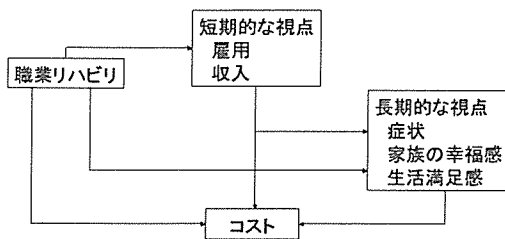


例：職業リハビリのアウトカム



アウトカムの枠組み (Lehmanら)

- Clinical (臨床的)
 - 精神病理、症状
- Rehabilitative (リハビリ的)
 - ストレngths、社会的・職業的機能
- Humanitarian (人道的)
 - QOL、主観的な幸福感
- Public welfare (社会福祉的)
 - 人権、スティグマ

統合失調症治療の最適化

- 長期的な視点のアウトカムをもたらすために最も適切な治療計画を立て、実行していくこと。

最適化に不可欠なキーワード

- 治療の継続性
- 多職種チームアプローチ

統合失調症治療の継続性

- Weidenら(1995)
 - 30-60%は退院後最初の外来に来ない
- Velliganら(2003)
 - 25%は退院後2週間で自己調整している
- McCombsら(1999)
 - 1年間抗精神病薬を継続したのは11.6%
- Lyuら(2001)
 - 1年間抗精神病薬を継続したのは20%

治療継続のためのステップ

1. ニーズと治療目標の設定
2. モニタリング
3. 治療計画の調整

治療継続のためのステップ

1. ニーズと治療目標の設定
2. モニタリング
3. 治療計画の調整

- ・達成可能なニーズの設定
 - ・当事者、治療者の合意
- } 交渉

治療目標の合意

		客観的ニーズ (治療者の視点)	
		No	Yes
主観的 ニーズ (当事者の視点)	No	維持	交渉
	Yes	交渉	実行

治療継続のためのステップ

1. ニーズと治療目標の設定
2. モニタリング
3. 治療計画の調整

- ・短・長期的視点の評価
(アウトカムの枠組みから)

GOALS

(Global Outcome Assessment of Life in Schizophrenia)

- 病気の症状
- 治療による負担 (副作用)
- 病気による負担
- 健康とウェルネス

Nasrallah HA, et al. Defining and Measuring Clinical Effectiveness in the Treatment of Schizophrenia. Psychiatric Services 56: 273-282, 2005

治療継続のためのステップ

1. ニーズと治療目標の設定
2. モニタリング
3. 治療計画の調整

- ・アウトカムの情報を治療計画へフィードバック
→治療計画の発展

多職種チームアプローチ

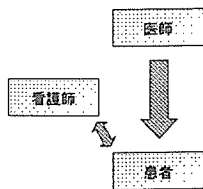
- 総合的な治療を行うことによって統合失調症患者の満足度を高めることができ、社会的回復が改善されることが明らかにされている。(Slopenら)

ミニレクチャー2

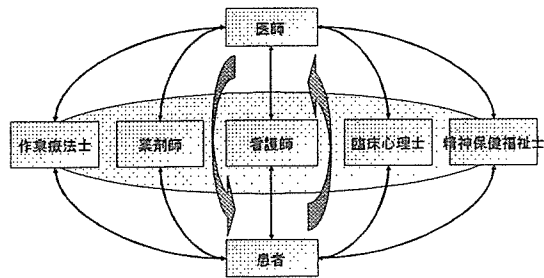
チーム機能の向上

チーム医療の成り立ち

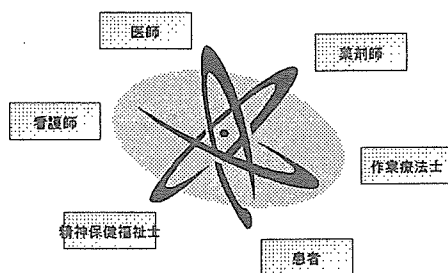
第二次世界大戦後の病院中心の医療



様々な医療者の誕生



社会復帰へ



チーム機能の向上

～精神科急性期のチーム医療における信念対立を越えるために～

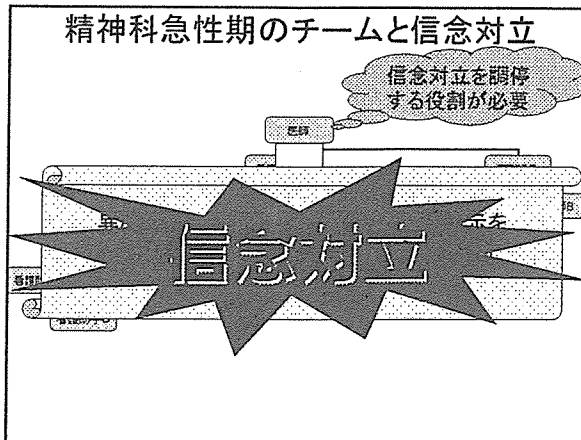
京極 真
江戸川医療専門学校

チーム医療の捉え方

- **チーム医療の起源**
 - 第二次世界大戦後の病院を中心とした医療体制
- **様々な医療者の誕生**
 - 医師, 看護師, 薬剤師, 作業療法士, 臨床心理士, 精神保健福祉士 など
- **精神科急性期のチーム医療の形態**
 - 医師を中心とした治療構造である
 - 医師に権限と責任がある
 - 迅速な意志決定が必要な急性期に適した形態

チーム機能を低下させる要因

- **信念対立**
 - 正当性を巡る争い
 - ・ 例) 多剤 vs 単剤, 患者中心 vs 医療者中心 etc
 - 相互理解, コミュニケーションの阻害因子
- **特に, 精神科急性期では医師に従う医療者間で生じやすい**
 - 医師が出した指示を, 異なる考え方を持つ各医療者が実践に移す
 - どこかでズレが生じ, どちらが正しいかが問題となる
 - 信念対立が生じ, チーム機能が低下する

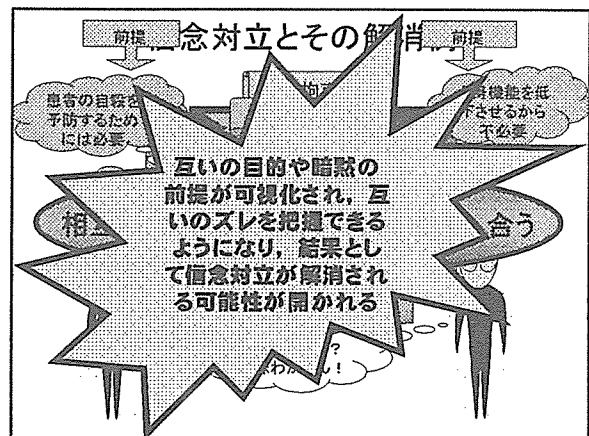


信念対立に陥らないためには...

- 「信念対立解消マニュアル」の使用
 - 理論的基盤: 構造構成的医療論(構造構成主義)
 - 信念対立を解消する視点: 関心相関性
- 関心相関性
 - 信念対立(正当性を巡る争い)に陥ったとき, 主張の前提にある考え方を明らかにし, そのときの目的に応じた主張を適宜組み合わせる考え方
 - 信念対立から「相互理解」へとシフト

信念対立解消マニュアルの概要

- 目的
 - 信念対立を解消するプロセスと方法を学び, 臨床に応用していく
- 信念対立を解消する基本的プロセス
 1. 信念対立: 医療者間の主張のズレ
 2. 関心相関性: 各医療者の主張の前提, チームで共有する目的を明らかにし, その正当性を検討し, 目的に応じてそれは変わることを認識する
 3. 信念対立の解消: ズレが生じた要因を把握し, 相互理解の可能性を開き, より妥当な実践を目指す



関心相関性による信念対立解消のコツ①

- ○○を正しいと思う(を主張する)理由を聞く
 - 目的: 正しいと確信するに至った条件を問う
 - 方法:
 - どうしてそう思うようになったの?
 - なぜ○○を正しいと思うの?
 - そう考えるに至った理由は何?
 - その主張の根拠は何なのかな?
 - どんな目的でそう主張するの? など
 - 注意点: 相手をむやみに問いつめないでください。目的はあくまでも正しさを確信せざるを得なかった理由を明らかにすることにあります

関心相関性による信念対立解消のコツ②

- その理由の正当性を検討する
 - 目的: 「絶対に正しい」ということはないことに気づく
 - 方法:
 - その理由が正しいと思う理由は?
 - その理由では説明できない事柄はあるかな?
 - 違う理由も考えられるよね?
 - 正反対の例を考えてみようよ? など
 - 注意点: 「私は○○という理由が正しいと思う」というように, 自分の理由の正当性をむやみに主張しないようにしてください。目的は「絶対的な正当性はない」ことに気づくことです。反例を挙げたり, 相手が提示した根拠それ自体の正当性を論理的に検討していきましょう

関心相関性による信念対立解消のコツ③

- **目的に応じて正しさは変わることに基づく**
 - 目的: 多様性を認め、目的に応じた対応ができる
 - 方法:
 - ××という観点からだと何が妥当だろう?
 - △△という理由を踏まえれば何が一番良いか?
 - 目的を達成するのに適した主張は?
 - ○○という目的に適さない主張はどれ? など
 - 注意点: 多様性を認めるからと言って「何でもあり」という状態にならないでください。ここでは、主張の正しさは、目的によって変わるということを理解することが重要です

より効果的に信念対立解消する方法

- **共通ルールを設ける**
 - 多様性を尊重する
 - あげ足取りを行わない
 - 安易な批判は行わない
 - 理解できないときは素直に質問する
- **日々の臨床場面で関心相関性を取り入れる**
 - カンファレンス、院内症例検討会、食堂での会話、スタッフルームでの会話、 など

精神科急性期における チーム機能を向上させるためには

1. 信念対立(正当性を巡る争い)は精神科急性期のチーム機能を低下させる可能性があります
2. 信念対立が生じた後、解消するのは大変です
3. 特に、医師の指示を受ける側は色々な医療者がいるため、どうしても信念対立に陥りやすい状況にあります
4. なので、リーダー(主に医師)が中心となり、「信念対立解消マニュアル」を参考に、院内勉強会を行うことが期待されます

参考文献

- 京極 真: 作業療法の超メタ理論の理論的検討~プラグマティズム、構成主義、構造構成主義の比較検討を通して。人間総合科学会誌3(1), 2007(印刷中)
- 京極 真: 構造構成的医療論の構築, 次世代医療の原理, 現代思想のレボリューション, 構造構成主義研究(1), 北大路書房, 2007(印刷中)
- 家島明彦: 「不毛な議論」を「建設的な議論」にするための方法論, 現代思想のレボリューション, 構造構成主義研究(1), 北大路書房, 2007(印刷中)
- 京極 真, 西條剛央: Quality of Lifeの再構築, 構造構成主義的見解, 人間総合科学会誌2(2), 51-58, 2006
- 京極 真: EBR(evidence-based rehabilitation)におけるエビデンスの科学論, 構造構成主義アプローチ, 総合リハビリテーション34(5), 473-478, 2006
- 西條剛央: 構造構成主義とは何か一次世代人間科学の原理, 北大路書房, 2005

ミニレクチャー3

これからの精神科救急・
急性期治療ネットワーク

これからの精神科救急・急性期治療ネットワーク

2007年1月26日

平田豊明

(静岡県立こころの医療センター)

目次

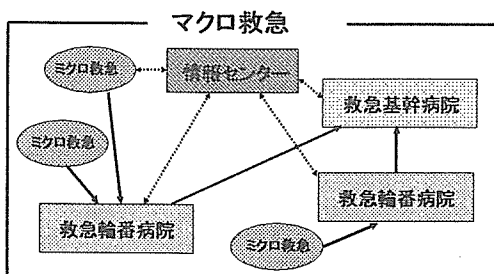
1. 精神科マクロ救急システムの現状と改革プラン
2. 精神科救急病棟の運用実態
3. 精神科急性期治療のプロセス
 - (1) 鎮静法
 - (2) 急性期入院治療
 - (a) 身体管理
 - (b) 行動制限
 - (c) 薬物療法
4. まとめ

1. 精神科マクロ救急システムの現状と改革プラン

精神科救急システムの構造 ～マイクロ救急とマクロ救急システム～

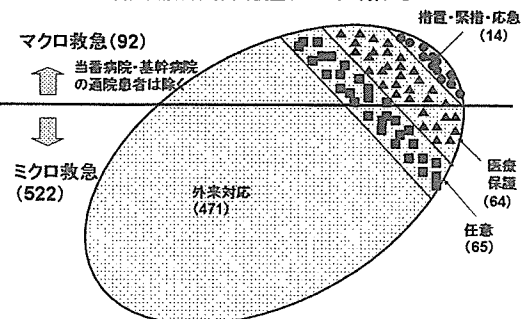
- 精神科マイクロ救急システム
 - ・ 病院単位の救急診療の集合体
 - ・ 自院と治療関係のある通院患者が中心
 - ・ 入院率は低い(2割前後・大半は任意入院)
 - ・ 保険診療で運用
- 精神科マクロ救急システム
 - ・ 広域(都道府県)単位の救急診療分担システム
 - ・ 治療関係のないケースが中心
 - ・ 警察・消防の介在ケースが多い
 - ・ 入院率には地域差があるが平均4割(非自発入院優位)
 - ・ 補助金(空床確保料など)で運用

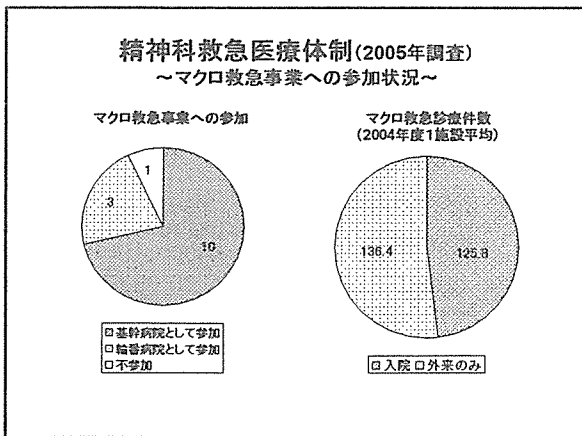
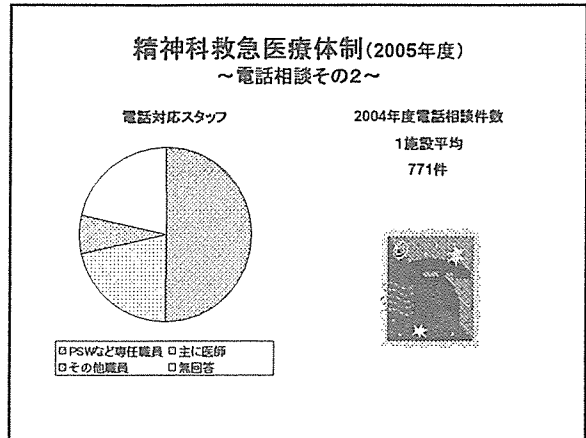
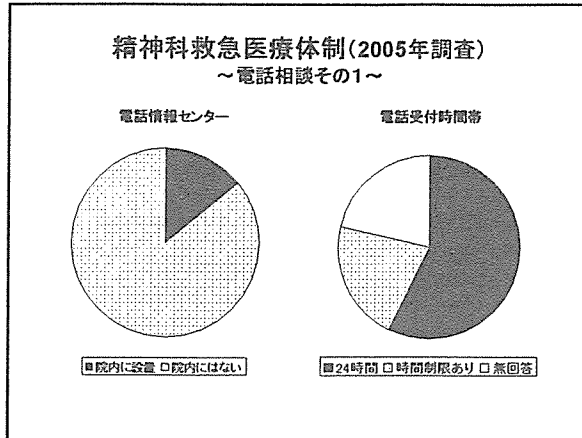
マイクロ救急を支援するマクロ救急



マイクロ救急とマクロ救急の役割分担

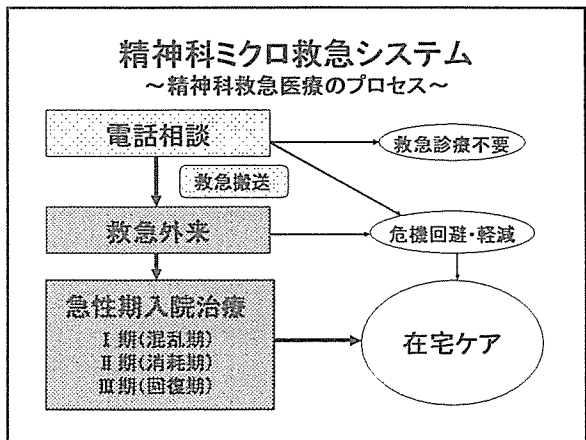
～千葉県精神科時間外調査(2005年2月)から～





- ### 精神科救急病棟運用の問題点
1. 身体管理能力が不十分
検査体制の不備、統合症対応能力の不備、n-ECT主体
 2. 治療基準が不明確
(1)薬物療法の基本指針がない
注射主体の鎮静法、多剤併用の急性期薬物療法
(2)行動制限の基準が不統一
 3. マクロ救急システムでの役割が不明確
電話情報センター機能の不備、基幹病院機能が不十分

3. 精神科急性期治療のプロセス

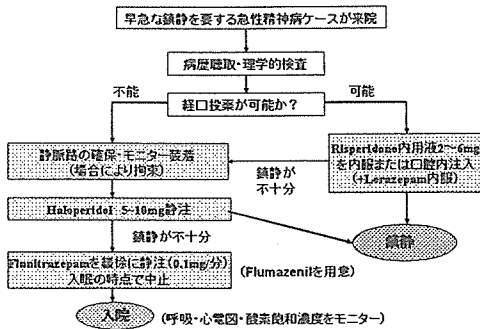


(1) 鎮静法

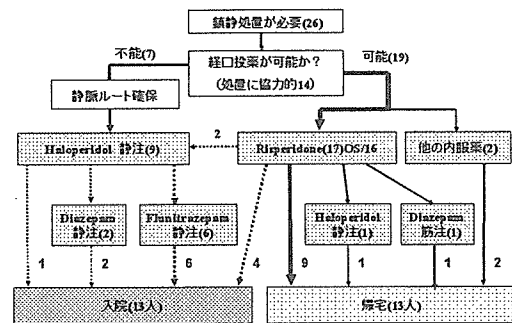
鎮静処置の目的

- 鎮静とは麻酔で眠らせること(最終選択)ではない
- 精神的興奮と混乱を鎮め、
 - (1)患者や周囲の安全を確保する
 - (2)患者の判断能力を高める
 - (3)正確な情報を収集する
 - (4)治療関係構築の助けとする

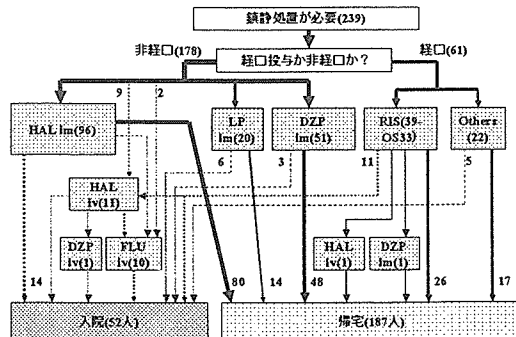
鎮静ガイドライン (千葉県精神科医療センター2005年版)



鎮静法の実態 千葉県精神科医療センター2006年1月調査より



鎮静法の実態 精神科救急病院11か所の2006年1月調査

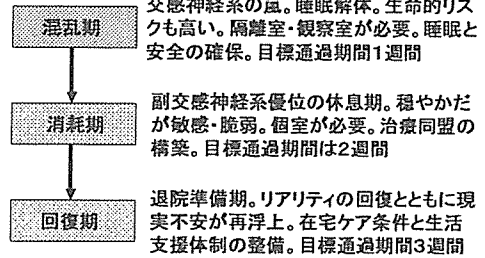


抗精神病薬の経口投与による鎮静処置の注射に比したメリット

1. 苦痛を伴わない
 - ・非自発的な注射は心身両面のトラウマとなりうる
2. 依存を形成しない
 - ・benzodiazepineやbiperidenは依存を形成する
3. 筋炎・硬結のリスクがない
 - ・頻回の注射は身体的侵襲を伴う
4. 針刺し事故のリスクがない

(2) 急性期入院治療

精神科急性期入院治療のステージ



(a) 身体管理

急性期治療の過程で起きやすい重大な有害事象

1. 身体拘束に起因する有害事象
肺塞栓(下腿深部静脈血栓による)
閉塞性呼吸障害
2. 薬物療法に起因する有害事象
過鎮静(中枢性呼吸循環抑制)
転倒・転落(急性硬膜外血腫・骨折)
誤嚥(窒息・肺炎)
低体温(ショック・心停止)
悪性症候群(腎不全)
喉頭ディスキネジア(窒息)
コリン作動性クラーゼ(窒息)
3. 精神症状に起因する有害事象
自殺・自傷行為
点滴自己抜去(大量出血)
対人暴力

精神科急性期患者の生命リスク

1. 臨戦モードが解除できない交感神経系の持続的興奮状態のため、ホメオスタシスが崩れかかっている。
2. 何日もろくに眠らず、食べていないため、見た目よりもずっと消耗している。
3. 大量の抗精神病薬が投与されるため、生命リスクは加重される。

↓
身体合併症の情報がなくとも
生命リスクは高い！

(b) 行動制限

行動制限の臨床的意味と最小化

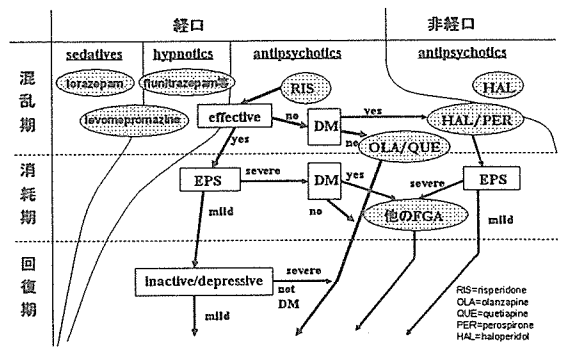
1. 行動制限の臨床的意味(安全で迅速な医療の提供)
 - (1) 隔離: 刺激の回避・補助的セルフ境界
 - (2) 拘束: 安全確保・接近の保障
2. 3つの最小化(Less Restrictive Alternatives)
 - (1) 制限理由の最小化
 - (2) 制限手段の最小化
 - (3) 制限時間の最小化
3. 行動制限の説明義務
 - (1) 行動制限の対価(臨床的意味)を説明する
 - (2) 患者への上質な説明もプロの仕事
 - (3) 「裁判でも負けない医療」を心がける

精神科急性期治療・看護の難しさと専門性

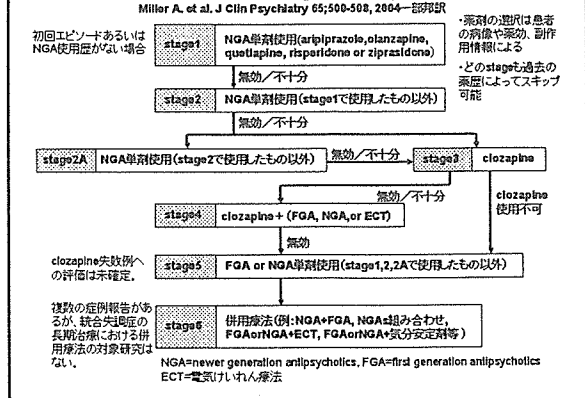
1. あちらを立てれば、こちらが立たず。
 - (1) 脳ダメージの大きい急性期を早く収めるためには必要十分な量の投薬が必要だが、危険な副作用を伴う。
 - (2) 転倒・転落事故は深刻な結果を招くため身体拘束を必要とする場合があるが、肺塞栓などのリスクを高める。
 - (3) 行動制限は最小でなくてはならないが、自傷他害事故も防止せねばならない。
2. 薬物の副作用や行動制限を最小限に抑えながら、迅速・安全な急性期治療・看護を追求するのがプロの仕事であり、醍醐味でもある。

(c)薬物療法

精神病急性期の薬物療法モデル (千葉県精神科医療センター2004年版)

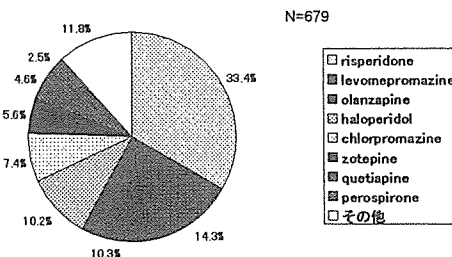


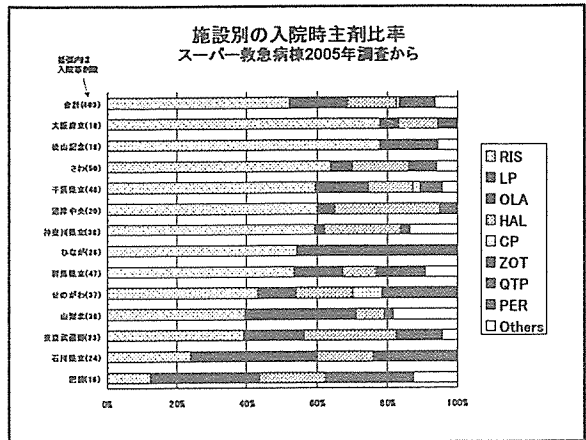
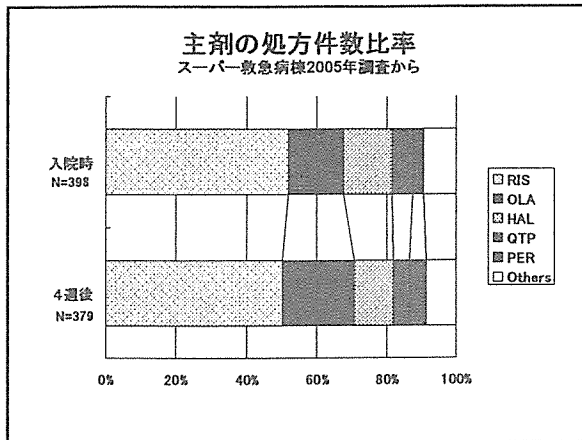
TMAP (Texas Medication Algorithm Project) 2003年版



入院時抗精神病薬の処方件数比率

~2005年6・7月スーパー救急病棟調査~





4. まとめ

- ### 精神科マクロ救急システムの意義
- 患者にとっての意義 = 迅速な医療アクセスの保障
 - (1) 在宅ケアを支え
 - (2) 病勢の悪化と慢性化を回避する
 - 病院にとっての意義 = 病院全体の活性化
 - (1) 入院を短期化させ
 - (2) 地域ケアの展開を要請する
 - 社会にとっての意義
 - (1) 迅速な医療アクセス → 不幸な事件を未然に防止
 - (2) 入院の短期化 → 総医療費の節減

- ### 本研究の基本的観点と意図
- 基本的観点
 - (1) 精神科急性期治療の目的は、
 - ① 生命を守る
 - ② 脳を守る
 - ③ 生活資産(人的ネットワークや社会的役割)を守る
 - (2) 薬物も行動制限もともに、安全・迅速な急性期治療のために「処方」する治療手段である
 - 研究の意図
 - (1) 治療手段としての薬物および行動制限の効用と副作用を明らかにする
 - (2) 効用を最大化し副作用を最小化する方法を示す
 - (3) 精神科急性病棟群でのクオリティケアを担保するためにネットワーク化を図る

日本精神科救急学会Web Site

<http://www.jaep.org>
 Japanese Association for Emergency Psychiatry...JAEP

ホームページにアクセスして、是非ご入会を!

おトクな団体会員制度もあります。

第15回日本精神科救急学会総会
 開催日: 2007年9月26日(水)~27日(木)
 会場: さいたま市(大宮ソニックシティ)
 会長: 山内俊雄(埼玉医科大学学長)

話題提供

精神保健医療政策の動向と 薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト

—話題提供—
**精神保健医療政策の動向と
 薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト**

国立精神・神経センター
 精神保健研究所
 社会精神保健部 伊藤弘人

精神保健医療福祉の改革ビジョン

1. 精神保健医療福祉改革の基本的考え方
 - 精神疾患は誰でもかかりうる病気→90%以上へ
 - 平均残存率24%以下、退院率29%以上
2. 改革の基本的方向と国の重点施策群
 - ・ 国民意識の変革
 - ・ 精神医療体系の再編
 - ・ 地域生活支援体系の再編
 - ・ 精神保健医療福祉施策の基盤強化

精神保健福祉対策本部(平成16年9月)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/p0902-1a.pdf>

**今後の障害保健福祉施策について
 (改革のグランドデザイン案)
 目指す方向(精神保健福祉関係)**

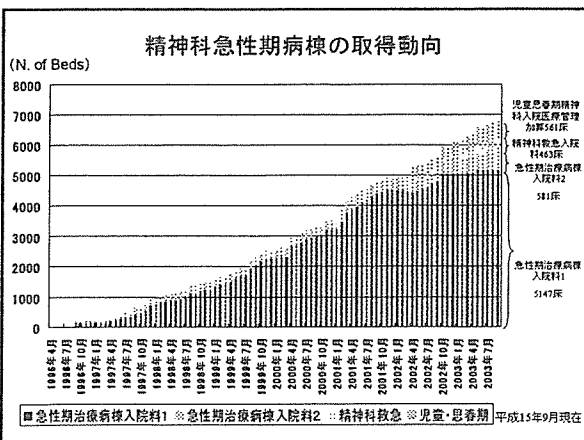
- ・ 新規入院患者は、医療の質等の向上を図り、できる限り1年以内の退院を目指す
- ・ 既に長期に入院している患者については、本人の病状や意向を踏まえ医療と福祉の連携のもと、段階的・計画的に地域生活に移行促進する
- ・ 精神医療の処遇の改善と透明性の向上

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/s1012-4c.html>
 平成16年10月12日

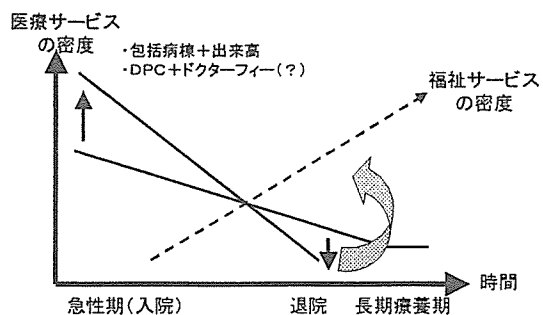
精神科「包括病棟」の動向

新設年	名称	点数/1日あたり	看護職員数	
2006年	精神科救急入院科(入院後30日越)	3200(2800)点	—	
	精神科急性期治療病棟入院科1(30日越)	1900(1600)点	—	
	精神科急性期治療病棟入院科2(30日越)	1600(1500)点	—	
2002年	精神科救急入院科	2800点	看護師2:1以上	
	児童・思春期精神科入院医療管理加算**1	350点	看護師2:1以上	
1996年	精神科急性期治療病棟入院科1	1640点	2.5:1(4割以上看護師)	
	精神科急性期治療病棟入院科2	1580点	3:1(4割以上看護師)	
	老人性痴呆疾患治療病棟入院科注2	90カ月以内 90カ月超	1290点 1180点	6:1以上(2割以上が看護師) 最小必要数の半数以上は、 精神科病棟勤務経験者
	老人性痴呆疾患治療病棟入院科 (医療保険・介護保険適応病棟)	1120点		
	重度痴呆患者入院治療科**2	3カ月以内 3カ月超	365点 260点	6:1以上(2割以上が看護師) 最小必要数の半数以上は、 精神科病棟勤務経験者
1994年	精神療養病棟入院科1	1090点	6:1以上(2割以上が看護師)	
	精神療養病棟入院科2	600点	6人以上	

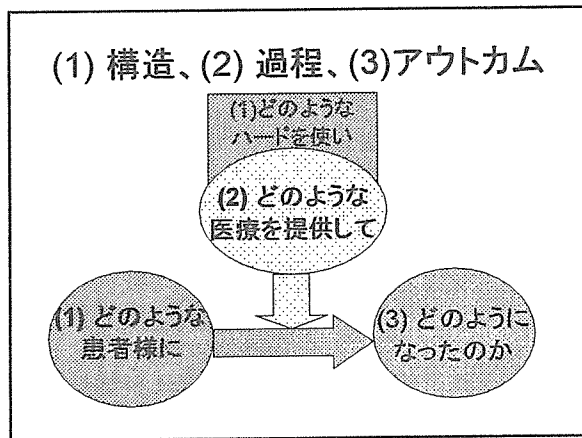
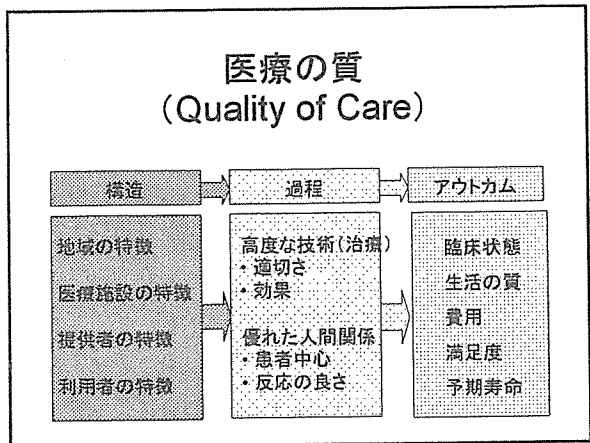
注1 特定入院科でないもの 注2 1989年から医学管理科として算定されていた



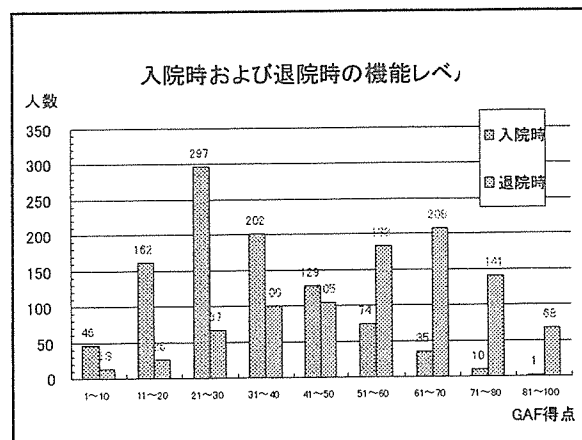
これからの入院医療支払方式



医療の質



- ## 機能の全般的評定尺度 (GAF)
- 100~91: 広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものはないもなく、...、他の人々から求められている
 - 90~61: 略
 - 60~51: 中等度の症状 (感情が平板で、会話がまわりくどい等)、または社会的、職業的、または学校での機能における中等度の障害...
 - 50~11: 略
 - 10~1: 自己または他者をひどく傷つける危険が続いている、...
- DSM-IV, APA



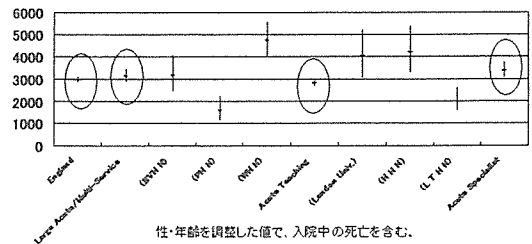
- ## コッドマン (Ernest A. Codman: 1869-1940)
- マサチューセッツ総合病院 (Harvard Med.) の外科医
 - End Results
 - 特定の治療を患者へ影響に関連させて分析する考え方
 - 同級生 Harvey Cushing (1869-1939) の経験
 - 外科手術の麻酔を担当時に、最初の患者が嘔吐して死亡
 - それぞれが担当した患者のアウトカムを比較
 - 麻酔をかけた患者の術中を記録し、心拍数と呼吸を5分ごとにグラフ化 (→ 術中麻酔記録の始まり)
 - コッドマンの確信
 - 病院における医療の質の向上には、結果を測定、関連要因を分析、他の病院の結果と比較、公表する必要性がある

1861年の英国における主要病院の死亡率

	1861年4月8日の患者数	各病院の平均患者数	1861年に報告された死亡数	死亡率
英国の主要106病院	12709	120	7227	56.87
24 London Hospitals	4,214	176	3,828	90.58
12 Hospital in Large Towns	1,870	156	1,555	83.16
25 County and Important Provincial Hospitals	2,248	90	886	39.43
30 Other Hospitals	1,136	38	457	40.23
13 Naval and Military Hospitals	3,000	231	470	15.67
1 Royal Sea Bathing Infirmary (Margate)	133	133	17	12.78
1 Dane Hill Metropolitan Infirmary (Margate)	108	108	14	12.96

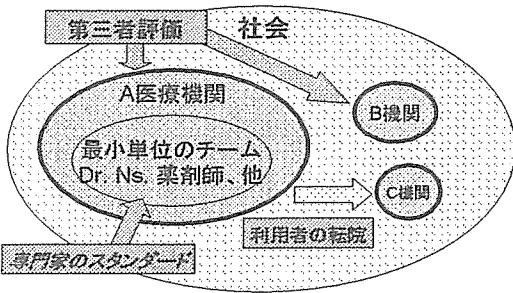
出典: Nightingale, 1863.

冠動脈バイパス術後30日以内の死亡 (2002年英国: 患者10万人対)

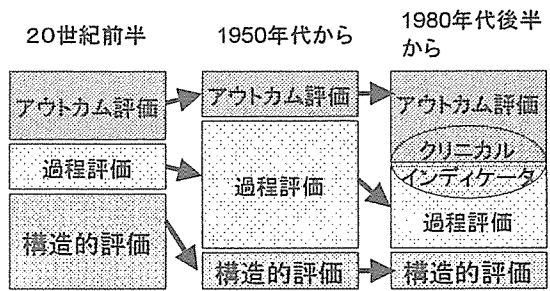


性・年齢を調整した値で、入院中の死亡を含む。
出典: http://www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/rdca_d.html

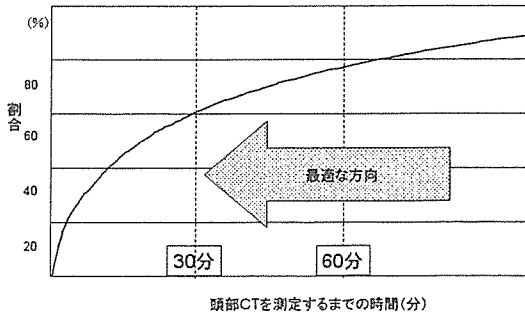
医療の質を高める3つの仕組み



医療の質の測定の動向



頭部外傷患者が救急に運ばれてから、頭部CTを測定するまでの時間(イメージ)



日本救急医学会との共同研究

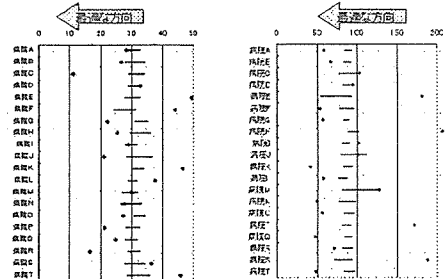


図1 頭部外傷例における来院からCTスキャンまでの時間 (観測値と95%信頼区間) 図2 急性心筋梗塞例における来院から血栓溶解療法または再循環療法開始までの時間 (観測値と95%信頼区間)

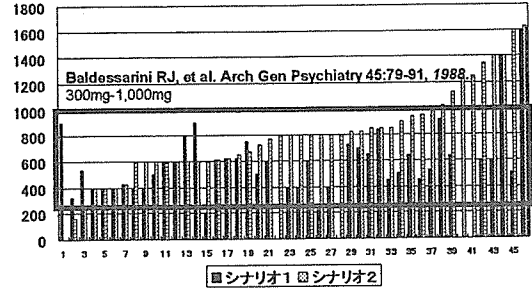
市賀徹、井上徹英、伊藤弘人、他、2001.

Recommendation

- Randomized controlled trials showed that daily doses between 300 and 1,000 mg of chlorpromazine equivalent were optimal for controlling psychotic symptoms.
 - < 300 mg: less effective
 - > 1,000mg: no more effective than moderate doses but caused more side effects.

Baldessarini RJ, et al. Significance of neuroleptic dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychoses. Archives of General Psychiatry 45:79-91, 1988.

「最適な範囲」 —シナリオ1・2のCPZ換算—



日々の臨床で、最適な範囲の処方かどうかを振り返ることは少ない

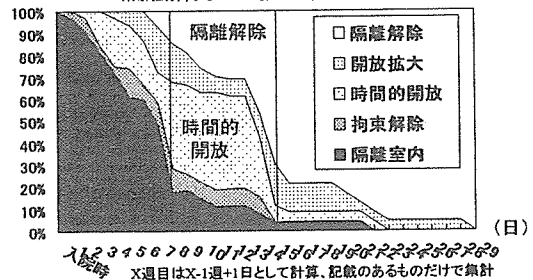
行動制限に関連する用語について

通院中の行動制限	通院措置		
入院形態による行動制限 ¹⁾	措置入院、医療保護入院、応急入院等		
入院中の行動制限	通信・面会の制限 ²⁾		
	閉鎖病棟での処遇（時間開放、完全閉鎖）		
	隔離 ¹⁾		
	抑制	身体抑制	固定 身体拘束 ¹⁾
	薬物による抑制		

1)精神保健福祉法で定められている行動制限。 2) 通信・面会の制限は認められていない

「最適な行動制限」はあるのか？

— 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)



入院時 X日目はX-1週+1日として計算、記載のあるものだけで集計

樋口、原田、計見、他。平成15年度厚生労働科学研究、2004

臨床研究

臨床研究 (CUtLASS study, UK, 2006)

