

## 入院精神分裂病患者の治療の質に関する研究

### 【OHP 1】

それではOHPでご報告させていただきます。「入院精神分裂病患者の治療の質に関する研究」です。

### 【OHP 2】

私達5名の研究者で行いました。国生先生は大阪大学。森先生は山梨医科大学、Robert Anders先生はハワイ大学、そして徳永先生は都立松沢病院。全員5人とも看護職の者が研究いたしました。



三重県立看護大学精神看護学  
教授

川野 雅資

### 【OHP 3】

今回の研究の目的ですが、入院精神分裂病患者の治療の実際を明らかにして、質の向上の方策を探りたいと考えました。

我が国におきましては、精神科に入院している患者さまへの治療の質というものが、かなり病院により、あるいは医療者によってばらつきがある。このばらつきを無くして、どこの病院に入院しても、同等の質の治療が受けられていくためにはどうしたらいいのか。特に私達は看護職ですので、看護の立場からそのへんを明らかにしたいと考えました。

### 【OHP 4】

研究方法ですが、1200床の精神科病院で、ランダムサンプルによる201名の患者さまの

OHP 1

入院精神分裂病患者の治療の  
質に関する研究

OHP 2

発表者 川野雅資  
共同研究者 国生拓子  
森 千鶴  
Robert L. Anders  
徳永 勲

OHP 3

目的:

入院精神分裂病患者の治療の  
実際を明らかにし、質の向上の  
方策を探る

OHP 4

研究方法:

1200床の精神科病院で、ランダム  
サンプルにより201名の患者  
のカルテからPRAIを用いて評価  
する

ルテから、PRAIを用いて評価を行いました。

**【OHP 5】**

PRAIは、Psychiatric Record Abstract Instrumentという、190項目からなる調査用紙です。

これはマックグレインという方が開発しまして、この調査用紙で質が測定できると言われているものです。

**【OHP 6】**

内容としまして、大きく12の領域がございます。

1番目は背景となる情報。2番目に一般健康状態、3番目に主たる治療計画、4番目に薬物療法、5番目に医師の治療、6番目に看護ケア、

**【OHP 7】**

7番目に患者さまへの教育、8番目に身体的な問題への治療、9番目に物質依存、10番目に成果の標準計画、11番目に退院計画、12番目に退院の妥当性についてです。

この中から、看護の観点から検討できるものをピックアップしたいと思います。

**【OHP 8】**

今回の201名の患者さまの性別で申しますと、男性が103名で、女性が98名ございました。

**【OHP 9】**

最初に治療に関することです。

初期の治療計画については、97%が24時間以内に初期の治療計画が立てられており

OHP 5

**PRAI**  
**Psychiatric Record Abstract Instrument**  
**190項目**

OHP 6

1.背景となる情報  
2.一般健康状態  
3.主たる治療計画  
4.薬物療法  
5.医師の治療  
6.看護ケア

OHP 7

7.教育  
8.身体的な問題への治療  
9.物質依存  
10.成果の標準計画  
11.退院計画  
12.退院の妥当性

OHP 8

**結果:**

<b>男性</b>	<b>103名</b>
<b>女性</b>	<b>98名</b>

OHP 9

**初期治療計画**  
**24時間以内 97%**

**治療計画の再評価**  
**72時間以内 29%**

ます。これはかなり高い率だと思います。

しかしながら、72時間以内に治療計画の再評価をしたというのは29%で、ここに関しては、随分比率は下がってきておりません。

**【OHP 10】**

患者さまへの教育に関して。16.8%が薬の副作用について教育をしている。薬と症状との関係、つまりこの薬を飲むのはあなたがどういう症状があるからだ、ということに関しては36.6%。再発時の症状と徴候、つまりあなたはどのような状態になったら再発になるんです、あるいは再発を指し示す症状とはこういう状態なんですということを、教育したことが記録されているものが25.2%でございます。

**【OHP 11】**

ただし、自分の薬の名前と薬を使う症状を言える方は3.0%。

教育したという記録は30%ぐらいあるんですけども、実際にそれを患者さまがご理解されて、自分で言えるということが記載されているのは、3.0%とかなり低い数値になってきております。

**【OHP 12】**

退院計画に関して。入院に至った原因を基にして退院計画を立てていくということに関しては96.5%で、相当高い数値です。ほぼ全員ということになります。

それから、患者さまやケア提供者と共に退院計画を立てていくということに関しては45.5%で、これも約半数ですから、私の個人的な感じとしては、比率としてはまあ良い数値ではないかなという印象を持っています。

**【OHP 13】**

退院の妥当性に関しては、精神症状が改善したからというふうに記載されているものが74.8%でございます。それからGAF。先ほど伊藤先生のご発表の中に出ていましたけれども、これは53.5%と約半数です。ま

OHP 10

教育	
薬の副作用について	16.8%
薬と症状との関係	36.6%
再発時の症状と徴候	25.2%

OHP 11

自分の薬の名前と薬を使う症状を言える	3.0%
--------------------	------

OHP 12

退院計画	
入院に至った原因	96.5%
患者やケア提供者	45.5%

OHP 13

退院の妥当性	
精神症状の改善	74.8%
GAF	53.5%
入院時の問題の経過	98.0%

---

た、入院時の問題がこういうふうに変わっていったということに関しては98%ですから、相当高い数値だと思えます。

要するに、患者さまの症状やあるいは経過の記載ということに関しては、かなり高い数値ですけれども、客観的な尺度であるGAFに関しては、約半数になっていくということでした。

#### 【OHP 14】

ここから何点か提言させていただきたいと思っております。

これまでの研究結果から分りましたことは、一つは患者教育ということが重要であると考えます。特に精神科の患者さまに関しては、こちら側が教育したつもりであっても、ご本人にそれが身についたのかどうかということが重要なんだろうと思えます。

SST (Social Skills Training: 社会生活技能訓) という治療プログラムがございます。これは主に、慢性期の精神障害者の方に有効だとされているものですが、このSSTの中には、対人関係の能力を高めるような教育プログラムとか、自分の症状と薬との関係などについて学習したり、日常生活で困難な状況に出会ったとき、どういうふうに対処したら良いのかというようなものが含まれています。

それからもう一つ、心理教育 (サイコ・エデュケーション) という教育プログラムがございます。急性期の患者さまに有効だと言われています。これは主に、症状とか薬について教育していくといったものです。

このようなSSTとか心理教育というのは、保険点数で点数化されているんですけれども、このことを実践できる医療スタッフがそう十分ではないということがございますので、医療スタッフの充実とともに、プログラムの内容を開発する必要があるかと思えます。

OHP 14

#### 【OHP 15】

2番目にインフォームドコンセントでございますが、これは精神科医の方は特に、入院時などに相当なインフォームドコンセントをされておりますが、看護の立場からインフォームドコンセントをすることはあまりできていないと思っております。例えば、患者さまから「何でこの薬を飲むんですか」と聞かれたときに、看護者が説明できないということがあったり、「私はなぜ退院できないんですか」と言われたときに十分ご説明できなくて、「それは医師に聞いて下さい」というふうに医師に回してしまうことが多いんですね。

ですから、ここで申しているインフォームドコンセントとは、看護者がインフォームドコンセントをできるような技術を開発する必要があるだろうということです。

OHP 15

### 提言 1

## 患者教育の重要性 SST 心理教育

### 提言 2

## インフォームドコンセント

【OHP 16】

3番目に客観的評価です。

下から2番目にGAFというのがありますが、これは先ほど申し上げました。

一番下のBPRSというのは、短縮版の精神症状を判定する尺度です。

それから、自殺のアセスメントではTM33という尺度とか、暴力行為のアセスメントという尺度が、アメリカではございます。

先ほどの伊藤先生の研究発表は大変興味深かったんですけども、アメリカでは客観的な尺度でもって、その方のアウトカムを判定しているというご発表でしたが、日本ではどちらかということ、こういう客観的な尺度はあまり用いずに、その症状がどう変化したかとか、問題がどう変わったかという、状態像の変化の記述なんですね。ですから、医療者は分かっているのかも知れませんが、患者さまやご家族からすると分かりにくかったり、あるいはデータとして処理していくときに処理しにくいという状況があらうかと思っておりますので、客観的な尺度を開発していく。それには、先ほど伊藤先生が最後の方でご紹介されたご本は、大変役に立つと思っております。

【OHP 17】

最後にもう一つ。何と言っても多職種専門家が協働することが必要です。精神医療はチーム医療でございますので、医師、看護、ソーシャルワーカー、先ほど音楽療法士の方のご発表もありましたし、運動療法士、理学療法士、作業療法士、栄養士、薬剤師などの方達が協働して、チームで当たっていくことが必要だと思います。この協働できる、いわゆるチームをコーディネートする能力を高めていく職種が必要で、私は今それはソーシャルワーカー、あるいは看護というもの非常に適している職種なのではないかな、という気がしております。

以上、いくつかの研究経過から分りましたことをご報告させていただきました。

OHP 16

**提言 3**

**客観的評価  
自殺のアセスメント  
暴力行為のアセスメント  
GAF  
BPRS**

OHP 17

**提言 4**

**多職種専門家の協働**

## 質疑応答

**Q：** 興味深いご発表を有難うございました。医療の質というのは、ストラクチャーとプロセスとアウトカムというふうによく分けられるのですが、そのプロセスとアウトカムというものを包括的に測定されているという意味で、大変素晴らしいご研究だと思

---

いました。一つお伺いしたいのは、例えばGAFもまだ半分ぐらいという形で、測定されてない方もいらっしゃるんですけど、その中では大変測定されている方が多くて、先進的なご活動だと思うんですけども、これからこういった測定をしていただく活動を、病院の中で広げていくためには、何が必要になってくるのか、ご研究の過程でお感じになられたことをお伺いできると助かります。

**A：** 大変大きなことにも発展するかなと思っておりませんが、一つは、クリティカルパスを精神科医療の中でも検討していく必要があるかと思っております。このクリティカルパスをもし導入するとすると、入院時と退院時の間の状態の変化というものを、当然測定していかななくてはならない。アセスメントの段階では、伊藤先生がお持ちの尺度のいくつかを使って、必ず状態像を判定して、この状態がこうなったから、あるいはアウトカムがあったから退院なんだというように。クリティカルパスはそのへんがはっきりしておりますので。

クリティカルパスすべてが良いと思えないところもいくつかありますが、今日本の精神医療の中でも、クリティカルパスを検討している病院はいくつか起こってきていると思います。できればクリティカルパスの考え方を、日本の精神医療に導入してくれるような動きを作っていただければ、大変ありがたいと思っておりますが、むしろ厚生労働省の方に働きかけることも必要なかなという気もしております。

**Q：** 先生がおっしゃいましたインフォームドコンセントについて、これはなかなか精神科では難しい問題だと私などは考えますが、看護の方がなかなかできていないとおっしゃいました。具体的にはどのような内容でやっていくのか、2、3お教えいただきたいと思います。

**A：** いくつかインフォームドコンセントのマニュアルを作っております。

例えば、一番大きな隔離・抑制の隔離を使うということになったときに、患者さまにどのようにご説明するのかということですが、一つは、どうしてもこれは精神保健指定医の指示で隔離されますので、精神保健指定医がどのように患者さまとご家族に説明したのかということ、まず看護が知って、そしてそれと違わない説明をしていく。そしてもう一つは、現在日本の精神医療でなされていない説明の仕方として、どうなったら隔離・抑制がはずれるのかということ、患者さまに説明していないということ。ですからこれは、看護の方がこれについて関心を持って、むしろ精神科医に、こういう状態だから隔離する、ではどういう状態になれば隔離をはずす予定なのかということをお尋ねして、そのことを患者さまにご説明する。それがゴールになりますので、そのゴールに向かって、医師も看護者も患者さまも一緒に努力していこうという方向に行きたいと思っております。「理由」とそのことをしなくなる「目標」の2つをご説明したい。これはすべてに関してそうなのですが。

例えば買い物に行ってはいけないとしたら、何故行ってはいけないのか、どういう状態になったら買い物に行けるのか。お金を持ってはいけないとしたら、何故いけないのか、どういう状態になったら持っても良いのか、という発想が必要だと思います。

**座長：** 精神の問題については、病院内の問題も大事ですが、地域社会がどのように迎えるか、その問題もまた、はずして考えられない重要な問題だと思います。是非今後ともそういう方面も含めて、良いご研究をなさっていただきたいと思います。