

付記 モデル事例の概略⁴⁾

23歳男性。身長175cm, 体重68kg。特記すべき既往歴, 精神科治療歴は無い。体型は筋肉質。両親と3人暮らし。学生時代は成績もよく文武両道。剣道で県大会に出場し優秀な成績を収めた。家族関係も良好であり, 友人も多かった。

大学3年頃から少しずつ人付き合いが減り(中略), ある日の朝, 突然家を飛び出して近所の路上で大声を出しながら金属バットを振り回したため警察官に保護され来院した。(中略) 受診直前もなんらかの食事, 水分は摂取できているとのこと。シンナーや覚せい剤などの濫用の既往はない。発汗は著明であるが, 舌や口唇の乾燥は認めず, 表面上の外傷は特に認めない。

診察後, 統合失調症の診断にて15時20分に入院が決定となったが, 告知文書を破り捨て威圧的な態度。2名の男性看護師に伴われ個室に入室するが, 看護師が血圧を測定しようとしても腕を強く振り払って, 更衣の促しにも応じない。また主治医が入院治療と服薬の必要性を説明しても拒絶的である。

結果的に医師と男性看護師に取り囲まれる形となり, 緊張感が漂うなか約15分が経過した。

程度のばらつきをみることに, およびクラスター分析を用いて, 個々の強制手技を組み合わせることにより治療手法として類型化することである。

II. 対象と方法

対象は, 精神科救急入院料病棟(以下, 救急病棟) 25カ所(2006年10月1日)と急性期治療病棟(以下, 急性期病棟) 177カ所を担当する精神科医師のうち, 調査に協力した21カ所(84%)の救急病棟の21人, 28カ所(16%)の急性期病棟の28人である。なお調査対象は, 調査依頼を受け取った病院長が任意に選んだ医師である。対象医師の平均年齢(標準偏差)は43.4(8.3)歳で, 平均精神科経過年数(標準偏差)は15.5(8.1)年であり, 男性は46人で, 女性は3人であった。なお, 質問の回答について, 救急病棟と急性期病棟の医師の間で, 平均年齢, 精神科経過年数および下記に述べる手技の適切性の判断に対する回答において, 統計学的に有意な差はなかった。

調査方法として, モデル事例の症例記述(約1,200文字)を提示して, その事例に対する隔離・

表1 各強制手技—適切性の判断程度*

		平均	SD	範囲
隔離・身体拘束	身体拘束	5.1	2.4	1~9
	隔離	8.1	1.1	5~9
強制投薬	—持続点滴静注	4.9	2.3	1~9
	静注	5.4	2.4	1~9
	筋注	6.1	1.9	2~9
	経口	4.6	2.4	1~9
非強制手技	内服説得	5.7	2.3	2~9
	経過観察	2.6	2.1	1~9

* 1(きわめて不適切)~9(きわめて適切)

身体拘束・強制投薬の適切性の判断に関する質問を郵送法で行った。モデル事例は, 20代男性, 初発の統合失調症, PANSS(Positive and Negative Syndrome Scale: 陽性・陰性症状評価尺度) 120点以上の症例で, 精神運動興奮, 拒絶症状を有し, 身体合併症のないものを想定した(付記)⁴⁾。

モデル事例に対する手技として, (1)「身体拘束」「隔離」(2)強制投薬の際の投与経路として「持続点滴静注」「静注」「筋注」「経口投薬」および(3)強制でない手技として, 「30分以内服説得」(以後, 「内服説得」と記載), 「無投薬経過観察」(以後, 「経過観察」と記載)を挙げた。なお, 本調査における「強制投薬」はEUNOMIA project⁶⁾で用いている「投薬にあたって3人以上のスタッフを要する」という定義を用いた。

モデル事例に対するそれぞれの手技についての適切性の判断程度は, エキスパートコンセンサス調査用の9段階評価を用いた¹⁰⁾。これは, 9を「きわめて適切」, 7~8を「通常は適切」, 4~6を「どちらともいえない」, 2~3を「通常は不適切」, 1を「きわめて不適切」の9段階から, 医師が1つ選択する評価方法である。

統計解析は, 隔離・身体拘束, 強制投薬, 非強制手技の適切性の判断程度によって, 各サンプルを類似性の指標をもとにいくつかのグループに分類する解析手法であるクラスター分析をWard法にて行った。統計解析にはSPSS ver15.0を用いた。

III. 結果

モデル事例に対する手技の適切性の判断に関する

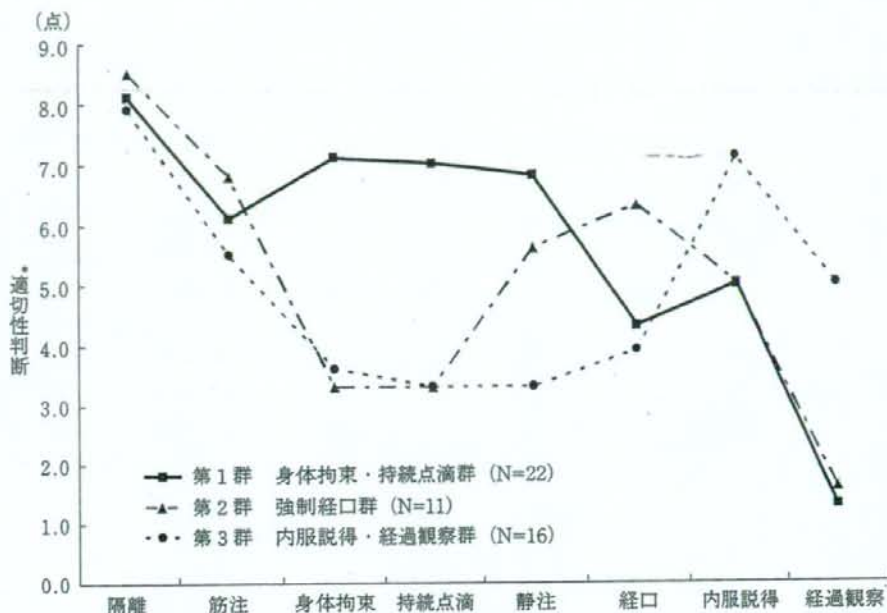


図1 3群における強制手技の適切性判断の平均値によるプロフィール
* 1 (きわめて不適切) ~ 9 (きわめて適切)

る結果を表1に示す。「隔離」と「筋注」の平均値が高い一方で、「経過観察」「経口」および「持続点滴静注」の平均値が低かった。標準偏差が2点以上の項目は、「身体拘束」「持続点滴静注」「静注」「経口」「内服説得」および「経過観察」であった。なお、40人(82%)の医師がなんらかの強制投薬が適切(7~9点)であると判断していた。

次に、これら8項目の適切性判断の値を用いて、Ward法を用いてクラスター分析を行ったところ、3つに類型化することができた。3類型ごとに、項目の適切性判断の平均値によるプロフィールを図1に示した。第1群は22名(45%)で、適切性判断の平均値(標準偏差)は身体拘束7.1(1.2)と持続点滴静注7.0(1.4)が高く、「身体拘束・持続点滴群」とした。第2群は11名(22%)で、適切性判断の値は強制経口6.3(1.7)が高く、「強制経口群」とした。第3群は16名(33%)で、適切性判断の値が内服説得7.1(1.4)が高く、次いで経過観察5.0(2.0)がやや高く、「内服説得・経過観察群」とした。なお、隔離と筋注については

一元配置の分散分析にて有意差を認めなかった。

IV. 考 察

1. 隔離・身体拘束の適切性判断の「ばらつき」

今回のモデル事例に対し、隔離は適切と判断するものが多かったが、身体拘束に関してはきわめて適切から、きわめて不適切まで「ばらつき」がみられた。海外での大規模実態調査では、身体拘束の発生頻度、持続時間に地域・病院による「ばらつき」が指摘されており²⁰⁾、日本の急性期治療においても、同様の課題が存在する可能性が示された。

2. 強制投薬の適切性判断

日本において、強制投薬についての議論はほとんどなく、本邦での初めての調査となる。モデル事例に対して、救急病棟・急性期病棟で治療を担当する多くの医師は強制的な投与を適切と判断し、経過観察の適切性判断の値が低かった。

ヨーロッパでは、多国間で強制投薬に関する意

識調査が行われており、国によって強制投薬を支持する程度が異なることが明らかにされている^{11,12)}。近年になって、強制投薬の使用と患者アウトカムとの関連が問われており、入院治療での強制的な認識と治療アドヒアランスの低さとの関連があったという報告がある⁹⁾。患者の治療参加と自律性の重視がすすむなか、強制的な手技の治療全体への影響を十分に考慮し、投与方法を検討していく必要がある。

強制投薬に関して、さらに法的規制をもうけている国がある。イギリスは強制投薬に法的手続きを求めており⁹⁾、オランダは強制投薬を原則禁止している¹³⁾。これらの国では、おそらく日本よりも投薬開始が遅れると考えられるが、自律性重視、薬物治療の遅れが、治療アドヒアランスを含めアウトカムにどのように影響を及ぼすのか注目したい。

3. 適切性判断の類型化

ばらつきの見られた身体拘束と強制投薬である点滴静注・静注・経口、それと内服説得・経過観察の適切性の判断から、3つに類型化にすることができた。「身体拘束・持続点滴群」においては、経過観察を不適切と判断し、積極的に静脈確保を行い持続的な薬物投与を行い、ルート確保に伴う身体拘束は適切であると判断していると考えられる。一方「強制経口群」は、身体拘束や持続点滴静注を不適切と判断するだけでなく経過観察も支持せず、経口と単回の静注で投薬し治療を進めていくと考えられる。一方、「内服説得・経過観察群」は、持続点滴・静注などの強制投薬は不適切と考え、患者の状態を観察し経過をみながら内服の説得に時間をかけていると考えられる。本調査の結果は、回答者によって、強制的な強い積極的薬物療法を適切とする手法と、薬物投与を急がず強制的な少ない手法を適切とする手法があることを示している。強制手技の地域や病院による使用頻度の相違については伝統的治療文化によると報告されているが^{9,14)}、今回の調査でも回答者の依拠する複数の治療文化が存在することを示唆していた。

わが国の報告には、自傷他害を防ぎ、潜在する

身体症状の精査と必要に応じた身体初期治療を行うために、身体拘束、持続点滴静注を行い鎮静を維持する方法が提唱されている⁹⁾。一方で、単回の静注と隔離、第二世代抗精神病薬の内服にて急性期治療を行う方法が報告されており¹⁰⁾、この中で、抗精神病薬の静注、筋注を多く用いることより、経口第二世代抗精神病薬の内服投与を用いた方が、隔離期間を有意に減少させたこととは示唆に富んでいる。前者の報告は「身体拘束・持続点滴群」、後者は「強制経口群」に属するのかもしれない。今回の調査結果から得られた類型化ごとに、安全性、患者の自律性、患者アウトカムを比較し、急性期治療の手法を検討していくことは急務であろう。

また持続点滴静注に関しては、イギリスの精神科における暴力対応のガイドラインには記載がなく¹⁵⁾、アメリカにおける精神科救急治療エキスパートコンセンサスガイドラインにも記載がない¹⁶⁾。持続点滴静注の研究も筆者の知る限り近年、海外ではほとんどみられない状況から考えると、持続点滴静注を支持する割合が高いという結果は、日本独特の特徴を示している可能性があると考えられる。

4. 今回の調査の限界

1つには、急性期病棟からの回収率は十分とはいえ、救急病棟の判断が強く影響している可能性がある。また、今回は3つの手法と関連する隔離室の構造といった病院の機能についての検討はなされなかった。もう1つは、今回はモデル事例を用いた意識調査という限界がある。実態調査と、さらには患者アウトカムについての前向き調査が必要である。

V. まとめ

身体拘束、強制投薬手技のばらつきがみられた。またその組み合わせで治療手法を3群（「身体拘束・持続点滴群」「強制経口群」「内服説得・経過観察群」）に類型化することが可能と考えられた。

このように、強制投薬手技と身体拘束を組み合

わせて治療手法が類型化されたことは、今後、身体拘束の発生頻度や期間の議論の際には、同時に用いられている強制投薬手技を明らかにして進める必要があることを示している。2006年10月に行動制限に関する一覧性台帳の整備が求められ、病院での隔離・身体拘束の集計・管理が進んでいるが、強制投薬手技にも留意していく必要がある。

謝 辞

論文執筆にあたり御指導をいただきました、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部、三宅由子先生に深謝申し上げます。本報告をまとめるにあたり、平成19年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業「精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究」主任研究者：樋口輝彦）の支援を受けた。

文 献

- 1) Bowers, L., Werf, B., Vokkolainen, A. et al.: International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: a comparative questionnaire survey. *Int. J. Nur. Stud.*, 44; 357-364, 2007.
- 2) Day, J.C., Bentall, R.P. and Roberts, C.: Attitude toward antipsychotic medication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62; 717-724, 2005.
- 3) Fisher, W.A.: Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am. J. Psychiatry*, 151; 1584-1591, 1994.
- 4) 藤田純一, 三澤史斉, 野田寿恵: 精神科医の処方態度に関する予備的研究. *精神医学*, 50; 159-167, 2008.
- 5) 八田耕太郎: 鎮静法. *精神科治療学*, 18(増刊号); 79-84, 2003.
- 6) Kallert, T.W., Glockner, M., Onchev, G. et al.: The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry*, 4; 168-172, 2005.
- 7) Kalliala-Heino, R., Valimaki, M., Korkeila, J. et al.: Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment. *Eur. Psychiatry*, 18; 290-295, 2003.
- 8) Korkeila, J.A., Tuohimaki, C. and Kalliala-Heino, R.: Predicting use of coercive measures in Finland. *Nord. J. Psychiatry*, 56; 339-345, 2002.
- 9) Mental Health Act 1983 Code of Practice. H.M.S.O, London, 1999.
- 10) 宮地伸吾, 藤井康男, 宮田量治: 新規抗精神病薬導入前後の急性期入院治療技法の変化. *臨床精神薬理*, 7; 1501-1510, 2004.
- 11) The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. London, 2005.
- 12) Needham, I., Abderhalden, C., Dassen, T. et al.: Coercive procedure and facilities in Swiss psychiatry. *Swiss. Med. Wkly.*, 132; 253-258, 2002.
- 13) Nijman, H.L.L., Palmstierna, T., Almvik, R. et al.: Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a reviews. *Acta Psychiatr. Scand.*, 111; 12-21, 2005.
- 14) 大野裕訳: エキスパートコンセンサスガイドライン—精神科救急治療. アルタ出版, 東京, 2002.
- 15) Steinert, T., Lepping, P., Baranyai, R. et al.: Compulsory admission and treatment in Schizophrenia; a study of ethical attitudes in four European countries. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 40; 635-641, 2005.
- 16) Steinert, T., Martin, V., Baur, M. et al.: Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 42; 140-145, 2007.

研究

報告

精神科医の処方態度に関する予備的研究*

藤田純一^{1,2)} 三澤史斉^{2,3)} 野田寿恵²⁾ 西田淳志^{2,4)}
 伊藤弘人²⁾ 樋口輝彦⁵⁾

抄録

精神医学 50:159-167 2008

本研究の目的は、多剤併用大量処方に関連する精神科医の態度を明らかにすることである。対象は、精神科救急入院科病棟および精神科急性期治療病棟を有する病院のうち協力の意思を表明した、救急入院科病棟の21名と急性期治療病棟の26名の精神科医である。調査では、先行研究を参考に作成した50項目で構成され5段階で評点する「医師の処方態度に関するアンケート」、および精神科救急場面を想定したモデル事例を提示し、入院後の処方内容について回答を依頼した。前者は全47名、後者は22名から有効回答を得た。処方態度とモデル事例への処方内容について検討するため、得られた回答50項目中23項目を選定し解析した。医師の処方態度と入院直後と入院2週後の処方量、種類について統計学的に有意な関連があった点は、①経過観察をしないと回答する医師ほど入院時の処方量と入院後の処方の種類や量が多いこと、②抗精神病薬のみで鎮静を行うと回答する医師ほど入院後の処方の種類が多いこと、③在院日数を意識して鎮静をかけると回答する医師ほど入院後の処方の量が多いこと、④抗精神病薬の変更を行う場合、家族や普段生活にかかわるスタッフの情報を参考にすると回答する医師ほど入院後の処方の量が多いこと、⑤病棟構造やスタッフの配置を考慮して処方をする回答する医師ほど入院後の処方の量が多いこと、⑥幻覚妄想や精神運動興奮の程度に応じて処方量を増やすと回答する医師ほど入院時処方量が多いことであった。今後はこの知見をもとにして医師の処方態度評価尺度の完成に向けてさらに改訂を進める予定である。

Key words

Polypharmacy, Psychiatrist, Attitude toward prescriptions, Optimization

はじめに

2種類以上の抗精神病薬が許容範囲を超えて投与される多剤併用大量処方の問題は、1950年代より臨床精神薬理学的立場から欧米で論じられ始

めた¹⁾。本邦でも1970年代初頭から増加する多剤併用大量処方の実態を受け、1983年に伊藤と藤井¹¹⁾が問題点を指摘して以来、減量のための提言^{13,14,17,23)}が行われてきた。

しかし、1980~1990年代にかけて多剤併用大

2007年8月24日受稿, 2007年11月16日受理

* A Preliminary Study Examining the Possible Influence of the Attitude of Psychiatrists on Antipsychotic Prescriptions

- 1) 神奈川県立精神医療センター 芹香病院 (〒233-0006 横浜市港南区 芹が谷 2-5-1), FUJITA Junichi: Kanagawa Psychiatric Center Kinkou Hospital, Yokohama, Japan
- 2) 以下の筆者所属, 英文表記は文末に記載

量処方例は増え続け、この問題が特に注目されるようになった2000年以降でも Takei と Inagaki²¹⁾は16施設2,405人の入院患者の50%が3剤以上、18%が4剤以上の抗精神病薬の投薬を受けていると報告している。また本邦の際立った傾向は諸外国の注目を集め、Chongら⁴⁾は chlorpromazine (以下 CP) 換算で1,200 mg 以上投与されている患者は他のアジア諸国で10%程度であるのに対し、日本では30%以上と指摘している。

問題が解決されない理由として、伊藤と藤井¹¹⁾は医師の特性、施設特性、診断、医療給付、社会経済的背景、家族背景、人種や文化的背景といった複合的な影響を紹介しているが、特に日本では漢方医学的治療技法や、精神病に対する独特な治療観など特有の背景²²⁾が存在し、提言や勧告だけでは限界があった可能性が考えられる。2004年のAPAガイドライン¹⁰⁾には「精神科医にとって重要なのは、常用量投与後、治療反応の遅い患者を前にして投与量を増やしたいという早まった誘惑に2~4週間打ち勝つことである」とあるが、この誘惑についての詳細は明らかにされていない。

処方内容を最適化するための試みとして、米国では標準化された治療の継続と合理的な処方の判断根拠が治療者間で共有されることを目的に The Florida Behavioral Pharmacy Management Program (BPMP)⁵⁾ や Medication Management Approaches in Psychiatry (MedMAP)²⁰⁾ といった薬物療法管理法が開発されている。しかし、本邦ではこれらの方法はいまだ定着しておらず、処方内容の最適化は医師個人の努力や意識に委ねられている。このため、処方内容に影響する医師の態度を明らかにする必要がある。そこで本研究では、①処方に影響を及ぼす医師を取り巻く背景を明らかにするとともに、②その実態を反映する医師の処方態度(以下、処方態度)に関する評価尺度の作成を最終目的として、精神科救急・急性期を担当する医師に対して予備調査を実施した。

対象と方法

1. 薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト

本研究は、薬剤処方・行動制限最適化プロジェクトの一環として実施した。本プロジェクトは、精神科救急・急性期医療における抗精神病薬処方と行動制限を最適化するために2006年度から開始した⁶⁾。診療報酬上の包括病棟である精神科救急入院料病棟(以下、救急病棟)および精神科急性期治療病棟(以下、急性期病棟)のうち、本プロジェクトの趣旨に賛同した病院の当該病棟を担当する精神科医に対し、(1)開発した「処方態度に関するアンケート」調査および、(2)「モデル事例に対する処方」調査を実施し、その関連を分析した。

2. 対象

2007年1月に医師・薬剤師・看護師が参加する「急性期治療における薬剤処方・行動制限最適化プロジェクト研修会」を企画するにあたり、精神科救急入院料病棟(以下、救急病棟)25施設と精神科急性期治療病棟(以下、急性期病棟)177施設に処方態度に関するアンケートを送付した。これに関し、救急病棟の21名と急性期病棟の26名(平均43.9歳、平均精神科経験年数15.7年、男性45名、女性2名)の精神科医の有効回答を集計した。

これらの回答者に精神科急性期のモデル事例を提示し、入院直後と入院2週後の処方内容につき回答を依頼した。救急病棟の20名と急性期病棟の2名(平均43.6歳、平均精神科経験年数13.7年、男性21名、女性1名)の精神科医の有効回答を解析した。

3. 医師の処方態度に関するアンケート調査票の開発

多剤併用大量処方に関連するとみられる諸要因について先行研究^{1, 7, 10-13, 15, 18-20, 22)}を参考にして抽出した。その後、救急病棟および急性期病棟に勤務する精神科医3名が臨床的観点からそれらの適正を吟味し、50項目からなるアンケートを作成した。それらすべての項目に対し、5件法で回

表1 モデル事例と事例に対し選択可能な処方内容

	モデル事例
現病歴	23歳男性。身長175cm, 体重68kg。特記すべき既往歴, 精神科治療歴はない。体型は筋肉質。両親と3人暮らし。学生時代は成績もよく文武両道。剣道で県大会に出場し優秀な成績を取めた。家族関係も良好であり, 友人も多かった。大学3年頃から少しずつ人付き合いが減り, ゼミの出席率も悪くなったが, 父親のつてを頼り某一流企業に就職した。仕事の能率は上がらず, 就職後の1年は休みがちながらも会社に通った。6か月前より, 夜も眠れなくなり, 帰宅すると深夜までインターネットに没頭した。日中の仕事はぼーっとしていることが多く, 度々上司が心配して注意した。3か月前に「ある巨大な国家規模の陰謀があって, 会社のトップが自分をおとしめようとしている。父親や母親もその組織の支配下にあることを知ってしまった。彼らは自宅の盗聴内容を密かに会社のトップに漏らしている。24時間監視されている」とインターネットの掲示板に書き込んでいる履歴を父親が発見した。その1か月後に突然会社に辞表を提出した。同居している両親ともほとんど顔をあわせずに昼夜逆転の生活をして自室に閉じこもるようになった。食事は1人で深夜のコンビニエンスストアで弁当やインスタント食品を買い込み自室で調理し食べ, 風呂にも入らぬ生活。徐々に独語が目立つようになり, 時に外の通行人に向かって大声で「わかってるんだぞ。この野郎」と怒鳴るようになった。ある日の朝, 突然家を飛び出して近所の路上で大声を出しながら金属バットを振り回したため警察官に保護され来院した。診察中は興奮気味に, 「お前もあのヤクザとグルなんだな? ○○組とはどういう関係だ!」と唐突に意味不明なことを大声で怒鳴り, 診察医の前に仁王立ちになった。同行した警察官になだめられ, 淡々着席するが, 家族や診察医に疑い深い視線を向ける。頭髪は長いこと風呂に入っていないためか, ベったりと汚れており, トレーナーにサンダル履きといったいでたちである。診察医より「やくざとは何か? 今日ほどのようなことがあったのか?」という内容を共感的な態度で聴取されるも, 黙秘権を行使すると述べほとんど何も語らない。家族からの情報により上記一連の経過が判明する。受診直前もなんらかの食事, 水分は摂取できているとのこと。シンナーや覚せい剤などの濫用の既往はない。発汗は著明であるが, 舌や口唇の乾燥は認めず, 表面上の外傷は特に認めない。
入院直後のシナリオ	診察後, 統合失調症の診断にて15時20分に入院が決定となったが, 告知文書を破り捨て威圧的な態度。2名の男性看護師に伴われ個室に入室するが, 看護師が血圧を測定しようとしても腕を強く振り払って, 更衣の促しにも応じない。また主治医が入院治療と服薬の必要性を説明しても拒絶的である。 結果的に医師と男性看護師に取り囲まれる形となり, 緊張感が漂う中約15分が経過した。
入院2週間後のシナリオ	入院後, 14日間が経過した。その後の血液検査, 尿検査, CTなどの諸検査にて特記すべき身体的異常は認めなかった。またその後の聴取にて家族歴にも特記事項がないことが確認された。入院して10日目頃には法的な根拠をまくし立てて, 看護師や医師に対して処遇改善要求を繰り返すこともなくなった。 現在, 入眠は夜11時頃, 頓用薬を追加することで朝4時まで良く眠っているが, 朝の起床と同時に何度もナースコールを鳴らしトイレトペーパーを要求する。食事は3食残さず食べることができる。主治医が部屋を訪れるとトイレトペーパーで作った紙継りを並べ象形文字のようなものを床上に作っている。それについて尋ねると「先生だけには話しますけど, ここは発信機が使えないから, こうしてるんですよ」と答える。入院当初みられた拒絶的な態度は見受けられず, 女性看護師1名でも更衣や入浴の促しに応じることができる。表情の変化は乏しく, 会話の内容は「会社と暴力団のつながりからやっとなを洗うことができなくてホッとしている」というものだが, その陳述は断片的でまとまりに欠く。本人の自覚的な副作用の訴えはないが, 排尿間隔は8時間に1回程度で数日おきの排便がある。日中はおおむねベッドの周囲を歩き回っていることが多い。部屋の中で単独になると独語, 空笑をしている姿が観察される。家族は前回の面会で本人に怒鳴られることがあったため今週の面会には消極的である。
使用可能な薬剤と剤型	Haloperidol 3 mg 錠, Haloperidol 1.5 mg 錠, Haloperidol 5 mg 注射液, Chlorpromazine 12.5 mg 錠, Chlorpromazine 25 mg 錠, Levomepromazine 5 mg 錠, Levomepromazine 25 mg 錠, Levomepromazine 25 mg 注射液, Zotepine 25 mg 錠, Sultopride 100 mg 錠, Risperidone 1 mg 錠, Risperidone 1 mg 液剤, Olanzapine 5 mg 口腔内崩壊錠, Quetiapine 25 mg 錠, Quetiapine 100 mg 錠, Aripiprazole 6 mg 錠, Biperiden 1 mg 錠, Biperiden 5 mg 注射液, Etizolam 1 mg 錠, Brotizolam 0.25 mg 錠, VegetaminA 錠, Lithium 100 mg 錠, Sodium Valproate 200 mg 錠, Carbamazepine 200 mg 錠, Diazepam 10 mg 注射液, Midazolam 10 mg 注射液

表2 処方態度と処方内容の相関

	入院直後の処方量
副作用が目立つ場合、多少陽性症状があれば薬は減量、変更しない	-0.075
患者を鎮静する場合、抗精神病薬以外の薬も考慮する	0.215
同僚もしくはコメディカルスタッフと診断や治療について定期的に話し合う	-0.155
抗精神病薬を処方する場合、自分の経験よりもエビデンスを重視する	0.233
抗精神病薬の最適化を試みた場合、よい結果を出すことができる	-0.171
今まで使用したことのない薬を使う場合、RCTやメタアナリシスなどの情報を集める	-0.137
患者や家族が薬の増量を希望した場合、薬を増量する前に心理教育・精神療法を行う	0.005
患者や家族が薬の増量を希望した場合、しばらくの間経過観察をする	0.248
患者や家族に十分な説明をして信頼関係を作ってから投薬することを意識している	-0.037
治療効果不十分で薬を変更する際、今まで効果のなかった抗精神病薬は漸減中止する	0.023
統合失調症患者が病院よりも地域で生活を送ることを意識して抗精神病薬の処方を考える	-0.209
抗精神病薬の変更や減量の方法を十分検討したうえで計画的に行う	-0.115
コメディカルスタッフの強い要望があれば抗精神病薬を増量する、もしくは減量しない	-0.212
今まで使用したことのない薬を使う場合、同僚や先輩の意見を頼りにする	-0.182
病棟の構造やスタッフの配置を考えて抗精神病薬を増量するもしくは変更・減量しない	-0.328
在院日数の制約を意識して早期に鎮静をかけるために抗精神病薬を増量する	-0.244
抗精神病薬の保険適応上限量が不十分なため上限にて効果がなければ他の薬を上乗せする	0.103
抗精神病薬の変更を行う場合、家族や普段生活にかかわるスタッフの情報を参考にする	-0.171
無気力・不活発といった症状が目立つ場合、多少陽性症状があれば薬は減量・変更しない	-0.200
興奮や幻覚妄想が目立つ場合、多少副作用があっても薬は増量する、もしくは減量しない	0.037
精神運動興奮、幻覚妄想など標的症候別に処方を組み合わせて抗精神病薬を使用する	0.079
あらかじめ抗パーキンソン病薬や睡眠薬、抗不安薬を抗精神病薬に組み合わせて処方する	-0.233
初診時の幻覚妄想や興奮の程度が強ければ普段の量より多い量の抗精神病薬を使用する	-0.422*

注：回答形式は「1.「いつも」、2.「しばしば」、3.「ときどき」、4.「たまに」、5.「めったにない」の5段階である。正の相関を示す場合、回答が5の「めったにない」に近づくほど処方量や種類は多く、負の相関を示す場合、値は Kendall の相関係数 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

答を求めた。

4. モデル事例に対する処方調査

モデル事例は20歳代の男性、初発の統合失調症、PANSS 120点程度の症例、身体合併症のないものを想定し、入院時と治療開始時と治療開始2週間後のシナリオを作成した。また、モデル事例への処方例はシナリオに用意された薬剤の中から選ぶ形式とした。モデル事例と使用可能な薬剤につき表1に示す。

5. 解析対象とする質問項目の選定

分析を行う項目を選定する際、アンケートに含まれる50項目について、その臨床的な適切性について対象者に意見を求め、医師の処方態度に必ずしも関連するとは思われない項目として複数の対象者から指摘された項目を解析対象から除外した。また、項目に対する回答を単純集計し、標準

偏差0.68未満の項目を回答傾向のばらつきが顕著に小さいとして除外した。さらに、内容的妥当性を吟味するために解析対象とする項目の最終選定を研究会議の中で行った。これには救急・急性期の豊富な臨床経験を有する5名の専門家で検討を行った。

6. 処方態度と処方内容についての分析

処方態度と抗精神病薬処方量(以下、処方量)と抗精神病薬処方種類(以下、処方種類)の相関に関して、Kendall相関係数を用いて分析した。統計解析にはSPSS11.0Jを用いた。なお、記載された処方例は2006年版の稲垣と稲田の経口抗精神病薬等価換算表を用い、CP換算値で処方量を計算した。Haloperidol(以下HP)注射剤を経口使用時の2倍として、levomepromazine(以下LP)注射剤を経口使用時の4倍として簡易に換算した。ま

入院後2週間の処方量	入院直後の処方種類	入院後2週間の処方種類
-0.222	-0.149	-0.234
0.385*	0.240	0.508**
-0.016	-0.061	-0.095
0.129	0.000	-0.130
0.149	-0.127	0.063
0.138	-0.132	0.150
0.262	0.281	0.300
0.521**	0.430*	0.609**
0.043	0.286	0.026
0.064	-0.230	0.071
0.132	0.178	0.212
0.011	-0.090	-0.034
-0.188	0.018	-0.121
-0.006	-0.293	-0.700
-0.395*	0.103	-0.168
-0.378*	-0.053	-0.264
-0.138	0.213	-0.078
-0.385*	0.100	-0.028
-0.016	-0.093	-0.045
-0.043	-0.189	-0.290
-0.120	-0.255	-0.212
-0.287	-0.134	-0.356
-0.249	-0.320	-0.259

回答が1の“いつも”に近づくほど処方量や種類は多い。

た、今回は処方種類に関して抗精神病薬のみを検討した。

7. 倫理的配慮

本研究の対象は協力の意思を表明した医師であり、患者の個人情報は一切含まれていない。対象者への侵襲はなく、時間的負担もわずかだった。

結果

1. モデル事例に対する処方量と処方種類について

入院直後のモデル事例に対する「処方量」の範囲はCP換算で400~4,050mg(平均1,134mg, 標準偏差933.3)であった。またCP換算で1,000mg以上の処方を報告した回答者は9名(43.9%)であった。入院直後の「処方種類」については、1~5種類(平均1.9種類, 標準偏差1.09)で、2種

類以上の処方を報告した回答者は12名(57.1%)であった。

入院2週後の「処方量」はCP換算で400~2,000mg(平均865mg, 標準偏差359.0)であった。またCP換算で1,000mg以上の処方を報告した回答者は5名(23.8%)であった。入院2週後の「処方種類」については、1~4種類(平均1.9種類, 標準偏差0.89)で、2種類以上の処方を報告した回答者は14名(63.6%)であった。なお、入院直後の処方としてHP注射液5~30mgの処方を報告した回答者は12名で、LP注射液25mgの処方を報告した回答者は3名だった。入院2週後にはLP注射液25mgの処方を報告した回答者は1名で、それ以外は経口薬の処方を報告した。

2. 処方態度アンケートの各項目と処方の相関について

処方態度アンケートについては、医師の処方態度に必ずしも関連するとは思われない6項目を解析対象から除外した。また、標準偏差0.68未満の4項目も除外した。さらに、研究班会議に参加した専門家5名による最終選定で17項目を除外した。最終的に、50項目中27項目を除外した23項目を解析対象として選定した。

各処方態度23項目とモデル事例に対する「処方量」と「処方種類」との相関を表2に示す。「患者や家族が薬の増量を希望した場合、しばらくの間経過観察をするか」についての質問項目と入院2週目の処方量、入院直後と入院後2週目の処方種類に有意な相関を認め、「経過観察をしない」と回答する傾向のある医師ほど入院2週後の処方量および入院時と入院2週後の処方種類は多かった。

また「在院日数の制約を意識して早期に鎮静をかけるために抗精神病薬を増量するか」についての質問項目と入院後2週目の処方量に有意な相関を認め、「在院日数の制約を意識して鎮静をかける」と回答する傾向のある医師ほど入院2週後の処方量は多かった。

「患者を鎮静する場合、抗精神病薬以外の薬も

考慮するか」についての質問項目と入院後2週目の処方量および処方種類に有意な相関を認め、「抗精神病薬以外の薬物を考慮しない」と回答する傾向のある医師ほど入院後2週目の処方量および処方種類は多かった。

さらに「病棟の構造やスタッフの配置を考えて抗精神病薬を増量するもしくは変更・減量しないか」についての質問と入院後2週目の処方量に有意な相関を認め、「病棟構造やスタッフの配置を考慮して処方をする」と回答する傾向のある医師ほど入院後2週目の処方量は多かった。

続いて「抗精神病薬の変更を行う場合、家族や普段生活にかかわるスタッフの情報を参考にするか」についての質問と入院後2週目の処方量に有意な相関を認め、「家族やスタッフからの情報を参考にして処方を変更する」と回答する傾向のある医師ほど入院後2週目の処方量は多かった。

最後に「初診時の幻覚妄想や興奮の程度が強ければ普段の量より多い量の抗精神病薬を使用するか」についての質問と入院直後の処方量が有意に相関しており、「初診時の幻覚妄想や興奮の程度によって通常よりも処方量を増やす」と回答する傾向のある医師ほど入院時の処方量は多かった。

考察

本報告では、まず先行研究を整理して精神科医の処方態度に関するアンケート調査票を作成した。また精神科救急・急性期医療を担う精神科医への調査票の記入を依頼し、解析対象とする23項目を選定した。さらに、同時に調査を実施したモデル事例に対する処方内容と選定された項目との関連を分析した。

今回の結果では、23項目の処方態度のうち6項目において、モデル事例への処方内容との関連を認めた。まず「患者や家族が処方増量を希望したときに経過観察をしない」と回答した医師ほど、経過観察を行うべき入院後2週間目の処方量、処方種類が多い傾向にあった。経過観察に関する処方態度については、Correllら⁶⁾が統合失調症の治療反応は最低2~4週間かかると述べて

おり、APAガイドライン¹⁶⁾でもモデル事例の入院2週間後のシナリオのような場面での増量は推奨していない。少なくとも入院2週間後のシナリオの場面では、抗精神病薬増量前に経過観察を行うことが望ましい。同時に、十分に精神症状や副作用の評価を行い、アドヒアランス向上のため患者や家族との関係構築にも努める必要がある。本結果は、患者・家族の希望を優先し、経過観察期間を設けずに処方を行う医師が、結果として多剤併用大量処方を行う可能性が高いことを示唆している。続いて、「抗精神病薬の変更を行う場合、家族や普段生活にかかわるスタッフの情報を参考にするか」と回答する傾向のある医師ほど入院2週目の処方が多かったという結果であるが、スタッフの情報を参考にするという態度は医師としてはむしろ望ましいものである。しかし、安易に家族やスタッフの意見を取り入れることは、むしろ多剤併用大量療法につながる恐れがあるかもしれない。臨床医としては経過観察の重要性を説明して了解を得ながら診療を行うことは、患者や家族の希望通りに処方を行うよりも労力を要するが、十分に情報を吟味する態度は処方を最適化するうえでの重要な態度である可能性を、今回の結果は示している。

次に「在院日数の制約を意識して鎮静をかける」と回答する傾向のある医師ほど入院後2週目の処方量が多かった。救急病棟や急性期病棟では常に在院日数の制約や空床確保が課題となるため、在院日数を短縮するために早期に患者の静穏化を図る処方を行う場合が十分に想定できる。しかし、Centrinoら³⁾の症例対照研究では低用量単剤治療群の在院日数15.5日に対して、高用量多剤併用群は24.0日と有意に長く、高用量の処方が在院日数の短縮につながるとは必ずしもいえない。在院日数短縮のための治療が、意図に反して多剤併用大量療法や在院日数の延長をもたらしかねないことを意識しておく重要性を、本研究結果は示唆している。

初期症状に関する処方態度については、「初期症状が激しければ通常より多くの抗精神病薬を投

与する」と回答した医師ほど初期投与量が多い結果であった。平田²⁹⁾は国内外の急性期治療ガイドラインを比較して鎮静法の差異を指摘し、benzodiazepine 静注か HP 静注かによって日本国内でも議論がわかれるとしている。精神科救急・急性期において、この処方態度と入院時の処方量との関連に関しては今後の研究の成果を待つ必要があるが、Barbui ら²⁾は初期投与量と抗精神病薬の大量投与との関連および入院時の陽性症状と処方量との関連を述べており、これらの関連を意識した初期投与量の設定は、少なくとも必要と考えられる。

また「鎮静法として抗精神病薬以外の薬物を考慮しない」と回答する傾向のある医師ほど入院後2週目の処方量と処方種類は多かったが、鎮静法に関するコンセンサスが特に精神科救急では得られていない⁹⁾。ただし、多剤併用大量療法を問題とする観点からは、電気けいれん療法や benzodiazepine 併用などの代替的な治療法の選択の検討も必要と考えられる。

「病棟の構造やスタッフの配置を考慮して抗精神病薬を増量する」と回答する傾向のある医師ほど入院後2週目の処方量が多く、急性期治療において病棟構造やスタッフの配置を考慮しながら治療の流れを判断するという医師のチームリーダーとしての役割の一端を示していた。この態度も臨床医としては適切だと思われるが、この結果は医師の職場環境が処方内容に影響を及ぼすことを示している。特に、今回の対象者は診療報酬上の要件の施設基準で類似した構造となっている病棟の医師であるにもかかわらず、抗精神病薬の増量の判断として病棟構造やスタッフ配置が関連していたことは興味深い。患者とスタッフの安全を確保できる十分な設備内容とスタッフ数についての客観的な基準が必要であると考えられる。

本調査の対象は適切な薬剤処方を意識している回答者が多数であり、精神科救急・急性期の医師という性格上、集団の特性はある程度偏っていた。特に、精神科救急場面を想定したモデル事例に基づいた調査であったなどの理由のため、精神

科急性期治療病棟の勤務医の参加率が低かった。また今回は精神科救急・急性期に勤務する医師を対象としたため、慢性期病棟の勤務医の意識を比較することは、今後の課題である。さらに、対象数が十分でなく、モデル事例を用いた調査であり、実際の臨床と解離している可能性がある。一般精神医療に即した内容の改訂を要する。また、調査対象医師の勤務する病院は一定の施設基準を満たしているが、看護配置や個室数、病床数が異なり、結果に影響した可能性がある。以上が本調査の限界と課題である。

今回我々は処方態度と処方内容の関連につき予備調査を行い、処方態度と処方の関連が一部明らかとなった。本調査の限界と課題を踏まえ汎用性のある評価尺度を作成できれば、各施設や個人間、国内外の処方態度の比較が可能である。今後は「医師の処方態度に関するアンケート」を改訂するとともに、最適化に向けた調査を継続して実施する予定である。

本報告をまとめるにあたり、平成19年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業「精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究」主任研究者：樋口輝彦)の支援を受けた。

文献

- 1) Ananth J, Parameswaran S, Gunatilake S: Antipsychotic polypharmacy. *Curr Pharm Des* 10: 2231-2238, 2004
- 2) Barbui C, Biancosino B, Esposito E, et al: Factors associated with antipsychotic dosing in psychiatric inpatients: A prospective study. *Int Clin Psychopharmacol* 22: 221-225, 2007
- 3) Centorrino F, Goen JL, Henssen J: Multiple versus single antipsychotic agents for hospitalized psychiatric patients: Case control study of risk versus benefits. *Am J Psychiatry* 161: 700-706, 2004
- 4) Chong MY, Tan CH, Fujii S, et al: Antipsychotic drug prescription for schizophrenia in East Asia: Rationale for change. *Psychiatry Clin Neurosci* 58: 61-67, 2004
- 5) Constantine RJ, Richard SM, Surles RC: Optimizing pharmacotherapy of schizophrenia: Tools for the psychiatrist. *Current*

- Psychosis & Therapeutics Reports 4: 5-11, 2006
- 6) Correll C, Malhotra AK, Kaushik S, et al: Early prediction of antipsychotic response in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 160: 2063-2065, 2003
 - 7) 藤井康男: 多剤併用から新しい抗精神病薬治療へ. *臨精薬理* 4: 1371-1379, 2001
 - 8) 樋口輝彦: 精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金. 政策科学推進研究事業総括・分担研究報告書, pp 1-7, 2007
 - 9) 平田豊明: 重症精神病の急性期治療ガイドライン. *臨精薬理* 8: 1529-1536, 2005
 - 10) 平田豊明, 市江亮一: 精神科救急病棟における治療内容の検討—鎮静法, 薬物療法, 電気けいれん療法の現状. *臨精薬理* 9: 1343-1353, 2006
 - 11) 伊藤齊, 藤井康男: 向精神薬の併用—Polypharmacyの実態とメリット・デメリットの論議をめぐって. *神精薬理* 5: 149-184, 1983
 - 12) Ito H, Koyama A, Higuchi T: Polypharmacy and excessive dosing: Psychiatrists' perceptions of antipsychotic drug prescription. *Br J Psychiatry* 187: 243-247, 2005
 - 13) 風祭元: 精神分裂病治療における薬物併用の問題点. *臨精薬理* 1: 31-38, 1998
 - 14) 川上富美郎, 中嶋照夫, 小山司, 他: 精神科薬物治療における多剤併用の実態調査. *精神科治療学* 12: 795-803, 1997
 - 15) Kingsbury SJ, Yi D, Simpson GM: Rational and irrational polypharmacy. *Psychiatric Services* 52: 1033-1036, 2001
 - 16) Lehman AF, Lieberman JA: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. APA Practice Guidelines. American Psychiatric Association, Washington DC, pp 1-120, 2004
 - 17) 松野敏行, 福田明, 正化孝, 他: 精神分裂病患者における向精神薬併用の要因と副作用—多剤併用療法に関する調査結果と考察(その2). *臨精医* 25: 971-978, 1996
 - 18) 宮本聖也, 大木美香: 抗精神病薬の選択と多剤併用. *臨精薬理* 5: 843-854, 2002
 - 19) Sernyak MJ, Rosenheck R: Clinicians' reasons for antipsychotic coprescribing. *J Clin Psychiatry* 65: 1597-1600, 2004
 - 20) 鈴木健文, 高野晴成, 渡邊衛一郎, 他: 抗精神病薬の多剤併用大量療法への対応ガイドライン. *臨精薬理* 4: 1423-1430, 2001
 - 21) Takei N, Inagaki A: JPSS-2 research group. Polypharmacy for psychiatric treatments in Japan. *Lancet* 360: 647, 2002
 - 22) 竹内啓善, 渡邊衛一郎: 多剤併用療法はなぜ行われるか—抗精神病薬の併用を中心として. *臨精医* 32: 621-627, 2003
 - 23) 山内慶太, 馬場国博, 池上直己, 他: 単科精神病院における処方の実態に関する研究—1973年, 1979年と1993年の実態調査の比較. *精神誌* 102: 640-652, 2000
 - 24) 吉見明香, 加藤大慈, 久野恵理, 他: 精神科薬物療法管理アプローチ (Medication Management Approaches in Psychiatry: MedMAP) の紹介. *精神医学* 49: 311-315, 2007
- (2以下の筆者所属, 英文表記)
- 2) 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部, MISAWA Fuminari, NODA Toshie, NISHIDA Atushi, Ito Hiroto: Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
 - 3) 山梨県立北病院, Yamanashi Prefectural Kita Hospital
 - 4) 三重大学医学部大学院, Graduate School of Medicine, Mie University
 - 5) 国立精神・神経センター, HIGUCHI Teruhiko: National Center of Neurology and Psychiatry

Summary

A Preliminary Study Examining the Possible Influence of the Attitude of Psychiatrists on Antipsychotic Prescriptions

FUJITA Junichi, MISAWA Fuminari^{2,3},
NODA Toshie², NISHIDA Atushi^{2,4},
Ito Hiroto², HIGUCHI Teruhiko⁵

Objectives: We conducted a questionnaire survey to examine associations between antipsychotic prescriptions and psychiatrists' attitudes concerning prescriptions.

Method: Participants were 47 psychiatrists in 21 emergency psychiatry wards and 26 acute psychiatric wards. We asked participants to complete both a 50-item questionnaire to show their attitudes toward antipsychotic prescription and a vignette prescription for patients with schizophrenia in the acute phase.

Results: Of the 50 items, 23 were regarded as

feasible items by participants and our research group members. Analysis of 22 participants who completed both the questionnaire and the vignette revealed that antipsychotics were prescribed at a significantly higher rate by psychiatrists (1) who were not likely to monitor the course when the patient/family wanted to increase the dose, (2) who always chose antipsychotics for sedation, (3) who increased the dose of antipsychotics for early sedation to shorten the length of stay, (4) who considered information from healthcare staff concerning the patient's family and daily life at the change resulting from antipsychotics, (5) who prescribed antipsychotics by considering hospital structures and staffing, and (6) who used more antipsy-

chotics if the patient's psychotic symptoms at the initial assessment were more severe.

Conclusions: Our results suggest that psychiatrists' prescription habits and perceptions of organizational factors and the conditions of the patients influence their actual prescriptions of antipsychotics.

- 1) Kanagawa Psychiatric Center Kinkou Hospital, Yokohama, Japan
- 2) Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
- 3) Yamanashi Prefectural Kita Hospital
- 4) Graduate School of Medicine, Mie University
- 5) National Center of Neurology and Psychiatry

学会告知板

第3回(2008年度)西日本地区『森田療法セミナー』 受講者募集のお知らせ

森田療法は、ご存じのように神経症を主な治療対象として、1919年に創始されました。その後、適応範囲を広げ、その他の精神疾患のみならず、内科や小児科、歯科領域でも実施されるようになりました。その最大の特徴は、「起こった症状を処理するのではなく、その原因となる諸々の悩みやストレスへの“対処法の基本”を“順を追って”教えている」ことから、根治療法とも呼ばれています。そのため、最近では看護や介護、教育の分野にも森田的な考え方、アプローチが有効であることがわかってきました。

近年、森田療法は海外にも普及し、中国、韓国、台湾、アメリカ、カナダ、オーストラリア、フランス、ドイツなどで実施されています。2007年8月には、第6回国際森田療法学会がカナダで開催されました。

東京ではすでに十数年前から『森田療法セミナー』が開講され、多くの人材が育ち、それぞれの職場で森田療法を実践しています。このたび、西日本地区在住の皆様を対象に、初心者のための第3回『森田療法セミナー』を下記の要領で開催致します。

なお本セミナーは日本森田療法学会で正式に認定され、セミナーへの参加は、日本森田療法学会認定医および認定心理療法士、認定指導員の認定資格申請と更新の条件のひとつを満たします。

記

受講対象者 メンタルヘルスに関心のある、医師、臨床心理士、看護師、社会福祉士、介護福祉士、養護教諭、その他の教育関係者。

期日と日時 2008年6月～9月の土曜日(12講義)：午後2～6時(1日2講義)；6月21日、7月26日、8月2日、8月9日、9月6日、9月20日の6日間。

会場 福岡国際会議場(☎ 812-0032 福岡市博多区石城町2-1) ☎ 092-262-4700

問合せ先(受講申込書を送ります) 九州大学大学院医学研究院精神病態医学 西日本地区森田療法セミナー事務局代表 田代信維(☎ 812-8582 福岡市東区馬出3丁目1-1)
☎ 092-642-5627(精神科医局)

【参考文献】

吉川和男(2003)「世界の精神医療と日本 英国」『こころの科学』No109(5), pp.31-35.

【注】

- (1)原文ではPICU(Psychiatric intensive care unit; 精神科集中治療病棟)とされている。吉川(2003)によれば、「(前略)各急性期病棟に併設される六床程度の精神科集中治療病棟(後略)」、「(前略)、PICUでは患者六名に対して看護師二十二名と、通常の急性期病棟よりも手厚く看護を配置している。」とされている。PICUという言葉は日本では小児集中治療室(Pediatric Intensive Care Unit)を一般的に指し、精神科集中治療病棟という概念は(少なくとも診療報酬上は)存在しない。
- (2)本節では保健医療福祉ケア単価推計の原文中にある表をそのまま訳出して利用している。この点について、親切にも許諾していただいたPSSRU担当者のAnn Netten氏に感謝申し上げたい。
- (3)Hyde, C. and Harrower-Wilson, C. (1995) "Resource Consumption in Psychiatric Intensive Care: the Cost of Aggression," *Psychiatric Bulletin*, vol.19, pp.73-76.
- (4)Chisholm, D., Knapp, M., Astin, J., Beecham, J., Audini, B., and Lelliott, P. (1997) "The Mental Health Residential Care Study: the Costs of Provision," *Journal of Mental Health*, vol. 6(1), pp.85-99.
- (5)Beecham, J., Schneider, J., and Knapp, M. (1998) "Survey of Day Activity Settings for People with Mental Health Problems," Report to the Department of Health, PSSRU Discussion Paper 1457, Personal Social Services Research Unit, University of Kent, Canterbury.

要である。
精神科医療は一般科と比較して、診療報酬体系の再整備が遅れてきたと考えられる。しかしながら、一般科での経験を踏まえた上でより新しい発想を生かした形で診療報酬改革を行うことにより一

一般科より先進的・合理的かつ患者本位な診療報酬体系を構築していくことが可能であると考えられる。本稿で紹介した保健医療福祉ケア単価推計やそれに沿った日本での費用情報の作成はこういった点からも有益であると考えられる。

【謝辞】
本報告をまとめるにあたり、平成19年度厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業「精神保健医療における診療報酬の在り方に関する研究」主任研究者・樋口輝彦)の支援を受けた。

DPCの基礎知識

わかりやすいDPCの入門書

平成20年4月版(5月発刊予定)

B5判/本文2色 定価:1,050円(本体1,000円+税)

- ◆本書は、DPC制度を理解するために最適な入門書で、「わかりやすさ」を第一テーマとしました。とくに難解な用語や制度もコラム形式でていねいに解説し、図表を駆使した2色刷りによるビジュアルな構成といたしました。
- ◆「DPCについては名称ぐらいいか知らない」、「制度を勉強したいけど何を参考にしたらよいかかわらない」といった方に最初に手にとっていただきたい1冊です。

社会保険研究所

〒101-8522 東京都千代田区内神田2-4-6 WTC内神田ビル
TEL (03)3252-7901(代) FAX (03)3252-7977

表6 2.14長期入院後退院者への継続的精神的ケア：独立居住

事例		
A氏は住宅建設組合の賃貸アパートに一人暮らしをする精神疾患を抱えた39歳である。彼はインフォーマルケアサポートを受けていない。		
健康問題 彼は消化器官に問題を抱えており、医師の診断が必要である。彼は管理無しに皮膚の問題のための薬を服用している。		
社会的行動 問題なし。		
受けるサービス	週平均費用	記述
社会サービス ソーシャルワーク	£21	ソーシャルワーカーや一連のワーカーが2週間に一度、30分訪れる
健康サービス GP	£2	昨年は10回の診療予約
足治療医	£0.50	昨年は2度訪問
外来	£20	月に1度の健康診断と注射
その他サービス 住宅巡回	£7	2週に一回15分訪問。
施設費用	£149	地方当局によって差し控えられた地方税や資本を含む。管理費と維持費は住宅建設組合によって負担されている。
生活費	£139	収入支援、弱者手当、障害者手当
ケアパッケージの 週総費用 2005/2006	£330	

にかけてバランスが取れる期間で入院期間を決定する必要があると言えらる。さらに言えば、給付が保険料や公費によって賄われていることや費用の一定割合を患者本人が負担していることを考えると、再発率、社会復帰の困難さ、費用額、の3者のバランスを図りながら入院期間を決めることが要請さ

れるであろう。この3者のバランスを図りながら入院期間を決める際に、保健医療福祉ケア単価推計の方法論は生きてくると考えられる。1日入院期間が減少するとどの程度入院費用が減少するか、他方、1日社会復帰施設の利用日数が増加すればどの程度費用が増大するか、など

の制度を横断してサービス提供者の費用情報を保健医療福祉ケア単価推計は提供していることを既に見た。

日本の現行診療報酬制度では、個別の診療報酬単価はその原価に必ずしも基づいているわけではない。また、医療保険制度での医療提供者への支払と福祉制度での事業者への支払は独立している。日本において保健医療福祉ケア単価推計と同様の費用情報を作成すれば、医療（保険）制度と社会福祉制度の枠組みを超えて、医療機関・事業者のサービス提供の相対的な対価を設定するための基本的な情報が得られることになる。これは、医療サービスだけないしは社会福祉サービスだけで利用者が抱える問題が解決できないケースについて、特に精神科疾患はその例であるが、制度設計や改善を行う場合に意義があると考えられる。

患者の本来の目的は、単に退院すること、ではなく社会活動を再開することであると考えられる。それゆえ、患者自身にとっては最適な医療・福祉サービスの組合せは何か、が重要となる。そして最適なサービス組合せが利用できる

ためには医療提供者・社会福祉サービス事業者が制度の枠組みを超えて、事業者間で衡平な支払を受けつつ患者のために積極的に一体的な活動をするインセンティブが付与される必要がある。そのため極めて基本的な費用情報を保健医療福祉ケア単価推計は提供し得ると言えよう。

5 まとめ

現状でも、精神科退院前訪問指導料や精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）、（Ⅱ）という形でスムーズな在宅療養や社会復帰への移行を図るような報酬が病院や訪問看護ステーションに対して設定されている。これは在宅療養や社会復帰への移行を支援する観点から設定されているが、十分であるかは定かではない。

そのような現状ではあるものの、積極的な退院支援策を行う病院、それを受ける訪問看護ステーション、社会復帰支援施設、相互間で協調体制を構築し得るような衡平かつ効率的、患者本位のサービス提供を実施するインセンティブを持つ支払体系を構築することが必

表5 2.11民間非営利部門による精神科デイケア

費用と単位推定値	2005/2006価格	備考
資本費用 (A, B & C)		
A. 住宅、間接費	£4.00/セッション	デイケア施設新規開設分。患者一人当たり33.4平方メートル与えられる。資本費用は60年間にわたって3.5%で割り引かれ、年額換算される。資本価値は与えられてきたが、実際のところ建造物費用はしばしば賃料であり、特定の目的のために建てられるのは稀である。
B. 地代	£1.20/セッション	副首相府の情報に基づき地代は60年間にわたって年8%で割り引かれる。
C. 備品、耐久財		情報なし
D. 収益費用	£14/セッション	大人の精神疾患患者のためのデイサービス施設についてのSouth Thames NHS区域において行われた調査に基づく。全体として、十分なデータが得られ、122箇所のデイサービス施設の収益費用を推定できた。これらの結果はPSS資金・物価指数を利用してデフレートされた。95%の施設が民間非営利部門によって管理されているが、その費用は現在の価値で£9~£17の範囲にあり、中位値は13ポンドである。精神科デイケアを供給する民間非営利部門の60%が職業関連活動を行っているが、治療は行っていない。会計検査院による居住介護に関連した一般経費についてのレポートによる。一般経費は収益費用の5%であると推定される。
E. 一般諸経費	£0.70/セッション	
定員充足率	76%	1998年のDepartment of Healthの統計。
ロンドン乗数	1.20×A 2.53×B 1.02×D	土地価格指数の前年の上昇はODPMの価格動向の修正によるものである。収益費用への乗数はPSS EX1 2004/2005の統計に基づく。
2005/2006で利用可能な単位費用		
£20/セッション (AからEを含む); £40/日 (夕を含まない。)		

表5の元の文献は収益費用の部の推計を行った論文(注5)である。ケアの単位である1セッションはデイケア施設で朝、昼、夕いずれかとして定められるとされている。これまでのNHS病院でのコスト計算と異なる点は、地代の割引率が3・5%ではなく、8%である点である。その他に本

質的な方法上の差異は見られない。その結果、1セッションの単価は20ポンド、1日単価は40ポンドとされている。

表5の元の文献は1998版の保健医療福祉ケア単価推計の報告書である。Maudsley病院に長期在院していた患者の退院以降の5年間に供給したケアパッケージの全て

の費用を表すものである。A氏は現在1人暮らしであり、一番安いケアパッケージの一つを受けているとされている。

継続的精神的ケアは1週で330ポンドの総費用を要するものであり、1日単価に直すと47ポンドほどとなる。継続的精神的ケアのコストにおいては生活費として週当たり139ポンドが計上されているため、表4で見た精神科デイケアの1日単価40ポンドよりは若干高くなる。ただし、それでも表3の慢性期病棟での1日単価の4分の1程度となる。

以上駆け足で見えてきたとおり、保健医療福祉ケア単価推計によって医療セクター内での治療場所ごとのコストの差異、福祉セクターでのコストの差異が非常に明確になることがわかる。情報が明確化されることなどのような便益を生むのか、特に患者・利用者にとつて、について次節で検討することとする。

4 保健医療福祉ケア単価推計の含意

前節で見た保健医療福祉ケア単

価推計の事例から何を学ぶことができるであろうか。日本の現状を考えると、精神保健医療福祉の改革をさらに進める必要がある、それゆえ、サービス提供者に対してさらなる経済的な誘導が必要であるとされる。ただし、既存の手法である、平均在院日数の短縮化が行われた病棟に高い点数をつけるだけではなく、退院した後患者が安心して社会で生活できるように体制をサポートする医療と福祉の連携をより図るような評価が必要であると考えられる。

入院治療において、在院日数を十分に取れば寛解の状態に至らずに退院する可能性は低下するが、患者がそれまでの社会生活から離れすぎることによって社会復帰することが難しくなる。他方、在院日数を短くすれば寛解の状態に至らずに退院する可能性は増大し、社会復帰を考えると本人や社会復帰支援施設に過大な負担をかけることになる。

この結果、経済的な点を考えれば、入院期間を1日減少させた場合に疾患の再発確率がどの程度増大するか、その一方で社会復帰の困難さがどの位軽減するかを天秤

表3 2.6 NHS病院 精神科急性期病棟でのサービス

費用と単位評価	2005/2006価格	備考
資本費用 (A, B & C)		精神科病棟新規開設分。病床利用率は考慮されている。資本費用は60年間にわたって3.5%で割り引かれ、年額換算される。
A. 住宅、間接費	£11/ベッド・日	
B. 地代	£2.00/ベッド	副首相府の情報に基づき60年間にわたって3.5%で割り引かれる。
C. 備品、耐久財		情報なし
収益費用		収益費用は病院会計から情報を得ており、資金、物品、サービス、諸経費に分けられる。資金費用は医療、臨床支援サービスを含む。この投入資本は病棟単位で確認できないので、1.33の乗数が看護(75%)、医療、臨床支援(25%)の配分で計算された。資金が一日の総費用の66%を占める。
D. 資金、物品、サービス費用	£141/日	
E. 一般諸経費	£47/日	
利用者による施設利用	365.25日/年	
病床利用率	95%	ロンドンにおける病床利用率は102%と見積もられる。病床利用率はベースデータと同じ引用元から得ている。
ロンドン乗数	1.20×A 2.53×B 1.11×D 1.15×E	ロンドンの相対費用は各費用要素におけるベースデータの情報と同じ引用元から得ている。もし利子が技術や価格の効果と同じ効果を持てば、資金、物品、サービス費用に使用される乗数は1.19となる。土地価格指数の前年の上昇はODPMの価格動向の修正によるものである。
2005/2006で利用可能な単位費用		
£201/入院患者一人一日 (AからEを含む)		

表4 2.7 NHS病院：精神科慢性期病棟でのサービス

費用と単位評価	2005/2006価格	備考
資本費用 (A B C)		精神科病棟新規開設分。病床利用率は考慮される。資本費用は60年間にわたって3.5%で割り引かれ、年額換算される。
A. 住宅、間接費	£23/ベッド・日	
B. 地代	£2.30/ベッド・日	副首相府の情報に基づき60年間にわたって3.5%で割り引かれる。
C. 備品、耐久財		情報なし
収益費用		収益費用は病院会計から情報を得ており、資金、物品、サービス、諸経費に分けられる。資金費用は医療、臨床支援サービスを含む。この投入資本は病棟単位で確認できないので、1.33の乗数が看護(75%)、医療、臨床支援(25%)の配分で計算された。資金が一日の総費用の54%を占める。
D. 資金、供給、サービス費用	£99/日	
E. 一般諸経費	£54/日	資本・収益費用の合計は、一週あたりの居住費用である。この居住費用に加えて「ケアパッケージ」費用がある。この追加分は個人消費、生活費、病院、地域医療・社会サービスの利用が含まれる。
その他費用		
F. 個人生活費用	£16.40/週 (£2.30/日)	
利用者による施設利用	365.25日/年	
病床利用率	83%	ロンドンにおける病床利用率は93%と見積もられる。病床利用率はベースデータと同じ引用元から得ている。
ロンドン乗数	1.20×A 2.53×B 1.32×D 1.11×E	ロンドンの相対費用は各費用要素におけるベースデータの情報と同じ引用元から得ている。もし利子が技術や価格の効果と同じ効果を持てば、資金、物品、サービス費用に使用される乗数は1.19となる。土地価格指数の前年の上昇はODPMの価格動向の修正によるものである。
2005/2006で利用可能な単位費用		
£181/入院患者一人一日あたり (AからFを含む)		

下位25%は429ポンド以下、上位25%は600ポンド以上であったとされている。表2での費用はHCHS資金・物価指数で物価上昇等を反映された数値となっている。なお、ロンドンには特に費用が高い地域であるため、推定値からロンドンでの費用を算出するためロンドン乗数が設定されている。

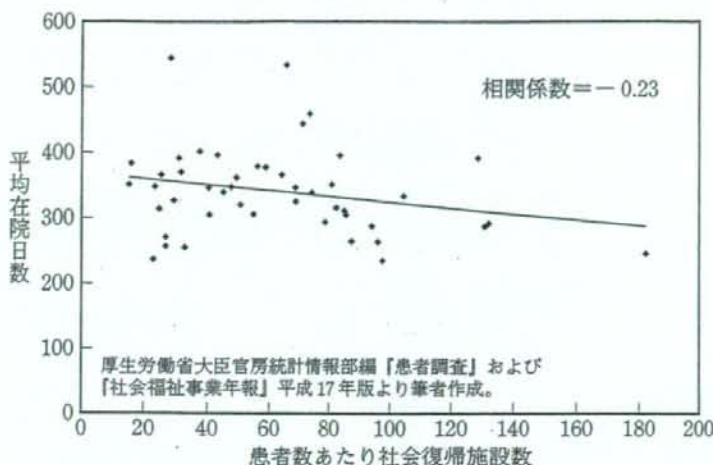
表3のNHS病院精神科急性期病棟でのサービスについては、原文によれば、8つの地区保健当局(district health authority)における居住ケアの調査で対象となった25の精神科急性期病棟サンプルによる研究(注4)が元となっている。全ての費用は1995/1996の数値に基づいており、適切

なHCHSデフレータを使用して修正されているとされている。表2の精神科集中治療室では1日単価が528ポンドであったが、表3の精神科急性期病棟では1日単価が201ポンドとなっており、4割程度となっていることがわかる。

表4の元論文は表3のものと同

様である。8つの地区保健当局(district health authority)にわたる19の慢性期精神科病棟のサンプルに基づいた数値となっている。推計された1日単価は181ポンドであり、精神科集中治療室と急性期病棟とのコスト差よりも急性期病棟と慢性期病棟のコスト差の方が小さいことがわかる。

図1 社会復帰施設の充実と精神科の平均在院日数の相関



今後、精神科における平均在院日数を短縮していくためには、入院から社会復帰の流れをいかにスムーズに構築できるかが重要である。そのためには、医療セクター内のみならず医療セクターと外側の社会福祉セクターとの密接な連携が重要になる。さらに、医療と福祉の連携を適切に構築する

ためには、共通のコスト指標を作成し、どちらのセクターでどのようなサービスを提供することが費用の面で効果的か、という点まで明らかにされる必要がある。しかしながら、現在の診療報酬体系では、医療・福祉・介護のサービスとコストの評価がそれぞれ独立してなされており、包括的に、すなわち利用者の一連の利用の流れから検討されているとはいえない。

英国セント大学に設置されている Personal Social Services Research Unit (PSSRU) は保健医療福祉ケア単価推計 (Unit Costs of Health and Social Care: UCHSC) を毎年公表している。この報告書は我々の問題意識と極めて自然に合致するものである。そこで、本稿はこれを紹介し、日本の精神保健医療福祉改革への含意を検討することを目的とする。

2 保健医療福祉ケア単価推計とは

保健医療福祉ケア単価推計は保健省補助事業として英国セント大学に設置されている Personal Social Services Research Unit (PSSRU) が行っている事業である。その内容は、PSSRUのホームページ (<http://www.pssru.ac.uk/>) にて閲覧・ダウンロードすることが可能である。2006年度版で14年目になるとのことであるが、毎年その内容に改定・追加が行われている。

保健医療福祉ケア単価推計はその目的として、「研究資料が利用可能になればそれを利用し、進行中の研究や特別に委託されたものも含みつつ、それらの出所や仮定を引用しながら可能な限り詳細かつ包括的に単位費用の推計値情報を提供することおよびそれを継続的に改善することによりユーザーが自身の目的に合わせてこれらの情報を活用できるようにすること」を掲げている。

内容は大きく分けて5部から構成される。第一部は利用者属性別のサービスの単位費用、第二部は

地域医療従事者の単位費用、第三部は地域社会サービス従事者の単位費用、第四部は病院の医療従事者の単位費用、第五部はその他の項目に当てられている。

この内容からもわかるとおり、NHSの枠組みで提供されているサービスのみなならず、ボランティアセクターや民間 (Private) セクターで提供されているサービスまで費用が示されていることになる。費用は日額や月額などの共通の基準で表示されているが、様々な研究から得られた数値を利用してあるのでサービスごとの費用を比較する際には注意が必要である。また、精神科に特化した内容ではなく、医療や福祉の広範な範囲の数値が提供されている。それゆえ、本来は精神科にのみ特化して紹介すべきではないかもしれないが、次節では保健医療福祉ケア単価推計について精神科の内容を事例的に翻訳して紹介したい。

3 いくつかの事例

保健医療福祉ケア単価推計の内容のうち、精神科に特に関連する部分は、第一部第2章、Services

英国の保健医療福祉 ケア単価推計の 日本の精神科医療へ の意義

泉田信行*1 野田寿恵*2
伊藤弘人*3 樋口輝彦*4

*1 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第一室長、*2 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部社会福祉室長、*3 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、*4 国立精神・神経センター総長

はじめに

精神科医療制度は、精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）の報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月）（<http://www.mhlw.go.jp/top/ics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>）お

よびそれに続く「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）」（同年10月）に基づいて、制度を変化させてきた。その基本的方向性は、「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」を目指すし、「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」というものである。すでに新規入院患者の平均在院日数は60日程度であり、この急性期医療を一層充実させつつ、長期入院患者が地域生活へ移行するように進めるということになる。

平成18年の診療報酬改定においても、中医協ではまず「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に基づいた議論から始めた。改定内容も（1）精神科救急入院料や精神科急性期治療病棟における30日以内の点数が増額され、（2）精神病棟入院基本料の91日以降の加算の評価を引下げる一方で重症精神障害者を念頭においた精神科ショートケアを新設したり精神科訪問看護指導料の算定回数の上限が緩和されるなど、その方向性は一貫している。

このように、精神科の分野においても平均在院日数の適正化施策が近年実施されつつある。平均在院日数の適正化は診療報酬（体系）の変更によって主に行われる。しかしながら、この適正化は、①診療報酬が診療原価を下回ると病院経営に影響を与え、患者に対す

る治療に大きな影響を与える可能性があること、②平均在院日数の抑制により医療費が必ずしも低下しない場合もあり得ること、などから慎重に実施される必要がある。また、そもそも精神科に長期入院していた患者が社会生活を取り戻すには医療セクターと福祉セクターを通じて段階的な準備が必要である。それゆえ、平均在院日数を短縮化するためには、入院中からの福祉との連携、退院してからの福祉と医療の連携が不可欠である。連携のひとつに入院医療と社会復帰をつなぐ社会復帰施設がある。

図1は都道府県別の精神科疾患患者1人当たりの社会復帰施設数と精神科疾患入院患者の平均在院日数の関係を見たものである。この図から、弱いながらも両者の間に負の相関関係があることがわかる。都道府県間の横断的な関係を観察しているため、平均在院日数が短縮したために社会復帰施設が充実したという「逆」の関係が成立することを必ずしも否定できないが、平均在院日数と社会復帰施設数の間に何らかの関連があることがわかる。