

厚生労働省

平成25年度 障害者総合福祉推進事業

**精神病床に入院している難治性患者の
地域移行の推進に向けた
支援の在り方に関する実態調査について**

平成26年3月

公益社団法人 全国自治体病院協議会

はじめに

日本の精神科病院の総数は 1,075 病院（2006 年）、精神病床数は 31 万床（2008 年）で、入院患者数は 30.6 万人（2008 年）である。入院患者の 26%にあたる 8.4 万人（2005 年）は精神病棟に 10 年以上入院している。その大部分が統合失調症であり、統合失調症患者の地域移行と地域での生活支援が大きな課題となっている。

平成 24 年度に実施された精神科病院を対象とした調査では、1 年以上入院している患者のうち「精神症状が極めて不安定」なために退院できない患者は 60.9%であり、調査対象者全体の 79.4%が統合失調症であることから概算すると、 $60.9 \times 79.4 = 48\%$ が「精神症状が極めて不安定」なために退院できない長期入院統合失調症患者と推計される。

これらのデータから「精神症状が極めて不安定」なために長期入院を余儀なくされている統合失調症患者は、日本全体で $30.6 \text{ 万人} \times 48\% = 14.7 \text{ 万人}$ となる。

「精神症状が極めて不安定」な病態は、通常の抗精神病薬に反応しない、または錐体外路系副作用のために使用できないことが考えられ、治療抵抗性統合失調症あるいは難治性統合失調症と呼ばれている。

難治性統合失調症に対して、近年さまざまな取り組みが奏功することが明らかにされている。特に、クロザピン、修正型電気痙攣療法、持効性注射剤、アウトリーチ活動が大きな成果を上げている。日本と比較して精神病床の少ない OECD 諸国では、これらの方法により多くの難治性統合失調症患者の地域移行と地域生活が実現されている。

しかしながら、日本におけるこれらの取り組みは遅れていると言わざるをえない。例えば、クロザピンは 2009 年 4 月に上市されたものの、2013 年 10 月 31 日現在の CPMS 登録患者数は 1,983 人とどまっている。前述の平成 24 年度の調査では長期入院統合失調症患者の 80.9% がクロザピンの適応に当たらないと報告されているが、これをもとにクロザピン適応の可能性のある患者を概算すると $14.7 \text{ 万人} \times (100 - 80.9)\% = 2.8 \text{ 万人}$ となり、対象者の実に 7.1%しかこの治療を受けていないことになる。

このような背景において、本実態調査事業は企画された。本事業は、日本におけるクロザピン、修正型電気痙攣療法、持効性注射剤、アウトリーチ活動の実態をアンケートおよびヒアリング調査によって明らかにし、その普及の妨げとなっている課題を抽出して対応策を検討するものである。特に難治性統合失調症治療の切り札であるにも関わらず日本での普及が遅れているクロザピンについては先行調査研究の分析も行い、世界における日本の現状と課題、対応策を述べるとともに提言を行うものである。

限られた時間であったにもかかわらず、各検討委員の的確な評価や助言等のもとより、大阪府立精神医療センターの島本医師の奮闘により、報告書をまとめることができた。

この報告書が、一人でも多くの難治性患者の地域移行支援に役立つことを祈念している。

最後に、本実態調査でアンケートおよびヒアリングで多くの医療機関の皆様方にご協力をいただいた。ここに深く感謝の意を表す。

平成 26 年 3 月 31 日
実務担当責任者 中島豊爾

厚生労働省 平成25年度 障害者総合福祉推進事業
「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の
在り方に関する実態調査について」

目次

はじめに

I. 本調査の目的	1
II. 調査概要	1
III. 調査報告	
(A) クロザピン使用の普及促進に向けて	
— 先行調査研究をもとに —	
1. はじめに	2
2. 治療抵抗性統合失調症治療におけるクロザピンの意義	3
3. CPMS 導入国の状況	5
4. 諸外国でのクロザピン使用状況	7
5. クロザピンの普及促進に向けて	9
参考文献	11
(B) 精神科医療機関における難治性患者の地域移行支援に関する調査	
— 精神科医療機関を対象とした質問紙調査から —	
1. はじめに	13
2. 調査対象	13
3. 調査方法	13
4. 調査内容	13
5. 調査結果	14
6. 考察	34
7. 質問項目 Q66—69（自由記載）の回答のまとめ	38
(C) ヒアリング調査	
1. 調査対象	46
2. 調査方法	48
3. 調査内容	49
4. 調査結果	50
① 大阪大学	51
② 千葉大学	57
③ 山梨県立北病院	63
④ 東京都立松沢病院	69
⑤ 医療法人静心会桶狭間病院藤田こころケアセンター	75

⑥ 岡山県精神科医療センター	82
⑦ 国立病院機構琉球病院	89
⑧ 医療法人如月会若草病院	98
⑨ 国立国際医療研究センター国府台病院	106
⑩ 高知大学	112
⑪ 島根県立こころの医療センター	118
⑫ 岩手県立南光病院	124
⑬ 北海道立緑ヶ丘病院	131
5. 考察	137
IV. クロザピン普及のための方策について	145
V. 提言	150

○参考資料

1) 検討委員会委員及び調査事業担当者の名簿	152
2) 第1回検討委員会議事録	154
3) 第2回検討委員会議事録	160
4) 第3回検討委員会議事録	165
5) 「精神科医療機関における難治性患者の地域移行支援に関する調査」 アンケート用紙	169

○添付資料（巻末）

ヒアリング対象医療機関において使用されている、クロザピンおよび m-ECT に関するマニュアル、パス等の資料を添付している。CD には添付資料の PDF が収められている。クロザピンや m-ECT 導入の一助として活用されることが期待される。

これらの資料はヒアリング対象医療機関のご厚意により提供されたものである。ここに深く謝意を表す。

I. 本調査の目的

精神病床に入院している統合失調症患者の中で、精神病症状が持続し保護室での対応を余儀なくされることの多い難治性患者にとって、地域移行は極めて困難である。しかし、このような難治性患者の一部はクロザピン、持効性注射剤等の薬物療法や m-ECT (modified electroconvulsive therapy) 等の専門的な治療によって精神症状を改善することができ、ACT (assertive community treatment) や訪問看護・訪問診療等のアウトリーチによる支援があれば地域生活への移行も可能であると考えられている。

本調査では、精神科医療機関における、これら 4 つの治療手段、クロザピン、m-ECT、持効性注射剤、アウトリーチの現状と難治性患者に対する取り組みについて明らかにすることを目的としている。さらに、これらの治療手段の阻害要因を明らかにし、その方策についても合わせて検討する。特に普及の遅れているクロザピンに関しては、先行調査研究の分析も行い、世界の中での日本の現状を明らかにする。これらの分析を通じて、個々の医療機関の努力では解決困難な課題に対して提言を行うこととする。

II. 調査概要

本調査では、クロザピンに関する先行調査・研究の分析、医療機関に対するアンケート調査、医療機関に対するヒアリング調査、の 3 つを柱としている。

本調査にあたっては、検討委員会が設置され、3 回にわたって開催された検討委員会において評価と助言を受けて実施された。なお、本調査は岡山県精神科医療センター倫理審査委員会の承認を得て実施されたものである。

各調査の概要は以下の通りである。

(A) 先行調査・研究の分析「クロザピン使用の普及促進に向けて」

諸外国のクロザピンの使用状況を文献的に調査し、日本の状況と課題をまとめている。

(B) アンケート「精神科医療機関における難治性患者の地域移行支援に関する調査」

難治性患者の治療に必要とされる、クロザピン、持効性注射剤、m-ECT、アウトリーチの活用の実態を明らかにするため、全国自治体病院協議会・国立病院機構に加盟する精神科を有する医療機関、大学病院、公開されているクロザリル患者モニタリングサービス (CPMS) 登録医療機関、スーパー救急病棟あるいは精神科救急・合併症入院料算定病棟を有する医療機関 496 か所に対して郵送によるアンケート調査を行い、分析を行っている (有効回答数 185)。

(C) ヒアリング調査

検討委員会の意見をもとに、難治性患者の地域移行を推進している 13 の医療機関を抽出し、クロザピン、持効性注射剤、m-ECT、アウトリーチに関するヒアリング調査を実施し、考察している。

以下で、各調査について報告することとする。

Ⅲ. 調査報告

(A) クロザピン使用の普及促進に向けて

— 先行調査研究をもとに —

1. はじめに

1961年にスイスで開発されたクロザピン（Clozapine）は、ドパミン D2 受容体に対する親和性が極めて低く、セロトニン 5-HT_{2A} 受容体、ドパミン D4 受容体に対して高い親和性を示す第二世代抗精神病薬として 1969 年以後、多くの国で承認されていた。しかし、1975 年にフィンランドにおいて発売後 6 ヶ月間で 8 例の死亡例を含む 16 例で無顆粒球症の発現が報告され、各国で一時販売中止あるいは開発中止の措置がとられることになった。その後、1988 年に Kane⁹⁾ らによって治療抵抗性統合失調症治療においてクロザピンの有効性が再認識され、米国では 1989 年より使用が再開されるようになったが、顆粒球減少症、心筋症などの重大な副作用が発現する恐れがあるため、適応を「治療抵抗性統合失調症」に限定し、使用されることになった。2008 年時点で 97 ヶ国において承認・使用されている。

特に、米国、英国、オーストラリアなどでは Clozaril Patient Monitoring Service (CPMS) を導入し、本剤投与中の無顆粒球症の発現又はその予兆の早期発見や発現時の早期対応に効果をあげている。日本では諸外国に遅れて、2009 年 4 月 22 日付で承認され、同年 7 月にクロザピルの名前でノバルティスファーマより発売されるようになったが、好中球減少症・無顆粒球症及び耐糖能異常の早期発見及び重篤化回避を目的とし、CPMS を導入している。2014 年 2 月 27 日時点で、262 医療機関において CPMS 登録が行われ、登録患者数は、2014 年 2 月末時点で、2,241 例となっているが、諸外国に比し極めて少ない使用実績になっている。

社会的入院患者を抱え、諸外国に比べ人口あたりの精神科病床数が突出してきた日本では、2004 年 9 月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を提示し、「入院医療中心から地域生活中心へ」を打ち出し 10 年間で 7 万床相当の病床数の減少が促されるとした。しかし、平均在院日数の短縮、福祉サービスの整備、うつ病への理解は進んだが、依然、長期入院患者が多い状況が続いている。2013 年 6 月 28 日、精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会では、「今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提とした身近で利用しやすい精神科医療とする」とし、「重度かつ慢性」を除き、1 年以内で退院、入院以外の治療への移行を促進する仕組みを作ることになっている。

「重度かつ慢性」の定義は、今後、調査研究等を通じて基準が明確化されることになっているが、治療抵抗性統合失調症に有効とされるクロザピンが十分に使用できない状況下で、本来地域移行できたはずの患者が「重度かつ慢性」とされ地域移行を諦めてしまうとすれば、遺憾なことと言わざるを得ない。

今後、治療抵抗性統合失調症患者の地域移行を促進するためにも、如何にすればクロザピンの使用が普及促進するのか、諸外国の調査研究などをもとに検討する。

2. 治療抵抗性統合失調症治療におけるクロザピンの意義

1) 治療抵抗性患者の推計数

日本の統合失調症のうち治療抵抗性統合失調症は、八木ら²³⁾は、Juarez - Reyesら⁸⁾の Broad defensible criteria で20%、Essock²⁾の基準で9%、Kane⁹⁾の基準で3%となり、20～30%とされる欧米に比し極めて少ないことを報告している¹⁾。しかし、これは日本の統合失調症患者の治療予後の良さを示しているのでは無く、慢性重症例に対して多剤併用療法や主たる治療薬物を容易に変更しないという「日本的」な薬物療法のために、「治療抵抗性」の基準に容易に達しないからと考察している。日本での治療抵抗性統合失調症患者が、諸外国と同程度、25%存在すると仮定すると、統合失調症患者数の推計数は79.5万人とされているので、約20万人が治療抵抗性と推定される。日本の精神科病床数は近年、漸減傾向にあるが、約35万床あり、統合失調症の入院患者が2011年で17.6万人在院しているので、相当な数の治療抵抗性患者が入院していると推測され、治療抵抗性統合失調症治療は精神医療の重要課題と言える。

2) 治療抵抗性統合失調症患者に対するクロザピンの効果

クロザピン再評価の契機となったKaneら⁹⁾の二重盲検比較研究では、(1) 過去5年間に3種類の抗精神病薬（少なくとも2種類の系列薬剤のもの）をクロルプロマジン換算にして1000mg以上6週間以上使用し、顕著な症状改善がなかったもの、(2) 過去5年間、良好な機能状態になかったもの、を治療抵抗性統合失調症と定義し、268名の患者を対象に、クロザピンとクロルプロマジンの無作為割り付けを行った結果、クロルプロマジン群では4%しか反応が認められなかったのに対して、クロザピン群では30%の反応が認められ、クロザピンの有効性を明らかにしている。

治療抵抗性統合失調症をどのように定義するかで、治療効果に差が生じ、厳しく定義すれば、それだけ治療効果が認めにくくなることが想定される。簡略化すれば、十分な治療期間抗精神病薬を使用しても十分な治療反応を示さない場合であり、Kaneら⁹⁾の治療抵抗性統合失調症の定義を基にした2005年版WFSBPガイドラインでは、過去5年間に2種類以上（少なくとも1つは非定型抗精神病薬とする）の抗精神病薬を、それぞれ単剤で適切な用量で2-8週間以上投与しても、精神症状および／または他の標的症状に有意な改善を認められない状態と定義している²²⁾。

また、治療反応性を、Kane⁹⁾らは、治療後のBPRS総点が20%以上改善し、かつ総点が35%以下もしくはCGI-Severityで3点以下となることにより定義しているが、研究間での一致がないため治療効果判定の比較を難しくしている。しかし、多数のメタ解析を行っているLeuchtら¹¹⁾のグループは、クロザピンが治療抵抗性統合失調症治療においてもっとも有効であることを示すとともに、非治療抵抗性統合失調症にも優れていることを示している。もっとも、非治療抵抗性統合失調症に有効であるとした研究は、第一世代の抗精神病薬との比較試験であり、現在、A European Union-funded studyにおいて、発症初期の統合失調症患者に対するクロザピン早期投与の研究が行われているところである。

また、クロザピンは、錐体外路症状のリスクが最も低いため、多くの国で、特に遅発性ジスキネジアなど抗精神病薬忍容性の悪い患者にも推奨されている。

諸外国では、治療抵抗性統合失調症の定義をガイドラインで定めているが、日本のクロザピンの添付文章においては治療抵抗性統合失調症を表1のように①反応性不良と②耐容性不良として厳密な基準を設けている。

表1 日本のクロザピン処方基準（クロザリル添付文書より）

①反応性不良の基準

忍容性に問題がない限り、2種類以上の十分量の抗精神病薬^{a) b)} [クロルプロマジン換算 600mg/日以上で、1種類以上の非定型抗精神病薬（リスペリドン、ペロスピロン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾール等）を含む] を十分な期間（4週間以上）投与しても反応かみられなかった^{c)} 患者。なお、服薬コンプライアンスは十分確認すること。

a) 非定型抗精神病薬が併用されている場合は、クロルプロマジン換算で最も投与量が多い薬剤を対象とする。

b) 定型抗精神病薬については、1年以上の治療歴があること。

c) 治療に反応かみられない：GAF（Global Assessment of Functioning）評点が41以上に相当する状態になったことがないこと。

②耐容性不良の基準

リスペリドン、ペロスピロン、オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾール等の非定型抗精神病薬のうち、2種類以上による単剤治療を試みたか、以下のいずれかの理由により十分に増量できず、十分な治療効果が得られなかった患者。

- ・中等度以上の遅発性ジスキネジア^{a)}、遅発性ジストニア^{b)}、あるいはその他の遅発性錐体外路症状の出現、または悪化
- ・コントロール不良のパーキンソン症状^{c)}、アカシジア^{d)}、あるいは急性ジストニア^{e)}の出現

a) DIEPSS（Drug-Induced Extra-Pyramidal Symptoms Scale）の「ジスキネジア」の評点が3点以上の状態。

b) DIEPSSの「ジストニア」の評点が3点以上の遅発性錐体外路症状がみられる状態。

c) 常用量上限の抗パーキンソン薬投与を行ったにもかかわらず、DIEPSSの「歩行」、「動作緩慢」、「筋強剛」、「振戦」の4項目のうち、3点以上が1項目、あるいは2点以上が2項目以上存在する状態。

d) 常用量上限の抗パーキンソン薬投与を含む様々な治療を行ったにもかかわらず、DIEPSSの「アカシジア」が3点以上である状態。

e) 常用量上限の抗パーキンソン薬投与を含む様々な治療を行ったにもかかわらず、DIEPSSの「ジストニア」の評点が3点に相当する急性ジストニアが頻発し、患者自身の苦痛が大きいこと。

3) クロザピンの安全性

クロザピンは顆粒球減少症などの重篤な副作用が恐れられてきたが Tiihonen ら¹⁹⁾ によるフィンランドでの 66,881 名の患者を 1996 年から 2006 年の 11 年間追跡調査した結果では、統合失調症患者は一般人口に比し、死亡期待年齢が 1996 年で 25 歳若く、2006 年では 22.5 歳となっていた。抗精神病薬の中では、クロザピンがもっとも死亡リスクを下げ、自殺リスクについても下げており、顆粒球減少症のモニタリングをするために、血液検査が義務づけられていることが関係しているのではないかと考察している。

Gjerden ら⁵⁾ が、継続率が高く、抗コリン薬なしで、死亡率が低い抗精神病薬を、効果的で安全な薬剤とすることを目的に、2004 年にノルウェーの処方データを元に 2007 年に調査した研究では、最も継続率が高かったのは、クロザピンの 88.4% で、抗コリン薬の併用も少なく、死亡率については低いが、有意なものではなかったとされている。

日本ではクロザピン市販後、CPMS 登録数 2,241 例のうち、副作用による中止例が 315 例であり、好中球数減少（好中球減少症を含む）、白血球数減少（白血球数減少症を含む）が 268 名（報告率 12.0%）に認められ、無顆粒球症は 25 例（報告率 1.1%）、心筋炎、心筋症 5 例（報告率 0.2%）となっている。

3. CPMS 導入国の状況

全ての国でクロザピンを服薬する場合は定期的な血液検査が義務づけられている（No blood No drug）が、CPMS を導入している国は、現在、米国、英国、オーストラリア、カナダ、韓国、日本となっている。

クロザピン処方時に、原則 18 週間の入院を必要としている国は日本だけであり、諸外国では血液データの基準を満たせば外来でも処方開始が可能である。米国、英国、オーストラリア、日本の血液モニタリング基準の比較を参考にすると、米国では $WBC \geq 3500/mm^3$ 、英国、オーストラリアでは $WBC \geq 3500/mm^3$ かつ $ANC > 2000/mm^3$ であれば処方が可能となり週 1 回の検査でよいが、日本では $WBC \geq 4000/mm^3$ かつ $ANC \geq 2000/mm^3$ と高い基準となっている。世界統一基準では、クロザピン使用開始後、18 週間、週 1 回の血液検査においてすべてが基準を満たしていれば、それ以後は 4 週に 1 度の検査でよくなるが、日本ではクロザピン使用開始後 26 週間すべてにおいてこの基準を満たした場合、以後ようやく 2 週間に 1 度の血液検査に移行できるが、それより検査間隔が延びることはない。

また、週 2 回の検査が必要となる基準についても、米国、英国、オーストラリアに比して日本では $4000/mm^3 > WBC$ または $2000/mm^3 > ANC$ と基準が厳しく、回復すれば、週 1 回の検査間隔となるが、 $3500/mm^3 > WBC \geq 3000/mm^3$ または $2000/mm^3 > ANC \geq 1500/mm^3$ の場合、回復するまで週 2 回の検査を要し、回復後、少なくとも 26 週間は週 1 回の検査をする必要がある。米国では、一時中止の基準も設けられている（表 2）。

表 2 米国、英国、オーストラリア、日本のモニタリングシステムの比較

	米国	英国	オーストラリア	日本
治療導入時	$WBC \geq 3500$	$WBC \geq 3500$ and $ANC > 2000$	$WBC \geq 3500$ and $ANC > 2000$	$WBC \geq 4000$ and $ANC \geq 2000$
週 2 回検査	$WBC 3000-3500$ and $ANC > 1500$	$WBC 3000-3500$ and/or $ANC 1500-2000$	$WBC \leq 3500$ and/or 1500-2000	$4000 > WBC$ or $2000 > ANC$
一時中止	$WBC 2000-3000$ and/or $ANC 1000-1500$	なし	なし	なし
投与中止	$WBC < 2000$ and/or $ANC < 1000$	$WBC < 3000$ and/or $ANC \leq 1500$	$WBC < 3000$ and/or $ANC \leq 1500$	$WBC < 3000$ or $ANC < 1500$

ノバルティス社からの資料提供により作成 単位/ mm^3

糖尿病または糖尿病の既往歴のあるものは原則禁忌となっているのは日本だけであり、CPMS に血糖モニタリングの基準が設けられている。

日本では CPMS 登録に医療機関の登録要件が設けられており以下のようにになっている（抜粋）。

- i) 採血日当日に血液検査（白血球数及び好中球数）、血糖値（空腹時又は随時）及びヘモグロビン A1c 検査結果を得ることができること
- ii) 好中球減少症・無顆粒球症に対して対応が可能であること
 - ・常に血液内科医のアドバイスが受けられ、必要に応じて治療を受けられる体制になっていること（他の医療機関との連携^{*}も可）
 - ・個室の確保や抗菌剤の投与等の感染症対策が可能であること
 - ・感染症対策について知識のあるスタッフ（看護師など）がいること
 - ・抗菌剤などの感染症に対する薬剤が常備されていること
 - ・糖尿病内科医と連携が可能（他の医療機関との連携も可）であること
 - ・インターネットに接続が可能であること
- iii) CPMS 登録医、クロザリル管理薬剤師、CPMS コーディネート業務担当者が各々 2 名以上いること（クロザリル管理薬剤師は CPMS コーディネート業務担当者と兼務可能）。
- iv) 無顆粒球症、耐糖能異常のケーススタディーを実施し、連携手順書を作成していること

※好中球減少症・無顆粒球症に対して連携する他の医療機関の要件

- ・血液内科医及び精神科医が常勤していること
- ・緊急時に入院し、精神科治療及び無顆粒球症の治療が可能な病床を有すること
- ・CPMS 登録医療機関との間で、常に血液内科医のアドバイスを提供し、緊急時に患者の搬送を受入れ治療することを含む文書を交わした上での提携を行っていること

日本の CPMS 登録医療機関の要件は米国、英国、オーストラリアに比して厳しいものになっている。

ちなみにオーストラリアの CPMS 登録の医療機関の要件を見ると

- ・最低 2 人の医師と 2 人の薬剤師がいること
- ・登録医療機関ごとでコーディネーターが明らかにされている必要があり、常勤の職員であることが望ましい
- ・各登録医療機関では血液サンプル採取後、24 時間以内にクロザピン使用患者の血液検査結果を報告できる検査機関にアクセス可能である必要がある
- ・各登録機関は顆粒球減少症になりそうな患者の管理のできる血液内科医にアクセスできることが推奨される

となっている。

日本の場合、CPMS 登録医になるのにも以下の要件が課されている。

- ①日本国の医師免許を有する
- ②精神保健指定医、あるいは精神科の実務経験が 3 年以上
- ③精神科専門医、又は臨床精神神経薬理学専門医、あるいはそれと同等以上とクロザリル適正使用委員会が判断した医師

4. 諸外国でのクロザピン使用状況

使用各国のクロザピン使用率は明らかになっていないが、岸本が文献により把握した使用状況は、図1のようになっている。

1) オーストラリア・ニュージーランドの使用状況

オーストラリア、メルボルンの Austin Hospital の関連機関である North East Community Mental Health Clinic の Continuing Care Team は、おおよそ 197,000 人のキャッチメントエリアがあり、長期治療を受けている患者を最も多くケアしており、2006 年で最大 86% になる。オランザピンとクロザピンが最もよく処方されており、2007 年でそれぞれ 30%、26% となっていた¹²⁾。

ニュージーランドでは、1993 年早期にクロザピンの使用が開始されたが、入院治療のみに予算化がされていた。しかし、1990 年代半ばにクロザピン治療を患者が受けにくいことが問題になり、1999 年に外来患者がクロザピンを使用できるように予算措置がなされている。

2004 年 10 月 31 日時点での Auckland と Northland 地域の Community Mental Health Center (CMHC) に通院した統合失調症、統合失調感情障害の全患者 (15 歳～64 歳)、2,796 名の抗精神病薬の処方をレトロスペクティブに調べた横断研究では、917 名 (32.8%) にクロザピンが処方されていた²¹⁾。

2) 東アジアの使用状況

Shinfuku ら¹⁶⁾ が 2001 年と 2004 年に、中国、韓国、日本、香港、台湾、シンガポールにおいて精神科病院入院患者を対象とした処方抗精神病薬の変化を 2,136 名の患者でフォローした結果、この間に SGA (second-generation antipsychotics) の使用が急速に増加し、リスペリドン、オランザピン、クエチアピン、ペロスピロンの使用が有意に増加していることがわかった。クロザピンも増加していたが、有意差は認められなかった。2004 年時点で、SGA 使用に占めるクロザピンの割合は、中国で 24.6%、香港 24.0%、韓国 2.4%、シンガポール 1.1%、台湾 18.8% となっていた。この研究期間、日本ではクロザピンは認可されていなかったが、日本では最も抗精神病薬の多剤併用例が多く、2001 年時点の抗精神病薬量が、クロールプロマジン換算値で 933.21 と最も多くなっていた。2004 年時点では 758.42 と有意 ($p < 0.05$) に減少していたが、中国 362.27、香港 458.78、韓国 636.85、シンガポール 578.06、台湾 478.65 に比し、高い使用量となっていた。

3) ヨーロッパの使用状況

Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) Study⁶⁾ は、ヨーロッパにおける統合失調症治療の前向き観察研究であり、参加国はデンマーク、フランス、ドイツ、ギリシア、アイルランド、イタリア、オランダ、ポルトガル、スペイン、英国で、3 年間にわたって行われた。対象者は 2000 年の 9 月 1 日から 2001 年の 12 月 31 日までに募集された患者で、

- ・統合失調症治療のために抗精神病薬を開始するか薬を変更する
- ・外来または精神科病院の通常の治療を受けていて、抗精神病薬治療を開始するか薬を変更するために入院を予定し、2 週間以内に退院する
- ・少なくとも 18 歳以上で介入研究に参加していない

の条件が課せられた。その結果、対象者は、10,205 名となり、ベースラインでは患者のおおよそ 50% がオランザピンを処方されており、リスペリドン、クエチアピンが続いた。クロザピンは 3.2% に処方されていたが、予想どおり、1 種類以上の抗精神病薬を処方された重篤なケースであることが、CGI-SCH 評価尺度の global と positive スコアが平均より高いことから示唆された。

国別では、デンマークが 12.1%、イタリアが 5.8%、アイルランド 5.5%、英国 4.9%、ドイツ 2.7% となっていた。

ドイツにおいておよそ 540 万人をカバーする健康保険基金である Techniker Krankenkasse (TK) が、2003 年に少なくとも一度は ICD-10 による統合失調症で入院したことがある患者の抗精神病薬の処方率を 2004 年に分析したところ、35.4%は定型抗精神病薬であり、64.6%が非定型抗精神病薬であった。外来患者を分析したところ非定型抗精神病薬のうち、クロザピン、オランザピンがよく使われていたが、クロザピンは 14%に使用されていた²⁰⁾。

また、ノルウェーにおいて 2004 年から 2007 年にかけて外来患者に処方された抗精神病薬の継続性と安全性を 3 年にわたっておこなった調査研究では、クロザピンが 3.6%に処方されていた⁵⁾。

4) 米国の使用状況

Fayek ら⁴⁾ は、米国における精神医療でエビデンスがあるにも関わらず臨床において使用されていない重要な治療選択肢として、電気痙攣療法、デポ剤、そしてクロザピンを挙げている。1993 年にはすでに Reid らはクロザピン使用をもっと奨励すべきだと訴えており、1996 年の Essock ら²⁾ の報告では、コネチカット州の州立病院でクロザピンの適応がある患者のうち 60%が使用されていないと指摘している。近年の報告でもクロザピン処方率の少なさが指摘されており、CATIE 研究では 50%の患者がクロザピンの適応であったのにも関わらず、11%しか使用されていなかった¹⁸⁾。調査によってかなり幅はあるが、全統合失調症患者のうち約 5%の患者がクロザピンの処方を受けており、それは過去 10 年の経過のなかでもほとんど変化が認められない¹⁰⁾。

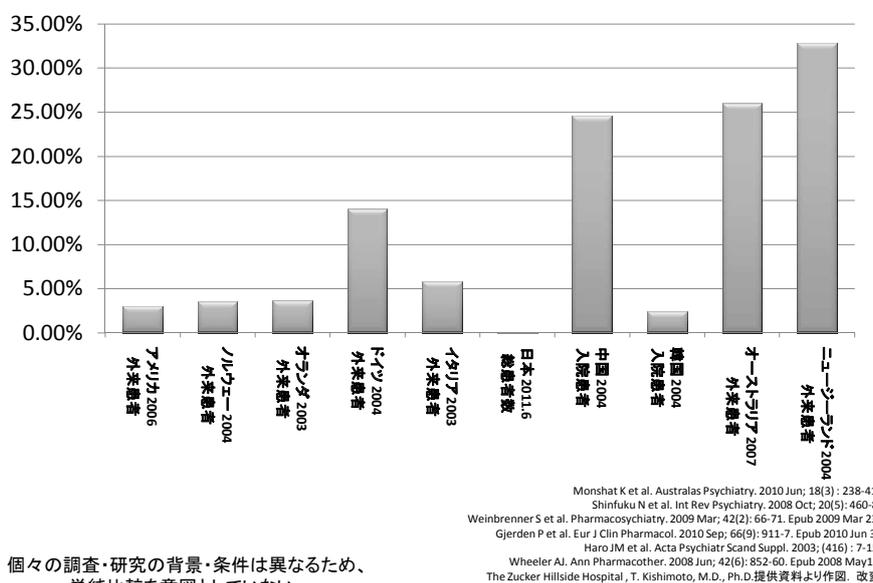


図1 統合失調症患者における世界のクロザピン処方率 (岸本作成)

5. クロザピンの普及促進に向けて

諸外国では外来にても積極的なクロザピン処方が行われているにもかかわらず、日本では2009年にクロザピンが承認されながら、処方患者数の増加は十分とはいえない。

その大きな原因は、顆粒球減少症による死亡を予防するために導入された日本のCPMS登録には、CPMSを導入している他国に比して極めて厳しい基準が設けられていることが挙げられる（表3）。

表3 各国のCPMS（CPMS ニュース Vol 13 より）

【各国のCPMS】

国	米国	英国	オーストラリア	カナダ	韓国	日本
呼称	CNR	CPMS	CPMS	CSAN	CPMS	CPMS
正式名称	clozaril national registry	clozaril patient monitoring service	clozaril patient monitoring system	clozaril support and assistance network	clozaril patient monitoring system	clozaril patient monitoring service
患者数	246,247人	14,205人	4,000人	11,500人	6,711人	1,360人
登録する医療従事者	医師 薬剤師	医師 薬剤師	医師 薬剤師 コーディネーター	医師 薬剤師 コーディネーター	医師 薬剤師	医師 薬剤師 コーディネーター
血液内科医との連携	なし	なし	なし	なし	なし	連携が必要
1日当たりの血液検査報告数	250~350件	1,100件	100~150件	366件	76件	112件 ²⁾
1日当たりの新規登録患者数	10~15人	9人	3~6人	5人	2人	2人 ³⁾
1日当たりの警告 ¹⁾ 数	データなし	50件	データなし	250件	—	0.73件 ⁴⁾
警告 ¹⁾ の手段	システム、電話、手紙	eCPMS、電話、Fax	Fax、電話	eClozaril、電話、Fax	—	eCPMS、電話
警告 ¹⁾ の時期	45日が過ぎた場合、システムで警告する。 90日が過ぎた場合、電話連絡を行う。 両方試みて対応がなければ、手紙を発送する。	週1回の患者は3日後、隔週の患者は6日後、4週1回の患者は8日後に自動で遅延の通知が送られる。 また、それぞれ4日後、8日後、15日後には処方・調剤禁止の警告、18日後、36日後、71日後まで検査未実施の場合、登録が取り消される。	3日が過ぎた場合、Faxで自動的に警告される。 28日が過ぎた場合、さらにFaxで警告する。	1日遅れると、システム上または紙面で警告される。 最新の結果が送られるまで、電話連絡を行う。	血液検査に対して警告は行っていない(医療従事者と患者さんの登録は行う)。	検査期限日の翌朝、eCPMSを通じて警告する。午前中に報告がない場合は、午後電話連絡を行う。検査未実施により規定日から3日間報告がない場合は、4日目に精神科の長に連絡する。6日目までに対応がない場合は医療機関の長に連絡し、6日目中に対応がない場合はeCPMSの使用権限を停止する。

1) 検査報告遅延に対する警告

2) 計算式：2012年12月1日~12月31日の報告書数/31

3) 計算式：2012年の年間の登録患者数/365

4) 計算式：2012年の年間の規定違反数/365

・海外のデータは日本におけるクロザピルの承認申請時のもので、現在は変動している可能性があります。

・海外の患者数は、2008年時点のものです。

・国内の患者数は、2013年1月末時点のものです。

好中球減少症・無顆粒球症に対する対応として、「常に血液内科医のアドバイスが受けられ、必要に応じて治療を受けられる体制になっていること」の条件は、単科精神科病院がほとんどである日本では、ハードルが非常に高いと言わざるをえない。他の医療機関との連携を模索することになるが、血液内科医及び精神科医が常勤し、緊急時に入院し、精神科治療及び無顆粒球症の治療が可能な病床を有する病院そのものが少ないのが現状である。

大阪府立精神医療センターでは、血液内科、精神科を有する国立病院機構大阪医療センターの協力を得て、2011年4月1日からクロザピンの使用が可能となった。その際、医療連携及び緊急時の患者搬送措置に関して、患者の精神的病状の必要性に応じ、精神医療センター担当医師又は看護師を派遣するものとする、という覚え書きが交わされている。

2014年3月現在で16例にクロザピンが処方されているが、これまでに無顆粒球症1例、白血球減少症2例、著効していたが医療観察法の患者で糖尿病があるため退院後の服薬コンプライアンスを考慮し他剤変更の為に中止となったものが1例ある。

無顆粒球症と肺炎が発生した例では、大阪医療センターの一般室に転院し、大阪府立精神医療センターの看護師が24時間体制（3交代）で付き添うことになった。無顆粒球症の治療自体は、クロザピンの中止とG-CSF注射、肺炎は抗生剤投与により10日余りで回復し、クロザピンの副作用としての無顆粒球症治療は、それほど深刻にとらえる必要が無いことを経験したが、看護スタッフの疲弊が大きく、クロザピン使用を躊躇する心理機制が働くことになった。

また、治療抵抗性統合失調症患者にクロザピン使用を考えても、モニタリングの煩雑さが医師に使用の忌避感を生じさせていることが考えられる。

抗精神病薬の多剤併用が容易に解消せず、人口当たりの突出した精神科病床数を有した入院治療中心の日本の精神医療サービスは、世界基準から大きくかけ離れ、日本の精神医学・医療はアジアの国々からも何ら学ぶところがないとの評価を受けているという¹⁷⁾。そのためにも長期入院を余儀なくされている患者の地域移行を強力に進めていく必要があるが、榎本ら³⁾の抵抗性統合失調症55例に対するクロザピン使用経験では、43例が外来通院に移行したと報告しているように、服薬コンプライアンスの面においても優れているクロザピンは、強力な退院支援ツールと言える。

さらに、大阪府立精神医療センターでは、医療観察法入院患者において7例が使われており、クロザピンを使用し、強固な希死念慮のある患者の通院移行に成功している。大鶴ら¹⁵⁾が述べるように医療観察法による治療においてもクロザピンは欠かせない薬剤といえる。

Kaneら⁹⁾の治療抵抗性統合失調症の定義は、現在の日本の基準に比しても厳密なもので当時は慎重な投与が行われていたようだが、米国でもクロザピンの使用が緩和されているようである。1996年から逐次改訂されているTexas medication algorithm project¹³⁾の統合失調症治療の抗精神病薬アルゴリズムを参照すると、2003年版では初発、またはSGA治療を受けたことのない統合失調症患者に、Stage1でSGA単剤を使用し、部分反応、非反応であれば、Stage2でStage1と異なるSGAを用い、それでも部分反応、非反応であればStage1,2と異なるSGAか又はFGAを使うか、それともクロザピンを使う、となっていたが、2006年のアルゴリズムでは、初発の統合失調症患者には、Stage1としてSGAを、部分反応、非反応であれば、Stage2としてStage1と異なったSGAかまたはFGAを、Stage3ではクロザピン選択となっている。また、自殺、暴力、物質乱用が合併している場合は、早期に使用することを推奨しているほか、何剤使おうが2年以上陽性症状が持続したり、5年以上適切な反応が無い場合、クロザピンの使用を推奨している。

英国の Nice¹⁴⁾ のガイドラインでは、クロザピン以外の SGA を二剤使用して、反応がなければクロザピンを使用するようにと極めて単純化されている。治療抵抗性統合失調症に対するクロザピン使用の遅れを避けるべきという考えが主流になっているようだが、多剤処方や高容量処方となり、クロザピン導入に 47.7 ヶ月 (s.d.=49.7) 遅れるという報告もある⁷⁾。

CPMS は無顆粒球症などの副作用による被害を徹底的に回避するために作り上げられた血液モニタリングシステムである。とりあえず、血液内科との連携がスムーズになるような仕組みを作り、CPMS 登録医療機関を増やすことが求められているが、精神科病院でなければクロザピン処方が行えない現状では、クロザピンの効果によって退院可能となっても、身近なクリニックで治療を受けることができなくなる。

今後、地域精神医療の推進にはクリニックにおいても処方可能なシステムの整備を検討する必要がある。

参考文献

- 1) Buckley P, Miller A, Olsen J, Garver D, Miller DD, Csernansky J. When symptoms persist: clozapine augmentation strategies. *Schizophr Bull.* 2001;27 (4) : 615-28.
- 2) Essock SM, Hargreaves WA, Dohm FA, et al. Clozapine eligibility among state hospital patients. *Schizophr Bull.* 1996;22:15-25.
- 3) 榎本哲郎, 伊藤寿彦, 関根慶輔ほか. 治療抵抗性統合失調症 55 例に対する clozapine 使用経験. *精神神経学雑誌*. 2013;115 (9) : 953-66.
- 4) Fayek M, Flowers C, Signorelli D, et al. Psychopharmacology: Underuse of evidence-based treatments in psychiatry. *Psychiatric Services.* 2003;54:1453-56.
- 5) Gjerden P, Slørdal L, Jørgen ,Bramness JG. Prescription persistence and safety of antipsychotic medication: a national registry-based 3-year follow-up. *European Journal of Clinical Pharmacology.* 2010;66 (9) : 911-17.
- 6) Haro JM , Edgell ET., Frewer P et al. The European schizophrenia outpatient health outcomes study: baseline findings across country and treatment. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;Suppl (416) : 7-15.
- 7) Howes OD, Vergunst F, Gee S, McGuire P, Kapur S, Taylor D. Adherence to treatment guidelines in clinical practice: study of antipsychotic treatment prior to clozapine initiation. *Br J Psychiatry.* 2012;201 (6) : 481-5.
- 8) Juarez-Reyes MG, Shumway M, Battle C, Bacchetti P, Hansen MS, Hargreaves WA. Effects of stringent criteria on eligibility for clozapine among public mental health clients. *Psychiatr Serv.* 1995;46 (8) : 801-6.
- 9) Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45 (9) : 789-96.
- 10) Kane JM. Research on Medical Decision Making and the Implementation of Evidenced Based Practice. *Psychiatric Research Society Annual Meeting, 2012; Park City, Utah, USA.*
- 11) Leucht S.,Ciprioni A., Spineli L. et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drug in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet.* 2013;382 (9896) : 951-62

- 12) Monshat K.,Carty B., Olver J., et al. Trends in antipsychotic prescribing practices in an urban community mental health clinic.Australas Psychiatry. 2010 Jun; 18 (3) : 238-41.
- 13) Moore TA, Buchanan RW, Buckley PF, Chiles JA, Conley RR, Crismon ML, et al. The Texas Medication Algorithm Project antipsychotic algorithm for schizophrenia: 2006 update. J Clin Psychiatry. 2007;68 (11) : 1751-62.
- 14) National Institute for Health and Clinical Excellence Schizophrenia: Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. <http://publications.nice.org.uk/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-treatment-and-management-cg178/key-priorities-for-implementation#promoting-recovery-and-possible-future-care>
- 15) 大鶴 卓, 木田 直也, 高江洲 慶, 村上 優. 治療抵抗性統合失調症の治療－ Clozapine 導入で何が変わったか－医療観察法病棟における clozapine の位置づけ. 臨床精神薬理. 2013;16 (4) :495-501.
- 16) Shinfuku N, Tan C. Pharmacotherapy for schizophrenic inpatients in East Asia-Canges and challenges. Int Rev Psychiatry. 2008;20 (5) : 460-8.
- 17) 新福尚隆. アジアの精神医学・医療の発展に日本はどう貢献できるのか. 精神神経誌. 2014;116 (1) : 70-77.
- 18) Stroup TS, Lieberman JA, McEvoy JP, et al. Results of phase 3 of the CATIE schizophrenia trial. Schizophrenia Research. 2009;107:1-12.
- 19) Tiihonen J, Lönqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study) . Lancet. 2009;374 (9690) : 620-7.
- 20) Weinbrenner S.,Assion HJ., Stargarrdt T. et al. Drug prescription patterns in schizophrenia outpatients: analysis of data from a German health insurance fund. Pharmacopsychiatry. 2009;42 (2) : 66-71.
- 21) Wheeler AJ.: Treatment pathway and patterns of clozapine prescribing for schizophrenia in New Zealand. Ann Pharmacother. 2008;42 (6) : 852-60.
- 22) World Federation of Societies of Biological Psychiatry: WFSBP Treatment Guidelines. http://www.wfsbp.org/fileadmin/user_upload/Treatment_Guidelines/WFBSP_SZ_Guidelines_Part1_2012.pdf
- 23) 八木剛平, 稲垣中, 山田和男ら. 治療抵抗性精神分裂病の実態と至適薬物療法に関する研究: 厚生省精神・神経疾患研究委託－精神分裂病の病態, 治療・リハビリテーションに関する研究総括報告書. 1998;97-104.

(B) 精神科医療機関における難治性患者の地域移行支援に関する調査 ー全国の精神科医療機関を対象とした質問紙調査からー

1. はじめに

「精神病床に入院にしている難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査」において、再発を繰り返したり、薬物療法抵抗性の精神症状を有する難治性精神障害をもつ人の地域移行の障害となっている課題を明らかにし、その対応策を検討するにあたり、その基礎データの収集を目的に、全国の精神科医療機関が現在実施している難治性精神障害をもつ人の地域移行に向けた治療・支援の取り組みを、質問紙を用いて調査した。

具体的には、クロザピンによる薬物療法、修正型電気けいれん療法、持効性注射剤、アウトリーチ活動の4つの治療・支援に関して、それらの導入および実施上の課題を浮き彫りにすることに焦点をあてた質問を行った。

2. 調査対象

全国の大学病院精神科、自治体病院協議会に加盟する精神科を有する病院、国立病院機構に属し精神科を標榜する医療機関、CPMS登録医療機関として公表されている医療機関、スーパー救急病棟を有する、または精神科救急・合併症入院料算定病棟を有する医療機関を対象とした。

3. 調査方法

2013年12月に調査対象病院に質問紙を郵送し、回答を求めた。

回答者は、可能な限り各医療機関で難治性患者の治療の中心となっている医師に依頼した。原則として、回答は医師個人の意見ではなく、医療機関としての治療に対する取り組みをもとに答えてもらったが、クロザピンやデポ剤を用いた治療の経験や、それら有用性や安全性に関する設問では、回答する医師自身の意見を記入してもらった。

4. 調査内容

質問内容は、大きく以下の5つの領域から構成されている。

- A. 調査対象病院の属性に関すること
- B. クロザピンを用いた薬物療法の現状
- C. 電気けいれん療法の実施状況
- D. デポ剤を用いた薬物療法の現状
- E. アウトリーチ活動の実施状況

具体的な設問内容は、参考資料（アンケート用紙）を参照されたい。

5. 調査結果

(1. 発送数および回答数)

発送数：496 件

回答数：188 件

有効回答数：185 件（37.3%； 3 件は病院名が不明）

(2. 対象病院の属性について)

有効回答を得た 185 件の対象病院の属性を、図 1～2、および表 1～表 6 に示した。

都道府県別の分布については、ばらつきがあるものの、佐賀県を除く全ての都道府県から 1 件以上の回答を得た。特に北海道、東京都、千葉県からは 10 件以上の回答を得た。

病院機能別の分類では、大学病院が 47 件（25.9%）、公立総合病院精神科 70 件（37.8%）、民間総合病院精神科 6 件（3.2%）、公立単科精神科病院 35 件（18.4%）、民間単科精神科病院 27 件（14.6%）と、総合病院から比較的多くの回答を得た。

医療観察法の指定入院機関または指定通院機関になっている病院は、71 病院あった。

精神科病床数に関しては、ベッドを持たない病院が 30 病院（16.2%）であった。最もベッド数の多い病院は 800 床（1 病院）で、平均ベッド数は 153.4 床（中央値：94）であった。

また、精神科スーパー救急病棟をもつ病院は 45 病院あり、その平均ベッド数は 57.7 床（最小 32、最大 148）、さらに精神科救急・合併症入院料算定病棟の病床をもつ病院は 24 病院で、その平均ベッド数は 44.1 床（最小 2、最大 148）であった。

平成 24 年度の精神科病棟への新入院患者数は、平均：332.3 人（最小 0、最大 2179、中央値 251）だった。

各医療機関の常勤精神科医数は、平均 9.7 人（最小 0 人（非常勤医のみ）、最大 49 人、中央値 7 人）であった。精神保健指定医および精神科専門医の数は表 4 に示すとおりである。

精神科以外の診療科の医師の勤務状況に関しては、常勤の内科医を有する病院は 185 病院中 149 病院（79%）、常勤の血液内科医を有する病院は 87 病院（46%）、麻酔科医（常勤または非常勤）を有する病院は 135 病院（71%）であった（表 6）。

コ・メディカルスタッフの勤務状況を、表 4 に示した。

一般に病床数が多い精神科単科病院では、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士を多く有しており、一方大学病院、総合病院精神科ではそれらのコ・メディカルスタッフの数が少ない傾向が認められた。

各医療機関の検査体制に関しては、白血球・好中球、さらに血糖値・HbA1c に関しては 95%以上の医療機関で、検査当日に結果を得られる体制を整えていた（表 5）。

図1 アンケート回答医療機関の都道府県別分布

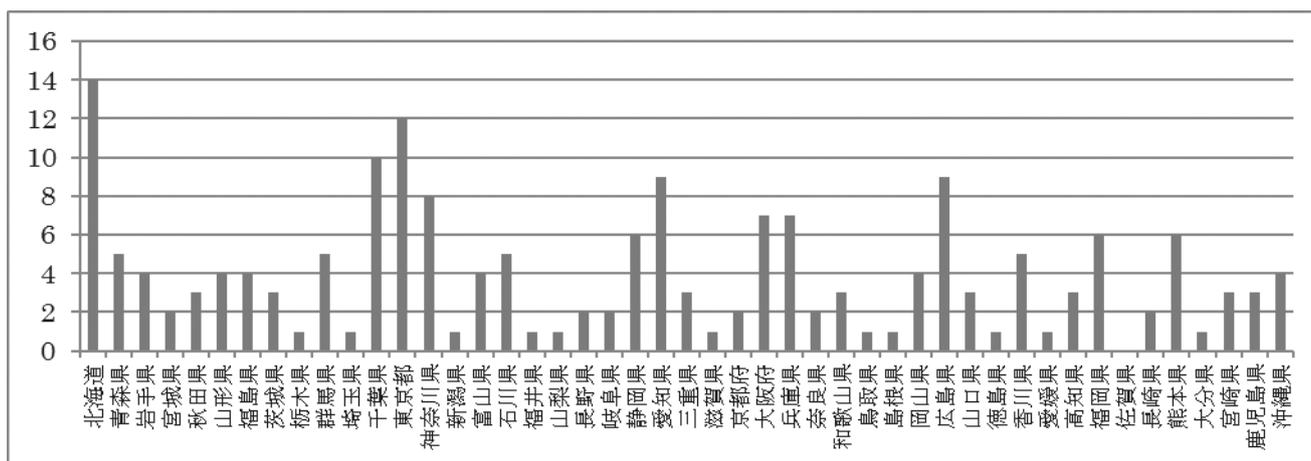


表1 病院属性別 回答病院数

病院属性	病院数
大学病院	47
公立総合病院精神科	70
民間総合病院精神科	6
公立単科精神科病院	35
民間単科精神科病院	27

表2 医療観察法指定医療機関数

医療観察法	病院数
指定入院医療機関のみ	3
指定通院医療機関のみ	53
指定入院・通院の両方	15

表3 精神科病床数

精神科病床	有 155 / 無 30
平均(中央値)	153.4(94)
スーパー救急病棟	有 45 / 無 134
平均(中央値)	57.7(50)

図2 新入院患者数 (H 24 年度)

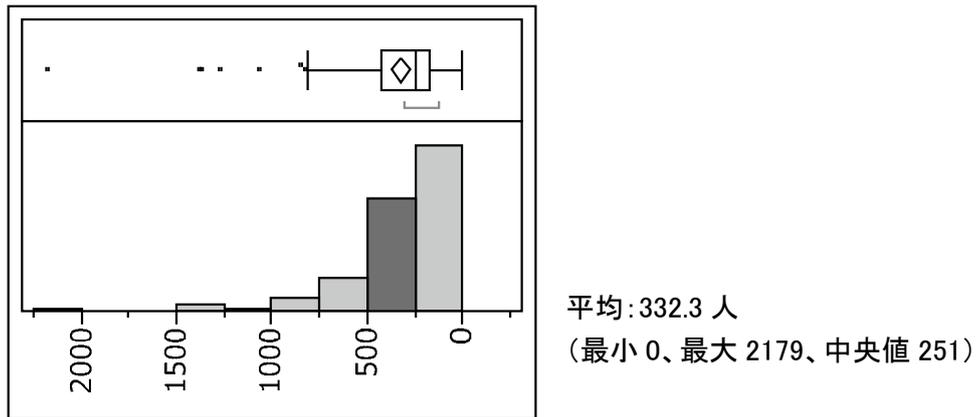


表4 専門職の人数

スタッフ	平均人数
精神科医	9.7
精神保健指定医	6.1
精神科専門医	4.6
看護師	52.3
薬剤師	7.7
精神保健福祉士	4.2
作業療法士	4.1
臨床心理士	2.2

表5 検査実施体制

検査体制	可否
白血球・好中球	当日可 181 / 否 3
血糖値・HbA1c	当日可 178 / 否 6

表6 他科の医師の有無

他科の医師	有無
常勤内科医	有 149 / 無 36
常勤血液内科医	有 87 / 無 98
麻酔科医(常勤又は非常勤)	有 135 / 無 50

(3. クロザピンを用いた薬物療法の現状)

3-1) クロザピン導入の状況

回答を寄せた精神科医療機関の中で、CPMS 医療機関への登録していたのは、185 病院中 97 病院 (52%) であった。その内訳を病院属性別に分類してみると、大学病院では 48 病院中 35 病院 (72.9%)、公立総合病院精神科は 70 病院中 11 病院 (15.7%)、民間総合病院精神科は 6 病院中 5 病院 (83.3%)、公立単科精神科病院は 34 病院中 26 病院 (76.5%)、民間単科精神科病院は 27 病院中 20 病院 (74.1%) となった。

登録をしていない医療機関に理由を尋ねてみたところ、そもそもクロザピンを使用するつもりがない医療機関は 23 病院 (26%) に過ぎず、58 病院 (66%) は登録要件を満たすことが難しいために登録できない状況にあった。具体的に登録要件を満たすことが難しい条件として多く挙げた項目は、「CPMS 登録医 2 名以上 (37 件)」、「クロザピン管理薬剤師 2 名以上 (36 件)」、「CPMS コーディネート業務担当者 2 名以上 (37 件)」、「自院に常勤の血液内科医がいない (35 件)」、さらに「常勤の血液内科医・精神科医のいる入院可能な医療機関と連携できない (25 件)」等であった (表 7～表 9)。

医療観察法の指定入院医療機関か否か、指定通院医療機関か否か、さらにスーパー救急病棟を有しているか否かで CPMS 登録医療機関数の割合に差があるかどうかを検討してみたところ、いずれも χ^2 検定で統計学的に有意な差があり、指定入院医療機関や指定通院医療機関であるほうが、あるいはスーパー救急病棟を有しているほうが、そうでない医療機関と比較して、CPMS に登録している機関の割合が多かった。(表 10～表 12)

一方 CPMS 登録医療機関になったとしても、クロザピン投与が順調に進まない状況も伺える。各登録医療機関の、これまでのクロザピンによる治療を実施した症例数を調査したところ、CPMS 登録医療機関の約 18%にあたる 17 病院では、まだ 1 例もクロザピンを投与した症例がなかった。さらに 1 例以上の投与経験がある病院でも、CPMS 登録患者数の平均は 15.1 人ではあるものの、その分布には強い偏りがあり、まだ 1 例だけの病院が 9 病院であった。登録症例数が 5 人以下の病院に限ると 34 病院と、登録医療機関の約 3 分の 1 を占めた。一方で登録症例数が 30～99 人の病院が 6 病院、さらに 100 人以上の病院も 2 病院あり、病院間に大きな格差が認められた (図 3)。

まだ 1 例もクロザピンを投与した症例がない 17 医療機関に対して、クロザピンを使用しない理由を尋ねたところ、特に際立った理由はないものの、そもそも「クロザピンの適応となる患者がいない (6 件)」を筆頭に、「血液内科との連携が困難である (3 件)」、「無顆粒球症などの副作用のリスクが高い (3 件)」、「治療抵抗性に対してクロザピン以外で対応可能である (2 件)」、「同意取得が困難である (2 件)」、「経営面でメリットが少ない (2 件)」等の回答が寄せられた。

また、クロザピンによる薬物治療を行っていくにあたり、クロザピン適応等を審査する委員会等を立ち上げている病院は 31 病院 (32%)、クロザピン投与に関するクリティカルパスを使用している病院は 29 病院 (30%) にとどまった。

表7 CPMS 医療機関への登録状況

CPMS 医療機関への登録	病院数
有	97
無	86

表8 病院属性別の CPMS 医療機関への登録状況

病院属性	CPMS 登録数(全病院数)
大学病院	35 (48)
公立総合病院精神科	11 (70)
民間総合病院精神科	5 (6)
公立単科精神科病院	26 (34)
民間単科精神科病院	20 (27)

表9 CPMS 医療機関に登録しない理由

CPMS 登録をしない理由	件数
CPMS 登録医 2 名以上	37
クロザピン管理薬剤師 2 名以上	36
CPMS コーディネート業務担当者 2 名以上	37
自院に常勤の血液内科医がいない	35
常勤の血液内科医・精神科医のいる入院可能な医療機関と連携できない	25
糖尿病内科医との連携ができない	7
検査当日に白血球数、好中球数、血糖値、HbA1c の結果を出す事が困難	2

表10 医療観察法指定入院医療機関の有無と CPMS 登録医療機関の有無

	CPMS 登録有り	CPMS 登録無し	
非指定入院医療機関	82	85	167
指定入院医療機関	15	1	16
	97	86	183

(χ^2 値 : 11.67 p 値 : 0.0006)

表 11 医療観察法指定通院医療機関の有無と CPMS 登録医療機関の有無

	CPMS 登録有り	CPMS 登録無し	
非指定入院医療機関	47	69	116
指定入院医療機関	50	17	67
	97	86	183

(χ^2 値 : 19.84 p 値 : <0.0001)

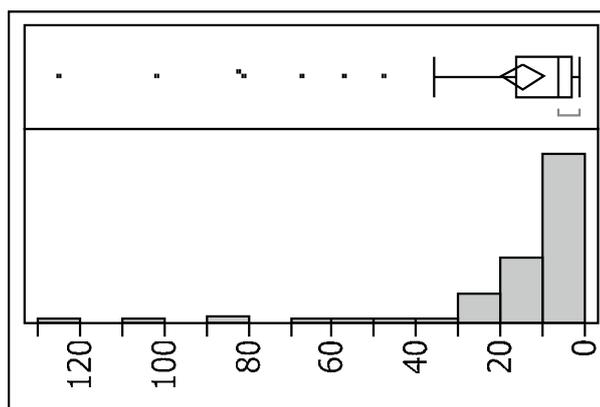
表 12 スーパー救急病棟の有無と CPMS 登録医療機関の有無

	CPMS 登録有り	CPMS 登録無し	
スーパー救急無し	57	75	132
スーパー救急有り	36	9	45
	93	84	177

(χ^2 値 : 18.24 p 値 : <0.0001)

図 3 CPMS 登録症例数の分布

平均 : 15
(最小 : 1 最大 : 125 中央値 : 6)



3-2) クロザピンに対する医師の意識と処方行動の関連

本調査の回答を担当した各医療機関の医師に、クロザピンの使用経験とその有効性に関する印象などに関して尋ねた。その結果を表 13～表 14 に示した。

クロザピンの使用経験が「少しはある」～「かなりある」と回答した医師は 70 人 (39.1%)、一方「全くない」医師は 105 人 (58.6%) であった。

クロザピンの有効性に関しては「少しは有効」～「かなり有効」が 161 人 (94.2%)、同様に重要性に関する評価でも「少しは重要」～「かなり重要」が 167 人 (94.4%) と、ほとんどの医師が有効かつ重要な薬剤と評価していた。

その反面、副作用などの危険性に関する意識は、「それほど危険でない」と回答した医師は 21 人 (11.9%) と少なく、「かなり危険」～「極めて危険」と判断している医師が 58 人 (32.8%) いた。

クロザピンの使用経験と有効性・重要性の評価、および危険性の評価に関する相関 (Spearman 順位相関係数) をみると、次のような傾向が認められた (表 14)。すなわち 1) 使用経験の多い医師は

ど、クロザピンに関する知識も多いと感じており、2) 使用経験が多い、または知識が多いと感じている医師ほどクロザピンの有効性・重要性が高いと感じ、さらにクロザピンの危険性に関して、3) 使用経験が多いほど、危険性は低いと考えており、同時に、4) クロザピンの有効性や重要性が高いと考えている医師ほど、危険性が低いと考えている傾向があった。

各医療機関の CPMS 登録患者数との相関をみても、回答した医師がクロザピンに関する知識があると感じているほど、有効性・重要性が高いと考えているほど、そして危険性が少ないと感じているほど、実際の登録者数が多い傾向が認められた。

表 13 クロザピンに対する医師の意識

クロザピンに対する意識	人数			
	1	2	3	4
使用経験 (1:全くない/2:あまりない/3:少しはある/4:かなりある)	100	9	50	20
知識 (1:全くない/2:あまりない/3:少しはある/4:かなりある)	6	27	110	40
危険性 (1:極めて危険/2:かなり危険/3:少しは危険/4:それほど危険ではない)	10	48	98	21
有効性 (1:全く有効でない/2:あまり有効でない/3:少しは有効/4:かなり有効)	0	10	93	68
重要性 (1:全く重要でない/2:あまり重要でない/3:少しは重要/4:かなり重要)	0	10	65	102

表 14 クロザピンに関する意識 (項目間の相関)

変数1	変数2	順位相関係数 (Spearman's ρ)	p 値
使用経験	知識	0.567	<0.0001
使用経験	危険性	0.359	<0.0001
使用経験	有効性	0.286	0.0002
使用経験	重要性	0.371	<0.0001
知識	危険性	0.179	0.017
知識	有効性	0.242	0.0014
知識	重要性	0.277	0.0002
危険性	有効性	0.156	0.041
危険性	重要性	0.209	0.005
有効性	重要性	0.729	<0.0001

(4. 電気けいれん療法の実施状況)

4-1) 電気けいれん療法導入の状況

電気けいれん療法、特に修正型電気けいれん療法（以下 m-ECT）を実施していると回答した医療機関は 98 病院（54.8%）であった。病院属性別では、大学病院が 48 病院中 37 病院（77.1%）、公立総合病院精神科は 70 病院中 33 病院（47.1%）、民間総合病院精神科は 6 病院中 5 病院（83.3%）、公立単科精神科病院は 34 病院中 16 病院（47.15%）、民間単科精神科病院は 27 病院中 8 病院（29.6%）であった。病院属性別のクロザピンの導入割合と比較すると、公立総合病院精神科では m-ECT を実施しているところが多く、逆に民間単科精神科病院では m-ECT を実施している割合が低い傾向が認められた。なお、m-ECT を実施していない医療機関で、従来型の電気けいれん療法を実施しているところは 21 病院であった。（表 15～表 16）

m-ECT を実施していない理由は、「m-ECT の効果に懐疑的である（4 件）」、「m-ECT の副作用への懸念（5 件）」などは少なく、「麻酔科医の確保が困難である（54 件）」、「麻酔科医のコストが高い（18 件）」など、麻酔科医の協力が得られないことを理由に挙げる病院が多かった（表 17）。しかし、「麻酔科医の確保・コストの問題が改善すれば m-ECT を導入しますか？」の問いに対しては、「導入する」が 38 件、「導入しない」が 38 件と拮抗しており、単に理由は麻酔科医の確保だけではないという事情があることも示唆された。

上記以外に m-ECT を実施していない理由として、最も多いものは「精神科病床がない」というものであったが、そのほかには「常勤精神科医が少ない」、「m-ECT の機器がない」、または「実施する場所がない」、「適応となる患者がいない」などが理由として挙げられた。

表 15 ECT・m-ECT の実施状況

ECT の実施	病院数
有	64
無	117
m-ECT の実施	病院数
有	98
無	81

表 16 病院属性別の m-ECT の実施状況

病院属性	m-ECT 実施数(全数)
大学病院	37 (48)
公立総合病院精神科	32 (70)
民間総合病院精神科	5 (6)
公立単科精神科病院	16 (34)
民間単科精神科病院	8 (27)

表 17 m-ECT を実施していない理由

m-ECT を実施していない理由	件数
m-ECT の効果に懐疑的	4
m-ECT の副作用が懸念される	5
麻酔科医の確保が困難である	54
麻酔科医のコストが高い	18

4-2) 電気けいれん療法の依頼および受け入れについて

m-ECT を実施していない医療機関においては、他の医療機関が m-ECT 対象患者を受け入れている場合には、75 病院中 63 病院（84%）が依頼すると回答した（表 18）。

一方、m-ECT を実施している医療機関においては、他の医療機関からの m-ECT 対象患者の依頼があった際に、97 病院中 87 病院（89.7%）が受け入れ可能であると回答した（表 19）。

表 18 他の医療機関への m-ECT の依頼

他の医療機関への m-ECT の依頼	数
依頼する	63
依頼しない	12

表 19 他の医療機関からの m-ECT 適用ケースの受け入れ

他の医療機関からの m-ECT の受け入れ	数
可能	87
不可能	10

(5. デポ剤を用いた薬物療法の現状)

5-1) デポ剤を用いた薬物療法の導入の状況

デポ剤の使用に関しては、185 病院中 165 病院 (89.1%) がすでに導入しており、クロザピンや m-ECT と比較して、病院の属性に関わらずすでに広く日常臨床に浸透していることが示唆された。

デポ剤を導入していない理由としては、「副作用が懸念される (3 件)」、「必要な患者がない (17 件)」、「経営面でのメリットがない (4 件)」などであり、患者側の要因が主であった。(表 20 ~ 表 21)

表 20 デポ剤の導入状況

デポ剤の導入	病院数
有	165
無	19

表 21 デポ剤を導入しない理由

デポ剤を導入していない理由	件数
副作用が懸念される	3
必要な患者がない	17
経営面でのメリットがない	4

5-2) デポ剤の使用に対する医師の意識と処方行動の関連

クロザピン同様に、持効性注射剤の使用経験とその有効性に関する印象などについて、回答を担当した医師に尋ねた (表 22)。

持効性注射剤の使用経験が、「少しはある」～「かなりある」と回答した医師は 172 人 (94.5%) であり、「全くない」と考えている医師はわずかに 3 人 (1.6%) であった。デポ剤に関する知識も、「少しは有効」～「かなりある」と回答した医師が 174 人 (96.7%) と多く、「全くない」と回答した者はいなかった。

治療中断に対する有用性についても「少しは有用」～「かなり有用」が 176 人 (97.8%) と、ほとんどの医師がその有用性を感じていた。

しかし、経口薬と比較したデポ剤の副作用のリスクに関しては、「リスクは同等」と回答した医師は 79 人 (44.1%) にとどまり、「少しはリスクがある」～「リスクが高い」と感じている医師が 100 人 (55.9%) と多く認められた。

デポ剤のリスクに関する意識と、使用経験や知識に関する意識との関係を検討してみると、使用経験が「かなりある」と答えた医師では、経口剤と比較したデポ剤のリスクは「同等:45 人 (51.1%)」、「少しリスクがある:39 人 (44.3%)」であったのに対し、使用経験が「少しはある」と答えた医師では、経口剤と比較したデポ剤のリスクは「同等:31 人 (38.8%)」、「少しリスクがある:42 人 (52.5%)」であり、統計学的には有意な差は認めないものの、デポ剤の使用経験が少ない者のほうがリスクを高く見積もる傾向が認められた。

同様に、デポ剤に関する知識が「かなりある」と答えた医師では、経口剤と比較したデポ剤のリス

クは「同等:36人(48%)」、「少しリスクがある:35人(46.7%)」であったのに対し、使用経験が「少しはある」と答えた医師では、経口剤と比較したデポ剤のリスクは「同等:39人(40.6%)」、「少しリスクがある:48人(50.0%)」であり、やはりデポ剤の知識が少ないと感じている医師のほうがリスクを高く見積もる傾向が認められた。

表 22 デポ剤に対する医師の意識

デポ剤に対する意識	人数			
	1	2	3	4
使用経験 (1:全くない/2:あまりない/3:少しはある/4:かなりある)	3	7	81	91
知識 (1:全くない/2:あまりない/3:少しはある/4:かなりある)	0	6	97	77
リスク (経口薬と比べて 1:極めてリスクが高い/2:リスクが高い/3:少しリスクがある/4:リスクは同等)	0	15	85	79
有用性 (治療中断に 1:全く有用でない/2:あまり有用でない/3:少しは有用/4:かなり有用)	1	3	91	85
重要性 (1:全く重要でない/2:あまり重要でない/3:少しは重要/4:かなり重要)	0	3	84	93

(6. アウトリーチ活動の実施状況)

訪問看護を実施している医療機関は94病院(51%)であった。病院属性別では、大学病院が48病院中6病院(12.5%)、公立総合病院精神科は70病院中28病院(40%)、民間総合病院精神科は6病院中4病院(66.7%)、公立単科精神科病院は34病院中33病院(97%)、そして民間単科精神科病院では27病院すべてが訪問看護を実施していた。また厚生労働省のアウトリーチ推進事業に参加している医療機関も9病院あった(表23～表24)。

上記から、単科精神科医療機関では、アウトリーチ活動が積極的に行われており、一方で総合病院、特に大学病院では実施機関の割合が少ない傾向があり、さらに訪問看護の立ち上げ予定についても、アウトリーチ活動を未実施の84病院中80病院(95.2%)では、今後も実施の予定がないと回答した(表25)。その理由として挙げた意見では、「スタッフの確保」が70件と最も多く、次に「診療報酬上の問題」が36件、「スタッフの意識」が17件と続いた(表26)。

訪問診療や往診に関しても同様に、未実施の139病院中134病院で今後の実施予定はなく、その理由としては、「スタッフの確保」が115件、「診療報酬上の問題」が65件となった(表27～表29)。

これらの結果から、アウトリーチ活動の立ち上げを阻害している要因として、スタッフの確保の困難さが大きく影響している可能性が推測されるが、アウトリーチ実施施設と、未実施施設の平均スタッフ数(医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理士、薬剤師)を比較してみると、常勤医師を含んだ場合は、実施群:116.8人に対し未実施群:41.0人、医師を除いたスタッフ数の比較でも実施群:106.5人、未実施群:31.9人と両群のスタッフ数に有意な差が認められた(表30、図4)。

しかし、訪問看護、訪問診療、厚生労働省アウトリーチ推進事業等のアウトリーチ活動を実施している医療機関においても、365日24時間でケースに対応できる体制を確保できている医療機関は、わずかに14施設のみであった。

医療観察法の指定入院医療機関か否か、指定通院医療機関か否か、さらにスーパー救急病棟を有しているか否かでアウトリーチ活動を実施している医療機関の割合に差があるかどうかを検討してみた

ところ、いずれも χ^2 検定で統計学的に有意な差があり、指定入院医療機関や指定通院医療機関であるほうが、あるいはスーパー救急病棟を有しているほうが、そうでない医療機関と比較して、アウトリーチ活動を実施している割合が有意に高かった（表 31 ～表 33）。

表 23 訪問看護の実施状況

訪問看護の実施	病院数
有	94
無	91

表 24 病院属性別 訪問看護の実施状況

病院属性	訪問看護実施数(全病院数)
大学病院	6 (48)
公立総合病院精神科	28 (70)
民間総合病院精神科	4 (6)
公立単科精神科病院	33 (34)
民間単科精神科病院	27 (27)

表 25 訪問看護の立ち上げ予定

訪問看護の立ち上げ予定	病院数
有	4
無	80

表 26 訪問看護を実施していない理由

訪問看護を実施していない理由	件数
診療報酬上の問題	36
スタッフの確保	70
スタッフの意識	17

表 27 訪問診療・往診の実施状況

訪問診療・往診の実施	病院数
有	40
無	143

表 28 訪問診療・往診の立ち上げ予定

訪問診療・往診の立ち上げ予定	病院数
有	5
無	134

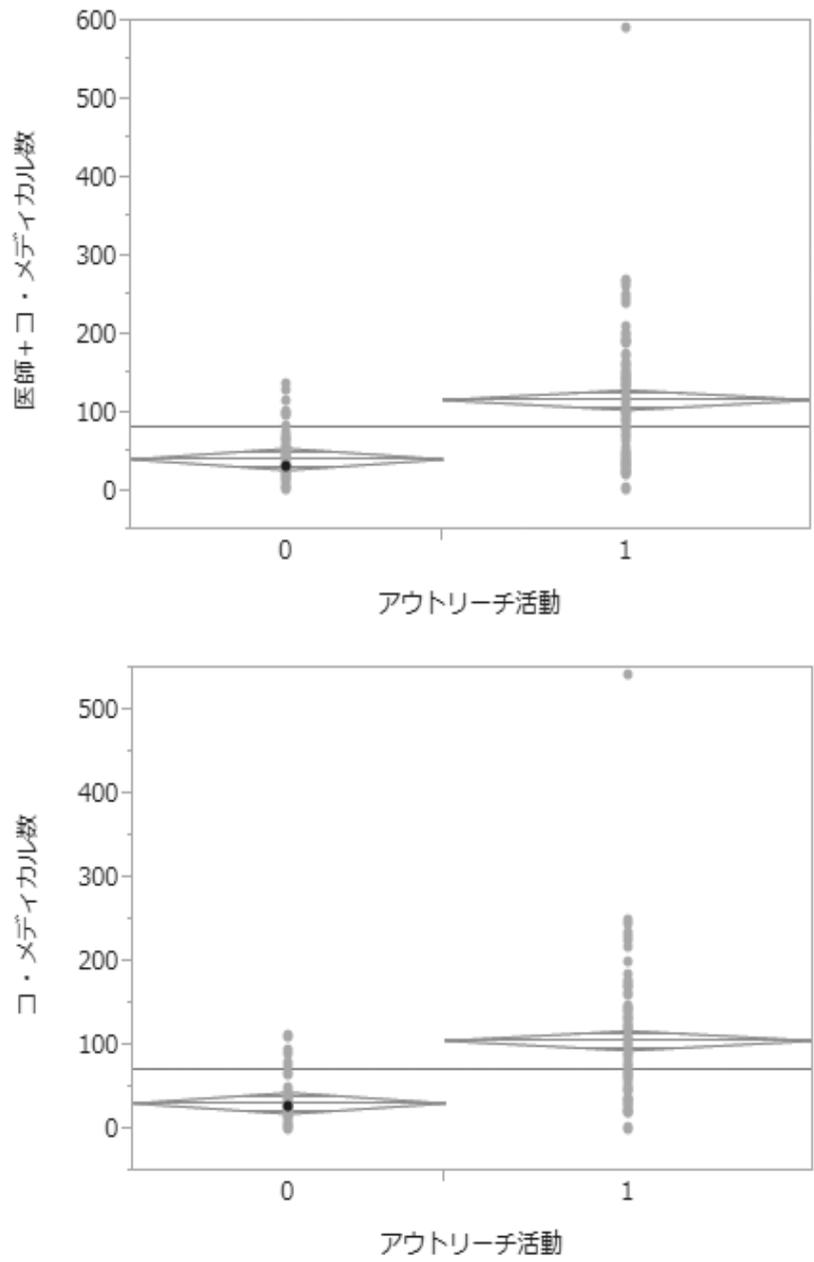
表 29 訪問診療・往診を実施していない理由

訪問診療・往診を実施していない理由	数
診療報酬上の問題	65
スタッフの確保	115
スタッフの意識	34

表 30 アウトリーチ活動の実施とスタッフ数の関連

	アウトリーチ活動		t 検定	
	実施群	未実施群	t 値	p 値
医師＋コ・メディカル数（平均人数）	116.8	41.0	7.91	<0.0001
コ・メディカル数（平均人数）	106.5	31.9	8.53	<0.0001

図4 アウトリーチ活動の実施とスタッフ数の関連



(0 : アウトリーチ活動未実施 / 1 : アウトリーチ活動実施)

表 31 医療観察法指定入院医療機関の有無とアウトリーチ活動の有無

	アウトリーチ活動有り	アウトリーチ活動無し	
非指定入院医療機関	82	87	169
指定入院医療機関	16	0	16
	98	87	185

(χ^2 値 : 15.55 p 値 : <0.0001)

表 32 医療観察法指定通院医療機関の有無とアウトリーチ活動の有無

	アウトリーチ活動有り	アウトリーチ活動無し	
非指定通院医療機関	35	83	118
指定通院医療機関	63	4	67
	98	87	185

(χ^2 値 : 71.08 p 値 : <0.0001)

表 33 スーパー救急病棟の有無とアウトリーチ活動の有無

	アウトリーチ活動有り	アウトリーチ活動無し	
スーパー救急無し	52	82	134
スーパー救急有り	42	3	45
	94	85	179

(χ^2 値 : 40.17 p 値 : <0.0001)

(7. クロザピン、デポ剤、電気けいれん療法に関する情報提供)

クロザピン、電気けいれん療法、デポ剤による治療について、ご本人やその家族にどの程度情報提供されているかについても調査した。

まず、クロザピンに関しては、100 病院で情報提供が行われていたが、CPMS 医療機関への登録の有無で分けてみると、登録医療機関では 97 病院中 86 病院 (88.7%) で情報提供が行われていたが、未登録の医療機関では 84 病院中 14 病院 (16.7%) しか情報提供が行われていなかった。そして情報提供の方法としては、クロザピンの適応のある人とその家族にのみ説明しているところが 76 施設と最も多く、次いで本人・家族への個別の疾病教育で取り上げているところが 39 施設、本人・家族に向けた講演会で取り上げているところが 10 施設、本人・家族に対する集団の疾病教育で取り上げているところは僅かに 9 施設であった (表 34 ~ 表 35)。

この傾向はデポ剤でも同様で、全部で 162 施設と多くの医療機関で情報提供が行われていたが、デポ剤を導入している医療機関では 162 病院中 159 病院 (97.5%) とほとんどの施設で情報提供が行われていたが、デポ剤を導入していない医療機関では 18 病院中 3 病院 (16.7%) しか情報提供が行わ

れていなかった。また情報提供の方法は、デポ剤の適応のある人とその家族にのみ説明しているところが 143 施設と最も多く、次いで本人・家族への個別の疾病教育で取り上げているところが 65 施設、そして本人・家族に対する集団の疾病教育で取り上げているところは 33 施設、本人・家族に向けた講演会で取り上げているところが 21 施設であった（表 36～表 37）。

一方電気けいれん療法に関しては、未実施の医療機関でも比較的情報提供が行われていた。具体的には本人・家族に情報提供を行っていると回答した施設は 147 施設で、m-ECT を実施している医療機関では 97 病院中 96 病院（99%）で情報提供が行われており、さらに実施していない医療機関でも 79 病院中 51 病院（64.67%）で情報提供が行われていた。また情報提供の方法は、電気けいれん療法の適応のある人とその家族にのみ説明しているところが 119 施設と最も多く、次いで本人・家族への個別の疾病教育で取り上げているところが 47 施設、そして本人・家族に向けた講演会で取り上げているところが 17 施設、本人・家族に対する集団の疾病教育で取り上げているところは 16 施設であった（表 38～表 39）。

表 34 クロザピンの情報提供

クロザピンの情報提供	病院数
有	100
無	85

表 35 クロザピンの情報提供の方法

クロザピンの情報提供の方法	病院数
患者さん・ご家族に対する個別の疾病教育	39
患者さん・ご家族に対する集団の疾病教育	9
医療機関が実施する患者さん・ご家族向けの講演会	10
クロザピンの適応のある患者さんとご家族にのみ説明	76

表 36 デポ剤の情報提供

デポ剤の情報提供	病院数
有	162
無	19

表 37 デポ剤の情報提供の方法

デポ剤の情報提供の方法	病院数
患者さん・ご家族に対する個別の疾病教育	65
患者さん・ご家族に対する集団の疾病教育	33
医療機関が実施する患者さん・ご家族向けの講演会	21
デポ剤の適応のある患者さんにご家族にのみ説明	143

表 38 電気けいれん療法の情報提供

電気けいれん療法の情報提供	病院数
有	147
無	29

表 39 電気けいれん療法の情報提供の方法

電気けいれん療法の情報提供の方法	病院数
患者さん・ご家族に対する個別の疾病教育	47
患者さん・ご家族に対する集団の疾病教育	16
医療機関が実施する患者さん・ご家族向けの講演会	17
電気けいれん療法の適応のある患者さんにご家族にのみ説明	119

(8. クロザピン、電気けいれん療法、デポ剤、アウトリーチ活動の実施に関わる要因)

本調査で焦点をあてた4つの治療・支援(①クロザピン、②電気けいれん療法、③デポ剤、④アウトリーチ活動)を複数実施できているのは、どのような医療機関であるのか?その要因について検討した。

まず、病院属性別に4つの治療・支援の実施数を表40に示した。結果として、4つ全て実施している医療機関は30病院、3つ以上は104病院であった。一方でひとつだけの医療機関も24病院、さらに4つすべて導入していない医療機関も13病院あった。

4つの治療・支援を全て実施している医療機関の割合は、母数の少ない民間総合病院精神科を除けば、公立単科精神科病院が31病院中13病院と最も高く、逆に大学病院は47病院中5病院、公立総合病院精神科は65病院中2病院であった(表40)。

一元配置分散分析で、上記の4つの治療・支援の実施数間で統計学的に有意な差が認められたのは、「病床数」、「新入院患者数(H24年度)」、「常勤医師・精神科看護師・薬剤師・臨床心理士・作業療法士・精神保健福祉士の合計人数」、「医師を除くコ・メディカル(精神科看護師・薬剤師・臨床心理士・作業療法士・精神保健福祉士)の合計人数」、「常勤医師数」、「常勤精神保健指定医数」であった。

そこで、これらの要因毎に、治療・支援実施数を水準とした多重比較(Turkey-KramerのHSD検

定)を行った(図5～図6)。その結果、どの要因も治療実施数が多いほど、病床数や人数が有意に多くなる傾向が認められた。特に「新入院患者数(H24年度)」と「常勤精神保健指定医数」では治療・支援実施数間に有意な差が認められる組み合わせが多く、治療・支援実施数が「3つvs2つ」、「1つvs無し」以外の全ての水準の組み合わせで有意な差が認められた。

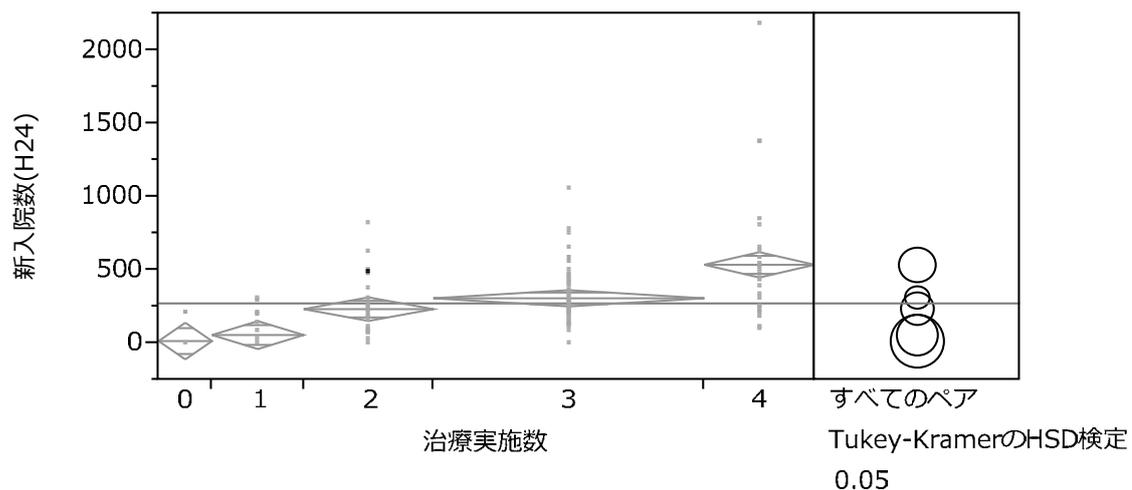
表40 病院属性別 治療・支援実施数*

	大学病院	公立総合病院 精神科	民間総合病院 精神科	公立単科精神 科病院	民間単科精神 科病院	
0	2	11	0	0	0	13
1	5	17	1	1	0	24
2	9	15	0	5	5	34
3	26	20	1	12	15	74
4	5	2	4	13	6	30
	47	65	6	31	26	175

治療
・支援
実施数

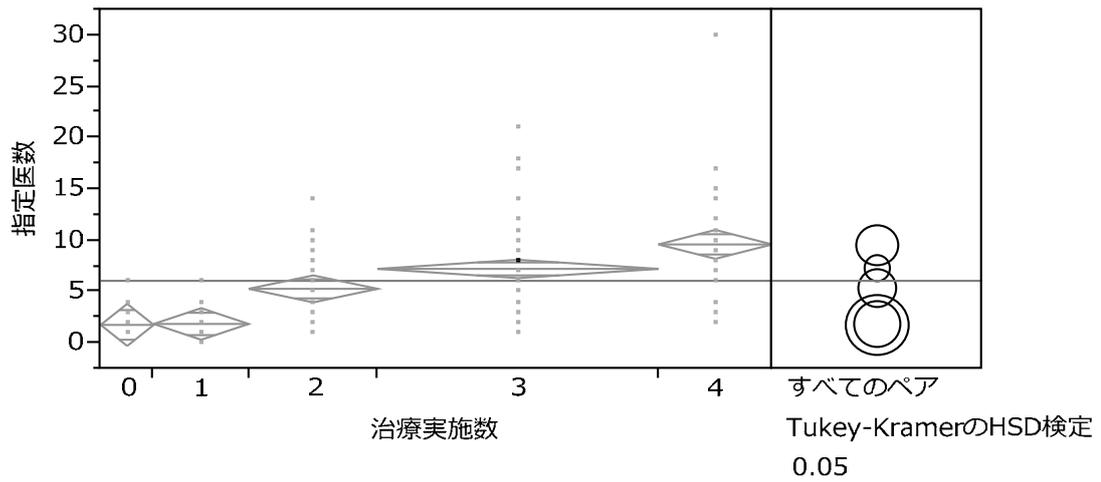
(*治療・支援実施数は、クロザピンによる治療、電気けいれん療法、デポ剤による治療、アウトリーチ活動の4種類の治療・支援のうち、調査施設で実施している種類の数を表す)

図5 治療・支援実施数と新入院数（H24年度）の関連



水準	水準	差	下側信頼限界	上側信頼限界	p値	差
4	0	520.7340	307.858	733.6101	<.0001*	
4	1	479.6566	299.152	660.1616	<.0001*	
4	2	302.5365	137.193	467.8802	<.0001*	
3	0	292.5392	101.258	483.8203	0.0004*	
3	1	251.4619	97.014	405.9100	0.0001*	
4	3	228.1948	84.040	372.3491	0.0002*	
2	0	218.1975	10.480	425.9149	0.0342*	
2	1	177.1201	2.729	351.5114	0.0446*	
3	2	74.3418	-62.079	210.7629	0.5621	
1	0	41.0774	-178.900	261.0547	0.9858	

図6 治療・支援実施数と精神保健指定医数の関連



水準	水準	差	下側信頼限界	上側信頼限界	p値	差
4	0	7.847619	4.37115	11.32408	<.0001*	
4	1	7.753333	4.84471	10.66195	<.0001*	
3	0	5.457529	2.32715	8.58791	<.0001*	
3	1	5.363243	2.87858	7.84791	<.0001*	
4	2	4.339216	1.64876	7.02967	0.0002*	
2	0	3.508403	0.09763	6.91918	0.0404*	
2	1	3.414118	0.58434	6.24390	0.0094*	
4	3	2.390090	0.06534	4.71484	0.0406*	
3	2	1.949126	-0.27620	4.17445	0.1163	
1	0	0.094286	-3.49109	3.67966	1.0000	

6. 考 察

(A. 調査サンプルおよび病院属性に関して)

本調査では、全国 46 都道府県の精神科医療機関から 185 件の回答を得た。大学病院からは約半数の回答が得られたものの、民間精神科医療機関はわずかに 27 件であった。わが国の精神科医療機関は民間の単科精神科病院が多く、日本精神科病院協会の会員数は現在約 1200 病院であるという点を考慮すると、得られた回答は総合病院精神科の比重が高く、また単科精神科病院においては難治性精神障害患者の治療・支援に積極的に取り組んでいる一部の病院からの回答に偏っている可能性が推測される。

回答が得られた病院のうち、16%に相当する 30 病院は無床であった。その為、そもそもこれらの病院では、スタッフの確保や知識・技術の習得が進んでも、クロザピンや m-ECT を導入することが困難な治療環境であると思われた。

コ・メディカルスタッフの人数に関しては病院属性によって大きな差があった。大学病院では、常勤精神科医数は単科精神科病院に比べ多いものの、精神保健福祉士や作業療法士、心理士などは非常に少なかった。逆に単科精神科病院では医師数は病院の規模からすれば大学病院よりも少ないものの、その他のコ・メディカルスタッフは比較的多く有していた。このことは、後述するように大学病院ではクロザピンや電気けいれん療法を導入しているところは多いがアウトリーチ活動を実践しているところは少なく、単科精神科病院ではその逆の傾向になっていることの一因と考えられた。

(B. クロザピンの導入について)

CPMS 登録医療機関として 97 病院から回答を得ることができた。病院属性別では公立総合病院精神科を除くと、その他の医療機関では 70%以上の導入率であったが、上述の通り民間精神科単科病院からの回答は、わずかに 27 病院であることを考えると、実際の単科精神科病院でのクロザピン導入率は非常に低いものとなる可能性もある。

本調査の目的のひとつは、治療・支援の導入阻害要因を検討することにあるが、CPMS 未登録医療機関が登録できない理由として挙げたものは、CPMS 登録医やクロザピン管理薬剤師、CPMS コーディネート業務担当者を複数配置しなくてはならないという、スタッフ確保の困難さと、常勤の血液内科医がいないことや常勤の血液内科医・精神科医のいる入院可能な医療機関と連携できないことなど、血液内科との連携の困難さが二大要因であった。

これらの課題は、CPMS 登録医療機関になってもこれまでのクロザピンによる治療を実施した症例がまだ 1 例もないと回答した 17 病院からの意見にも表れていた。それらの医療機関からは、そもそも「クロザピンの適応となる患者がいない」という投与基準の厳しさに関する回答や、「血液内科との連携が困難である」、「無顆粒球症などの副作用のリスクが高い」という血液内科との連携に関わる意見が寄せられた。

クロザピンの今後の普及を進めるためには、CPMS 医療機関になるためのスタッフの要件や血液内科との連携に関する課題を検討すること、そしてクロザピン投与に関する基準を適宜再検討していくことが必要だろう。

クロザピンに対する医師の意識に関する結果からは、知識や使用経験が少ない医師ほど、有効性・重要性を低く見積もり、その反面リスクを高く見積もる傾向が認められた。もちろん白血球減少や無

顆粒球症などはあなどれない副作用であるが、その頻度や対応方法についての情報を得る機会が、実際に少ないことも問題と考えられる。これは医師のみならず、CPMS 登録医療機関のコ・メディカルスタッフに対しても同様である。今後、専門職に向けたクロザピンの情報提供の有り方を検討することは、クロザピンによる治療推進において必要不可欠な課題であると考えられる。有効性・重要性が高く、リスクが低いと回答した医師の属する医療機関の CPMS 登録症例数は多かった、という事実もそれを裏付けるものである。

また、CPMS 登録症例数を解析したところ、1 例以上の登録をした医療機関の平均人数は、15.1 人であったが、その分布には偏りがあり、登録が 1 例だけの病院が 9 病院、5 人以下の病院が登録医療機関の約 3 分の 1 もあった。しかし 100 人以上の病院も 2 病院あり、今後はそのように多くの症例の治療経験がある医療機関のノウハウを詳細に検討することも意義のあることと思われる。

(C. 電気けいれん療法の導入について)

m-ECT 導入している医療機関として 83 病院から回答を得た。病院属性別では、クロザピンの導入率が低かった公立総合病院精神科では約半数が m-ECT を導入しており、反対に公立単科精神科病院と民間単科精神科病院ではクロザピンと比べてその導入割合は低下していた。これは、総合病院精神科と単科精神科病院で麻酔科医の確保の容易さが格段に違うことが影響しているものと考えられる。

事実、m-ECT を実施していない理由は、m-ECT の効果や副作用に関する意見は少なく、麻酔科医の確保の困難さを挙げた病院が 54 件と抜きんでて多かった。しかし、単に麻酔科医が確保できれば m-ECT を開始できるというわけではなく、そもそも「精神科病床がない」ことが阻害要因になっている医療機関もあるし、その他にも「常勤精神科医が少ない」、「m-ECT の機器がない」、「実施する場所がない」など、その医療機関の施設や人員上の課題も重要な検討課題であると考えられた。

しかし、施設や人員の問題は、一朝一夕に解決できることではない。そこでこの問題をクリアするための工夫のひとつが、m-ECT 実施医療機関への紹介システムである。アンケートでも自病院で m-ECT を実施していない場合、実施医療機関に依頼すると回答した医療機関は 63 件と多く、一方、m-ECT 実施医療機関では、他の医療機関から対象患者の依頼があれば受け入れ可能であると回答した医療機関が 87 件あった。依頼病院と受入病院の地域毎の分布の問題はあるかもしれないが、受け入れ可能である医療機関が必ずしも少なくないという事実を考えれば、ECT 実施のための紹介システムを、地域ごとに検討する価値はあるだろう。

(D. デポ剤の導入について)

デポ剤は 90%近い 165 病院(89.1%)がすでに導入していた。デポ剤を導入していない理由としては、「必要な患者がいらない」が 17 件と最も多かった。確かに外来のみの精神科医療機関では、十分な心理教育を行ったり、訪問看護を利用するなど、服薬のアドヒアランスを維持する工夫を凝らすことで、デポ剤を導入する必要性が減ることも有りうるだろう。

デポ剤に対する医師の意識に関する結果からは、90%以上の医師が少なからず使用経験があり、90%以上の医師が治療中断に対する有用性についても少なからずあると考えていると回答した。

経口薬と比較したデポ剤の副作用のリスクに関しては、半数以上の医師がデポ剤は経口薬よりもリスクが高いと回答しているが、その傾向は、クロザピンと同様に、使用経験や知識が少ないほど、リスクを高く見積もる傾向が認められた。よって、デポ剤はクロザピンと比較すれば既に多くの臨床家

に情報提供が行き届いているものと思われるが、今後はその有効性のみならず、副作用・有害事象にも焦点を当てた情報提供の有り方が望まれる。

(E. アウトリーチ活動の導入について)

訪問看護、または訪問診療・往診を実施している医療機関は 98 病院であった。病院属性別では、クロザピンや電気けいれん療法とは逆に、大学病院や総合病院精神科では実施機関が少なく、単科精神科病院では実施機関数が多かった。

この要因としては、前述のようにスタッフの確保の問題が最も大きく影響しており、実際にアウトリーチ実施群と未実施群での専門職数には統計学的に有意な差が認められた。もちろん、十分なスタッフが確保されていたからアウトリーチ活動を開始できたのか？あるいはアウトリーチ活動を立ち上げるために、スタッフの数を増やしたのか？は不明であるが、いずれにせよ、アウトリーチ活動の立ち上げと存続には、それに見合うスタッフが必要であることは明らかである。

但し、自病院で訪問看護や往診ができなくても、近年は地域に訪問看護ステーションや地域活動支援センターがある場合も少なくない。よって地域の実施機関を利用することでこの問題を解決する方法もあるだろう。しかし、そのためには医師が地域の社会資源に関する情報を把握し、その利用の仕方を把握していることが必要であり、そのための教育や研修が望まれる。あるいは、精神保健福祉士が、ケースとそれらの地域の社会資源と上手く繋ぐ役割を果たすような働きをすることを期待したい。

(F. クロザピン・電気けいれん療法・デポ剤の情報提供について)

クロザピン、電気けいれん療法、デポ剤による治療に関するご本人やその家族への情報提供は、比較的良好にされているものの、例えばクロザピンに関しては、CPMS 登録医療機関では 88%の医療機関で情報提供が行われていたが、未登録の医療機関では 17%しか情報提供が行われておらず、その治療・支援を実施しているかどうかで、利用者への情報提供の内容が異なっている実態が明らかになった。

また情報提供の方法としては、その治療・支援の適応のある人とその家族に個別に説明しているというスタイルが多く、いわゆる心理教育のプログラムの中でご本人やご家族に情報を伝えている医療機関は少なかった。

つまり、利用者の治療に関しての知識は、その時に受診している医療機関によって限定され、左右されることになる。もちろん実施できない治療や支援について積極的に情報提供することは、いたずらに転院を煽り、それまで築いてきた治療関係を損ねてしまう可能性もあるため、慎重に行われなくてはならないだろう。何よりも大切なことは、精神疾患をもつ人が、どの医療機関を利用したとしても、概ね同じような内容で、かつ同じような質の治療・支援が受けられるということである。よって医療機関側には、まだ実施できていない治療や支援を導入するための不断の努力が求められる。

(G. クロザピン・電気けいれん療法・デポ剤・アウトリーチ活動の実施に関わる要因について)

難治性精神疾患を有する人の地域移行支援にとして有用な、クロザピン、電気けいれん療法、デポ剤、そしてアウトリーチ活動の 4 つの治療・支援を全て実施できる医療体制が、より多くの精神科医療機関で整っていくことが望まれる。では、現状はどのような医療機関がこれらすべての治療・支援を実施できているのか？

4 つの治療・支援を全て実施している医療機関は 31 病院で、そのうち 14 病院は公立単科精神科病

院であった。これは、公立病院であるという性質上、より重度のケースの治療にあたることが日ごろから多いこと、単科精神科病院であるので病床は確保されており、さらにコ・メディカルスタッフもある程度の人数が確保できているということが背景にあると考えられる。

4つの治療・支援の実施数と統計学的に有意な関連が認められたのは、病床数や新入院患者数、そして医師やコ・メディカルスタッフの数などであった。

このことから推察されるのは、クロザピン・電気けいれん療法・デポ剤・アウトリーチ活動などを実施していくためには、①十分な病床があり、m-ECTができる設備がある等、病院の設備が整っていること（施設要件）、②日常的にある程度の症例が集まる状態であり、ある程度の割合で重症の症例を診療する必要があること（患者要件）、③精神科医はもちろん、看護師、精神保健福祉士、薬剤師、心理士、作業療法士などのコ・メディカルスタッフも相当数が確保されていること（スタッフ要件）、の少なくとも3要件が整っていることが必要であると考えられた。

7. 質問項目 Q66—69（自由記載）の回答のまとめ

Q66. クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性のあった貴院での取り組み

- ・適切な治療選択を教授や指導医から、主治医、担当医に指導している。
- ・患者さん家族への情報提供が重要。実際、家族会等で伝えると希望者が確実に増える。
- ・①クロザピン②持効性注射剤③電気けいれん療法④アウトリーチ活動 すべて実効性があるので挙げきれない。①、③は最終治療法で、②、④は地域生活長期維持の為の方法で、従来より組み合わせてチームで対応している。
- ・クロザピン、修正型電気けいれん療法、訪問看護の拡充、ACTの試行については各々院内で委員会を組織し、委員会主導により導入し実施する事ができた。委員会の活動として、学習会、他院の見学、講演会などを行った。持効性注射剤については特に取り組みはしておらず、医師個人の判断で使用されている。
- ・クロザピン適正使用委員会を立ち上げ、チームで適正使用に向け取り組んでいる。（医師、看護師、薬剤師、検査技師、精神保健福祉士、事務）
- ・クロザピンは2敗1分くらい。
- ・ECTカンファレンスの実施。クロザピンに関してクロザピンカンファレンスの実施。
- ・m-ECTにより急性期病棟の利用率向上。難治性に対するクロザピンの有効例。
- ・手術室と取り決めをし、m-ECT用に手術室の枠をとりスムーズにm-ECTが行えるようにしている。
- ・持効性注射剤。
- ・持効性注射剤はまあまあ。
- ・持効性注射剤を使用して、CP換算値が下がった。
- ・デポ剤使用により入退院を繰り返していた患者が入院を必要としなくなった。
- ・アウトリーチはそれなりに結果がでている。

○以下は、ヒアリング医療機関の回答

【大阪大学】

- ・統合失調症専門外来、入院プログラム

【千葉大学】

- ・まずは正確な診断と評価を行うこと、信頼性の高い治療ガイドラインを用いて丁寧な治療プログラムを組むこと。病棟看護スタッフをはじめ、多職種と連携し積極的な訪問活動を行うこと、以上が当院で実行性のあった取り組みであると考えます。

【岡山県精神科医療センター】

- ・カウンターサインで研修医もクロザピン処方ができるようにしたこと
- ・アウトリーチで 1) 総合病院への往診を病院として受けることを決めたこと
2) 病棟に所属しない医師を定めたこと

【琉球病院】

・クロザピン導入後1年を超える頃より長期入院者の退院者が始めている。クロザピン+心理教育+本人・家族を含めたカンファレンス+地域社会資源を含めた地域支援体制が組めたら長期かつ難治例も退院できる例はいると感じている。

【若草病院】

クロザピンを導入して4年間が経過した。当院に1年以上入院している患者、病状不安定で年に数回入退院をしていた患者の多くに、クロザピン治療を導入した。忍容性に問題がなかった患者のすべてにおいて大小の差があるものの以前の治療状況に比べれば精神症状の改善を認め、そのうち3分の1程度の患者は社会機能の大幅な改善の結果、福祉的就労や一般就労といった目標を持つところまで回復している。部分的な改善の患者も、以前に比べれば援助を拒絶したりするような姿勢が薄まり、支援者からも退院支援、地域定着支援の「しやすさ」が感想として多く認められるようになった。多くの患者が退院し、再入院防止とさらなる回復を期待してデイケアや訪問看護を利用している。デイケアには平成25年12月2日時点で52人が登録している。服薬支援を行っているが、退院後単身生活者の服薬支援が滞らないために、日曜祝日、年末年始もデイケアを運営している。そのため施設配置基準以上の人員配置を要するが、自立度が低い利用者のため、外来受診誘導や病棟と同じような与薬に至る支援を行っている。とはいえ、退院後3年を経過した患者などデイケアだけの支援は困難であるため、訪問看護とも連携をしながらクロザピン服薬管理および健康管理を行っている。健康管理は、患者が自分で体重・体温等を測定し、それをスタッフが確認するという形態をとっており、健康管理の意識付けやアドヒアランス向上に役立っている。徐々に患者の健康的な部分が大きくなり、「自分はこうしたい」という意思表示や支援の希望を伝えてくるといった自発的な動きがみられるようになったと感じる。本人の希望に沿った支援を行えば、さらに回復を促進させているようである。退院して実際に生活を送ってもらう中で何ができないか？何が必要か？を患者本人と一緒に考えていくというような支援が効果的と考える。地域に患者が退院していくことで、精神科病院スタッフも患者を通して地域につながり地域を知ることができると思う。

持効性注射剤も、以前から服薬支援困難者に対して使用してきたが、非定型抗精神病薬の持効性注射剤が使用可能となって以降、遠方に居住する患者で再入院を繰り返したり、治療中断したりしてきた患者を中心に積極的に使用するようになった。入院回数の減少とともに患者の生活機能の改善がみられ、家族や地域の評価にも良い変化がみられている。現在リスパダールコンスタからゼプリオンへの切り替えが進行しているが、今のところ注射部疼痛の低下や受診間隔が伸びることについて患者からの評価は高い。

当院では精神症状が残存していてもある程度の改善があれば退院し、アウトリーチ活動やデイケアでの生活支援を行っている。当然、中には精神症状の悪化があり再入院に至る場合もあるが、難治性患者の退院、地域移行を行うに当たって、自院外来に通院する患者や患者家族からの受診要請に速やかに対応する時間外診療体制の整備は必須であると考えた。当院では2011年に精神科救急入院料算定病棟の認可を得たが、外来通院患者に限らず、地域の要請があれば時間外であっても24時間365日診療を行うという精神科救急医療の提供を継続して行っている。クロザピン導入にしても持効性注射剤導入にしても、難治性精神疾患の完治を目的に導入するものではなく、

症状が残存するものの他の治療手段よりも地域移行支援、地域定着支援をしやすい手段として導入すべきものだと考えている。症状が残存していても支援者が安心して支援を行えるためには、急変時の対応を行う救急用の病床の確保と診療体制の整備は必要であり、クロザピンや持効性注射剤と同時期に時間外診療体制を整備したのは、特に病状が不安定であったクロザピン治療患者の退院に促進的に働いたと考えている。

【国府台病院】

- ・アウトリーチも可能なケアマネジメントの地域ネットワークの構築

【北海道立緑ヶ丘病院】

- ・持効性注射剤、アウトリーチ（訪問看護、ACT的な支援）を以前から行い、一定の効果はあったと思われる。
- ・最近では服薬や金銭管理、身体的介助も含めたケアを行ってくれる施設、共同住居ができて、障害の重い患者が退院できるようになった。ACTも含め生活全般の支援をすることが現状では最も効果的と考える。

Q67. 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み

- ・アウトリーチ活動の実施（H26年度から）
訪問看護往診の実施。ケースマネジメント体制（院内）の整備。デイケアの縮小による上記活動への転換。
- ・院外多職種を含むケア会議を拡大する方法で難治性患者も地域でみていける体制を作りたいと考える。
- ・院内（外来・入院）患者様のアウトリーチについてのニーズ調査を予定している。
- ・公立病院の教育病院の為、リハビリテーションの1つとして精神科デイケアを運営している。
多職種のカンファレンスの場としている。
「デイケア専」従医以外はリハビリテーション専門病院のリエゾンを経営している。
- ・スーパー救急、クロザピン、m-ECT、合併症対応等、あらゆるメニューを整備していく必要を感じる。
- ・訪問看護のさらなる拡充とACTの本格的な施行。個別のケア会議の実施。
- ・県内精神科病院向けに講演し、また直接依頼する事でクロザピン処方可能な病院を増やしている。クロザピン外来処方のみ可能という制度が来年度実施されればCPMS登録病院がより増やせる見込みである。

○以下は、ヒアリング医療機関の回答

【千葉大学】

- ・地域ネットワーククロザピン、m-ECT、DSP治療を用いた重度慢性統合失調症患者の治療を行う施設を地域毎に設定し、他の病院やクリニックと地域医療ネットワークを構築する。なお、以下のクロザピン・サターン・プロジェクト方式を援用する。（図1）

図1 千葉クロザピン・サターン・プロジェクト

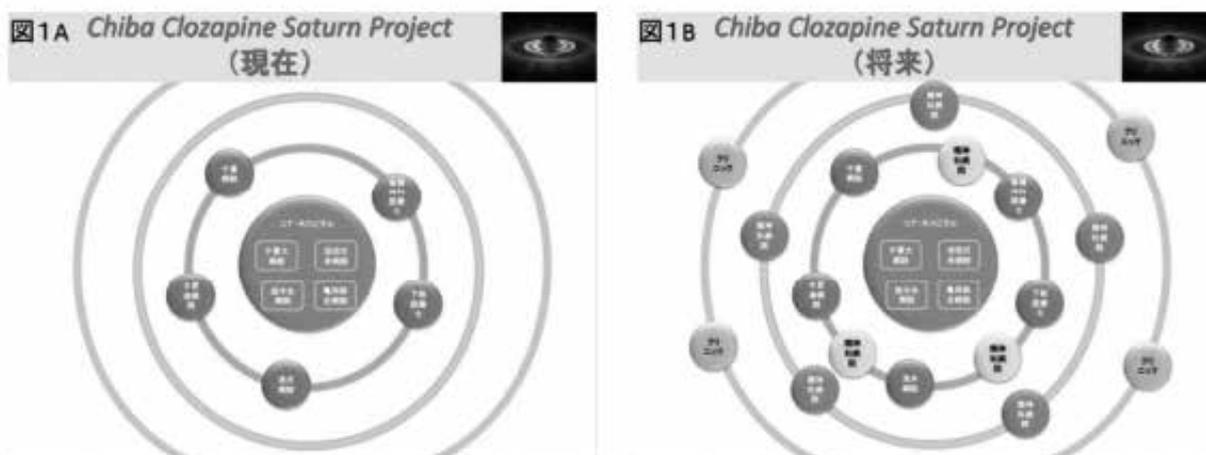


図1 A

現在、精神科病床を有する複数の総合病院がコア・ホスピタル群となり、クロザピン使用が可能な単科精神科病院（一次リング・ホスピタル）においてクロザピン使用時に無顆粒球症など重篤な副作用が出現した場合には、コア・ホスピタルのいずれかが受け入れるという連携体制。なお、このプロジェクトは平成24年にスタートし、平成25年7月末でクロザピン使用患者が全国で1774名程度に対して、千葉県では128例であり、内71例がこのプロジェクト病院により治療されている。

図1 B

将来、一次リング・ホスピタルを増やすとともに、クロザピンが使用できない単科精神科病院（二次リング・ホスピタル）に入院中のクロザピン適応者を一次リング・ホスピタルに転院させてクロザピン投与を行う体制としていく。またクロザピンを外来で使用できるクリニックを増やし、クロザピンを使用中に入院が必要となった場合には一次リング・ホスピタルへ入院させ、重篤な副作用が出現した時にはコア・ホスピタルに入院させる。

【桶狭間病院藤田こころケアセンター】

- ・ 訪問診療と複数回の訪問介護の体制を整える。
- ・ 亜急性期パスによる入院時からの多職種支援
- ・ 窓口となる病院外来と地域との情報共有と連携の強化

【岡山県精神科医療センター】

- ・ 在宅療養支援診療所の開設
- ・ 病病連携・病診連携の強化
- ・ 精神保健福祉センターとの連携強化

【琉球病院】

- ・ アウトリーチは訪問看護中心だが、医療やサービスレベルに応じたACT的な体制整備を進めている。

【若草病院】

- ・ クロザピン治療を導入したものの、加齢、地域の受け皿確保が困難、本人の退院意欲がほとんどない等、統合失調症以外の問題もあって退院支援が進まない患者が3名、クロザピン誘発性

血液障害等のためクロザピン使用を中止した患者が3名、退院のめども立たずに入院治療継続を余儀なくされているが、1日複数回の訪問看護が利用できる等、クロザピン反応不良群に対する特別な措置が認められるのであれば取り組みたい。

【島根県立こころの医療センター】

- ・現状の、行政を含めた多職種間の連携をもつ地域ネットワークを有効に利用していく。

【北海道立緑ヶ丘病院】

- ・地元のケア・ホームが増室を予定していて、当院から介護度の高い長期入院患者で精神症状に変動にみられる人を受け入れてもらう予定でいる。
- ・病状が不安定な統合失調症の患者の中に、新規抗てんかん薬の適応外使用で効果がみられるケースがあり、処方を検討する余地があると考えている。

Q68. 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み（ある自治体では、医療計画で治療抵抗性統合失調症を取り上げ、クロザピン、電気けいれん療法の実施医療機関を公開することが盛り込まれています）

- ・上記等も情報提供の手段としては有効と思われる。インターネット上の開示も必要。
- ・愛知県の医療計画では、治療抵抗性統合失調症患者の為の取り組みは挙げられていない。
- ・（カッコ内の内容に対して）これはなされるべきと思う。

○以下は、ヒアリング医療機関の回答

【千葉大学】

- ・千葉県保健医療計画にて、治療抵抗性統合失調症に対して、クロザピン治療、電気けいれん療法、作業療法、デイケア、家族会についての情報を公開している。

【若草病院】

- ・県当局で治療抵抗性統合失調症患者のための医療計画が検討されているという話は確認されていないが、本県は国内でも有数の精神科病床過密県であり、在院日数の長さも5本の指に入る。精神科入院医療の適正化についてテコ入れがされることが望ましいと思う。

【島根県立こころの医療センター】

- ・クロザピン使用の研修を受けながら、現在準備中。

Q69. 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望

- ・難治性は治療抵抗性でクロザピン、電気けいれん療法が有効であるが、クロザピンはCPMSの基準でいまだに2週に1回の検査で、働こうと思う障害者の生活の邪魔をしている。持効性注射剤は特に問題ないが、アウトリーチで訪問看護師が施行してよいかの基準がない。m-ECTは外から麻酔科医を招くと時間も一定せず、むしろ危険。メンテナンスECTも必要だがこの基準はなく各医療機関で苦労している。外来で診察している方がアウトリーチするより収入がよい

ようでは広がらない。最後に、①難治性で問題をおこしやすい患者には英国のようにCTOなどの強制治療命令の制度が必要。②現在の地域移行の問題は本当に難治性の患者より社会的入院の10～15万人の方が先だろう。

- ・ 難治性患者といわゆる社会的入院患者を明確に分けて、前者には手厚い医療体制の指導をお願いしたい。
- ・ 難治性患者の定義づけと診療報酬加算施設基準（ソフト、ハード体制強化）への対応
- ・ 難治性患者の受入施設の充実をお願いしたい。
- ・ 難治性患者受入れ専門病院の創設
- ・ 外国と同じように、病院は急性期を中心にして、後方の施設を充実させていくべき。
- ・ 既存の病院、施設を有効利用できる対策をお願いしたい。
- ・ 地域（田舎）には地域移行の為に必要な施設は皆無であるので、都市部のモデルを地域に導入するのは無理がある。
- ・ 非自発的入院者全ての入院費の期限を限定した公費負担による地域移行へのインセンティブの創出。非自発的入院とその退院後の地域支援にあたる行政内のケアマネージャーを養成支援する制度の創出。
- ・ 65才を過ぎた高齢の難治性患者は介護保険の施設を利用するなどして退院促進を進めている。地域においては規制緩和して40代以上の精神科患者が介護保険のサービスを利用できるように制度の見直しをお願いしたい。
- ・ 高齢化に伴い、身体疾患の併存する精神科患者を引き受ける受皿が必要だと思う。
- ・ 医療機関への診療報酬の裏付け、一般社会への地域移行についての啓発
- ・ 地域との役割分担
- ・ 障害者総合支援法による地域移行支援、地域定着支援、自立支援協議会と医療機関と地域を結びつける為の方策は打ち出されている。しかし実際には十分な機能が発揮されてはいない。多忙を極める相談支援事業所や、地域ごと取り組みに違いのある自立支援協議会について、国としてモニタリングして頂きたい。
- ・ 地域での「受け皿」（中間施設、地域活動支援センター等）や通院の支援、中核病院等での人員確保等、多くの絶対的に不足している要素を補充、充実できるよう物的、人的両面での対策を早急に進めてほしい。
- ・ アウトリーチ事業の為の人、金、物、設備の強化
- ・ アウトリーチの一般診療報酬化
- ・ 精神科訪問を強化できるような体制整備
- ・ 地域薬局、訪問看護ステーションの強化
- ・ 訪問看護の診療報酬アップ
- ・ ACTの公認
- ・ ACTの診療報酬化
- ・ カンファレンスの保険点数を上げ義務化してほしい。現在は私的に時間外に施行している。
- ・ ケア会議の診療報酬化
- ・ 心理教育の診療報酬化など

- ・外来ケースのS S Tの診療報酬化と入院S S Tの報酬の増額
- ・予算をつける。
- ・経済的支援を望む。
- ・診療報酬上の支えが是非とも必要。
- ・薬物症以外の治療、支援への財政的な裏付けを要望する。
- ・クロザピンについては十分な点数配置をお願いしたい。500点ではリスクに対して低すぎる。
- ・持効性注射剤については入院中での使用を増加させる為に管理料の算定をお願いしたい。

○以下は、ヒアリング医療機関の回答

【大阪大学】

- ・治療抵抗性統合失調症には、原則全症例についてクロザピン治療を行う。
- ・クロザピンの効果が乏しい場合は、m-ECTを行う。

【千葉大学】

- ・難治性統合失調症患者さんの地域移行支援に関しては、クロザピン治療を推進する事が重要であると考えられる。そのためには、
- (1) クロザピン治療の安全性に関するエビデンスの蓄積を持ったうえで、徐々に現行の規制を緩和すること。
 - (2) クロザピン治療にかかるコストの公的補助（検査器具の購入費用など）を行うこと。
 - (3) 入院及び外来におけるクロザピン治療に関する診療報酬を引き上げること。
 - (4) 一定数の統合失調症患者を受け入れているにもかかわらずクロザピン治療を推進していない医療機関に対し、診療報酬の引き下げを検討すること。

が必要であると考えられる。

【山梨県立北病院】

- ・公立病院でもアウトリーチ推進事業を行えるようにしてもらいたい。

【岡山県精神科医療センター】

- ・住宅確保のための施設。グループホーム、ホステルの量を確保
- ・逆説的だが、初発群の支援（ケースマネジメント）への診療報酬認可により慢性化予防

【琉球病院】

- ・長期入院患者（たとえば3年以上）などを受けた社会復帰施設には加算をつける。
- ・クロザピン、デボ剤については患者本人にもメリットがあるようにする（医療費支払い免除など）。

【若草病院】

- ・クロザピン治療で認められている治療抵抗性統合失調症治療指導管理料だが、デイケア参加日は、デイケア算定要件としてほかの精神科専門療法との同日算定ができないことになっている。遠方から来院する患者等は、検査終了後にデイケアに参加することを希望されることが多く、結果指導管理料の算定を行えない事例がある。精神科デイケアは特に家族の支援が困難なクロザピン治療患者の在宅支援を行う上で必要な精神科専門療法であり、精神科訪問看護とともに治療抵抗性統合失調症患者が利用する際の加算を検討していただきたい。
- ・血液障害等の禁忌事項のためにクロザピン治療導入ができないあるいは中断した治療抵抗性統

合失調症患者こそが、真の地域移行困難者であると考えているが、それらの患者も地域に戻すという取り組みは必要である。困難を伴ったが、クロザピン治療中断者の退院と地域定着も経験した。これらの患者の支援のための診療報酬上の配慮も検討していただきたい。

- ・国が本当に地域移行支援に取り組むのであれば、精神療養病床の存在を認めるべきではないのではないか？長期入院を前提とする病床の存在を認めながら、精神疾患の新規入院患者は1年以内の退院を目指しましょうと言われても、どこまで本気に取り組んでいるのか信じきれないところがある。精神療養病床の廃止と地域移行支援策はコインの表と裏であり、セットで取り組むのなら国の本気度をはっきりと示すことになると思う。

【島根県立こころの医療センター】

- ・障害年金1級でも月額8万円相当である。身寄りのない場合、施設入所の費用が高額なため入所が困難になり、入院料の安い精神科病院への長期処遇になる事例が多いことが極めて大きな問題となっている。重症慢性と慢性安定の患者に分けた場合、慢性安定の患者の入所先を準備すべきである。

【北海道立緑ヶ丘病院】

- ・神経疾患等の難病に比べて精神科疾患に対する研究予算は患者数が多い割に差別的に低く抑えられているので、適性化して治療法の開発を進めてほしい。難治性患者を中心に研究するナショナルセンターを作って取り組んではどうか。
- ・難治性患者が一定割合以上入院している病棟は一般医療かそれ以上の職員配置にしてヒューマンパワーを投入できるようにすべき。
- ・医師等の偏在を防ぐために地域の定数、科毎の定数を設けて地域毎の精神科医療計画をより具体的に定めるべき。
- ・精神科クリニックの開業に資格を定めて制限をかけるべき。
- ・予防と偏見除去のためにも学校教育で精神科疾患について啓発に取り組むべき。
- ・病気になっても生活していけるような生活技能と社会的制度について学校教育で身につけさせる必要がある。

(C) ヒアリング調査

1. 調査対象

平成 25 年 10 月 30 日に開催された第 1 回検討委員会で 13 医療機関にヒアリング調査を行うことが決定された。

対象医療機関は

- i) 全国の各地方区分に属する
- ii) クロザピンをはじめとした高度医療に取り組んでいる
- iii) 地域の精神科医療の中核を担っている

等を勘案して決定した。特に我が国でクロザピンの普及が遅れている実態に鑑み、クロザピン普及の阻害要因を明らかにするために、先進医療として積極的にクロザピンを使用している医療機関、導入後の使用があまり進んでいない医療機関、CPMS 登録したが使用に至っていない医療機関、CPMS 登録ができずに苦労している医療機関も含まれるよう配慮した。

実際に選定された医療機関は以下のとおりである（訪問順に列挙）

	対象医療機関	所在地	精神科病床数	訪問日
1	国立大学法人 大阪大学医学部附属病院	大阪府吹田市	52	2013/11/27
2	国立大学法人 千葉大学医学部附属病院	千葉県千葉市	45	2013/12/4
3	地方独立行政法人 山梨県立病院機構 山梨県立北病院	山梨県韮崎市	192	2013/12/6
4	東京都立松沢病院	東京都世田谷区	800	2013/12/11
5	医療法人 静心会 桶狭間病院 藤田こころケアセンター	愛知県豊明市	315	2013/12/12
6	地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター	岡山県岡山市	252	2013/12/13
7	独立行政法人 国立病院機構 琉球病院	沖縄県国頭郡	326	2013/12/18
8	医療法人 如月会 若草病院	宮崎県宮崎市	134	2013/12/20
9	独立行政法人 国立国際医療研究センター 国府台病院	千葉県市川市	142	2013/12/26
10	国立大学法人 高知大学医学部附属病院	高知県南国市	35	2014/1/22
11	島根県立こころの医療センター	島根県出雲市	242	2014/1/23
12	岩手県立南光病院	岩手県一関市	393	2014/1/28
13	北海道立緑ヶ丘病院	北海道河東郡	187	2014/2/7

各医療機関の特徴、クロザピン、修正型電気けいれん療法（m-ECT）、アウトリーチの実施状況は以下のとおりである。持効性注射剤はすべての対象医療機関で使われていたため、記載を省いた。

① 大阪大学

高度医療を提供する大学病院として、地域の精神科医療施設と連携した統合失調症専門外来・入院プログラムを行っている。入院プログラムではクロザピン治療、修正型電気けいれん療法（m-ECT）を行っている。アウトリーチについては訪問看護・訪問診療ともに行っていない。

② 千葉大学

血液内科を有する総合病院が連携して、CPMS 登録医療機関の登録要件である血液内科との連携を担い、千葉大学単独では限定されてしまう連携を地域全体に広げ、クロザピンを地域の単科精神科病院で利用できるようにするクロザピン・サターン・プロジェクトを主導している。クロザピン、m-ECT、アウトリーチを行っている。アウトリーチは大学としては珍しいが 10 年前から行っている。今後、救急・急性期医療、高度先進医療を受けて速やかに地域に戻っていく患者の在宅生活をさせる上でアウトリーチは不可欠であり、教育の一環として医学生にも訪問させている。

③ 山梨県立北病院

山梨県における精神科救急の基幹病院であり、クロザピンには治験の段階から関わっていた。クロザピン、m-ECT、アウトリーチを行っている。

④ 東京都立松沢病院

東京都の4つの精神科救急地域の1つを担っているとともに、身体合併症を有する患者の診療施設であり、都内で措置入院該当の外国人をすべて受け入れている。クロザピン、m-ECT、アウトリーチを行っている。

⑤ 桶狭間病院藤田こころケアセンター

スーパー救急を3病棟有する、愛知県の精神科救急の基幹病院であるとともに、愛知県全体の治験の60%を実施するなど積極的に先進医療に取り組んでいる。常勤で3名の治験コーディネータを擁している（看護師2名、臨床検査技師1名で、さらに1名増員予定）。クロザピン、m-ECT、アウトリーチを行っている。全国的にスーパー救急でのクロザピン導入は低調であるが、ここではほとんどスーパー救急で導入している。

⑥ 岡山県精神科医療センター

岡山県における精神科救急の基幹病院で、休日・夜間の行政救急の70%に対応している。民間では対応困難な患者を積極的に受け入れ、この3年間で1度も断ったことがない。先進医療に積極的に取り組んでおり、平成25年4月には臨床研究部を立ち上げて専属の薬剤師も配置している。クロザピン、m-ECT、アウトリーチを行っている。アウトリーチ強化のため、平成25年4月東古松サント診療所を訪問・通所型医療の中核拠点施設として立ち上げた。

⑦ 国立病院機構琉球病院

沖縄県の沖縄以北の広大な地域をカバーしている、沖縄で最も古い単科精神科病院である。スーパー救急病棟はない。高度の先進医療を提供することを病院の使命として掲げており、クロザピン、m-ECT、アウトリーチを行っている。CPMS登録患者数は102名（平成25年12月現在）であり、全国で100の大台を超えている2つの医療機関の1つである。クロザピン目的の入院を全例受け入れている。沖縄県でクロザピンを処方している他の医療機関は、ここでクロザピンの経験を積んだ医師が転勤したことで使用を開始している。つまり、沖縄県ではこの病院からクロザピンが広がっている。処遇困難例を積極的に受け入れており、重度かつ慢性の患者には地域支援も含めた対応をしている。

⑧ 医療法人如月会若草病院

宮崎県において2か所しかないスーパー救急病床を有する医療機関の1つとして休日・夜間の行政入院にも積極的に対応している精神科救急の基幹病院である（もう1か所は県立宮崎病院）。クロザピン、アウトリーチは行っているが、m-ECTは行っていない。CPMS登録患者数は125名（平成25年12月現在）、全国でトップである。

⑨ 国立国際医療研究センター国府台病院

千葉県の市川市・松戸市・浦安市の3市110万人が対象で、身体合併症は千葉西部地区300万人をカバーする精神科救急の拠点病院。クロザピン、m-ECT、アウトリーチを行っている。精神科救急と地域支援は車の両輪として力を入れている。訪問看護のほか、院外の事業所に立ち上げたACT-Jを国府台病院が積極的に支援している。クロザピンには治験段階から関与している。

⑩ 高知大学

高知県全体をカバーする高度先進医療の基幹病院である。特に身体合併症、妊婦は全県から来院する。クロザピン、m-ECTは行っているが、アウトリーチは行っていない。閉鎖病棟がないため、処遇困難例、長期入院患者は県立病院が対応している。外来レベルで通院可能な人に対してクロザピンを試みている。

⑪ 島根県立こころの医療センター

出雲圏域を中心に細長い島根県の広大な地域をカバーしている。島根県でスーパー救急があるのは当センターのみで、全県の行政入院の40%を受け入れている精神科救急の基幹病院である。医療観察法の指定通院医療機関にもなっているため、クロザピン使用患者に対応する必要がある。平成25年5月にCPMS登録医療機関となり、クロザピン開始の準備をしているが、まだ使用実績はない。m-ECTは行っていない。アウトリーチは行っており、多機関多職種連携で厚生労働省アウトリーチ推進事業にも参加している。

⑫ 岩手県立南光病院

33万人を擁する岩手県南圏域唯一の常時対応医療機関として精神科救急を担っている基幹病院で、一関市で精神科病床を有する唯一の病院でもある。クロザピン、m-ECT、アウトリーチを行っている。

⑬ 北海道立緑ヶ丘病院

帯広市を中心に35万人を擁する十勝地域をカバーする精神科救急の基幹病院である。血液内科との連携ができないうえにCPMS医療機関に登録できていない。m-ECTは平成25年10月から使用できるようになった（それまではECTを行っていた）。アウトリーチは訪問看護とACTの両方を行っている。ACTは音更リハビリテーションセンターが緑ヶ丘病院に統合される以前から取り組んでいる。

2. 調査方法

医師、看護師、薬剤師、事務から構成される多職種の調査チームで医療機関に訪問し、担当職員（医師、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士、治験コーディネータ、事務）から3-7時間程度の聞き取り調査を行った。

3. 調査内容

医療機関の特性、クロザピン、電気けいれん療法、持効性注射剤、アウトリーチについて各々聞き取りを行った。質問項目は以下の通りである。

○医療機関の特性

- 1) 貴院のカバーする地域とその特性
- 2) 地域における貴院の位置づけ

○クロザピンに関して

- 1) 概要（CPMS 医療機関登録、登録患者数、使用開始時期、登録医数、クロザリル管理薬剤師数）
- 2) CPMS コーディネート業務担当者について
- 3) 導入の契機
- 4) 導入にあたっての苦労
- 5) 導入後の経過
- 6) システム上の工夫
- 7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス
- 8) クロザピンと m-ECT の優先順位
- 9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか
- 10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ
 - 11) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけ
 - 12) 他の医療機関との連携状況（紹介、受け入れ）
 - 13) クロザピンに関する啓発活動について
 - 14) クロザピン使用の実際
 - 15) 副作用に関して
 - 16) クロザピンに伴う経済的な問題について
 - 17) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

○ECT, m-ECT について

- 1) 実施概要（ECT、m-ECT の平成 24 年度実績、1 週間あたりの実施日数、1 日あたりの実施件数）
- 2) 麻酔科医の確保の方法
- 3) m-ECT で苦労している点
- 4) m-ECT の難治性患者治療における位置づけ
- 5) 難治性統合失調症患者におけるメンテナンス m-ECT の実施状況
- 6) m-ECT に関する院内マニュアル、院内パス

○デポ剤について

- 1) デポ剤の使用状況
- 2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

○アウトリーチ活動について

- 1) 概要（訪問看護、訪問診療・往診の平成 24 年度実績、厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加の有無）
- 2) 具体的な取り組み
- 3) アウトリーチで苦勞している点
- 4) アウトリーチで工夫している点
- 5) アウトリーチで効果を上げている点
- 6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

4. 調査結果

ヒアリングした内容は、同時に実施したアンケート調査の回答の一部（医療機関・クロザピン・ETC・デポ剤・アウトリーチの概要、質問 Q66—69 の自由記載回答）とともに医療機関ごとにまとめて記載した。

① 【大阪大学】

1. 医療機関概要

経営主体	国立大学法人
精神科病床	(52)床 うち { 精神科救急入院料算定病床(スーパー救急) (0)床 精神科救急・合併症入院料算定病床 (0)床
平成 24 年度新規入院患者	(228)人
医療観察法病棟	有・ 無
常勤の精神科医	(31)名 うち { 精神保健指定医 (18)名 日本精神神経学会精神科専門医 (19)名
常勤の看護師(精神科のみ)	(21)名
常勤の薬剤師	(40)名
常勤の精神保健福祉士	(4)名
常勤の作業療法士	(0)名
常勤の臨床心理士	(0)名
CPMS への医療機関登録	有 ・無
ECT, m-ECT	有 ・無
訪問看護	有・ 無

2. 医療機関の特性

1) 貴院のカバーする地域とその特性

・統合失調症の専門外来、入院プログラムを行っている。当初は大阪府以外の遠方からの患者が多かったが、講演会や診察結果を紹介機関にていねいに報告することなどを積み重ねていくうちに、大阪府内からの患者が増加した。現在は大阪がほとんどだが、近畿圏以外では東京、熊本からも通院されている。

2) 地域における貴院の位置づけ

・民間病院ではできない高度の医療を提供する使命を果たしている。
 ・大学は臨床・研究・教育が3本柱で、この3つを実践できることが大学の魅力でもある。いずれも大学として高い水準が求められるが、統合失調症については高度医療を求められる難治性患者を主に民間病院が診療していた。そこで大学病院として難治性統合失調症患者の治療に取り組むこととし、上記の通り統合失調症の専門外来、入院プログラムを開始した。

3. クロザピンに関して

1) 概要

CPMS への医療機関登録	⑦ ・ 無
CPMS 登録患者	(28) 人
使用開始時期	2010年6月
CPMS 登録医	(15) 名
クロザリル管理薬剤師	(7) 名

2) CPMS コーディネート業務担当者について

- ・当初医師、次いで外来看護師が担っていたが、当院では外来看護師が少なく薬剤師に交代した。
- ・クロザリル管理薬剤師7名のうち4名がコーディネート担当業務者を兼務している。

3) 導入の契機

- ・5年前に統合失調症の専門外来、入院プログラムを開始した。これは治療抵抗性の患者に対してひとつずつ非定型抗精神病薬を投与して有効な薬剤を決定し治療を行うものである。この入院プログラムの延長線上で、治療抵抗性患者の治療に有効性が示されているm-ECT、クロザピンを順次導入していった。大学病院として当然の流れであった。

4) 導入にあたっての苦労

- ・特にない。
- ・副作用の一つである無顆粒球症を危惧する医師が多かったため、当初採血を週3回とすることで院内の了解を得た。
- ・病棟看護サイドでも導入には抵抗がなかった。情報提供が十分であれば問題ない。

5) 導入後の経過

- ・導入後6週は週2回血液検査を実施している（以後週1回）。
 - ・訪問看護部門がないため、服薬確認していただけるご家族がいる患者さんに導入している。
- 【病棟看護師長】
- ・拒薬時の対応で苦慮する。
 - ・症状悪化時に頓服が使用できないのが辛い。
 - ・クロザピンが効くまで精神症状が一時的に悪化する場合があります、脱水傾向、尿路感染、清潔保持困難などで看護負担が増す。
 - ・効果があっても、中止時に導入前より症状が悪化する場合があります。
- 【外来看護師長】
- ・遠方からの患者の苦労を減らすことを意識している。
 - ・外来では事前の問診結果を医師に伝達するので、患者が集中すると多忙となる。
 - ・クロザピンの服用状況・生活状況を確認するため、地域の訪問看護と連携するPSWが不可欠だが、精神科専属PSW1名と人手が足りず連携が困難である。
 - ・退院時の多職種会議が重要である。

【薬剤師】

- ・ 実際業務を行っているのは2名。休日が重ならないように調整している。
- ・ 検査日：入院は火曜（現在約10名）、外来は木曜（現在約15名）
- ・ 薬の不足等による急な処方ほとんどない。
- ・ 病棟薬剤師がCPMS業務を病棟で行い、医師と情報を共有しているので、困ることはほとんどない。

6) システム上の工夫

- ・ クロザピン処方は、治療抵抗性統合失調症の入院プログラムを行っているグループの医師のみが行っている。
- ・ 特別にクロザピン委員会は作っていないが、問題なく使用できている。
- ・ 患者への適応は各医師が判断している。
- ・ BSとHbA1cは、検査時に毎回実施することで検査漏れを防いでいる。

7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス

- ・ クロザピン導入パスは特に作っていないが、6週までの増量スケジュールがある。検査（心電図、脳波）の実施スケジュールも含めている。

8) クロザピンと m-ECT の優先順位

- ・ クロザピンが先である。

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

(非該当)

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

- ・ 治療抵抗性の患者には全例で使用すべき薬剤である。6～7割は改善する。症状が改善することにより、生活が整い、生活習慣病に対しても気を付けることができるようになるため、合併症の予防にもつながる。

11) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけ

(非該当)

12) 他の医療機関との連携状況（紹介、受け入れ）

- ・ 紹介患者を受け入れている病院数は80～100。多い病院では、1病院10人以上。しかし、受け入れた患者の半数以上は治療抵抗性の基準を満たさない。

13) クロザピンに関する啓発活動について

- ・ 医療関係者に対して学会発表等で情報提供している。
- ・ 患者・家族に対しては心理教育を行っているが、クロザピンに特化したものは行っていない。

14) クロザピン使用の実際

- ・ 入院10例、外来15例継続中である。
- ・ 増量のペースを6週目まで決めているが、副作用等の問題があれば遅らせる。
- ・ クロザピン単体でも突然死のリスクは2倍に増える。抗精神病薬2剤併用、ベンゾジアゼピン投与、他疾患合併でも各2倍になる。これらが重複すればリスクは相乗的に大きくなると考えられるので、注意が必要である。薬剤の整理、併存疾患の治療が大切である。

15) 副作用に関して

- ・無顆粒球症：なし
- ・白血球減少：レッドでの中止例は1例のみである。白血球が1900台まで低下したが、薬剤中止により翌日には6000台に回復した。抗がん剤等と異なり、クロザピンによる薬剤性の白血球減少では造血機能には問題ないことが多いため、中止により速やかに回復する。感染などに関して内科ほど厳密な対応は求められないことが多い。内科等を経験している看護スタッフでは対応に苦慮することはない。
- ・便秘：多いが、患者の訴えからは把握しにくい。嘔吐でイレウスと気づくこともある。下剤を処方し、定期的に腹部診察、腹部レントゲン撮影を行っている。
- ・流涎過多：抗コリン剤はイレウスを助長するため、基本的には我慢していただく。患者には「よだれが外に出ることで誤嚥性肺炎になりにくいという点は良いことである」と説明している。
- ・感染症：誤嚥性肺炎により白血球が上がる 경우가しばしばある。
- ・過鎮静：投与初期に一過性に認められるが、時間経過とともにある程度軽快する。
- ・肝炎：時々ある。ウルソが効果的なので、増量を止めてウルソを足すことでクリアできる。
- ・けいれん：ミオクローヌス発作、脱力発作は気づきにくいので、注意して観察する必要がある。

16) クロザピンに伴う経済的な問題について

- ・充床率を上げるように言われるが、クロザピンは特に問題となっていない。
- ・検査に関することは、病院からは特に何も言われない。

17) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

- ・使用に負担を伴うので、民間では金銭的インセンティブが必要である。
- ・通院の受け入れに対しても診療報酬をつければ弾みがつく。
- ・入院治療と外来治療で医療費を試算し、金銭的なインセンティブを付加しても医療経済的に効率的であることを示すべきである。
- 試算を今回の報告書に記載してほしい
- ・「クロザピンが大事だ、効果的だ」と思う人がいれば自ずと導入は進んでいく。それが管理職であればなおさらである。手続きの煩雑さも顔の見える関係で耐えられる。
- ・診療報酬でインセンティブをつけるのが難しいのならば、拠点病院を整備するためのモデル事業を立ち上げたらどうか。
- ・患者、ご家族の意見も調査すべきである。
- ・無顆粒球症等に対する医師の不安が普及の障害の一端となっていると思われるが、不安は定量化すれば軽減できる。CPMS委員会のデータをもとに試算して公表すればよい。

4. ECT, m-ECT について

1) 実施概要

ECT（平成 24 年度実績）	有 () 人・ 無
m-ECT（平成 24 年度実績）	有 (7) 人・無
実施日 / 週	(2) 日 / 週
実施件数 / 日	(2) 件（最大 3 件） / 日

2) 麻酔科医の確保の方法

- ・麻酔科の協力で確保できている。

3) m-ECT で苦勞している点

- ・手術室の枠の確保に苦勞した。
- ・麻酔科とは共同研究を通じて協力体制を構築した。

4) m-ECT の難治性患者治療における位置づけ

- ・クロザピンが効かない、使えない人が対象である。

5) 難治性統合失調症患者におけるメンテナンス m-ECT の実施状況

- ・2泊3日で続けている人もいる。

6) m-ECT に関する院内マニュアル、院内パス

- ・院内マニュアルあり。

5. デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（ヒアリング回答日時点現在）

ハロペリドールデカン酸エステル	(4) 人
フルフェナジンデカン酸エステル	(0) 人
リスペリドン持効性注射剤	(8) 人

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

- ・みかけの治療抵抗性の患者に必須。
- ・家族等の飲ませる人がいない、退院すると怠薬する人にはデポ剤が必要である。逆にきちんと服薬できる人にはデポ剤は要らない。

6. アウトリーチ活動について

1) 概要

訪問看護（平成 24 年度実績）	有（）件・ <input type="radio"/> 無
訪問診療・往診（平成 24 年度実績）	有（）件・ <input type="radio"/> 無
厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加	有　　・ <input type="radio"/> 無

7. アンケート自由記載項目（Q66－69）

1) クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性のあった貴院での取り組み（Q66）

・統合失調症専門外来、入院プログラム

2) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み（Q67）

（記載なし）

3) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み（Q68）

（記載なし）

4) 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望（Q69）

- ・治療抵抗性統合失調症には、原則全症例についてクロザピン治療を行う。
- ・クロザピンの効果が乏しい場合は、m-ECTを行う。

8. 添付資料（巻末）

- ・クロザピン処方プロトコール
- ・mECTマニュアル
- ・大阪大学のm-ECT適応判断基準

② 【千葉大学】

1. 医療機関概要

経営主体	国立大学法人				
精神科病床	(45)床 うち { <table style="display: inline-table; border: none; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: none;">精神科救急入院料算定病床(スーパー救急)</td> <td style="border: none; text-align: right;">(0)床</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">精神科救急・合併症入院料算定病床</td> <td style="border: none; text-align: right;">(0)床</td> </tr> </table>	精神科救急入院料算定病床(スーパー救急)	(0)床	精神科救急・合併症入院料算定病床	(0)床
精神科救急入院料算定病床(スーパー救急)	(0)床				
精神科救急・合併症入院料算定病床	(0)床				
平成 24 年度新規入院患者	(188)人				
医療観察法病棟	有・ <input type="radio"/> 無				
常勤の精神科医	(20)名 うち { <table style="display: inline-table; border: none; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: none;">精神保健指定医</td> <td style="border: none; text-align: right;">(11)名</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">日本精神神経学会精神科専門医</td> <td style="border: none; text-align: right;">(10)名</td> </tr> </table>	精神保健指定医	(11)名	日本精神神経学会精神科専門医	(10)名
精神保健指定医	(11)名				
日本精神神経学会精神科専門医	(10)名				
常勤の看護師(精神科のみ)	(27)名				
常勤の薬剤師	(46)名				
常勤の精神保健福祉士	(8)名				
常勤の作業療法士	(10)名				
常勤の臨床心理士	(4)名				
CPMS への医療機関登録	<input checked="" type="radio"/> 有・無				
ECT, m-ECT	<input checked="" type="radio"/> 有・無				
訪問看護	<input checked="" type="radio"/> 有・無				

2. 医療機関の特性

1) 貴院のカバーする地域とその特性

・患者の8割は千葉市内。その他は市原市、東京、茨城、館山市、銚子市など。

2) 地域における貴院の位置づけ

・高度先進医療を提供する。

3. クロザピンに関して

1) 概要

CPMS への医療機関登録	① ・ 無
CPMS 登録患者	(19) 人
使用開始時期	2002年3月(治験からスタートしている)
CPMS 登録医	(14) 名
クロザリル管理薬剤師	(15) 名

2) CPMS コーディネート業務担当者について

- ・クロザリル管理薬剤師がコーディネート業務担当者を兼務。当番制とせず、誰でもCPMS入力および調剤を行う。
- ・看護師にコーディネート業務担当者はいない。

3) 導入の契機

- ・2002年3月に治験に参加し、最初の30例のうち3例を担当した。ちなみに1例は無顆粒球症を発症した。
- ・1970年代に千葉県の国府台病院でクロザピンの治験を行っており、効果があると聞いていた。また、治験の患者が治験終了後も個人輸入でクロザピンを飲み続け、その間はずっと落ち着いていたという事例がある。
- ・1989年サンフランシスコで開催されたアメリカ精神医学会年次総会でのKane博士(治療抵抗性統合失調症の治療におけるクロザピンの有効性を再評価)の講演を聞いたが、これを契機にアメリカでクロザピンが使われるようになった。アメリカの精神科医の盛り上がりを目の当たりにした。
- ・研究に従事していたので従来と異なる作用機序を有するクロザピンに関心があり、新たなアプローチで治すことができるのではと考えていた。

4) 導入にあたっての苦労

- ・主治医に不安があったようで、上市後使用できるようになってから実際に院内で処方されるようになるまで若干時間がかかった。入院頻回の多剤併用療法の患者さんがいたので、グループで相談してもらい使用を決めてもらった。

5) 導入後の経過

- ・常時4-6名の患者さんがクロザピンで入院している。
- ・上市後の19例で中止例はない。

6) システム上の工夫

- ・クロザピン委員会は特別に作っていないが、毎週のカンファで取り上げている。

7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス

- ・マニュアル、パスは作成していないが、検査項目等はリストアップしている。

8) クロザピンと m-ECT の優先順位

- ・クロザピンが優先である

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

(非該当)

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

- ・治療抵抗性統合失調症に対する標準的医療である。

11) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけ

(非該当)

12) 他の医療機関との連携状況（紹介、受け入れ）

- ・サターンプロジェクトで受け入れている。→「サターンプロジェクト」については8. に詳述
- ・千葉大学だけでは他病院との連携は5, 6カ所になると受けきれない。これでは千葉大の受け入れられる無顆粒球症の患者数がクロザリル導入患者の上限を決めてしまうことになる。単科精神科病院で使えるシステムにしないと普及しない。

13) クロザピンに関する啓発活動について

- ・医療計画の中でクロザピンを使用できる医療機関を公表している。インターネットで見られる。

14) クロザピン使用の実際

- ・現在は入院6名、外来10名。
- ・前薬中止後漸増法、クロスタイトレーションのいずれも行っている。
- ・10代から30年以上入院を繰り返し、退院しても1週間も持たなかった患者さんが、クロザピン導入により退院後1年間地域で生活されている。医療スタッフや地域支援者の継続的な見守りもあってのことだと考えている。

15) 副作用に関して

- ・治験の段階で1例無顆粒球症があり、保護室に無菌テントで対応した。数日で回復。
- ・流涎過多は2, 3か月で慣れてくることが多い。誤嚥性肺炎もある。

16) クロザピンに伴う経済的な問題について

- ・病院から入院期間が長いと言われることがあるが、理解してもらっている。

17) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

- ・基本的には医師の教育と啓発。クロザピンの適応を知らない医師が多い。第2世代で十分治療できていない症例が多い。また、クエチアピン、オランザピンで無効ならクロザピンも無効と考えて処方しない医師がいる。
- ・クロザピンを精神科研修病院の指定要件とする。
➡千葉大での後期研修の派遣先はクロザピン使用も要件のひとつとしている。
- ・精神科専門医の認定要件にする。
- ・診療報酬に反映させる。
- ・マンパワーのある救急、急性期病棟を有する病院にクロザピン使用に対するインセンティブを与える。
- ・サターンプロジェクトのような、病病連携・病診連携を促進するモデル事業を立ち上げる。

4. ECT, m-ECT について

1) 実施概要

ECT（平成 24 年度実績）	有（）人・ <input checked="" type="radio"/> 無
m-ECT（平成 24 年度実績）	<input checked="" type="radio"/> （16）人・無
実施日 / 週	（3）日 / 週
実施件数 / 日	（1～2）件 / 日

2) 麻酔科医の確保の方法

・大学病院なので麻酔科に対応してもらっている。

3) m-ECT で苦勞している点

・システム上の苦勞はない。

4) m-ECT の難治性患者治療における位置づけ

・クロザピンに次ぐ

5) 難治性統合失調症患者におけるメンテナンス m-ECT の実施状況

・実施している。
・月1回から2～3か月に1回で安定している人が数人いる。

6) m-ECT に関する院内マニュアル、院内パス

・マニュアルはあるが、パスはない。

5. デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（ヒアリング回答日時点現在）

ハロペリドールデカン酸エステル	（4）人
フルフェナジンデカン酸エステル	（1）人
リスペリドン持効性注射剤	（28）人

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

・効果があるのはドパミン過感受性精神病であり、CPZ換算1500mg以下では特に有効と考えている。

6. アウトリーチ活動について

1) 概要

訪問看護（平成 24 年度実績）	①（422）件・無
訪問診療・往診（平成 24 年度実績）	有（）件・②
厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加	有 ・ ②

2) 具体的な取り組み

- ・訪問看護は病棟看護師が週2回（火・水）勤務を組み、PSWと行っている。
- ・手挙げ方式で訪問看護をしたい看護師が行っている。病院から車で30分以内の方に限定。主に服薬確認だが、服薬カレンダーを使用したり看護スタッフ手製のチェック表（患者さん自身で行う）でチェックしたりしている。患者さんが不安になったときなど夜勤の看護師が訪問に行くので患者さんから夜間電話があっても対応しやすい。
- ・クロザピン使用者4人を訪問看護でフォローしている。クロザピン使用中の患者さんは「もうこの薬しか効くものはない」と思って内服されているので飲み忘れなどなく、通院もきちんと来られている。

3) アウトリーチで苦労している点

- ・交通費と車の確保。今は公用車を貸してもらえない。車は運転手を付けないことで確保できた。看護師かPSWが運転しているが、ときどき事故は起こる。

4) アウトリーチで工夫している点

- ・病棟としては訪問看護に出られるのは週2回までなので、自立支援の範囲で地域の訪問看護ステーションにお願いして2本立てで行っている方もおられる。

5) アウトリーチで効果を上げている点

- ・再発予防、生活支援に役立っている。

6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

- ・地域生活を支えるものである。
- ・クロザピンで良くなって退院していく人を見守ることが大切である。

7. アンケート自由記載項目（Q66－69）

1) クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性のあった貴院での取り組み（Q66）

- ・まずは正確な診断と評価を行うこと、信頼性の高い治療ガイドラインを用いて丁寧な治療プログラムを組むこと。病棟看護スタッフをはじめ、多職種と連携し積極的な訪問活動を行うこと、以上が当院で実行性のあった取り組みであると考えている。

2) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み (Q67)

・地域医療ネットワーク「サターンプロジェクト」の構築

現在、精神科病床を有する複数の総合病院がコア・ホスピタル群となり、クロザピン使用が可能な単科精神科病院（一次リング・ホスピタル）においてクロザピン使用時に無顆粒球症など重篤な副作用が出現した場合にはコア・ホスピタルのいずれかが受け入れるという連携体制。なお、このプロジェクトは平成 24 年にスタートし、平成 25 年 7 月末でクロザピン使用者が全国で 1774 名程度に対して、千葉県では 128 例であり、内 71 例がこのプロジェクト病院により治療されている。

将来、一次リング・ホスピタルを増やすとともに、クロザピンが使用できない単科精神科病院（二次リング・ホスピタル）に入院中のクロザピン適応者を一次リング・ホスピタルに転院させてクロザピン投与を行う体制としていく。またクロザピンを外来で使用できるクリニックを増やし、クロザピンを試用中に入院が必要となった場合には一次リング・ホスピタルへ入院させ、重篤な副作用が出現したときはコア・ホスピタルに入院させる。

・クロザピン治療の安全性に関するエビデンスの蓄積を待ったうえで、徐々に現行の規制を緩和する。

3) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み (Q68)

・千葉県保健医療計画にて、治療抵抗性統合失調症に対して、クロザピン治療、電気けいれん療法、作業療法、デイケア、家族会についての情報を公開している。

4) 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望 (Q69)

- ・クロザピン治療にかかるコストの公的補助（検査機器の購入費用など）を行う。
- ・入院および外来におけるクロザピン治療に関する診療報酬を引き上げる。
- ・一定数の統合失調症患者を受け入れているにもかかわらずクロザピン治療を推進していない医療機関に対し、診療報酬の引き下げを検討する。

8. 添付資料（巻末）

- ・「重度慢性統合失調症患者への良質かつ適切な医療についての提言」
- ・ECT指示表
- ・ECTの予約方法

③ 【山梨県立北病院】

1. 医療機関概要

経営主体	地方独立行政法人山梨県立病院機構
精神科病床	(192)床 うち { 精神科救急入院料算定病床(スーパー救急) (93)床 精神科救急・合併症入院料算定病床 (0)床
平成 24 年度新規入院患者	(650)人
医療観察法病棟	⑦・無
常勤の精神科医	(13)名 うち { 精神保健指定医 (7)名 日本精神神経学会精神科専門医 (7)名
常勤の看護師(精神科のみ)	(106)名
常勤の薬剤師	(4)名
常勤の精神保健福祉士	(9)名
常勤の作業療法士	(6)名
常勤の臨床心理士	(6)名
CPMS への医療機関登録	⑦・無
ECT, m-ECT	⑦・無
訪問看護	⑦・無

2. 医療機関の特性

1) 貴院のカバーする地域とその特性

- ・山梨県全域をカバーしている。

2) 地域における貴院の位置づけ

- ・50年前、300床・5病棟でスタートした。2002年に「病院機能評価」「退院促進」「急性期と外来の強化」の3項目の重点強化を目指し、5病棟から4病棟に減らし、ベッド数を300床から196床にした。
- ・4病棟のうち2病棟がスーパー救急（そのうちの1病棟は医療観察病棟を併設）、1病棟が慢性期の病棟で多飲水患者専門の病棟、1病棟が慢性期・思春期・アルコール依存の混合病棟である。
- ・平均在院日数は100日弱である。
- ・山梨県内で、初診で予約なしで受け入れているのは当院だけである。思春期から高齢者まで万遍無く来院される。ただ、身体合併症の患者には弱い。
- ・山梨県内で閉鎖病棟がある病院は当院を含め2つだけで、山梨大学は開放病棟のみである。
- ・県内の緊急措置の60%を当院が受け入れている。

- ・医療観察法は「スーパー救急39床＋医療観察5床」で運用しているが、医療観察法のベッドは満床で、県外の実施設に4名お願いしているのが現状である。指定通院施設も併設している。

3. クロザピンに関して

1) 概要

CPMS への医療機関登録	○有 ・ 無
CPMS 登録患者	(57) 人
使用開始時期	2009 年 7 月
CPMS 登録医	(7) 名
クロザリル管理薬剤師	(4) 名

- ・薬剤師 4 名全員がクロザリル管理薬剤師の資格を取得している。

2) CPMS コーディネート業務担当者について

- ・看護師26名、検査技師1名、薬剤師4名
- ・実際のコーディネート業務は各病棟・外来に配置されている看護師が担っている。
- ・コーディネート業務を円滑に進めるため看護師全員に資格取得してもらいたいと考えている。コーディネート業務担当者の資格取得者が増えることで、業務負担は軽くなってきている。

3) 導入の契機

- ・治験の段階から関与しており、導入には当初から前向きであった。

4) 導入にあたっての苦労

- ・治験の際に連携した血液内科には一般使用は受け入れられないと断られた。山梨県内に精神科、血液内科を有する病院は1つしかない。最終的にその病院に契約をしてもらったが、諸手続に1年ほど時間がかかった。

5) 導入後の経過

- ・順調である。使用者は年々増えている。

6) システム上の工夫

- ・当初からクロザピン委員会があり、話し合う土壌があった。クロザピン委員会では現状報告、運用変更等、クロザピンに関わる様々な内容を取り上げるので、多職種の連携体制を組むのに都合が良かった。
- ・クロザピン委員会では患者の選定・決定は行っていない。若い医師も自信を持って使えるよう、使用患者の承認は医局会で行っている。
- ・クロザピン委員会がクロザピンの良さを職員に啓発している。病棟の勉強会に出向いて説明を行い、知識の普及に努めている。副作用の勉強会も年1、2回行っている。

- ・ CPMSに加え当院独自のモニタリングシステムを導入し、可能な限り副作用防止の対策を講じている。システムとしている点が重要である。システム化によって副作用のチェックが可視化されてスタッフの不安軽減につながり、万が一重篤な副作用が発生した場合にも冷静な対応が可能となる。システム化せずに、副作用に関する責任を個人に押し付けてしまうと、皆が萎縮してしまい、クロザピンの導入が進まない。
- ・ 1、4、7、10月はモニタリング月間で各検査値に加え、モニタリングシステムに沿って看護部が患者の様子を詳しく観察し、報告している。看護部が積極的にモニタリングに関わることにより、看護部のモチベーションの向上にもつながっている。

7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス

- ・ 院内マニュアルはなし。
- ・ 院内パスはなし（電子カルテで対応可能のため）。

8) クロザピンと m-ECT の優先順位

- ・ 以前はm-ECTが優先していたが、現在はクロザピンが優先になってきている。
- ・ 治療抵抗性はm-ECTで維持できない。効果はあくまで一時的である。

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

- ・ 導入している。

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

- ・ ハイリスク・ハイリターンの薬であるが、これをどう使いこなせるかが臨床医の腕の見せどころである。

11) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけ

- ・ 司法精神医学でかなり重要である。5床のうち現在1例で使用。

12) 他の医療機関との連携状況（紹介、受け入れ）

- ・ 導入依頼は受け入れるが、今のところない。
- ・ 対象者は吟味する必要がある。退院先があり、通院可能であることが要件。処遇困難という理由のみでは難しい。

13) クロザピンに関する啓発活動について

- ・ 院内の患者に対しては病院全体としては行っていない。受け持ち患者2例に導入する際にメリットが伝わるスライドを作成して説明した。
- ・ 院内家族会の勉強会で情報提供を行っている。Melzerはクロザピンは家族の抗うつ薬と言っている。
- ・ 医療関係者に対しては山梨県精神医学研究会で若草病院の医師に来ていただきシンポジウムを開催した。

14) クロザピン使用の実際

- ・ これまで57例に使用し、10例中止となっている。
- ・ 以下のような症例を経験している。
 - 精神症状が激しい人が落ち着いた症例
 - 多飲水をコントロールできるようになり退院した症例
 - 会話できなかった人ができるようになった症例

15) 副作用に関して

- ・クロザピン投与で今までに10人が中止となっている。内訳は以下の通り。
 - 白血球減少3人（治験中の1人は無顆粒球症になって投与中止→血液内科へ転院）
 - 間質性腎炎3人（投与中止）
 - 腸管穿孔3人（うち1人が投与中止）
 - 好酸球増多2人（治験中で2人とも投与中止）
 - 事故死1人（山から滑落）
 - 本人拒否1人（投与中止）
 - 効果なし1人（投与中止）

16) クロザピンに伴う経済的な問題について

- ・問題になったことはない。
- ・マンパワーが余計に必要なとの認識もない。

17) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

- ・成功体験が必要である。論文的にも知識、経験と記載されている。

4. ECT, m-ECT について

1) 実施概要

ECT（平成24年度実績）	⑦ (1) 人・無
m-ECT（平成24年度実績）	⑦ (71) 人・無
実施日 / 週	(3) 日 / 週（火・水・金の午前）
実施件数 / 日	(5) 件 / 日

2) 麻酔科医の確保の方法

- ・山梨大学医学部麻酔科からの派遣

3) m-ECT で苦労している点

- ・当初予約がいっぱいであったが、クロザピン開始後は緩和された。

4) m-ECT の難治性患者治療における位置づけ

- ・クロザピンを上回るものではない。
- ・クロザピン導入のための手段としての位置づけもある。m-ECTで同意できる状態を確保する。また、拒薬が強い場合にこの方法で導入に至ったケースがある。

5) 難治性統合失調症患者におけるメンテナンス m-ECT の実施状況

- ・2泊3日でメンテナンスm-ECTを実施する医師もいる。

6) m-ECT に関する院内マニュアル、院内パス

院内マニュアル（改訂中）、パスはない。

5. デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（ヒアリング回答日時点現在）

ハロペリドールデカン酸エステル	(41) 人
フルフェナジンデカン酸エステル	(139) 人
リスペリドン持効性注射剤	(61) 人

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

- ・コンプライアンス不良のケースに使用している。

6. アウトリーチ活動について

1) 概要

訪問看護（平成 24 年度実績）	① (3366) 件・無
訪問診療・往診（平成 24 年度実績）	有 () 件・②
厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加	有 ・ ②

2) 具体的な取り組み

- ・基本は訪問看護で、往診はあっても年数回程度である。
- ・訪問看護は専従が保健師1名、看護師1名、臨時任用3名、PSW1名の計6名。加えて、午後は外来看護師と病棟看護師の協力体制あり。
- ・契約者は約200名、内訳は高齢者が多い。当院の治療中断者が対象である。
- ・平均訪問回数は月2回
- ・エリアは山梨県全域、一番遠い所で片道1時間。エリアごとにコースを決めている。
- ・1日13件～15件
- ・エリアが広いから、訪問先によって天候が異なり、雪かきをすることも当然ある。
- ・体制は受け持ち体制で、受け持ちの人が看護計画を立て評価している。
- ・訪問は公用車を自ら運転し、2名1組で行っている。
- ・駐車違反は少なく、自宅前などに置くことができる。マンション等では駐車場に置き、駐車代は病院が負担している。
- ・訪問看護を利用しているクロザピンの治療者は4名。1～2年前から実施している。事前に関係者の勉強会を行っている。

3) アウトリーチで苦労している点

- ・道幅が広くて信号も少ないので、スピード違反してしまうことがある。そのときの罰金は自己負担である。ただし、事故の修理は病院負担。
- ・ゴミ屋敷はある。一緒に片づけるなど、保健所と連携をしている。だが、隣の家と密集していないので、近所とトラブルは少ない。

4) アウトリーチで工夫している点

- ・訪問前は必ず電話をして、訪問確認と天候を聞いている。

5) アウトリーチで効果を上げている点

- ・病院の顔とは違う生活状況が見える

6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

- ・難治性の患者が地域で生活するにはサポートが必要である。独居など生活状況などからアウトリーチの必要性を判断している。
- ・訪問看護を利用しているクロザピンの治療者は4名。1～2年前から実施している。事前に関係者の勉強会を行っている。

7. アンケート自由記載項目 (Q66 – 69)

1) クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性のあった貴院での取り組み (Q66)

(記載なし)

2) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み (Q67)

(記載なし)

3) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み (Q68)

- ・なし

4) 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望 (Q69)

- ・公立病院でもアウトリーチ推進事業を行えるようにしてもらいたい。

8. 添付資料 (巻末)

なし

④【東京都立松沢病院】

1. 医療機関概要

経営主体	東京都
精神科病床	(800)床 うち { 精神科救急入院料算定病床(スーパー救急) (68)床 精神科救急・合併症入院料算定病床 (68)床
平成 24 年度新規入院患者	(2179)人
医療観察法病棟	⑦・無
常勤の精神科医	(49)名 うち { 精神保健指定医 (30)名 日本精神神経学会精神科専門医 (21)名
常勤の看護師(精神科のみ)	(480)名 (一般病棟の 38 名を含む)
常勤の薬剤師	(13)名
常勤の精神保健福祉士	(20)名 (内 16 名が有資格)
常勤の作業療法士	(19)名
常勤の臨床心理士	(10)名
CPMS への医療機関登録	⑦・無
ECT, m-ECT	⑦・無
訪問看護	⑦・無

2. 医療機関の特性

1) 貴院のカバーする地域とその特性

- ・病院が世田谷区と杉並区の境界に位置する。
- ・都内全域をカバーしている。
- ・H24の入院は世田谷区27.7%、杉並区10%、他区39.3%、市町村部16%となっている。他府県では神奈川、埼玉、千葉、関西、東北、北海道からもある。
- ・外来も同様の傾向である。
- ・行政医療として精神科救急を4つの地域に分割して都立四病院で担っているが、当院は城南地区と島を担当している。八丈島には月1回診療に赴いている。

2) 地域における貴院の位置づけ

- ・都内における合併症を有する精神病患者の診療施設。
- ・措置該当の外国人患者の入院はすべて当院が引き受ける。多い日で10人。80カ国くらい。
- ・依存症、認知症、15～25歳の思春期外来・病棟を持つ。

3. クロザピンに関して

1) 概要

CPMS への医療機関登録	① ・ 無
CPMS 登録患者	(20) 人
使用開始時期	2010年2月
CPMS 登録医	(17) 名
クロザリル管理薬剤師	(13) 名

2) CPMS コーディネート業務担当者について

- ・クロザリル管理薬剤師13名がコーディネート業務担当者を兼務している。
- ・医療観察法病棟では看護師43名中16名がコーディネート業務担当者の資格を有している。一般の精神科病棟では数名程度。

3) 導入の契機

- ・難治性患者が集まる病院なので導入は当然で、議論はなかった。

4) 導入にあたっての苦労

- ・医師により処方の方針が異なる。医師の足並みの揃わないことがクロザピン導入の最大の障害となっていると思われる。

【医観法病棟看護師】

- ・提携病院への搬送マニュアルの作成（転院中は24時間体制で看護師2名が付き添う）
- ・退院後にクロザピンを使用できるかが問題だが、都内の指定通院機関でクロザピンを使用できるのは、当院と国立精神・神経医療研究センターのみ。指定通院機関を増やすため、厚生局に申し入れしているところである。

【薬剤師】

- ・検査日とデータの管理業務が煩雑。検査日については、以前はカレンダーに記入して管理していたが、困難になりエクセルで管理するシステムを構築し、現在も改良中。
- ・外来では、クロザピン処方患者は院内処方としている。

5) 導入後の経過

- ・順調ではない。
- ・隔離室を長期間占有していた患者から開始した。
- ・最初に使用した医師は、4～5例に使用したが中止症例が出て使用しなくなった。
- ・その後、医療観察法病棟で使用し、他病院からの紹介患者にも使用するようになった。
- ・現在7～8名の医師が使用している（うち、3名は医観法病棟担当医師）。
- ・1年に4例のペース。
- ・院内で適応の患者は多いが、積極的に使用していない。m-ECTが優先である。

6) システム上の工夫

- ・クロザピン委員会は設置していない。

7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス

- ・クロザピン導入パス：なし
- ・院内マニュアル：なし

8) クロザピンと m-ECT の優先順位

- ・m-ECTが先である。
- ・m-ECTは毎日実施していて効果も明白だが、クロザピンでは効果を実感していない。

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

- ・使用していない。
- ・クロザピン以外を使用して早く退院してもらっている。
- ・使う時点で効果予測できないことが難点である。

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

- ・医師によりさまざま

11) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけ

- ・治療抵抗性統合失調症の有効な治療法

12) 他の医療機関との連携状況（紹介、受け入れ）

- ・導入後紹介元医療機関に戻っていただくことを前提に受け入れる。

13) クロザピンに関する啓発活動について

- ・病院のホームページで、クロザピン導入目的の転院を受けると記載している。

14) クロザピン使用の実際

- ・これまでに20名に使用（うち、中止4名）
- ・現在：入院10名、外来6名
- ・医観法病棟でこれまで5名に使用。1名が退院後、白血球減少のため中止になった。
- ・暴力、水中毒がクロザピン使用で改善したが、開始後12週で白血球減少のため中止した症例有り。

15) 副作用に関して

- ・無果粒球症は起きていないが、白血球減少で中止した症例あり。効果があっても再開できないのがつらい。
- ・白血球が4000未満の人が多いため、導入できない。

16) クロザピンに伴う経済的な問題について

- ・特に問題になっていない。

17) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

- ・クロザピンを導入しても部分反応に止まり退院できない患者には転院してクロザピンを継続できる病院が必要である。しかし、都内にはCPMS登録医療機関が少ない。CPMS登録医療機関が増えること、退院できない場合は紹介元の医療機関に戻っていただくことが前提で導入患者を受け入れるシステムが必要である。
- ・長期間服用するのでコンプライアンスに不安がある。患者のサポート体制の充実が必要。訪問看護でサポートしたら診療報酬が加算されるなどの手当が望ましい。
- ・導入時の白血球数の基準を満たさない患者が多い。基準のハードルが高い。
- ・再投与の基準が高い。著効したが中止となった患者に再投与できない。

4. ECT, m-ECT について

1) 実施概要

ECT（平成24年度実績）	有（）人・ <input checked="" type="radio"/> 無
m-ECT（平成24年度実績）	<input checked="" type="radio"/> 有（880）人・無
実施日 / 週	（5）日 / 週
実施件数 / 日	（10～15）件 / 日 （9:45～から午前6件、15分単位で）

2) 麻酔科医の確保の方法

- ・常勤3名、パート2名

3) m-ECT で苦勞している点

- ・システム化されており苦勞はない。
- ・家族から同意をいただいて実施しているので、家族によく説明させていただいている。

4) m-ECT の難治性患者治療における位置づけ

- ・難治性統合失調症の患者に即効性を期待して使用している。
- ・m-ECT実施における難治性統合失調症患者の割合：60%

5) 難治性統合失調症患者におけるメンテナンス m-ECT の実施状況

- ・入院患者 2 名くらいに月 1,2 回の頻度で行っている。
- ・外来でメンテナンスしている人はいない。

6) m-ECT に関する院内マニュアル、院内パス

- ・作成している。

5. デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（ヒアリング回答日時点現在）

ハロペリドールデカン酸エステル	(142) 人（入院 17 人、外来 125 人）
フルフェナジンデカン酸エステル	(32) 人（入院 1 人、外来 31 人）
リスペリドン持効性注射剤	(163) 人（入院 38 人、外来 125 人）

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

- ・ハロペリドールデカン酸エステルは多剤併用や難治性患者に使用している。
- ・リスペリドン持効性注射剤の難治性患者への使用は少ない。
- ・フルフェナジンデカン酸エステルの新規導入は少ない。

6. アウトリーチ活動について

1) 概要

訪問看護（平成 24 年度実績）	① (6589) 件・無
訪問診療・往診（平成 24 年度実績）	有 () 件・②
厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加	有 ・ ③

2) 具体的な取り組み

- ・訪問看護
対象期間および人数：退院後～3ヶ月。年に約100名
H24実績：6589件、看護要員17名
訪問頻度：毎週訪問が58%で、増加傾向にある。
- ・医療観察法病棟退院患者15名についても訪問看護で対応している。

3) アウトリーチで苦労している点

- ・他の訪問看護ステーションへの移行。
- ・3年以上のケースをどうするかが課題である。

4) アウトリーチで工夫している点

- ・訪問する際に地域をまとめて回るようにしている。

5) アウトリーチで効果を上げている点

- ・退院のハードルを下げている。
- ・増悪時には速やかに入院させることができる。

6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

- ・医療観察法の対象者を含め困難なケースを地域で支えていく重要な手立てである。

7. アンケート自由記載項目 (Q66 - 69)

1) クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性 のあった貴院での取り組み (Q66)

(記載なし)

2) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み (Q67)

(記載なし)

3) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み (Q68)

(記載なし)

4) 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望 (Q69)

(記載なし)

8. 添付資料 (巻末)

- ・東京都立松沢病院電気けいれん療法 (ECT) ガイドライン
- ・東京都立松沢病院電気けいれん療法実施手順
- ・修正型電気けいれん療法 (m-ECT) の実施マニュアル
- ・m-ECT講習会 テスト及び回答
- ・m-ECT講習会 テスト資料 (画像)

⑤ 【桶狭間病院藤田こころケアセンター】

1. 医療機関概要

経営主体	医療法人静心会
精神科病床	(315)床 うち { 精神科救急入院料算定病床(スーパー救急) (148)床 精神科救急・合併症入院料算定病床 (0)床
平成 24 年度新規入院患者	(854)人
医療観察法病棟	有・ 無
常勤の精神科医	(14)名 うち { 精神保健指定医 (10)名 日本精神神経学会精神科専門医 (10)名
常勤の看護師(精神科のみ)	(92)名
常勤の薬剤師	(4)名
常勤の精神保健福祉士	(16)名
常勤の作業療法士	(12)名
常勤の臨床心理士	(9)名
CPMS への医療機関登録	有 ・無
ECT, m-ECT	有 ・無
訪問看護	有 ・無

2. 医療機関の特性

1) 貴院のカバーする地域とその特性

- ・患者は名古屋市のほか、地元の豊明市、隣接の桐生市からも来る。
- ・クロザピンの患者については、県外の三重県、岐阜県からも来ている。
- ・岐阜県でクロザピンを処方している医療機関は岐阜大学のみ。
- ・三重県ではクロザピンを使用している医療機関がない。
- ・愛知県では藤田保健衛生大学、愛知医科大学が使用しているが、名古屋大学では使用していない。名古屋市立大学はCPMS医療機関登録したが、使用実績はない。

2) 地域における貴院の位置づけ

- ・本院は315床で、そのうちスーパー救急が3病棟148床ある。スーパー救急の比率が高いのが特徴である。
- ・愛知県では精神科が41施設あるが、スーパー救急があるところは当院を含め5施設程度である。

3. クロザピンに関して

1) 概要

CPMS への医療機関登録	① ・ 無
CPMS 登録患者	(82) 人
使用開始時期	2009 年
CPMS 登録医	(12) 名
クロザリル管理薬剤師	(4) 名

2) CPMS コーディネート業務担当者について

- ・ 常勤の治験コーディネーター3名（看護師2名、臨床検査技師1名）がコーディネート担当業務者となっている。
- ・ 治験業務の延長線上で対応してもらっている。治験の二重盲検試験と比べると検査や評価が煩雑でないので、苦にならない。
- ・ ちなみに愛知県の治験の半分は当院で実施している。

3) 導入の契機

- ・ 新薬は1番に使うことに決めている。
- ・ 文献で効果が優れていると分かっていたので、使おうと構えていた。認容性の問題があるが、効果はピカイチである。当院の医師は皆使いたがっている人ばかりである。納品後すぐに使用を開始した。

4) 導入にあたっての苦勞

- ・ 苦勞はない。

5) 導入後の経過

- ・ 順調に経過している。

6) システム上の工夫

- ・ クロザピン委員会については導入していない。基準を満たしていれば、クロザピンを導入すれば良い。患者のことは主治医が一番良く知っている。
- ・ 導入にあたっては、チェックや検査の漏れがないようにパスを作成・使用している。

7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス

- ・ 病院独自のマニュアルは特に作成していない。
- ・ パスは作成して使用している。

8) クロザピンと m-ECT の優先順位

- ・ m-ECTを先にするか、クロザピンを先に使うかについては、どちらでもOKだと思っている。
- ・ 身体疾患を持っていて、すぐにm-ECTができない人はクロザピンを先に使用している。
- ・ m-ECTでコントロールできなければ、入院してクロザピンを導入することになる。クロザピンは導入後、外来で継続できるのが有利である。

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

- ・本院ではスーパー救急でのクロザピン導入がほとんどである。クロザピンの導入で、陽性症状出現で暴れ回っている人や隔離室を占拠している人が確実に減少した。
- ・スーパー救急の平均在院日数はそれまで70日程度であったが、クロザピン導入後は50日程度まで短縮した。
- ・4週間で退院した事例もあり。

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

- ・特殊な薬剤ではない。良く効くが、副作用を毎週チェックする必要のある非定型抗精神病薬である。
- ・モズレーのガイドラインでは早期反応仮説に基づき4週間で抗精神病薬の効果判定をしている。罹病期間の短いうちに早めに2剤目の効果判定を行って治療抵抗性を確認しクロザピンを導入できれば、陰性症状に移行させないで済む。良く効く薬は早めに使用すべきである。

11) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけ

(医療観察法病棟はないため、該当しない設問)

12) 他の医療機関との連携状況(紹介、受け入れ)

- ・受け入れている。
- ・受け入れ前にクロザピンについてもう一度患者・家族に説明し、効かなかった場合の対応や受け入れ先について事前に決めている。

13) クロザピンに関する啓発活動について

- ・難治性とならなければ使用できないので、一般的な情報提供はしていない。その段階ではじめて説明している。

14) クロザピン使用の実際

- ・非常勤も含めて医師はほぼ全員CPMS登録医となっており、どの医師もクロザピンを使用している。
- ・クロザピンの平均投与量は、初めの頃は500mg程度だったが、倦怠感などで減量するケースが多く現在は400mg程度である。
- ・初期増量中に急いで200mgまであげると発熱したり白血球が減少したりする。適正使用ガイドラインでは原則3週間かけて200mgまで増量することとされているが、ゆっくりと、だいたい5週ぐらいで200mgまであげるのが良い。そのあとの増量は規定のとおりスピードで構わない。
- ・白血球が4,000を下回るとロイコンを予防的に投与している。現在、4割程度のクロザピン投与患者にロイコンを処方している。ロイコン投与で白血球の値を安定させ、そのあとクロザピンの投与量をゆっくりあげている。
- ・クロザピン導入については、初めの20例ぐらいは従来の薬をスパッと切ってから導入していたが、今はクロスタイトレーションでおこなっている。

15) 副作用に関して

- ・血液内科の提携先は藤田保健衛生大学と愛知医科大学である。いざという時は必ず提携先が患者をとってくれるから、逆に安心している。
- ・現在までの80症例で無顆粒球症は1例のみである。大学病院がすぐに転院を受け入れてくれた。当院としては搬送時に1名が付き添っただけで、あとは大学病院の血液内科の医師が診て、精神科の医師がリエゾンで関わった。大学病院の精神科は外来のみで入院病床がないためである。

- ・心筋症は初期に出やすい。定期的にECGを行い、毎週常勤の内科医（2名いる）にチェックしてもらっている。
- ・流涎や便秘の問題があるが、流涎はブスコパンで良くなることもあるようだ（ブスコパンに関してはまだデータがとれていない）。
- ・クロザピンの副作用はそれほど多彩ではない。流涎・消化器系・吐き気・倦怠感・初期増量中の発熱などで、病棟の看護師がこれらの副作用が出やすいことをきちんと理解しているので今はもう問題ない。

16) クロザピンに伴う経済的な問題について

- ・現時点で80症例導入し50症例進行中で、本院全体からみればほんのわずかな件数なので、病院経営的に問題はない。
- ・慢性期で脳萎縮が進んでいる患者に投与しても、その患者が生産性のある仕事に戻れるとは思えない。救急で、まだ治療期間が長くない人を使って退院していただくのがベストである。クロザピン使用ですぐに退院するからベッドコントロールが難しいと思われるかもしれないが、入院患者850人/年のうちクロザピンを救急で使うのが20～30人程度なので、経営的には問題にならない。
- ・マンパワーとしての負担は看護師の朝の採血くらいである。

17) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

- ・導入病院をセンター化すればクロザピン導入は増えるだろう。先進的な医療というものは最初の1例目が怖いものである。だから導入は精神科病院や大学病院で実施して、維持はクリニックで、というシステムが良いだろう。クリニックは時期尚早と言うが、世界的には良く使われている。自前で検査できるクリニックも認可すべきである。何かあれば、すぐに導入した病院が診るということにすれば良い。病院とクリニックとの連携は報酬をつけないと進展しない。年1回でも良いから、カンファレンスをおこない、情報を共有することが大事である。今は、ネット上の会議が簡単に開催できるから、どんどん活用すればよい。皆が一同に集まるのはなかなか難しいことだから、インターネットを活用し、それに対して報酬をつけるようにすれば進展するに違いない。電子認証システムの活用も重要である。
- ・導入病院と維持病院の機能分化も考えられる。要は最初の1例目が怖いので二の足を踏んでしまっている医師が多い。最初の1例目を受けるだけでも弾みがつくのではないか。
- ・教育病院でクロザピンを使わないと普及しない。大学病院でもスーパー救急をとれるようにして、ここでクロザピンの教育ができるようになれば普及に弾みがつくだろう。しかし、大学病院の精神科の病床は減少の方向にある。精神科病棟はDPCにならないので報酬が少ない。一般病床に変更してDPCに組み入れた方が儲かるから、精神科は外来のみのところが増えだしている。昭和大学では精神科の病棟が廃止になった。これが他の病院に波及しないようにする必要がある。措置入院を取れる大学病院はほとんどない。だから、措置入院がとれなくてもスーパー救急がとれるよう基準を緩和すれば、大学病院の精神科病床減少が食い止められ、クロザピン普及に弾みがつくのではないか。
- ・導入初期にはどのような副作用があるのか等、データを全て公開すれば使用に弾みがつく。ノバルティスは情報公開も宣伝も足りない。症例集などをどんどん出して配布したら良い。

- ・精神神経学会でも、クロザピンのシンポジウムをやるなどしたら良い。今は皆が様子見の段階だが、情報不足でその様子が見られない状況である。そのため、発売後4年も経つのに2,000例程度の症例しかない。処方件数が伸びないから、ますます怖い薬という印象を与えてしまっている。
- ・厚生労働省がクロザピン、m-ECTを高度医療に位置づけ、効かない人を重度と位置づける。

4. ECT, m-ECT について

1) 実施概要

ECT（平成24年度実績）	有（）人・○無
m-ECT（平成24年度実績）	○有（283）人・無
実施日 / 週	（3）日 / 週
実施件数 / 日	（5～7）件 / 日

2) 麻酔科医の確保の方法

- ・常勤の麻酔科医1名（他に2名）

3) m-ECT で苦勞している点

- ・麻酔科医の確保が難しい。
- ・診療報酬が安い。
- ・サイン波が使えなくなったのが問題である。厚労省が認可してBグレードで使えるようにできないか。

4) m-ECT の難治性患者治療における位置づけ

- ・薬剤無効例。
- ・統合失調症は半数。うつ病、Lewy小体病にも適用。

5) 難治性統合失調症患者におけるメンテナンス m-ECT の実施状況

- ・1か月に1回続けている人が2人。

6) m-ECT に関する院内マニュアル、院内パス

- ・院内マニュアル、パスあり。

7) その他

- ・麻酔科医が立ち上げ、平成24年7月に開始した。

5. デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（ヒアリング回答日時点現在）

ハロペリドールデカン酸エステル	（0）人
フルフェナジンデカン酸エステル	（0）人
リスペリドン持効性注射剤	（51）人

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

- ・統合失調症で服薬遵守の悪い人が対象

6. アウトリーチ活動について

1) 概要

訪問看護（平成 24 年度実績）	①（6489）件・無
訪問診療・往診（平成 24 年度実績）	有（）件・②
厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加	有 ・ ②

2) 具体的な取り組み

- ・訪問看護中心に行っている。
- ・PSWと看護師の2名で訪問。

3) アウトリーチで苦労している点

- ・導入段階で家族がしぶる。
- ・遠距離が多くなった。
- ・独居が多く、訪問したら不在。
- ・慣れるまでは家を見られるのを嫌がる。

4) アウトリーチで工夫している点

- ・回るところをまとめている。
- ・主治医と定期的にカンファを行っている。
- ・PSWの部署に訪問看護のデスクを設置し、情報を共有しやすいようにしている。
- ・午前は外来、昼から訪問看護に出てもらっている。

5) アウトリーチで効果を上げている点

- ・入院期間が訪問看護の有無で70日と200日との違いがある。
- ・社会参加が増えている。

6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

- ・家庭や地域での暮らしぶり、家族の状況、外出・飲酒の実態等、重要な情報が自前でスピーディに入手できるため、関係者間で情報共有してタイムリーな介入が可能となっている。

7. アンケート自由記載項目（Q66 - 69）

1) クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性 のあった貴院での取り組み（Q66）

（記載なし）

2) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み（Q67）

- ・訪問診療と複数回の訪問介護の体制を整える。
- ・亜急性期パスによる入院時からの多職種支援。
- ・窓口となる病院外来と地域との情報共有と連携の強化。

3) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み (Q68)

(記載なし)

4) 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望 (Q69)

- ・施設転換型病棟やそれに代わる受け皿とそこに配置する多職種スタッフの層を厚くし、より精神障害者がくらしやすい環境を提供できるようにするために療養病棟や慢性期病棟が移行しやすい診療報酬や設備基準を希望する。

8. 添付資料 (巻末)

- ・修正型電気けいれん療法の看護 2013.9.9改訂
- ・ECTパス Ver 3
- ・ECTチェックリスト H25.5.22改訂
- ・修正型電気けいれん療法 説明書 様式1-1
- ・修正型電気けいれん療法 同意書 様式1-2 (患者さん用)
- ・修正型電気けいれん療法：維持療法 同意書 様式1-3 (カルテ保存用)
- ・麻酔説明書 様式2-1
- ・麻酔同意書 様式2-2 (患者さん用)
- ・麻酔同意書 様式2-3 (カルテ保存用)
- ・修正型電気けいれん療法施行報告書 様式4
- ・修正型電気けいれん療法：維持療法 説明書 様式4-1
- ・修正型電気けいれん療法：維持療法 同意書 様式4-2 (患者さん用)
- ・修正型電気けいれん療法 依頼用紙 様式5
- ・維持ECT (1. 同意取得、2. 検査項目、3. 入院期間、4. 通院飲みで行う場合)
- ・維持ECT適応基準
- ・維持ECT帰宅基準
- ・維持ECT当日チェックシート

⑥ 【岡山県精神科医療センター】

1. 医療機関概要

経営主体	地方独立行政法人				
精神科病床	(252)床 うち { <table style="display: inline-table; border: none; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: none;">精神科救急入院料算定病床(スーパー救急)</td> <td style="border: none; text-align: right;">(52)床</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">精神科救急・合併症入院料算定病床</td> <td style="border: none; text-align: right;">(0)床</td> </tr> </table>	精神科救急入院料算定病床(スーパー救急)	(52)床	精神科救急・合併症入院料算定病床	(0)床
精神科救急入院料算定病床(スーパー救急)	(52)床				
精神科救急・合併症入院料算定病床	(0)床				
平成 24 年度新規入院患者	(1275)人				
医療観察法病棟	⑦・無				
常勤の精神科医	(32)名 うち { <table style="display: inline-table; border: none; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: none;">精神保健指定医</td> <td style="border: none; text-align: right;">(14)名</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">日本精神神経学会精神科専門医</td> <td style="border: none; text-align: right;">(11)名</td> </tr> </table>	精神保健指定医	(14)名	日本精神神経学会精神科専門医	(11)名
精神保健指定医	(14)名				
日本精神神経学会精神科専門医	(11)名				
常勤の看護師(精神科のみ)	(180)名				
常勤の薬剤師	(6)名				
常勤の精神保健福祉士	(18)名				
常勤の作業療法士	(17)名				
常勤の臨床心理士	(15)名				
CPMS への医療機関登録	⑦・無				
ECT, m-ECT	⑦・無				
訪問看護	⑦・無				

2. 医療機関の特性

1) 貴院のカバーする地域とその特性

- ・岡山市内
- ・岡山は備前・備中・美作の3つの圏域に分かれるが、備中を中心に他の地域もカバーしている。

2) 地域における貴院の位置づけ

- ・365日24時間救急を受け入れる基幹病院である。
- ・休日、夜間の行政救急の拠点で、その70%を当院で対応している。
- ・児童・依存症・医療観察法・重度かつ慢性の拠点施設で、他院からの紹介を受け入れている。
- ・他の医療機関が対応困難な患者を受け入れている（この3年間1回も断ったことがない）。

3. クロザピンに関して

1) 概要

CPMS への医療機関登録	⑦ ・ 無
CPMS 登録患者	(81) 人
使用開始時期	2009年11月に第1例目開始
CPMS 登録医	(8) 名
クロザリル管理薬剤師	(4) 名

2) CPMS コーディネート業務担当者について

- ・当センターの薬剤師は6.5名で、1人は臨床研究専任なので、調剤担当は5.5人である。 そのうち、4名がクロザリル管理薬剤師の資格を所有している。 コーディネート業務も薬剤師が担当している。 薬剤師をコーディネート業務担当者にすることで看護師が薬について聞きやすかった。 これにより、どこの病棟でもクロザピンを大丈夫だと思ってもらえた。

3) 導入の契機

- ・効く以上は使用したいと考え、発売を待っていた。
- ・クロザピンの治験をされていた伊豫先生、藤井先生から導入方法を教えていただいた。

4) 導入にあたっての苦労

- ・機関調整、院内体制整備に3月から11月まで時間がかかった。
- ・血液内科との連携については理事長が岡山大学第2内科と調整した。 県内全体の臨床精神薬理の研究会があり、そこに幹事を出している医療機関が足並みをそろえて大学病院と連携し、一気に当院を含め6病院で使えるようになった。

5) 導入後の経過

- ・経過は順調であった。
- ・使用開始の11月時点で院内パスを作成していた。
- ・段階的な取り組みも奏功した。
 - ①導入患者数を段階的に増やしていった。
 - 2009.11 - 2010.7 18W以内を5例に限定
 - 2010. 7 - 2011.1 18W以内を10例に限定
 - 2011. 2 - 制限解除
 - ②病棟を1単位ずつ教育およびOJT
 - 2, 3か月で使用する病棟を医療観察法病棟→重度慢性病棟→開放病棟→救急病棟と1病棟ずつ増やし、現在はすべての病棟で使用できるようになっている。 また、外来から導入する患者をリクルートしている。
- ・外来患者が出たときに外来パスを作成した。
- ・医師はほぼすべてクロザピンを使用している。 CPMS登録医の資格は要件を満たすすべての医師が取得し、研修医もその指導の下処方している。

6) システム上の工夫

- ・クロザピン委員会を医局会で行っている。

7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス

- ・院内マニュアルは作成していない。
- ・パスは入院、外来ともに作成したが、現在使用しているのは入院パスのみである。

8) クロザピンと m-ECT の優先順位

- ・基本はクロザピン
- ・内服・採血出来ない導入時にm-ECTで落ち着いていただき、導入に結びつける。

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

- ・見通しがあれば導入している。

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

- ・難治性に対して第一選択の薬剤である。まずは検討すべき薬。
- ・よく効く非定型薬のひとつで、無顆粒球症が起きやすい薬という認識である。

11) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけ

- ・必須の薬剤である。
- ・入院決定を受けている患者の70%が治療抵抗性で、合わせて暴力などの自傷他害がある。このような患者に効果が期待できる。

12) 他の医療機関との連携状況（紹介、受け入れ）

- ・基本的に紹介を受け入れている。
- ・適応かどうか不明な場合、家族相談が先。ここで追加情報の依頼をする場合もある。
- ・家族のいない単身者は受け入れていない。
- ・効果がなかったときは元の医療機関に戻っていただく約束をしている。

13) クロザピンに関する啓発活動について

- ・院内の患者には特別には行っていない。
- ・院外の医療スタッフには講演会を行っている。
- ・院外の患者・家族向けには行っていないが、時にテレビ・新聞の取材に対応している。

14) クロザピン使用の実際

- ・医療観察法病棟では約4割の12人、西2病棟では12名、入院全体では30名程度が使用している。
- ・重大事件を起こした焦燥感の強い症例では、劇的に効いて退院後1か月でA型就労施設で働けるようになった。
- ・慢性期の患者で焦燥感が強く、水中毒もあり、窃盗を繰り返していた症例では、クロザピン導入後に焦燥感、水中毒、窃盗が治まった。激しい焦燥感に良く効くことを実感している。
- ・理解力の低い人でもクロザピンを飲むと楽になるので、服薬アドヒアランスが良くなる。良く効くことが体感できればちゃんと内服してくれる。服薬アドヒアランスが悪いのは今の薬が良く効いていないからだろう。
- ・クロザピンの無顆粒球症は抗がん剤のそれとはグレードが違い、中止したらすぐに回復するのでそれほど心配していない。

15) 副作用に関して

- ・無果粒球症 1例：血液内科との連携が良好で転院せずにクリアできた。院内に無菌室もあるが、必要なしとの判断で使わなかった。
- ・白血球減少 2例（無果粒球症を除く）
- ・ミオクローヌス 1例：150mgで発症。用量設定が必要と認識させられた。
- ・意識障害 1例：抗NMDA-R脳炎。もともと下垂体腫瘍があった。
- ・けいれん 2例
- ・心外膜炎 1例

16) クロザピンに伴う経済的な問題について

- ・問題なし

17) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

- ・使っていないと指導医として格好悪い、患者さんからも批判される、という雰囲気作り。
- ・使っている病院が少ないのでクロザピンを使うと出口がなくなる。連携の取れるクリニックが必要である。

4. ECT, m-ECT について

1) 実施概要

ECT（平成24年度実績）	有（）人・ <input checked="" type="radio"/> 無
m-ECT（平成24年度実績）	<input checked="" type="radio"/> 有（45）人・無
実施日 / 週	（3）日 / 週
実施件数 / 日	（6）件まで / 日

- ・1日はメンテナンス m-ECT に当てている。患者は前日入院。

2) 麻酔科医の確保の方法

- ・人の縁で常勤麻酔科医を確保している。

3) m-ECT で苦労している点

- ・もともと短時間の浅麻酔で侵襲があるが、高齢化でさらにリスクが高くなっている。心機能評価を慎重に行っている。

4) m-ECT の難治性患者治療における位置づけ

- ・統合失調症の患者は1割程度。圧倒的に緊張病とうつが適応である。
- ・統合失調症では、急性期の暴力、敵意、拒薬などをターゲットに定めている。
- ・外来でも急性増悪時の治療として実施する。1泊2日で良くなる。他院からの紹介も時に受ける。
- ・クロザピンの導入時に行うこともある。
- ・治療抵抗性統合失調症の患者がECTで継続的に良くなることはない。

5) 難治性統合失調症患者におけるメンテナンス m-ECT の実施状況

・統合失調症の急性増悪、クロザピンを中止した人、忍容性不良で薬剤使用できない人に行っている。

6) m-ECT に関する院内マニュアル、院内パス

・マニュアルはないが、パスはある。

5. デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（ヒアリング回答日時点現在）

ハロペリドールデカン酸エステル	(110) 人
フルフェナジンデカン酸エステル	(120) 人
リスペリドン持効性注射剤	(50) 人

(ゼプリオンも処方が増えている)

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

・難治性に見えて、実はアドヒアランス不良の人が対象

6. アウトリーチ活動について

1) 概要

訪問看護（平成 24 年度実績）	① (2908) 件・無
訪問診療・往診（平成 24 年度実績）	① (52) 件・無
厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加	有 ・ ②

2) 具体的な取り組み

・訪問看護、訪問診療を行っている。

○訪問看護

・常勤8名（看護師6名、PSW1名、OT1名）＋非常勤2名（看護師1名、PSW1名）

・2名1組で訪問看護を行う。退院後のリスクもあるので2人で行く。

・急性期チームと慢性期チームの2つに分けている。

・車は4台。車をとめる場所は「緊急」の札を置いている。折りたたみ自転車を車に積んでいる。

・訪問件数は1日15件。

1カ月では15件×20日＝300件（2人での訪問看護250件、1人での訪問看護50件）

3) アウトリーチで苦勞している点

- ・圏域が広い。
- ・訪問診療に十分医師を割けないためその分看護が苦勞している。

4) アウトリーチで工夫している点

- ・電子カルテを持ち出して行けるので、移動中に記録を打つことができる。電子カルテのセキュリティはクラウドシステムを使用。クラウドシステムでは、3回パスワードを入れる必要があるが、電子カルテ全部を見ることができる。電子カルテとルータは常にもっている。
- ・急性期チームと慢性期チームで機能分化している。前者では初発群が中心で、訪問リハ、就労支援、家族介入などを行い、安定すればフェードアウトしていく。後者は慢性期の生活安定を支援し、他の訪問看護ステーション、支援センター、就労継続支援事業所B型等にバトンタッチしていく。

5) アウトリーチで効果を上げている点

- ・明らかに再入院の抑止力になっている。
- ・地域定着率アップ、地域でのトラブル減少にも貢献。
- ・難治性患者は家族が崩壊して独居が多いが、孤独死の減少にも一役買っている。

6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

- ・地域生活を支える最大の武器となっている。
- ・難治性患者に対するアプローチとしては、
 1. 回復させる治療技術の向上：クロザピン等でいくらかは治る
 2. 地域生活と入院生活の溝を埋めるこの2つしかない。後者はアウトリーチの充実により達成することができる。

7. アンケート自由記載項目 (Q66 - 69)

1) クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性のあった貴院での取り組み (Q66)

- ・カウンターサインで研修医もクロザピン処方ができるようにしたこと。
- ・アウトリーチで
 - 1) 総合病院への往診を病院として受けることを決めたこと
 - 2) 病棟に所属しない医師を定めたこと

2) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み (Q67)

- ・在宅療養支援診療所の開設
- ・病病連携・病診連携の強化
- ・精神保健福祉センターとの連携強化

3) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み (Q68)

- ・ない

4) 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望 (Q69)

- ・住宅確保のための施設。グループホーム、ホステルの量を確保。
- ・逆説的だが、初発群の支援（ケースマネジメント）への診療報酬認可により慢性化予防。

8. 添付資料（巻末）

- ・クロザリル入院クリニカルパス
- ・クロザリル外来クリニカルパス
- ・クロザリル外来診療の流れ
- ・ECT実施パス
- ・ECT医薬品 請求・返品票
- ・m-ECT記録用紙作業用（新）
- ・通電療法（m-ECT）についての説明及び同意文書、承諾書
- ・パス（患者用）

⑦ 【琉球病院】

1. 医療機関概要

経営主体	国立病院機構
精神科病床	(326)床 うち { 精神科救急入院料算定病床(スーパー救急) (0)床 精神科救急・合併症入院料算定病床 (58)床
平成 24 年度新規入院患者	(447)人
医療観察法病棟	⑦・無
常勤の精神科医	(20)名 うち { 精神保健指定医 (10)名 日本精神神経学会精神科専門医 (7)名
常勤の看護師(精神科のみ)	(213)名
常勤の薬剤師	(4)名
常勤の精神保健福祉士	(8)名
常勤の作業療法士	(13)名
常勤の臨床心理士	(12)名
CPMS への医療機関登録	⑦・無
ECT, m-ECT	⑦・無
訪問看護	⑦・無

2. 医療機関の特性

1) 貴院のカバーする地域とその特性

- ・沖縄中部～北部（沖縄市以北）で、人口10万～20万人の広大な地域。
- ・都会ではなく過疎地域である。

2) 地域における貴院の位置づけ

- ・沖縄で一番古い単科精神科病院で、男子閉鎖病棟、認知症病棟、急性期加算病棟（アルコール、統合失調症）、女子閉鎖病棟、混合準開放病棟、医療観察法病棟、重症心身病棟（40床×2）、児童病棟（4床のみ）よりなる。看護は15:1の基準通りで、医師は2～3病棟を担当。
- ・処遇困難例を受け入れる（入院は断らない）。
- ・長期＋重度の患者に地域支援を含めた対応をしている。
- ・高度の先進医療を届ける。
- ・沖縄県にはスーパー救急病棟は3つで中部に2、南部に1あるが、当院にはない。スーパー救急がないため救急はそれほどactiveでない。措置入院は月に1例程度。
- ・クロザピン目的の入院も全例受け入れる。

- ・沖縄県では琉球病院以外でクロザピンを処方している病院として県立精和病院（クロザピン症例25）、天久台病院（クロザピン症例10）があるが、いずれの病院にも当院を退職した先生が行かれてクロザリルを開始した。

3. クロザピンに関して

1) 概要

CPMS への医療機関登録	① 有 ・ 無
CPMS 登録患者	(102) 人
使用開始時期	平成 22 年 2 月
CPMS 登録医	(6) 名
クロザリル管理薬剤師	(4) 名

2) CPMS コーディネート業務担当者について

- ・全職種が対象で現在156名。

3) 導入の契機

- ・院長が、医療観察法に関するイギリス研修で司法の患者に対してクロザピンやm-ECTが効果を上げている現状を視察した。当院で医療観察法病棟を立ち上げるとき、高度医療としてクロザピン、m-ECTの導入が必要と判断し、院長が号令をかけた。

4) 導入にあたっての苦労

- ・使用可能となってから実際の導入までには半年ほどかかった。院長の「なぜ使用しないのか」という強い後押しもあったが、人の考えが変わるのには時間がかかる。後押しはあっても、命令ではなかったことが結果的に良かった。自発的に使用して効果を実感した成功体験が、その後の院内での普及に弾みをつけた。
- ・退院後のフォローはどうするのかという想いが先行していたため、当初クロザピン使用について看護部は反対していた。導入を受け入れた理由は、院長の「クロザピンを使用して上手くいかなければ次を考えればよい」という説明と「クロザピンが上手くいったのは看護が頑張っているからだ」と評価されたことが大きい。結果が出てくると自信につながった。
- ・カンファが多いので大変である。しかし、重度の人が良くなればスタッフの負担感は減り、モチベーションが上がる。

5) 導入後の経過

- ・順調ではなかった。2回山があった。
- ①2ヶ月連続で無顆果粒球症が出て、副作用で4例中4例が使用中止となった。
- ②2012年クロザピンの症例が増え、良くなっても退院させられない人がいたため、病棟から「退院できないなら意味がないのでは」とつきあげが強い時期があった。

6) システム上の工夫

- ・外来は週1回専門外来を用意し、混乱を防ぐ。3人の医師が交代で担当している。
- クロザピン委員会
- ・月に1回開催
 - ・メンバーは事務局、各病棟から一人の代表コーディネーター業務担当者、薬剤師、外来スタッフ（地域連携）で約10名
 - ・患者の経過報告（開始時期、量、副作用、退院予定日）
 - ・問題となっている事例の検討
 - ・クロザピン適応自体は委員会ではなく医師個人で判断している。
- コーディネーター業務担当者は156名。勉強のため多職種に資格をとってもらっている。病棟に複数のコーディネーターがいるため副作用等に対応できている。
- ケースカンファ
- ・月1回、本人・家族・看護師・地域の支援者（保健師、民生委員、支援センター、作業所）で会議を行う。
 - ・クロザピン導入時に退院目標を設定・共有する。退院目標は家族とスタッフで乖離することもあるため、最初から家族にも参加してもらい共有することが重要である。
 - ・デイケアや外来看護師も最初から参加してもらう。
 - ・カンファの中で幻聴の対応などを具体的に上げ、家族と一緒に学んでいただく。3か月すると信頼関係が出来て相談しやすくなる。
 - ・退院後困ったときにはいつでも対応すること、入院できることを保証し、家族の不安の軽減を図る。
 - ・地域の作業所や家族は参加することで安心感を持ち、特に病院と家族の退院目標の考え方の格差がなくなる。
 - ・100例の自験例に基づいて見込みが出来ているので、家族に対して自信をもって話ができる。家族に対して、やってみないと分からない、という説明はしない。
- 外来ケースについては全例、訪問看護+デイケアもしくは作業所に通うことを条件にしている。
- ・デイケアはバスで送り迎えあり。
 - ・社協、支援センターや作業所のスタッフにもクロザピンに関して説明し、協力を依頼する。
 - ・遠方の患者でも2日に1回は必ず誰かスタッフに会えるようにしておく（2日間休薬したら初期用量からスタートになるため）。

7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス

- ・院内マニュアル、院内パスのいずれも作成している。

8) クロザピンと m-ECT の優先順位

- ・基本は薬物であり、クロザピンが優先する。

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

（スーパー救急病棟はないため、非該当）

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

- ・通常の薬物療法の延長線上にあるもの。
- ・長期入院では人格水準が低下するので、できるだけ早期に使用したい。
- ・初回入院でも1剤2-3か月×3剤で無効の場合、クロザピンを検討している。

1 1) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけ

- ・35～40%の患者がクロザピンを服用。
- ・通常の薬の延長線上にあり、3番目、4番目の選択肢の一つとなっている。
- ・先のフォローは大変だが、それ以上にメリットもある。

1 2) 他の医療機関との連携状況（紹介、受け入れ）

- ・全例受け入れている。
- ・紹介による導入は30例で、現在半分は退院している。
- ・中止、効果がない場合は元の病院に戻っていただく約束をしている。
- ・クロザピン専門外来があり、受け入れは全て専門外来で対応。

1 3) クロザピンに関する啓発活動について

- ・院内のスタッフに対しては、
 - 病棟講義（今はしていない）
 - コーディネーターをできるだけ多くのスタッフにとってもらっている
 - 入職者研修でクロザピンの講義がある
 - クロザピン研修会を病院の近くで開催していただいている（WEBではあまり広がらない）
- ・自院の入院・外来患者に対しては、紙芝居を見てもらっている。
- ・院外の医療関係者はパンフレットを配布している。
- ・院外の患者・家族に対しては、県内の新聞に年1回記事を掲載、ホームページにもクロザピンについて載せている。

1 4) クロザピン使用の実際

- ・切り替えはクロスタイトレーションで、1-2Wで前薬を切っている。
- ・基本的に長期入院、重度、入退院を繰り返す人、医療観察法病棟で2剤無効の人が対象である。
- ・主に陽性症状を標的にしている。妄想型が70%、解体型が20%。
- ・年齢は25才から70代初めまで。20代は少なく1割程度で、中心は30代、40代、50代で各20人程度。平均年齢は40代である（80人での集計結果）。
- ・100—200mgで効果発現を認め、平均投与量は400mg前後で、350—450mg投与の患者がほとんどである。
- ・200mgまでの増量を6週間にしても副作用軽減効果はあまりないと思う。
- ・200mgを超えること、初めの1か月を乗り切ることがとても重要である。
- ・クロザピンは多飲水の患者に良く効く。当院では水中毒での隔離はほとんどない。
- ・体重減少効果もある。20—30kg痩せた患者もいる。
- ・知的障害のある統合失調症患者で衝動性がコントロールできない人にクロザピンはベストの選択である。知的障害によると思われがちだが、実は精神症状のために衝動行為が頻発しているケースが多い。
- ・アドヒアランス不良の患者にクロザピンを使用するとアドヒアランスが良くなり、本人・家族ともにクロザピンを希望する。

15) 副作用に関して

- ・102例中20例は中止となった。
- ・白血球減少5例、無顆粒球症は6例。
- ・無顆粒球症6例中3例は他院に搬送したがいずれも当院がクロザピンを開始した初期の頃であり、対応に慣れてきた現在では搬送していない。無顆粒球症6例中5例はG-CSF使用、3例には抗生剤投与。無菌テントに2例入ったが、あまり効果はないと言われている。
- ・中部病院の血液内科の先生の意見では、薬剤性にはG-CSFはあまり効果がない、薬剤を中止すると必ず戻る、38度超えなければ抗生剤は特に使用しない、とのことである。
- ・白血球減少が起きないように、Liやロイコンを併用している。
- ・60歳以上は血球減少やイレウスなどの副作用がしやすい印象。
- ・開腹手術になったのは虫垂炎穿孔、小腸捻転、大腸憩室穿孔の3例。
- ・誤嚥性肺炎、好酸球性腎炎、肝機能障害もある。
- ・てんかん発作は300～400mgで起こることがあるので、クロザピン300mgもしくは半年服用で必ず脳波をとっている。
- ・心臓関連では心筋肥大1例、心嚢液貯留1例。心嚢液貯留は少量はよくみられる。休薬して経過をみるが、長くても1週間で再評価。
- ・心臓に関しては定期的に胸部X P、ECG、心エコー、トロポニンで評価。
- ・頻拍についてはβブロッカーを使用する。
- ・副作用出現時、休薬して少量から再開したり、数日～2週間あけて再投与してうまくいった症例もある。休薬中、リスペリドン頓服を使うこともあり。

16) クロザピンに伴う経済的な問題について

- ・病床稼働率は低下しているが、退院促進の基本的な流れは止まらない。
- ・心理士は1名から12名へ、PSWは1-2名から8名へ、OTは3名から8名へ増員するなど医療の充実で人が増えている。

17) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

- ・患者さんに良くなってほしいという医療者の強い思いが一番大切である。
- ・体制だけ作っても進まない。
- ・本質的に進めるには行政誘導が必要である。自殺率↓、寛解率↑、入院↓という効果のある薬剤であることから、患者さんにもメリットがあるような形で行政誘導をすべき。

4. ECT, m-ECT について

1) 実施概要

ECT（平成 24 年度実績）	有（0）人・○無
m-ECT（平成 24 年度実績）	○有（107）人・無
実施日 / 週	（2）日 / 週
実施件数 / 日	（3）件 / 日

- ・平成 17 年からサイン波を導入し、年間で 2 例行った。
- ・平成 19 年にサイマトロンを導入し、週 5 日、年間 200 例以上行っていた。

2) 麻酔科医の確保の方法

- ・県立総合病院でリエゾン診療を週 1 回行うことで、麻酔科医に来てもらっている。
- ・平成 24 年 5 月に麻酔科専門医で精神科に転科した Dr. が入職し体制が強化された。
- ・月曜は県立病院の麻酔科医、木曜は転科した精神科医が麻酔をかけている。
- ・過去には麻酔科医が確保できない時期もあった。

3) m-ECT で苦労している点

- ・「適応の範囲」「回数を何回するか」「効果をどのように判定するか」で頭を悩ませている。
- ・m-ECT の施行に関しては、「合併症」「患者の高齢化」「気道確保」「肥満」が課題である。
「気道確保」については、エアウェイスコープの使用を試みている。また、m-ECT の成功率は BMI と負の相関関係にあるので、施行する患者の肥満にも注意する必要がある。
- ・通電と同時に心停止した症例があり、強度をさげることで対応した。

4) m-ECT の難治性患者治療における位置づけ

- ・無顆粒球症でクロザピンが中止になった患者が受けている。
- ・躁状態を頻回に繰り返す患者はクロザピン+メンテナンス m-ECT で治療している。

5) 難治性統合失調症患者におけるメンテナンス m-ECT の実施状況

- ・メンテナンス ECT を長期間施行している患者が現在 3 名いる。今までにそれぞれ 54 回、52 回、198 回施行しているが、これらの患者のゴールが見えないのが頭の痛いところである。

6) m-ECT に関する院内マニュアル、院内パス

- ・院内マニュアルがあるが、現在改訂中である。

5. デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（ヒアリング回答日時点現在）

ハロペリドールデカン酸エステル	(9) 人
フルフェナジンデカン酸エステル	(3) 人
リスペリドン持効性注射剤	(24) 人

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

- ・アドヒアランスの維持できない患者さんが対象。
- ・主体は経口薬である。

6. アウトリーチ活動について

1) 概要

訪問看護（平成 24 年度実績）	① (7528) 件・無
訪問診療・往診（平成 24 年度実績）	有 (0) 件・②
厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加	有 ・ ②

2) 具体的な取り組み

①訪問看護・R-ACT（琉球ACT）を行っている。

- ・スタッフ：常勤看護師11名・非常勤看護師3名・非常勤PSW1名で構成。訪問看護師は全員女性。
- ・R-ACT判定会議を行い、R-ACTの対象か通常の訪問看護の対象かを判定する。
- ・利用者をレベルA、B、Cに区分する。レベルAは病状が重く、濃厚な支援が必要で、訪問頻度が高い人。レベルAをR-ACTの対象とする。
- ・通常の訪問看護を利用できない対象者、例えば引きこもり・治療拒否の人などをまずR-ACTで対応し徐々に通常の訪問看護に繋げる。
- ・訪問看護は訪問看護師1名とPSW1名の2名でメンバーが日替わりで行く。
- ・R-ACTは看護師3名が固定メンバーで行く。リカバリーシートでストレングスを見る。
- ・平日は5チーム体制（9:00～16:30）、レンタカー5台で移動。運転は看護師が行い、駐車場にとめたり、広場にとめたりして歩く。
- ・土曜日は1チーム体制（9:00～16:30でレンタカー1台。デイケア通所者の安否確認を行う。
- ・現在、登録218名（男性115名、女性103名）で目標は30件／日 590件／月 7000件／年。平成24年度は7528件の訪問看護を実施した。
- ・訪問看護は、沖縄の公費制度でほとんど無料であるため、利用者は経済的な理由で断ることはない

②医療観察法と通院チーム

- ・入院・通院チームが合同で退院前ケア会議を開く。入院中から面接をし、顔合わせをしておく。退院後も入院チームとの同行訪問看護を行う。クライシスプランで24時間の緊急連絡網・緊急出勤・入院チームとの連携を確認する。

3) アウトリーチで苦労している点

- ・ R-ACTの課題：①メンバーの併任、②診療報酬に反映しない、③時間設定が難しい、④医療とACTの考え方の両方がある。
- ・ 訪問看護は夜勤ができない産休明けなどの看護師をあてるので人の担保が困難。一時的に来る看護師だと体制維持が難しい。
- ・ 地域連携では、訪問看護師と病棟看護師とで温度差がある。たとえば病棟看護師は医療的な安定で退院を判断する。PSWがその溝を埋めるべく調整してくれている。
- ・ 移動距離が長く、片道1時間半—2時間かかるところもある。
- ・ 人口が少ないので件数がこなせない。
- ・ ガソリン代、高速代は病院負担となっている。

4) アウトリーチで工夫している点

- ・ 急性期パスの合同ケース会議を開き、訪問看護師と病棟間で情報共有をする。病棟看護師が入院時から退院計画を立てる。在宅中のサマリーを提出し、入院に至った経過を振り返り、問題点を確認する。退院時期を明確にする。入院期間は3カ月以内。
- ・ 退院後のクロザピン服薬フォローの強化の必要性もあり、地域連携の見直しを行った。
- ・ 平成21年4月より、看護師長が地域連携室に専従でトップとして配属され、訪問・R-ACT・PSW・外来・デイケアを総括し情報の共有・マネジメントなどを行っている。
- ・ 退院促進会議を開き、長期入院患者の退院促進を行っている。構成メンバーは退院促進看護師。訪問看護師は入院中からケース会議を通して関わり、地域定着をめざす。
- ・ デイケアには、入院中から来て慣れてもらう。顔なじみになる。「自分は働かないよ」と言う人も、近くの作業所の見学を行ったり、どう生きていきたいかを話し合ったりする。クロザピン服用の患者が作業所につながった人もいる。

5) アウトリーチで効果を上げている点

- ・ 退院前からデイケアや事業所見学をしてもらっているので、デイケアや作業所につながる人が多く、フォローを密に行うことができる。

6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

- ・ アウトリーチにより従来であれば退院の困難であった難治性患者が地域で生活できるようになっている。
- ・ 退院促進のためのケース会議も含め、アウトリーチが退院前から粘り強く関わることで本人の意識が徐々に変化して退院を希望されるようになる。
- ・ アウトリーチの中核である地域連携室が情報のハブ機能を果たし、退院前から在宅生活で本人が困らないように社会資源を準備するなどきめ細かい調整が可能となっている。

7. アンケート自由記載項目 (Q66 - 69)

1) クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性のあった貴院での取り組み (Q66)

- ・クロザピン導入後1年を超える頃より長期入院者の退院者が出始めている。クロザピン+心理教育+本人・家族を含めたカンファレンス+地域社会資源を含めた地域支援体制が組めたら長期かつ難治例も退院できる例はいると感じている。

2) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み (Q67)

- ・アウトリーチは訪問看護中心だが、医療やサービスレベルに応じたACT的な体制整備を進めている。

3) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み (Q68)

- ・特になし

4) 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望 (Q69)

- ・長期入院患者（たとえば3年以上）などを受けた社会復帰施設には加算をつける。
- ・クロザピン、デポ剤については患者本人にもメリットがあるようにする（医療費支払い免除など）

8. 添付資料 (巻末)

- ・クロザリル院内マニュアル
- ・クロザリル外来マニュアル
- ・クロザリル訪問看護マニュアル
- ・CLZ投与・検査予定表
- ・CLZ投与・検査予定表 スタッフ用

⑧ 【如月会若草病院】

1. 医療機関概要

経営主体	医療法人如月会
精神科病床	(134)床 うち { 精神科救急入院料算定病床(スーパー救急) (48)床 精神科救急・合併症入院料算定病床 (0)床
平成 24 年度新規入院患者	(647)人
医療観察法病棟	有・ <input type="radio"/>
常勤の精神科医	(6)名 うち { 精神保健指定医 (5)名 日本精神神経学会精神科専門医 (3)名
常勤の看護師(精神科のみ)	(92)名
常勤の薬剤師	(3)名
常勤の精神保健福祉士	(21)名
常勤の作業療法士	(9)名
常勤の臨床心理士	(5)名
CPMS への医療機関登録	<input checked="" type="radio"/> ・無
ECT, m-ECT	有・ <input type="radio"/>
訪問看護	<input checked="" type="radio"/> ・無

2. 医療機関の特性

1) 貴院のカバーする地域とその特性

- ・宮崎市中心部に位置している。患者は県内全域から来院。
- ・患者の特性：統合失調症、気分障害が大部分である。薬物依存症は少ない。
- ・認知症については、統合失調症の精神症状が激しい患者と一緒に看護するのは困難と考え、患者数を制限している。

2) 地域における貴院の位置づけ

- ・県内で休日と平日時間外における救急対応は、当院と県立宮崎病院との2カ所のみであり、この2カ所で措置入院の2/3を受け入れている。精神科救急入院料算定病棟を有する医療機関もこの2箇所のみである。県立宮崎病院は主に身体合併症を引き受けている。
- ・宮崎大学は血液内科の連携先であるが、クロザピン導入患者は当院へ紹介される。

3. クロザピンに関して

1) 概要

CPMS への医療機関登録	① ・ 無
CPMS 登録患者	(125) 人
使用開始時期	2009 年 12 月
CPMS 登録医	(4) 名
クロザリル管理薬剤師	(3) 名

2) CPMS コーディネート業務担当者について

- ・ 薬剤師3名全員がクロザリル管理薬剤師とCPMSコーディネート業務担当者を兼ねている。

3) 導入の契機

- ・ 院長が発売前から使用したいと考えていた。院長は、10年以上前から単剤治療を推進しており、現在、院長主治医の患者の単剤処方率は95%（院内全体では75%）。クロザピン処方もその延長線上にある。ジプレキサ30mg以上等の上限超の処方が保険で減点となってから、単剤治療が困難な患者にクロザピンを使用するようになった。現在、非定型の処方割合は80%以上である。

4) 導入にあたっての苦労

【医師】

- ・ 看護師をはじめとしたスタッフへの教育

【看護師】

- ・ 院内マニュアルの作成
- ・ 患者・家族への説明は特別気を使い、時間がかかった。

5) 導入後の経過

- ・ 最初の段階で無果粒球症が3例出て投与に慎重になった。搬送はせずに済んだ。今だったらそのうち1人は再検査して使っただろう。
 - ・ 現在、検査値がレッドになったら再検査している。それによってレッドを免れることがある。最近は、検査値に一喜一憂しなくなった。
 - ・ 5-10年の入院患者が何例も退院している。看護師のモチベーションが上がる。
- ##### 【薬剤師】
- ・ 検査曜日：水曜
 - ・ 投薬開始曜日：病棟により異なる
 - ・ 外来、入院とも、データの確認ができた段階で調剤し、二次承認は後で一括して送信している。
 - ・ 症例が多いので、検査日や検査項目の把握に手間がかかる。
エクセルで管理表を作成し、電子カルテに記載することで他職種に周知している。
 - ・ 1日の業務の半分以上はCPMS業務に費やしている。

【病棟看護師】

- ・特別な薬としてスタッフへ教育、指導しており、今でもその意識に変わりはない。
- ・使用患者が多く採血回数が多いので、朝は忙しい。採血しにくい場合等の採血の技術的な苦勞もある。

6) システム上の工夫

- ・クロザピン委員会は立ち上げていない。院長、理事長の二人でクロザピンの99%を処方している。
- ・薬袋は、クロザピン使用患者の場合、色の着いたものにし、薬名の記載も特別にして他と区別している。

7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス

- ・マニュアルあり
- ・パスは使っていない。

8) クロザピンと m-ECT の優先順位

(m-ECTは実施していないため、非該当)

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

- ・患者の状態を導入している。
- ・18週の入院期間は原則で、安定していれば3週間で退院OK。
- ・1剤目が効かない時点で家族へクロザピンについて説明する。
- ・入院翌日からクロザピンを導入した事例あり。

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

- ・難治性の患者に一度は試すべき薬剤。
- ・難治性の定義は難しいが、長期入院、入退院を繰り返す人は難治性であるといえる。
- ・難治性と判断したら早めに使用するべきである。病識がなく拒薬があれば別。

11) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけ

(非該当)

12) 他の医療機関との連携状況(紹介、受け入れ)

- ・外来通院中で、退院後のフォローが可能な人であれば受け入れる。
- ・長期入院患者では、紹介元の病院に退院支援してもらう必要がある。

13) クロザピンに関する啓発活動について

- ・院内のスタッフに対しては「非定型抗精神病薬について」「非定型抗精神病薬の単剤療法について」「多剤併用療法の弊害について」「非定型抗精神病薬とメタボリックシンドロームについて」「クロザピンについて」等のテーマで年2回のペースで院内勉強会を実施してきた。平成10年の単剤率は17%だったが、平成25年には75-78%となり、15年かかった。
- ・自院の入院・外来患者に対してはクロザピン適応と思われる患者にクロザピン導入の1年前から折に触れてクロザピンの話をしてきた。

- ・院外の医療関係者に対しては、ノバルティス社によるWeb講演会2回、鹿児島・宮崎・熊本・久留米・北九州で講演会・集談会、平成24年・25年の日本精神神経学会でクロザピンに関する発表、中国四国精神神経学会のシンポジウムのシンポジストとして情報を発信してきた。

院外の患者・家族に対してはまだ該当する活動はないが、院内の家族会で3回クロザピン治療について情報提供した。

1 4) クロザピン使用の実際

- ・解体型で暴力もあり30年以上入院していた患者がクロザピン使用で退院できた。
- ・初発で最短2年で導入した症例あり。50mgで安定し、出産もしている。
- ・効果のある患者を見て「あの人みたいになりたい」という患者が出てきている。

1 5) 副作用に関して

- ・レッドによる中止が3例のうち2例が無顆粒球症。レッド以外の中止が15-16例で、10例弱が白血球減少である。
- ・無顆粒球症：搬送せず個室管理で対応。血液内科医の指示で、G-CSF製剤（好中球が1000以上になるまで）と抗生物質を連日投与した。
- ・血圧低下や頻脈：循環器内科を受診させた。
- ・イレウス：増量とともに悪化する印象あり。クロザピン導入前から既往のあった患者で1例中止となっている。

1 6) クロザピンに伴う経済的な問題について

- ・以前は満床だったが、クロザピン導入により空床が増え、充床率は80%前半となった。
- ・収入的にはスーパー救急立ち上げでプラスとなっている。
- ・人手が足りないため15:1よりも多めに配置している。人件費は70%。
- ・外来の内服管理はデイケア、訪問看護で実施している。デイケアでは独居が多いため看護師、PSW、OT協力のもと50人の服薬管理を行っている。

1 7) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

- ・クロザピンを知らず、あきらめている患者や家族が多いので、啓発が必要。
- ・使用には手がかかるので、診療報酬で評価して欲しい。
- ・使用する側、される側、どちらにもアプローチする必要がある。
- ・検査回数が多いので、せめて4週間に1回にならないか？
- ・中止になったら、再投与できないのは厳しい。
- ・退院の基準を緩和して欲しい。
- ・時間外の急変時の対応がきちんとできること。
- ・モデル事業の提案として「検査のアウトソーシング」が考えられる。当院でも当日検査のため機器導入で負担がかかった。一般救急と連携して検査を近くで受けられる体制を構築し、1件につき数千円とれるようにすればよい。

4. ECT, m-ECT について

1) 実施概要

ECT（平成 24 年度実績）	有（）人・ <input checked="" type="radio"/> 無
m-ECT（平成 24 年度実績）	有（）人・ <input checked="" type="radio"/> 無

2) ～ 6) については、ECT, m-ECT を実施しておらず病院として導入予定もないため、スキップ

5. デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（ヒアリング回答日時点現在）

ハロペリドールデカン酸エステル	(10) 人
フルフェナジンデカン酸エステル	(10) 人
リスペリドン持効性注射剤	(23) 人

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

- ・本人が治療を求めず地域が困るケースで、もちろん教育前提だがデポ剤導入で退院させられる場合がある。治療関係も変わってくる。
- ・難治例といってもある程度の薬効はある。クロザピンが一番効果的だが、デポ剤で治療関係が作れるなら試みる価値はある。

6. アウトリーチ活動について

1) 概要

訪問看護（平成 24 年度実績）	<input checked="" type="radio"/> (9013) 件・無
訪問診療・往診（平成 24 年度実績）	<input checked="" type="radio"/> (932) 件・無
厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無

2) 具体的な取り組み

- ・訪問看護：週5回でしっかり関わるケースや週3回もあり。
- ・訪問診療：主治医が行う。
- ・ACT：実施していない。

3) アウトリーチで苦勞している点

- ・ 県内全域の患者が対象なので、遠方もある。わざわざ地元の病院を避けて、遠方の当院へ入院してくる患者がいる。
- ・ 訪問看護ステーションのカンファレンスに参加しても無償。
- ・ 近隣が退院にクレームをつける。

4) アウトリーチで工夫している点

- ・ 毎日のミーティングで情報を共有している。
- ・ 訪問看護ステーションが院内にあるので、医師とカンファレンスしやすい。

5) アウトリーチで効果を上げている点

- ・ 計画的に複数のスタッフで訪問することにより、再入院を減らしている。
- ・ 引きこもりの会に参加することにより、未治療患者を治療につなげている。

6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

- ・ アウトリーチがないと治療は困難。
- ・ クロザピンを使用している患者の2/3には必要。
- ・ クロザピンの効かない人にはなおのこと必要。

7. アンケート自由記載項目 (Q66 - 69)

1) クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性のあった貴院での取り組み (Q66)

クロザピンを導入して4年間が経過した。当院に1年以上入院している患者、病状不安定で年に数回入退院をしていた患者の多くに、クロザピン治療を導入した。忍容性に問題がなかった患者のすべてにおいて大小の差があるものの以前の治療状況に比べれば精神症状の改善を認め、そのうち3分の1程度の患者は社会機能の大幅な改善の結果、福祉的就労や一般就労といった目標を持つところまで回復している。部分的な改善の患者も、以前に比べれば援助を拒絶したりするような姿勢が薄まり、支援者からも退院支援、地域定着支援の「しやすさ」が感想として多く認められるようになった。多くの患者が退院し、再入院防止とさらなる回復を期待してデイケアや訪問看護を利用している。デイケアには平成25年12月2日時点で52人が登録している。服薬支援を行っているが、退院後単身生活者の服薬支援が滞らないために、日曜祝日、年末年始もデイケアを運営している。そのため施設配置基準以上の人員配置を要するが、自立度が低い利用者のため、外来受診誘導や病棟と同じような与薬に至る支援を行っている。とはいえ、退院後3年を経過した患者などデイケアだけでの支援は困難であるため、訪問看護とも連携をしながらクロザピン服薬管理および健康管理を行っている。健康管理は、患者が自分で体重・体温等を測定し、それをスタッフが確認するという形態をとっており、健康管理の意識付けやアドヒアランス向上に役立っている。徐々に患者の健康的な部分が大きくなり、「自分はこうしたい」という意思表示や支援の希望を伝えてくるといった自発的な動きがみられるようになったと感じる。本人の希望に沿った支援を行えば、さらに回復を促進させているようである。退院して実際に生活を送ってもらう中で何ができないか？何が必要か？を患者本人と一緒に考えていくというような

支援が効果的と考える。地域に患者が退院していくことで、精神科病院スタッフも患者を通して地域につながり地域を知ることができると思う。

持効性注射剤も、以前から服薬支援困難者に対して使用してきたが、非定型抗精神病薬の持効性注射剤が使用可能となって以降、遠方に居住する患者で再入院を繰り返したり、治療中断したりしてきた患者を中心に積極的に使用するようになった。入院回数の減少とともに患者の生活機能の改善がみられ、家族や地域の評価にも良い変化がみられている。現在リスパダールコンスタからゼプリオンへの切り替えが進行しているが、今のところ注射部疼痛の低下や受診間隔が伸びることについて患者からの評価は高い。

当院では精神症状が残存していてもある程度の改善があれば退院し、アウトリーチ活動やデイケアでの生活支援を行っている。当然、中には精神症状の悪化があり再入院に至る場合もあるが、難治性患者の退院、地域移行を行うに当たって、自院外来に通院する患者や患者家族からの受診要請に速やかに対応する時間外診療体制の整備は必須であると考えた。当院では2011年に精神科救急入院料算定病棟の認可を得たが、外来通院患者に限らず、地域の要請があれば時間外であっても24時間365日診療を行うという精神科救急医療の提供を継続して行っている。クロザピン導入にしても持効性注射剤導入にしても、難治性精神疾患の完治を目的に導入するものではなく、症状が残存するものの他の治療手段よりも地域移行支援、地域定着支援をしやすい手段として導入するべきものだと考えている。症状が残存していても支援者が安心して支援を行えるためには、急変時の対応を行う救急用の病床の確保と診療体制の整備は必要であり、クロザピンや持効性注射剤と同時期に時間外診療体制を整備したのは、特に病状が不安定であったクロザピン治療患者の退院に促進的に働いたと考えている。

2) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み (Q67)

クロザピン治療を導入したものの、加齢、地域の受け皿確保が困難、本人の退院意欲がほとんどない等、統合失調症以外の問題もあって退院支援が進まない患者が3名、クロザピン誘発性血液障害等のためクロザピン使用を中止した患者が3名、退院のめども立たずに入院治療継続を余儀なくされている。そうした患者に対して、1日複数回の訪問看護が利用できる等、クロザピン反応不良群に対する特別な措置が認められるのであれば取り組みたい。

3) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み (Q68)

県当局で治療抵抗性統合失調症患者のための医療計画が検討されているという話は確認されていないが、本県は国内でも有数の精神科病床過密県であり、在院日数の長さも5本の指に入る。精神科入院医療の適正化についてテコ入れがされることが望ましいと思う。

4) 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望 (Q69)

クロザピン治療で認められている治療抵抗性統合失調症治療指導管理料だが、デイケア参加日は、デイケア算定要件としてほかの精神科専門療法との同日算定ができないことになっている。遠方から来院する患者等は、検査終了後にデイケアに参加することを希望されることが多く、結果指導管理料の算定を行えない事例がある。精神科デイケアは特に家族の支援が困難なクロザピン治療患者の在宅支援を行う上で必要な精神科専門療法であり、精神科訪問看護とともに治療抵抗性統合失調症患者が利用する際の加算を検討していただきたい。

血液障害等の禁忌事項のためにクロザピン治療導入ができないあるいは中断した治療抵抗性統合失調症患者こそが、真の地域移行困難者であると考えているが、それらの患者も地域に戻すという取り組みは必要である。困難を伴ったが、クロザピン治療中断者の退院と地域定着も経験した。これらの患者の支援のための診療報酬上の配慮も検討していただきたい。

国が本当に地域移行支援に取り組むのであれば、精神療養病床の存在を認めるべきではないのではないか？長期入院を前提とする病床の存在を認めながら、精神疾患の新規入院患者は1年以内の退院を目指しましょうと言われても、どこまで本気に取り組んでいるのか信じきれないところがある。精神療養病床の廃止と地域移行支援策はコインの表と裏であり、セットで取り組むのなら国の本気度をはっきりと示すことになると思う。

8. 添付資料 (巻末)

- ・クロザリル病棟マニュアル
- ・クロザリル服用患者の定期検査について

⑨ 【国立国際医療研究センター国府台病院】

1. 医療機関概要

経営主体	独立行政法人 国立国際医療研究センター
精神科病床	(135)床 うち { 精神科救急入院料算定病床(スーパー救急) (42)床 精神科救急・合併症入院料算定病床 (0)床
平成 24 年度新規入院患者	(589)人
医療観察法病棟	有・ <input type="radio"/>
常勤の精神科医	(33)名 うち { 精神保健指定医 (14)名 日本精神神経学会精神科専門医 (12)名
常勤の看護師(精神科のみ)	(73)名
常勤の薬剤師	(14)名
常勤の精神保健福祉士	(6)名
常勤の作業療法士	(5)名
常勤の臨床心理士	(2)名
CPMS への医療機関登録	<input checked="" type="radio"/> ・無
ECT, m-ECT	<input checked="" type="radio"/> ・無
訪問看護	<input checked="" type="radio"/> ・無

2. 医療機関の特性

1) 貴院のカバーする地域とその特性

- ・市川市・松戸市・浦安市の3市（110万人）が中核的。
- ・身体合併症は千葉西部地区（人口300万人）をすべてカバーしている。

2) 地域における貴院の位置づけ

- ・365日・24時間入院の受け入れを実施している。
- ・総合病院でもあり身体合併症患者の依頼も受けている。受けきれないときは成田赤十字病院等、他の有床総合病院精神科と連携している。
- ・地域における精神科救急の中核病院で、夜間・休日の精神科救急外来受診者数は年間約1200件である。救急入院料算定病棟への入院は平成24年度344人、今年度は400人を超える勢い。救急病棟の充床率は95%で入院期間は45日前後（但し、7月、11月は30日前後となっている）。看護は夜間のための空床確保に積極的で、看護サイドから医師に空きベッド確保の依頼がある。
- ・地域支援にも力を入れている。精神科救急と地域支援は車の両輪である。

3. クロザピンに関して

1) 概要

CPMS への医療機関登録	⑦ ・ 無
CPMS 登録患者	(67) 人
使用開始時期	2001 年治験第 II 相 (後期) 試験～
CPMS 登録医	(8) 名
クロザリル管理薬剤師	(12) 名

・クロザリル管理薬剤師は薬剤師 14 名中 12 名であり、万遍無く調剤にあたる。

2) CPMS コーディネート業務担当者について

- ・看護師50名、薬剤師3名
- ・精神科の看護師50名全員がCPMSコーディネート業務担当者となった。血液検査チェック、2次承認は看護師が実施している。クロザリル管理薬剤師3名はコーディネート担当者資格も有する。

3) 導入の契機

- ・以前より治験を積極的に引き受けてきて、クロザピンも治験から関わってきた。
- ・世界標準となっている薬で、当然当院で使うべきものである。

4) 導入にあたっての苦労

- ・市販後には使用にあたり常勤の血液内科医との連携が必要となったので、国立国際医療センターとの調整が必要となったが、苦労と言えばそれだけである。

5) 導入後の経過

- ・順調に経過している。

6) システム上の工夫

- ・クロザピン委員会は無い。パス導入も無い。CPMSでカリキュラムが決まっているので、これらがなくても治験管理委員長がきっちり管理している。

7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス

- ・手順書を入院・外来用に作成している。

8) クロザピンと m-ECT の優先順位

- ・m-ECTが先である。

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

- ・スーパー救急よりも13:1看護の出来高の閉鎖病棟 (48床) で導入することが多い。
- ・救急対応の要請・重要度が高いため、それを圧迫しない範囲でクロザピンを使用することになる。クロザピンの導入患者が増えると、入院長期化でベッドが回らなくなることが問題である。

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

- ・ファーストチョイスではない。スタンダードの治療で効果のない患者が対象である。
- ・副作用も含めて適応を考える。

1 1) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけ

(非該当)

1 2) 他の医療機関との連携状況 (紹介、受け入れ)

- ・導入依頼は引き受ける。
- ・導入患者の50%は外来から選んだ人、30%は救急の入院患者、20%は長期入院患者あるいは他院からの紹介である。
- ・CPMS登録医療機関であることは公表していない。当院のキャパシティから、クロザピン希望患者が集中してしまうと対応できなくなるため。

1 3) クロザピンに関する啓発活動について

- ・専門家に向けて学会、論文発表は行っている。
- ・家族会等への啓発は行っていない。

1 4) クロザピン使用の実際

- ・現在入院患者でクロザピン6、7名に導入中。
- ・増量はゆっくり目である。100mgまでは規定内最速で増量するが、100mgからは慎重に上げていく。
- ・100mgに満たないと鎮静はかからない。
- ・最初の何例かの症例を上手に選んで成功体験をスタッフで共有することが大切である。
- ・看護師は半数が身体科を経験しており、がん治療による白血球減少などの重篤な合併症に慣れているので、過剰に心配することはない。

1 5) 副作用に関して

- ・無顆粒球症は起きていないが、白血球減少で中止例はある。
- ・心筋炎・心筋症は発生していない。ただし、ECG異常出現により減量し、毎週のエコー検査・ECGで経過観察していた事例で、正常化後に再度増量したところ悪化を認めたため中止に至った事例あり。

1 6) クロザピンに伴う経済的な問題について

- ・抗がん剤治療、肺炎治療などが大きいので、クロザピンはあまり問題にならない。
- ・マンパワーも問題ない。

1 7) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

- ・診療報酬のメリット。
- ・効果のアピールが不足している。
- ・必要以上に不安が大きい。
- ・本当に効いたケースをみずから体験することが大切である。
- ・合併症・副作用対策。総合病院は恵まれているが、単科の精神科病院であっても地域の総合病院との連携で対応できる。
- ・院内の内科医師にクロザピンに精通してもらう。

4. ECT, m-ECT について

1) 実施概要

ECT（平成 24 年度実績）	有（）人・ 無
m-ECT（平成 24 年度実績）	有 （60～70）人、（391）件・無
実施日 / 週	毎日実施
実施件数 / 日	（5～6）件 / 日

2) 麻酔科医の確保の方法

- ・麻酔科と連携できているが、対象患者が多すぎると厳しい。
- ・外科の手術が増えると件数を抑えなければならない可能性あり。

3) m-ECT で苦勞している点

- ・適応の判断（火曜午後5-7時半の新患カンファでm-ECT適応を決めている）。
- ・合併症がある場合の身体疾患の評価。

4) m-ECT の難治性患者治療における位置づけ

- ・m-ECTがファーストチョイスになるケースは、緊急性のある緊張病、自殺企図、薬剤不耐性（緊急時は常勤医2名の許可で実施可能）。
- ・難治性統合失調症患者は全体の3割。

5) 難治性統合失調症患者におけるメンテナンス m-ECT の実施状況

- ・1例のみ実施。

6) m-ECT に関する院内マニュアル、院内パス

- ・米国精神医学会の院内マニュアルの写し直しを使用。
- ・メンテナンスパスは以前使用していたが、現在は使っていない。

5. デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（ヒアリング回答日時点現在）

ハロペリドールデカン酸エステル	（86）人
フルフェナジンデカン酸エステル	（28）人
リスペリドン持効性注射剤	（51）人

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

- ・怠薬を繰り返す患者に使用。
- ・個々の医師の判断による。

6. アウトリーチ活動について

1) 概要

訪問看護（平成 24 年度実績）	①（1529）件・無
訪問診療・往診（平成 24 年度実績）	①（約 50）件・無
厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加	有 ・ ①

2) 具体的な取り組み

- ・ 訪問看護とACT-J
- ・ ACT-Jは院外の事業所で実施している。
- ・ ACT-Jは難治性患者が対象であり、それ以外のケースは訪問看護でサポートしている。

3) アウトリーチで苦労している点

- ・ 診療報酬が少ない。
- ・ 看護師2名で週5日訪問するが、移動手段は公共交通機関で時間のロスが大きい。
- ・ 交通費は患者負担となり、問題多い。

4) アウトリーチで工夫している点

- ・ 病院のコメディカルスタッフが限られており病院単独での地域展開は無理であるため、地域の事業所と連携して取り組んできた。
- ・ 市川市はアウトリーチをやっている事業所が多く、ネットワークを構築しやすい。
- ・ 地域の事業所とケア会議を行い、地域全体でマネジメントする体制を作っている。

5) アウトリーチで効果を上げている点

- ・ 地域サービスにつながっている割合（地域サービスの定着率）が他市と比べて高い傾向にある。
- ・ サービスを拒む人が頻回入院しており、定着率は重要な指標となっている。

6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

- ・ 再燃を繰り返す患者、難治性患者にはアウトリーチは必須である。
- ・ アウトリーチがなければ救急はできない。
- ・ 病床が多くないので、長期入院は受け入れられない。1年以上は1-2人しかいない。アウトリーチ、地域ケアがなかったら重度の患者は退院させることができず精神科救急は成り立たなくなる。アウトリーチと救急は車の両輪である。
- ・ 出来る限り地域ケアの中で本人の能力を伸ばす。アウトリーチ自体が治療的関わりである。まずACTを導入し、落ち着いてきたら低密度の活動へ移行していく。

7. アンケート自由記載項目 (Q66 - 69)

1) クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性
のあった貴院での取り組み (Q66)

・アウトリーチも可能なケアマネジメントの地域ネットワークの構築

2) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み (Q67)

・特になし

3) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み (Q68)

(記載なし)

4) 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望 (Q69)

- ・多職種チームによるケアマネジメントに対する診療報酬 (アウトリーチに関しては本人のニーズに対して必要時に利用し加算する)。
- ・急性期対応のモバイル診療チームに対する診療報酬 (普段訪問サービスを利用していない人に対する急性期対応訪問)。
- ・アウトリーチに関する法整備。

8. 添付資料 (巻末)

- ・クロザリル適性使用に関する医療従事者手順書
- ・クロザリル外来診療：コーディネート業務手順

⑩【高知大学】

1. 医療機関概要

経営主体	国立大学法人
精神科病床	(35)床 うち 精神科救急入院料算定病床(スーパー救急) (0)床 { 精神科救急・合併症入院料算定病床 (0)床
平成 24 年度新規入院患者	(108)人
医療観察法病棟	有・ <input type="radio"/>
常勤の精神科医	(9)名 うち 精神保健指定医 (8)名 { 日本精神神経学会精神科専門医 (6)名
常勤の看護師(精神科のみ)	(15)名
常勤の薬剤師	(30)名
常勤の精神保健福祉士	(1)名
常勤の作業療法士	(1)名
常勤の臨床心理士	(1)名
CPMS への医療機関登録	<input checked="" type="radio"/> ・無
ECT, m-ECT	<input checked="" type="radio"/> ・無
訪問看護	有・ <input type="radio"/>

2. 医療機関の特性

1) 貴院のカバーする地域とその特性

- ・地域というよりは県内全域対象。
- ・精神科は市内に集中しているが、患者さんの数に見合っていない状況。

2) 地域における貴院の位置づけ

- ・身体合併症・妊婦等の大学病院でしか対応できない患者に注力している。大学には閉鎖病棟がないため、慢性・重度の患者は県立病院や民間病院が受け入れている。

3. クロザピンに関して

1) 概要

CPMS への医療機関登録	⑦ ・ 無
CPMS 登録患者	(6) 人
使用開始時期	2011 年 6 月
CPMS 登録医	(5) 名
クロザリル管理薬剤師	(4) 名

2) CPMS コーディネート業務担当者について

- ・ 薬剤師4名・看護師2名
- ・ コーディネート業務とクロザピン調剤は精神科病棟担当薬剤師2名が担当している。この2名が同時に休みになることがないように勤務シフトを組んでいる。クロザピン治療は検査が頻回になるので大変である。年末・年始の体制はかなりしんどい状況である。
- ・ 水曜日がクロザピン処方日で、その前日にクロザピンコーディネート担当業務者4名（薬剤師2名・看護師2名）で打ち合わせをして情報共有している。

3) 導入の契機

- ・ 高知県下で血液内科を有する大学病院として、効果的とされているクロザピンは無視できない。
- ・ 自殺に対するエビデンスのある薬としてクロザピンの有用性は高い。

4) 導入にあたっての苦労

- ・ 閉鎖病棟がないため薬の切り替えで症状が悪化した場合の対応が困難であり、比較的軽度の患者を対象にせざるを得ない。
- ・ クロザピンの使用が出来る病院・クリニックでなければ通院出来ないため、対象者が限られてくる。
- ・ 糖尿病の合併症が多いため対象者の選択が難しい

5) 導入後の経過

- ・ 6例に導入し、4例が継続中である。中止理由は転院1名、効果不十分1名。
- ・ 大きな合併症なく経過している。
- ・ 外来レベルで通院可能な人にクロザピンを試みている。導入後の退院と外来フォローが前提となっている。

6) システム上の工夫

- ・ クロザピン委員会は特に設置していない。精神科は少人数なので、相談する必要があると直ぐに相談できる体制になっている。
- ・ 多職種でのカンファレンス実施。
- ・ 退院後のフォローとして、当院では訪問看護を実施していないため、外部の訪問看護を利用している。そこがネックになる可能性もある。

7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス

- ・ 作っていない。

8) クロザピンと m-ECT の優先順位

- ・ m-ECTは緊張病に使用しており、完全にすみ分けている。

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

(スーパー救急病棟はないため、非該当)

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

- ・ 当院では長期入院ができないため、難治性患者でも退院可能な人を投与対象とせざるを得ない。現在は外来通院で症状が出て困っている人に投与している。

11) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけ

(医療観察病棟はないため、非該当)

12) 他の医療機関との連携状況 (紹介、受け入れ)

- ・ クリニックからの紹介患者はいない。クリニックに返せないで、クロザピンの導入ができない。
- ・ 市立病院からの紹介が2例あった。患者の両親が国立精神医療センターまでクロザピンの説明を聞きに行って、それから当院に紹介された。

13) クロザピンに関する啓発活動について

- ・ 今までに外来新患相談・転院相談などでクロザピンの相談を受けたことがある。
- ・ 家族会に情報提供はしていない。
- ・ 他の院外の施設への説明も特にしていない。
- ・ 高知新聞の健康相談コーナーにクロザピンに関する質問があったので回答した。個人的な内容が多数含まれていたため、紙面上の回答ではなく、質問者個人に新聞社を通して文書で回答した。

14) クロザピン使用の実際

- ・ 6例導入し、4例継続中。
- ・ クロザピンへの切り替えは、原則として他の抗精神病薬を中止し、それからクロザピンを投与している。クロスタイトレーションは実施していない。
- ・ 効果不十分で中止した事例：入院後、前薬を中止し翌日からクロザピンを開始した。しかし、不眠、幻聴などの精神症状が強く、頓服の追加処方が必要な状態で継続が不可能となって中止した。持効性注射剤に変更となった。
- ・ 外来通院のクロザピン投与患者が2名いる。外来患者には今は院内で調剤しているが、条件が整い次第、院外処方箋に移行する予定である。ちなみに当院の院外処方箋発行率は約70%である。
- ・ クロザピンの同意取得では、初めての説明を外来で実施し、入院後に再度説明して署名をもらっている。
- ・ 大学病院の性格からか、看護部にも情報がどんどん入ってくる。看護部には新しいクスリに対する抵抗感がない。どちらかと言うと、なぜ新薬を使わないのかという雰囲気である。総合病院なので、精神科病棟の看護師も他の科から移動してきた人が多い。他の診療科では1日に何回も採血するケースがあるので、クロザピンの検査回数が特に多いとは思わない。

15) 副作用に関して

- ・クロザピン投与の患者で大きな副作用出現を経験したことはない。
- ・6例中2例中止したが、1例は効果不十分、1例は転院に伴う中止であった。
- ・イエローの経験はある。
- ・眠気・よだれ・倦怠感が主に経験した副作用で、これらの副作用のために最高用量まで増やせないケースがある。

16) クロザピンに伴う経済的な問題について

- ・クロザピン患者の検査の保険請求が削られたことはない。

17) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

- ・添付文書の基準が厳しすぎる。適応患者の基準をもう少し緩めるべき。
- ・今はクロザピンのネガティブな面が前面にでてしまって、ポジティブな面が見えづらい。何をターゲットにどの人を対象にすべきかを見えやすくする必要がある。
- ・血液検査の回数を外来でこなすのが大変。
- ・年末年始・ゴールデンウィークの検査の対応が難しい。
- ・クロザピンは重度・慢性の患者に良く効くため、大学よりも閉鎖病棟を有する精神科単科病院が実施すべきで、それを大学病院がバックアップする形が望ましい。

4. ECT, m-ECT について

1) 実施概要

ECT（平成24年度実績）	有（0）人・ 無
m-ECT（平成24年度実績）	有 （6）人・無
実施日 / 週	（2）日 / 週
実施件数 / 日	（2）件 / 日

- ・1コース6～8回で週2回実施が標準である。

2) 麻酔科医の確保の方法

- ・麻酔科の医師が協力してくれている。麻酔剤は原則プロポフォールを使用している。

3) m-ECT で苦労している点

- ・刺激用量が100%になったとき悩む。麻酔薬の減量を依頼することもある。

4) m-ECT の難治性患者治療における位置づけ

- ・緊張病に有効である（実施対象者の3,4割が該当）。

5) 難治性統合失調症患者におけるメンテナンス m-ECT の実施状況

- ・実施していない。

6) m-ECT に関する院内マニュアル、院内パス

・マニュアル・パスはいずれも作成していない。

5. デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（ヒアリング回答日時点現在）

ハロペリドールデカン酸エステル	(2) 人
フルフェナジンデカン酸エステル	(0) 人
リスペリドン持続性注射剤	(1-2) 人

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

・アドヒアランスの悪い人が対象。デポ剤継続で治療効果を判断する。

6. アウトリーチ活動について

1) 概要

訪問看護（平成 24 年度実績）	有 () 件・ <input checked="" type="radio"/> 無
訪問診療・往診（平成 24 年度実績）	有 () 件・ <input checked="" type="radio"/> 無
厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無

6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

・医師側からみれば、アウトリーチはやってもらったほうが良いが、そこまでは実施していない。アウトリーチに力を入れることが大学病院の役割なのかという思いもある。当病院は高知市の外れに位置している。市内に住んでいる人にすれば、市内の病院のほうが便利である。

7. アンケート自由記載項目（Q66 - 69）

1) クロザピン、持続性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性のあった貴院での取り組み（Q66）

（記載なし）

2) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み（Q67）

（記載なし）

3) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み（Q68）

（記載なし）

4) 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望 (Q69)

(記載なし)

8. 添付資料 (巻末)

(なし)

⑪【島根県立こころの医療センター】

1. 医療機関概要

経営主体	島根県
精神科病床	(242)床 うち { 精神科救急入院料算定病床(スーパー救急) (45)床 精神科救急・合併症入院料算定病床 (0)床
平成 24 年度新規入院患者	(279)人
医療観察法病棟	有・ 無
常勤の精神科医	(9)名 うち { 精神保健指定医 (7)名 日本精神神経学会精神科専門医 (6)名
常勤の看護師(精神科のみ)	(111)名
常勤の薬剤師	(4)名
常勤の精神保健福祉士	(6)名
常勤の作業療法士	(3)名
常勤の臨床心理士	(0)名
CPMS への医療機関登録	有 ・無
ECT, m-ECT	有・ 無
訪問看護	有 ・無

2. 医療機関の特性

1) 貴院のカバーする地域とその特性

- ・出雲圏域、松江圏域の西側、雲南圏域、大田圏域。島根県は細長く、当センターがカバーする地域は広い。

2) 地域における貴院の位置づけ

- ・平成24年度、全県の措置入院等行政入院の約40%を受け入れている。
- ・島根県でスーパー救急があるのは当センターだけである。
- ・小児の精神科治療の中核病院になっている。
- ・医療観察法の通院施設になっている。

3. クロザピンに関して

1) 概要

CPMS への医療機関登録	① ・ 無
CPMS 登録患者	(0) 人
使用開始時期	平成 25 年 5 月登録
CPMS 登録医	(4) 名
クロザリル管理薬剤師	(4) 名

2) CPMS コーディネート業務担当者について

- ・薬剤師4名全員が取得している。看護師は1名が取得、2名が現在申請中である。

3) 導入の契機

- ・司法精神医学で効果がある。
- ・当院には措置で暴力がらみの入院患者が多い。
- ・治療の質を上げて社会復帰を促したい。
- ・指定通院医療機関であるため、クロザピンを導入された患者さんが地元に戻ってきたときに対応できるようにしておく必要がある。

4) 導入にあたっての苦労

- ・当センターでは、土・日・祝に検査する人がいない。検査技師は土・日・祝が休みである。休日の検査体制をどうするかが今直面している問題である。
- ・同じ県立の総合病院にはブランチラボがあり、当初そこで休日の検査を実施してもらう予定をしていた。しかし、ブランチラボはそのラボがある施設の検査のみ実施できて、たとえ同じ組織の県立病院でも他の場所の施設になると検査できないことが判明した。ブランチラボでの検査が可能になれば、すぐにでもクロザピン治療を開始できる。
- ・クロザピンの導入にあたっては多剤併用を減らすこと、クスの整理が大変である。
- ・合併症をもっている人が多いので、患者の選択が大変である。

5) 導入後の経過

(非該当：現時点で使用していない)

6) システム上の工夫

- ・クロザピン委員会はない。

7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス

- ・院内マニュアルは作成済み。
- ・パスは今後作成したい。

8) クロザピンと m-ECT の優先順位

- ・m-ECTは実施していない。

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

(非該当：現時点で使用していない)

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

・クロザピンは暴力症状のある患者に有効と聞いているので、そのような患者に投与を予定している。

11) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけ

(非該当：医療観察法病棟なし)

12) 他の医療機関との連携状況（紹介、受け入れ）

・現時点でなし

13) クロザピンに関する啓発活動について

(非該当：現時点で使用していない)

14) クロザピン使用の実際

- ・クロザピンに関しては、DIメール、勉強会で院内の職員に情報提供している。
- ・当センターは医療観察法の指定通院医療機関なので、今後クロザピンを使用することになるだろうと思っている。
- ・具体的な日程などは未定だが、医療観察の入院施設も整備する予定である。島根県では医療観察法の入院施設がない。
- ・クロザピンのマニュアルも完成し、あとは休日の検査体制が決まればすぐにでも治療を開始できる状態にある。
- ・院外処方箋発行率は98%である。クロザリル管理薬剤師の資格を持っている院外薬局は島根県内にはないため、院内処方となるだろう。

15) 副作用に関して

- ・クロザピン患者には看護の標準化・副作用への対応方法などが重要である。標準看護、副作用出現時の対応マニュアルなどを整備した。
- ・精神科の看護師は内科的な副作用の発見が苦手であるが、当センターの場合は県立の総合病院から転勤してきた看護師が多いので、合併症を看るのが少しは有利である。
- ・内科医は2週に1回病院に来てくれている。

16) クロザピンに伴う経済的な問題について

・まだ導入していないが現時点で問題になっていない。

17) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

- ・最大の問題点はマンパワー（特に検査体制の確保）である。
- ・クロザピンの効果に関する情報提供が必要である。情報が少ない。
- ・検査が面倒である。
- ・患者さんを退院させる地域にCPMS登録医療機関がないと導入できない。折角の治療機会を奪われることのないよう登録医療機関を増やしていくことが重要。
- ・大学病院をはじめ精神科病床を有する総合病院でクロザピンを使ってもらえるようにすれば良いのではないか。
- ・既存の同意書ではメリットが分かりにくい。改訂が必要。
- ・防災の視点も考慮する必要がある。
- ・本人・家族の満足度調査をして、家族に後押ししてもらう。

4. ECT, m-ECT について

1) 実施概要

ECT（平成 24 年度実績）	有（）人・ 無
m-ECT（平成 24 年度実績）	有（）人・ 無

2) ～ 6) については、ECT, m-ECT を実施しておらず病院として導入予定もないため、スキップ

7) その他

- ・機会があれば個人的にやりたいと考えている医師はいる。
- ・m-ECTは島根県内では島根大学だけが実施している。
- ・島根県には、m-ECTに批判的な人、ECTアレルギーの人が多いように思う。昔、修正型でないECTをやりすぎたからではないだろうか。
- ・当センターで実施するには麻酔科医の確保が難しい。
- ・現実的には実施するのは難しい。

5. デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（ヒアリング回答日時点現在）

ハロペリドールデカン酸エステル	(40) 人
フルフェナジンデカン酸エステル	(13) 人
リスペリドン持効性注射剤	(12) 人

・パリペリドン持効性注射 (9) 人

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

- ・5～6回入退院を繰り返していた人が、デポ剤導入で入院しなくても良くなったケースがある。
- ・ハロペリドールが効かない人が1割程度いるので、そのような人にはフルフェナジンを使用している。

6. アウトリーチ活動について

1) 概要

訪問看護（平成 24 年度実績）	⑦ (716) 件・無
訪問診療・往診（平成 24 年度実績）	有 () 件・⑦
厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加	⑦ ・ 無

- ・ 当院と北海道立緑ヶ丘病院が公立病院として参加している。
- ・ 出雲保健所が中核となって、アウトリーチにつなげるための多機関多職種による精神保健包括支援会議が毎月開催されており、当院から医師、看護師、PSWが参加している

2) 具体的な取り組み

<ul style="list-style-type: none"> ・ 総合リハビリテーション室で専門職が入院から退院までのケアと退院後の地域生活支援の取り組みで訪問看護を行っている。 ・ 訪問看護はPSWと外来看護師で訪問する。1か月に50件ほど訪問する。 ・ PSWが入院時より担当し、退院時に継続して訪問看護につなげてゆく。 ・ 訪問指示はDrからではあるが、依頼はPSWから多い。 ・ 契約書はなく、主治医が診察時に本人に口頭で伝える。 ・ PSWが中心となって計画し、日程を定め、看護師に依頼する。 ・ 交通は公用車で移動し（平均片道30分~40分）、1日に3~4件訪問する。 ・ 訪問回数は1回/2Wが多く、1回/月も多い。 ・ 支援会議（カンファレンス）は多職種と3か月~半年に一度行い方向性や問題点を話し合う。 ・ 医療観察の直接通院の訪問は看護師2名で行っている。
--

3) アウトリーチで苦勞している点

<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来看護師が少なく、マンパワーが不足している。 ・ 医療観察法の通院指定では会議が多いので大変である。 ・ 訪問の終了を支援会議で検討するが難しい。
--

4) アウトリーチで工夫している点

<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問はきまった人が訪問する担当制で実施している。 ・ 外来通院の患者にはPSWと看護師がペアで訪問している。 ・ 家族へのフォローでは訪問時に本人がいて話せないことがあり、診察時に話をする。 ・ 地域の支援も積極的使用している。

5) アウトリーチで効果を上げている点

<ul style="list-style-type: none"> ・ アウトリーチとしてのチームは組んでいないが、訪問看護をすることで外来通院が維持できている。

6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

- ・とても重要であり、当センターの主な柱として整備しているところである。
- ・出雲は保健所を中心に社会資源と連携しやすい環境にあり、当院だけで丸抱えしなくて済む。それぞれの機関が得意な部分を伸ばしていくことが出来ている。

7. アンケート自由記載項目 (Q66 – 69)

1) クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性 のあった貴院での取り組み (Q66)

(記載なし)

2) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み (Q67)

- ・現状の、行政を含めた多職種間の連携をもつ地域ネットワークを有効に利用していく。

3) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み (Q68)

- ・クロザピン使用の研修を受けながら、現在準備中。

4) 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望 (Q69)

- ・障害年金1級でも月額8万円相当である。身寄りのない場合、施設入所の費用が高額なため入所が困難になり、入院料の安い精神科病院への長期処遇になる事例が多いことが極めて大きな問題となっている。重症慢性と慢性安定の患者に分けた場合、慢性安定の患者の入所先を準備するべきである。

8. 添付資料 (巻末)

- ・クロザリルマニュアル

⑫【岩手県立南光病院】

1. 医療機関概要

経営主体	岩手県
精神科病床	(393)床 うち { 精神科救急入院料算定病床(スーパー救急) (0)床 精神科救急・合併症入院料算定病床 (0)床
平成24年度新規入院患者	(403)人
医療観察法病棟	有・ 無
常勤の精神科医	(9)名 うち { 精神保健指定医 (8)名 日本精神神経学会精神科専門医 (6)名
常勤の看護師(精神科のみ)	(178)名
常勤の薬剤師	(3)名
常勤の精神保健福祉士	(5)名
常勤の作業療法士	(8)名
常勤の臨床心理士	(6)名
CPMSへの医療機関登録	有 ・無
ECT, m-ECT	有 ・無
訪問看護	有 ・無

2. 医療機関の特性

1) 貴院のカバーする地域とその特性

<ul style="list-style-type: none"> ・一関市(県南) ・宮城県境付近～両盤医療圏 ・両盤医療圏：13万人、高齢化率30.3%（平成32年には35.8%まで上昇と推定） 入院医療機関は1ヶ所、診療所は2ヶ所、社会資源は県内では比較的豊富 ・自殺率が高い。 ・岩手県には公立病院が20病院あり、南光が精神科単科。 ・福祉事業所は比較的充実している。

2) 地域における貴院の位置づけ

<ul style="list-style-type: none"> ・両盤地区の基幹病院。 ・一関市内の病院で精神科病床を有するのは当院のみ。 ・33万7千人を擁する県南圏域の唯一の常時対応医療機関として精神科救急を担っている。 ・平成18年4月現在地に移転新築し、総合病院である県立磐井病院と併設になった。

3. クロザピンに関して

1) 概要

CPMS への医療機関登録	① ・ 無
CPMS 登録患者	(6) 人
使用開始時期	2011年12月 CPMS 登録 2012年7月3日第1例
CPMS 登録医	(8) 名
クロザリル管理薬剤師	(3) 名 (薬剤師全員)

2) CPMS コーディネート業務担当者について

- ・看護師4名からスタートし、今は187名中48名がコーディネート業務担当者の資格を取得している。近々外来の看護師2名が取得の予定なので、看護師50名が取得することになる。主任以上の看護師は全員取得するようにしている。この資格を有する看護師が実際のコーディネート業務を行っている。

3) 導入の契機

- ・平成21-22年、急性期治療病棟の立ち上げのため、静岡県立こころの医療センター、山梨県立北病院に見学に行き、クロザピンの情報を得た。
- ・長期入院者を地域に退院させていく流れの中、改革構想委員会の下部組織である業務標準化WGの中で、クロザピン使用を検討する声が上がった。
- ・医療観察法の指定通院施設としてクロザピン使用患者を受け入れる必要があった。

4) 導入にあたっての苦勞

- ・初めは看護師が中心でクロザピン導入の準備を進めた。医師はどちらかというと導入には消極的だった。背景に、副作用に対する懸念、近隣に血液内科がないこと、医師の大量退職があった。
- ・併設している磐井病院には血液内科がないため、100km以上離れた盛岡市内にある岩手医大病院と提携している。緊急時にどうやって岩手医大に搬送し、だれが対応するかなどの問題があり、マニュアル作りに苦勞した。ただし、今までに当院のクロザピン患者で、提携先の病院に搬送になった事例はない。
- ・導入時メーカーは熱心だったが、導入後の情報提供は少なく、学会などで情報を得ている。
- ・クロザピンだけではなく、常勤医が辞めていき、業務量が多くなり疲弊している。

5) 導入後の経過

- ・順調ではない。
- ・副作用が心配で使用になかなか踏み切れない医師もいる。
- ・症例が思ったより増えない。症例がなかなかでないため、慣れない。
- ・救急病棟でのクロザピン導入が少ない。
- ・今のところ、男性の著効例がおらず、男性での使用が増えない。
- ・個室、保護室が不足しているため、一度にたくさんの患者さんをクロザピンに変更することはできない。

6) システム上の工夫

- ・クロザピン委員会を立ち上げている。薬事委員会の下部組織の「特殊薬物治療委員会」（特殊薬物とはクロザピンのことを指す）のことで、新たなクロザピン患者の申請があったとき、そこで適応基準を満たしているかどうかを審査している。

7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス

- ・院内マニュアル（入院用、外来用）あり。
- ・クロザピンのパスはない（アウトカムの設定が難しい）が、チェックシート形式のものを使用している。

8) クロザピンと m-ECT の優先順位

- ・使ったことのないクロザピンより、以前に効果のあったECTを選択することが多い。

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

（非該当）

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

- ・難治性患者の半数以上に有効。
- ・副作用が起きてもあきらめないで使う情熱を持つべき薬である。

11) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけ

- ・非該当（医療観察法病棟は有していない）

12) 他の医療機関との連携状況（紹介、受け入れ）

- ・受け入れる。

13) クロザピンに関する啓発活動について

院内のスタッフへ

- ・特にしていない。

自院の入院・外来患者へ

- ・家族会でクロザピンの勉強会（1回）。
- ・家族教室で話題提供。

院外の医療関係者へ

- ・他病院との医療連携会議で情報提供。

院外の患者・家族へ

- ・特にしていない。

14) クロザピン使用の実際

- ・クロザピン導入に当たっては、クロスタイトレーションは実施していない。クロザピン投与前に前薬を全て中止している。減薬時に症状不安定となり器物破損をした人がいた。
- ・リチウムに関しては、以前から服用している患者にはクロザピン投与後も服用してもらっている。ロイコンは採用していないので使用していない。
- ・8例に導入し、2例が中止となった。現在6例が継続中で、入院が5例・外来が1例である。
- ・外来でクロザピンを継続している1例は、もともと外来でECTを受けていた患者で、クロザピンを始めてから粗暴性がなくなった。当初クロザピンを飲まないと言っていたが、自分の状態を認識できるようになってから疾病教育を実施したところ、だんだん調子が良くなり、家族の服薬管理への協力も得られるようになったため退院となった。

- ・被毒妄想・体感幻覚があり攻撃的だった症例では、クロザピンで幻覚妄想は変わらなかったが、攻撃性が減少した。今は最高用量の600mgまで増量し、看護師への訴え・攻撃は減っている。
- ・統合失調症で軽度知的障害がある症例では、クロザピンで暴力が減り、現在400mgで維持している。
- ・幻覚妄想状態で攻撃性が高く隔離室を占拠していた40代女性は、クロザピン導入後少量から攻撃性が減弱し、現在100mgで維持している。
- ・中止1例目は幻覚・妄想が強い患者で、クロザピンを600mgまで増量したが症状改善せず、効果のあったm-ECT施行のため岩手医大へ送ったところ、そこで白血球減少を引き起こし、クロザピンが中止になった。
- ・中止2例目は慢性の幻覚妄想状態にある60代の患者で、クロザピンにより妄想は不変だったが穏やかになった。開始10か月後に肺炎様症状を起こし、その後イレウス、好中球減少を来し、レッドゾーンまで低下したため中止となった。搬送とはならなかった。
- ・今までに副作用で提携先の病院に搬送になった事例はない。
- ・薬剤師は3名しかおらず、しかも5年程度で転勤している。もともと3名のギリギリの人数で業務をやっているの、日常から大変である。クロザピンのコーディネート業務は看護師が担当している。
- ・クロザピンの調剤は外来も含めて全て院内で調剤している。薬剤師による服薬指導はなかなか実施できていない。薬剤師3名で、しかも隣の総合病院の当直まで順番で引き受けているので大変である。

15) 副作用に関して

- ・副作用に関しては週3回来てくれている内科医に色々相談している。例えば、発熱が風邪のせいなのか、クロザピンのせいなのか、見極めが難しい。
- ・クロザピンの投与で、自分が副作用の見落としがしないか、不安に思うことがある。提携先はとても遠い。普段から助言してくれる人が身近にいてほしい。
- ・搬送先は100km以上も離れている。その移動だけでもリスクがある。また、医師が同伴する必要があるの、マンパワーの面からみても大変である。

16) クロザピンに伴う経済的な問題について

- ・薬剤の切替時に人手がかかるが、落ち着けば問題ない。対象者が少ないので今のところ問題ない。

17) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

- ・副作用のインパクトが強すぎる。クロザピンの副作用の説明で、患者や家族がびっくりして投与を拒否するケースがある。このように説明したら良いという文例の提供があればよい。
- ・検査の簡素化。
- ・血液内科が遠く、100km離れている。内科全般でアドバイスしてくれる医師が常時はいない。近距離でフォローしてもらえ体制が確保できればよい。
- ・手間がかかるので、クロザピン導入当初の管理料を上げてほしい。
- ・採血回数多いので、レセプトにクロザピン使用のコメントを記載しないで済むようにしてほしい。
- ・メーカーには他剤同様の情報提供を希望する（18週入院でなくてもOK。DMでも使用可能な場合があることなど）。

4. ECT, m-ECT について

1) 実施概要

ECT（平成 24 年度実績）	⑦（74）人・無
m-ECT（平成 24 年度実績）	有（）人・⑧
実施日 / 週	適宜実施
実施件数 / 日	適宜実施

・2名の医師で適応を確認してから実施している。場所は病棟の処置室または隔離室。1クール5回～10回。1日おきか週2～3回で、健忘が出ない程度に実施している。

2) 麻酔科医の確保の方法

・確保できない。

3) ECT で苦勞している点

・以前はECTとm-ECTを使い分けていた。m-ECTをやりたいが、医者が多忙でできていない。
 ・ECTの機械が古くなり、また看護部の経験者が少なくなっている。

4) ECT の難治性患者治療における位置づけ

・適応患者は統合失調症で急性増悪期の人が8割程度を占めている。「うつ」の患者は少ない。

5) 難治性統合失調症患者におけるメンテナンス ECT の実施状況

・やっていない。

6) ECT に関する院内マニュアル、院内パス

・ECTのパスを作成している。

5. デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（ヒアリング回答日時点現在）

ハロペリドールデカン酸エステル	(54) 人
フルフェナジンデカン酸エステル	(19) 人
リスペリドン持効性注射剤	(21) 人

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

・拒薬で再発を繰り返している人が対象である。

6. アウトリーチ活動について

1) 概要

訪問看護（平成 24 年度実績）	①（1655）件・無
訪問診療・往診（平成 24 年度実績）	有（）件・②
厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加	有 ・ ②

2) 具体的な取り組み

○訪問看護

- ・訪問看護は件数が多くて忙しい。5人のスタッフで実施していて、2人組で訪問している。
- ・1番遠いところで40km程度、片道1時間程度の距離のところまでを対象範囲としている。
- ・訪問する相手の4割程度は1人暮らしである。
- ・保健師との同伴訪問は、以前は実施していたが今はできていない。
- ・現在、ケースワーカーが月に5～8回同行している。以前はOT・リハビリ・心理なども同行したが、今は多職種の訪問が減少した。

3) アウトリーチで苦労している点

- ・この地域には精神科の訪問看護に対する拒否感が強い。医師の指示でということで、しぶしぶ了解をもらっている状況である。
- ・保健師の訪問が少なく、地域との連携が難しい。岩手県内には精神科の訪問看護ステーションがない状況である。
- ・昨年度はスタッフが増員となったが、退院促進で訪問の件数が200～300件増加した。
- ・冬場の雪道、山間部の枝道などは特に大変である。訪問している地域の4割ぐらいはこのような大変な地域である。

4) アウトリーチで工夫している点

- ・医師と訪問看護は月に1回ミーティングをしている。
- ・運転手は1名、車は2台ある。運転手を上手く利用するように工夫している。遠いところは運転手が運転するようにしている。もう1台は看護師が運転して訪問している。

5) アウトリーチで効果を挙げている点

- ・病院を受診してもらった意識付けになっている。
- ・外来中断が減り、地域での孤立が少なくなり、悪くなった時に早く気づけるなどで再入院が減った。
- ・急性期治療病棟の設置により3ヶ月以内の退院が増えたが、訪問をセットして退院してもらったケースが増えてきている。
- ・スタッフの中に「患者さんは環境がそろえば皆退院できる。少しでも可能性があるならチャレンジしたい」という気持ちが芽生えた。

6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

- ・地域移行への重要なステップとなっている。
- ・モデル事業としてのアウトリーチは沿岸部（被災地）で実施している。
- ・クロザピンの外来患者の人は訪問看護を実施していない。今思えば、実施しておいたほうが良かったと思う。

7. アンケート自由記載項目（Q66 – 69）

1) クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性 のあった貴院での取り組み（Q66）

（記載なし）

2) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み（Q67）

（記載なし）

3) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み（Q68）

（記載なし）

4) 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望（Q69）

（記載なし）

8. 添付資料（巻末）

- ・クロザリル院内運用マニュアル（入院用）
- ・クロザリル院内運用マニュアル（外来用）
- ・クロザリルチェックシート
- ・クロザリル内服治療チェックシート

⑬ 【北海道立緑ヶ丘病院】

1. 医療機関概要

経営主体	北海道
精神科病床	(187)床 うち { $\frac{\text{精神科救急入院料算定病床(スーパー救急) (0)床}}{\text{精神科救急・合併症入院料算定病床 (0)床}}$
平成 24 年度新規入院患者	(427)人
医療観察法病棟	有・ 無
常勤の精神科医	(8)名 うち { $\frac{\text{精神保健指定医 (5)名}}{\text{日本精神神経学会精神科専門医 (3)名}}$
常勤の看護師(精神科のみ)	(85)名
常勤の薬剤師	(2)名
常勤の精神保健福祉士	(1)名
常勤の作業療法士	(6)名
常勤の臨床心理士	(2)名
CPMS への医療機関登録	有・ 無
ECT, m-ECT	有 ・無
訪問看護	有 ・無

2. 医療機関の特性

1) 貴院のカバーする地域とその特性

- ・カバーしているのは三次医療圏である十勝地域で、面積は岐阜県より少し大きい。変わっているのはこの三次医療圏が全部2次医療圏となっていることである。人口は35万人。中心都市が帯広市で17万人を擁する。残りが周辺に住んでいる。農業地帯である。児童については北海道では取り組んでいるところが少ないため3次医療圏外からも来る。成人も少数だが管外から来る。
- ・地域の精神科病床を有する医療機関は民間2、国立1、当院1の4つで、合計511床であり、地域の病床は少ない。精神科クリニックは5つである。
- ・地域は社会復帰に熱心で、居住資源も多く、在宅中心である。

2) 地域における貴院の位置づけ

- ・もともと精神科医療機関がなかったため、市民、議会の要望で昭和28年に開設された。
- ・道立病院は全部で7つあり、単科の精神科は当院を含め2つしかないが、道のセンターとしての位置づけではなく地域医療のための病院である。

- ・昭和59年市内から移転時には270床、6病棟あったがダウンサイジングし、現在は187床、4病棟で運用している。
- ・例外的に国立病院と道立病院が同じ地域にある。
- ・中心的に取り組んでいるのが救急。北海道は9つのブロックに分かれていて、その一つを国立病院と当院とで輪番で分担している。
- ・以前から社会復帰に力を入れている。法改正で敷地内にあった音更リハビリテーションセンター（ACT、デイケア、援護寮を有する）が2年前に当院に統合された。

3. クロザピンに関して

1) 概要

CPMS への医療機関登録	有 ・ ⑧
---------------	-------

2) スキップ

3) 導入の契機

- ・既存の薬剤に反応しない人を退院につなげる手立てとして利用できるものは何でも利用したい。クロザピンは難治性の1/3は反応すると聞いているので、有効な人もいだろう。

4) 導入にあたっての苦労

- ・血液内科医と連携できないため、使用に向けてのステップが止まっている。
- ・地元の有床総合病院精神科には血液内科があるが、精神科の部長が乗り気でなく、断られた。
- ・大学病院にも血液内科との連携をお願いしたが、現在5カ所と連携していてそれ以上は受けられないと断られた。
- ・薬剤師が定数3名のところ2人しかおらず、また1人は卒業したてであり、院内業務で手一杯なところもある。

5) ~8) スキップ

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

- ・今後スーパー救急を立ち上げる予定だが、対象は重度慢性であり、必ずしもスーパー救急での導入を想定していない。

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

- ・クロザピンは効果があるとの情報がある。この地域にいるから使えないという不幸をなくしたい。

11) ~16) スキップ

17) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

- ・血液内科との連携。それ以外は現場の努力で何とかなる。

4. ECT, m-ECT について

1) 実施概要

ECT（平成 24 年度実績）	① (13) 人・無
m-ECT（平成 24 年度実績）	有 () 人・②
実施日 / 週	毎日 / 週
実施件数 / 日	(1 ~ 4) 件 / 日

- ・従来型のECTを実施していたが、中堅医師（一般科救急のトレーニングを受けており、前勤務先で m-ECT の経験がある）の諒解で H25.10 月から m-ECT を実施している。
- ・1 名あたりの頻度：週に 2 ~ 3 回

2) 麻酔科医の確保の方法

- ・上記医師が麻酔を行う。
- ・国立病院から、麻酔科医が月に 1 回来院して指導を行う。
- ・4 月からは、以前は麻酔科であった医師が偶然赴任することになった。
- ・道内に麻酔科医は少ない。フリーの麻酔科医は地元にはいない。
- ・麻酔科医にメリットのある仕組みがあれば良いと思う。

3) m-ECT で苦労している点

- ・上記医師の外来時には実施が困難。
- ・看護師：身体管理の不安がある。

4) m-ECT の難治性患者治療における位置づけ

- ・薬物療法で反応しない人を退院に持っていく有力な手段。
- ・多剤大量療法の改善の一助。
- ・m-ECT 実施対象者全体に対する難治性統合失調症患者の割合：70%

5) 難治性統合失調症患者におけるメンテナンス m-ECT の実施状況

- ・4 例に実施。月 2 - 3 回。
- ・外来では医療費が高いため、1 週間入院してもらい実施している。

6) m-ECT に関する院内マニュアル、院内パス

- ・院内マニュアルを作成している。

5. デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（ヒアリング回答日時点現在）

ハロペリドールデカン酸エステル	(63) 人
フルフェナジンデカン酸エステル	(60) 人
リスペリドン持効性注射剤	(8) 人

- ・リスペリドン持効性注射剤の処方が少ない理由
 - ・医療費の自己負担がある患者では自己負担額が多くなってしまう。
 - ・2週に1回の通院が困難である。

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

- ・継続服薬できず、入退院を繰り返す患者に対し有効。
- ・再入院を防止できていると思う。

6. アウトリーチ活動について

1) 概要

訪問看護（平成24年度実績）	① (2544) 件・無
訪問診療・往診（平成24年度実績）	① (7) 件・無
厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加	① ・ 無

- ・病院としては病床を減らすことに協力をしていて、実際のアウトリーチは保健所から委託を受けた団体が行っている。

2) 具体的な取り組み

- ・訪問看護とACTを行っている。延べ訪問回数はほぼ同じである。
- ・もともと、病院では訪問看護を、音更リハビリテーションセンターでACTを行っていたが、合併により同じ病院内に訪問看護とACTを行う二部門ができた。

○ACT

- ・医師、OT、PSW、看護師、保健師の8名でチームを作っている。
- ・対象者は重度（GAF35程度）の人で、現在の利用者は46人。
- ・他の病院に通院している人も利用でき、病院からの依頼が多い。
- ・対象地域は往復2時間まで。車3台が移動手段。
- ・ACTをやめた人は4人で、4人とも自分からやめたいと希望があった。
- ・22時まで病院にスタッフがいて、22時以降は電話を持って自宅待機している。

○訪問看護

- ・重度であるが地域の支えがある人、希望者が対象者。
- ・対象地域は8km圏内。

3) アウトリーチで苦勞している点

- ・スタッフ、車（3台、ナビがない）、携帯電話の不足。
- ・訪問看護、生活支援の時間がない。
- ・紙カルテのため、カルテ記載に時間がかかる。
- ・リスクマネジメントのマニュアルがない。
- ・1人で訪問する場合もある。
- ・ACTは、訪問看護指導料で算定している。

4) アウトリーチで工夫している点

- ・医師との連携。
- ・生活支援を地域にお願いしている。
- ・携帯を必ず持参。
- ・ACTではストレングスを大切にしている。

5) アウトリーチで効果を上げている点

- ・病状の安定、服薬の向上。生活の質の向上は不十分。

6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

- ・訪問看護は病院中心のケアであり、地域と連携して病状安定を図るもの。
- ・ACTはコミュニティケアの中の実践であり、訪問看護とは理念が全く異なっている。

7. アンケート自由記載項目（Q66－69）

1) クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して実効性 のあった貴院での取り組み（Q66）

- ・持効性注射剤、アウトリーチ（訪問看護、ACT的な支援）を以前から行い、一定の効果はあったと思われる。
- ・最近では服薬や金銭管理、身体的介助も含めたケアを行ってくれる施設、共同住居ができて、障害の重い患者が退院できるようになった。ACTも含め生活全般の支援をすることが現状では最も効果的と考える。

2) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組み（Q67）

- ・地元のケア・ホームが増室を予定していて、当院から介護度の高い長期入院患者で精神症状に変動にみられる人を受け入れてもらう予定。
- ・病状が不安定な統合失調症の患者の中に、新規抗てんかん薬の適応外使用で効果がみられるケースがあり処方を検討する余地があると考えている。

3) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組み（Q68）

- ・なし

4) 難治性患者の地域移行支援に関する国への要望 (Q69)

- ・ 神経疾患等の難病に比べて精神科疾患に対する研究予算は患者数が多い割に差別的に低く抑えられているので、適性化して治療法の開発を進めてほしい。難治性患者を中心に研究するナショナルセンターを作って取り組んではどうか。
- ・ 難治性患者が一定割合以上入院している病棟は、一般医療かそれ以上の職員配置にしてヒューマンパワーを投入できるようにすべき。
- ・ 医師等の偏在を防ぐために地域の定数、科毎の定数を設けて地域毎の精神科医療計画をより具体的に定めるべき。
- ・ 精神科クリニックの開業に資格を定めて制限をかけるべき。
- ・ 予防と偏見除去のためにも学校教育で精神科疾患について啓発に取り組むべき。
- ・ 病気になっても生活していけるような生活技能と社会的制度について学校教育で身につけさせる必要がある。

8. 添付資料 (巻末)

- ・ 修正型電気痙攣療法 (m-ECT) マニュアル
- ・ ECT記録パス
- ・ ECT記録パス 記録記載基準

5. 考察

クロザピン、m-ECT、持効性注射剤、アウトリーチに関して、ヒアリング調査結果に基づき、質問項目ごとに考察を加えることとする。

a) クロザピンに関して

1) 概要

今回訪問した13医療機関は、北海道立緑ヶ丘病院1か所を除きCPMSに登録されている。また、12登録医療機関の中で使用実績がないのは島根県立こころの医療センターのみである。使用実績のある11医療機関のアンケート回答時点でのCPMS登録患者数は6－125人と幅があるが、合計は593人で、平成25年10月31日時点での登録患者数1983人の29.9%を占めている。全国で100人以上を登録している医療機関は若草病院と琉球病院の2か所である。本ヒアリング調査では、この2つの医療機関が含まれていること、また、80人以上を登録している桶狭間病院藤田こころケアセンター、岡山県精神科医療センターの2か所も対象であることから、このような割合となったと考えられる。全国のCPMS登録医療機関は262か所（2014年2月27日現在）であり、積極的に使用している医療機関とそうでない医療機関の偏りが大きい。

2) CPMS コーディネート業務担当者について

CPMSの医療機関登録にあたっては、CPMS コーディネート業務担当者2名以上が必要とされている。CPMS コーディネート業務とは、①検査結果とCPMS登録医が入力したeCPMS上の検査値および判定を確認後、直ちにeCPMSにて送信する、②クロザリル管理薬剤師に確認結果を連絡する、の2つである。クロザピンが処方される前に、処方した医師以外の者が今一度チェックすることで、ヒューマンエラーの可能性を極力排除する狙いがある。CPMS コーディネート業務担当者は、クロザリル管理薬剤師との兼務が可能となっているが、一定の要件を満たせば、職種の制限なく病院職員の誰でもなることができる。一定の要件とは、クロザリル講習会または説明会に参加し、理解度確認テストに合格した上、クロザリル適正使用委員会の審査を経ることである。この要件を満たす過程でクロザピンという薬剤に関する知識を得ることができるため、資格取得を積極的に推し進めている医療機関もある。また、資格取得しても実際には業務を行わない場合もある。

ヒアリングしたCPMS登録医療機関の8か所で、クロザリル管理薬剤師の全員あるいは一部がCPMS コーディネート業務担当者の資格も有し、実務を行っている。その中で、東京都立松沢病院では医療観察法病棟の看護師43名中16名、国府台病院では精神科看護師50名全員が、薬剤師以外の職種としてCPMS コーディネート業務担当者の資格を有している。

山梨県立北病院では看護師26名、臨床検査技師1名、クロザリル管理薬剤師4名が資格を有し、実際の業務は資格を有する病棟・外来の看護師が行っている。業務負担軽減のため、全看護師に資格取得を勧めているところである。

琉球病院では全職員を対象に資格の取得を進めており、現時点で156名が資格を有している。実際の業務は資格を有する病棟・外来の看護師が行っている。

岩手県立南光病院では主任以上の看護師50名全員が資格を取得し、実務を担っている。

特殊なケースとして、桶狭間病院藤田こころケアセンターでは治験コーディネータ3名（看護師2名、臨床検査技師1名）がCPMS コーディネート業務担当者の資格を有し実務を担当している。

以上の通り、CPMS コーディネート業務担当者はクロザリル管理薬剤師の兼務のところが多く、4つの医療機関では看護師によって担われていた。大阪大学のように、当初看護師が担っていたが、その後クロザリル管理薬剤師に代わったところもある。病院の実情に合わせた対応が取られていると考えられた。

3) 導入の契機

治験段階から関わっていてそのまま導入に至った医療機関が千葉大学、山梨県立北病院、国府台病院の3医療機関である。他の医療機関では、難治性患者に対する高度医療としての有用性、司法精神医学での有用性・必要性（通院指定医療機関ではクロザピンを処方された患者の通院を受け入れる必要がある）、単剤治療の推進等の目的から導入となっている。

4) 導入にあたっての苦労

血液内科との連携（4医療機関）、休日の検査体制確保（1医療機関）、院内マニュアルや無顆粒球症発生時の搬送マニュアルの作成（2医療機関）等が挙げられていたが、中でも最も多かったのが医師の不安や医師の処方方針の違いなど、医師の認識に関わるものであった（5医療機関）。現在登録患者数が100例を超える琉球病院でも当初は導入がなかなか進まず、1例目が開始されるまで半年かかり「人の考えが変わるのには時間がかかる」ことを実感したという。しかし、自発的に使用して効果を実感した成功体験がその後の院内での普及に弾みをつけており、機が熟すことの重要性を指摘している。

北海道立緑ヶ丘病院では、血液内科との連携が取れないことが導入を阻む最大の課題となっている。

5) 導入後の経過

クロザピンを実際に使用している11医療機関のうち7か所では、経過は概ね順調であり特別な問題は指摘されなかった。一方4か所では、経過が順調でない、あるいは順調でなかった、と答えている。興味深いのは、日本のクロザピン使用のトップである若草病院と琉球病院がいずれも導入後の一時期に困難な時期を迎えていることである。若草病院では導入当初に3例無顆粒球症が出ている。琉球病院でも2か月連続で無顆粒球症が出て、4例中4例で中止になっている。琉球病院ではさらに、クロザピンに対して部分反応を示すも退院に至らない症例が一時的に増え、クロザピン使用に対するスタッフからの突き上げがきつくなった時期も経験している。いずれの医療機関もこのような時期を乗り越えて現在の安定した導入体制を確立している。

6) システム上の工夫

クロザピン委員会を立ち上げているCPMS登録医療機関は、山梨県立北病院、琉球病院、岩手県立南光病院の3か所で、他は立ち上げていない。ただし、山梨県立北病院では患者の承認は医局会でやっている。クロザピン委員会を立ち上げていないところでは、千葉大学や岡山県精神科医療センターのように医局会がその機能を果たしているところもある。また、高知大学のように随時多職種でカンファを行っているところもある。

琉球病院ではCPMS コーディネート業務担当者の実務は看護師が担っているが、その資格を多職種に取得してもらい副作用等への理解を深める契機として活用している。薬剤師がコーディネート業務を行っている都立松沢病院、国府台病院での看護師の資格取得も同趣旨と考えられる。

若草病院では、クロザピンの薬袋を着色したものとして区別をつきやすくしている。

7) クロザピンに関する院内マニュアル、院内パス

ヒアリングした12のCPMS登録医療機関の中で6か所がマニュアル・手順書を作成していた。また、院内パス・チェックシート・検査項目リスト・増量スケジュールは6か所が作成していた。山梨県立北病院では電子カルテの導入に伴い、パスは使用しなくなっている。

8) クロザピンと m-ECT の優先順位

難治性統合失調症の治療にクロザピンと m-ECT の両方を使用している10医療機関で、大阪大学、千葉大学、山梨県立北病院、岡山県精神科医療センター、琉球病院の5か所ではクロザピンが優先して使用されている。山梨県立北病院では以前は m-ECT が優先であったが、近年逆転してきたという。一方、都立松沢病院、国府台病院、岩手県立南光病院の3か所では m-ECT が優先であった。都立松沢病院、岩手県立南光病院では ECT が優先する理由として、効果が明白であることを挙げている。また、桶狭間病院藤田こころケアセンターではどちらを先に使ってもOKとし、高知大学では m-ECT は緊張病に適用しており完全にすみ分けしているという。

9) クロザピンをスーパー救急病棟で導入しているか

ヒアリングした CPMS 登録医療機関の中でスーパー救急病棟を有するのは山梨県立北病院、都立松沢病院、桶狭間病院藤田こころケアセンター、岡山県精神科医療センター、若草病院、国府台病院、島根県立こころの医療センターの7か所である。ヒアリング時点で患者登録のなかった島根県立こころの医療センター以外では、都立松沢病院以外の6か所でスーパー救急でクロザピンが導入されていた。ただし、その程度には開きがある。桶狭間病院藤田こころケアセンターではほとんどスーパー救急で導入しているのに対して、国府台病院ではスーパー救急よりも13:1看護の出来高の閉鎖病棟で導入することが多い。他の医療機関では患者の状態、見通しによりスーパー救急で導入しているという。

クロザピン導入にあたっては原則18週間の入院とされているが、一定の要件を満たせば4週目に退院することも可能である。実際に桶狭間病院藤田こころケアセンターでは4週間で退院した症例を経験している。スーパー救急で導入している医療機関では、患者の状態、見通しから3か月以内での退院が可能かどうかを見極めていると考えられる。

10) クロザピンの難治性患者治療における位置づけ

クロザピンの位置づけは概ね一致している。それは、治療抵抗性統合失調症に「(早めに)一度は試すべき」(若草病院)「全例で使用すべき」(大阪大学)あるいは「第1選択」(岡山県精神科医療センター)となる「標準的医療」(千葉大学)とされている点である。また、「特殊な薬剤ではない。良く効くが、副作用を毎週チェックする必要のある非定型抗精神病薬である」(桶狭間病院藤田こころケアセンター)「通常の薬物療法の延長線上にあるもの」(琉球病院)として、クロザピンを特別視していない。さらに、「難治性患者の半数以上に有効。副作用が起きてもあきらめないで使う情熱を持つべき薬である」(岩手県立南光病院)、「ハイリスク・ハイリターンの薬であるが、これをどう使いこなすかが臨床医の腕のみせどころである」(山梨県立北病院)との見解に示される通り、その使用にあたっては高いプロフェッショナルリズムが求められる薬剤と言える。

1 1) 医療観察法病棟におけるクロザピンの位置づけについて

ヒアリング医療機関の中で医療観察法病棟を有するのは山梨県立北病院、都立松沢病院、岡山県精神科医療センター、琉球病院の4つである。琉球病院では同病棟の入院患者の35-40%がクロザピンを服用しているなど、治療の柱の一つとなっている。他の3つの医療機関でもクロザピンは有効なし必須として位置づけられている。都立松沢病院ではこれまで20例にクロザピンを導入したが、そのうち5例が医療観察法病棟であった。一般病棟に比べ、医療観察法病棟でのクロザピンの重要性は高いと思われた。

1 2) 他の医療機関との連携状況（紹介、受け入れ）

クロザピンを実際に使用している11か所（島根県立こころの医療センター、北海道立緑ヶ丘病院を除く）すべてでクロザピン導入目的の入院を受け入れるとしていた。ただし、効果がないなどで中止した場合には紹介元の医療機関に戻っていただく約束をしているところがほとんどであった。

1 3) クロザピンに関する啓発活動

学会発表等で医療関係者を対象にクロザピンの情報提供を行っている医療機関は多い。その一方で、患者や家族に対してクロザピンの情報提供を行っているところは少なく、ヒアリングした中では山梨県立北病院、琉球病院、岩手県立南光病院、若草病院の4病院が院内家族会で行っている。多くの医療機関では、治療抵抗性と診断あるいはその可能性が高まった段階で個別に患者・家族に情報提供していることが多い。

ホームページでは、都立松沢病院、琉球病院、若草病院がクロザピンに関する情報を提供している。

千葉県では保健医療計画の中でクロザピンを使用できる医療機関を公表しており、インターネットでも閲覧できる。

1 4) クロザピン使用の実際

クロザピンの開始方法には、前薬中止後漸増法とクロスタイトレーションがあるが、クロスタイトレーションを採用しているところが多かった。また医療機関によって漸増方法を工夫しているが、ほぼ一貫しているのは副作用出現時の対応である。一般的には副作用が出た時点で増量を中止して増量前の用量まで減量して経過観察とし、副作用が治まった段階で前回よりゆっくりと増量していくというものである。

どの医療機関でも概ね20%前後が副作用等で中止に至っている。

興味深いのは琉球病院の接枝統合失調症での使用例で、知的障害による衝動行為とみられていたものがクロザピンで改善している。

1 5) 副作用について

クロザピンで最も恐れられている無顆粒球症を経験している医療機関は、千葉大学（1件、治験段階）、山梨県立北病院（1件、治験段階）、桶狭間病院藤田こころケアセンター（1件）、岡山県精神科医療センター（1件）、琉球病院（6件）、若草病院（3件）の6病院である。岡山県精神科医療センターと若草病院の症例はいずれも転院せず自院で回復されている。クロザピンの無顆粒球症は抗がん剤のそれとは異なり、中止したら速やかに回復するので対応に苦慮することはないという意見も多い。さ

らに、いざというときは必ず提携先の血液内科が引き受けてくれるので、逆に安心して使用できるという意見もあった（桶狭間病院藤田こころケアセンター）。

白血球減少についてはほとんどの医療機関で経験されている。

心臓関連では、心外膜炎、心肥大、心嚢液貯留があった。

珍しいところでは、クロザピン適正使用ガイドランスに載っていない腎臓の副作用として、間質性腎炎 3 例（山梨県立北病院）、好酸球性腎炎 1 例（琉球病院）を認めている。

1 6) クロザピンに伴う経済的な問題について

クロザピンを処方している 11 医療機関で、概ね経済的な問題はないと回答している。

桶狭間病院藤田こころケアセンターは、登録患者数が 80 人を超え 50 症例進行中であるが、全体の入院患者に占める割合は小さく経営にほとんど影響しないと述べている。クロザピン使用のツートップである若草病院と琉球病院では充床率が低下したが、全体としては問題なく、この流れを維持していくという。

1 7) クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か

ヒアリングの過程で多くの課題が明らかとなり、さまざまなご提案をいただいた。これらについては、先行調査研究の分析、アンケート結果も踏まえ、「IV. クロザピン普及のための方策について」(P.145) で述べることとする。

b) ECT、m-ECT について

1) 実施概要

ヒアリングした 13 医療機関の中で電気けいれん療法を実施しているのは 11 か所であり、m-ECT のみが 9 か所（ただし、北海道立緑ヶ丘病院は 2013 年 11 月から実施）、ECT のみが岩手県立南光病院の 1 か所、ECT と m-ECT 両方が山梨県立北病院の 1 か所であった。山梨県立北病院では平成 24 年度実績では ECT 1 人、m-ECT 71 人とほとんどの患者には m-ECT を使用していた。岩手県立南光病院は、以前は ECT と m-ECT を使い分けていたが、最近では医師が多忙で m-ECT を実施できない状況であるという。

2) 麻酔科医の確保の方法

m-ECT について、都立松沢病院、桶狭間病院藤田こころケアセンター、岡山県立精神科医療センターの 3 か所は常勤の麻酔科医を雇用している。ヒアリングした総合病院 5 か所では院内の麻酔科医の協力、単科精神科病院 2 か所では他病院からの派遣で対応している。北海道立緑ヶ丘病院では、一般科救急のトレーニングを受けた、前勤務先で m-ECT の経験を有する中堅医師が、国立病院の麻酔科医の指導（月 1 回来院）のもとで麻酔を実施している。

3) m-ECT で苦勞している点

「高齢者や合併症等の身体管理」（岡山県精神科医療センター、国府台病院、琉球病院、北海道立緑ヶ丘病院）「適応の判断」（国府台病院）「適応の範囲」「回数」「効果判定」（琉球病院）「刺激用量が 100% でけいれんが誘発されない場合」（高知大学）等が課題として指摘されている。「麻酔科医の

確保が難しい」「診療報酬が安い」（桶狭間病院藤田こころケアセンター）ことも挙げられていた。

4) m-ECT の難治性患者治療における位置づけ

「難治性統合失調症の患者に即効性を期待して使用している」（都立松沢病院）として、クロザピンより優先して使用している医療機関がある一方、クロザピン無効例・中止例に対して使用しているところも多い（大阪大学、千葉大学、山梨大学、琉球病院）。また、緊張病を主なターゲットにしているところもある（岡山県精神科医療センター、国府台病院、高知大学）。

岡山県精神科医療センターではクロザピン導入時の一時的な精神症状増悪時に使用している。また、山梨県立北病院では、m-ECT で同意ができる状態を確保したり、拒薬が強い場合に m-ECT で内服できるようにしたりするなど、クロザピン導入の手段としての位置づけもある。

5) 難治性統合失調症患者におけるメンテナンス m-ECT の実施状況

メンテナンス m-ECT（岩手県立南光病院は ECT）は、実施している 11 の医療機関のうち 9 か所で行われていた。しかし、多くの医療機関でその対象者は数人程度と少ない。「治療抵抗性統合失調症の患者が ECT で継続的に良くなることはない」（岡山県精神科医療センター）との指摘どおり、大半の患者に対しては急性増悪期等に一時的に使用されるものと位置づけられている。

琉球病院では、躁状態を頻回に繰り返す難治性患者に対してクロザピンに加えメンテナンス m-ECT で治療している。

6) m-ECT に関する院内マニュアル、院内パス

実施している 11 の医療機関のうち、院内マニュアルは 8 か所、パスは 5 か所で作成されていた。その多くをヒアリング先のご厚意により添付資料として巻末に収載した。

7) その他

この項目は島根県立こころの医療センターのみで設けているが、その中で「島根県には、m-ECT に批判的な人、ECT アレルギーの人が多く思う。昔、修正型でない ECT をやりすぎたからではないだろうか」という興味深い意見がある。ヒアリング先で m-ECT を導入していないもう一つの医療機関である若草病院からも同様の意見をいただいている。m-ECT には地域によって心理的な壁があることがうかがえる。

c) デポ剤について

1) デポ剤の使用状況（アンケート結果）

デポ剤については、アンケート時点でパリペリドン持効性注射剤が発売直後だったことからそれ以外の 3 剤についてアンケート回答日時点で導入されている患者数の報告を求めた。デポ剤はヒアリングした 13 医療機関すべてで使用されていたが、3 剤の使用割合については施設ごとに大きく異なっていた。例えば、桶狭間病院藤田こころケアセンターでは、ハロペリドールデカン酸エステル、フルフェナジンデカン酸エステルは全く使用されていなかったが、北海道緑ヶ丘病院ではハロペリドールデカン酸エステル 48.1%、フルフェナジンデカン酸エステル 45.8%と、この両剤で全体の 93.9%を占めていた。リスペリドン持効性注射剤が少ない理由について、①医療費の自己負担のある患者では、

リスペリドン持効性注射剤が高価であるため自己負担が増えてしまう、②2週に1回の通院が困難であることを挙げている。

2) デポ剤の難治性患者治療における位置づけ

ヒアリングしたほとんどの医療機関がアドヒアランス不良の患者に使用すると答えている。都立松沢病院ではデポ剤の使い分けについて「ハロペリドールデカン酸エステルは多剤併用や難治性患者に使用するが、リスペリドン持効性注射剤の難治性患者への使用は少ない」と述べている。千葉大学では「効果があるのはドパミン過感受性精神病であり、CPZ 換算 1500mg 以下では特に有効と考えている」。また、若草病院は「難治例といってもある程度の薬効はある。クロザピンが一番効果的だが、デポ剤で治療関係が作れるなら試みる価値はある」ことを指摘している。

d) アウトリーチ活動について

1) 概要

ヒアリングした医療機関の中では大阪大学、高知大学の2病院を除き、11か所が訪問看護を行っていた。訪問看護の平成24年度の実施件数は422件(千葉大学)から9013件(若草病院)まで幅がある。訪問診療・往診を行っているのは4か所で、こちらも7件(北海道立緑ヶ丘病院)、50件(国府台病院)、52件(岡山県精神科医療センター)、932件(若草病院)と開きがある。厚生労働省アウトリーチ推進事業には島根県立こころの医療センターと北海道立緑ヶ丘病院の2か所が参加していた。

2) 具体的な取り組み

訪問診療・往診を行っているところもあるが、基本は訪問看護である。若草病院では訪問診療・往診の件数が他の医療機関と比べて多いが、それでも訪問看護の10分の1である。

訪問看護に加えACT (Assertive Community Treatment) を行っているのは、国府台病院 (ACT-J、ただし外部の事業所に病院医師が応援する形)、北海道立緑ヶ丘病院、琉球病院 (R-ACT) である。

訪問看護を行う看護師は、病棟看護師が行っているところ、外来看護師が行っているところ、病棟・外来看護師が協力して行っているところ、専属の看護師が行っているところなどさまざまである。実際の訪問では、この看護師にPSW、OT、保健師等が加わり、2名一組で行動しているところがほとんどである。クロザピン服用者に対して、訪問看護でフォローしているところが多い。

3) アウトリーチで苦勞している点

共通している課題は、移動に関する問題とスタッフ不足である。いずれの病院も対象としているエリアが広いと、訪問看護の移動距離が長くなる。これに伴い、交通費、車の確保、ガソリン代、移動時間が長い、などの問題が発生している。また、スタッフ不足のため、女性スタッフが1人で訪問せざるをえない状況も出ているという。

4) アウトリーチで工夫している点

移動時間とスタッフ不足から、どの医療機関も訪問看護の件数を増やすことは容易ではない。そこで、多くの医療機関が地域の訪問看護ステーション等との連携を強化し、多機関で患者の見守りをしたり、安定している患者を身近な訪問看護ステーションに移行させたりするなどの工夫を行っている。

5) アウトリーチで効果を上げている点

病状安定、服薬の向上、再発予防、外来中断の減少、再入院の減少、入院期間の減少、地域定着率アップ、地域でのトラブル減少、孤独死の減少、生活支援など、さまざまな効果を上げている。中でも、「退院のハードルを下げている」(都立松沢病院)という指摘は重要である。岩手県立南光病院では、スタッフの間に「患者さんは環境がそろえば皆退院できる。少しでも可能性があるならチャレンジしたい」という気持ちが芽生えたという。

6) 難治性患者の地域移行におけるアウトリーチ活動の位置づけ

アウトリーチが難治性患者の退院の実現にとってどのような位置づけにあるかは以下の発言から明確である。「アウトリーチにより従来であれば退院の困難であった難治性患者が地域で生活できるようになっている」(琉球病院)「医療観察法の対象者を含め困難なケースを地域で支えていく重要な手立てである」(都立松沢病院)「アウトリーチは地域移行への重要なステップである」(岩手県立南光病院)「アウトリーチがないと治療が困難」(若草病院)。

特に厳格な服薬遵守が求められるクロザピンについては「クロザピンで良くなって退院していく人を見守ることが大切である」(千葉大学)「クロザピンを使用している患者の2/3には必要」と述べられるなど、アウトリーチ活動による支援の重要性が高い。

IV. クロザピン普及のための方策について

先行調査研究の分析、アンケート及びヒアリング調査結果にもとづき、日本で普及の遅れているクロザピンの課題とその対策について検討を加えることとする。

a. 医療スタッフへの情報提供

クロザピンに関しては、効果が十分周知されていないとともに、無顆粒球症等の副作用に関する不安が大きいため、なかなか導入に踏み切れない医師が多い。先進医療では最初の1例目が怖くて多くの医師が二の足を踏んでしまうが、クロザピンでそれが起きていることを桶狭間病院藤田こころケアセンターは指摘している。現在は100例を超える琉球病院でも最初の1例目を決意するにはかなりの時間を要したという。このような状況を打破するには、適切な情報提供が不可欠である。

大阪大学、桶狭間病院藤田こころケアセンターは、副作用に関する情報をCPMS委員会が速やかに公開することを提案している。不安のもととなっている事象を定量化することで不安を軽減できるとの認識である。例えば、無顆粒球症についても好中球減少症と同様に捉えて1割に起きると誤解している人もいると言われている。また、クロザピンによる無顆粒球症は抗がん剤によるものとは程度が異なり中止により速やかに改善するため、内科等の身体科を経験したことのある医療スタッフにとって問題となる副作用ではないとする医療機関も多い。このような情報もきちんと伝えていくことが不安軽減につながると考えられる。

その一方で、効果に関する情報も不足している。他の非定型抗精神病薬に比べて、症例集などの配布物が圧倒的に少ない。クロザピンの場合、適用が厳密に決められている分、患者の選定は精神科医であれば問題なくできるが、治療反応性や副作用の出現のしやすさなどから、導入すべき患者の優先順位が異なってくる可能性がある。特に副作用というハードルの高いクロザピン使用を院内で決定づけるためには、それを凌駕するだけの成功体験が必要である。リスクを冒してまで使用しても改善を認めなければ使用を中止してしまうのは当然の成り行きであり、本当に効いたケースを人づてに聞くのではなくてみずから体験することが重要であることを山梨県立北病院、国府台病院、琉球病院では指摘している。文献でも、クロザピン普及に必要なのは知識と経験である、と記載されているという(山梨県立北病院)。本アンケート調査でも、知識や使用経験が少ない医師ほど、有効性・重要性を低く見積もり、その反面リスクを高く見積もる傾向が認められている。

成功体験につなげるためには、症例を慎重に選ぶ必要がある。入院期間が数十年におよぶ陰性症状が前景に出ている高齢の難治性患者よりも、陽性症状を呈する若い年代の患者のほうが治療反応性が良く、副作用も少ないことが経験的に知られている。精神科病院に入院している難治性患者にはどうしても重度慢性のイメージがある。重度慢性患者は勿論クロザピンの適応があり、特に長期入院患者の多い我が国ではその対象として大きな比重を占めていると考えられるが、最初に取り組み症例にすべきかどうかは一考の余地がある。実際に、海外の司法精神医学でのクロザピンの普及状況、日本の医療観察法病棟での使用例を見れば、決して長期入院患者がクロザピンを最初に導入すべき対象であるとは必ずしも言えないだろう。

ここでもう一つの問題がある。クロザピンは症例数が少ないため、何をターゲットにどの人を対象にすべきかが見えにくいという指摘である(高知大学)。高知大学では閉鎖病棟がないため、外来通院できる患者が投与対象となるが、この対象者は単科精神科病院に入院している重度慢性の患者とは

プロフィールがかなり異なってくる。このようなことから、症例集による情報提供についても、それぞれのプロフィールを代表する理念型となりうるものを提示することが必要であると考えられる。

先進的な医療機関では、この問題を症例数を重ねることでクリアしている。岡山県精神科医療センターでは、医療観察法病棟から使用を開始し、重度慢性病棟、開放病棟、救急病棟へと使用を広げていき、現在では外来から患者をリクルートしている。このような過程を経ることで、対象患者のイメージも具体化されるとともに幅広くなってきているだろうことは容易に想像できる。実際、100例以上を登録している琉球病院では「自院の100人のデータで見込みができて、自信をもって話ができる。やってみないと分からないという説明はしない」と述べている。この琉球病院も最初の10例が良く効いたことで弾みがついたという。院内にクロザピンを根付かせるためには、このような成功体験や症例の積み重ねが必要だが、そのためにも最初の躓きを最小限に抑え、スタッフ、患者、家族と成功体験を共有することが大切である。クロザピンに取り組み始めたばかりの医療機関においても、患者選定に役立ち、成功体験につながるような情報提供が求められている。

情報提供は、副作用の公開や症例集に限ったことではない。学会も重要な情報源であり、クロザピンの普及が進むまでは関連する学会において毎年シンポジウムを組むなど、学会員への情報提供に努める必要がある。

クロザピンが難治性統合失調症患者の、特に日本の司法精神医学分野でも必要不可欠な薬剤になりつつある現在、精神科の後期臨床研修医にとって学ぶべき薬剤のひとつであることは論をまたない。実際、千葉大学ではクロザピン使用を後期研修医の派遣先の要件にしている。このように、若手医師に早い段階でクロザピンを経験してもらえば普及が進むものと考えられる。千葉大学はこのような実践に基づきクロザピン使用を精神科研修病院の指定要件、精神科専門医の認定要件にすることを提案している。大学病院をはじめとした教育病院での使用がクロザピンの普及に必要であることを、桶狭間病院藤田こころケアセンターも指摘している。

千葉大学のご指摘どおり、基本的には医師の教育と啓発が鍵を握っている。クロザピンの適応を知らなかったり、クエチアピン・オランザピンが無効ならクロザピンも無効と考えて処方しなかったりする医師もいる現状を変えていかなければならない。

b. 患者・家族への情報提供

ヒアリング調査でも明らかなように、クロザピンに関して積極的に情報提供している医療機関はあまり多くない。その中で、高知大学で使用した6例のうち2例は家族がみずから情報収集しクロザピンの使用を希望されて開始となっている。全国精神保健福祉会によると、患者・家族の相談内容の8割は薬剤に関するものであるのにも関わらず、クロザピンについて知っている人はほとんどいないという。若草病院が「クロザピンを知らず、あきらめている患者や家族が多いので、啓発が必要」と述べているが、まさしくその通りである。それでは、どのように啓発すればよいのだろうか。

大阪大学は「クロザピンを実際に使用している患者・家族の意見を調査して報告するのが良い」と提案している。例えば、満足度調査を実施し、家族会の会報などを通じて情報提供を行うことが考えられる。このような情報提供によってクロザピンへの患者・家族の関心が高まれば、「使っていないと指導医として格好悪い、患者さんからも批判される、という雰囲気作り」（岡山県精神科医療センター）にも役立ち、医師のモチベーション向上に資すると思われる。残念ながら本実態調査事業では実施できなかったが、次年度以降の調査事業では必ず取り組むべき課題と考える。

ところで、臨床の場面では治療抵抗性と診断された場合にクロザピンの情報提供がなされているが、この情報提供で使用される説明文書の問題を指摘する声も多い。「クロザピン適正使用ガイドンス」(クロザピン委員会発行)巻末に添付されている患者・家族用の説明文書は11ページあるが、効果については1ページのみで、副作用について3ページ、副作用のモニタリングについて4ページとなっており、「クロザピンの副作用の説明で、患者や家族がびっくりして投与を拒否するケースがある」(岩手県立南光病院)。山梨県立北病院では「メリットが伝わるスライドを作成して説明している」という。効果と副作用に関するバランスのよい文例の提供が求められる。

c. 血液内科との連携

今回ヒアリングした医療機関の中で、北海道立緑ヶ丘病院が血液内科との連携ができずにCPMS登録できていない。アンケート結果でも、登録していない86医療機関のうち58病院(66%)が登録要件を満たすことが困難と答えており、そのうち25病院が常勤の血液内科医・精神科医のいる入院可能な医療機関と連携できないと回答している。北海道立緑ヶ丘病院では大学病院へ依頼したが、大学病院がすでに5、6か所と連携しているため困難である、と断られている。ヒアリングした千葉大学でも「千葉大学だけでは他病院との連携は5、6か所になると受けきれない」と述べている。つまり、北海道立緑ヶ丘病院の抱えている課題は、決して北海道に限定されるものではないと言える。

総合病院であっても血液内科を有する医療機関はそれほど多くない。特に精神科医が常勤する総合病院となるとさらに少なくなってしまう。多くの医療機関では日頃の医療機関同士のお付き合いの中で連携しているが、このような希少資源ともいえる血液内科との連携を可能ならしめるためには、個別対応だけでなく、さまざまな工夫が必要である。

その一つとして、可能な限り多くの血液内科医の協力を仰ぐために、学会、家族会、厚生労働省等から連名で日本血液学会などへ正式に依頼することが考えられる。

また、ご協力いただける血液内科に効率的に関わっていただくために、千葉大学のサターンプロジェクトのような地域医療ネットワークに参画してもらうという方法もある。

さらに、CPMS登録医療機関になる要件を柔軟にし、血液内科を有する病院への精神科医往診、あるいは、その逆、でも可とするなども有効であろう。

北海道立緑ヶ丘病院の「この地域にいるから(クロザピンを)使えないという不幸をなくしたい」という言葉は呉秀三の言葉を彷彿させる。北海道立緑ヶ丘病院では現在、地域の血液内科を有する総合病院と交渉の準備を進めていると聞いているが、この報告書が少しでも役立つことを祈念している。

d. 病病連携、病診連携

桶狭間病院藤田こころケアセンターは、導入病院をセンター化して、維持はクリニックで行うシステムを提案している。クロザピンは世界的にみてもクリニックで良く使われていることを踏まえての発言で、本報告の先行調査研究の分析でも、ニュージーランドでは32.8%、ドイツでは14%の外来患者に処方されていることが明らかにされている。導入病院としては精神科病院や大学病院が想定されている。現時点では「クロザピンを使うと出口がなくなる。連携の取れるクリニックが必要である」(岡山県精神科医療センター)「患者さんを退院させる地域にCPMS登録医療機関がないと導入できない。折角の治療機会を奪われることのないよう登録医療機関を増やしていくことが重要である」(島根県立こころの医療センター)。「クロザピンを導入しても部分反応に止まり退院できない患者には転

院してクロザピンを継続できる病院が必要である」（都立松沢病院）等の意見に示されるとおり、使用している医療機関が少ないことによりさらに使用が抑制される可能性がある。精神科クリニックを含めて医療機関の CPMS 登録を容易にし登録医療機関を増やしていく仕組みが望まれる。

クロザピンを使用すべき医療機関として「マンパワーのある救急・急性期病棟を有する病院」（千葉大学）、「大学病院をはじめ精神科病床を有する総合病院」（島根県立こころの医療センター）、「閉鎖病棟を有する単科精神科病院」（高知大学）、「総合病院は恵まれているが、単科精神科病院であっても地域の総合病院との連携で対応可能」（国府台病院）等さまざまな意見があり、医療機関の分布の地域差を反映しているものと考えられた。地域の実情に応じた病病連携、病診連携が求められている。

このような中で、千葉大学が中心となって推進している地域医療ネットワーク「サターンプロジェクト」は示唆に富んでいる。このシステムの要諦は、連携を個々の医療機関の線の関係から、複数の医療機関同士の面の関係にしていることにある。血液内科を有する精神科有床の総合病院4か所がコアホスピタルとしてネットワークに参加しているため、無顆粒球症発生時の受け入れの確実性を増すとともに、リスクが分散されるためより多くのクロザピンを処方する単科精神科病院（一次リングホスピタル）との連携が可能となる。将来的には、クロザピンを使用できない単科精神科病院と連携（二次リングホスピタル）して導入患者を増やしていくという。このようなシステムが可能かどうかは地域の医療資源によるところが大きいが、基本的なコンセプトは他の地域でも応用可能である。地域の実情に合わせたネットワークづくりが、クロザピンの使用に弾みをつけることが期待される。

e. 行政誘導

クロザピンは「自殺率を下げ、寛解率を上げ、再入院を減らす効果のある薬剤であることから、行政誘導すべき」（琉球病院）である。特にクロザピン使用にあたっては他の非定型薬にはない手間と時間がかかるため、民間病院への普及を促進するためには診療報酬による経済的なインセンティブが必要と考えられる（大阪大学、千葉大学、若草病院、国府台病院）。「厚生労働省がクロザピンと m-ECT を高度医療に位置づけ、効かない人を重度とする」提案もなされている（桶狭間病院藤田こころケアセンター）。

また、モデル事業を立ち上げて行政誘導していくという方法もある。「拠点病院を整備するためのモデル事業」（大阪大学）、「サターンプロジェクトのような、病病連携・病診連携を促進するモデル事業」（千葉大学）、「検査のアウトソーシング」（若草病院）が提案されている。

千葉県の保健医療計画では、治療抵抗性統合失調症に対してクロザピン治療等を行っている医療機関を公表している（千葉大学）。これは患者・家族への情報提供に効果的である。精神疾患が5疾病の1つとなった今、厚生労働省が都道府県に対して保健医療計画の中で治療抵抗性統合失調症に対する取り組みの記載を義務付けることも一法である。

f. 医療経済的なメリットを明らかにする

行政誘導の最も強力な手段は診療報酬だが、これを変更するのは容易なことではない。その実現には国に対してクロザピンの医療経済的なメリットを示す必要がある（大阪大学）。具体的には、治療抵抗性統合失調症の治療にクロザピンが使用された場合、入院コストをはじめとした医療費、患者・家族の QOL などがどの程度改善されるかを調査する研究事業を行い、根拠となるデータを提示することが望ましい。

g. CPMS 基準の緩和

CPMS の基準に関する提案として「維持期の検査頻度を月 1 回にする」「導入時の白血球の基準を緩和する」「再投与の基準を緩和する」等をいただいている。これらについては CPMS 委員会の場で登録患者データをもとに今後議論を深めていくことが望まれる。

h. 最後に

本実態調査は、特に普及の遅れているクロザピンのシステム上の課題とその対策を明らかにすることに主眼を置いているが、これに対して『『クロザピンが大事だ、効果的だ』と思う人がいれば自ずと導入は進んでいく』（大阪大学）「患者さんに良くなってほしいという医療者の強い思いが一番大切である。体制だけ作っても進まない」（琉球病院）という貴重なご意見をいただいた。どんなにシステムを改善したところでそれだけでは動かない、人を動かすのは結局思いであり、思いがあれば多少の不都合があっても乗り越えて行けることを、ヒアリングにご協力いただいた医療機関が身をもって示されていた。この報告書がその思いを少しでも届けられたら幸いである。

V. 提 言

この調査結果に基づき、難治性統合失調症患者の地域移行を支援するため、本事業では以下の提言を行うものとする。

1. 国に対して

- (1) 都道府県保健医療計画の精神疾患の項において、治療抵抗性統合失調症に対する都道府県としての取り組みを具体的に記載することを義務付ける。特にクロザピン、m-ECT、アウトリーチ等の項目を必須とする。
- (2) 治療抵抗性統合失調症に対するクロザピン、m-ECT、アウトリーチ等の医療経済的な効果を検証する研究事業を立ち上げる。
- (3) 治療抵抗性統合失調症に対するクロザピンの効果測定を当事者の視点で行う研究事業を立ち上げる。
- (4) 地域の実情に応じた医療機関ネットワークの実現を促進するモデル事業を立ち上げる。
- (5) クロザピン、m-ECT を国の高度医療に位置づける。
- (6) クロザピン、m-ECT にかかる経費（検査機器購入）に対して公的補助を行う。
- (7) クロザピン、m-ECT の診療報酬を引き上げる。
- (8) クロザピン、m-ECT、デポ剤の患者負担を免除する。
- (9) 血液内科医のクロザピンに関する相談業務を診療報酬上評価するシステムを構築する。

2. 関連学会に対して

- (1) 学会として、患者会・家族会等と連名で日本血液学会に連携を依頼する。
- (2) クロザピンの普及が進むまで毎年定例で学会のシンポジウムを行う。
- (3) クロザピン使用を精神科専門医の研修カリキュラムに取り入れる。
- (4) クロザピン使用を精神科研修病院の施設要件の一つとする。

3. CPMS 委員会に対して

- (1) 登録患者に関する効果、副作用等のデータを可及的速やかに公開する。
- (2) クリニックを含めたより多くの医療機関の登録ができるように、CPMS への医療機関登録の要件を見直す。
- (3) 患者の利便性を考え、一定期間安定して経過すれば2週毎の検査を4週毎でも可とする。
- (4) 多くの治療抵抗性統合失調症患者がクロザピン治療の機会を確保できるようにするため、導入時の基準、再投与の基準を見直す。

4. ノバルティスファーマ社に対して

- (1) 他の非定型抗精神病薬と同様に、クロザリルの啓発を行う。
- (2) 他の非定型抗精神病薬と同様に、クロザリル症例集を作成し広く医療機関に配布する。

5. 患者会・家族会に対して

- (1) 治療抵抗性統合失調症の有力な治療手段の1つであるクロザピンについて、啓発を行う。
- (2) 行政機関に対して、治療抵抗性統合失調症の治療に関する情報提供を呼びかける。

以 上

○ 参考資料

厚生労働省 平成25年度 障害者総合福祉推進事業

「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」

(1) 検討委員会委員 (10名)

所 属	役 職	氏 名
国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所	社会復帰研究部 部長	伊藤 順一郎
千葉大学大学院	医学研究院 精神医学 教授 精神神経科科長	伊豫 雅臣
国立病院機構琉球病院	精神科医長	大鶴 卓
大阪府立精神医療センター	院長	籠本 孝雄
公益社団法人 全国精神保健福祉会	理事長	川崎 洋子
岡山県精神科医療センター	副院長	来住 由樹
社会医療法人北斗会さわ病院	理事長・院長	澤 温
山梨県立北病院	院長	藤井 康男
国立精神・神経医療研究センター病院	第一主任医療社会事業専門職	三澤 孝夫
千葉県精神科医療センター	院長	平田 豊明

(2) 調査事業担当者

役職名	職名・氏名	所属・役職
事業責任者	中島 豊爾	全国自治体病院協議会 副会長 岡山県精神科医療センター 理事長・名誉院長
事業担当者	島本 卓也	大阪府立精神医療センター 地域医療推進センター長
事業担当者	岩田 和彦	大阪府立精神医療センター 臨床開発研修センター長
事業担当者	野田 哲朗	大阪府立精神医療センター 医務局長
事業担当者	齋藤 円	大阪府立精神医療センター 外来診療科診療主任
事業担当者	池田 俊一郎	大阪府立精神医療センター 緊急・救急科医員
事業担当者	伏見 博之	大阪府立精神医療センター 看護部長
事業担当者	正岡 洋子	大阪府立精神医療センター 副看護部長
事業担当者	西田 由利子	大阪府立精神医療センター 副看護部長兼看護師長
事業担当者	村上 茂	大阪府立精神医療センター 地域医療推進センター副センター長 兼看護師長
事業担当者	玉田 実	大阪府立精神医療センター 看護師長
事業担当者	吉賀 清孝	大阪府立精神医療センター 看護師長
事業担当者	浅野 佳子	大阪府立精神医療センター 副看護師長
事業担当者	中井 まち子	大阪府立精神医療センター 副看護師長 (デイケアセンター副センター長)
事業担当者	林 智香	大阪府立精神医療センター 看護師
事業担当者	萩山 明美	大阪府立精神医療センター 看護師
事業担当者	藤芳 直人	大阪府立精神医療センター 副薬局長
事業担当者	四方 佳美	大阪府立精神医療センター 主査(調剤総括)
事業担当者	岸本 泰士郎	慶應義塾大学医学部精神神経科学教室 専任講師
事業担当者	秦 光広	大阪府立精神医療センター 事務局次長
事業担当者	岩崎 久美子	大阪府立精神医療センター 事務局総務・人事グループ主任
経理責任者	島根 潔	全国自治体病院協議会 総務部長
経理担当者	中島 太一	全国自治体病院協議会 事務局員

厚生労働省 平成25年度 障害者総合福祉推進事業
「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の
在り方に関する実態調査について」
第1回 検討委員会 議事録

日 時：平成25年10月30日（水）14：00～17：00

会 場：東京「剛堂会館」2階 第1会議室

出席者： **検討委員**

伊豫 雅臣（千葉大学大学院 医学研究院精神医学 教授・精神神経科科長）
大鶴 卓（国立病院機構琉球病院 精神科医長）
籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター 院長）
川崎 洋子（公益社団法人全国精神保健福祉会連合会 理事長）
来住 由樹（岡山県精神科医療センター 副院長）
澤 温（社会医療法人北斗会さわ病院 理事長・院長）
藤井 康男（山梨県立北病院 院長）

厚生労働省担当課・室職員

河嶌 譲（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 心の健康づくり対策官）

調査事業担当

中島 豊爾（岡山県精神科医療センター 理事長・名誉院長）※責任者
島本 卓也（大阪府立精神医療センター 地域医療推進センター長）
秦 光広（大阪府立精神医療センター 事務局次長）
岩崎久美子（大阪府立精神医療センター 事務局総務・人事グループ 主任）

事務局

村田 恵子（公益社団法人全国自治体病院協議会 研修部 副部長）
中島 太一（公益社団法人全国自治体病院協議会 研修部 課員）

(1) 検討委員会開催挨拶

中島豊爾氏（岡山県精神科医療センター 理事長・名誉院長）から事業開始及び検討委員会開催にあたり挨拶があった。

(2) 本事業を応募した経緯について

籠本孝雄氏（大阪府立精神医療センター 院長）から以下のように説明があった。

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課から精神科部会に本調査研究事業の話があり、執行部で検討した結果、全国自治体病院協議会として本事業に応募することとなった。

いわゆる難治性患者——今でいうと重度かつ慢性とされている方々が長期に入院されていて、色々な治療手段を講じて、あるいは地域の受け皿や社会資源を利用して地域に戻っていただこうと取り組んでいるがなかなか進まない状況にある。

厚生労働省は、今回の精神保健福祉法の改正の内容にもあったが、新しく入院される方については、入院した時点で退院を見据えていろいろなサポートを入れて新たな長期入院患者をつくらないようにフォローしているということを明確にされているのでこの辺はまた別の議論になるが、既に入院されて治療を受けていてなかなか地域に戻れない方をどうサポートして地域に戻していくことができるかということの本検討会で委員のご意見を聞きながらまとめていきたいと考えている。

難治性の統合失調症患者へのクロザリルの使用やECT、また地域でのアパートなりグループホームなりへの住居の問題などを進めていくというのは、色々な意見が厚労省の検討会でも出ている。その意見も参考にし、また本検討委員のご意見を踏まえた上で、アンケートや医療機関に聞き取り調査に行き、日本全体でどういうシステムを作っていけばこの問題が一步進むのかということをもとめたいと考えている。

(3) 事業の概要および検討委員会の要綱について

島本卓也氏（大阪府立精神医療センター 地域医療推進センター長）から以下のとおり説明があった。

事業実施予定期間（配布資料 別添1）

平成25年8月8日から平成26年3月31日まで

事業の具体的計画内容

自傷他害のリスクが高く保護室で対応せざるを得ない難治性患者については地域移行は極めて困難である。しかし、このような難治性患者の一部はクロザピン等の薬物療法やmECT等の専門的な治療によって精神症状を安定化することができ、ACTや訪問診療等の支援があれば地域生活への移行も可能であると考えられている。

このような難治性患者の地域移行を現実的に推進していくには、必要とされる社会資源を確定するために難治性患者を明確に定義してその実数を正確に把握した上で、クロザピンや持効性注射剤等の薬物療法、mECT等の身体療法、チーム医療体制、および地域支援体制を効果的かつ効率的に組み合わせた難治性患者に有効な治療法を定式化し普及啓発することが求められる。さらに、その実現にあたって個々の医療機関や支援機関の努力では解決困難な阻害要因を明らかにし、制度的にバックアップしていくことも重要である。

本事業の目的は、医療機関における難治性患者の対応の実態を明らかにするとともに、積極的に難治性患者の地域移行に取り組んでいる医療機関の先進事例を分析し、地域移行の推進に寄与する施策を提言することにある。

事業内容及び手法

1. 検討委員会の設置及び開催並びに調査事業担当者会議の開催
 - ・ 検討委員会の構成メンバーは有識者、現場関係者、精神障害者及び家族等とし、定期的に評価や助言を行いながら、本事業を行う。
 - ・ 事業担当者会議を開催し、郵送アンケート調査票およびヒアリング医療機関に対する質問票の作成、調査計画の策定、調査結果の分析を行う。
2. 先行調査・研究の収集、分析
3. 量的調査
 - ・ クロザピン、持効性注射剤、mECT、ACT等、難治性患者の治療に必要とされる医療資源等の活用の実態を明らかにするため、全国自治体病院協議会・国立病院機構に加盟する精神病床を有する医療機関、大学病院、クロザリル患者モニタリングサービス登録医療機関、医療観察法指定通院医療機関・指定入院医療機関に対して郵送によるアンケート調査を行う。
 - ・ 調査項目には、地域移行の実績や支援体制及び支援内容等を含む。
4. 質的調査
 - ・ アンケート調査等の結果をもとに難治性患者の地域移行を推進している医療機関を抽出し、地域生活への移行に向けた支援体制及び支援内容に関するヒアリング調査を実施する。

事業の効果及び活用方法

1. 狙いとする事業の成果
 - ・ 難治性患者に対する地域生活への移行に向けた支援体制および支援内容に関する実態調査のまとめ。
 - ・ 難治性患者の治療体制と地域移行を促進するためのガイドライン案の作成。
 - ・ 地域移行の阻害要因を除去し、地域移行を推進していくための政策提言。
2. 成果の公表計画
 - ・ 報告書としてまとめた上、全国自治体病院協議会・国立病院機構に加盟す

る精神科病床を有する医療機関、大学病院、日本精神科病院協会に配布し、難治性患者の地域移行を推進する。

検討委員会の要綱（配布資料 別添2）

（4）先行調査・研究の収集、分析について（配布資料 別添3）

島本卓也氏（大阪府立精神医療センター 地域医療推進センター長）から以下のとおり説明があった。

先行調査の研究に関して、1つは平成24年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業のこの3月に出た調査報告書に基づいた形での研究と、もう1つは諸外国の現状に関して調査を進めたいと考えている。

（5）アンケートの内容および送付先医療機関について（配布資料 別添4～6）

- ・ 医療機関の属性：C PMS 医療機関の登録要件の充足状況
- ・ クロザリル関連：現状、C PMS 医療機関登録の阻害要因を明らかにする
- ・ mECT関連：現状、普及の阻害要因を明らかにする
- ・ アウトリーチ関連：地域での支援体制の有無、今後の展開を明らかにする
- ・ その他の意見：課題、提言を求める

検討委員等からの主な意見

- ・ 厚労科研 中島班のアンケート調査の内容と重なる項目が多いのでそれを参考に比較検討できるようにしていただきたい。
- ・ 行政データにあるものを都道府県比較することをできるようにしたほうがよい。
- ・ このアンケートは1つの病院で頑張り切るとどこまでかということに限られていることから各都道府県でこれらの項目に関してどんなシステムで運用されているかを把握できるものにしてはどうか。
- ・ 医療計画のひな形の中に入れていただいたら、全部入れてくれるということになるので、そういった形で政策提言させていただきたいと考えている。
- ・ クロザピンで、システムとして我々が血液内科と組まなければいけないということを血液内科学会には知らないとのこと。血液内科学会から血液内科医に周知してもらえば、みんな喜んで協力するだろうというふうに伺っている。
- ・ 転院のところが今後議論になる1つの大きなポイントになるのは間違いないのでアンケートで見出したい。
- ・ 大学病院や総合病院がクロザピンのために単科病院と組んでいるかどうか、連携をとっているかどうかというのも、血液内科を有する総合病院の場合にはその部分も確認しておいていただけたほうがよい。

送付先医療機関（配布資料 別添6）

- ・ 全国自治体病院協議会加盟の精神科を有する医療機関
- ・ 国立病院機構の精神科を有する医療機関
- ・ 大学病院
- ・ 医学部付属病院（分院も含める予定）
- ・ 私立大学歯学部付属病院
- ・ 医学部・歯学部以外の付属病院
- ・ C P M S 登録医療機関（公表分）
- ・ 医療観察法指定入院医療機関
- ・ 医療観察法指定通院医療機関

アンケートの項目の追加・修正箇所等

- ・ 連携がわかるような数値を入れたほうがよい。自病院の患者に使うだけではなく、紹介患者にどれぐらい使っているのかということがクロザピン、ECT、訪問においてもとても重要な指標になる。
- ・ チーム医療について。
- ・ 薬剤の表記は商品名になっているが一般名のほうがよい。
- ・ 訪問看護、24時間対応について追加。
- ・ Q52を「実効性のあった取り組みを具体的にお聞かせください」とする
- ・ Q53を「今後取り組む予定のある事柄に関してお聞かせください」とする
- ・ 「国への要望、その他ご意見」を追加する

（6）ヒアリング調査の対象機関および聞き取り内容について

1. 千葉大学医学部付属病院
2. 独立行政法人 国立病院機構 琉球病院
3. 地方独立行政法人 山梨県立病院機構 山梨県立北病院
4. 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター
5. 医療法人 如月会 若草病院
6. 医療法人 静心会 桶狭間病院 藤田こころケアセンター
7. 東京都立 松沢病院
8. 北海道立緑ヶ丘病院（北海道地区）
9. 岩手県立南光病院（東北地区）
10. 高知大学医学部附属病院（四国地区）

上記に加えて、大阪大学医学部付属病院、島根県立こころの医療センター、国立国際医療研究センター国府台病院が候補にあがった。

訪問先一ヶ所に対して、医師、看護、薬剤師、事務の職種で、計6名を予定。

(7) 第2回、第3回検討委員会の日程調整

第2回 平成26年1月15日(水) 15:00～ 「剛堂会館」

第3回 平成26年3月19日(水) 14:00～ 「剛堂会館」

(8) その他

次回の検討委員会から平田豊明氏(千葉県精神科医療センター 病院長、日本精神科救急学会 理事長)に検討委員として加わっていただく旨確認された。

厚生労働省 平成25年度 障害者総合福祉推進事業
「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の
在り方に関する実態調査について」
第2回 検討委員会 議事録

日 時：平成26年1月15日（水）15：00～17：00

会 場：東京「剛堂会館」2階 第1会議室

出席者： **検討委員**

伊藤順一郎（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 社会復帰研究部長）
伊豫 雅臣（千葉大学大学院 医学研究院精神医学 教授・精神神経科科長）
大鶴 卓（国立病院機構琉球病院 精神科医長）
籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター 院長）
川崎 洋子（公益社団法人全国精神保健福祉会 理事長）
来住 由樹（岡山県精神科医療センター 副院長）
澤 温（社会医療法人北斗会さわ病院 理事長・院長）
藤井 康男（山梨県立北病院 院長）
三澤 孝夫（国立精神・神経医療研究センター病院 第一主任医療社会事業専門職）
平田 豊明（千葉県精神科医療センター 院長）

厚生労働省担当課・室職員

河畷 譲（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 心の健康づくり対策官）

調査事業担当

中島 豊爾（岡山県精神科医療センター 理事長・名誉院長）※責任者
島本 卓也（大阪府立精神医療センター 地域医療推進センター長）
秦 光広（大阪府立精神医療センター 事務局次長）
岩崎久美子（大阪府立精神医療センター 事務局総務・人事グループ 主任）

事務局

村田 恵子（公益社団法人全国自治体病院協議会 研修部 副部長）
中島 太一（公益社団法人全国自治体病院協議会 研修部 課員）

(1) アンケートについて

島本卓也氏（大阪府立精神医療センター 地域医療推進センター長）からアンケートの集計状況について報告があった。

- ・ 1月15日現在で170施設から回答があった（回収率33%）。
- ・ バイアスがかかっておらず疫学的にも問題ない。

検討委員等から下記のとおり意見があった。

- ・ 各都道府県で最低1施設は回答いただいたほうが望ましい。
- ・ 回収率を上げるために回答していない全国自治体病院協議会の会員病院には個別に対応する。
- ・ 重複されている施設については統一し母数を整理する。

(2) ヒアリング調査について

「クロザピンの普及に弾みをつけるためには何が必要か。」という問いに対する回答を以下に記載する。

① 大阪大学

- ・ 使用に負担を伴うので、民間では金銭的インセンティブが重要。
- ・ 通院の受け入れに対しても診療報酬をつければ弾みがつく。
- ・ 入院治療と外来治療で医療費を試算し、金銭的なインセンティブを付加しても医療経済的に効率的であることを示すべきである。
- ・ 試算を今回の報告書に記載してほしい。
- ・ クロザピンを使いやすいシステム構築とのことだが、「クロザピンが大事だ、効果的だ」と思う人がいれば動いていく。それが管理職であれば働きやすい。手続きの煩雑さも顔の見える関係で耐えられる。
- ・ 診療報酬でインセンティブをつけるのが難しいのならば、拠点病院を整備するためのモデル事業を立ち上げたらどうか。
- ・ 患者さん、ご家族の意見も調査すべき。今回の実態調査事業でアンケート調査できないか。

② 千葉大学

- ・ 基本的には医師の啓発が肝要。
- ・ クロザピンを精神科研修病院の指定要件とする。
- ・ 千葉大では後期研修の派遣先にはクロザピン使用を要件としている。
- ・ 精神科専門医の要件にする。
- ・ 地域医療ネットワーク「サターンプロジェクト」の構築。
- ・ 精神科病床を有する複数の総合病院がコア・ホスピタル群となり、クロザピン使用が可能な単科精神科病院（一次リング・ホスピタル）においてクロザピン使用時に無顆粒球症など重篤な副作用が出現した場合にはコア・ホスピ

タルのいずれかが受け入れるという連携体制。なお、このプロジェクトは平成24年にスタートし、平成25年7月末でクロザピン使用者が全国で1774名程度に対して、千葉県では128例であり、内71例がこのプロジェクト病院により治療されている。

- ・ 将来、一次リング・ホスピタルを増やすとともに、クロザピンが使用できない単科精神科病院（二次リング・ホスピタル）に入院中のクロザピン適応者を一次リング・ホスピタルに転院させてクロザピン投与を行う体制としていく。またクロザピンを外来で使用できるクリニックを増やし、クロザピンを使用中に入院が必要となった場合には一次リング・ホスピタルへ入院させ、重篤な副作用が出現したときはコア・ホスピタルに入院させる。
- ・ 千葉県保健医療計画にて、治療抵抗性統合失調症に対して、クロザピン治療、電気けいれん療法、作業療法、デイケア、家族会についての情報を公開している。
- ・ クロザピン治療の安全性に関するエビデンスの蓄積を待ったうえで、徐々に現行の規制を緩和する。
- ・ クロザピン治療にかかるコストの公的補助（検査機器の購入費用など）を行う。
- ・ 入院および外来におけるクロザピン治療に関する診療報酬を引き上げる。
- ・ 一定数の統合失調症患者を受け入れているにもかかわらずクロザピン治療を推進していない医療機関に対し、診療報酬の引き下げを検討する。

③ 山梨県立北病院

- ・ 成功体験が重要。論文的にも普及には知識、経験が必要と記載されている。

④ 東京都立松沢病院

- ・ クロザピン導入病院で導入後、転院する維持病院が必要だが、都内でCPMS登録病院が少ない。維持病院が増えること、維持病院に返すことを前提で導入患者を受け入れるシステムが必要。大々的に宣伝すると医療機関は対応できなくなる。
- ・ 長期間服用するのでアドヒアランスに不安がある。患者のサポート体制の充実が必要。
- ・ 導入時の白血球の基準を満たさない患者が多い。基準のハードルが高い。
- ・ 再投与の基準が高い。著効したが中止となった患者に再投与できない。

⑤ 桶狭間病院藤田こころケアセンター

- ・ 情報発信が足りない。知らないから怖がる。怖がるから処方件数が伸びない。処方件数が増えないと余程怖い薬と思われる。その悪循環。しかし、実際はCPMSで厳密に検査しているから安心。血液内科と契約しているから安心。

- ・ 日本精神神経学会でもデータを集めているので、クロザピンだけのシンポジウムがあってもよい。1年分だけでも公表すればよい。
- ・ ノバルティスの宣伝も足りない。症例集が医局に配られていない。儲かっていないから作らないのか。
- ・ 様子見するにしても見られる情報がない。
- ・ 製薬会社、学会が情報を出して行く必要あり。
- ・ 自前で検査できるクリニックも認可すべき。導入は大学か精神科病院とし、何かあったら必ず取る。クリニックは時期尚早というが、世界的にはよく使われている。
- ・ 最初の1例が怖い。それが乗り越えられると2例目、3例目とつながる。センター化すれば導入患者は集まってくる。自分で導入する勇気はないが、導入したい医師は沢山いると思う。

⑥ 岡山県精神科医療センター

- ・ クロザピンを使っている病院が少ないので、導入後に出口がなくなる。連携の取れるクリニックが必要。

⑦ 国立病院機構琉球病院

- ・ 手続きを簡単にする。
- ・ 医療者の意欲が大きい。
- ・ 本質的には行政誘導が必要。寛解率↑、入院率↓、自殺率↓
- ・ 患者さんにもメリットがある形で誘導する。
- ・ 体制作りだけでは駄目である。

⑧ 若草病院

- ・ クロザピンを知らずにあきらめている患者や家族が多い。啓発が必要。
- ・ 使用には手間がかかるので、診療報酬で評価すべき。
- ・ 使用する側、される側、どちらにもアプローチする必要がある。
- ・ 検査回数が多いので、せめて4週間に1回にならないか。
- ・ 中止になったら、再投与できないのは厳しい。
- ・ 退院の基準を見直す
- ・ モデル事業として、検査のアウトソーシングを検討すべき。一般救急病院と連携して検査を近くで受け入れる体制を構築し、外来通院の負担を軽減する。

⑨ 国立国際医療研究センター国府台病院

- ・ 診療報酬上のメリット。連携の強化を診療報酬に反映させられないか。多職種チームによるケアマネジメントに対する診療報酬（アウトリーチに関しては本人のニーズに対して必要時に利用し加算する）。

- ・ ノバルティスの宣伝不足。
- ・ 必要以上の不安があるため、成功体験必要。自分で体験しないと難しい。

上記のヒアリング結果の感想として、クロザピンを使用している施設は総じて治療抵抗性統合失調症患者に対しての医療が充実していることが伺えた。具体的には、抗精神病薬の単剤化に率先して取り組んでいることや、アウトリーチの体制が整っていること、治療の選択肢の一つとしてクロザピンを使用している総合力が高い施設が多い。

一方で、クロザピンを使用したくても何らかの理由によりできない施設がどのような問題によるものかを本調査で明らかにして後押しできないかと考えている。

検討委員等からの意見

- ・ クロザピンについて、当事者や家族にむけた情報が少なすぎる。ここを広めて行かないと進まないと感じている。
- ・ ノバルティスファーマの担当者から聞いた話では、今後、クロザピンの担当者を大幅に増員する予定とのこと。
- ・ クロザピンの使用に関して、標準的な治療ということを経験科の業界全体でアピールしていかなければならない。
- ・ 拠点病院を整備するという時期はもう過ぎているのではないか。現実的にどのようにしてクロザピンの使用を広めていくかを考えた方がよい。
- ・ クロザピンの使用に関する規定を大幅に変更しないと使用が難しい（使用しない）といった意見には違和感がある。
- ・ 家族からの意見をもっと聞かないといけない。今回の事業では間に合わないとしても次の研究の提言として報告書に記載すべき。

(7) 第3回 検討委員会の日程調整

平成26年3月19日（水）14：00～17：00「剛堂会館」

(8) その他

新たに本事業の実務担当者として岸本泰士郎氏（慶應義塾大学 医学部 精神神経科学教室 専任講師）に依頼する旨決定した。

岸本氏は、Kane博士のもとに留学され現在も共同研究をされるなど、日本において諸外国のクロザピン使用状況を把握して政策提言していただくには有為な人材である。

厚生労働省 平成25年度 障害者総合福祉推進事業
「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の
在り方に関する実態調査について」
第3回 検討委員会 議事録

日 時：平成26年3月19日（水）14：00～17：00

会 場：東京「剛堂会館」2階 第1会議室

出席者： **検討委員**

伊豫 雅臣（千葉大学大学院 医学研究院精神医学 教授・精神神経科科長）
籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター 院長）
川崎 洋子（公益社団法人全国精神保健福祉会 理事長）
来住 由樹（岡山県精神科医療センター 副院長）
澤 温（社会医療法人北斗会さわ病院 理事長・院長）
藤井 康男（山梨県立北病院 院長）
三澤 孝夫（国立精神・神経医療研究センター病院 第一主任医療社会事業専門職）
平田 豊明（千葉県精神科医療センター 院長）

厚生労働省担当課・室職員

河嶌 譲（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 心の健康づくり対策官）

調査事業担当

中島 豊爾（岡山県精神科医療センター 理事長・名誉院長）※責任者
島本 卓也（大阪府立精神医療センター 地域医療推進センター長）
岸本泰士郎（慶應義塾大学医学部精神神経科学教室 専任講師）
秦 光広（大阪府立精神医療センター 事務局次長）
岩崎久美子（大阪府立精神医療センター 事務局総務・人事グループ 主任）

事務局

村田 恵子（公益社団法人全国自治体病院協議会 研修部 副部長）
中島 太一（公益社団法人全国自治体病院協議会 研修部 課員）

報告書（案）について

島本卓也氏（大阪府立精神医療センター 地域医療推進センター長）から報告書（案）の内容について説明があった。

1. 本調査の目的
2. 調査内容
 - 1) 先行調査・研究の分析
 - 2) アンケート調査
 - ① 調査対象
 - ② 調査方法
 - ③ 調査内容
 - ④ 調査結果
 - ⑤ 考察
 - 3) ヒアリング調査
 - ① 調査対象
 - ② 調査方法
 - ③ 調査内容
 - ④ 調査結果
 1. 大阪大学
 2. 千葉大学
 3. 山梨県立北病院
 4. 東京都立松沢病院
 5. 医療法人静心会桶狭間病院藤田こころケアセンター
 6. 岡山県精神科医療センター
 7. 国立病院機構琉球病院
 8. 医療法人如月会若草病院
 9. 国立国際医療研究センター国府台病院
 10. 高知大学
 11. 島根県立こころの医療センター
 12. 岩手県立南光病院
 13. 北海道立緑ヶ丘病院
 - ⑤ 考察
3. 難治性患者に対するクロザピンの使用実態に関する考察
4. 難治性患者に対する電気けいれん療法の実態に関する考察
5. 難治性患者に対する持効性注射剤の使用実態に関する考察
6. 難治性患者に対するアウトリーチ活動の実態に関する考察
7. 政策提言

クロザピン普及のための方策について

1. 情報発信を増やす（メリットを伝える）
 - ① 医師に対して：クロザピン症例集配布、学会シンポジウムの企画、精神科専門医の研修カリキュラムへの採用
 - ② 看護師・薬剤師等のスタッフに対して：抗精神病薬の減量単剤化の必要性およびクロザピンを含めた非定型抗精神病薬の啓発を行う
 - ③ 本人・家族に対して
 - ・クロザピンを使用している本人・家族の満足度調査を行い、情報提供する
 - ・同意文書を改訂し、メリットが伝わりやすくする
2. 血液内科との連携の支援
 - ① モデル事業：難治性精神疾患地域連携体制整備事業
例：サターンプロジェクト
 - ② 血液内科学会へクロザピン使用に伴う連携を依頼する
3. 検査体制確保への支援
 - ① 機器導入費用の支援
4. 都道府県の保健医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症に対する対策を位置づけ、クロザピン、電気けいれん療法、作業療法、デイケア、家族会、アウトリーチ活動の情報を公開する
5. 経済的インセンティブをつける
 - ① クロザピンについては患者の医療費を無料にする
 - ② 診療報酬を上げる
 - ③ 医療経済的なメリットを明確に示す
6. CPMS登録医療機関の要件にバリエーションを持たせる
 - ① 血液内科を有する病院への精神科医往診で可とする（24時間オンコール体制）
 - ② 検査は結果が即日に入手できれば他医療機関でも可とする（検査のアウトソーシング）
 - ③ クロザリル管理薬剤師を有する院外処方薬局との連携で可とする（クリニック）
7. CPMS基準の緩和
 - ① 維持期の検査頻度を月1回へ緩和する
 - ② 導入時のWBCの基準の緩和
 - ③ 再投与の基準の緩和

検討委員等からの主な意見

【前書きについて】

- ・ クロザピンの使用促進に重点的に書かれているので、そのほかの持効性注射剤、m-ECT、アウトリーチ等、難治性患者の治療に必要とされる医療資源等とのバランスを考える必要がある。
- ・ 「クロザリル」の標記は全て「クロザピン」に修正したほうがよい。ただし、特定名称については「クロザリル」のままの表記でよい。
- ・ 平成24年度に実施された精神科病院を対象とした調査での結果からクロザピンやm-ECTの使用が遅れている現状を踏まえて方策を書いたほうがよい。
- ・ 治療選択肢としてクロザピン、修正型電気痙攣療法、持効性注射剤、アウトリーチ活動の実態を明らかにして、その普及の妨げとなっている課題を抽出することに焦点を絞ったほうがよい。その上で、今回の調査で課題として残ったことは次の調査研究へ繋げていけるように整理しておく。

【アンケート調査の分析について】

- ・ 新たに入院した患者のうち、一年以上の長期入院の患者数の割合を比較できるようにするとよい。
- ・ クロザピン、修正型電気痙攣療法、持効性注射剤、アウトリーチのそれぞれ実施している施設と実施していない施設は、どのような特徴があるのか分析したほうがよい。

【そのほかの意見】

- ・ クロザピンに関する情報が少ないので知らない家族が多いので、説明会や勉強会を積極的に開いてほしい。
- ・ クロザピンにより改善した患者本人やその家族の声をどのようにして広めていくかということも今後の課題として整理するべきである。
- ・ 精神科専門医や精神保健指定医の要件にクロザピンを使用した治療経験を加え、精神科医としての素養として位置付けることも今後検討すべきではないか。



精神科医療機関における難治性患者の
地域移行支援に関する調査

アンケート用紙

2013年12月

公益社団法人
全国自治体病院協議会



難治性患者の地域移行の支援に関するアンケートのお願い

寒冷の候、先生におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平成 25 年度障害者総合福祉事業の指定課題 15「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方に関する実態調査について」を全国自治体病院協議会が実施する運びとなりました。

この調査では、地域移行の障害となっている課題を明らかにし、その対応策をまとめ、医療機関にフィードバックさせていただくとともに、個々の医療機関単独では対応困難なシステム上の課題について、国に対し政策提言を行ってまいります。

この調査の一環として、アンケート調査を行わせていただくことになりました。難治性患者さんの地域移行のためのツールとして、クロザピン、修正型電気けいれん療法、持効性注射剤、アウトリーチ活動等を取り上げ、課題を浮き彫りにしていきたいと考えております。

ご多忙中大変恐縮ではございますが、何卒ご協力の程、宜しくお願い申し上げます。

2013 年 12 月

公益社団法人 全国自治体病院協議会
副会長
中島 豊爾

【 お問合せ先 】

〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪 3 丁目 16-21
(地独) 大阪府立病院機構 大阪府立精神医療センター
担当：地域医療推進センター長 島本 卓也
TEL: 072-847-3261 FAX: 072-840-6206
E-mail: shimamotot@mh-opho.jp

【 全国自治体病院協議会 事務局 】

〒102-8556
東京都千代田区紀尾井町 3 番 27 号 剛堂会館 6 階
TEL: 03-3261-8567 FAX: 03-3261-1845
E-mail: kensyu@jmha.or.jp

A. はじめに、貴院について伺います

Q1) 貴院の病院名をご記入下さい

(法人名もご記入ください 例：地方独立行政法人〇〇病院機構△△病院)

注) アンケート処理のためご記載いただくもので、匿名性は完全に守られます。

Q2) 医療観察法指定医療機関について

1 該当	2 非該当
------	-------

↓

いずれかを選択して下さい →

1 入院	2 通院	3 入院・通院の両方
------	------	------------

注) アンケート処理のためご記載いただくもので、匿名性は完全に守られます。

Q3) 精神科病床数

--	--	--

 床

Q4) 精神科救急入院料算定病棟（スーパー救急）の病床数

--	--	--

 床

Q5) 精神科救急・合併症入院料算定病棟の病床数

--	--	--

 床

Q6) 平成 24 年度に新たに精神科病棟に入院した患者数

--	--	--

 人

Q7) 常勤の精神科医（後期研修医を含む）の人数

--	--

 人

Q8) 常勤の精神保健指定医の人数

精神保健指定医

--	--

 人

Q9) 常勤の日本精神神経学会専門医の人数

精神神経学会専門医

--	--

 人

Q10) Q8 と Q9 の両方の要件を満たす医師の人数

--	--

 人

Q11) 以下のコメディカルスタッフの人数

精神科に所属する
常勤の看護師

--	--	--

 人

常勤の薬剤師

--	--

 人

常勤の精神保健福祉士

--	--

人

常勤の作業療法士

--	--

人

常勤の臨床心理士

--	--

人

Q12) 採血日当日に白血球、好中球の検査結果を得られる検査体制

1 有	2 無
-----	-----

Q13) 採血日当日に血糖値、HbA1cの検査結果を得られる検査体制

1 有	2 無
-----	-----

Q14) 常勤の内科医の有無

1 有	2 無
-----	-----

Q15) 常勤の血液内科医の有無

1 有	2 無
-----	-----

Q16) 麻酔科医（常勤または非常勤）の有無

1 有	2 無
-----	-----



B. クロザピン についてお伺いします

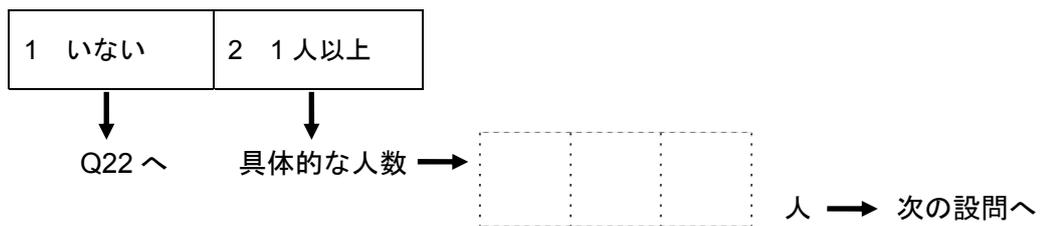
Q17) CPMS 医療機関への登録の有無



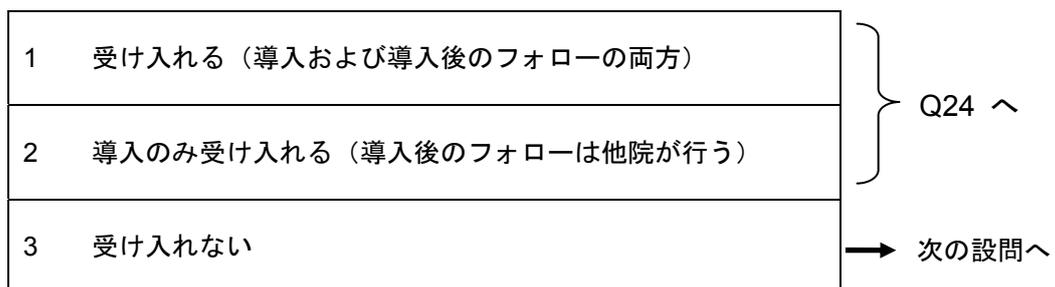
Q18) CPMS 登録医の人数

人

Q19) これまでの CPMS 登録患者



Q20) 他の医療機関からクロザピン導入の依頼があった場合、受け入れますか？



Q21) 「受け入れない」場合、何が解決すれば受け入れ可能になると思われますか？
（複数選択可）

1	診療報酬
2	スタッフの確保
3	その他()

Q24 へ

Q22) 貴院がクロザピンを使用しない理由に○をつけてください(複数選択可)
 その中で最も重要な項目1つを◎にしてください

1	血液内科との連携が困難である
2	無顆粒球症などの副作用のリスクが高い
3	治療抵抗性に対してクロザピン以外で対応可能である
4	クロザピン治療について特に興味はない
5	クロザピンの適応となる患者がいない
6	同意取得が困難である
7	検査費用について病院側の持ち出しが多い(保険診療上は月1回のみ算定可)
8	G-CSFが保険適用外
9	原則18週間となっている入院期間
10	退院後のフォローが困難である
11	経営面でメリットが少ない
12	その他()

Q23) 他の医療機関がクロザピン導入を受け入れている場合、依頼しますか？

1	依頼する（導入および導入後のフォローの両方）
2	導入のみ依頼する（導入後のフォローは自院で行う）
3	依頼しない

Q24) 精神科および血液内科の常勤医がいる医療機関として登録しているのはどちらですか？

1	自院	→ 次の設問へ
2	他院（名称： _____ ）	→ Q26 へ

注) アンケート処理のためご記載いただくもので、匿名性は完全に守られます。

Q25) 血液内科を有する総合病院として、CPMS 登録している他の精神科病院の連携先となっていますか？

1	はい	2	いいえ
---	----	---	-----

Q26) 院内に患者のクロザピン適応等を審査する委員会を立ち上げていますか？

1	立ち上げている	2	立ち上げていない
---	---------	---	----------

Q27) 院内でクロザピン投与に関するクリティカルパスを使用していますか？

1 使用している	2 使用していない
----------	-----------



Q30 へ

Q28) CPMS 医療機関に登録していない理由に○をつけてください（複数選択可）
 その中で最も重要な項目 1 つを◎にしてください

1 登録要件を満たすことが困難である	} Q30 へ }
2 クロザピンを使用するつもりはない	
3 その他 ()	

→ 次の設問へ

Q29) 貴院が登録要件を満たすことが困難な項目に○をつけてください（複数選択可）
 その中で最も重要な項目 1 つを◎にしてください

1 CPMS 登録医 2 名以上
2 クロザピン管理薬剤師 2 名以上
3 CPMS コーディネート業務担当者 2 名以上
4 自院に常勤の血液内科医がいない
5 常勤の血液内科医・精神科医のいる入院可能な医療機関と連携できない
6 糖尿病内科医との連携ができない
7 検査当日に白血球数、好中球数、血糖値、HbA1c の結果を出す事が困難
8 その他 ()

Q34) クロザピンのモニタリング（血液検査）の負担は？

1 極めて負担	2 負担	3 やや負担	4 ほとんど負担はない
---------	------	--------	-------------

Q35) クロザピンの治療抵抗性患者への有効性は？

1 全く有効でない	2 あまり有効でない	3 少しは有効	4 かなり有効
-----------	------------	---------	---------

Q36) クロザピンの副作用の危険性は？

1 極めて危険	2 かなり危険	3 少しは危険	4 それほど危険ではない
---------	---------	---------	--------------

Q37) クロザピンの重要性をどのように評価されますか？

1 全く重要でない	2 あまり重要でない	3 少しは重要	4 かなり重要
-----------	------------	---------	---------



Q53) デポ剤の患者さん自身の受け入れについてどう考えますか？

1 全く受け入れていない	2 あまり受け入れていない	3 少しは受け入れている	4 かなり受け入れている
--------------	---------------	--------------	--------------

Q54) デポ剤の副作用のリスクは、経口薬と比較してどう考えますか？

1 極めてリスクが高い	2 リスクが高い	2 少しリスクがある	4 リスクは同等
-------------	----------	------------	----------

Q55) 治療中断へのデポ剤の有用性についてどう考えますか？

1 全く有用でない	2 あまり有用でない	3 少しは有用	4 かなり有用
-----------	------------	---------	---------

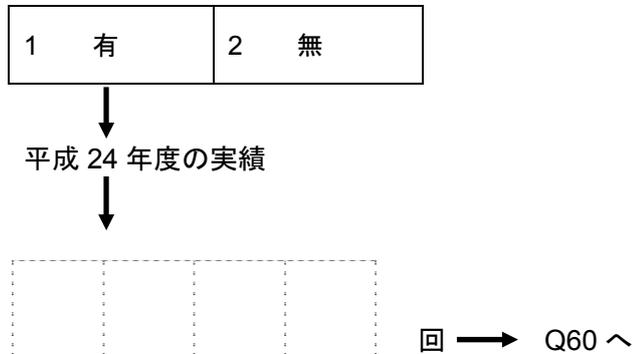
Q56) デポ剤の重要性をどのように評価されますか？

1 全く重要でない	2 あまり重要でない	3 少しは重要	4 かなり重要
-----------	------------	---------	---------

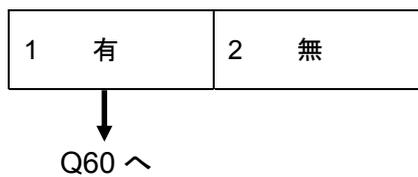


E. アウトリーチ活動についてお伺いします

Q57) 訪問看護の実施について



Q58) 前設問で「無」の場合、訪問看護の立ち上げ予定はありますか？



Q59) 前問で「無」の場合、何が解決すれば立ち上げ可能になると思われますか？

(複数選択可)

その中で最も重要な項目 1 つを◎にしてください

1	診療報酬上の問題
2	スタッフの確保
3	スタッフの意識
4	その他 ()

Q60) 訪問診療・往診の実施について

1 有	2 無
-----	-----

↓

平成 24 年度の実績

↓

--	--	--	--

回 → Q63 へ

Q61) 前設問で「無」の場合、訪問診療・往診体制の立ち上げ予定はありますか？

1 有	2 無
-----	-----

↓

Q63 へ

Q62) 前設問で「無」の場合、何が解決すれば立ち上げ可能になると思われますか？

当てはまるものに○をして下さい。(複数選択可)

また、その中で最も重要な項目 1 つを◎にしてください。

1	診療報酬上の問題
2	スタッフの確保
3	スタッフの意識
4	その他 ()

Q63) 厚生労働省アウトリーチ推進事業への参加について

1 参加している	2 参加していない
----------	-----------

↓
Q65 へ

Q64) 前設問で「参加していない」場合、何が解決すれば参加可能になると思われますか？
当てはまるものに○をしてください。(複数選択可)
また、その中で最も重要な項目1つを◎にしてください。

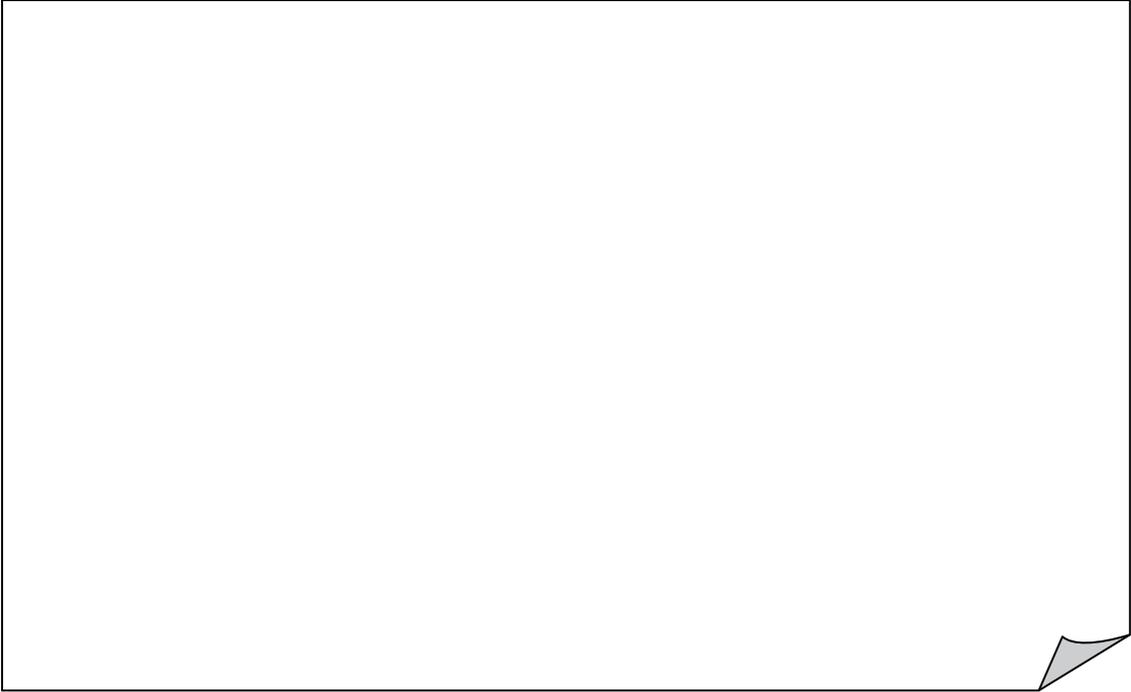
1	厚生労働省が参加を認める (現在公的病院の参加は認められていない)
2	診療報酬上の問題
3	スタッフの確保
4	スタッフの意識
5	その他 ()

Q65) 訪問看護、訪問診療、厚生労働省アウトリーチ推進事業等のアウトリーチ活動を実施している医療機関にお伺いします。
365日24時間対応できる体制を確保できていますか。

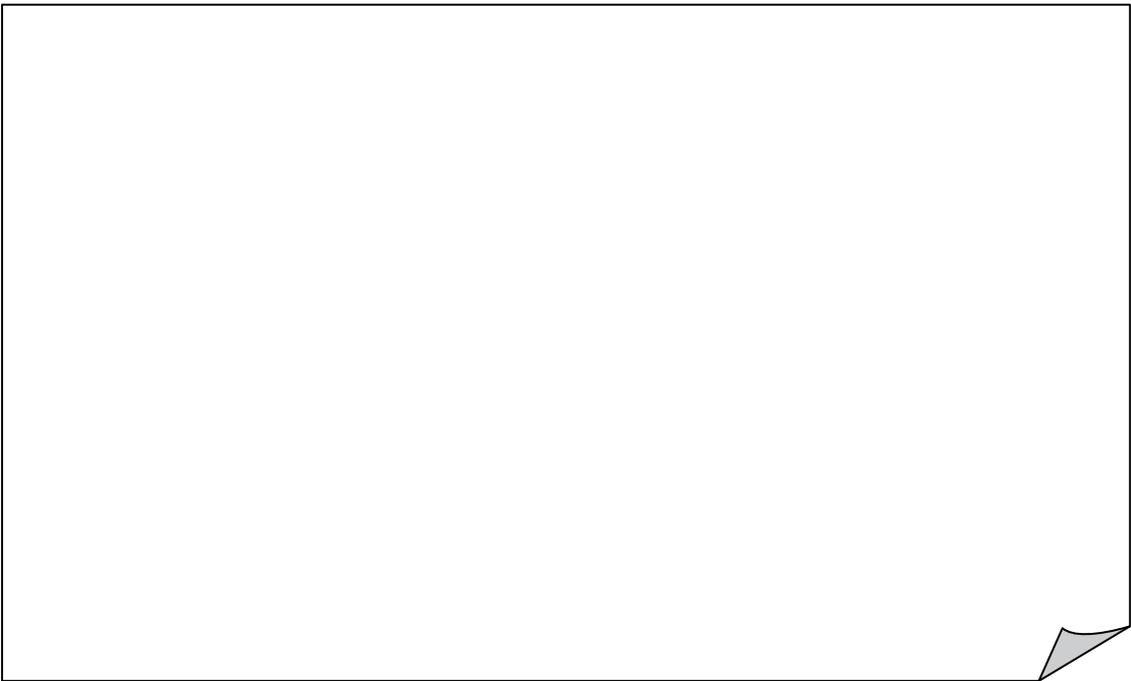
1 できている	2 できていない
---------	----------



Q66) クロザピン、持効性注射剤、電気けいれん療法、アウトリーチ活動の導入や実施に関して、貴院で実効性のあった取り組みがあれば具体的にご記入ください



Q67) 難治性患者の地域移行の推進に向けた支援に関して、貴院で今後予定されている取り組みがあればご記入ください



Q68) 都道府県の医療計画の中で、治療抵抗性統合失調症患者のための取り組みがあればご記入ください。

(ある自治体では、医療計画で治療抵抗性統合失調症を取り上げ、クロザピン、電気けいれん療法の医療機関を公開することが盛り込まれています)



Q69) 難治性患者の地域移行支援に関して、国への要望があればご記入ください。



アンケートは以上です。

ご協力大変ありがとうございました。

