



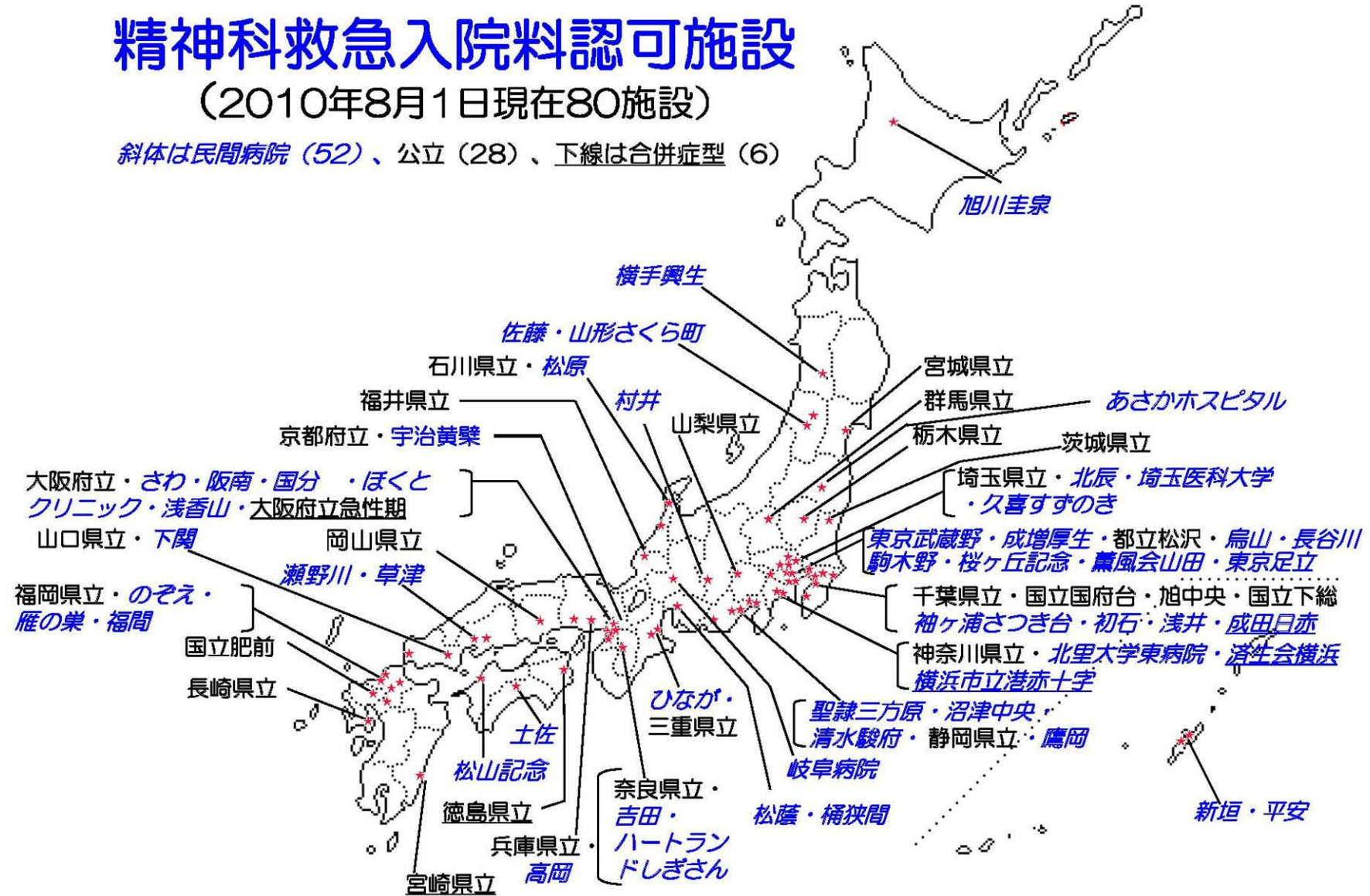
平成24年度診療報酬改定と今後の作業療法
～精神科領域 参考資料～



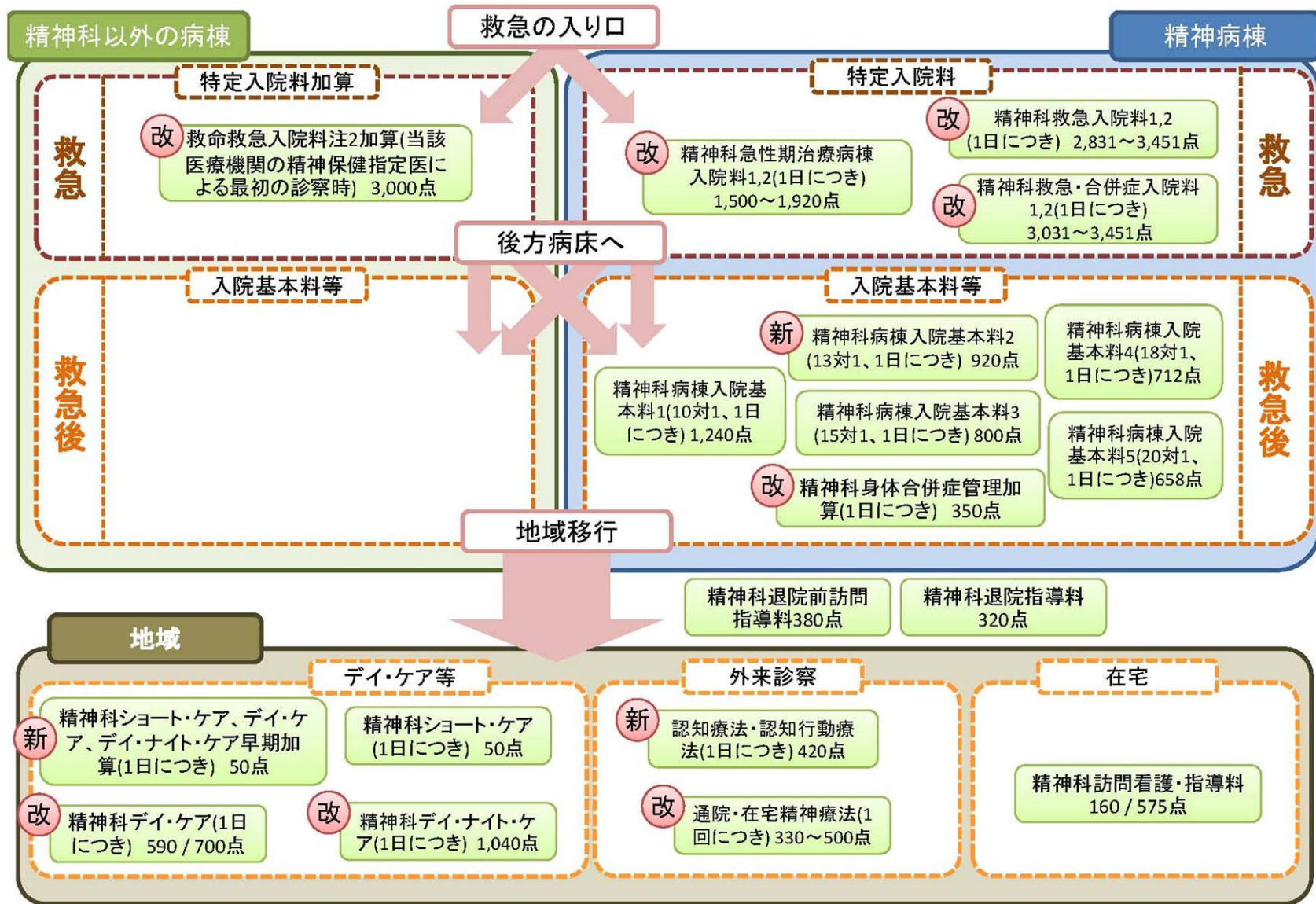
精神科救急入院料認可施設

(2010年8月1日現在80施設)

斜体は民間病院 (52)、公立 (28)、下線は合併症型 (6)



精神科救急の診療報酬における主な評価



せん妄とは

せん妄とは、いくつかのいくつかの症状を伴う症候群で、意識・注意・認知・知覚の障害があり、短期間（通常数時間から数日）のうちに出現し、1日のうちで変動する傾向がある⁴⁾。



【DSM-IV-TR(アメリカにおける精神医学の診断基準)上のせん妄の定義】

- 注意を集中し、維持し、転導する能力の低下を伴う意識の障害がある
- 認知の変化(記憶欠損, 失見当識, 言語の障害など)、またはすでに進行し、確定され、または進行中の痴呆ではうまく説明されない知覚障害の出現
- 短期間(通常, 数時間から数日)のうちに出現し、1日のうちで変動する傾向がある
- 病歴, 身体診察, 臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされている

卯野木健; 第1特集 せん妄の今を知る, EBNURSING, 10(4), 610, 2010

【せん妄の有病率】

入院患者で10～30%¹⁾、入院している高齢者においては10～40%²⁾、入院しているがん患者では25%³⁾、術後は50%以上⁴⁾、人工呼吸器使用者は83.3%⁵⁾、ICUで36%⁶⁾、終末期85～90%⁷⁾という海外データがある。

1) 2) Lipowski ZJ: Delirium (acute confusional states). JAMA 258:1789-1792, 1987 3) Stiefel F, Holland J: Delirium in cancer patients. Int Psychogeriatr 3:333-336, 1991.

4) 日本精神神経学会監訳: 米国精神医学会治療ガイドライン—せん妄. 医学書院. 2000

5) Ely EW, et al.: Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). JAMA 2001; 286: 2703-2710

6) Plaschke K, et al.: Comparison of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) with the Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) for delirium in critical care patients gives high agreement rate(s). Intensive Care Med 2008; 34: 431-436.

7) Del Fabbro E, Dalal S, Bruera E: Symptom control in palliative care—Part III: dyspnea and delirium. J Palliat Med 2006; 9: 422-436.

せん妄について

せん妄には、さまざまな要因があり、複数の要因が絡み合っており、患者の症状は同じであっても異なるメカニズムにより起こっていると考えられる。

I. せん妄の要因(患者側の要因)

- ①年齢>70
- ②ケア施設からの転院
- ③視覚・聴覚(聴力)障害
- ④うつ、認知症、心不全、脳卒中、てんかんの既往
- ⑤腎機能障害
- ⑥肝機能障害
- ⑦HIV感染
- ⑧アルコール中毒
- ⑨向精神薬の使用
- ⑩低栄養
- ⑪高い重症度スコア
- ⑫低/高血糖、低/高ナトリウム血症、甲状腺機能低下/亢進
- ⑬低体温/発熱
- ⑭敗血症
- ⑮BUN/クレアチニン ≥ 18

II. せん妄の要因(医原性/環境要因)

- ①薬剤(抗コリン薬、鎮静薬、鎮痛薬)
- ②身体抑制
- ③経管栄養
- ④膀胱留置カテーテル/直腸カテーテル
- ⑤中心静脈カテーテル

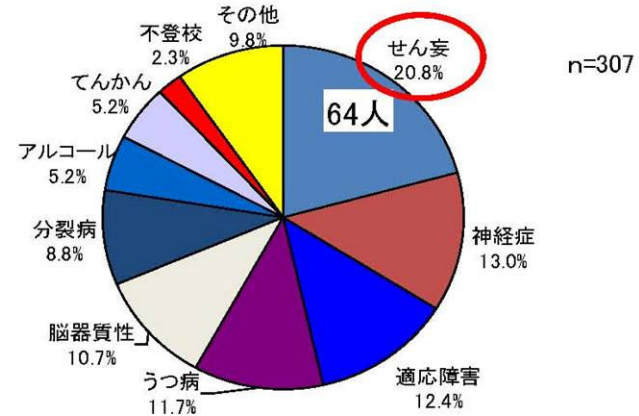


精神科医や精神看護専門看護師に対する コンサルトの依頼理由

一般診療科や一般病棟から精神科医や精神看護専門看護師への依頼理由として、せん妄が依頼全体の20~30%を占めている

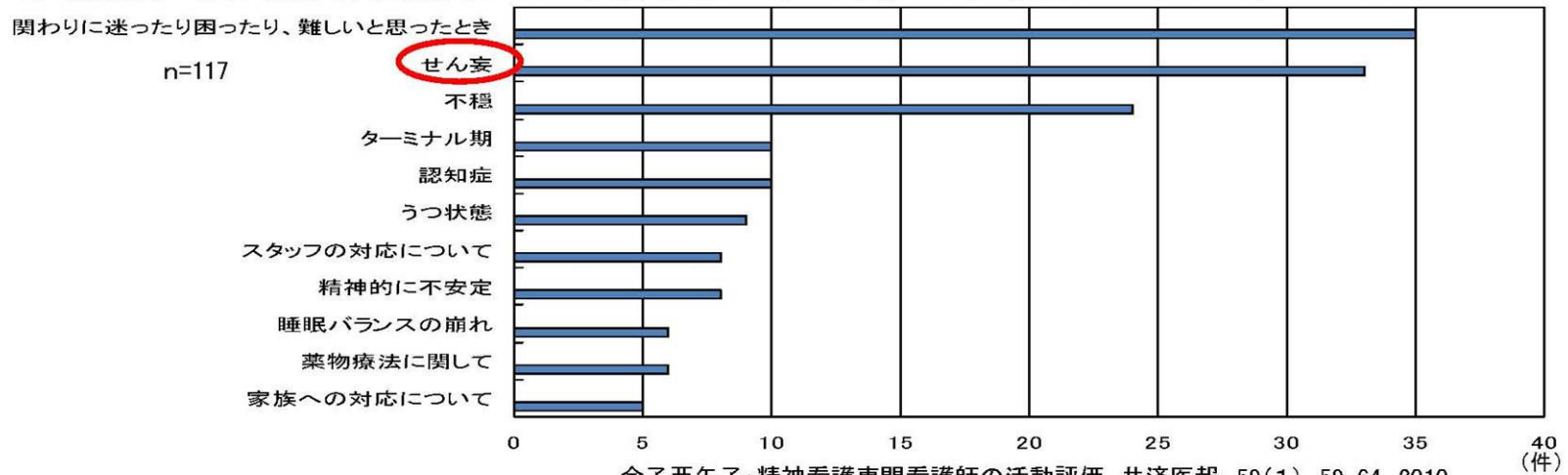


【院内一般診療科から依頼された症例の精神科診断】



三浦星治ら; 島根医科大学附属病院におけるコンサルテーション・リエゾン活動について, 島根医学, 21(4), 32-38, 2001

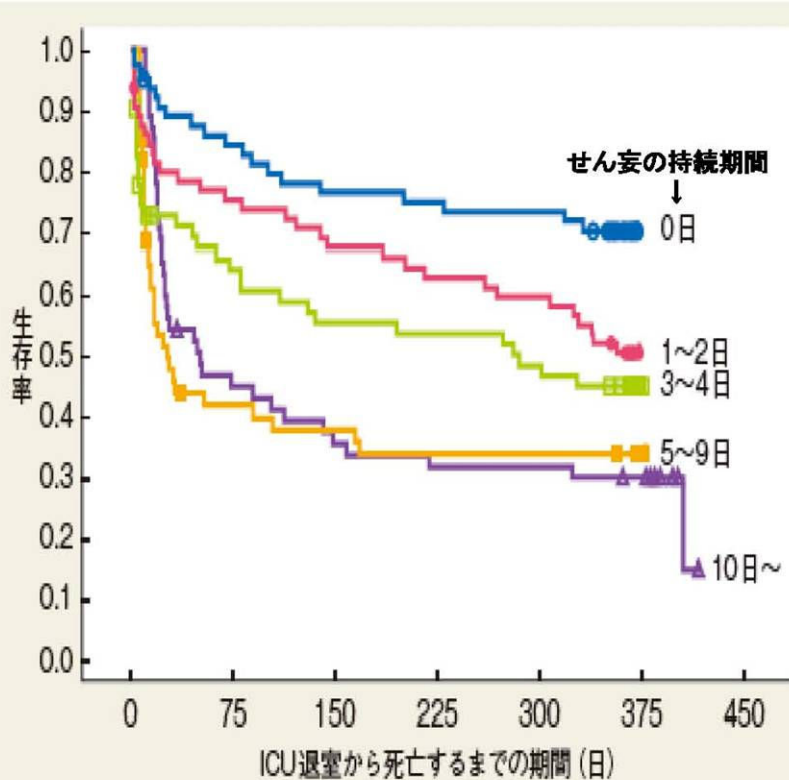
【医療機関に精神看護専門看護師がいた場合、患者がどういう状況の時に活用していたか?】 (複数回答)



せん妄の発症による患者への影響(海外)

ICU入院中の高齢者におけるせん妄期間は1年死亡率と相関し、高齢者のせん妄持続期間の延長は予後を悪化させる。

【ICUに入院中のせん妄の持続期間別の生存率の推移】【研究目的】



ICUに入院中の高齢者におけるせん妄持続期間と死亡率との関係を検討すること

【研究対象】

アメリカのYale-New Haven 病院のICUに2002年5月～2004年9月に入院した60歳以上の患者304名(平均74.7歳)

【研究方法】

対象者の患者特性や診断、既往歴、内服薬についての情報は、カルテより情報を入手し、評価項目はICU入院後の1年死亡率とし、せん妄の評価は、CAM-ICU(Confusion Assessment Method for the ICU)を用いた

【研究結果】

対象のICU入院期間平均は5日、ICU入院中のせん妄持続期間は平均は3日、1年死亡率は50%であった。ICU入院中のせん妄持続期間により5群(0日、1~2日、3~4日、5~9日、10日以上)に分け、カプラン・マイヤー生存曲線を算出したところ、せん妄持続期間が短いほど予後が良好であった($p < 0.001$)。コックス生存モデルによる多変量解析の結果、ICU入院中のせん妄持続期間と1年死亡率の間には有意な相関が認められた(ハザード比1.10, 95%信頼区間1.02~1.18, $p < 0.01$)。年齢、手段的日常生活行為、チャールソン併存疾患指数、疾患重症度(Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II スコア)と1年死亡率の間にも有意な相関が認められた($p = 0.009$, $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p = 0.001$)。

【結論】

ICU入院中のせん妄期間は1年死亡率と有意に相関しており、せん妄の予防は重要である。

海外におけるせん妄発症患者に対する 介入とその効果(例)

多職種による包括的アプローチを実施することにより、せん妄の入院期間を有意に軽減することができる。

<対象> 70歳以上の内科患者400名(計8か月間)

① スタッフ教育を行い、受け持ち制にした病棟(介入群)



② 通常のケアを業務分担制により提供した病棟(対照群)



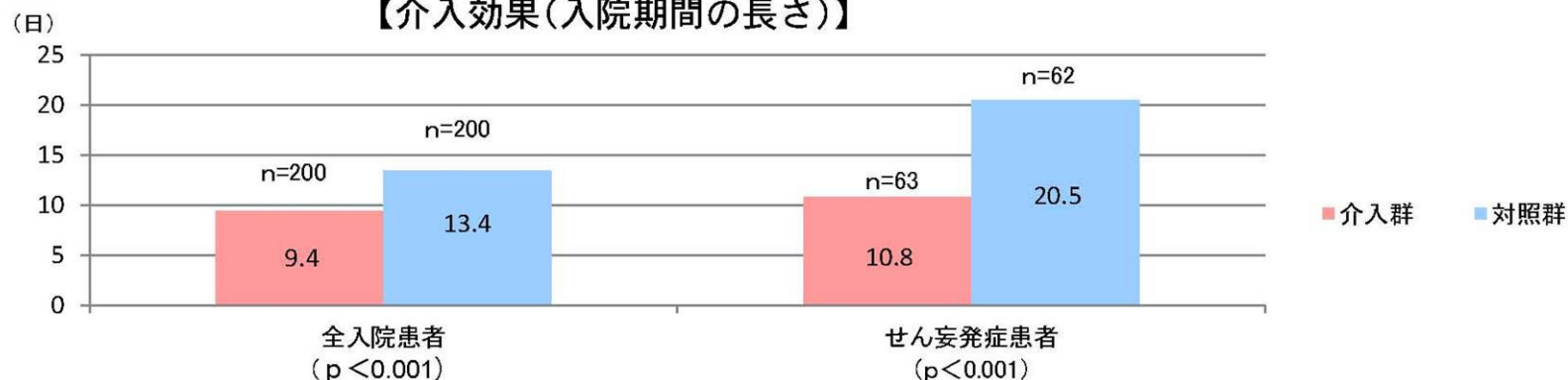
→入院24時間以内のせん妄発生率は、両群とも約31%で有意差はみられなかった

介入= 教育プログラム※¹ + 個別ケアを重視した受け持ち制への移行 + 看護職員への定期的指導※³

※介入群の病棟で働く医療職に対して、せん妄のアセスメント、予防、治療、認知症・せん妄患者と医療者の相互作用に焦点をあてた老年医学に関する教育プログラムを実施(2日間)

※3個別あるいはグループ単位での患者と医療者の相互作用に関する指導を月に1度(1回15分から20分程度)

【介入効果(入院期間の長さ)】

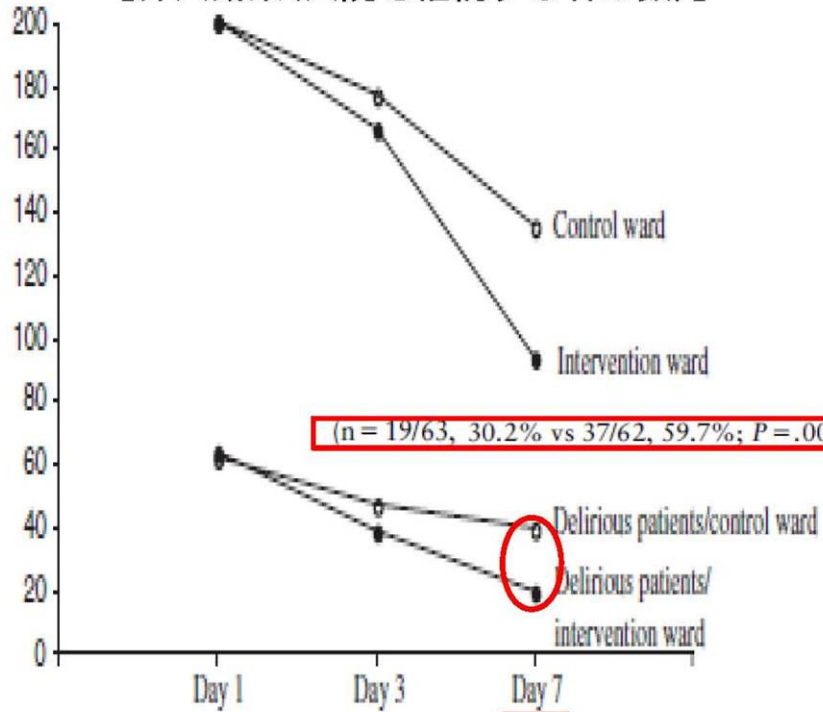


Lundstrom M, Edlund A, Karlsson S, et al ; A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. Journal of the American Geriatrics Society, 2005; 53(4): 622- 628.

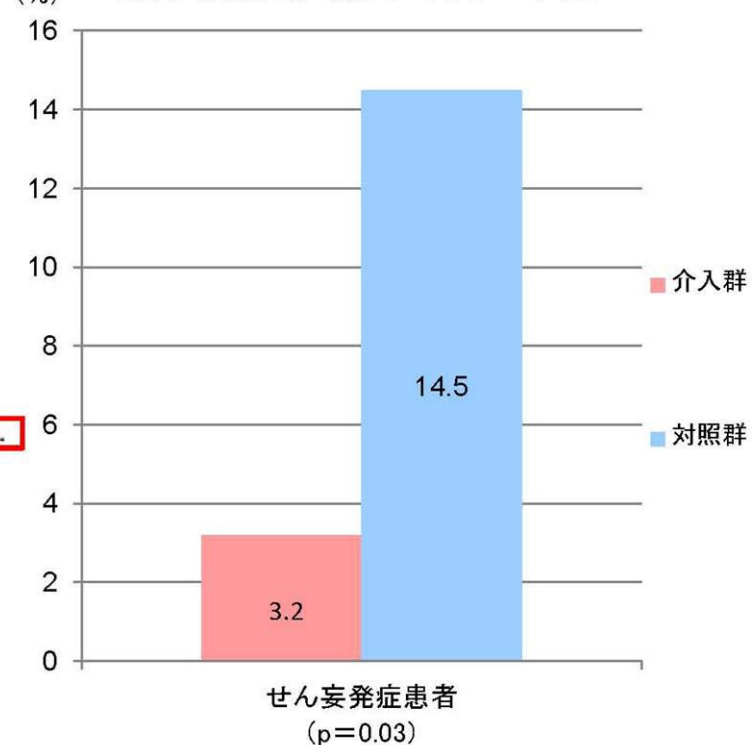
海外におけるせん妄発症患者に対する介入とその効果(例)

多職種による包括的アプローチを実施することにより、せん妄を発症する患者の数、死亡率などを有意に軽減することができる。

【介入効果(入院を継続する者の数)】



【介入効果(入院中の死亡率)】



Lundstrom M, Edlund A, Karlsson S, et al ; A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. Journal of the American Geriatrics Society, 2005; 53(4): 622- 628.

日本におけるリエゾン・チームの役割(例)

リエゾン・チーム

精神科医、精神看護専門看護師を
コアメンバーとしてソーシャルワ
ーカー、患者総合相談室看護師、
薬剤師等から構成



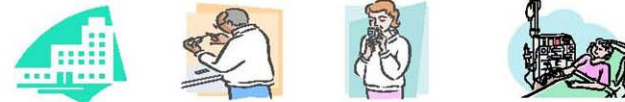
<リエゾン・チームの主な介入内容>

精神科診断の実施 ・ストレス対処法の検討
身体・精神症状と人との関係に関する苦痛な体験の共有
精神症状の管理と症状悪化予防のための生活の構造化
症状の管理方法の話し合い
活用可能な社会資源の検討・調整
家族への精神的支援と助言
等

介入

介入群:31名

自己免疫疾患、悪性腫瘍、クローン病、腎・肝疾患などの
慢性疾患で治療中の患者、もしくは精神疾患を持ちながら
精神科病棟以外で治療を受けている18歳以上70歳以下で
せん妄、認知症を除く総合病院に入院中の患者



【支援の基準】

- ①抑鬱が強く希死念慮を訴える
- ②気分変動が強い
- ③行動が落ち着かない
- ④ナースコールが頻回
- ⑤治療経過がスムーズにいかない
- ⑥医療者への不信感が強い
- ⑦医療者に過度に依存
- ⑧身体症状の頻回な訴え
- ⑨何も喋ろうとしない
- ⑩自暴自棄になっている
- ⑪薬や注射の過度な要求
- ⑫回復への意欲がないように見える
- ⑬不眠が強い など

<手順>

病棟から精神科および精神看護専門看護師に相談依頼の提出→各々が単独で関わるものorリエゾン・チームで関わるものに分類→
患者の状態とニーズに応じたリエゾン・チームを編成→チーム会議(主治医、病棟の受け持ち看護師、精神科医、精神看護専門看護
師、ソーシャルワーカー、患者総合相談室看護師、薬剤師等)を週に1回実施→リエゾン・チームによる支援の希望の有無と研究協力
について患者に意思の確認

<方法>

精神看護専門看護師が中心となり、

1回目 : 患者の不安や抑鬱の体験の苦しさを共有し、その原因探索や対処法の検討を行う

2回目以降: 症状軽減のための対処方法及び病気や治療に応じた生活の再構築の検討などを週1回30分以上実施

宇佐美しおり他: 慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価ー精神看護専門看護師とリエゾン・チームの役割ー,
熊本大学医学部保健学科紀要第5号, 2009

日本におけるリエゾン・チームの介入効果(例)

【リエゾン・チームの介入効果】

評価項目	介入前	介入後
「BPRS※1」	49.37 (SD±9.69)	26.53(SD± 4.95)
「LSP※2」	117.33(SD±9.69)	介入後: 130.30(SD±10.5)→ 中等度の有意な相関あり ($\gamma=0.45, p<0.05$)
「CES-D※3」	37.90(SD±11.96)	16.52(SD± 5.90)
「SF-36※4」		
身体機能	48.71 (SD±31.14)	68.39 (SD±30.78)
日常役割機能(身体)	22.58 (SD±21.75)	48.19 (SD±20.42)
体の痛み	60.39 (SD±37.39)	69.71 (SD±30.24)
全体的健康感	16.33 (SD±17.51)	36.75 (SD±11.26)
活力	19.38 (SD±15.16)	46.88 (SD±11.34)
社会生活機能	24.17 (SD±23.66)	42.90 (SD±20.96)
日常役割機能(精神)	24.16 (SD±17.96)	46.11 (SD±19.78)
心の健康	32.17 (SD±70.55)	48.00 (SD±10.64)
介入前に比べ介入後に生活の質満足度が向上し、身体機能・日常役割機能(身体)、体の痛み、全体的健康感、社会生活機能、心の健康で介入前後について 中等度の有意な相関あり ($\gamma=0.49-0.92, p<0.001$)		

※1 BPRS「簡易精神症状評価尺度:統合失調症の16項目の症状をある程度決まった面接と観察により1-なし~7-最重度の7段階で医療者が評価」

※2 LSP「日常生活自立度質問紙:セルフケア、行動障害の少なさ、社会的接触、コミュニケーション、責任の5つの範囲、39項目を医療職者が評価」

※3 CES-D「一般人における自記式のうつ病の評価尺度:すべてで20項目あり、それぞれの項目を4段階で評価し、0~3点で評価」

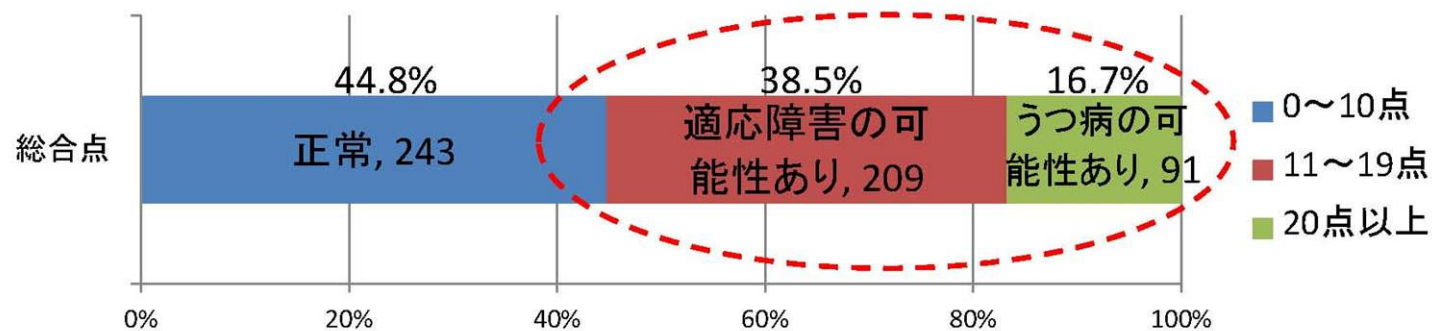
※4 SF-36「健康に関連した QOLの自記式評価尺度:動作の困難度や充実感等の36問で構成され、100点満点で評価」

宇佐美しおり他:慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価ー精神看護専門看護師とリエゾン・チームの役割ー,
熊本大学医学部保健学科紀要第5号, 2009

身体科における精神疾患合併の割合

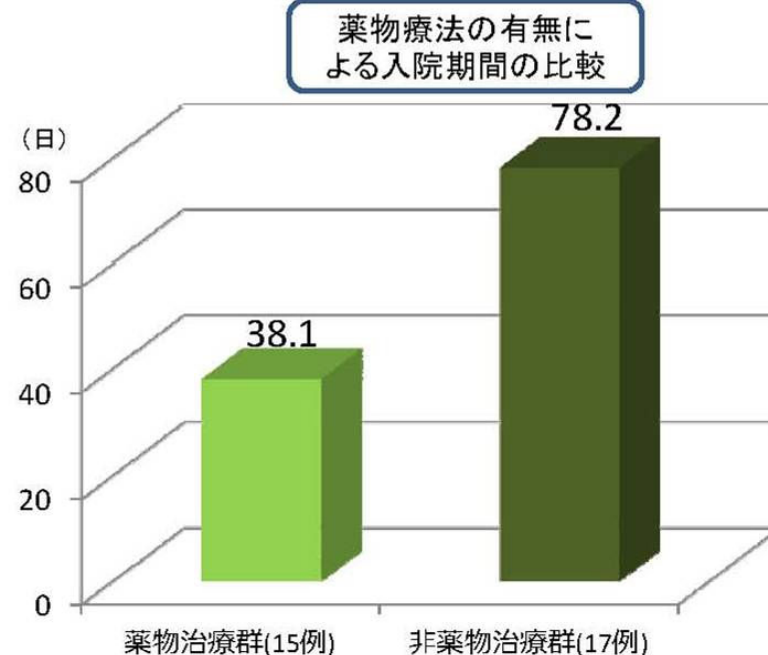
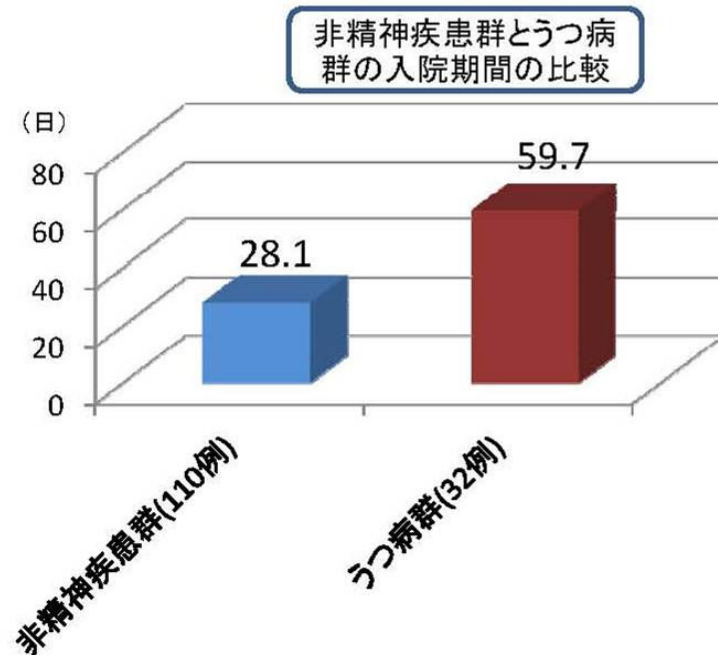
- 一般病院4施設、大学病院3施設に入院している患者543人を対象に、不安と抑うつスクリーニングテスト(HADS)を用いて調査。
- 患者の精神状態の総合点HADS得点の分布は、0～10点(正常)が243人(44.8%)、11～19点(適応障害カットオフ)が209人(38.5%)、20点以上(うつ病カットオフ)が91人(16.7%)がうつ病であった。

N=543人 (一般病院4施設、大学病院3施設)



うつ病合併患者の入院期間

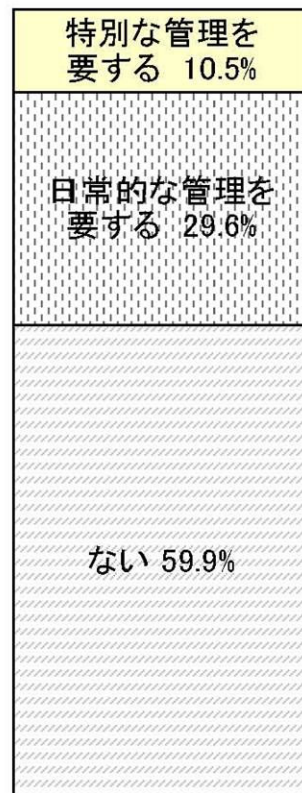
- 総合病院精神科が内科系の2つの病棟に入院中の患者211名を対象とし、精神疾患の有無にかかわらず2ヶ月間にわたり、毎週定期的に面接を続け、精神状態の経過を観察した。
- 対象211名のうち、**32名(15.2%)にうつ病が合併し、入院期間が長期化**していた。
- うつ病合併患者に抗うつ薬を用いた専門的な**薬物療法を実施した場合、非薬物治療群と比べ約40日間入院期間が短縮**した。



参考文献: 保坂隆監修「在院日数短縮化をめざして」から作成

統合失調症の入院患者における身体合併症(有無・種類)

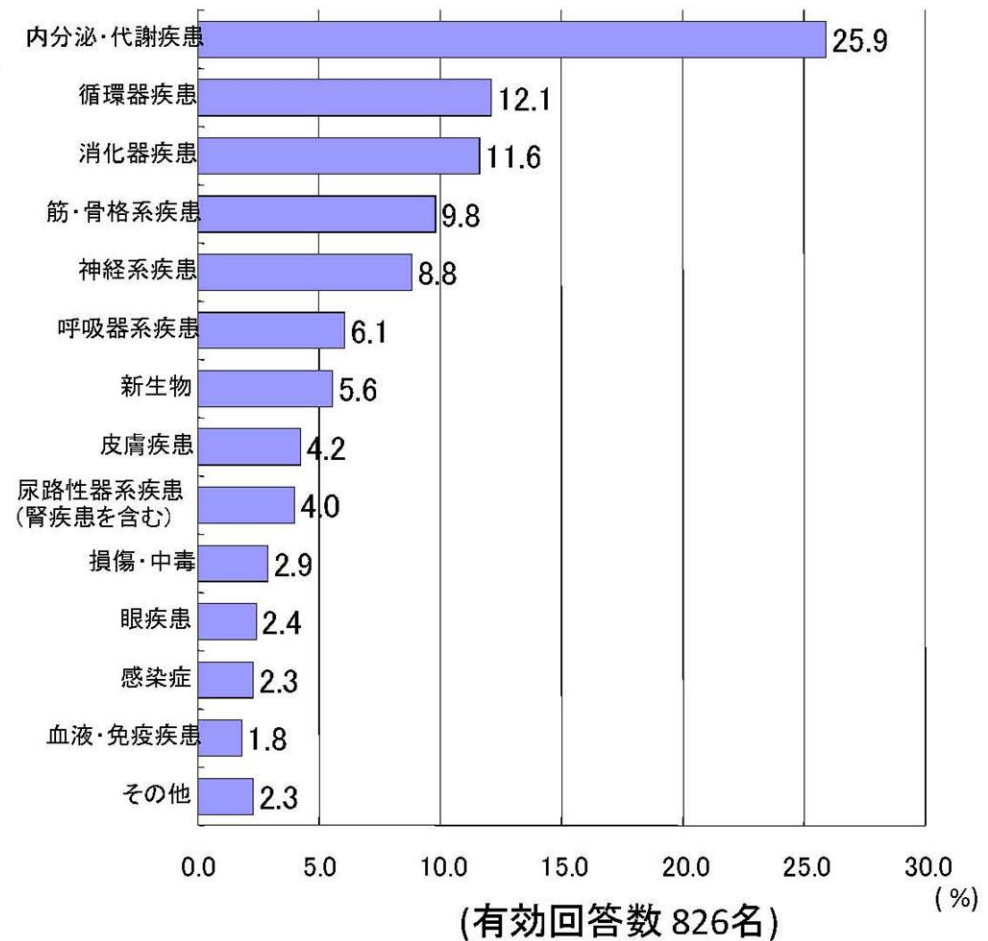
身体合併症を持つ人の割合



(有効回答数 9,781名)

特別な管理: 入院治療が適当な程度
 日常的な管理: 外来通院が適当な程度

身体合併症の種類



「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)