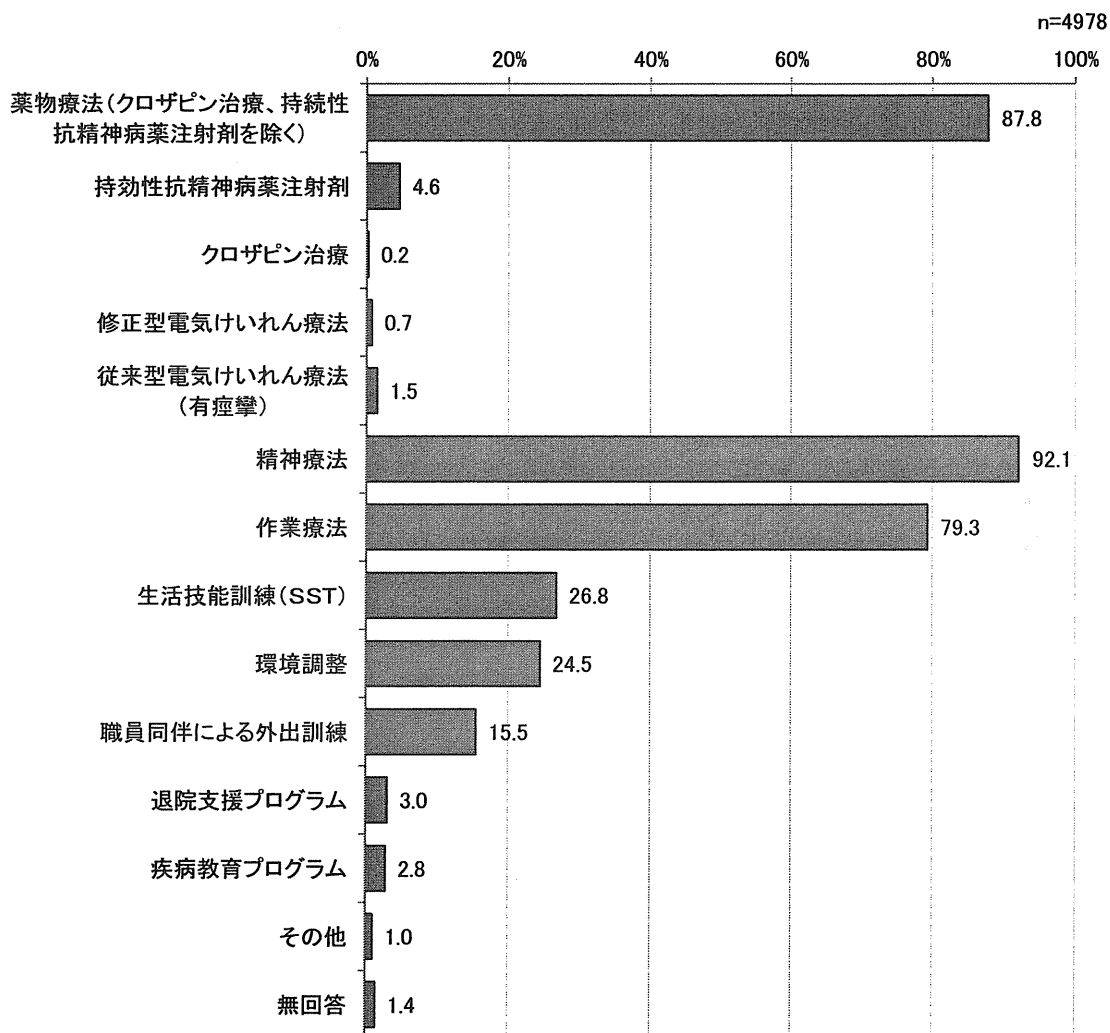


3.29 1年以上前の治療

- 調査日から1年以上前の治療（複数選択可）について最も多かったのは、「精神療法」（92.1%）で、次いで「薬物療法（クロザピン治療、持続性抗精神病薬注射剤を除く）」（87.8%）、「作業療法」（79.3%）であった。

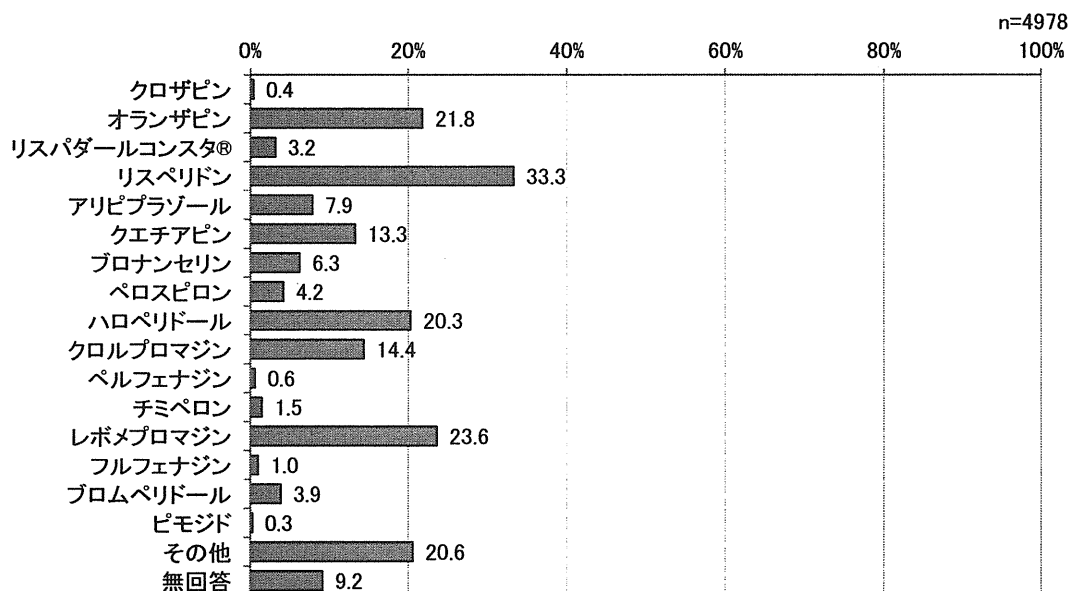
図表 46 調査日から1年以上前の治療法



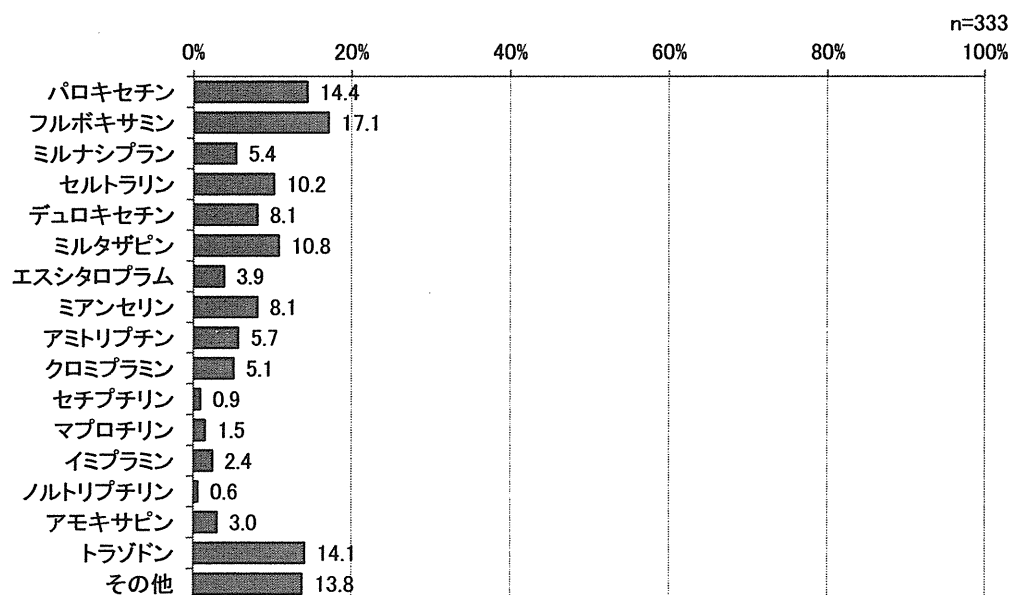
3.30 1年前に処方していた薬物治療内容（薬物名、処方量）

- 調査日から1年前の時点で処方していた薬物治療内容の薬物名について、抗精神病薬のうち最も多かったのは「リスペリドン」（33.3%）、抗うつ薬のうち最も多かったのは「フルボキサミン」（17.1%）、気分安定薬のうち最も多かったのは「バルプロ酸ナトリウム」（55.1%）、抗てんかん薬のうち最も多かったのは「バルプロ酸ナトリウム」（41.7%）であった。なお、平均投与薬剤数は、2.5剤であった。

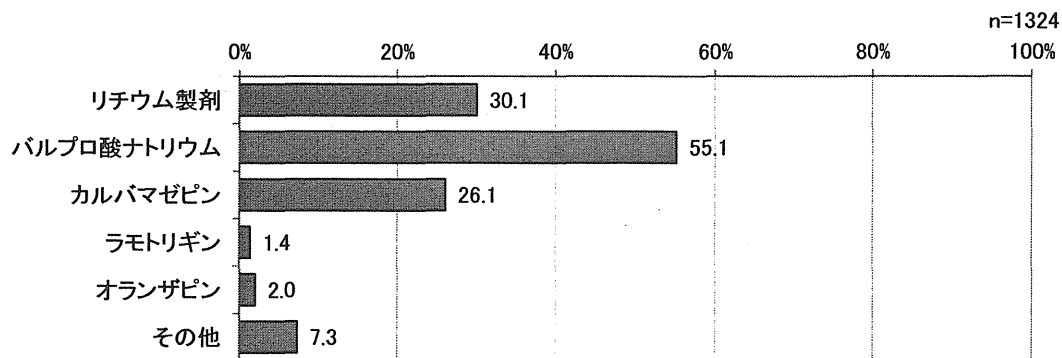
図表 47 1年前に処方していた薬物治療薬物名—抗精神病薬



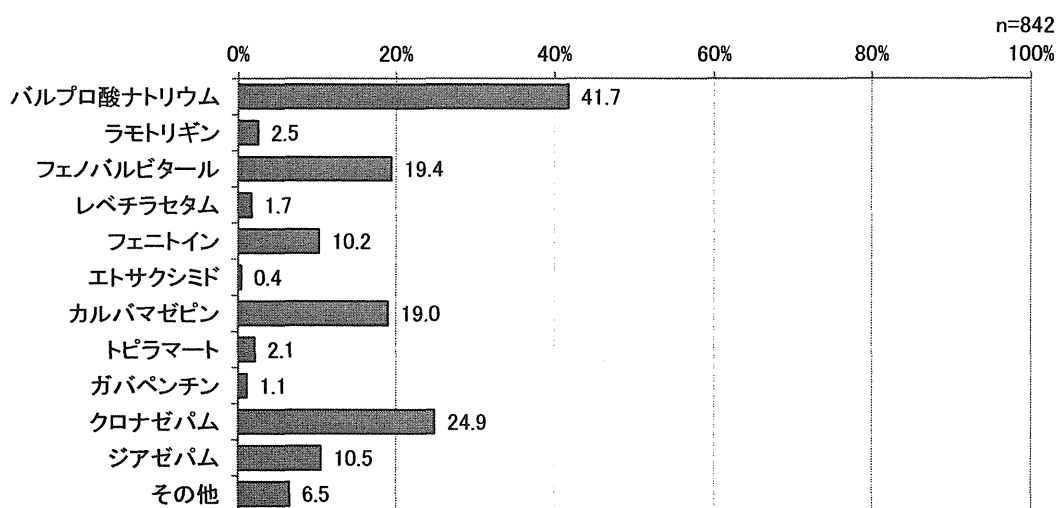
図表 48 1年前に処方していた薬物治療薬物名—抗うつ薬



図表 49 1年前に処方していた薬物治療薬物名—気分安定薬



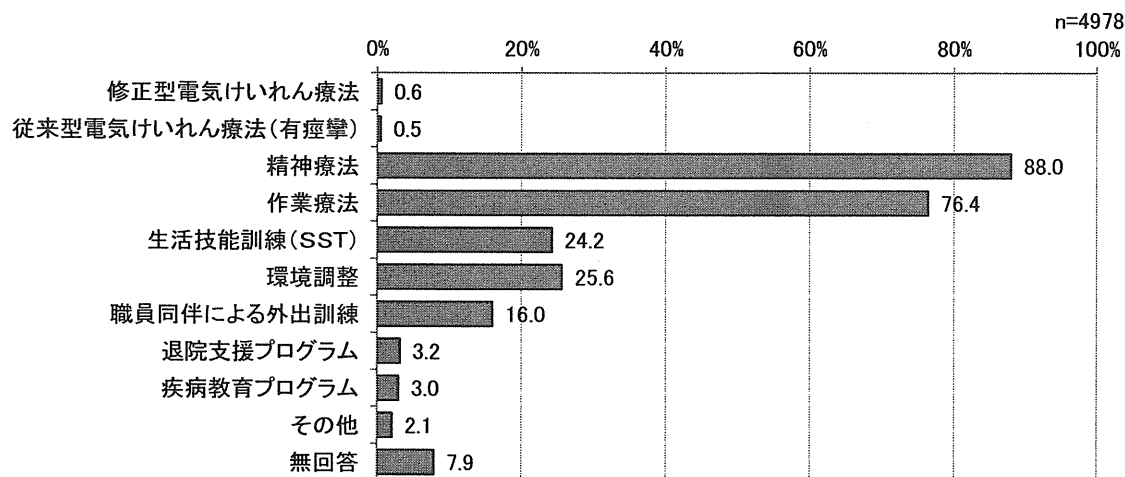
図表 50 1年前に処方していた薬物治療薬物名—抗てんかん薬



3.3.1 調査日から過去1年間で取り組まれた治療内容

- 調査日から過去1年間で取り組まれた治療内容について最も多かったのは、「精神療法」(88.0%)で、次いで多かったのは「作業療法」(76.4%)であった。

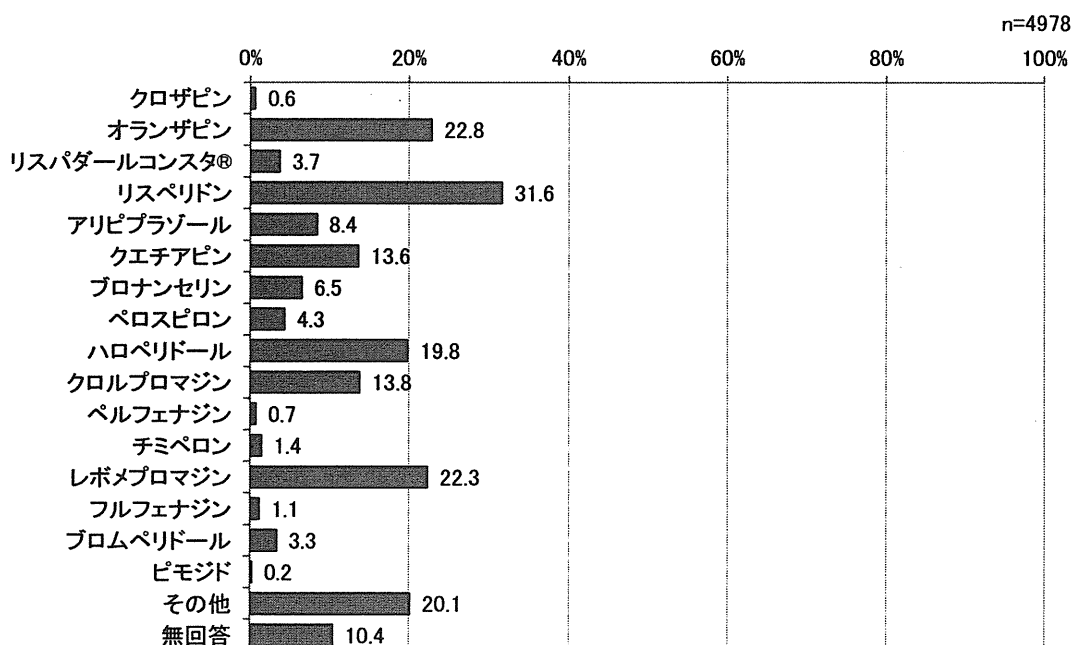
図表 51 過去1年間で取り組まれた治療内容



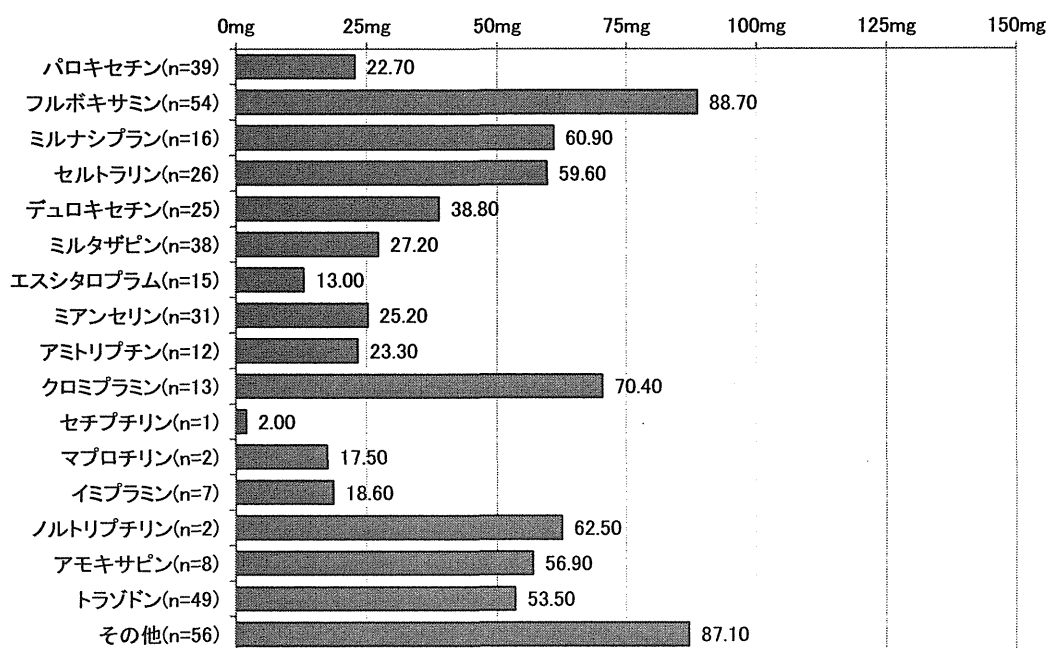
3.3.2 調査日現在行っている薬物治療の具体的な薬剤名及び処方量

- 調査日現在行っている薬物治療の具体的な薬剤名について、抗精神病薬のうち最も多かったのは「リスペリドン」(31.6%)、抗うつ薬のうち最も多かったのは「フルボキサミン」(88.7%)、気分安定薬のうち最も多かったのは「バルプロ酸ナトリウム」(57.6%)、抗てんかん薬のうち最も多かったのは「バルプロ酸ナトリウム」(41.5%)であった。なお、平均投与薬剤数は、2.5剤であった。
- 1年間の「クロザピン処方」の増加率は0.2%であった。

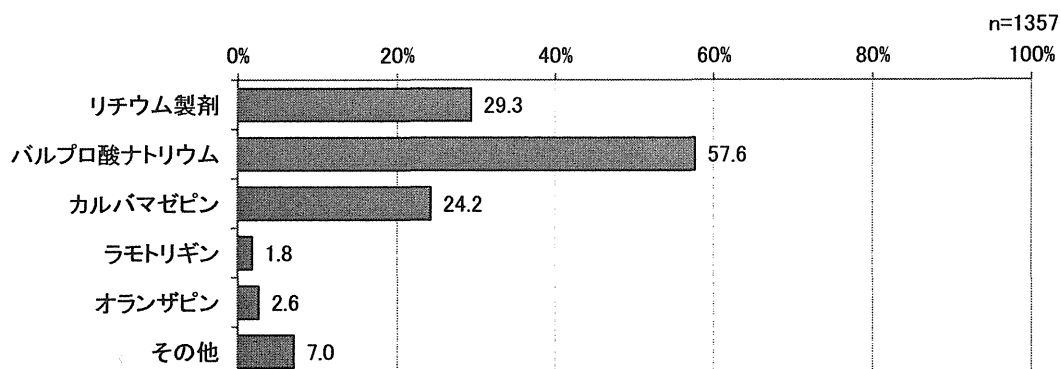
図表 52 調査日現在行っている薬物治療の薬剤名—抗精神病薬



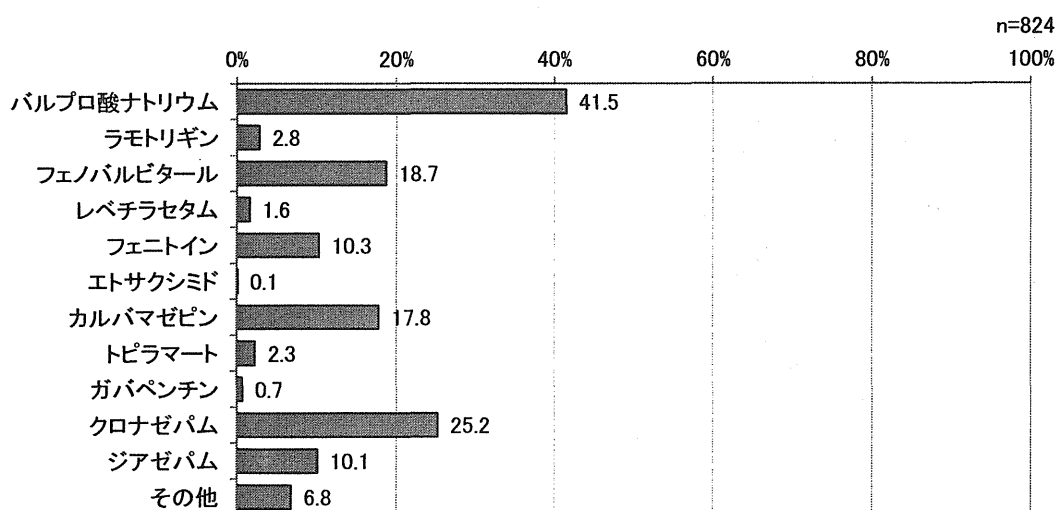
図表 53 調査日現在行っている薬物治療の薬剤名—抗うつ薬



図表 54 調査日現在行っている薬物治療の薬剤名—気分安定薬



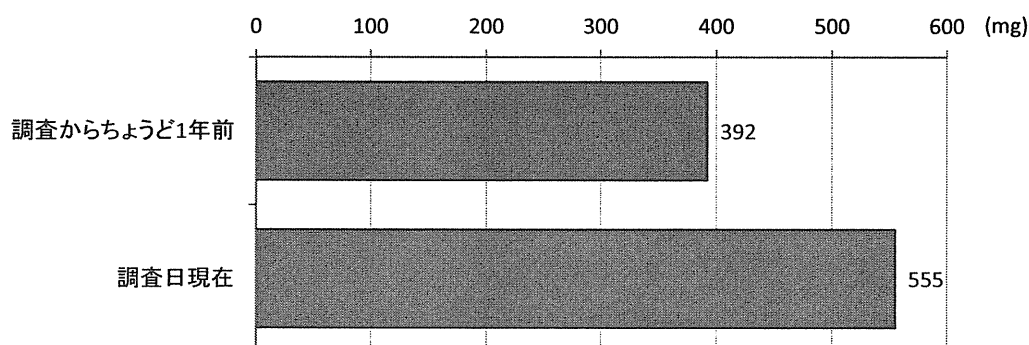
図表 55 調査日現在行っている薬物治療の薬剤名—抗てんかん薬



3.3.3 CP換算値

- 調査日からちょうど1年前に処方していた薬物治療のCP換算値は392mgであり、調査日現在に処方している薬物治療のCP換算値は555mgであった。結果、CP換算値の1年間の伸びは1.4倍であった。

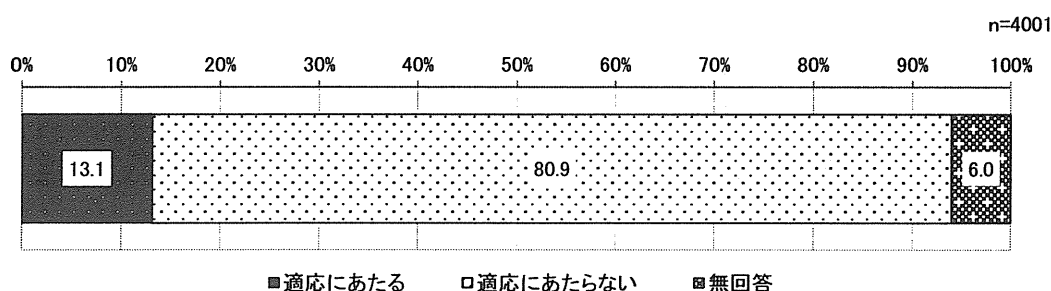
図表 56 CP換算値



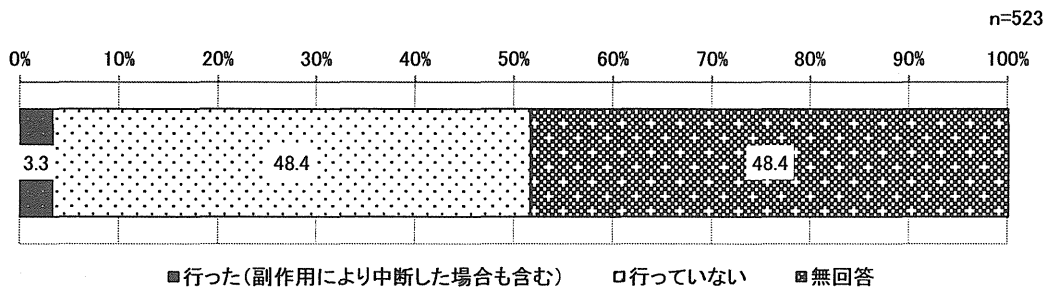
3.3.4 クロザピン治療

- 調査対象の患者がクロザピン治療の適応基準にあたるかについては、「適応にあたらぬ」(80.9%)の方が「適応にあたる」(13.1%)よりも多かった。
- クロザピン治療の「適応にあたる」場合、クロザピン治療を行ったかどうかについては、「行った(副作用により中断した場合も含む)」が3.3%であった。
- 「治療を行わなかった」場合、その理由については、「無顆粒球症などの副作用のリスクが心配」(38.3%)が最も多く、次いで「退院後クロザピン治療を外来で続けられる体制がとれない」(31.2%)、「60歳以上の高齢であり不相当と判断」(28.5%)、「退院後モニタリングのための頻回の通院が困難」(26.9%)、「使用にあたっての手続きやルールが煩雑すぎる」(24.9%)、「患者の服薬拒否や定期的な採血拒否」(22.5%)、「行ったとしても改善が認められるとは思えない」(21.3%)であった。

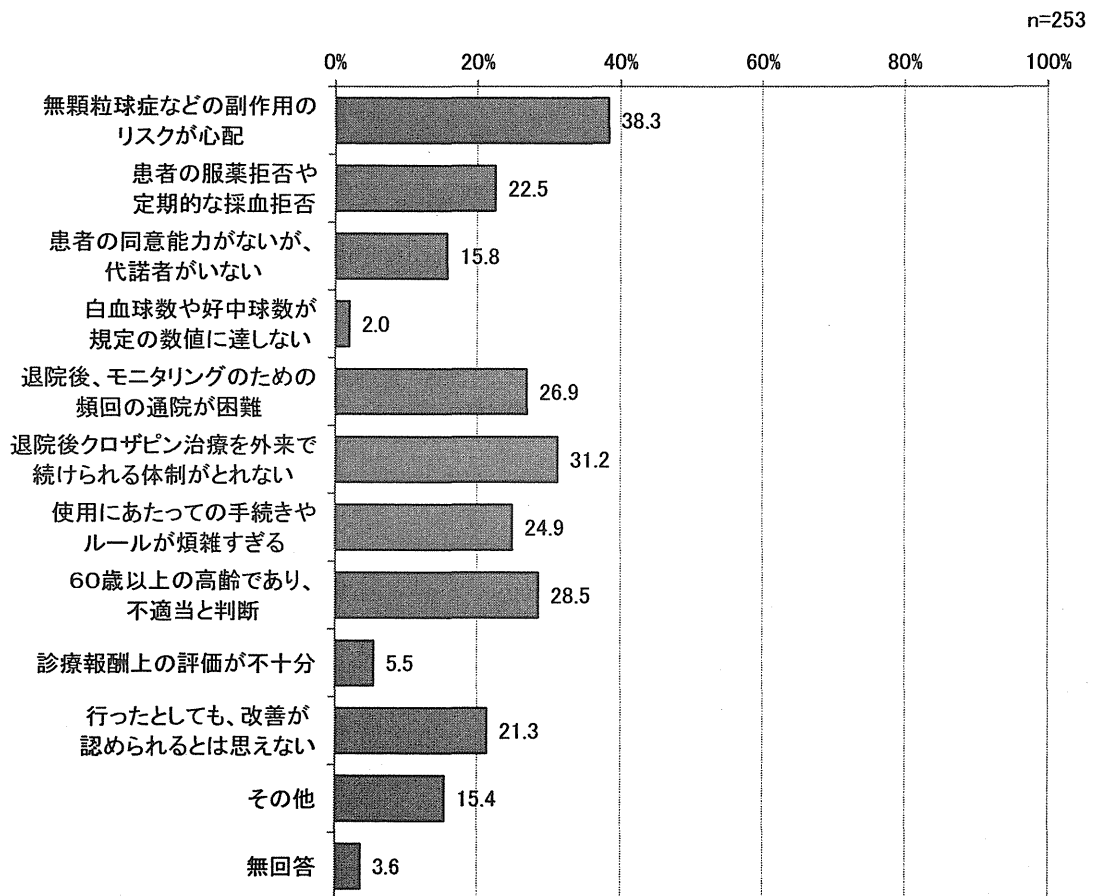
図表 57 クロザピン治療の適応について



図表 58 クロザピン治療の有無



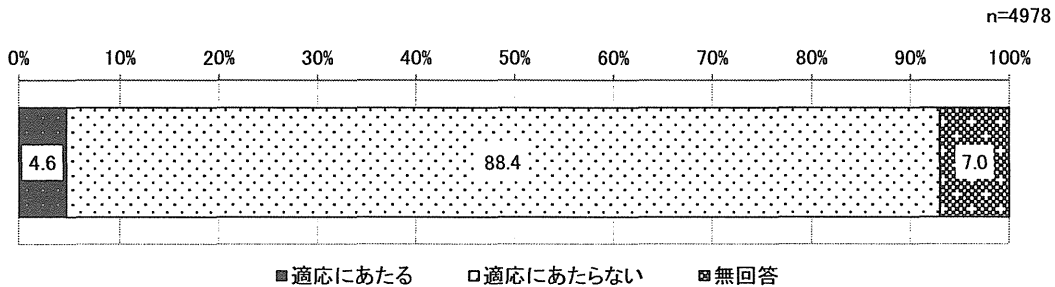
図表 59 クロザピン治療を行わなかった理由



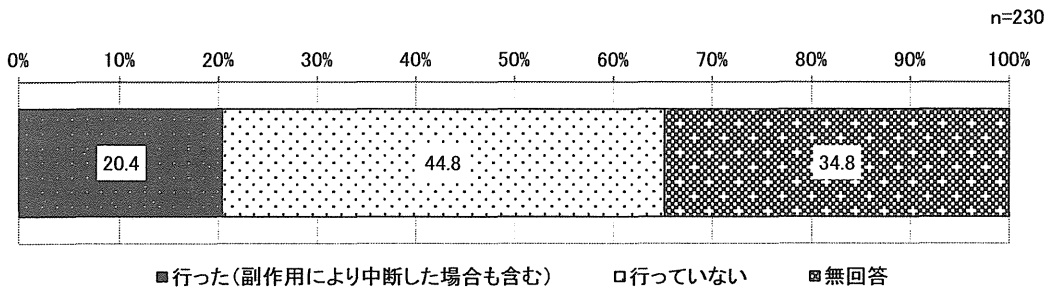
3.35 修正型電気けいれん療法

- 調査対象の患者が修正型電気けいれん療法の適応にあたるかについて、「適応にあたらぬ」(88.4%)の方が「適応にあたる」(4.6%)よりも多かった。
- 修正型電気けいれん療法の「適応にあたる」場合、修正型電気けいれん療法を行ったかについては「行った(副作用により中断した場合も含む)」が20.4%であった。
- 修正型電気けいれん療法を「行っていない」場合、その理由については「麻酔科との連携がとれない」(37.9%)が最も多く、次いで「行ったとしても、改善が認められるとは思えない」(28.2%)、「修正型電気けいれん療法を行える病院が近くにない/知らない」(26.2%)、「患者や代諾者の拒否」(23.3%)であった。

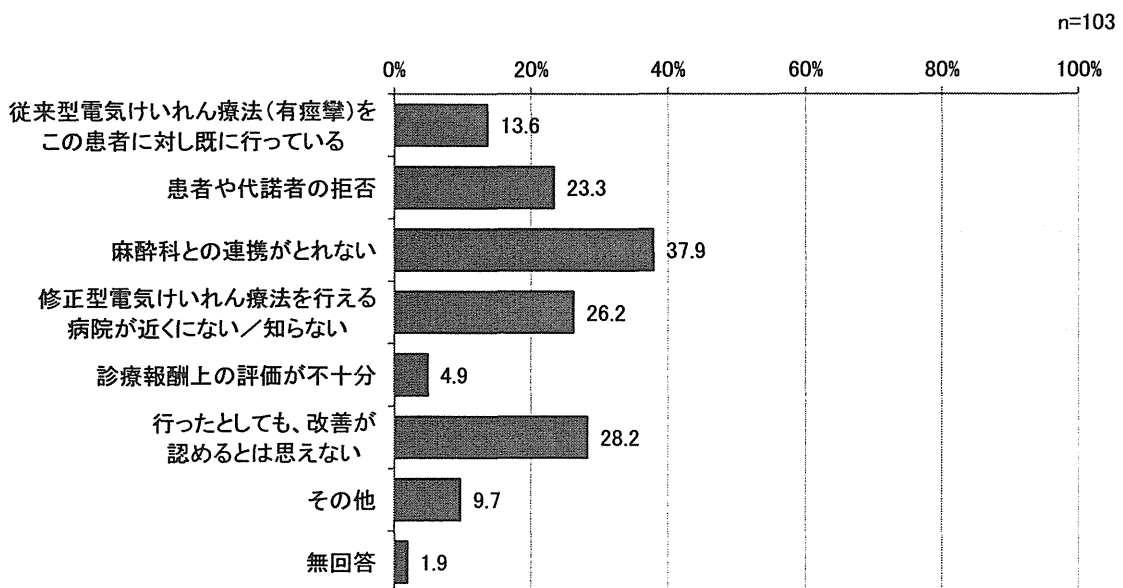
図表 60 修正型電気けいれん療法の適応について



図表 61 修正型電気けいれん療法の有無



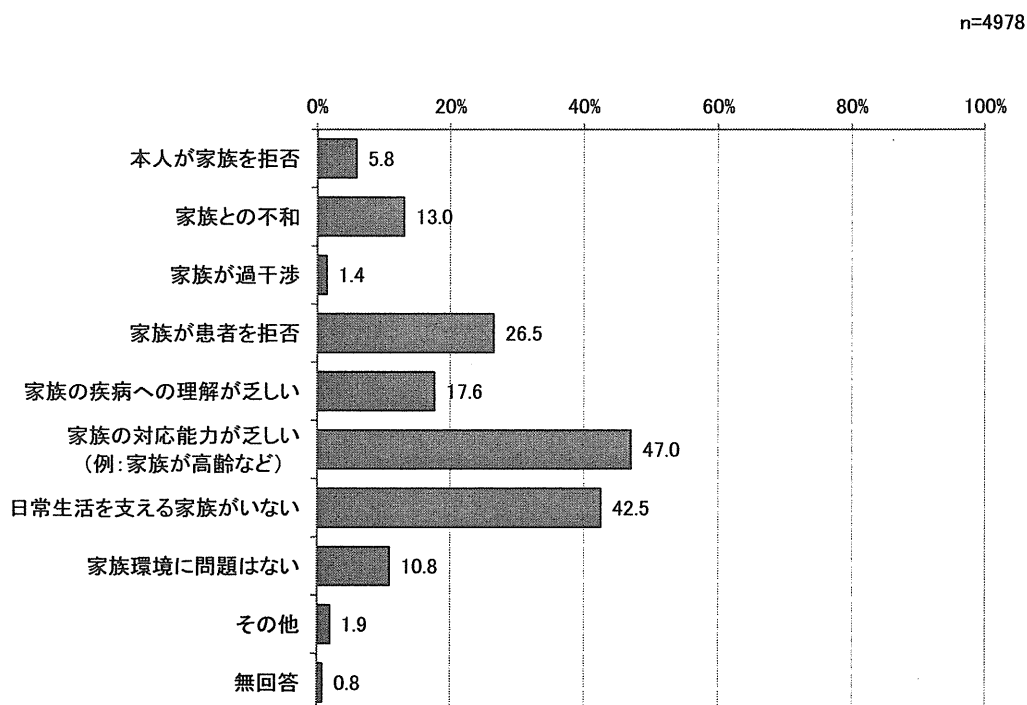
図表 62 修正型電気けいれん療法を行わなかった理由



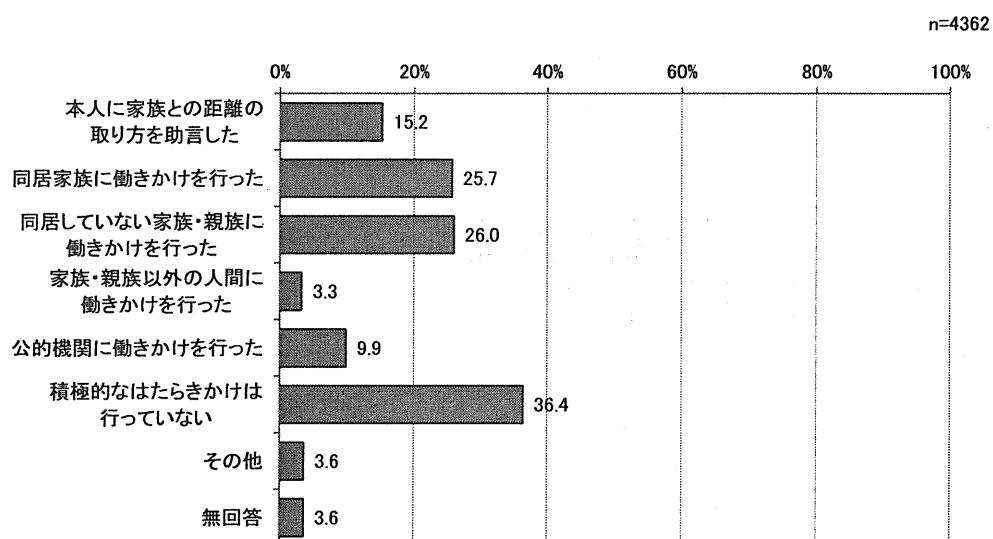
3.36 家族環境

- 調査日における調査対象の患者の家族環境問題については、「家族の対応能力が乏しい」(47.0%)が最も多く、次いで「日常生活を支える家族がいない」(42.5%)であった。
- 家族環境問題があると選択された方で、調査日までに行ってきた家族環境問題への対応については「積極的なはたらきかけは行っていない」(36.4%)が最も多く、次いで「同居していない家族・親戚に働きかけを行った」(26.0%)、「同居家族に働きかけを行った」(25.7%)であった。

図表 63 家族環境問題について



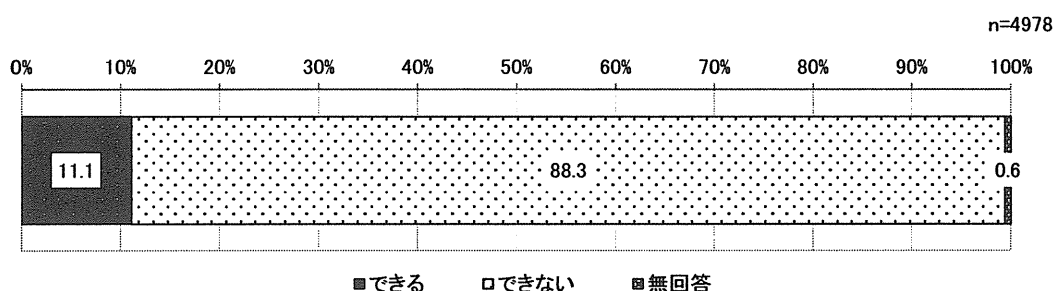
図表 64 家族環境問題への対応



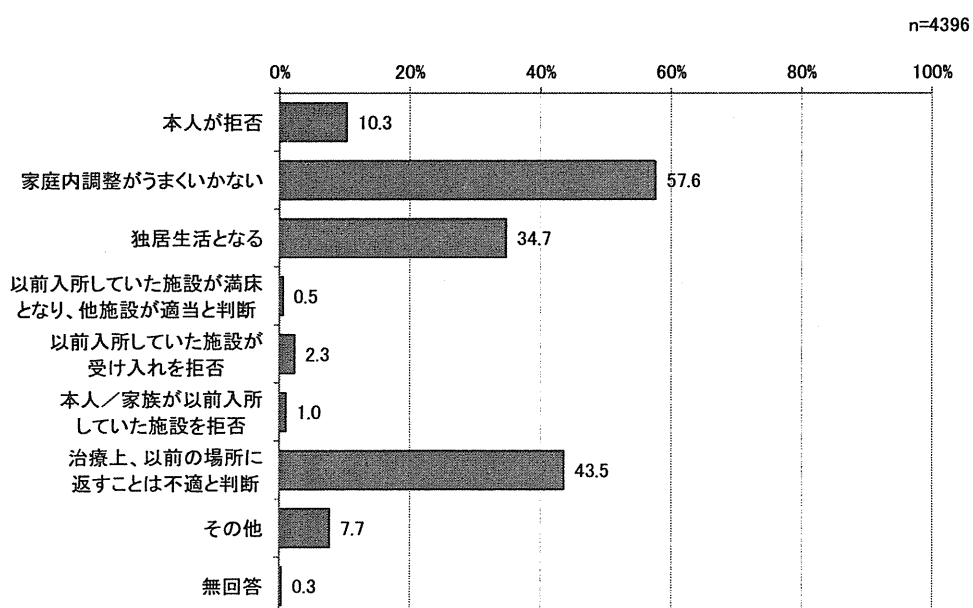
3.37 退院後の受け入れ先

- 退院後の受け入れ先として、入院前にいた場所への退院が出来るかについては、「できない」(88.3%)の方が「できる」(11.1%)よりも多かった。
- 入院前にいた場所へ退院「できない」の場合、その理由については「家庭内調整がうまくいかない」(57.6%)が最も多く、次いで「治療上、以前の場所に返すことは不適と判断」(43.5%)であった。
- 入院前にいた場所への退院ができない理由で「家庭内調整がうまくいかない」を選択された方のうち、その具体的な内容については「家族の対応能力が乏しい」(78.8%)が最も多く、次いで「家族の疾病への理解が乏しい」(28.4%)、「過去に近親者が受けたトラウマがあり、関係修復が困難」(25.5%)であった。
- 入院前にいた場所への退院ができない理由で「治療上、以前の場所に返すことが不適と判断した」を選択された方のうち、その具体的な内容について「不適とした精神症状」(57.7%)が最も多く、次いで「ADL低下」(44.3%)であった。
- 入院前にいた場所への退院が「できない」の場合、想定される退院先(地域で現在あるものとする)については「障害福祉サービスによる入所施設」(58.1%)が最も多く、次いで「介護保険サービスによる入所施設」(35.0%)であった。
- 想定される退院先の、それぞれの困難度の評価について、「困難である」の回答が最も多かったのは「別の家族の家」(96.5%)で、次いで「賃貸住宅」(79.4%)であった。

図表 65 入院前にいた場所への退院

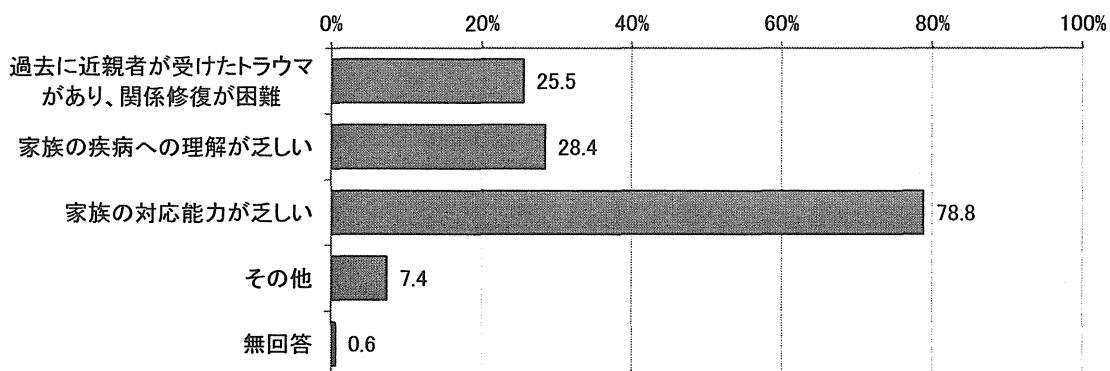


図表 66 入院前にいた場所へ退院できない理由



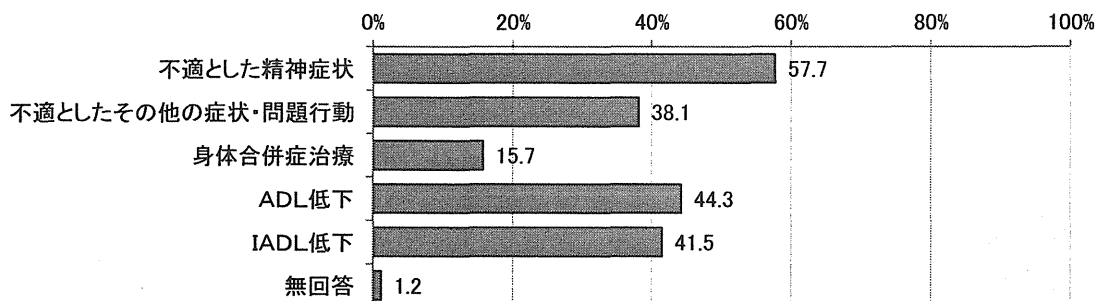
図表 67 家庭内調整がうまくいかない理由

n=2534



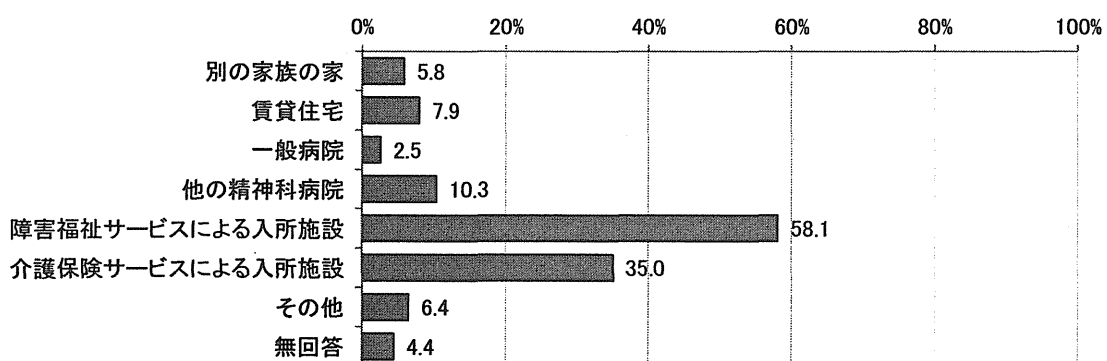
図表 68 治療上、以前の場所に返すことが不適と判断した内容

n=1913

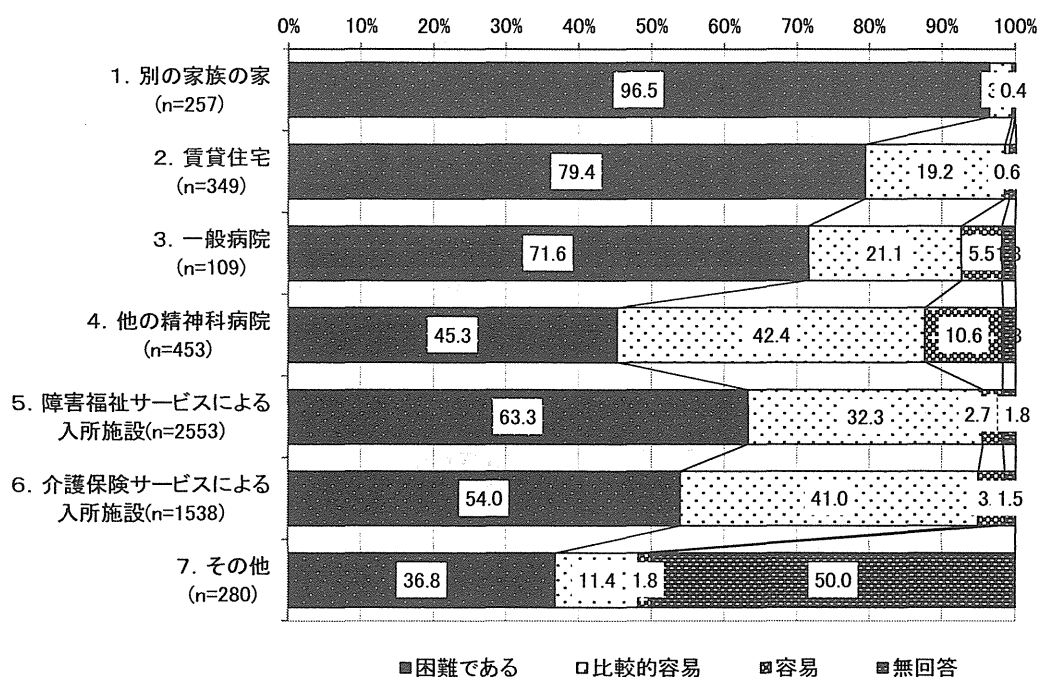


図表 69 入院前にいた場所に退院出来ない場合、想定される退院先

n=4396



図表 70 想定される退院先の、それぞれの困難度



図表 71 現在存在しないが、この患者が退院するにあたり必要と思われる退院先(自由記述)

n=752

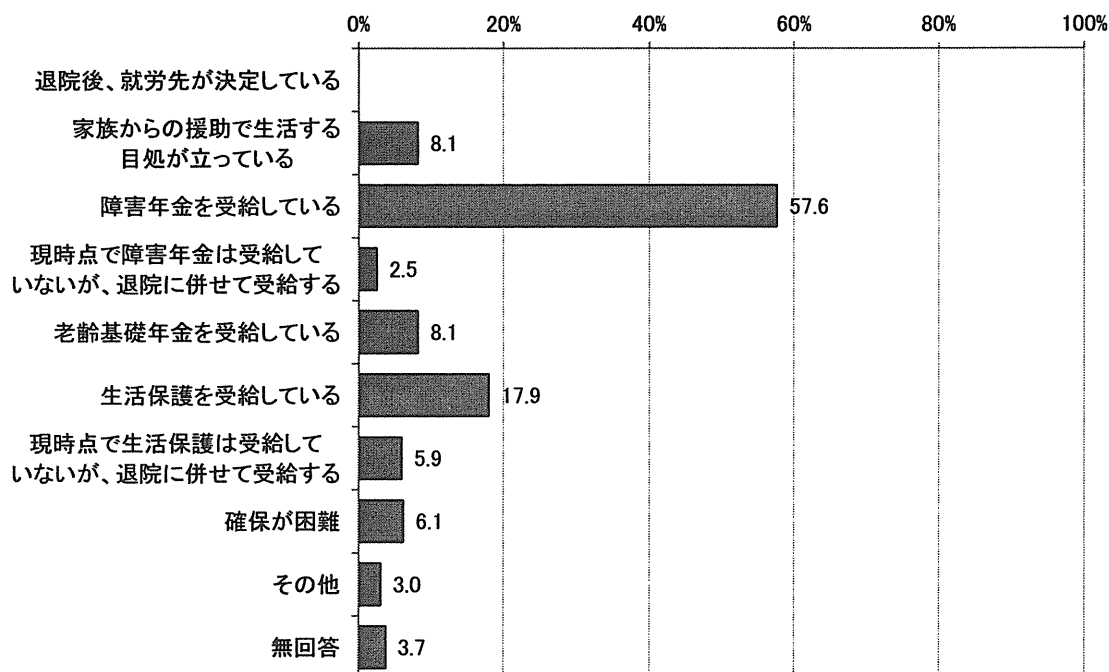
退院先	サンプル数
家	458
他の施設	186
グループホーム、老人ホーム	52
入院継続	34
他の病院	20
退院困難	2

3.38 退院後想定される収入源

- 退院後想定される収入源については、「障害年金を受給している」(57.6%)が最も多く、次いで「生活保護を受給している」(17.9%)であった。

図表 72 退院後想定される収入源

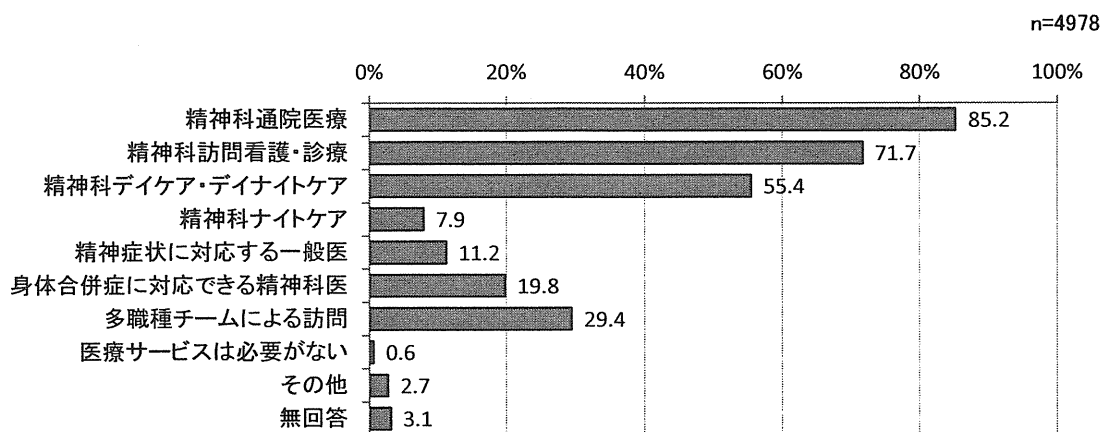
n=4978



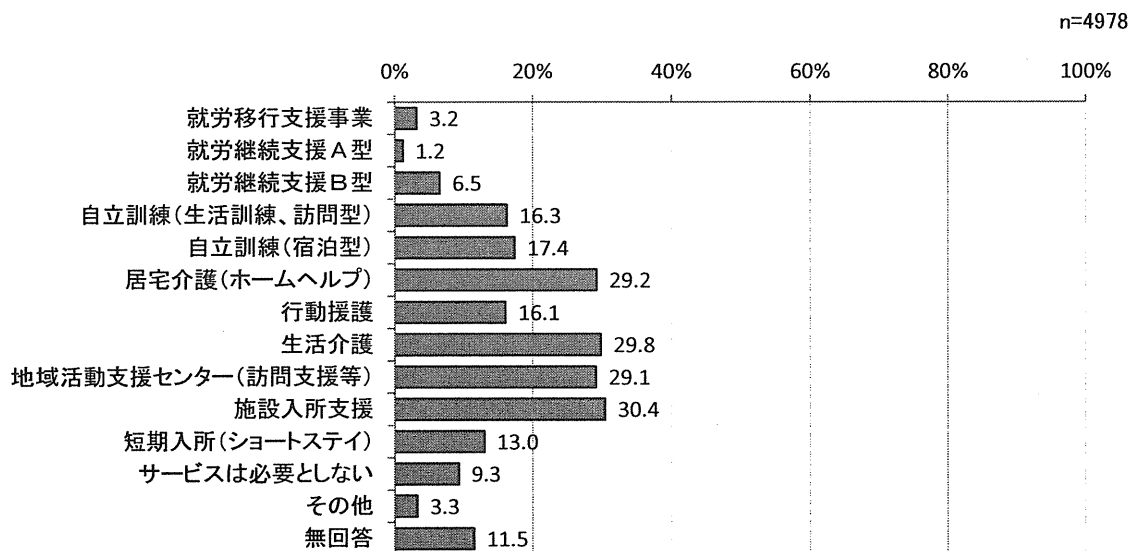
3.39 退院後に必要な地域医療／サービス

- 調査対象の患者が退院した場合に必要な地域医療については、「精神科通院医療」(85.2%)が最も多く、次いで「精神科訪問看護・診療」(71.7%)であった。
- 調査対象の患者が退院した場合に必要な障害者自立支援法等に係るサービス(入所系サービスを除く)については、「施設入所支援」(30.4%)が最も多く、次いで「生活介護」(29.8%)であった。
- 調査対象の患者が退院した場合に必要な介護保険法等に係るサービスについては、「訪問介護」(27.3%)が最も多く、次いで「サービスは必要としない」(26.3%)であった。
- 調査対象の患者が退院した場合に必要なその他のサービス等については、「保健所保健師による訪問」(44.2%)が最も多く、次いで「市町村保健師による訪問」(43.6%)であった。
- 現在は存在しないが、調査対象の患者にとって、あれば退院に繋がると思われるサービスについては、「患者受け入れ施設」が最も多かった。

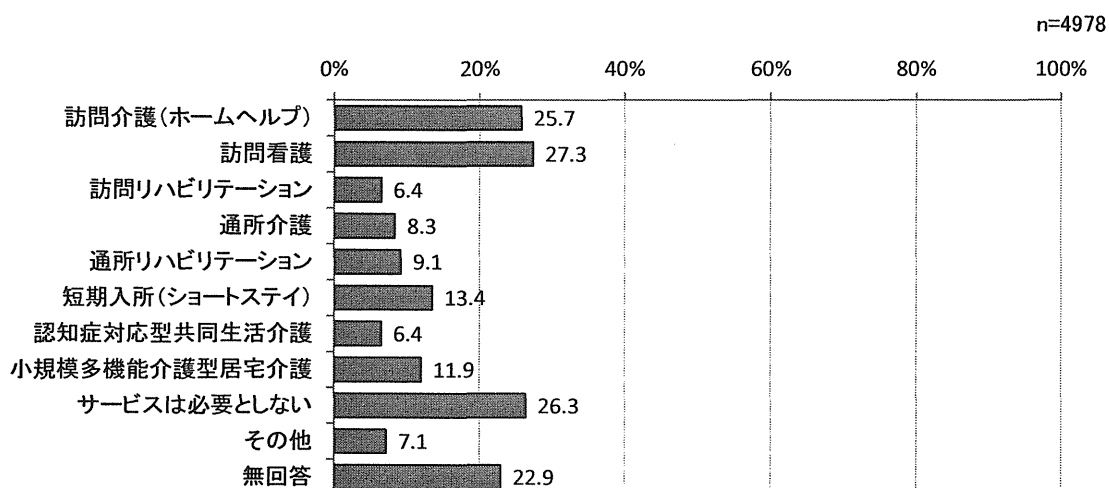
図表 73 退院後に必要な地域医療



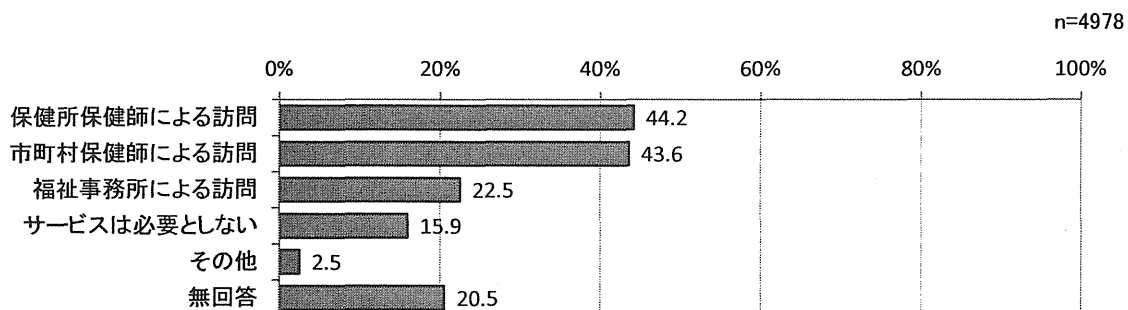
図表 74 退院後に必要な障害者自立支援法等に係るサービス



図表 75 退院後に必要な介護保険法等に係るサービス



図表 76 退院後に必要なその他のサービス等



図表 77 退院に繋がると思われるサービス(自由記述)

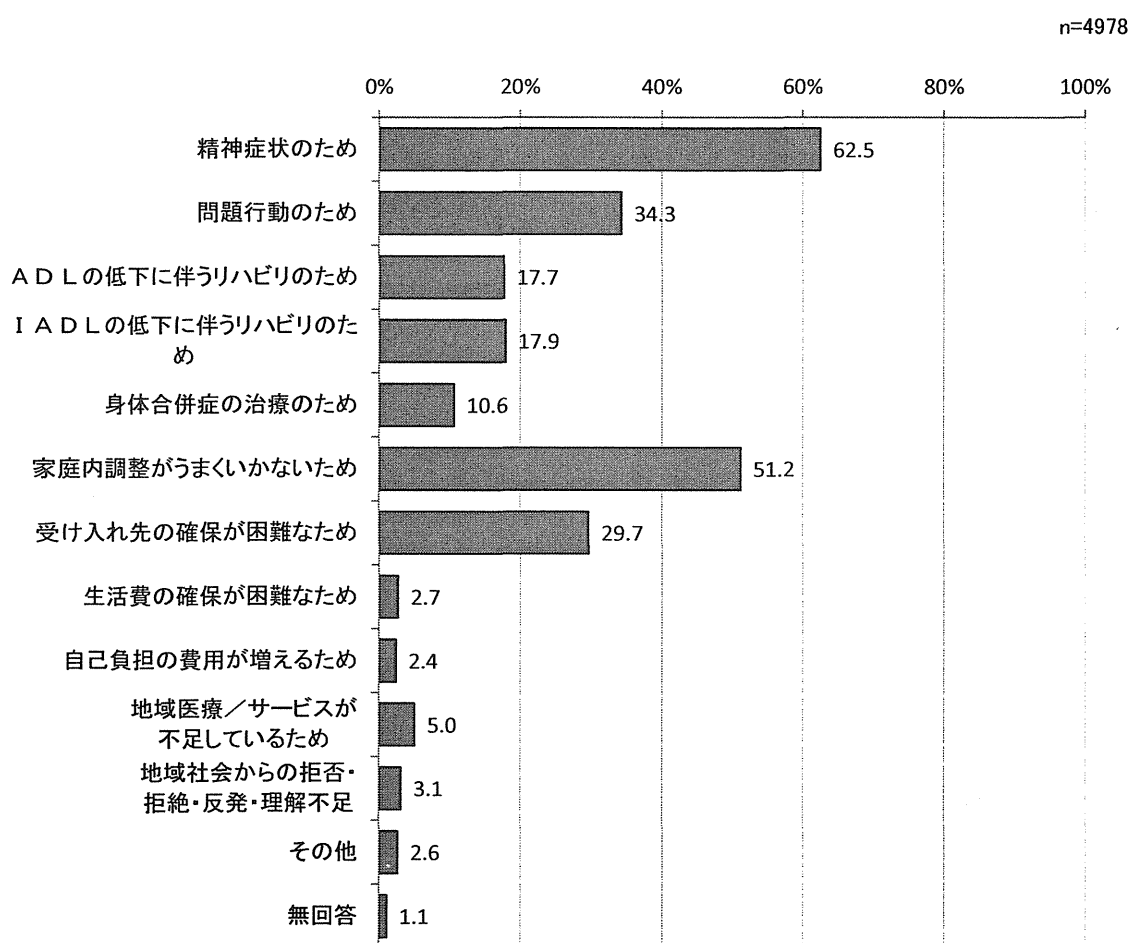
n=122

サービス	サンプル数
デイサービスなどの患者受け入れ施設	82
24時間体制	36
グループホーム等	32
精神科対応施設	22
介護	9
地域支援	8
交通機関無料	4
金銭援助	3
身元保証	3

3.40 1年以内に退院できなかった理由

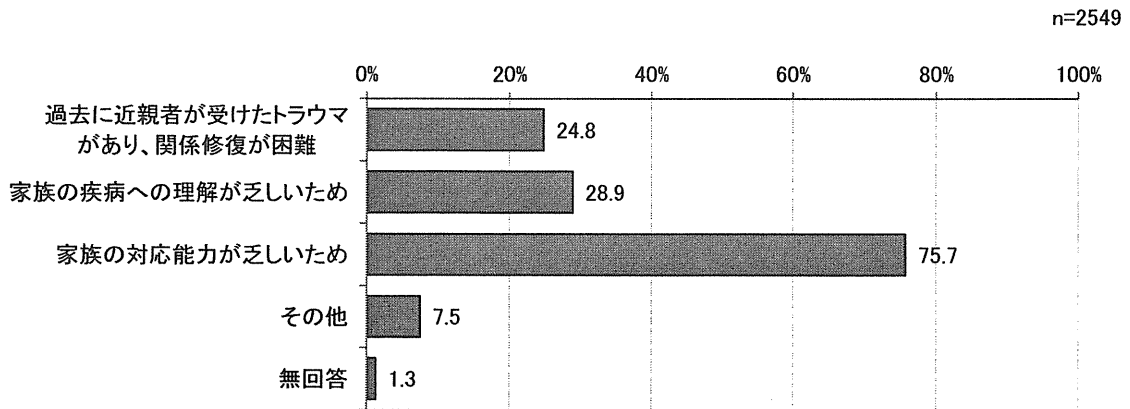
- 調査対象の患者が1年以内に退院できなかった主な理由については、「精神症状のため」(62.5%)が最も多く、次いで「家庭内調整がうまくいかないため」(51.2%)であった。
- 調査対象の患者が1年以内に退院できなかった主な理由で「家庭内調整がうまくいかないため」の場合、その具体的な内容については、「家族の対応能力が乏しいため」(75.7%)が最も多く、次いで「家族の疾病への理解が乏しいため」(28.9%)であった。
- 調査対象の患者が1年以内に退院できなかった主な理由で「受け入れ先の確保が困難なため」の場合、その具体的な理由について、「施設の絶対数の不足」(56.6%)が最も多く、次いで「受け入れ施設の対応力不足」(42.3%)であった。
- 調査対象の患者が1年以内に退院できなかった主な理由で「地域医療／サービスが不足しているため」を選択された方の、その具体的な内容については、「障害者自立支援法等に係るサービス」(73.0%)が最も多く、次いで「介護保険等に係るサービス」(29.0%)であった。

図表 78 1年以内に退院できなかった主な理由



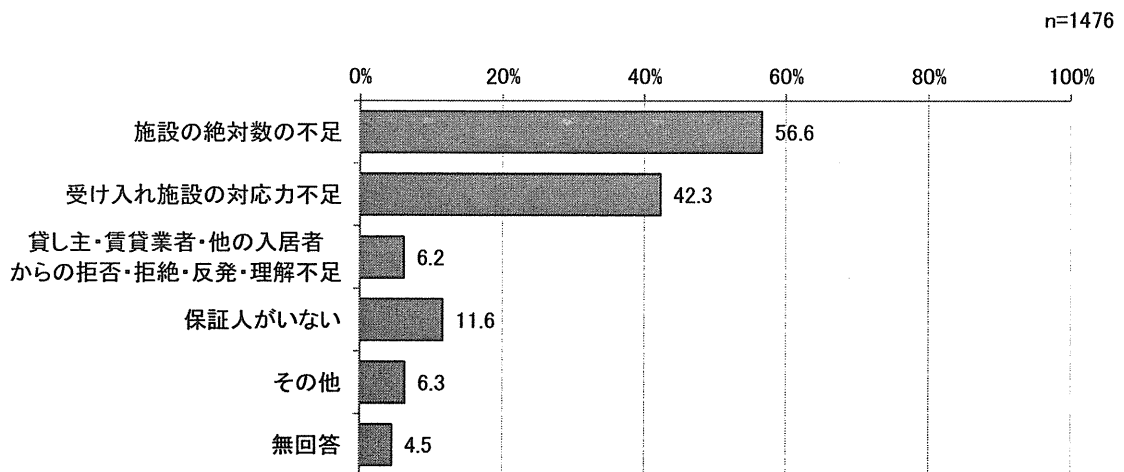
- 「家庭内調整がうまくいかないため」と回答した方で、その具体的内容としては「家族の対応能力が乏しいため」(75.7%)が最も多かった。

図表 79 家庭内調整がうまくいかない内容



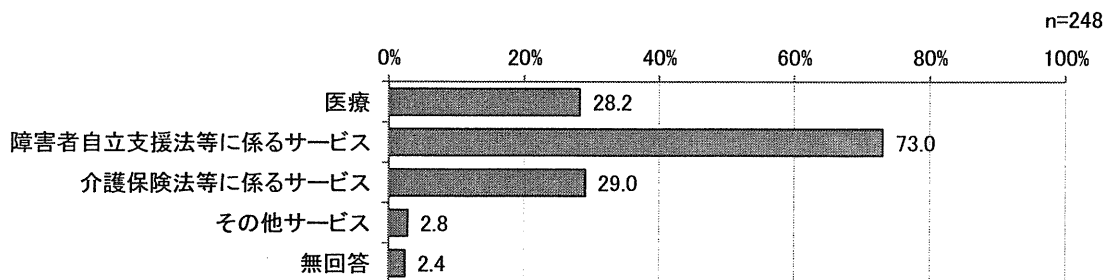
- 「受け入れ先の確保が困難」と回答した方で、その具体的内容としては「施設の絶対数の不足」(56.6%)が最も多かった。

図表 80 受け入れ先の確保が困難な理由



- 「地域医療／サービスが不足」と回答した方で、その具体的内容としては「障害者自立支援法等に係るサービス」(73.0%)が最も多かった。

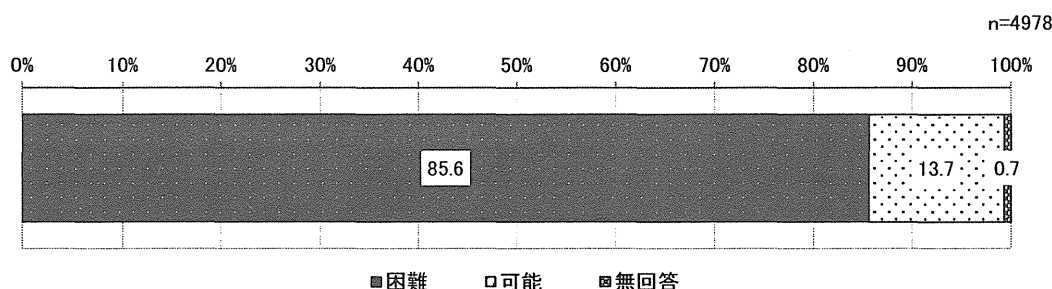
図表 81 地域医療／サービスが不足している内容



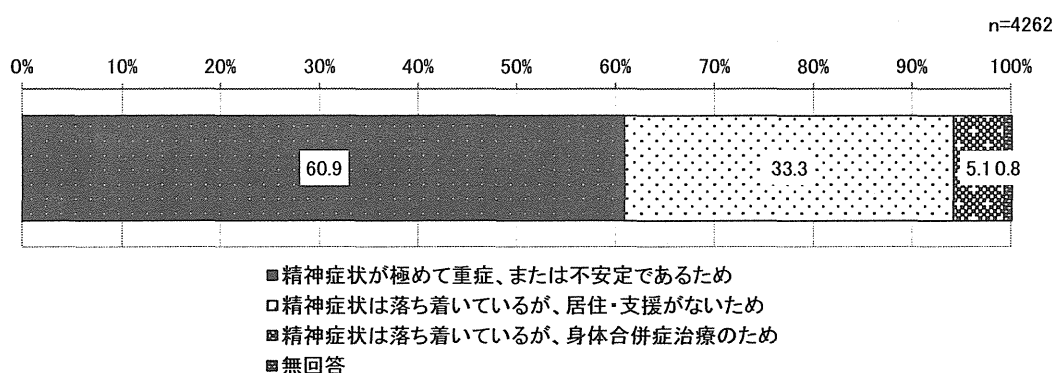
3.4.1 退院の可能性

- 調査日時点での退院の可能性については、「困難」（85.6%）、「可能」（13.7%）であった。
- 「退院が困難」の場合、その理由については、「精神症状が極めて重症、または不安定であるため」（60.9%）が最も多く、次いで「精神症状は落ち着いているが、居住・支援がないため」（33.3%）、「精神症状は落ち着いているが、身体合併症治療のため」（5.1%）という順であった。

図表 82 退院の可能性



図表 83 「退院が困難」の場合の理由

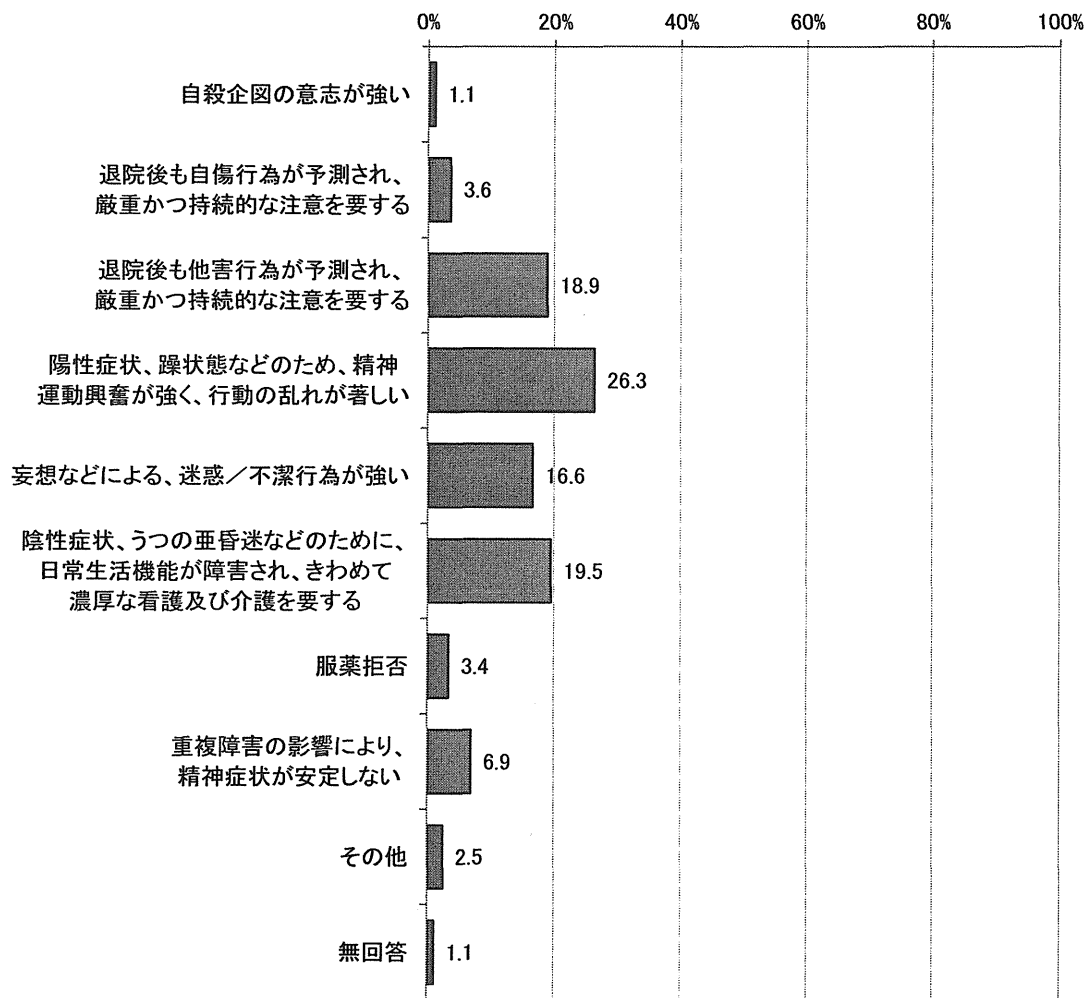


3.4.2 精神症状が重度または不安定で退院できない場合の症状

- 精神症状が重度または不安定で退院できない場合の一番の原因である症状については、「陽性症状、躁状態などのため、精神運動興奮が強く、行動の乱れが著しい」（26.3%）が最も多く、次いで「陰性症状、うつの亜昏迷などのために、日常生活機能が障害され、きわめて濃厚な看護及び介護を要する」（19.5%）であった。
- 精神症状が重度または不安定で退院できない場合の主な症状で「退院後も他害行為が予測され、嚴重かつ持続的な注意を要する」の場合、その具体的な内容については、「身体的暴力」（65.2%）の方が「言語的暴力」（59.3%）よりも多かった。
- 精神症状が重度または不安定で退院できない場合の主な症状で「妄想などによる、迷惑／不潔行為が強い」の場合、その具体的な内容については、「失禁」（14.2%）が最も多く、次いで「性的逸脱行為」（13.9%）、「弄便」（7.2%）であった。
- 精神症状が重度または不安定で退院できない場合の主な症状で「重複障害の影響により、精神症状が安定しない」の場合、その具体的な症状については、「知的障害」（75.8%）が最も多く、次いで「パーソナリティ障害」（10.7%）であった。

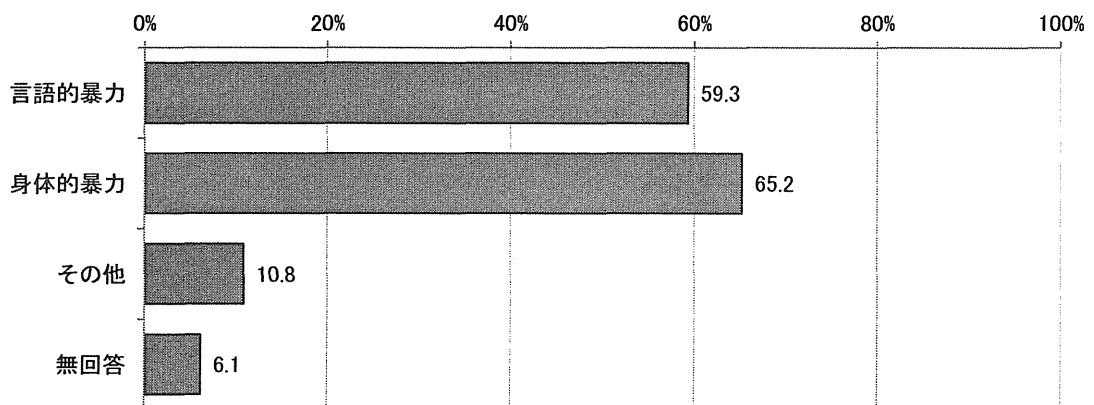
図表 84 精神症状が重度または不安定で退院できない場合の主な症状

n=2595

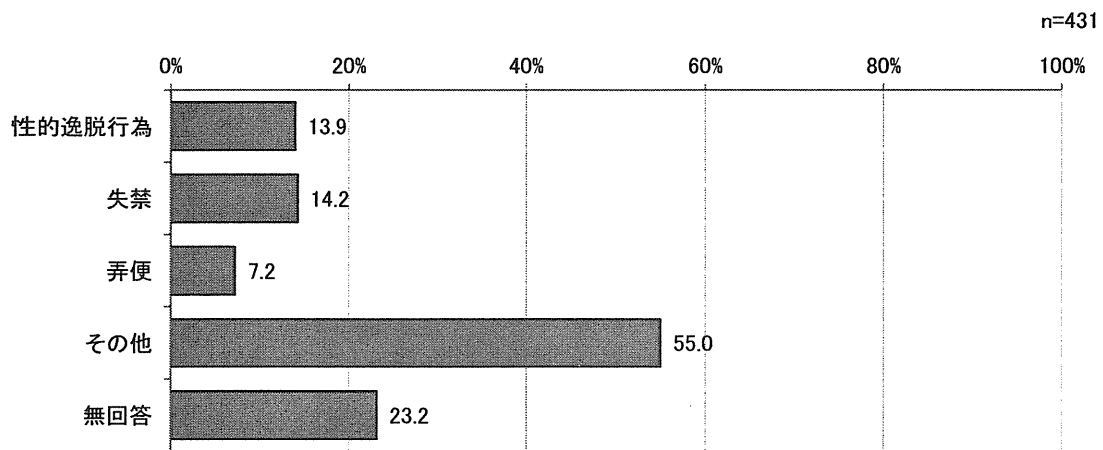


図表 85 退院後に予測される他害行為の具体的な内容

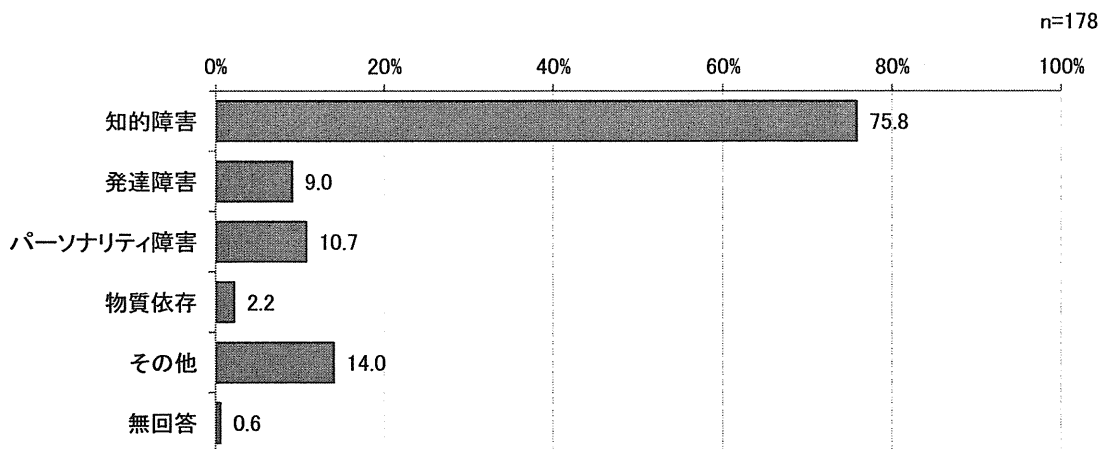
n=491



図表 86 迷惑／不潔行為の具体的な内容



図表 87 精神症状が安定しない場合の具体的な症状



3.4.3 改善障害要因

- 1年以上治療を行うも、精神症状が改善しない主な理由については、「治療抵抗性」(63.4%)が最も多く、次いで「治療に反応するも、環境により容易に悪化してしまう」(27.7%)であった。
- 1年以上治療を行うも、精神症状が改善しない主な理由について「治療抵抗性」の場合、その主な要因については、「主診断自体の病状が改善しない」(88.7%)の方が「重複障害の影響により、精神症状が安定しない」(11.3%)よりも多かった。
- 治療抵抗性と判断するのにかかった日数については「1年以上」(74.5%)が最も多く、次いで「3ヶ月以上～1年未満」(15.0%)であった。
- 治療抵抗性と判断した職種については、「医師」(98.2%)が最も多く、次いで「看護師」(31.6%)であった。
- 医師の中では「主治医」(90.8%)が最も多く、次いで「自院」(16.5%)であった。
- 治療抵抗性と判断した後の対応で「転医」の場合、その理由については、「他の薬物療法目的」(51.9%)が最も多く、次いで「クロザピン治療目的」(18.5%)、「修正型電気けいれん療法目的」(14.8%)であった。
- 治療抵抗性と判断した後の対応については、「自院で現行治療の継続」(97.5%)が最も多く、次いで「転医」(1.6%)であった。