



# PPSTニュースレター 第21号

Feb 2020

発行: 一般社団法人 社会復帰・社会参加のための薬物・心理社会的治療 (PPST) 研究会  
事務局: (株)コンベンションリンクージ内 PPST研究会事務局 [ppst@c-linkage.co.jp](mailto:ppst@c-linkage.co.jp) Fax 03-3263-8687

## <今回の記事の内容>

- I. PPST研究会 三役からの御挨拶  
PPST研究会 会長 丹羽 真一 副会長 堀井茂男 常務理事 安西信雄
- II. PPST研究会セミナー「治療抵抗性統合失調症（重度かつ慢性）にも対応できる統合失調症治療戦略の在り方」（2019年9月20日東京）から、4つの講演のポイントとキースライドのご紹介  
講演1 安西信雄（帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 教授）  
「「重度かつ慢性」患者の実態と包括支援実践ガイドの概要について」  
講演2 水野謙太郎（社会医療法人如月会 若草病院 理事長）  
「治療抵抗性統合失調症に対するクロザピン治療と、クロザピン使用前の治療戦略」  
講演3 須藤康彦（医療法人須藤会土佐病院 院長）  
「当院の統合失調症患者さんの退院促進と地域定着支援についての実践的取り組み－病院としての取り組みの概論」  
講演4 村上 忠（医療法人赤城会三枚橋病院 院長）  
「統合失調症患者さんの退院促進と地域定着支援についての実践的取り組み ～三枚橋病院の今～」
- III. あとがき／賛助会員のご案内

## I. PPST研究会 三役からの御挨拶

会長 丹羽真一（福島県立医科大学会津医療センター）  
副会長 堀井茂男（慈圭病院）  
常務理事 安西信雄（帝京平成大学）

PPST研究会ニュースレター第21号を発行するに当たりまして、PPST研究会三役からの御挨拶を申し上げます。

三役は会長 丹羽真一（福島県立医科大学会津医療センター）、副会長 堀井茂男（慈圭病院）、常務理事 安西信雄（帝京平成大学）です。この体制は2019年9月の社員総会時から発足いたしております。

PPST研究会は、精神障害者の社会参加を進めることを主な目的として、2000年に福岡大学名誉教授・西園昌久先生が会長となられて設立されました。以来、20年間を西園先生が会長として指導してこられました。高年齢を理由として退任されましたので、その後を以てこの三役体制が発足したものです。

これを機会に、あらためてPPST研究会の理念を申しあげると次の通りです。

## PPST研究会 活動の理念

当事者ならびに家族の希望に添い、さらには国の新しい精神障害者施策と協調して

- 1) 適切な薬物療法の使用とともに、世界的にも開発推奨されているもののみならず、適切と思われる心理社会的治療の発展をはかる
- 2) 当今、必要かつ効果があるといわれる当事者との治療上の合意（共同意志決定SDM）にもとづく診療の普及につとめる
- 3) これまでのわが国の精神科医療で必ずしも円滑であったとは云えない、必要かつ不可欠な多職種チーム医療のあり方の学習とその実現をはかる

PPST研究会は全国を10のブロックに分け、各ブロックごとに年に1回はセミナーを開催し、PPST研究会の活動理念を具体化する勉強会を行っております。また、例年9月に、東京で、全国ブロック幹事会を開催し、全国セミナーを開催してきております。

PPST研究会は理事会により運営されており、理事会が社員総会を兼ねております。現理事・監事は、三役のほか、理事として池淵恵美（帝京平成大学）、兼行浩史（山口県立こころの医療センター）、後藤雅博（こころのクリニック ウィズ）、野木 渡（浜寺病院）、林 道彦（朝倉記念病院）、福田正人（群馬大学）、宮田量治（山梨県立北病院）、森隆夫（あいせい記念病院）の各先生におつとめ頂くこととなり、監事は鹿島晴雄先生（国際医療福祉大学）にお引き受けいただいております。

10のブロックと各ブロックの幹事の人数は次のようになっています。北海道（11人）、東北（15人）、関東（16人）、甲信越（5人）、東海（5人）、北陸（5人）、近畿（14人）、中国（7人）、四国（4人）、九州・沖縄（20人）。PPST研究会自体の運営は、各ブロック講演会の参加費収入と賛助会員会費収入により行われております。各ブロック・セミナーの企画は各ブロック幹事のお考えと共催会社の協議によりなされております。参加者は1000円の参加費を支払って参加頂いております。なお、賛助会員になっていただいている施設に属する職員については、5人までは無料となっております。

このようなPPST研究会でございますが、令和の新時代が始まるとともに、当研究会も新体制でこれまでも進めてまいりました活動理念に沿った事業を行ってまいります。皆様にはPPST研究会の強化のため、個人としても施設としてもなって頂くことができますので、賛助会員になって頂くことを御検討くださいますようお願い申し上げます。ご理解とご支援を御願ひ申し上げます。

## Ⅱ. PPST研究会セミナー「治療抵抗性統合失調症（重度かつ慢性）にも対応できる統合失調症治療戦略の在り方」（2019年9月20日東京）から、講演のポイントとキースライドのご紹介

### 講演 1

#### 「重度かつ慢性」患者の実態と包括支援実践ガイドの概要について

安西信雄（帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 教授）

「重度かつ慢性」の重い患者でも退院できる、また新たな長期在院患者の発生率が低い—そうした好事例病院の基準を満たす病院ではどのような治療や支援が行われているかを調査し、そのポイントを実践ガイドにまとめた。薬物療法、クロザピン使用のほか、心理社会的治療やチーム地域支援体制にも特徴があったのでご紹介する。



「重度かつ慢性」の患者でも退院できる、また新たな長期在院患者の発生率が低い—そうした好事例病院の基準を満たす病院ではどのような治療や支援が行われているかを調査し、そのポイントを実践ガイドにまとめた。厚労省の検討会報告書（2012年6月28日）で「精神科の入院患者は『重度かつ慢性』を除き、1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る」、「『重度かつ慢性』については調査研究等を通じ基準を明確化する」という方向性が出された。そこで基準作りの厚労科研公募があり、2013-5年度の調査により、適切な入院治療を1年以上継続しても病状が重い場合退院できない患者の特徴を調査し、「重度かつ慢性」基準案を「1年以上在院しても精神症状が一定の重症度を満たし、行動障害と生活障害のいずれかまたは両方が基準以上である場合」と設定した（スライド1）。

その後の厚労省検討会（2017年2月8日）で精神疾患の重症度を医学的に評価する基準の1つとしてこの基準を活用するとされ、症状を軽快させ地域生活につながるように基準を活用していくべきとされた。2017-8年度の厚労科研で、重度かつ慢性に対する良質な入院・地域医療（好事例）の実態調査にもとづきガイドラインを作成する課題を5つの研究班で共同して取り組んだ（スライド2）。

5つの研究班が協力して全国の好事例精神科病院のヒアリングとアンケート調査を実施

し、研究班で定めた好事例病院の選択基準により好事例病院とその他の病院に分け、両者を対比して検討した。その結果、好事例病院ではその他の病院より年間の新入院患者が多く、回転率1.5以上の病院が多く、クロザピン療法実施率が高く、精神科地域移行加算の利用率が高いなどの差異が認められた（スライド3）。好事例病院での入院治療の実態を調査し、実施率が高い治療法を中心に本実践ガイドを作成した。

好事例病院では病院として組織的な退院支援が行われているのが特徴で、①医療の高度化（クロザピンやmECT導入など）の取組み、②退院向けの患者の意欲喚起、③積極的な退院発議、④長期化リスクのアセスメントと退院の進捗管理、⑤定期的なカンファレンスの実施などが高い頻度で実施されていた（スライド4）。

実践ガイドの全体を要約すると、①病院としての組織的な退院支援の他、②地域生活を見越した薬物療法、③クロザピンで薬物治療抵抗性に対応、④心理社会的治療でリカバリー支援、⑤チームによる危機管理と地域ケア体制が取組まれていた。病院として積極的に退院支援に取り組む姿勢をベースに、②③の薬物療法・クロザピン活用とともに、④⑤の心理社会的治療をチームで展開し地域と連携する取組みが好事例につながる要因と考えられた（スライド5）。

スライド 1

### 「重度かつ慢性」基準案

精神科棟に入院後、適切な入院治療を継続して受けたにもかかわらず1年を超えて引き続き在院した患者のうち、下記の基準を満たす場合に、重度かつ慢性の基準を満たすと判定する。ただし、「重度かつ慢性」に関する当該患者の医師意見書の記載内容等により判定の妥当性を検証し、必要な場合に調整を行う。

#### 精神症状 and (行動障害 and/or 生活障害)

精神症状が下記の重症度を満たし、それに加えて、①行動障害、②生活障害のいずれか(または両方)が下記の基準以上であること。なお、身体合併症については、下記に該当する場合に重度かつ慢性に準ずる扱いとする。

- 1. 精神症状:** BPRS総得点 45点以上、または、BPRS下位尺度の1項目以上で6点以上
- 2. 行動障害:** 問題行動評価表を用いて評価する。1~27のいずれかが「月に1~2回程度」以上に評価された場合に、「問題行動あり」と評価する。
- 3. 生活障害:** 障害者総合支援法医師意見書の「生活障害評価」を用いて評価する。その評価に基づいて、「能力障害評価」を「能力障害評価表」の基準に基づいて評価する。「能力障害評価」において、4以上に評価されたものを(在宅での生活が困難で入院が必要な程度)の生活障害ありと判定する。
- 4. 身体合併症:** 精神症状に伴う下記の身体症状を入院治療が必要な程度に有する場合に評価する。①水中毒、②膵臓炎(イレウス)、③反復性肺炎、④その他(退院困難と関連するものがあれば病名を書いて下さい)。

平成27年度厚労科研「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」総括研究報告書 p.13

スライド 2

厚労省方針(これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会)報告書平成29年2月8日)

- 策定された基準案を用いて、精神疾患の重症度を医学的に評価する基準の一つとして活用する。
- 症状を軽減させる治療法・地域生活を可能にする支援、当該基準を満たす症状に至らないようにする予防的アプローチの充実など、地域生活につながるように当該基準を活用していくべき。

厚労省研究費公募2017-8「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括支援に関する政策研究」

- 求められる成果: 重度かつ慢性に対する良質な入院・地域医療に関する好事例の収集、実態把握、包括的支援ガイドラインの開発など
- 統括調整(安西信雄)、心理社会(H29 井上新平、H30岩田和彦)、クロザピン(木田直也)、薬物療法(宮田量治)、チーム地域ケア(吉川隆博)の5つの研究班で協力

#### 好事例病院の選択基準 Aを満たし、BCのどちらかor両方を満たす

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

### 長期在院患者の退院に資した要因調査(第一次アンケート)

全国の315病院を対象に「2016年4月1日時点で入院期間が1年を超えていた患者(認知症を除く)のうち、1年後までに退院した患者について、年齢、診断、長期化した理由などとともに、退院先や退院に資した治療・支援を調査。52病院から約1000患者の回答あり。「病状等が重症または不安定」なため1年以上在院したのち退院した797人を対象に検討(このうち在院5年以上は46.4%)。20病院が好事例病院の基準に当てはまったので、これらの好事例病院とその他の病院を比較して検討したところ、好事例病院はその他の病院よりクロザピン療法実施率、精神科地域移行加算の利用率などが有意に高いなどの特徴を認めた。

「退院に資した主な治療」に該当しますか?		1 クロザピン療法		2 その他の病院		合計
0 しない	292	42.4%	473	88.3%	767	
1 該当	24	7.6%	51	1.3%	797	
合計	316	100.0%	481	100.0%	797	

問1 精神科地域移行加算の利用		1 好事例病院		2 その他の病院		合計
0 しない	173	54.7%	437	90.9%	610	
1 該当	143	45.3%	44	9.1%	187	
合計	316	100.0%	481	100.0%	797	

手法 カイニ乗検 自由度 1 P < 0.001 \*\*  
Yatesの: 19.4960 1 P < 0.001 \*\*

リング結果と第一次アンケート結果を踏まえて作成し、好事例20病院での実施)包括支援実践ガイドを作成した。

スライド 4

### 1. 総論: 病院としての組織的な退院支援

平成30年度厚労科研「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究」—統括調整班(研究代表者: 安西信雄)

- 医療の高度化(クロザピンやmECT導入など)と退院促進の目標  
好事例病院での退院促進のきっかけは、病院の将来像に向けて長期在院を減らしていくこと、それを支える入院治療の高度化(クロザピンやmECT導入など)の取り組みが中心を占めていた(該当率80%)。
- 患者の意向確認や意欲喚起  
担当医師やPSW、看護師等による退院への動機付けと、患者本人の①社会資源(グループホーム等)の利用体験や地域活動への参加、②退院準備を目的とした心理教育やSST等のプログラム、③入院中からデイケアや通院作業療法への参加を促すなど。
- 退院発議  
本人や家族の気持ちを汲んで不安に対処しつつ、退院後の地域生活の可能性を示して、退院に向けて一緒に取り組んでいこうとスタッフが提案していくこと。「担当医師とプライマリナーズのチームで発議する」がもっとも多く、ついで「病棟単位の多職種が参加する会議が発議する」が多かった。これらが「重度かつ慢性」患者の退院を発議するうえで重要。
- 長期化リスクのアセスメントと退院への進捗管理
- 定期的なカンファレンスの実施

スライド 5

## 『「重度かつ慢性」患者への包括支援実践ガイド』概要

- 1. 病院としての組織的な退院支援:** ①医療の高度化(クロザピンやmECT導入など)と退院促進の目標、②患者の意向確認や意欲喚起、③退院発議、④長期化リスクのアセスメントと退院への進捗管理、⑤定期的なカンファレンスの実施
- 2. 地域生活を見越した薬物療法:** ①第二世代抗精神病薬の単剤治療と持効性注射剤(LAI)、クロザピン活用、②効果判定・改善しない場合の対応手順、③SCAP法など単剤化の工夫、④処方歴サマリー、⑤担当医以外が意見を言える雰囲気、⑥最新の医学情報入手とガイドライン活用支援、⑦SDM実践と家族支援
- 3. クロザピンで薬物治療抵抗性に対応:** ①わが国の統合失調症患者約77万のうち推定30%(約23万人)の治療抵抗性患者に対し、CPMS登録患者は8,025人3.5%の状況、②好事例病院の取り組みを普及、③CPMS登録機関の成熟(20症例以上)を目指す(成熟レベルごとの課題表)、④地域ネットワークの構築
- 4. 心理社会的治療でリハビリ支援:** ①「医師による定期的な個人面接」が基本、②OTセンターでの作業療法やSST、心理教育の実施、③「対人技能の向上、服薬自己管理などのスキル獲得」などを目指す、④家族教室や家族支援を実施、⑤地域の関係機関とのケア会議、⑥ピアサポーターの雇用やプログラム参加
- 5. チームによる危機管理と地域ケア体制:** ①地域支援者との顔の見える関係づくりと情報共有の仕組み、②クライシスプランに基づく支援、③地域支援関係者や保健所と随時ケア会議、③当事者の不安や困りごとに対応する窓口(担当者)を設ける、④デイケアの活用、⑤必要時に短期入院・休息入院ができる

## 講演 2

### 治療抵抗性統合失調症に対するクロザピン治療と、クロザピン使用前の治療戦略

水野謙太郎（社会医療法人如月会 若草病院 理事長）

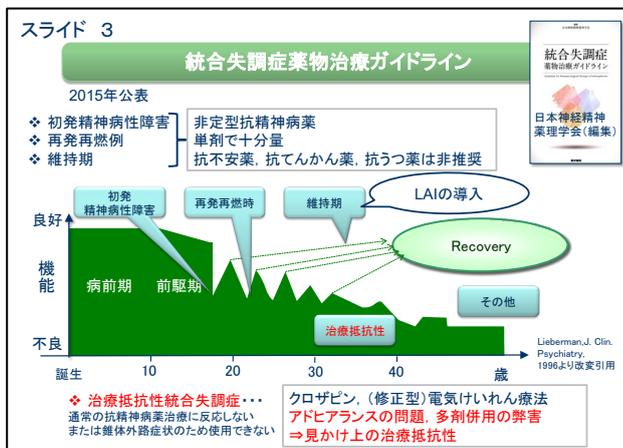
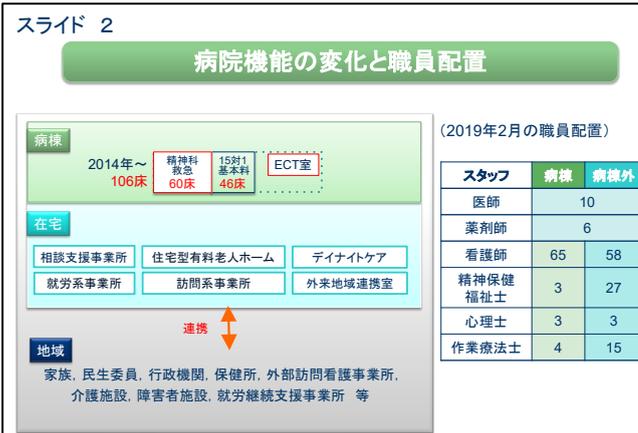
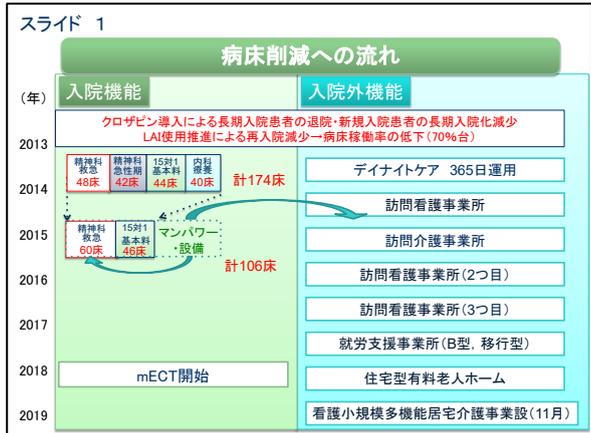
当院では2009年より治療抵抗性統合失調症に対するクロザピン治療を開始し、1年以上の長期在院患者数は80%ほど減少した。クロザピン治療の前の治療戦略として抗精神病薬の単剤治療と持効性注射製剤（LAI）導入を図っている。治療抵抗性統合失調症に移行することを予防することも視野に入れた統合失調症治療について発表したい。



我が国の精神科医療政策は、第4期障害福祉計画（2015～2017年）に係る国の基本指針において、1年以上の長期在院患者数の減少等に関して成果目標が設定される等、病院から地域へ治療の場を移す「脱施設化」を推進する動きが明確になっている。我が国の長期在院患者は統合失調症圏の診断を受けている患者が多数を占めるが、その中には治療抵抗性統合失調症罹患者が含まれる。神経精神薬理学会から発表されている統合失調症薬物治療ガイドラインでは、治療抵抗性統合失調症に対する治療としてはクロザピンの使用または、電気けいれん療法と薬物療法の併用が推奨されているが、実臨床では抗精神病薬の併用や抗コリン薬、抗てんかん薬などの併用による治療が多用されている。

当院では2009年より治療抵抗性統合失調症に対するクロザピン治療を開始した。当院の1年以上の長期在院患者数は2010年の70人台から2015年には10人以下に減少した。最近新規に当院の救急病棟に入院する治療抵抗性統合失調症患者に対しても導入している。現在クロザピンは、当院の外来通院患者で最も処方されている薬剤である。クロザピン使用患者が退院できる理由としては、陽性症状や興奮、衝動性に対する治療効果の高さが挙げられるが、その一方、陰性症状や認知機能障害に対する効果は他の抗精神病薬と同程度の効果に留まる事例が多い。特に長期在院患者の認知機能の低下は顕著であったため、退院に際しては地域の社会資源や病院内の在宅生活支援のための部門の連携が重要であった。また、治療抵抗性統合失調症の中には、再発

を繰り返すうちに抗精神病薬による治療反応が低下し、治療抵抗性に移行する一群がいる。再発による再入院についての海外のコホート研究では、持効性注射製剤（LAI）はクロザピンよりも再入院のリスク低下が期待できることが示されている。この研究はLAIのほうがクロザピンよりも治療効果が高いということではなく、毎日投与よりも、2週間または4週間に1回の投与が再発予防に有利であることを示している。そこで当院の新規入院患者に対しては、クロザピン治療の前の治療戦略として、LAI導入を考えた薬剤選択を行っている。現在我が国で使用できるLAIは、非定型抗精神病薬で3剤、定型抗精神病薬で2剤あるが、長期使用することを前提にすると遅発性錐体外路症状が出やすいとされる定型抗精神病薬を使用することはためらわれる。代謝系副作用や性機能障害を起こしにくい特徴を持つ非定型抗精神病薬を第一選択薬とし、十分期間、十分量使用しても治療反応が得られない場合には第二選択薬の非定型抗精神病薬を使用するが、その場合もLAI使用を前提に薬剤選択を行っている。クロザピンは、その次の選択肢として提案をしている。治療抵抗性統合失調症に対するクロザピン治療の普及は遅れているが、治療効果が不十分な抗精神病薬を漫然と使用することは患者の利益にはならない。治療抵抗性統合失調症の患者の症状が、重度かつ慢性に持続しないよう、治療効果判定を速やかに行うためにもLAI治療を積極的に行い、多剤併用できる限り避ける治療戦略を立てていく必要がある。



### スライド 4 実臨床での統合失調症薬物治療報告～国内(急性期)

JAST2017研究  
11の精神科救急病棟を有する医療機関に入院した1543人の統合失調症患者に対する薬物療法の効果をCGI-Iで判定  
第1選択薬が単剤で有効...660人(42.8%)  
第2選択薬が単剤で有効...243人(15.7%)  
第3選択薬は抗精神病薬の併用による増強療法

クロザピンを使用しない理由  
無顆粒球症の頻度が他の抗精神病薬に比べて高い  
急性期において開始が困難  
そこで、抗精神病薬の併用による効果を包括的に評価する

JAST2017研究の結果と考察  
抗精神病薬の併用は治療反応が高い(CGI-Iは89.8%が軽度以上改善)  
経験豊富な精神科医の裁量のもとで急性期の有効性と安全性に関しては、2つの抗精神病薬の併用が選択肢になりうる

Hatta, K. et al.: Real-world effectiveness of antipsychotic monotherapy and polytherapy in 1543 patients with acute-phase schizophrenia. Asian J of Psychiatry 40(2):82-87から抜粋引用

### スライド 5 実臨床での統合失調症薬物治療報告～海外

Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia  
スウェーデンで2006年7月1日から2013年12月31日までに統合失調症と診断された患者29823人(うち新規患者4603人)について、薬物療法の効果を再入院、治療の失敗(自殺未遂, 中止等)を基準に評価

全体  
43.7%が再入院  
71.7%が何らかの治療の失敗

薬剤間, 投与経路での評価  
再入院リスク: LAI < クロザピン < 多剤併用 < オランザピン < 他単剤  
治療の失敗のリスク: クロザピンが最も低い  
LAIは、同じ成分の経口薬に比べて再入院リスクを22%低下させる  
LAIは、新規患者に投与すると治療失敗のリスクを32%低下させる

考察  
特定の抗精神病薬と、投与経路(経口か注射か)は、再入院リスクや治療失敗のリスクの違いを生む

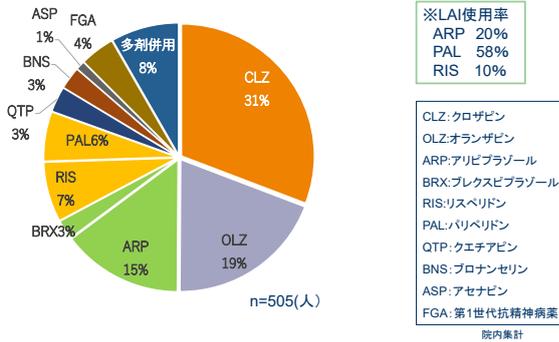
Tiihonen, J. et al.: Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia. JAMA Psychiatry. 74(7): 686-693より抜粋引用



スライド 7

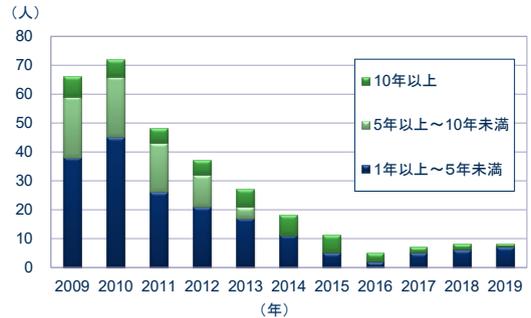
外来での抗精神病薬使用状況

(2019年3月当院カルテから、F2診断患者)



スライド 8

在院期間別長期入院患者数の年ごとの変化



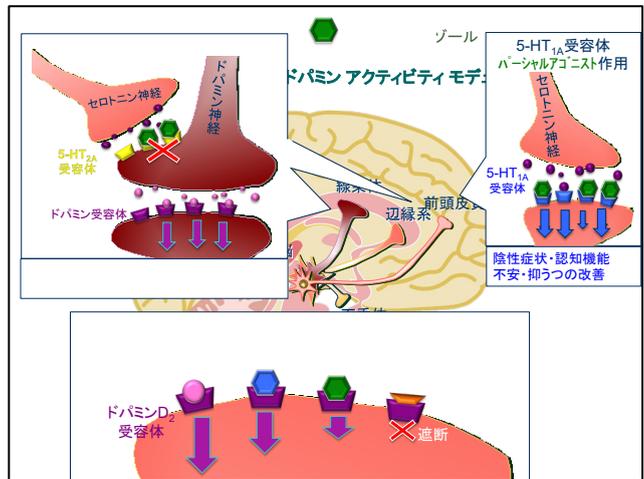
スライド 9

受容体特性から想定されるプレクスピプラゾールの薬理作用

	プレクスピラゾール <sup>1)</sup>	ARP <sup>2)</sup>	受容体特性により想定される作用
D <sub>2</sub>	0.30	0.34	固有活性が低い部分アゴニスト: 抗精神病作用, アジテーション, 悪心・嘔吐
D <sub>3</sub>	1.1	0.8	
5-HT <sub>1A</sub>	0.12	1.7	抗不安作用, 認知機能, アカシジア
5-HT <sub>2A</sub>	0.47	3.4	アカシジア, 睡眠
5-HT <sub>2c</sub>	34	15	
5-HT <sub>7</sub>	3.7	39	認知機能, 抗うつ作用
α <sub>1</sub>	3.8	57	アカシジア, 起立性低血圧
H <sub>1</sub>	19	61	
M <sub>1</sub>	>1,000	6,800	

結合親和性 (Ki値: nM)

1) Citrome, LK, et al.: Expert Rev. Neurother., 15, 1219-1229, 2015 (Table1)  
 2) 菊地哲郎ら: 臨床精神医学, 34, 461-468, 2005 (表2)



スライド 11

当院における統合失調症薬物療法の傾向



- ✓ LAIへ移行しやすい薬剤を選択する
- ✓ 忍容性の高い薬剤から使用する
- ✓ CP換算600mg/日以上, 4週間以上を目安に効果判定
- ✓ 薬剤への治療反応が得られた場合, LAIの導入を検討する
- ✓ 異なる2種類の抗精神病薬で効果不十分の場合, CLZを使用する

### 講演 3

## 当院の統合失調症患者さんの退院促進と地域定着支援についての 実践的取り組み—病院としての取り組みの概論

須藤 康彦（医療法人須藤会土佐病院 院長）

社会的入院などが解消されると残るのは「重度かつ慢性」の患者の課題になるが、さらに退院促進をすすめていくと「極めて重度かつ極めて慢性」の者ばかりになり地域移行が年々困難になっていく。また、せっかく退院になっても、短期間で再入院にいたるケースも多い。当院では近年、多職種で協働して退院促進を進めることと、電子カルテを利用することで自院の治療介入効果について主に後方視的に検討することについて力を入れており、こうした現状について紹介したい。



当院は1933年設立の単科精神科病院で、高知市の市街地に位置している。1950年代のいわゆる精神病院建設ブームにも乗り、病床数は一時期260床を数えたが1990年ころよりダウンサイジングを図り、現在は180床となっている（スライド1）。

精神科病院では退院促進に対するモチベーションが上がりにくい、診療報酬上のインセンティブも整備されてきており、これら加算の取得・維持を目指すことで病院全体に退院促進に取り組む機運が高まることが期待される（スライド2）。

統合失調症を中心とした入院長期化の要因として、河野らは「症状が改善せず」「生活能力が回復せず」「家族の受け入れの問題」を挙げている。これらはそれぞれがバイオサイコソーシャルモデルの各方面に対応しており、長期入院についてバランス良く考えていくための道標になるだろう（スライド3）。

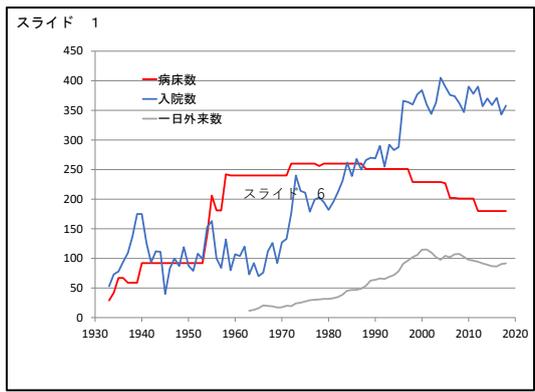
「症状が改善せず」への対処としては、クロザピンやLAIの導入などが有効と考えられる。また、一般に治療は予防の数倍の労力を

要するものであるから、長期入院者の退院促進に加えてNew Long Stayを作らないための努力も重要である（スライド4）。

「生活能力が回復せず」への対処としては、疾病教育（スライド5）や精神科リハビリテーションの活用が望まれる。電子カルテを活用することでこうした治療的介入の効果の判定も容易になってきており、治療プログラムの定期的な見直し、改善に有用である（スライド6）。

「家族の受け入れの問題」への対処としては、家族教室を開催して疾病特性について理解を深めてもらうこと、家族会を通して家族同士で悩み事などを共有できる場を作ることなどが考えられる（スライド7）。

現代は、地域で安心して生活するためには「医・職・住」の三点が重要だとされる（スライド8）。特に職・住の供給に関しては不十分さを感じる人が多いことから、当院では近年、B型作業所「ラフル」の立ち上げや良質なグループホームの建設などの基盤整備にも注力している（スライド9）。



スライド 2

### 病院全体で取り組む退院促進・再入院防止

- 精神科地域移行実施加算 (20点 : H30現在358)
  - 入院期間5年を超える入院患者のうち、退院した患者の数が1年間で5%以上減少の実績がある場合に、1年間算定する。
  - 2008は5点、2010に10点
- 精神保健福祉士配置加算 (30点 : 108)
  - 当該病棟の入院患者のうち75%以上が入院1年以内に退院。
- 地域移行機能強化病棟(39病院)
  - 1年当たり、届出病床数の5分の1の病床減
  - 平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上の長期入院者が退院

スライド 3

### 長期入院の原因(重複回答あり)

**症状が改善せず (48.8%)**

Bio

- クロザピン
- LAI

**生活能力が回復せず (44.0%)**

Psycho

- 精神科リハビリテーション
- 心理療法

**家族の受け入れの問題 (51.5%)**

Social

- 家族教育
- ケア付き住宅

資料元：精神科誌2012

スライド 4

### 症状が改善せず

- クロザピン
  - CPMSのハードルが高い
    - 顆粒球を測定するための整備
  - もともとベースラインが低い人には事実上使えない
  - メカニズムが不明
- LAIも (おそらくは大多数を占める) アドヒアランス不十分な者に有効。費用対効果の検証をして包括化から外れるとよい
- 治療は予防の数倍の労力を要する。Long-stayになりそうな患者にエビデンスのある治療を早期から
- 「見える化」で多職種の共通目標を

スライド 5

## 疾病教育

**目的**

病気の説明や服薬の効果と大切さ、各種リハビリテーションプログラムや社会資源などの紹介と、積極的な利用の仕方などについて正しい知識や情報を提供すること

**病気に対する理解を深め**

積極的に治療に向き合えることを目指します

グループで話すことで

一人で悩むよりみんなで考えることで気持ちも楽になり、今後の治療や生活の糧となる意見やアイデアが出ることもあります。

「正解も間違いもありません。失敗しても人の役に立ちます。」

**ルール**

グループが安心して話せる場であるためにも

- ここで話(参加者同士が話した)ことは外では話さないように、この場だけに留めてください。
- 人の批判はない、自分の意見を押し付けないようにしてください。

「誰いところば どんどん眠めましょ。」

「話したくない時は黙って聞いてあげてください。」

**プログラム内容**

- ①病気の原因と症状 (担当: 病棟看護師)
- ②薬による治療 (担当: 薬剤師)
- ③地域で暮らす (担当: 家族支援員、精神保健福祉士)

心理社会的療法

病者教育の「果はなし (総合失職研修)」

1 薬師 関本有博

□ 病者教育の目的

病者に対する理解を深め、積極的に治療に向き合うこと

まず、病気のしくみ、経過、治療について理解し、総合失職と気づくことが第一歩です。

そして、学習した成果を生活の場で実行することが重要です。

それは ①病気の態にある自覚ができる (具体的な対応ができる)

②治療の説明に同意できる (服薬の場でも相談できる)

③精神科治療を認知できる (服薬の場でも相談できる)

以上のことが出来るようになると病状と上手につき合えます。

□ 総合失職研修とはどんな病者教育ですか?

その特徴は → 実践的、対人、その他

精神機能 (認知機能) のネットワークがうまく働かない状態になる

→それはどんな状態ですか?

基本的な働き方は

「認知-行動-行動」というネットワークで働くといわれています。

うまく働かない状態では

脳で情報を統合する(うまくまとめる)ことが難しくなる状態をいう

脳が情報をうまくまとめることができない理由とは?

外界からの情報に対する無意識な反応 → 次が急い！ (ドパミン仮説)

脳のドパミン神経系が機能障害 (現在まだ原因が不明) を起こすと、患者さん自身、生活の中で

①さまざまな情報や刺激に過敏になりすぎて、感情や思考をうまくまとめることが難しくなる

②また、感覚・思考・行動が結びついていないことを自分で察知して考え直すことが難しくなる

③その結果、この混乱状態が原因として認知・記憶、認知機能障害を起こし、家庭や社会で生活をおくることが難しくなる

といわれています。

第3回 心理社会的アプローチ

\* 目標するには薬物療法と心理社会的療法のどちらも必要

心理社会的療法といわれるものは

- ・リハビリテーション
- ・精神療法
- ・SSR
- ・認知教育
- ・作業療法
- ・生活支援
- ・ピアサポート

\* 「リハビリは病気を軽減することだけでなく「生活のしづかさ」を暮らし「痛み」を伸ばす

「生活のしづかさ」とは

- ・対人関係の改善
- ・判断・決断の改善
- ・作業をスムーズに行う改善

□/ **ここでで話したいことや疑問はありますか?**

障害や課題の克服だけでなく、健康な部分や強みに着目し、自分のやりがいとすることをする

→11/10/

自分の人生に対するコントロールを再獲得する

自己実現や生き方を主体的に進める過程

\* ストレス調節モデル

再興を促す心理社会的アプローチ

ストレス - ストレス調節

薬物療法・精神療法・生活支援・環境調整など

週一回 1時間X三週

F2圏の約4割が参加

第一週 病気の原因と症状 (病棟看護師)

第二週 薬による治療 (薬剤師)

第三週 地域で暮らす (PSW)

## 生活能力が改善せず

- 心理療法、リハビリテーションは薬物療法に比べ効果の発現まで時間がかかる
- 適度なスーパーバイズがないと難しい
- 電子カルテの時代になり、後方視的な検討、PDCAサイクルを回すことも可能

## 家族教室→家族会

### 統合失調症 家族教室のご案内

家族教室では病気のことや患者さんへの対応の仕方、また利用できる制度について勉強していきます。  
当家族教室では下記のような内容のDVD学習、それについての講義を行い、それぞれの家族が悩んでおられることについて、家族同士で話し合うミーティングへと移ります。どうぞお気軽にご参加ください。

- \*日時 : 第2土曜日 14:00~16:00
- \*場所 : 土佐病院 3F研修室
- \*費用 : テキスト代 1000円
- \*申込 : 参加を希望される方は相談支援室までご連絡ください。当日参加も可能です。

	開催日	内容	講師
第1回	2019年 10月12日	病気の症状・原因について	医師
第2回	11月 9日	治療について ～薬による治療～	医師
第3回	12月14日	治療について ～心理社会的治療～	公認心理師
第4回	2020年 1月11日	地域で暮らす ～社会資源～	精神保健福祉士
第5回	2月 8日	地域で暮らす ～家族の対応～	
第6回	3月14日	家族会	家族会



こんな思いを抱えていませんか？

- 育て方が悪かったのではないかと後悔している
- はじめての入院で戸惑っている
- 親がいなくなった時に子どもはどうなるのかも心配 等

\*申込・問い合わせ: 土佐病院 相談支援室  
TEL) 088-822-3364  
お気軽にお問い合わせください。



## 医・職・住

退院後を見据え、地域に定着できるための教育、サポートを入院中から行う

プライドを持って地域で生活するための仕事

良質な住宅

## 就労継続支援B型「ラフル」



## 講演 4

# 統合失調症患者さんの退院促進と地域定着支援についての実践的取り組み ～ 三枚橋病院の今 ～

村上 忠（医療法人赤城会 三枚橋病院 副理事長・院長）

当院は現顧問の石川信義が全開放での精神科医療を掲げて開設し、昨年で50周年を迎えた。早くから地域定着支援に取り組んだ結果、病院の所在する長手町地区は世帯の過半数が当院の患者さんたちとなって久しい。一方で病棟には徐々に長期入院患者さんが増加し、治療施設としての色彩が褪せていった。その後、病院長の交代を経て、必要十分かつ最少限の医療提供を目指す当院の現状をお伝えしたい。



三枚橋病院は全開放環境下で精神科医療を展開することを目指し、昭和43年群馬県太田市に開設された。当時の様子は病院開設者である石川信義の著書“開かれている病棟”や記録映画“燃える精神病院”などに残されているが、開院当初から精神科患者のノーマリゼーションに力を入れていたことに驚かされる。それまでの院内作業に加え、昭和43年には地元企業での外勤制度を開始。後に群馬県初、全国8番目の地域作業所も開設している。昭和50年代に入ると居宅の確保に着手。昭和53年の共同住居第1号を皮切りに、グループホームや援護寮や地域生活援助施設を整備して退院促進プログラムと組み合わせることで長期入院者の増加に歯止めをかけてきた。

地域で暮らす当事者の生活を支える上で、薬物療法の継続は極めて重要な課題である。再発を予防し、様々な非薬物療法を展開する基礎として、薬物療法の継続が欠かせないのである。しかし一方で、内服による薬物療法

を長期に亘って継続することは簡単なようで難しい。そして、この課題を解決するためにさまざまな工夫が必要となる。有効性のみにとらわれることなく、忍容性・安全性にも十分な配慮をもって処方内容を検討することはもちろんであるが、アドヒアランス・継続性の維持においては、1日の服薬回数・服用錠数を可能な限り少なくすることが望ましい。それによって薬物療法の有用性が向上する。

薬物療法の継続において、服薬するあるいは服薬を確認されるというストレスから当事者を解放することができるのが持続性注射製剤（Long Acting Injection：LAI）である。LAIは治療継続率が高く、かつアドヒアランスを確実に把握することができる点において内服薬に優り、統合失調症の再発・再入院を減らし、当事者の社会生活能力を維持することを可能にするばかりか、その生命予後さえも改善し得ることが示されている。

スライド1



スライド2



スライド3



スライド4



スライド5



スライド6



スライド7

### 入院患者の在院期間の推移

期間	1987年5月	1992年5月	1997年7月
3ヵ月未満	18.2	13.4	25.0
3ヵ月以上 ~ 6ヵ月未満	10.0	8.5	9.9
6ヵ月以上 ~ 1年未満	14.5	9.0	8.1
1年以上 ~ 2年未満	13.7	8.7	10.8
2年以上 ~ 3年未満	8.7	7.6	7.6
3年以上 ~ 5年未満	19.1	13.7	7.2
5年以上	15.8	39.1	31.4

1992年5月からの約5年間でグループホーム10カ所に46人が退院

福原嶋：「地域化」への新たな展開 医療・地域精神医学41巻2号（1998年7月）

スライド8

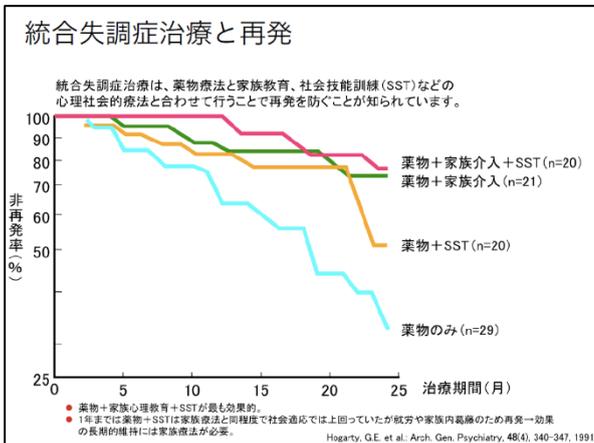
### 統合失調症患者の再発リスク

3年間の調整された再発ハザードリスク

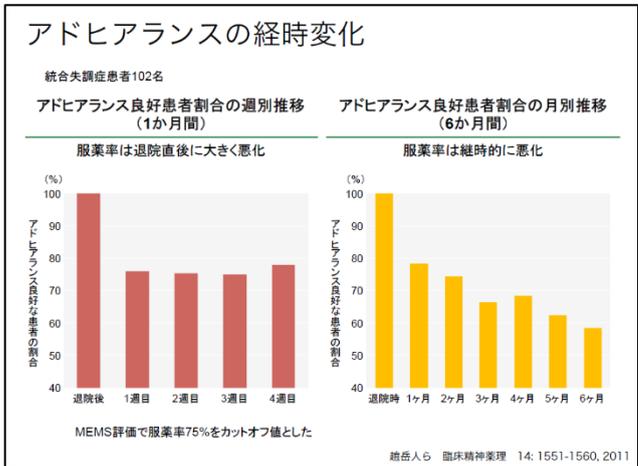
予測変数	調整ハザードリスク	95% CI	p
カンナビノイド	0.911	0.645-1.287	0.645
未治療期間	0.999	0.990-1.008	0.762
発症年齢	1.006	0.968-1.045	0.774
SAPS	1.013	0.946-1.086	0.707
SANS	1.030	0.987-1.074	0.179
BPRS	0.984	0.957-1.012	0.272
家族歴	0.699	0.399-1.225	0.211
就学レベル	0.704	0.410-1.207	0.202
薬剤へのアドヒアランス	4.698	2.885-7.651	0.000
PAS	1.347	0.766-2.370	0.301
病識	0.788	0.416-1.491	0.464
治療への洞察	1.477	0.813-2.684	0.200
社会的洞察	0.845	0.429-1.665	0.627

Caseiro O, et al. J Psychiatr Res. 2012 Aug; 46 (8): 1099-105.

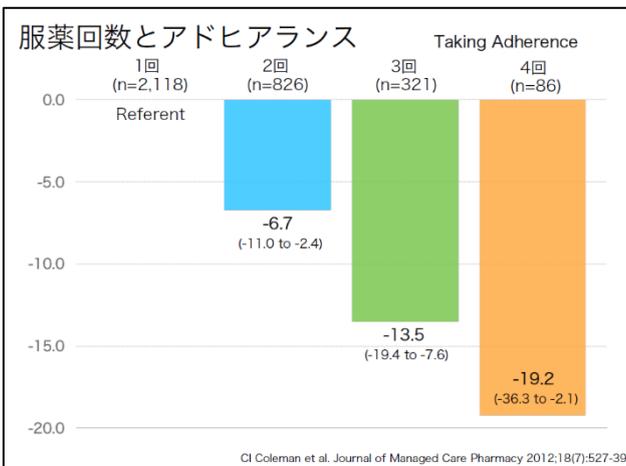
スライド9



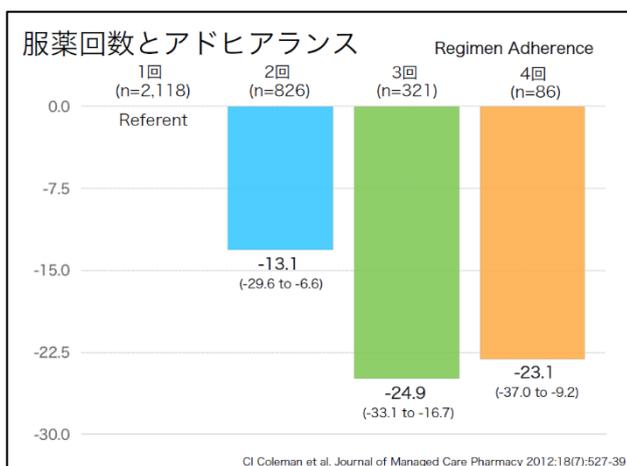
スライド10



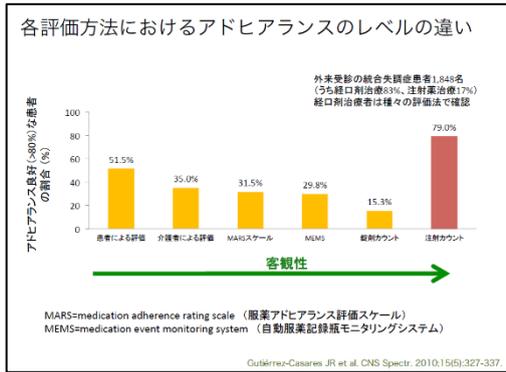
スライド11



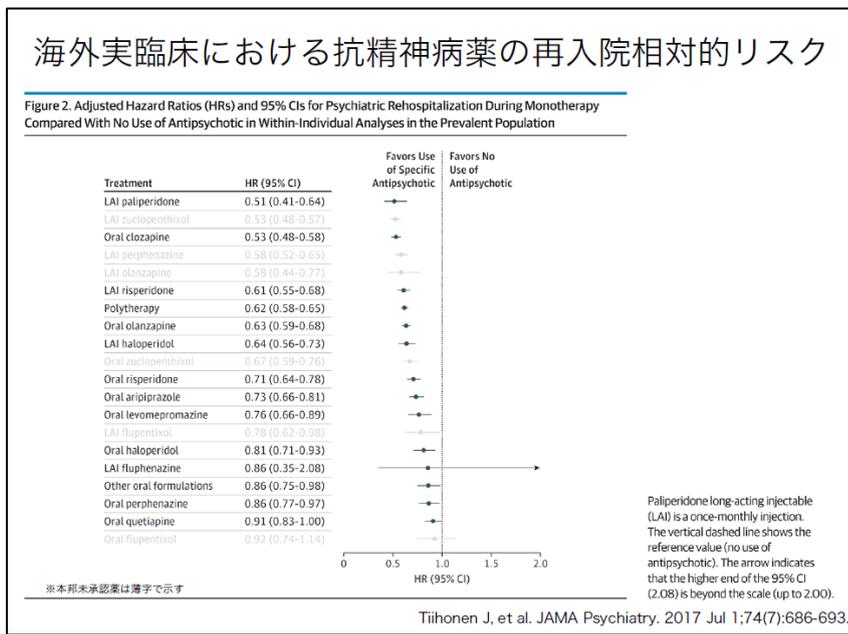
スライド12



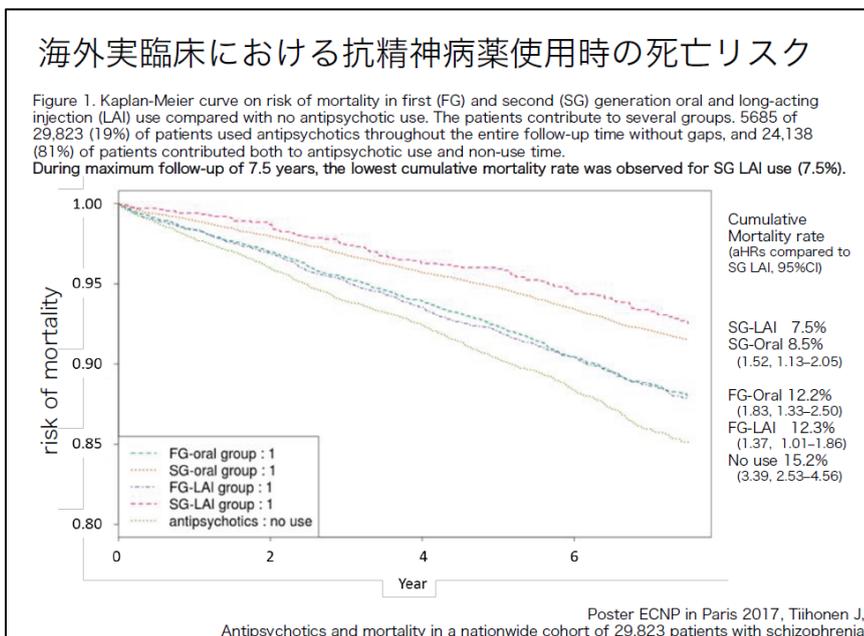
スライド 1 3



スライド 1 4



スライド 1 5



### Ⅲ. あとがき／賛助会員のご案内

今回のPPSTニューズレターでは、2019年9月20日のPPST全国セミナーの4つの講演をコンパクトにまとめてご紹介しました。

わが国の精神科入院治療では、約60%は3ヶ月未満で退院する一方で約10%が1年を超えて入院を続けている状況にあるとされています。長期化した患者さんの退院・地域移行は大きな問題ですが、急性期の患者さんを3ヶ月以内に退院させてその後の早期の再入院を防ぐことも大きな課題になっています。これらを実現するためには、PPST研究会が理念として掲げる「効果的な薬物療法と、それぞれの患者さんのニーズに対応した心理社会的治療を統合して提供すること」が必須の課題となっています。

今回の4つの講演に基づく本ニューズレターの内容は、こうした課題に対応した充実した内容になっているのではないのでしょうか。日々の実践のご参考になれば幸いです。

なお、今回お届けする内容の詳細版は、PPST賛助会員にPPST Bulletinとしてお届けします。また、PPSTの趣旨に沿うPPSTセミナーは毎年全国10カ所以上でセミナーを開催していますので、ご参加いただければと思います。賛助会員（法人）になっていただければ、会員施設からセミナーに5人まで参加費免除でご参加いただける制度もございます。下記の賛助会員制度のご紹介をご参照ください。次のページに賛助会員の申込み用紙がございます。

(PPST研究会ホームページ <http://www.secretariat.ne.jp/ppst/> )

(PPST編集委員会 編集主幹：加瀬昭彦、編集委員：丹羽真一、安西信雄)

#### PPST研究会 賛助会員制度のご紹介

##### 1. 目的

PPST研究会活動の理念に賛同する全国の精神科病院・クリニック・大学等の先生方にご加入いただいて、ご一緒にPPST研究会の活動を進めること、そして当協会のブロック幹事になっていただいて地域のセミナーの企画・実施にご協力いただくことが目的です。

##### 2. 賛助会員にお願いする役割と特典

ブロック幹事として地域のセミナーの企画・実施にご協力いただく

ホームページやニューズレター等に病院紹介などの記事をご紹介いただく

PPSTニューズレター（各地のセミナー内容、新情報、病院訪問など）を受取る

貴施設に所属される職員は5人までPPST研究会セミナーへの参加費免除と致します

##### 3. 賛助会員会費

賛助会員（法人） 一口 年2万円

賛助会員（個人） 年1万円

☆お申込は別紙の「賛助会員（法人）」または「賛助会員（個人）」の申込書にご記入の上、  
(株) コンベンションリンクージ内 PPST研究会事務局代行 Tel. 03-3263-8697,  
e-mail: PPST@c-linkage.co.jp にお送りください。  
申込書が届き次第、振込先等を事務局代行からご連絡させていただきます。

# PPST研究会 賛助会員申込書

☆下記の「法人」または「個人」の該当する方にご記入ください。

## 賛助会員(法人)申込書

入会申込日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

※貴施設名 : \_\_\_\_\_

※代表者お名前 : \_\_\_\_\_

※ご担当者お名前 : \_\_\_\_\_ フリガナ : \_\_\_\_\_

※ご担当者お役職 : \_\_\_\_\_

※貴施設ご住所 : (〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

※TEL : \_\_\_\_\_ ※FAX : \_\_\_\_\_

※ご担当者E-mail : \_\_\_\_\_

年会費 **賛助会員(法人)** 一口 20,000円 申込み口数【 \_\_\_\_\_ 口】

※当研究会ホームページの賛助会員名簿への貴法人名の掲載【希望する 希望しない】

## 賛助会員(個人)申込書

入会申込日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

※お名前 : \_\_\_\_\_

※フリガナ : \_\_\_\_\_

※ご所属施設 : \_\_\_\_\_

※お役職 : \_\_\_\_\_

※貴施設ご住所 : (〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

※TEL : \_\_\_\_\_ ※FAX : \_\_\_\_\_

※E-mail : \_\_\_\_\_

年会費 **賛助会員(個人)** 10,000円

※当研究会ホームページ内の賛助会員名簿へのお名前の掲載【希望する 希望しない】

申込書送付先

〒102-0075 東京都千代田区三番町2 三番町KSビル

株式会社コンベンションリンクージ内

PPST研究会事務局 行

E-mail : ppst@c-linkage.co.jp

Fax : 03-3263-8687