

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

指定討論

うつ病のクリニカルパスを中心に

西村 良二, 正化 孝

(福岡大学医学部精神医学教室)

I はじめに

クリニカルパスは、1950年代のアメリカにおいて、煩雑で、多様な工程を必要とする生産工程を管理するために登場したクリティカルパス法に由来する。クリティカルパスの最大の目標は、できるかぎり生産日数を短縮することにある。アメリカは増え続ける医療費を削減する必要に迫られ、支出を抑制するために入院日数をできる限り短縮化するための方法として、クリティカルパス法を採用した。アメリカではクリティカルという言葉の差し迫った響きを嫌い、クリニカルウエーあるいはクリニカルパスという言葉が好んで使われている。クリニカルパスはもともとアメリカで発展した概念であり、疾患群別医療費定額（包括）制の導入に対応するため、効率的な医療体制の確立をめざし発達した手法なのである。つまり、クリニカルパスはDPCとは表裏一体の関係にあることを念頭において検討しなければならない。

さて、バブルがはじけ、医療費の高騰に悩むわが国も1990年代後半にクリニカルパスを導入するようになったが、その目的は、医療費の削減よりもむしろ、ある種の検査入院、あるいは特定の疾患についてのEBMにもとづく診療の実践、診療の標準化、チーム医療の充実、あるいは患者への情報提供といった目的を掲げての導入であったようだ。

1999年には日本クリニカルパス学会が設立さ

れた。日本クリニカルパス学会の設立趣旨を見ると、「世界的に医療の標準化の重要性が見直されている今日、患者ケアの質的向上と効率化という、ある面で相反する目標を追及する効果的な医療手段としてクリニカルパスへの関心が高まっています。……本学会は、とくに医療チームによるクリニカルパス手法の更なる普及を目的とし、患者中心の医療・ケアにより貢献したいという願いから設立されました」とある。

クリニカルパスとは、診療の質と効率をよくするために、最小限の時間、人、物、お金で行われるマネジメントツール（須古，2001）とか、医療の過程が類似する特定の疾病について、医療内容と時間経過との二次元のパスシートを用いて行う、医療施設の継続的な質改善運動の1つ（伊藤，2002）と定義されている。

パスは基本的には特定の疾患に対する時間軸に沿ったEvidenceに基づいた治療や看護のスケジュール、治療目標と結果（Outcome）の評価および標準からの変異（Variance）の解析とフィードバックを含む構造を持つシステムといえる（井口，2003）。

ところで、精神科へのパス導入については、当初から困難視されていた。精神科疾患では慢性化や状態の多様性もしくは個性などがあって、必ずしも設定した時間軸に沿って治療が進まず、一定期間に一定の成果を設定してもバリエーションを増

表1 うつ病のクリニカルパスの有用性
(佐藤ら, 2003)

- | |
|----------------------|
| 1) コミュニケーションの向上 |
| 2) チーム医療の向上 |
| 3) 患者およびスタッフの教育への貢献 |
| 4) インフォームドコンセントの充実 |
| 5) 患者の治療への協力度や満足度の向上 |
| 6) 治療内容の標準化と業務内容の簡便化 |
| 7) 業務上のもれの減少 |
| 8) 臨床データの記録と収集のツール |
| 9) 平均在院日数の短縮と入院患者の増加 |

やすだけに終わってしまうこともあり、治療の標準化は困難と予想されたわけである。また、患者の処遇も、患者を取り巻く社会的、経済的状況や家族関係に左右されてしまうことが多いからである。

クリニカルパスの対象となる疾患は、患者数が多く、在院日数が長く、複雑なケアが必要で、その結果、医療費が高くなるものが選ばれることになる。

II 福岡大学病院精神神経科での うつ病クリニカルパスの経験

ここで、うつ病のクリニカルパスについては、表1のような有用性が謳われている。

私も福岡大学病院精神神経科での「うつ病クリニカルパス」について話したいと思う。平成15年7月から開始した。①入院形態は、任意入院。②期間は8週間。③以下のようなバリエーションが生じた場合にはパスは中断し、治療方針の再検討を行う。薬剤起因性の重篤な副作用が出現した場合、診断名が変更した場合、希死念慮が高まり入院形態が変更する場合、内科・外科的治療が最優先され、入院期間が長引く場合をバリエーションとした。④症状評価は週1回施行で、医師が行うものとしてHAM-D, HAM-A, GAF, 自殺の危険性の評価がある。家族および患者自身が行うものとしてFAD, SDS, STAI, TCIがあり、看護師が行うものはADL評価とした。さて、成果をみると、約3分の1が症状軽快しパス終了。3

分の1がパス中断となり退院。残りの3分の1がパス中断後も入院加療継続、という結果であった。

パス成功の典型例は、たとえば、家族と同居している。両親と3人の子どもがおり、治療に協力的である。入院時にも家族が同伴し、病名の受け入れは良好、というものであった。

一方、パス失敗の典型例は、独居していて、子ども3人は別居。同胞からのサポートが不十分であり、入院時も1人で来院した。病名の受け入れ不十分で、パスの説明も1人で聞いており、理解が不十分であった。合併症があり、パーソナリティ要因がある、というものであった。

III 考 察

福岡大学での経験では、うつ病クリニカルパスで成功したのは約3分の1にすぎなかった。うつ病のクリニカルパスのバリエーションについて考察したい。実際のところ、うつ病の疾病概念そのものが広がってきており、疲労性の疲弊したうつ病、適応レベルの問題を含んだうつ病から人格レベルの問題を含んだうつ病などまで、さまざまな病態水準のうつ病の存在という問題があるばかりでなく、また、治療においては自殺に対する危機管理や、うつ病の遷延化のために生じる退職の問題、夫婦問題の悪化、離婚など実にさまざまな社会的、家庭的、個人的な問題が存在する。したがって、うつ病の治療ゴールをどこにおくのか、症状レベルでよいのか、本質的な問題解決や、対処行動の獲得までか、それによって時間軸の設定が大きく異なってくるのである。症状の消失が入院治療の終結につながるとはかぎらない。家族療法での接近をするのか、夫婦療法を行うのか、集団療法は行うのか、認知療法はどうするのか、復職にあたっては職場との調節などのソーシャルワークの必要性など、時間軸にのらない個人の治療内容も多くある。

他の研究を概観すると、和田らの研究では、単極性うつ病の49例中17例(34.7%)にバリエーションが発生し、内訳は、改善不十分8例、躁転2例、合併症2例、家族の受け入れの問題2例であった。

次に、双極性うつ病の14例中7例(50%)にバリエーションが発生し、そのうち躁転が6例であった。

ちなみに統合失調症のクリニカルパスをみると、澤らの研究では統合失調症32例中26例(81.3%)にバリエーションが発生したと報告され、時間因子を入れてのパスはまだ精神科になじまないと考察をすすめている。似たような論評は多く、たとえば高橋らは、ある程度の自由度の許されるパスが適切であり、薬物や退院までの時系列を細かく設定せず、ある程度症状に合わせて幅を持たせるものが望ましいと意見を述べている。澤らは、別の研究において、時間軸で治療内容やアウトカムを決定するよりも、アウトカムを軸として治療を決定するほうが、症例ごとにばらつきの大きい精神科疾患においてはミスのバリエーションを減少させ、逸脱を減らせると考察を深めている。

井口らも、時間軸に大きく幅をもたせ、設定された項目をクリアすることでステップアップが達成できるかを見ていく形に変えることが重要と論じ、ケアのルチーン化を提唱している。

このように他科と比べてバリエーションが大きいのは、人間がBio-Psycho-Socialな存在であるが故だが、他科に比べて人間関係そのものが治療の武器になることが多い精神科医療では、そういう意味で人的資源の評価はどうするのか？患者特性に由来するばらつきだけはどうしてもないのでは？こうしたことから、依然、精神科医療特有の本質が評価されないのではないかと不安がつきまとう。

最後に、今後の課題を述べる。

1. 精神科医療は他科と比べて、まだ十分なEBMに基づいた医療ではないので、研究が必要ではないだろうか。

慢性化、遷延化の多い精神科疾患に厳格な時間軸をもつクリニカルパスが適切か、研究が必要となる。障害の受容のない人へのクリニカルパスの研究も必要である。クリニカルパスが症状レベルの回復だけでなく、患者の根本的原因解決まで網羅するためには、かなりの研究が必要なのではないだろうか。

2. DPC導入により、安易な省力化、手抜き医療を促進してしまいはしないか。クリニカルパスは医療の質の低下を防げるか。

DPCは入院期間の短縮あるいは診療回数の抑制などの経済的なインセンティブを持つと同時に患者のために余計な時間を費やしたりサービスを費やしたりしても追加の料金を受け取れないシステムであるから、医療の質の低下を招く危険性が高いと思われる。DPCでは、医療機関側にとって赤字が出ないようにだけでなく、利益を出すためにサービスの削減は避けがたい。たとえ、質を落とさなくても量を減らすなどの削減がはかれるかもしれない。Cook Book Medicineになるのではないかと懸念される。

クリニカルパスの採用により、医療の質を向上させ、結果として入院期間が短縮化され、医療費の削減につながることはあるだろう。しかし、入院期間を短縮化するためにクリニカルパスを導入することは、たとえば、うつ病のクリニカルパスでいえば、表1に示した数々の利点が薄れていってしまうに違いない。

文 献

- 1) 井口 喬：精神科病院におけるクリニカルパス—精神科領域におけるパス導入と治療の標準化の試み。日精協誌，22(12)；1239-1243, 2003
- 2) 伊藤弘人：クリニカルパスのすすめ。日精協誌，22(12)；1220-1224, 2003
- 3) 三田達雄，佐藤真由美，北村 登ほか：クリニカルパスについて—うつ病患者における経験から—。神戸市立病院紀要，42；1-8, 2003
- 4) 佐藤真由美，三田達雄，松石邦隆ほか：うつ病のクリニカルパスを使用して。日精協誌，22(12)1259-1267, 2003
- 5) 澤 温：クリニカルパスの限界—精神科領域で使えるか。日精協誌，22；13-17, 2003
- 6) 澤 温，檜 晋輔，楠本重信ほか：精神科急性期医療におけるクリニカルパスの試み—病棟や病室の環境レベルおよび開放処遇レベルとGAFスコアおよび病日との関係から。精神科救急，6；27-34, 2003
- 7) 須古博信：クリニカルパス。日医雑誌，126

(12); 1688-1689, 2001

8) 高橋 恵, 福田真道, 宮岡 等: 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の現状. 精神医学, 46 (11); 1169-1176, 2004

9) 徳永雄一郎: うつ病治療病棟でのクリニカル・パ

スの実践. 最新精神医学, 10 (6); 579-585, 2005

10) 和田 健, 佐々木高伸, 日域広昭ほか: 入院うつ病患者に対するクリニカルパスのバリエーション分析—単極性うつ病と双極性うつ病との比較. 精神医学, 47 (7); 745-751, 2005
