

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）

課題番号 H29 - 精神 - 一般 - 008

**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～**

平成 29 年度～30 年度 総合研究報告書

研究代表者 岩田 和彦

平成 31（2019）年 3 月

目 次

I. 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 ～心理社会的治療／方策研究班～ 岩田 和彦	----- 4
---	---------

(資料) 「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイド (一部抜粋)	----- 19
-------------------------------------	----------

II. 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 50
--------------------	----------

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
～心理社会的治療／方策研究班～

総合研究報告書

<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）

【研究要旨】

本研究班は平成 29 年～30 年にかけて、重度かつ慢性患者の退院支援、地域移行に有効な心理社会的治療・方策に焦点をあて、訪問インタビュー調査、好事例病院を対象としたアンケート調査、国内・海外の先行研究文献調査の 3 つ調査研究を実施した。

その結果、①基本的な心理社会的治療の定期的な実施、②治療アドヒアランスの改善と支援者との対人関係の維持に向けた介入、③多職種チームによる多方面からの支援、④医師のリーダーシップと担当スタッフの役割の明確化、⑤家族との関係保持と家族の不安・負担の軽減、⑥緊急時の即時の対応と救急診療体制の構築、⑦病院と地域関係機関との双方向の交流と診療支援情報の共有化、の 7 つのポイントが心理社会的治療の観点から重要であることが示唆された。

これらのポイントは、決して特別な事柄ではなく、普段から現場の多くのスタッフがいつも大切だと感じている内容である。重度かつ慢性患者の退院支援・地域移行を実現させるためには、これら一見当たり前に必要と考えられる事柄を、病院全体で丁寧に取り組めるよう、診療体制を整備していくことが重要であると考えられた。

A. 研究目的

本研究班は平成 29 年～30 年にかけて、「重度かつ慢性」患者の退院支援、地域移行、地域定着に有効な包括的支援アプローチを明らかにすべく、特に心理社会的治療および支援に焦点をあてた調査を実施した。

なお「重度かつ慢性」の定義（基準）については、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（障害者対策総合研究事業、主任研究者：安西信雄、以下重度慢性班研究）」により明確化されたものに従った。この重度慢性班研究では、心理社会的治療として個人精神療法、退院前訪問指導、服薬管理、障害福祉サービスの導入が重症入院患者の退院と有意に関連していたことが報告された。

この知見を参考にしつつ、本研究班は長期入院患者の地域移行に取り組む好事例病院を対象とした訪問インタビュー調査と詳細なアンケート調査を実施し、さらに海外の先進事例、先行研究の文献調査も施行することにより、わが国の「重度かつ慢性」患者に有効な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／方策を検討した。

B. 研究方法

本研究班は「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（以下、重度慢性包括的支援研究）」を構成する下記の 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）

のひとつとしての役割を担い、最終的には 5 研究班合同で、重度かつ慢性患者に対して多領域から有効な包括的支援アプローチを実践するための方略をまとめた。

また、本研究班は平成 29 年度～30 年度の 2 年間で、以下の 3 つの調査・研究を実施した。

- 1) 退院実績の高い精神科医療機関を対象とした訪問インタビュー調査
- 2) 好事例病院を対象としたアンケート調査
- 3) 国内・海外の先進事例、および先行研究に関する文献調査

1) 退院実績の高い精神科医療機関を対象とした訪問インタビュー調査

インタビュー実施医療機関は、以下の 2 つの基準により選定した。

- 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%以上であった病院であること。
- ② アドバイザリーグループメンバーに、重度かつ慢性患者に対する優れた取り組み

を行っている医療機関として推薦うけた病院であること。

上記①②によって、63 病院が選定され、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 年度は 16 施設を調査対象とした。このうち 1 病院は予行的訪問調査、1 病院は書面調査となり、14 病院に訪問インタビューを施行した。

さらに平成 30 年度は、「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 班共同で行われたアンケート調査により選定された好事例病院の中から、平成 29 年度に訪問できなかった、又は訪問が少なかった地域の 4 病院を対象としたインタビュー調査を実施した。

2) 好事例病院を対象としたアンケート調査

まず本研究班を含む重度慢性包括的支援研究の 5 つの研究班の共同により、平成 30 年 2～4 月に第一次アンケート調査を実施した。第一次アンケートは、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」による調査に協力した 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 病院の合計 327 病院を対象に実施された。

ここでいう「好事例二次医療圏」とは、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）」が算出した、「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)」の全国集計値から、①新規の 1 年以上在院患者 (NLS) の発生が全国集計値の中央値以下、②既に 1 年以上になっている患者 (OLS) の退院率が全国集計値の中央値以上、の両方の条件を満たした地域である。

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、その次に実施し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め、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のいずれか、又は両方を満たす医療機関

第二次アンケート調査の質問項目は、A：病院の運営体制、B：心理社会的治療・方策の状況、C：地域ケア体制、D：長期在院の高齢患者への取り組み、の大きく 4 領域から構成されており、これらの質問項目は、本研究班が平成 29 年度に実施した訪問インタビュー調査から得られた情報をもとに作成された。

(なお、質問項目の詳細は「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～平成30年度 総括研究・分担研究報告書」に資料として掲載している)

3) 国内・海外の先進事例、および先行研究に関する文献調査

文献調査では、重度かつ持続性の精神障害を有し、地域への退院支援が必要な人について、国内・海外でどのような先行研究が行われているか、国内外の文献データベースを用いて文献検索を行った。具体的な方法を以下に記す。

<日本語で発表された研究論文>

退院支援は医療施策や治療法の発展などに影響されるため、なるべく現在の状況に近い先行研究を検索することを目的として、2013年～2018年の間に発表されたものに絞って検索を行った。

研究データベースとして医学中央雑誌を利用し、「長期入院」「退院困難」「退院支援」などの検索用語を用いて検索を実施し、さらにその論文の内容について要旨を確認して、今回の研究目的と合致すると思われる11論文を選択し、検討を行った。

<英文で発表された研究論文>

研究データベースへのアクセスにはPubMedを使用した。各国により、地域ケアへの移行が行われた時期はさまざまであると考えられたため、論文発表時期についての制限は特に設けなかった。

検 索 用 語 と し て ”

deinstitutionalization”を用いて検索し、さらに要旨を確認して、本論文の目的に沿うと思われる27論文を抽出した。また”severe (and persistent) mental illness” or “treatment resistant psychosis”を検索用語として同様の検索を行い、退院支援に関連する8論文を選択し、検討を加えた。

(倫理的配慮)

本研究は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臨床研究倫理審査委員会の承認、およびさわかび病院臨床研究審査委員会の承認を受けて実施した。

C. 研究結果

(C-1) 退院実績の高い精神科医療機関を対象とした訪問インタビュー調査

平成29～30年度に訪問した18医療機関の概要は以下の通りであった。

<地方>

東北(2)、関東(4)、中部(5)、近畿(1)、中四国(3)、九州(3)

<設立母体>

国立病院機構(1)、自治体立病院(4)、財団法人(2)、医療法人(10)、社会医療法人(1)

<病床数>

平均：301.5床 ・ 中央値：283床
(最少：144床 ～ 最多：570床)

次に、平成29年度の訪問調査から、退院計画から退院後のフォローまでの流れに沿った13の分析項目が抽出された。これに従い結果を記す

＜訪問インタビュー調査：13分析項目＞

- 1) 退院促進に取り組んだきっかけ
- 2) 利用した事業
- 3) 退院の発議
- 4) 発議後のプロセス
- 5) 推進する主要なスタッフ
- 6) 医師の役割
- 7) 利用したプログラムと技法
- 8) ピアサポーターの参加
- 9) 家族へのアプローチ
- 10) 退院後支援
- 11) 地域連携
- 12) 退院先
- 13) 看護で困るケースへの対応

1) 退院促進に取り組んだきっかけ

訪問した病院において「退院促進に取り組んだきっかけ」としては、精神科地域移行実施加算がインセンティブとなり、退院支援対象患者への退院支援を強化したり、病棟の改修や削減、機能強化等をきっかけに病床のダウンサイジングを実施することがきっかけとなった例があった。また平成16年に厚生労働省が示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」により退院促進に取り組んだ病院もあった。さらに院長、副院長など管理職クラスの交代に伴い、病院全体の治療方針が見直され、退院促進に乗り出したという意見もあった。

2) 利用した事業

地域移行、退院支援に関連して、精神科地域移行実施加算、精神保健福祉士加算などが利用されていた。また関連機関との連携として地域移行支援事業実施主体である事業所を利用したり、自治体独自の退院支

援モデル事業も利用されていた。

3) 退院の発議

「退院の発議」は病院によって様々であり、個別のカンファレンスの中から、医師や担当看護師などから発議されるのはもちろん、定期的な多職種によるカンファレンスから発議されるような、病院組織的な検討から対象者を検討する病院もあった。

地域移行機能病棟や回復期病棟などの入院患者は全て対象患者であるとする病院もあった。

4) 発議後のプロセス

発議後の流れは、①退院支援のための計画立案、②退院支援のためのプログラム等を実行、③退院先の決定(家族との調整等)、④退院先の目途がついた段階で個別支援、⑤退院後の支援体制の具体化、というものである。

これらのプロセスのチェック体制として、プライマリーレベルでの意見交換や、病棟レベル～病院レベルでのカンファレンスが行われていた。

5) 推進する主要なスタッフ

主要なスタッフは、おおむね医師、病棟看護師、精神保健福祉士、作業療法士などであり、看護師が主体となるという病院が比較的多かった。特徴的な病院では、病棟看護師と精神保健福祉士が退院支援チームを構成し月1回のカンファレンスを実施していたり、精神保健福祉士は1～2週に1回は患者面接を行う。さらに全病棟に配置されている退院支援ナースとの月1回話し合いがもたれているところもあった。

6) 医師の役割

「医師の役割」も多様であり、診断・症状の評価、適切な薬物療法の遂行はもちろん、そのほかにも、「退院に関わる入院中および退院後治療プランの承認（報告を受け了承）」、「入院中および退院に向けての多職種スタッフのコーディネート」、「家族への説明」などの役割も求められていた

7) 利用したプログラムと技法

実際に実施されている心理社会的治療プログラムとしては、作業療法、心理教育・疾患教育、社会生活技能訓練（SST）などが常設プログラムとして実施され、それ以外には、「退院準備プログラム」「生活セミナー」「退院応援プログラム」「健康生活」などの呼称で呼ばれている生活支援と心理教育を組み合わせたような多方面からの支援プログラムが実施されていた。

8) ピアサポーターの参加

ピアサポーターの協力を得ている病院は多かった。活用の様態は様々で、ピアサポーターが集団療法に参加し退院後の生活について話す、ピアサポーターによる職員向けの講演会実施、入院患者を対象としたデイケア患者による退院体験談話会の実施、保健所が養成しキャラバン隊を構成している等々であった。

9) 家族へのアプローチ

家族の受け入れが良好であると退院支援がスムーズに進むという意見は多くの病院で聞かれ、家族支援の重要さが示唆された。家族教室などの組織的な取り組みは主に急

性期の患者・家族を対象に行われる傾向が認められた。

慢性期で家族にニーズにそって、病院職員付き添いによる退院先施設の見学、クライシスプランの作成、退院に対し消極的な家族宅への医師等による訪問、入院病棟レクレーションへの患者家族参加の促し等、個別の家族支援が行われていた。

いずれにしても、家族にはねぎらいの態度で接する、過度な期待はしない、接触するあらゆるタイミングを利用するといったことが重要であるとの意見が聞かれた。

10) 退院後の支援

退院後の再発・再入院の防止に向けて、以下のような支援は行われていた。

- ・クライシスプランの作成およびそれらに沿った支援（緊急時の対応の統一）
- ・精神科デイケア、通院作業療法による病状観察および精神科リハビリテーション
- ・電子カルテを利用した情報の一元化
- ・多職種による支援チームの編成（ヘルパー利用なども含む）
- ・本人も交えた定期的な多職種カンファレンスの実施

11) 地域連携

自前の施設をもたない病院では地域の保健所、保健センター等との連携がなされ、定期的なケア会議を持たれていた。いずれにせよ、よく言われる「顔の見える関係づくり」の重要性は欠かせない点であると考えられた

地域のスタッフも様々で保健所の保健師のみならず、市町村レベルのスタッフときめ細かな連携を組んでいる病院もあった。

また、相談支援事業所や社会福祉協議会と退院後定期的にカンファレンスをするケースや、元院長が開業したクリニックと連携、定期往診してもらっているという意見もあった。入院前に問題行動があったケースでは後見人、保健所、訪問看護らとカンファレンスが持たれていた。

地域により精神障害者の支援体制には差があり、どの機関のどのスタッフと連携するかは、ケースバイケースのようであった。

1.2) 退院先

退院先も本人・家族の意向や、地域の社会資源により様々であるが、大きく分けると「自宅」「グループホーム」「高齢者施設」が主な退院先であった。高齢者以外は、精神科グループホーム、高齢者は、比較的入居しやすい老人保健施設の利用が多かった。病院所有のシェアハウスを利用しているという意見もあった。

1.3) 看護で困るケースへの対応

インタビューの中では看護上で困るケースが意見としていくつか聞かれた。

その主なものは、①多飲水のケース、②嚥下障害があるケース、③不穏・衝動性の強いケースなどであった。

嚥下障害ケースに対しては、看護師、作業療法士、栄養士による栄養サポートチーム（栄養支援委員会）で対応したり、嚥下障害認定看護師の協力を予定している病院があった。

不穏・衝動行為に対して、病状悪化の兆候や対応方法などが記載された“行動制限最小化チェックリスト”を個別に作成したり、CVPPP(包括的暴力防止プログラム)の導入、

クロザピンによる薬物療法などで対応されていた。

その他には転倒リスクに対する対応や、収集癖のあるケースへの対応なども挙げられた

(C-2) 好事例病院を対象としたアンケート調査

第二次アンケート調査では、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。

アンケート項目のうち心理社会的治療に関連する部分 (B 領域) を中心に、以下にその結果を示す。

(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

心理社会的治療プログラムの実施状況は、「医師による定期的な精神療法 (85%)」が最も高い該当率で、次いで OT センターで行われる作業療法(55.0%)が高率であった。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。

退院計画を進める上での取り組みについては、「退院前訪問」(該当率 85.0%)が最も高く、次いで「ケアマネジメント」(該当率: 60.0%)であった。一方「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。

次に「重度かつ慢性」の患者に対する取り組みでは「対人技能の向上、服薬自己管理などのスキルの獲得」や「精神疾患についての知識」や「社会資源についての知識」が高い割合で「非常に重要」と回答されていた

(B6)「重度かつ慢性」患者の退院支援における各職種の役割

好事例病院において「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はどの職種と回答されたのは、ある職種に偏ることなく、多職種ともに必要という回答であり、具体的には医師、看護師など「医師」・「精神保健福祉士」が100%、「看護師」95.0%、「作業療法士」85.0%であった。

(B7)「重度かつ慢性」患者の診療を行う医師の活動

「重度かつ慢性」患者の診療を行う医師の活動は、「主として薬物療法に携わっている」は100%で、「退院先、退院時期について決断を下している」が90.0%であった。また「チームを先導している」との回答も75.0%と高率であった。

(B8)「重度かつ慢性」患者の入院病棟の看護体制

「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は、「プライマリーナース制」が65.0%と最も多く、「機能別看護方式」が35.0%で、「モジュール型ナーシング制」が30%であった。

(B9)「重度かつ慢性」患者の家族への支

援

退院後、家族と生活を共にするケースも少なくない。そのため家族の負担を軽減するための取り組みは再発・再入院の防止のために重要である。好事例病院では家族教室など、患者家族への介入が55.0%で開催されていた。

(B10)「重度かつ慢性」患者の退院時のクライシスプラン

好事例病院の多くで退院に際してクライシスプランが作成されていた。クライシスプランは「患者用」として作成されるものが75.0%と最も多く、次いで「家族用」が45.0%、「施設用」「地域支援者用」が35%であった。

クライシスプランに記載する内容は、「緊急時の連絡方法」と「不調時のサインと解決策(本人用)」、「悪化時の症状と対応方法(家族用、施設用、地域支援者用)」などが高率であった。

(B11)「重度かつ慢性」患者の退院後の支援体制・支援活動

「重度かつ慢性」の患者の退院後の支援体制として「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」と答えた好事例病院は90.0%と大部分の病院で救急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」、「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、情報共有の体制も高率で整っていた。

(B12)「重度かつ慢性」患者の退院支援における地域連携

「重度かつ慢性」患者の退院・地域移行の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%、「地域で開くケア会議に病院スタッフも参加」するも55.0%と、双方向の連携が高い割合で行われていた。

用については「病院部門や保有施設等の職員として雇用している」という病院が10.0%であった。

また、プログラムなどへのピアサポーターの参画は、「正式に参画してもらっている」は25.0%、「正式ではないが時に参画してもらいことがある」は20.0%で、病院の取り組みにピアサポーターに参加してもらい試みが徐々に開始されていることが明らかになった。

(B13)「重度かつ慢性」患者の地域移行に向けたピアサポーターの役割

好事例病院におけるピアサポーターの雇

(第二次アンケート調査結果図表 (B領域))

< B5-1 >

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？	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%			

< B5-2 >

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？	該当率(%)	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 地域移行用バス	15.0%			

< B 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	該当率(%)	0%	50%	100%
B8-① プライマリーナース制	65.0%			
B8-⑥ 機能別看護方式	35.0%			
B8-④ モジュール型ナースング制	30.0%			
B8-③ 固定チームナースング制	20.0%			
B8-② チームナース制	15.0%			
B8-⑦ その他	10.0%			
B8-⑤ パートナーシップ・ナースングシステム制	5.0%			

< B 10-2 >

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	該当率(%)	0%	50%	100%
B10-2-① 緊急時の連絡方法	75.0%			
B10-2-② 不調時のサインと解決策(本人用)	75.0%			
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)	60.0%			
B10-2-⑤ 処方内容	30.0%			
B10-2-⑥ その他 具体的にお書きください。	20.0%			

< B 11 >

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。	該当率(%)	0%	50%	100%
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。	90.0%			
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。	70.0%			
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。	70.0%			
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。	65.0%			
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。	55.0%			
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。	50.0%			
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。	35.0%			

< B 12 >

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%			
B12-② 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。	55.0%			
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	50.0%			
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%			

(C-3) 国内・海外の先進事例、および先行研究に関する文献調査

(1) 国内で報告された先行研究

国内研究では、介入研究 2 本、調査研究 7 本、事例研究 2 本を対象に検討された。

11 論文はいずれも地域移行が困難な原因について検討が行われており、家族の協力が得られにくいことが退院困難の要因として挙げられていた。重い精神障害を持つ人のかなりが家族と同居しているわが国の実態を反映していると考えられ、地域で独立して居住できる体制の確立や家族支援の重要性を示している。

身体合併症の併存を退院困難要因として挙げている研究も複数見られた。精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの必要性が唱えられる中、総合病院との一層の連携を図る体制の構築が課題となる。

(2) 英文論文における先行研究

2-1) "deinstitutionalization"をキーワードとする論文から

英米と欧州各国における、脱施設化の経緯を振り返るレビュー論文が多くを占めた。

各国の医療制度、脱施設化が進められた年代などを予備知識としてもちながら読むことによって、我が国においても参考になると思われる。

重い精神障害の人たちがサービスから切り離されて、貧しい地域生活を送っている人が多いという問題点を指摘する文献もある。地域ケアへの展開に当たり、包括的地域生活支援(assertive community treatment, ACT) が有用であるとする論文が複数みら

れた。また精神科病院の長期入院病棟から退院した患者に宿泊、臨床ケア、リハビリを提供するために開発された Community Care Unit (CCU) についての研究が複数見られた。入院治療と比較して、地域ケア移行後の方が低コストであることが、病院閉鎖後の退院患者の追跡調査で検証されている。

福島県郡山市で精神科病院から居住施設への移行を試みたササガプロジェクトの追跡調査では 5 年間追跡調査され、認知機能や精神症状の改善など、地域移行が良い影響を与えることが実証された。

2-2) "severe (and persistent) mental illness (SMI) " or "treatment resistant psychosis"-をキーワードとする、退院支援に関連する論文から

SMI 患者の地域ケア移行後の危機介入サービスの在り方についての報告が見られた。老人ホームに居住する SMI 患者のために、スタッフの教育が必要であることを指摘する論文も見られた。

コクランデータベースで行われた文献レビューで SMI 患者に対する強制的な地域治療と標準治療とを比較し多結果は、強制的な地域ケアでは、サービスの利用、社会的機能または生活の質の点で明らかな差異がみられなかったが、暴力的もしくは非暴力的な犯罪による被害者になる可能性は低くなることが示された。非自発的な外来患者約束(involuntary out-patient commitment: OPC) が暴力的危険性を軽減する可能性が示した論文が見られた。

D. 考察

本研究班では、①訪問インタビュー調査、②好事例病院を対象としたアンケート調査、③国内・海外の先行研究文献調査の3つのベクトルから、わが国の様々な臨床現場で実施可能であり、かつ重度かつ慢性患者の退院促進・地域移行に有効性の高いと考えられる心理社会的治療／方策を模索した。

18 病院の訪問インタビュー調査からは、退院の発議や促進には組織的検討や多職種による検討が重視される傾向が見出された。担当医、担当医看護師が中心的な役割を担うことは多いと考えられるが、それをしっかりと支える多職種の存在や、病院内の組織体制が不可欠ということであろう。

また地域移行に成果を上げている医療機関では、退院の発議から退院後の支援、地域定着に至る一連のプロセスが、計画→実行→評価→改善のPDCA サイクルの原則に基づき、戦略的に実行されているという特徴がある。これにより関与する各職種スタッフの自分の役割が整理され、効果的に関わることが可能になると思われる。また退院に至るプロセスは常にスムーズに進むものではなく、様々な障壁にぶつかり、時には後退することも少なくないが、その際にも進捗が適切に管理出来ていれば、解決すべき課題が明確になり、素早い問題解決に役立と考えられる。

具体的な心理社会的治療プログラムの実施においては、近年海外で報告されている様々な心理社会的治療プログラムが日本でも試みられるようになり、その報告も多くなっている。もちろんそのような新しい治療法に期待するところも大きいですが、今回の

インタビュー調査から明らかになったのは、作業療法や心理教育、SSTなど、古くから行われている心理社会的治療がきちんと行っているという実態であり、それらを行う際にも多職種で実施することが意識されているという点であった。

また、多くのスタッフに関われば関わるほど、相互の情報交換は密に行われるべきであり、情報伝達の迅速さや正確さの重要度が増していること、情報共有に有用な共通のフォーマットや効率的な情報伝達手段が必要など新たな課題として浮かび上がってきた。

これらインタビュー調査から見出された事柄は、アンケート調査の結果からも概ね裏付けられるものであった。

例えば、好事例病院で実施されている心理社会的治療の頻度に関しては、医師による定期的な精神療法や、OTセンターで行われる作業療法など、決して特別ではない基本となる心理社会的治療プログラムが高率であり、さらに実際にプログラムを遂行していく上で重要と考えられる事柄も「対人技能の向上」や「服薬自己管理などのスキルの獲得」といった地域生活を行う上で、欠かせないコアスキルが高率で選択された。

さらに退院支援を推進する主要なスタッフに関しても多職種の重要性が明らかになり、その中で特に中心となる職種は、医師・精神保健福祉士・看護師・作業療法士の4職種であった。特に医師はチーム全体のマネジメントの役割が期待されており、この点は精神科の専門医教育の中で、チームマネジメント力を学習し獲得するための研修機会を増やしていくことが課題となるだろう。

退院への動機づけの観点から、ピアサポーターの役割は大きいと推測されるが、アンケート調査からはピアサポーターの導入はまだ部分的であり、今後その活用方法が標準化され、普及していくことが期待される。また、家族への負担軽減もわが国においては大きなテーマである。海外に比べ、日本はまだ退院先として自宅(家族との同居)が選ばれることも多く、家族が長期間にわたって本人の療養のサポートを担っており、家族の高齢化なども問題になることが少なくない。家族心理教育により疾病の再発率、再入院率が低下するエビデンスは明らかであり、実際多くの好事例病院では実施されていたが、重度かつ慢性患者の地域移行を考える際には、それ以上の家族へのサポート、家族の負担軽減の取り組みが必要であろう。クライシスプランの作成はそのひとつと考えられ、患者本人用のプランのみならず、家族用のプランも、概ね半数で作成されているが、このような取り組みは今後原則的に実施されるようになることが期待される。

退院後の支援体制や地域連携については、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ことが明らかになり、わが国でも精神科救急医療体制の充実と、それが退院促進に役立っていることが示唆された。

また、現場では良く言われる「顔の見える関係づくり」の重要性が今回のアンケート調査でも明らかになった。ケア会議の際に、地域の関係機関のスタッフが病院に出向いたり、逆に病院のスタッフが地域で開かれるケア会議に参加するなど、双方向のスタッフの交流が図られており、このような普段の取り組みが徐々にお互いの信頼関係を

構築し、重度かつ慢性患者の退院可能性を高めていると言えるだろう。

国内・海外の先行研究の調査からは、本研究で対象としている重度かつ慢性のケースに該当すると思われる先進諸国の取り組みが通覧された。実施された時代や背景はそれぞれの国によって異なるものの、脱施設化の世界的な流れに沿って、比較的生活能力が保たれ問題行動の少ない患者から退院支援は進み、その後に地域ケアシステムの整備に伴って重度の患者の地域移行が可能となってきたようであった。

わが国ではマンパワーの確保や診療報酬との兼ね合いなどの関係でまだ十分普及していないが ACT はエビデンスの高い地域介入プログラムとして研究報告数も多い。また地域ケアシステムや、わが国では重度かつ慢性の患者へのサービスがまだ展開されていない居住サポートシステム、非自発的な地域での治療継続の仕組みなどが、地域生活の継続に与える効果と問題点について、先行研究から得られた情報は、今後の日本における地域ケアにも活かされるものであると考えられる。

わが国の研究では、退院困難要因の調査結果をもとに、個別にその対策を工夫した内容が多いが、そうした工夫や優れた取り組みは、同じ医療事情である国内の精神科病院のお手本となる。そのような国内の優れた取り組みと海外の脱施設化の歩みの融合を図りつつ、精神障がいをもつ人のこれからの地域ケアの制度設計を進めていくことが課題と言えるだろう。わが国では家族と同居を希望する文化は根強く存在するが、そうした当事者の志向を尊重すると同

時に、家族の献身に過剰な期待をしなくてもよい地域ケアシステムの構築はこれからのひとつの課題であると考えられる。

最後に、本研究班の2年間の調査研究結果を概観し、あらためて心理社会的治療・方策のポイントを総括すると、以下の7点が重要であると考えられる。

- ① 基本的な心理社会的治療の定期的な実施
- ② 治療アドヒアランスの改善と支援者との対人関係の維持に向けた介入
- ③ 多職種チームによる多方面からの支援
- ④ 医師のリーダーシップと担当スタッフの役割の明確化
- ⑤ 家族との関係保持と家族の不安・負担の軽減
- ⑥ 緊急時の即時の対応と救急診療体制の構築
- ⑦ 病院と地域関係機関との双方向の交流と診療支援情報の共有化

これらはどれも欠かすことができないポイントである。同時に、これらのポイントは決して最先端の知識や高度な治療支援技術がなければ実施できないことでもないことも明白である。

これらのポイントは普段から現場の多くのスタッフが大切だと感じている事柄その

ものであり、「頭では分かっているが、マンパワー不足や日々の業務に忙殺される現実の元で、なかなか理想通りにはできないこと」と言えるのではないか。

大切なことは、今一度立ち止まって現在の診療支援体制を振り返り、これらのポイントのどれが不十分か、もし何かひとつでも取り組める項目があるとすれば、それは何か…を病院組織全体で検討し、取り組み始めてみることだろう。

E. 結論

平成29～30年度にかけて、訪問インタビュー調査、好事例病院を対象としたアンケート調査、国内・海外の先行研究文献調査の3つ調査研究を実施し、その結果をもとに、わが国の様々な臨床現場で実施可能であり、かつ重度かつ慢性患者の退院促進・地域移行に有効性の高いと考えられる心理社会的治療／方策を模索した。

その結果、①基本的な心理社会的治療の定期的な実施、②治療アドヒアランスの改善と支援者との対人関係の維持に向けた介入、③多職種チームによる多方面からの支援、④医師のリーダーシップと担当スタッフの役割の明確化、⑤家族との関係保持と家族の不安・負担の軽減、⑥緊急時の即時の対応と救急診療体制の構築、⑦病院と地域関係機関との双方向の交流と診療支援情報の共有化、の7つのポイントが心理社会的治療の観点から重要であることが示唆された。

これらはどれも欠かすことができないポイントであると同時に、普段から現場の多くのスタッフが大切だと感じている事柄そ

のものであり、重度かつ慢性患者の退院支援・地域移行を実現させるために、病院全体でこれらの中からまず取り組めることを検討し、始めることが重要であると考えられた。

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

<< 資料 >>

「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイド より（一部抜粋）

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」を構成する下記の 5 つの研究班、

- ・ 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）

の協働により、最終成果物として「**「重度かつ慢性」患者への包括的支援実践ガイド**」が作成された。

この包括的支援実践ガイドには、本総合研究報告書の内容に関して、今後全国の精神科医療機関等で活用してもらえるように心理社会的治療の「ミニマム・エッセンス」としてまとめたものを記載しているので、資料として本報告書に再掲する。

しかし、心理社会的治療のミニマム・エッセンスのみの活用によって、重度かつ慢性患者の退院促進・地域移行は上手くいくものではない。薬物療法をはじめとするあらゆる治療・支援のエッセンスを活用することが重要であるので、ここでは実践ガイドの「総論」と、①薬物療法、②クロザピン療法、③心理社会的治療、④チームによる地域ケア体制の各々のミニマム・エッセンスの部分を合わせて再掲する。

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。

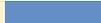
「担当医師とプライマリナースのチームで発議する」(70%)がもっとも多く、ついで「病棟単位の多職種が参加する会議が発議する」(65%)が多かった。「担当医師以外が発議する仕組みはない」、つまりチームでなく担当医師だけが発議するやりかたは 20%で少なかった。担当医師と看護師(プライマリー)の連携、病棟単位のチームの連携が「重度かつ慢性」患者の退院を発議するうえで重要と考えられる。

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う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—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—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)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

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。

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。

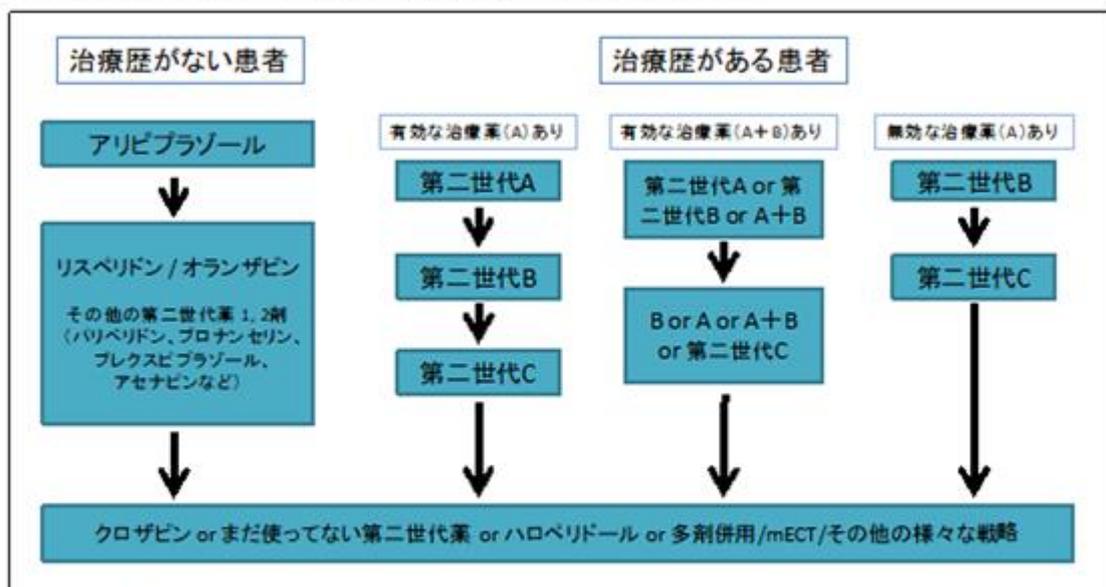
入院3ヶ月以降の対応でも、「主剤の切り替え」が4割(38.1%)と最も多く「念入りな内服確認」(21.2%)、「抗精神病薬2剤併用」(19.5%)、「多職種カンファレンス実施」(15.9%)、「多剤併用の単純化」(併用薬の削減)(15.0%)、「入院時の主剤を増量」(13.3%)、「増強療法」(11.5%)が続きますが、入院が3ヶ月以上になると「薬物治療方針について指導者に相談(11.5%)」が加わります。

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。

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）をみず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がつくられていけば理想的です。

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。
 - 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以上に相当する状態にならなかったことがない（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10万人当たりでは52.5～63人のCLZの処方が目標値となり（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）。

2) 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。

3) 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マイクロサリル適正使用委員会ホームページ(2019.1.30), ³Bachmann C]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 0～4b 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 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切と考えられた。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。
2	施設として1～数例のCLZ症例を経験	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。
		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。

参考文献

- 1) Bachmann CJ, Aagaard L, Bernando 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.clozaryl-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. 心理社会的治療のミニマム・エッセンス

(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 P62, 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「比較的よく実施」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「比較的よく実施している」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「比較的よく実施」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%、「モジュール型ナーシング制」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いがある」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い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

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、定期的に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良好に実施されており、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。

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

「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「比較的によく実施（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、本実践ガイドのミニマム・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で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などもわかる信頼・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持ちながら、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

III. 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
		特記すべきことなし					

○ 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
		特記すべきことなし			