

平成30年度厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究

－関連研究班の統括・調整研究（H29-精神-一般-003）

平成30年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 安西 信雄

目 次

I. 総括研究報告	
重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究	
— 関連研究班の統括・調整研究 (H29-精神-一般-003) —————	7
安西 信雄	
II. 分担研究報告	
1. 薬物療法に関する研究 —————	35
宮田 量治	
2. クロザピン使用指針に関する研究 —————	56
木田 直也	
3. 心理社会的治療に関する研究 —————	60
岩田 和彦	
4. チームによる地域ケア体制に関する研究 —————	62
吉川 隆博	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	64

- (資料1) 「重度かつ慢性」治療の好事例選択に関する第一次アンケート調査用紙
(資料2) 「重度かつ慢性」治療の好事例選択に関する第二次アンケート調査用紙
(資料3) 「重度かつ慢性」患者の包括支援実践ガイド

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）） 重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究 －関連研究班の統括・調整研究

研究代表者 安西 信雄 （帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 教授・研究科長）

研究要旨

【背景と目的】「重度かつ慢性」の基準を満たす精神障害者でも入院から地域に移行できる、また新規入院患者を「重度かつ慢性」に至らせることなく早期に退院させることができる効果的な包括的支援ガイドラインを平成30年度末までに開発することが本研究の目的である。この統括調整班は5つの研究班が協力して調査を実施できるように、各班共通のアンケート調査の実施と解析の幹事役を担う班である。今年度は昨年度に実施した好事例病院のヒアリングと第一次アンケートにもとづき好事例実践の要因を見いだし、第二次アンケートにまとめ、好事例病院での各要因の実施状況を調査し、各班独自の調査結果も踏まえ、実践ガイドを作成することを目的とした。

【方法と結果】(1)「好事例」選択基準の明確化：厚労科研「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：山之内芳雄）と「重度かつ慢性」分担研究班（分担研究者：安西信雄）の助言を受けながら好事例の選択基準の検討を行った。その結果、好事例病院を選ぶ基準は、A. 新規入院患者の1年後までの退院率が高い（全国中央値89.3%以上）、B. すでに1年を超えて在院している患者の1年後までの居宅系退院率が高い（参考値8.4%以上）、C. 在院患者中の1年を超える患者の占める率が低い（全国中央値61.4%以下）について、Aを満たし、BとCのどちらか（または両方）を満たす病院となった（注：居宅退院率には、自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含む）。第一次アンケートに回答をいただいた52病院に好事例基準を当てはめたところ、20病院が該当した。そこで好事例20病院と、その他の30病院を比較検討した。

(2) 第一次アンケートでは「病状等が重症または不安定であった」ため在院が長期化したのち退院した患者797人を解析した。797人には在院5年以上が46.4%含まれており、「重度かつ慢性」の長期在院患者でも退院できることが分かった。退院に結びつく好事例要因を明らかにするため、好事例病院とその他の病院を比較したところ、クロザピン療法実施率や地域移行加算取得率などで好事例病院の方がその他の病院より有意に実施率が高かった。これらの結果と、ヒアリングや各班の独自調査結果を取り入れて、好事例に関連すると考えられる要因を第二次アンケートにまとめ、好事例20病院に依頼して実施状況を調査した。好事例病院での実施率の高いものを好事例に関連する要因と考え、「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイドをまとめた。

(3)「重度かつ慢性」の典型例8類型のケースビネットを作成し、好事例病院に所属する経験豊富な医師にアセスメントと治療／支援方法の解説していただいた。

【結論】わが国における1年以上の長期在院患者に「重度かつ慢性」基準をあてはめ、長期在院患者の中に「重度かつ慢性」患者が概ね60%程度存在することが示されたが、それらの患者に必要な治療や支援は明らかにされていない。今回の調査により「重度かつ慢性」基準を満たす長期在院患者に対して好事例病院で実施されている治療や支援の実態が明らかになり、好事例要因が抽出され、現場で実践可能な「重度かつ慢性」に関する包括支援実践ガイドを作ることができた。今後はその普及と検証を通じて、「入院医療中心から、地域生活支援中心」への軸の転換をめざして、この実践ガイドが役立てられて、精神科医療の高度化に寄与し、「重度かつ慢性」に合致する患者でも退院と地域生活への移行を可能にする包括支援の開発・普及へと発展していくことを期待したい。

研究分担者

宮田量治 地方独立行政法人 山梨県立
北病院 院長
木田直也 独立行政法人 国立病院機構
琉球病院・医師
岩田和彦 地方独立行政法人 大阪府立
病院機構 大阪精神医療センター 副
院長
吉川隆博 東海大学医学部看護学科 准
教授

研究協力者

山之内芳雄 国立研究開発法人 国立精
神・神経医療研究センター精神保健研
究所 副所長・部長
田口真源 医療法人静風会大垣病院 理
事長・院長
井上新平 社会福祉法人北斗会 さわ病
院 医師
立森久照 国立研究開発法人 国立精
神・神経医療研究センター トランス
レーショナル・メディカルセンター
室長
河岸光子 医療法人社団欣助会 吉祥寺
病院 看護部 看護師長
工藤由佳 特定医療法人 群馬会 群馬
病院 医師

A. 研究目的

厚生労働省の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」による報告書（平成 29 年 2 月 8 日）¹で、平成 27 年度厚労科研「精神障害者の重症度及び重症患者の治療体制等に関する研究」（研究代表者：安西信雄）²（以下、「基準案に関する研究」と略す）で報告された『「重度かつ慢性」基準案』について、「精神疾患の重症度

を医学的に評価する基準の一つとして活用する」とともに、それに加えて「当該基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及」、「当該基準を満たす症状を有していても地域生活を可能にする支援に関する実証研究」、「当該基準を満たす症状に至らないように精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実など」を推進していく必要性が指摘された。

本研究班の研究はこの報告書で示された方向性に沿い、その具体化を目指すものである。

平成 29-30 年度厚生労働科学研究費補助金「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究」が、本統括調整班（研究代表者：安西信雄）および「薬物療法指針」（同：宮田量治）、「心理社会的治療指針」（同：（平成 29 年度）井上新平、（平成 30 年度）岩田和彦）、「地域ケア・チーム体制指針」（同：吉川隆博）の 5 つの研究班の共同で取り組まれた（以下、これらの研究班を「包括支援研究班」と略す）。

本研究班は、「包括支援研究班」の他の 4 つの研究班の研究代表者を研究分担者として、研究協力者として、平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」の山之内芳雄研究代表者、さらに、日本精神科病院協会推薦を受けた専門家や、生物統計専門家、精神科医療現場の実践家などにより構成されている。

本研究班は平成 30 年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：山之内芳雄）とその分担研究班「「重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制」（分担研究者：安西信雄）と連携し、密

接に協力しながら研究を推進した。

本研究班の研究目的は、「重度かつ慢性」の基準を満たす精神障害者でも入院生活から地域生活に円滑に移行できるための包括的支援アプローチと、新規の入院患者を「重度かつ慢性」に至らせることなく早期に退院させる包括的支援アプローチを明らかにし、入院医療および地域医療で実施可能で効果的な包括的支援実践ガイドを平成 30 年度までに開発することである。

昨年度の研究班による本調査研究の全体像のイメージを文末の図表 1 に示した。

最終年度にあたる今年度は、①「重度かつ慢性」に関する好事例病院・地域のヒアリングおよび第一次アンケート結果を踏まえ、好事例実践の要因を整理して第二次アンケートにまとめ、好事例病院での実践状況のフィードバックを得ること、②薬物療法班とクロザピン班では独自の調査を行うこと、③第一次アンケートから得られた「重度かつ慢性」の 8 つの典型例についてケースビネットを作成して好事例病院で治療経験のある医師からこれらの典型例への治療上のエッセンスの教示を得ること、これらの結果を踏まえて「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイドをまとめることを目標として本研究を実施した。

B. 研究方法

1. 文献調査

心理社会的治療／方策研究班（研究代表者：岩田和彦）の池淵恵美分担研究者により、「重度かつ慢性」患者の退院支援に関する文献研究を実施した³⁾。

2. 実践ガイド作成に向けての研究方法

平成 29-30 年度の 2 年間の間に、下記の

10 のステップにより実践ガイド作成を計画した。下記の①は平成 29 年度に実施した。②については平成 29 年度から実施したが、回答数を増やすため回収期間を本年 6 月まで延長し、本年度に集計結果の検討を行った。③以降は本年度に実施した。

- ① 退院の成果があがっている全国の病院を訪問してヒアリングを行う。
- ② 各研究班で実施した全国の好事例病院・地域のヒアリング調査に基づき、「重度かつ慢性」患者の好事例治療／支援に関する第一次アンケートを作成し、第一次アンケート調査を実施する。第一次アンケートの対象は、図表 1 に示したように、全国約 340 の二次医療圏から好事例地域として選択された 38 二次医療圏に属する精神科病床を有する病院、および平成 26-27 年調査への協力病院（約 260 病院）である。
- ③ 第一次アンケートの結果をもとに「好事例病院選択の基準」を定め、好事例病院を選択する。
- ④ 第一次アンケートにもとづき好事例に関連する要因の検討を行う。
- ⑤ 好事例に関連すると思われる要因（好事例要因候補）を整理して第二次アンケートとしてまとめる。
- ⑥ 好事例病院を対象に第二次アンケートを実施して、第二次アンケートの各項目の実施状況の回答を得る。
- ⑦ 第二次アンケート結果から、好事例病院での実施率の高い要因を好事例に関連する要因と考え、好事例要因を絞り込んで、実践ガイドの形でまとめる。
- ⑧ 薬物療法班とクロザピン班では独自の調査を実施し、それらの結果を実践ガイ

ドに組み入れる。

- ⑨ ヒアリングと第一次アンケートから「重度かつ慢性」につながる「典型的な事例」が明らかになっているので、それらを8つの典型例(事例)としてケースビネットにまとめ、該当する典型例の退院実績のある好事例病院の医師から治療と支援の方法についての回答を得る。
- ⑩ 臨床現場で実践可能で統一感のある実践ガイドになるように方針を定め、各研究班が分担してそれぞれの領域を記載したうえで、統括・調整班で検討を重ねて本実践ガイドを作成する。

研究結果については、文献調査に続いて、上記の10のステップを、①第一次アンケートの結果と「好事例病院」の選択基準、②第一次アンケート調査からみた好事例要因の検討、③各研究班によるヒアリングやパイロットスタディ等の調査結果、④「重度かつ慢性」患者の実践ガイドの概要にまとめ、その順に述べる。

(倫理面への配慮)

本研究は帝京平成大学倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 29-027)。

C. 研究結果

1. 文献調査：「重度かつ慢性」患者の退院支援に関する文献研究

心理社会的治療／方策研究班(研究代表者：岩田和彦)の分担研究として池淵恵美らにより「重度かつ慢性」患者の退院支援に関する文献研究が実施された(文献3)。

医学中央雑誌により2013年～2018年の間に発表された文献から「長期入院」「退院困難」「退院支援」などで検索し、研究目的

と合致する11論文を抽出した。またPubMedで”deinstitutionalization”を用いて検索し27論文、および”severe (and persistent) mental illness” or “treatment resistant psychosis”を検索用語として、退院支援に関連する8論文を抽出した。

これらの検討の結果、先進諸国においては制度や時代は異なるものの脱施設化が行われ、多くの「重度かつ慢性」患者も地域生活が可能となっていた。それを可能にするためACTや居住サポートシステム、地域での治療継続の仕組みなどが発展していた。

わが国の報告では、退院困難度尺度⁴⁾などを用いて退院困難要因の調査が行われているが、家族の協力が得にくいことが退院困難の理由として挙げられることが多かった。わが国では家族と同居を希望する文化があり、そうした当事者の志向を尊重すると同時に、家族の献身を期待しなくてもよい地域ケアシステムを開発していく必要がある。先進諸国と同様にACTや居住サポートなどの仕組みが普及し、家族の献身を期待しなくてもよい地域ケアシステムを開発していく必要があることが指摘された。

2. 第一次アンケートの結果と「好事例病院」の選択基準

好事例病院の選択基準を設定する根拠を得ること、好事例と関連した包括的支援の実態を調査することを目的として5つの研究班が協力して平成30年2～6月に第一次アンケート調査を実施した。

調査対象は、平成26～27年度厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」による調査にご協力くださった219病院と、厚生労

働省ナショナルデータベース(NDB)から好事例二次医療圏として選択された38の二次医療圏に属する精神病床を有する108病院で合計327病院であった。

(このうち、好事例二次医療圏の選択においては、平成29年度厚労科研「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究班」(研究代表者:山之内芳雄)から、「精神科病床長期在院患者退院率(OLS退院率)」、「精神科新規入院患者が1年以上在院となる率(NLS発生率)」、「精神科病棟在院患者中の1年を超える患者の占める率」の全国集計値を提供していただいた。

第一次アンケート調査の調査票を資料1に示した。

施設調査では、①調査時の入院患者中の1年以上在院患者(注:OLS比率が分かる)、②平成27年度に新入院した患者中の1年以内退院患者(注:NLS発生率が分かる)、③1年超在院患者のうち1年後までに退院した患者(注:OLS退院率が分かる)、④精神科地域移行加算の請求実績、⑤クロザピン治療、mECT実施の実績などを調査した。

患者調査では「1年超在院患者(OLS)のうち1年後までに退院した患者」(上記の③)について一人ひとりの詳しい情報を調査した。具体的には、その病院で平成28年4月1日時点で1年を超えて在院していた患者のうち、その後1年間に退院した患者を対象として、年齢、性別、診断等の他、入院長期化の理由と退院先、退院に資した主な治療(薬物療法やその他の治療/支援など)、およびその患者が「退院後支援・ケアプラン作成における典型例(8つを提示)」に該当するかを確認した。さらに、二次アンケート調査への協力の可否の回答をお願いした。

いた。

その結果、52病院から施設票・患者票と二次アンケート調査への協力可の回答をいただいた(回答率16.5%)。

第一次アンケート調査の回答をもとに、厚労科研「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」(研究代表者:山之内芳雄)と「重度かつ慢性」分担研究班(分担研究者:安西信雄)の助言を受けながら、統括・調整研究班で好事例病院の選択基準を検討した。

退院実績は地域における病院の役割や様々な条件が影響するが、全国一律の基準を設けるため、好事例病院を選ぶ基準は、下記のAを満たし、BとCのどちらか(または両方)を満たす病院とした。

表1「重度かつ慢性」基準を満たす患者の治療/支援および発生予防における「好事例病院」の選択基準

下記のAを満たし、BとCのどちらか(または両方)を満たす病院

- A:新規入院患者の1年後までの退院率が高い(全国中央値89.3%以上)
- B:すでに1年を超えて在院している患者の1年後までの居宅系退院率^{注1}が高い(参考値8.4%以上)
(注1:居宅系退院には自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含む)
- C:在院患者中の1年を超える患者の占める率が低い(全国中央値61.4%以下)

全国中央値を用いたのは、トップレベルの病院だけでなく、平均的な好ましい医療

を実践している病院も抽出できるようにするためである。

回答を得た 52 病院のうち、新入院患者の 1 年までの退院率が 89.3%以下であったのは 29 病院（全体の 55.8%）、在院患者中の 1 年超患者率が 0 人は 3 病院（全体の 5.8%）、0 人を除く 61.4%以下は 25 病院（48.1%）、居宅退院率が 8.4%以上であったのは 15 病院（28.8%）であった。

図表 2（本文末）は縦軸が入院後 1 年までの退院率、横軸が居宅退院率とした散布図である（文献 5 から引用）。右上の第 1 象限が好事例に該当する。

図表 3（本文末）は縦軸が入院後 1 年までの退院率、横軸が 1 年以上の在院患者が占める率である（文献 5 から引用）。左上の第 2 象限が好事例に該当する。

3. 第一次アンケート調査からみた好事例要因の検討

(1) 好事例病院とその他の病院の設置主体・病院規模等の比較

好事例 20 病院の設置主体別分類は、民間 11 病院（55.0%）、自治体立 7 病院（35.0%）、国立 2 病院（10.0%）で、民間病院が半数強を占めていた。好事例病院とその他の病院を対比して、病院の規模（患者数）を検討した。調査時点の在院患者数（認知症が主診断の患者を除く）をみると、好事例病院、その他の病院のどちらも在院患者 100 人～299 人の範囲が多く、両群間に在院患者数の有意差は見られなかった（表 2 文献 4 から引用）。

表2 好事例/その他の病院の調査時点の在院患者数(認知症を除く)

	(人数)	1 好事例 (%)	非好事例 (%)	合計 (%)
1= -99	1	5.0%	6 20.0%	7 14.0%
2=100-199	8	40.0%	10 33.3%	18 36.0%
3=200-299	8	40.0%	8 26.7%	16 32.0%
4=300-399	1	5.0%	4 13.3%	5 10.0%
5=400-499	2	10.0%	1 3.3%	3 6.0%
6=500-599	0	0.0%	1 3.3%	1 2.0%
合計	20	100.0%	30 100.0%	50 100.0%

注)在院患者数の平均は、好事例病院(n=20) 210.9±117.4人、非好事例病院(n=30)212.7±123.0人で、両群間に有意差は見られなかった(t=0.052, 自由度48, p=0.958)。

好事例病院と、その他の病院と在院患者の平均在院日数(平成 28 年度)を比較した。好事例病院では 200 日未満が多いのに対し、その他の病院では 200 日以上の方が多かった(表 3 文献 5 から引用)。

表3 好事例/その他の病院の平均在院日数

	区分(日)	1 好事例 (%)	非好事例 (%)	合計 (%)
平均在院日数区分	1= -39	1 5.0%	0 0.0%	1 2.0%
	2=40-99	4 20.0%	1 3.3%	5 10.0%
	3=100-199	11 55.0%	3 10.0%	14 28.0%
	4=200-299	4 20.0%	10 33.3%	14 28.0%
	5=300-	0 0.0%	16 53.3%	16 32.0%
合計		20 100.0%	30 100.0%	50 100.0%

注)平均在院日数の平均は、好事例病院(n=20) 147.3±62.3日、非好事例病院(n=30)382.1±311.0日、好事例病院群の方が非好事例病院群より有意に短かった(t=3.32, 自由度48, p<0.01)。

以上のように、好事例とその他の病院との間に病床規模には有意差はなかったが、平均在院日数は好事例病院がその他の病院より有意に短かった。このことから好事例とその他の病院との間に、病院規模とは異なる要因が関与していると考えられた。

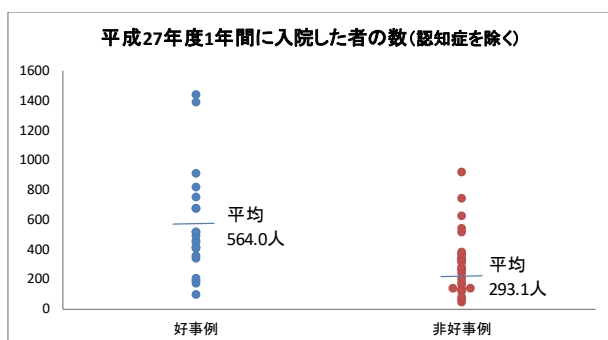
(2) 加算請求やクロザピン CPMS 登録など

施設票から病院単位での比較を行った。平成 28 年度中に「精神科地域移行加算」の請求実績があったのは、好事例病院は 12 病院（60.0%）で、その他の病院は 8 病院（26.7%）であった。CPMS 登録は、好事例病院では 16 病院（80.0%）、その他の病院では 20 病院（66.7%）が登録していた。クロザピン導入目的で入院患者を他の精神科病院から受け入れた実績は、好事例病院は 8 病院（40.0%）、その他の病院は 10 病院（33.3%）が実績ありであった。逆にクロザピン導入目的で他院へ紹介した実績は、好事例病院

は 2 病院 (10.0%)、その他の病院は 4 病院 (13.3%) がありと回答した。院内に mECT の実施体制が整備されているかについては、好事例病院は 10 病院 (50%)、その他の病院は 5 病院 (16.7%) で整備されていた。好事例病院の方がその他の病院より整備されているが有意に多かった (Fisher 直接確率 $p=0.025$)。

(3) 各病院ごとの入院患者数

好事例病院とその他の病院の平成 27 年度 1 年間の新入院患者数は、好事例病院では平均 564.0 ± 362.8 人 (96 人～1,437 人)、その他の病院では 293.1 ± 209.3 人 (44 人～919 人) より有意に多かった ($p < 0.01$)。図 1 は両群を対比して入院患者数の分布を示したものである。



平成 27 年度 1 年間の各病院への新入院患者数
 好事例病院 (n=20) 564.0 ± 362.8
 非好事例病院 (n=29) 293.1 ± 209.3
 $t=3.31$, 自由度 47, $p < 0.01$ (平均値の差の検定)

平成 27 年度 1 年間の新入院患者数 (認知症を除く) を各病院の在院患者数で割ったもの、すなわち各病院の平成 27 年度の回転数を見たのが表 4 である。

表 4 で回転数が 1.5 未満か、1.5 以上かで分けると、好事例病院では 1.5 未満は 2 病院で 18 病院 (90%) が 1.5 以上であったのに対し、その他の病院では 1.5 未満が 20

表 4 入院数/在院患者数 (回転数)
 の好事例病院とその他の病院の比較

(注:平成27年度1年間の入院者数(認知症除く)/在院患者数)

回転率	好事例Hp	%	その他Hp	%
4以上	5	25.0%	1	3.6%
3-4未満	3	15.0%	0	0.0%
2-3未満	3	15.0%	3	10.7%
1.5-2未満	7	35.0%	5	17.9%
1-1.5未満	1	5.0%	9	32.1%
1未満	1	5.0%	11	39.3%
計	20	100.0%	29	103.6%

注:その他の病院の1病院は欠損値のため除外

好事例病院の平均= 3.50 ± 1.56

その他の病院平均= 1.56 ± 1.97

病院 (66.7%) を占め、1.5 以上は 9 病院 (30.0%) であった。Fisher の直接確率で好事例病院はその他の病院に対して、1.5 回転以上の病院が有意に多かった ($p < 0.001$)。

(4) 重症のため 1 年を超えて在院した後、1 年後までに退院した患者の分析

以下、患者ごとの患者票の検討を行った。

第一次アンケート (資料 1) には 52 病院から入院患者 1,032 人の報告が得られた。これらは平成 28 年 4 月 1 日時点で入院期間が 1 年を超えていた患者のうち、平成 28 年度末までに退院した患者である。そのうち主診断が認知症 (F0) の患者が 76 人含まれていたため、それらを除くと 956 人となった。そのうち、「1. 病状等が重症または不安定であったため」1 年を超えて在院となった患者、つまり「重度かつ慢性」に該当すると考えられる患者を選択すると 797 人になった。これらは主診断が認知症以外の患者で、病状が重いため 1 年を超えて在院した後、1 年後までに退院した患者である。以下、この 797 人を対象に解析を行った。

1) 退院時年齢と在院年数、診断

退院時年齢は、年齢区分 65-69 歳がもつ

とも多く 148 人 (18.6%) で、次いで 75-79 歳が 106 人 (13.3%)、70-74 歳 95 人 (11.9%)、60-64 歳 92 人 (11.5%) であった。40 歳未満は 81 人 (10.2%)、40-65 歳未満は 290 人 (36.4%) であった。65 歳以上の高齢者が 426 人 (53.5%) を占めていた。

退院時の在院年数は、1-2 年未満は 152 人 (19.1%)、2 年-5 年未満は 275 人 (34.5%)、5 年以上は 370 人 (46.4%) であった。

主診断は統合失調症圏 (F2) が 658 人 (82.6%)、気分障害圏 (F3) が 62 人 (7.8%)、神経症圏 (F7) が 26 人 (3.3%) であった。好事例 20 病院とその他の病院を比較すると、統合失調症圏患者は、好事例病院で 277 人 (87.7%)、その他の病院 381 人 (79.2%) で、好事例病院の方が多く、気分障害圏は好事例病院 13 人 (4.1%) に対しその他の病院 49 人 (10.2%) でその他の病院の方が好事例病院より多かった。

2) 退院先

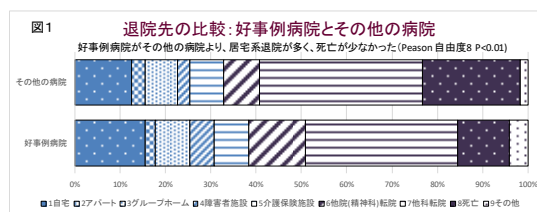
退院時年齢と退院先との関連を表に示した (表 5 文献 4 から引用)。

退院先	退院時年齢						合計 (%)
	40歳未満 (%)		40-65歳未満 (%)		65歳以上 (%)		
1:自宅	27	33.3%	68	23.4%	14	3.3%	109 13.7%
2:単身アパート	5	6.2%	16	5.5%	1	0.2%	22 2.8%
3:グループホーム	17	21.0%	36	12.4%	5	1.2%	58 7.3%
4:障害者居住支援施設	10	12.3%	20	6.9%	0	0.0%	30 3.8%
5:介護保険居住施設	0	0.0%	5	1.7%	55	12.9%	60 7.5%
6:他院精神科への転院	10	12.3%	28	9.7%	40	9.4%	78 9.8%
7:他院(精神科以外)への転院	9	11.1%	79	27.2%	191	44.8%	279 35.0%
8:死亡	1	1.2%	28	9.7%	111	26.1%	140 17.6%
9:その他	2	2.5%	10	3.4%	9	2.1%	21 2.6%
合計	81	100.0%	290	100.0%	426	100.0%	797 100.0%

地域への退院 (自宅、単身アパート、グループホーム、障害者居住支援施設、介護保険居住施設への退院) は 279 人 (35.0%)

で、他院 (精神科) 転院 78 人 (9.8%)、他院 (精神科以外) 転院 279 人 (35.0%)、死亡 140 人 (17.6%) であった。地域への退院以外が約 65% を占めていたが、年齢区分でみると、他院 (精神科以外) への転院と死亡が年齢が高いほど多かった。65 歳以上の群では、自宅・単身アパート・グループホームへの退院は 20 人 (4.7%) で、介護保険居住施設 55 人 (12.9%) を加えても 17.6% で、他院 (精神科) 転院 40 人 (9.4%)、他院 (精神科以外) 転院 191 人 (44.8%)、死亡 111 人 (26.1%) であった。以上のように 797 人のうち転院と死亡が 497 人 (62.4%) を占め、退院時年齢 65 歳以上の群 (426 人) では転院と死亡が 342 人 (80.3%) を占めていた。

退院先を好事例 20 病院とその他の病院で比較したところ、好事例病院が他の病院より居宅系退院の率が有意に高く、死亡の率が低かった (図 1 Peason $p < 0.01$)。



2) 対象患者の在院年数区分の分布

今回の対象患者の在院年数別の分布をしらべた。

在院年数	好事例病院	%	その他の病院	%	合計	%
1-2年未満	66	20.9%	86	17.9%	152	19.1%
2-5年未満	103	32.6%	172	35.8%	275	34.5%
5年以上	147	46.5%	223	46.4%	370	46.4%
計	316	100.0%	481	100.0%	797	100.0%

対象患者の在院年数は、好事例病院群 8.76 ± 11.02 年、その他の病院群 8.47 ± 10.61 年で両群間に有意差は見られなかった。表 6 のように、好事例病院とその他の病院のどちらも、5 年以上の群が 46% 程度を

しめていた。1年から2年のいわゆる新しい長期在院患者（new long-stay）よりも、より長期の患者（old long-stay）が対象患者の中で多いことが分かった。

3) 退院に資した主な治療

先に記したとおり第一次アンケートは「病状等が重症または不安定であったため」1年を超えて入院が長期化した患者で、調査期間の1年間に退院した患者を対象とした。ここで「退院に資した主な治療」は、いったん長期在院になったのち退院に至った患者について、退院にむすびついた（改善が得られた）主な治療を問うもので、選択肢は、①クロザピン療法、②その他の薬物療法、③mECT、④何らかの心理社会的治療、⑤地域の医療・訪問看護・デイケア等との連携（自院・他院を問わず）、⑥障害福祉サービスとの連携（自院・他院を問わず）、⑦介護サービスとの連携（自院・他院を問わず）、⑧その他の治療、⑨特別な治療はしていない（他に該当しない場合）であった。

好事例病院とその他の病院を対比して、それぞれの療法が「退院に資した主な治療」に該当するか否かを調査した。

1. クロザピン療法					
	1 好事例病院(%)	2 その他の病院(%)	合 計		
0 いいえ	292	92.4%	475	98.8%	767
1 該当	24	7.6%	6	1.2%	30
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	21.2121	1	P < 0.001 **		
Yatesの補	19.4960	1	P < 0.001 **		

クロザピンが退院に役立ったとの回答は好事例病院がその他の病院より有意に多かった。

クロザピン以外の薬物療法					
	1 好事例病院(%)	2 その他の病院(%)	合 計		
0 いいえ	158	50.0%	215	44.7%	373
1 該当	158	50.0%	266	55.3%	424
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	2.1528	1	0.1423 (有意差なし)		
Yatesの補	1.9451	1	0.1631		

薬物療法の工夫が役立ったとの回答は両群で有意差がなかった（どちらも約半分）。

mECT					
m-ECT	好事例病院	%	その他の病院	%	合 計
0	310	98.1%	475	98.8%	785
1	6	1.9%	6	1.2%	12
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	0.5456	1	0.4601		

m-ECTは実施率が低かった。

何らかの心理社会的療法					
	1 好事例病院(%)	2 それ以外(%)	合 計		
0 いいえ	267	84.5%	419	87.1%	686
1 該当	49	15.5%	62	12.9%	111
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	1.0892	1	0.2967		

心理社会では有意差は見られなかった。

	好事例病院	%	その他の病院	%	合 計
0 いいえ	249	78.8%	386	80.2%	635
1 該当	67	21.2%	95	19.8%	162
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	0.2483	1	0.6183		

上記も有意差なし。

6.障害福祉サービスとの連携(自院・他院を問わず)					
	1 好事例病院(%)	2 その他の病院(%)	合 計		
0 いいえ	261	82.6%	437	90.9%	698
1 該当	55	17.4%	44	9.1%	99
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	11.9534	1	P < 0.001 **		

障害福祉サービス利用は好事例病院がその他の病院より有意に率が高かった。

介護サービスとの連携					
	好事例	%	その他	%	合 計
0 いいえ	297	94.0%	447	92.9%	744
1 該当	19	6.0%	34	7.1%	53
合 計	316	100.0%	481	100.0%	797
手 法	カイ二乗値	自由度	P 値	*:P<0.05 **:P<0.01	
Pearson	0.3426	1	0.5584		

介護サービスは有意差なし。

	1 好事例病院(%)	2 その他の病院(%)	合 計
0 いいえ	173 54.7%	437 90.9%	610
1 該当	143 45.3%	44 9.1%	187
合 計	316 100.0%	481 100.0%	797
手 法	カイニ乗値	自由度	P値 *: P<0.05 **: P<0.01
Pearson	138.4418	1	P < 0.001 **

精神科地域移行加算は好事例病院ではその他の病院より有意に高率で、退院した患者の 45.3%が該当患者であった。精神科地域移行加算の利用は好事例病院の対象患者の半数近くにのぼっていたことになる。

4) 第一次アンケート好事例病院患者で「退院に資した主な治療」が「クロザピン療法」と評価された患者 24 人のプロフィール

上記の表 6 で示したように、退院に資した主な治療が「クロザピン療法」とされた患者は好事例病院で 24 人であった。これらの患者の入院期間、退院先、退院に資した主な治療（クロザピン療法以外で何が評価されているか）、地域移行加算、および典型例の評価でどの類型に評価されているかを表 14 に示した。

5 年以上の長期入院患者が 45.8%を占め、退院先は居宅系が 16 人 (66.7%) であった。問 09 の「退院に資した主な治療」としてクロザピン以外に上げられていたのは、地域医療との連携 45.8%、障害福祉サービスとの連携 41.7%、何らかの心理社会的治療 25.0%などであった。典型例にあげられた病状の特徴は、生活障害、陽性症状などであった。

クロザピンが「退院に資した」患者では、クロザピンとともに他の療法も「主として退院に資した」とされていた。

No	項目	分類	患者数(%)
問06	入院期間(年)	1年以上2年未満	6 25.0%
		2年以上5年未満	7 29.2%
		5年以上	11 45.8%
問08	退院先	1.自宅	5 20.8%
		2.アパート	3 12.5%
		3.グループホーム	4 16.7%
		4.居住系施設(障害者)	3 12.5%
		5.居住系施設(介護系)	1 4.2%
		6.他病院(精神科)への転院	0 0.0%
		7.他病院(精神科以外)への転院	4 16.7%
		8.死亡	1 4.2%
		9.その他	3 12.5%
問09	退院に資した主な治療	1.クロザピン	24 100.0%
		2.その他の薬物療法	4 16.7%
		3.mECT	3 12.5%
		4.何らかの心理社会的療法	6 25.0%
		5.地域の医療・訪問看護・デイケア等との連携(自院・他院を問わず)	11 45.8%
		6.障害福祉サービスとの連携(自院・他院を問わず)	10 41.7%
		7.介護サービスとの連携(自院・他院を問わず)	1 4.2%
		8.その他の治療	2 8.3%
		9.特別な治療はしていない(他に該当しない場合)	0 0.0%
問11	地域移行加算など	1.精神科地域移行加算の利用	13 54.2%
		2.地域移行機能強化病棟入院料の利用	0 0.0%
		3.精神保健福祉士加算の利用	0 0.0%
問12	典型例	1.陽性症状(幻覚・妄想)が重度な例	5 20.8%
		2.治療中断の可能性が大きい例	2 8.3%
		3.多飲水や衝動行為などが著しい例	3 12.5%
		4.暴言や迷惑行為等への対応を要する例	4 16.7%
		5.自殺や自傷行為等の危険性が高い例	0 0.0%
		6.他害や触法行為の可能性が高い例	0 0.0%
		7.精神症状に加えて生活障害が著しい例	6 25.0%
		8.重い身体合併症が併存する例	1 4.2%
		9.該当しない	6 25.0%

居宅系退院は
16人 (66.7%)

5) 第一次アンケートの「精神科地域移行加算の利用」の有無と「退院に資した主な治療」の関連

第一次アンケートの対象患者 797 人のうち、精神科地域移行加算の利用患者は 187 人（うち好事例病院 143 人、その他の病院 44 人）であった。制度利用のあった 187 人と、利用のなかった 610 人について、第一次アンケート「問 09 退院に資した主な治療（複数回答可）」のそれぞれの治療ごとに検討した。右端の*は危険率が 0.05 以下、**は 0.01 以下を表す。

表 15		利用無し	利用あり	カイ二乗値	自由度	P値	
1.クロザピン療法	該当	13	17	19.138	1	0.001	**
	非該当	597	170				
2.その他の薬物療法	該当	341	83	7.624	1	0.0058	**
	非該当	269	104				
3.mECT	該当	10	2	0.313	1	0.5756	
	非該当	600	185				
4.何らかの心理社会的療法	該当	95	16	5.879	1	0.0153	*
	非該当	515	171				
5.地域の医療・訪問看護・デイケア等との連携	該当	115	47	3.4868	1	0.0619	
	非該当	495	140				
6.障害福祉サービスとの連携	該当	66	33	6.132	1	0.0133	*
	非該当	544	154				
7.介護サービスとの連携	該当	38	15	0.74	1	0.3896	
	非該当	572	172				
8.その他の治療	該当	58	17	0.029	1	0.8642	
	非該当	552	170				
9.特別な治療はしていない	該当	191	57	0.046	1	0.8301	
	非該当	419	130				

精神科地域移行加算の制度を利用した患者（187 人）では、利用しなかった患者（610 人）と比べていくつかの治療や支援が「退院に資した主な治療」と評価をされた。すなわち、クロザピン療法、その他の薬物療法（以上 $p < 0.01$ ）、何らかの心理社会的治療、障害福祉サービス（以上 $p < 0.05$ ）との連携について、制度利用のあった患者は、制度利用がなかった患者と比べて、それぞれの治療の該当率が有意に高かった。この結果は、制度利用のあった患者では利用がなかった患者と比べて、これらの療法やサービスが積極的に用いられた可能性を示唆すると考えられる。

＜小括＞病気が重いため 1 年を超えて在院していた患者で、その後 1 年までに退院した患者 797 人について調べたところ、主診断は統合失調症圏 (F2) が 658 人 (82.6%)、気分障害圏 (F3) が 62 人 (7.8%) で、退院時の年齢区分は 65 歳以上の高齢者が 426 人 (53.5%) を占め、在院年数については 5 年以上が 370 人 (46.4%) を占め、在院 1-2 年の患者は 152 人 (19.1%) であった。今回の対象患者は高齢で、在院期間が長く、診断は統合失調症が 8 割を占めている患者群であることがわかった。

退院先については居宅系退院は 279 人 (35.0%) で、他院 (精神科) 転院 78 人 (9.8%)、他院 (精神科以外) 転院 279 人 (35.0%)、死亡 140 人 (17.6%) であった。好事例病院とその他の病院で退院先を比較したところ、好事例病院の方がその他の病院より居宅系退院率が有意に高く、死亡率が低かった。

各病院の新入院患者数 (平成 27 年度 1 年間) は、好事例病院は平均 564.0 ± 362.8 人、その他の病院 293.1 ± 209.3 人よりも有意に多かった。

どの治療や支援が退院に役立ったかを聞いたところ、好事例病院ではその他の病院と比べて、クロザピン療法率が高く、障害福祉サービスとの連携や、精神科地域移行加算の利用患者の割合が有意に高かった。クロザピン療法が有効であった患者でも、クロザピン単独ではなく、地域医療との連携、障害福祉サービスとの連携、心理社会的治療などが併用されていた。

表 13 に示したように、好事例病院の対象例 316 人のうち 143 人 (45.3%) が精神科地域移行加算の利用患者であったことから、

地域移行加算の対象患者ではより積極的に治療を行った可能性が考えられた。そこで、表 15 に示したように、地域移行加算を利用した患者 (187 人) と利用しなかった患者 (610 人) について、「退院に資した主な治療」の該当率を調べたところ、クロザピン療法、その他の薬物療法 (以上 $p < 0.01$)、何らかの心理社会的治療、障害福祉サービス (以上 $p < 0.05$) との連携について、制度利用のあった患者は、制度利用がなかった患者と比べて、それぞれの治療の該当率が有意に高かった。これらのことから、これらの患者の退院のために、これらの治療法がより積極的に用いられた可能性が示唆された。

これらが好事例要因と関連する可能性があるため、実践ガイド作成において考慮すべき要因と考えた。

4. 各研究班によるヒアリングやパイロットスタディ等の調査結果

詳しくはそれぞれの研究班の研究報告書をご覧ください。こととして、各班による調査内容を簡潔に紹介する。

各班により次のように訪問調査（ヒアリング）や実態調査、文献調査等が実施された。

薬物療法班（研究代表者：宮田量治）

- 1) 薬物療法ガイド作成のための調査表バッテリーを作成。薬物治療ガイドのアウトライン（案）を作成。
- 2) 山梨県立北病院及び慈圭病院にて予備調査を実施し、データ収集や分析方法について分担研究者から意見聴取。調査票バッテリー最終版を作成し、薬物療法についての実態調査を1次アンケート調査回答46施設に対して実施。
- 3) 入院期間に影響する要因の文献的検討を実施。
- 4) 抗精神病薬の説明やIC（インフォームド・コンセント）に利用できる（製薬会社発の）患者や家族向け説明文書・動画媒体（DVD）・ネット情報を収集。

クロザピン班（研究代表者：木田直也）

- 1) 厚生労働省の難治性精神疾患地域連携体制整備事業のモデル事業に選ばれた地域6か所の全ての拠点病院に対してヒアリング調査を行った。またCLZ症例数の多い病院や統括調整班の一次調査の結果から選択された病院のうち、6つの好事例病院へのヒアリング調査を行った。

- 2) 全国のCPMS（Clozaril Patient Monitoring Service）登録されている全ての医療機関（平成30年6月時点で441施設）に対して、CLZ治療をする上での障壁などCLZ治療に関連したアンケート調査を行い、222施設からの有効回答を得て、その調査結果を分析した。

心理社会的治療／方策研究班（研究代表者：岩田和彦）

- 1) 平成25年～27年に行われた「精神障害者の重度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」の際に実施されたアンケート調査で、入院1年以上の患者の年間退院率が病床数の5%以上であった病院とアドバイザーグループメンバーの推薦により調査対象候補となる医療機関を抽出した。その中から病院規模、地域性、保有施設などを考慮し、平成29年度に16医療機関（書面調査（1）と訪問調査予行演習（1）を含む）の調査を実施した。
- 2) 平成30年度はさらに地域性を考慮し、関東、東海、四国の4医療機関を追加訪問するとともに、国内・海外の先行研究に関する文献調査を実施した。
- 3) 第二次アンケート調査結果と訪問調査、および文献調査の結果を総合し、心理社会的治療実践ガイドを作成した。

チーム地域ケア体制班（研究代表者：吉川隆博）

- 1) 類似分野の既存ガイドラインおよび先行研究のレビューを行い、地域ケア体制実践ガイド骨子（案）を検討するとともにインタビューガイドを作成した。

- 2) 平成 29 年度は、チーム地域ケア体制研究班の機縁法により選定された 14 地域・施設のインタビュー調査を実施し、重度かつ慢性患者を対象とした退院支援・地域ケア体制構築に向けた促進要因等の分析を行った。
- 3) 平成 30 年度には、第 1 次アンケート調査結果より選定された 5 施設を対象として、重度かつ慢性患者の典型例に関するインタビュー調査の実施・分析を行うとともに、第 2 次アンケート調査結果に基づき、チーム地域ケア体制実践ガイドを作成した。

5. 第 2 次アンケートの作成と調査の実施

第二次アンケートは、第一次アンケート調査に回答した 52 病院のうち、上記の好事例病院選択基準により好事例病院に当てはまる 20 病院に調査を依頼した。

第二次アンケート調査では、病院の運営体制、心理社会的治療や地域ケア体制に関わるプログラムやサービスの実施頻度（対象とした好事例病院でどの程度実践されているか）を確認した。第二次アンケートの調査票を資料 2 に示した。

第二次アンケート調査は、平成 30 年 10 月から開始し、同年 11 月末時点で 20 病院すべてから回答をいただく約束をいただいた。全病院から回答が揃ったのは平成 31 年 1 月末日であった。

これらのデータの解析を行い、二次アンケート結果をまとめて実践ガイドの取りまとめへと進めた。

第二次アンケートの調査票には冒頭に下記のように依頼を記した。

平成 30 年度「重度かつ慢性」の精神障害者に対する包括的支援二次アンケート

「重度かつ慢性」の精神障害者とは、精神病棟に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず 1 年を超えて引き続き在院した患者のうち、精神症状が重症度の基準を満たし、それに加えて、①行動障害、②生活障害のいずれか（または両方）が基準以上である患者を該当例と規定しております。身体合併症については、精神症状に伴って入院治療が必要な程度に重い水中毒、腸閉塞、反復性肺炎やその他の身体合併症がある場合に評価します。それぞれの重症度の基準は別紙の「重度かつ慢性」基準案をご覧ください。

今回のアンケートでは、上記のような重症または病状が不安定なため 1 年を超えて在院せざるを得ないような入院患者への対応を想定してご記入をお願いします。なお、「重度かつ慢性」基準に該当する患者を、以下「重度かつ慢性」患者と表記します。

質問項目

以下の質問では特に断りがない限り複数回答可です。自由記載の項目もあり、その都度記載をお願いします。

6. 第 2 次アンケートの回答（概要）

調査票は、A～D の 4 領域があるが、それぞれの領域の回答の概要を示す（詳細は資料 3 実践ガイド等を参照、「該当する」「しない」等の欄の数字は回答数を表す。自由記述欄の回答はここでは省略した。

【A】「重度かつ慢性」患者の退院促進に関連する病院運営体制等について

1. 病院として重度かつ慢性の患者の退院促進に取り組んだきっかけで該当するものすべてに✓印をつけてください。	該当する	しない
A1-① 当院の今後の方向性として退院促進がより重要になると考えた。	16	4
A1-⑥ クロザピンやmECTの導入など医療の高度化に取り組んでいる。	16	4
A1-② 長期在院を減らし地域生活支援中心にという国の方針に協力したいと考えた。	13	7
A1-⑨ 急性期治療を円滑に進めるために後方病棟の治療にも取り組んだ	13	7
A1-⑦ 病棟のダウンサイジングを契機に退院促進に取り組んだ。	11	9
A1-④ 地方自治体単独による退院促進支援事業を利用した。	8	12
A1-⑧ 急性期治療を先行させ、そこで得たノウハウを長期入院患者の治療に適応した。	8	12
A1-③ 国事業による退院促進支援事業を利用した。	7	13
A1-⑤ その他の事業を使用した。具体的に記載して下さい。	2	18
A1-⑩ 管理職クラスの就任がきっかけで退院促進に取り組んだ。	2	18

2. 重度かつ慢性の患者の退院に向けての本人の意向確認や意欲喚起の取組みについて該当するものに✓印をつけてください。	該当する	しない
A2-⑤ 社会資源（グループホーム等）の利用体験や地域活動への参加を支援している。	17	3
A2-⑧ 入院中からデイケアや通院作業療法への参加を促している。	17	3
A2-③PSW が本人の意向を定期的に確認している。	16	4
A2-⑦ 退院準備を目的とした心理教育やSST等のプログラムを実施している。	16	4
A2-① 担当医師が面接で退院に向けての本人の意向を定期的に確認している。	15	5
A2-② 担当看護師（プライマリーナース）が本人の意向を定期的に確認している。	14	6
A2-④ 担当医師や他のスタッフが患者を励まし退院に向けての動機付けをしている。	14	6
A2-③OT が本人の意向を定期的に確認している。	9	11
A2-⑥ ピアサポーターを含む外部支援者との面談や交流の機会を設けている。	9	11
A2-③看護師 が本人の意向を定期的に確認している。	8	12
A2-③医師 が本人の意向を定期的に確認している。	5	15
A2-⑨ 病院スタッフがピアサポーターと交流する勉強会等の機会を設けている。	5	15
A2-③心理士 が本人の意向を定期的に確認している。	4	16
A2-③その他 が本人の意向を定期的に確認している。	2	18

3. 重度かつ慢性の患者の退院の発議について該当するものに✓印をつけてください。	該当する	しない
A3-② 担当医師とプライマリーナースのチームで発議する。	14	6
A3-④ 病棟単位の多職種が参加する会議が発議する。	13	7
A3-⑥ 該当する病棟の全員が退院の対象と見なしている。	7	13
A3-③ 看護師、あるいは看護師チーム会議が発議する。	6	14
A3-⑤ 病院単位の多職種が参加する会議が発議する。	6	14
A3-① 担当医師の発議による（担当医師以外が発議する仕組みはない）。	4	16

4. 発議後のプロセスについてお聞きます。		
4-1. 退院支援計画について該当するものに✓印をつけてください。	該当する	しない
A4-1-① 対象患者全員について支援計画を立てる。	10	10
A4-1-② 対象患者の一部について支援計画を立てる。	5	15
A4-1-③ 支援計画は策定しない。	3	17
4-2. 入院時などにチェックリストを用いて在院長期化リスクのアセスメントをしている	該当する	しない
A4-2-① 入院時に長期化リスクをアセスメントしている。	8	12
A4-2-② 入院後も時期を決めて長期化リスクのアセスメントをしている。	7	13
A4-2-③ 長期化リスクのアセスメント結果を病棟にフィードバックしている。	6	14
4-3. 治療の進行のチェック体制について該当するものに✓印をつけてください。	該当する	しない
A4-3-② 病棟レベルのカンファレンスでチェックする。	16	4
A4-3-① 主治医、看護師等がチェックする。	11	9
A4-3-③ 病棟レベルの会議でチェックする。	6	14
A4-3-④ 病院外の組織も入った委員会などでチェックする。	4	16
A4-3-⑥ その他のチェック体制がありましたらお書きください。	3	17
A4-3-⑤ 進行状況を院内ニュースなどで広報する。	2	18
A4-3-⑦ 問題があるとき治療の進展を支援する仕組みがある。	2	18

【B】「重度かつ慢性」患者等に対して実施している取り組み（プログラムなど）について

5-1. 重度かつ慢性に該当する患者のどの程度の割合の人に対して実施していますか？	ほぼ全例に実施している	比較的良好に実施している	あまり実施していない	全く実施していない
B5-1-① 医師による定期的な精神療法	6	11	2	1
B5-1-② OTセンターで行われる作業療法	2	9	9	0
B5-1-③ 病棟等で行われる個別作業療法	0	8	10	2
B5-1-④ 心理教育／疾患教育	0	8	6	6
B5-1-⑤ 社会生活技能訓練(SST)	0	8	6	6
B5-1-⑧ 生活習慣の改善をめざしたグループ療法	0	7	6	7
B5-1-⑨ その他、具体的にお書きください。	2	4	2	12
B5-1-⑦ 小集団で思いを語るグループ療法	0	3	6	11
B5-1-⑥ 精神病症状をターゲットとした認知行動療法	0	2	7	11

5-2. 重度かつ慢性に該当する患者のどの程度の割合の人に対して適用していますか？	ほぼ全例に実施している	比較的良好に実施している	あまり実施していない	全く実施していない
B5-2-⑤ 退院前訪問	3	14	1	2
B5-2-① ケアマネジメント	6	6	5	3
B5-2-② 地域生活準備プログラム（退院に向けた心理教育やSST）	0	8	8	4
B5-2-⑥ その他、具体的にお書きください。	3	3	1	13
B5-2-④ ピアサポーター（元入院患者等）との交流や支援	2	3	5	10
B5-2-③ 地域移行用バス	0	0	3	17

5-3. 重度かつ慢性の患者に対する取り組み（プログラムなど）で、重視すべきことについて、非常に重要な場合は[非常に重要]列に、重要な場合は[重要]列に✓印をつけてください。	非常に重要	重要	なし
B5-3-③ 対人技能の向上、服薬自己管理などのスキルの獲得	13	6	1
B5-3-① 精神疾患についての知識獲得	8	11	1
B5-3-② 社会資源についての知識獲得	7	12	1
B5-3-④ スタッフとのコミュニケーションが高まる。	7	12	1
B5-3-⑤ 患者さん同士のコミュニケーションが高まる。	6	12	2

6. 重度かつ慢性の患者の退院支援を推進する主要なスタッフについて、該当する全ての職種に✓印をつけてください。	該当する	しない
B6-⑥ 介護福祉士	3	17
B6-⑦ その他の職種	6	14
B6-④ 臨床心理士	8	12
B6-③ 作業療法士	17	3
B6-② 看護師	19	1
B6-① 医師	20	0
B6-⑤ 精神保健福祉士	20	0

7 貴院で重度かつ慢性の患者の診療を行う医師の活動について該当するもの全てに選択をしてください。	ほぼ全例に該当する	比較的多くの例に該当する	あまり該当しない	ほんどの例に該当しない
B7-② 主として薬物療法に携わっている。	20	0	0	0
B7-③ 退院先、退院時期について決断を下している。	6	12	2	0
B7-① チームを先導している。	5	10	4	1
B7-④ 院内チーム会議で進行役である。	2	5	9	4
B7-⑤ 院外を含めた会議で進行役である。	0	4	9	7
B7-⑥ 他のスタッフに任せきりである。	0	2	8	10
B7-⑦ チーム医療の遂行の妨げになっているという意見が出ることがある。	1	1	10	8

8. 重度かつ慢性の患者が入院する病棟の看護体制について該当するものに✓印をつけてください。	該当する	しない
B8-⑤ パートナーシップ・ナーシングシステム制	1	19
B8-⑦ その他	2	18
B8-② チームナース制	3	17
B8-③ 固定チームナーシング制	4	16
B8-④ モジュール型ナーシング制	6	14
B8-⑥ 機能別看護方式	7	13
B8-① プライマリーナース制	13	7
9. 重度かつ慢性の患者さんのご家族へのアプローチについてお聞きます。	はい	いいえ
B9-1 家族教室などの取り組み（プログラムなど）を開催していますか？	9	11

10-1. 退院に際し作成するクライシスプランで、該当するもの全てに✓印をつけてください。	該当する	しない
B10-1-① 患者用クライシスプラン	15	5
B10-1-② 家族用クライシスプラン	9	11
B10-1-③ 施設用クライシスプラン	7	13
B10-1-④ 地域支援者用クライシスプラン	7	13
B10-1-⑤ その他のクライシスプラン 具体的にお書きください。	2	18

10-2. クライシスプランに記載している内容で、該当するものに全て✓印をつけてください。	該当する	しない
B10-2-① 緊急時の連絡方法	15	5
B10-2-② 不調時のサインと解決策（本人用）	15	5
B10-2-③ 悪化時の症状と対応方法（家族用、施設用、地域支援者用）	12	8
B10-2-④ 日常活動についての項目	10	10
B10-2-⑤ 処方内容	6	14
B10-2-⑥ その他 具体的にお書きください。	4	16

11 重度かつ慢性の患者の退院後の支援体制・支援活動について、どの程度の人に該当するかお答えください。	ほぼ全例に該当する	比較的多くの例に該当する	あまり該当しない	ほんどの例に該当しない
B11-③ 自院または地域の精神科救急医療システムにより、時間外でも必要な場合には適時に診療を提供できる。	15	3	1	1
B11-② カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に患者の状態と対応を刻々と記録している。	7	7	4	2
B11-④ 緊急時に対応するスタッフへの連絡方法が統一されている。	7	7	3	3
B11-① カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に緊急時の対応方法を明示している。	4	9	5	2
B11-⑥ 定期的にカンファレンスやレビューを開いて患者の状況を把握している。	4	6	7	3
B11-⑤ 受診時に通常の診療を越えたサービスを提供している。	3	4	11	2
B11-⑦ 休日や夜間も含め多職種編成チームが対象患者に対して危機対応をしている。	0	5	6	9

12. 重度かつ慢性の患者さんに対する地域連携について、どの程度の人に該当するかお答えください。	ほぼ全例に該当する	比較的多くの例に該当する	あまり該当しない	ほんどの例に該当しない
B12-⑤ 病院で開くケア会議に、地域機関のスタッフにも参加してもらっている。	7	11	1	1
B12-④ 病院保有の地域関連施設を持たず、或いはほとんど持たず地域の諸機関との連携により地域移行・地域定着を図っている。	8	5	6	1
B12-⑦ 地域の保健師と連携している（退院後の相談窓口、退院前カンファレンス・外泊時訪問・退院後の定期訪問など）。	3	9	7	1
B12-⑥ 地域で開くケア会議に、病院スタッフにも参加してもらっている。	4	7	7	2
B12-③ 病院保有の地域関連施設と地域の諸機関の両方を利用して地域移行・地域定着を図っている。	5	5	2	8
B12-② 主として病院保有の地域関連施設を利用して地域移行・地域定着を図っている。	0	5	7	8
B12-④ 病院の取り組み（プログラムなど）に地域の機関のスタッフに参加してもらっている	1	4	9	6

14 「重度かつ慢性」患者を対象とした地域連携体制についてうかがいます	ほぼ全例に /利用している	比較的良好に /利用している	あまり実施 /利用していない	まったく実施 /利用していない
C14-① 医療機関職員と地域支援者の担当者間で連絡・相談ができる、顔の見える関係の構築	8	10	1	1
C14-② 地域支援者が医療機関の医師、看護師等に、気軽に相談できる関係の構築	5	12	3	0
C14-④ 対象者の状況変化に応じて、随時関係者とのケア会議が開催できる体制の構築	7	10	3	0
C14-⑥ 地域においてキーパーソンとなる支援者の設定	3	14	1	2
C14-⑤ 対象者の病態特性や対応面に関する情報共有ができる体制の構築	6	10	3	1
C14-③ 対象者との馴染みの関係性を重視した地域支援者との連携体制の構築	2	13	5	0
C14-⑧ 行政機関（保健所等）が主体となった地域支援者ネットワークの構築	2	6	10	2
C14-⑦ 地域の自立支援協議会や部会などを活用したネットワークの構築	1	5	12	2

15-1「重度かつ慢性」患者に利用された地域生活支援の内容についてうかがいます。	ほぼ全例に 利用している	比較的良好に 利用している	あまり利用 していない	まったく利用 していない
C15-1-⑦ 服薬や通院など医療継続に向けた支援	8	12	0	0
C15-1-④ 当事者の不安や困りごとなどへの、窓口（担当者）を設けた相談対応	10	9	1	0
C15-1-① 居住の場における、日中の日常生活支援	5	13	2	0
C15-1-⑮ 対象者の家族の相談やサポート	3	15	2	0
C15-1-③ 居住の場における、病状面の観察や必要に応じた対応	6	11	3	0
C15-1-⑧ 精神疾患の病状面への、通常ケースよりも手厚い医療・看護サービス	2	12	6	0
C15-1-⑬ 保健所等の行政機関・職員と協働した支援	3	11	5	1
C15-1-⑨ 生活習慣病の悪化防止や身体合併症などに対する身体管理・ケア	1	10	7	2
C15-1-⑩ 内科等のかかりつけ医との連携や情報共有	4	6	9	1
C15-1-⑪ インフォーマル資源を含めた支援者ネットワークによる、地域生活の見守り・声かけ	1	8	9	2
C15-1-⑯ 地域生活安定後の、就労に向けた支援	0	9	8	3
C15-1-⑥ 医療サービスの報酬や規定の範囲（頻度、内容等）を超えた支援	3	4	9	4
C15-1-② 居住の場における、24時間を通じた日常生活支援	2	4	10	4
C15-1-⑫ 近隣住民や関係者（非専門職）に対する、対象者の理解を得るための支援	0	5	10	5
C15-1-⑤ 福祉サービスの報酬や規定の範囲（頻度、内容等）を超えた支援	1	3	9	7
C15-1-⑭ ピアサポーターによる対象者の支援	0	2	9	9

15. 「重度かつ慢性」患者に利用された、地域生活支援の制度、手法等についてうかがいます。	ほぼ全例に利用している	比較的良好に利用している	あまり利用していない	まったく利用していない
C15-2-⑤ 精神科訪問看護による病状等の観察と訪問頻度の調整	6	13	0	1
C15-2-⑧ 精神科訪問看護等による服薬管理・指導	6	13	0	1
C15-2-⑭ 精神科病院における電話相談体制	11	8	1	0
C15-2-⑰ 家族関係の調整や家族サポート	5	13	2	0
C15-2-⑦ 居住施設の職員等による服薬の声かけや確認	6	11	2	1
C15-2-⑯ 精神科病院における短期入院の利用（必要時に判断）	2	14	3	1
C15-2-⑥ 精神科デイ・ケアによる治療プログラムの活用	2	13	5	0
C15-2-④ 地域支援者ネットワークによる、見守り・声かけと病状悪化等の兆候把握	2	12	4	2
C15-2-① 居宅介護（ホームヘルプ）の支援を通じた、病状悪化等の兆候把握	3	9	7	1
C15-2-⑪ クライシスプランに基づく支援者の早期対応	1	8	8	3
C15-2-⑰ 精神科病院における短期入院の利用（計画的な入院）	1	8	6	5
C15-2-⑨ 通院等介助等（ヘルパー）による通院支援	2	6	10	2
C15-2-⑩ クライシスプランによる病状の自己管理	1	7	9	3
C15-2-⑯ 保健所等の行政機関職員による訪問指導	1	6	9	4
C15-2-② 障害者総合支援法による「地域定着支援」の利用	0	6	9	5
C15-2-⑮ 障害者総合支援法の「短期入所施設」の活用	0	6	11	3
C15-2-③ 障害者総合支援法による「自立生活援助」の利用	0	4	8	8
C15-2-⑫ 24時間・夜間休日の精神科訪問看護提供体制	1	3	5	11
C15-2-⑬ 精神科医師（主治医等）による往診体制	1	2	7	10

16. 「重度かつ慢性」患者に利用された、病状悪化時の支援についてうかがいます	ほぼ全例に利用している	比較的良好に利用している	あまり利用していない	まったく利用していない
C16-④ 精神科病院における、当事者・家族等からの電話による相談対応	7	12	1	0
C16-⑦ 精神科病院への早期入院による治療	1	17	1	1
C16-⑧ 再入院時における地域支援者の継続的な関り・支援	5	13	1	1
C16-② 特別訪問看護指示書による手厚い精神科訪問看護	1	9	4	6
C16-⑤ 保健所等の職員による危機介入支援	1	7	10	2
C16-⑥ クライシスプランに基づく支援者の対応	0	7	10	3
C16-① 24時間・夜間休日の精神科訪問看護	0	3	4	13
C16-③ 精神科医師（主治医等）による往診	0	3	8	9

6. 「重度かつ慢性」患者の実践ガイドの概要

実践ガイド（資料3）は約70頁からなる冊子で、総論、各論、典型例のケースビネットの3つから構成される。

総論は、病院としての取り組みをまとめている。①病院として重度かつ慢性の患者の退院促進に取り組んだきっかけ、②重度かつ慢性の患者の退院に向けての本人の意向確認や意欲喚起の取組み、③重度かつ慢性の患者の退院の発議について、④発議後のプロセスについての項目となっている。

退院と地域生活支援に役立つ治療と支援は何かという視点で好事例地域と病院のヒアリングやアンケート調査に取り組んだ結果、個々の療法以前に、病院や病棟ぐるみで「この患者さんたちの退院を支援しよう」という意欲やそれを支えるシステムの重要性に気づかされた。個々の患者の退院を進めるためには、本人の意欲喚起と治療者側のリーダーシップ（本実践ガイドでは「退院発議」と表現した）が重要で、これらが病院としての医療の高度化とつながっていると考えられた。

各論は「各領域で推奨されるミニマム・エッセンス」として記述されている。「ミニマム」は最小限の、「エッセンス」は、核心にあるものを出来るだけ短くギュッと絞り出した精髓ということになる。

ミニマム・エッセンスは次の項目立てとなっている。

2-1 薬物療法（執筆：宮田量治）

1. はじめに
2. 統合失調症例への薬物療法ガイド
3. 参考資料

2-2. クロザピン(CLZ)療法(執筆:木田直也)

1. はじめに
 2. 多職種でのチーム医療の重要性
 3. 好事例病院への調査からわかる望ましい体制整備と地域連携
 4. CPMS 登録の医療機関が患者登録を行い、経験症例を増やすときの課題
 5. CLZ 治療を行う上での加算やインセンティブ等について
- ### 2-3. 心理社会的治療（執筆：岩田 和彦）
1. 「重度かつ慢性」患者の退院を促進する心理社会的治療プログラム
 2. 「重度かつ慢性」患者の退院支援を推進するスタッフ体制
 3. 「重度かつ慢性」患者の退院とその後の地域生活を支える社会資源
 4. 「重度かつ慢性」患者の再入院の防止に向けた対応
- ### 2-4. チームによる地域ケア体制班（執筆：吉川 隆博）
1. はじめに
 2. チーム地域ケア体制の構築に向けた実践ガイド
 3. チーム地域ケア体制の特徴と強み
- 「重度かつ慢性」の典型例を8類型にまとめ、それぞれに関する見立てや治療・支援を好事例病院の経験豊富な医師が解説したものが「典型例」（ケースビネットと治療／支援の回答例）である。
- 典型例には次のものが含まれる。
- ② 陽性症状（幻覚・妄想）が重度な例
 - ②治療中断の可能性が大きい例
 - ③ 多飲水が著しい例
 - ④ 衝動行為が著しい例
 - ⑤ 暴言への対応を要する例
 - ⑥ 迷惑行為への対応を要する例
 - ⑦ 自殺や自傷行為等の危険性が高い例

- ⑧ 他害や触法行為の可能性が高い例
- ⑨ 精神症状に加えて生活障害が著しい例
- ⑩ 重い身体合併症が存在する例

D. 考察

(1) 「重度かつ慢性」基準に合致する長期在院患者に必要な治療と支援の解明を目指す

今回の第一次アンケート調査で各病院に登録を依頼した患者は、「平成 28 年 4 月 1 日時点で入院期間が 1 年を超過していた患者（認知症を除く）のうち、平成 29 年 3 月 31 日までに退院した患者が対象です。上から順に、もれなく評価をお願いします。」と依頼して登録された患者である。

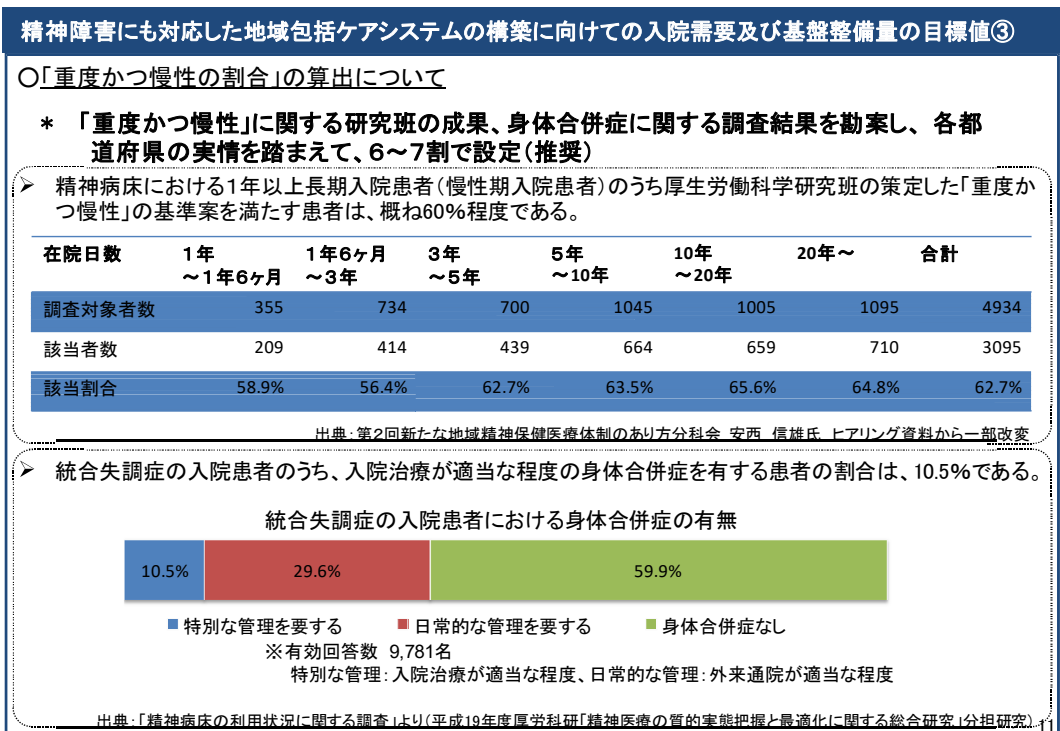
52 病院から 1,000 人以上の報告が得られたが、主診断が認知症(F0)を除き、さらに 1 年以上の長期在院の理由が「病状が重いまたは不安定なため」という、「重度かつ慢性」に相当すると考えられる対象だけを選択し

た。この結果、797 人の患者が選択されたので、これらの患者について検討を行った。

下記の資料は文献 2 の調査報告にもとづいて厚生労働省が作成したものである。「重度かつ慢性」に関する研究班の成果などを勘案し、精神病床における 1 年以上の長期在院患者（慢性期入院患者）のうち「重度かつ慢性」基準案を満たす患者は、「概ね 60%程度である」としている。

このように長期在院患者のうち「重度かつ慢性」基準を満たす患者数の試算が行われたが、これらの患者の退院・地域移行のためにどのような治療や支援が必要かについては、これまで明らかにされていなかった。

今回、第一次アンケートで対象としたのは 1 年以上在院患者のうち、「病状が重いまたは不安定なため」1 年を超えて在院していた患者のうち調査期間の 1 年間に退院した患者であり、その退院に寄与した治療や



支援を明らかにすることを目的とした調査を行った。

過去の長期在院患者調査の対象と、今回の第一次アンケートの対象が同一であるかどうかは慎重な検討が必要と思われるが、今回の対象患者は、①それぞれの患者の主治医が「病状が重いまたは不安定」なため1年を超えて在院したと評価した患者であること、②今回の調査対象797人は5年以上の在院患者が46.4%を占め、平均在院8年以上という長期在院患者が多い患者群であることから、上記の長期在院患者中の「重度かつ慢性」患者の推計と比較が可能と考えられる。

このように、今回の調査はわが国において未解明であった長期在院患者のうちの「重度かつ慢性」の患者に必要な治療と支援について手がかりを与えるものと考えられる。

今回は一次アンケートを踏まえて、好事例病院とその他の病院を分け、両者を比較することを通じて好事例に関連する要因を見いだして、二次アンケートの形にまとめ、好事例病院における実施状況を確認して、そこから実践ガイドを作成した。

今回は、研究班が設けた基準に合致する病院を好事例としたが、第一次アンケートに協力してくださった52病院はいずれも意欲的な病院であり、本来はほとんどすべてが好事例と言える病院である可能性がある。

好事例の基準は、地域により、各病院の役割により異なることが想定されるが、今回は全国一律の基準を設けるため、新規入院患者の1年までの退院が多い、長期在院患者が少ないか、長期の患者でも居宅系退

院できる病院であることを条件とした。

(2) 好事例につながる要因の検討

全国の精神科病院や地域の訪問・ヒアリングおよび第一次アンケート結果にもとづき、好事例病院の基準を研究班の合議により定めた。

第一次アンケートの回答を得た52病院に好事例基準をあてはめたところ、20病院が好事例病院に該当した。そこで好事例20病院とその他の病院を対比して、好事例につながる要因を検討した。

これらの検討結果と、薬物療法班およびクロザピン療法班の独自調査にもとづいて、「重度かつ慢性」基準に該当する重度の患者の退院と地域生活維持に役立つ好事例要因を各班の合議により抽出・整理して第二次アンケートを作成した。

「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイドの総論、心理社会的治療／方策、チームによる地域ケア体制については、上記の第二次アンケートにより、好事例20病院での実施状況を確認し、実施頻度の高い項目を好事例病院で広く実践されている要素として重視した。また薬物療法班、クロザピン療法班では独自の調査に基づいて好事例の要因を確認した。

以上のように、ヒアリングと第一次アンケートで抽出された好事例要因の候補について、第二次アンケートにより好事例病院での実施状況を確認できた。好事例病院で広く実施されている要因を重要な要因と考えた。

一方で、数は多くなくても精神科入院治療において対応が難しく、在院が長期化しがちな状態像を呈する人たちがいる。これ

らを8つの類型にまとめた「典型例」に対する治療と支援を、好事例病院でそれぞれの典型例の退院実績のある臨床経験豊富な医師に、「見立て」と「入院治療におけるゴール」、「実施可能な治療／方策の選択肢」、「最初に行うであろう治療／方策」と「退院時までに行うであろうその他の治療／方策」をできるだけ具体的に書き込んでいただいた。

これらの「典型例」と治療／方策は、入院治療に行き詰まったとき、似たケースを探して、そこに挙げられている治療／方策に照らして、ご自身の病院での実践を振り返る手がかりとして利用していただけるのではないかと思われる。

(3) 当初の予想とは異なる見方が必要

今回の調査と実践ガイドの検討の過程で、「重度かつ慢性」患者への対応において当初予想したものと別のある考え方が必要であることが明らかになった。それらは3つのポイントにまとめられる。

1) ヒアリングの過程で「個々の治療法の選択の前に、病院として患者の退院を支援する姿勢やシステムが重要」との指摘があった。これらを第二次アンケートにまとめて好事例病院を対象に調査したところ、「1. 総論：病院としての取り組み」にあるように、病院として退院促進や医療高度化を重視する姿勢、患者の意欲喚起・退院発議、退院に向けての支援計画を立て進捗をモニタする仕組みを持つなどが好事例病院の多くで実施されていることが分かった。こうした病院としての取り組みの中で、薬物療法や心理社会的治療などの個々の療法の効果を発揮していると考えられた。

第一次アンケートで精神科地域移行加算の利用例が好事例病院においてその他の病院より有意に高率であった。表15に示したように、地域移行加算を利用した患者と利用しなかった患者を対比して、「退院に資した主な療法」への該当率を調べると、利用した患者が利用しなかった患者より、「クロザピン療法」、「その他の薬物療法」（以上 $p<0.01$ ）、「何らかの心理社会的治療」、「障害福祉サービスとの連携」（以上 $p<0.05$ ）の該当率が有意に高かった。この結果は、地域移行加算を利用した患者では利用しなかった患者と比べてこれらの療法がより積極的に用いられた可能性が考えられた。

2) 治療や支援の実施に当たっては、何か単一の治療や支援によって退院に至ることは稀で、好事例病院では、多くの場合にいくつもの治療を組み合わせられて実施されていた。クロザピンは治療抵抗性統合失調症患者にも有効とされているが、ミニマム・エッセンスの「資料 琉球病院パス」で示されているように、クロザピン療法に加えて、心理教育や退院準備プログラム、服薬指導、デイケア参加、福祉プログラムなどが必要とされている。8つの典型例のうち、ケース4（衝動行為）、ケース7（自殺・自傷）、ケース8（触法行為）などでは「まず最初に行う治療」としてクロザピンへの変更が挙げられているが、これらの例の「D.治療／方策リスト」では、退院時までには多くの心理社会的治療や地域ケアが選択されており、クロザピン療法による病状改善に加えて、退院に向けての心理社会的治療や地域ケアの必要性が示唆されていると思われる。

3) 最後に、初期治療でうまくいかないとき、見直し、担当者任せにしないチームや病棟、

病院としての支援の仕組みも重要と考えられる。こうしたことは「総論：病院としての取り組み」の他、薬物療法の見直しなどでも述べられている。

この実践ガイドで述べられていることは、とても常識的なことで、多くの病院ですでに実施されていることも多いかと思われるが、長期化しがちな患者さんたちに臨床現場で関わっている方々が、期待通りに患者さんが良くならないとき、あるいは病棟や病院のチームを見直すときに、この実践ガイドを参考にいただき、それがヒントとなって治療や支援が新しく展開していくことを期待したい。

(4) 本研究の限界と今後の課題

第二次アンケートの質問項目は、平成 24 年度以降の研究成果を踏まえて平成 29-30 年度に実施した約 300 病院・施設のヒアリングやアンケート調査に基づいて、「好事例に関連すると考えられる要因」を研究班で議論して整理したもので、第二次アンケートの実施により、重要と考えられた要因が、好事例病院でどの程度実施されていたかが分かり、これが実践ガイドの根拠の 1 つとなっている。しかし、実施状況を確認した対象が 20 病院と比較的少数であったため、選択の偏りが含まれている可能性は否定できない。今後、より多数の病院や施設を対象とした調査による確認が望まれる。

さらに、今回の好事例選択の条件は新規入院患者の早期退院と、長期在院患者の居宅退院というシンプルなものですが、退院実績には地域の特性やその病院の役割などの考慮が必要かもしれません。地域ごとに見た際の好事例の基準も今後の検討課題と

思われる。

今回の好事例の検討では、対象者の特性ごとの検討は十分に行われていないことも限界の 1 つである。これに関連して、二次アンケートでは、「重度かつ慢性」患者で特に長期の在院患者や高齢患者への治療／支援について、重視して取り組んでおられることの自由記載を依頼した。実践ガイドでこれらの自由記載事項を紹介したので参照をお願いしたい。

E. 結論

病状の重い長期在院患者でも退院できる／長期在院患者を生まないための実践ガイドを作成した。新規入院患者が早く退院する／長期在院患者が少ない、または長期在院の患者でも居宅系の退院率が高いことを好事例病院の基準として設定し、第一次アンケートに回答を得た 52 病院を好事例 20 病院とその他の病院に分け、在院患者と治療法／支援方法を比較して検討し、ヒアリング調査やその他の調査結果を踏まえて、好事例につながるものが想定される要因を抽出して第二次アンケートを作成した。

好事例 20 病院に依頼して各項目の実施状況を確認することにより、好事例病院で広く実施されている好事例要因を確認することができた。

また「長期在院」患者の 8 つの典型例のケースビネットを作成し、経験豊富な医師に治療／支援方法を解説していただいた。これらを「重度かつ慢性」患者の包括支援実践ガイドとしてまとめた。

わが国の精神科病院で長期在院患者を生まない、あるいは長期在院患者でも病状を改善して退院し地域生活に移行していくこ

とができるための医療の高度化を進めていくために、本実践ガイドが役立てられることを期待したい。

謝辞

本研究に多大なご協力をいただいた公益社団法人日本精神科病院協会、公益社団法人日本精神神経科診療所協会、自治体病院協議会、精神病床を有する国立病院をはじめとする病院団体、および、調査にご協力くださった病院関係者各位にこの場を借りて御礼申し上げます。

F. 研究発表

安西信雄：急性期からの治療法の再検討—長期入院を作らないためのクロザピン、mECT、LAI を含めた治療戦略。シンポジウム 72 治療抵抗性統合失調症への包括的支援を考える。第 114 回日本精神神経学会総会 2018 年 6 月 23 日，神戸

安西信雄：「重度かつ慢性」に該当する退院困難患者に必要な治療と包括的支援—これまでの調査で分かったこと、これから明らかにしたいこと。シンポジウム 8 重度かつ慢性の処遇及び ICF について。第 7 回日本精神科医学会学術大会 2018 年 10 月 4 日，長野

安西信雄：統合失調症の治療ゴールをめぐって—心理社会的治療の視点から。精神医学 61(4): 375-381, 2019

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

H. 文献

- 1) 厚生労働省：「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書（平成 29 年 2 月 8 日）
- 2) 安西信雄（研究代表者）：平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」平成 27 年度総括・分担研究報告書，2016 年 3 月
- 3) 池淵恵美（研究分担者）：重度かつ慢性の精神障害者への退院支援についての文献研究。平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究—心理社会的治療／方策」研究班（研究代表者：岩田和彦）平成 30 年度総括・分担研究報告書，2019 年 5 月
- 4) 佐藤さやか，池淵恵美，穴見公隆，ほか：精神障害をもつ人のための退院困難度尺度作成の試み 日本社会精神医学会雑誌 16(3): 229-240, 2008
- 5) 安西信雄（分担研究者）：分担研究報告書 重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制。平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究（研究代表者 山之内芳雄），2019 年 5 月
- 6) 安西信雄（研究代表者）：平成 29-30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究—関連研究班の統括・調整研究（H29-精神-一般-003）」平成 29-30 年度総合研究報告書，2019 年 5 月

図表1 本調査研究の全体像（イメージ）

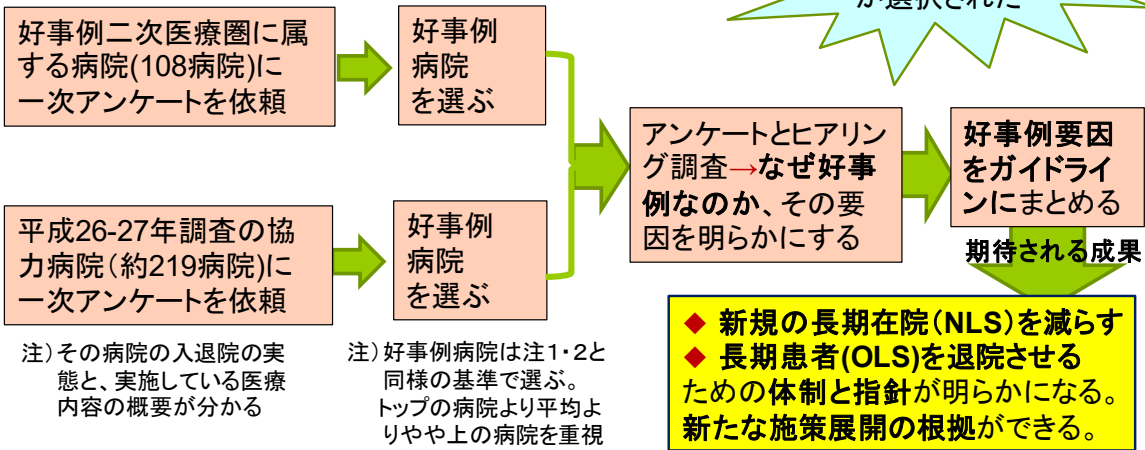
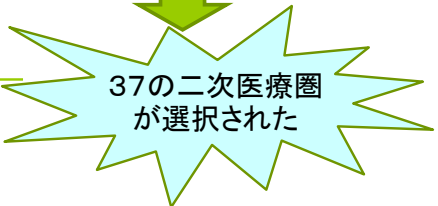
好事例の二次医療圏と精神科病院を選び、「なぜ好事例か？」を明らかにする

全国の約340個の二次医療圏から、明確な基準で「好事例二次医療圏」を選択する

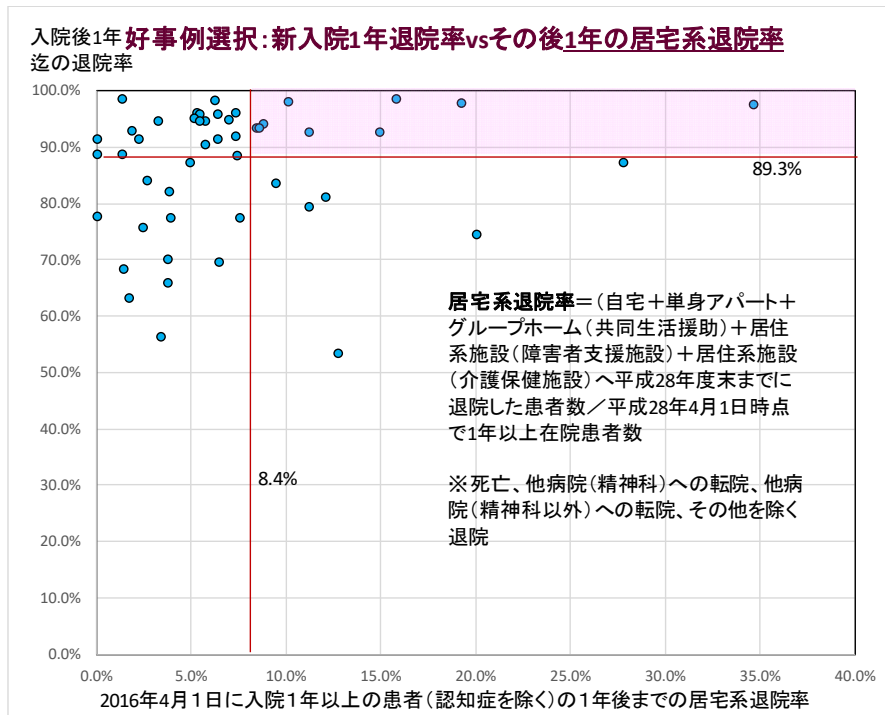
**好事例
二次医療圏・病院
を選択する基準**

- ◆ 新規の1年以上精神科在院患者(NLS)の発生が少ない
- ◆ 既に1年以上になっている患者(OLS)の退院率が高い
- ✓ どちらの指標も中央値以上(全国平均より良い)

注①: OLS退院率の高さが上位12.5%のうち NLSの中央値以上
 注②: NLS発生の少なさ上位12.5%のうち OLSの中央値以上

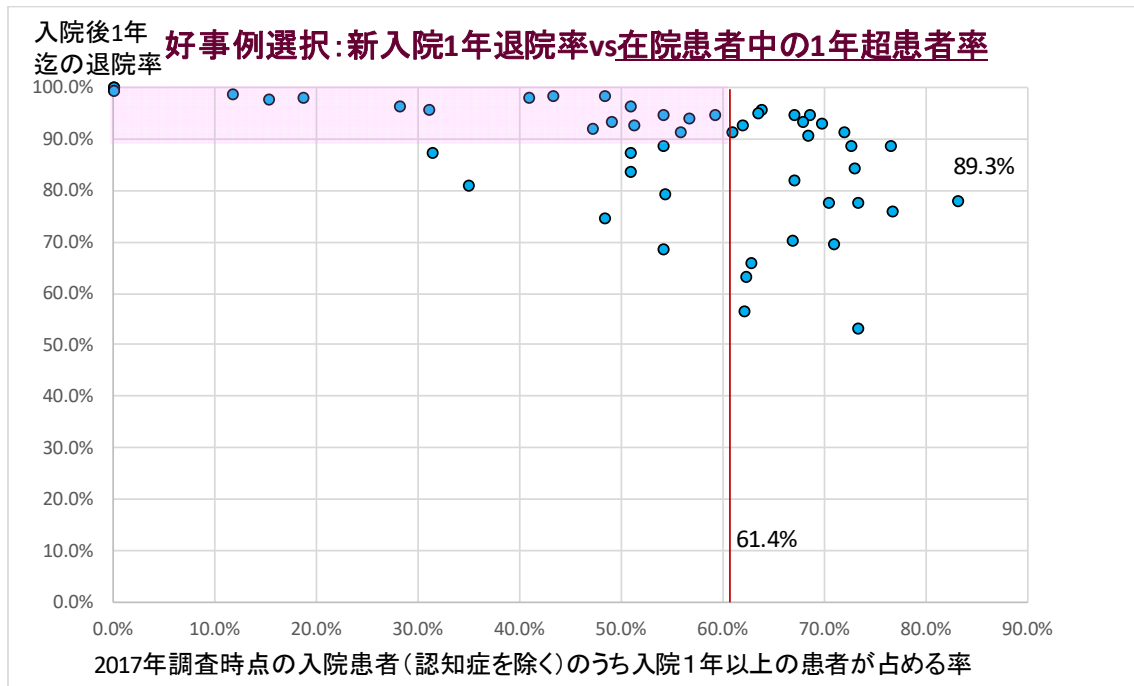


図表2 新入院患者の1年までの退院率と、1年超在院患者1年後までの居宅系退院率



(文献5から引用)

図表3 新入院患者の1年までの退院率と、1年超在院患者が在院患者中に占める率



(文献5から引用)

II. 分担研究報告

別添 4

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究-統括・調整班（H29-
精神-一般-003）」分担研究報告書

薬物療法ガイド作成、重度慢性典型例への治療／方策ガイド作成

分 担 研 究 者 宮 田 量 治

山梨県立北病院 院長

研究要旨

「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究-統括・調整研究班（H29-精神-一般-003）」（研究代表者：安西信雄）により、精神科病院に長期入院中の「重度かつ慢性」例に対する好事例病院の医療の実践内容が「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイドとしてまとめ、当分担研究班も「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究-薬物療法研究班（H29-精神-一般-004）」により実施した薬物療法実態調査の結果を組入れた薬物療法ガイドを作成し、その一部作成にあたることができた。出来上がった薬物療法ガイドは、既存の標準的な治療ガイドラインと比較して、多剤併用に比較的柔軟なこと（なるべく行わない）、クロザピン導入時期がやや遅いとは言え、大きな齟齬がないことが確認された。さらに「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究」の 5 班合同により重度慢性「典型例」への治療／方策（好事例病院医師の回答集）も作成され、治療困難なケースへの治療支援を bio-psycho-social な視点から提示できた。

本ガイドは、好事例病院の実践をまとめたものであり、日本の精神科医療が努力すれば到達する良質な精神科医療が紹介されており関係者による今後の活用が期待される。

A. 研究目的

本研究の目的は「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究-統括・調整研究班（H29-精神-一般-003）」（研究代表者：安西信雄）と連携し、好事例病院へ実態調査を実施の上、「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイドに組み込まれるべき好事例病院の薬物療法／方策の特徴を明らかにし、平成 30 年度まで指針としてまとめ提示することである。

指針提示においては、新たな長期在院

（NLS）患者の予備軍である入院 3 ヶ月以上 1 年未満の入院例への薬物療法／方策についても念頭に置いて作成するものとした。

B. 研究方法

I. 薬物療法ガイド作成

協力病院への薬物療法実態調査をもとに、薬物療法ガイドを作成した。H29 年度に作成されたガイドライン骨子（案）に調査結果を組入れ、ガイド原案を作成し、薬物療法班による査読、統括調整班による協議をへて最終版を作成した。

作成後、本薬物療法ガイドを、既存の統合失調症薬物治療ガイドライン、及び、H29年度に作成した薬物療法ガイドライン骨子（案）と比較し、本ガイドの位置づけについて明らかにした。

ガイド作成のための薬物療法実態調査は、「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究-薬物療法研究班（H29-精神-一般-004）」により行われた調査である。統括調整班の安西により平成30年2月に実施された1次アンケート調査¹（図1）に期限内に回答した46病院のうち、本調査への協力が得られた24病院（本研究の予備調査協力2病院を含む）の入院統合失調症例（所定の抽出条件により抽出された対象者）及び病院勤務の精神科医（専攻医を除く）に対して横断的処方調査・縦断的処方調査を含む薬物療法に関する包括的な実態調査を実施した（図2）。

薬物療法班の実態調査は、協力施設の調査担当者を介し、平成29年度に当研究班作成の「薬物療法実態調査の調査票バッテリー」により実施した。提出された調査票については、県立北病院の研究事務担当者が欠損値の有無を確認のうえ、必要時は、各施設の調査担当者へ照会を行った。その後、調査票はデータ入力業者（株式会社ワイ・シー・シー）により解析に供せるように入力し、業者が入力できないデータについては、県立北病院の研究事務担当者が入力した。主たるデータ解析については株式会社シロシベが実施した。補足的分析については、研究代表者、及び、分担研究者がJMP11により実施した。解析の際には、安西が作

成した「好事例病院の選択基準（図3）」により協力病院を該当／非該当の2群に分けて比較した。調査結果の詳細については、「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究-薬物療法研究班（H29-精神-一般-004）」

薬物療法実態調査の調査票バッテリー

- ①処方調査1（施設調査票を含む）
- ②処方調査2（長期例の入院後最初の1年間の薬物療法についての縦断的調査）
- ③医師アンケート
- ④薬物療法の記録と院内システムに関する調査（Fidelity調査）

II. 重度慢性典型例への治療／方策作成

安西により平成30年2月に実施された1次アンケート調査により重度かつ慢性の8つの典型例が示されているが、本調査では「1年以上在院患者（OLS）のうち1年後までに退院した患者」408名のうちいずれかの典型例に該当する者が152名（37.2%）であった。重度慢性典型例への治療／方策は、薬物療法、心理社会的治療、地域ケア体制を総合したbio-psycho-socialな視点からの包括的な治療／方策が必要なため、該当例への治療経験があると回答した好事例病院に対してケースビネットによる仮想症例への対応を回答してもらい、「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイドの最終章としてまとめられた。

作成のための本検討においては、10の「典型例」ケースビネット²を作成し、好事例病院の医師には、A.見立て、B.入院治療におけるゴール、C.本例に実施可能な治

¹ ナショナルデータベース（NB）に基づく好事例地域所在病院108病院、および、平成26～27年度「重度かつ慢性」前向き調査に回答した219病院を対象に行われた1次アンケート調査であり、52施設から回答が得られた。

² ケースビネットは、概ね400字で記載された仮想の統合失調症例で、ケースごとに「典型例」としてのテーマが規定されている。図4には「ケース1：陽性症状（幻覚・妄想）が重度な例」を示した。

療／方策の選択肢の3点について回答を求めた。

その際「C. 本例に実施可能な治療／方策」への回答に使用された「重度慢性患者の治療／方策選択リスト」は、「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究」にかかる5つの研究班によりH30年10月に作成された56項目からなる治療／方策リストである(表1)。本リストは、「薬物療法／方策(10項目)」、「心理社会的治療／方策(19項目)」、「(退院直後の)地域ケアにおける方策(27項目)」の3領域から成り、いずれも日本の精神科医療において実施可能な選択肢である。回答者もしケースビネット症例の担当医になったら自分なら必ず行うであろう治療／方策を選択してもらった。また、選択時、現在、回答者の病院や地域で実施できない治療／方策は選択しないように求め、回答が病院・地域の医療の実情を反映するようした。

C. 結果

I. 薬物療法ガイド作成

1) 薬物療法ガイドの作成

薬物療法ガイドライン(骨子)、及び、好事例病院への調査結果に基づき薬物療法ガイドを作成した。内容は、目次の通りとなった(図5)。また、本文の全文(3枚の図①②③を含む)は以下に記載した通りである。

薬物療法ガイド

1. はじめに

精神科の入院治療において薬物療法は重要です。文献的検討では、持効性抗精神病薬注射製剤(LAI)とクロザピンが入院日数の短さと、抗精神病薬多剤併用が入院日数の長期化と関連することが確認されていま

す。したがって「重度かつ慢性」例への薬物療法では、LAI、クロザピン、多剤併用への対応方針がとても大切になります。

本ガイドは、第一次アンケート回答施設のうち協力の得られた24施設への調査(実施時期:2018年9月~12月)³にもとづき、「重度かつ慢性」入院例の約6割を占める統合失調症の薬物治療概要がまとめられています。「重度かつ慢性」例への薬物治療を検討する際の参考としていただければ幸いです。

2. 統合失調症例への薬物療法ガイド

1) 好事例病院の薬物療法概要(I)

好事例病院では、第二世代抗精神病薬の単剤治療が定着し、持効性抗精神病薬注射製剤(LAI)やクロザピンもよく使われています。

調査対象月に最低1日以上入院した統合失調症例に対する好事例病院の処方は、9割(88.5%)が第二世代抗精神病薬主体の処方であり、約5割(47.4%)は単剤治療です。抗精神病薬の併用はあっても補助的に用いられている(クロルプロマジン換算による力価の主剤比率:84.0%)ことが普通で、3剤併用例は1割(11.4%)にとどまります。その他の向精神薬として、気分調整薬(平均0.5剤)、ベンゾジアゼピン(同1.2剤)、

³本章は、4つの薬物療法に関する調査(I:調査対象月に最低1日以上入院した統合失調症例の処方箋横断調査、調査II:「重度かつ慢性」患者の入院後1年間の処方箋縦断調査、及び、薬物治療戦略実施に関する調査、調査III:薬剤および治療法選択についての医師アンケート、調査IV:薬物療法の記録と院内システムに関するフィデリティ調査)にもとづいて記載されています。これらの調査データにもとづく記載についてはガイド本文中に(II及びIII)のように示してあります。本調査に協力の得られた24施設中、「好事例病院の選択基準」に該当したのは14病院、その他は10病院あり、2群を統計学的に比較し有意な結果については本ガイドの記載に反映しましたが、ガイド中に紹介されたデータ(薬剤の使用頻度など)は、好事例病院のデータをまとめたものです。

抗パ剤(同 0.4 剤)の併用もみられますが、単純化された処方が多いことが特徴です。

①F20 症例に対する経口抗精神病薬使用状況

経口抗精神病薬の使用頻度は第二世代抗精神病薬が 9 割 (88.5%) です。使用頻度が 5%を超える薬剤は、オランザピン(25.5%)、リスペリドン(18.7%)、クロザピン(10.6%)、アリピプラゾール (9.6%)、クエチアピン (7.1%)、パリペリドン (6.4%) です。第一世代抗精神病薬では 5%を超える薬剤はありませんが、頻度が高いのはハロペリドール (4.8%)、ゾテピン (2.1%) です。

②F20 症例に対する持効性抗精神病薬注射剤 (LAI) 使用状況

LAI の使用頻度は、多い順にデカン酸フルフェナジン (26.0%)、パリペリドン LAI (24.4%)、デカン酸ハロペリドール(21.3%)、リスペリドン LAI (15.7%)、アリピプラゾール LAI (12.6%) です。第一世代抗精神病薬の LAI 使用頻度が高いことが特徴で、好事例病院では LAI を早くから導入していたことがうかがわれます。一方、LAI 単独の処方例は 14.2%に過ぎず、大部分の症例には経口抗精神病薬が併用されています。

③ 抗精神病薬投与量

好事例病院の平均抗精神病薬投与量はクロルプロマジン換算で 600mg をやや超える 779.4mg です。主剤 (処方中のクロルプロマジン換算量最大の薬剤) だけに限ると抗精神病薬投与量は 597.5mg です。

2) 入院統合失調症例への薬物療法

① 入院時の薬物選択 (Ⅲ)

入院時の薬物選択では、約 8 割 (78.4%) の医師が過去の処方内容を尊重した治療薬を選択しています (過去に有効な治療薬があった場合)。

初発例には、男性例では、アリピプラゾール (40.4%)、リスペリドン (34.2%)、オランザピン (12.3%)、ブレクスピプラゾール (8.8%) (選択頻度 5%以上の薬剤。以下、同様)、女性例では、アリピプラゾール (50.9%)、リスペリドン (26.3%)、ブレクスピプラゾール (12.3%)、オランザピン (6.1%) が選択されています。また、糖尿病のある初発例では、アリピプラゾール (43.0%)、リスペリドン (36.8%)、ブレクスピプラゾール (10.5%)、ブロナンセリン (5.3%) が選択されています。

② 効果判定期間 (Ⅲ)

好事例病院では、投与した抗精神病薬の効果判定に約 2 週間 (16.8 日) かけています。

③ ①で改善しない場合の対応 (Ⅱ)

改善しない場合のもっとも一般的な対応は「切り替え」です。好事例病院では、最初の治療で改善しない場合、入院後 3 ヶ月以内では、「主剤の切り替え」が 4 割 (38.9%) の症例に行われています。切り替え以外では、「念入りな内服確認」(22.3%)、「入院時主剤を増量」(18.6%) ないし「減量」(14.2%)、「増強療法 (抗精神病薬以外の向精神薬追加)」(14.2%)、「抗精神病薬 2 剤併用」(12.4%) ないし「3 剤以上併用」(11.5%)、「多剤併用の単純化」(併用薬の削減) (12.4%)、「多職種カンファレンス実施」(10.6%) などが行われます。

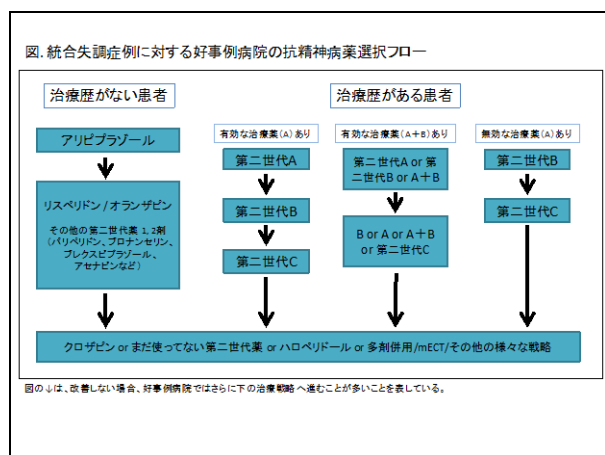
入院 3 ヶ月以降の対応でも、「主剤の切り替え」が 4 割 (38.1%) と最も多く「念入りな内服確認」(21.2%)、「抗精神病薬 2 剤併用」(19.5%)、「多職種カンファレンス実施」(15.9%)、「多剤併用の単純化」(併用薬の削減) (15.0%)、「入院時の主剤を増量」(13.3%)、「増強療法」(11.5%) が続きますが、入院が 3 ヶ月以上になると「薬物

治療方針について指導者に相談（11.5%）が加わります。

④ 切り替え法

切り替えは理論上 20 通りの方法がありますが、Weidenらによる漸減漸増（総投与量は多くなるが離脱リスクが減少）、上乗せ漸減法、ないし、急速置換（切り替えを急ぐ場合、前薬からの離脱リスクがない場合など）を症例ごとに選択するのが一般的な切り替え戦略です。

切り替えの際に選択される薬剤は、今回調査（Ⅱ及びⅢ）では、アリピプラゾール（第一選択薬）→リスペリドン／オランザピン／その他の第二世代抗精神病薬（パリペリドン、ブロナンセリンなど）→クロザピン（第四か第五選択薬）というような選択が比較的多く行われています。



⑤ 多剤併用、及び、投与量増加の要因（Ⅱ及びⅢ）

病状が改善しないまま入院が長期化すると、抗精神病薬の総投与量は増加します（調査Ⅱでは入院時：805mg が1年経過時：928mgへ増加）が、抗精神病薬の単剤率は低下せず（入院時：40.7%から1年経過時：43.4%）多剤併用へ移行しないのが好事例病院の特徴です。しかし好事例病院の医師は、

単剤治療を意識しながらも「重度かつ慢性」例の過去の治療歴を尊重し、多剤併用に対して（絶対の禁じ手とはしておらず）柔軟な方針をとっています（Ⅲ）。調査Ⅱでは3剤以上の多剤併用処方例の割合が、入院時も1年経過時も2割（入院時20.4%、1年経過時：19.5%）のままでした。

⑥ 処方単純化（減量／減剤）

「重度かつ慢性」患者では、入院経過とともに処方内容が多剤大量の方向へシフトしないように注意が必要です。また多剤大量例では、処方単純化が（薬剤の影響による過鎮静・寡動や意欲低下などの）改善の契機となる場合もあります。国内では、単純化の具体的な方法として SCAP 法が知られています。

⑦ 持効性抗精神病薬注射製剤（LAI）の使用

LAI の使用に好事例病院の医師は前向きです（Ⅲ）。LAI の使用に際しては、十分な説明により、本人から納得を得ることが大切になっています。本人が希望した場合、LAI 中止も検討すべきですが、直ちに中止するのではなく、LAI の導入経緯をよく調査し、中止した場合のリスク防止（必要例には、継続の選択肢をあらためて提案）をはかることが大切です。

⑧ クロザピンの使用、及び、使用できない場合の対応

クロザピン使用に好事例病院の医師は必ずしも前向きではありませんが（Ⅲ）、好事例病院の抗精神病薬使用実績ではクロザピン投与は調査対象月に最低1日以上入院した患者の10.6%と第三位の位置づけです（Ⅰ）。また、好事例病院において1年以上病状が改善しなかった例に対するクロザピンの使用頻度を遡及的に調べてみると、入院時の2.7%から1年経過時には12.4%と

4.6 倍増加しています（Ⅱ）。

リスペリドンとオランザピンの無効例に対してクロザピンが使用できない場合、ブロナンセリン（20.0%）、アリピプラゾール（18.3%）、アセナピン（11.3%）、ハロペリドール（10.4%）が選択され、その他の多岐にわたる回答が4割（40.0%）を占めています（Ⅲ）。このことからクロザピンが使用できないと定型的な治療方針の決定が難しくなると考えられます。

⑨ mECT の使用

好事例病院において mECT を治療手段として選択できる医師は7割（73.6%）にとどまります（Ⅲ）。mECT は気軽に選択できる治療手段になっていませんが、「重度かつ慢性」例への効果的な治療手段のひとつです。

⑩ 副作用への対応

副作用発現例や副作用を嫌う例（例えば、太りたくない）に対して抗精神病薬の副作用プロフィールにもとづく対応が必要となります。副作用情報は、添付文書で公表された頻度と実感が異なる場合もあるため、理論的な副作用プロフィールを理解することも大切です。この場合、鎮静、体重増加、錐体外路症状、抗コリン作用、血圧低下、プロラクチン上昇などへのリスクが薬剤ごとにまとめられた Maudsley ガイドラインの表 2-7 などが参考になります（章末の参考資料を参照）。

3) 適正な薬物療法を実施するための院内／院外のシステム

① 薬歴のカルテ記載（Ⅳ）

クロザピン投与基準（第二世代薬：クロルプロマジン換算 600mg 以上、4 週間以上）をみすえた抗精神病薬治療のトライアル回数、過去の副作用発現に関する情報がカル

テから容易に取り出せることが理想です。

好事例 14 病院のうち、約 6 割（64.3%）に処方歴サマリーが整備されていますが、定期更新している施設は 3 割（31.3%）にとどまりましたので、今後改善がのぞまれる状況です。

② 薬物療法の方針決定における多職種の関わり

入院後の初期治療に反応しない例では、早期の多職種カンファレンスなどにより診療情報を収集し担当医の立場では見えづらい側面（症例の性格や行動特性など）を十分に踏まえた治療戦略をたてることも必要になります。1 年以上の入院例に対し好事例病院では 36%で多職種カンファレンスが定期開催されています（Ⅳ）。その際、薬物療法に関してスタッフから担当医に忌憚なく意見が言える雰囲気をつくられていれば理想的です。

③ 薬物療法についての相談体制（ⅡとⅣ）

改善しない例の入院 3 ヶ月以内の相談率は、好事例病院において同僚へ相談（6.3%）、上級医へ相談（6.2%）と決して高くありません（Ⅱ）。定期的な多職種カンファレンス（実施頻度 36%）や薬物療法についての研修やスーパービジョン（同 71%）（Ⅳ）が治療に行き詰まった担当医に十分活用されていない可能性があります。

④ 適正な薬物療法のモニタリング（Ⅳ）

一部の好事例病院（28.6%）では、担当医ではない職種／スタッフが症例の処方内容や処方歴を監査し、多剤大量処方の修正をはかり治療成果を高めている施設があります。

②③④に共通するのは、薬物療法を担当医の聖域とせず、病院のシステムとして最適な治療を提供する視点です。病院の文化に逆らわないカンファレンスや委員会、相

談体制が工夫できるとよいでしょう。

⑤ 最新の医学情報の入手方法

日本語で書かれた専門家向けの各種治療ガイドラインに則した医療を提供することは大切です。最新の医学情報の入手方法としては、学会や各種講演会への参加、文献（ネット、雑誌など）などが一般的ですが、最先端の情報入手には個人的努力が必要です。各医師にそこまで求めることは難しいため、参加を義務づけた勉強会（年1回程度でも）などで医局の治療内容を標準化できるとよいかもしれません。

⑥ クロザピンや mECT などの高度医療の実施、及び、実施できない場合の対応

精神科の高度医療は体制整備にさまざまな制約がともない、普及しているとは言えない状況です。しかし治療適応のある患者や家族に対して情報提供を行うこと、希望例に対しては実施施設への一時的転院などを計画していくことが今後大切になると考えられます。

⑦ 薬物療法継続のための本人や支援者サポート

薬物療法は長期にわたるため、本人や支援者が継続の必要性を理解していることが大切です。そのためには、診療における SDM（shared decision making）の実践、心理教育や家族教室による指導に加え、本人や家族を支援する訪問看護や通所施設などのスタッフが繰り返し指導していくこと、服薬カレンダー使用やアドヒアランス状況（実際の内服状況、副作用や治療継続についての発言など）により多職種が協力して薬物療法の継続を応援していくことが大切です。

3. 参考資料

1) 国内外の標準的な治療ガイドラインと

アクセス方法

国内外の標準的な治療ガイドラインとアクセス法

- 統合失調症薬物治療ガイドライン
 - 日本神経精神薬理学会（編集）
 - <http://www.asas.or.jp/jsnp/csrinfo/03.html>
 - エビデンスの系統的レビューを元にしてはいるが、臨床現場で役立つように症例報告も含め幅広く検索。
- モーズレイ処方ガイドライン第12版 上巻・下巻
 - David Taylor, Carol Paton, Shitij Kapur
 - ワイリー・パブリッシング・ジャパン株式会社
 - 抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬などの向精神薬の処方に関して、薬剤の選択、注意すべき副作用、最適な増量法、処方薬の切り替えなど情報を提供している。
 - 日本語翻訳版では、本邦の実状に即して項目ごとに「日本語版担当者からの一言」も掲載。

2) 入院期間に影響する薬物療法関連因子

文献的検討(内田分担研究) 精神病患者の長期入院に関連する薬物療法

- 体系的文献レビュー
 - PubMed
 - キーワード: "length of stay" and (schizophrenia or psychosis)
 - 2017年10月最終検索
- 1724報のうち1711報を除外
 - 入院期間の情報欠如(795報)、他の疾患(218報)、福祉制度研究(381報)、総説(197報)など
- 13報を精査
 - 全てが観察研究。対照群はなし。
 - 持効性注射剤、クロザピン → 入院期間が短い
 - 多剤併用療法 → 入院期間が長い

三浦、内田ら(宮田連)未発表データ

薬物療法ガイド本文（ここで終了）

2) 既存の統合失調症薬物治療ガイドラインとの比較による本ガイドの位置づけ

2- 1) 既存のガイドラインとの比較

第2世代抗精神病薬の使用、単剤治療、持効性注射剤の使用、過去の処方歴に基づく薬剤選択は、共通していた。一方で、本治療ガイドは多剤併用の使用に対して柔軟な立場だったが、既存のガイドラインは原則的に単剤治療を推奨していた。既存のガイドラインは治療抵抗例に対する早期のクロザピン使用を支持していたが、本治療ガイドでは支持はしているものの、本邦にお

ける導入の困難さもあり、やや躊躇した記載となった。治療抵抗例に対する修正型電気けいれん療法は共通して支持していた。本治療ガイドでは抗精神病薬の効果判定は約2週間とされたが、既存ガイドラインでは2-4週間と長かった。

2-2) H29年度作成の薬物療法ガイドライン骨子(案)との比較

H29年度に当班が作成した「薬物療法ガイドライン骨子(案)」の項目、H30年度に当班が作成した「薬物療法ガイド」項目、及び、5班合作の「「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイド」の薬物療法以外のセクション項目(他のセクション項目)を一覧表にまとめたところ、実践ガイドの他のセクション項目に記載があったため薬物療法セクションから削除された項目を含めると、今回作成された実践ガイドにはその原案である薬物療法ガイドライン骨子(案)項目の77.4%が採用されていた(表2)。

骨子(案)に採用され実践ガイドからは削除された項目は、医師と相談するためのツール、医薬情報担当者への依存度/評価、①国内上市されている抗精神病薬一覧、②国内上市されている抗精神病薬LAI一覧、添付文書によるサマリー(用量/用法)、①処方歴調査にもとづいて頻度を集計、②効果判定(投与量、投与期間)、③抗精神病薬の切り替え法、(大量投与の)好事例施設における頻度、LAI導入:ゲイン法、添付文書によるサマリー(副作用)、添付文書における副作用頻度、付録(本人や家族へ向け作成された薬物療法について書籍等のリスト)、付録(製薬各社が本人や家族向けに作成した非定型抗精神病薬についての情報のリスト)であり、項目数は14にのぼるが、このうち、②効果判定(投与量、投与期間)、

③抗精神病薬の切り替え法の2項目については、処方調査2の調査法を変更したため根拠となるデータが収集できなかったが、ほかの12項目はガイドの字数制限などにより削除されたものである。

一方、薬物療法ガイドライン骨子(案)になく薬物療法ガイドに新たに追加された項目はひとつあり「薬歴のカルテ記載」であった。(この項目は、骨子作成の際、あやまって書き落とした項目である。)また、心理社会的治療の「再入院防止に向けた対応」については、薬物療法の観点からも言及すべき項目と言えるが、骨子(案)には含まれておらず、薬物療法ガイド作成の段階で必要性について検討できなかった。

II. 重度慢性典型例への治療/方策作成

重度慢性典型例を地域に退院させた経験があると回答した好事例病院は複数あったため、安西班会議による協議の上、依頼先を決定した。回答を依頼したすべての施設から回答があり、実践ガイドにはいただいた回答を編集せずそのまま掲載した。(内容については、実践ガイドを参照のこと。)

「C. 本例に実施可能な治療/方策」からの選択数・選択率は、薬物療法(選択肢数10)が3.0、30.0%、心理社会的治療(選択肢数19)が8.5、44.5%、(退院直後の)地域ケア(選択肢数27)が11.3、41.9%で、回答において3領域とも選択率が40.0%を超えたケースビネットは4例であった。その内訳は、ケース1(陽性症状が重度な例)、ケース4(衝動行為が著しい例)、ケース7(自殺や自傷行為等の危険性が高い例)、ケース8(他害や触法行為の可能性が高い例)であった。

D. 考察

I. 薬物療法ガイド作成

1) 薬物療法ガイドの作成

本研究班が実施した薬物療法実態調査に対して 24 病院から回答が得られ、その結果をもとに薬物療法ガイドを作成した。本調査は回答 24 施設を安西により作成された「好事例病院の選択基準」により好事例病院 14、その他病院 10 の 2 群に分けて比較しており、したがって、本薬物療法ガイドは、新たに長期化する入院患者（NLS）の発生が少なく重度慢性例を含めた長期在院者の治療／ケアに長けた病院における実践的な薬物治療内容を反映したものとなっている。

本薬物療法ガイドは、日本で実施可能な医療のみに言及している上、入院長期化に影響する要因であるクロザピンの使用、LAI の使用、多剤併用への態度などに特に配慮して書かれており、後述の通り、国内外の標準的なガイドラインとやや異なる点もみられるが、現況を反映したものであり、日本の精神科入院医療の関係者に是非参照していただきたい。

2) 既存の統合失調症薬物治療ガイドラインとの比較による本ガイドの位置づけ

既存の標準的な治療ガイドラインと比較して、本ガイドに記載された医療は、多剤併用に比較的柔軟なこと（なるべく行わない）、クロザピン導入時期がやや遅いと言えるが、大きな齟齬がないことが確認された。好事例病院では、さまざまな治療ガイドラインからの逸脱症例をかかえながらも標準的医療を志向していると言える。一方、好事例病院では相談や多職種カンファレンスの実施頻度が低い可能性があり、困難例を担当医ひとりが抱え込んでいる可能性もあった。多職種治療が強みである精神科治療を行えば、好事例病院では治療成果をさら

に高める余地（のびしろ）があるとも感じられる。

好事例病院の医療内容は、日本の精神科医療の一般的水準からみて見習うべき点が多々ある一方、批判的に読むことで、自らが実践する薬物療法の水準をさらに高めることができるかと期待される。

II. 重度慢性典型例への治療／方策作成

ケースビネット症例への回答から、好事例病院の医師は、重度慢性例に対して薬物療法（選択率：30.0%）、心理社会的治療（44.5%）、（退院直後の）地域ケア（41.9%）の 3 領域の治療／方策を包括的に実施していることがうかがえ、精神科における多職種の関わりが重度慢性例においても大変重要ということがあらためて確認されたものと言える。

本回答は、全国各地の好事例病院・医師によるものであり、病院の経営母体や所在地域もさまざまであるにもかかわらず、治療困難と思える重症例への熱意やチャレンジ精神にあふれており、回答者の診療姿勢や臨床経験が反映された読み応えのある内容である。

今回、5 班共同により作成の「「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイド」では、薬物療法、心理社会的治療、地域ケアの各ガイドが順次、いわば「縦割り式」に提示されている。目の前にいるひとりの症例に対して、bio-psycho-social な視点から包括的な治療／方策を提示することは難しいが、仮想のケースビネット症例への回答集である「典型例」の本章によってようやく、私たちは包括的治療支援の実践について読者と共有できたように思われた。重度慢性典型例への回答を自験例にカスタマイズし活用していただけたらまことに幸いである。

わたしは、ケースビネットのような、治療に行き詰まった症例の主治医になったらと思うと、多くの症例にあきらめを禁じ得なかったが、本ガイドの回答を読み、限界を打ち破るのはあきらめない実践であること、そして、自分の過去の経験によって難しい症例の治療や支援に勝手に壁をつくってはならないということを読んだ。また、困難例への治療には秘策があるわけではなく、基本的な支援サービスを十分量使いながら、多職種の間を合わせた地道な対応をたゆまず続けていく。そういうことを今回ご回答をいただいた好事例病院の先生方が日頃から当たり前のように行っていることが分かって嬉しかった。

E. 結論

「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究-統括・調整研究班（H29-精神-一般-003）」（研究代表者：安西信雄）により、精神科病院に長期入院中の「重度かつ慢性」例に対する好事例病院の医療の実践内容が「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイドとしてまとめ、当分担研究班も「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究-薬物療法研究班（H29-精神-一般-004）」により実施した薬物療法実態調査の結果を組み入れた薬物療法ガイドを作成し、その一部作成にあたることができた。また、「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究」の5班合同により重度慢性「典型例」への治療／方策（好事例病院医師の回答集）も作成され、治療困難なケースへの治療支援を bio-psycho-social な視点から提示できた。

本ガイドは、好事例病院の実践をまとめたものであり、日本の精神科医療が努力す

れば到達しうる良質な精神科医療が紹介されており関係者による今後の活用が期待される。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

宮田量治:非定型抗精神病薬単剤に非反応な統合失調症患者への抗精神病薬使用.臨床精神薬理 21:676-680, 2018

2. 学会発表（予定を含む）

1) 国内（ポスター発表）

宮田 量治, 三澤 史斉, 藤井 康男, 武田 俊彦, 内田 裕之

精神科入院統合失調症の処方実態調査

Survey on actual prescriptions of schizophrenia psychiatric inpatients

第115回日本精神神経学会学術総会
平成31年6月20日～22日（新潟市）

宮田 量治, 三澤 史斉, 藤井 康男, 武田 俊彦, 内田 裕之

「重度かつ慢性」精神科長期入院統合失調症の入院後1年間の処方調査

Survey on prescriptions for one year after admission of "severe and chronic" schizophrenia

第115回日本精神神経学会学術総会
平成31年6月20日～22日（新潟市）

宮田 量治, 三澤 史斉, 藤井 康男, 武田 俊彦, 内田 裕之

統合失調症入院例ケースビネットへの精神科医の抗精神病薬選択

**Psychiatrist's antipsychotic drug selection
for cases of hospitalized schizophrenia
case vignette**

第115回日本精神神経学会学術総会
平成31年6月20日～22日（新潟市）

三澤 史斉，内田 裕之武田 俊彦藤井 康男宮
田 量治

科学的根拠に基づく統合失調症薬物治療を
支える医療機関のシステムについての調査
**Survey of institutional system supporting
evidence-based pharmacological treatment
for schizophrenia**

第115回日本精神神経学会学術総会

平成31年6月20日～22日（新潟市）

2) 国外（口頭発表）

Miura T, Suzuki T, Mimura M, Uchida H.
Psychopharmacological treatment and
length of stay in psychiatric hospitals
among patients with schizophrenia: a
systematic review. 31st Collegium
Internationale
Neuro-Psychopharmacologium, Vienna,
2018.06.18.

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

図 1. 統括調整班・安西による 1 次アンケート調査

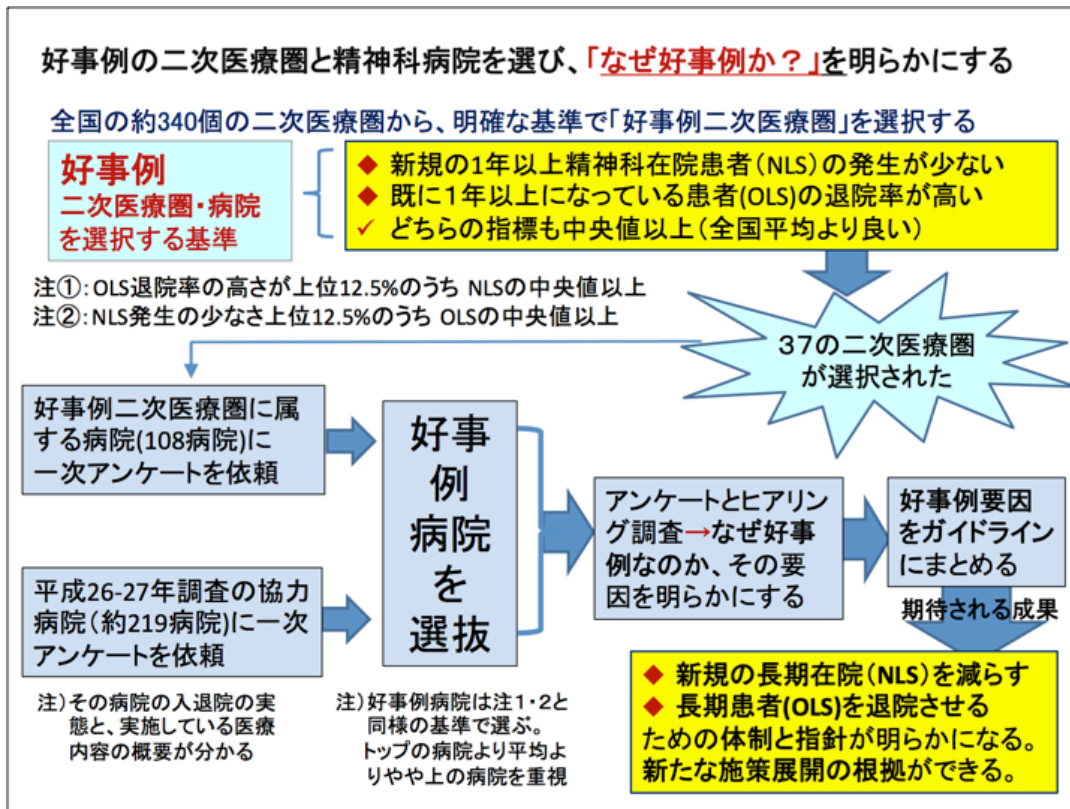


図 2. 薬物療法実態調査の協力 24 病院

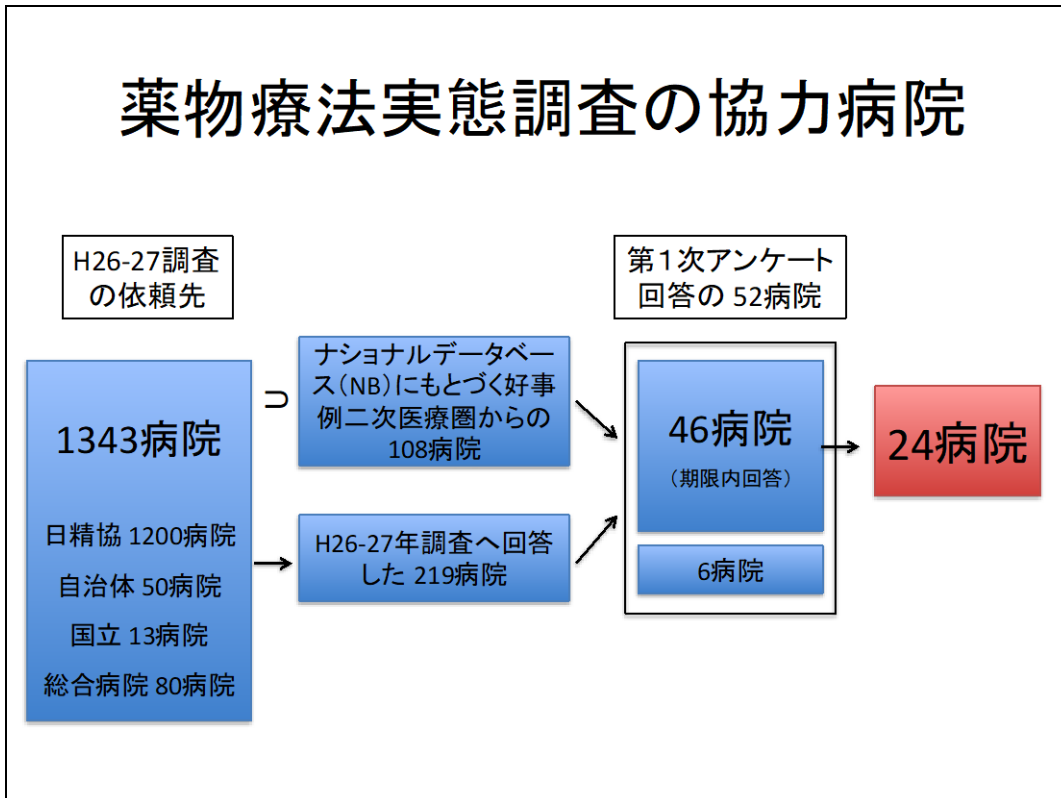


図 3. 好事例病院の選択基準

「重度かつ慢性」基準を満たす患者の治療・支援および発生予防における

「好事例病院」の選択基準

下記の A を満たし、B と C のどちらか(または両方)を満たす病院

A: 新規入院患者の1年後までの退院率が高い (全国中央値 89.3%以上)

B: 在院患者中の1年を超える患者の占める率が低い (全国中央値 61.4%以下)

C: すでに1年を超えて在院している患者の1年後までの居宅系退院率が高い (参考値 8.4%以上)

(注:居宅系退院には自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含める)

安西信雄(2018)

図 4. ケースビネットの例 (ケース 1 : 陽性症状 (幻覚・妄想) が重度な例

ケース 1

①陽性症状(幻覚・妄想)が重度な例

45歳男性。23歳で精神科初回入院。統合失調症と診断された。身体合併症はない。5年前に両親が他界し、以後、2週に一度の訪問看護を受けながら、自宅で単身生活していた。県外に兄がいるが仕事が忙しくて休めない。障害年金2級受給中。

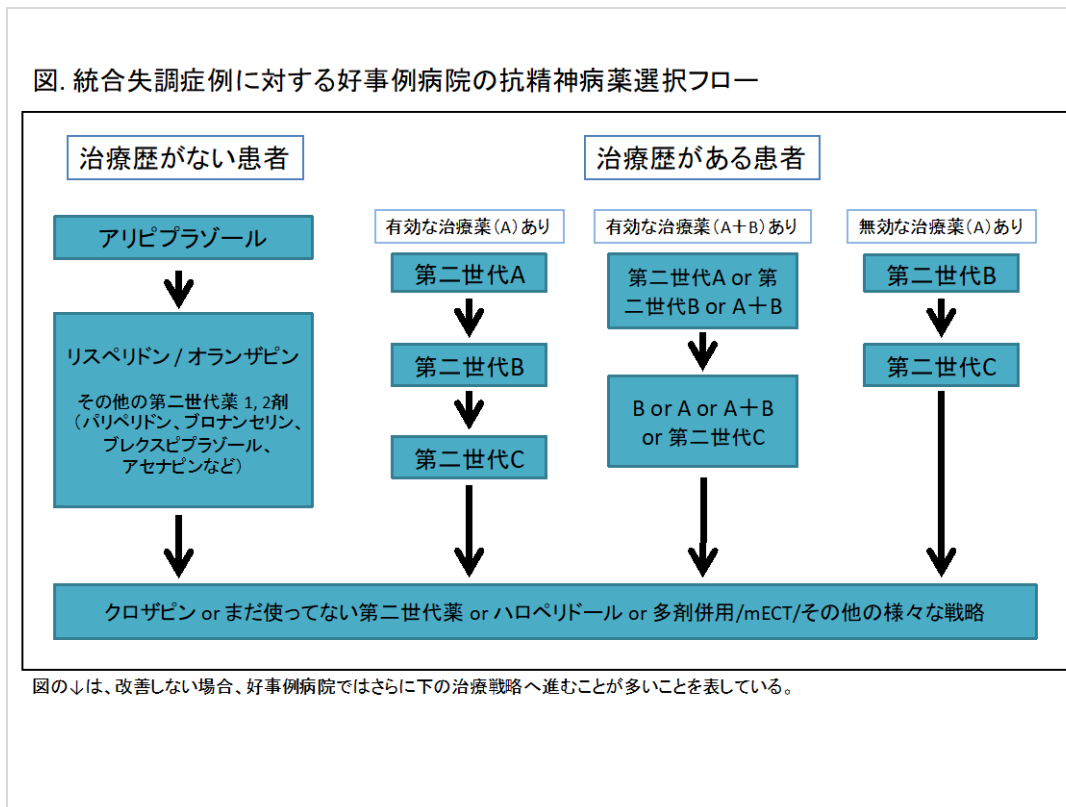
過去に数回の入院があり、3年前の退院時処方(リスパダール6mg + オランザピン10mg)で症状の安定が得られ、通院治療を受けながら週5日間、作業所に通所していた。ところが、2年前に主治医が交代すると、次第に内服しなくなり「A病院は患者の血液から健康食品をつかって販売している」との妄想を生じ、外来待合室でも騒ぐようになったため、1年半前に医療保護入院した。オランザピン20mg投与でも活発な幻覚妄想は改善せず、他患に過干渉になったり病院批判を声高に主張するときなど1~2日の短期隔離が必要となっている。薬はしぶしぶ内服しているが、検査や治療に拒否的で、職員の内服確認も週に2、3回は実施できないことがある。入院期間はすでに1年を超えているが病状も悪く治療継続も見込めないことから退院の日処が立っていない。

図 5. 薬物療法ガイドの目次

実践ガイド(薬物療法) 目次

1) 好事例病院の薬物療法概要
① F20症例に対する経口抗精神病薬使用状況 ② F20症例に対する持効性抗精神病薬注射製剤(LAI)使用状況 ③ 抗精神病薬投与量
2) 入院統合失調症例への薬物療法
① 入院時の薬物選択 ② 効果判定期間 ③ ①で改善しない場合の対応 ④ 切り替え法 ⑤ 多剤併用、及び、投与量増加の要因 ⑥ 処方単純化(減量/減剤) ⑦ 持効性抗精神病薬注射製剤(LAI)の使用 ⑧ クロザピンの使用、及び、使用できない場合の対応 ⑨ mECTの使用 ⑩ 副作用への対応
3) 適正な薬物療法を実施するための院内/院外のシステム
① 薬歴のカルテ記載 ② 薬物療法の方針決定における多職種の間わり ③ 薬物療法についての相談体制 ④ 適正な薬物療法のモニタリング ⑤ 最新の医学情報の入手方法 ⑥ クロザピンやmECTなどの高度医療の実施、及び、実施できない場合の対応 ⑦ 薬物療法継続のための本人や支援者サポート

図①



図②

国内外の標準的な治療ガイドラインとアクセス法

- 統合失調症薬物治療ガイドライン
 - 日本神経精神薬理学会(編集)
 - <http://www.asas.or.jp/jsnp/csinfo/03.html>
 - エビデンスの系統的レビューを元に行っているが、臨床現場で役立つように症例報告も含め幅広く検索。
- モーズレイ処方ガイドライン第12版 上巻・下巻
 - David Taylor, Carol Paton, Shitij Kapur
 - ワイリー・パブリッシング・ジャパン株式会社
 - 抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬などの向精神薬の処方に関して、薬剤の選択、注意すべき副作用、最適な増量法、処方薬の切り替えなど情報を提供している。
 - 日本語翻訳版では、本邦の実状に即して項目ごとに「日本語版担当者からの一言」も掲載。

精神病患者の入院期間に関連する薬物療法関連因子

- 体系的文献レビュー
 - PubMed
 - キーワード: "length of stay" and (schizophrenia or psychosis)
 - 2017年10月最終検索
- 1724報のうち1711報を除外
 - 入院期間の情報欠如(795報)、他の疾患(218報)、福祉制度研究(381報)、総説(197報)など
- 13報を精査
 - 全てが観察研究。対照群はなし。
 - 持効性注射剤、クロザピン → 入院期間が短い
 - 多剤併用療法 → 入院期間が長い

☒
③

表1. 「重
度かつ慢
性」例への
さまざまな
治療や方策

領域	「重度かつ慢性」例へのさまざまな治療や方策
薬物療法／方策	抗精神病薬（現在投与中の薬剤）を増量する
	抗精神病薬（クロザピン以外）へ変更する
	クロザピンへ変更する
	新たな抗精神病薬（現在投与されていない薬剤）を追加／併用する。
	抗精神病薬以外の向精神薬（気分調整薬など）を追加／併用する。
	内服確認を強化する
	持続性抗精神病注射剤を導入する
	過去の処方歴を確認し、薬物治療方針について再検討する
	mECT（修正型電気けいれん療法）を実施する
	薬物療法について上記以外の対応策を実施する
心理社会的治療／方策	精神療法の回数を増やす
	質の高い精神療法を行う／さらに継続する（例えば、30分以上の面接を週1回以上）
	病棟／OTセンターで行われる作業療法への参加を勧める
	心理教育／疾患教育プログラムへの参加を勧める
	社会生活技能訓練（SST）への参加を勧める
	グループ療法（思いを語ったり、軽い運動を行ったり、当事者研究を行ったり）への参加を勧める
	精神病症状をターゲットとした認知行動療法のプログラムへの参加を勧める
	心理士等によるカウンセリングを勧める
	地域にある居住施設を見学してもらう
	地域生活準備プログラム（退院に向けた心理教育やSST）を実施する
	ピアサポーター（元入院患者等）の交流や支援を勧める
	地域移行バス（クリティカルバス）にもとづいて対応する
	ケアマネジメント（ないしケースマネジメント）を実施する
	多職種参加の院内会議（地域移行検討委員会など）で治療方針／対応方針を協議する
	退院前訪問を実施する
	キーパーソンとなる家族（退院に反対していても）をまじえて退院についての話し合いを行う
	福祉制度（障害年金など）の利用状況を確認の上、該当者には申請手続きを行う
退院後のクライシスプランを作成する	
地域関係者を含めたケア会議を地域移行のプロセス（入院中から退院後の地域定着まで）において定期的にも実施する	
（退院直後の）地域ケアにおける方策	退院後は、自院でフォローアップする
	退院後は、他院でフォローアップする
	障害者総合支援法による「地域定着支援」を利用してもらう
	精神科訪問看護により（病状悪化／再発防止のため）病状観察やケアを行う
	精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する
	精神科訪問看護により身体管理・指導を実施する
	頻回（週3回以上）の精神科訪問看護を実施する
	夜間休日でも電話や訪問が行える精神科訪問看護を実施する
	精神科外来による服薬管理・指導を実施する
	精神科デイケアへ通所してもらう
	精神科デイケア専門プログラムへ参加してもらう
	外来作業療法による個別プログラムへ参加してもらう
	通院等介助等（ヘルパー）による通院支援を導入する
	居宅介護（ホームヘルパーなど）を導入する
	グループホーム（共同生活援助）／福祉ホームなどの居住施設に入居してもらう
	自立訓練施設（機能訓練・生活訓練）を利用してもらう
	生活介護（日中活動の場としての）を利用してもらう
	就労継続支援（A型作業所、B型作業所など）へ通所してもらう
	地域活動支援センター（地域生活支援事業）を利用してもらう
電話による相談に24時間365日対応する	
診療依頼（必要例に限る）に24時間365日対応する	
自院または地域の救急システムにより24時間365日対応する	
退院後一定期間24時間対応できる多職種チーム等が危機対応を行う	
ショートステイを利用してもらう	
（自院／連携先の）精神科病院への短期入院ができる体制を確保しておく	
他科（内科、整形外科、泌尿器科など）に併診してもらう	
保健所等の行政機関職員に訪問してもらう	

上記選択肢にはないが先生なら必ず行うであろう治療／方策のご記載欄

表2.薬物療法ガイドライン骨子（案）と薬物療法ガイド／実践ガイド（他セクション）の項目

薬物療法ガイドライン骨子（案）の項目		薬物療法ガイド項目	実践ガイドの他のセクション項目	
重度慢性例への適正な薬物療法を提供するための病院システム	入院治療の環境	治療期間を意識した治療の実践	はじめに	-
		長期化防止／解消のための院内システム（定期的なミーティング、委員会など）	-	重度かつ慢性の患者の退院に向けての本人の意向確認や意欲喚起の取組み、及び、重度かつ慢性の患者の退院の発議について（総論）
		入院治療のクリティカルパス	-	退院支援計画（総論）、琉球病院クロザリルパス（クロザピン療法）
		地域ケア体制整備（居住施設、訪問、デイケア）	-	「重度かつ慢性」患者の地域生活を支えるために必要な支援（地域ケア体制）
		地域機関（居住施設、訪問、デイケア）とのパートナーシップ	-	地域の関係機関との協働ー地域連携の状況（心理社会的治療）
		マイクロ救急への応需への責任体制	-	地域の関係機関との協働ー退院後の支援体制・支援活動（心理社会的治療）
	先端的医療の導入	持効性抗精神病薬製剤の採用	持効性抗精神病薬注射製剤（LAI）の使用	-
		クロザピン	クロザピンやmECTなどの高度医療の実施、及び、実施できない場合の対応	CLZ使用頻度の国内の地域差、及び、全国のCPMS登録をされている医療機関へのアンケート調査の概要（クロザピン療法）
		mECT体制（常設／必要時）	mECTの使用	-
		その他の検査／治療手段	-	CLZ治療を支える多職種での院内体制（クロザピン療法）
	特定の治療ガイドラインや教科書の選定	医療機関における選定	最新の医学情報の入手方法	-
		ガイドライン逸脱例への対応	-	典型例（ケースビネットへの回答）
	指導体制	院内における定期的な研修の実施体制	薬物療法についての相談体制	-
		学会や研修会への参加奨励	最新の医学情報の入手方法	-
		専門性の高い医師（臨床精神薬理学専門医等）による研修やスーパービジョン	同上	-
	薬物療法のモニタリング	適正性のモニタリング：例えば、用量、併用数、抗精神病薬以外の薬剤の使用	適正な薬物療法のモニタリング	-
		有効性のモニタリング：例えば、病状が悪い例への是正勧告など	同上	-

	薬物療法への多職種スタッフの関与	多職種ミーティング（薬物治療方針への関わり）	薬物療法の方針決定における多職種の関わり	多職種でのチーム医療の重要性（クロザピン療法）	
		薬剤師の役割	-	同上	
	患者家族への薬物療法に関する治療教育／情報提供の実施	症状改善や副作用の自己チェック	薬物療法継続のための本人や支援者サポート	「重度かつ慢性」患者の退院を促進する心理社会的治療プログラム（心理社会的治療）	
医師と相談するためのツール		-	-		
	医療情報の入手	ネット環境の整備	最新の医学情報の入手方法	-	
		専門誌の定期購読	同上	-	
		医薬情報担当者への依存度／評価	-	-	
薬	重度かつ慢性の統合失調症例への薬物療法の要点	-	好事例病院の薬物療法概要	クロザピン（CLZ）の治療対象	
	医療機関が選定した治療ガイドラインに準則した治療の実践と限界	-	-	典型例（ケースビネットへの回答）	
	使用薬剤リスト	①国内上市されている抗精神病薬一覧	-	-	-
		好事例病院における抗精神病薬の使用頻度	F20症例に対する経口抗精神病薬使用状況	-	-
		（処方調査データにより）使用頻度	同上	-	-
		②国内上市されている抗精神病薬LAI製剤一覧	-	-	-
		好事例病院におけるLAI製剤の使用頻度	F20症例に対する持効性抗精神病薬注射製剤（LAI）使用状況	-	-
		（処方調査データにより）使用頻度、平均投与量	同上	-	-
	抗精神病薬の用量／用法	添付文書によるサマリー	-	-	-
		好事例病院における抗精神病薬のCP換算平均的投与量（平均的な投与量、投与回数などを集計）	抗精神病薬投与量	-	-
		第一選択薬（医師アンケート調査にもとづく）	入院時の薬物選択	-	-
		第二選択薬（医師アンケート調査にもとづく）	切り替え法	-	-
		効果判定期間（医師アンケート調査にもとづく）	効果判定期間	-	-
		①処方歴調査にもとづいて頻度を集計	-	-	-
		②効果判定（投与量、投与期間）	-	-	-

薬物療法ガイドライン	入院例への薬物療法	③抗精神病薬の切り替え法	-	-
		一般的な推奨	切り替え法	-
		処方歴にもとづき好事例病院における抗精神病薬の切り替えに際し、よく用いられる方法を主な薬剤ごとに集計	統合失調症例に対する好事例病院の抗精神病薬選択フロー (図)	-
		④抗精神病薬以外の向精神薬併用 (増強療法/併用療法)	①で改善しない場合の対応	-
		⑤多剤併用	多剤、及び、投与量増加の要因	-
		好事例施設における頻度	同上	-
		⑥大量投与の現状	同上	-
		好事例施設における頻度	-	-
	抗精神病薬の単純化 (減剤/減量) SCAP法	-	処方単純化 (減量/減剤)	-
	LAI導入 ゲイン法*	-	-	-
	クロザピン導入*	タイミング	クロザピンの使用、及び、使用できない場合の対応、切り替え法、統合失調症例に対する好事例病院の抗精神病薬選択フロー (図)	クロザピン (CLZ) の治療対象
		導入法、説明同意取得	-	CPMS登録の医療機関の成熟レベルと課題 (クロザピン療法)
		治療環境の整備については木田班のガイドライン	-	好事例病院への調査からわかる望ましい体制整備と地域連携 (クロザピン療法)
mECTの併用*	導入法	mECTの使用	-	
確実な内服確認	-	-	「重度かつ慢性」患者の治療/方策選択リスト	
副作用情報	添付文書によるサマリー	-	-	
	添付文書における副作用頻度	-	-	
	副作用への対策方針 (Maudsleyの表のような、できれば国内に上市されている薬を網羅した改訂版を作成)	副作用への対応	-	
文献レビュー	国内外の標準的な治療ガイドライン	列挙/概要紹介	国内外の標準的な治療ガイドラインとアクセス法 (図)	-
		国外のガイドライン参照上の一般的な注意事項	(上記で紹介されたモーズレイ処方ガイドラインに記載がある)	-
	入院期間、入院回数に影響する薬物療法関連因子 (内田)	-	精神病患者の入院期間に関連する薬物療法関連因子 (図)	-

付録	本人や家族へ向けて作成された薬物療法についての書籍等のリスト	-	-	-
	製薬各社が本人や家族向けに作成した非定型抗精神病薬についての情報のリスト	-	-	-
薬物療法ガイドライン骨子（案）に含まれない項目		薬歴のカルテ記載		-
		-	「重度かつ慢性」患者の再入院の防止に向けた対応（心理社会的治療）	

表3. ケースビネット症例への領域毎の治療／方策の選択数・選択率

ケース	ケース概要	薬物療法／方策の選択数	10の選択肢に対する選択率	心理社会的治療／方策の選択数	19の選択肢に対する選択率	地域ケアの方策の選択数	27の選択肢に対する選択率
1	陽性症状(幻覚・妄想)が重度な例	3	30.0%	9	47.4%	10	37.0%
1	同上	4	40.0%	10	52.6%	18	66.7%
2	治療中断の可能性が大きい例	1	10.0%	5	26.3%	7	25.9%
2	同上	1	10.0%	11	57.9%	17	63.0%
3	多飲水が著しい例	3	30.0%	9	47.4%	8	29.6%
4	衝動行為が著しい例	4	40.0%	13	68.4%	16	59.3%
5	暴言への対応を要する例	1	10.0%	6	31.6%	8	29.6%
6	迷惑行為への対応を要する例	2	20.0%	8	42.1%	14	51.9%
7	自殺や自傷行為等の危険性が高い例	4	40.0%	11	57.9%	14	51.9%
8	他害や触法行為の可能性が高い例	5	50.0%	10	52.6%	13	48.1%
9	精神症状に加えて生活障害が著しい例	4	40.0%	8	42.1%	6	22.2%
9	同上	4	40.0%	4	21.1%	7	25.9%
10	重い身体合併症が存在する例	3	30.0%	6	31.6%	9	33.3%
平均		3.0	30.0%	8.5	44.5%	11.3	41.9%

注: 選択率は、治療・方策リストの各領域の項目数に対する比率である。選択率が40%以上の場合、数字の背景に色をつけてある。

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究-統括・調整班
（H29-精神-一般-003）」
分担研究報告書

2. クロザピン使用指針に関する研究

分 担 研 究 者 木 田 直 也 国立病院機構 琉球病院 精神科医師

研究要旨

本研究は、精神障害者が入院生活から地域生活に円滑に移行できるようにするために、治療抵抗性統合失調症の治療薬であるクロザピン（CLZ）の地域連携体制に関する実態把握を行い、その指針を提示することを目的とする。クロザピン班での好事例病院については以下の4つの方法で選択した。

- ① 厚生労働省の難治性精神疾患地域連携体制整備事業のモデル事業に選ばれた地域が6か所あり（千葉県・三重県・大阪府・兵庫県・岡山県・沖縄県）、それぞれの地域で拠点病院と協力病院が存在する。これらの病院は好事例病院である。
- ② CLZ症例数の多い病院（150例以上）から好事例病院を選択する。
- ③ 統括調整班で実施する一次調査の結果から好事例病院を選択する。
- ④ 厚生労働省ナショナルデータベース（NDB）でCLZ処方率の高い好事例二次医療圏に属する拠点病院から好事例病院を選択する。

これらの好事例病院に対してヒアリング調査を行う。また、全国のCPMS（Clozaril Patient Monitoring Service）登録されている医療機関（平成30年6月時点で441施設）に対して、CLZ治療に関連したアンケート調査を行う。アンケートの内容は、CLZを使用した症例数、CLZ治療をする上での障壁などである。この調査結果を分析し、これらの結果を踏まえて実践ガイドを作成する。

拠点病院では、CLZのクリニカルパス、CLZ委員会、CLZ血中濃度測定体制などの院内体制も整備されているところが多かった。拠点病院からの情報発信により、各地域でのCPMS登録の医療機関や患者数が増え、精神科病院間の良好な地域連携や精神科病院と総合病院身体科との良好な地域連携の仕組みが存在していた。好事例病院では医師・看護師・ケースワーカー・臨床心理士・薬剤師などの多職種チームが連携したチーム治療が行われている。

全国のCPMS登録されている医療機関に対して行ったアンケート調査については、222施設からの有効回答が得られた。施設毎のCLZ治療の症例数は、1例も登録がなかったのは17施設（7.7%）であり、1例～9例の症例数であったのは107施設（48.2%）と多く、100症例以上であったのはわずかに5施設（2.3%）と少なかった。CPMS登録の施設であっても、多くの施設ではCLZ治療がそれほど行われていない現状がわかった。CLZ治療の障壁について

は、血液検査が頻回であること、無顆粒球症などの副作用が心配であるなどを挙げている施設が多かった。

厚生労働省では精神病床における入院需要および地域移行に伴う基盤整備量の目標値設定を行い、2025年までに治療抵抗性統合失調症治療薬の処方率を治療抵抗性統合失調症患者の25%～30%に普及させることを目指して検討する、としている。2019年4月時点でのCPMSの延べ登録患者数は8399人、登録医療機関数は522施設となっている。これまでCLZ治療を受けたのは治療抵抗性統合失調症患者全体の4%程度に留まっている。各都道府県別の人口10万人あたりのCPMS登録患者数（2019年1月）を見ると、登録患者数が最も少ない埼玉県と最も多い宮崎県の比は19.6倍となり、都道府県で大きな格差があることがわかった。宮崎県、沖縄県、岡山県ではそれぞれ登録患者数が200人を超える拠点病院があり、地域でのCLZ治療を牽引していた。

地域でのCLZ治療の均てん化を図り、CLZ治療を普及させるためには、共通の指標が必要である。好事例病院調査と全国のCPMS登録の医療機関へのアンケート調査の結果から、経験症例数により、CPMS登録の医療機関の成熟レベルを0～4bまでの6段階に分け、それぞれのレベルで達成すべき課題を表にまとめた（詳細はクロザピン班の総括研究報告書を参照）。CPMS登録の医療機関は、まず症例数20例（上位25%の施設が該当）、成熟度としてはレベル3を目標とするのが適当であると考えられた。

これら調査結果をもとにCLZ使用の実践ガイドを作成した。この実践ガイドが全国で活用され、CLZ治療が普及すれば、多くの長期入院患者の地域移行に繋がると考えられる。

A. 研究目的

本研究は、精神障害者が入院生活から地域生活に円滑に移行できるようにするために、治療抵抗性統合失調症の治療薬であるクロザピン（CLZ）の地域連携体制に関する実態把握を行い、その指針を提示することを目的とする。

B. 研究方法

クロザピン班での好事例病院については以下の4つの方法で選択した。

- ⑤ 厚生労働省の難治性精神疾患地域連携体制整備事業のモデル事業に選ばれた地域が6か所あり（千葉県・三重県・大阪府・兵庫県・岡山県・沖縄県）、それぞれの地域で拠点病院と協力病院が存在する。これらの病院は好事例病院である。
- ⑥ CLZ症例数の多い病院（150例以上）から好事例病院を選択する。
- ⑦ 統括調整班で実施する一次調査の結果から好事例病院を選択する。
- ⑧ 厚生労働省ナショナルデータベース（NDB）でCLZ処方率の高い好事例二次医療圏に属する拠点病院から好事例病院を選択する。

これらの好事例病院に対してヒアリング調査を行う。

また、全国のCPMS（Clozaril Patient Monitoring Service）登録されている医療機関（平成30年6月時点で441施設）に対して、CLZ治療に関連したアンケート調査を行う。アンケートの内容は、CLZを使用した症例数、CLZ治療をする上での障壁などである。この調査結果を分析し、これらの結果を踏まえて実践ガイドを作成する。

（倫理面への配慮）

統括調整班による一次・二次調査は、帝京平成大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。クロザピン班の調査研究は、琉球病院倫理委員会に申請し、承認を得て研究を実施した。好事例と実態の調査にあたっては、調査対象者の人権に十分な配慮した研究計画書を作成し、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に基づき、倫理面の適切な配慮を行い実施した。

C. 結果

厚労省の難治性精神疾患地域連携体制整備事業のモデル事業に選ばれた地域6か所の全ての拠点病院に対してヒアリング調査を行った。また、その他の基準で選択された6つの好事例病院へのヒアリング調査を行った。拠点病院では、CLZのクリニカルパス、CLZ委員会、CLZ血中濃度測定体制などの院内体制も整備されているところが多かった。拠点病院からの情報発信により、各地域でのCPMS登録の医療機関や患者数が増え、精神科病院間の良好な地

域連携や精神科病院と総合病院身体科との良好な地域連携の仕組みが存在していた。好事例病院では医師・看護師・ケースワーカー・臨床心理士・薬剤師などの多職種チームが連携したチーム治療が行われていた。

全国のCPMS登録されている医療機関に対して行ったアンケート調査については、222施設からの有効回答が得られた。施設毎のCLZ治療の症例数は、1例も登録がなかったのは17施設（7.7%）であり、1例～9例の症例数であったのは107施設（48.2%）と多く、100症例以上であったのはわずかに5施設（2.3%）と少なかった。CPMS登録の施設であっても、多くの施設ではCLZ治療がそれほど行われていない現状がわかった。CLZ治療の障壁については、血液検査が頻回であること、無顆粒球症などの副作用が心配であるなどを挙げている施設が多かった。

D. 考察

12の好事例地域・病院に対して、ヒアリング調査を実施し、好事例地域での成功要件を収集した。また全国のCPMS登録施設へのアンケート調査を行い、約半数の施設から回答を得ることができ、CPMS登録施設であるにも関わらず、多くの施設ではCLZ治療があまり行われていない状況が判明した。

厚生労働省では精神病床における入院需要および地域移行に伴う基盤整備量の目標値設定を行い、2025年までに治療抵抗性統合失調症治療薬の処方率を治療抵抗性統合失調症患者の25%～30%に普及させることを目指して検討する、としている。わが国でCLZが2009年に上市されて約10年が経過し、2019年4月時点でのCPMSの延べ登録患者数は8399人、登録医療機関数は522施設となっている。国内で治療を受けている統合失調症患者は約77万人であり、そのうち治療抵抗性の患者は30%程度であると推計されるので、これまでCLZ治療を受けたのは治療抵抗性統合失調症患者全体の4%程度に留まっている。

各都道府県別の人口10万人あたりのCPMS登録患者数（2019年1月）を見ると、登録患者数が最も少ない埼玉県と最も多い宮崎県の比は19.6倍となり、都道府県で大きな格差があることがわかった。宮崎県、沖縄県、岡山県ではそれぞれ登録患者数が200人を超える拠点病院があり、地域でのCLZ治療を牽引していた。

地域でのCLZ治療の均てん化を図り、CLZ治療を普及させるためには、共通の指標が必要である。好事例病院調査と全国のCPMS登録の医療機関へのアンケート調査の結果から、経験症例数により、CPMS登録の医療機関の成熟レベルを0～4bまでの6段階に分け、それぞれのレベルで達成すべき課題を表にまとめた（詳細はクロザピン班の総括研究報告書を参照）。CPMS登録の医療機関は、まず症例数20例（上位25%の施設が該当）、成熟度とし

てはレベル3を目標とするのが適当であると考えられた。

E. 結論

5つの研究班が連携して、好事例地域および好事例病院の実態を調査し、精神病床における「重度かつ慢性」患者の包括支援実践ガイドをまとめた。クロザピン班では調査結果をもとにCLZ使用の実践ガイドを作成した。この実践ガイドが全国で活用され、CLZ治療が普及すれば、多くの長期入院患者の地域移行に繋がると考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 木田直也, 村上優, 大鶴卓, 高江洲慶, 久保彩子, 石橋孝勇, 中原辰雄, 橋本喜次郎 : Clozapineの最適治療用量と維持治療用量の選定—琉球病院での臨床経験から—。臨床精神薬理 21 : 1037-1045, 2018.
- 2) 木田直也, 村上優, 大鶴卓, 高江洲慶, 石橋孝勇 : 地域におけるclozapine治療ネットワーク—琉球病院を拠点とした沖縄モデル—。臨床精神薬理 21 : 1439-1449, 2018.
- 3) 木田直也 : Clozapineが白血球数・好中球数の減少のために使えなくなった場合はどうすればいいでしょうか?。精神科治療学 33 (増刊) : 34-35, 2018.
- 4) 木田直也, 村上優, 大鶴卓, 久保彩子, 石橋孝勇, 福治康秀 : クロザピン療法の実際の運用—クロザピン専門病棟を中心とした琉球病院での取り組み。精神医学, 60 : 1339-1347, 2018.
- 5) 木田直也 : 「沖縄モデル」による治療抵抗性統合失調症に対する地域連携体制の構築。地域連携 入退院と在宅支援 11 : 54-59, 2018.

2. 学会発表

- 1) 木田直也, 大鶴卓, 村上優, 新里穂鷹, 久保彩子, 高江洲慶, 福治康秀 : クロザピン治療中にけいれん発作が出現した治療抵抗性統合失調症23例の報告。第114回日本精神神経学会学術総会 (口頭発表), 2018年6月21日, 神戸市.
- 2) 木田直也 : クロザピン専門病棟での治療と地域連携「沖縄モデル」への取り組み—琉球病院での242例の経験から—。第26回日本精神科救急学会学術総会 (ランチョンセミナー), 2018年10月12日, 那覇市.
- 3) 木田直也, 大鶴卓, 村上優, 久保彩子, 石橋孝勇, 吉田和史, 中原辰夫, 橋本喜次郎 : クロザピン血中濃度が1000ng/ml以上の高値を示した治療抵抗性統合失調症の症例群の検討。第71回九州精神神経学会 (口頭発表), 2019年1月31

日, 福岡市.

- 4) 木田直也, 大鶴卓, 村上優, 久保彩子, 石橋孝勇, 吉田和史, 福治康秀, 中原辰夫, 橋本喜次郎 : クロザピン血中濃度が1000ng/ml以上の高値を示した治療抵抗性統合失調症の症例群の検討。第40回沖縄精神神経学会 (口頭発表), 2019年2月9日, 沖縄県南風原町.

H. 知的財産権の出願・登録状況

3. 重度かつ慢性の精神障害者に対する心理社会的治療／方策～第二次アンケート結果から～

分担研究者 岩田 和彦 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪精神医療センター)

か、又は両方を満たす医療機関

A. 研究目的

本研究は、重度かつ慢性の患者の地域移行、地域定着のための包括的支援アプローチに組込まれるべき心理社会的治療／方策について、全国の好事例病院（その定義や詳細は後述）を対象に実施したアンケート調査の結果から考察することを目的とする。

B. 研究方法

1) 第二次アンケート調査実施の経緯と対象医療機関の選定

第二次アンケート調査は、「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究」を構成する5つの研究班（1. 関連研究班の統括・調整研究班、研究代表者：安西信雄／2. 薬物療法研究班、研究代表者：宮田量治／3. クロザピン使用指針研究、研究代表者：木田直也／4. 心理社会的治療／方策研究班、研究代表者：岩田和彦／5. チームによる地域ケア体制研究、研究代表者：吉川隆博）合同で実施されたものであり、この5研究班の共同で平成30年2～4月に実施された第一次アンケート調査をベースに作成されたものである。

第一次アンケート調査では52病院（回答率16.5%）から回答が得られた。第二次アンケート調査は、第一次アンケート調査に回答した52病院のうち、さらに下記の基準を好事例病院として定義し、その条件に合致した20病院に対して回答を依頼した。

【 好事例病院の基準 】

- A：新規入院患者の1年後までの退院率が高い（全国中央値89.3%以上）
- B：在院患者中の1年を超える患者の占める率が低い（全国中央値61.4%以下）
- C：すでに1年を超えて在院している患者の1年後までの居宅系退院率が高い（参考値8.4%以上）（注：居宅系退院には自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含める）

A～Cの基準のうち、Aを満たし、かつB・Cのいずれ

なお第二次アンケート調査の質問項目は、本報告書に資料として掲載している。

C. 研究結果

1) 回答医療機関

第二次アンケート調査を依頼した好事例病院20病院のうち20病院（100%）から回答が得られた。20病院の設置主体別分類は、民間11病院（55.0%）、自治体立7病院（35.0%）、国立2病院（10.0%）であった。

2) 回答結果

アンケート項目のうち、B領域が心理社会的治療・方略に関連する。

結果の詳細は「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究：心理社会的治療／方策研究班」の本年度総括研究報告書に記載しており、ここでは、特筆すべき項目について報告する。

（B5）「重度かつ慢性」患者等に対して実施している治療・支援（プログラム等）

（結果 B5-1／結果 B5-2）

心理社会的治療や支援の取り組みについて、重度かつ慢性患者に対する実施状況を、「ほぼ全例に実施している」、「比較的よく実施している」、「あまり実施していない」、「全く実施していない」の4択で回答を求めた。その結果から「ほぼ全例に実施している」「比較的よく実施している」を合計して該当率を求めた。

その結果、医師による定期的な精神療法が85%で最も高い該当率で、次いで多いのはOTセンターで行われる作業療法（55.0%）であった。一方個別作業療法、社会生活技能訓練（SST）、心理教育／疾患教育、生活習慣の改善を目指したグループ療法などは、40%程度の該当率であった。

「重度かつ慢性」に該当する患者の退院計画を

進める上での取り組みとして最も多かったのは「退院前訪問」（該当率 85.0%）、次いで「ケアマネジメント」（該当率：60.0%）で、これらは過半数で実施されていた。それに対し「地域生活準備プログラム（退院に向けた心理教育や SST）」は 40.0%、「ピアサポーター（元入院患者等）との交流や支援」は 25.0%であった。「地域移行パス」は 15.0%の該当率に留まった。

（B 1 1）「重度かつ慢性」患者の退院後の支援体制・支援活動（結果 B11）

「重度かつ慢性」の患者の退院後の支援体制については、「自院または地域の精神科救急医療システムにより、時間外でも必要な場合には適時に診療を提供できる」と答えた病院は 90.0%と高く、大部分の病院で救急時の診療体制が整っていた。また「カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に刻々と記録」と「緊急時に対応するスタッフへの連絡方法が統一されている」なども 70.0%と高率であった。

（B 1 2）「重度かつ慢性」患者の退院支援における地域連携（結果 B12）

「重度かつ慢性」患者の退院・地域移行を考える際の地域連携に関して「病院で開くケア会議に地域機関のスタッフにも参加してもらっている」が 90.0%と最も高い該当率であった。次いで「地域機関との連携による地域移行・定着」は 65.0%、「保健師と連携」は 60.0%、さらに「地域で開くケア会議に病院スタッフも参加」することも 55.0%で実施されていた。

D. 考 察

好事例病院で実施されている心理社会的治療として、医師による定期的な精神療法が 85%と最も高く、その他には OT センターで行われる作業療法も 50%を超えていた。これらは重度かつ慢性患者の心理社会的治療の基本となるプログラムことが示唆された。一方個別作業療法、社会生活技能訓練(SST)、心理教育／疾患教育、生活習慣の改善を目指したグループ療法などは、個々のケースの状況に応じて、必要と考えられる患者に個別に適用される治療・取り組みに位置づけられると考えら

れる。

また医療機関の取り組みだけで重度かつ慢性患者の退院が促進されるわけではないことは自明であり、いかに関連機関と連携し、多方面からのサポート体制構築しておくか、という点が地域定着のポイントなる。

重度かつ慢性患者の退院後の支援体制については、大部分の病院が休日夜間でも救急時の診療が可能であると回答し、さらに緊急時に対応するスタッフへの連絡方法の統一も図られていた点は注目に値すると考えられる。さらに地域の関係機関との連携については、「病院で開くケア会議に地域機関のスタッフにも参加」「地域で開くケア会議に病院スタッフも参加」など、双方向の支援スタッフの行き来が柔軟に行われており、顔の見える関係づくりが重度かつ慢性患者の退院可能性をさらに高めていると考えられた。

E. 結 論

第二次アンケート調査を通じて、重度かつ慢性患者の退院支援、地域移行に有用な心理社会的治療について調査した。

医師による精神療法や作業療法などの基本となる心理社会的治療に加え、退院前訪問などが好事例病院では高率で実施されていた。

また関係機関との双方向の関係づくり、緊急時の診療の受入れ体制の整備などが重要性があらためて認識された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 論文発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

4. チームによる地域ケア体制研究班の研究報告書

分担研究者 吉川 隆博 東海大学医学部看護学科

研究の目的：本研究の目的は、「重度かつ慢性」患者が、入院生活から地域生活に円滑に移行できるための包括的支援として、チームによる地域ケアの実践を明らかにし『実践ガイドーミニマムエッセンス』を検討することである。

研究結果の概要：

1. 地域ケア体制に関するアンケート調査の方法

統括調整班（安西班）における第2次合同アンケート調査として実施した。対象施設は統括調整班で平成29年度に実施した、第1次合同アンケート調査結果で回答のあった病院の中で、新規入院患者の1年後までの居宅系退院率、在宅患者中の1年以上入院患者が占める割合、1年以上入院患者の居宅系退院率などから、好事例病院の基準に該当した20病院を対象とした。

地域ケア体制に関するアンケート調査内容は、インタビュー調査結果の分析結果（平成29-30年度）と文献調査に基づき作成した。

（倫理面への配慮）

インタビュー調査については、東海大学健康科学部倫理委員会の承認（第17-07号）および東海大学伊勢原校舎利益相反マネジメント委員会の審査

（17-583）を受けて実施した。合同アンケート調査については、統括調整班の研究代表者（安西信雄）の所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

2. 地域ケア体制に関するアンケート調査結果

地域ケア体制に関するアンケート調査内容は、インタビュー調査結果の分析結果（平成29-30年度）と文献調査に基づき、「重度かつ慢性」患者を対象とした、①地域連携体制（8項目）、②地域生活支援の内容（16項目）、③地域生活支援の制度・手法（19項目）、④病状悪化時の支援（8項目）に関する、計51項目の促進要因により構成し、各病院のケースにおける実施/利用率を調査した。

第2次合同アンケート調査の回収率は100%であり、地域ケア体制に関する回答率も100%であった。

「ほぼ全例に実施/利用している」と「比較的良好に実施/利用している」の回答の合計が、70%以上となった実施/利用率の高い項目は、以下の通りであった。

2-1) 地域連携体制

「重度かつ慢性」患者を対象とした地域連携体制に関する質問で、実施/利用率の高かった項目。

- ①「医療機関職員と地域支援者の担当者間で連絡・相談ができる、顔の見える関係の構築（90%）」
- ②「地域支援者が医療機関の医師、看護師等に、気軽に相談できる関係の構築（85%）」
- ④「対象者の状況変化に応じて、随時関係者とのケア会議が開催できる体制の構築（85%）」
- ⑥「地域においてキーパーソンとなる支援者の設定（85%）」
- ⑤「対象者の病態特性や対応面に関する情報共有ができる体制の構築（80%）」
- ③「対象者との馴染みの関係性を重視した地域支援者との連携体制の構築（75%）」

2-2) 地域生活支援の内容

「重度かつ慢性」患者に利用された地域生活支援に関する質問で、利用率の高かった項目。

- ⑦「服薬や通院など医療継続に向けた支援（100%）」
- ④「当事者の不安や困りごとなどへの、窓口（担当者）を設けた相談対応（95%）」
- ①「居住の場における、日中の日常生活支援（90%）」
- ⑮「対象者の家族の相談やサポート（90%）」
- ③「居住の場における、病状面の観察や必要に応じた対応（85%）」
- ⑧「精神疾患の病状面への、通常ケースよりも手厚い医療・看護サービス（70%）」
- ⑮「保健所等の行政機関・職員と協働した支援（70%）」

地域全体で支えるという理念の共有が重要になると思われた。

2) - 3) 制度・手法

「重度かつ慢性」患者に利用された、地域生活支援の制度・手法に関する質問で、利用率の高かった項目。

⑤「精神科訪問看護による病状等の観察と訪問頻度の調整（95%）」

⑧「精神科訪問看護等による服薬管理・指導（95%）」

⑭「精神科病院における電話相談体制（95%）」

⑲「家族関係の調整や家族サポート（90%）」

⑦「居住施設の職員等による服薬の声かけや確認（85%）」

⑯「精神科病院における短期入院の利用（必要時に判断）（80%）」

⑥「精神科デイ・ケアによる治療プログラムの活用（75%）」

④「地域支援者ネットワークによる、見守り・声かけと病状悪化等の兆候把握（70%）」

2 - 4) 病状悪化時の支援

「重度かつ慢性」患者に利用された、病状悪化時の支援に関する質問で、利用率の高かった項目。

④「精神科病院における、当事者・家族等からの電話による相談対応（95%）」

⑦「精神科病院への早期入院による治療（90%）」

⑧「再入院時における地域支援者の継続的な関り・支援（90%）」

3. 実践ガイドの検討・作成

平成29～30年度にかけて実施した、インタビュー調査結果と第2次アンケート調査結果を踏まえて、実践ガイドの検討を行った。

実践ガイドの項目は、地域ケア体制に関するアンケート調査結果において、実施/利用率の高かった24項目を中心として体系化を行った。

その際、アンケート結果では70%以下の回答であった、「クライシスプランに基づく支援者の対応（45%）」と「内科医等かかりつけ医師との連携や情報共有（50%）」については、研究班として重要であると判断し、実践ガイドの内容に加えることにした。

4. 考察

アンケート調査結果を通じて、好事例の基準に該当した病院において、実施/利用率の高かった支援内容が明らかになった。インタビュー調査結果も踏まえて検討した結果、「重度かつ慢性」患者の地域ケアを成り立たせる要因には、患者側の課題の大きさよりも、地域ケア力が大きく作用しており、地域ケア力の向上には、社会資源・ツールのみならず、チームサポートと関係者らの経験値が大きく作用していることが明らかになった。またチームによる地域ケア体制の構築には、「重度かつ慢性」患者を、

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
安西信雄	精神科在院患者の「重度かつ慢性」基準案について	精神保健医療福祉白書編集委員会	精神保健医療福祉白書2018/2019: 多様性と包括性の構築	中央法規	東京	2018	4-5

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
安西信雄	統合失調症の治療ゴールをめぐってー心理社会的治療の視点から.	精神医学	61巻4号	375-381	2019

【資料1】 「重度かつ慢性」 治療の好事例選択に関する第一次アンケート調査用紙 施設票

データ取出

患者シート

※後日、該当患者様についてお尋ねする場合がありますので、
当ファイルの保管と患者IDの管理をお願いします。

施設情報 入力チェック

平成29年度 「精神科長期在院者の治療状況に関するアンケート調査」

◇ 施設情報についてご回答ください。

問01 病院区分（該当区分を選択してください）

- | | |
|--------------------|---|
| 1. 日本精神科病院協会加盟病院 | [日精協 会員番号 <input type="text"/> (半角数字4桁ハイフンなし)] |
| 2. 日本総合病院精神医学会加盟病院 | |
| 3. 全国自治体病院協議会加盟病院 | |
| 4. 国立精神医療施設長協議会 | 5. その他 |

問02 病院名

問03 情報管理者

問04 情報管理者の連絡先

(1) 電話番号

(2) e-Mail アドレス

◆ 問05以下には、「認知症を除く」という設問がありますが、
「認知症を含めた」場合でも受け付けます。下記のどちらかを選択してください。

1. 認知症を除く 2. 認知症を含める

問05 平成28年度の平均在院日数（精神病床のみ。認知症を除く。）

 日

問06 調査時点の入院患者（認知症を除く）の数について、入院期間別にお答えください。

(1) 入院3ヶ月未満の患者（認知症を除く）

 人

(2) 入院3ヶ月以上1年未満の患者（認知症を除く）

 人

(3) 入院1年以上の患者（認知症を除く）

 人

問07 平成27年度1年間の入院者（認知症は除く）数、及び、退院実績について
お答えください

(1) 平成27年度1年間に入院した者の数（認知症を除く）

 人

(2) (1)のうち、1年以内に退院した者の数（転院、死亡を含める）

 人

問08 平成28年度当初（平成28年4月1日）時点で入院期間が1年を超過していた
患者（認知症を除く）のうち、平成28年度末（平成29年3月31日）までに
退院した者は何名でしたか。

(1) 平成28年度当初の入院1年以上の患者（認知症を除く）

 人

(2) (1)のうち、平成28年度中に退院した者の数（転院、死亡を含める）

 人

※ この退院患者情報を、患者シートに登録して頂くことになります

問09 平成28年度に「精神科地域移行実施加算」の請求実績がありますか。

1. 請求実績あり 2. 請求実績なし

問10 問09で「請求実績あり」とご回答頂いた場合にお答えください。
その届出を行った前年度（平成27年度）の実績についてご回答ください。

- (1) 平成27年1月1日時点の5年を超える長期在院者の数 人
- (2) (1)のうち、退院者の数（転院、死亡なども含める） 人
- (3) (2)のうち、施設基準（地域移行し3ヶ月以内に再入院なし）を
満たした患者数 人

問11 問09で「請求実績なし」とご回答頂いた場合にお答えください。
平成27年度か、それより前には、精神科地域移行実施加算の請求実績がありましたか。
ある場合には、最も新しい請求年度について、下記の(2)～(4)にご回答ください。

1. 請求実績あり

2. 請求実績なし

- (1) 最も新しい請求年度 平成 年度
- (2) 請求前年の1月1日時点の5年を超える長期在院者の数 人
- (3) (2)のうちの退院者の数（転院、死亡なども含める） 人
- (4) 施設基準（地域移行し3ヶ月以内に再入院なし）を満たした患者数 人

問12 貴病院は、平成28年度当初から調査時点までの期間において、以下の
①～⑥に該当しますか。あてはまるもの全てを選択してください。

クロザピン治療について：

- ① CPMS(クロザリル患者モニタリングシステム)登録医療機関である
- ② クロザピン導入目的で入院患者を他の精神科病院等から受け入れた実績がある
- ③ 逆に、クロザピン導入目的で入院患者を他の精神科病院等へ紹介した実績がある

mECTについて：

- ④ 院内に、mECTの実施体制が整備されている
- ⑤ mECT目的で入院患者を他の精神科病院等から受け入れた実績がある
- ⑥ mECT目的で入院患者を他の精神科病院等へ紹介した実績がある

以 上

患者ID

クリア

登録

施設シート

患者票

削除

更新

 途中保存

重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究
精神科長期在院者の治療状況に関するアンケート調査

—退院症例の包括的支援に関する調査票—

◇平成28年4月1日時点で入院期間が1年を超過していた患者（認知症を除く）のうち、平成29年3月31日までに退院した患者が対象です。上から順に、もれなく評価をお願いします。

問01	性別	1. 男性	2. 女性		
問02	退院時年齢	1. 15-19歳	2. 20-24歳	3. 25-29歳	4. 30-34歳
		5. 35-39歳	6. 40-44歳	7. 45-49歳	8. 50-54歳
		9. 55-59歳	10. 60-64歳	11. 65-69歳	12. 70-74歳
		13. 75-79歳	14. 80歳以上		
問03	主診断	1. F1	2. F2	3. F3	4. F4
		5. F5	6. F6	7. F7	8. F8
		9. F9	10. F0		
問04	重複診断	1. F0	2. F1	3. F5	4. F6
		5. F7	6. F8	7. なし	
		8. F2	9. F3	10. F4	11. F9
問05	身体合併症	1. あり	2. なし		
		※ありの場合、具体的に記入してください。			
		<input type="text"/>			
問06	入院期間	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月
問07	入院が長期化した理由	1. 病状等が重症または不安定であったため			
		2. それ以外の理由			
問08	退院先	1. 自宅			
		2. 単身アパート			
		3. グループホーム（共同生活援助）			
		4. 居住系施設（障害者支援施設）			
		5. 居住系施設（介護保険施設）			
		6. 他病院（精神科）への転院			
		7. 他病院（精神科以外）への転院			
		8. 死亡			
		9. その他			

問09 退院に資した主な治療（複数選択可 該当しない場合は9を選択してください）

1. クロザピン療法
2. その他の薬物療法
3. mECT
4. 何らかの心理社会的療法
5. 地域の医療・訪問看護・デイケア等との連携(自院・他院を問わず)
6. 障害福祉サービスとの連携(自院・他院を問わず)
7. 介護サービスとの連携(自院・他院を問わず)
8. その他の治療
9. 特別な治療はしていない（他に該当しない場合）

問10 問09で、9. 特別な治療はしていない(他に該当しない場合) 以外を選択された場合にご回答ください
具体的に記入をしてください

問11 該当する項目を選択してください（複数選択可）

1. 精神科地域移行加算の利用
2. 地域移行機能強化病棟入院料の利用
3. 精神保健福祉士加算の利用

問12 退院後支援・ケアプラン作成における典型例に該当しますか（該当の場合最も近い1つを選択）

1. 陽性症状（幻覚・妄想）が重度な例
2. 治療中断の可能性が大きい例
3. 多飲水や衝動行為などが著しい例
4. 暴言や迷惑行為等への対応を要する例
5. 自殺や自傷行為等の危険性が高い例
6. 他害や触法行為の可能性が高い例
7. 精神症状に加えて生活障害が著しい例
8. 重い身体合併症が併存する例
9. 該当しない

以 上

調査票

データ取出
入力チェック

平成30年度「重度かつ慢性」の精神障害者に対する包括的支援二次アンケート

「重度かつ慢性」の精神障害者とは、精神病棟に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず1年を超えて引き続き在院した患者のうち、精神症状が重症度の基準を満たし、それに加えて、①行動障害、②生活障害のいずれか（または両方）が基準以上である患者を該当例と規定しております。身体合併症については、精神症状に伴って入院治療が必要な程度に重い水中毒、腸閉塞、反復性肺炎やその他の身体合併症がある場合に評価します。それぞれの重症度の基準は別紙の「重度かつ慢性」基準案をご覧ください。

今回のアンケートでは、上記のような重症または病状が不安定なため1年を超えて在院せざるを得ないような入院患者への対応を想定してご記入をお願いします。なお、「重度かつ慢性」基準に該当する患者を、以下「重度かつ慢性」患者と表記します。

質問項目

以下の質問では特に断りが無い限り複数回答可です。自由記載の項目もあり、その都度記載をお願いします。

0-1. 病院名

0-2. 情報管理者

0-3. 情報管理者の連絡先

(1) 電話番号

(2) e-Mail アドレス

0-4. <お願い> 第二次アンケートの記載内容につきましてお訊ねしたい事項がありました際のお問合せ先をA～Dの各領域ごとにお教えいただけましたら有難く存じます（実際に記載された方か連絡のとれる事務局の方のメールアドレスのご記入をお願いします）。

【A】 病院運営等	お名前	<input type="text"/>	メールアドレス	<input type="text"/>
【B】 プログラム	お名前	<input type="text"/>	メールアドレス	<input type="text"/>
【C】 地域支援等	お名前	<input type="text"/>	メールアドレス	<input type="text"/>
【D】 長期・高齢	お名前	<input type="text"/>	メールアドレス	<input type="text"/>

【A】「重度かつ慢性」患者の退院促進に関連する病院運営体制等について

1. 病院として重度かつ慢性の患者の退院促進に取り組んだきっかけで該当するものすべてに✓印をつけてください。

- ① 当院の今後の方向性として退院促進がより重要になると考えた。
- ② 長期在院を減らし地域生活支援中心にという国の方針に協力したいと考えた。
- ③ 国事業による退院促進支援事業を利用した。
- ④ 地方自治体単独による退院促進支援事業を利用した。
- ⑤ その他の事業を使用した。具体的に記載して下さい。
- ⑥ クロザピンやmECTの導入など医療の高度化に取り組んでいる。
- ⑦ 病棟のダウンサイジングを契機に退院促進に取り組んだ。
- ⑧ 急性期治療を先行させ、そこで得たノウハウを長期入院患者の治療に適応した。
- ⑨ 急性期治療を円滑に進めるために後方病棟の治療にも取り組んだ。
- ⑩ 管理職クラスの就任がきっかけで退院促進に取り組んだ。

2. 重度かつ慢性の患者の退院に向けての本人の意向確認や意欲喚起の取組みについて該当するものに✓印をつけてください。

- ① 担当医師が面接で退院に向けての本人の意向を定期的を確認している。
- ② 担当看護師（プライマリーナース）が本人の意向を定期的を確認している。
- ③ 担当医師・看護師以外のスタッフが本人の意向を確認している。
 (該当するものに✓印をつけてください)
 医師 看護師 PSW OT
 心理士 保健師
 その他
- ④ 担当医師や他のスタッフが患者を励まし退院に向けての動機付けをしている。
- ⑤ 社会資源（グループホーム等）の利用体験や地域活動への参加を支援している。
- ⑥ ピアサポーターを含む外部支援者との面談や交流の機会を設けている。
- ⑦ 退院準備を目的とした心理教育やSST等のプログラムを実施している。
- ⑧ 入院中からデイケアや通院作業療法への参加を促している。
- ⑨ 病院スタッフがピアサポーターと交流する勉強会等の機会を設けている。

3. 重度かつ慢性の患者の退院の発議について該当するものに✓印をつけてください。

- ① 担当医師の発議による（担当医師以外が発議する仕組みはない）。
- ② 担当医師とプライマリーナースのチームで発議する。
- ③ 看護師、あるいは看護師チーム会議が発議する。
- ④ 病棟単位の多職種が参加する会議が発議する。
- ⑤ 病院単位の多職種が参加する会議が発議する。
- ⑥ 該当する病棟の全員が退院の対象と見なしている。

4. 発議後のプロセスについてお聞きします。

4-1. 退院支援計画について該当するものに✓印をつけてください。

- ① 対象患者全員について支援計画を立てる。
- ② 対象患者の一部について支援計画を立てる。
- ③ 支援計画は策定しない。

4-2. 入院時などにチェックリストを用いて在院長期化リスクのアセスメントをしている

- ① 入院時に長期化リスクをアセスメントしている。
- ② 入院後も時期を決めて長期化リスクのアセスメントをしている。
- ③ 長期化リスクのアセスメント結果を病棟にフィードバックしている。

4-3. 治療の進行のチェック体制について該当するものに✓印をつけてください。

該当する場合は頻度もご記入ください。（例：毎週、月1回・・・）

- ① 主治医、看護師等がチェックする。 頻度
- ② 病棟レベルのカンファレンスでチェックする。 頻度
- ③ 病院レベルの会議でチェックする。 頻度
- ④ 病院外の組織も入った委員会などでチェックする。 頻度
- ⑤ 進行状況を院内ニュースなどで広報する。 頻度
- ⑥ その他のチェック体制がありましたらお書きください。

- ⑦ 問題があるとき治療の進展を支援する仕組みがある。

【B】「重度かつ慢性」患者等に対して実施している取り組み（プログラムなど）について

5. 「重度かつ慢性」患者に対して利用する取り組み（プログラムなど）についてお聞きます。

5-1. 日常的に行われている以下の取り組み（プログラムなど）を、重度かつ慢性に該当する患者のどの程度の割合の人に対して実施していますか？	1. 全く実施していない	2. あまり実施していない	3. 比較的よく実施している	4. ほぼ全例に実施している
① 医師による定期的な精神療法（週1回以上、1回30分以上）。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
② OTセンターで行われる作業療法	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
③ 病棟等で行われる個別作業療法	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
④ 心理教育／疾患教育	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑤ 社会生活技能訓練(SST)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑥ 精神病症状をターゲットとした認知行動療法	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑦ 小集団で思いを語るグループ療法	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑧ 生活習慣の改善をめざしたグループ療法	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑨ その他、具体的にお書きください。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-2. 長期入院患者を対象とした退院支援の計画を進める以下のような取り組み（プログラムなど）を、重度かつ慢性に該当する患者のどの程度の割合の人に対して適用していますか？	1. 全く実施していない	2. あまり実施していない	3. 比較的よく実施している	4. ほぼ全例に実施している
① ケアマネジメント	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
② 地域生活準備プログラム（退院に向けた心理教育やSST）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
③ 地域移行用パス	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
④ ピアサポーター（元入院患者等）との交流や支援	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑤ 退院前訪問	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑥ その他、具体的にお書きください。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5-3. 重度かつ慢性の患者に対する取り組み（プログラムなど）で、重視すべきことについて、非常に重要な場合は[非常に重要]列に、重要な場合は[重要]列に✓印をつけてください。

	非常に重要	重要
① 精神疾患についての知識獲得	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 社会資源についての知識獲得	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 対人技能の向上、服薬自己管理などのスキルの獲得	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ スタッフとのコミュニケーションが高まる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 患者さん同士のコミュニケーションが高まる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ その他		

6. 重度かつ慢性の患者の退院支援を推進する主要なスタッフについて、該当する全ての職種に✓印をつけてください。

- ① 医師
- ② 看護師
- ③ 作業療法士
- ④ 臨床心理士
- ⑤ 精神保健福祉士
- ⑥ 介護福祉士
- ⑦ その他の職種

7. 貴院で重度かつ慢性の患者の診療を行う医師の活動について該当するもの全てに選択をしてください。

	1. ほとんどの例に該当しない	2. あまり該当しない	3. 比較的多くの例に該当する	4. ほぼ全例に該当する
① チームを先導している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
② 主として薬物療法に携わっている。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
③ 退院先、退院時期について決断を下している。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
④ 院内チーム会議で進行役である。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑤ 院外を含めた会議で進行役である。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑥ 他のスタッフに任せきりである。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑦ チーム医療の足を引っ張ることがある。	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. 重度かつ慢性の患者が入院する病棟の看護体制について該当するものに✓印をつけてください。

- ① プライマリーナース制
- ② チームナース制
- ③ 固定チームナーシング制
- ④ モジュール型ナーシング制
- ⑤ パートナーシップ・ナーシングシステム制
- ⑥ 機能別看護方式
- ⑦ その他

9. 重度かつ慢性の患者さんのご家族へのアプローチについてお聞きます。

9-1. 家族教室などの取り組み（プログラムなど）を開催していますか？

- ① はい → 9-2 にお進みください。
- ② いいえ → 9-4 にお進みください。

9-2. セッションの回数、頻度、関わる職種、内容をお書きください

- ① 回数 回
- ② 間隔
- ③ 年間の開催数 回
- ④ 関わる職種

⑤ 内容

9-3. セッション終了後に継続する取り組み（プログラムなど）があればお書きください。

9-4. 家族と疎遠になることを回避するために工夫されていることがあればお書き下さい。

9-5. 退院をしるる家族に対して効果的な取組みがありましたらお書きください。

10. 重度かつ慢性の患者のクライシスプランについてお聞きします。

※ここで言うクライシスプランは、退院に際して患者や家族などに伝える計画を指しています。

10-1. 退院に際し作成するクライシスプランで、該当するもの全てに✓印をつけてください。

- ① 患者用クライシスプラン
- ② 家族用クライシスプラン
- ③ 施設用クライシスプラン
- ④ 地域支援者用クライシスプラン
- ⑤ その他のクライシスプラン 具体的にお書きください。

10-2. クライシスプランに記載している内容で、該当するものに全て✓印をつけてください。

- ① 緊急時の連絡方法
- ② 不調時のサインと解決策（本人用）
- ③ 悪化時の症状と対応方法（家族用、施設用、地域支援者用）
- ④ 日常活動についての項目
- ⑤ 処方内容
- ⑥ その他 具体的にお書きください。

11. 重度かつ慢性の患者の退院後の支援体制・支援活動について、どの程度の人に該当するかお答えください。

	1. ほとんどの例に該当しない	2. あまり該当しない	3. 比較的多くの例に該当する	4. ほぼ全例に該当する
① カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に緊急時の対応方法を明示している。	○	○	○	○
② カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に患者の状態と対応を刻々と記録している。	○	○	○	○
③ 自院または地域の精神科救急医療システムにより、時間外でも必要な場合には適時に診療を提供できる。	○	○	○	○
④ 緊急時に対応するスタッフへの連絡方法が統一されている。	○	○	○	○
⑤ 受診時に通常の診療を越えたサービスを提供している。 具体的にお書きください。 「例～外来の看護師が面接や訪問をする等」	○	○	○	○
⑥ 定期的にカンファレンスやレビューを開いて患者の状況を把握している。	○	○	○	○
⑦ 休日や夜間も含め多職種編成チームが対象患者に対して危機対応をしている。	○	○	○	○
⑧ その他、具体的にお書きください。				

12. 重度かつ慢性の患者さんに対する地域連携について、どの程度の人に該当するかお答えください。	1. ほとんどの例に該当しない	2. あまり該当しない	3. 比較的多くの例に該当する	4. ほぼ全例に該当する
① 病院保有の地域関連施設を持たず、或いはほとんど持たず地域の諸機関との連携により地域移行・地域定着を図っている。	○	○	○	○
② 主として病院保有の地域関連施設を利用することで地域移行・地域定着を図っている。	○	○	○	○
③ 病院保有の地域関連施設と地域の諸機関の両方を利用して地域移行・地域定着を図っている。	○	○	○	○
④ 病院の取り組み（プログラムなど）に地域の機関のスタッフに参加してもらっている	○	○	○	○
⑤ 病院で開くケア会議に、地域機関のスタッフにも参加してもらっている。	○	○	○	○
⑥ 地域で開くケア会議に、病院スタッフにも参加してもらっている。	○	○	○	○
⑦ 地域の保健師と連携している（退院後の相談窓口、退院前カンファレンス・外泊時訪問・退院後の定期訪問など）。	○	○	○	○

13. 貴院のピアサポーターについてお聞きます。

13-1. ピアサポーターを病院部門や保有施設等の職員として雇用しておられますか。

- ① 雇用している

雇用している部署・事業所

- ② 雇用していない

13-2. 病院の取り組み（プログラムなど）へのピアサポーターの参画について、該当するものを選択してください。

- ① 正式に参画してもらっている。 → 13-3へ進んでください。
- ② 正式ではないが時に参画してもらうことがある。 → 13-3へ進んでください。
- ③ 参画してもらっていない。 → 14へ進んでください。

13-3. ピアサポーターが参画している貴院の取り組み（プログラムなど）で、特に重度かつ慢性の患者さんの地域移行に役立っているものがあれば、具体的にご記入ください。

【C】「重度かつ慢性」患者に対する地域生活支援・地域連携について

「重度かつ慢性」患者の地域ケアに関するアンケートにご協力をお願いします。

回答者：貴院において退院支援もしくは地域ケアに従事する職員の方にご回答をお願いします。（*職種は問いません）

回答方法：貴院から最近1年間に退院した、「重度かつ慢性」患者を対象とした地域ケア・支援の実施/利用状況について、該当するものを選択してください。

14. 「重度かつ慢性」患者を対象とした地域連携体制についてうかがいます	1. まったく実施/利用していない	2. あまり実施/利用していない	3. 比較的良好に実施/利用している	4. ほぼ全例に実施/利用している
① 医療機関職員と地域支援者の担当者間で連絡・相談ができる、顔の見える関係の構築	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
② 地域支援者が医療機関の医師、看護師等に、気軽に相談できる関係の構築	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
③ 対象者との馴染みの関係性を重視した地域支援者との連携体制の構築	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
④ 対象者の状況変化に応じて、随時関係者とのケア会議が開催できる体制の構築	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑤ 対象者の病態特性や対応面に関する情報共有ができる体制の構築	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑥ 地域においてキーパーソンとなる支援者の設定	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑦ 地域の自立支援協議会や部会などを活用したネットワークの構築	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑧ 行政機関（保健所等）が主体となった地域支援者ネットワークの構築	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⑨ その他、地域連携体制の特徴や工夫をされている点があればご記入ください。				

15 -1. 「重度かつ慢性」患者に利用された地域生活支援の内容についてうかがいます。

	1. まったく利用していない	2. あまり利用していない	3. 比較的よく利用している	4. ほぼ全例に利用している
① 居住の場における、日中の日常生活支援	○	○	○	○
② 居住の場における、24時間を通した日常生活支援	○	○	○	○
③ 居住の場における、病状面の観察や必要に応じた対応	○	○	○	○
④ 当事者の不安や困りごとなどへの、窓口（担当者）を設けた相談対応	○	○	○	○
⑤ 福祉サービスの報酬や規定の範囲（頻度、内容等）を超えた支援	○	○	○	○
⑥ 医療サービスの報酬や規定の範囲（頻度、内容等）を超えた支援	○	○	○	○
⑦ 服薬や通院など医療継続に向けた支援	○	○	○	○
⑧ 精神疾患の病状面への、通常ケースよりも手厚い医療・看護サービス	○	○	○	○
⑨ 生活習慣病の悪化防止や身体合併症などに対する身体管理・ケア	○	○	○	○
⑩ 内科等のかかりつけ医との連携や情報共有	○	○	○	○
⑪ インフォーマル資源を含めた支援者ネットワークによる、地域生活の見守り・声かけ	○	○	○	○
⑫ 近隣住民や関係者（非専門職）に対する、対象者の理解を得るための支援	○	○	○	○
⑬ 保健所等の行政機関・職員と協働した支援	○	○	○	○
⑭ ピアサポーターによる対象者の支援	○	○	○	○
⑮ 対象者の家族の相談やサポート	○	○	○	○
⑯ 地域生活安定後の、就労に向けた支援	○	○	○	○
⑰ その他に、利用されている支援内容があればご記入ください。				

15-2. 「重度かつ慢性」患者に利用された、地域生活支援の制度、手法等についてうかがいます。

	1. まったく利用していない	2. あまり利用していない	3. 比較的よく利用している	4. ほぼ全例に利用している
① 居宅介護（ホームヘルプ）の支援を通じた、病状悪化等の兆候把握	○	○	○	○
② 障害者総合支援法による「地域定着支援」の利用	○	○	○	○
③ 障害者総合支援法による「自立生活援助」の利用	○	○	○	○
④ 地域支援者ネットワークによる、見守り・声かけと病状悪化等の兆候把握	○	○	○	○
⑤ 精神科訪問看護による病状等の観察と訪問頻度の調整	○	○	○	○
⑥ 精神科デイ・ケアによる治療プログラムの活用	○	○	○	○
⑦ 居住施設の職員等による服薬の声かけや確認	○	○	○	○
⑧ 精神科訪問看護等による服薬管理・指導	○	○	○	○
⑨ 通院等介助等（ヘルパー）による通院支援	○	○	○	○
⑩ クライシスプランによる病状の自己管理	○	○	○	○
⑪ クライシスプランに基づく支援者の早期対応	○	○	○	○
⑫ 24時間・夜間休日の精神科訪問看護提供体制	○	○	○	○
⑬ 精神科医師（主治医等）による往診体制	○	○	○	○
⑭ 精神科病院における電話相談体制	○	○	○	○
⑮ 障害者総合支援法の「短期入所施設」の活用	○	○	○	○
⑯ 精神科病院における短期入院の利用（必要時に判断）	○	○	○	○
⑰ 精神科病院における短期入院の利用（計画的な入院）	○	○	○	○
⑱ 保健所等の行政機関職員による訪問指導	○	○	○	○
⑲ 家族関係の調整や家族サポート	○	○	○	○
⑳ その他に、利用されている制度、手法等があればご記入ください。				

16. 「重度かつ慢性」患者に利用された、病状悪化時の支援についてうかがいます

	1. まったく利用していない	2. あまり利用していない	3. 比較的よく利用している	4. ほぼ全例に利用している
① 24時間・夜間休日の精神科訪問看護	○	○	○	○
② 特別訪問看護指示書による手厚い精神科訪問看護	○	○	○	○
③ 精神科医師（主治医等）による往診	○	○	○	○
④ 精神科病院における、当事者・家族等からの電話による相談対応	○	○	○	○
⑤ 保健所等の職員による危機介入支援	○	○	○	○
⑥ クライシスプランに基づく支援者の対応	○	○	○	○
⑦ 精神科病院への早期入院による治療	○	○	○	○
⑧ 再入院時における地域支援者の継続的な関り・支援	○	○	○	○
⑨ その他、利用されている支援があればご記入ください。				

【D】「重度かつ慢性」患者で特に長期の在院患者や高齢患者への治療／支援について

17. 「重度かつ慢性」に該当する在院患者のうち、在院期間が5年以上の長期在院の患者に対する治療や支援として、特に重視して取り組んでおられることがありましたらお書きください。

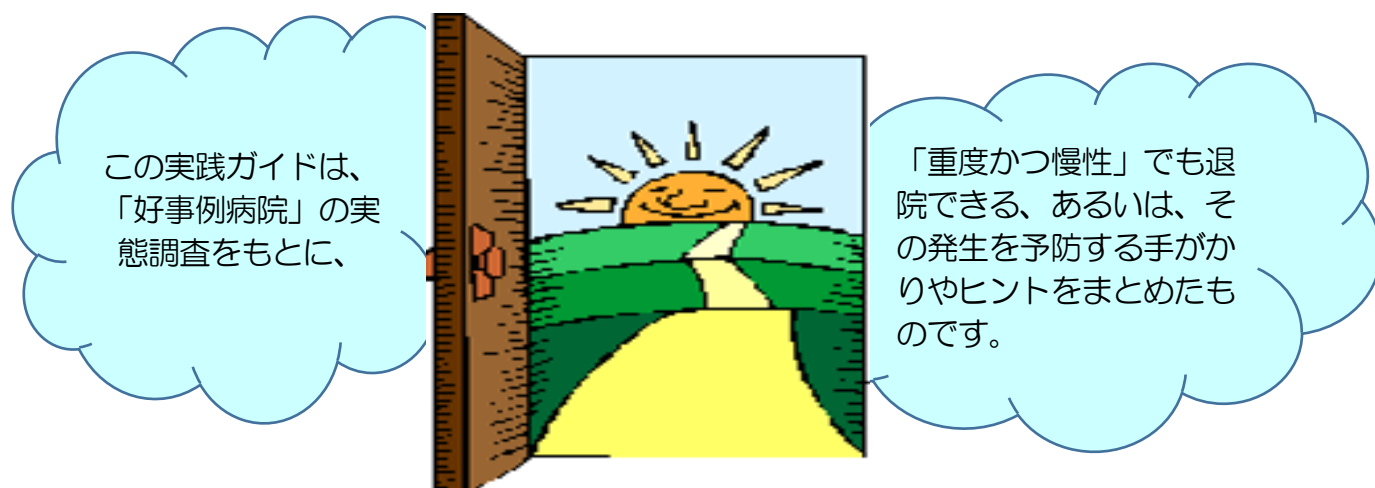
18. 「重度かつ慢性」に該当する在院患者のうち、年齢が65歳以上の高齢の患者に対する治療や支援として、特に重視して取り組んでおられることがありましたらお書きください。

19. その他のご意見やご要望がございましたらお書きください。

以上です。長時間にわたりご回答をいただいたことに深く感謝いたします。

「重度かつ慢性」患者への 包括支援実践ガイド

「重度かつ慢性」の基準は、適切な精神科入院治療を続けても、病状が重いため1年を超えて在院が続いている状態を表します。



平成 29-30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究

関連研究班の統括・調整研究班	（研究代表者：安西信雄）
薬物療法研究班	（研究代表者：宮田量治）
クロザピン使用指針研究班	（研究代表者：木田直也）
心理社会的治療／方策研究班	（研究代表者：岩田和彦）
チームによる地域ケア体制研究班	（研究代表者：吉川隆博）

この実践ガイドは5つの研究班が協力して作成したものです。研究班一同、全国の精神科病院で実践のヒントとして活用していただけることを希望しています。

はじめに

これは病状の重い長期在院患者でも退院できる／長期在院を生まないための実践ガイドです。

5つの研究班が2年間取組んだ成果をまとめました。この調査には全国の300病院を超える多くの方々にアンケートやヒアリング等でご協力をいただきました。研究班一同、感謝を申し上げます。

第一次アンケートでは、病状が重いため1年を超えて入院した後、調査時点から1年後までに退院した患者をリストアップしてもらい、退院に役立った治療や支援方法を調査しました。また、1年以上の長期在院を生まない取り組みも調査しました。実践ガイド作成の手順は次の10ステップになります（詳細は研究報告書をご参照ください）。

<実践ガイド作成の手順>

- 1) 退院の成果があがっている全国の病院を訪問してヒアリングを行った。
- 2) その結果をアンケートの形にまとめて第一次調査として全国の病院に回答を依頼し、好事例病院選択基準に関する事項を調査した（327病院に依頼し52病院から回答）。
- 3) 「特別な病院でなくても、努力すれば到達可能な、全国平均を上回る水準」を目安に研究班で好事例病院の基準を定めた。
- 4) 第一次アンケートに基づいて好事例病院を選択した（22病院が選択された）。
- 5) ヒアリング結果と第一次アンケートをもとに好事例に関連すると思われる要因を整理して第二次アンケートにまとめ、22病院に依頼した。1年を超える在院患者がなかった2病院から辞退あり。残りの20病院を好事例病院として調査した。
- 6) 第二次アンケートの対象となった好事例20病院のすべて（100%）から回答をいただいた。回答を研究班で検討し、薬物療法、クロザピン、心理社会的治療／方策、チームによる地域ケア体制および病院としての取り組み（総論）に分けて、好事例病院での実施率の高い要因を好事例に関連する要因と考え、実践ガイドの形でまとめた。
- 7) 薬物療法班とクロザピン班では、上記以外に独自の調査を実施し、それらの結果を実践ガイドに組み入れた。
- 8) ヒアリングと第一次アンケートから「重度かつ慢性」につながる「典型的な事例」が明らかになったので、それらを8つの典型例（事例）としてケースビネットにまとめ、該当する典型例の退院実績のある好事例病院に、治療と支援の方法を回答していただいた。
- 9) 長期在院患者とその治療／支援に関する文献調査を行った。
- 10) 現場で実践可能で統一感のある実践ガイドになるように方針を定め、各研究班が分担してそれぞれの領域を記載したうえで、統括・調整班で検討を重ねて本実践ガイドを作成した。

<好事例病院の選択基準>

退院実績は地域における病院の役割や様々な条件が影響するが、全国一律の基準を設けるため、好事例病院を選ぶ基準は、下記のAを満たし、BとCのどちらか（または両方）を満たす病院とした。

A：新規入院患者の1年後までの退院率が高い（全国中央値 89.3%以上）

B：すでに1年を超えて在院している患者の1年後までの居宅系退院率が高い（参考値 8.4%以上）
（居宅系退院には自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含む）

C：在院患者中の1年を超える患者の占める率が低い（全国中央値 61.4%以下）

基準に該当した20病院の回答から、「重度かつ慢性」患者の治療・支援や予防対策の実施状況が明らかになったので、それらを実践ガイドにまとめた。その際にはヒアリング等の調査結果を含めた。薬物療法班とクロザピン班は独自の調査を実施して実践ガイドを作成した。長期化しがちな8つの「典型例」（ケースビネット）に対する治療と支援をまとめた。

入院治療で期待した改善が得られないとき、病状のため退院の見通しがつけづらくなったとき、治療や支援方法を振り返る手がかりとして本実践ガイドをご活用いただけることを期待しています。

目次

I. 実践ガイド（手引き）	
1. 総論：病院としての取組み（執筆：安西 信雄）	1
(1) 病院として重度かつ慢性の患者の退院促進に取り組んだきっかけ	
(2) 重度かつ慢性の患者の退院に向けての本人の意向確認や意欲喚起の取組み	
(3) 重度かつ慢性の患者の退院の発議について	
(4) 発議後のプロセスについて	
2. 各領域で推奨されるミニマム・エッセンス	4
2-1. 薬物療法（執筆：宮田 量治）	4
1. はじめに	
2. 統合失調症症例への薬物療法ガイド	
3. 参考資料	
2-2. クロザピン(CLZ)療法（執筆：木田 直也）	9
1. はじめに	
2. 多職種でのチーム医療の重要性	
3. 好事例病院への調査からわかる望ましい体制整備と地域連携	
4. CPMS 登録の医療機関が患者登録を行い、経験症例を増やすときの課題	
5. CLZ 治療を行う上での加算やインセンティブ等について	
2-3. 心理社会的治療（執筆：岩田 和彦）	15
1. 「重度かつ慢性」患者の退院を促進する心理社会的治療プログラム	
2. 「重度かつ慢性」患者の退院支援を推進するスタッフ体制	
3. 「重度かつ慢性」患者の退院とその後の地域生活を支える社会資源	
4. 「重度かつ慢性」患者の再入院の防止に向けた対応	
2-4. チームによる地域ケア体制班（執筆：吉川 隆博）	19
1. はじめに	
2. チーム地域ケア体制の構築に向けた実践ガイド	
3. チーム地域ケア体制の特徴と強み	
3. 「典型例」（ケースビネットと治療／支援の回答例）（編集・執筆：宮田量治）	23
①陽性症状（幻覚・妄想）が重度な例、②治療中断の可能性が大きい例、③多飲水が著しい例、	
④衝動行為が著しい例、⑤暴言への対応を要する例、⑥迷惑行為への対応を要する例、⑦自殺	
や自傷行為等の危険性が高い例、⑧他害や触法行為の可能性が高い例、⑨精神症状に加えて生	
活障害が著しい例、⑩重い身体合併症が存在する例	
II. 実践ガイドの基礎となる調査の概要と主な結果	
1. 第一次アンケート調査（執筆：安西 信雄）	57
2. 各研究班によるヒアリングやパイロットスタディ等の調査（各班研究代表者）	58
3. 第二次アンケート調査（執筆：安西 信雄）	59
4. 退院後支援・ケアプラン作成における典型例の分析（執筆：宮田量治）	60
III. あとがき（執筆：安西 信雄）	61
IV. 資料	64
1. 第二次アンケート調査項目 2. 「重度かつ慢性」患者の治療／方策選択リスト	
V. 研究班の構成と協力施設・病院一覧	67
1. 研究班の構成 2. 調査にご協力いただいた施設・病院一覧	

I. 実践ガイド（手引き）

第一次アンケートとヒアリングから退院促進に重要と考えられる項目を選び出し、好事例病院を対象に第二次アンケートを実施してそれぞれの項目の実施状況を調べました。対象となった 20 病院すべてから回答が得られました。各項目の該当率は、好事例病院における実施状況を示していると考えられます。また、薬物療法班、クロザピン班では独自の全国調査を実施しました。これらの根拠に基づいて「重度かつ慢性」基準に該当する患者の退院支援に重要と思われる事項をまとめました。

1. 総論：病院としての取組み

（執筆：安西 信雄）

退院実績のあがっている病院を訪問してヒアリングを実施した結果、特定の薬物や治療法の議論の前に、病院が目指す方向性や、患者の退院を支援する病院としてのシステムや運営管理体制の重要性に気づかれました。そこで病院としての取組みを第二次アンケートの項目にまとめて、好事例病院における実施状況を確かめたところ次のことが明らかになりました。

（1）病院として重度かつ慢性の患者の退院促進に取り組んだきっかけ

好事例病院で「重度かつ慢性」患者の退院促進に取り組んだきっかけを聞いたところ、「今後の方向性として退院促進がより重要になると考えた」と「医療の高度化（クロザピンや mECT 導入など）」の該当率はそれぞれ 80%であった。両方を選択したのは 13 病院で全体の 65%であった。その他に、該当率が 50%を超えた項目は「地域生活支援中心にという国の方針に協力」「急性期治療を進めるため後方病棟の治療にも取り組んだ」「病棟のダウンサイジング」であった。ヒアリングでは管理職の交代で病院が変わったという意見があったが、好事例病院全体の中では少数であった。

好事例病院での退院促進のきっかけは、病院の将来像に向けて長期在院を減らしていくこと、それを支える入院治療の高度化の取組みが中心を占めていた。

A1. 病院として重度かつ慢性の患者の退院促進に取り組んだきっかけ	該当率(%)	0%	50%	100%
A1-① 当院の今後の方向性として退院促進がより重要になると考えた。	80.0%			
A1-⑥ クロザピンやmECTの導入など医療の高度化に取り組んでいる。	80.0%			
A1-② 長期在院を減らし地域生活支援中心にという国の方針に協力したいと考えた。	65.0%			
A1-⑨ 急性期治療を円滑に進めるために後方病棟の治療にも取り組んだ	65.0%			
A1-⑦ 病棟のダウンサイジングを契機に退院促進に取り組んだ。	55.0%			
A1-④ 地方自治体単独による退院促進支援事業を利用した。	40.0%			
A1-③ 国事業による退院促進支援事業を利用した。	35.0%			
A1-⑧ 急性期治療を先行させ、そこで得たノウハウを長期入院患者の治療に適応した。	40.0%			
A1-⑤ その他の事業を使用した。具体的に記載して下さい。	10.0%			
A1-⑩ 管理職クラスの就任がきっかけで退院促進に取り組んだ。	10.0%			

（2）重度かつ慢性の患者の退院に向けての本人の意向確認や意欲喚起の取組み

好事例病院の多くで患者の意向確認や意欲喚起の取組みが実施されていた。患者本人の動機付けや意向喚起の方法として、①社会資源（グループホーム等）の利用体験や地域活動への参加(85%)、②入院中からデイケアや通院作業療法への参加を促す(85%)、③退院準備を目的とした心理教育や SST 等のプログラムの実施(80%)などが多くの病院で実施されていた。これらの基本的なことの実施が重要と思われる。

A2-1. 重度かつ慢性の患者の退院に向けての本人の意向確認や意欲喚起の取り組み	該当率(%)	0%	50%	100%
A2-⑤ 社会資源（グループホーム等）の利用体験や地域活動への参加を支援している。	85.0%			
A2-⑧ 入院中からデイケアや通院作業療法への参加を促している。	85.0%			
A2-⑦ 退院準備を目的とした心理教育やSST等のプログラムを実施している。	80.0%			
A2-④ 担当医師や他のスタッフが患者を励まし退院に向けての動機付けをしている。	70.0%			
A2-⑥ ピアサポーターを含む外部支援者との面談や交流の機会を設けている。	45.0%			
A2-⑨ 病院スタッフがピアサポーターと交流する勉強会等の機会を設けている。	25.0%			
A2-③その他 が本人の意向を定期的に確認している。	10.0%			

職種別にみると、本人の意向確認においては、PSW がもっとも率が高く、医師、看護師、OT がそれにつづいていた。医師だけでなく、PSW と看護師、OT 等がチームになって本人の意向確認や意欲喚起の取り組みを行うことが重要と言えそうである。

A2-2. 本人の意向確認や意欲喚起の取り組み－職種別の実施率	該当率(%)	0%	50%	100%
A2-③PSW が本人の意向を定期的に確認している。	80.0%			
A2-① 担当医師が面接で退院に向けての本人の意向を定期的に確認している。	75.0%			
A2-② 担当看護師（プライマリナース）が本人の意向を定期的に確認している。	70.0%			
A2-③OT が本人の意向を定期的に確認している。	45.0%			
A2-③心理士 が本人の意向を定期的に確認している。	20.0%			
A2-③保健師 が本人の意向を定期的に確認している。	0.0%			

（3）重度かつ慢性の患者の退院の発議について

ここで「退院の発議」というのは、本人や家族の気持ちを汲んで不安に対処しつつ、退院後の地域生活の可能性を示して、退院に向けて一緒に取り組んでいこうとスタッフが提案していくことを指している。




「担当医師とプライマリナースのチームで発議する」（70%）がもっとも多く、ついで「病棟単位の多職種が参加する会議が発議する」（65%）が多かった。「担当医師以外が発議する仕組みはない」、つまりチームでなく担当医師だけが発議するやりかたは 20%で少なかった。担当医師と看護師（プライマリ）の連携、病棟単位のチームの連携が「重度かつ慢性」患者の退院を発議するうえで重要と考えられる。

A3. 重度かつ慢性の患者の退院の発議	該当率(%)	0%	50%	100%
A3-② 担当医師とプライマリナースのチームで発議する。	70.0%			
A3-④ 病棟単位の多職種が参加する会議が発議する。	65.0%			
A3-⑥ 該当する病棟の全員が退院の対象と見なしている。	35.0%			
A3-③ 看護師、あるいは看護師チーム会議が発議する。	30.0%			
A3-⑤ 病院単位の多職種が参加する会議が発議する。	30.0%			
A3-① 担当医師の発議による（担当医師以外が発議する仕組みはない）。	20.0%			







（4）発議後のプロセスについて

4-1. 退院支援計画

「重度かつ慢性」に該当する重度の患者について、退院が発議された後の退院支援計画をどの範囲の患者について立案するかを聞いたところ、「対象患者全員について計画を立てる」が 50%で、「一部について」（25%）がそれに続いていた。一部の特に困難な患者を除いて、出来るだけ全ての患者について計画を立てるといふ流れになっていると思われる。




A4-1. 退院発議後のプロセスー退院支援計画を立てている	該当率(%)	0%	50%	100%
A4-1-① 対象患者全員について支援計画を立てる。	50.0%			
A4-1-② 対象患者の一部について支援計画を立てる。	25.0%			
A4-1-③ 支援計画は策定しない。	15.0%			

退院前訪問等の退院支援の取り組みの実施状況を聞いたところ、もっとも多かったのは「退院前訪問」(85%)で、これはほとんどの場合に実施されていた。「ケアマネジメント」は60%と過半数で実施されていた。「地域生活準備プログラム(退院に向けた心理教育やSST)」は40%、「ピアサポーター(元入院患者等)との交流や支援」は25%、「地域移行パス」は15%で、一部の例で実施という状況のようである。

5-2. 重度かつ慢性に該当する患者に対する実施率(「ほぼ全例に実施している」と「比較的よく実施している」の回答の合計)	実施率(%)	0%	50%	100%
B5-2-⑤ 退院前訪問	85.0%			
B5-2-① ケアマネジメント	60.0%			
B5-2-② 地域生活準備プログラム(退院に向けた心理教育やSST)	40.0%			
B5-2-⑥ その他、具体的にお書きください。	30.0%			
B5-2-④ ピアサポーター(元入院患者等)との交流や支援	25.0%			
B5-2-③ 地域移行用パス	15.0%			








4-2. 入院時などにチェックリストを用いて在院長期化リスクをアセスメント

チェックリストを用いて入院時に長期化リスクをアセスメントすることは、半数近くの病院で実施されていた。入院後も定期的にアセスメントしているのは35%であった。ケースカンファレンス時などに、長期化リスクのアセスメントを合わせて実施しているところもありそうである。

A4-2. 退院発議後のプロセスーチェックリストで長期化リスクのアセスメントをしている	該当率(%)	0%	50%	100%
A4-2-① 入院時に長期化リスクをアセスメントしている。	40.0%			
A4-2-② 入院後も時期を決めて長期化リスクのアセスメントをしている。	35.0%			
A4-2-③ 長期化リスクのアセスメント結果を病棟にフィードバックしている。	30.0%			

4-3. 治療の進行のチェック体制

退院発議後に、退院に向けて順調に進んでいるかをチェックする体制については、「病棟レベルのカンファレンスでチェックする」が80%であった。「主治医と看護師等がチェックする」は55%で、病院レベルの会議でチェックするは30%であった。退院準備に向けての進捗のチェックが、担当の主治医と看護師任せでなく、病棟レベルや病院レベルで実施されるようになっている状況が分かった。退院に向けては患者の病状安定だけでなく、地域での療養や生活の安定に向けて、さまざまな問題を乗り越えていくことが必要であるが、これらを担当者任せにせず、チームで支援する仕組みが必要ということであろう。

A4-3. 退院発議後のプロセスー治療の進行のチェック体制	該当率(%)	0%	50%	100%
A4-3-② 病棟レベルのカンファレンスでチェックする。	80.0%			
A4-3-① 主治医、看護師等がチェックする。	55.0%			
A4-3-③ 病院レベルの会議でチェックする。	30.0%			
A4-3-④ 病院外の組織も入った委員会などでチェックする。	20.0%			
A4-3-⑥ その他のチェック体制がありましたらお書きください。	15.0%			
A4-3-⑤ 進行状況を院内ニュースなどで広報する。	10.0%			
A4-3-⑦ 問題があるとき治療の進展を支援する仕組みがある。	10.0%			

2. 「重度かつ慢性」患者への治療と支援のミニマム・エッセンス

好事例病院では、①薬物療法、②クロザピン療法、③心理社会的治療、そして、④チームによる地域ケア体制について、それぞれどのような工夫がされているか、それぞれの領域での「ここが重要！」というポイントを「ミニマム・エッセンス」として整理しました。

ミニマム・エッセンスの根拠は、ヒアリングや第一次アンケート、好事例病院からの第二次アンケートの結果だけでなく、薬物療法班では広範囲な処方箋調査を行い、クロザピン班では全国のCPMS登録施設や地域ネットワークの調査を行いましたのでこれらの結果を用いました。

2-1. 薬物療法

(執筆：宮田 量治)

1. はじめに

精神科の入院治療において薬物療法は重要です。文献的検討では、持効性抗精神病薬注射製剤(LAI)とクロザピンが入院日数の短さと、抗精神病薬多剤併用が入院日数の長期化と関連することが確認されています。したがって「重度かつ慢性」例への薬物療法では、LAI、クロザピン、多剤併用への対応方針がとて大切になります。

本ガイドは、第一次アンケート回答施設のうち協力の得られた24施設への調査(実施時期：2018年9月～12月)¹にもとづき、「重度かつ慢性」入院例の約6割を占める統合失調症の薬物治療概要がまとめられています。「重度かつ慢性」例への薬物治療を検討する際の参考としていただければ幸いです。

2. 統合失調症例への薬物療法ガイド

1) 好事例病院の薬物療法概要 (I)

好事例病院では、第二世代抗精神病薬の単剤治療が定着し、持効性抗精神病薬注射製剤(LAI)やクロザピンもよく使われています。

調査対象月に最低1日以上入院した統合失調症例に対する好事例病院の処方は、9割(88.5%)が第二世代抗精神病薬主体の処方で、約5割(47.4%)は単剤治療です。抗精神病薬の併用はあっても補助的に用いられている(クロルプロマジン換算による力価の主剤比率：84.0%)ことが普通で、3剤併用例は1割(11.4%)にとどまります。その他の向精神薬として、気分調整薬(平均0.5剤)、ベンゾジアゼピン(同1.2剤)、抗パ剤(同0.4剤)の併用もみられますが、単純化された処方が多いことが特徴です。

①F20症例に対する経口抗精神病薬使用状況

経口抗精神病薬の使用頻度は第二世代抗精神病薬が9割(88.5%)です。使用頻度が5%を超える薬剤は、オランザピン(25.5%)、リスペリドン(18.7%)、クロザピン(10.6%)、アリピプラゾール(9.6%)、クエチアピン(7.1%)、パリペリドン(6.4%)です。第一世代抗精神病薬では5%を超える薬剤はありませんが、頻度が高いのはハロペリドール(4.8%)、ゾテピン(2.1%)です。

②F20症例に対する持効性抗精神病薬注射製剤(LAI)使用状況

LAIの使用頻度は、多い順にデカン酸フルフェナジン(26.0%)、パリペリドンLAI(24.4%)、デカン酸ハロペリドール(21.3%)、リスペリドンLAI(15.7%)、アリピプラゾールLAI(12.6%)です。第一

¹本章は、4つの薬物療法に関する調査(I：調査対象月に最低1日以上入院した統合失調症例の処方箋横断調査、調査II：「重度かつ慢性」患者の入院後1年間の処方箋縦断調査、及び、薬物治療戦略実施に関する調査、調査III：薬剤および治療法選択についての医師アンケート、調査IV：薬物療法の記録と院内システムに関するフィデリティ調査)にもとづいて記載されています。これらの調査データにもとづく記載についてはガイド本文中に(II及びIII)のように示してあります。本調査に協力の得られた24施設中、「好事例病院の選択基準」に該当したのは14病院、その他は10病院あり、2群を統計学的に比較し有意な結果については本ガイドの記載に反映しましたが、ガイド中に紹介されたデータ(薬剤の使用頻度など)は、好事例病院のデータをまとめたものです。

世代抗精神病薬のLAI使用頻度が高いことが特徴で、好事例病院ではLAIを早くから導入していたことがうかがわれます。一方、LAI単独の処方例は14.2%に過ぎず、大部分の症例には経口抗精神病薬が併用されています。

③ 抗精神病薬投与量

好事例病院の平均抗精神病薬投与量はクロルプロマジン換算で600mgをやや超える779.4mgです。主剤(処方中のクロルプロマジン換算量最大の薬剤)だけに限ると抗精神病薬投与量は597.5mgです。

2) 入院統合失調症例への薬物療法

① 入院時の薬物選択(Ⅲ)

入院時の薬物選択では、約8割(78.4%)の医師が過去の処方内容を尊重した治療薬を選択しています(過去に有効な治療薬があった場合)。

初発例には、男性例では、アリピプラゾール(40.4%)、リスペリドン(34.2%)、オランザピン(12.3%)、ブレクスピプラゾール(8.8%) (選択頻度5%以上の薬剤。以下、同様)、女性例では、アリピプラゾール(50.9%)、リスペリドン(26.3%)、ブレクスピプラゾール(12.3%)、オランザピン(6.1%)が選択されています。また、糖尿病のある初発例では、アリピプラゾール(43.0%)、リスペリドン(36.8%)、ブレクスピプラゾール(10.5%)、ブロナンセリン(5.3%)が選択されています。

② 効果判定期間(Ⅲ)

好事例病院では、投与した抗精神病薬の効果判定に約2週間(16.8日)かけています。

③ ①で改善しない場合の対応(Ⅱ)

改善しない場合のもっとも一般的な対応は「切り替え」です。好事例病院では、最初の治療で改善しない場合、入院後3ヶ月以内では、「主剤の切り替え」が4割(38.9%)の症例に行われています。切り替え以外では、「念入りの内服確認」(22.3%)、「入院時主剤を増量」(18.6%)ないし「減量」(14.2%)、「増強療法(抗精神病薬以外の向精神薬追加)」(14.2%)、「抗精神病薬2剤併用」(12.4%)ないし「3剤以上併用」(11.5%)、「多剤併用の単純化」(併用薬の削減)(12.4%)、「多職種カンファレンス実施」(10.6%)などが行われます。

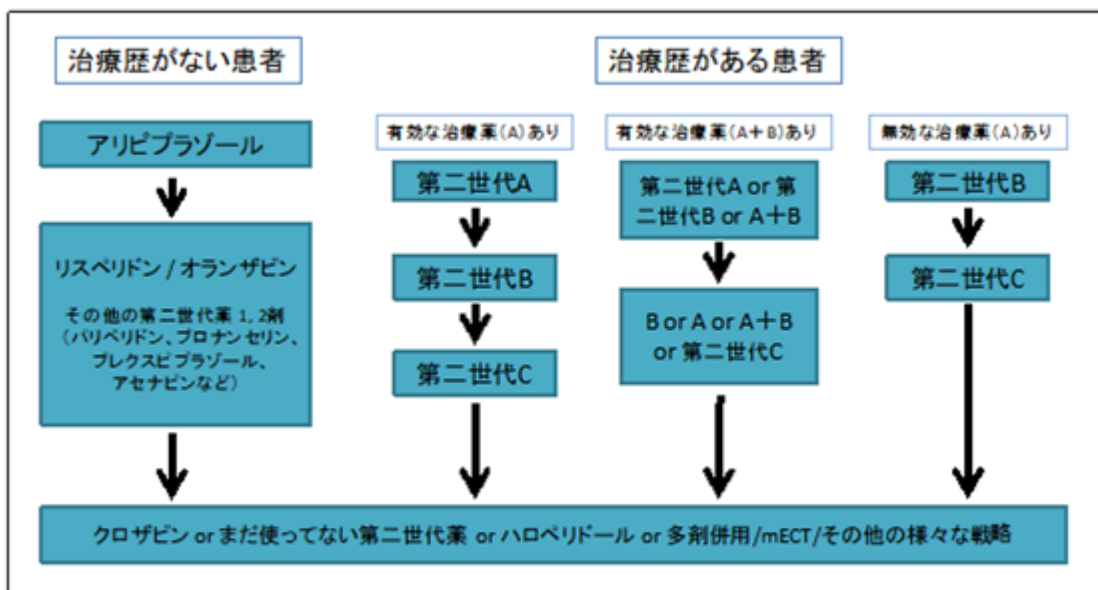
入院3ヶ月以降の対応でも、「主剤の切り替え」が4割(38.1%)と最も多く「念入りの内服確認」(21.2%)、「抗精神病薬2剤併用」(19.5%)、「多職種カンファレンス実施」(15.9%)、「多剤併用の単純化」(併用薬の削減)(15.0%)、「入院時の主剤を増量」(13.3%)、「増強療法」(11.5%)が続きますが、入院が3ヶ月以上になると「薬物治療方針について指導者に相談(11.5%)」が加わります。

④ 切り替え法

切り替えは理論上20通りの方法がありますが、Weidenらによる漸減漸増(総投与量は多くなるが離脱リスクが減少)、上乘せ漸減法、ないし、急速置換(切り替えを急ぐ場合、前薬からの離脱リスクがない場合など)を症例ごとに選択するのが一般的な切り替え戦略です。

切り替えの際に選択される薬剤は、今回調査(Ⅱ及びⅢ)では、アリピプラゾール(第一選択薬)→リスペリドン/オランザピン/その他の第二世代抗精神病薬(パリペリドン、ブロナンセリンなど)→クロザピン(第四か第五選択薬)というような選択が比較的多く行われています。

図. 統合失調症例に対する好事例病院の抗精神病薬選択フロー



図の↓は、改善しない場合、好事例病院ではさらに下の治療戦略へ進むことが多いことを表している。

⑤ 多剤併用、及び、投与量増加の要因（Ⅱ及びⅢ）

病状が改善しないまま入院が長期化すると、抗精神病薬の総投与量は増加します（調査Ⅱでは入院時：805mg が1年経過時：928mg へ増加）が、抗精神病薬の単剤率は低下せず（入院時：40.7%から1年経過時：43.4%）多剤併用へ移行しないのが好事例病院の特徴です。しかし好事例病院の医師は、単剤治療を意識しながらも「重度かつ慢性」例の過去の治療歴を尊重し、多剤併用に対して（絶対の禁忌手とはしておらず）柔軟な方針をとっています（Ⅲ）。調査Ⅱでは3剤以上の多剤併用処方例の割合が、入院時も1年経過時も2割（入院時20.4%、1年経過時：19.5%）のままでした。

⑥ 処方単純化（減量／減剤）

「重度かつ慢性」患者では、入院経過とともに処方内容が多剤大量の方向へシフトしないように注意が必要です。また多剤大量例では、処方単純化が（薬剤の影響による過鎮静・寡動や意欲低下などの）改善の契機となる場合もあります。国内では、単純化の具体的な方法としてSCAP法が知られています。

⑦ 持続性抗精神病薬注射製剤（LAI）の使用

LAIの使用に好事例病院の医師は前向きです（Ⅲ）。LAIの使用に際しては、十分な説明により、本人から納得を得ることが大切になっています。本人が希望した場合、LAI中止も検討すべきですが、直ちに中止するのではなく、LAIの導入経緯をよく調査し、中止した場合のリスク防止（必要例には、継続の選択肢をあらためて提案）をはかることが大切です。

⑧ クロザピンの使用、及び、使用できない場合の対応

クロザピン使用に好事例病院の医師は必ずしも前向きではありませんが（Ⅲ）、好事例病院の抗精神病薬使用実績ではクロザピン投与は調査対象月に最低1日以上入院した患者の10.6%と第三位の位置づけです（Ⅰ）。また、好事例病院において1年以上病状が改善しなかった例に対するクロザピンの使用頻度を遡及的に調べてみると、入院時の2.7%から1年経過時には12.4%と4.6倍増加しています（Ⅱ）。

リスペリドンとオランザピンの無効例に対してクロザピンが使用できない場合、プロナンセリン（20.0%）、アリピプラゾール（18.3%）、アセナピン（11.3%）、ハロペリドール（10.4%）が選択され、

その他の多岐にわたる回答が4割(40.0%)を占めています(Ⅲ)。このことからクロザピンが使用できないと定型的な治療方針の決定が難しくなると考えられます。

⑨ mECT の使用

好事例病院においてmECTを治療手段として選択できる医師は7割(73.6%)にとどまります(Ⅲ)。mECTは気軽に選択できる治療手段になっていませんが、「重度かつ慢性」例への効果的な治療手段のひとつです。

⑩ 副作用への対応

副作用発現例や副作用を嫌う例(例えば、太りたくない)に対して抗精神病薬の副作用プロフィールにもとづく対応が必要となります。副作用情報は、添付文書で公表された頻度と実感が異なる場合もあるため、理論的な副作用プロフィールを理解することも大切です。この場合、鎮静、体重増加、錐体外路症状、抗コリン作用、血圧低下、プロラクチン上昇などへのリスクが薬剤ごとにまとめられたMaudsleyガイドラインの表2-7などが参考になります(章末の参考資料を参照)。

3) 適正な薬物療法を実施するための院内/院外のシステム

① 薬歴のカルテ記載(Ⅳ)

クロザピン投与基準(第二世代薬: クロルプロマジン換算600mg以上、4週間以上)をみすえた抗精神病薬治療のトライアル回数、過去の副作用発現に関する情報がカルテから容易に取り出せることが理想です。好事例14病院のうち、約6割(64.3%)に処方歴サマリーが整備されていますが、定期更新している施設は3割(31.3%)にとどまりましたので、今後改善がのぞまれる状況です。

② 薬物療法の方針決定における多職種の間わり

入院後の初期治療に反応しない例では、早期の多職種カンファレンスなどにより診療情報を収集し担当医の立場では見えづらい側面(症例の性格や行動特性など)を十分に踏まえた治療戦略をたてることも必要になります。1年以上の入院例に対し好事例病院では36%で多職種カンファレンスが定期開催されています(Ⅳ)。その際、薬物療法に関してスタッフから担当医に忌憚なく意見が言える雰囲気をつくられていれば理想的です。

③ 薬物療法についての相談体制(ⅡとⅣ)

改善しない例の入院3ヶ月以内の相談率は、好事例病院において同僚へ相談(6.3%)、上級医へ相談(6.2%)と決して高くありません(Ⅱ)。定期的な多職種カンファレンス(実施頻度36%)や薬物療法についての研修やスーパービジョン(同71%)(Ⅳ)が治療に行き詰まった担当医に十分活用されていない可能性があります。

④ 適正な薬物療法のモニタリング(Ⅳ)

一部の好事例病院(28.6%)では、担当医ではない職種/スタッフが症例の処方内容や処方歴を監査し、多剤大量処方の修正をはかり治療成果を高めている施設があります。

②③④に共通するのは、薬物療法を担当医の聖域とせず、病院のシステムとして最適な治療を提供する視点です。病院の文化に逆らわないカンファレンスや委員会、相談体制が工夫できるとよいでしょう。

⑤ 最新の医学情報の入手方法

日本語で書かれた専門家向けの各種治療ガイドラインに則した医療を提供することは大切です。最新の医学情報の入手方法としては、学会や各種講演会への参加、文献(ネット、雑誌など)などが一般的ですが、最先端の情報入手には個人的努力が必要です。各医師にそこまで求めることは難しいため、参加を義務づけた勉強会(年1回程度でも)などで医局の治療内容を標準化できるとよいかもしれません。

⑥ クロザピンやmECTなどの高度医療の実施、及び、実施できない場合の対応

精神科の高度医療は体制整備にさまざまな制約がともない、普及しているとは言えない状況です。しかし治療適応のある患者や家族に対して情報提供を行うこと、希望例に対しては実施施設への一時

的転院などを計画していくことが今後大切になると考えられます。

⑦ 薬物療法継続のための本人や支援者サポート

薬物療法は長期にわたるため、本人や支援者が継続の必要性を理解していることが大切です。そのためには、診療におけるSDM (shared decision making) の実践、心理教育や家族教室による指導に加え、本人や家族を支援する訪問看護や通所施設などのスタッフが繰り返し指導していくこと、服薬カレンダー使用やアドヒアランス状況（実際の内服状況、副作用や治療継続についての発言など）により多職種が協力して薬物療法の継続を応援していくことが大切です。

3. 参考資料

1) 国内外の標準的な治療ガイドラインとアクセス方法

国内外の標準的な治療ガイドラインとアクセス法

- 統合失調症薬物治療ガイドライン
 - 日本神経精神薬理学会(編集)
 - <http://www.asas.or.jp/jsnp/csinfo/03.html>
 - エビデンスの系統的レビューを元にしていて、臨床現場で役立つように症例報告も含め幅広く検索。
 - 本人・家族・支援者向けのバージョンもある(じほうより出版)
- モーズレイ処方ガイドライン第12版 上巻・下巻
 - David Taylor, Carol Paton, Shitij Kapur
 - ワイリー・パブリッシング・ジャパン株式会社
 - 抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬などの向精神薬の処方に関して、薬剤の選択、注意すべき副作用、最適な増量法、処方薬の切り替えなど情報を提供している。
 - 日本語翻訳版では、本邦の実状に即して項目ごとに「日本語版担当者からの一言」も掲載。

2) 精神病患者の入院期間に関連する薬物療法関連因子

精神病患者の入院期間に関連する薬物療法関連因子

- 体系的文献レビュー
 - PubMed
 - キーワード: "length of stay" and (schizophrenia or psychosis)
 - 2017年10月最終検索
- 1724報のうち1711報を除外
 - 入院期間の情報欠如(795報)、他の疾患(218報)、福祉制度研究(381報)、総説(197報)など
- 13報を精査
 - 全てが観察研究。対照群はなし。
 - 持効性注射剤、クロザピン → 入院期間が短い
 - 多剤併用療法 → 入院期間が長い

三浦、内田ら(宮田班)未発表データ

2-2. クロザピン (CLZ) 療法

(執筆：木田 直也)

クロザピン使用指針研究班の調査としては、12の好事例病院（厚生労働省の難治性精神疾患地域連携体制整備事業のモデル事業に選ばれた拠点病院、関連研究班調査で選ばれた好事例病院、CLZ症例数が150例以上の病院）へのヒアリング調査と全国の全てのCPMS登録の医療機関へのアンケート調査を行いました。それらの調査結果と関連研究班での調査結果を踏まえ、このCLZ療法の実践ガイドをまとめました。CLZは治療抵抗性統合失調症に対する効果的な治療薬であり、「重度かつ慢性」患者もCLZ治療を継続することで精神症状が軽快し、地域で安定した生活ができると考えています。

1. はじめに

1) クロザピン (CLZ) の治療対象

クロザピン (CLZ) は治療抵抗性統合失調症に唯一の適応を持つ抗精神病薬である。治療抵抗性とは、2種類以上の抗精神病薬を十分量・十分期間投与しても、Global Assessment of Functioning (GAF) 尺度にて41点以上に相当する状態になったことがない（反応性不良の基準を満たす）か、もしくは2種類以上の非定型抗精神病薬による単剤治療を試みたが錐体外路症状などの副作用の出現等により、十分に増量できず十分な治療効果が得られない（耐容性不良の基準を満たす）ものと定義される。CLZは2009年7月の上市からすでに9年が経過し、2019年1月時点でのクロザリル患者モニタリングサービス (Clozaril Patient Monitoring Service : CPMS) の登録患者数は8,025人、登録医療機関数は515施設（患者登録済みは431施設）となっている²⁾。厚生労働省の患者調査（2014年）では、国内の医療機関で治療を受けている統合失調症患者数（類縁疾患も含む）は約77万人であり、そのうち治療抵抗性の患者は30%程度（約23万人）と推計³⁾されるので、これまでにCLZ治療を受けたのは治療抵抗性統合失調症患者全体の3.5%程度に留まる。対象患者は多いが、国内では治療が十分には普及していない状況である。

2) CLZ使用頻度の国内の地域差

各都道府県別の人口10万人あたりのCPMS登録患者数（2019年1月時点）²⁾を見ると、最も少ないのは埼玉県1.7人、次いで宮城県2人、群馬県2.8人、最も多いのは宮崎県33.4人、次いで沖縄県27.8人、岡山県21人となり、全国平均は6.3人となっている。人口比での登録患者数が最も少ない埼玉県と最も多い宮崎県の比は19.6倍となり、都道府県で大きな格差があることがわかる。厚生労働省は2017年2月17日の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」等で2025年までに治療抵抗性統合失調症患者の25~30%にCLZを処方することを目標値として設定した。これは、人口10万人あたりでは52.5~63人のCLZの処方目標値となり（統合失調症の生涯罹患率を0.7%、治療抵抗性統合失調症患者の割合を30%として概算）、現状とは大きな乖離がある。CLZ治療を普及させるためには、まずこのような地域差を解消する必要がある（図1）。

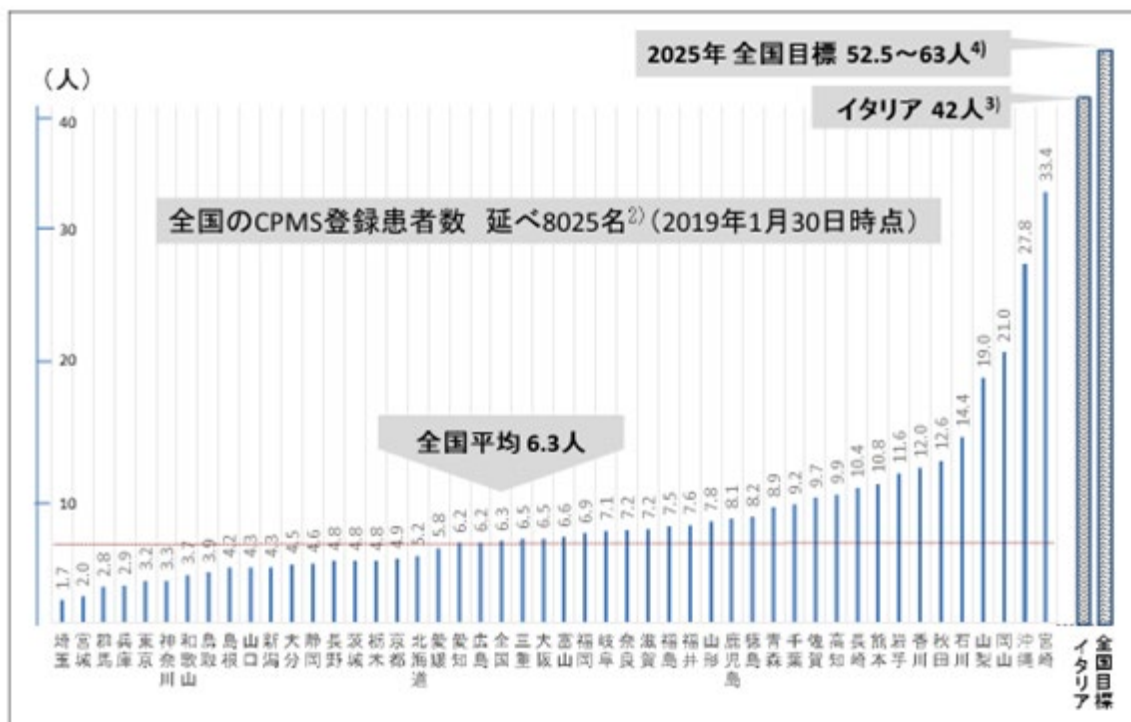
3) CLZ使用頻度の国際比較¹⁾

日本を含む17か国（オーストラリア、コロンビア、デンマーク、ドイツ、フィンランド、フランス、アイスランド、米国、イタリア、リトアニア、オランダ、ニュージーランド、ノルウェー、スペイン、スウェーデン、台湾）における人口10万人あたりのCLZ使用頻度の国際比較（2014年）を見ると、最も高いのは、フィンランドで189人であった。逆に低い国を見ると、16番目はイタリアで42人、最下位の17番目は日本で0.6人となっている。この文献では日本の患者数が外来患者のみで計算され過少評価となっているため、2019年1月の入院・外来を含むCPMS登録患者数（8,025人）で再計算すると、6.3人となるが、16番目のイタリアとはまだ6.7倍の格差がある。国際比較を見ても、日本はCLZ使用に関して大きく遅れをとっていることがわかる。

4) CLZ 治療による「重度かつ慢性」患者への地域移行支援

平成 25 年から 27 年にかけて琉球病院で行った患者調査では、CLZ 症例の 96%が CLZ 導入時には「重度かつ慢性」基準を満たしていたが、導入後に精神症状・行動障害・生活障害が大幅に軽減し、1 年後には「重度かつ慢性」基準を満たす患者の割合が治療継続者の 2 割以下となった¹²⁾。つまり、治療抵抗性患者のほとんどは「重度かつ慢性」患者だが、治療継続者の 8 割に CLZ 治療は奏功すると言える。統括・調整研究班で行った第一次アンケートの患者票の解析結果からは、病状が重いために 1 年以上の長期入院となった患者（「重度かつ慢性」基準に該当すると考えられる）の退院に資した主な治療としては、好事例病院ではその他の病院と比較して CLZ 治療が有意に高いことから、長期入院患者に対する CLZ 治療が退院に繋がっていることがわかる。また、海外での研究により CLZ 治療が入院期間や入院回数を減少させることが明らかになっている^{10,11)}。CLZ 治療が普及すれば、重度慢性の精神障害を持つ長期入院患者の退院促進にも大きく寄与するものと考えられる。

図1. 都道府県別のCPMS登録患者数（人口10万¹⁾対）



¹⁾総務省統計局(2017.10.1), ²⁾マイクロザリル適正使用委員会ホームページ(2019.1.30), ³⁾Bachmann CJ et al. Acta Psychiatr Scand, 136:37-51, 2017., ⁴⁾厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」(2017.2.17)

2. 多職種でのチーム医療の重要性

国内で最も CLZ が使用されているのは司法医療の分野である。平成 29 年に行われた横断調査では、医療観察法病棟に入院中の統合失調症患者の 26.4%、治療抵抗性統合失調症患者の 68.1%に CLZ が使用されていた⁹⁾。ここでは多職種チームによる治療と定期的な精神症状の評価、治療方針の決定が義務付けられている。好事例病院での二次調査では、入院患者の治療計画の策定や評価、退院促進については多職種での関わりが重要であることが示されている。琉球病院では CLZ 専門病棟が設置され、CLZ クリニカルパスを使用した多職種によるチーム治療が行われている⁸⁾。医師・看護師・ケースワーカー・臨床心理士・薬剤師などの多職種チームが連携し、本人・家族を含めた多職種でのケア会議のなかで治療内容を定期評価しながら、治療を進めていくことが重要である。

3. 好事例病院への調査からわかる望ましい体制整備と地域連携

1) CLZ 治療を支える多職種での院内体制

複数の好事例病院が実施している院内での取り組みは、①CLZ 委員会の設置 ②CLZ 治療マニュアルの整備 ③定期検査の実施（胸部レントゲン、心エコー、心電図、脳波、トロポニンT等）④CLZ パスの使用（資料. 琉球病院 CLZ パス）⑤CLZ 血中濃度測定 ⑥抗精神病薬の減量・単剤化への取り組み ⑦CLZ 専門病棟の整備、などがあつた。このような院内体制が CPMS 登録施設で整備されれば、CLZ 治療をより安全に行うことができると考えられる。

2) CLZ 治療を支える精神科病院間のネットワークと身体科との連携

厚労省の難治性精神疾患地域連携体制整備事業のモデル事業に選ばれた 6 地域の拠点病院では①CLZ 導入を担当する拠点病院の役割 ②CLZ 維持を主に担当する協力病院の役割 ③患者紹介の方法の整備 ④多施設での連携会議の開催 ⑤多職種のスタッフによる講演・指導・助言および施設見学 ⑥メーリングリストなどの情報共有の方法 ⑦血液内科（腫瘍内科・感染症内科）・糖尿病内科などの身体科との良好なネットワーク、などの仕組みが整備されていた^{4,5,6,7)}。このようなネットワークや連携体制が地域の拠点病院で整備されれば、その地域の CLZ 治療の普及に繋がると考えられる。

4. CPMS 登録の医療機関が患者登録を行い、経験症例を増やすときの課題

1) 全国の CPMS 登録をされている医療機関へのアンケート調査の概要

全国の CPMS 登録されている 441 の医療機関に対して行ったアンケート調査（2018 年 6 月実施）では、222 施設から有効回答が得られた。施設毎の登録患者数は、1 例も登録がなかったのは 7.7%（17 施設）、1 例～9 例は 48.6%（107 施設）、10～19 例は 19.0%（42 施設）であった。CPMS 登録の医療機関でも 10 症例未満が 55.9%、20 症例未満が 74.8%となるなど、多くの CPMS 登録施設では CLZ 治療が積極的に行われていなかった。100 症例以上の施設はわずか 2.3%（5 施設）であった。10 症例未満の施設では、CLZ 治療をする上での障壁として「血液検査の回数が頻回である」、「副作用についての心配がある」、「CPMS の入力が煩雑である」を挙げた回答が多く、CLZ 治療に必要な条件・体制として「精神科病院間の地域連携がある」、「CLZ 治療が中止となった場合は紹介元の病院に患者を戻すことができる」、「血液内科との緊密な連携がある」を挙げた回答が多かった。

2) CPMS 登録の医療機関の成熟レベルと課題

このアンケート調査の結果から、経験症例数により、CPMS 登録の医療機関の成熟レベルを 0～4 b までの 6 段階に分け、それぞれのレベルで達成すべき課題を表 1 に挙げた。CPMS 登録の医療機関は、まず症例数としては 20 例（上位 25%の施設が該当）、成熟度としてはレベル 3 を目標とするのが適当と考えられた。また各レベルの課題を達成した施設は次のレベルへステップアップすることが望ましい。すなわち、CPMS 未登録のレベル 0 施設は、まず CPMS 登録の要否について検討する。CPMS 登録を目指すレベル 1 施設は、職員に CPMS の資格を取得させるなど基礎となる院内基盤を順次整備することが課題である。レベル 2 施設は、1 から数例の CLZ 治療を経験した施設であり、CLZ 症例の処方計画立案や治療を経験しつつ、レベル 3 以上の施設から助言などを受けられる体制を整備することが課題である。20 例程度の CLZ 症例を経験するようになると、レベル 3 施設としてクロザピンパスを導入したり、他施設からの患者紹介を受けたりすることなどが課題となる。レベル 3 施設は、二次医療圏に 1 つ以上あることが望ましい。レベル 4a 施設では、CLZ の経験症例数をさらに増やし、医師を問わず、必要な症例に CLZ を処方できる体制を充実させることなどが課題となる。都道府県に 1 つ以上のレベル 4 の施設があることが望ましい。レベル 4b 施設は、地域の拠点病院として機能するものであり、他施設に対して教育・研修（講義）活動をしたり、困難例の入院対応などを含めて CLZ 治療の普及に貢献し、外部からの問い合わせに対応する相談窓口を持ち、地域の CLZ 症例データをまとめる体制を整備することなどが課題である。250 症例以上の CLZ の治療経験を持つ若草病院、琉球病院、岡山県精神科医療センターなどがレベル

4b 施設に該当すると考えられる。

3) CPMS の登録をしていない医療機関の課題

CLZ 治療の対象となる「重度かつ慢性」患者を地域の CPMS 登録病院に紹介をすることが課題である。CPMS 登録通院医療機関（CLZ の導入はしないが、導入後に通院移行した患者の CLZ 治療を担当）となることも検討する。

表 1. CPMS 登録の施設の成熟レベルと課題

レベル	説明	このレベルに相当する施設の課題
0	CPMS 未登録の施設	CPMS 登録の可否について施設として検討する。
1	施設として CPMS 登録を目指す	CPMS に登録するため、内科などの連携施設を確保する。
		職員（医師、看護師、薬剤師、作業療法士、臨床心理士等）に CPMS 資格を取得させる。
		連携施設とシミュレーションを実施する。
		院内に CLZ をスムーズに処方できる体制（ネット環境など）を整備する。
		所定の手続きにより、CPMS 登録の医療機関としての承認を得る。
2	施設として 1～数例の CLZ 症例を経験	文書による同意取得、CLZ 導入前検査、処方計画立案（前薬との切り替え）、eCPMS 入力、投与開始後の有害事象のモニタリングを含めた CLZ 治療を経験する。
		レベル 3 以上の施設から助言などが受けられる体制を整備する。
3	施設として 20 例程度の CLZ 症例を経験	院内に CLZ 治療を支える体制を整備する（CLZ 委員会など）。
		有害事象への対応についての経験を積む。
		クロザピンパスの導入を検討する。
		他施設から CLZ 導入目的の入院（転院）依頼を受け入れ、導入後の患者の紹介・逆紹介もする。
4a	施設として CLZ 経験例数をさらに増やす	症例数を増やし、医師を問わず、必要な症例に CLZ を処方できる体制を充実させる。
4b	施設として CLZ の経験例数が多く、地域の拠点病院として機能	地域への CLZ 普及をはかるため、主にレベル 0 からレベル 3 までの施設に対して教育（講義）活動を実施する。
		地域の CLZ 治療ネットワークの拠点として、困難例の入院対応などを含めて CLZ 治療の普及に貢献する。
		外部からの CLZ 治療についての問い合わせに対応する相談窓口がある。
		所轄地域の CLZ 症例データをまとめ、報告できる体制を整備する。
		拠点病院としての機能は、自治体所轄部局との連携により実施し、永続的に実施できる体制を整備することを目指す。

5. CLZ 治療を行う上での加算やインセンティブ等について

診療報酬上の加算では、CLZ 治療中は治療抵抗性統合失調症治療指導管理料（500 点/1 人/月）が加算される。血液モニタリングでは、服薬 18 週が経過し、直近の血液検査で異常がなく、患者（もしくは代諾者）の同意がある場合には、CPMS センターへ前日までに事前報告（FAX もしくは WEB）すると検査日を 1 日延長できる。また精神療養病棟入院料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料等において CLZ の薬剤料が包括範囲から除外され、別に保険請求できるようになった。また、無顆粒球症などに対して連携が義務付けられている血液内科医の要件が緩和され、無顆粒球症の治療に十分な経験を有する日本感染症学会員、日本臨床腫瘍学会員などの医師とも連携可能となり、候補施設選びの難易度は以前より低下している。

資料: 琉球病院 CLZ パス

(初回入院用) 患者氏名 () 入院日: 年 月 日 退院予定日: 年 月 日 主治医: PNs: 病棟病長: PSW:

入院治療目標	クロザリル内服治療について理解し、治療に参加できる。 ・統合失調症薬物療法についての理解できる。(クローバーの家) 家族療養に参加できる。 ・病状の安定により院内外の外出、外出訓練ができる ・サポートがあれば、服薬や金銭の管理ができる ・院内OT作業に参加し日常生活リズムを整えることができる。			セルフモニタリングができ、症状悪化時に自己対応や職員への相談ができる。			・日常生活リズムを整え、デイケア又は作業所体験を行う ・退院後の生活に不安なく退院できる。 ・外來スチやフックアップスタッフの作成 ・退院後の生活に対する不安・悩みを相談でき、環境を整 えることができる。 ・通院・通所になる後援ができる。			
各ステージと週数の目安	入院1週目	2~3週目	4~6週目	7~8週目	9~11週目	12~14週目	15~17週目	18~19週目	20週~退院当日	
行動範囲	病棟内	病棟内	病棟内	車庫散歩・院外外出	外出(外泊1泊)	外出(外泊1泊)	外出(外泊2泊・3泊)	外出(外泊2泊・3泊)	退院後	
医師	□クロザリル導入前後指示 □身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示
クロザリル服用量	□初回12.5mg(1日) □25mg(2日) □50mg(3日) □75mg(4日) □100mg(5日) □125mg(6日) □150mg(7日) □175mg(8日) □200mg(9日)	□クロザリル導入前後指示 □身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□クロザリル導入前後指示 □身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□クロザリル導入前後指示 □身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□クロザリル導入前後指示 □身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□クロザリル導入前後指示 □身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□クロザリル導入前後指示 □身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□クロザリル導入前後指示 □身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□クロザリル導入前後指示 □身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示	□クロザリル導入前後指示 □身体管理 □精神症状の評価 □行動制限の取直し □治療状況の確認(クロザリル薬の適量調整) □副作用の確認(対処) □DEPS評価(毎月) □内服自己管理開始指示 □院内散歩の許可指示
看護師	□入院時対応 □生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練
	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練	□生活リズムの調整 □服薬指導 □金銭管理 □生活訓練
臨床検査技師 放射線技師 (PNsが記載する)	□血液検査 □心電図 □心エコー □胸部X線 □MRI(脳) □造影剤CT □造影剤MRI □造影剤X線 □造影剤CT □造影剤MRI □造影剤X線	□血液検査 □心電図 □心エコー □胸部X線 □MRI(脳) □造影剤CT □造影剤MRI □造影剤X線	□血液検査 □心電図 □心エコー □胸部X線 □MRI(脳) □造影剤CT □造影剤MRI □造影剤X線	□血液検査 □心電図 □心エコー □胸部X線 □MRI(脳) □造影剤CT □造影剤MRI □造影剤X線	□血液検査 □心電図 □心エコー □胸部X線 □MRI(脳) □造影剤CT □造影剤MRI □造影剤X線	□血液検査 □心電図 □心エコー □胸部X線 □MRI(脳) □造影剤CT □造影剤MRI □造影剤X線	□血液検査 □心電図 □心エコー □胸部X線 □MRI(脳) □造影剤CT □造影剤MRI □造影剤X線	□血液検査 □心電図 □心エコー □胸部X線 □MRI(脳) □造影剤CT □造影剤MRI □造影剤X線	□血液検査 □心電図 □心エコー □胸部X線 □MRI(脳) □造影剤CT □造影剤MRI □造影剤X線	□血液検査 □心電図 □心エコー □胸部X線 □MRI(脳) □造影剤CT □造影剤MRI □造影剤X線
精神保健福祉士	□精神科 □社会福祉 □福祉	□精神科 □社会福祉 □福祉	□精神科 □社会福祉 □福祉	□精神科 □社会福祉 □福祉	□精神科 □社会福祉 □福祉	□精神科 □社会福祉 □福祉	□精神科 □社会福祉 □福祉	□精神科 □社会福祉 □福祉	□精神科 □社会福祉 □福祉	□精神科 □社会福祉 □福祉
臨床心理士	□心理 □福祉	□心理 □福祉	□心理 □福祉	□心理 □福祉	□心理 □福祉	□心理 □福祉	□心理 □福祉	□心理 □福祉	□心理 □福祉	□心理 □福祉
作業療法士	□作業療法 □福祉	□作業療法 □福祉	□作業療法 □福祉	□作業療法 □福祉	□作業療法 □福祉	□作業療法 □福祉	□作業療法 □福祉	□作業療法 □福祉	□作業療法 □福祉	□作業療法 □福祉
栄養士	□栄養 □福祉	□栄養 □福祉	□栄養 □福祉	□栄養 □福祉	□栄養 □福祉	□栄養 □福祉	□栄養 □福祉	□栄養 □福祉	□栄養 □福祉	□栄養 □福祉
薬剤師	□薬学 □福祉	□薬学 □福祉	□薬学 □福祉	□薬学 □福祉	□薬学 □福祉	□薬学 □福祉	□薬学 □福祉	□薬学 □福祉	□薬学 □福祉	□薬学 □福祉
訪問看護師	□看護 □福祉	□看護 □福祉	□看護 □福祉	□看護 □福祉	□看護 □福祉	□看護 □福祉	□看護 □福祉	□看護 □福祉	□看護 □福祉	□看護 □福祉
デイケア	□活動 □福祉	□活動 □福祉	□活動 □福祉	□活動 □福祉	□活動 □福祉	□活動 □福祉	□活動 □福祉	□活動 □福祉	□活動 □福祉	□活動 □福祉
パリアンス	□ケア □福祉	□ケア □福祉	□ケア □福祉	□ケア □福祉	□ケア □福祉	□ケア □福祉	□ケア □福祉	□ケア □福祉	□ケア □福祉	□ケア □福祉

独立行政法人国立病院機構琉球病院 東工病棟 H27年7月作成 (H28年5月改訂)

参考文献

- 1) Bachmann CJ, Aagaard L, Bernardo M et al.: International trends in clozapine use: a study in 17 countries. *Acta Psychiatr Scand*, 136: 37-51, 2017.
- 2) クロザリル適正使用委員会ホームページ: CPMS 登録されている医療機関.
<http://www.clozaril-tekisei.jp/iryokikan.html>
- 3) 藤井康男: Q32. 世界各国のクロザピンの使用状況と日本での可能性について教えてください. クロザピン 100 の Q&A (藤井康男 編), pp95-97, 星和書店, 東京, 2014.
- 4) 木田直也, 大鶴卓, 高江洲慶 他: Clozapine 治療の現在と将来—Clozapine 地域連携「沖縄モデル」の発展を目指して—. *精神科治療学* 30; 51-56, 2015.
- 5) 木田直也, 大鶴卓, 高江洲慶 他: Clozapine 治療の現在と将来—Clozapine の有効性と地域連携「沖縄モデル」への取り組み—. *精神科治療学* 31 (増刊); 133-138, 2016.
- 6) 木田直也, 村上優, 宮田量治 他: 平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究 - クロザピン使用指針研究 (研究代表者: 木田直也)」. 平成 29 年度総括・分担研究報告書, 2018.
- 7) 木田直也, 村上優, 大鶴卓 他: 地域における clozapine 治療ネットワーク-琉球病院を拠点とした沖縄モデル. *臨床精神薬理*, 21; 1439-1449, 2018.
- 8) 木田直也, 村上優, 大鶴卓 他: クロザピン療法の実際の運用-クロザピン専門病棟を中心とした琉球病院での取り組み. *精神医学*, 60; 1339-1347, 2018.
- 9) 来住由樹, 矢田勇慈, 北川航平 他: 治療抵抗性統合失調症に対する効果的かつ安全な治療法の確立に関する研究. 平成 29 年度国立研究開発法人 日本医療研究開発機構委託研究 医療観察法における、新たな治療介入法や行動制御に係る指標の開発等に関する研究 (研究代表者 平林直次) 研究開発分担報告書, 2017.
- 10) Meltzer, H., Burnet, S., Bastani, B. et al.: Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp. Community Psychiatry*, 41; 892-897, 1990.
- 11) Tiihonen, J., Haukka, J., Taylor, M., et al.: A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 168(6); 603-609, 2011.
- 12) 村上優, 木田直也, 高江洲慶: クロザピン使用症例における重症患者の調査研究. 厚生労働科学研究補助金障害者対策総合研究事業 (精神障害分野) 精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究 (研究代表者 安西信雄) 平成 27 年度 総括・分担研究報告書, 65-74, 2015.

2-3. 心理社会的治療

(執筆：岩田 和彦)

「重度かつ慢性」患者に対する心理社会的治療・支援プログラムについては、平成 29～30 年度に実施した訪問インタビュー調査、好事例病院に該当する 20 病院に調査を依頼した第二次アンケート調査（詳細は p. 59, II-3 参照）、国内・海外の文献調査などから得られたデータをもとに、退院促進とその後の地域生活支援に有用と考えられた項目を総合的に判断してミニマム・エッセンスとしました。（なお文中のグラフは第二次アンケート調査の結果に基づいて作成したものです）

1. 「重度かつ慢性」患者の退院を促進する心理社会的治療プログラム

1) 実施されている心理社会的治療プログラム

「重度かつ慢性」に該当する患者に、今日では様々な心理社会的治療が実施されており、行動療法や社会生活技能訓練（SST）、心理教育などは、多くの臨床研究によりその有効性のエビデンスが明らかになっている。わが国の好事例病院で最も多く実施されていた治療は「医師による定期的な精神療法」であり、85.0%の病院で「ほぼ全例に実施」または「比較的良好に実施」されていた。次に「OTセンターで行われる作業療法」が多かった（55.0%）。これらは重度かつ慢性患者に適用される基本的な心理社会的治療プログラムと考えられる。

一方、個別作業療法、社会生活技能訓練(SST)、心理教育／疾患教育、生活習慣の改善を目指したグループ療法などは 40%程度の病院で実施されており、個々の患者の自立生活技能の障害の程度や治療目標に応じて適宜実施される心理社会的治療と考えられた。

5-1. 重度かつ慢性に該当する患者に対する実施率（「ほぼ全例に実施している」または「比較的良好に実施している」の合計）	該当率(%)	0%	50%	100%
B5-1-① 医師による定期的な精神療法	85.0%			
B5-1-② OTセンターで行われる作業療法	55.0%			
B5-1-③ 病棟等で行われる個別作業療法	40.0%			
B5-1-⑤ 社会生活技能訓練(SST)	40.0%			
B5-1-④ 心理教育／疾患教育	40.0%			
B5-1-⑧ 生活習慣の改善をめざしたグループ療法	35.0%			
B5-1-⑨ その他、具体的にお書きください。	30.0%			
B5-1-⑦ 小集団で思いを語るグループ療法	15.0%			
B5-1-⑥ 精神病症状をターゲットとした認知行動療法	10.0%			

(グラフの該当率：「ほぼ全例に実施」又は「比較的良好に実施」に回答した医療機関の割合)

2) 心理社会的治療プログラム実施に際して焦点をあてるポイント

一般的に心理社会的治療では、自立生活に必要な様々なスキルの改善・向上が治療目標となる。

「重度かつ慢性」患者に対する心理社会的治療・支援（プログラムなど）で、焦点をあてる項目の重要度について回答を求めたところ、「非常に重要」と最も多くの好事例病院で回答された項目は「対人技能の向上、服薬自己管理などのスキルの獲得（65.0%）」であり、退院後のアドヒアランス向上や支援者との良好な関係が重要視される傾向がみられた。「精神疾患についての知識獲得」も 40.0%と比較的多くの医療機関で重要と判断されていた。

5-3. 重度かつ慢性の患者に対する取り組み(プログラムなど)で「非常に重要」なこと	該当率(%)	0%	50%	100%
③ 対人技能の向上、服薬自己管理などのスキルの獲得	65.0%			
① 精神疾患についての知識獲得	40.0%			
② 社会資源についての知識獲得	35.0%			
④ スタッフとのコミュニケーションが高まる。	35.0%			
⑤ 患者さん同士のコミュニケーションが高まる。	30.0%			

(グラフの該当率：各項目の「非常に重要」に回答した医療機関の割合)

2. 「重度かつ慢性」患者の退院支援を推進するスタッフ体制

1) 退院支援に関わるスタッフの職種

「重度かつ慢性」の患者の退院支援に関わるスタッフについては、入院中の担当看護師を中心に退院支援を推進している医療機関が多かった。しかし、退院を実現する上では、精神症状の安定や、自立生活技能の評価、家族との調整など多方面からのアプローチが必要となり、様々な専門スタッフの協力が不可欠である。第二次アンケート調査でも主要スタッフとして「医師」と「精神保健福祉士」は100%、「看護師」95.0%、「作業療法士」85.0%と高い該当率であり、さらに心理士や介護福祉士などの関与も報告されており、多職種によるアプローチが退院支援の推進に重要であることが示唆された。

6. 重度かつ慢性の患者の退院支援を推進する主要なスタッフ	該当率(%)	該当率(%)
B6-① 医師	100.0%	
B6-⑤ 精神保健福祉士	100.0%	
B6-② 看護師	95.0%	
B6-③ 作業療法士	85.0%	
B6-④ 臨床心理士	40.0%	
B6-⑦ その他の職種	30.0%	
B6-⑥ 介護福祉士	15.0%	

(グラフの該当率：退院支援を推進するスタッフとして選択した医療機関の割合、複数回答あり)

2) 医師の活動・役割

「重度かつ慢性」患者の診療に関わる医師の活動について、第二次アンケート調査では「主として薬物療法に携わっている(100%)」、「退院先、退院時期について決断を下している(90.0%)」が高い割合で報告された。薬物療法に関しては薬剤の種類だけでなく、持効性注射薬など剤型の選択やクロザピン導入の判断などが医師に期待される役割であった。

また、好事例病院では「チームを先導している」「院内チーム会議の進行」など、医師が医療チームのリーダーとしての役割を果たしているところも多かった。

3) 看護体制

「重度かつ慢性」患者が入院する病棟の看護体制については、「プライマリーナース制」が65.0%を占め、「機能別看護方式」は35.0%、「モジュール型ナースング制」は30.0%であった。プライマリーナース制によって担当看護師(受け持ち)を明確にしていることが、退院の発議や推進に有用であることが示唆された。

3. 「重度かつ慢性」患者の退院とその後の地域生活を支える社会資源

1) 家族への心理教育的アプローチ

「重度かつ慢性」患者の退院後は家族の負担が大きくなるため、家族への支援も重要となる。わが国で行われた退院阻害要因に関する調査でも、家族の協力の程度が退院に大きな影響を与える要因のひとつになっていることが報告されている。また、家族を対象とした心理教育による再発・再入院の予防効果は、複数の臨床研究で明らかになっている。

第二次アンケート調査と訪問調査では、家族教室などが55.0%の医療機関で開催され、その頻度は月に1~2回程度であった。このような家族への心理教育的アプローチが定期的に行われることが重要と言えるだろう。また好事例病院での家族教室の取り組みは、医師・看護師のみならず、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士など多職種によって運営されていることが多く、実施上の参考になると考えられる。

2) 家族との関係維持および負担軽減のためのアプローチ

家族の受け入れが良好で協力的であれば、退院が促進されることは多くの病院で経験されている。家族と本人の関係を維持したり、退院に際しての家族の負担や不安を軽減するため、好事例病院では様々な工夫がみられた。例えば、家族への定期的な電話連絡や、主治医をはじめとする担当スタッフと家族との面談は原則的に行われているアプローチであった。その他に「病院スタッフの付き添いによる退院先施設の見学」、「病棟レクリエーションに家族も参加するように誘う」、「スタッフ（主治医）等による家族宅への訪問」等の様々な実践が報告されており、家族への細やかな配慮が退院促進につながっていることが伺えた。

3) ピアサポーターの雇用やプログラムへの参加

長期在院患者の退院に向けた意欲喚起や支援におけるピアサポーターの有効性が指摘されている。好事例病院におけるピアサポーターの活用の実態を調査したところ、10.0%の医療機関で病院部門や保有施設等の職員として雇用していた。

また、病院の取り組み（プログラムなど）へのピアサポーターの参画については、「正式に参画してもらっている」は25.0%で、「正式ではないが時に参画してもらうことがある」は20.0%であり、一部の医療機関で、病院の取り組みに参加してもらう試みが開始されていた。具体的には、「病棟患者との定期的な交流の機会を設け、地域生活について語り合ってもらう」、「院内講演会に講師として出席してもらい自身の体験を語ってもらう」等であった。ピアサポーターの活用方法が今後標準化され、普及していくことが期待される。

4) 地域の関係機関との協働—退院後の支援体制・支援活動

情報の共有や緊急時の対応窓口など、「重度かつ慢性」患者の退院後の支援体制・支援活動について、第二次アンケート調査から90.0%の好事例病院では、自院または地域の精神科救急医療システムにより、時間外でも必要な場合には適時に診療を提供できる体制が整っていた。夜間・休日の診療体制の構築は、退院後の支援体制の中で重要度が極めて高い項目と言えるだろう。

また、スタッフが共有するカルテなどの情報源への記録や、緊急時に対応するスタッフへの連絡方法の統一も、多くの医療機関で実施されていた。さらに約半数の好事例病院では、対象患者の状況を把握・共有するために、定期的カンファレンスが開催されており、休日・夜間でも多職種チームが危機対応する体制が整っていた。このように多くのマンパワーが関与しつつ、診療・支援の情報を共有し合う体制を整えることは、重度かつ慢性の患者を地域で支える上で非常に有意義であると考えられる。

5) 地域の関係機関との協働—地域連携の状況

「重度かつ慢性」患者の退院・地域移行を推進していく際の地域連携の取り組みについて調査した。その中で、病院で開くケア会議への地域機関スタッフの参加に関して、第二次アンケート調査で「重度かつ慢性」患者の「ほぼ全例に該当」又は「比較的多くの例に該当」と回答した医療機関が90.0%と高い該当率であった。一方、地域で開かれるケア会議に病院スタッフが参加するパターンも55.0%であり、病院と地域のスタッフの双方向の交流が、地域移行・地域定着に役立っていると考えられた。

また、退院に向けて自院の有する地域関連施設を利用することはもちろんだが、地域の社会資源を利用しながら地域移行を図る試みも好事例病院では比較的好く実施されており、例えば地域の保健師と連携し、退院後の相談窓口になってもらったり、外泊時の訪問や退院後の定期的な訪問を依頼して

いる病院は 60.0%であった。

12. 重度かつ慢性の患者さんに対する地域連携について、どの程度の人に該当するかお答えください。	該当率(%)	0%	50%	100%
B12-⑤ 病院で開くケア会議に、地域機関のスタッフにも参加してもらっている。	90.0%			
B12-① 病院保有の地域関連施設を持たず、或いはほとんど持たず地域の諸機関との連携により地域移行・地域定着を図っている。	65.0%			
B12-⑦ 地域の保健師と連携している(退院後の相談窓口、退院前カンファレンス・外泊時訪問・退院後の定期訪問など)。	60.0%			
B12-⑥ 地域で開くケア会議に、病院スタッフにも参加してもらっている。	55.0%			
B12-③ 病院保有の地域関連施設と地域の諸機関の両方を利用することで地域移行・地域定着を図っている。	50.0%			
B12-② 主として病院保有の地域関連施設を利用することで地域移行・地域定着を図っている。	25.0%			
B12-④ 病院の取り組み(プログラムなど)に地域の機関のスタッフに参加してもらっている	25.0%			

(グラフの該当率：「ほぼ全例に該当」又は「比較的多くの例に該当」に回答した医療機関の割合)

4. 「重度かつ慢性」患者の再入院の防止に向けた対応

1) クライシスプランの作成

前述の「3.-4) 地域の関係機関との協働—退院後の支援体制・支援活動」の項で記した通り、緊急時の情報共有や対応の統一は、再入院防止のために重要であり、その際に活用されるツールのひとつがクライシスプランである。

多くの好事例病院では、退院に際してクライシスプランが作成されていた。最も一般的なのは「患者用」のクライシスプランで 75.0%の病院で作成されていた。

その他に「家族用クライシスプラン (45.0%)」「施設用クライシスプラン (35.0%)」「地域支援者用クライシスプラン (35.0%)」等も作成されていた。

2) クライシスプランの内容

クライシスプランには、緊急時に本人に必要な情報が分かりやすく、かつ過不足なく盛り込まれていることが大切である。第二次アンケート調査の結果から、クライシスプランに記載する主な内容としては「緊急時の連絡方法」と「不調時のサインと解決策(本人用)」がどちらも 75.0%であった。その他に、「悪化時の症状と対応方法(家族用、施設用、地域支援者用)」も 60.%で、「処方内容」は 30.0%であった。

1. はじめに

「重度かつ慢性」患者の地域ケア体制は、インタビュー調査、第2次アンケート調査、文献調査などから総合的に検討したところ、①個々の特性を考慮した生活基盤を整えるため支援、②心身の病状管理と病状変化への迅速な対応、③リスク管理（備え）を視野に入れた支援が重要になると考えられました。また、地域の様々な機関・職種とチームを組み、「地域全体で重度かつ慢性患者を支える」という理念の共有を図ることが大切になることがわかりました。

2. チーム地域ケア体制の構築に向けた実践ガイド

チーム地域ケア体制の構築に向けた実践ガイドは、全国14地域・施設を対象としたインタビュー調査結果を質的研究手法により分析し、「重度かつ慢性」患者を対象とした、①地域連携体制、②地域生活支援の内容、③地域生活支援の制度・手法、④病状悪化時の支援の視点から、地域ケア・支援の促進要因となる計51項目を抽出した。

抽出した促進要因（51項目）は、第2次アンケート調査において実施率の調査項目として用いた。調査結果「ほぼ全例に実施（利用）している」と「比較的良好に実施（利用）している」の合計が70%を超えた回答を実施率（利用率）の高い項目として、本実践ガイドミニマム・エッセンスを構成した。なお、各項目の内容は、「重度かつ慢性」患者の典型例に関する6施設のインタビュー調査も含め、合計20地域・施設のインタビュー調査結果の分析から得られた内容を踏まえて、全国の精神科病院と地域支援者として活用できるよう研究者間で整理した。

1) 「重度かつ慢性」患者に対応できる地域連携とネットワークづくり

① 医療機関職員と地域支援者の担当者間で連絡・相談ができる、顔の見える関係の構築

「重度かつ慢性」患者を地域で支えるためには、まず地域連携とネットワークづくりが重要になる。医療機関職員と地域支援者の担当者間での「顔の見える関係」づくりについて、利用実施率の高い施設が多かった（90%）。「顔の見える関係」とは、担当者個人の顔と名前がわかり、日ごろから情報交換や気軽な相談ができるとともに、相手の個性や考え方もわかる信頼・安心できる関係である。

「重度かつ慢性」患者には、高齢者も少なくないことから、介護保険事業所や施設との関係づくりも重要になる。

② 地域支援者が医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等に、気軽に相談できる関係の構築

「重度かつ慢性」患者を地域で支える上では、病状などの変化・不調などを把握しながら、対象者の状態に応じた援助を行う必要がある。そのために地域支援者が、「対象者の病状面などについて、医療機関の主治医、看護師、精神保健福祉士などに気軽に相談できる関係づくり」の実施率の高い施設が多かった（85%）。医療機関の職員に気軽に相談できることは、対象者および地域支援者にとって安心感につながると考えられる。

2) 「重度かつ慢性」患者の地域生活を支えるための地域ケア体制

① 地域においてキーパーソンとなる支援者の設定

「重度かつ慢性」患者を地域で支えるためには、地域においてキーパーソンとなる支援者を設定し、その支援者が中心となってチームで支援を行う必要がある。調査では「キーパーソンとなる支援者の設定」の実施率の高い施設が多かった（85%）。キーパーソンは、対象者との関係性や、対象者の特性とニーズに応じて、医療職、福祉職、行政職などの中から、対象者との

信頼関係が築けている者を選択することが望ましいと思われる。

② 対象者との信頼関係を重視した支援者との連携体制の構築

対象者が地域において安心して支援が受けられるように、対象者と「顔なじみ」の関係を重視した支援者との連携体制の構築に関して、実施率の高い施設が多かった（75%）。

③ 対象者の病態特性とそれへの対応に関する情報共有ができる体制の構築

対象者の病状面や不調になる要因と、それへの対応に関する情報共有ができる体制づくりが重要であり、「情報共有ができる体制づくり」の実施率の高い施設が多かった（80%）。具体的には、病状変化の兆候、病状等に合わせた対応や対象者が安心できる方法などが該当する。調査対象施設での「クライシスプランに基づく支援者の対応」の実施率が45%であり、有効な手段になるのではないかと考えられた。³⁾

また、調査対象施設での「内科等かかりつけ医師との連携や情報共有」の実施率も50%であり、精神面のみならず生活習慣病（糖尿病、高血圧）を含め、身体面の管理と対応ができる体制づくりが重要であると考えられる。

④ 対象者の状況変化に応じて、随時関係者とのケア会議が開催できる体制の構築

対象者の状況変化に応じて、随時関係者間のケア会議が開催できる体制の構築が重要であり、「随時ケア会議を開催できる体制づくり」の実施率の高い施設が多かった（85%）。

⑤ 保健所等の行政機関・職員と協働した支援

対象者の特性とニーズにより行政機関・職員と協働した支援が必要になる。調査対象施設では、「保健所等の行政機関と協働した支援」の実施率の高い施設が多かった（70%）。

保健所・市町村と協働する事例として多いのは、医療中断リスクが高い事例、病状が重い事例、地域での問題が顕在化している事例などに加えて、特定検診・保健指導の働きかけなどがある。また、生活保護受給者の場合には、福祉事務所の担当者らと協働し、生活の見立てを行いながら支援する必要がある。

3) 「重度かつ慢性」患者の地域生活を支えるために必要な支援

(1) 生活面を支えるために必要な支援

① 居住の場における、日中の日常生活支援

自宅、単身アパート、グループホームなど居住の場における、「日中の日常生活支援」の実施率の高い施設が多かった（90%）。居住の場における日常生活支援は、対象者が地域生活を送る上で基盤となる支援であり、対象者の生活能力に応じて、食事、金銭管理、買い物、掃除などがある。生活援助（ホームヘルプ）の利用を含めて支援を検討することが必要である。

② 当事者の不安や困りごとなどへの、窓口（担当者）を設けた相談対応

対象者が地域生活を送る中で、不安や困りごとが生じたときに、いつでも気軽に相談できるように、地域支援者の相談窓口や担当者の連絡先を明らかにする対応について、実施率の高い施設が多かった（95%）。地域では、障害者総合支援法の「自立生活援助」や、訪問看護ステーションの「24時間対応体制加算」などが利用できる。

③ 医療機関における電話相談体制

対象者が利用している医療機関の職員に相談することで安心する事例が多く、そのような対応が地域生活の維持に繋がっていることがある。調査対象施設において、「電話による相談体制」の実施率の高い施設が多かった（95%）。外来、地域連携部門、訪問看護の職員が対応することが多いが、相談内容によっては主治医が対応する場合もあった。

(2) 生活と病状面を併せて支えるために必要な支援

① 生活の場における、病状面の観察や必要に応じた対応

i 地域支援者ネットワークによる、見守り・声かけと病状悪化等の兆候把握

地域において、生活と病状面を併せた包括的な支援を提供することが重要であり、地域支援者ネットワークによる「見守り」、「声かけ」の実施と、その際の病状悪化などの兆候把握がポイントになる。調査対象施設において「地域支援者ネットワークによる見守り、声かけ」の実施率の高い施設が多かった（70%）。地域支援者ネットワークには、専門職のみならず民生委員や地域住民なども含まれる。

ii 居住施設の職員による服薬の声かけや確認

自宅や単身アパートなど生活の場に職員が訪問して支援を行うことが多いが、本調査では、グループホームや居住系施設など「居住系施設職員による服薬の声かけや確認」の実施率の高い施設が多かった（85%）。

② 精神疾患の病状面への、通常ケースよりも手厚い医療・看護サービス

i 精神科訪問看護による病状等の観察と訪問頻度の調整

精神科訪問看護による心身の病状等の観察は重要である。「精神科訪問看護の利用」の実施率の高い施設は多く（95%）、特に退院直後で不安が強い期間や、病状が不安定になってきたときには、主治医と相談し訪問頻度を増やしていた。逆に、人との関りが刺激になる場合には訪問頻度を少なくしていた。なお、急性増悪などにより、週4回以上の集中的な訪問看護が必要な場合には「特別訪問看護指示書」により実施することができる。

ii 精神科訪問看護等による服薬管理・指導

調査対象施設では「精神科訪問看護による服薬管理と服薬指導」実施率の高い施設は多く（95%）、重要な支援であると考えられる。服薬管理の訓練・指導は入院中から行うことが多いが、対象者の生活環境の中で服薬管理ができるように、精神科訪問看護師による継続支援が必要になる。対象者が服薬に消極的になる場合には、指導を強めることよりも、服薬したくない理由に注目しアセスメントすることが重要である。

(3) 病状悪化・再発を防ぐために必要なケア体制

① 服薬や通院など医療継続に向けた支援

「重度かつ慢性」患者は、刺激に弱く、混乱しやすかったり、病状が不安定になりやすかったりする対象者が少なくないことから、服薬や通院など医療継続に向けた地域での支援が重要である。外来部門では定期受診できなかった対象者の把握と、電話連絡、訪問、支援者間での情報共有など、必要に応じた支援を行うことが重要であり、「医療継続に向けた支援」（100%）と「当事者・家族からの電話による相談対応」（95%）の実施率が高い施設が多かった。

対象者にとって服薬や通院が役立つという理解と認識を高めることが重要であり、医療不信がある対象者には、治療の必要性などについて一緒に考えることが必要である。

② 精神科デイ・ケアおよび治療プログラム等の活用

調査対象施設では「精神科デイ・ケアおよび治療プログラムの活用」の実施率が高い施設が多かった（75%）。精神科デイ・ケアは、患者の状態に応じた利用方法の検討ができるため、地域支援事業所のグループ・集団活動や、定型的な活動が苦手な場合は、精神科デイ・ケアの個別プログラムの活用が望ましく、対象者にとっても負担が少ないことが考えられる。

また、「重度かつ慢性」患者の中には、SOSのサインを出すことが苦手な対象者がいる。精神科デイ・ケアの職員は、対象者の変化に気づきやすく、医療的な視点からアセスメントが行えることから、精神的な側面のみならず、生活習慣病などの身体面の管理を行うこともできると

考えられる。

③ 精神科病院への適時・適切な入院利用

調査対象施設では「精神科病院への短期入院、休息入院」の実施率が高い施設が多かった(80%)。「重度かつ慢性」患者の場合、対象者の意思や病態への負荷状況などに応じて、短期入院もしくは休息目的の入院治療を計画的に行う方法がある。退院後も必要に応じて入院医療を利用できるということが、対象者、家族、地域支援者などの安心感につながる場合もある。地域生活を継続するための効果的な入院治療の利用であると考えられる。

また、調査対象施設では「早期入院による治療」の実施率が高い施設も多かった(90%)。病状面が不安定になりやすく、再入院を繰り返す対象者の場合には、再発時の重症化を防ぐことが入院長期化予防につながると考えられる。そのためには、入院治療を要する状態像と通院治療が可能な状態像を、関係者およびチーム内で共有することが必要である。

④ 再入院時における地域支援者の継続的な関り・支援

調査対象施設では「再入院時の地域支援者との継続的な関り」の実施率が高い施設が多かった(90%)。「重度かつ慢性」患者の場合、再発により再入院を要する対象者が少なくない。地域ケア・支援チームは、再入院時にも継続的な関りをもちながら、支援が途切れないようにすることが、入院長期化を防ぐためにも重要であると考えられる。

4) 「重度かつ慢性」患者の家族を含めた支援体制

調査対象施設では「対象者の家族の相談や支援」の実施率が高かった施設が多かった(90%)。「重度かつ慢性」患者が地域生活を送る上で、家族の存在と支えは大変重要である。そこでチーム内で、家族が困ったときに相談を受ける体制を設け、家族が疲弊する前の段階で支援を行うことが必要である。また、退院後も医療機関が継続して対象者に関わることを丁寧に説明することも、家族の安心につながる可能性がある。

3. チーム地域ケア体制の特徴と強み

調査結果より、「重度かつ慢性」患者を対象とした地域ケア体制の特徴として、医療機関とその法人がもつ機能の活用を重視した「垂直統合型」と、医療機関と地域の社会資源との連携を重視した「水平連携型」が認められた。前者は同一法人で多職種チームを編成しやすく、情報共有が迅速に行えることから、病状等の医療ニーズの高い事例を支える面に強みが認められた。後者は地域の様々な機能を有する関係機関と、横のつながりにより多面的な支援が提供可能であることから、生活障害の他に多様なニーズに対応できるという面に強みが認められた。

これらの2種類の体制は、事例の特性およびその地域の社会資源の状況に応じて、さらには支援の段階(退院直後の段階～地域定着の段階)に応じて適用される傾向にあった。

とりわけ「重度かつ慢性」患者の地域ケア体制では、従来の長期入院患者の地域移行支援体制よりも、地域において医療機関および医療職に期待される役割が大きくなると考えられる。^{1) 2)}

参考文献

- 1) 一般社団法人支援の三角点設置研究所：精神障害者地域移行・地域定着支援のための官民協働作戦ガイドライン(平成22年度厚労省障害者総合福祉推進事業)、2010
- 2) 一般社団法人支援の三角点設置研究会：医療と福祉の連携が見えるBookーニューロングステイを生まないためにー(平成26年度独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業)、2014
- 3) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課：退院後生活環境相談員養成研修テキスト(平成26年度厚労省精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修)、2015

3. 典型例：「重度かつ慢性」患者の多様な病態と問題に対応した包括的治療・支援

(編集・執筆：宮田 量治)

8つの典型的な「重度かつ慢性」患者に対し、どのような包括的治療・支援が行えるか、「A. 見立て」、「B. 入院治療におけるゴール」、「C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢」、「D. 治療／方策リスト」を症例ごとに示しました。ここに紹介されている患者は仮想の症例ですが、どこの病院にも入院していそうな患者です。

本章を執筆したのは、「重度かつ慢性」患者の地域への退院をご経験された各地の先生方です。執筆の際には、先生方の病院や地域で現在、実施できる治療や支援のみについて書いていただきましたので、病院や地域によって実情は異なりますが、ここに紹介された包括的治療・支援は、日本の医療・介護・福祉・保健制度の中で実施できるものがほとんどです。

第一次アンケートにより典型例に該当する比率が5%を超えた「陽性症状が重度な例」、「治療中断の可能性が大きい例」、「精神症状に加えて生活障害が著しい例」については2名の先生方に回答を執筆していただきました。これにより「重度かつ慢性」患者の包括的治療・支援が一層 多面的 重層的にとらえられるようになっていきます。

「D. 治療／方策リスト」に列記された治療／方策は、当研究班が共同で作成した「薬物療法／方策 (medical)」、「心理社会的治療／方策 (psycho-social)」、「(退院直後の) 地域ケアにおける方策 (community)」の3領域にわたる治療／方策の選択肢リスト (巻末【資料2】) から、各症例に必要な治療／方策を選択していただきました。

選択の際には、まず最初に、仮想の症例に対してもっとも優先度の高い選択肢を3つまで順位付けしていただきました (A列)。次いで、患者が順調に改善・回復が進んだ場合に退院までに実施するであろう治療／方策を選んでいただきました (B列：いくつでも選択可)。選択肢リスト以外の治療／方策を実施する場合は具体的にご記載いただきました (リスト外)。

「A. 見立て」、「B. 入院治療におけるゴール」、「C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢」、「D. 治療／方策リスト」により、日本の精神科において現在提供しうる「重度かつ慢性」患者の包括的治療・支援についての理解が深まり、「重度かつ慢性」患者の多様な病態と問題解決への糸口がひとつでも見付けられればと思います。

ケース 1

陽性症状（幻覚・妄想）が重度な例

45歳男性。23歳で精神科初回入院。統合失調症と診断された。身体合併症はない。5年前に両親が他界し、以後、2週に一度の訪問看護を受けながら、自宅で単身生活していた。県外に兄がいるが仕事が忙しくて休めない。障害年金2級受給中。

過去に数回の入院があり、3年前の退院時処方（リスペリドン6mg + オランザピン10mg）で症状の安定が得られ、通院治療を受けながら週5日間、作業所に通所していた。ところが、2年前に主治医が交代すると次第に内服なくなり、「A病院は患者の血液から健康食品をつかって販売している」との妄想を生じ、外来待合室でも騒ぐようになったため、1年半前に医療保護入院した。オランザピン20mg投与でも活発な幻覚妄想は改善せず、他患に過干渉になったり病院批判を声高に主張するときなど1～2日の短期隔離が必要となっている。薬はしぶしぶ内服しているが、検査や治療に拒否的で、職員の内服確認も週に2、3回は実施できないことがある。入院期間はすでに1年を超過しているが、病状も悪く治療継続も見込めないことから退院の目処が立っていない。

A. 見立て

罹病期間が20年以上に及ぶ統合失調症のケースである。今回の入院が長期化した原因として以下に注目した。1) 服薬が十分に行われていない可能性2) 家族やスタッフとの関係の2点である。

前回退院時はCP換算で1000mg、現在は800mgであり、単剤化されているものの隔離を断続的に要するなど精神症状の改善が不十分である。拒薬傾向があり、服薬確認も実施できないことがあるなど、必要で十分な薬物療法が行われていない可能性が疑われる。また、主治医交代を契機に再燃し、その後の病状においても治療者側に批判的となり、治療にも非協力的になっている。治療者らとの関係性が妄想を修飾し、治療の進展を妨げていると考えた。

B. 入院治療におけるゴール

退院を単に目指すだけであれば「精神症状が改善されること」になる。実際にはその後の再燃予防を含め、「薬物療法が維持されること」が加わる。過去の薬物療法の経緯を見直すことになるが、服薬そのものが疑わしい現状を踏まえると持効性注射薬剤の使用を検討する。内服の変更も注射剤の使用を見据えて、リスペリドンやパリペリドン、アリピプラゾールへの置換を考慮する。または現処方のまま持効性注射薬剤を併用し、確実に薬物が投与されている状況を作り出すようにする。

いずれにせよ持効性注射薬剤の使用には原則として本人の同意を得る必要があるから、心理教育や薬剤指導を含めた心理社会的なアプローチが欠かせない。本例では「主治医交代」が再燃の契機になっていることを踏まえると、多職種、多人数で関わるようにすることで、後々のサポートも手厚くなると思われる。

C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢（選択肢についてはリスト参照のこと）

持効性注射薬剤を含めて薬物の確実な投与により、その効果を判定すること。それにより薬剤選択や適切な投与量が判断され、病状の安定や維持が行われると思われた。

注射の受入や薬物アドヒアランスの向上には多職種による心理教育や薬剤指導などが欠かせない。それぞれに専門的なスタッフが様々な面から関わることで、知識や理解が深まる。医師一人で支えるよりも多人数で関わりを持ち、支えるほうが安定するのではないか。多くの関係者で入院中から関わり、その後地域に移行するにつれ、家族や他施設のスタッフ、ピアサポーターや地域の関係者などに連携が広がると、より強固なサポート体制が築けると思う。そうなれば再発予防や再燃時の早期介入でもメリットがあり、再入院の予防も図れるのではないかと期待する。

D. 治療／方策リスト

まず最初に行うであろう治療／方策（特に重要なものを順に3つ）

順位	内容	領域
1	内服確認を強化する	薬物療法
2	過去の処方歴を確認し、薬物治療方針について再検討する	薬物療法
3	持続性抗精神病注射製剤を導入する	薬物療法

退院時までに行うであろうその他の治療／方策（順不同）

内容	領域
病棟／OT センターで行われる作業療法への参加を勧める	心理社会的治療
心理教育／疾患教育プログラムへの参加を勧める	心理社会的治療
社会生活技能訓練（SST）への参加を勧める	心理社会的治療
地域にある居住施設を見学してもらう	心理社会的治療
地域生活準備プログラム（退院に向けた心理教育やSST）を実施する	心理社会的治療
ピアサポーター（元入院患者等）の交流や支援を勧める	心理社会的治療
退院前訪問を実施する	心理社会的治療
キーパーソンとなる家族（退院に反対していても）をまじえて退院についての話し合いを行う	心理社会的治療
地域関係者を含めたケア会議を地域移行のプロセス（入院中から退院後の地域定着まで）において定期的実施する	心理社会的治療
退院後は、自院でフォローアップする	地域ケア
精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科デイケアへ通所してもらう	地域ケア
グループホーム（共同生活援助）／福祉ホームなどの居住施設に入居してもらう	地域ケア
自立訓練施設（機能訓練・生活訓練）を利用してもらう	地域ケア
就労継続支援（A型作業所、B型作業所など）へ通所してもらう	地域ケア
地域活動支援センター（地域生活支援事業）を利用してもらう	地域ケア
電話による相談に24時間365日対応する	地域ケア
自院または地域の救急システムにより24時間365日対応する	地域ケア
（自院／連携先の）精神科病院への短期入院ができる体制を確保しておく	地域ケア

回答者 元木洋介（藍里病院・徳島県）

ケース 1

陽性症状（幻覚・妄想）が重度な例

45歳男性。23歳で精神科初回入院。統合失調症と診断された。身体合併症はない。5年前に両親が他界し、以後、2週に一度の訪問看護を受けながら、自宅で単身生活していた。県外に兄がいるが仕事が忙しくて休めない。障害年金2級受給中。

過去に数回の入院があり、3年前の退院時処方（リスペリドン6mg + オランザピン10mg）で症状の安定が得られ、通院治療を受けながら週5日間、作業所に通所していた。ところが、2年前に主治医が交代すると次第に内服しなくなり、「A病院は患者の血液から健康食品をつくって販売している」との妄想を生じ、外来待合室でも騒ぐようになったため、1年半前に医療保護入院した。オランザピン20mg投与でも活発な幻覚妄想は改善せず、他患に過干渉になったり病院批判を声高に主張するときなど1～2日の短期隔離が必要となっている。薬はしぶしぶ内服しているが、検査や治療に拒否的で、職員の内服確認も週に2、3回は実施できないことがある。入院期間はすでに1年を超過しているが、病状も悪く治療継続も見込めないことから退院の目処が立っていない。

A. 見立て

発病後20年以上経過した慢性統合失調症の事例です。外来では、リスペリドン6mg+オランザピン10mgという大量の薬剤が必要でした。しかし、主治医変更のような大きな治療環境の変化がなければ、服薬を継続して外来治療を続けられた可能性があります。単身生活で、近隣に頼れる肉親がおらず、病状悪時の支援体制に問題がなかったか検証が必要です。入院以来、オランザピン20mgという十分量の抗精神病薬での治療にも関わらず、幻覚妄想や敵意、非協力性が十分に改善せず、医療保護入院が1年半続いています。薬物療法などによってさらに陽性症状を改善させる必要があります。今回のエピソードでは、治療抵抗性の基準にはまだ達していません。

B. 入院治療におけるゴール

退院するためには、幻覚妄想や敵意、非協力性などの陽性症状を、治療環境や生活環境への適応を阻害しない程度にまで改善することが最低限必要です。そのためには、既に十分量を十分期間投与されているオランザピンを、他剤へ変更することを考えます。リスペリドン+オランザピンの併用療法で外来維持できていたという治療歴から、まずリスペリドン単独療法への置換を試みます。リスペリドン単独療法が奏功しない場合には、リスペリドン+オランザピンの併用療法を試みる価値はあると思われます。リスペリドンを十分量で十分期間使用しても、陽性症状の改善が思わしくない場合には、治療抵抗性と判断してクロザピンの使用あるいはmECTを考慮します。さらに、陽性症状を緩和したり、治療意欲を引き出したり、信頼感を醸成するための精神療法や、スタッフによる個別の治療的関わり増やすことも重要です。

C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢（選択肢についてはリスト参照のこと）

再発性の統合失調症では、奏功した急性期治療歴がある場合は、その薬歴は重要な情報です。この症例では、前回退院時にリスペリドン+オランザピンの大量処方が必要だった経緯を評価する必要があります。基本的には、安易に併用療法を目指さず、次の処方戦略としてはリスペリドンの単剤療法の可能性を探るべきです。しかし、前回退院時の処方も考慮に入れると、リスペリドン+オランザピンの併用療法が患者に有用である可能性も十分あります。このような療法に反応せず、治療抵抗性の基準を満たした段階で、クロザピンの使用あるいはmECTを考慮します。いずれの場合でも、病状がある程度改善した段階で疾病教育を行い、疾患や治療への理解を深めるとともに、退院後の疾病管理や服薬管理を支援する体制、本人の自己実現を支援する体制を整えることが必要です。単身生活が困難

な場合には、適切な施設利用も提案していきます。このような、退院に向けての体制整備では、各種専門職の治療への参加が必須です。

D. 治療／方策リスト

まず最初に行うであろう治療／方策（特に重要なものを順に3つ）

順位	内容	領域
1	過去の処方歴を確認し、薬物治療方針について再検討する	薬物療法
2	抗精神病薬（クロザピン以外）へ変更する	薬物療法
3	新たな抗精神病薬（現在投与されていない薬剤）を追加／併用する。	薬物療法

退院時までに行うであろうその他の治療／方策（順不同）

内容	領域
内服確認を強化する	薬物療法
病棟／OT センターで行われる作業療法への参加を勧める	心理社会的治療
心理教育／疾患教育プログラムへの参加を勧める	心理社会的治療
地域にある居住施設を見学してもらう	心理社会的治療
地域生活準備プログラム（退院に向けた心理教育やSST）を実施する	心理社会的治療
ケアマネジメント（ないしケースマネジメント）を実施する	心理社会的治療
多職種参加の院内会議（地域移行検討委員会など）で治療方針／対応方針を協議する	心理社会的治療
退院前訪問を実施する	心理社会的治療
キーパーソンとなる家族（退院に反対していても）をまじえて退院についての話し合いを行う	心理社会的治療
退院後のクライシスプランを作成する	心理社会的治療
地域関係者を含めたケア会議を地域移行のプロセス（入院中から退院後の地域定着まで）において定期的実施する	心理社会的治療
退院後は、自院でフォローアップする	地域ケア
精神科訪問看護により（病状悪化／再発防止のため）病状観察やケアを行う	地域ケア
精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科訪問看護により身体管理・指導を実施する	地域ケア
夜間休日でも電話や訪問が行える精神科訪問看護を実施する	地域ケア
精神科外来による服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科デイケアへ通所してもらう	地域ケア
通院等介助等（ヘルパー）による通院支援を導入する	地域ケア
居宅介護（ホームヘルパーなど）を導入する	地域ケア
グループホーム（共同生活援助）／福祉ホームなどの居住施設に入居してもらう	地域ケア

自立訓練施設（機能訓練・生活訓練）を利用してもらう	地域ケア
生活介護（日中活動の場としての）を利用してもらう	地域ケア
就労継続支援（A型作業所、B型作業所など）へ通所してもらう	地域ケア
地域活動支援センター（地域生活支援事業）を利用してもらう	地域ケア
電話による相談に24時間365日対応する	地域ケア
自院または地域の救急システムにより24時間365日対応する	地域ケア
退院後一定期間24時間対応できる多職種チーム等が危機対応を行う	地域ケア
（自院／連携先の）精神科病院への短期入院ができる体制を確保しておく 自院または地域の救急システムにより24時間365日対応する	地域ケア

回答者 武田俊彦（慈圭病院・岡山県）

ケース 2

治療中断の可能性が大きい例

50歳男性。20代で統合失調症を発病。以後、仕事をせず自宅中心の生活。高齢の母が同居。抗精神病薬治療によく反応し、何回かの中断・再発入院があったが、入院後は比較的短期で改善し、自宅に退院していた。パリペリドン持続性注射製剤（150mg/4週毎）により通院が継続できていたが、2年前に母が庭で転倒骨折し、以後、老人施設に入居となり、母の声掛けがなくなると通院しなくなった。中断後4ヶ月目頃より「ヨーグルトだけ食べれば長生きできる」として偏食に走り、一気に体重が減少し、別居の妹家族の付き添いで再診の上再入院した。入院後1年半を経過し、食事もでき、体重も回復しているが、妹は「母の対応も大変だし、兄の面倒までみられない」と退院に反対している。本人は治療拒否もなく内服はスムーズに行えるが、退院後のことを聞かれると「自分は病気じゃない。痩せて生まれ変わりました。先生には悪いんですが退院したら薬はやめようと思ってます」と述べ、病気や治療の必要性についてきっぱり否定している。

A. 見立て

本ケースは長い病歴を有しており、これまでに治療中断→再発を繰り返している。薬物療法への反応性は良好だが、退院後の治療継続について、入院中からすでにその意志がないことを公言しており病識のなさがうかがわれる。今後も治療中断による再発のリスクが最大の懸念要因であろう。

退院後、自宅に戻る場合は単身生活になる。また、今後のキーパーソンである妹は本人に対して距離を置いた態度で、退院にも反対している。今後再入院となった場合は様々な面で協力が得にくくなることも予想される。よって、本ケースの場合、退院後の受診継続に最重点を置く。その際、可能であればキーパーソンである妹を本人の治療に巻き込む形がとればなおよい。

B. 入院治療におけるゴール

薬物療法面で工夫の余地はあまりない。薬物療法の変更によって認知機能が改善し、病識の獲得にいたる可能性もなくはないが、毎日服薬するという自体に相当な困難が予想されるため、パリペリドンLAIを主剤とするのがよいと思われる。標準化された疾病教育、心理教育のコースを入院中に受講してもらうことも病識の獲得にはある程度有効と思われる。

退院後はデイケアと訪問看護を中心に、「病院は薬をもらいに行くところ」以上の関係を築いておく必要があるだろう。退院が近づいた時期からデイケア体験利用や退院前訪問を行なうことで退院後これらのサービスの利用にスムーズにつなげたい。本人は受動型で、平素より訪問看護者が本人宅に出入りする関係を作っておくことで、治療中断時も声掛けなどやわらかい対応で治療が再開されることも十分に期待される。また、今後は母に代わって妹が本人の治療に関わっていくことが望まれる。標準的な家族心理教育や家族会の参加を通じて疾病特性の理解などを促していく試みも必要だろう。

C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢（選択肢については末尾の一覧表を参照のこと）

A列については前述の通り

- ・薬物療法としてのLAIの使用
- ・病識獲得への期待をこめて心理教育・疾患教育プログラムへの参加
- ・近隣との関係も含めた生活環境の把握および退院後の訪問看護を円滑に導入のための退院前訪問の順に重要性が高いものとする。

退院後は単身生活となるが、これまでは母親の庇護のもとで生活してきており、社会・日常生活能力は相当に低下していることが予想される。本人が積極的にデイケアに参加してくれることが望まし

いが、現実的には難しいかもしれない。訪問看護など外部からのサポートが入ることで居宅生活を支えていくことがメインプランになるだろう。将来的には自宅での生活を断念して居住系施設の利用を検討することが必要になる可能性も高く、キーパーソンの妹と共に退院後早期の時点で見学しておくことは有益である。

D. 治療／方策リスト

まず最初に行うであろう治療／方策（特に重要なものを順に3つ）

順位	内容	領域
1	持続性抗精神病注射製剤を導入する	薬物療法
2	心理教育／疾患教育プログラムへの参加を勧める	心理社会的治療
3	退院前訪問を実施する	心理社会的治療

退院時までに行うであろうその他の治療／方策（順不同）

内容	領域
地域にある居住施設を見学してもらう	心理社会的治療
地域生活準備プログラム（退院に向けた心理教育やSST）を実施する	心理社会的治療
キーパーソンとなる家族（退院に反対していても）をまじえて退院についての話し合いを行う	心理社会的治療
退院後は、自院でフォローアップする	地域ケア
精神科訪問看護により（病状悪化／再発防止のため）病状観察やケアを行う	地域ケア
精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科デイケアへ通所してもらう	地域ケア
地域活動支援センター（地域生活支援事業）を利用してもらう	地域ケア
電話による相談に24時間365日対応する	地域ケア
保健所等の行政機関職員に訪問してもらう	地域ケア

回答者 須藤 康彦（土佐病院・高知県）

ケース 2

治療中断の可能性が大きい例

50歳男性。20代で統合失調症を発病。以後、仕事をせず自宅中心の生活。高齢の母が同居。抗精神病薬治療によく反応し、何回かの中断・再発入院があったが、入院後は比較的短期で改善し、自宅に退院していた。パリペリドン持続性注射製剤（150mg／4週毎）により通院が継続できていたが、2年前に母が庭で転倒骨折し、以後、老人施設に入居となり、母の声掛けがなくなると通院しなくなった。中断後4ヶ月目頃より「ヨーグルトだけ食べれば長生きできる」として偏食に走り、一気に体重が減少し、別居の妹家族の付き添いで再診の上再入院した。入院後1年半を経過し、食事でもでき、体重も回復しているが、妹は「母の対応も大変だし、兄の面倒までみられない」と退院に反対している。本人は治療拒否もなく内服はスムーズに行えるが、退院後のことを聞かれると「自分は病気じゃない。痩せて生まれ変わりました。先生には悪いんですが退院したら薬はやめようと思ってます」と述べ、病気や治療の必要性についてきっぱり否定している。

A. 見立て

決してまれではないが、初発後のリハビリテーション治療が不十分だったケースである。専門医は誰も統合失調症患者の再発を予防することが、その患者さんの人生予後に最も重要と考えているが、抗精神病薬に良く反応する事例こそが、短期で治療中断そして、再発し予後を悪化させてしまうことはしばしば経験する。初発時陽性症状寛解後こそ、心理社会的治療を積極的に導入すべきである。ただ、当事者・家族の非協力もあいまって、多くの施設ではその人的、組織的問題も重なり、リハビリテーション治療がタイミング良く施行されていないのが現状であろう。次に保護者特に父母の高齢化は現在、多くの家庭で問題となっている。このケースでも母のサポートがなくなった段階で通院が中断し、入院に至るが、交代した保護者である兄弟が父母と同じサポートすることは困難で長期入院となっている。

B. 入院治療におけるゴール

身近にケアを常時必要とする障害レベルの方であるので、毎日のケアをする人および住まい、更に可能なら昼間の活動の場が必要となる。まずは、入院中、疾患に対する十分な心理教育を提供すること、退院受け入れ先の障害福祉サービス対応の住居（宿泊型生活訓練施設など）の選定および本人の施設見学、体験入所、体験者との交流の場の提供が必要となる。退院が決まったら、病院関係スタッフと地域の関係者によるケア会議を本人、家族と交えて開催したい。その中で、住まいを決め、障害福祉（生活訓練、就労支援、相談等）および医療（外来、デイケア、作業療法等）サービスでのケア計画およびリハビリテーション治療の計画を立てることが必要となる。

C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢（選択肢については末尾の一覧表を参照のこと）

現在の社会状況で、50歳以上の重度の精神障害が地域で生活するには親の高齢化等の理由で家族のみで支えるのは困難である。公的サービスである精神医療と障害福祉サービスの連携で地域生活を支えることが必要となる。重度の精神障害者で退院可能な人が退院困難な理由は、住まいとケアシステムの不在であることが圧倒的に多い。そのためにも、精神科医療施設と障害福祉サービス事業所との日頃からの密なる情報共有と関係がより重要となる。

一方で、病気に対する当事者の認識、いわゆる病識の問題も地域移行、地域生活を考える上で大きなポイントとなる。治療ケアチームと当事者との関係性の中で、この病識を如何に高めていくかが、当事者のQOL向上の要諦の一つであろう。繰り返し行われる精神療法、そして心理教育の重要性はこ

こにある。長い目で見ると、この病識には内なる偏見の問題も背景にあると感じる。各地域での精神疾患に関する正しい知識の普及、啓発、偏見解消の活動が地道に継続していくことが肝要と思われる。

D. 治療／方策リスト

まず最初に行うであろう治療／方策（特に重要なものを順に3つ）

順位	内容	領域
1	抗精神病薬（クロザピン以外）へ変更する	薬物療法
2	病棟／OT センターで行われる作業療法への参加を勧める	心理社会的治療
3	心理教育／疾患教育プログラムへの参加を勧める	心理社会的治療

退院時までに行うであろうその他の治療／方策（順不同）

内容	領域
地域にある居住施設を見学してもらう	心理社会的治療
地域生活準備プログラム（退院に向けた心理教育や SST）を実施する	心理社会的治療
ピアサポーター（元入院患者等）の交流や支援を勧める	心理社会的治療
ケアマネジメント（ないしケースマネジメント）を実施する	心理社会的治療
多職種参加の院内会議（地域移行検討委員会など）で治療方針／対応方針を協議する	心理社会的治療
退院前訪問を実施する	心理社会的治療
キーパーソンとなる家族（退院に反対していても）をまじえて退院についての話し合いを行う	心理社会的治療
退院後のクライシスプランを作成する	心理社会的治療
地域関係者を含めたケア会議を地域移行のプロセス（入院中から退院後の地域定着まで）において定期的実施する	心理社会的治療
退院後は、自院でフォローアップする	地域ケア
精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科訪問看護により身体管理・指導を実施する	地域ケア
精神科外来による服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科デイケアへ通所してもらう	地域ケア
外来作業療法による個別プログラムへ参加してもらう	地域ケア
グループホーム（共同生活援助）／福祉ホームなどの居住施設に入居してもらう	地域ケア
自立訓練施設（機能訓練・生活訓練）を利用してもらう	地域ケア
生活介護（日中活動の場としての）を利用してもらう	地域ケア
地域活動支援センター（地域生活支援事業）を利用してもらう	地域ケア
診療依頼（必要例に限る）に24時間365日対応する	地域ケア
自院または地域の救急システムにより24時間365日対応する	地域ケア
退院後一定期間24時間対応できる多職種チーム等が危機対応を行う	地域ケア

ショートステイを利用してもらう	地域ケア
(自院／連携先の) 精神科病院への短期入院ができる体制を確保しておく	地域ケア
他科 (内科、整形外科、泌尿器科など) に併診してもらう	地域ケア
保健所等の行政機関職員に訪問してもらう	地域ケア

回答者 遠藤 謙二 (千曲荘病院・長野県)

ケース 3

多飲水が著しい例

48歳男性。専門学校卒業後、情報関係の会社に在職中の22歳のとき統合失調症を発病。両親と同居。自宅から家族の送迎で週2回デイケアに通えていたが、関心は乏しく、プログラム参加も限定的であった。デイケアのない日は自室にこもり、独り言を言ったり、大学ノートに「天照大神 ○○浩一」と繰り返し書いていた。多飲症の合併は以前から指摘されていたが、去年の夏（1年3ヶ月前）、意識消失を伴うけいれん発作があり、搬送された総合病院で低ナトリウム血症（Na 110mEq/l）が確認された。翌日、当院精神科へ転入院となったが、入院直後より、洗面所の蛇口から直接水を飲むところがしばしば観察され、一日の水分摂取量は5～7リットルにも及ぶことが明らかとなった。起床時の体重が午後になると5kg近く増えている日も珍しくなく、開放観察しながらの個室隔離が続いている。リスペリドン6mg → オランザピン20mg → アリピプラゾール24mgが投与されたが多飲症に改善は見られず、入院後、関心もますます乏しくなり、飲水制限の指導をしても「水はぜんぜん飲んでいません」などと現実検討も不良である。

A. 見立て

本ケースは発病26年を経過し、自閉的で、周りへの関心も乏しく、多飲症が大きな問題となっている。入院時はナトリウム値110mEqと低値を来たし、依然、体重の日内変化が5kgにも及ぶことから、今後もけいれんの恐れが高く、個室への長期隔離が続いている。多飲症さえやわらげば、両親のいらっしゃる自宅へ退院し、デイケア再導入も考えられるため、多飲症の改善が最大のポイントになる例である。現状、疎通性が悪く、飲水制限への指導に限界があるが、できれば終日隔離でなく開放観察しながら、頻回の体重測定（5検：起床時、10時、13時、16時、就寝前）を実施し、本人が目標体重をセルフコントロールできるようになることが目標である。投薬歴から多飲症改善を期待してクロザピンへの変薬も考えられる。

B. 入院治療におけるゴール

本ケースが退院するためには、重度の多飲症が（完治はしなくても）コントロールできる程度には改善すること、つまり、体重の日内変化が目標体重（起床時基準体重の5%以内程度）内におおむね収まるようになることが必要である。改善の結果、一般病室で過ごせるようになれば、退院可能性がみえてくる。A列の1で指摘したような体重のセルフモニタリングを行えるように個別指導し、多飲症例が複数名いれば「多飲症教室」開催も効果的である。多職種カンファレンスにより、飲水を厳しく管理するのではなく、飲みたいときに氷水を飲んでいただき、短時間の隔離があっても、飲水に緊張しないように関わることを徹底したい。

本ケースの薬物治療については、抗精神病薬の多剤併用や大量処方があれば減薬や減剤を検討することが必要である。薬歴からすでにクロザピンの反応性不良の基準をクリアしている上、入院前は、親の送迎でデイケア通所もできていたため、退院後の頻回通院が可能なことから、多飲症や認知機能の改善を期待してクロザピン導入も是非とも試みるべきである。

C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢（選択肢についてはリスト参照のこと）

A列の選択については、上記した通り。本ケースは、入院1年を超過しており、隔離期間も長い、水分管理法や関わり方の方針について多職種スタッフと協議しながら、隔離解除をめざした一貫した対応を行いたい。体重がセルフケア（セルフモニタリング）できるように、開放観察（開放前後の体重測定を実施）、水分摂取についてトークンの関わり、プログラム参加や個別的な関わり（スタッフと

一緒に洗濯する等)、心理教育(多飲症教室など)、治療薬変更などを工夫する。本ケースは、重度の多飲症に加え、陰性症状や認知機能低下もあり、退院後、入院前と同様にデイケア通所できるか不透明なところもあるが、病棟OT、心理教育、地域生活準備プログラムなどにより他者交流を図ることが大切である。退院前訪問により家族の受け入れ準備を進め、入院中に経験・獲得された体重のモニタリングが継続できるように、本人の問題点や入院中の指導内容について訪問看護やデイケアスタッフと情報を共有する。退院時にはクライシスプランを作成し、本人・家族を含む関係者とクライシスプランを共有し、悪化時にも備えておく。

D. 治療/方策リスト

まず最初に行うであろう治療/方策(特に重要なものを順に3つ)

順位	内容	領域
1	体重のセルフモニタリングをめざし包括的指導(頻回に体重測定し、血清Na値、体重の日内変化パターン等から規定される目標体重内で過ごせるように指導)を実施する	リスト外
2	過去の処方歴を確認し、薬物治療方針について再検討する	薬物療法
3	クロザピンへ変更する	薬物療法

退院時までに行うであろうその他の治療/方策(順不同)

内容	領域
内服確認を強化する	薬物療法
病棟/OTセンターで行われる作業療法への参加を勧める	心理社会的治療
心理教育/疾患教育プログラムへの参加を勧める	心理社会的治療
地域生活準備プログラム(退院に向けた心理教育やSST)を実施する	心理社会的治療
ケアマネジメント(ないしケースマネジメント)を実施する	心理社会的治療
多職種参加の院内会議(地域移行検討委員会など)で治療方針/対応方針を協議する	心理社会的治療
退院前訪問を実施する	心理社会的治療
キーパーソンとなる家族(退院に反対していても)をまじえて退院についての話し合いを行う	心理社会的治療
福祉制度(障害年金など)の利用状況を確認の上、該当者には申請手続きを行う	心理社会的治療
退院後のクライシスプランを作成する	心理社会的治療
退院後は、自院でフォローアップする	地域ケア
精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科訪問看護により身体管理・指導を実施する	地域ケア
頻回(週3回以上)の精神科訪問看護を実施する	地域ケア
精神科デイケアへ通所してもらう	地域ケア
診療依頼(必要例に限る)に24時間365日対応する	地域ケア
自院または地域の救急システムにより24時間365日対応する	地域ケア

(自院／連携先の) 精神科病院への短期入院ができる体制を確保しておく	地域ケア
申告飲水によりウォーターサーバーから氷水を摂取してもらい、緊張させないように関わり、必要時は声掛けする	リスト外
多飲症に特化した心理教室への参加を勧める	リスト外
体重モニタリングシートを記入させて、目標体重の理解、目標体重以下の水分摂取が行えるようにする	リスト外

回答者 宮田量治, 多飲症ユニット担当看護チーム (山梨県立北病院・山梨県)

ケース 4

衝動行為が著しい例

35歳男性。小学3年のとき両親が離婚。再婚した母のもとで育った。父に引き取られた姉は医者になったが、本人は勉強が苦手で、中学の頃から不登校がはじまり、通信制高校を中退後、職を転々とした。17歳のとき友達と2、3回覚醒剤を使い、本人だけ警察に逮捕。保護観察処分を受けたが、その後は覚醒剤の再使用もなく、知り合いのラーメン店で真面目に働いていた。32歳の誕生日に2年間交際していた女性が昔の先輩と駆け落ちし、それ以後、どこへ行っても笑い者にされていることに気づき、インターネットで自分の情報（過去に覚醒剤を使ったこと）が全国に拡散していることが分かったと、まったく外出できなくなった。精神科クリニックで統合失調症と診断され、リスペリドン2mgを投与されたが、その晩、家のガラスを割り、当院へ入院となった。

入院後より、スタッフルームに来ては「オレ、悪い薬をもう使ってませんよね」などと看護師に確認していたが、他の患者の対応中で看護師が本人を待たせると、最初はドアをとんと叩くなどの行動、次いで、掲示板のポスターを破いたり、病棟の壁を軽く蹴るなどの行動がみられた。リスペリドン6mg → オランザピン20mgが投与されたが、確認はおさまらず、看護師の対応に納得しないときは、病棟の備品を蹴る・倒すなどの行動が週1、2回みられるようになり、入院後1ヶ月後より、職員の手薄な夜間のみ隔離を要する状態となっている。結局、今回の入院期間は10ヶ月に及び、退院の見通しが立っていない状況である。

A. 見立て

32歳頃から被害妄想が出現し、閉居するようになり、粗暴行為のため、今回の入院となり、衝動行為のため隔離を要する35歳の男性のケースである。重度かつ慢性に至った原因としては、幼少期に両親が離婚し、家族支援が乏しく、未治療期間が長くなったことや、生活歴・病歴から軽度精神遅滞や自閉症スペクトラム障害などの併存の可能性があることなどが考えられる。2種類の非定型薬を十分量（クロルプロマジン換算で600mg/日以上）使用されているが、効果は乏しいため、薬物療法の再検討を要する。薬歴を見直して、その2剤がそれぞれ十分期間（4週間以上）使用していることが確認された場合は、治療抵抗性統合失調症であり、反応性不良の定義を満たすことから、クロザピン（CLZ）の導入を検討する。知能検査などの心理検査を行い、多職種チームで本人の特性を評価・共有し、本人との関わり方も再検討する。

B. 入院治療におけるゴール

病的体験に支配された衝動行為があり、隔離を要していることから、第一に被害妄想、易怒性などの陽性症状を軽減させ、衝動性や暴力行為を抑えることが最低目標である。米国の主要な薬物治療ガイドラインであるTMAP（Texas Medication Algorithm Project）では初回エピソードであっても2種類以上の抗精神病薬（少なくとも1剤は第2世代抗精神病薬）を単剤で使用しても治療効果が乏しい場合はCLZ投与が推奨され、さらに自殺企図や暴力などの衝動行為を反復している患者には、より早期のCLZ投与が推奨されていることからわかるように、CLZが衝動性を改善させるというエビデンスは多い。効果的な薬物療法を基礎として、医師・看護師・作業療法士・臨床心理士・薬剤師などの多職種によるチーム医療を行い、まずは早期の隔離解除を目指し、その後は退院に向けてのアプローチを進めていきたい。

C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢（選択肢についてはリスト参照のこと）

隔離解除後は、病状の改善度に応じて、段階的に行動拡大を図り、退院を目指す。院内単独散歩、

院外外出訓練、入所施設（グループホーム等）や通所施設（作業所等）への見学・体験を行う。多職種チームによる疾病教育プログラム、定期薬の自己管理、血圧・体温の測定などのセルフモニタリングを開始し、退院後の円滑な地域移行を目指す。本人・家族も参加するケア会議を毎月開催し、病状や治療の評価を行う。当院では、多職種チームがクロザピン専門病棟でクロザピンパスを使用し、新規導入患者では6か月以内の退院を目指した治療を行っている。退院後は訪問看護利用での服薬確認を行うとともに、デイケア・作業所などに通所してもらい、地域定着と社会復帰を目指す。

CLZは効果の高い治療薬であるが、CLZを内服するだけで全ての精神症状が消失するわけではない。効果的な治療を継続することで、被害妄想や易怒性が軽減し、一定の病識を獲得し、問題となっていた衝動行為をすることなく、支援者に相談したり、適宜、頓服薬を内服するなどのストレスコーピングができるようになることを期待している。

D. 治療／方策リスト

まず最初に行うであろう治療／方策（特に重要なものを順に3つ）

順位	内容	領域
1	過去の処方歴を確認し、薬物治療方針について再検討する	薬物療法
2	クロザピンへ変更する	薬物療法
3	地域関係者を含めたケア会議を地域移行のプロセス（入院中から退院後の地域定着まで）において定期的実施する	心理社会的治療

退院時までに行うであろうその他の治療／方策（順不同）

内容	領域
抗精神病薬（クロザピン以外）へ変更する	薬物療法
内服確認を強化する	薬物療法
病棟／OT センターで行われる作業療法への参加を勧める	心理社会的治療
心理教育／疾患教育プログラムへの参加を勧める	心理社会的治療
社会生活技能訓練（SST）への参加を勧める	心理社会的治療
心理士等によるカウンセリングを勧める	心理社会的治療
地域にある居住施設を見学してもらう	心理社会的治療
ピアサポーター（元入院患者等）の交流や支援を勧める	心理社会的治療
ケアマネジメント（ないしケースマネジメント）を実施する	心理社会的治療
多職種参加の院内会議（地域移行検討委員会など）で治療方針／対応方針を協議する	心理社会的治療
退院前訪問を実施する	心理社会的治療
キーパーソンとなる家族（退院に反対していても）をまじえて退院についての話し合いを行う	心理社会的治療
福祉制度（障害年金など）の利用状況を確認の上、該当者には申請手続きを行う	心理社会的治療
退院後のクライシスプランを作成する	心理社会的治療
退院後は、自院でフォローアップする	地域ケア

精神科訪問看護により（病状悪化／再発防止のため）病状観察やケアを行う	地域ケア
精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科外来による服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科デイケアへ通所してもらう	地域ケア
精神科デイケア専門プログラムへ参加してもらう	地域ケア
居宅介護（ホームヘルパーなど）を導入する	地域ケア
グループホーム（共同生活援助）／福祉ホームなどの居住施設に入居してもらう	地域ケア
自立訓練施設（機能訓練・生活訓練）を利用してもらう	地域ケア
就労継続支援（A型作業所、B型作業所など）へ通所してもらう	地域ケア
地域活動支援センター（地域生活支援事業）を利用してもらう	地域ケア
電話による相談に24時間365日対応する	地域ケア
診療依頼（必要例に限る）に24時間365日対応する	地域ケア
自院または地域の救急システムにより24時間365日対応する	地域ケア
（自院／連携先の）精神科病院への短期入院ができる体制を確保しておく	地域ケア
保健所等の行政機関職員に訪問してもらう	地域ケア
病棟および外来での家族教室への参加を家族に勧める	リスト外

回答者 木田 直也（国立病院機構琉球病院・沖縄県）

ケース5

暴言への対応を要する例

34歳男性。高卒後まもなく統合失調症を発病。両親と同居。日中は家で気ままに過ごしていた。細かな要求にこたえてくれる担当医の治療は受け入れていたが、性機能障害が生じるとしてリスパリドン2.5mg以上の増量には拒否的であった。家族思いの反面、病気になったのは親のせいだとして多額の小遣いを要求し、金銭をめぐって親子でいがみあうことが多かった。その際、興奮すると家のドアや壁を蹴飛ばしたり、父に殴りかかることもあった。今回は、父によると、働く予定もないのに先月に続けて新しいスーツをもう一着買いたいと言い出し、結局、親子ケンカになって警察が介入。時間外受診時、仁王立ちになったまま大声を出して興奮が収まらないため入院となった。

周囲に対して被害的で、薬のささいな副作用にも不安が強まり、アリピプラゾール9mgの処方で推移していたが、入院4ヶ月目の週末、テレビのチャンネル争いをしていて2人の患者の間に割って入り、それを制止しようとした看護師の胸ぐらをつかんで大声を出した。当直医が関わるとクールダウンできたが、看護師は本人に関わることに恐怖を抱き、腫れ物にさわらうような対応になっていた。家族と面会してもいがみあうことが続き「おれの代わりにお前が入院しろ」などと声を荒げるため、主治医からは「ご家族と落ち着いて面会できるようになることが目標」と提案され、結果、退院機会がないまま入院も1年3ヶ月を経過した。

A. 見立て

患者が治療に対して主体的に参加していない。周囲と感情的なやり取りが多く、客観的な所見・説明に基づいて治療方針を決定する枠組みができていない。おそらく患者は家族や医療者に対して反発する一方で甘えてくる様子もあり、両価的な側面があるのだろう。その両価性を少なくとも助長しない対応が本人の自立につながる。家族に対してはいかに感情的に巻き込まれないかという観点から医師が助言・指導すべきである。患者本人に対しては自己責任を与えながら自己効力感を高めることが重要で、複数の選択肢を与えて本人に決定させる機会を多くもうけるとよい。自己決定することで自信がつき他者・薬剤への恐れが軽減することが期待される。

B. 入院治療におけるゴール

まずは家族への不満を支持的に傾聴する。1人暮らしは経済的に無理、施設に入るのは嫌などの訴えを傾聴しつつ、家族を関与させずゴール設定を進める。家族と会った際に興奮するようであれば同居は難しいとの見解を伝えた上で、家族との別居を勧めてみる。家族に対する助言は医師による面接で行い、家族も調子を崩しているようなら外来受診してもらい診療として関わり続ける。院内では服薬を自己管理する、体調の記録を行う、睡眠日誌をつけるなど課題を与え、治療の可視化を図る。病棟の他患者への悪影響など管理上許されない行為に対しては、本人の主張に耳を傾けつつも、ノーと言う。性機能障害についてはプロラクチンを測定、他の検査結果も含め臨床検査技師から説明する。薬剤については薬剤師から服薬指導により説明する。人間関係の対立でなく病気に焦点をあてることを看護スタッフに周知する。病棟でのストレスを逃がす場所でもある、OTでの様子を病棟Nsがしっかりと共有する。

C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢（選択肢についてはリスト参照のこと）

家族への反発は家族から離れて生きていくことへの恐れと表裏一体であり、親はいつかなくなるものという自然の摂理を共通認識としたい。本人が親から自立しようと決意することで、治療に主体的に取り組むようになり、それが再発予防につながる。親としても病を持つ子供と距離を置くことは

とても勇気が要ることである。誰かを悪役にするのはなく、関わるひと皆が成長することが究極的な目標となる。暴力はあくまで結果に過ぎず、暴力そのものを治療するわけではない。病気という共通のターゲットに対して共に立ち向かうという構図を本人、家族、医療・福祉従事者で共有できれば、入院治療の意味が深まるし、再入院のリスクが下がる。

具体的方法論としては入院生活場面でどんなに些細なことでも、自分で決めるよう促し、他人に頼らず自分で決めたことを褒める。成功に対しては褒め、失敗に対しては励ます。医療者はつい権威的に決定して患者の選択権を奪いがちなので注意を要する。

D. 治療／方策リスト

まず最初に行うであろう治療／方策（特に重要なものを順に3つ）

順位	内容	領域
1	精神療法の回数を増やす	心理社会的治療
2	過去の処方歴を確認し、薬物治療方針について再検討する	薬物療法
3	病棟／OTセンターで行われる作業療法への参加を勧める	心理社会的治療

退院時までに行うであろうその他の治療／方策（順不同）

内容	領域
地域にある居住施設を見学してもらう	心理社会的治療
退院前訪問を実施する	心理社会的治療
キーパーソンとなる家族（退院に反対していても）をまじえて退院についての話し合いを行う	心理社会的治療
福祉制度（障害年金など）の利用状況を確認の上、該当者には申請手続きを行う	心理社会的治療
退院後は、自院でフォローアップする	地域ケア
精神科訪問看護により（病状悪化／再発防止のため）病状観察やケアを行う	地域ケア
精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科デイケアへ通所してもらう	地域ケア
精神科デイケア専門プログラムへ参加してもらう	地域ケア
グループホーム（共同生活援助）／福祉ホームなどの居住施設に入居してもらう	地域ケア
自院または地域の救急システムにより24時間365日対応する	地域ケア
（自院／連携先の）精神科病院への短期入院ができる体制を確保しておく	地域ケア

回答者 小林 和人（山容病院・山形県）

ケース 6

迷惑行為への対応を要する例

68歳女性。大学を卒業後、貿易会社の事務員として勤務。職場結婚して2児をもうけたが、30歳を過ぎて自宅に引きこもるようになった。「自分にはイギリス外交官の本当の父がいる」と考え、夫や子供にも関心がなくなり、36歳のとき当院へ入院と同時に離婚。以後、当院へ長期入院中である。ハロペリドール10mg → オランザピン15mgで妄想はほぼ寛解も、「ごきげんよう」などと場にそぐわない挨拶をしたり、スタッフの陰では他の患者を馬鹿にすることが続いていた。数年前から、足腰が弱ってきたこともあるが、夜間中心に、トイレに行かず病室の前の廊下で排尿するようになり、看護師から注意されても「わたしじゃございません」などと否定した。その後、廊下での排尿が昼間にも見られるになり、リハビリパンツを使用しているが、月に1、2回の廊下排尿が続き、以前馬鹿にしていた患者から逆に「おもらしさん」と言われるようになっていく。最近実施された長谷川式スケールでは28点がとれており、頭部CT検査でも脳萎縮は年齢相当で、認知症は否定的である。

A. 見立て

本ケースは発病30数年を経過し、入院についても約30年間の長期に及ぶケースである。抗精神病薬を中心とした薬物療法により、妄想はほぼ軽快しているが、社会機能障害または認知機能障害によると思われる排尿や挨拶に関する逸脱問題行動が退院を想定した際には大きな問題となっている。特に病室前にて排尿する行為については看護師からの注意を受けても内省に乏しく、否認するなど改善がみられていないようである。このような「他者への迷惑行為」「不潔行為」とった行動障害が「重度かつ慢性」に至った原因と思われる。また、場にそぐわない挨拶についても地域移行を想定した場合、対人関係上、社会的適応を妨げる可能性がある。

B. 入院治療におけるゴール

本ケースが退院するためには、社会機能障害または認知機能障害によると思われる排尿や挨拶などの「行動の解体」といった逸脱問題行動が（完治はしなくても）コントロールできる程度には改善すること、つまり、地域移行を想定した場合、対人関係上、社会的適応の妨げとならない程度にまで改善する必要がある。現状、上述の排尿や挨拶などの「行動の解体」といった問題点について認知行動療法などの非薬物療法も治療選択肢となり得るが、本ケースについては認知機能の改善を期待してクロザピンへの主剤変更が推奨される。クロザピンの導入後に入院病棟内にて前述の点について改善がみられた後、次には試験的に外出や外泊を実施し、本ケースが地域移行後に社会適応の妨げとなるような逸脱問題行動のないことを確認し、特にクロザピンを使用した際には規則的な服薬はもちろんであるが副作用のセルフモニタリングの可否についても確認し、地域移行後のデイ・デイトケア、訪問看護、ヘルパーなどの地域支援体制についても検討しておくことが推奨される。

C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢（選択肢についてはリスト参照のこと）

本ケースは、約30年の入院期間のため、これまでにクロザピン以外の多種多様な抗精神病薬についてその効果を試されている可能性が高いと判断し、主剤をクロザピンへ変更することで、幻覚妄想の再燃予防はもちろんであるが、本ケースの排尿や挨拶に関する逸脱問題行動の改善も期待した。また、上述の逸脱問題行動や生活全般に関し地域移行後の見守りや支援および対応のため、院内外の医療福祉関係等の多職種や家族との協議や支援体制の構築も必要と思われる。実際の退院直後における地域ケアについては、治療継続性の観点より特に退院直後は自院でフォローアップが望ましく、可能であれば自立訓練施設等の短期利用の検討も必要であり、また、精神科リハビリ、病状観察、服薬・

副作用の確認、生活支援などを目的とした精神科デイケアへの通所、頻回の訪問看護の実施などによる手厚い支援体制が推奨され、長期入院となっていた本ケースが病状悪化することなくスムーズに地域生活へ移行できることを期待する。

D. 治療／方策リスト

まず最初に行うであろう治療／方策（特に重要なものを順に3つ）

順位	内容	領域
1	クロザピンへ変更する	薬物療法
2	多職種参加の院内会議（地域移行検討委員会など）で治療方針／対応方針を協議する	心理社会的治療
3	地域関係者を含めたケア会議を地域移行のプロセス（入院中から退院後の地域定着まで）において定期的実施する	心理社会的治療

退院時までに行うであろうその他の治療／方策（順不同）

内容	領域
内服確認を強化する	薬物療法
社会生活技能訓練（SST）への参加を勧める	心理社会的治療
地域にある居住施設を見学してもらう	心理社会的治療
地域生活準備プログラム（退院に向けた心理教育やSST）を実施する	心理社会的治療
退院前訪問を実施する	心理社会的治療
キーパーソンとなる家族（退院に反対していても）をまじえて退院についての話し合いを行う	心理社会的治療
福祉制度（障害年金など）の利用状況を確認の上、該当者には申請手続きを行う	心理社会的治療
退院後は、自院でフォローアップする	地域ケア
精神科訪問看護により（病状悪化／再発防止のため）病状観察やケアを行う	地域ケア
精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科訪問看護により身体管理・指導を実施する	地域ケア
頻回（週3回以上）の精神科訪問看護を実施する	地域ケア
夜間休日でも電話や訪問が行える精神科訪問看護を実施する	地域ケア
精神科外来による服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科デイケアへ通所してもらう	地域ケア
通院等介助等（ヘルパー）による通院支援を導入する	地域ケア
居宅介護（ホームヘルパーなど）を導入する	地域ケア
グループホーム（共同生活援助）／福祉ホームなどの居住施設に入居してもらう	地域ケア
自立訓練施設（機能訓練・生活訓練）を利用してもらう	地域ケア
自院または地域の救急システムにより24時間365日対応する	地域ケア

(自院／連携先の) 精神科病院への短期入院ができる体制を確保しておく	地域ケア
------------------------------------	------

回答者 渡邊 治夫 (さわ病院・大阪府)

ケース7

自殺や自傷行為等の危険性が高い例

50歳男性。小学1年のとき母が死亡。工業高卒後、父の自動車修理工場を手伝っていた。24歳のとき、「世の中の不幸はすべて自分が原因」と考え、自宅2階から飛び降りて腰椎を圧迫骨折した。以後、統合失調症の診断で、ハロペリドール9mg → リスペリドン6mg → オランザピン20mgなどにより治療されてきたが、自宅から作業所へ通所も、「死ぬことを考えない日はない」などとしており希死念慮は続いていた。15年前には日本酒一升を一気飲み、6年前には睡眠薬1ヶ月分を過量服薬する自殺企図があった。4年前、同居の父が死亡し、その後は兄弟の世話になるのは気兼ねも強く、自分から進んでグループホームへ入居したが、近隣住民や他の入居者から悪口を言われるとの妄想が持続し、2年前の早朝、ベランダで首を吊り隣室の利用者に偶然発見されて一命をとりとめた。即日入院となり、グループホームは退所。「みんなから嫌われている。自分が世界中の戦争の原因。どこにも居場所がない。入院も嫌だけど退院したら生きていく自信がない」と言い、担当医からクロザピンの投与も勧められているが「薬が変わったらたぶん生きていけない」と本人同意が得られない状況である。

A. 見立て

26年前に発病し、複数の抗精神病薬の使用にも、罪業妄想、被害妄想による希死念慮が持続しており、自殺企図や自傷行為のおそれが高い治療抵抗性統合失調症と考えられるケースである。すなわち、慢性化した前記妄想が重度かつ慢性に至った最大の原因と考えられる。また、心理社会的な観点からは、患者の言動から病識の乏しさが窺われること、過量服薬歴があり薬剤管理に問題があると考えられること、そして、親族の支援が得られず、患者が孤立している（精神症状の影響も相まって、患者は居場所がないと感じている）ことも、地域生活を送る上では見逃せない点である。したがって、本ケースでは、今回の入院中、病状の改善だけではなく、心理社会的な取り組みも十分に行っていく必要がある。

B. 入院治療におけるゴール

本ケースが、退院し、地域で安定した生活を送るためには、自殺企図の原因である妄想の減弱や行動化への衝動の低減を図る必要がある。薬物療法については、薬歴、病状経過等からクロザピンの反応性不良の基準を満たしていること、また、クロザピンは自殺予防効果が高いと報告されていることから、本ケースでは、是非ともクロザピンを投与すべきと考える。クロザピンの投与について患者の同意が得られない状況に対しては、病識を深めるために疾病教育を行いながら、クロザピンの効果・副作用に関する小冊子を用いて繰り返し丁寧に説明したり、ピアサポーター（クロザピンを服薬している外来患者）と交流する機会をもうけたりして粘り強く説得にあたる。クロザピンの投与について患者の同意が得られない場合は、mECTの実施を検討する。本ケースでは、何とかクロザピンあるいはmECTを導入して、自殺や自傷行為の危険性を低減し、地域移行を目指したい。

C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢（選択肢についてはリスト参照のこと）

上記のとおり病状の改善を図るとともに、多職種参加の院内会議に患者にも出席してもらい、患者の思いを確認・共有しながら、多職種協働で必要な支援体制を検討していく。入院中に、地域の居住施設のほか、作業所やデイケアの見学を行い、退院後に患者が安心して過ごせる居場所を確保することに努める。また、精神科訪問看護を導入し、症状観察、服薬管理・指導を行っていく。必要に応じて、ホームヘルプサービスの利用を勧めるなど、手厚く支援できるよう生活・治療環境を整備する。

さらに、本ケースでは、自殺企図を防止するクライシスプランを作成することは重要である。そして、入院中から地域の支援者を含めたケア会議を開催して、クライシスプランを共有し、緊急時の対応方法を確認しておく。退院直後は、頻回の訪問看護、週1回の外来診療を行うなどして濃厚な見守りを実施し、地域生活への定着を図る。緊急時は、当院では、24時間365日、電話相談、救急外来診療を行い対応しており、適宜、短期入院できるよう病床を調整する。以上のような取り組みにより、患者だけでなく、地域関係者も安心して地域処遇を継続できるようになるとと思われる。

D. 治療／方策リスト

まず最初に行うであろう治療／方策（特に重要なものを順に3つ）

順位	内容	領域
1	クロザピンへ変更する	薬物療法
2	mECT（修正型電気けいれん療法）を実施する	薬物療法
3	持続性抗精神病注射剤を導入する	薬物療法

退院時までに行うであろうその他の治療／方策（順不同）

内容	領域
新たな抗精神病薬（現在投与されていない薬剤）を追加／併用する。	薬物療法
病棟／OTセンターで行われる作業療法への参加を勧める	心理社会的治療
心理教育／疾患教育プログラムへの参加を勧める	心理社会的治療
社会生活技能訓練（SST）への参加を勧める	心理社会的治療
地域にある居住施設を見学してもらう	心理社会的治療
ピアサポーター（元入院患者等）の交流や支援を勧める	心理社会的治療
ケアマネジメント（ないしケースマネジメント）を実施する	心理社会的治療
多職種参加の院内会議（地域移行検討委員会など）で治療方針／対応方針を協議する	心理社会的治療
退院前訪問を実施する	心理社会的治療
福祉制度（障害年金など）の利用状況を確認の上、該当者には申請手続きを行う	心理社会的治療
退院後のクライシスプランを作成する	心理社会的治療
地域関係者を含めたケア会議を地域移行のプロセス（入院中から退院後の地域定着まで）において定期的実施する	心理社会的治療
退院後は、自院でフォローアップする	地域ケア
精神科訪問看護により（病状悪化／再発防止のため）病状観察やケアを行う	地域ケア
精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する	地域ケア
頻回（週3回以上）の精神科訪問看護を実施する	地域ケア
精神科デイケアへ通所してもらう	地域ケア
精神科デイケア専門プログラムへ参加してもらう	地域ケア
外来作業療法による個別プログラムへ参加してもらう	地域ケア

居宅介護（ホームヘルパーなど）を導入する	地域ケア
グループホーム（共同生活援助）／福祉ホームなどの居住施設に入居してもらう	地域ケア
地域活動支援センター（地域生活支援事業）を利用してもらう	地域ケア
電話による相談に24時間365日対応する	地域ケア
診療依頼（必要例に限る）に24時間365日対応する	地域ケア
自院または地域の救急システムにより24時間365日対応する	地域ケア
（自院／連携先の）精神科病院への短期入院ができる体制を確保しておく	地域ケア

回答者 西倉 秀哉（大阪精神医療センター・大阪府）

ケース 8

他害や触法行為の可能性が高い例

26歳男性。専門学校在学中の20歳のとき統合失調症を発病。2歳年上の兄も統合失調症と診断されて当院に入院中。いままでに、コンビニ店内で暴れる、駅前の自動販売機を壊す、来客を追い返す、などの行動で医療保護入院を繰り返してきた。今回は、自分の後方から接近してきた黒い自動車が自分に「レーザー光線を当てた」ため、停車させてドアを蹴飛ばしたところ、警察に通報され、鑑定の上、措置入院になった。

すでに入院から1年半が経過しているが、活発な体感幻覚や妄想は持続し、隔離が続いている。「自分の体に絶えずレーザー光線や弾丸が打ち込まれる」と言い、職員にも「オレを助けるふりをして本当は人体実験をしている」と被害的であるが、弾丸のつらさに共感すると笑って会話ができることもある。しかし開放観察すると、テレビや他の患者の笑い声に反応して大声を出したり、つかみかかることも見られ、職員が付き添う形での短時間の開放観察しか行えない。本人は、統合失調症を認めていないが、弾丸の痛みを和らげる薬は受け入れており、アリピプラゾール30mg + クエチアピン600mgの2剤の内服がスムーズに行えている。両親は健在だが、おかしいことを言う息子の対応に困惑し「なにか大事件を起こしたら困る。できる限り長く入院させてほしい」と考えている。

A. 見立て

20歳で統合失調症を発症し、反社会的行動により入院を繰り返し、今回は幻覚妄想に伴う触法行為のために措置入院となり、入院後も被害妄想、身体的被影響体験が持続し行動制限を解除できずに「重度かつ慢性」の状態に至っているケース。頻回の再発を繰り返したことが「重度かつ慢性」に至った理由として考えられる。具体的な記載がないが、発症以来の治療内容の有効性およびその連続性、一貫性がどうであったか、問題行動についての洞察や病識獲得のための関わりが十分に行われたか、家族の関わりや地域資源の利用状況等支援体制がどうであったかなどが問題点となろう。さらに兄が同一施設に入院中であることの影響も考慮すべきと考える。

B. 入院治療におけるゴール

まず本人の幻覚妄想状態と粗暴行為を示す衝動性のコントロールにより、行動制限の解除を目指す。そのために処方歴の確認を要するが、現状の薬物で反応性不良と思われることから、現薬剤を最大用量まで増量してみる。改善がなければ他剤への置換、あるいはクロザピンの使用を試みる。修正型電気けいれん療法の併用も考慮する。次に本人の病識獲得を目標に心理教育を行う。この際、困惑を示す両親に対しても心理教育的な関わりを持つ。病状に関して兄の存在が影響を及ぼしているようであれば、別病棟にする、別の施設にする、なども考慮する。さらに今回の入院の契機となった反社会的行動についての洞察が得られるよう、精神療法や院内リハビリテーションを通して十分な関わりをもつ。措置入院である事を考慮すれば、最低目標としてここまでは必要と考える。

現実に退院を目指す際には、地域を含めた関係者との協議を通して、訪問看護やデイケア、地域の資源利用など退院後の支援体制の整備を行う。また現病歴において怠薬や治療中断が繰り返されたのであれば持続性抗精神病注射薬剤を積極的に使いたい。

C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢（選択肢についてはリスト参照のこと）

A列の選択については、上記した通り。本ケースにおいては、本人の病状以外に、兄が統合失調症で同一施設に入院している点、両親が本人の退院に拒否的とも思える言動を示している点など、家族による支援体制の脆弱さがうかがえる。家族の悩みと問題点を把握し、面談や病院主催の家族教室を

通して、家族による疾病の理解と受容をはかりたい。その上で関係者会議を通して、本人、家族の希望を踏まえ、クライシスプランを含む退院後の支援体制を整備・確認していく。再発の原因が怠薬であれば持続性抗精神病注射薬剤の導入を検討する。家族関係の状況によっては居住施設の利用も考慮する。治療の継続性のために自院でフォロー。措置入院後であることを踏まえて、訪問（行政にも依頼）を通しての見守りと相談を行う。頻回の再発歴から、社会参加のための支援（デイケアや通所施設利用）も要すると考える。これらにより本人と家族、地域、医療者、支援者との信頼関係を構築し、不調に際しての早めの対応を可能としたい。

D. 治療／方策リスト

まず最初に行うであろう治療／方策（特に重要なものを順に3つ）

順位	内容	領域
1	過去の処方歴を確認し、薬物治療方針について再検討する	薬物療法
2	抗精神病薬（現在投与中の薬剤）を増量する	薬物療法
3	抗精神病薬（クロザピン以外）へ変更する	薬物療法
3	クロザピンへ変更する	薬物療法

退院時までに行うであろうその他の治療／方策（順不同）

内容	領域
持続性抗精神病注射製剤を導入する	薬物療法
病棟／OT センターで行われる作業療法への参加を勧める	心理社会的治療
心理教育／疾患教育プログラムへの参加を勧める	心理社会的治療
地域にある居住施設を見学してもらう	心理社会的治療
地域生活準備プログラム（退院に向けた心理教育やSST）を実施する	心理社会的治療
ケアマネジメント（ないしケースマネジメント）を実施する	心理社会的治療
多職種参加の院内会議（地域移行検討委員会など）で治療方針／対応方針を協議する	心理社会的治療
退院前訪問を実施する	心理社会的治療
キーパーソンとなる家族（退院に反対していても）をまじえて退院についての話し合いを行う	心理社会的治療
福祉制度（障害年金など）の利用状況を確認の上、該当者には申請手続きを行う	心理社会的治療
退院後のクライシスプランを作成する	心理社会的治療
退院後は、自院でフォローアップする	地域ケア
精神科訪問看護により（病状悪化／再発防止のため）病状観察やケアを行う	地域ケア
精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科デイケアへ通所してもらう	地域ケア
グループホーム（共同生活援助）／福祉ホームなどの居住施設に入居してもらう	地域ケア
就労継続支援（A型作業所、B型作業所など）へ通所してもらう	地域ケア

地域活動支援センター（地域生活支援事業）を利用してもらう	地域ケア
電話による相談に24時間365日対応する	地域ケア
診療依頼（必要例に限る）に24時間365日対応する	地域ケア
自院または地域の救急システムにより24時間365日対応する	地域ケア
ショートステイを利用してもらう	地域ケア
（自院／連携先の）精神科病院への短期入院ができる体制を確保しておく	地域ケア
保健所等の行政機関職員に訪問してもらう	地域ケア
家族教室や面談を利用して家族への心理教育的な関わりをもつ	リスト外

回答者 土屋 輝夫（岩手県立南光病院・岩手県）

ケース 9

精神症状に加えて生活障害が著しい例

55歳女性。20代で統合失調症を発病した。会社経営の裕福な両親と同居し、身の回りのことはほとんどすべて母が世話を焼いていた。10年前に父が死亡。5年前頃から母が認知症となり、2年前に施設入所すると、以後単身生活となった。この2年間、訪問看護がはいり通院も何とか行っていたが、処方されたリスペリドン 3mg は自己調節していた。十分な資産があり、県外の兄からの送金によって近所のコンビニで弁当などを買って食べることはできていたが、庭にゴミが散乱し、2年前にぼや騒ぎ（大量のゴミを庭で燃やして処分しようとした）を起こしたことで今回の入院となった。

病棟のプログラムには勧められても参加せず、臥床していることが多い。内服はできるが、飲み忘れや飲み間違いがあるため薬の自己管理は行えず、更衣や整容もおっくうがり、入浴中もぼっとして自分の体が洗えない。結果、体臭がきつく、髪の毛もべたついている。本人は自宅への退院を希望しているが、近隣や兄からの抵抗もあり、退院のきっかけがないまま入院が長期化している。

A. 見立て

55歳という晩年寛解入り口の年齢であること。薬剤投与歴ははっきりしないが、デポ剤や、より鎮静作用の少ない薬剤への変薬など、治療的対応にもまだ様々な工夫が可能と思われる。地域の医療福祉資源の活用次第では、ハンディーと思われる単身生活についてもより手厚いサポートの余地が残されている。以上から、自然経過を追い風に、まず中間施設（自立訓練（生活訓練）＋宿泊型自立訓練施設）等へ入寮し、生活能力や回復の程度・障害をきめ細かく評価する。それを基に在宅等へ移行した場合の支援策さらに深めるといふ、段階的かつ丁寧な対応をとることで、より豊かな生活や、さらなる状況好転も十分期待可能なケースであろうと考えた。

B. 入院治療におけるゴール

①本人に一番合った抗精神病薬の適量へと調整し、本人の服薬への意識が高まること

より鎮静作用が少なく、服薬回数も少なくてすむ、プロナンセリン・ブレスピプラゾール・アリピプラゾールなどが候補にあげられる。また、どうしても服薬が不規則になる場合などは、ハロペリドール製剤等のデポ剤導入も考慮されるべきである。

②SSTや、作業療法等の各種グループ療法を通して、退院や生活・娯楽への意欲が若干でも高まること

これらの集団活動を通して、宿泊型自立訓練施設（旧 援護寮）等への見学や、試験的な外泊なども行い、退院先として想定される中間施設入所への円滑化を図ることも可能であろう。また、入所後のリハビリ先として最初に想定されるデイケアへの試験参加などもできたらより望ましい。

③退院後の中間施設入所を想定した、家族や各担当者との話し合い、ケースワーク

家族と各地域担当者双方に、まず中間施設入所に協力してもらえるよう、丁寧な説明とそれぞれの意向聴取に基づく各種調整を行っておきたい。

C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢（選択肢についてはリスト参照のこと）

まず、本人の自発性・意欲の低下、陰性症状を少しでも改善するための治療を最優先すべきであると考えた。中間施設（宿泊型自立訓練施設）等への入寮（2年間を想定）を退院先として考えたのは、

①本人の回復の程度と、生活能力上のハンディーを、丁寧に評価すること、②入院外での再発兆候についてもきちんと把握すること、③デイケア・地域活動支援センターなどに、なじみの居場所・人間関係を確保・構築すること、④訪問看護職員、ホームヘルパー、家族など、数年先の在宅移行も

見据えた協力体制構築と意見調整・ケースワークなどに、2年間という時間を十分使い、丁寧に取り組めるメリットがあると考えたからである。自然治癒力を最大化し、粘り強く、「本人の回復に半歩遅れて」支援を構築していくという、統合失調症回復期支援の鉄則は大事にすべきであろう。

D. 治療／方策リスト

まず最初に行うであろう治療／方策（特に重要なものを順に3つ）

順位	内容	領域
1	過去の処方歴を確認し、薬物治療方針について再検討する	薬物療法
2	抗精神病薬（クロザピン以外）へ変更する	薬物療法
3	グループ療法（思いを語ったり、軽い運動を行ったり、当事者研究を行ったり）への参加を勧める	心理社会的治療

退院時までに行うであろうその他の治療／方策（順不同）

内容	領域
抗精神病薬以外の向精神薬（気分調整薬など）を追加／併用する。	薬物療法
持続性抗精神病注射製剤を導入する	薬物療法
病棟／OT センターで行われる作業療法への参加を勧める	心理社会的治療
社会生活技能訓練（SST）への参加を勧める	心理社会的治療
地域にある居住施設を見学してもらう	心理社会的治療
地域生活準備プログラム（退院に向けた心理教育やSST）を実施する	心理社会的治療
ケアマネジメント（ないしケースマネジメント）を実施する	心理社会的治療
多職種参加の院内会議（地域移行検討委員会など）で治療方針／対応方針を協議する	心理社会的治療
キーパーソンとなる家族（退院に反対していても）をまじえて退院についての話し合いを行う	心理社会的治療
福祉制度（障害年金など）の利用状況を確認の上、該当者には申請手続きを行う	心理社会的治療
退院後は、自院でフォローアップする	地域ケア
精神科デイケアへ通所してもらう	地域ケア
自立訓練施設（機能訓練・生活訓練）を利用してもらう	地域ケア
生活介護（日中活動の場としての）を利用してもらう	地域ケア
ショートステイを利用してもらう	地域ケア
（自院／連携先の）精神科病院への短期入院ができる体制を確保しておく	地域ケア

回答者 浅井 信成（三方原病院・静岡県）

ケース 9

精神症状に加えて生活障害が著しい例

55歳女性。20代で統合失調症を発病した。会社経営の裕福な両親と同居し、身の回りのことはほとんどすべて母が世話を焼いていた。10年前に父が死亡。5年前頃から母が認知症となり、2年前に施設入所すると、以後単身生活となった。この2年間、訪問看護がはいり通院も何とか行っていたが、処方されたリスペリドン 3mg は自己調節していた。十分な資産があり、県外の兄からの送金によって近所のコンビニで弁当などを買って食べることはできていたが、庭にゴミが散乱し、2年前にぼや騒ぎ（大量のゴミを庭で燃やして処分しようとした）を起こしたことで今回の入院となった。

病棟のプログラムには勧められても参加せず、臥床していることが多い。内服はできるが、飲み忘れや飲み間違いがあるため薬の自己管理は行えず、更衣や整容もおっくうがり、入浴中もぼっとして自分の体が洗えない。結果、体臭がきつく、髪の毛もべたついている。本人は自宅への退院を希望しているが、近隣や兄からの抵抗もあり、退院のきっかけがないまま入院が長期化している。

A. 見立て

入院後の具体的な治療経過について明確でないので、はっきりとしたことは言えませんが、生活能力の低さだけでなく、精神症状が十分改善していないことが問題と思われ、薬物療法の余地がまだあると思われ。リスペリドンの増量、他剤への変更を検討し、複数の薬剤に反応不良であれば、積極的にクロザピンの導入を検討します。あと、本人の自宅退院へのこだわりと、自立へ向けた家族の理解と協力が退院調整に際して障害になる可能性が高いと思われ。

B. 入院治療におけるゴール

薬物療法による精神症状の改善が大前提だと思われ。退院のためには敵意や非協調性など病棟内での適応に支障をきたす部分の改善が優先されるでしょう。長期入院となっている患者さんは多くの場合多剤併用になっていますので、可能な限り単剤化を目指し、クロザピン導入も積極的に検討します。文面からは、生活習慣病の合併の可能性も高そうですので、クロザピンの適応にも関連するため、その評価と生活指導も必要だと思います。その上で、病棟内での日中活動への参加、最低限の更衣や整容は最低条件だと思います。キーパーソンは兄で比較的關係が疎遠のようですので、早期から家族面談を行って長期的目標（具体的にはグループホーム入所）を共有しておく必要があると思います。

C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢（選択肢については末尾の一覧表を参照のこと）

薬物療法が最も重要であることは、前述のとおりです。当ケースでは自宅退院とグループホーム入所の2つの選択肢がありえますが、本人の生活能力や家族の受け入れを考えると、グループホーム入所が現実的と思われ。当院の地域では、グループホームの選択肢は比較的広くありますので、複数個所を見学していただくことで、不安も和らぎより現実的な判断が可能になる場合が多いです。心理教育や作業療法の参加を促し、本人の興味のある活動が見つければ、それを通して退院への意欲につながるかもしれません。長期入院していた方がグループホームに入所する場合、施設側も慎重になることが多いので、多職種でのカンファレンスを開き、施設の要望を聞きながら退院後の日中活動などを決めていくことが多いです。再入院の受け入れを保証し、再入院が必要な具体的な症状をお伝えしておくことにより安心されるようです。

D. 治療／方策リスト

まず最初に行うであろう治療／方策（特に重要なものを順に3つ）

順位	内容	領域
1	過去の処方歴を確認し、薬物治療方針について再検討する	薬物療法
2	抗精神病薬（現在投与中の薬剤）を増量する	薬物療法
2	抗精神病薬（クロザピン以外）へ変更する	薬物療法
3	クロザピンへ変更する	薬物療法

退院時までに行うであろうその他の治療／方策（順不同）

内容	領域
地域にある居住施設を見学してもらう	心理社会的治療
多職種参加の院内会議（地域移行検討委員会など）で治療方針／対応方針を協議する	心理社会的治療
退院前訪問を実施する	心理社会的治療
キーパーソンとなる家族（退院に反対していても）をまじえて退院についての話し合いを行う	心理社会的治療
精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科デイケアへ通所してもらう	地域ケア
グループホーム（共同生活援助）／福祉ホームなどの居住施設に入居してもらう	地域ケア
自立訓練施設（機能訓練・生活訓練）を利用してもらう	地域ケア
生活介護（日中活動の場としての）を利用してもらう	地域ケア
就労継続支援（A型作業所、B型作業所など）へ通所してもらう	地域ケア
（自院／連携先の）精神科病院への短期入院ができる体制を確保しておく	地域ケア

回答者 廣田 正志, 吉住 昭（八幡厚生病院・福岡県）

ケース 10

重い身体合併症が存在する例

50歳男性。高卒後、美容専門学校をへて美容室勤務も、25歳のとき統合失調症を発病。入院治療をへて自宅からデイケアへ通所していた。若い頃は55kgとやせ型だったが、発病後は食欲旺盛で、現在体重は90kgを超える。父はすでに他界。母と2人暮らし。月1回の通院は別居の兄が車で送迎。普段、朝食は軽めだが、デイケアから帰宅するとカップラーメンかうどんを食べ、夕食もしっかりと食べ、寝る前におやつを食べていた。炊飯器にあまったご飯があると朝までに全部食べ切ってしまった。30歳のとき糖尿病と診断され、経口血糖降下剤が処方開始。周りから食べ過ぎを注意されても言うことを聞けなかった。8年前、定期検査でヘモグロビンA1c値が14.8%へ上昇しており、易怒性も強いいため入院となったが、入院後は糖尿病食（1200キロカロリー）により10～15kg体重減少し、糖尿病データも改善した。ところが、退院すると体重は2、3ヶ月のうちに90kgに戻った。幻聴や易怒性などの精神症状はアリピプラゾール 30mg + バルプロ酸 1200mgによりおおむね安定しているが、糖尿病については、1年前よりインスリン注射（1日1回）が導入され、本人では打ち間違え（打ち過ぎて低血糖発作を起こしたことが2、3回あり）があるため、同居の母が注射を行っていた。3ヶ月前の朝、母が脳梗塞で急逝。翌日より当院へ入院も、食事の支度やインスリン注射が継続できないため自宅退院の目処が立たず、入院期間は6ヶ月を超過している。

A. 見立て

発病後に始まる食欲増加とその制御の困難、高度肥満に伴う糖尿病の悪化とインスリン治療の導入、食事やインスリン注射の管理を不可能とする社会機能の低下、そして唯一の介護支援者である母の突然の逝去、といった背景により退院が困難となっている。

食欲増加にまつわる課題解決に絞ると、1) BMI と体脂肪率、2) 発病前と比べてどんな精神機能が低下したのか、3) ASD や ADHD といった発達障害の併存はどうか、4) 服薬、清潔、金銭管理、社会資源活用など現在の日常生活スキルのレベルはどの程度か、5) 食生活はもちろん、自宅での生活習慣はどうだったのか、6) 過去の運動経験はどうだったのか、7) 退院後、兄からの支援は可能なのか、8) 食欲抑制に対してブロナンセリンはどうだったのか、などまず確認したい。

B. 入院治療におけるゴール

食欲の制御、食事や糖尿病の自己管理ができるようになることが理想であるが、その可能性は低いことを前提に戦略を練る必要がある。まずブロナンセリンの使用経験がなければ、主剤を慎重に切り替え、食欲への影響をみる（H1 受容体親和性が他抗精神病薬より低い）。次に厳密な食事管理によりインスリン注射を止めることができるか評価する。同時に内分泌科へ相談し、単身生活者に易しい投薬計画を提案してもらおう。栄養運動指導を進めるにあたって、1) 平日と休日のスケジュール（起床、食事、排泄、服薬、運動、余暇、就寝など）、2) 食生活（食事の量と内容、食事の回数、食事にかかる時間、間食など）、3) 飲酒及び喫煙、4) スマホ、ゲームなどディスプレイ使用習慣、5) 運動習慣、などについて評価を行い、栄養士による退院後の食事計画、作業療法士による運動計画の策定を行う。最終的には、兄を含めた地域生活支援者により、それぞれの分野よりどのような支援計画が立てられるか調整を図る。また上述の計画によっても食欲の制御が難しいと予想されるのであれば、減量手術を視野に糖尿病外科への相談を行う。

C. 本例に実施可能な治療／方策の選択肢（選択肢についてはリスト参照のこと）

薬剤誘発性の食欲増進があるとすれば、原因である薬剤からその可能性が低い薬剤へ変更することが最大の解決策となる。インスリン注射を含め、社会機能障害をもつ患者にとって管理が複雑な投薬

をすべきでなく、可能な限り単純な投薬計画へと変更すべきである。そのことを共有できる理解ある内分泌科との連携も大切かと考える。また必要であれば、内分泌科ならではの食事運動プログラム、あるいは生活習慣の見直し入院も可能であれば行えるとよい。個別の栄養指導は栄養士によって行われるが、集団による運動療法は動機付け、習慣の確立に効果的であり、この患者にも入院中は作業療法士により、退院後はデイケア職員によって継続的に行われることが期待される。退院後は兄を含め地域による多くの職種によって支援されることを踏まえ、入院中よりそれぞれの職種からこういった支援ができるのか有機的に統合して検討する機会を最低でも2回は設定したい。しかし食欲の問題は容易に解決できない可能性もあることから、減量手術の導入なども検討すべきかと考える。

D. 治療／方策リスト

まず最初に行うであろう治療／方策（特に重要なものを順に3つ）

順位	内容	領域
1	過去の処方歴を確認し、薬物治療方針について再検討する	薬物療法
2	地域関係者を含めたケア会議を地域移行のプロセス（入院中から退院後の地域定着まで）において定期的実施する	心理社会的治療
3	精神科デイケア専門プログラムへ参加してもらう	地域ケア

退院時までに行うであろうその他の治療／方策（順不同）

内容	領域
抗精神病薬（クロザピン以外）へ変更する	薬物療法
薬物療法について上記以外の対応策を実施する	薬物療法
病棟／OT センターで行われる作業療法への参加を勧める	心理社会的治療
心理教育／疾患教育プログラムへの参加を勧める	心理社会的治療
多職種参加の院内会議（地域移行検討委員会など）で治療方針／対応方針を協議する	心理社会的治療
退院前訪問を実施する	心理社会的治療
キーパーソンとなる家族（退院に反対していても）をまじえて退院についての話し合いを行う	心理社会的治療
退院後は、自院でフォローアップする	地域ケア
精神科訪問看護により（病状悪化／再発防止のため）病状観察やケアを行う	地域ケア
精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する	地域ケア
精神科訪問看護により身体管理・指導を実施する	地域ケア
頻回（週3回以上）の精神科訪問看護を実施する	地域ケア
精神科デイケアへ通所してもらう	地域ケア
グループホーム（共同生活援助）／福祉ホームなどの居住施設に入居してもらう	地域ケア
他科（内科、整形外科、泌尿器科など）に併診してもらう	地域ケア

回答者 永久保 昇治（式場病院・千葉県）

II. 実践ガイドの基礎となる調査の概要と主な結果

実践ガイドの基礎となる調査と結果については、5つの研究班のそれぞれの報告書に詳細がまとめられています。ここではそれらの調査の概要と主な結果をご紹介します。

1. 第一次アンケート調査

(執筆：安西 信雄)

好事例病院の選択基準を設定する根拠を得ることを目的として5つの研究班が協力して平成30年2～4月に第一次アンケート調査を実施した。

調査対象は、平成26～27年度厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」による調査にご協力くださった219病院と、厚生労働省ナショナルデータベース(NDB)から好事例二次医療圏として選択された38の二次医療圏に属する精神病床を有する108病院で合計327病院に依頼した。

(このうち、好事例二次医療圏の選択においては、平成29年度厚労科研「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究班」(研究代表者：山之内芳雄)から、「精神科病床長期在院患者退院率(OLS退院率)」、「精神科新規入院患者が1年以上在院となる率(NLS発生率)」の全国集計値を提供していただき、①新規の1年以上在院患者(NLS)の発生が少ない、かつ、②既に1年以上になっている患者(OLS)の退院率が高い(①②のどちらも全国集計値の中央値以上)二次医療圏を好事例二次医療圏とした)。

第一次アンケート調査では、施設調査により、①調査時の入院患者中の1年以上在院患者(OLS比率)、②平成27年度に新入院した患者中の1年以内退院患者(NLS発生率)、③1年超在院患者のうち1年後までに退院した患者(OLS退院率)、④精神科地域移行加算の請求実績、⑤クロザピン治療、mECT実施の実績などを調査した。

また、患者調査により、「1年超在院患者(OLS)のうち1年後までに退院した患者」(上記の③)について一人ひとりの詳しい情報を調査した。具体的には、その病院で平成28年4月1日時点で1年を超えて在院していた患者のうち、その後1年間に退院した患者を対象として、年齢、性別、診断等の他、入院長期化の理由と退院先、退院に資した主な治療(薬物療法やその他の治療/支援など)、およびその患者が「退院後支援・ケアプラン作成における典型例(8つを提示)」に該当するかを確認した。さらに、二次アンケート調査への協力の可否の回答をお願いした。

その結果、52病院から施設票・患者票と二次アンケート調査への協力可の回答をいただいた(回答率16.5%)。

第一次アンケート調査の回答をもとに、5つの研究班代表者を含む統括・調整研究班で検討した結果、好事例病院の選択基準を右記のように定めた。好事例病院の選択基準は、トップレベルの病院だけでなく、平均的な好ましい医療を実践している病院も抽出できるように、施設のデータが全国の中央値を下回らないこととして、Aを満たしBとCのどちらか(または両方)を満たす病院とした。

「重度かつ慢性」基準を満たす患者の治療/支援および発生予防における
「好事例病院」の選択基準

下記のAを満たし、BとCのどちらか(または両方)を満たす病院

A: 新規入院患者の1年後までの退院率が高い

(全国中央値89.3%以上)

B: すでに1年を超えて在院している患者の1年後までの居宅系退院率^{注1}が高い(参考値8.4%以上)

(注1: 居宅系退院には自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含む)

C: 在院患者中の1年を超える患者の占める率が低い

(全国中央値61.4%以下)

☆「全国中央値」を基準としたのは、飛び抜けた病院だけでなく、平均的な病院も少し努力すれば達成可能なレベルにしようと研究班で合意されたため

2. 各研究班によるヒアリングやパイロットスタディ等の調査

各班により次のように訪問調査（ヒアリング）や実態調査、文献調査等が実施されました。

薬物療法班（研究代表者：宮田量治）

1. 薬物療法ガイド作成のための調査表バッテリーを作成。薬物治療ガイドのアウトライン（案）を作成。
2. 山梨県立北病院及び慈圭病院にて予備調査を実施し、データ収集や分析方法について分担研究者から意見聴取。調査票バッテリー最終版を作成し、薬物療法についての実態調査を1次アンケート調査回答46施設に対して実施。
3. 入院期間に影響する要因の文献的検討を実施。
4. 抗精神病薬の説明やIC（インフォームド・コンセント）に利用できる（製薬会社発の）患者や家族向け説明文書・動画媒体（DVD）・ネット情報を収集。

クロザピン班（研究代表者：木田直也）

1. 厚生労働省の難治性精神疾患地域連携体制整備事業のモデル事業に選ばれた地域6か所の全ての拠点病院に対してヒアリング調査を行った。またCLZ症例数の多い病院や統括調整班の一次調査の結果から選択された病院のうち、6つの好事例病院へのヒアリング調査を行った。
2. 全国のCPMS（Clozaril Patient Monitoring Service）登録されている全ての医療機関（平成30年6月時点で441施設）に対して、CLZ治療をする上での障壁などCLZ治療に関連したアンケート調査を行い、222施設からの有効回答を得て、その調査結果を分析した。

心理社会的治療／方策研究班（研究代表者：岩田和彦）

1. 平成25年～27年に行われた「精神障害者の重度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」の際に実施されたアンケート調査で、入院1年以上の患者の年間退院率が病床数の5%以上であった病院とアドバイザーグループメンバーの推薦により調査対象候補となる医療機関を抽出した。その中から病院規模、地域性、保有施設などを考慮し、平成29年度に16医療機関（書面調査（1）と訪問調査予行演習（1）を含む）の調査を実施した。
2. 平成30年度はさらに地域性を考慮し、関東、東海、四国の4医療機関を追加訪問するとともに、国内・海外の先行研究に関する文献調査を実施した。
3. 第二次アンケート調査結果と訪問調査、および文献調査の結果を総合し、心理社会的治療実践ガイド（案）を作成した。

チーム地域ケア体制班（研究代表者：吉川隆博）

1. 類似分野の既存ガイドラインおよび先行研究のレビューを行い、地域ケア体制実践ガイド骨子（案）を検討するとともにインタビューガイドを作成した。
2. 平成29年度は、チーム地域ケア体制研究班の機縁法により選定された14地域・施設のインタビュー調査を実施し、重度かつ慢性患者を対象とした退院支援・地域ケア体制構築に向けた促進要因等の分析を行った。
3. 平成30年度には、第1次アンケート調査結果より選定された5施設を対象として、重度かつ慢性患者の典型例に関するインタビュー調査の実施・分析を行うとともに、第2次アンケート調査結果に基づき、チーム地域ケア体制実践ガイド（案）を作成した。

3. 第二次アンケート調査

(執筆：安西 信雄)

第二次アンケート調査は、第一次アンケート調査に回答した 52 病院のうち、上記の好事例病院選択基準により好事例病院に当てはまる 22 病院に調査を依頼しました。

第二次アンケート調査では、病院の運営体制、心理社会的治療や地域ケア体制に関わるプログラムやサービスの実施頻度（対象とした好事例病院でどの程度実践されているか）を確認しました。特に病院の運営体制については、心理社会的治療班の現地調査により、長期在院の患者さんの退院促進に病院の運営体制が強く関わることが確認されたため追加された調査項目です。第二次アンケートの調査項目については末尾に掲載してありますのでご覧ください。

その結果、1 年を超える在院患者（OLS）がないため回答を辞退された 2 病院を除くと 20 病院すべてから 2 次アンケート調査への回答をいただきました（回答率 100%）。

好事例 20 病院の設置主体別分類は、民間 11 病院（55.0%）、自治体立 7 病院（35.0%）、国立 2 病院（10.0%）で、民間病院が半数強を占めていました。

好事例病院とその他の病院を対比して、病院の規模（患者数）を検討したものが表 1 です。調査時点の在院患者数（認知症が主診断の患者を除く）をみると、好事例病院／その他の病院ともに在院患者 100 人～299 人の範囲が多く、両群間に在院患者数の有意差は見られませんでした。

表1 好事例/その他の病院の調査時点の在院患者数(認知症を除く)

患者数区分	(人数)	好事例病院(%)		その他の病院(%)		合計(%)	
	1=-99	1	5.0%	6	20.0%	7	14.0%
2=100-199	8	40.0%	10	33.3%	18	36.0%	
3=200-299	8	40.0%	8	26.7%	16	32.0%	
4=300-399	1	5.0%	4	13.3%	5	10.0%	
5=400-499	2	10.0%	1	3.3%	3	6.0%	
6=500-599	0	0.0%	1	3.3%	1	2.0%	
合計	20	100.0%	30	100.0%	50	100.0%	

注) 在院患者数の平均は、好事例病院(n=20) 210.9±117.4人、その他の病院(n=30)212.7±123.0人で、両群間に有意差は見られなかった(t=0.052, 自由度48, p=0.958)。

好事例病院／その他の病院と在院患者の平均在院日数（平成 28 年度）を比較したものが表 2 です。好事例病院では 200 日未満が多いのに対し、その他の病院では 200 日以上の方が多いため、両群間に有意差は見られませんでした。

表2 好事例/その他の病院の平均在院日数

平均在院日数区分	区分(日)	好事例病院(%)		その他の病院(%)		合計(%)	
	1=-39	1	5.0%	0	0.0%	7	14.0%
2=40-99	4	20.0%	1	3.3%	18	36.0%	
3=100-199	11	55.0%	3	10.0%	16	32.0%	
4=200-299	4	20.0%	10	33.3%	5	10.0%	
5=300-	0	0.0%	16	53.3%	3	6.0%	
合計	20	100.0%	30	100.0%	50	100.0%	

注) 平均在院日数の平均は、好事例病院(n=20) 147.3±62.3日、その他の病院(n=30)382.1±311.0日で、好事例病院群の方がその他の病院群より有意に短かった(t=3.32, 自由度48, p<0.01)。

以上のように好事例病院とその他の病院は設置主体（民間か国公立か）、病院の規模（大規模病院か中小病院か）で分かれているのではないことが分かりました。

以上より、本アンケート調査における好事例病院は、国公立病院の比率が高いものの民間病院が半数以上を占めており、病院規模では平均的な病院が選択されていると考えられます。

4. 退院後支援・ケアプラン作成における典型例の分析

(編集・執筆：宮田量治)

第一次アンケート調査の患者調査により、好事例 22 施設から、「1 年超在院患者 (OLS) のうち 1 年後までに退院した患者」(平成 28 年 4 月 1 日時点で 1 年を超えて在院していた患者のうち、その後 1 年間に退院した患者) 408 名の回答が得られました。

408 名が「8 つの退院後支援・ケアプラン作成における典型例」に該当するかどうか確認したところ、典型例に該当しない例が最も多く (62.7%)、典型例の中では「陽性症状が重度な例」「治療中断の可能性が大きい例」などが多く、「多飲水や衝動行為などが著しい例」(1.2%)、「自殺や自傷行為等の危険性が高い例」(1.0%)、「他害や触法行為の可能性が高い例」(0.7%) はごく少数でした。

典型例への治療や支援については、薬物療法 (クロザピンを含む)、心理社会的治療、地域ケア体制などをまたぐ bio-psycho-social な総合的アプローチが必要となるため、本ガイドにおいては、当該症例を経験した第一次アンケート回答施設に対して研究班が作成したケースビネットにより日頃行っている治療や支援について回答していただきました。具体的な回答についてはガイド部分を参照してください。

典型例		該当数	比率
1	陽性症状が重度な例	32	7.8%
2	治療中断の可能性が大きい例	22	5.4%
3	多飲水や衝動行為などが著しい例	5	1.2%
4	暴言や迷惑行為等への対応を要する例	23	5.6%
5	自殺や自傷行為等の危険性が高い例	4	1.0%
6	他害や触法行為の可能性が高い例	3	0.7%
7	精神症状に加えて生活障害が著しい例	44	10.8%
8	重い身体合併症が併存する例	19	4.7%
	どの典型例に該当しない	256	62.7%
		408	100.0%

Ⅲ. あとがき

(執筆：安西 信雄)

(1) 本実践ガイドを活用していただくために

コンパクトな実践ガイドを心がけ、「ミニマム・エッセンス」はギュッと圧縮して作りました。入院が長期化しがちな8つの「典型例」は、病状に対応した治療や支援が書かれており少し詳しくなっています。項目Ⅱには実践ガイドの根拠となっている第一次アンケート、各班の調査、第二次アンケートや典型例に関するポイントだけをまとめました。詳しくは各研究班の報告書をご参照ください。

振り返れば「重度かつ慢性」は誤解されやすい言葉でした。もともと平成24年の厚生労働省の検討会で「重度かつ慢性」に該当する患者以外は1年以内に退院できるような仕組みを作ろうという話が出され、「重度かつ慢性」の基準を作る研究班が発足しました。欧米ではSMI (Severe Mental Illness)、SPMI (Severe and Persistent Mental Illness)という言葉が使われていて、手厚い医療や福祉サービスが提供されていると聞いています。病気が重く手厚い医療や支援を必要とする人がいるという現実を直視し、実態を調査して、こうした人たちにも対応出来るよう医療や支援のレベルアップを図りたいと考え私たちは研究に取り組んできました。

今回の平成29～30年度の厚生労働科学研究で、「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイドを作成することができましたので、「研究班が目指していたことが分かった」という声を聞くことができました。「重度かつ慢性」の基準作りから数えると全国的な実態調査を5回実施したことになります。この実践ガイドはご協力いただいた300以上の病院や地域の皆様との共同の成果と考えています。

好事例病院の選択基準は、①新しく入院した患者さんが早く退院している、②長期入院を減らすため地域移行・地域定着をはかっている実績があがっていることです。

こうした好事例病院の「重度かつ慢性」患者の退院支援の実態調査を通して、成果につながる「ミニマム・エッセンス」が研究班の調査で明らかになりました。

研究班では、入院治療で期待したような改善が得られないとき、病状が改善しないため退院の見通しが立てられないとき、病院内のチームや地域ケアとの連携がとりづらいつきなどに、この実践ガイドを参照してヒントを探していただくことを希望しています。

薬物療法については「2-1. 薬物療法」(p. 4-8)、クロザピンについては「2-2. クロザピン(CLZ)療法」(p. 11-16)、心理社会的治療については「2-3. 心理社会的治療・支援プログラム」(p. 15-18)、チームによる地域生活支援については「2-4. チームによる地域ケア体制」(p. 19-22)に、それぞれの手がかりをまとめてあります。

これらは好事例病院の多くで実践されているものを重視してミニマム・エッセンスとしてまとめたものです。一方で、数は多くなくても精神科入院治療において対応が難しく、在院が長期化しがちな状態像を呈する人たちがいます。これらを8つの類型にまとめた「典型例」に対する治療と支援を、好事例病院でそれぞれの典型例の退院実績のある臨床経験豊富な先生方に、「見立て」と「入院治療におけるゴール」、「実施可能な治療／方策の選択肢」、「最初に行うであろう治療／方策」と「退院時までに行うであろうその他の治療／方策」をできるだけ具体的に書き込んでいただきました。

これらの「典型例」と治療／方策は、入院治療に行き詰まったときに似たケースはないか探していただいて、似たケースに対して挙げられている治療／方策に照らして、ご自身の病院での実践を振り返る手がかりとして利用していただけるのではないのでしょうか。

さて、治療ガイドラインや実践ガイドについては、「特定の疾患や状態」に対して「この治療／方策が有効」という組み合わせが期待されるかと思えます。ところが、今回の調査と実践ガイドの検討の過程で、「重度かつ慢性」患者への対応においては別の考え方が必要であることが明らかになりました。それらは3つのポイントにまとめられるかと思えます。

- 1) ヒアリングの過程で「個々の治療法の選択の前に、病院として患者さんの退院を支援する姿勢やシステムが重要」との指摘がありました。これらを第二次アンケートにまとめて好事例病院を対象に調査したところ、「1. 総論：病院としての取り組み」(p. 1-3)にありますように、病院とし

て退院促進や医療高度化を重視する姿勢、患者の意欲喚起・退院発議、退院に向けての支援計画を立て進捗をモニタする仕組みを持つなどが好事例病院の多くで実施されていることが分かりました。こうした病院としての取り組みの中で、薬物療法や心理社会的治療などの個々の療法の効果を発揮していると考えられます。

- 2) 治療や支援の実施に当たっては、何か単一の治療や支援によって退院に至ることは稀で、好事例病院では、多くの場合にいくつもの治療を組み合わせて実施されていました。クロザピンは治療抵抗性統合失調症患者にも有効とされていますが、ミニマム・エッセンスの「資料 琉球病院パス」で示されているように、クロザピン療法に加えて、心理教育や退院準備プログラム、服薬指導、デイケア参加、福祉プログラムなどが必要とされています。8つの典型例のうち、ケース4（衝動行為）、ケース7（自殺・自傷）、ケース8（触法行為）などでは「まず最初に行う治療」としてクロザピンへの変更が挙げられていますが、これらの例の「D. 治療／方策リスト」では、退院時まで多くの心理社会的治療や地域ケアが選択されており、クロザピン療法による病状改善に加えて、退院に向けての心理社会的治療や地域ケアの必要性が示唆されているといえるでしょう。
- 3) 最後に、初期治療でうまくいかないとき、見直し、担当者任せにしないチームや病棟、病院としての支援の仕組みも重要です。こうしたことは「総論：病院としての取り組み」の他、薬物療法の見直しなどでも述べられています。

この実践ガイドで述べられていることは、とても常識的なことかもしれません。多くの病院ではすでに実施されていることも多いかと思います。しかし、好事例病院の多くで実施されている事項は、好事例の要因とつながっている可能性があります。また典型例のケースビネットへの経験者の治療／支援の提言は参考になることが多いのではないかと思います。

現場で長期化しがちな患者さんたちに関わっている方々が、期待通りに患者さんが良くならないとき、あるいは病棟や病院のチームを見直すときに、この実践ガイドを参考にさせていただけることを期待しています。

（2）本実践ガイドの限界と今後の課題－超長期患者や高齢患者に対する自由記述の紹介

第二次アンケートの質問項目は、平成 24 年度以降の研究成果を踏まえて平成 29-30 年度に実施した約 300 病院・施設のヒアリングやアンケート調査に基づいて、「好事例に関連すると考えられる要因」を研究班で議論して整理したものです。第二次アンケートの実施により、重要と考えられた要因が、好事例病院でどの程度実施されていたかが分かり、これが実践ガイドの根拠の1つとなっています。しかし、実施状況を確認した対象が 20 病院と比較的少数であったため、選択の偏りが含まれている可能性は否定できません。今後、より多数の病院や施設を対象とした調査による確認が望まれます。さらに、今回の好事例選択の条件は新規入院患者の早期退院と、長期在院患者の居宅退院というシンプルなものですが、退院実績には地域の特性やその病院の役割などの考慮が必要かもしれません。二次医療圏や精神医療圏などが検討されていますが、地域ごとに見た際の好事例の基準も今後の検討課題と思われます。

ところで、今回の好事例の検討では、対象者の特性ごとの検討は十分に行われていません。

二次アンケートでは、「重度かつ慢性」患者で特に長期の在院患者や高齢患者への治療／支援について、重視して取り組んでおられることを自由記載でお願いしました。それらの自由記載の中で、重要と思われるご意見を抜粋してご紹介させていただきます。

1) 5年以上の長期在院患者に対して特に重視していること（自由記載）

- ・入院期間にかかわらず早期退院。オーダーメイドの治療や支援を重視(さわ病院)

- ・クロザピンの適応のある患者には積極的に処方(慈圭病院)
- ・病状や退院可能性を「医師」「看護師」「精神保健福祉士」が独自に評価(藍里病院)
- ・障害されているコミュニケーション技術や日常生活技能の回復や向上(丸亀病院)
- ・入院6～9か月以内には退院を目指す(1年を過ぎると退院意欲の低下が著しくなるため)。一番早いのは、スタッフの意識改革「できない。あの患者はムリムリ」から「もしかして病気あるけど、病識ないけど、人に助けを求めることが少しあり、退院できるかも」の意識チェンジ(岡山県精神科医療センター)

2) 65歳以上の高齢患者に対して特に重視していること (自由記載)

- ・介護保険によるサービスとの整合性を検討。単身生活やグループホームなどでの生活維持が困難な場合には老健施設など入所を検討。(竹田総合病院)

3) その他 (自由意見)

- ・Lesson 1で精神療養型の病棟で1年以上開放処遇で入院している人を退院させるべき。重度かつ慢性の人の退院はLesson10レベルであり、Lesson 1から始めてそれらが終わってから取り掛かるべきである。(さわ病院)
- ・5年以上の人は知的障害・強度行動障害の方が8割。施設は50人待ち、施設からの地域移行も大きな課題とを感じる。(岡山県精神科医療センター)

第二次アンケートは第一次アンケートが基礎になっています。第一次アンケートでは52病院から1年以上在院後1年間に地域に退院した797人について患者属性と実施された治療と支援を報告していただきました。これらの797人の在院年数と退院時の年齢を調べました。退院までの在院年数は5年以上が370人(46.4%)、10年以上も223人(28.0%)含まれていました。65歳以上の患者は797人のうち426人(53.5%)でした。このように、今回の好事例病院の検討の基礎となった対象患者は、在院期間5年以上、65歳以上の患者がほぼ半数を占めていました。したがって、今回の好事例病院の治療や支援はこうした長期在院患者や高齢患者の治療経験を踏まえたものであることが分かります。しかし、こうした超長期在院患者や高齢患者を特に取り上げた検討はしていませんでした。

上記の自由記載のご意見で、5年以上の長期在院患者に対して、また65歳以上の高齢者に対して特に重視していることについてのご指摘はとても参考になるものです。特に退院意欲の問題や日常生活機能低下への対応、それらへの地域と病院が一体となった支援方法の開発は、今後の重要な課題と思われまます。

今回の実践ガイドの目的は、精神症状が特に重い「重度かつ慢性」の患者への治療と支援の方法を明らかにすることでしたが、「その他」でさわ病院からご指摘いただいた「難易度の高いLesson 10から始めるのではなく、Lesson 1から始めてLesson 10はそれらが終わってからにすべき」とのご指摘も傾聴に値すると思われまます。

この実践ガイドは、「重度かつ慢性」基準に該当する重い症状を持つ患者でも、計画的で包括的な治療や支援を実施すれば退院と地域生活が可能になるというヒントをお示したものです。これらのヒントの中には、精神症状などの重症度がそれほどではないが長期在院となっている患者さんたちに適用すれば効果があるものが沢山含まれているかもしれません。この実践ガイドを参考として、必ずしも「重度かつ慢性」基準に該当するわけではないが長期在院となっている患者さんたちへの治療と支援が見直され、実践ガイドのような形で整備され、良い実践が広まっていくことも期待したいと思います。

IV. 資料 【資料1】 第二次アンケート調査項目

病院情報（病院名、連絡担当者等）

A. 「重度かつ慢性」患者の退院促進に関連する病院運営体制等について

1. 病院として重度かつ慢性の患者の退院促進に取り組んだきっかけ
2. 重度かつ慢性の患者の退院に向けての本人の意向確認や意欲喚起の取り組み
3. 重度かつ慢性の患者の退院の発議について
4. 発議後のプロセスについて
 - 4-1. 退院支援計画
 - 4-2. 入院時などにチェックリストを用いて在院長期化リスクをアセスメント
 - 4-3. 治療の進行のチェック体制

B. 「重度かつ慢性」患者等に対して実施している取り組み（プログラムなど）

5. 「重度かつ慢性」患者に対して利用する取り組み（プログラムなど）
6. 重度かつ慢性の患者の退院支援を推進する主要なスタッフ
7. 貴院で重度かつ慢性の患者の診療を行う医師の活動
8. 重度かつ慢性の患者が入院する病棟の看護体制
9. 重度かつ慢性の患者さんのご家族へのアプローチ
10. 重度かつ慢性の患者のクライシスプラン
11. 重度かつ慢性の患者の退院後の支援体制・支援活動

C. 「重度かつ慢性」患者に対する地域生活支援・地域連携

12. 重度かつ慢性の患者さんに対する地域連携
13. ピアサポーターについて
14. 「重度かつ慢性」患者を対象とした地域連携体制
15. 「重度かつ慢性」患者に利用された地域生活支援
16. 「重度かつ慢性」患者に利用された、病状悪化時の支援

D. 「重度かつ慢性」患者で特に長期の在院患者や高齢患者への治療／支援について

17. 「重度かつ慢性」に該当する在院患者のうち、在院期間が5年以上の長期在院の患者に対する治療や支援として、特に重視して取り組んでおられること
18. 「重度かつ慢性」に該当する在院患者のうち、年齢が65歳以上の高齢の患者に対する治療や支援として、特に重視して取り組んでおられること

【資料2】 「重度かつ慢性」患者の治療／方策選択リスト

領域	D. 治療／方策リスト	A列	B列
薬物療法／方策	抗精神病薬(現在投与中の薬剤)を増量する		
	抗精神病薬(クロザピン以外)へ変更する		
	クロザピンへ変更する		
	新たな抗精神病薬(現在投与されていない薬剤)を追加／併用する。		
	抗精神病薬以外の向精神薬(気分調整薬など)を追加／併用する。		
	内服確認を強化する		
	持続性抗精神病注射剤を導入する		
	過去の処方歴を確認し、薬物治療方針について再検討する		
	mECT(修正型電気けいれん療法)を実施する		
	薬物療法について上記以外の対応策を実施する		
心理社会的治療／方策	精神療法の回数を増やす		
	質の高い精神療法を行う／さらに継続する(例えば、30分以上の面接を週1回以上)		
	病棟／OTセンターで行われる作業療法への参加を勧める		
	心理教育／疾患教育プログラムへの参加を勧める		
	社会生活技能訓練(SST)への参加を勧める		
	グループ療法(思いを語ったり、軽い運動を行ったり、当事者研究を行ったり)への参加を勧める		
	精神病症状をターゲットとした認知行動療法のプログラムへの参加を勧める		
	心理士等によるカウンセリングを勧める		
	地域にある居住施設を見学してもらう		
	地域生活準備プログラム(退院に向けた心理教育やSST)を実施する		
	ピアサポーター(元入院患者等)の交流や支援を勧める		
	地域移行パス(クリティカルパス)にもとづいて対応する		
	ケアマネジメント(ないしケースマネジメント)を実施する		
	多職種参加の院内会議(地域移行検討委員会など)で治療方針／対応方針を協議する		
	退院前訪問を実施する		
	キーパーソンとなる家族(退院に反対していても)をまじえて退院についての話し合いを行う		
福祉制度(障害年金など)の利用状況を確認の上、該当者には申請手続きを行う			
退院後のクライシスプランを作成する			
地域関係者を含めたケア会議を地域移行のプロセス(入院中から退院後の地域定着まで)において定期的実施する			
(退院直後の)地域ケアにお	退院後は、自院でフォローアップする		
	退院後は、他院でフォローアップする		
	障害者総合支援法による「地域定着支援」を利用してもらう		
	精神科訪問看護により(病状悪化／再発防止のため)病状観察やケアを行う		
	精神科訪問看護により服薬管理・指導を実施する		
	精神科訪問看護により身体管理・指導を実施する		
頻回(週3回以上)の精神科訪問看護を実施する			

夜間休日でも電話や訪問が行える精神科訪問看護を実施する		
精神科外来による服薬管理・指導を実施する		
精神科デイケアへ通所してもらう		
精神科デイケア専門プログラムへ参加してもらう		
外来作業療法による個別プログラムへ参加してもらう		
通院等介助等(ヘルパー)による通院支援を導入する		
居宅介護(ホームヘルパーなど)を導入する		
グループホーム(共同生活援助)／福祉ホームなどの居住施設に入居してもらう		
自立訓練施設(機能訓練・生活訓練)を利用してもらう		
生活介護(日中活動の場としての)を利用してもらう		
就労継続支援(A型作業所、B型作業所など)へ通所してもらう		
地域活動支援センター(地域生活支援事業)を利用してもらう		
電話による相談に24時間365日対応する		
診療依頼(必要例に限る)に24時間365日対応する		
自院または地域の救急システムにより24時間365日対応する		
退院後一定期間24時間対応できる多職種チーム等が危機対応を行う		
ショートステイを利用してもらう		
(自院／連携先の)精神科病院への短期入院ができる体制を確保しておく		
他科(内科、整形外科、泌尿器科など)に併診してもらう		
保健所等の行政機関職員に訪問してもらう		
<u>上記選択肢にはないが本例に対し、必ず行うであろう治療／方策</u>		

V. 研究班の構成と協力施設・病院一覧

1. 研究班の構成

統括調整班

研究代表者	安西 信雄 (帝京平成大学大学院)
分担研究者	宮田 量治 (山梨県立北病院)
	岩田 和彦 (大阪精神医療センター)
	木田 直也 (国立病院機構琉球病院)
	吉川 隆博 (東海大学)
研究協力者	山之内芳雄 (国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所)
	田口 真源 (大垣病院)
	井上 新平 (さわ病院)
	立森 久照 (国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター トランスレーショナル・メディカルセンター)
	河岸 光子 (吉祥寺病院)
	工藤 由佳 (群馬病院)

(平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業補助金 精神科医療提供体制の機能強化を促進する政策研究 (研究代表者 山之内芳雄) 重度かつ慢性の精神障害者の医療提供体制 (分担研究者 安西信雄))

研究協力者 原 敬造 (原クリニック)

薬物療法班

研究代表者	宮田 量治 (山梨県立北病院)
研究分担者	藤井 康男 (山梨県立北病院)
	武田 俊彦 (慈圭病院)
	内田 裕之 (慶應義塾大学医学部)
	三澤 史斉 (山梨県立北病院)
研究協力者	三浦 孝政 (川崎市立川崎病院)
	グナリディス 愛 (慶應義塾大学医学部)
	遠藤 亜希 (慶應義塾大学医学部)

クロザピン班

研究代表者	木田 直也 (国立病院機構 琉球病院)
分担研究者	村上 優 (国立病院機構 榊原病院)
	宮田 量治 (山梨県立北病院)
	大鶴 卓 (国立病院機構 琉球病院)
	矢田 勇慈 (岡山県精神科医療センター)
研究協力者	安西 信雄 (帝京平成大学大学院)
	高江洲 慶 (国立病院機構 琉球病院)

心理社会的治療／方策研究班

平成 29 年度

研究代表者	井上 新平 (さわ病院)
分担研究者	澤 温 (さわ病院)

平成 30 年度

研究代表者 岩田 和彦 (大阪精神医療センター)

分担研究者 渡邊 治夫 (さわ病院)

池淵 恵美 (帝京大学医学部)

研究協力者 井上 新平 (さわ病院)

チーム地域ケア体制研究班

研究代表者 吉川 隆博 (東海大学医学部看護学科)

分担研究者 野口 正行 (メンタルセンター岡山)

荻原 喜茂 (一社団法人日本作業療法士協会)

田村 綾子 (聖学院大学人間福祉学部)

木戸 芳史 (三重県立看護大学)

三宅 美智 (岩手医科大学看護学部)

研究協力者 安西 信雄 (帝京平成大学大学院)

新垣 元 (新垣病院)

田崎 博一 (愛成会病院)

東 美奈子 (訪問看護ステーション Relisa)

岡部 正文 (一般社団法人ソラティオ)

遠藤 真史 (地域生活支援センターゆずり葉)

岡崎 尚子 (岡山市保健福祉局)

明田久美子 (中原区役所地域みまもり支援センター)

荻野 夏子 (東海大学医学部看護学科)

北村 周美 (東海大学医学部看護学科)

研究班へのお問い合わせ: judo-chousa@thu.ac.jp または judo.chousa@gmail.com

2. 調査にご協力いただいた施設・病院一覧

下記のように317施設・病院から本研究班グループの調査にご協力をいただきました。病院名・施設名の通称の五十音順になっています。病院名の後の括弧内は、A：アンケート調査（第一次調査／第二次調査）への協力、薬物：薬物療法班調査、CLZ：クロザピン班調査、心理社会：心理社会的治療／方策研究班の調査、地域：チーム地域ケア体制研究班への協力を表します。研究班グループ一同、あらためてご協力に感謝を申し上げます。

- 1 社会医療法人 あいざと会 藍里病院(A・薬物・CLZ・心理社会)
- 2 会津保健所(地域)
- 3 会津若松市役所 (地域)
- 4 青森県立つくしが丘病院(CLZ)
- 5 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター(CLZ)
- 6 秋田大学医学部附属病院(CLZ)
- 7 医療法人鴻池会 秋津鴻池病院(CLZ)
- 8 医療法人千水会 赤穂仁泉病院(CLZ)
- 9 医療法人社団静和会 浅井病院(CLZ)
- 10 麻生区役所(地域)
- 11 公益財団法人 浅香山病院(CLZ)
- 12 医療法人社団 うら梅の郷会 朝倉記念病院(CLZ)
- 13 医療法人社団 旭川圭泉会病院(CLZ)
- 14 地方独立行政法人 総合病院 国保旭中央病院(CLZ)
- 15 朝日病院(CLZ)
- 16 足利赤十字病院(CLZ)
- 17 JA 長野厚生連北アルプス医療センターあづみ病院こころのホスピタル(CLZ・地域)
- 18 JA 長野厚生連北アルプス医療センター 訪問看護ステーションいやし(地域)
- 19 油山病院(心理社会)
- 20 医療法人天仁会 天久台病院(CLZ)
- 21 医療法人卯の会 新垣病院(CLZ・地域)
- 22 医療法人(社団)寿栄会 有馬高原病院(CLZ)
- 23 医療法人社団豊永会 飯塚記念病院(CLZ)
- 24 出雲市役所 (地域)
- 25 一陽病院(A)
- 26 一般社団法人アイエスエフネットベネフィットリアン ソリドゥ川崎(地域)
- 27 一般社団法人 心桜福祉会(地域)
- 28 犬山病院(A・薬物)
- 29 茨城県立こころの医療センター(CLZ)
- 30 医療法人稲門会 いわくら病院(CLZ)
- 31 岩手医科大学附属病院(CLZ)
- 32 宇治おうばく病院(心理社会)
- 33 医療法人 浩然会 内村病院(A・CLZ)
- 34 公益社団法人 前橋積善会 厩橋病院(CLZ)
- 35 海辺の杜ホスピタル(A)
- 36 医療法人財団友朋会 嬉野温泉病院(CLZ)
- 37 医療法人財団 厚生協会 大泉病院(CLZ・心理社会)
- 38 青梅市立総合病院(CLZ)
- 39 大分大学医学部附属病院(CLZ)
- 40 おおえメンタルクリニック ゆう(地域)
- 41 大垣病院(A)
- 42 医療法人慈和会 大口病院(CLZ)
- 43 大阪医科大学附属病院(CLZ)
- 44 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪精神医療センター(A・薬物・CLZ)
- 45 大田原市障がい者相談支援センター(地域)
- 46 医療法人社団正心会 岡本病院(CLZ)
- 47 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター(A・薬物・CLZ・心理社会・地域)
- 48 岡山大学病院(CLZ)
- 49 置賜広域病院企業団 公立置賜総合病院(A)
- 50 沖縄県立宮古病院(CLZ)
- 51 沖縄市障がい者基幹相談支援センター(地域)
- 52 医療法人静心会 桶狭間病院藤田こころセンター(CLZ)
- 53 帯広市社会福祉協議会 (地域)
- 54 医療法人社団啓愛会 小矢部大家病院(CLZ)
- 55 社会福祉法人 ロザリオの聖母会 海上療養所(CLZ)
- 56 社会医療法人財団大樹会総合病院 回生病院(CLZ)
- 57 香川大学医学部附属病院(CLZ)
- 58 医療法人交正会 笠寺精治療病院(A・CLZ)
- 59 61 医療法人緑陽会 笠松病院 (CLZ)
- 60 地方独立行政法人 神奈川県立病院機構 神奈川県立こども医療センター(CLZ)
- 61 独立行政法人 国立病院機構 金沢医療センター(CLZ)
- 62 金沢大学附属病院(CLZ)
- 63 医療法人格心会蒲池病院(地域)
- 64 社会医療法人杏嶺会 上林記念病院(CLZ)
- 65 独立行政法人国立病院機構 賀茂精神医療センター(A)
- 66 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院(CLZ)
- 67 医療法人成精会 刈谷病院(A・CLZ・心理社会)
- 68 川崎区地域みまもり支援センター(地域)

- 69 川崎市麻生区役所 保健福祉センター(地域)
- 70 関西医科大学総合医療センター(CLZ)
- 71 医療法人社団優なぎ会 雁の巣病院(CLZ)
- 72 社会医療法人芳和会 菊陽病院(CLZ)
- 73 学校法人北里研究所 北里大学東病院(CLZ)
- 74 吉祥寺病院(心理社会)
- 75 紀南こころの医療センター(CLZ)
- 76 社会医療法人高見徳風会 希望ヶ丘ホスピタル(CLZ)
- 77 京都大学医学部附属病院(CLZ)
- 78 京都府立医科大学附属病院(CLZ)
- 79 京都府立洛南病院(A・薬物・CLZ)
- 80 近畿大学医学部附属病院(CLZ)
- 81 医療法人社団更生会 草津病院(CLZ)
- 82 特定医療法人楠会 楠メンタルホスピタル(CLZ)
- 83 熊本大学医学部附属病院(CLZ)
- 84 独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター(CLZ)
- 85 群馬県立精神医療センター(CLZ)
- 86 群馬大学医学部附属病院(CLZ)
- 87 慶應義塾大学病院(A・薬物)
- 88 県立宮崎病院 精神医療センター(CLZ)
- 89 公益社団法人 会津社会事業協会(地域)
- 90 一般財団法人 浅羽医学研究所附属 岡南病院(向陽病院)
- 91 向陽病院(A)
- 92 神戸大学医学部附属病院(CLZ)
- 93 社会福祉法人 天心会 小阪病院(CLZ)
- 94 こだま病院(CLZ)
- 95 独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院(CLZ)
- 96 医療法人社団隣善会 西条道前病院(CLZ)
- 97 埼玉医科大学病院(CLZ)
- 98 埼玉県立精神医療センター(CLZ)
- 99 斎藤病院(A)
- 100 医療法人大和会 西毛病院(CLZ)
- 101 独立行政法人国立病院機構 榑原病院(A・CLZ・心理社会)
- 102 特定医療法人富尾会 桜が丘病院(CLZ)
- 103 社会医療法人共栄会 札幌トロイカ病院(CLZ)
- 104 特定医療法人社団慶愛会 札幌花園病院(CLZ)
- 105 107 社会医療法人 公德会 佐藤病院(CLZ)
- 106 医療法人社団緑会 佐藤病院(地域)
- 107 社会医療法人北斗会 さわ病院(A・薬物・CLZ・心理社会)
- 108 産業医科大学病院(CLZ)
- 109 東古松サント診療所(CLZ)
- 110 医療法人清潮会 さんくクリニック(CLZ)
- 111 山容病院(A・薬物)
- 112 三陸病院(A)
- 113 医療法人清潮会 三和中央病院(CLZ)
- 114 慈雲堂病院(CLZ)
- 115 滋賀県立精神医療センター(CLZ)
- 116 式場病院(A・薬物)
- 117 公益財団法人慈圭会 慈圭病院(A・薬物・CLZ)
- 118 医療法人光の会 重本病院(CLZ)
- 119 島根県出雲保健所(地域)
- 120 島根県立こころの医療センター(A・薬物・CLZ・地域)
- 121 島根大学医学部附属病院(CLZ)
- 122 医療法人 水の木会 下関病院(CLZ)
- 123 独立行政法人 国立病院機構 下総精神医療センター(CLZ)
- 124 社会福祉法人花 障がい者生活支援センター「すみれ」(地域)
- 125 就労継続支援B型・就労移行支援事業所きずな(地域)
- 126 障害者グループホーム ドリームマンション(地域)
- 127 障がい者相談支援センター エルム(地域)
- 128 医療法人 睦み会 城西病院(CLZ)
- 129 昭和大学横浜市北部病院(CLZ)
- 130 地方独立行政法人 市立秋田総合病院(CLZ)
- 131 市立札幌病院(CLZ)
- 132 医療法人大阪精神医学研究所 新阿武山病院(CLZ)
- 133 信州大学医学部附属病院(CLZ)
- 134 真珠園療養所(CLZ)
- 135 一般財団法人 仁明会 仁明会病院(CLZ)
- 136 医療法人豊司会 新門司病院(A・CLZ)
- 137 医療法人社団悠友会 百合丘メンタルクリニック(地域)
- 138 医療法人同心会 杉田病院(CLZ)
- 139 三重県厚生農業協同組合連合会 鈴鹿厚生病院(CLZ)
- 140 砂川市立病院(CLZ)
- 141 公益財団法人住吉偕成会 住吉病院(CLZ)
- 142 諏訪赤十字病院(CLZ)
- 143 生活介護事業所 ふあんふあん(地域)
- 144 社会医療法人聖泉会 聖十字病院(CLZ)
- 145 医療法人青仁会 青南病院(CLZ)
- 146 聖マリアンナ医科大学病院(CLZ)
- 147 社会医療法人聖ルチア会 聖ルチア病院(CLZ)
- 148 沖縄県立精和病院(CLZ)
- 149 一般財団法人江原積善会 積善病院(CLZ)
- 150 社会医療法人居仁会 総合心療センターひなが(CLZ・心理社会)
- 151 公益財団法人復光会 総武病院(CLZ)

- 152 相馬広域こころのケアセンターなごみ (地域)
- 153 社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院 (CLZ)
- 154 医療法人 第一病院 (CLZ)
- 155 公益財団法人復康会 鷹岡病院 (A・CLZ)
- 156 医療法人社団東京愛成会 高月病院 (CLZ)
- 157 石川県立高松病院 (A・薬物・CLZ)
- 158 医療法人友愛会 田川療養所 (CLZ)
- 159 一般財団法人 竹田健康財団 竹田総合病院 (A・薬・CLZ・心理社会・地域)
- 160 医療法人社団慶神会 武田病院 (地域)
- 161 福岡県立精神医療センター 大宰府病院 (CLZ)
- 162 医療法人社団 輔仁会 田崎病院 (CLZ)
- 163 医療法人同仁会 谷口病院 (CLZ)
- 164 医療法人社団和敬会 谷野呉山病院 (地域)
- 165 公益財団法人慈愛会 谷山病院 (A・薬物・CLZ)
- 166 医療法人財団緑雲会 多摩病院 (CLZ)
- 167 医療法人社団新新会 多摩あおば病院 (CLZ)
- 168 特定医療法人社団 聖美会 多摩中央病院 (CLZ)
- 169 医療法人崇徳会 田宮病院 (CLZ・心理社会・地域)
- 170 地域活動支援センター ゆずり葉 (地域)
- 171 地域生活支援センターふあっと (地域)
- 172 千曲荘病院 (A・薬物)
- 173 千葉大学医学部附属病院 (CLZ)
- 174 医療法人同和会 千葉病院 (CLZ)
- 175 津軽生活協同組合 地域生活支援センターぴあす (地域)
- 176 医療法人霞水会 土浦厚生病院 (CLZ)
- 177 帝京大学医学部附属病院 (CLZ)
- 178 医療法人澤山会 手稲病院 (CLZ)
- 179 東京医科歯科大学医学部附属病院 (CLZ)
- 180 東京女子医科大学病院 (CLZ)
- 181 東京都立小児総合医療センター (CLZ)
- 182 東京都立松沢病院 (CLZ)
- 183 東京武蔵野病院 (心理社会)
- 184 東北大学病院 (CLZ)
- 185 一般財団法人聖マリアンナ会 東横恵愛病院 (CLZ)
- 186 十勝障がい者総合相談支援センター (地域)
- 187 社会福祉法人金沢市民生協会 ときわ病院 (CLZ)
- 188 徳島県立中央病院 (CLZ)
- 189 徳島大学病院 (CLZ)
- 190 土佐病院 (A・薬物・心理社会)
- 191 栃木県北健康福祉センター 健康福祉課 (地域)
- 192 栃木県障害者相談支援協働コーディネーター (地域)
- 193 栃木県立岡本台病院 (CLZ)
- 194 獨協医科大学病院 (CLZ)
- 195 富山県立中央病院 (CLZ)
- 196 富山市立 富山市民病院 (CLZ)
- 197 富山大学附属病院 (CLZ)
- 198 公立豊岡病院 (CLZ)
- 199 豊川市民病院 (CLZ)
- 200 長崎県精神医療センター (CLZ)
- 201 長崎大学病院 (CLZ)
- 202 地方独立行政法人長野県立病院機構 長野県立こころの医療センター駒ヶ根 (CLZ)
- 203 名古屋市立大学病院 (CLZ)
- 204 医療法人長尾会 ねや川サナトリウム (CLZ)
- 205 成田赤十字病院 (CLZ)
- 206 岩手県立南光病院 (A・薬物・CLZ)
- 207 医療法人陽和会 南山病院 (CLZ)
- 208 新潟県立新発田病院 (CLZ)
- 209 新潟県立精神医療センター (CLZ)
- 210 新潟大学医歯学総合病院 (CLZ)
- 211 社会医療法人 清和会 西川病院 (CLZ)
- 212 医療法人唐虹会 虹と海のホスピタル (CLZ)
- 213 日本医科大学付属病院 (CLZ)
- 214 公益財団法人復康会 沼津中央病院 (CLZ)
- 215 医療法人社団和敬会 脳と心の総合健康センター (地域)
- 216 一般財団法人 弘潤会 野崎病院 (CLZ)
- 217 医療法人コミュニティ風と虹 のぞえ総合心療病院 (CLZ)
- 218 公立能登総合病院 (CLZ)
- 219 医療法人フェニックス 博愛病院 (CLZ)
- 220 社会医療法人 函館博栄会 函館渡辺病院 (CLZ)
- 221 医療法人社団碧水会 長谷川病院 (CLZ)
- 222 独立行政法人 国立病院機構 花巻病院 (CLZ)
- 223 浜松医科大学医学部附属病院 (CLZ)
- 224 林道倫精神科神経科病院 (CLZ)
- 225 医療法人社団 原クリニック (地域)
- 226 独立行政法人 国立病院機構 東尾張病院 (CLZ)
- 227 独立行政法人 国立病院機構 肥前医療センター (CLZ)
- 228 総合心療センターひなが (A)
- 229 日向台病院 (CLZ)
- 230 兵庫県立ひょうごこころの医療センター (CLZ)
- 231 医療法人社団 光生会 平川病院 (CLZ)
- 232 医療法人 へいあん 平安病院 (CLZ)
- 233 一般財団法人愛成会 弘前愛成会病院 (A・薬物・地域)
- 234 医療法人社団広島厚生会 広島厚生病院 (CLZ)

- 235 福井大学医学部附属病院 (CLZ)
- 236 福岡大学病院 (CLZ)
- 237 医療法人緑心会 福岡保養院 (A・CLZ)
- 238 公立大学法人 福島県立医科大学附属病院 (CLZ)
- 239 福島県立矢吹病院 (心理社会)
- 240 福岡病院 (A・薬物・心理社会)
- 241 藤田医科大学病院 (CLZ)
- 242 富士見台病院 (A)
- 243 一般社団法人 八幡浜医師会立 双岩病院 (CLZ)
- 244 ふたば病院 (A)
- 245 (株)ハートケア鳥栖プラスワン訪問看護ステーション (地域)
- 246 医療法人 新生会 豊後荘病院 (CLZ)
- 247 医療法人社団志誠会 平和病院 (CLZ)
- 248 独立行政法人国立病院機構 別府医療センター (CLZ)
- 249 医療法人如月会 訪問看護ステーションこころ (地域)
- 250 訪問看護ステーション こころのあい (地域)
- 251 訪問看護ステーション north-ACT (地域)
- 252 訪問看護ステーション Relisa (地域)
- 253 JA 長野厚生連 北信総合病院 (CLZ)
- 254 社会医療法人北斗会 ほくとクリニック病院 (A・CLZ)
- 255 独立行政法人国立病院機構北陸病院 (A・薬物)
- 256 北海道大学病院 (CLZ)
- 257 布袋病院 (CLZ)
- 258 牧病院 (心理社会)
- 259 社会医療法人ましき会 益城病院 (CLZ)
- 260 松江青葉病院 (CLZ)
- 261 特定医療法人天臣会 松尾病院 (CLZ)
- 262 社会医療法人財団松原愛育会 松原病院 (CLZ)
- 263 一般財団法人創精会 松山記念病院 (A・CLZ)
- 264 香川県立丸亀病院 (A・心理社会)
- 265 医療法人南風会 万葉クリニック (CLZ)
- 266 三方原病院 (A・薬物)
- 267 医療法人仁愛会 水海道厚生病院 (CLZ)
- 268 北海道立緑ヶ丘病院 (A・CLZ・地域)
- 269 医療法人清陵会 南ヶ丘病院 (CLZ)
- 270 南浜病院 (心理社会)
- 271 医療法人 大慈会 三原病院 (CLZ)
- 272 医療法人社団三愛会 三船病院 (CLZ)
- 273 地方独立行政法人 宮城県立精神医療センター (A・薬物・CLZ)
- 274 宮城県立宮崎病院 (CLZ)
- 275 医療法人慈光会 宮崎若久病院 (CLZ)
- 276 三善病院 (A)
- 277 社会医療法人智徳会 未来の風せいわ病院 (CLZ)
- 278 武蔵野中央病院 (A・薬物)
- 279 医療法人芳州会 村井病院 (CLZ)
- 280 メンタルケアセンターあづみ (地域)
- 281 公益財団法人仁和会 ももの里病院 (CLZ)
- 282 もりやま総合心療病院 (CLZ)
- 283 矢板市障がい児・者相談支援センター (地域)
- 284 医療法人清心会 八尾こころのホスピタル (CLZ)
- 285 医療法人 山田会 八代更生病院 (CLZ)
- 286 八幡厚生病院 (A・薬物・CLZ)
- 287 社会医療法人二本松会 山形さくら町病院 (CLZ)
- 288 山口大学医学部附属病院 (CLZ)
- 289 独立行政法人 国立病院機構 やまと精神医療センター (A・薬物・CLZ)
- 290 山梨県立北病院 (A・薬物・CLZ・心理社会・地域)
- 291 一般財団法人成研会 結のぞみ病院 (CLZ)
- 292 行橋記念病院 (心理社会)
- 293 医療法人社団翠会 陽和病院 (CLZ)
- 294 社会医療法人 興生会 横手興生病院 (CLZ)
- 295 公立大学法人 横浜市立大学附属病院 (CLZ)
- 296 公益財団法人紫雲会 横浜病院 (CLZ)
- 297 琉球大学医学部附属病院 (CLZ)
- 298 独立行政法人国立病院機構 琉球病院 (A・薬物・CLZ・地域)
- 299 医療法人如月会 若草病院 (CLZ・地域)
- 300 和歌山県立医科大学附属病院 (CLZ)

2019年3月14日

厚生労働大臣 殿

機関名 帝京平成大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 沖永 寛子



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 2. 研究課題名 重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究－関連研究班の統括・調整研究
- 3. 研究者名 （所属部局・職名）臨床心理学研究科・教授
（氏名・フリガナ）安西 信雄・アンザイ ノブオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	帝京平成大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

- （留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
- ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年3月26日

厚生労働大臣 殿

機関名 地方独立行政法人大阪府立病院機構
 大阪精神医療センター
 所属研究機関長 職名 院長
 氏名 籠本 孝雄



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 研究課題名 重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究－関連研究班の統括・調整研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 大阪精神医療センター・副院長
 (氏名・フリガナ) 岩田 和彦・イワタ カズヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	大阪精神医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 3月 25日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立病院機構 琉球病院

所属研究機関長 職名 病院長

氏名 福治 康秀 印



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 2. 研究課題名 重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究－関連研究班の統括・調整研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 琉球病院医局・医師
(氏名・フリガナ) 木田 直也・キダ ナオヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	琉球病院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 山梨県立北病院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 宮田 量治



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
2. 研究課題名 重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究-関連研究班の統括・調整研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 山梨県立北病院精神科医局・院長
(氏名・フリガナ) 宮田量治・ミヤタリョウジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	帝京平成大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

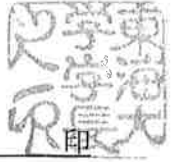
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2019年 3月 7日

厚生労働大臣 殿

機関名 東海大学
 所属研究機関長 職名 学長
 氏名 山田 清志



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 研究課題名 重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究－関連研究班の統括・調整研究
- 研究者名 （所属部局・職名）医学部看護学科・准教授
（氏名・フリガナ）吉川 隆博・キッカワ タカヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	東海大学	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。