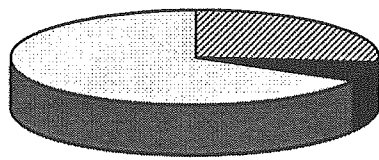


図7 事例とパスの個別性



■ 3事例がほぼ同一のパス n=4
▨ 2事例がほぼ同一のパス n=1
□ 各事例が異なるパス n=10

パスの内容分析

「いつ何を行うか」についての累計

16施設、「2年間」のパスは除外

網がけは4つ以上のパスで行われている項目

表1 事例1のパスの内容分析

	1週	2週	3週	4週(1月)	6週	8週(2月)	3か月	4か月	5か月	6か月
方針決定、スタッフミーティング	10	3		2		7	3			2
定期検査	2			1		1	1			
病気の説明(精神療法)	10	5		7		8	5	2		
処方調整	3	3		2		3	1	1		
デボ剤導入	3	1		2						
服薬指導、自己管理	13	7	4	10	2	9	6	2	1	
生活能力評価、訓練	11	6	3	9	2	8	3			
経済状態評価	8					1			1	
デイケア導入	1			4		2	4	1	1	1
家族面接、家族の意向確認	12					1	2			
家族教育		2		3		2	2			
退院先決定	5	3		3		3	2			
外泊				4	1	6	5	2		
手帳、年金、32条、生保	3	1		2		1	2	1	1	
地域スタッフへの連絡	2	4		1		2	2	1		
退院先訪問			1			3	1	2	1	
社会復帰施設見学										
退院						4	7	1	2	

表2 事例2のパスの内容分析

	開始・1週	2週	3週	4週(1月)	6週	8週(2月)	3か月	4か月	5か月	6か月
方針決定、スタッフミーティング	8	3		5		4	8		1	4
定期検査(採血など)	2			1		1	1			
心理検査	1			1		1				
精神療法	11	2		6		6	6	3	2	3
処方調整	6	2		3		3	3	3	2	1
服薬指導、自己管理	11	5	4	6		6	6	2	1	2
生活技能評価、訓練	11	4	3	12	1	8	8	3	1	1
経済状態評価	7					1	1			
デイケア導入、利用	1			2		3	2			1
家族面接、家族の意向確認	11	2		3		3	6	1	1	2
家族教育	2			4		2				
退院先決定	1			2		1				
外泊				2		1	2	1	1	3
手帳、年金、32条、生保	5			2			2			
地域スタッフへの連絡	2	2		2			3	1	1	
訪問看護			1	1		2	1	1	1	1
社会復帰施設見学、体験入所	2	2	2	6		3	5	5	2	3
退院						3	3	1	1	5

表3 事例3のパスの内容分析

	開始・1週	2週	3週	4週(1月)	6週	8週(2月)	3か月	4か月	5か月	6か月
方針決定、スタッフミーティング	8	2	1	4		7	4			
定期検査(採血など)	2			1		1	1			
心理検査	1			2		1	2			
精神療法	11	6	1	4		7	4	1	1	
処方調整	6	3		4		5	5	2	1	
服薬指導、自己管理	12	8	3	5		8	8	2	1	
生活技能評価、訓練	10	4	2	8	1	8	7	2	1	
経済状態評価	7					1				
デイケア導入、利用				3		5	4			
家族面接、家族の意向確認	12	4	2	2		3	4	1	1	
家族教育	2	2		7		6	3	1		
退院先決定	2									
外出、外泊	1	1	1	3		2	4	2		
手帳、年金、32条、生保	4			2		2			1	
地域スタッフへの連絡	1	1		2		3	1	1	1	
訪問看護				1		2	2	1	1	
退院						1	3	6	1	1

Ⅱ. 分担・協力研究報告書

澤分担研究班

はじめに

精神疾患に限らず、疾患を持ちながらその人が本来の生活を維持するには、病が発生した時、医学的視点から迅速に、責任を持って、継続的に均質な医療が提供される必要がある。迅速に、そして均質な医療の提供のひとつのモデルとして臨床パスが注目されている。研究1では本研究について協力を得た医療機関が大うつ病性障害と統合失調症の急性期入院医療臨床パスについてどのように考えているかを検討し均質な医療のあり方について検討した。研究2では特に統合失調症の治療で注目されている非定型抗精神病薬の使われ方について調査し、副作用が少なくそれゆえコンプライアンスの高さが期待される本薬剤の使われ方の特徴について調査した。最後に研究3では入院から退院に向けての社会復帰においてどのような課題のクリアーを要求されるかについて調査し、筆者が考案したアセスメントツール「しやかいふつき」との関係について論じた。

【研究1】(2003年度)精神科急性期入院医療の臨床パスに関する調査—入院期間設定の妥当性について

A. 研究目的

本研究では精神科急性期臨床パスを設定する時、施設によって退院までの最大設定期間に差があることから、この最大設定期間と患者の行動制限が無くなった時期との関係を調べた。

B. 研究方法

対象は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あり方に関する研究分担研究」の中の「精神科急性期入院医療の臨床パスに関する研究」に協力を得た医療施設である。提出された大うつ病性障害急性期入院医療パス35あるいは統合失調症急性期入院医療パス36を用いた。これらのパスの中で、退院までの最大設定期間を12週としているパスとそれ未満の期間としているパスに分け、それぞれについて「開放」、「外泊」、「単独外出」、「自主管理」など、患者が自分の行動を管理できると判断した時期がいつかを調べ、2群の間で差があるかどうかを検討した。

C. 研究結果

大うつ病性障害急性期入院医療パス35のうち患者が自分の行動を管理できる時期が明確でない7つのパスを除くと、12週未満の11のパスと12週の17のパスの比較では12週のパスの方が有意に高値を示した。また統合失調症急性期入院医療パス36のうち患者が自分の行動を管理できる時期が明確でない4つのパスを除くと、12週未満の14のパスと12週の18のパスの比較では12週のパスの方が有意に高値を示した。

D. 考察

気分障害でも統合失調症でも急性期における

薬物療法の反応が施設間で差があることは考えにくく、むしろ退院後の社会復帰や再発予防へのアプローチに差があるのではと考えたが、いずれの障害でも12週のパスを作った施設の方が12週未満のパスを作った施設に比して、患者が自分の行動を管理できると判断される時期が遅かった。今後はこの2群でどのような因子がこの差をもたらすかについて検討する必要があると考えられた。また2006年の診療報酬改定で急性期治療病棟、救急入院料病棟で1ヶ月目は点数が高く、2ヶ月目はほぼ従来どおり、3ヶ月目は逡減するように設定された。クリニカルパスが医療的立場で決められるならこのように診療報酬の仕組みが変わっても変化しないと考えられるが、もし変化するならクリニカルパスは経済誘導でどうにでもなるという仕組みと化してしまう。今後各施設がどのようなパスを考えるかは追跡調査すべきであると考える。

E. 結論

大うつ病性障害急性期入院医療パスでも統合失調症急性期入院医療パスでも患者が自分の行動を管理できる時期は12週のパスの方が有意に高値を示したが、この理由が治療上の差によるものか、診療報酬上の因子によるものかは今後検討する必要があると考えられた。

[研究2]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

A. 研究目的

本研究では統合失調症に対する薬物治療の施設や医師の年齢ごとの使用特徴とその効果の把握を目的として、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（現：国立病院機構に属する病院）における薬剤処方調査を行った結果を報告する。

B. 研究方法

本研究の対象は平成15年8月に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112施設と、公立病院、国立療養所16施設、および大学病院85施設の計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、調査期間内（平成15年11月4日から同年12月20日）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、また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。このなかで医師の年齢、入院期間、入院時と退院時のGAF、定型および非定型抗精神病薬の使用状況を整理し分析した。

C. 研究結果

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が、医師の年代により従来の経験を変えようとしていないことが明らかになった。また原因か結果かは今回の分析では明らかにならなかったが、非定型抗精神病薬の使用と入院日数の短さ、そして入院から退院までの間のGAFの変化の大きさなどが相関していた。しかし、非定型抗精神病薬は薬価が高いため包括支払い病棟では使いにくいことが実証できた。

D. 考察

急性期治療では迅速に症状を軽減すると同時に副作用が少ない治療で、急性期治療後のコンプライアンスを高め、またサイコエデュケーションもしやすくし、再発率、再入院率を減少することが求められている。その意味で非定型抗精神病薬の使用が近年勧められている。しかしその使用は医師の年齢によりかなり異なっており、特に40代の医師はすでに自分のやり方ができているためか保守的となりやすい傾向があり、この点は副作用が少ないことが求められる現在、再度教育していく必要があると考えられた。また非定型抗精神病薬の使用で入院期間が短くなるのか、短い人が非定型抗精神病薬で治療が終えられるのかはわからない、またGAFの変化から見た治療の効果も同様に非定型抗精神病薬の使用で最初に終わったためGAFの変化が大きいのかもわからないが、まず非定型抗精神病薬の使用が推奨されるといえよう。それに反して、包括支払い病棟では非定型抗精神病薬を使うほど運営がしにくくなり、特に民間病院ではこのことに敏感に反応しているということがわかった。包括病棟は本来、薬物使用による収益の差も吸収しているつもりで診療報酬が規定されているのかもしれないが、実際には運営しえなくなるほどの差が定型薬と非定型薬との間に見られ、今後改定時には再検討する必要があると考えられる。2006年の診療報酬改定では入院1ヶ月目は高くなったが、非定型抗精神病薬を計画的に使って与えられる点数は変化がなかった。この点はさらに要求していく必要があるだろう。

E. 結論

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が、医師の年代により従来の経験を変えようとしなかったことが明らかになった。また原因か結果かは今回の分析では明らかにならなかったが、非定型抗精神病薬の使用と入院日数の短さ、そして入院から退院までの間のGAFの変化の大きさとが相関していた。しかし、非定型抗精神病薬は薬価が高いため包括支払い病棟では使いにくいことが実証できた。

【研究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)との関係一

A. 研究目的

厚生労働省は2004年12月に今後10年で約72000人を退院させると発表した。今回3想定事例について本研究に参加した15施設が、優先的にどのような課題を社会復帰のために必要な要素ととらえているかを、筆者が社会復帰にとって必要だと以前述べてきた「しやかいふつき」の7項目とどのような関係にあるか、また各施設が考える退院への予想期間について調べた。

B. 研究方法

本調査に協力を得た民間病院9病院、国公立病院3病院、大学病院3病院から、調査で提示した3事例について退院に向けた課題の優先順位をどのように考えているかを整理し抽出した。また社会復帰病棟(またはそれに類する機能を果たしている病棟)において退院に向けたパスを作った場合に想定される平均在院期間

を各施設について調べた。

C. 研究結果

リハ病棟でのパス調査の想定事例にしゃかいふつきの7項目を適用して分析し、その結果しゃかいふつきの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。また在院日数が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、分析が難しいと考えられた。

D. 考察

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事例以外はしゃかいふつきの7項目以外のものはほとんどなかった。第3事例でその他として、心理教育が3施設、家族調整・家族教育・家族教室・環境調整が各1施設ずつであったが、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上げにくいことが分かった。そして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、そしてそれが筆者および日精協で作った改訂版のしゃかいふつきがこれに一致することがわかった。

その結果しゃかいふつきの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。これはす

に自立支援法の障害程度区分決定に当たって、医師の意見書に生活障害評価として取り入れられており、今後現場で精神障害者の社会復帰を促進する上で大きな貢献が期待される。

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。また在院日数が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。

E. 結論

筆者および日精協で考案したアセスメントツール「しゃかいふつき」は、今回の3想定事例を通じての退院に向けての課題抽出分析から、精神障害者の社会復帰、退院促進に大きく寄与することが分かった。

まとめ

治療が長期にわたることが多く、またその障害ゆえに治療の継続が困難な精神障害の治療において、急性期の治療が迅速で均質であることはきわめて重要であるが、研究1で述べたように、クリニカルパスが医療的立場からのみ出ているのでない可能性が示唆された。また治療そのものの中心となる薬物療法において、非定型抗精神病薬が必ずしも行き渡っていないことが研究2で示された。医師の意識変革とともに包括支払い病棟で使いやすくする仕組みの必要性が示された。研究3では退院に向けてクリアする課題が、筆者が考案した「しゃかいふつき」の7項目について検討することと一致することが分かった。

－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調査

－入院期間設定の妥当性について－

分担研究者 澤 温 さわ病院 院長

研究要旨：本研究では精神科急性期クリニカルパスを設定する時、施設によって退院までの最大設定期間に差があることから、この最大設定期間と患者の行動制限が無くなった時期との関係を調べた。

研究方法：対象は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あり方に関する研究分担研究」の中の「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）」に協力を得た医療施設である。提出された大うつ病性障害急性期入院医療パス 35 あるいは統合失調症急性期入院医療パス 36 を用いた。これらのパスの中で、退院までの最大設定期間を 12 週としているパスとそれ未満の期間としているパスに分け、それぞれについて「開放」、「外泊」、「単独外出」、「自主管理」など、患者が自分の行動を管理できると判断した時期がいつかを調べ、2 群の間で差があるかどうかを検討した。

結果：大うつ病性障害急性期入院医療パス 35 のうち患者が自分の行動を管理できる時期が明確でない 7 つのパスを除くと、12 週未満の 11 のパスと 12 週の 17 のパスの比較では 12 週のパスの方が有意に高値を示した。また統合失調症急性期入院医療パス 36 のうち患者が自分の行動を管理できる時期が明確でない 4 つのパスを除くと、12 週未満の 14 のパスと 12 週の 18 のパスの比較では 12 週のパスの方が有意に高値を示した。

まとめ：気分障害でも統合失調症でも急性期における薬物療法の反応が施設間で差があることは考えにくく、むしろ退院後の社会復帰や再発予防へのアプローチに差があるのではと考えたが、いずれの障害でも 12 週のパスを作った施設の方が 12 週未満のパスを作った施設に比して、患者が自分の行動を管理できると判断される時期が遅かった。今後はこの 2 群でどのような因子がこの差をもたらすかについて検討する必要があると考えられた。

A. 研究目的

医療経済で包括支払いが行われるようになったこと、また国民の要求水準が高まり、権利意識も高まったことから医療の質の確保への

さまざまな手段が講じられている。そのひとつにクリニカルパスがある。

精神医療の現場でも療養病棟が最初の包括支払いの病棟として登場し、1996 年には精神科

急性期治療病棟、そして 2002 年には救急入院料が生まれ、ますます医療の質の確保への意識は高まっている。しかし急性期治療病棟（救急入院料もそうであるが）では 3 月間の定額払いであり、これまでの全国での報告¹⁾やさわ病院での調査でも急性期治療病棟入院患者の入院期間は 50～55 日である^{2,3)}。

一方、クリニカルパスを通じて入院期間の短縮を図ろうという目的もあるが、本来急性精神疾患の経過は個別性が高く、期間で均質性を求めることは困難な点もあり、病状の改善度あるいは重症度で処遇を決めるというパスも試みられている⁴⁾。

今回は時間軸である入院期間にのみ注目し、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あり方に関する研究分担研究」の中の「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）」（以下樋口班研究）に協力を得た医療施設から出された精神科急性期クリニカルパスで、施設によって退院までの最大設定期間に差があることから、この最大設定期間と患者の行動制限が無くなった時期との関係があるかを調べ、その要因をさぐるヒントを得、今後の適切なクリニカルパス作成への有用な情報を得ることを目的とした。

B. 研究方法

研究対象は樋口班の研究に協力を得た医療施設から提出された大うつ病性障害急性期入院医療パス 35 あるいは統合失調症急性期入院医療パス 36 を用いた。

調査内容は、これらのパスの中で、退院までの最大設定期間を 12 週としているパスとそれ

未満の期間としているパスに分け、それぞれについて「開放」、「外泊」、「単独外出」、「自主管理」など、患者が自分の行動を管理できると判断した時期（以下開放処遇時期）がいつかを調べた。

C. 研究結果

大うつ病性障害急性期入院医療パス 35のうち開放処遇時期が明確でない 7 つのパスを除いた。開放処遇時期が明確なパスについて、12 週未満の 11 のパスと 12 週の 17 のパスと比較すると、12 週のパスの方が開放処遇時期は有意に（12 週のパスは平均 6.00 ± 1.77 、12 週未満のパスは 4.55 ± 1.37 , $p < 0.05$ ）長かった。

また統合失調症急性期入院医療パス 36のうち、開放処遇時期が明確でない 4 つのパスを除くと、12 週未満の 14 のパスと 12 週の 18 のパスの比較では 12 週のパスの方が開放処遇時期は有意に（12 週のパスは 6.28 ± 1.64 、12 週未満のパスは 4.93 ± 1.73 , $p < 0.05$ ）長かった。

いずれの障害でも病院種別（国立、公立、大学、医療法人財団）で 2 つの期間群に差は認められなかった。

D. 考察

気分障害でも統合失調症いずれの障害でも 12 週のパスを作った施設の方が 12 週未満のパスを作った施設に比して、開放処遇時期が遅かった。急性期における薬物療法の反応が施設間で差があることは考えにくく、むしろ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に差があるのではと考えたが、それ以外の因子があると考えられた。

これまでの研究¹⁾やさわ病院での調査^{2,3)}でも急性期治療病棟入院患者の入院期間は50～55日であり、3ヶ月の基準の根拠はなにもない。

この2群でどのような因子がこの差をもたらすかについて検討する必要があると考えられ、特に今後は各施設での月間入院患者数、平均在院日数、ベッド数、在棟期間（開放病棟転棟までの）、患者の満足度、再入院率、事故発生率などを調査する必要があると考えられた。

また、調査する中で、単独外出と外泊が施設によってその先行順位が違っており、この点も明らかにしたい。

E. 結論

大うつ病性障害急性期入院医療パスでも統合失調症急性期入院医療パスでも、12週未満のパスと12週のパスと比較すると、12週のパスの方が開放処遇時期は有意に長かった。

いずれの障害でも病院種別（国立、公立、大学、医療法人財団）で2つの退院までの最大設定期間群に差は認められなかった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

- 1) 第1回精神科急性期治療病棟に関するシンポジウム“その基準・運営・実務について”抄録集, 1998
- 2) 澤 温, 溝端 直子: 精神科急性期治療病棟の基準の矛盾、問題点とさわ病院の現状. 日精協誌 18 : 136-143, 1999
- 3) 澤 温: 精神科病院における急性期患者の入院治療をめぐる諸問題. 臨床精神医学 30 : 1191-1197, 2001
- 4) 澤 温, 檜 晋輔, 楠本 重信他: 精神科急性期医療におけるクリティカルパスの試み—病棟や病室の環境レベルおよび開放処遇のレベルとGAFスコアおよび病日との関係から— . 精神科救急 6 : 27-34, 2003

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし

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—

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

分担研究者 澤 温 さわ病院 院長

研究要旨:本研究では統合失調症に対する薬物治療の施設や医師の年齢ごとの使用特徴とその効果の把握を目的として、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（現：国立病院機構に属する病院）における薬剤処方調査を行った結果を報告する。

研究方法:本研究の対象は平成15年8月に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（2ヶ月間）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、また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。このなかで医師の年齢、入院期間、入院時と退院時のGAF、定型および非定型抗精神病薬の使用状況を整理し分析した。

結果: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が、医師の年代により従来の経験を変えようとしなことが明らかになった。また原因か結果かは今回の分析では明らかにならなかったが、非定型抗精神病薬の使用と入院日数の短さ、そして入院から退院までの間のGAFの変化の大きさとが相関していた。しかし、非定型抗精神病薬は薬価が高いため包括支払い病棟では使いにくいことが実証できた。

A. 研究目的

1996年から急性期治療病棟が、そして2002年から救急入院料病棟が診療報酬で規定され、また1995年に全国的に精神科救急システムがスタートして急性期・救急医療の充実が図られようとしている。特に急性期においては薬物療法を中心とした身体的療法が大きな役割を演じるが、近年使用されるようになった非定型抗精神病薬の位置づけはなおはっきりしない点がある。今回、民間、公的そ

して大学病院を含めて全国規模での多施設調査を行ない、以下に述べるような点で、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の特徴とその問題点を明らかにしようとした。

B. 研究方法

調査対象施設、調査方法、調査内容は分担研究者樋口の報告の通りである。
分析内容は以下の4点である。

①統合失調症については非定型抗精神病薬が最近使われている。これらについて医師の年齢別に使用割合がどのようにちがうかについて検討する。

②統合失調症の治療において非定型抗精神病薬を用いると入院期間が短いとの外国でのデータがあるがこれを検証する。

③同時に GAF の変化に非定型抗精神病薬使用群と従来薬使用群で差があるかを検討する。

④2004 年の診療報酬改定で非定型抗精神病薬を統合失調症の治療において計画的に用いると加算されるようになったが、それ以前はなかった。これは非定型抗精神病薬が高価であるため包括支払い病棟では使いにくいという点からであった。このような影響を受けやすい民間病院と受けにくい公的病院や大学病院で使用割合に差があるかを検討する。

C. 研究結果

① 定型、非定型抗精神病薬の使用において医師の年齢による差が見られるかについて分析した。

この点についてはデータ欠損のない227人について分析した。その結果を図1、2に示した。図1のグラフからわかるように人数が30、40、20、50、60代の順に少なく、特に50代、60代の人数が極端に少ないので明らかなことはいえないが、図2のグラフからは50代を除いて、20代、30代、40代の順で定型の単独使用頻度が高くなり、また非定型の単独使用頻度が少なく、使っても混用が多くなることがわかった。

② 統合失調症の治療において非定型抗精神病薬を用いると入院期間が短いとの外国でのデータがあるがこれが明らかになるかを分析した。

欠損データのない228人について分析した。表1に示すように、操作的に500日以上入院を除く

と、定型薬使用患者は60人、非定型は78人、混用は80人であった。そして入院日数の平均と標準偏差はそれぞれ、定型が 57 ± 60 日、非定型が 30 ± 67 日、混用が 81 ± 198 日であった。この結果から非定型抗精神病薬では入院日数が短いとも見れるが、これは一般臨床での結果であって、副作用が少ないといわれている非定型抗精神病薬から始めて効かないから定型に移りあるいは混用になっていることを否定はできない。しかし諸外国では表2に示すように統制された研究^{1,2,3)}で、非定型抗精神病薬による治療では入院日数が少ないと言われており、筆者もリスペリドンについて同様の結果を報告した⁴⁾が、日本でも他の非定型抗精神病薬についてこのような研究がされることが期待される。

③ GAF の変化に非定型抗精神病薬使用群と従来薬使用群で差があるかを分析した。

欠損データのない232人について分析した。GAF の変化(退院時-入院時)と定型・非定型抗精神病薬使用の関係を図3(人数)と図4(%)に示した。数の上では20、30、10台の変化が圧倒的に多いが、%でみると大きなGAF の変化を示すものは非定型抗精神病薬を用いるものに多く見られた。しかしこれは分析②と同様に原因でなく結果であるかもしれない。

④ 非定型抗精神病薬は高価であるため包括支払い病棟では使いにくいという点から2004年の診療報酬改定で一日10点(一日100円つまり月に約3000円)が加算されるようになった。表3に示すように3000円では高薬価の薬を30日使っても薬価の80%で購入しても到底この加算は追いつかない。この点から民間病院と公的病院や大学病院で使用割合に差があるかを欠損データのない233例について分析した。その結果を図5(人数)図

6 (%)に示した。総数は民間病院が多いが、図6で明らかなように民間病院では定型薬が多く使われ、公的・大学病院では非定型薬が多く使われていることがわかった。

D. 考察

急性期治療では迅速に症状を軽減すると同時に副作用が少ない治療で、急性期治療後のコンプライアンスを高め、またサイコエデュケーションもしやすく、再発率、再入院率を減少することが求められている。その意味で非定型抗精神病薬の使用が近年勧められている。①で述べたように、その使用は医師の年齢によりかなり異なっており、特に40代の医師はすでに自分のやり方ができているためか保守的となりやすい傾向があり、この点は副作用が少ないことが求められる現在、再度教育していく必要があると考えられた。また非定型抗精神病薬の使用で入院期間が短くなるのか、短い人が非定型抗精神病薬で治療が終えられるのかはわからない、またGAFの変化から見た治療の効果も同様に非定型抗精神病薬の使用で最初に終わったためGAFの変化が大きいのかもわからないが、まず非定型抗精神病薬の使用が推奨されるといえよう。それに反して④で述べたように、包括支払い病棟では非定型抗精神病薬を使うほど運営がしにくくなり、特に民間病院ではこのことに敏感に反応しているということがわかった。包括病棟は本来、薬物使用による収益の差も吸収しているつもりで診療報酬が規定されているのかもしれないが、実際には運営しえなくなるほどの差が定型薬と非定型薬との間に見られ、今後改定時には再検討する必要があると考えられる。

E. 結論

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が、医師の年代により従来の経験を変えようとしなかったことが明らかになった。また原因か結果かは今回の分析では明らかにならなかったが、非定型抗精神病薬の使用と入院日数の短さ、そして入院から退院までの間のGAFの変化の大きさが相関していた。しかし、非定型抗精神病薬は薬価が高いため包括支払い病棟では使いにくいことが実証できた。

文献

- 1) Hamilton, S., Revicki, D., Edgell, E. et al: Clinical and economic outcomes of olanzapine compared with haloperidol for schizophrenia. *Pharmacoeconomics*, 5:469-480, 1999.
- 2) Addington, D. E., Jones, B., Bloom, D., et al.: Reduction of hospital days in chronic schizophrenic patients treated with risperidone: a retrospective study. *Clinical Therapeutics*, 15:917-926, 1993.
- 3) Lynch, J., Morrison, J., Graves, N. et al: The health economic implications of treatment with quetiapine. *European psychiatry*, 16:307-312, 2001.
- 4) 澤 温: 民間精神科病院における抗精神病薬治療の変化、*臨床精神薬理*, 6:411-416, 2003.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

なし

資料1

図1 医師の年齢別にみた定型・非定型抗精神病薬の使用状況(人数)

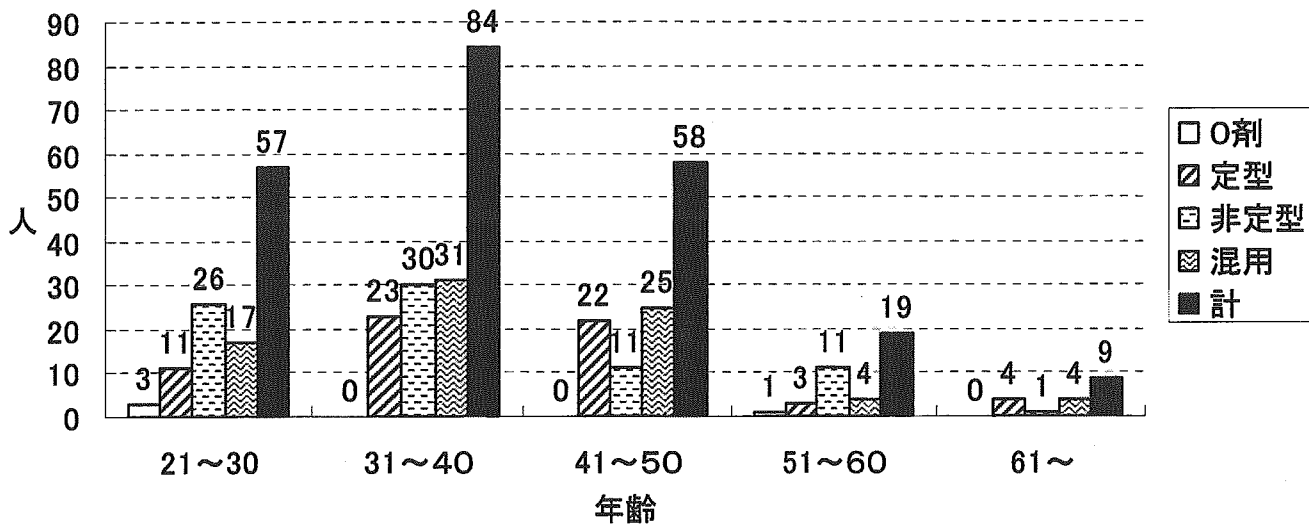
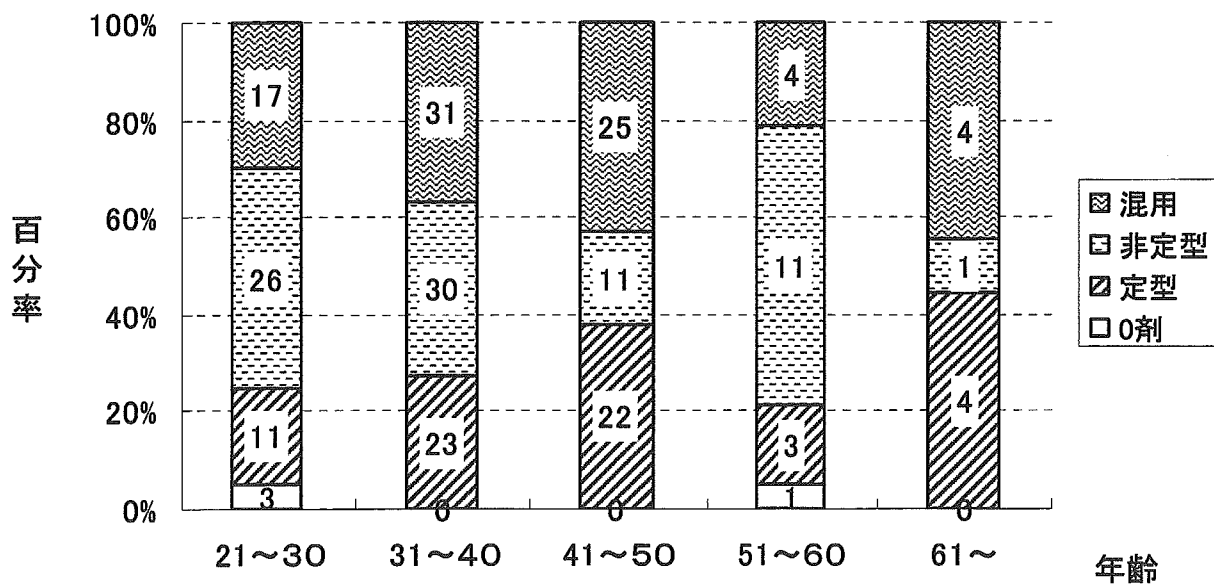


図2 医師の年齢別にみた定型・非定型抗精神病薬の使用状況(%)



グラフ内の数字は人数

表1 定型・非定型抗精神病薬使用による入院期間の差

	定型	非定型	混用
例数	65	80	83
<500日の例数	60	78	80
AV(日)	57	30	81
STD	60	67	198

表2 非定型抗精神病薬試験における入院日数の差についての報告

試験	症例数	対象薬	結果	有意差
Hamilton, et al ¹⁾	817例	olanzapine ⇔haloperidol	7.76日 8.92日	p<0.05
			→haloperidol群の方が14.9%長く入院していた。	
Addington, et al ²⁾	27例	risperidone ⇔antipsychotic	20%減少	p<0.003
Lynch, et al ³⁾	21例	quetiapine	11%減少	-----

資料3

図3 GAFの変化(退院時-入院時)と定型・非定型抗精神病薬使用の関係(人数)

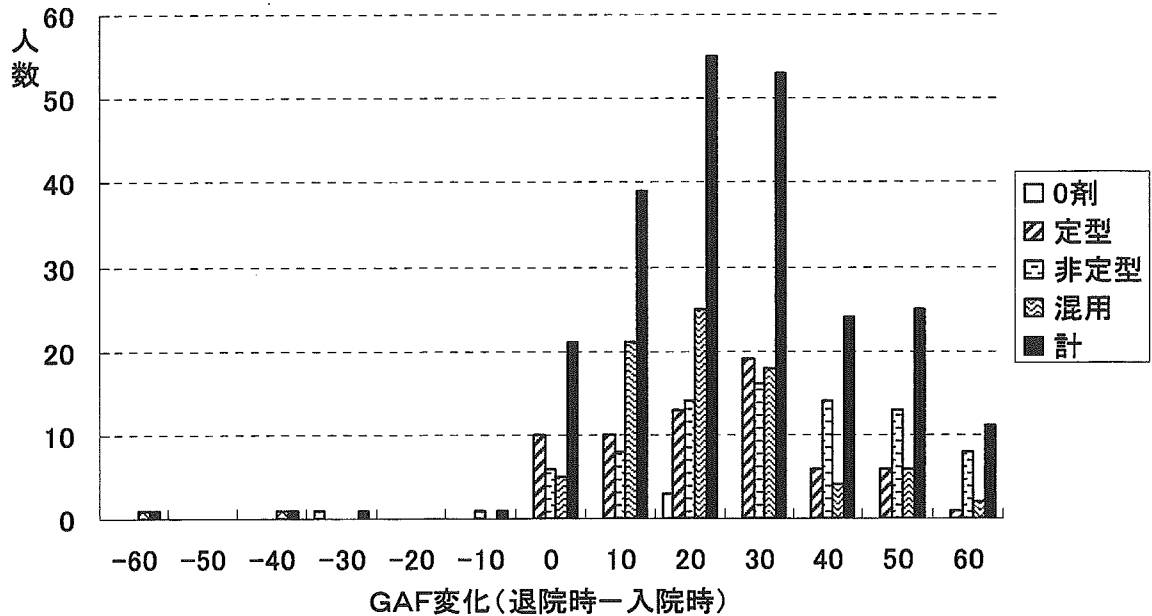


図4 GAFの変化(退院時-入院時)と定型・非定型抗精神病薬使用の関係(%)

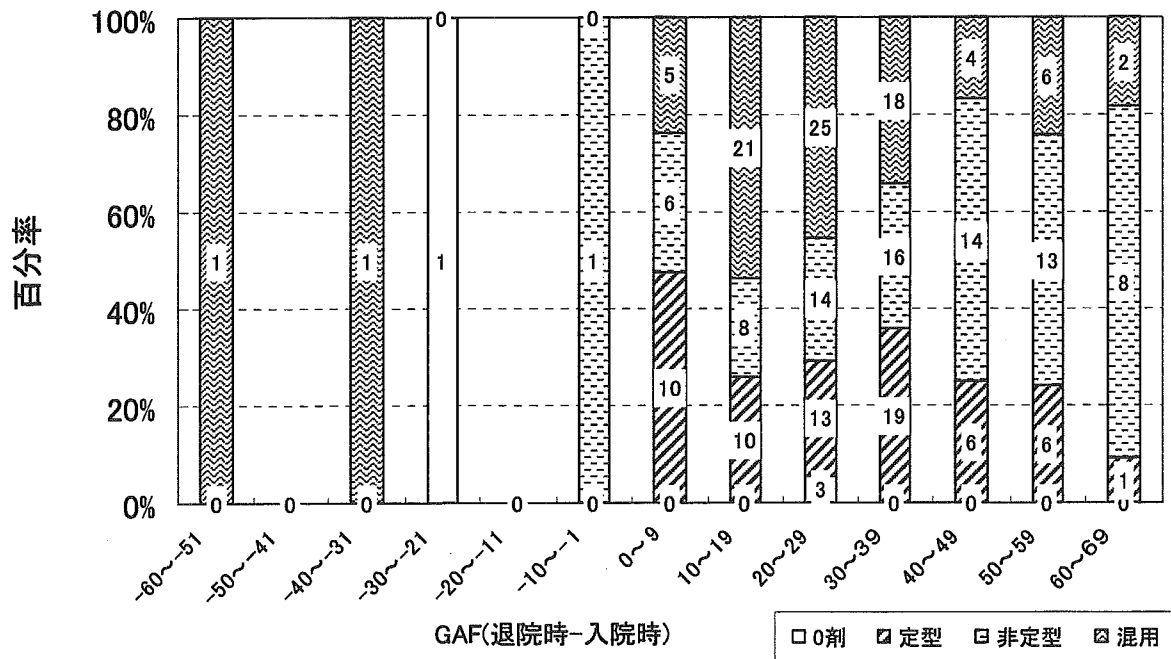
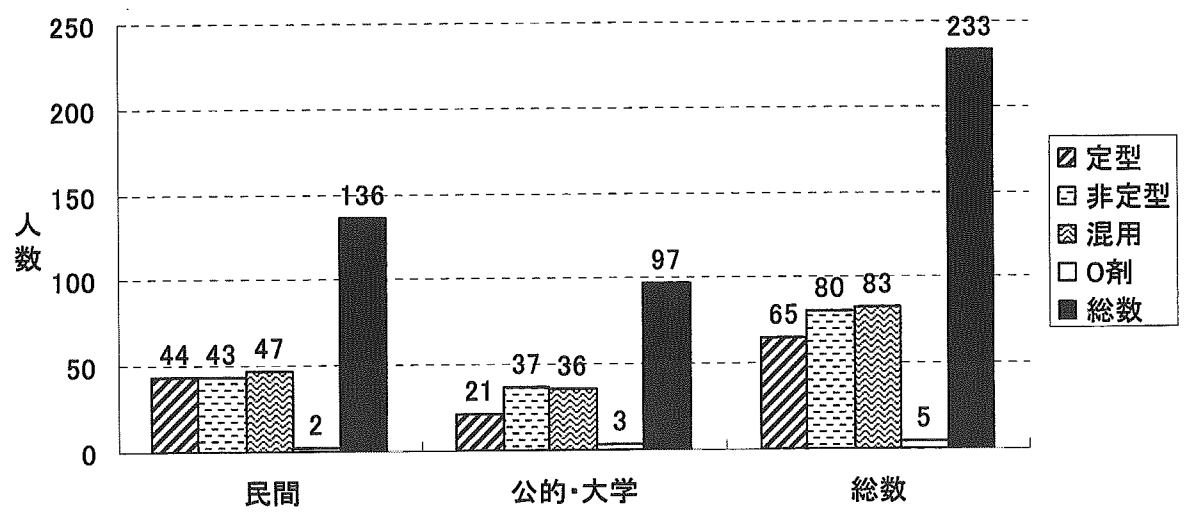


表3 主な定型および非定型抗精神病薬の等価換算と薬価

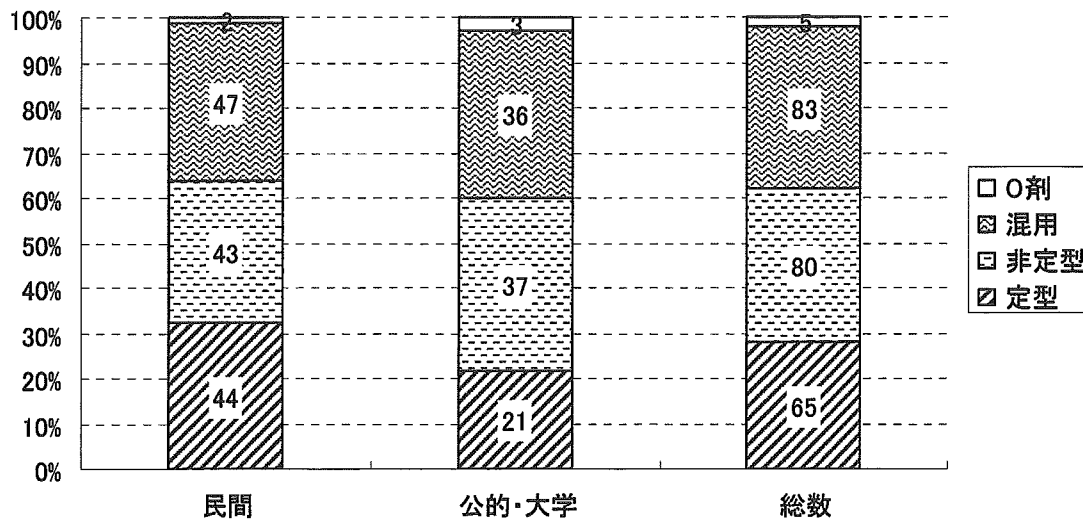
	等価換算	等価換算×10	その薬価
クロルプロマジン	100	1000	64
ハロペリドール	2	20	116.2
リスペリドン	1	10	430.9
オランザピン	2.5	25	1246.5
クエチアピン	66	660	1163.3

図5 民間病院と公的・大学病院での定型・非定型抗精神病薬の使用状況(数)



資料5

図6 民間病院と公的・大学病院での定型・非定型抗精神病薬の使用状況(%)



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－
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－

分担研究者 澤 温 さわ病院 院長

研究要旨：厚生労働省は2004年12月に今後10年で約72000人を退院させると発表した。今回3想定事例について本研究に参加した15施設が、優先的にどのような課題を社会復帰のために必要な要素ととらえているかを、筆者が社会復帰にとって必要だと以前から述べてきた「しやかいふつき」の7項目とどのような関係にあるか、また各施設が考える退院への予想期間について調べた。

研究方法：本調査に協力を得た民間病院9病院、国公立病院3病院、大学病院3病院から、調査で提示した3事例について退院に向けた課題の優先順位をどのように考えているかを整理し抽出した。また社会復帰病棟（またはそれに類する機能を果たしている病棟）において退院に向けたパスを作った場合に想定される平均在院期間を各施設について調べた。

結果：

リハ病棟でのパス調査の想定事例にしやかいふつきの7項目を適用して分析した。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、分析が難しいと考えられた。

A. 研究目的

厚生労働省は2004年12月に今後10年で約72000人を退院させると発表した。精神障害者に限らず、虚弱高齢者を含めた障害者の地域生活支援について、筆者はかねてよりマクロ的には4つの要素が必要であり(表1)¹⁾、個人にとってのミクロ的な支援としては7つの項目についての評価、支援が必要であるとしてきた²⁾。すなわちマクロ的には ①住まう場

②日中活動する場とプログラム③サポートする人々とその連携④地域の人々の理解と受容であり、ミクロ的には「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)である(表2、表3)。筆者が考案した「しやかいふつき」という地域で精神障害者が生活するためのアセスメントのポイントを改訂し日

精協版しやかいふつきとして日精協に提案し、障害程度区分調査にも利用されている（表4）³⁾。

社会復帰にとって必要だと述べてきたこの「しやかいふつき」の7項目と、今回3事例に対して本研究に参加した15施設が、優先的どのような課題を社会復帰のために必要な要素ととらえているかが、どのような関係にあるか、また各施設が考える退院への予想期間について調べた。

B. 研究方法

本調査に協力を得た民間病院9病院、国公立病院3病院、大学病院3病院から、調査で提示した3事例について退院に向けた課題の優先順位をどのように考えているかを整理し抽出した。3事例は病識・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例とされている。また社会復帰病棟（またはそれに類する機能を果たしている病棟）において退院に向けたパスを作った場合に想定される平均在院期間を各施設について調べた。

C. 研究結果

1) 退院に向けた課題の優先順位

各事例の特徴を表5に示した。そして退院に向けた課題の優先順位を各事例について、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、その他とあげられた9項目について各施設が優先順位をつけた結果を表6（6-1から6-3）に一覧にした。

事例1は服薬への無理解に最も注目され1

3施設が最優先に上げている。やりくりが2位で6施設が挙げている。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いがその他として心理教育が1施設、ヘルパーが1施設であった。

事例2は対人関係についてあげていない施設が2施設あったが、最も優先にやりくりを挙げた施設が6施設であった。次は意欲であったが3施設に過ぎない。

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。その他で心理教育が3施設で、家族調整・家族教育・家族教室・環境調整が挙げられ各1施設ずつであった。

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）について表7に示した。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についての回答から表8を得たが、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。

D. 考察

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の7項目以外のものはほとんどなかった。第3事例でその他として、心理教育が3施設、家族調整・家族教育・家族教室・環境調整が各1施設ずつであったが、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、