

調症 440.8 日（中央値 378.0 標準偏差 187.6 最小値 135 最大値 755）、気分障害 309.5 日（中央値 308.0 標準偏差 72.8 最小値 223 最大値 399）、その他の疾患 395.3 日（中央値 428.0 標準偏差 212.9 最小値 168 最大値 590）であり、気分障害の入院日数が短かった。（表 7）

対象行為別では、殺人・殺人未遂（最小値 135 日、最大値 731 日）、傷害・傷害未遂（最小値 168 日、最大値 755 日）の範囲が、その他の対象行為と比較して広いことがわかった。しかし、入院日数を平均値、中央値で見るとどの対象行為においてもガイドラインが示す入院期間の 1 年半を下回っていた。（表 8）

### 3. 各治療期の入院日数の関連

回復期と社会復帰期、回復期と全治療期、社会復帰期と全治療期の入院日数を散布図に示した。

回復期と社会復帰期の入院日数を比較すると、回復期の日数がガイドラインの設定した入院期間（9 か月）よりも短い、社会復帰期の入院期間がガイドラインの設定した 6 か月を超える事例が 11 例みられた。その逆に、回復期が 9 か月を超えたにもかかわらず社会復帰期が 6 か月よりも短くなった事例はみられなかった。（図 1）

回復期と全治療期の入院日数を比較すると、回復期の延長に従い当然全入院日数も増加している。しかし、ガイドラインの入院期間と比較すると回復期の入院期間が 9 か月を以下であるものの 1 年半の入院期間を超える事例も 4 例みられた。回復期の入院期間が 9 か月を超えるにもかかわらず入院期間が 1 年半を下回る事例はみられなかった。（図 2）

社会復帰期と全治療期の入院日数を比較すると、社会復帰期の入院期間が延長するにつれて当然全入院日数も増加している。しかし、社会復帰期の入院期間が 6 か月以上と長期化したにもかかわらず、入院期間が 1 年半に満たなかつ

た事例が 6 例みられた。社会復帰期が短いにもかかわらず入院期間が 1 年半を超える事例はみられなかった。（図 3）

## 4. 社会復帰調整の経過

### 1) 初回 CPA 会議の開催

分析対象となったのは 57 例であった。初回 CPA 会議開催までの日数の平均値は 74.1 日（中央値 64.0 標準偏差 58.5 最小値 15 最大値 339）であった。日数別では、30 日以下 11 例（19.3%）、31 日～60 日 17 例（29.8%）、61 日～90 日 13 例（22.8%）、91 日～120 日 10 例（17.6%）、121 日以上 6 例（10.5%）であった。これまでに作成したクリティカルパスでは、初回の CPA 会議を急性期の 5 週～8 週（29 日～56 日）の間に設定していたが、本調査の結果では 1～4 週（1 日～28 日）まで 9 例（15.8%）、5 週～8 週（29 日～56 日）19 例（33.3%）、9 週～12 週（57 日～84 日）11 例（19.3%）、13 週以上（84 日以上）18 例（31.6%）だった。また、急性期段階では初回の CPA 会議が開かれず、回復期に入ってから開かれた事例は 17 例（29.8%）だった。

診断別で見ると、統合失調症では最小値が 15、最大値が 339 と範囲が大きい、中央値は 54.0 とパスの設定内であった。（表 9）

対象行為別では、強姦・強制わいせつ（中央値 97.0）、放火・放火未遂（中央値 70.5）の対象者の初回 CPA 会議の開催時期が遅れる傾向がみられた。（表 10）

### 2) 退院地の決定

分析対象となったのは 43 例であった。回復期移行から退院地決定までの日数の平均値は 86.6 日（中央値 70.0 標準偏差 141.7 最小値 -181 最大値 584）であった。日数別では、0 日以下 10 例（23.3%）、1 日～90 日以下 17 例（39.5%）、91 日～180 日は 7 例（16.3%）、181 日～270 日は 6 例（14.0%）、271 日～360 日は 1 例（2.3%）、391 日以上は 2 例（4.6%）であ

った。これまでに作成した回復期クリティカルパスでは、退院地の決定を回復期移行後 13 週～24 週（85 日～168 日）で設定していたが、本調査の結果では 12 週以下（84 日以下）27 例（62.8%）、13 週～24 週内（85 日～168 日）7 例（16.3%）、25 週以上（167 日以上）9 例（20.9%）であった。また、急性期の段階（0 日以下）で退院地が決定する場合も 10 例（23.3%）いたが、逆に社会復帰期に入ってから退院地が決定した事例も 12 例（27.9%）あった。

診断別では、気分障害の中央値が 32.0 であり比較的早期に退院地の調整がなされていることが示唆された。（表 11）

対象行為別では、傷害・傷害致死（中央値 37.0）、強姦・強制わいせつ（中央値 28.0）の事例が比較的早期に退院地の調整がされていた。（表 12）

### 3) 通院医療機関の決定

分析対象となったのは 28 例であった。回復期移行から通院医療機関決定までの日数の平均値は 158.3 日（中央値 138.0 標準偏差 163.6 最小値-86 最大値 584）であった。日数別では、0 日以下 4 例（14.3%）、1 日～90 日以下 6 例（21.4%）、91 日～180 日は 9 例（32.2%）、181 日～270 日は 3 例（10.7%）、271 日～360 日は 2 例（7.1%）、391 日以上は 4 例（14.3%）であった。これまでに作成している回復期クリティカルパスでは、退院後の通院医療機関の決定を回復期移行後 25 週～36 週内（169 日～252 日）で設定していたが、本調査の結果では 24 週以下（168 日以下）19 例（67.9%）、25 週～36 週内（169 日～252 日）2 例（7.1%）、37 週以上（253 日以上）7 例（25.0%）であった。通院医療機関が急性期の段階で決定したり、回復期でも早い段階で決定したりする事例もあった反面、社会復帰期に移行してから通院医療機関が決定している事例も 18 例（64.3%）みられた。

診断別では、気分障害（中央値 45.5）が、比較的早期に退院地の調整がなされていた。（表 13）

対象行為別では、殺人・殺人未遂の中央値が 164.0 であり、その他の対象行為の事例よりも経過が長くなる傾向がうかがえたが、これまで作成したクリティカルパスの設定範囲内であった。（表 14）

### 4) 院外外出

分析対象となったのは 50 例であった。回復期移行から初回院外外出実施までの日数の平均値は 79.8 日（中央値 67.5 標準偏差 57.1 最小値 6 最大値 293）であった。日数別では、1 日～90 日以下 34 例（68.0%）、91 日～180 日は 14 例（28.0%）、181 日～270 日は 1 例（2.0%）、271 日～360 日は 1 例（2.0%）、391 日以上は 0 例であった。これまでに作成している回復期クリティカルパスでは、初回の院外外出の実施を回復期移行後 13 週～16 週内（85 日～112 日）で設定していたが、本調査の結果では 12 週以下（84 日以下）32 例（34.0%）、13 週～16 週内（85 日～112 日）8 例（16.0%）、17 週以上（113 日以上）10 例（20.0%）であった。これまでのクリティカルパスの設定よりも短期間で院外外出を実施する事例が多いが、一方で最大値が 293 日と院外外出の実施までに 10 カ月近くかかる事例もみられた。

診断別では、統合失調症は最小値 6、最大値 293 と差が大きいが、中央値では 71.5 と既存のクリティカルパスの設定範囲よりも短い期間での実施であった。気分障害の中央値が 33.5 であり、回復期に移行後早期に院外外出が実施されていた。（表 15）

対象行為別では、殺人・殺人未遂の最小値 14、最大値 293、放火・放火未遂の最小値 6、最大値 258 と範囲が大きかった。分析対象例が 2 例と少ない強盗・強盗未遂を除いては、対象行為別の大きな差はなく、平均値、中央値ともに既存のクリティカルパスの設定よりも短かった。

(表 16)

#### 5) 外泊

分析対象となったのは 35 例であった。社会復帰期移行から外泊実施までの日数における全体の平均値は 96.1 日 (中央値 78.0 標準偏差 75.9 最小値 1 最大値 374) であった。日数別では、1 日～60 日以下 13 例 (37.1%)、61 日～120 日は 13 例 (37.1%)、121 日～180 日は 5 例 (14.3%)、181 日～240 日は 1 例 (2.9%)、241 日以上は 3 例 (8.6%) であった。これまでに作成している社会復帰期クリティカルパスでは、外泊の実施を社会復帰期移行後 9 週～12 週内 (57 日～84 日) で設定していた。本調査の結果では 8 週以下 (56 日以下) 13 例 (37.1%)、9 週～12 週内 (57 日～84 日) 7 例 (20.0%)、13 週以上 (85 日以上) 15 例 (42.9%) であった。社会復帰期の移行に合わせてすぐに外泊を実施する場合もみられたが、一方で最大値が 374 日と外泊の実施までに 1 年近くかかる事例もみられた。

診断別では、統合失調症は最小値 1、最大値 374 と範囲が大きい、中央値では 84.0 とほぼこれまでのクリティカルパスの設定範囲内であった。気分障害の中央値が 47.0 であり、比較的早期に外泊が実施されていることが示唆された。

(表 17)

対象行為別では、放火・放火未遂の中央値が 48.0 と他の対象行為に比較して低く、早期に外泊が行われていた。(表 18)

## D. 考察

### 1. 各治療期の入院期間の設定に関して

急性期については、診断や対象行為による入院期間の大きな差異はなく、おおむね 3 か月から 4 か月で回復期に移行していた。4 か月での移行も多かったのは、対象者の状態による治療の遅れよりも、治療期の移行に関する決定プロセスによる影響が大きいと考えられる。治療期の移行の決定は病棟スタッフだけの決定ではな

く、施設管理者を含めた運営会議の承認により決定される。運営会議は月 1 回の開催であることから、開催時期のタイミングを逃すことで、急性期の入院日数の延長に与える影響が大きくなってしまふ。そこで、急性期では入院時より治療期の移行を検討する運営会議の開催時期をクリティカルパスの中で予め想定し、それに向けて段階的に治療と評価を進めていくことが重要であると考えられる。本調査の結果からは急性期の入院日数については、診断名や対象行為による差異はみられなかったが、今後はバリエーションの分析を重ね、介入項目の内容や介入時期に生じる差異の特徴について分析していくことも必要であると考えられる。

回復期の治療期間については、ガイドラインに示された期間よりも短いことがこれまでに報告されているが、本調査でも同様の結果が得られた。回復期のアウトカムは「自分の病気や症状を客観的にとらえ、病識を深めることができる」「自分の病気と他害行為とのつながりについて考えることができる」など病識の獲得に加え、病気と他害行為の関連について一定の理解を得ることである。回復期の短縮化の背景には、入院当初から綿密な入院オリエンテーションや疾患教育などを行うことで、回復期でのアウトカムがスムーズに達成されていることが考えられる。

また、今回の調査では、特に気分障害の診断グループの回復期入院期間の短期化が特徴的であった。気分障害の回復期が短いのは、思路や思考内容の障害が少なく、自己の病気について理解しやすいという疾患特性の現われと考えられる。

クリティカルパスは「1 つの診断グループの約 70% の患者を対象とするケアプログラム文書」であると言われている。ガイドラインで示されているクリティカルパスは、適応基準・除外基準がまだ明確にはなっておらず、診断等のグループによる分別もない。そのため、今後は

まず気分障害の診断グループを対象としたクリティカルパスの作成を試みる必要があると考える。

社会復帰期の入院期間は、比較的早期に退院した対象者が多かったにもかかわらず、長引く傾向がみられた。回復期に比べ社会復帰期の入院期間が延長される背景には、通院機関の選定や地域生活を支える支援体制の確立など、社会復帰に向けた環境調整の遅れが考えられる。今後、開設後当初から入院している長期入院の対象者が退院すると、社会復帰期の入院期間は統計上さらに延長することが予想される。

社会復帰期では、特に、その他の疾患グループの入院期間が延長していることが特徴的であった。その他の疾患グループの中には、精神遅滞や物質依存が含まれているが、これらの対象者では症状の改善に時間がかかったり、病状の変動がみられるなど疾病のコントロールに困難が生じている場合がある。また、社会復帰後の対象行為と同様の行為を防ぐために、多くのサポートが必要となる対象者も多い。このような状況が退院に向けた社会環境調整の困難さを生み、治療期間が延長することにつながると推察される。

ガイドラインで示された治療期間は、要入院とされる対象者数の推定数値と指定入院医療機関の病床数とのバランスから試算されたものであることを否めない。本調査では調査対象者数がまだ少ないが、今後は調査を全国の指定入院医療機関に広げて、あくまで医療上の観点から入院期間の妥当性を検討し、ガイドラインに示す入院期間やそれに基づくクリティカルパスについて再検討していくことが求められる。

## 2. 社会復帰調整に関して

本研究では社会復帰調整に関する介入項目・アウトカムとして、「初回 CPA 会議の実施」「退院地の決定」「通院医療機関の決定」「院外外出の実施」「外泊の実施」についてその時期を調査した。診断名による特徴としては、気分障害の

診断グループの院外外出や外泊の実施が、これまでに作成したクリティカルパスの設定よりも早期に実施されていた。現段階ではまだ事例数が少ないものの、気分障害の対象者のクリティカルパスの作成を検討する中で、入院期間とともに社会復帰調整の介入時期についても再考する必要があることが明らかになった。また、対象行為ごとの分析では目立った差異はなかったが、今後は調査対象者数を増やしながらか、対象行為による社会復帰調整の差異についても検討していく必要がある。

回復期と社会復帰期の入院期間の分布図からは、回復期と社会復帰期のどちらの入院期間も短い群、回復期と社会復帰期のどちらの入院期間も長い群の存在がみられた。前者は「病状安定・社会復帰調整非困難群」、後者は「病状不安定・社会復帰調整困難群」としてとらえることができる。その一方で、回復期の入院期間が短い社会復帰期の入院期間が延長している群（「病状安定・社会復帰調整困難群」）も存在していた。

医療観察法が施行された初期の段階では、指定入院医療機関の病床数が少ないことから、病状の回復と内省に関して大きな問題がなければ、早期に社会復帰期に移行し外泊などの退院準備を進めていこうとする傾向があったように思われる。確かに医療観察法では病状の回復だけでなく、社会復帰に関する支援体制を十分に整えておくことも課題とされている。しかし、医療観察法の対象者は他害行為の存在やその事件性から、家族や地域住民、地域の医療福祉関係者の受け入れが困難になる場合も多い。従って、社会復帰に向けた退院支援体制の整備は、社会復帰期になってから始めるのではなく回復期から取り組んでいなければならない。回復期クリティカルパスの後期のアウトカムで設定しているような、退院先への外出やケア会議への参加を通して、退院に向けた現実的な課題や目標の確認が回復期の段階で必要であると考えられる。安易

に回復期を短縮していくことは、その後の社会復帰調整の遅れを生み出し、結果的に社会復帰期での入院期間を長期化させることにもつながりかねない。

医療観察法が施行されて3年目を迎えるが、指定入院医療機関は当初の計画通りには整備されておらず、入院病床が十分に確保されていない状態が続いている。このような状態では、できるだけ早期に社会復帰期に移行させ、退院に向けての調整を図ろうとする傾向が今後も続く恐れがある。しかし、回復期を急ぎ過ぎず、回復期の段階で退院地への外出を体験し、家族、通院医療機関スタッフや地域支援者らと交流をもつ中で、退院先の生活状況を想定しながら社会復帰に向けた自己の課題を整理することが求められる。

回復期の段階で、このような社会復帰準備を行うことは、単に退院に向けての調整を行うことではなく、対象行為に対する内省を深めるきっかけにもなりうると考えられる。自分が退院することに対しての周囲の人たちからの思いも受け止め、現実的な課題に直面することで、対象者は自らの対象行為に向き合うことを余儀なくされる。このような心理的な負荷により、病状の再燃や変動を体験することになるかもしれない。しかし、これも後ろ向きの体験ではなく、むしろ病状の変動に対してコントロールする術を回復期の段階で学ぶきっかけともなるのではないか。このようなことから、社会復帰調整に関して回復期の段階から意識して取り組むことができるように、社会復帰調整に関する介入項目とアウトカムを整理し、回復期・社会復帰期のクリティカルパスを改訂していく必要があると考える。

## E. 結論

本研究から、医療観察法のクリティカルパス作成に向けて以下のことが示唆された。

1. 気分障害の診断グループは、回復期、社会復帰期の入院期間や社会復帰調整に関する介入時期が短い傾向にあったことから、気分障害の診断グループのクリティカルパスを新たに作成していく必要がある。
2. 対象行為別では入院期間や介入時期の大きな差異はみられなかったため、現段階では対象行為別によるクリティカルパスの作成は急務とはいえない。
3. 回復期と社会復帰期の長さの比較によって、回復期から社会復帰期にかけての治療経過を「病状安定・社会復帰調整非困難群」「病状安定・社会復帰調整困難群」「病状不安定・社会復帰調整困難群」に分類できる。
4. 回復期の段階から社会復帰調整に意識的に取り組めるように、これまでのクリティカルパスの社会復帰調整に関する介入項目とアウトカムを整理することが求められる。

表 1 急性期の診断別入院日数

診断名	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
統合失調症	44	93.5	87.5	39.4	25	227
気分障害	4	83.3	88.5	13.1	64	92
その他	6	86.7	78.5	34.9	40	139
全体	54	92.0	86.0	37.3	25	227

表 2 急性期の対象行為別入院日数

対象行為	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
殺人・殺人未遂	22	88.7	87.5	43.1	25	225
傷害・傷害致死	13	92.3	89.0	26.8	48	139
放火・放火未遂	12	97.2	85.0	43.4	51	227
強姦・強制わいせつ	5	97.2	113.0	25.7	57	117
強盗・強盗未遂	2	81.5	81.5	44.5	50	113
全体	54	92.0	86.0	37.3	25	227

表 3 回復期の診断別入院日数

診断名	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
統合失調症	29	180.8	176.0	111.3	0	400
気分障害	4	74.8	75.0	20.5	56	93
その他	3	49.7	27.0	63.1	0	121
全体	36	158.1	125.0	111.4	0	400

表 4 回復期の対象行為別入院日数

対象行為	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
殺人・殺人未遂	14	166.2	122.0	117.3	27	400
傷害・傷害致死	11	140.0	111.0	97.9	0	304
放火・放火未遂	4	152.0	106.5	173.4	0	394
強姦・強制わいせつ	5	168.8	148.0	117.7	27	302
強盗・強盗未遂	2	186.0	186.0	83.4	127	245
全体	36	158.1	125.0	111.4	0	400

表 5 社会復帰期の診断別入院日数

診断名	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
統合失調症	21	209.5	189.0	92.5	82	394
気分障害	4	153.5	158.0	62.6	75	223
その他	4	267.8	271.0	144.8	98	431
全体	29	209.8	189.0	98.6	75	431

表 6 社会復帰期の対象行為別入院日数

対象行為	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
殺人・殺人未遂	10	201.1	168.0	107.9	85	431
傷害・傷害致死	10	238.9	237.5	94.3	98	364
放火・放火未遂	5	139.4	141.0	61.0	75	210
強姦・強制わいせつ	3	197.7	223.0	43.9	147	223
強盗・強盗未遂	1	394.0				
全体	29	209.8	189.0	98.6	75	431

表 7 全治療の診断別入院日数

診断名	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
統合失調症	19	440.8	378.0	187.6	135	755
気分障害	4	309.5	308.0	72.8	223	399
その他	3	395.3	428.0	212.9	168	590
全体	26	415.3	377.0	178.7	135	755

表 8 全治療期の対象行為別入院日数

対象行為	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
殺人・殺人未遂	10	406.9	340.5	199.8	135	731
傷害・傷害致死	9	440.2	428.0	170.2	168	755
放火・放火未遂	3	303.0	308.0	77.6	223	378
強姦・強制わいせつ	3	370.0	399.0	129.0	229	482
強盗・強盗未遂	1	750.0				
全体	26	415.3	377.0	178.7	135	755

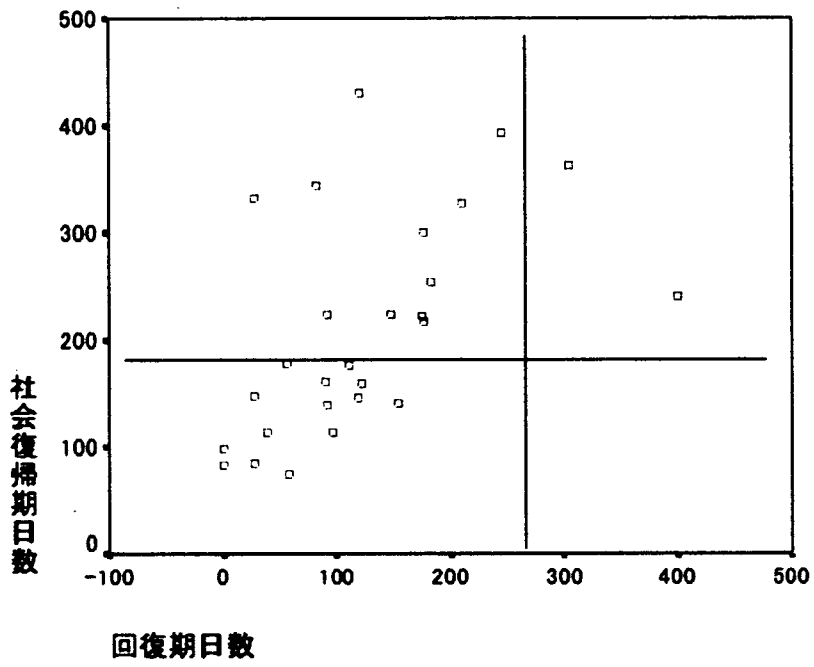


図 1 回復期と社会復帰期の入院日数の散布図

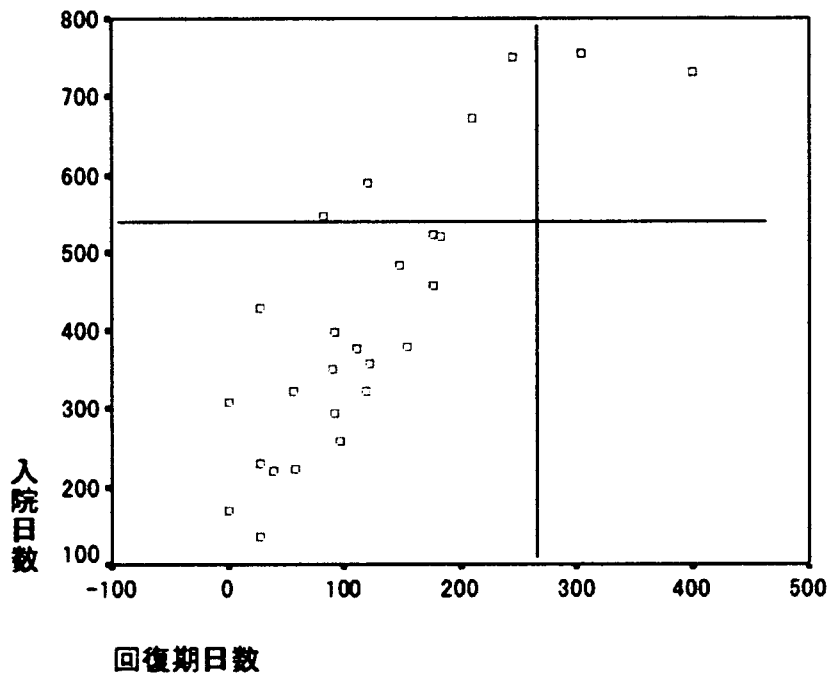


図 2 回復期と全入院日数の散布図



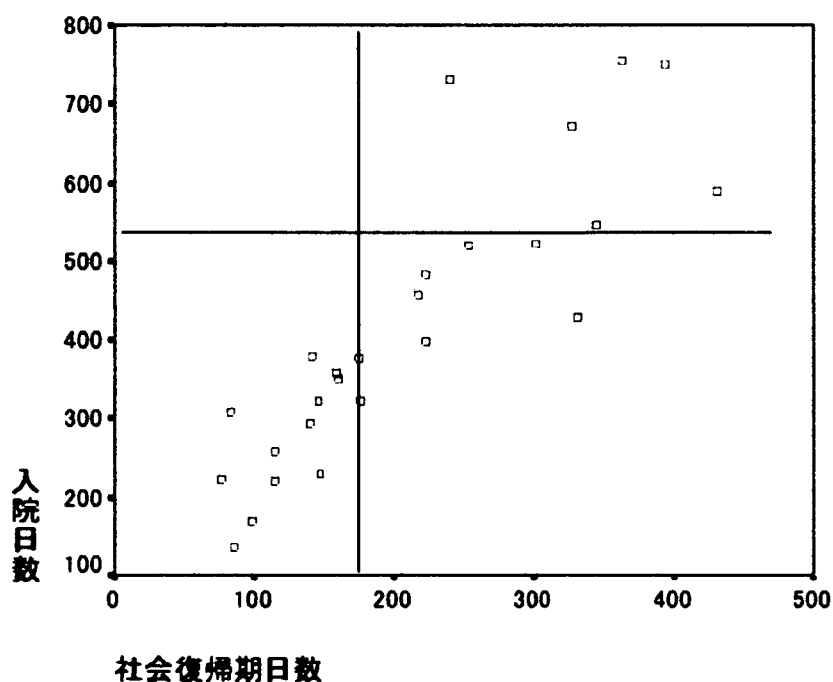


図3 社会復帰期と全入院日数の散布図

表9 入院から初回 CPA 会議までの日数 (診断別)

診断名	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
統合失調症	46	76.2	54.0	62.9	15	339
気分障害	4	67.3	66.5	36.8	23	113
その他	7	64.3	77.0	37.0	22	109
全体	57	74.1	64.0	58.5	15	339

表10 入院から初回 CPA 会議までの日数 (対象行為別)

対象行為	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
殺人・殺人未遂	21	69.4	44.0	55.3	15	249
傷害・傷害致死	15	56.7	50.0	40.4	15	171
放火・放火未遂	14	93.5	70.5	81.4	23	339
強姦・強制わいせつ	5	73.8	97.0	40.3	24	113
強盗・強盗未遂	2	120.5	120.5	20.5	106	135
全体	57	74.1	64.0	58.5	15	339

表 11 回復期移行から退院地決定までの日数（診断別）

診断名	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
統合失調症	36	87.2	70.5	147.0	-181	584
気分障害	4	102.3	32.0	161.9	1	344
その他	3	58.0	76.0	49.5	2	96
全体	43	86.6	70.0	141.7	-181	584

表 12 回復期移行から退院地決定までの日数（対象行為別）

対象行為	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
殺人・殺人未遂	16	90.8	86.5	118.5	-140	344
傷害・傷害致死	12	72.3	37.0	134.8	-76	425
放火・放火未遂	8	73.3	64.0	140.1	-181	259
強姦・強制わいせつ	5	17.0	28.0	63.3	-75	76
強盗・強盗未遂	2	366.0	366.0	308.3	148	584
全体	43	86.6	70.0	141.7	-181	584

表 13 回復期移行から通院医療機関決定までの日数（診断別）

診断名	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
統合失調症	21	178.8	148.0	167.2	-86	584
気分障害	4	47.5	45.5	102.6	-68	167
その他	3	162.7	110.0	192.5	2	376
全体	28	158.3	138.0	163.6	-86	584

表 14 回復期移行から通院医療機関決定までの日数（対象行為別）

対象行為	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
殺人・殺人未遂	10	204.1	164.0	135.9	-14	400
傷害・傷害致死	9	129.1	131.0	130.5	1	425
放火・放火未遂	3	34	-68	192.5	-86	256
強姦・強制わいせつ	4	99.0	80.5	158.8	-75	310
強盗・強盗未遂	2	366.0	366.0	308.3	148	584
全体	28	158.3	138.0	163.6	-86	584

表 15 回復期移行から初回院外外出までの日数 (診断別)

診断名	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
統合失調症	40	86.4	71.5	58.1	6	293
気分障害	4	39.8	33.5	27.3	14	78
その他	6	63.0	41.5	56.8	9	140
全体	50	79.8	67.5	57.1	6	293

表 16 回復期移行から初回院外外出までの日数 (対象行為別)

対象行為	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
殺人・殺人未遂	18	85.3	71.5	64.2	14	293
傷害・傷害致死	15	70.5	64.0	44.0	9	173
放火・放火未遂	10	79.0	62.5	69.7	6	258
強姦・強制わいせつ	5	79.2	78.0	44.8	30	134
強盗・強盗未遂	2	106.5	106.5	88.4	44	169
全体	50	79.8	67.5	57.1	6	293

表 17 社会復帰期移行から初回外泊までの日数 (診断別)

診断名	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
統合失調症	27	99.4	84.0	78.4	1	374
気分障害	4	48.5	47.0	4.4	45	55
その他	4	121.3	98.5	89.4	43	245
全体	35	96.1	78.0	75.9	1	374

表 18 社会復帰期移行から初回外泊までの日数 (対象行為別)

対象行為	対象者数	平均値	中央値	標準偏差	最小値	最大値
殺人・殺人未遂	13	84.5	77.0	57.4	27	250
傷害・傷害致死	10	111.7	101.5	75.7	1	245
放火・放火未遂	5	51.4	48.0	25.5	13	78
強姦・強制わいせつ	5	86.4	76.0	50.3	34	153
強盗・強盗未遂	2	229.0	229.0	205.1	84	374
全体	35	96.1	78.0	75.9	1	374

1) 指定入院医療機関におけるクリティカルパスの作成

1)-2: バリエーション分析による急性期クリティカルパスの  
アウトカムと介入時期の検討

研究者名：○佐藤 恵子 国立精神・神経センター 武蔵病院  
鈴木 久仁子 国立精神・神経センター 武蔵病院  
三本 昌子 国立精神・神経センター 武蔵病院  
大迫 充江 国立精神・神経センター 武蔵病院  
板山 稔 国立精神・神経センター 武蔵病院  
佐藤 るみ子 国立精神・神経センター 武蔵病院

研究要旨：医療観察法による指定入院医療機関におけるクリティカルパスを作成することは、医療の標準化をめざすとともに、専門的医療を確実に効率よく提供し対象者の社会復帰を促進するために重要な課題である。本研究は、これまでに作成された急性期クリティカルパスを使用する中で発生したバリエーションを分析することで、急性期クリティカルパスにおけるアウトカムとケア介入時期の標準化を検討することを目的とする。調査は指定入院医療機関の1施設において、急性期の治療を行った6例を対象として行なった。入院時から急性期クリティカルパスを使用し、発生したバリエーションの内容と発生状況について調査した結果、バリエーションの要因は【医療者】【医療者と対象者】【対象者】【家族】の4つの要因に分類された。また、バリエーションがみられた介入項目の約6割は、医療者の意識や認識に関連して起こっていることが明らかとなった。

**A. 研究目的**

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」において、医療の標準化を目指すことは、専門的医療を確実に効率よく提供する上で重要である。厚生労働省のガイドラインにおいては、クリティカルパスの原案がイメージとして示されている。しかし、これは医療観察法が開始される以前に作成されたものであり、臨床データに基づく継続的な検証が不可欠である。医療の標準化は対象者の疾病の回復や内省の深化、さらには社会復帰を促進させることにもつながるため、クリティカルパスの修正

は重要な課題である。

前年度の本研究班の報告において、筆者らは急性期、回復期、社会復帰期それぞれのクリティカルパスの改訂を試みた。しかし、その内容はそれまでの介入経過を後方視的にまとめたものに過ぎず、実際の運用データを基に入院期間や治療介入時期の標準化を検討するには至っていない。そこで本研究では、急性期クリティカルパスを実際に使用する中で発生したバリエーションを分析することによって、急性期クリティカルパスにおけるアウトカムとケア介入時期の標準化を検討することを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

国立精神・神経センター武蔵病院医療観察法病棟に平成19年10月から平成20年1月まで入院した12名の対象者のうち転入院を除いた6名を対象とした。

### 2. 調査方法

触法精神障害者の看護並びに地域支援の手法に関する研究(平成17年度分担研究報告書)により作成された、改訂版急性期クリティカルパスに一部修正を加えたパスを使用した。バリエーションが発生しているものについて、担当多職種チームからの報告を基にバリエーションの内容、発生状況を調査した。また、調査に当たっては、適宜入院診療録を読み返しデータを補足した。

### 3. 分析方法

発生したバリエーションの内容について、その要因を研究者間で分析し、改善点について検討した。

### 4. 医学的倫理的配慮について

本施設の倫理委員会において承認を得た研究計画書に基づき研究を行った。研究対象者に対して、研究の趣旨、研究方法、分析方法、結果の活用などに関する文書を病棟内に掲示し、自由意志による協力であること、拒否権が保障されていることを知らせた。また対象者が特定されないよう対象者氏名は記号化し調査することを説明した。

## C. 研究結果

### 1. バリエーションの内容

対象者6名に急性期クリティカルパスを使用し、急性期におけるバリエーションの有無と内容を調査した(表1)。バリエーションの内容を介入種別(アウトカム、評価・治療検

討、多職種チーム、検査、身体管理、セルフケア、看護面接、薬物療法、治療プログラム、社会復帰調整、評価尺度の11種)ごとにまとめた。

#### 1) アウトカム

対象者6名中3名以上ができていないと回答したアウトカムは、[医療観察法の処遇開始から終了までの流れを理解できる]、[入院治療の意味が分かる]、[治療の必要性について理解できる]、[病気の特徴を理解できる]、[今後の治療について考えることができる]、[担当スタッフの役割が理解できる]等、対象者に対して理解や思考力を求める内容であった。バリエーションが発生する要因として、対象者の理解力や精神状態の変化、病識の獲得度合いという対象者の要因がみられた。また、回復期に移行後の3ヶ月目に急性期アウトカムが達成できた対象者もいたことから、アウトカムの目標設定が、急性期にしては高いのではないかとの意見が聞かれた。

[食事・休息・睡眠が取れる]、[自傷・他害行為がない]についてはバリエーションの発生はなかった。

#### 2) 評価・治療検討

バリエーションが発生した介入項目は、入院後2週間で行うことになっている[シナリオ・モニタリング]の作成であった。[月評価(共通評価項目)]に関しては、毎月の評価は行っているものの、共通評価項目の見直しについては6名全員が行えていなかった。また、入院後2週間で行うことになっている[治療計画]の作成が行えていなかった者が1名いたが、その他の介入項目はすべての対象者に実施されていた。

#### 3) 多職種チーム

多職種チーム（以下、MDT）会議は、週1回開催される治療評価会議の前に、担当MDTで対象者の状態把握と評価のために行われる。調査結果では、入院1週目と回復期ステージ移行前のMDT会議は開催されているが、2週目以降毎週開催している対象者はなかった。

#### 4) 検査

脳波、頭部CTは鑑定入院中にも実施されていることが多く、異常所見がない場合には指定入院医療機関では実施しない場合もあった。今回バリアンスには含めなかったが、放射線科、臨床生理検査科の予約状況により時期が数週前後して実施されているものもあった。

#### 5) 身体管理

入院時の身長、体重、バイタルサインの測定観察と、毎日の体温、脈拍測定、週1回の体重測定については、バリアンスの発生はなかった。

#### 6) セルフケア

活動、対人交流の介入は1名に実施されなかった。対象者の精神状態から、看護師が活動や他者との交流よりも安静と休養を優先するとの判断を行っていた。

#### 7) 看護面接

入院1週目に〔オリエンテーション内容の確認と補完〕、〔治療説明の内容確認と補完〕の介入は1名に実施できていなかった。対象者の病状が悪化し、担当看護師の判断で介入時期を延期したためであった。

#### 8) 薬物療法

処方確認、服薬説明、定期的な与薬、副作用の観察などについては、バリアンスの発生はなかった。

#### 9) 治療プログラム

活動プログラムの参加を促す介入は2名に実施されなかった。バリアンス発生の背景として、対象者の病状悪化と対象者の状態から医療者が休息を優先したことがあった。

服薬心理教育のステップ1（入院治療について）の参加介入はすべての対象者に実施されていた。しかし、ステップ2（病気との付き合い方）への参加介入は、対象者の病状が悪化したこと、ステップ1の復習に時間を要したことから、クリティカルパスに設定された時期に実施が間に合わない対象者がいた。

#### 10) 社会復帰調整

面会に関しては、キーパーソンの面会が入院2週目までにあつた者が1名であった。面会が行えなかった状況には、キーパーソンが遠方に居住している（3名）、対象者への関わりに消極的である（3名）、高齢かつ病気である（1名）、4週目にCPA会議で面会を行った（1名）という状況があつた。

社会復帰調整官の面会は、入院4週目までに2名にあり、開催されたCPA会議で面会を行っていた。社会復帰調整官の面会が行われなかった4名のうち、2名は5～6週目に開催された初回CPA会議開催の際に面会が実施された。8週目までに初回CPA会議が実施されなかったのは3名で、家族が対象者の関わりに消極的で調整に時間がかかったためであった。1名は地域関係機関や家族の調整に時間を要し、入院4ヶ月目に初回CPA会議が開催されていた。また、これ以前に院外外出で保護観察所への訪問を行っているというケースや、会議には社会復帰調整官の出席のみで家族は欠席しているケースもあつた。

## 11) 評価尺度

評価尺度は対象者の自記式による SECL (自己効力感に関する尺度)、QOL (生活満足度スケール)、KIDI (服薬知識に関する尺度)、DAI-30 (服薬に対するイメージに関する尺度) と、看護師が客観的観察に基づき記入する BSI (行動に関する尺度) の5つがあり、3ヶ月ごとに実施することになっている。入院2週目までに BSI は1名に実施されていなかった。12週目では5つの評価尺度が2名に実施されなかった。

### 2. バリエーションの発生要因の聞き取り

クリティカルパスに記載されている介入項目のうち未実施の項目について、プライマリーナースまたはアソシエートナース (以下、担当看護師) に、実施できなかった背景について聞き取りを行い、バリエーションの発生要因を検討した (表2)。担当看護師への聞き取りの結果として以下のような意見が聞かれた。

#### 1) アウトカムに関する要因

##### ①対象者の病状や理解力に関すること

- ・ 対象者の疾患や法律の理解がスタッフの望む水準に達していない。
- ・ アルコール精神病性障害により、説明に対する理解力が低い。
- ・ 担当スタッフの役割、入院治療の意味などの理解が不十分であった。精神科に初めて入院する対象者は、関係職種とその役割を理解するのに時間がかかる。(実際の関わりの中で理解していくことが多いのではないかと)
- ・ 「半年くらいで退院できる」と思っている (これまでは症状が改善すれば退院できた)、対象行為の振り返りが出来ない (これまでは対象行為にはむしろ触れ

ていなかった)、危険物預かりの必要性を理解できない。

- ・ 対象者の理解力が低い。
- ・ 病気の知識は疾病教育で習得したが、それを自己の病気として認識するまでには至っていない。
- ・ 対象者の精神状態が不安定である。

##### ②アウトカムと対象者の状態の差異に関すること

- ・ 治療や疾病の理解に関してのアウトカムの内容は、全般的に回復期でもよいのではないかと思う。(治療ステージの目標との兼ね合いはどうか)
- ・ 3か月目で1~8週目のアウトカムが達成できた。
- ・ 担当スタッフの役割理解、入院治療の意味は1~2週遅れて達成できた。
- ・ 6名中4人がアウトカムをすべては達成していないが3ヶ月経過前に回復期ステージに移行した。(オリエンテーションの急性期目標とアウトカムとの整合性はどうか)

#### 2) 評価・治療検討に関する要因

シナリオ・モニタリングは、共通評価項目による評価をもとに、対象者の退院後のリスクを高める要因について検討し、それに対するマネジメントプランを策定するものである。シナリオの内容は、以下の5つの視点から構成されている。

- 1) 性質：どのような種類の問題が起こるか?
- 2) 深刻さ：どのくらい深刻な問題が起こるか?
- 3) 頻度：どのくらい頻繁に起こるか?
- 4) 切迫度：どのくらい切迫しているか?
- 5) 蓋然性：問題が起こる可能性はどのくら

いか？

治療計画は入院までの情報や入院後の経過から、担当多職種チームで話し合い作成するもので、対象者のニーズおよび治療課題、治療目標、介入計画から構成されている。

#### ①シナリオ・モニタリングの作成について

- ・入院して間もない時期には過去から現在における精神状態の把握が優先され、退院後の生活における危険行為を予測するのは困難である。
- ・入院中のリスク評価が出来ていない時期に、退院後のシナリオを作成はするのは難しい。
- ・症状悪化の引き金パターン化していない対象者は、シナリオを作成しづらい。
- ・入院生活を通して社会生活の中での引き金は見つけにくい。
- ・現在の病状を把握することが優先され、退院後のシナリオ作成までは出来なかった。
- ・診療支援システムのどこにあるかも把握されていない。
- ・シナリオ、モニタリング、治療計画については、今は実施しない方向であると認識している。

#### ②治療計画について

- ・病状の観察と把握、それに基づく評価をしている段階で、治療計画を作成するまでに至らない。

#### ③月評価（共通評価項目見直し）

- ・毎月の月評価は実施しているが、共通評価項目の見直しは入院継続申請時などに実施している。

#### 3) 多職種チームに関する要因

##### ①スタッフのスケジュール調整が困難

- ・毎週実施するのはスタッフの調整が困難である。
- ・MDT会議は1ヶ月に1回位、もしくは問題発生時に行っている。

##### ②MDT 会議を毎週行うことに関する必要度

- ・MDT全員を集めて話さなければならぬほどの問題が発生しなかった。
- ・毎週は行っていない。またMDT会議を毎週行なう必要性の問題もある。

#### 3. バリエーションの要因分類

バリエーションの要因を類似する内容で分類したところ、【医療者】、【医療者と対象者】、【対象者】、【家族】の4つの要因に分けられた(表3)。

特徴的なバリエーションの要因と内容は、『看護師の認識：看護面接、評価尺度』、『医療チームの調整：多職種チーム』、『医療者の認識：評価・治療検討、多職種チーム』、『対象者の病状：アウトカム』などでその関連がみられ、医療者の影響によるものが多かった。

また、対象者がバリエーションの要因になった種別は、全てのアウトカムとセルフケアの一部にみられ、家族がバリエーション要因になった種別は、面会やCPA会議開催の多職種チームと社会復帰調整の一部のみであった。その他のバリエーションの要因は、社会復帰調整官を含む医療者が関連していて、バリエーションがみられた46の介入項目のうち、30の介入項目が医療者との関連によるものであった。

#### D. 考察

クリティカルパスは「1つの診断グループの約70%の対象者を対象とするケアプロ



グラム文書」<sup>1)</sup>と定義づけられている。今回は調査対象者が6名と少なかったが、アウトカムと介入項目の妥当性、バリエーションの要因について考察する。

### 1. アウトカム

急性期のアウトカムでは医療観察法を理解したり、治療の意味や必要性、病気の特徴を理解するなど対象者自身が考えたり、理解する必要のある内容についてバリエーションの発生が高いことが特徴的であった。医療観察法の理解が困難なことについては、この法律が新しく制定された法律である影響が大きいと考えられる。医療観察法では、入退院の決定を医師ではなく裁判所が行い、退院に際しては対象者が同様の他害行為を起こすことなく安定した社会生活を維持できることが条件となっている。これらのことは、病状回復が退院の主な目安となっていたこれまでの入院医療と大きく異なる点である。精神保健福祉法のもとで入退院を繰り返してきた対象者にとっても、医療観察法病棟では初めて体験することが多い。そのため、急性期クリティカルパスに設定された入院1週目に「医療観察法の流れを理解する」ことは、対象者の多くは困難を感じると考えられる。医療観察法に関連した一連の流れを理解することは対象者が自分の置かれた状況を知る上で大切なことではあるが、説明された内容を整理し理解するまでには、ある程度の時間が必要と思われる。精神保健福祉士によって週1回開催される社会復帰講座や月1回開催される権利擁護講座への参加、対象者間での情報共有、看護師からの丁寧な説明の繰り返しなど、対象者が徐々に理解を深めていくかわりが重要であると考えられる。

また、治療の意味や必要性についての理解が困難であることについては、対象者の理解力と病職欠如が要因にあるとも考えられる。対象者の中には治療に意義を見出せず不満を抱いたり、自分には医療観察法は適当でないと訴える対象者もいる。実際にこれまで抗告や退院請求の手続きを行った対象者も複数いた。〔治療の必要性について理解できる〕に半数のバリエーションが生じていた結果からわかるように、急性期の段階では自分の精神疾患を理解しようという姿勢はあっても、十分に理解する水準には到達できていないことが多い。さらに、対象者の中には急性期アウトカムを達成していても回復期ステージへ移行していた例もあった。複数の看護師からは「急性期クリティカルパスのアウトカムの目標設定が高いのではないか」との意見も聞かれた。アウトカムについては、その内容と表現を吟味するとともに、解釈について統一させていくことが重要であると考えられる。

また、医療観察法における入院処遇の目標・理念のひとつには「ノーマライゼーションの観点も踏まえた入院対象者の社会復帰の早期実現」がある。医療者には対象者の社会復帰の早期実現に向けて、対象者が入院した時から退院後の生活を見据えた介入が求められている。しかし、1週間目および2週間目のアウトカムのバリエーションからも考察されるように、入院2週間目の対象者は、これまでの精神保健福祉法とは異なる法律での入院形式の理解や、入院と治療の目的を理解することが困難で、入院生活に慣れたと話すことも十分とはいえない時期にあると考えられる。

ガイドラインでは急性期の治療目標を

「治療への動機づけの確認」とし、また急性期オリエンテーションでは「病気・治療について考える」としている。このような、ガイドラインとクリティカルパスのアウトカムの表現との間にある微妙なニュアンスの相違が、バリエーションの発生の背景にあると考えられる。ガイドラインやオリエンテーションとの整合性について吟味し、アウトカム達成時期や理解についての度合い・表記内容、医療者の解釈等についてさらに検討する必要があると考える。

## 2. 評価・治療検討

医療観察法の入院処遇では、社会復帰の早期実現が求められている。入院初期の段階で、退院後の生活を想定してシナリオ・モニタリングを作成することも退院後の生活を考える上で必要であろうが、その内容が漠然としたものにとどまってしまうことは否めない。調査結果から入院2週間の時期にシナリオ・モニタリングの作成をすることに、多くのスタッフが疑問と困難を感じていることが分かった。入院の目安が18か月間という長い経過であることを考慮すると「退院後の社会生活でのリスクの引き金は見つけづらい」状況があるのが現状である。担当看護師の意見にもあるように、「病状把握が優先され、退院後の生活におけるリスクをこの時点で予測することは困難」で、また、「対象者の病状や生活背景などが把握しきれていない段階では、あらゆるリスクが想定されてしまう」と考えられる。シナリオ・モニタリング作成は、急性期クリティカルパスでは2週目の介入項目として設定されているが、実際の急性期初期の介入は、退院後の生活におけるリスクについて検討することよりも、まずは対象

者の状態把握に重点を置いてよいのではないだろうか。

治療計画については入院前の情報を整理しながら、担当多職種チームが毎日のかかわりを通して必要な介入計画や目標設定を行っている。今調査で治療計画が記録上作成されていなかった対象者も、介入の方向性や具体的かかわりについては検討されていた。今後はクリティカルパスの内容や使用方法を医療者に周知していくとともに、実施している援助を確実に記録に残すことを徹底する必要がある。

毎週の総合評価と治療方針の見直しと毎月の月評価は6名すべてで実施されていたが、逆に毎月の共通評価項目の見直しは6名すべてで未実施であった。共通評価項目の見直しの時期について、ガイドラインには「裁判所への入院継続申請の提出期間に準じる、原則として半年」と記載されている。実際、共通評価項目の見直しは、ステージ変更や6ヶ月毎の入院継続申請時に担当多職種チームで行っている。今回、介入項目の「月評価」に（共通評価項目の見直し）を表記したために、月評価にバリエーションが生じる結果となった。月評価で共通評価項目に沿った評価をしていくことは必要であるものの、共通評価項目の見直しの表記は不要であると考えられる。

## 3. 多職種チーム

MDT会議は、対象者の治療効果を定期的に判定するために週1回開催される治療評価会議の前に行なわれる、担当多職種によるケア会議である。担当多職種チームで対象者の状態把握と評価について話し合い、治療の方向性を確認するために行われるが、医療者だけでなく、適宜対象者本人にも会

議に参加してもらう。入院1週目と回復期ステージへの移行前のMDT会議は、ほとんどの対象者について開催されているが、それ以外の時期のMDT会議は開催されないことも多かった。毎週のMDT会議が実施できていない最大の要因として、担当多職種メンバー6名のスケジュールの調整困難が挙げられる。看護師以外の職種は一人当たりの受け持ち対象者数が多く、毎週全対象者のMDT会議を開催すれば、プログラムの運営など他の業務が滞ることにもなりかねない。また看護師も三交替勤務を行っているため、日勤帯で会議を調整することが困難なことも多い。しかし、チーム全員で話し合わないまでも、対象者の状態の変化について多職種メンバーと情報交換した内容などを主に看護師が週評価として記録の更新を行い、チームで共有できるようにしている。形式的に週1回担当多職種が集まって会議を開催することが重要ではなく、対象者の毎週の様子について担当多職種が情報交換することが重要であると考えられる。

初回のCPA会議は、急性期ステージで開催されている例がほとんどであったが、回復期ステージ移行後に実施された例もあった。初回のCPA会議が遅れた要因としては、社会復帰調整官・家族が遠方であることや、地域関係機関や家族の調整に時間を要することが挙げられる。特に社会復帰調整官は、医療観察法による通院処遇対象者も担当しているため、スケジュールの調整が困難であることが多い。また、社会復帰調整官が遠方で複数の対象者を担当している場合には、それぞれのCPA会議を同時期に合わせて開催することもある。このような背景から、各々の対象者に対しタイムリーに会議

を開催できないことが起こってくる。さらにMDT会議のところでも述べたように、関係スタッフのスケジュール調整が、CPA会議の時期を遅らせる大きな要因になっていると考えられる。

また、家族については、居住地が遠方にあるだけでなく、今回の入院まで対象者と疎遠になっている場合も多い。さらに、対象行為の被害者が家族自身である場合は、対象者との関わりに消極的になったり拒否したりすることも多く、こうした背景が家族との調整困難を生じる要因となっていると考えられる。

#### 4. 検査

脳波、頭部CTは鑑定入院時にも実施されており、実施されなかった3名については鑑定中の検査で異常がみられなかった。また、これらの検査は予約制で行われており、予約状況によってはクリティカルパスに設定された時期に検査が実施されない現状もある。指示が出された検査は確実に実施されているため、予約制の検査については時間枠に幅を持たせることでバリエーションの発生を少なくできると考えられる。

#### 5. 身体管理

日々のバイタルサイン測定及びフローシートの記入については、バリエーションの発生はなかった。これは、介入項目が毎日の看護業務に盛り込まれていることによると考える。

#### 6. セルフケア

日常生活については、基本的な栄養・水分の摂取、清潔、排泄、睡眠・休息や活動、対人交流などについて介入を行っている。入院対象者のほとんどは日常生活動作が自立しており、介助を必要とする対象者の場

合も、入浴や夜間の排泄時に見守りの観察を必要とする程度である。オリエンテーションでも「生活のリズムを整える」「病棟環境に慣れる」が目標となっているように、精神科治療においては睡眠と活動のバランスを整えることや、人間関係を円滑に保つための対人交流が治療の一環として重視されている。しかし、バリエーションが生じたケースのように、精神科入院が初めてで状態が安定しない場合は、ガイドラインの急性期治療目標にもあるように「身体的回復と精神的安定」を図るために、活動よりも安静と休養を優先すべき場合もある。

#### 7. 看護面接

入院時に行われるオリエンテーションの内容は、「医療観察法の説明」、「共同生活を営む上での病棟ルール」、「急性期における治療目標」など多岐にわたる。慣れない環境で落ち着かない対象者にとっては、一度に多くの説明はかえって不安や混乱の増強因子にもなりかねないため、クリティカルパスに設定した時期に介入を行えないことがある。しかし、オリエンテーションの補完なく理解することも困難であり、「精神状態が不安定」「説明に対する理解力が低い」対象者には、状態の回復を待つて実施することや、対象者に合わせて説明の分量や方法を工夫することが重要である。特に理解力が低下している対象者に対しては、看護師が日常生活場面を通してその都度説明を行うことが、〔病棟生活に慣れる〕、〔スタッフに援助を求める〕等のアウトカムの達成にも繋がっていくと考えられる。

急性期の看護計画の見直しはガイドラインでは1週間毎と決められているが、看護計画の評価・修正を毎週実施している例は

少ないという結果となった。しかし、実際は日常のケアを通して折りに触れ看護相談や面接を行い、対象者の状態変化に応じた看護を実践している。また、毎週開催される治療評価会議で報告される週評価の記載は主に看護師が行っており、担当多職種から得られた情報を総括した週毎の対象者情報が記録されている。バリエーションとして発生した背景には、実際に行っている看護を経過記録や治療評価会議記録には残しても、看護計画用紙には記載していないという事情が挙げられる。今後は実際に行っている看護活動を看護計画として展開させ、その経過を記録に残すことを周知させる必要があると考えられる。

#### 8. 薬物療法

治療の基本となる薬物療法に関しては、バリエーションの発生はなかった。看護師は、薬物療法に伴う誤薬等のミスが対象者の状態に直接的かつ重大な影響を及ぼす危険性が高いことを十分に認識していた。医療事故防止の観点からも、薬剤のチェックは薬局から病棟に払い出された時、配薬車にセットする時、対象者に与薬する時にそれぞれ看護師2名で確認を行い、医師の指示通りに確実に与薬を行っている。また、薬剤の効果・副作用に関しては、日々の看護師や多職種による他覚的観察に加え、服薬自己管理を開始した対象者には、副作用や精神症状を自覚的にチェックするセルフモニタリングを毎日継続的に実施している。薬物療法に伴うケアに関しては、このように看護業務と手順の中に確実に組み込まれていることが、バリエーションの発生を防いでいると考えられる。

#### 9. 治療プログラム