

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年度～30年度 総合研究報告書

研究代表者 安西 信雄

2019年5月

目 次

I. 総合研究報告		
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 ー関連研究班の統括・調整研究 安西 信雄	-----	7
II. 分担研究報告		
1. 総合研究報告		
薬物療法に関する研究 宮田 量治	-----	38
2. 総合研究報告		
クロザピン使用指針に関する研究 木田 直也	-----	59
3. 総合研究報告		
心理社会的治療に関する研究 岩田 和彦	-----	63
4. 総合研究報告		
チームによる地域ケア体制に関する研究 吉川 隆博	-----	65
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	67

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））  
総合研究報告書

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・教授）

研究要旨

【研究の目的】「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好事例の実態調査に基づいて明らかにし、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ガイドラインを平成30年度までに開発することが本研究の目的である。この統括調整班は関連する5つの研究班を統括・調整し、各班共通の第一次・第二次アンケート調査の実施と解析の幹事役を担い、関連班の協力のもと、実践ガイドのイメージの検討や、各班から出された好事例要因案を検討して重複を減らし統一感あり実効性のある実践ガイドとなるよう調整・統括する役割を果たして実践ガイドをまとめることを目的とした。

【対象と方法】「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班」（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研究を実施した。好事例二次医療圏に属する病院と平成26-27年度調査の協力病院を対象に、1年を超えて在院した後、調査期間の1年間に退院した患者に関する第一次アンケートを実施した。52病院から1,032人の患者の回答が得られたので、そこから主診断が認知症を除外し、主治医判断で「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（つまり「重度かつ慢性」の概念に該当する）患者797人を選んで検討した。好事例病院の基準を、①新たな長期在院患者が少なく、②長期在院患者でも居宅系退院ができる、または、③1年を超える長期在院患者が少ないことと定め、52病院を好事例20病院とその他の病院に分け、両群を比較することにより好事例に関連する要因を検討した。

【結果と考察】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人には在院5年以上が約半数含まれており、「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実施率が高いなどの差異が認められた。また、これらの結果と、全国ヒアリングや各班の独自調査結果も取り入れて、好事例に関連する要因と考えられるものを第2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確認した。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。薬物療法班とクロザピン班が実施した独自調査の結果も実践ガイドに取り入れた。

「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。各分担研究班は、統括調整班に協力して各領域での研究を推進した。

【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ているが、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）<sup>1)</sup>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）<sup>2)</sup>（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、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。

平成 29 年度に設定した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。

平成 29-30 年度の研究により、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<sup>3)</sup>。

### 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<sup>4)</sup>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<sup>注1</sup>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。

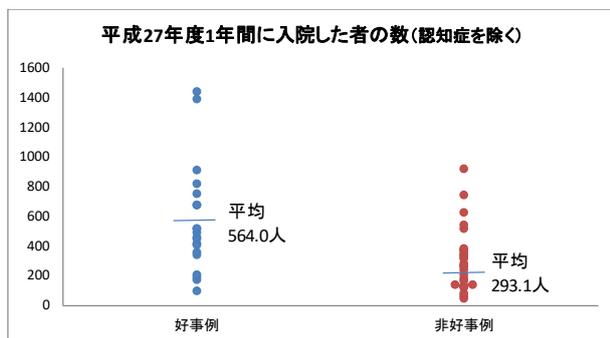
#### (2) 加算請求やクロザピン CPMS 登録など

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  $564.0 \pm 362.8$  人 (96 人～1,437 人)、その他の病院では  $293.1 \pm 209.3$  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)  $564.0 \pm 362.8$   
 非好事例病院 (n=29)  $293.1 \pm 209.3$   
 $t=3.31$ , 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=  $3.50 \pm 1.56$

その他の病院平均=  $1.56 \pm 1.97$

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

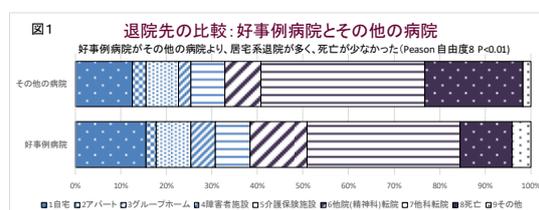
退院時年齢と退院先との関連を表に示した (表 5 文献 4 から引用)。

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。

### 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%)

#### 4) 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	<b>17</b>	19.138	1	<b>0.001</b>	**
	非該当	<b>597</b>	170				
2.その他の薬物療法	該当	341	<b>83</b>	7.624	1	<b>0.0058</b>	**
	非該当	<b>269</b>	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	<b>16</b>	5.879	1	<b>0.0153</b>	*
	非該当	<b>515</b>	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	<b>33</b>	6.132	1	<b>0.0133</b>	*
	非該当	<b>544</b>	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します。	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わり・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

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。

#### 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

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

**精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要及び基盤整備量の目標値③**

○「重度かつ慢性の割合」の算出について

\* 「重度かつ慢性」に関する研究班の成果、身体合併症に関する調査結果を勘案し、各都道府県の実情を踏まえて、6～7割で設定（推奨）

➤ 精神病床における1年以上長期入院患者（慢性期入院患者）のうち厚生労働科学研究班の策定した「重度かつ慢性」の基準案を満たす患者は、概ね60%程度である。

在院日数	1年 ～1年6ヶ月	1年6ヶ月 ～3年	3年 ～5年	5年 ～10年	10年 ～20年	20年～	合計
調査対象者数	355	734	700	1045	1005	1095	4934
該当者数	209	414	439	664	659	710	3095
該当割合	58.9%	56.4%	62.7%	63.5%	65.6%	64.8%	62.7%

出典：第2回新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会 安西 信雄氏、ヒアリング資料から一部改変

➤ 統合失調症の入院患者のうち、入院治療が適当な程度の身体合併症を有する患者の割合は、10.5%である。

統合失調症の入院患者における身体合併症の有無

■ 特別な管理を要する    ■ 日常的な管理を要する    ■ 身体合併症なし

※有効回答数 9,781名  
 特別な管理：入院治療が適当な程度、日常的な管理：外来通院が適当な程度

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

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、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) 「重度かつ慢性」に関連して実施した 5 つの全国調査の概要

多くの方々のご協力によりこれまで 5 回にわたり「重度かつ慢性」に関連した精神科長期在院患者の実態と治療および転帰に関する全国調査を実施することができた。それらの概要を表 16 にまとめた。

表 16 実施した 5 つの全国調査の概要

年度と課題名	研究班の構成	対象と方法	結果の概要
【1】平成 24 年度 「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」	代表者:安西信雄 分担:河原和夫、伊藤弘人、平田豊明、萱間真美、平川博之、宮本真巳、吉邨善孝 重度慢性ワーキングチーム(WT):天賀谷隆、安西信雄、伊豫雅臣、河崎建人、杉山直也、千葉潜、長野敏宏、樋口輝彦、平田豊明、平林直次、藤井康男、宮部真弥子、村上優、山内慶太、吉邨善孝	全国の精神科病棟に 1 年以上入院している患者、および医療観察法病棟に 1 年半以上入院している患者から無作為に 10%抽出。2013 年 2 月 1 日(金)に調査票を投函し 2 月 28 日(木)までの到着分を集計。1,618 施設のうち 663 施設(41.4%)が回答し、4,978 名分の患者票を回収。調査票は別紙 1。患者は統合失調症が 79.4%、患者の在院日数は、20 年以上(22.1%)が最も多く、次いで 5 年以上～10 年未満(21.0%)、10 年以上～20 年未満(20.3%)、1 年 6 ヶ月以上～3 年未満(14.8%)、3 年以上～5 年未満(14.1%)であった。	対象患者が 1 年以内に退院できなかった本人側の理由は、「精神症状のため」(62.5%)、次いで「問題行動のため」(34.3%)、「ADL 低下」(17.7%)と「IADL 低下」(17.9%)、「身体合併症治療のため」(10.6%)であった。ADL 低下と IADL 低下を合わせると 35.6%であった。本人以外の主な理由は「家庭内調整がうまくいかないため」(51.2%)、「受け入れ先の確保が困難なため」(29.7%)であった。精神症状については「陽性症状、躁状態など」(26.3%)、「陰性症状、うつ病の亜昏迷など日常生活機能が障害され、濃厚な看護及び介護を要する」(19.5%)であった。クロザピン使用患者は 17 人で全体の 0.3%であった。
【2】平成 25	代表者:安西信雄	全国の精神科病院を対象に、	317 病院(依頼件数 1,300 の 24.4%)

<p>年度報告書 「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」</p>	<p>分担:河崎建人、平田豊明、吉邨善孝、村上優、平林直次、藤井康男、萱間真美、井上新平、堀口寿広、立森久照</p>	<p>平成26年1月初めから2月末までを調査期間として、在院1年～1年3ヶ月の「新しい長期在院患者(New long-stay)」の調査を行った。 BPRSによる精神症状、問題行動評価表により行動障害、障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」により生活障害の評価を依頼した。身体合併症は①水中毒、②腸閉塞(イレウス)、③反復性肺炎が入院治療が必要な程度に有する場合に評価することとした。 上記の項目からなる「重度かつ慢性」暫定基準案への該当と、医師判断との関連を検討した。</p>	<p>から818人について回答が得られ、うち認知症を除いた患者708人について、暫定基準案の該当・非該当と、入院1年後に担当医が患者の退院可能性を評価した回答との関連を検討したところ、暫定基準案に該当する患者350人のうち260人(74.3%)が医師判断において「病状等が重いため退院困難」と判断された(医師判断を基準として感度0.710、特異度0.581)。暫定基準案に該当する患者のうちには「退院困難-重症」と回答された患者が有意に多かった(<math>\chi^2=48.73</math>、自由度2、<math>p&lt;0.000</math>)。今回作成した暫定基準案は主治医の臨床的評価に概ね沿ったものと考えられたが、前向き調査による確認が必要と考えた。</p>
<p>【3】平成27年度報告書 「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」</p>	<p>代表者:安西信雄 分担:河崎建人、平田豊明、吉邨善孝、村上優、平林直次、藤井康男、萱間真美、井上新平、堀口寿広、立森久照、橋本喜次郎</p>	<p>全国の精神科病院に協力を依頼し、精神科救急病棟への入院時点から評価を実施する群(以下「急性期登録群」と、入院後3ヵ月を超えて入院している患者群(以下「亜急性期登録群」)の2群の登録と入院後1年までの評価を依頼した。患者選択が恣意的にならないよう、平成26年10月1日以降の新入院患者について、急性期群では最初から10人まで、亜急性期群では5人まで、連続的に登録するよう依頼した。 平成26年10月から患者登録を開始し、急性期群は574人(60病院)、亜急性期群802人(219病院)の新規入院患者が登録さ</p>	<p>亜急性期群で1年以上継続して在院した186人について、担当医に1年時点での退院可能性を問い、退院困難と判断される場合は「病状が重症または不安定であるため」か、「それ以外の理由」によるかの判断を求めた。その結果、退院可能(X群)40人、病状により困難(Y群)85人、その他で困難(Z群)61人となった。診断はどの群も統合失調症圏60%前後、気分障害圏20%前後で、Z群と比べてY群では精神症状(BPRS)は、幻覚による行動、衝動性などがより活発で、行動障害や生活障害もより重かった。入院1年時点で暫定基準を満たす率は、Y群は75.3%で、X群35.0%、Z群49.2%より有意に高かった。Y群は「重度かつ慢性」の概念に</p>

		れ、登録患者数の目標は達成された。	近いと考えられるので、この結果は暫定基準の妥当性を示すと考えられた。(医師判断を基準として感度 0.753、特異度 0.564)。
【4】平成 29-30 年度 「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」 (研究成果は 5 班共同のもの)	研究代表者: 安西 信雄 分担: 宮田量治、岩田和彦、木田直也、吉川隆博 協力: 山之内芳雄、田口真源、井上新平、立森久照、河岸光子、工藤由佳 (山之内班分担研究班協力者: 原敬造)	「重度かつ慢性」患者でも退院できる、あるいは「重度かつ慢性」患者を生まないための指針を得て実践ガイドにまとめることを目的として、①全国の好事例病院および地域を訪問してヒアリングを実施(192 施設)、②好事例二次医療圏に属する病院と平成 26-27 年の前向き調査協力病院、計 327 病院を対象に、1 年を超えて在院したが調査時点より 1 年後までに退院した患者について、実施した治療の報告(第一次アンケート)を依頼。52 病院から回答を得た。1 年までの退院患者 797 人の退院先は転院 358 人(44.9%)、死亡 140 人(17.6%)で、これらを除く居宅系退院(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%)であった。好事例の検討にあたっては居宅系退院を指標とした。	好事例病院の基準を次の A を満たし、B と C のどちらか(または両方)を満たす病院と定めた。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)、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)。 52 病院からの第一次アンケート回答について、好事例 20 病院とその他の病院を比較した。 「退院に資した主な治療」について好事例病院はその他の病院に対して、①クロザピン療法の率が有意に高かった(7.6%対 1.2%, $p < 0.01$ )、②障害福祉サービスとの連携の率が有意に高かった(17.4%対 9.1%, $p < 0.01$ )、③精神科地域移行加算の利用率が有意に高かった(45.3%対 9.1%, $p < 0.01$ )。両群とも退院患者の半数で薬物療法の工夫があげられていた。これらのことやヒアリングから、退院に取り組む病院の姿勢が重要と考えられた。
【5】平成 29-30 年度 「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支	研究代表者: 安西 信雄 分担: 宮田量治、岩田和彦、木田直也、吉川隆博 協力: 山之内芳	第一次アンケート結果から好事例とその他の病院を比較した結果および、ヒアリング結果(192 病院と施設の訪問調査等)にもとづいて、①「重度かつ慢性」患者の退院促進に関する	第二次アンケート結果および薬物療法班・クロザピン班の独自調査にもとづき、「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイドを作成した。 左記の①~④の項目については好事例病院において実施率の高いも

<p>援に関する 政策研究－ 関連研究班 の統括・調整 研究班」 (研究成果は 5班共同のも の)</p>	<p>雄、田口真源、井 上新平、立森久 照、河岸光子、工 藤由佳 (山之内班分担研 究班協力者:原敬 造)</p>	<p>る病院運営体制、②実施してい る取り組み(プログラムなど)、 ③地域生活支援・地域連携、④ 長期および高齢患者への治療 ／支援に関する第二次アンケ ートを作成し好事例 20 病院に 依頼した。 薬物療法班(代表者:宮田量 治)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 の処方調査、クロザピン班 (代表者:木田直也)はクロザピ ン使用の好事例 12 病院へのヒ アリングおよび全国の CPMS 登 録医療機関のアンケート調査 にもとづき、指針をまとめた。 第一次アンケートで示された 8 つの典型的な「重度かつ慢性」 患者のケースビネットを作成し (執筆者:宮田量治)、好事例病 院に属する医師に「私ならこう 治療します」という回答を得た。</p>	<p>の(概ね 50%以上)を好事例病院に おいて広く実施されている要因として 重視した。 薬物療法班とクロザピン班は、それ ぞれの調査にもとづき、重要事項を 実践ガイドにまとめた。 8つの「重度かつ慢性」の典型例は、 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他害や触法胃行為 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であった。 これらの例について、「まず最初に行 うであろう治療／方策(3つ)」、「退院 時までに行うであろうその他の治療 ／方策」が経験者により詳しく紹介さ れた。</p>
---	---	--	--

調査 1～3 は「重度かつ慢性」基準に関する調査で、調査 4～5 はそれらの患者に適切に対応するための包括支援の実践ガイドに関する調査である。これらの全体像を振り返ると、次の諸点が重要と思われた。

### (3) 当初の予想とは異なる見方が必要

これまで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は別の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が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、多くの場合いくつか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させていただき、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ー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ー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ー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

## 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られ、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。

#### 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<sup>1</sup>（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<sup>2</sup>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療

<sup>1</sup> 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。

<sup>2</sup> 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。

／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)<sup>3</sup>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)、

<sup>3</sup>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。

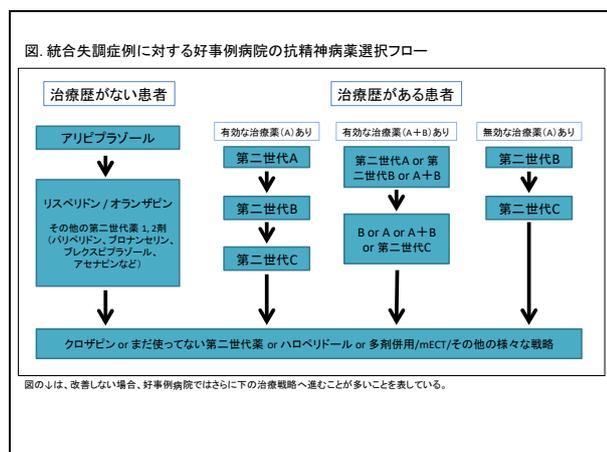
入院 3 ヶ月以降の対応でも、「主剤の切り替え」が 4 割 (38.1%) と最も多く「念入りな内服確認」(21.2%)、「抗精神病薬 2 剤併用」(19.5%)、「多職種カンファレンス実施」(15.9%)、「多剤併用の単純化」(併用薬の削減) (15.0%)、「入院時の主剤を増量」(13.3%)、「増強療法」(11.5%) が続きますが、入院が 3 ヶ月以上になると「薬物

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。



#### 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おり、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(宮田班)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入院者の治療／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

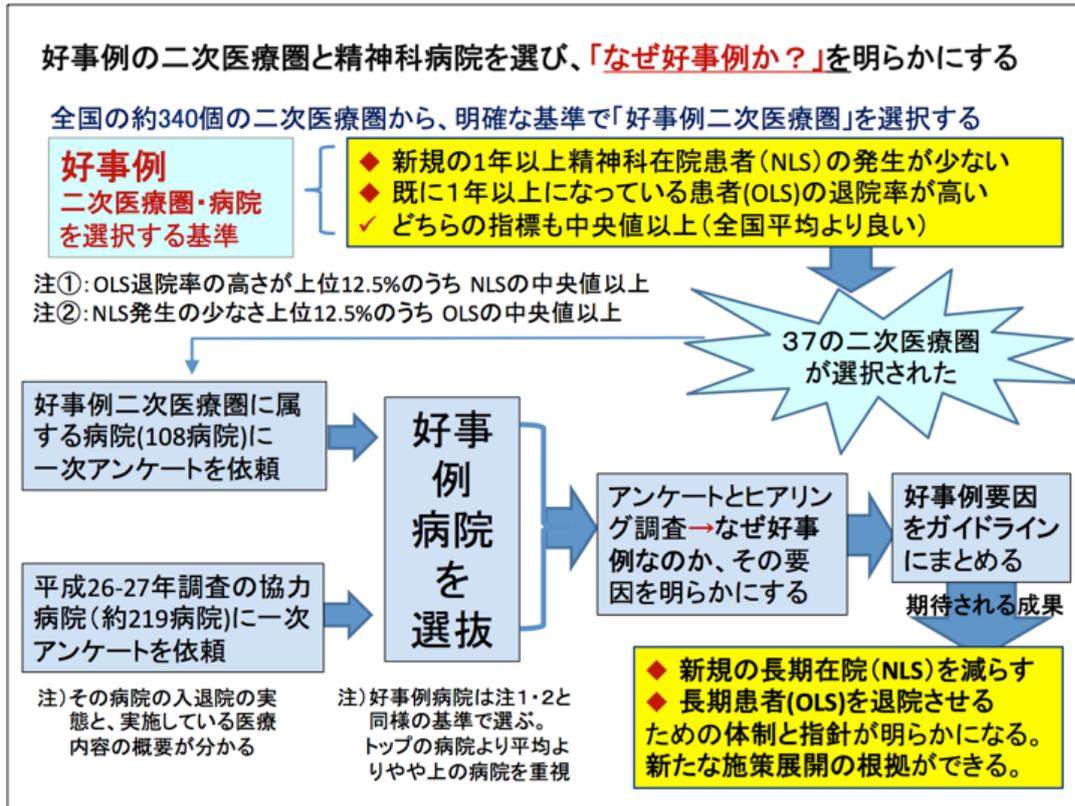


図 2. 薬物療法実態調査の協力 24 病院

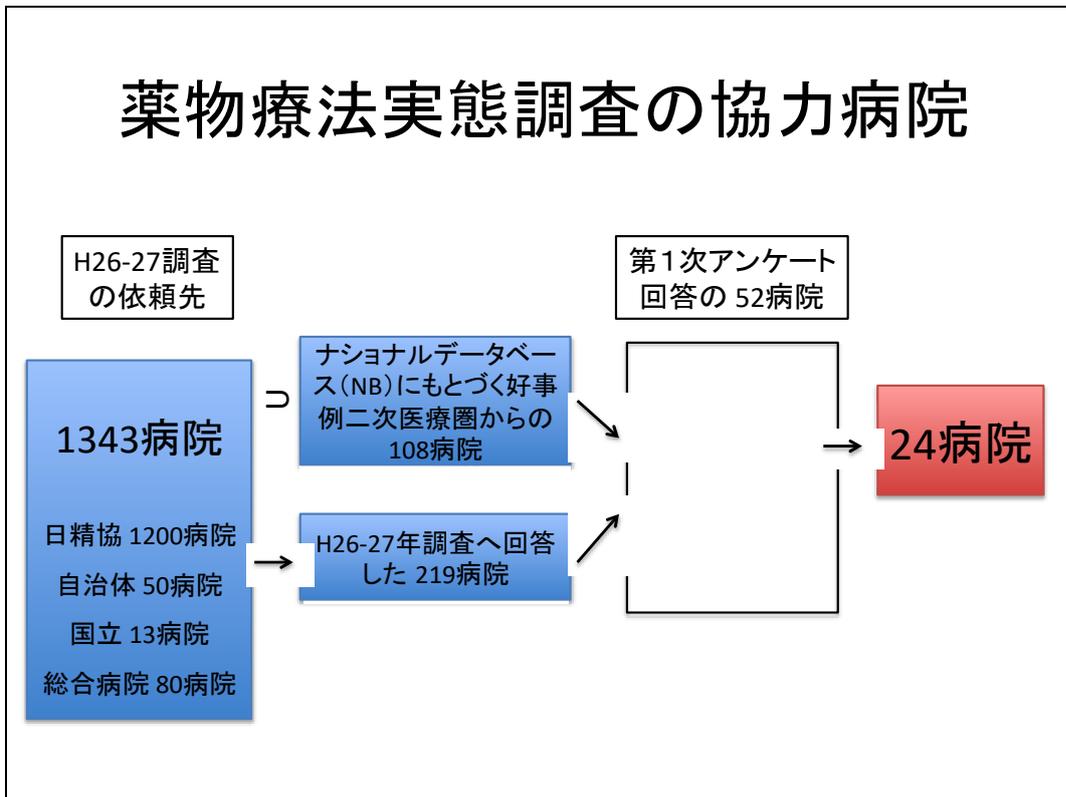


図 3. 好事例病院の選択基準

「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くらせて販売している」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目処が立っていない。

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
<ul style="list-style-type: none"> <li>① F20症例に対する経口抗精神病薬使用状況</li> <li>② F20症例に対する持続性抗精神病薬注射製剤(LAI)使用状況</li> <li>③ 抗精神病薬投与量</li> </ul>
2) 入院統合失調症例への薬物療法
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 入院時の薬物選択</li> <li>② 効果判定期間</li> <li>③ ①で改善しない場合の対応</li> <li>④ 切り替え法</li> <li>⑤ 多剤併用、及び、投与量増加の要因</li> <li>⑥ 処方単純化(減量/減剤)</li> <li>⑦ 持続性抗精神病薬注射製剤(LAI)の使用</li> <li>⑧ クロザピンの使用、及び、使用できない場合の対応</li> <li>⑨ mECTの使用</li> <li>⑩ 副作用への対応</li> </ul>
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
<ul style="list-style-type: none"> <li>① 薬歴のカルテ記載</li> <li>② 薬物療法の方針決定における多職種の関わり</li> <li>③ 薬物療法についての相談体制</li> <li>④ 適正な薬物療法のモニタリング</li> <li>⑤ 最新の医学情報の入手方法</li> <li>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</li> <li>⑦ 薬物療法継続のための本人や支援者サポート</li> </ul>

図 ①

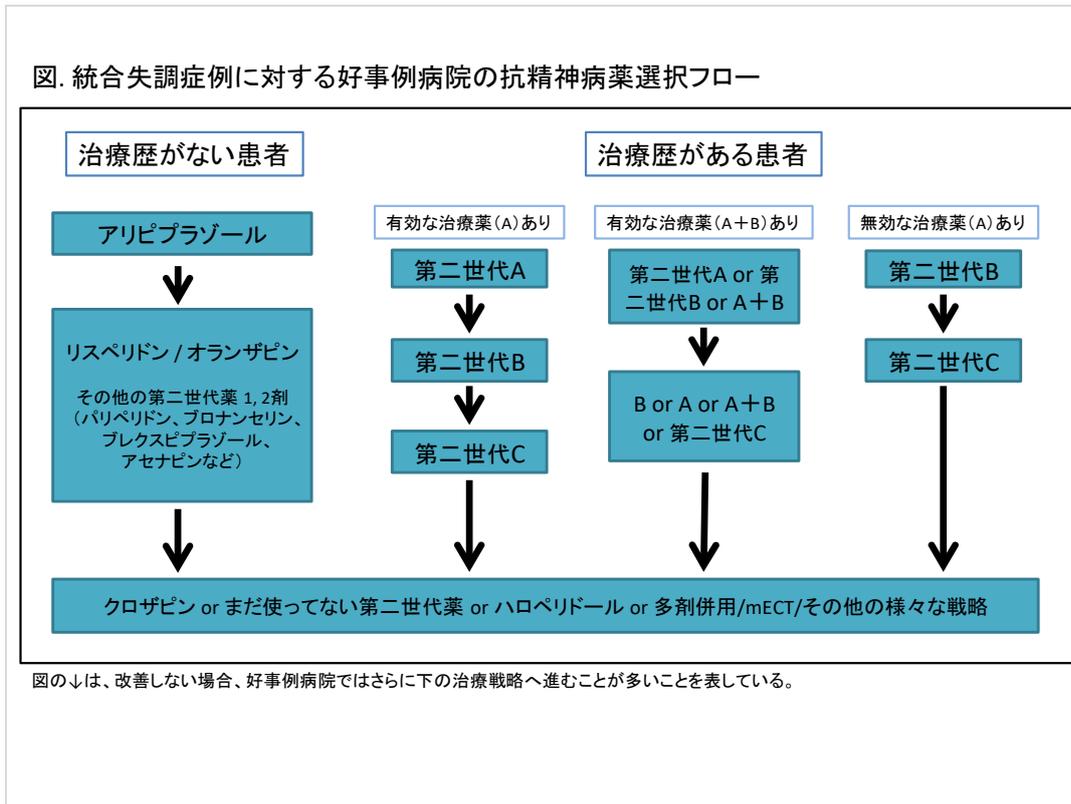


図 ②

## 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）、琉球病院クロザピルパス（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症例に対する持続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)	-



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、

## 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