

(資料) 調査バッテリー (最終版)

1	担当者マニュアル
2	処方調査1：施設調査票
3	処方調査2：重度かつ慢性例への薬物療法調査票
4	医師アンケート：統合失調症に対する薬物療法
5	薬物療法の記録と院内システムに関する調査票 (Fidelity 調査票)

## < 処方調査 1 > 抗精神病薬の使用実態に関する調査

(1)から(4)についてのご対応をお願いいたします。

この調査では右肩に **処方調査 1** と書かれた 2 枚つづりの「施設調査票」を使用します。

### (1) 専門医、病床数、診療報酬請求数などの調査

「施設調査票」にご記入いただき、封筒 1に入れてください。

### (2) 統合失調症薬物療法についての横断調査

調査日の前の月に貴院にて最低 1 日以上入院治療を受けた方（調査時点に入院していなくてもよい）で、「(2)の抽出の条件」（以下に記載）に合致する方の処方箋（ただし屯用薬の処方箋は除外）をプリントアウトしてください。

プリントアウトした処方箋は、患者名が読めないように黒塗りし、処方箋の右上部分に患者の性別（男性／女性、又は、**M/F**）と調査日の年齢をご記入ください。処方箋はまとめて封筒 2に入れてください。

### (2)の抽出の条件

- ①精神科主診断が **F 2** 圏で
- ②調査時点の年齢が **20 歳以上 65 歳未満**で
- ③経口抗精神病薬のみで治療されている方（持効性注射製剤が投与されていない者）

プリントアウトする処方箋は、対象患者さんお一人あたり 1 件のみです。

処方箋は、同じ月に複数件ある場合、発行日が一番古い処方箋をプリントアウトしてください。抽出の条件に該当する方が 100 名を超えた場合、101 名以降は本調査の対象外となります。対象患者さんの選択は、ID の下 1 桁がなるべく小さい方から順に選択してください。なお、抽出の条件に該当する方が 100 名より少ない場合には、すべての方を対象としてください。

### プリントアウトする処方箋の選び方

調査日が 3 月なら、処方箋は 2 月のものから選択します。

対象患者の発行日のもっとも古い処方箋は2月1日付のものとなりますが、2月1日付の処方箋がない場合は2月2日、2月3日、・・・と発行日を移動し、もっとも古い日付のものを選択してください。

### (3) 統合失調症持効性注射製剤についての横断調査

調査日の前の月に貴院にて最低1日以上入院治療を受けた方（調査時点に入院していなくてもよい）で、「(3)の抽出の条件」（以下に記載）に合致する方の持効性注射製剤の注射箋（ただし屯用注射の注射箋は除外）および発行日が同じかもっとも近い内服薬の処方箋をプリントアウトしてください。

プリントアウトした処方箋は、患者名が読めないように黒塗りし、処方箋の右上部分に患者の性別（男性／女性、又は、M／F）と年齢をご記入ください。

処方箋はまとめて封筒3に入れてください。

#### (3)の抽出の条件

- ①精神科主診断が F2 圏で
- ②調査時点の年齢が 20 歳以上 65 歳未満で
- ③持効性注射製剤が定期的に投与されている者（内服薬併用していても良い）

プリントアウトする注射箋は、対象患者さんお一人あたり1件のみです。

処方箋は、同じ月に複数件ある場合、発効日が一番古い処方箋をプリントアウトしてください。また、経口薬が併用されている方については、注射箋の発行日が同じかもっとも近い内服薬の処方箋（屯用薬でないもの）をプリントアウトしてください。

抽出の条件に該当する者が 20 名を超えた場合、21 名以降は本調査の対象外となります。対象患者さんの選択は、ID の下 1 桁がなるべく小さい方から順に選択してください。抽出の条件に該当する者が 20 名以下の場合には、すべての方を対象としてください。

### (4) 院内採用薬（向精神薬のみで可）

貴院の院内採用薬リスト（1部）を同封のクリアファイルに入れてください。

<処方調査1>は以上となります。ありがとうございました。

## ＜処方調査 2＞ 1年以上入院者の処方歴調査

以下の(1)(2)についてご対応をお願いいたします。

この調査では右肩に **処方調査 2** と書かれた 4 枚つづりの「重度かつ慢性例への薬物療法調査票」を使用します。

### (1) 「重度かつ慢性」の判定

以下の「抽出の条件」に合致する候補患者さんをリストアップしてください。

#### 抽出の条件

精神科主診断が F2 圏、かつ、貴施設における調査時点の

- ①今回入院期間が 1 年を超過し、
- ②貴院になお入院継続中で
- ③貴院の今回入院日が平成 24 年 1 月 1 日以降の方（他の精神科病院から転院した方も可。身体科病院から帰院した方は対象から除外。）

リストアップされた候補患者さんの担当医先生に「重度かつ慢性例への薬物療法調査票」のご記入をお願いしてください。

### (2) II の調査票への記入

この調査では、I で「病状等が重症または不安定であるため」に該当した場合のみ、II の調査へ進みます。非該当の場合、その患者さんについて以後の調査は行いません。

II の調査票を最後まで記入した患者さんの数が 10 名となりましたら 11 名以降の患者は対象外となります。候補患者さんの選択は、リスト中、ID の下 1 桁がなるべく小さい方から順に選択してください。

II の調査票への記入は、過去のカルテをご参照いただくなどのご負担もごさいますが、担当の先生方が調査票の最後までもれなく記入してくださるようにご尽力のほどをくれぐれもお願いいたします。

また、大変申し訳ありませんが、謝礼を差し上げられるのは II の調査票をご

記入された先生のみとなっておりますのでご注意ください。

調査票はまとめて封筒4に入れてください。

なお、この調査のためにリストアップした患者さんリストは、本調査のデータ点検が終わる平成30年12月31日までお手元に保管してください。

※個人名などの情報が含まれるリストを本調査事務局へ提出されないようにご注意ください。

<処方調査2>は以上となります。ありがとうございました。

## < 医師アンケート > 統合失調症に対する薬物療法

この調査では右肩に **医師アンケート** と書かれた

4枚つづりの「統合失調症に対する薬物療法：医師アンケート」を使用します。

本アンケートは、貴院において入院診療に従事しており、専攻医ではない常勤の精神科医の先生にご記入をお願いいたします。回答していただいた後のアンケートは、**封筒6**に入れてご提出ください。後日、ご回答いただいた先生の人件分の謝礼を送付させていただきます。

※アンケートは1施設あたり最大10名様となっておりますのでご注意ください。

## < 薬物療法に関するフィデリティ調査 >

この調査では右肩に **Fidelity 調査票** と書かれた

10枚つづりの「薬物療法の記録と院内システムに関する調査票」を使用します。

本アンケートは、内容的に、貴院において入院診療に従事しており、管理職の立場であられる精神科医の先生（医療部長、副院長など）に病院を代表してご回答いただきたいものです。もしご回答が難しい場合、病院業務を熟知しておられる他の精神科医の先生にご記入をお願いいたします。

回答後のアンケートは、**封筒7**に入れてご提出ください。後日、大変不躰ではございますが謝礼を送付させていただきます。

施設調査票

施設名 \_\_\_\_\_

1. 担当者情報

1) 所属 \_\_\_\_\_

2) 氏名 (フリガナ) \_\_\_\_\_

3) 連絡方法 \_\_\_\_\_

2. 施設情報

1) 臨床精神神経薬理学専門医の勤務数

< 専門医                    名      そのうち常勤                    名 >

2) 精神科総病床数      <                    床 >

3) 急性期治療病棟ないし精神科救急入院料算定病棟の有無と病床数

< 0: なし            1: あり      →                    床 >

4) 平成 29 年度の持効性抗精神病薬治療管理料の算定実績

< 0: なし            1: あり      →      平成 29 年度 1 年間                    件 >

5) 平成 28 年度の治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の算定実績

< 0: なし            1: あり      →      平成 29 年度 1 年間                    件 >

## 6) 平成 30 年 6 月の処方料、処方せん料の算定実績

1 処方料 (院内処方箋)	
向精神薬多剤投与 (いずれか 3 剤以上)	件
7 種類以上	件
上記のいずれでもない (6 種類以下)	件
2 処方せん料 (院外処方箋)	
向精神薬多剤投与 (いずれか 3 剤以上)	件
7 種類以上	件
上記のいずれでもない (6 種類以下)	件

症例 ID \_\_\_\_\_

重度かつ慢性例への薬物療法調査票

I. 重度かつ慢性 該当／非該当の判定

① 本症例は、次のいずれに該当しますか。

入院1年を経過した時点で退院の可能性はありましたか？ 困難と回答された場合は、その理由も選択してください

- 0 : 可能性あり 困難（理由を選択してください）
- 1 : 病状等が重症または不安定であるため
- 2 : それ以外の理由

病状等が重症または不安定以外にチェックの場合

→ 非該当：調査Ⅱは行いません。

「病状等が重症または不安定」にチェックの場合

→ 該当：調査Ⅱをご回答ください。

注意：1年以内に退院しなかったのは、対象者の病状（精神症状の重症度、問題行動、日常生活機能障害などによる）が重度のためと判断される例は、「病状が重度かつ慢性」をご選択ください。

症例 ID \_\_\_\_\_

## II. 薬物療法についての調査

以下の該当するものに○をするか、下線部にご記入ください。

② F2 精神科診断の詳細 ( 1 : F20 2 : F22 3 : F25 4 : その他 )

③ 今回入院年月日

H24 (2012) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

H25 (2013) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

H26 (2014) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

H27 (2015) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

H28 (2016) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

H29 (2017) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

④ 入院時年齢 \_\_\_\_\_ 歳

⑤ 性別 ( M : 男性 F : 女性 )

⑥ 精神症状初発年月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

⑦ 精神科合併症 ( 0 : なし 1 : あり → \_\_\_\_\_ )

⑧ 身体合併症 ( 0 : なし 1 : あり → \_\_\_\_\_ )

⑨ キーパーソンの有無 ( 0 : なし 1 : あり )

⑩ 今回入院前の状況は以下の 1 から 7 のどれに該当しますか。

( 1 2 3 4 5 6 7 )

- 1 非初回入院例（治療中断なし、又は、治療中断 2 週間未満）
- 2 非初回入院例（2 週間以上 3 ヶ月未満の治療中断あり）
- 3 非初回入院例（3 ヶ月以上の治療中断あり）
- 4 初回入院例（外来治療歴なし）
- 5 初回入院例（外来治療歴あり：治療中断なし、又は、2 週間未満）
- 6 初回入院例（外来治療歴あり：2 週間以上の治療中断あり）
- 7 その他  
→ 7 の場合 下の空欄に具体的にご記入ください。

その他の場合、ご記入ください。

## ベースラインの処方記入欄

今回入院時の最初の処方内容をご記入ください。夕方入院したような場合は、1日の処方内容が分かるように入院翌日の処方などをご記入ください。また、内服している薬を抗精神病薬に限らずすべてご記入ください。定期的な持効性注射剤の投与がある場合、処方内容と投与間隔をご記入ください。

持効性注射剤（処方内容／投与間隔）

## 3 ヶ月時の処方記入欄

入院後3ヶ月経過時の処方内容をご記入ください。  
内服している薬を抗精神病薬に限らずすべてご記入ください。

持効性注射剤（処方内容／投与間隔）

## 1 年時の処方記入欄

入院後 1 年経過時の 1 日の処方内容をご記入ください。  
内服している薬を抗精神病薬に限らずすべてご記入ください。

持効性注射剤（処方内容／投与間隔）



⑪-2 入院3ヶ月以降1年までに行った治療／方策に○をつけてください。

1	入院時の主剤（最大用量の抗精神病薬）を継続（同量）	
2	入院時の主剤を継続（ただし増量）	
3	入院時の主剤を継続（ただし減量）	
4	主剤を他の抗精神病薬へ変更（切り替え）	
5	抗精神病薬を追加（2剤併用）	
6	抗精神病薬を追加（3剤以上の併用）	
7	抗精神病薬の多剤併用を単純化（併用数を削減）	
8	クロザピンを新たに投与	
9	mECTを実施	
10	増強療法を実施（抗精神病薬以外の薬剤の追加）	
11	内服について念入りな確認を行った	
12	デポ剤を新たに導入	
13	薬物ガイドラインに基づく治療方針を再検討した	
14	薬物治療の治療方針について同僚医師に相談した。	
15	薬物療法の治療方針について指導者（上司、専門医など）に相談した。	
16	薬物療法の治療方針について多職種でカンファレンスを行った。	
17	薬物療法の治療方針について文献を参照した。	
18	その他（ ）	

統合失調症に対する薬物療法：精神科医アンケート

1. 入院例への薬物選択に関する質問

治療同意の得られている以下のような統合失調症例に対して、あなたが普段、最初に投与する抗精神病薬は何ですか。

また、最初の薬剤で期待した反応が得られなかった場合、次に投与する薬剤を最低ひとつ、投与戦略（切り替え or 2剤併用）とともにご教示ください（複数回答可）。

1) 24歳男性。治療歴がない初発入院例。糖尿病なし。

最初に投与する薬剤 (A) (1剤のみ) \_\_\_\_\_

次に投与する薬剤 (B) (複数回答可) \_\_\_\_\_  
( Bへ切り替え ・ AにBを併用 )

2) 24歳女性。治療歴がない初発入院例。糖尿病なし。

最初に投与する薬剤 (A) (1剤のみ) \_\_\_\_\_

次に投与する薬剤 (B) (複数回答可) \_\_\_\_\_  
( Bへ切り替え ・ AにBを併用 )

3) 24歳男性。治療歴がない初発入院例。糖尿病あり。

最初に投与する薬剤 (A) (1剤のみ) \_\_\_\_\_

次に投与する薬剤 (B) (複数回答可) \_\_\_\_\_  
( Bへ切り替え ・ AにBを併用 )

4) 35歳男性。過去に入院歴が複数回ある例。単剤の前治療薬（常用量のリスペリドン）で5年間安定が得られていたが、主治医交代をきっかけに怠薬がはじまり通院が中断。その半年後に悪化入院した。入院時、怠薬を認め、入院には渋々同意。糖尿病なし。

最初に投与する薬剤 (A) \_\_\_\_\_

次に投与する薬剤 (B) (複数回答可) \_\_\_\_\_  
( Bへ切り替え ・ AにBを併用 )

5) 35歳男性。過去に入院歴が複数回ある例。2剤併用の前治療薬（常用量のリスペリドンと常用量のオランザピンを併用）で5年間安定が得られていたが、主治医交代をきっかけに怠薬がはじまり通院が中断。その半年後に悪化入院した。入院時、怠薬を認め、入院には渋々同意。糖尿病なし。

最初に投与する薬剤 (A) \_\_\_\_\_

次に投与する薬剤 (B) (複数回答可) \_\_\_\_\_  
( Bへ切り替え ・ AにBを併用 )

6) 35歳男性。過去に入院歴が複数回ある例。3剤併用の前治療薬（常用量のリスペリドンと常用量のオランザピンと常用量のブロナンセリンを併用）で5年間安定が得られていたが、主治医交代をきっかけに怠薬がはじまり通院が中断。その半年後に悪化入院した。入院時、怠薬を認め、入院には渋々同意。糖尿病なし。

最初に投与する薬剤 (A) \_\_\_\_\_

次に投与する薬剤 (B) (複数回答可) \_\_\_\_\_  
( Bへ切り替え ・ AにBを併用 )

7) 35歳男性。前回入院後、十分な改善（完全寛解）が得られて通院治療へ移行も、薬（常用量のリスペリドン）の飲み忘れが多く、通院中断はないものの、半年後に悪化入院。入院時、担当医を突然蹴飛ばし、入院に強く抵抗したため、隔離室へ収容された。糖尿病なし。

最初に投与する薬剤 (A) \_\_\_\_\_

次に投与する薬剤 (B) (複数回答可) \_\_\_\_\_  
( B へ切り替え ・ A に B を併用 )

8) 35歳男性。前回入院後、十分な改善（完全寛解）が得られて通院治療へ移行も、薬（常用量のリスペリドンと常用量のオランザピンを併用）の飲み忘れが多く、通院中断はないものの、半年後に再び悪化入院。糖尿病なし。

最初に投与する薬剤 (A) \_\_\_\_\_

次に投与する薬剤 (B) (複数回答可) \_\_\_\_\_  
( B へ切り替え ・ A に B を併用 )

9) 35歳男性。前回入院後、不完全寛解が得られて通院治療へ移行も2ヶ月後に再び悪化入院。今回入院後、リスペリドン6mgを4週間、次いで、オランザピン20mgを4週間投与したが、依然として治療抵抗性の幻聴が続いている。糖尿病なし。身体合併症なし。

最初に投与する薬剤 (A) \_\_\_\_\_

次に投与する薬剤 (B) (複数回答可) \_\_\_\_\_  
( B へ切り替え ・ A に B を併用 )

10) 35歳男性。前回入院後、不完全寛解が得られて通院治療へ移行も2ヶ月後に再び悪化入院。今回入院後、リスペリドン6mgを4週間、次いで、オランザピン20mgを4週間投与したが、依然として治療抵抗性の幻聴が続いている。糖尿病なし。白血球数3000で当面、クロザピンの適用は考えられない。

最初に投与する薬剤 (A) \_\_\_\_\_

次に投与する薬剤 (B) (複数回答可) \_\_\_\_\_  
( Bへ切り替え ・ AにBを併用 )

## 2. 入院患者の薬物治療方針に関する質問

1) 入院患者に対して新しく投与開始し、常用量に達した抗精神病薬の効果判定に、あなたは平均してどれくらいの日数をかけていますか。 \_\_\_\_\_日

2) あなたは、担当患者に3剤以上の抗精神病薬による併用療法を行いますか。

1 . . . . . 2 . . . . . 3 . . . . . 4 . . . . . 5  
まったく行わない あまり行わない どちらとも言えない 比較的よく行う 頻繁に行う

3) あなたは、担当患者に持効性注射剤を使用しますか。

1 . . . . . 2 . . . . . 3 . . . . . 4 . . . . . 5  
まったく使わない あまり使わない どちらとも言えない 比較的よく使う 頻繁に使う

4) 国内において唯一治療抵抗例に対しての投与が認められているクロザピンがあなたのご勤務されている医療機関において選択肢となる場合、あなたは、担当患者にクロザピンを使用しますか。

クロザピンの選択肢 (0: なし / 1: あり → 以下をご回答ください。)



1 . . . . . 2 . . . . . 3 . . . . . 4 . . . . . 5  
まったく使わない あまり使わない どちらとも言えない 比較的良好に使う 頻繁に使う

5) 治療抵抗例に対して行われることのある mECT (修正型電気けいれん療法) があなたのご勤務されている医療機関において選択肢となる場合、あなたは、担当患者に mECT を行いますか。

mECT の選択肢 (0: なし / 1: あり → 以下をご回答ください。)



1 . . . . . 2 . . . . . 3 . . . . . 4 . . . . . 5  
まったく行わない あまり行わない どちらとも言えない 比較的良好に行う 頻繁に行う

アンケートは以上となります。ご回答いただきありがとうございました。

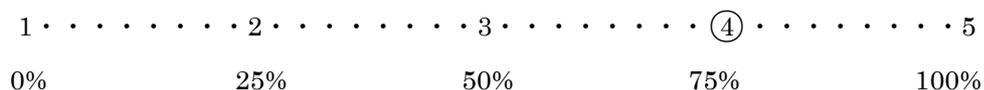
薬物療法の記録と院内システムに関する調査票

この調査票は、海外で用いられている MedMAP (Medication Management Approaches in Psychiatry) Fidelity Scale をもとにした調査票です。質問①から⑬までありますが、記載の例などを参考にして、ご記入ください。

質問①：貴施設のカルテ（診療録）に以下の項目を記載する様式がありますか？以下の「記載の例」を参考にして、カルテに該当する項目の記載欄があれば数字に○をつけ、実際にどの程度の頻度で記載されているか、1(0%)から5(100%)のうち最も近い番号（比率）に○をつけて下さい（下記項目のためのテンプレートがあり、カルテ本文中に記載される場合等は『様式あり』とし、診察内容として単にカルテ本文に記載されたものは『なし』として下さい）。

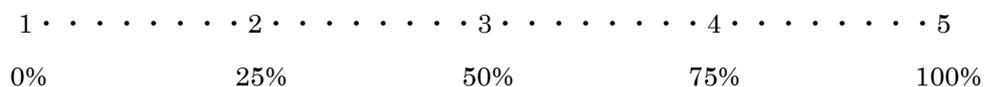
<記載の例>

①. 患者住所

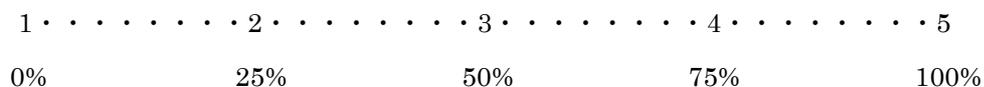


<ここからご記入ください>

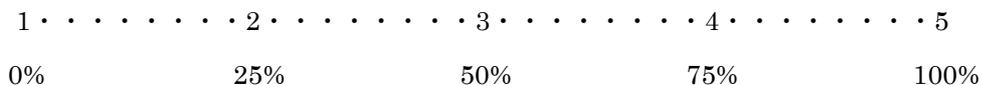
1. 診断



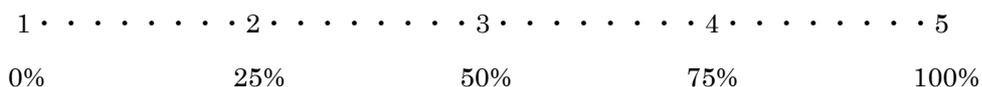
2. 病歴



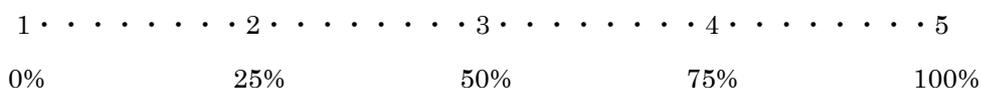
3. 自殺企図歴



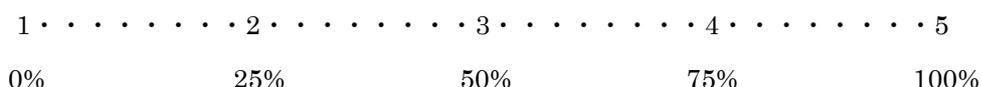
4. 現在の日常生活状況（機能レベルや社会適応度など）



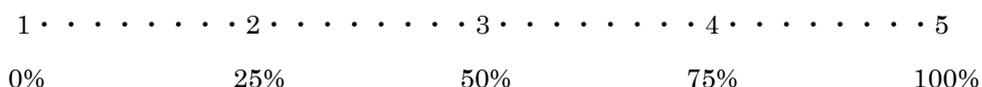
5. 現在の薬物治療内容と用量



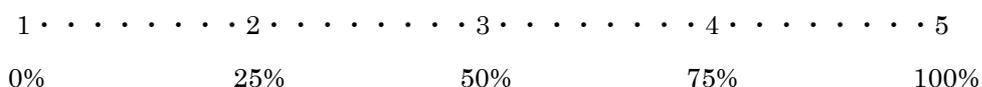
6. 現在の薬物治療の副作用



7. 現在の薬物治療アドヒアランス



8. 現在の薬物治療を選択した理由

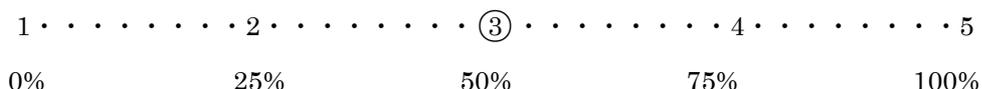


質問②：診断、症状、重症度及び治療内容などの経時的変化が追えるように、カルテに以下の項目の記載欄、ないし、サマリー（要約記載欄）の様式がありますか？

以下の「記載の例」を参考として、ある項目の数字に○をつけて下さい。また、ある場合、定期的に更新されているか否か（はい / いいえ）、及び、実際にどの程度の頻度で更新されているか、1（0%）から 5（100%）のうち最も近い番号（比率）に○をつけて下さい（下記項目のためのテンプレートがあり、カルテ本文中に記載される場合等は『様式あり』とし、診察内容として単にカルテ本文に記載されたものは『なし』として下さい）。

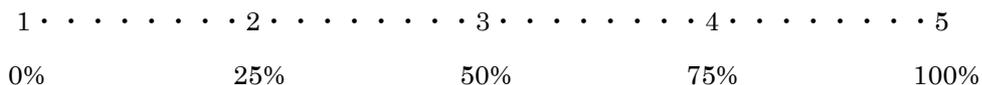
<記載の例>

①. 患者住所 （定期的に更新している **③** : はい / **1** : いいえ）



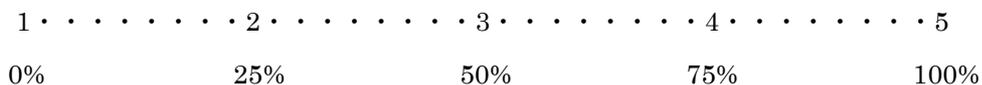
<ここからご記入ください>

1. 診断 （定期的に更新している **0** : はい / **1** : いいえ）



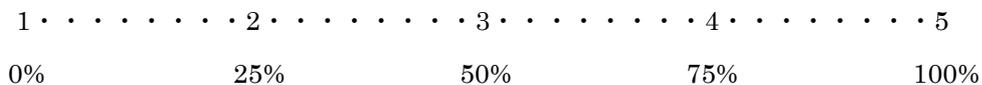
2. 経過（症状・重症度・問題行動等を含む）のサマリー

（定期的に更新している **0** : はい / **1** : いいえ）

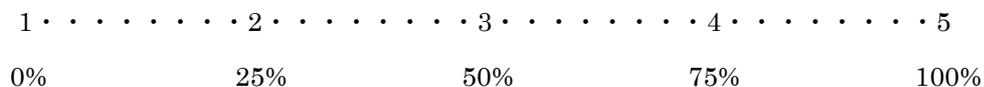


3. 処方経過（薬物治療内容、用量、治療期間）のサマリー

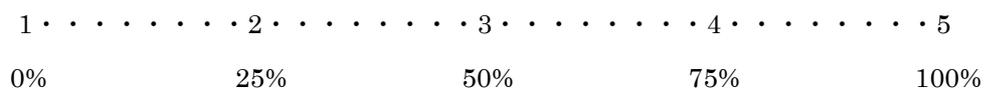
（定期的に更新している **0** : はい / **1** : いいえ）



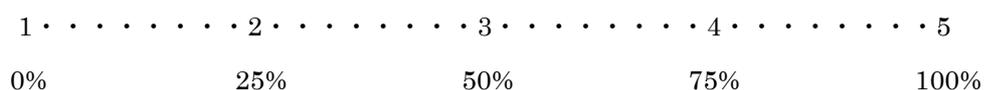
4. 薬物治療アドヒアランス (定期的に更新している 0 : はい / 1 : いいえ)



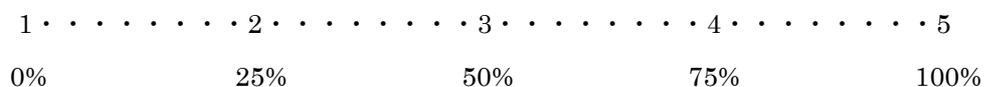
5. 副作用のチェックリスト (定期的に更新している 0 : はい / 1 : いいえ)



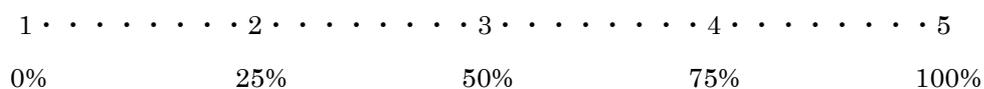
6. 経験された副作用への対応 (定期的に更新している 0 : はい / 1 : いいえ)



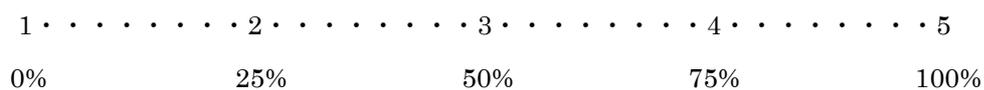
7. 処方変更の理由 (定期的に更新している 0 : はい / 1 : いいえ)



8. 治療に対する患者の希望 (定期的に更新している 0 : はい / 1 : いいえ)



9. 注意すべき薬物相互作用 (定期的に更新している 0 : はい / 1 : いいえ)



質問③：貴施設において採用されている抗精神病薬に○をつけて下さい。

1	リスペリドン	
2	オランザピン	
3	クエチアピン	
4	ペロスピロン	
5	アリピプラゾール	
6	ブロナンセリン	
7	パリペリドン	
8	アセナピン	
9	クロザピン	
10	リスペリドン持効性懸濁注射液 (リスペリドンのデポ剤)	
11	パリペリドンパルミチン酸エステル持効性懸濁注射液 (パリペリドンのデポ剤)	
12	アリピプラゾール水和物持続性注射剤 (アリピプラゾールのデポ剤)	
13	フルフェナジンデカン酸エステル注射液 (フルフェナジンのデポ剤)	
14	ハロペリドールデカン酸エステル注射液 (ハロペリドールのデポ剤)	

質問④：下記の抗精神病薬で、使用するために特別な手続き（書類記入、他者からの承認など）が必要な薬はありますか（クロザピンの CPMS で決められた手続きは除く）？ある抗精神病薬の右に○をつけその手続内容をご記入下さい。

No.	抗精神病薬	必要ありに○	手続き内容
1	リスペリドン		
2	オランザピン		
3	クエチアピン		
4	ペロスピロン		
5	アリピプラゾール		
6	ブロナンセリン		
7	パリペリドン		
8	アセナピン		
9	クロザピン		
10	リスペリドン持効性懸濁注射液		
11	パリペリドンパルミチン酸エステル持効性懸濁注射液		
12	アリピプラゾール水和物持続性注射剤		
13	フルフェナジンデカン酸エステル注射液		
14	ハロペリドールデカン酸エステル注射液		

質問⑤：以下の入院患者に対して、多職種（3 職種以上）のミーティングを定期的に行っていますか（医療観察法病棟は除く）？

下記のうち該当するものに○をつけ、『3. 定期的に行っている』場合にはその頻度をご記入下さい。

(1) 入院 3 ヶ月未満の患者

1. 行っていない
2. 必要時行う
3. 定期的に行っている（頻度：1 回/\_\_\_\_\_ D：日・W：週・M：月）

(2) 入院 3 ヶ月以上、1 年未満の患者

1. 行っていない
2. 必要時行う
3. 定期的に行っている（頻度：1 回/\_\_\_\_\_ D：日・W：週・M：月）

(3) 入院 1 年以上の患者

1. 行っていない
2. 必要時行う
3. 定期的に行っている（頻度：1 回/\_\_\_\_\_ D：日・W：週・M：月）

質問⑥：薬物治療のトレーニングやスーパービジョンを定期的に行っていますか？ 下記に○をつけ、『3. 定期的に行っている』場合、その頻度及び担当者（院長、外部講師、日本臨床精神神経薬理学会専門医など）をご記入下さい。

1. 行っていない
2. 必要時行う
3. 定期的に行っている

頻度：1 回/\_\_\_\_\_ D：日・W：週・M：月

担当者：\_\_\_\_\_

以下の質問⑦から質問⑫について、貴施設全体（医療観察法病棟は除く）で最も合致するものに○をつけて下さい。

質問⑦：貴施設では、退院後初回受診時に、入院中の様子や治療内容がすぐに把握できる。

1 . . . . . 2 . . . . . 3 . . . . . 4 . . . . . 5

全く当てはまらない 当てはまらない どちらとも言えない 当てはまる かなり当てはまる

質問⑧：貴施設には、定期的に、薬物治療に難渋している患者及び治療抵抗性統合失調症患者を同定して、主治医へ伝える仕組み（委員会、ミーティングなど）がある。

・薬物治療に難渋している患者の場合

1 . . . . . 2 . . . . . 3 . . . . . 4 . . . . . 5

全く当てはまらない 当てはまらない どちらとも言えない 当てはまる かなり当てはまる

・薬物治療抵抗性統合失調症患者の場合

1 . . . . . 2 . . . . . 3 . . . . . 4 . . . . . 5

全く当てはまらない 当てはまらない どちらとも言えない 当てはまる かなり当てはまる

質問⑨：貴施設では、薬物治療全体及び個々の抗精神病薬について、適切な情報を患者、家族へ提供するための仕組みが組織化されている（教育用資料を用いて定期的に行われているなど）。

・薬物治療全体

1 . . . . . 2 . . . . . 3 . . . . . 4 . . . . . 5

全く当てはまらない 当てはまらない どちらとも言えない 当てはまる かなり当てはまる

・個々の抗精神病薬

1 . . . . . 2 . . . . . 3 . . . . . 4 . . . . . 5

全く当てはまらない 当てはまらない どちらとも言えない 当てはまる かなり当てはまる  
質問⑩-1：貴施設では、特定の薬物治療ガイドラインを採用している。

1 . . . . . 2 . . . . . 3 . . . . . 4 . . . . . 5

全く当てはまらない 当てはまらない どちらとも言えない 当てはまる かなり当てはまる

質問⑩-2：上の問いで、4, 5 と回答された方のみご回答下さい。薬物治療ガイドラインを逸脱する治療を実施した際、どのような対応が必要となりますか。

- 1：特になにも行っていない
- 2：理由をカルテ記載する
- 3：申請、承認が必要となる
- 4：その他（ )

質問⑪：貴施設では、予約外の救急患者をすぐに診察することが出来る。

1 . . . . . 2 . . . . . 3 . . . . . 4 . . . . . 5

全く当てはまらない 当てはまらない どちらとも言えない 当てはまる かなり当てはまる

質問⑫：貴施設では、退院後予約外の受診を希望する患者がすぐに外来予約をとることが出来る。

1 . . . . . 2 . . . . . 3 . . . . . 4 . . . . . 5

全く当てはまらない 当てはまらない どちらとも言えない 当てはまる かなり当てはまる

質問⑬：貴施設では、抗精神病薬の多剤・大量療法を同定して、医師へ是正をもとめることを定期的に行っている。

・多剤療法について

1.....2.....3.....4.....5

全く当てはまらない 当てはまらない どちらとも言えない 当てはまる かなり当てはまる

・大量療法について

1.....2.....3.....4.....5

全く当てはまらない 当てはまらない どちらとも言えない 当てはまる かなり当てはまる

アンケート調査は以上で終了となります。ご協力ありがとうございました。