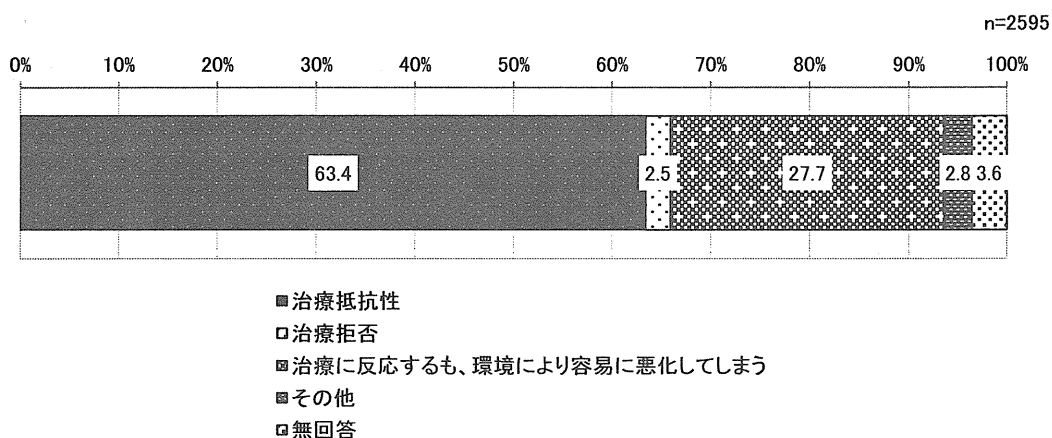
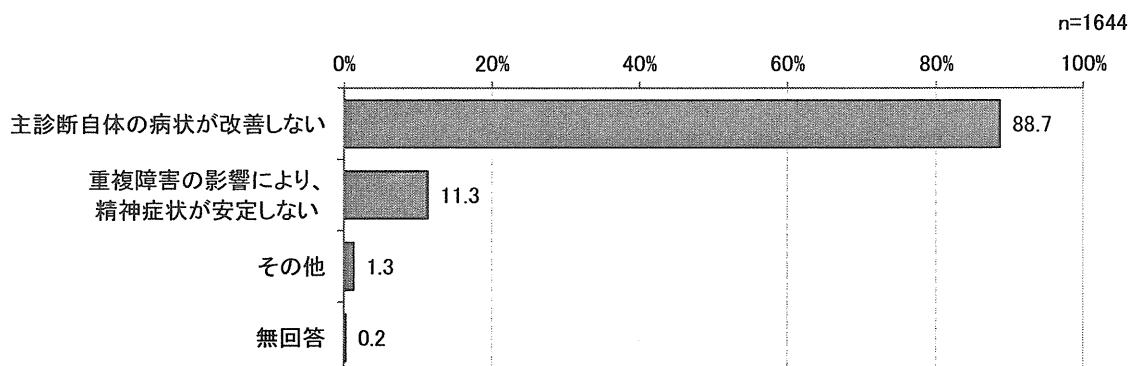


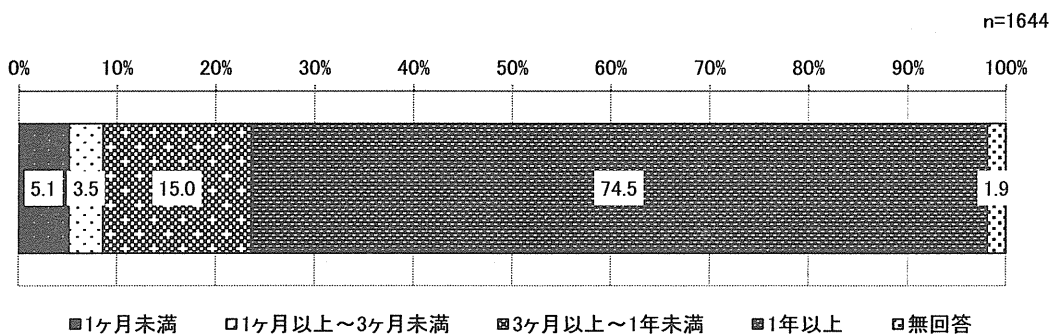
図表 88 精神症状が改善しない主な理由



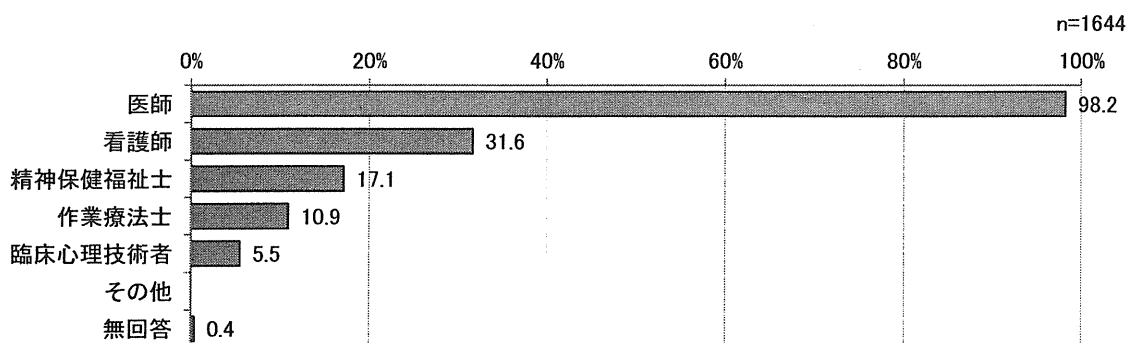
図表 89 治療抵抗性の要因



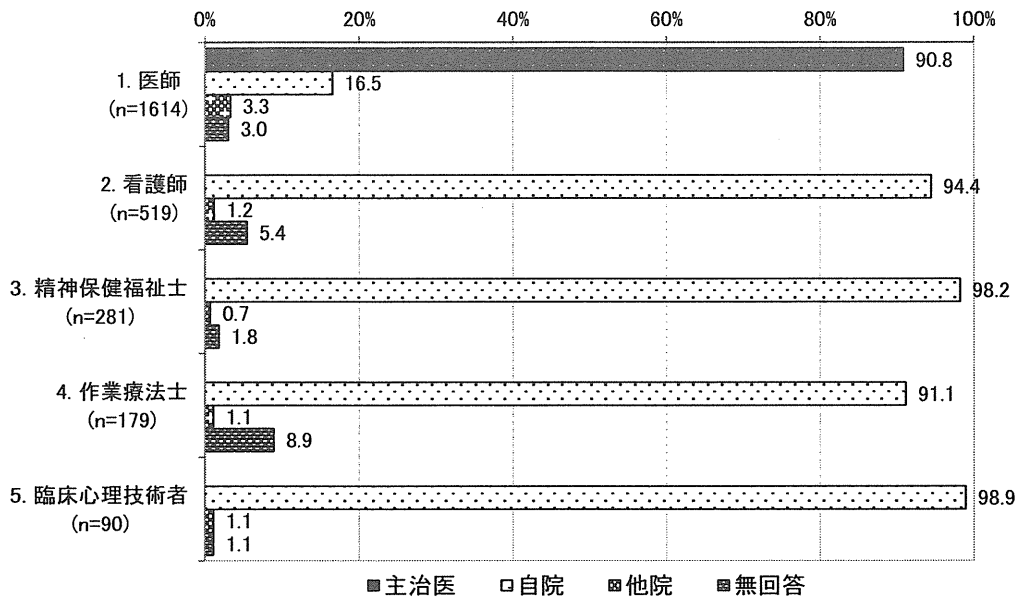
図表 90 治療抵抗性と判断するのにかかった日数



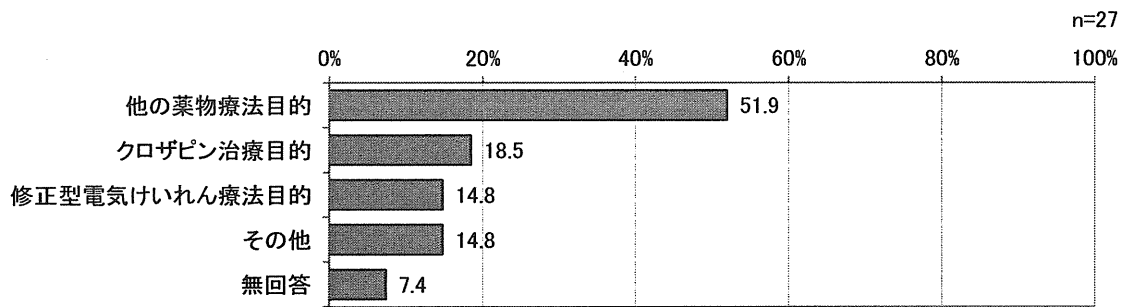
図表 91 治療抵抗性と判断した職種



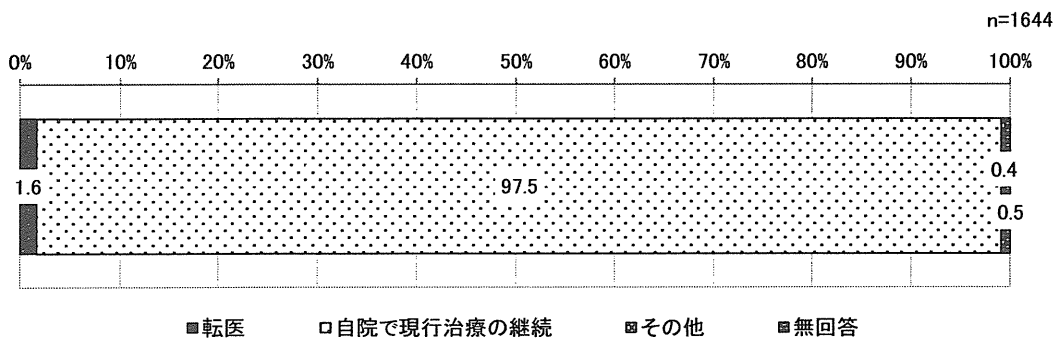
図表 92 治療抵抗性と判断した職種—具体的な職種



図表 93 治療抵抗性と判断した後に転医をした理由



図表 94 治療抵抗性と判断した後の対応



精神科病院における長期入院患者に関する調査

施設名				
記入者氏名				
記入日	平成	年	月	日

施設調査 質問／回答用紙

問1 平成24年6月30日時点での総病床数／精神病床数

総病床数	床	精神病床数	床
------	---	-------	---

問2 平成24年6月30日時点での病棟機能別病床数（精神科のみ）

1. 精神一般病棟 入院基本料	床	8. 精神療養病棟入院料	床
2. 精神一般病棟 特別入院基本料	床	9. 認知症治療病棟入院料 1	床
3. 精神科救急入院料 1	床	10. 認知症治療病棟入院料 2	床
4. 精神科救急入院料 2	床	11. 認知症療養病棟（介護保険）	床
5. 精神科急性期治療病棟入院料 1	床	12. 特殊疾患病棟入院料	床
6. 精神科急性期治療病棟入院料 2	床	13. 医療観察法病棟	床
7. 精神科救急・合併症入院料	床		

問3 平成23年度における1月当たりの精神病床全体の平均新規入院患者数、平均退院患者数、平均在院患者数

平均新規入院患者数	平均退院患者数	平均在院患者数
人／月	人／月	人／月

問4 調査日時点の右記病棟の入院患者数

1. 精神一般病棟 入院基本料	人	8. 精神療養病棟入院料	人
2. 精神一般病棟 特別入院基本料	人	9. 認知症治療病棟入院料 1	人
3. 精神科救急入院料 1	人	10. 認知症治療病棟入院料 2	人
4. 精神科救急入院料 2	人	11. 認知症療養病棟（介護保険）	人
5. 精神科急性期治療病棟入院料 1	人	12. 特殊疾患病棟入院料	人
6. 精神科急性期治療病棟入院料 2	人	13. 医療観察法病棟	人
7. 精神科救急・合併症入院料	人		

問5 平成24年6月30日時点での精神科病院または精神科診療部門全体における常勤換算の医療従事者数及び、精神病床または病棟における常勤換算の医療従事者数

※ 「精神科病院・診療部門」は病棟、外来、デイケアを含む精神科にかかわる全部門の医療従事者数を、「精神病床・病棟（再掲）」は病棟にかかわる医療従事者数を常勤換算で記載ください。

精神科病院・診療部門		精神病床・病棟（再掲）	
1. 医師	人	1. 医師	人
（内指定医）	人	（内指定医）	人
2. 看護職員	人	2. 看護職員	人
3. 精神保健福祉士	人	3. 精神保健福祉士	人
4. 作業療法士	人	4. 作業療法士	人
5. 臨床心理技術者	人	5. 臨床心理技術者	人
6. 看護補助者	人	6. 看護補助者	人
7. その他（ ）	人	7. その他（ ）	人

問6 貴院はCPMS（クロザリル患者モニタリングサービス）に登録されていますか。

1. 登録している	2. 登録していない
-----------	------------

1. 登録されていない場合、その理由は。（複数選択可）

<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 必要があるとは思えない</li> <li>2. 危険な副作用があるので、登録することは考えていない</li> <li>3. 血液内科との連携がとれない</li> <li>4. 糖尿病内科との連携がとれない</li> <li>5. 採血の結果が当日中に得られない</li> <li>6. スタッフの協力が得られない</li> <li>7. 他の医療機関に紹介しているので、登録する必要がない</li> <li>8. 診療報酬上の評価が不十分</li> <li>9. その他（ ）</li> </ul>
---

問7 貴院で修正型電気けいれん療法は行える環境にありますか。

1. 行っている	2. 行う環境にない
----------	------------

1. 行う環境にない場合、その理由は。（複数選択可）

<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 必要があるとは思えない</li> <li>2. 従来型電気けいれん療法（有痙攣）があれば十分である</li> <li>3. 麻酔科医が確保できない</li> <li>4. スタッフの協力が得られない</li> <li>5. 他の医療機関に紹介しているので、採用する必要がない</li> <li>6. 診療報酬上の評価が不十分</li> <li>7. その他（ ）</li> </ul>
--

# 精神科病院における長期入院患者に関する調査

患者票

施設名	
記入日	平成 年 月 日
患者ID	

## 患者調査 質問／回答用紙

以下の対象患者の状況についてご回答ください。

- ◎入院基本料病棟、精神科救急入院料1、精神科救急入院料2、精神科急性期治療病棟入院料1、精神科急性期治療病棟入院料2、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟に1年以上入院している患者
- ◎医療観察法病棟に1年半以上入院している患者
- ◎上記病棟に入院している患者の内、今回の調査では認知症が主診断名の患者は除く

### 基本状況

調査日における状況についてお答えください。

問1 生年月・年齢

1. 明治	2. 大正	3. 昭和	4. 平成	年	月	歳
-------	-------	-------	-------	---	---	---

問2 性別

1. 男性	2. 女性
-------	-------

問3 保護者

1. 後見人または保佐人	5. 市町村長同意
2. 配偶者	6. 選任していない
3. 親権を行う者	7. その他 ( )
4. 家庭裁判所が選任した者	
→具体的に(ア.親 イ.子 ウ.兄弟姉妹 エ.その他の親戚 オ.その他( ))	

問4 精神障害者保健福祉手帳

1. 1級	2. 2級	3. 3級	4. なし
-------	-------	-------	-------

問5 障害年金

1. 障害年金等級

1. 1級	2. 2級	3. 3級	4. なし
-------	-------	-------	-------

2. 障害年金の種類

1. 障害厚生年金	2. 障害基礎年金
-----------	-----------

問6 障害程度区分

※ 申請を行っている場合、その認定結果を1～8より選択してください。申請を行っていない場合、9を選択してください。

(参考) 別冊資料集1ページ 資料1

1. 区分1	2. 区分2	3. 区分3	4. 区分4	5. 区分5
6. 区分6	7. 非該当	8. 申請中	9. 申請なし	

問7 要介護認定

※ 申請を行っている場合、その認定結果を1～9より選択してください。申請を行っていない場合、10を選択してください。

(参考) 別冊資料集1ページ 資料2

1. 要支援1	2. 要支援2	3. 要介護1	4. 要介護2	5. 要介護3
6. 要介護4	7. 要介護5	8. 非該当	9. 申請中	10. 申請なし

問8 入院日

1. 昭和	2. 平成	年	月	日
-------	-------	---	---	---

問9 入院日における入院形態

※緊急措置入院は措置入院に、同意入院は医療保護入院に、不明はその他に含めてください。

1. 任意	2. 措置	3. 医療保護	4. 応急	5. 医療観察法入院
6. その他 ( )				

問10 入院日における主たる入院理由

1. 精神症状増悪のため(幻覚・妄想、抑うつ症状など)
2. 問題行動のため(自傷・他害、解体行動、迷惑・不潔行為など)
3. 身体合併症治療のため
4. 日常生活機能障害のため(陰性症状、意欲低下など)
5. その他 ( )

問11 調査日における入院形態

- |       |       |         |            |
|-------|-------|---------|------------|
| 1. 任意 | 2. 措置 | 3. 医療保護 | 4. 医療観察法入院 |
|-------|-------|---------|------------|

問12 調査日における入院病棟

- |                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| 1. 精神一般病棟 入院基本料     | 4. 精神科救急・合併症入院料 |
| 2. 精神科救急入院料1・2      | 5. 精神療養病棟入院料    |
| 3. 精神科急性期治療病棟入院料1・2 | 6. 医療観察法病棟      |

問13 調査日現在における在院日数

- |                 |                |
|-----------------|----------------|
| 1. 1年以上～1年6ヶ月未満 | 4. 5年以上～10年未満  |
| 2. 1年6ヶ月以上～3年未満 | 5. 10年以上～20年未満 |
| 3. 3年以上～5年未満    | 6. 20年以上       |

問14 診断名

調査日時点の主診断名と副診断名を、それぞれ1～18の番号で記入してください。

※ 認知症が主診断名である患者は調査対象外です。副診断名としての認知症が存在する場合には記載してください。

- |   |
|---|
| 1. アルツハイマー病型認知症 (F00)                             |
| 2. 血管性認知症 (F01)                                   |
| 3. 他に分類されるその他の疾患の認知症 (F02)                        |
| 4. 特定不能の認知症 (F03)                                 |
| 5. その他の症状を含む器質性および症状性精神障害、パーソナリティ及び行動の障害 (F04-09) |
| 6. アルコール使用による精神および行動の障害 (F10)                     |
| 7. 薬物に伴う精神および行動の障害 (F11-19)                       |
| 8. 統合失調症 (F20)                                    |
| 9. その他の精神病性障害 (F21-29)                            |
| 10. 気分(感情)障害 (F3)                                 |
| 11. 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4)                |
| 12. 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 (F5)                  |
| 13. 成人のパーソナリティおよび行動の障害 (F6)                       |
| 14. 精神遅滞(知的障害) (F7)                               |
| 15. 心理的発達障害 (F8)                                  |
| 16. 小児・青年期に通常発症する行動および情緒の障害 (F91-98)              |
| 17. 精神障害、他に特定できないもの (F99)                         |
| 18. てんかん (G40)                                    |

主診断名：	副診断名：
-------	-------

問15 問14で答えていただいた主診断名の発症年齢

	歳
--	---

精神症状、ADL、IADL、身体疾患などについて

問16 調査日現在の精神症状について下記の 1~18 の症状についての評価を1~7の中からお答えください。

(オックスフォード大学版BPRS：(参考)別冊資料集2~8ページ 資料3)

	なし	ごく軽度	軽度	中等度	やや高度	高度	非常に高度
1. 心氣的訴え	1	2	3	4	5	6	7
2. 不安	1	2	3	4	5	6	7
3. 感情的引きこもり	1	2	3	4	5	6	7
4. 思考解体	1	2	3	4	5	6	7
5. 罪業感	1	2	3	4	5	6	7
6. 緊張	1	2	3	4	5	6	7
7. 衝動的な行動や姿勢	1	2	3	4	5	6	7
8. 誇大性	1	2	3	4	5	6	7
9. 抑うつ気分	1	2	3	4	5	6	7
10. 敵意	1	2	3	4	5	6	7
11. 疑惑	1	2	3	4	5	6	7
12. 幻覚	1	2	3	4	5	6	7
13. 運動減退	1	2	3	4	5	6	7
14. 非協調性	1	2	3	4	5	6	7
15. 思考内容の異常	1	2	3	4	5	6	7
16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動	1	2	3	4	5	6	7
17. 高揚気分	1	2	3	4	5	6	7
18. 精神運動興奮	1	2	3	4	5	6	7



問17 その他の症状・問題行動

1. 調査日現在から過去1ヶ月間の下記1~28の症状・問題行動の頻度を、それぞれ下の選択肢より選んでください。(複数選択可)

	なし	この1ヶ月にその他の症状、問題行動は見られなかったが、それ以前にはあった	月に1~2回程度	週1回程度	週2~3回	ほぼ毎日
1. 自殺念慮	1	2	3	4	5	6
2. 自傷行為	1	2	3	4	5	6
3. 言語的暴力	1	2	3	4	5	6
4. 身体的暴力	1	2	3	4	5	6
5. 衝動性	1	2	3	4	5	6
6. 器物破壊	1	2	3	4	5	6
7. 他者への迷惑行為	1	2	3	4	5	6
8. 性的逸脱行為	1	2	3	4	5	6
9. 失禁	1	2	3	4	5	6
10. 不潔行為	1	2	3	4	5	6
11. 衣類を破る・脱ぐ	1	2	3	4	5	6
12. 収集癖	1	2	3	4	5	6
13. てんかん発作	1	2	3	4	5	6
14. 気分易変性	1	2	3	4	5	6
15. 集中力低下	1	2	3	4	5	6
16. 特定の物や人に対する強いこだわり	1	2	3	4	5	6
17. ストレス脆弱性	1	2	3	4	5	6
18. 服薬非遵守	1	2	3	4	5	6
19. 介助等への拒否・拒絶・抵抗行為	1	2	3	4	5	6
20. 徘徊	1	2	3	4	5	6
21. 多動・行動の停止	1	2	3	4	5	6
22. 強迫行為	1	2	3	4	5	6
23. 過食・拒食	1	2	3	4	5	6
24. 多飲水	1	2	3	4	5	6
25. 異食	1	2	3	4	5	6
26. 物質依存	1	2	3	4	5	6
27. 放火	1	2	3	4	5	6
28. その他	1	2	3	4	5	6

2. 上記の1~28の症状・問題行動のうち、退院後予測されるものを選択してください。(複数選択)

可)

1. 自殺念慮	11. 衣類を破る・脱ぐ	20. 徘徊
2. 自傷行為	12. 収集癖	21. 多動・行動の停止
3. 言語的暴力	13. てんかん発作	22. 強迫行為
4. 身体的暴力	14. 気分易変性	23. 過食・拒食
5. 衝動性	15. 集中力低下	24. 多飲水
6. 器物破壊	16. 特定の物や人に対する 強いこだわり	25. 異食
7. 他者への迷惑行為	17. ストレス脆弱性	26. 物質依存
8. 性的逸脱行為	18. 服薬非遵守	27. 放火
9. 失禁	19. 介助等への拒否・拒絶・ 抵抗行為	28. その他
10. 不潔行為		

3. 26. 物質依存を選んだ場合、具体的な内容をお書きください。

4. 28. その他を選んだ場合、具体的な内容をお書きください。

問18 調査日現在の精神症状について、次のうちあてはまるものを1つ選択してください。

1. 症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが日常生活の中ではほとんど目立たない程度である。
2. 精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
3. 精神症状、人格水準の低下、認知症の症状などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。または軽度から中等度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。
4. 精神症状、人格水準の低下、認知症の症状などにより意思の伝達か判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉など）、慢性的幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または中等度のうつ状態、そう状態を含む。
5. 精神症状、人格水準の低下、認知症の症状などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい滅裂や無言症）がある。時に逸脱行動が見られることがある。または最低限の身辺の清潔維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。または重度のうつ状態、そう状態を含む。
6. 活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の認知症の症状などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時嚴重な注意や見守りを要する。または重大な自傷他害行為が予測され、嚴重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

問19 調査日現在のGAF尺度をお答えください。

(参考) 別冊資料集9ページ 資料4

問20 調査日現在のADLをお答えください。

(参考) 別冊資料集10ページ 資料5

	0. 自立	1. 準備のみ	2. 観察	3. 部分的な援助	4. 広範な援助	5. 最大の援助	6. 全面依存
a. ベッド上の可動性	0	1	2	3	4	5	6
b. 移乗	0	1	2	3	4	5	6
c. 食事	0	1	2	3	4	5	6
d. トイレの使用	0	1	2	3	4	5	6
e. 入浴	0	1	2	3	4	5	6
f. 衣服の着脱	0	1	2	3	4	5	6

問21 調査日現在のIADLをお答えください。

(参考) 別冊資料集10ページ 資料6

	0. 問題ない	1. いくらか困難 (援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる)	2. 非常に困難 (ほとんど、あるいは全く本人は実施できない)
a 食事の用意	0	1	2
b 家事一般	0	1	2
c 金銭管理	0	1	2
d 薬の管理	0	1	2
e 電話の利用	0	1	2
f 買い物	0	1	2
g 交通手段の利用	0	1	2

問22 調査日現在の生活障害評価について、該当する項目を1つ選択してください。

※ 問21と重複する質問もございますが、2つの違うスケールでの評価を行うため、どちらもお答えいただきますよう、お願いいたします。

(参考) 別冊資料集11～12ページ 資料7

a 食事	0	1	2	3	4	5
b 生活リズム	0	1	2	3	4	5
c 保清	0	1	2	3	4	5
d 金銭管理	0	1	2	3	4	5
e 服薬管理	0	1	2	3	4	5
f 対人関係	0	1	2	3	4	5
g 社会的適応を妨げる行動	0	1	2	3	4	5

問23 調査日現在の日常生活能力の程度について、あてはまるものを1つ選択してください。

1. 精神障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に行える。
2. 精神障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける。
3. 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
4. 精神障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する。
5. 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

問24 身体合併症

1. 今回の入院治療中、下記の身体合併症は認めましたか。以下の選択肢より選んでください（複数選択可）。

※治療上管理を要するものに限る

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 廃用症候群</li> <li>2. 低栄養・低体重</li> <li>3. 水中毒</li> <li>4. 糖尿病</li> <li>5. 高血圧</li> <li>6. 骨折</li> <li>7. 肺炎（誤嚥性肺炎含む）</li> <li>8. その他感染症</li> <li>9. 悪性新生物</li> <li>10. 脳血管疾患 →具体的に（ア. 後遺症あり イ. 後遺症なし）</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>11. 心疾患</li> <li>12. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患</li> <li>13. 肝・胆疾患</li> <li>14. 消化管疾患</li> <li>15. 慢性腎不全</li> <li>16. 錐体外路症状</li> <li>17. 褥瘡</li> <li>18. 深部静脈血栓症</li> <li>19. その他</li> <li>20. なし</li> </ol> |
|--|--|

2. その他を選んだ場合、具体的な疾患名をお書きください。

**入院後の処遇状況**

問25 入院日から1年以内の処遇状況

1. 入院日に隔離室を使用しましたか。

1. 使用した            2. 使用していない            3. 不明

2. 上の問で1を選択された場合、入院日からの隔離の期間をお答えください。

1. 1ヶ月未満                            3. 2ヶ月以上～3ヶ月未満            5. 6ヶ月以上～1年未満  
 2. 1ヶ月以上～2ヶ月未満            4. 3ヶ月以上～6ヶ月未満

3. 上の問で1を選択された場合、その主な理由は何ですか。

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自傷行為のため</li> <li>2. 他害行為のため</li> <li>3. 他者への暴言など威圧的行為のため</li> <li>4. 他者への迷惑行為のため</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. 不潔行為のため</li> <li>6. 夜間帯の迷惑行為/夜間せん妄のため</li> <li>7. 治療拒否のため</li> <li>8. その他（                            ）</li> </ol> |
|---|--|

4. 入院日に拘束を行いましたか。

- |         |             |       |
|---------|-------------|-------|
| 1. 拘束した | 2. 拘束はしていない | 3. 不明 |
|---------|-------------|-------|

**問26 調査日現在から過去1年間の処遇状況**

1. 調査日現在から過去1年間で隔離室を使用しましたか。

- |         |            |
|---------|------------|
| 1. 使用した | 2. 使用していない |
|---------|------------|

2. 上の問で「1. 使用した」を選択された場合、隔離の期間をお答えください。

※ 2回以上隔離を行った場合、そのおおよその合計期間をお答えください。

- |                |                |               |
|----------------|----------------|---------------|
| 1. 1ヶ月未満       | 3. 2ヶ月以上～3ヶ月未満 | 5. 6ヶ月以上～1年未満 |
| 2. 1ヶ月以上～2ヶ月未満 | 4. 3ヶ月以上～6ヶ月未満 |               |

3. 上の問で「1. 使用した」を選択された場合、その主な理由は何ですか。

- |                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 1. 自傷行為のため          | 5. 不潔行為のため           |
| 2. 他害行為のため          | 6. 夜間帯の迷惑行為／夜間せん妄のため |
| 3. 他者への暴言など威圧的行為のため | 7. 治療拒否のため           |
| 4. 他者への迷惑行為のため      | 8. その他 ( )           |

4. 調査日から過去1年間で拘束を行いましたか。

- |         |             |
|---------|-------------|
| 1. 拘束した | 2. 拘束はしていない |
|---------|-------------|

**治療内容**

※ 以下の問では今まで治療内容に対し、処方薬がどのように変化してきたか（調査日現在と調査日から1年前時点の変化）を比較する目的で行います。

**問27 調査日から1年以上前にはどのような治療を行いましたか。（複数選択可）**

- |                                 |                 |
|---------------------------------|-----------------|
| 1. 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） |                 |
| 2. 持効性抗精神病薬注射剤                  | 8. 生活技能訓練（SST）  |
| 3. クロザピン治療                      | 9. 環境調整         |
| 4. 修正型電気けいれん療法                  | 10. 職員同伴による外出訓練 |
| 5. 従来型電気けいれん療法（有痙攣）             | 11. 退院支援プログラム   |
| 6. 精神療法                         | 12. 疾病教育プログラム   |
| 7. 作業療法                         | 13. その他 ( )     |

問28 調査日からちょうど1年前の時点で処方していた薬物治療内容（薬剤名、処方量）をすべて記載してください。

※ ちょうど1年前の時点で確認できない場合、そこから最も近い日付の診療録などの記載内容を参照してください。

※ 下に記載している薬剤の内、重複して記載している薬剤は、主目的で使用している薬剤のみ選択肢記入ください（例：オランザピンを統合失調症に使用している場合は、抗精神病薬の（1）に記載し、気分安定薬の（3）は空欄としてください）。

(1) 抗精神病薬	1. クロザピン	mg	10. クロルプロマジン	mg
	2. オランザピン	mg	11. ペルフェナジン	mg
	3. リスペリドン(コンスタ®)	mg	12. チミペロン	mg
	4. リスペリドン	mg	13. レボメプロマジン	mg
	5. アリピプラソール	mg	14. フルフェナジン	mg
	6. クエチアピン	mg	15. プロムペリドール	mg
	7. プロナンセリン	mg	16. ピモジド	mg
	8. ペロスピロン	mg	17. その他	mg
	9. ハロペリドール	mg	( )	
(2) 抗うつ薬	1. パロキセチン	mg	10. クロミプラミン	mg
	2. フルボキサミン	mg	11. セチプチリン	mg
	3. ミルナシプラン	mg	12. マプロチリン	mg
	4. セルトラリン	mg	13. イミプラミン	mg
	5. デュロキセチン	mg	14. ノルトリプチリン	mg
	6. ミルタザピン	mg	15. アモキサピン	mg
	7. エシタロプラム	mg	16. トラゾドン	mg
	8. ミアンセリン	mg	17. その他	mg
	9. アミトリプチン	mg	( )	
気分安定薬 (3)	1. リチウム製剤	mg	4. ラモトリギン	mg
	2. バルプロ酸ナトリウム	mg	5. オランザピン	mg
	3. カルバマゼピン	mg	6. その他	mg
		( )		
(4) 抗てんかん薬	1. バルプロ酸ナトリウム	mg	7. カルバマゼピン	mg
	2. ラモトリギン	mg	8. トピラマート	mg
	3. フェノバルビタール	mg	9. ガバペンチン	mg
	4. レベチラセタム	mg	10. クロナゼパム	mg
	5. フェニトイン	mg	11. ジアゼパム	mg
	6. エトサクシミド	mg	12. その他	mg
		( )		

問29 調査日から過去1年間で取り組まれた治療内容は何ですか。(複数選択可)

1. 修正型電気けいれん療法	6. 環境調整
2. 従来型電気けいれん療法(有痙攣)	7. 職員同伴による外出訓練
3. 精神療法	8. 退院支援プログラム
4. 作業療法	9. 疾病教育プログラム
5. 生活技能訓練(SST)	10. その他( )

問30 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を記載してください。

※ 下に記載している薬剤の内、重複して記載している薬剤は、主目的で使用している薬剤のみ選択し、記入ください。(例：オランザピンを統合失調症に使用している場合は、抗精神病薬の(1)に記載し、気分安定薬の(3)は空欄としてください)

(1) 抗精神病薬	1. クロザピン	mg	10. クロルプロマジン	mg
	2. オランザピン	mg	11. ペルフェナジン	mg
	3. リスペリドン(コンスタ®)	mg	12. チミペロン	mg
	4. リスペリドン	mg	13. レボメプロマジン	mg
	5. アリピプラゾール	mg	14. フルフェナジン	mg
	6. クエチアピン	mg	15. プロムペリドール	mg
	7. プロナンセリン	mg	16. ピモジド	mg
	8. ペロスピロン	mg	17. その他	mg
	9. ハロペリドール	mg	( )	
(2) 抗うつ薬	1. パロキセチン	mg	10. クロミプラミン	mg
	2. フルボキサミン	mg	11. セチプチリン	mg
	3. ミルナシبران	mg	12. マプロチリン	mg
	4. セルトラリン	mg	13. イミプラミン	mg
	5. デュロキセチン	mg	14. ノルトリプチリン	mg
	6. ミルタザピン	mg	15. アモキサピン	mg
	7. エシタロプラム	mg	16. トラゾドン	mg
	8. ミアンセリン	mg	17. その他	mg
	9. アミトリプチン	mg	( )	
気分安定薬 (3)	1. リチウム製剤	mg	4. ラモトリギン	mg
	2. バルプロ酸ナトリウム	mg	5. オランザピン	mg
	3. カルバマゼピン	mg	6. その他	mg
(4) 抗てんかん薬			( )	
	1. バルプロ酸ナトリウム	mg	7. カルバマゼピン	mg
	2. ラモトリギン	mg	8. トピラマート	mg
	3. フェノバルビタール	mg	9. ガバペンチン	mg
	4. レベチラセタム	mg	10. クロナゼパム	mg
	5. フェニトイン	mg	11. ジアゼパム	mg
6. エトサクシミド	mg	12. その他	mg	
		( )		

クロザピン治療と修正型電気けいれん療法が  
この患者にとって適応か否かのお考えをお聞きます。

問31 クロザピン治療

1. この患者は、クロザピン治療の適応基準にあたりますか。

(参考) 別冊資料集13ページ 資料8

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 適応にあたる | 2. 適応にあたらぬ |
|-----------|------------|

※ 貴院がCPMS（クロザリル患者モニタリングサービス）に登録されていて、該当患者がクロザピン治療の適応に当たる場合、以下の質問に答えてください。

2. この患者に対し、クロザピン治療を行いましたか。

- |                         |           |
|-------------------------|-----------|
| 1. 行った（副作用により中断した場合も含む） | 2. 行っていない |
|-------------------------|-----------|

3. 行っていない場合、どのような理由ですか。（複数選択可）

- |                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. 無顆粒球症などの副作用のリスクが心配         | 8. 60歳以上の高齢であり、不審と判断       |
| 2. 患者の服薬拒否や定期的な採血拒否           | 9. 診療報酬上の評価が不十分            |
| 3. 患者の同意能力がないが、代諾者がいない        | 10. 行ったとしても、改善が認められるとは思えない |
| 4. 白血球数や好中球数が規定の数値に達しない       | 11. その他 ( )                |
| 5. 退院後、モニタリングのための頻回の通院が困難     |                            |
| 6. 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 |                            |
| 7. 使用にあたっての手続きやルールが煩雑すぎる      |                            |

問32 修正型電気けいれん療法

1. この患者は、修正型電気けいれん療法の適応にあたりますか。

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 適応にあたる | 2. 適応にあたらぬ |
|-----------|------------|

※ 貴院が修正型電気けいれん療法を行える環境にあり、該当患者が修正型電気けいれん療法の適応に当たる場合、以下の質問に答えてください。

2. この患者に対し、修正型電気けいれん療法を行いましたか。

- |                         |           |
|-------------------------|-----------|
| 1. 行った（副作用により中断した場合も含む） | 2. 行っていない |
|-------------------------|-----------|

3. 行っていない場合、どのような理由ですか。（複数選択可）

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. 従来型電気けいれん療法（有痙攣）をこの患者に対し既に行っている |
| 2. 患者や代諾者の拒否                       |
| 3. 麻酔科との連携がとれない                    |
| 4. 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    |
| 5. 診療報酬上の評価が不十分                    |
| 6. 行ったとしても、改善が認めるとは思えない            |
| 7. その他 ( )                         |



家庭環境、住居、地域医療サービスなど

問33 家族環境

1. 調査日時点における患者の下記の家族環境問題はありますか。(複数選択可)

- |                           |   |               |   |
|---------------------------|---|---------------|---|
| 1. 本人が家族を拒否               | } | 8. 家族環境に問題はない | ) |
| 2. 家族との不和                 |   | 9. その他        |   |
| 3. 家族が過干渉                 |   | (             |   |
| 4. 家族が患者を拒否               |   |               |   |
| 5. 家族の疾病への理解が乏しい          |   |               |   |
| 6. 家族の対応能力が乏しい(例:家族が高齢など) |   |               |   |
| 7. 日常生活を支える家族がない          |   |               |   |

2. 家族環境に問題があった場合、調査日現在までにどのような対応をされましたか。(複数選択可)

- |                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| 1. 本人に家族との距離の取り方を助言した    | 5. 公的機関に働きかけを行った     |
| 2. 同居家族に働きかけを行った         | 6. 積極的なはたらきかけは行っていない |
| 3. 同居していない家族・親族に働きかけを行った | 7. その他               |
| 4. 家族・親族以外の人に働きかけを行った    | (                    |
|                          | )                    |

問34 退院後の受け入れ先

1. 退院後の受け入れ先として、入院前にいた場所に退院出来ると考えられますか。

- |        |         |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

2. 入院前にいた場所に退院出来ない場合、その理由を選択してください。(複数選択可)

- |                               |   |   |                               |
|-------------------------------|---|---|-------------------------------|
| 1. 本人が拒否                      | } | ) |                               |
| 2. 家庭内調整がうまくいかない              |   |   |                               |
| →具体的に                         |   |   | ア. 過去に近親者が受けたトラウマがあり、関係修復が困難  |
|                               |   |   | イ. 家族の疾病への理解が乏しい              |
|                               |   |   | ウ. 家族の対応能力が乏しい                |
|                               |   |   | エ. その他(                       |
|                               |   |   | )                             |
| 3. 独居生活となる                    |   |   |                               |
| 4. 以前入所していた施設が満床となり、他施設が適当と判断 |   |   |                               |
| 5. 以前入所していた施設が受け入れを拒否         |   |   |                               |
| 6. 本人/家族が以前入所していた施設を拒否        |   |   |                               |
| 7. 治療上、以前の場所に返すことは不適と判断       | } | ) |                               |
| →具体的に                         |   |   | ア. 不適とした精神症状(具体的な症状:          |
|                               |   |   | イ. 不適としたその他の症状・問題行動(具体的な症状・行動 |
|                               |   |   | ウ. 身体合併症治療                    |
|                               |   |   | エ. ADL 低下                     |
|                               |   |   | オ. IADL 低下                    |
| 8. その他(                       |   | ) |                               |

3. 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<sup>\*1</sup>を選択してください。(複数選択可)

※ 1 想定される退院先とは、地域で現在あるものとしています。

※ 2 「4. 他の精神科病院」を選択する場合は、クロザピン治療、修正型電気けいれん療法目的など、治療上必要な転院に限ります。

1. 別の家族の家	5. 障害福祉サービスによる入所施設
2. 賃貸住宅	6. 介護保険サービスによる入所施設
3. 一般病院	7. その他 ( )
4. 他の精神科病院 <sup>*2</sup>	

4. 上で挙げた想定される退院先の、それぞれの困難度をア.～ウ.の中から選択してください。

1. 別の家族の家	ア. 困難である	イ. 比較的容易	ウ. 容易
2. 賃貸住宅	ア. 困難である	イ. 比較的容易	ウ. 容易
3. 一般病院	ア. 困難である	イ. 比較的容易	ウ. 容易
4. 他の精神科病院 <sup>*2</sup>	ア. 困難である	イ. 比較的容易	ウ. 容易
5. 障害福祉サービスによる入所施設	ア. 困難である	イ. 比較的容易	ウ. 容易
6. 介護保険サービスによる入所施設	ア. 困難である	イ. 比較的容易	ウ. 容易
7. その他 ( )	ア. 困難である	イ. 比較的容易	ウ. 容易

5. 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を記載してください。

--

問35 退院後想定される収入源を1～8の中から選択してください。(複数選択可)

1. 退院後、就労先が決定している	6. 生活保護を受給している
2. 家族からの援助で生活する目処が立っている	7. 現時点で生活保護は受給していないが、退院に併せて受給する
3. 障害年金を受給している	8. 確保が困難
4. 現時点で障害年金は受給していないが、退院に併せて受給する	9. その他 ( )
5. 老齢基礎年金を受給している	

問36 退院するとした場合、この患者に必要な地域医療/サービスについてそれぞれお答えください。

※1～4については、地域で現実を受けることができるもので選択してください。

1. 医療 (複数選択可)

1. 精神科通院医療	6. 身体合併症に対応できる精神科医
2. 精神科訪問看護・診療	7. 多職種チームによる訪問
3. 精神科デイケア・デイナイトケア	8. 医療サービスは必要がない
4. 精神科ナイトケア	9. その他 ( )
5. 精神症状に対応する一般医	

2. 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) (複数選択可)

※ 施設入所支援とは、施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、その他の必要な日常生活上の支援を行なうサービスです。

1. 就労移行支援事業	8. 生活介護
2. 就労継続支援 A 型	9. 地域活動支援センター (訪問支援等)
3. 就労継続支援 B 型	10. 施設入所支援 <sup>*</sup>
4. 自立訓練 (生活訓練、訪問型)	11. 短期入所 (ショートステイ)
5. 自立訓練 (宿泊型)	12. サービスは必要としない
6. 居宅介護 (ホームヘルプ)	13. その他 ( )
7. 行動援護	



問39 精神症状が重度または不安定で退院できない場合、一番の原因である症状を一つお答えください。

- |  |
|--|
| 1. 自殺企図の意志が強い  |
| 2. 退院後も自傷行為が予測され、嚴重かつ持続的な注意を要する  |
| 3. 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<br>→具体的に（ア. 言語的暴力 イ. 身体的暴力 ウ. その他（ ））                |
| 4. 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   |
| 5. 妄想などによる、迷惑／不潔行為が強い<br>→具体的に（ア. 性的逸脱行為 イ. 失禁 ウ. 弄便 エ. その他（ ））                      |
| 6. 陰性症状、うつや昏迷などのために、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                                    |
| 7. 服薬拒否  |
| 8. 重複障害の影響により、精神症状が安定しない<br>→具体的に（ア. 知的障害 イ. 発達障害 ウ. パーソナリティ障害 エ. 物質依存<br>オ. その他（ ）） |
| 9. その他（ ）  |

問40 改善阻害要因

1. 一年以上治療を行うも、精神症状が改善しない主な理由は何によるものと考えていますか。下記より一つお選びください。

- |          |                             |
|----------|-----------------------------|
| 1. 治療抵抗性 | 3. 治療に反応するも、環境により容易に悪化してしまう |
| 2. 治療拒否  | 4. その他（ ）                   |

2. 治療抵抗性が原因であると答えした方にお聞きます。

①治療抵抗性の要因は何だとお考えですか。

- |                          |           |
|--------------------------|-----------|
| 1. 主診断自体の病状が改善しない        | 3. その他（ ） |
| 2. 重複障害の影響により、精神症状が安定しない |           |

②治療抵抗性と判断するのにかかった日数

- |          |                |               |         |
|----------|----------------|---------------|---------|
| 1. 1ヶ月未満 | 2. 1ヶ月以上～3ヶ月未満 | 3. 3ヶ月以上～1年未満 | 4. 1年以上 |
|----------|----------------|---------------|---------|

③治療抵抗性と判断した職種（複数回答可）

- |            |                           |
|------------|---------------------------|
| 1. 医師      | →具体的に（ア. 主治医 イ. 自院 ウ. 他院） |
| 2. 看護師     | →具体的に（ア. 自院 イ. 他院）        |
| 3. 精神保健福祉士 | →具体的に（ア. 自院 イ. 他院）        |
| 4. 作業療法士   | →具体的に（ア. 自院 イ. 他院）        |
| 5. 臨床心理技術者 | →具体的に（ア. 自院 イ. 他院）        |
| 6. その他（ ）  |                           |

④治療抵抗性と判断した後の対応

- |               |  |
|---------------|--|
| 1. 転医         | →具体的に（ア. 他の薬物療法目的 イ. クロザピン治療目的<br>ウ. 修正型電気けいれん療法目的<br>エ. その他（ ）） |
| 2. 自院で現行治療の継続 | 3. その他（ ）  |

アンケートはここで終了です。ご協力ありがとうございました。