

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、しかもこの項目ではほぼ網羅すること、そしてそれが筆者および日精協で作った改訂版のしや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。これはすで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、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「しやかいふつき」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。

F. 健康危険情報

なし

文献

- 1) 澤 温：社会復帰施設と福祉、日本精神病院協会雑誌、14：24-29、1995
- 2) 澤 温：社会復帰と住居問題—ゲリラ的

共同住居の展開—、日本精神病院協会雑誌、11：44-53、1992
3) 澤 温：相談支援事業について、日本精神病院協会雑誌、25：(印刷中)、2006

G. 研究発表

1. 論文発表
 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

表1 精神障害者が地域生活を送るための4つの要素

- 住まう場
社会復帰施設、グループホーム、アパートなど
- 活動する場とプログラム
デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、グループワーク、作業所、授産施設、福祉工場、一般就労
- サポートする人—とその連携
専門家、ボランティア
- 地域の理解と受容
自然なふれ合いの中でできる
小さなトラブルは役立つが、大きなトラブルは後退させる

表2 「障害ある人が地域で生活するための6要素」

今後地域で障害ある人が生活するには：

- ① 栄養管理(食事)
- ② 経済管理(金銭の管理)
- ③ 生活リズム管理(睡眠と日中の過ごし方—もともとテレビを見たりごろごろしている人はそれもよしとして)
- ④ 保清(掃除、洗濯、入浴)
- ⑤ 治療管理(服薬)
- ⑥ 対人関係(自閉なら自閉なりにその人なりの対人距離を認めたとして)

の6項目を考える。

表3 “しやかいふつき”の構成

- し:しやかいた的行動(非社会的行動と反社会的行動を意味し、これがないことが前提条件)
- や:やりくりを意味する経済管理
- か:かつどうを意味する生活リズム管理
- い:いんしょくを意味する栄養管理
- ふ:ふくやくを意味する治療管理
- つ:つきあいを意味する対人関係
- き:きれいさを意味する保清(掃除、洗濯、入浴)

表4 日精協版ケアアセスメント（日精協版しやかいふつき）

項目	評価	内容
1.食事	1	適当量の食事を適時にとることができる。(外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない)
	2	時に施設からの提供を必要とする場合があるが、「1」がだいたい自主的にできる。
	3	時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
	4	いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。
	5	常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。
2.生活リズム	1	一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 ※一般的には午前9時には起きていることが望まれる
	2	時に寝過ぎることがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。
	3	時に助言がなければ、寝過ぎすが、週に1度を超えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。
	4	起床が遅く、生活のリズムが週1回を超えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。
	5	臥床がちで、昼夜逆転したりする。
3.保清	1	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて(週に1回くらいは)、自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。
	2	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にできる。
	3	個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
	4	個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。
	5	助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。
4.金銭管理	1	1ヵ月程度のやりくりが自分でできる。また、大切な物を管理できる。
	2	時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費(食事等)を控えたりする。ときおり大切な物を失くしてしまう。
	3	一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりするために時として助言が必要になる。
	4	3～4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。
	5	持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分ではできない。
5.服薬管理	1	薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
	2	薬の必要性は理解しているいなく、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。(週に1回以下)
	3	薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。(週に2回以上)
	4	飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助(場合によりデボ剤使用)、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。
	5	助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デボ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。
6.対人関係	1	あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさず行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
	2	「1」が、だいたい自主的にできる。
	3	だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
	4	「1」で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。「3」がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。
	5	助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようせず、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。
7.社会的適応を妨げる行動	1	周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。
	2	この1ヵ月に、「1」のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
	3	この1ヵ月に、そのような行動が何回かあった。
	4	この1週間に、そのような行動が数回あった。
	5	そのような行動が毎日のように頻回にある。

表5 3想定事例の特徴

	事例1	事例2	事例3
年齢	35	36	22
性	男性	女性	男性
発病後の経過年数	13	14	5
今回の入院期間	1年	4年	4ヶ月
学歴	大学卒？中退？	短大卒	高校卒
職歴	記載なし	卒後1年余あり；退院後は内職	卒後家業
過去の単身生活歴	なし	なし	なし
再発要因	服薬中断、病識欠如	母の死後通院中断？	多忙で通院服薬が不規則
家族との折り合い	姉とよくない、母はサポート希望	4年前母の死後単身？	特に悪くない
病気への態度	病識欠如	幻聴があっても気にならない	幻聴はある程度無視できる
服薬への態度	外泊中薬を捨ててあった	自己管理可能	記載なし
想定される住居	自宅近くのアパート	生活訓練施設	自宅で父母妹と同居
社会復帰への意欲・自信	一人暮らして働きたい	自信がないと泣く	やる気が出ず自信がない
医療へのアクセス	病院にはバスで近い	生活訓練施設も自宅も可能	病院にはバスで近い

表6-1 退院に向けた課題の優先順位(事例1)

民間	1	服薬－社会的行動－やりくり－意欲－活動－対人－就労
	2	服薬－意欲－対人－やりくり－活動－社会的行動－就労
	3	服薬－意欲－やりくり－対人－社会的行動－就労－ <i>その他資源</i>
	4	やりくり－服薬－社会的行動－対人－活動－意欲－就労
	5	服薬－対人－やりくり
	6	服薬－やりくり－対人－活動－社会的行動－意欲－就労
	7	服薬－社会的行動－対人－やりくり－意欲－活動－就労
	8	服薬－やりくり－活動－社会的行動－対人－意欲－就労
	9	服薬－やりくり－活動－意欲－対人－社会的行動－ヘルパー－就労
国公	10	やりくり－活動－意欲－ <i>心理教育</i> －服薬－対人－社会的行動－就労
	11	服薬－やりくり－意欲－社会的行動－活動－対人－就労
	12	服薬－対人－就労－意欲－社会的行動－やりくり－意欲
大学	13	服薬－社会的行動－対人－やりくり－活動－意欲－就労
	14	服薬－対人－社会的行動－活動－やりくり－意欲－就労
	15	服薬－活動－対人－意欲－就労－やりくり－社会的行動

表6-2 退院に向けた課題の優先順位(事例2)

民間	1	やりくり-活動-意欲-服薬-社会的行動-対人-就労
	2	やりくり-活動-意欲-服薬-対人-社会的行動-就労
	3	活動-対人-やりくり-意欲-社会的行動-服薬-就労- <i>その他資源</i>
	4	やりくり-服薬-活動-対人-社会的行動-意欲-就労
	5	対人-社会復帰施設利用
	6	やりくり-意欲-活動-服薬-社会的行動-対人-就労
	7	服薬-社会的行動-対人-やりくり-意欲-活動-就労(1と同じ)
	8	服薬-やりくり-活動-社会的行動-意欲-就労- <i>(対人無)</i>
	9	意欲-活動-やりくり-社会的行動-服薬-対人- <i>保との連携</i> -就労
国公	10	活動-やりくり- <i>出会い広場</i> -服薬-意欲-対人-社会的行動-就労
	11	やりくり-意欲-活動-社会的行動-対人-服薬-就労
	12	意欲-やりくり-活動-服薬-社会的行動-就労- <i>(対人無)</i>
大学	13	意欲-活動-やりくり-服薬-社会的行動-対人-就労
	14	やりくり-活動-服薬-意欲-社会的行動-対人-就労
	15	意欲-活動-服薬-やりくり-就労-社会的行動-対人

表6-3 退院に向けた課題の優先順位(事例3)

民間	1	活動-対人-服薬-やりくり-就労-社会的行動-意欲
	2	活動-服薬-やりくり-対人-社会的行動-意欲-就労
	3	服薬-対人- <i>家族教室</i> -社会的行動-活動-やりくり-就労-意欲
	4	やりくり-服薬-対人-活動-社会的行動-意欲-就労
	5	<i>環境調整・リラックス</i> -やりくり-対人
	6	活動-対人-服薬-意欲-やりくり-社会的行動-就労
	7	服薬-社会的行動-対人-やりくり-意欲-活動-就労(1と同じ)
	8	服薬-やりくり-活動-社会的行動-意欲-対人-就労
	9	<i>心理教育</i> -活動-対人-服薬-やりくり-社会的行動-意欲-就労
国公	10	活動-服薬-やりくり- <i>家族調整</i> -意欲-対人-社会的行動-就労
	11	活動-やりくり-服薬-対人-社会的行動-意欲-就労
	12	対人- <i>家族教育</i> -活動-服薬-やりくり-社会的行動-意欲-就労
大学	13	服薬-活動- <i>心理教育</i> -対人-社会的行動-やりくり-意欲-就労
	14	<i>心理教育</i> -対人-服薬-活動-社会的行動-やりくり-意欲-就労
	15	対人-社会的行動-意欲-活動-就労-服薬-やりくり

表7 3事例の退院までの期間(月)

		事例1	事例2	事例3
民間	1	3	6	3
	2	3	6	3
	3	2	2	3
	4	3	6	3
	5	4	4	4
	6	3	3	3
	7	24	24	-
	8	2. 25	2. 25	2. 25
	9	5	5	1. 75
国公	10	2	3	1. 25
	11	3	6	3
	12	2	2	2
大学	13	3	3	2
	14	4	3	3
	15	6	6	2

表8 病院別の平均在院日数(全体と対象病棟)

	全体	ALOS	対象病棟	ALOS
民間	378	253	54	85
	637	145	60	255
	460	270	57	1371
	300	171	60	688
	210	244	60	607
	620	281	60	223
	267	156	60/52	203/222
	219	212	60	269
	229	186	60	103
国公	50	35	29	21
	560	140	55	73
	150	164	50	217
大学	237	240	60	107
	129	122	61	131
	750	21	51	48

Ⅱ. 分担・協力研究報告書

宮岡分担研究班

分担研究班総括報告書

分担研究者 宮岡 等 [北里大学医学部精神科教授]

研究協力者 高橋 恵¹、福田真道¹、江村 大¹、井上 彩¹、田中克俊²

[1. 北里大学医学部精神科、2. 北里大学医療系大学院]

はじめに

近年、特定機能病院での包括化医療の導入や新臨床研修システムの導入で大学病院を取り巻く環境はめまぐるしく変化している。特に精神科研修の必修化とともに精神科救急医療への対応も習得することが求められてきている。しかし、現実には大学病院精神科の精神科救急医療への取り組みは大学ごとかなりの差がある。また精神科領域では長期入院患者を地域に戻していくためにリハビリテーションに重点を置きつつある。

そこで本研究では、精神科救急から見た精神科急性期治療と長期入院を避けるためのリハビリテーションを含めた急性期治療の試みについて、大学病院の実態を調査し、今後のあり方を検討することを目的とした。

[研究1. 大学病院における精神科急性期入院医療のクリニカルパスに関する調査]

A. 研究目的

近年、医療現場では医療の効率化と質の向上のためにクリニカルパスの導入が進められている。精神科領域でもいくつかの病院でクリニカルパスによる医療の提供がはじめられている。一方、大学病院では特定機能病院としての医療の包括化が進められ、そのなかでクリニカルパスの整備がまとめられてきている。これら

の背景をふまえて、大学病院におけるクリニカルパス導入の現状を調査するとともに典型的精神科急性期症例に関してパスへの展開を依頼し、その結果を比較検討した。

B. 研究方法

精神科救急システムへの関与がある施設を急性期・救急治療に積極的に関与している病院とみなし、本研究の調査対象とした。精神科病床を有する大学病院の精神科長あてに都道府県の精神科救急システムに関与の有無を fax にて回答してもらうように依頼したところ、全 85 施設中 51 施設より回答があり、13 施設から精神科救急システムへの関与の報告があった。これら 13 施設に、大うつ病性障害急性期、統合失調症急性期、興奮状態による隔離室利用の 3 つの想定症例を提示し、現在施設で行なわれている治療・ケア手順を入院パスに展開してもらった。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ってもらった。

C. 研究結果

1. パス利用の現状

都道府県の救急システムへ関与している施設は 13 施設は閉鎖病棟と複数の隔離室または個室を有していた。このうち 2 施設は開放病棟のみ、2 施設は閉鎖病棟のみで、残る 9 施設は両病棟を備えていた。開放病棟のみの施設で

は合併症への対応が中心であった。これら13施設のうち、9施設からパスの送付が得られた。これら9施設の内、既存のパスを持つ施設は6施設あったが、今回想定した大うつ病、統合失調症および興奮状態による隔離室使用のパスを全て持つ施設は1施設のみであった。大うつ病のパスのみを持つ施設は2施設あり、統合失調症のパスのみを持つ施設は1施設であった。また2施設は症状に関係なく使用する共通のパスを持っていた。

一方、想定パスの報告があった施設は5施設あった。この中で既存のパスを持っておらず、今回の調査における全ての想定パスを報告したのが2施設あった。大うつ病の既存のパスを持つ2施設は統合失調症と興奮状態の想定パスを報告していた。1施設は興奮状態における隔離室使用のパスのみを報告していた。

2. パスの分析

1) 大うつ病性障害急性期入院パス

大うつ病性障害急性期入院医療パスは5施設から得られた。2施設が想定パスで3施設が既存パスであった。共通パスを提示した2施設も組み入れて、計7施設を分析対象とした。

パスの期間は4から12週で、平均9週であった。パスの時間軸の間隔は1週間から1ヶ月までと違いが認められた。入院時検査としては1週間以内に一般血液・尿検査、胸部・腹部X線、心電図、脳波、頭部CTまたはMRIが設定されていた。心理検査やSPECTが組み入れられている施設もそれぞれ3施設、1施設存在した。反復検査は血液検査と心電図検査が2週から4週間隔で設定されているところが3施設存在した。薬物療法に関しては、薬剤指定はなく、2-4週に処方変更を提示していたとこ

ろが2施設あったが、それ以外は特に規定はなく使用薬剤、変更時期に関しては自由度が高いと考えられる。服薬指導に関しては2週から8週までの時期に指定していた施設が4施設、服薬自己管理は8週に設定した施設が3施設存在した。電気けいれん療法に関しては3から6週で考慮するとした施設が3施設存在した。入院時から3週に作業療法への参加を設定した施設が3施設あった。入院時から集団療法への参加を設定した施設が1施設あった。本人への心理教育は2施設で入院時から2週に設定されていた。家族への心理教育を設定した施設は1施設で、開始時期は入院時からで、その後2-4週ごとの継続を設定していた。退院時期について設定したのは7施設あり、4週から12週であった。

2) 統合失調症急性期入院治療パス

統合失調症急性期入院治療パスは6施設から得られた。4施設が想定パスで2施設が既存パスであった。共通パスを提示した2施設を加え、計8施設を分析対象とした。

パスの期間は4から12週で、平均9.5週であった。パスの時間軸の間隔は1週間から1ヶ月までと違いが認められた。入院時検査は1週間以内に一般血液・尿検査、胸部・腹部X線、心電図、脳波、頭部CTまたはMRIが全施設で設定されていた。心理検査やSPECTが組み入れられている施設もそれぞれ1施設ずつ存在した。反復検査は血液検査と心電図検査が2週から4週間隔で設定されているところが3施設存在した。薬物療法に関しては、入院時の処方では非定型抗精神病薬を最初に処方する施設が1つあるが他は設定されていなかった。入院時の処方の効果が得られなければ処方の変

更を検討している施設が3施設あり2~4週後に検討されていた。服薬指導をパスに導入している施設は4施設あり、2~8週に行われていた。服薬自己管理をしている施設は6施設あり、6~8週に行われていた。統合失調症において電気けいれん療法をパスに導入している施設は1施設で4週後に検討されていた。作業療法への参加を設定した施設は3施設で、開始時期は入院時から3週であった。集団療法への参加を設定した施設は1施設で、開始時期は1週後からであった。本人への心理教育を設定した施設は2施設で、開始時期は入院時から4~6週であった。家族への心理教育を設定した施設は2施設で、開始時期は1~4週後に設定していた。退院は6施設で設定されていたが、1施設が6~8週に、残りの施設では12週に設定されていた。

3) 興奮状態による隔離室使用パス

興奮状態による隔離室使用パスは6施設から得られた。このうち既存のパスを持つ施設は1施設のみで他は想定パスであった。パスの期間は想定例に準じて、隔離解除までの期間で区切り分析した。入院時行動範囲では隔離をせず、抑制を行う施設が2施設あった。部分開放を設定している施設が4施設あり、4~8日までに設定されていた。隔離解除までの期間を設定している施設は5施設あり、最短で2日、最長で2週間であった。検査に関しては入院時に最低血液検査と心電図を指定していた。脳波、CTを入院時検査に組み入れているところが2施設、1週間以内に行なう予定のところが3施設あった。評価期間に関しては毎日の見直しを規定している施設と、日数を指定している施設が

あった。入院時の薬物を設定している施設は5施設あり、そのうち2施設が注射薬を選択し、1施設が内服薬を設定していた。1施設は投与経路も注射または内服とし、幅を持たせていた。隔離中の処方の変更時期を設定しているのが3施設あり、1週間目に検討されていた。輸液管理を指定していた施設が1施設存在した。2週間のうちに電気けいれん療法を考慮する施設は1施設あり、1週目に必要性が検討されていた。

D. 考察

1. 大学病院における急性期治療

今回の調査では都道府県の救急システムへの関与ありとの回答を得た大学病院を調査対象とした。その理由としては本研究が精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟を対象としており、今回の想定パスは精神症状が重篤でハイケアの必要な状態を想定しており、なかに興奮状態による隔離室使用パスが含まれ開放病棟よりは閉鎖病棟の適応と考えられたためである。今回の初めのアンケートに回答のあった大学病院50施設の中で、開放病棟のみしか持たない施設も12施設あり、施設間で入院対象となる疾患が異なることが予測された。なお、救急システムへの関与で対象選択をしたため、今回の想定症例のようなケースが入院すると考えられる閉鎖病棟をもつ38施設のうち今回対象として選択した13施設以外の25施設の状況を把握することができなかった点で課題が残ったと言えよう。

2. 大学病院精神科における精神科入院医療の治療・ケア手順

今回のパス調査では既存のパスの有無に関

わらず、大学病院精神科では、大うつ病性障害、統合失調症どちらの疾患も、4週間から12週間程度での退院を目指した治療がなされており、期間には4から8週程度のばらつきがあるものの、治療内容に大きなばらつきはなかった。ただし、既存パスの存在する施設のほうが治療・ケア手順が統一して整備されており、服薬指導、作業療法、集団療法、心理療法がプログラム化されているようであった。

今回のパス調査から把握できた精神科救急システムに関与する大学病院における大うつ病性障害急性期治療パス、統合失調症急性期治療パス、興奮状態による隔離室使用パスのそれぞれについて、共通事項を挙げることで標準的なパスの流れを想定するならば、以下のようになるであろう。

大うつ病性障害と統合失調症のどちらの疾患についても、退院までの期間を12週間に設定する。検査については入院時に評価し、定期的に期間を設定して評価していく。薬物療法については初回処方薬物を設定せず、2~4週間に薬物の効果を判定して変更を検討していく。症状にあわせ、2~4週で服薬指導をし、6~8週間に服薬自己管理までできるように検討していく。電気けいれん療法の導入については2週から4週間に評価していく。作業療法や集団療法は病状にあわせて、入院時から2週目ぐらいで順次導入していく。本人への心理教育は大うつ病性障害では比較的早く入院時から2週間ぐらいの間で導入し、統合失調症では4から6週ぐらいで導入する。家族への心理教育は入院当初より継続して行なわれるのが望ましいと思われる。入院時の行動範囲については症状にあわせ、個室から病棟内と幅を持たせる。外出は2週から4週の間に行い、外泊を

2週から8週の間で行っていく。大うつ病および統合失調症のどちらの疾患に関しても、症状や状態により指標となるイベントまでの期間に幅をもたせていくのが望ましいと考えた。

興奮状態による隔離使用パスについてはまず症状により隔離を行うか、抑制が必要かを評価できるようにして隔離解除までの期間を1~2週間に設定する。検査についてはできる検査を入院時に行っていく。服薬については経口摂取できなければ注射薬を使用する。処方の変更については1週間程度で検討し、電気けいれん療法は1週間たっても拒否が強く薬剤反応が悪い、もしくは身体状況が悪い場合に検討する余地があるかもしれない。ただし、今回の調査で電気けいれん療法をパスに載せた施設でも、実施時期を4週後に設定しており、電気けいれん療法のリスクや家族への衝撃も考え実施は4週間後ぐらいになることがうかがわれた。

精神科急性期・救急治療におけるパスはこのように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。

また共通のパスをもつ施設もあることにより疾患を区別せずにチェック項目を挙げるようなパスを作成するほうが良いのかさらに調査していく必要があると考えられた。

3. 今後の課題

今回の調査では、初めのアンケートに協力が得られたが対象とならなかった大学病院が37施設ある。この中で25施設は閉鎖病棟を有し、今回の想定症例のようなケースへの対応を行なっているものと思われる。これらの施設の中には、既にパスを有しているところや、パス

にはなっていないものの標準化された医療やケアを提供しているところもあるかもしれない。また開放病棟のみの施設でも隔離室を使用するなどの工夫次第で今回のような想定症例に対応しているかもしれない。そこで今回の調査対象とならなかつた施設の実態を今後調査していくことで、大学病院の実態に即した標準化された治療を考察できる可能性がある。また、精神科以外の診療科との連携が可能な大学病院には、精神科単科の病院では対応しにくい合併症や重症例が集約する。このため、そのような状態にも対応可能な柔軟なパスの作成も今後の課題といえるだろう。

E. 結論

本研究により、都道府県精神科救急システムに関与している大学病院における精神科急性期入院医療の治療とケアの現状の明らかにされた。調査対象となつた大学病院は閉鎖病棟と複数の隔離室または個室を備えていた。標準的な閉鎖病棟に入院を要するような大うつ病性障害や統合失調症に対する治療期間は4週から12週を考慮しており、検査、治療構造、治療内容、行動範囲にも大きな隔たりはなかつた。精神科という診療科の特性上、患者の状態に合わせて薬剤や作業療法、心理教育などを含めた治療内容、行動範囲ともに柔軟性があるほうが望ましいと思われた。しかし、治療病棟の構造や医師の治療姿勢（処方行動の特性など）で治療内容やケアに差異が出ることも容易に予測できることであり、何処までの自由を取り入れるべきかの検討も必要であろう。また大学病院に期待される合併症治療など高度かつ集約的な医療との整合性をどうはかるかも課題と言えよう。

[研究2. 大学病院における精神科急性期入院治療に関する調査(統合失調症)]

A. 研究目的

統合失調症急性期治療の実態を大学病院精神科とそれ以外の病院とで比較し、大学病院に特徴的な治療があるかを検討する。またそれと同時に大学病院における統合失調症急性期治療のあり方についても考察する。

B. 研究方法

大学病院85施設および平成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112施設と、公立病院、国立療養所（現・国立病院機構に属する病院）16施設に調査協力を依頼した。最終的に調査協力の得られた大学病院20施設と急性期治療病棟または救急入院料病棟を有する民間病院26施設、国立または都道府県立病院13施設を本研究の調査対象とした。

調査期間に対象病棟を退院したDSM-IVに基づく統合失調症の診断を有する患者で、年齢、性別、医療保険、入院の形態、入院日、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、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、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を調査した。

調査対象施設から得られた統合失調症の入院患者データ 260 名のデータベースを解析対象とし、大学病院 13 施設とそれ以外の施設 21 施設にデータを分割し、比較検討をおこなった。欠損値のあるデータは欠損値を含んだ解析を行なうときに除外した。使用薬剤の平均使用量の比較検討のときは該当薬剤を使用している患者のみを抽出したのち、解析をおこなった。ただし、抗精神病薬の種類数の比較の時には欠損値以外の全てのデータを解析対象とした。薬剤師用量では、抗精神病薬についてはクロロプロマジン (CPZ) 換算量、抗パーキンソン薬についてはピペリデン換算量、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。統計解析は SSPS 10.0J を使用した。

C. 研究結果

1. 患者特性

全対象患者 260 名中、大学病院入院患者 69 名、大学病院以外（非大学病院）の入院患者 191 名であった。患者の平均年齢は全体で 39.3 歳で、大学病院では 36.5 歳、非大学病院では 40.3 歳で大学病院の方が年齢が若い傾向にあった。罹患年数は全体で 13.4 年、大学病院では 11.0 年、非大学病院では 14.2 年で非大学病院の方が長い傾向にあった。性別については、男性が大学病院 44.9%、非大学病院では 60.6% で、非大学病院の方が有意に男性が多かった。隔離に関しては大学病院が 31.9%、非大学病院が 58.0% で、非大学病院の方が有意に低かった。拘束に関しては大学病院が 27.5%、非大学病院が 17.1% で、大学病院のほうが多い傾向にあった。

2. 医師特性

患者の担当医は合計 134 名でこのうち、大学病院所属 36 名、それ以外 98 名であった。医師の平均年齢は、大学病院が 31.3 歳、非大学病院が 41.5 歳と、大学病院のほう有意に年齢が若かった。性別は、男性の割合が大学病院では 72.2%、非大学病院では 91.8% で、非大学病院のほう有意に男性が多かった。勤務年数は大学病院が 4.2 年、非大学病院が 12.9 年で、大学病院のほう有意に短かった。

3. 初回処方薬剤の選択と種類

抗精神病薬の種類としては、大学病院・非大学病院ともに risperidone が最多でそれぞれ 43.1%、44.0% の患者で使用されており、両者間で差はみられなかった。

levomepromazine (LP)、zotepine (ZP) は大学病院・非大学病院での使用頻度はそれぞれ LP : 18.5%、35.0%、ZP : 2.0%、22.0 と、ともに大学病院での使用頻度が有意に低く、quetiapine (QTP) は 16.9%、9.4% で大学病院の方が使用頻度が高い傾向にあった。また、抗精神病薬の併用に関しては、全体では大学病院で 1.6 種、非大学病院で 2.0 種であり、定型（従来型）抗精神病薬は大学病院で 0.8 種、非大学病院で 1.3 種で、ともに大学病院が有意に少なかった。非定型（新規）抗精神病薬は大学病院、非大学病院でともに 0.7 種で差はなかった。抗パーキンソン病薬の併用率は大学病院で 51.5%、非大学病院で 66.8% と大学病院で有意に低かった。抗不安薬の使用頻度については lorazepam が大学病院 3.0%、非大学病院 13.7% で大学病院での使用頻度が有意に低く、alprazolam が大学病院 6.1%、非大学病院 1.6% で、大学病院での使用頻度が有意に高かった。

4. 初回処方薬剤の使用量

抗精神病薬(CP 換算)全体で見ると、大学病院で 469.7mg/d、非大学病院で 699.1mg/d であり、非大学病院の方が有意に多かった。RIS は大学病院で 389.3mg/d、非大学病院で 560.7mg/d と、有意に非大学病院の方が有意に多かった。QTP は大学病院で 557.9mg/d、非大学病院で 366.2mg/d であり、大学病院の方が多い傾向にあったが有意差はなかった。その他の抗精神病薬では差はみられなかった。抗精神病薬(CP 換算)全体において大学病院の方が使用量が少ないという使用量の差は、隔離下、服薬賛成下という条件をつけても変化がなかった。抗不安薬・睡眠薬などの minor tranquilizer については diazepam 換算で、全体で大学病院が 12.0mg/d、非大学病院が 15.2mg/d で非大学病院の方が有意に多かった。個別では flunitrazepam のみが両者間で差があり、大学病院で 8.3mg/d、非大学病院で 11.6mg/d と非大学病院の方が有意に多かった。

抗パーキンソン病薬(biperiden 換算)では、大学病院が 2.5mg/d、非大学病院が 3.8mg/d で、非大学病院の方が有意に多かった。

5. 最終処方薬剤の選択と種類

抗精神病薬の種類としては RIS が大学病院・非大学病院でともに最多でそれぞれ 44.4%、45.0%であり、両者間に差はみられなかった。haloperidol (HPD)、ZP はともに非大学病院での使用頻度が有意に高かった(HPD 12.7%、24.3% ZP 4.8%、13.8%)。また CP・LP は非大学病院で多い傾向にあったが、有意差はみられなかった(CP 11.1%、20.1% LP 23.8%、34.9%)。perphenazine は大学病院で 3.2%、非大学病院では使用例なしであった。

抗精神病薬の併用については、全体では大学病院が 1.7 種類、非大学病院が 2.1 種類で非大学病院の方が有意に多かった。定型抗精神病薬は大学病院で 0.8 種類、非大学病院で 1.3 種類であり、非大学病院のほうが有意に多かった。非定型抗精神病薬は大学病院で 0.9 種類、非大学病院で 0.8 種類で、両者に差はなかった。抗パーキンソン病薬は大学病院で 70.8%、非大学病院で 71.8%で併用されており、両者間に差はなかった。minor tranquilizer は alprazolam が大学病院で 6.2%、非大学病院で 0.5%と大学病院で有意に多かったが、それ以外は差がなかった。また、carbamazepine は大学で 4.6%、非大学病院で 12.2%で併用されており、非大学病院で多い傾向にあったが有意差はなかった。

6. 最終処方薬剤の使用量

抗精神病薬全体では大学病院で 730.2mg/d、非大学病院で 777.3mg/d で、両者に差はなかった。RIS は大学病院で 550.0mg/d、非大学病院で 580.0mg/d で、両者に差はなかった。QTP は大学病院で 708.9mg/d、非大学病院で 378.4mg/d であり、大学病院で有意に多かった。perospiron は大学病院で 466.7mg/d、非大学病院で 289.3mg/d で、大学病院で多い傾向にあったが有意差はなかった。また、minor tranquilizer は全体で大学病院が 11.7mg/d、非大学病院が 14.7mg/d で、非大学病院が有意に多かった。flunitrazepam は大学病院で 8.1mg/d、非大学病院で 11.7mg/d で、非大学病院で有意に多かった。抗パーキンソン病薬は大学で 3.7mg/d、非大学病院で 3.5mg/d で両者間に差はみられなかった。

D. 考察

患者特性を比較すると措置入院患者が少なく、男性患者がやや少なく、隔離は少なく、拘束は多い傾向にあったが、GAFには有意差がなかった。これらの違いは多くの大学病院が措置入院を受け入れる体制にないことなどの施設特性の違いによる結果と考えられよう。しかしこの点に関しては更なる分析が必要であろう。医師特性では大学病院で、年齢が若く、経験年数が少ない医師が多かった。また女性医師の割合が高いという特徴があった。

使用薬剤に関しては、初回処方では levomepromazine, zotepine が非大学病院で使用頻度が高く、抗精神病薬使用量は大学病院で有意に低かった。退院時は haloperidol, zotepine の使用頻度が非大学病院で多く、抗精神病薬の使用量は両方で差を認めなかったことから、大学病院では初回処方時の使用薬剤量が低くその後増量していくタイプが多いと推察される。初回使用量に関しては、隔離の有無、服薬に協力的か否かといった因子の影響はなかった。従って、初回薬剤使用量の大学病院における少量から開始するパターンは、患者特性によるのではなく、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る。

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

患者特性、医師特性、薬剤使用に関し、大学病院はそれ以外の精神科急性期治療病棟と異なった性格を持っていた。特に抗精神病薬は少量から開始して増量するパターンが多いと推察されたが、これは患者特性の違いではなく、

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。

[研究3. 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]

A. 研究目的

大うつ病急性期治療の実態を大学病院精神科とそれ以外の病院とで比較し、大学病院に特徴的な治療があるかを検討する。またそれと同時に大学病院における大うつ病急性期治療のあり方についても考察する。

B. 研究方法

研究2と同期間に同病棟を退院しDSM-IVに基づき大うつ病と診断された患者で同様の項目について調査を行った。入院患者データ110名のデータベースを解析対象とした。大学病院16施設とそれ以外の施設20施設にデータを分割し、患者特性、医師特性、入院時処方、退院時処方の比較検討をおこなった。欠損値のあるデータは欠損値を含んだ解析を行なうときに除外した。使用薬剤の平均使用量の比較検討のときは該当薬剤を使用している患者のみを抽出したのち、解析をおこなった。薬剤師用量では、抗うつ薬についてはイミプラミン換算量、抗精神病薬についてはクロルプロマジン(CPZ)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。統計解析はSSPS 10.0Jを使用した。

C. 研究結果

1. 患者特性

全対象患者110名中、大学病院入院患者53名、大学病院以外(非大学病院)の入院患者57名であった。患者の平均年齢は全体では

52.1歳で、大学病院では50.9歳、非大学病院では53.4歳で有意差はなかった。罹患年数は全体で6.9年、大学病院では7.3年、非大学病院では6.5年で両者に差はなかった。性別については、男性が大学病院61.5%、非大学病院では47.5%で、大学病院の方が男性患者が多い傾向であった。ECTに関しては大学病院が17.0%、非大学病院が1.8%で、大学病院において有意にECTの実施が多かった。作業療法に関しては大学病院が18.9%、非大学病院が49.1%で、非大学病院のほうが有意に実施確率が高かった。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。

2. 医師特性

患者の担当医は研究2と同様のため結果は省略する。

3. 初回処方薬剤の選択と種類

抗うつ薬の種類としては、大学病院・非大学病院ともに3環系抗うつ薬とSSRIが主であった。大学病院は3環系抗うつ薬34.6%、SSRI25.0%、非大学病院はそれぞれ19.6%、35.7%の患者で使用されており、両者間で差はみられなかった。mianserin、milnaciprane、amitriptylineは大学病院での使用率が有意に高かった。Sulpirideは大学病院(23.1%)、非大学病院(32.1%)ともに多用されていた。抗精神病薬の併用はlevomepromazine(LP)で大学(9.6%)、非大学(25%)で両者に有意差を認め、非大学病院で多く使われていた。

4. 初回処方薬剤の使用量

イミプラミン換算の抗うつ薬合計使用量は、大学病院で113.4mg/d、非大学病院で

113.8mg/dであり、両者に差はなかった。個別の薬剤師用量でも有意差はなかった。100mg/dを超えていたのは、大学病院、非大学病院ともにclomipramine、fluvoxamine、paroxetineであった。

抗不安薬・睡眠薬などのminor tranquilizerについてはdiazepam換算で、全体で大学病院が15.0mg/d、非大学病院が16.8mg/dで非大学病院の方が有意差はなかった。個別ではnitrazepamのみが両者間に差があり、大学病院で10mg/d、非大学病院で7.14mg/dと大学病院の方が有意に多かった。

5. 最終処方薬剤の選択と種類

抗精神病薬の種類としては3環系とSSRIが主で大学病院・非大学病院で差はみられなかった。大学病院では3環系、4環系、SSRI、SNRIのすべてが幅広く使われているのに対し、非大学病院ではSSRIが最多でついで3環系抗うつ薬が使われていた。SNRIは8.9%と少数であったため大学病院に比し使用率が低い傾向にあった。個別の薬剤で見てみると大学病院では使用頻度が多いものから順にparoxetine、sulpiride、mianserinであった。一方、非大学病院では多い順にsulpiride、paroxetine、milnacipraneであった。mianserin、milnacipraneに関しては、大学病院のほうが非大学病院に比べ、使用頻度が高い傾向にあった。抗精神病薬の併用については、両者に差はなかった。

6. 最終処方薬剤の使用量

イミプラミン換算の合計抗うつ薬使用量は大学病院で137.6mg/d、非大学病院で139.2mg/dであり、両者に有意差は認めなかつ

た。個別の薬剤の使用量では、大学病院で clomipramine が有意に多く、amitriptyline で多い傾向を認めた。大学病院で選択される薬剤の上位3種類は clomipramine (166.7mg/d), imipramine (136.7mg/d), amitriptyline (112.5mg/d) であった。非大学病院では fluvoxamine (116.7mg/d), paroxetine (108.1mg/d), amoxapine (100mg/d) であった。また、minor tranquilizer は全体で大学病院が 15mg/d、非大学病院が 17.8mg/d で有意差は認めなかった。個別の薬剤でも両者に差を認めるものはなかった。

D. 考察

患者特性を比較すると、大学病院では、男性、初発が多い傾向にあり、ECTの実施が多く、作業療法の実施は少なかった。これらの違いは多くの大学病院が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一方、精神科病床数が少なく作業療法などの実施は少ないためと考えられる。しかしこの点に関しては更なる分析が必要であろう。

薬剤選択に関しては大学病院では幅広く薬剤選択がなされているのに対し、非大学病院では SSRI と 3 環系抗うつ薬の使用が中心であった。使用量に関する違いはほとんどなかった。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

大学病院はそれ以外の精神科急性期治療病棟と異なった大うつ病治療のストラテジーを有していると考えられた。これは患者特性の違

いではなく、医師特性や施設特性による大学病院固有のパターンと考えられた。

まとめ

今回の調査を通してわかった大学病院の治療特性として、統合失調症においては少量の薬剤から使用を始めて増量するパターン、大うつ病においては幅広い抗うつ薬からの薬剤選択がなされたり、ECT 導入が行なわれたりと治療の選択肢が多いという特徴があった。しかしリハビリテーションの実施について調査した結果、作業療法は非大学病院に比較して少なく、リハビリテーションに関しては施設面での限界があるのかもしれない。しかしこれを補う形で入院集団精神療法が多い傾向にあり、リハビリテーションにもある程度の配慮がなされていると考えられるであろう。今後、大学病院の精神科治療の役割としては幅広い治療の選択肢の提供を中心に、安全に配慮した医療がなされていく必要があると考えられた。

－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－

大学病院における精神科急性期入院医療の クリニカルパスに関する調査

分担研究者 宮岡 等 北里大学医学部精神科学 教授

研究要旨：大学病院における精神科急性期医療クリニカルパスの現状を把握し、標準的な急性期医療のあり方を考察するため、都道府県の精神科救急システムへ協力している大学病院へ急性期治療とケアの調査を行ったのでその結果を報告する。**研究方法：**2003年8月の時点で精神科病棟を有する大学病院の精神科長あてに都道府県の精神科救急システムへの関与の有無を尋ね、関与ありとの回答を得た13施設において、精神科急性期に対応する病棟1つを今回の調査対象病棟とした。この対象病棟を担当する医師に、3つの想定例について、現在施設で行なわれている治療・ケア手順を記入を依頼し、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の作成を試みた。現在使用しているクリニカルパスがある場合は合わせて資料の提供を依頼した。**結果：**調査を依頼した13施設のうち、9施設より協力が得られた。これらの施設の共通特徴として閉鎖病棟を有し、複数の隔離室または個室を有していた。すでに何らかの既存パスを持つ施設は6施設にのぼり、共通パスが2施設、うつ病パスが3施設、統合失調症パスが2施設、隔離室使用パスが1施設で使用されていた。パスの期間はうつ病、統合失調症ともに4から12週であり、指標となるイベント（例えば、服薬指導の導入や行動範囲の変更など）にいたる期間に4週間程度の幅があるものの、提供される検査や治療自体に大きな差異は認められなかった。しかし、薬物療法以外のリハビリテーション療法などは提供状況に差が大きかった。また、今回のパスの検討の結果、パスの期間や指標となるイベントまでの時期や薬剤選択などにはある程度の自由度が必要と思われた。**まとめ：**都道府県の精神科救急システムへ協力している大学病院9施設における精神科急性期治療は、指標となるイベントまでの期間に幅があるものの、提供される治療やケアにはある程度の共通性があった。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

高橋恵 北里大学医学部精神科学教室講師
福田真道 北里大学医学部東病院病棟医

A. 研究目的

近年、我が国の精神医療の中で、専門性と高度の治療技術の必要な精神科急性期・救急治療

の整備が全国的な課題となっている。さらに急性期・救急治療における医療の質の向上と治療の標準化に、医療経済の面からも大きな関心がよせられている。

一方、大学病院では積極的にクリニカルパスが導入され始めた。これは大学病院の多くが特定機能病院であり、そこでは包括医療が導入され、医療の効率化が求められていることと相関がある。このため、外科や内科など多くの診療科でクリニカルパスが導入されつつあるが、精神科領域においてはまだクリニカルパスの使用頻度は少なく、その報告も少ない。今回大学病院におけるクリニカルパスの現状を調査し、精神科病床を有する大学病院で精神科急性期・救急治療に取り組む施設では、どのような治療がどのような手順で行なわれているのかを把握することで、今後の大学病院の精神科急性期・救急医療へのかかわりの標準型について考察する。

B. 研究方法

1. 対象及び調査方法

大学病院では診療報酬の点から精神科急性期治療病棟または精神科救急入院料病棟として届け出がなされているところは極めて少なく、現在は急性期治療病棟として久留米大学病院が届出を行なっているのみである。そこで、精神科救急システムへの関与がある施設を急性期・救急治療に積極的に関与している病院とみなし、本研究の調査対象とした。精神科病床を有する大学病院の精神科長あてに都道府県の精神科救急システムに関与の有無を fax にて回答してもらうように依頼したところ、全 85 施設中 51 施設より回答があり、13 施設から精神科救急シ

テムへの関与の報告があった。回答のない残りの 34 施設については詳細不明である。精神科救急システムへの関与の報告のあった 13 施設の精神科長あてに調査票を送付した（この詳細は樋口研究班の報告書参照）。

2. 調査内容

クリニカルパス調査は、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、興奮状態による隔離室利用パスの 3 つを取り上げた。調査票の中で 3 つの想定例と達成目標を提示し、対象病棟を受け持つ医師に、それぞれの想定例に対して現在施設で行なわれている治療・ケア手順の記入を依頼した。想定パスについては、検査・診断、薬物療法、身体療法、精神療法、看護ケア、行動範囲・場所、生活療法、その他、アウトカムの項目をあげ、各施設ごとに 4 週目まで時間軸を作成し、4 週目以降は自由に期間を設定できるようにし、アンケートを行った。

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は、所定の書式での記入を依頼した。（この詳細は樋口研究者の報告書参照）

3. パスの分析

今回の調査の項目に対して、パスの期間、検査、評価時期、入院時行動範囲、薬物療法や身体療法、心理教育や作業療法、行動範囲を中心に解析を試みた。検査に関しては、初期に行なわれる検査項目と検査時期、反復して行なう検査とその実施時期を調査した。薬物療法や身体療法では、薬物療法に関して、入院時処方の設定、処方変更時期、服薬指導の開始時期、服薬自己管理の開始時期および電気けいれん療法