱落を意味した。そこには一旦パスの運用を始めた後で、パスを修正するという発想はない。

しかし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は一般に高くなる。

この問題を解決するには、クリニカルパスを運用用途で修正すればよい。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。

E. 結論

社会復帰病棟におけるクリニカルパスの現状を調査し、得られたパスに検討を加え、社会復帰期のクリニカルパスを有用なものとするための提案を行った。

クリニカルパスという数値的に表現されていない対象について、客観的な分析を十分に行っていないことは本研究の限界である。回答さ

れたクリニカルパスの一部に批判を加えたが、調査に協力いただいた施設を貶める意図は全くないことを強調しておく。

今後、急性期と同様に、社会復帰期における標準的なクリニカルパスを提示する必要性がきわめて高い。

F. 健康危険情報

なし

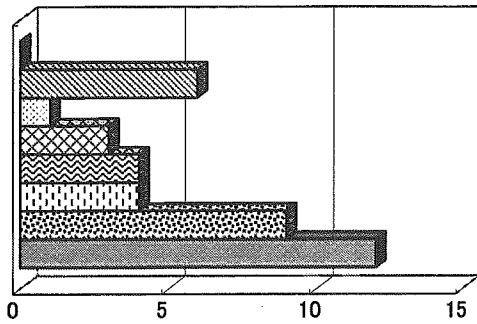
G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

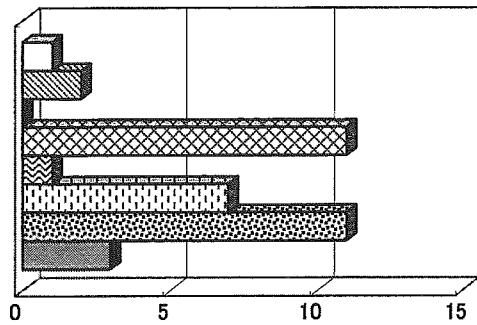
なし

図1 事例1の優先課題(上位3つ)



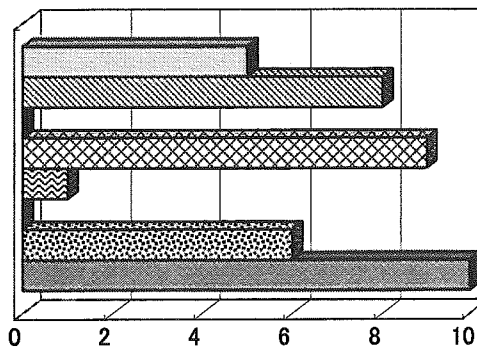
- その他
- 家族との良好な関係
- 就労
- 日中の活動への意欲向上
- 周囲の人々とのトラブルがない関係
- 自立した、地域での生活への意欲の向上
- 日常生活能力の向上
- 通院・服薬の継続

図2 事例2の優先課題(上位3つ)



- その他
- 家族との良好な関係
- 就労
- 日中の活動への意欲向上
- 周囲の人々とのトラブルがない関係
- 自立した、地域での生活への意欲の向上
- 日常生活能力の向上
- 通院・服薬の継続

図3 事例3の優先課題(上位3つ)



- その他
- 家族との良好な関係
- 就労
- 日中の活動への意欲向上
- 周囲の人々とのトラブルがない関係
- 自立した、地域での生活への意欲の向上
- 日常生活能力の向上
- 通院・服薬の継続

図4 事例1バスの想定期間

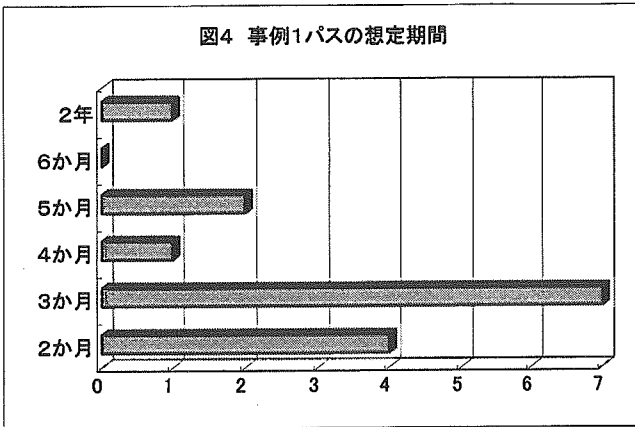


図5 事例2バスの想定期間

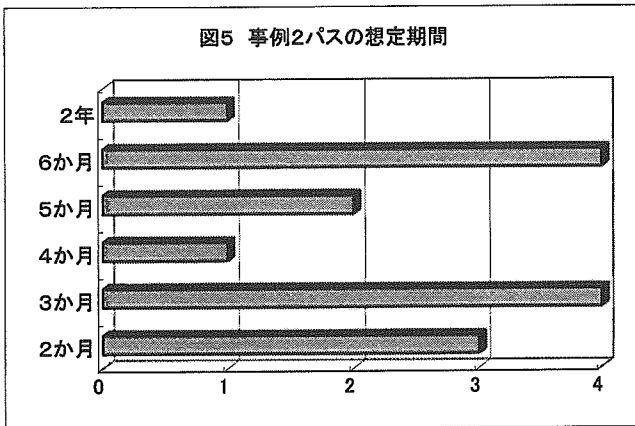


図6 事例3バスの想定期間

