

精神科におけるチーム医療に関する研究

分担研究者 宮岡 等 北里大学医学部精神科学 主任教授

研究協力者 新井久稔 北里大学医学部救命救急医学

研究要旨

わが国の神経性無食欲症（Anorexia nervosa, 以下 AN）に対する精神疾患治療施設における治療は、標準化が不足しており入院治療が可能な施設も限られている状況にある。当施設では重症例に対応することが多いため、その治療経験をもとにして、重症例への対応可能な入院治療クリニカルパス及びクリニカルパス医師用マニュアルを作成した。さらに通院治療の標準化を目的に通院行動療法プログラムのクリニカルパス作成を念頭に置き、通院行動療法プログラムの治療転帰について診療録をもとに後方視的な調査を実施した。AN を対象とした入院治療クリニカルパスと医師用マニュアルが作成され、平成 27 年 12 月から運用開始された。平成 24 年～27 年の間に通院行動療法プログラムが導入された症例 35 例を対象に転帰調査を実施した。プログラム導入時の平均体重は 61%IBW、終了時の平均体重は 79%IBW だった。目標体重に到達し終診にいたったのが 16 例（46%）、入院へ移行したものは 15 例（43%）、ドロップアウト（治療中断・転医）は 4 例（11%）だった。目標体重に到達し終診にいたった 14 例の平均通院期間は 316 日（最短 71 日、最長 771 日）だった。入院治療クリニカルパスは運用間もないため、運用を重ねその効果の検証が必要である。通院行動療法プログラムの転帰調査の結果については、本調査の評価項目を体重のみとしたため先行研究との比較は困難であり、本プログラムの効果を判断することはできないが、少なくとも生命予後の悪い重症例の場合、入院に移行あるいは治療中断にいたることが臨床的に多い中で、約半数が通院治療のみで目標体重に到達していることは、本プログラムの有用性を示唆していると言えるだろう。AN の通院治療の質を高め標準化する上では、通院治療プログラムのクリニカルパス開発が求められる。その上で示唆に富む結果を得ることができた。（平成 27 年度までの研究）

AN は突然死やリフィーディング症候群等により死亡することが稀ではなく、AN の診療に際しては身体科や栄養士らとの連携が求められる。診療に際して担当医が身体科や栄養士らとの連携を急ぐべきかの判断基準が求められるが、そのための調査・研究は不足している。このため、本研究では予後の不良な群と予後の良好な群の差異を明らかにするため、平成 23 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日までの 5 年間のうちに北里大学東病院精神神経科に入院した AN 患者を対象に、身体的急変により北里大学病院救命救急災害医療センターに搬送された（予後不良群）と精神科病棟入院後に自宅退院となった患者（予後良好群）の入院時の身体状況、心理社会的要因等に関して診療録をもとに後方視的に調査し、予後良好群と不良群の差異を明らかにする。（平成 28 年度以降の研究：現在調査中）

A . 研究目的

平成 27 年度までの研究：

神経性無食欲症（Anorexia nervosa, 以下 AN）は、重度の低栄養状態に至る可能性があり、生命予後の不良な精神障害である。身体的な治療が必須であるが、肥満恐怖などの「こだわり」や過活動性など、独特の精神症状のため、精神科的な治療介入も必要な疾患と言える。しかしわが国では、AN 患者が呈する精神症状のコントロールの困難さ、飢餓状態の身体管理の困難さなどから、治療に取り組んでいる精神疾患治療施設が極めて少ないと言わざるを得ない。治療関係を作るのが難しく、治療中断も多いとされ¹⁾、残念ながら苦手意識を抱く精神科医も少なくない。重症例は入院治療が長期化するため、医療経済的にも治療の制約を受けることが多い。このようにわが国における AN は、その治療や回復に多くの困難さを伴う精神障害であり、いまだ治療手技の標準化も不十分な状況にある。

我々の施設では平成 14 年から、入院治療のプロトコルを統一した。平成 22 年からは通院治療における行動療法プログラムを作成し実施している。入院においては年間 15～20 症例の重症例を対象とする治療を行っている。しかし治療に取り組む精神疾患治療施設が乏しいため、当院のような施設に患者が集中する傾向がある。だが診療に対応する医師数も少ないため、現時点では重症低体重症例のみを治療対象として受け入れている現状にある。こうした現状を解決し、AN に対する通院、入院治療を標準化するための取り組みが求められている。

本研究では、当院での診療実績を生かし、入院、通院のクリニカルパスを開発することを目的とする。平成 27 年度は入院治療プロ

グラムのクリニカルパス開発、通院治療プログラムのクリニカルパス開発のために通院治療プログラムの有効性評価、以上の二点を目的に研究を実施した。（平成 27 年度までの研究）

平成 28 年度以降の研究：

AN は突然死やリフィーディング症候群等により死亡することが稀ではない。したがって、AN の診療に際しては身体科や栄養士らとの連携が求められるが、様々な要因のために精神科単科病院で治療をせざるを得なくなりやすい状況がある。診療に際して、担当医が身体科や栄養士らとの連携を急ぐべきかの標準的な判断基準が求められるが、そのための調査・研究は不足している。

このため、本研究では診療録をもとに後方視的に調査し、予後の不良な群と予後の良好な群の差異を明らかにする。具体的には予後の不良になりやすい群の特徴を明らかにするとともに、精神科医が身体科や栄養士らと連携する上での判断基準を検討するための基礎的な資料を作成する。

B . 研究方法

平成 27 年度までの研究：

1. 入院治療プログラムのクリニカルパス開発
クリニカルパス開発は医師、看護師、栄養士ら多職種による会議体を設置し、ディスカッション、オーバービュー作成、電子化クリニカルパス開発、医師用マニュアル作成の順に実施した。

2. 通院治療プログラムの有効性評価

北里大学東病院では神経性無食欲症専門外来を設置し著しい低体重を呈している AN を対象に外来における行動療法プログラムを実施している。対象は 65%IBW 以下の症例に限定し、通院間隔は 1～2 週間隔である。3 か月

おきに効果の評価を体重測定によって実施している。55%IBW 以下になった場合には入院による行動制限療法に移行する。外来における行動療法プログラムは原則学校、仕事を休み自宅療養をすること、食事、日常生活行動を記録し、体重が増加したら日常生活行動を増やすことを原則としている。著しい低体重に至れば長期間の入院治療に至りやすい AN の場合、より効果的な外来における治療プログラムが開発され、普及・均てん化されることが求められる。

そこで通院治療プログラムのクリニカルパス開発を念頭に、まず現在行われている通院治療プログラムの転帰を中心に調査した。調査は診療録から得られた情報をもとに後方視的に実施した。

1) 調査対象

北里大学東病院精神神経科神経性無食欲症専門外来において、平成 24 年～27 年の期間に通院治療プログラムが導入された症例を調査対象とした。

2) 調査項目

基本的な患者属性、プログラム導入時体重(%IBW)、平均通院期間、転帰を調査項目とした。

(倫理面への配慮)

本研究に際し患者調査などを行う場合は匿名性を重視し、個人情報の取扱いには十分注意した。調査については原則として倫理委員会の審議を経るものとした。

平成 28 年度以降の研究：

対象：平成 23 年 4 月 1 日から平成 28 年 3 月 31 日までの 5 年間のうちに北里大学東病院精神神経科に入院した AN 患者対象。身体的急変により北里大学病院救命救急災害医療センターに搬送された(予後不良群)と精神科病棟入院後に自宅退院となった患者(予後良好群)

の入院時の身体状況、心理社会的要因等に関して調査。診療録をもとに後方視的に調査し、予後良好群と不良群の差異を明らかにする。調査項目としては、年齢、性別、受診前の状況(平均受診医療機関数、精神科・通院入院歴、自殺企図歴)、受診時状況(受診時同伴者、受診動機)、患者・家族要因(学歴、結婚歴 / 離婚歴、同居家族、親の離婚歴)、治療薬、転帰を調査。

(倫理面への配慮)

本研究に際し患者調査などを行う場合は匿名性を重視し、個人情報の取扱いには十分注意した。研究で得られた診療情報や資料は、個人が特定できないように調査管理をおこなった。

C . 研究結果

平成 27 年度までの研究：

1. 入院治療プログラムのクリニカルパス開発

これまで使用されてきた入院プロトコルをもとに入院治療のフェーズ分けを行った。さらに各フェーズにおけるアウトカムを設定し、アウトカム達成のために必要なタスクを明確化した。これらを総括したオーバービューを作成し、電子化クリニカルパスを作成した。またクリニカルパスが適切に運用されること、医師の治療への理解が深まることを目的に医師用マニュアルが作成された。

2. 通院治療プログラムの有効性評価

平成 24 年～27 年の期間に通院治療プログラムが導入されたのは 35 例だった。導入時の平均体重は 61%IBW、終了時の平均体重は 79%IBW だった。その転帰は目標体重に到達し終診となったのは 16 例(46%)、目標体重に至らず入院へ移行したのは 15 例(43%)、ドロップアウト(治療中断・転医)となったのは 4 例(11%)だった。

目標体重に到達し通院治療を集結した 14 例の最短通院期間は 71 日、最長通院期間は 771 日、平均通院期間は 316 日だった。

平成 28 年度以降の研究：

現在調査中であり、引き続き臨床的特徴に関して検討していく。

D . 考察

平成 27 年度までの研究：

1. 入院治療プログラムのクリニカルパス開発
入院治療クリニカルパスが、AN 入院治療の標準化・均てん化に寄与するかは、今後の評価が必要である。しかし少なくともその開発過程は意義深いものがあつた。クリニカルパス開発過程は多職種で自らの入院治療を振り返ることになる。長期化しやすい AN 入院治療をフェーズ分けし各フェーズでの目標を明確にし、各職種に求められるタスクをあぶり出すという過程だけでも、病棟内での職種間連携を深めることに寄与したと感じている。

2. 通院治療プログラムの有効性評価

通院治療プログラムの有効性に関しては、本調査が体重を主要評価項目と設定したため、評価項目を複数設定している先行研究との比較は困難である。このため結論は導出しがたい。しかし、北里大学東病院の神経性無食欲症外来が対象とする症例が 65%IBW 以下の超低体重症例に限定しているという点を考慮すると、入院にいたらないまま外来治療のみで、平均通院期間 1 年弱のうちに約半数が目標体重に到達したという点は、本プログラムの有用性を示唆していると言えよう。

3 . 本研究の限界と今後の課題

入院治療クリニカルパスが開発され、平成 27 年 12 月から運用開始されているが、その有用性については効果検証されていない。運

用開始前後の入院期間、転帰等を評価項目に設定し有効性の検証が求められる。

通院治療プログラムの有効性については、1 医療機関における評価にとどまっている。また症例数が少ない。このため有効であるという判断には慎重さが求められ、今後、さらに症例を重ね検証する必要がある。

本調査では神経性無食欲症の転帰をあらわす主要評価項目を体重とした。神経性無食欲症の転帰の指標は体重だけではない。これまでの神経性無食欲症の転帰調査²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾では、月経、食行動、体重や体型へのこだわり、社会的状況等が評価指標として設定されている。しかし今回の調査は転帰に関連する要因を分析することを目的としたわけではなく、外来治療プログラムにクリニカルパスを導入することを検討する資料を得るために、診療録から得られる情報を後方視的に検討することが目的だったため、詳細な情報を抽出することはできなかった。

平成 28 年度以降の研究：

現在調査中であり、引き続き臨床的特徴に関して検討していく。

E . 結論

AN の通院治療の質を高め標準化する上では、今回の結果からも、示唆に富む結果を得ることができたといえ、通院治療プログラム・入院治療プログラムのクリニカルパスの有効性が考えられた。

予後に影響を及ぼす要因と多職種連携における基準の検討に関しては調査・解析結果中である。

F . 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表 32:835-842, 1993
- 1) 新井久稔、井上勝夫、宮地英雄、大石智
浅利靖、宮岡等：「救命救急・災害医療セ
ンターに入院となった神経性無食欲症患
者の臨床的特徴 ～自殺企図、身体合併
症の比較～」 第 43 回神奈川心身医学会
学術集会（横浜市）2016.9.10

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

H. 参考文献

- 1) 西園マ－八文: 摂食障害の初期治療. 臨床精神医学 43(4): 493-496, 2014
- 2) Bardone-Cone AM, Harney MB, Maldonado CR, et al: Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. Behav Res Ther 48: 194-202, 2010
- 3) Morgan HG, Russell GF: Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four-year follow-up study of 41 patients. Psychol Med 5:355-371, 1975
- 4) Nakai Y, Nin K, Noma S, et al: Outcome of eating disorders in a Japanese sample: A 4- to 9-year follow-up study. Eur Eat Disorders Rev 2:206-211, 2014
- 5) Herzog DB, Sacks NR, Keller MB, et al: Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry