

男性、20代、診断名は統合失調症、対象行為は強盗、入院処遇を経て通院処遇となる。・就労歴:高校卒業後、清掃の仕事に就くが1~2ヶ月でやめる。・対象行為についての就労準備プログラムの意義:対象行為は、陽性症状に影響されてのことだったが、その背景にストレスを解消できていない混乱した生活があった。目標が高すぎ、達成感をえられないままの生活であった。プログラムを通じて就労を段階的にステップアップしていく見通しを得、本人が納得する現実の就労生活を継続できるようにすることは、再び同様の対象行為を行わないための基礎となる生活を成立させることになる。・プログラムの実施概要:指定通院医療機関で実施している対象者の自宅への訪問場面で担当の作業療法士が週一回の頻度で実施した。

b 事例 B

男性、20代、診断名は統合失調症、対象行為は傷害、入院処遇を経て通院処遇となる。・就労歴:20代前半に派遣で建築関係の仕事をした。・対象行為と就労準備プログラムとの関連:幻聴に影響されての対象行為や以前の器物破損や家族への暴力行為があった。服薬の維持ができれば、再被害行為へのリスクは軽減される。・プログラムの実施概要:指定通院医療機関のデイケアのプログラムとして担当の精神保健福祉士が1対1で週1回の頻度で実施。

本研究の実施に当たっては、分担研究者の所属する埼玉県立大学に設置された倫理委員会の承認を得た。(受付番号 26037号)

C. 研究結果

1. 「自尊感情尺度」、「日本語版リカバリーアセスメントスケール」、「精神障害者の地域生活に対する自己効力感尺度」にみ

るプログラム実施前後の得点の変化

それぞれの評価結果である数値を下記に実施前→実施後という形式で示す。すべての評価尺度において改善した結果となっている。

「ローゼンバーグ自尊感情尺度」(山本・松井・山成, 1982)

事例 A: 37→43

事例 B: 29→33

「日本語版リカバリーアセスメントスケール」

事例 A: 112→120

事例 B: 73→89

「精神障害者の地域生活に対する自己効力感尺度」

事例 A: 165→166

事例 B: 112→126

2. 対象者の変化とそれを促したと考えられるプログラムの内容

事例 A の場合

変化①「就労に対して具体的、現実的に思考するようになった」(根拠とした事実:実施前には、漠然とした起業したいなどの目標が、最初は障害者枠での就労を目指すことになった。)

変化①を促したプログラムの内容:セッション1にある、目標を段階的に具体的にしていく形式の課題の設定。

変化②「障害者の就労について情報収集の機会になった」(根拠とした事実:「病気のことを人に伝えて働くのは、必ずしも働きやすくなるとは限らない」と発言。福祉的就労について積極的に質問した。)

変化②を促したプログラムの内容:セッション7にある、病気や障害をあきらかにしての就労についてメリットとデメリットを考える課題。

変化③「就労に対して、新しい価値観を見いだすことができた」(根拠とした事実:「仕

事というものは人それぞれなんだ」と発言。障害者枠での就労に納得し「趣味の面で才覚を現したい」と発言。）

変化③を促したプログラムの内容:セッション1「働くってどういうこと?」のなかの仕事の意味、価値、期待についての設問。
変化④就労時に必要なスキルを具体的にイメージできた。(根拠とした事実:通勤時のストレスへの対処として音楽を聴く、リラックスできる自分の時間を持たないときには漫画を読む、職場になじめない心配があるときには挨拶だけでもする、ボーッと相手話を聞けないときには昼休みに仮眠をとる、トイレが近い事はあらかじめ上司に言うておくなどの対処スキルを挙げることができた)

変化④を促したワークブックの内容:セッション4「病気とうまく付き合っていますか?」のなかの4)「あなたが職場で体験すると想定される、引き金と注意サイン、その対処は何ですか?」における課題。

変化⑤セルフモニタリングスキルの向上(根拠とした事実(対象者の発言):a「自分の考えや状態を客観的に見ることが出来た」b「自分はまだパフォーマンスが低いと思っていたが、できていることも結構あるんだな、と思った」c「就職について時々不安になる自分がいることに気づいた」d「意外と長所がたくさん出てきた」e「改めて自分は漫画や本が好きだといとうことがわかった。」f「過小評価は自分を過小な人間にしてしまう気がした」g「自分の中の優しさと向上心、という2つの核を一直線に伸ばして強い直線にしたい」)

変化⑤を促したワークブックの内容:a~gの各発言に対応する内容を列挙する。aは、セッション8「まとめ、自分自身の気持ち・考えを表現する」bは、セッション6「対人関係の心構え」cは、セッション2「働くた

めに必要なこと」dは、セッション1「働くってどういうこと?」eは、セッション1「対人関係の心構え」fは、セッション6「対人関係の心構え」gは、セッション6「対人関係の心構え」。

変化⑥健康維持のための行動を確認、学習出来た。(根拠とした事実(対象者の発言):a「自分は毎日した方がいいことの中に、生産的な活動以外にも食事や睡眠が必要だということがわかった」b「時々すると良いこと、で新しいことにチャレンジすることが、自分にはリラックスにつながるということが分かった」c「日常生活、働くこと、余暇の3つのバランスが大事だということが分かった」

d「工具箱(リスク時の対処方法)を使うには、完全に自分でできるものと、少しだけ周りの理解が必要なものがあると思った。」e「生活をしっかり維持することが仕事を上では重要になってくる。」f「日々の何気ない取り組みを何気なくでは無く、意識して取り組むことで、生活状況や能力が向上していく。それが将来の希望になることが分かった。」

変化⑥を促したワークブックの内容:a~gの各発言に対応する内容を列挙する。aは、セッション5「仕事をするための生活の準備」bは、セッション5「仕事をするための生活の準備」cは、セッション3「働くタイミングと準備」dは、セッション4「病気とうまくつきあっていますか」eは、セッション3「働くタイミングと準備」fは、セッション3「働くタイミングと準備」。

事例Bの場合

変化①対人関係技能の改善(根拠とした事実:終了時に「人と積極的に話せるようになった」との発言あり、また、プログラム開始以前と比較して明らかにスタッフへの質問が増えた。)

変化①を促したプログラムの内容

セッション6の他人から自分をみてもらってそれを振り返る課題。

変化②社会参加への動機の形成(根拠とした事実:「社会にでる勇気がでた」と発言)

変化②を促したプログラムの内容

セッション4とセッション5との自分を振り返って記載する課題。

3. 通院版就労準備プログラムを実施する上で必要だった工夫と追加したアプローチ

事例Aの場合

①就労中の技能使用(般化)の促進のための支援として対象者の自宅への訪問時に、プログラムですでに学習した、就労中の課題への対処方法(変化④)と健康維持のための行動(変化⑥)とについて、現在の状況を振り返りつつ、必要に応じて実際の行動を促す。理由は知的な理解にとどまっている可能性が高いと判断したからである。

②対象者の自宅に訪問しての実施とした。理由は、デイケアのプログラムとしてグループ形成が難しかった。デイケアの雰囲気なかで一人で実施よりも訪問時に実施したほうが対象者の受け入れが良いと考えた。

③マンツーマンでの実施場面で対象者が課題を落ち着いてできるように支援者の視線を外すようにした。

④ワークブックにある課題を対象者が考えやすくするために支援者自身の実生活から、注意サイン、引き金などの実例を提示した。

事例Bの場合

①対象者の知的レベルが低く、理解力が乏しいのでワークブックの内容を要約して反復し、ホワイトボードに書き出し、わかりやすい言葉で説明した。

②集中力が持続しにくいので5分やって休憩するなど必要に応じて休憩を挟んで行った。

③物事への関心が薄いので対象者の関心のある事柄に関連付けてプログラムを進行した。

④対人緊張があるので、プログラム開始時は毎回、対象者へは世間話を5~10分程度行った。

⑤他者からのフィードバックが必要な課題は、デイケアスタッフの協力をえた。

4. 通院版就労準備プログラムの全体としての意義

事例A 担当者の見解

①生活上の症状対処や自己管理について学習していても、就労場面ではどのような対処を行うかについては、あらためて就労を前提とした症状対処や自己管理について具体的に学習し、実施する機会を通して実行可能にしていくというプロセスが必要である。

②就労についての包括的なスキルや情報がひとつにまとめられている、というのは利用価値がある、ディスカッションのプログラムと比較して、ワークブックは、何かの時に開いたり、自分のペースで書くことによって整理を進めていける良さがある。

事例B 担当者の見解

①通院処遇中にこのプログラムを実施することで「就労」という目的をもった処遇終了を迎えられ、医療に繋げる一つのツールとなるのではないかと考える。

②仕事の継続のために使用できる。仕事に就くことを目標とするだけでなく、仕事をどうやって続けて自分らしい人生を送っていけるのか考えられる機会になる。

5. 通院版就労準備プログラムの全体としての工夫

事例A 担当者の見解

①対象者の主体性や意欲を適度に刺激する工夫として、実際の求人票をいくつか提示してのディスカッション、SST(Social

Skills Training)、職場見学、支援施設見学、関連する動画の視聴などが必要。

②就労についてのプログラムをデイケアに開設して、利用者全体の就労についての意識を高めてデイケア全体の雰囲気を変えることが必要。それによってプログラムがより生かせる。

事例 B 担当者の見解

①今回はマンツーマンでの実施であったが、グループで実施できたほうが効果的である。

②対象者の状態をふまえてタイミングを考慮した各種実習の組み入れが効果的である。

D. 考察

就労準備プログラムを入院処遇中に実施した筆者らの研究結果 1)と比較して通院処遇中に実施する場合の大きな特徴はプログラム実施後に実際に就労となる可能性の高さであり、事例 A の報告内容にあるように対象者が学習した内容を実際に進捗しつつある就労生活に結び付けて考え、必要な対処行動をしやすくする支援はプログラムが最終的に目標とする就労の実現とその継続を現実化するうえで、最終段階のアプローチとして不可欠な場合が考えられる。

E. 結論

通院処遇の対象者へ就労準備プログラムを実施する上の工夫として上記 2)にある具体的な多くの工夫をワークブックに加えることが必要である。また、事例に見られた下記の 2 点についてはこれまで多くの関係者が指摘した内容 2)であり、その重要性が改めて浮き彫りになったと考えられる。

①ワークブックを使用しての学習内容を実際の求職活動、職場実習、就労継続などの場面に般化させるための働きかけが不可欠なケースが考えられる。

②通院処遇にあっては、職場実習、見学な

どの体験とプログラムを絡み合わせる工夫が有効であると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

大橋秀行：医療観察法による治療（入院・通院）における作業療法実践と作業療法教育．司法精神医学 2015：10(1)（印刷中）

2. 研究発表

なし

H. 知的財産権の登録・出願状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 参考文献

- 1) 大橋秀行：医療観察法による入院患者に対する就労準備プログラムの臨床的有用性第 2 報．平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 重大な他害行為を起こした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究 平成 24 年度分担研究報告書，2013；161-167.
- 2) 大橋秀行：社会復帰の質の向上を目的とした就労支援プログラムの導入と普及に関する研究．平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合

研究事業 医療観察法対象者の円滑な
社会復帰促進に関する研究 平成 25
年度総括・分担研究報告書, 2014;
109-113.

7. 入院期間の短縮と治療プログラムの効果的实施に関する研究

研究分担者 村杉 謙次

独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究
分担研究報告書

入院期間の短縮と治療プログラムの効果的实施に関する研究

研究分担者 村杉 謙次 独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院

研究要旨：

1. 平成 26 年度においては、平成 25 年度に実施した研究①「全国の指定入院医療機関における治療プログラムのあり方に関するアンケート調査」と研究②「小諸高原病院医療観察法病棟における統合失調症事例の治療プログラムに関するデータ解析」の 2 つの研究結果に基づき、以下の 3 つの研究を実施した。
2. **研究 1：入院期間短縮化要因の検討**：平成 25 年度研究で入院期間の短縮化要因として示唆された『外出泊・CPA 会議の間隔』『プログラムの段階付け』『プログラム間の連動性』『回復期中の病識獲得とクライシスプランの作成』といった項目が、実際に入院期間に影響しているかを確認・検討するため、4 か所の指定入院医療機関（国立病院機構花巻病院、国立精神・神経医療研究センター病院、国立病院機構賀茂精神医療センター、東京都立松沢病院）を訪問し、統合失調症単独診断事例に対する治療内容のデータ解析と多職種間でのディスカッションを実施した。上述の 4 項目は、各施設においても入院期間に影響を及ぼす因子として捉えられているものの、実践の度合いには施設間差があり、その差が入院期間の差（564.3～803.1 日）となっていると考えられた。また、施設の置かれている環境要因も実践度合いに大きく影響を及ぼすことが想定された。
3. **研究 2：入院期間に関する精神保健福祉士の意識調査**：平成 26 年度精神保健福祉士連絡協議会の場で、全国の医療観察法病棟に従事している精神保健福祉士 40 名を対象に、入院期間についての意識を確認するためのアンケート調査を実施した。大半の精神保健福祉士が入院期間を短くしようとする意識や入院時から退院時期や退院時のイメージを見据えて動く意識を共通して持っているものの、入院期間短縮化の具体的な方策を十分に持ち得ていない状況も認められ、入院期間短縮化に向けたクリティカルパスの存在が方策獲得の一助となることが想定された。
4. **研究 3：統合失調症事例に対するクリティカルパス（案）の検討**：平成 25 年度研究・平成 26 年度研究①の結果と厚生労働省の入院処遇ガイドラインにおけるクリティカルパスを参考に統合失調症単独診断事例に対するクリティカルパス（案）を作成し、各時期の短期目標や治療プログラムの内容が適当であるかどうかについて、当該職種を 5

年以上、医療観察法病棟勤務を3年以上経験している多職種の医療観察法病棟従事者を対象にアンケート調査を実施した。各設問に対する評定を、肯定度合いと、職種による評価の違いという観点から検討し、否定的な評定が多い時期や職種間の評定差がある時期を中心に、自由記載欄に記された意見を元に修正を加えた。

5. アンケート調査の結果、社会復帰期は、治療目標や課題が急性期や回復期に比べ明確であると考えられ、急性期・回復期では、目標や課題、導入すべきプログラムに関して、職種間の意識にずれが生じやすく、多職種での治療に困難が生じやすい可能性が示唆された。職種別にみた意見では、臨床心理技術者はプログラムの段階付けの意識が高いこと、作業療法士は一つの作業療法プログラムに多数の目的が内包されていることに付随してプログラム導入時期の意識に個人差があることが想定された。
6. 総合すると、入院期間の短縮化の意識や極力早期にプログラムを導入しようという意識、プログラムの段階付けの意識は共通して存在しているものの、プログラム導入時期の意識については、職種間差や個人差がみられ、入院期間短縮に向けた具体的な方策も十分には共有されていないことが示唆された。
7. 今後の課題としては以下のことが挙げられた。
 - ・ 都市型の施設と地方型の施設の、施設環境に見合ったアプローチ方法を検討する。
 - ・ クリティカルパス（案）・修正版を実際に使用し、入院期間の変化やパスの使用感、多職種間のプログラム導入時期に関する意識の均霑化などの観点での評価を実施し、更なる修正につなげていく。
 - ・ 今回の研究結果が、ガイドラインの見直しや修正のポイントを示唆している可能性もあり、今後の更なる検討の材料とする。

研究協力者（五十音順）

阿部成彰	国立病院機構 小諸高原病院
市川千鶴	〃
瓶田貴和	〃
坂口絵理	〃
竹渕幸子	〃
原田 聡	〃
眞瀬垣実加	〃
横田聡子	〃

研究1 協力施設

国立病院機構花巻病院、国立精神・神経医療研究センター病院、国立病院機構賀茂精神医療センター、東京都立松沢病院

研究2・3 協力施設

調査研究に同意が得られた全国の指定入院医療機関

平成26年度においては、研究1「入院期間短縮化要因の検討」、研究2「入院期間に関する精神保健福祉士の意識調査」および研究3「統合失調症事例に対するクリティカルパス（案）の検討」の3つの研究を実施した。

プライバシーに配慮し、個別の対象者や回答者を特定できる情報は一切収集しなかった。また、研究3における評定差の統計学的解析に関しては、SPSS ver22.0 商標登録を用いて、分散分析と χ^2 検定を実施し、 $p < 0.05$ を有意とした。

これらの研究の実施にあたっては、分担研究者の所属する国立病院機構小諸高原病院（以下 NHO 小諸）に設置された倫理委員会および研究代表者の所属する国立精神・神経医療研究センター病院（以下 NCNP）の倫理委員会の承認を得た。

研究 1：入院期間短縮化要因の検討

A. 研究目的

全国の医療観察法指定入院医療機関において、医療観察法の目的を達成するために、様々な治療プログラムが開発・実施されているが、それらのプログラムの有効性についての検証は不十分であり、プログラムの導入時期に関する明確な指針も得られていない。また、入院期間に関しても、依然、施設間の格差が大きい状況である。これらの前提を踏まえ、医療観察法入院処遇期間の短縮化を促すことを主目的とした入院診療マニュアルを作成することを最終目標に、当研究班では平成 25 年度に、入院期間の短縮化につながるような、治療プログラムの効果的な実施方法について検討するために「全国の指定入院医療機関における治療プログラムのあり方に関するアンケート調査」を実施し、プログラムの内容と入院期間の関連について検討した。併せて、統合失調症事例に対するクリティカルパス（案）を作成するために「小諸高原病院医療観察法病棟における統合失調症事例の治療プログラムに関するデータ解析」も実施した。結果、『外出泊・CPA 会議の間隔』『プログラムの段階付け』『プログラム間の連動性』『回復期中の病識獲得とクライシスプランの作

成』といった項目が、入院期間の短縮化要因として示唆された。特に『外出泊・CPA 会議の間隔』に関しては、外泊・遠距離外出・CPA 会議の間隔が短い施設の方が長い施設に比べ平均入院期間が有意に短くなっており、有力な入院期間の短縮化要因として考えられた。外出泊・CPA 会議の間隔を短くすることで、社会復帰に向けての課題の共有と直面化、般化の機会を、短期的に繰り返し対象者に提供することで、社会への順応を早め、入院期間が短縮するのでは、と推測された。

本研究の目的は、上記要因も含め、各医療機関において、どのような要因が入院期間に影響しているかを確認・検討し、「統合失調症事例に対するクリティカルパス（以下クリティカルパス）」作成にあたって必要な具体的項目を明らかにすることである。

B. 研究方法と対象

医療圏や平均入院期間、経営母体の異なる 4 か所の指定入院医療機関（国立病院機構花巻病院：以下 NHO 花巻、NCNP、国立病院機構賀茂精神医療センター：以下 NHO 賀茂、東京都立松沢病院：以下都立松沢）を訪問し、統合失調症単独診断事例に対する治療内容のデータ解析と多職種間でのディスカッションを実施した。

解析するデータに関しては、各施設において、①診断が統合失調症で重複障害なし、②FIQ 境界域以上、③標準的な治療プログラム（統合失調症に対する疾病教育・内省に関するプログラム・アンガーマネジメント・SST(Social Skills Training)・セルフモニタリング・クライシスプラン・CBT 関連・外泊・CPA 会議）が整備された以降に

入院し通院処遇への移行という形で退院、の3つの条件を満たす各対象者（NHO 花巻 24 例、NCNP10 例、NHO 賀茂 16 例、都立松沢 16 例、NHO 小諸 10 例）について、各治療プログラムの導入時期、実施期間、回数などを解析・比較し、図式化した（図 1-1～5、表 1-6）。

ディスカッションに関しては、上記データを踏まえ、各治療ステージの治療目標・到達目標と入院期間に影響を及ぼすことが想定される要因について、各施設と当研究班の多職種間（3 職種以上）でディスカッションを実施した。

C. 研究結果

1. 各施設の治療プログラムの実施状況

NHO 花巻では、ロードマッププログラムにより、プログラム間の連動性やプログラムの段階付け（疾病教育 2 段階）を担保する形が意識されていた（図 1-1）。

NCNP では、社会復帰期にプログラムが集中しており、スムーズな地域移行を促進している様子が窺えた。疾病教育は回復期中期には終了するといったように、早い段階で病識へのアプローチを段階付け（3 段階）で行なっている様子も窺えた（図 1-2）。

NHO 賀茂では、対象者との信頼関係の構築に重点を置き、急性期で実施するプログラムは少ない状況が認められ、回復期にプログラムが集中する傾向が認められた（図 1-3）。

都立松沢では、服薬教育、セルフモニタリングを他施設より長く実施しており、疾病教育は 2 段階で、NCNP 同様、回復期中期には終了している（図 1-4）。

NHO 小諸の他施設との違いとしては、疾

病教育が 4 段階で、基本的な疾病教育は回復中期に終わること、クライシスプランの作成着手が早く、回復中に叩き台を完成させること、入院期間を通してケアマップで 3 か月先の見通しを対象者と共有していること、が挙げられる（図 1-5）。

5 施設の比較（表 1-6）では、定点調査で算出されている推定入院期間に比べると、差は少ないものの、統合失調症単独診断事例の平均入院期間に 564.3～803.1 日の差が認められた。主に外出泊と CPA・ケア会議に焦点をあて比較すると、平均入院期間が他の 3 施設に比べ短くなっている NCNP と都立松沢は、遠距離外出（退院地、対象行為地、地域の関係機関などへの外出）や外泊、CPA 会議が頻回に実施されていた。NHO 花巻・賀茂・小諸では、NCNP・都立松沢に比べ、遠距離外出・外泊・CPA 会議の回数が少ない傾向も認められたが、NHO 花巻では近距離外出（病状評価、買い物、公共・交通機関の利用などを目的とした外出）を平均 10 回と、最多である NCNP（12 回）と同程度の回数を実施しており、NHO 賀茂では、CPA 会議とケア会議を合わせると平均 6.5 回と NCNP や都立松沢の CPA・ケア会議合計回数（NCNP7.2 回、都立松沢 7.9 回）とほぼ同等となっていた。また、NHO 小諸では、平均外泊回数が 4.6 回と NCNP（4.5 回）や都立松沢（4.6 回）と同程度の回数を実施していた。

2. 多職種間でのディスカッション

平成 25 年度研究で、入院期間の短縮化要因として示唆された『外出泊・CPA 会議の間隔』『プログラムの段階付け』『プログラム間の連動性』『回復期中の病識獲得とクラ

イシスプランの作成』の各要因が入院期間に影響を及ぼすとの想定は、ディスカッションの場面で、各施設共通して合意が得られた。その他の入院期間の短縮化要因としては、『早い段階での退院時期や退院時のイメージも含めた今後の見通しの共有』と『病棟スタッフの入院期間を短くしようとする意識の有無』などが大きな要因として挙げられた。

D. 考察

統合失調症単独診断事例の平均入院期間は定点調査で算出される推定入院期間に比べると施設間の大きな差はみられず、統合失調症事例に対する標準的な治療プログラムは、各施設において一様に整備されていることが示され、今回の調査でもプログラムの種類や内容に施設間の大きな差は見られなかった。ピアレビュー事業などによって、指定入院医療機関の医療の質の均霑化が進んでいるものと考えられた。

また、平成 25 年度研究で、入院期間の短縮化要因として示唆された『外出泊・ケア会議の間隔』『プログラムの段階付け』『プログラム間の連動性』『回復期中の病識獲得とクライシスプランの作成』の項目は各施設においても入院期間に影響を及ぼす因子として捉えられているものの、実践の度合いには施設間の差があり、これらが施設間の統合失調症単独診断事例の平均入院期間の差となっているとも考えられた。

また、施設の地理的環境も入院期間に影響を及ぼしていることが示唆された。今回の調査では、NCNP と都立松沢の事例は全て都内の事例であった。両施設は都市部近郊に存在し、他の 3 施設に比べ医療圏が狭く、

公共交通機関が整備されていることもあり、遠距離外出や外泊、CPA 会議が実施しやすい環境にある。『外出泊・CPA 会議の間隔』といった有力な入院期間の短縮化要因を踏まえると、これらが他の 3 施設に比べ、入院期間が短くなっている要素とも考えられた。

NHO 花巻、NHO 賀茂、NHO 小諸といった地方にある施設は、医療圏が広く、公共交通機関の整備が十分ではない環境であるのは共通であるものの、外出泊や CPA 会議が実施しにくい状況に対して、それぞれ施設の特徴に合った工夫がなされていた。NHO 花巻では近距離外出を繰り返し実施し（平均 10 回）、地域での般化の機会を増やすといった工夫が認められた。NHO 賀茂では、外泊回数は少ないものの、CPA・ケア会議の合計回数を増やしたり、1 回の外出泊中のスケジュールを密にするといった工夫がなされていた。NHO 小諸では、平均外泊回数が 4.6 回と NCNP、都立松沢と同程度の回数を実施しており、長期的見通しに立った実施やスタッフの確保における工夫がなされている様子が窺えた。都市型の施設と地方型の施設では、環境や実践可能なアプローチに大きな差異があると考えられ、それぞれの立場でのアプローチ方法を検討していく必要性が示唆された。

統合失調症事例に対するプログラムの内容や構造に関して、標準的なものは各施設でほぼ共通しているものの、『病棟スタッフの入院期間を短くしようとする意識の有無』も入院期間の短縮化要因を検討する上で重要と考えられた。

研究 2. 入院期間に関する精神保健福祉士の意識調査

A. 研究目的

本研究の目的は、研究 1 によって入院期間の短縮化要因として推測された『病棟スタッフの入院期間を短くしようとする意識の有無』について検討することである。特に、実際的な退院調整を行い、入院期間の『律速段階』となりうる精神保健福祉士の意識が入院期間に大きく影響を及ぼすと推定し、精神保健福祉士に対し、入院期間に関する意識調査を実施した。

B. 研究方法と対象

平成 26 年度精神保健福祉士連絡協議会の場で、全国の医療観察法病棟に従事している精神保健福祉士 40 名を対象に、入院期間やそれに影響を与える項目についての意識を確認するためのアンケート調査を実施した。アンケートの調査項目は、平成 25 年度研究の結果、入院期間に影響を及ぼすと想定した外出泊や CPA 会議を中心に、「退院予定地への外出・外泊の間隔を短くしよう」と意識している」「自由に外出泊が実施できないことに困難を感じている」など、全 16 問の質問について、「強くそう思う」「そう思う」「どちらとも言えない」「そう思わない」「全くそう思わない」の 5 段階で自身の意識を選択する内容とした（図 2）。

C. 結果

多くの精神保健福祉士（「強くそう思う」と「そう思う」を合わせて 78%）が、入院期間を短くしようという意識を持っており、また、同様に多くの精神保健福祉士（「強く

そう思う」と「そう思う」を合わせて 97%）が、入院時から、退院時期や退院時のイメージを見据えて動く意識を持っていることが明らかになった（図 2-①④）。しかし、「CPA 会議は間隔を決めずに、申立時など節目で開催すればよい」との設問に「全くそう思わない」と「そう思わない」との回答が合わせて 64%、「退院予定地への外出・外泊の間隔を短くしよう」と意識している」との設問に「強くそう思う」と「そう思う」との回答が合わせて 51%のみとの結果も得られており（図 2-⑤③）、入院期間の短縮化要因として有力な『外出泊・CPA 会議の間隔』を短くすることについての意識はやや希薄であることが窺えた。

また、「退院予定地への外出・外泊はスムーズに調整・実施できている」との設問に対しては、「強くそう思う」が 3%のみであり、「そう思う」の 47%と合わせても 50%のみとなっており、「自由に外出泊が実施できないことに困難を感じている」との設問に対しても「強くそう思う」と「そう思う」との回答が合わせて 82%と大半を占めており、外出泊の実施に困難を感じていることも想定された。

D. 考察

多くの精神保健福祉士は、入院期間を短くしようとする意識や入院時から退院時期や退院時のイメージを見据えて動く意識をもっていると考えられた。しかし、入院期間に影響を及ぼすことが示唆されている『外出泊・CPA 会議の間隔』については、短くしようとする意識をもっている精神保健福祉士はそれほど多くないことも示唆され、また、多くの精神保健福祉士が外出泊

の調整・実施に困難を感じていることも窺えた。多くの精神保健福祉士は、入院期間を短くしようとする意識は持っているものの、入院期間短縮化の具体的な方策を十分に持ち得ていない状況が認められ、入院期間短縮化に向けたクリティカルパスの存在が方策獲得の一助となることが想定された。

研究 3 統合失調症事例に対するクリティカルパス（案）の検討

A. 研究目的

本研究の目的は、今年度の最終目標であるクリティカルパス（案）を作成することである。クリティカルパス（案）の趣旨としては、入院期間の短縮化を目指すことが比較的容易である統合失調症単独診断事例に対し、効率の良い入院治療を促進するために、どのプログラムをどのタイミングで実施すれば良いかの指針を示すことである。当研究班によって作成したクリティカルパス（案）をエキスパートコンセンサス方式で検討し、修正を加え、クリティカルパス（案）・修正版を完成させた。

B. 研究方法と対象

まずは、平成 25 年度研究①・②、平成 26 年度研究 1・2 の結果と厚生労働省の入院処遇ガイドラインにおけるクリティカルパスを参考にクリティカルパス（案）を作成（図 3-1）した。次に、その内容が適当であるかどうかについて、当該職種を 5 年以上、医療観察法病棟勤務を 3 年以上経験し、医療観察法入院医療のエキスパートと考えられる多職種の医療観察法病棟従事者

を対象にアンケート調査を実施し、その結果を踏まえ、クリティカルパス（案）・修正版を作成した。

アンケート調査の内容は、クリティカルパス（案）に記した、入院後 1～72 週の各時期の短期目標と治療プログラムの内容に関して、「1：適当である」「2：やや適当である」「3：やや適当ではない」「4：適当ではない」、の 4 段階で評定する形式とした。また、評定 3・4 を選択する際には、修正案や代替案の自由記載を依頼する形とした。各回答内容を、設問に対する肯定度合いと、職種による評価の違いという観点から検討し、否定的な評定が多い時期や職種間の評定差がある時期は、クリティカルパス（案）の内容は適当でない可能性があること、職種間の意識にずれが生じやすく治療に困難が生じやすい可能性があることを想定し、クリティカルパス（案）の修正について検討した。各設問における職種間の評定値については分散分析を用いて統計的に比較した。また、肯定的な意見（評定 1、2）を示した群と否定的な意見（評定 3、4）を示した群との 2 群の人数について、 χ^2 検定を用いて統計的に比較した。

修正方法については回答で得られた自由記載の中で多数を占めた意見や、これまでの研究で得られた結果に関連した意見を優先して採用する形とした。また、クリティカルパス（案）はあくまで統合失調症単独事例に対する効率的な入院治療の指針となるようなものを目指しており、その前提とずれがある意見に関しては、有意義なものが多かったものの今回の修正には加味しないこととした。

C. 結果

アンケート調査の回答者数は、医師（以下 Dr）16名、看護師（以下 Ns）30名、臨床心理技術者（以下 CP）14名、作業療法士（以下 OT）10名、精神保健福祉士11名の計81名であり、それぞれの職種の経験年数・医療観察法病棟勤務の経験年数は、表3-2の通りである。全体の評定は表3-2に示す通り、クリティカルパス（案）で示した短期目標・治療プログラムの内容ともに平均1点台となっており、概ね適当であるとの結果が得られた。しかし、1～4週目の治療プログラム、9～12週目の治療プログラム、13～15週目の治療プログラム、22～30週目の治療プログラム、37～40週目の治療プログラムについては、職種によっては評定平均が2点台となっていた。また、ほぼ全ての設問が肯定的な回答（評定1、2）が8割以上との結果が得られたが、1～4週目の治療プログラム、13～15週目の治療プログラム、22～30週目の治療プログラムについては、肯定的な意見（評定1、2）が8割未満であった。

各時期の短期目標や治療プログラムの内容に関して、職種ごとの評定差を統計的に検討したところ、肯定的な意見が否定的な意見よりも有意に多かった設問が大半を占めたが、1～4週目の治療プログラム（CP, OT）、5～8週目の短期目標・治療プログラム

（CP, OT）、9～12週目の短期目標・治療プログラム（CP, OT）、13～15週目の短期目標・治療プログラム（CP, OT）、16～21週目の短期目標（CP）、16～21週目の治療プログラム（CP, OT）、22～30週目の短期目標・治療プログラム（CP, OT）、31～36週目の短期目標（CP, OT）、31～36週目の治療プログラム

（CP）、37～48週目の短期目標（CP, OT）、37～48週目の治療プログラム（CP）、49～54週目の短期目標（CP）、49～54週目の治療プログラム（OT）、55～61週目の治療プログラム（OT）では、括弧内に示した職種の評定において肯定的な意見と否定的な意見に有意な差はみられなかった（表3-3, 4）。これらの時期の当該職種の担当する治療プログラムを中心に、当該職種が自由記載欄に記述した意見を参考に修正を加え、クリティカルパス（案）・修正版を作成した（図3-5）。

修正部分は、図3-5上に網掛けで示したが、例えば、1～4週の治療プログラムについては肯定的な意見が77.5%と80%を切っており、自由記載として、「ミーティング系のプログラムの導入時期を早めた方が良いのでは？」との意見が複数みられ、ミーティング系のプログラムを2～4週から1週目に移動するといった修正を加えた。13～15週の治療プログラムについては肯定的な意見が79.7%であり、「被害者について考えるプログラムの時期は自分史プログラムの後の方が良いのでは？」との意見を踏まえ、自分史プログラムを22～30週目から13～15週目に移し、被害者について考えるプログラムを13～15週目から16～21週目に移すといった修正を加えた。22～30週目の治療プログラムについては、肯定的な意見が77.6%であり、「就労準備プログラム実施後に模擬就労活動を行った方が良いのでは？」との意見を踏まえ、就労準備プログラムを55～61週目から16～21週目に移し、模擬就労活動を22～30週目から31～36週目に移すといった修正を加えた。

作業療法については、OTから各プログラ

ムの意義や目的に関する意見が多くみられたため、各プログラムの目的を明らかにするとした修正を全体的に加えた。

薬物療法については、「治療抵抗性の評価とクロザピン導入の早期での検討が必要なのでは？」との意見を踏まえ、9～12週目に「治療抵抗性の評価とクロザピン導入可能性の検討」を加えた。

D. 考察

社会復帰期の短期目標や治療プログラムの内容に関する設問に対しては、肯定的な回答が多く、社会復帰期での目標や課題が明確であることが示唆され、一方で、急性期や回復期の時期によっては、職種によって回答の肯定度合いに差があり、その時期の目標や課題、導入すべきプログラムに関して、職種間の意識にずれが生じやすく、多職種での治療に困難が生じやすい可能性も示唆された。

職種ごとにみると、CP や OT は、肯定的な意見の割合が他の 3 職種に比べ低くなっており、これは、CP・OT が治療プログラムのリーダーとなることが多く、プログラムの実施に関して個々の考えや信念を持っているためであると想定された。CP・OT の意見の内容を検討すると、CP の意見は、特に内省面に関するプログラムの段階付けについてのものが多数みられ、内省深化の段階とプログラム導入時期とを関連させて考える必要性について広く認識されていることが窺えた。OT は、プログラムの意義や目的に関する意見が多く、一つの作業療法プログラムの中に多数の目的が内包されていることに付随して、プログラム導入時期の意識に個人差が生じやすいことが示唆さ

れた。

他の職種の意見については、Ns からは「入院当初から負担の少ないプログラム（ミーティング系）は積極的に入れるべき」との意見が多く認められ、対象者の病棟環境への早期での順応を重要視していることが窺えた。Dr からは、薬物療法に関して「治療抵抗性の評価とクロザピン導入の早期での検討」との意見が寄せられており、治療抵抗性事例の入院期間の長期化を防ごうとの意識が窺えた。病状の安定を早期に目指すことが、心理社会的治療の導入時期も早め、ひいては入院期間の短縮化につながると考えられるが、薬物調整とプログラムの関連についての意見は少なく、薬物の調整段階とプログラム導入時期の関連についての意識を多職種で共有する必要があるとも考えられた。精神保健福祉士は総じて肯定的な意見が多く、クリティカルパス（案）に示した短期目標やプログラム内容について概ね適当であると考えていることが窺われた一方で、プログラムの実施状況に関する意識が他の職種よりも希薄である可能性があり、プログラムの進捗と外出泊・CPA 会議の導入時期を関連付けて調整することで、『外出泊や CPA 会議の間隔』が短くなり、入院期間の短縮化につながるとも考えられた。

総合すると、入院期間の短縮化の意識や極力早期にプログラムを導入しようという意識、プログラムの段階付けの意識は共通して存在しているものの、プログラム導入時期の意識については、職種間差や個人差がみられることが示唆された。研究 1 の考察で述べたように、治療プログラムの種類や内容に関しては、施設間で大きな差は見

られなくなってきたおり、ピアレビュー事業などによって、指定入院医療機関の医療の質の均霑化が進んでいるものと考えられる。一方で、プログラム導入時期に関する多職種の医療観察法病棟従事者の意識の均霑化は進んでおらず、クリティカルパス（案）の使用が、プログラム導入時期に関する多職種の意識の均霑化を促進すると共に、プログラム間の連動性や入院期間短縮に対する意識も向上させ、効率的な医療を促進する契機になりうると考えられる。

今後は、クリティカルパス（案）・修正版を実際に使用し、入院期間のみではなく、パスの使用感や多職種間のプログラム導入に関する意識の均霑化などの観点でも評価を実施し、更なる修正を行っていければ、と考える。また、今回の研究結果が、ガイドラインの見直しや修正のポイントを示唆している可能性もあり、今後の更なる検討の材料としたい。

E. 結論

本年度は研究 1「入院期間短縮化要因の検討」、研究 2「入院期間に関する精神保健福祉士の意識調査」および研究 3「統合失調症事例に対するクリティカルパス（案）の検討」を実施した。

平成 25 年度研究で、入院期間の短縮化要因として示唆された『外出泊・ケア会議の間隔』『プログラムの段階付け』『プログラム間の連動性』『回復期中の病識獲得とクライシスプランの作成』の項目は各施設においても入院期間に影響を及ぼす因子として捉えられているものの、実践の度合いには施設間差があり、その差が入院期間に影響していると考えられた。また、施設の置か

れている環境要因も実践度合いに大きく影響を及ぼすことが想定され、都市型の施設と地方型の施設、それぞれの立場でのアプローチ方法を検討していく必要性が示唆された。

入院期間に対する精神保健福祉士の意識調査においては、大半の精神保健福祉士が入院期間を短くしようとする意識や入院時から退院時期や退院時のイメージを見据えて動く意識を共通して持っているものの、入院期間短縮化の具体的な方策を十分に持ち得ていない状況が認められ、入院期間短縮化に向けたクリティカルパスの存在が方策獲得の一助となることが想定された。

クリティカルパス（案）の検討において、社会復帰期は、治療目標や課題が急性期や回復期に比べ明確であると考えられ、急性期・回復期では、その時期の目標や課題、導入すべきプログラムに関して、職種間の意識にずれが生じやすく、多職種での治療に困難が生じやすい可能性が示唆された。職種別にみた意見では、CP はプログラムの段階付けの意識が高いこと、OT は同じ目標の達成を目指すにしても、どのプログラムを導入するべきかという観点で個人差があることが想定された。

総合すると、入院期間の短縮化の意識や極力早期にプログラムを導入しようという意識、プログラムの段階付けの意識は共通して存在しているものの、プログラム導入時期の意識については、職種間差や個人差がみられ、「外出泊や CPA 会議の間隔を短くする」などの入院期間短縮に向けた具体的な方策も十分には共有されていないことが示唆された。クリティカルパス（案）が、プログラム導入時期に関する多職種の意識

の均霑化を促進すると共に、プログラム間の連動性や入院期間短縮に対する意識も向上させ、効率的な医療を促進する契機となることを期待したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 研究発表

- 1) 村杉謙次：シンポジウム 医療観察法病棟の現状と課題. 第 32 回信州精神神経学会, 長野, 2013. 10. 19
- 2) 池田美穂子, 山崎瑞恵, 市川千鶴, 瓶田貴和：医療観察法で行われている看護から一般精神看護を考える<当院の概況及び治療プログラムの報告>. 第 23 回日本精神保健看護学会, 京都, 2013. 6. 15-16
- 3) 吉池茂, 青木加奈子, 日向悦二, 阿部成彰, 瓶田貴和, 田中留伊：医療観察法病棟におけるケアマップの有効性についての検証 ～導入した 3 事例のアンケート結果より～. 第 67 回国立病院総合医学会, 石川, 2013. 11. 8-9
- 4) 鎌城有香里, 山崎瑞恵, 坂口絵里, 瓶田貴和, 田中留伊：服薬中断プログラムに関わった看護師の意識調査－インタビューによる感情面の明確化－. 第 68 回国立病院総合医学会, 神奈川, 2014. 11. 15

G. 知的財産権の登録・出願状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

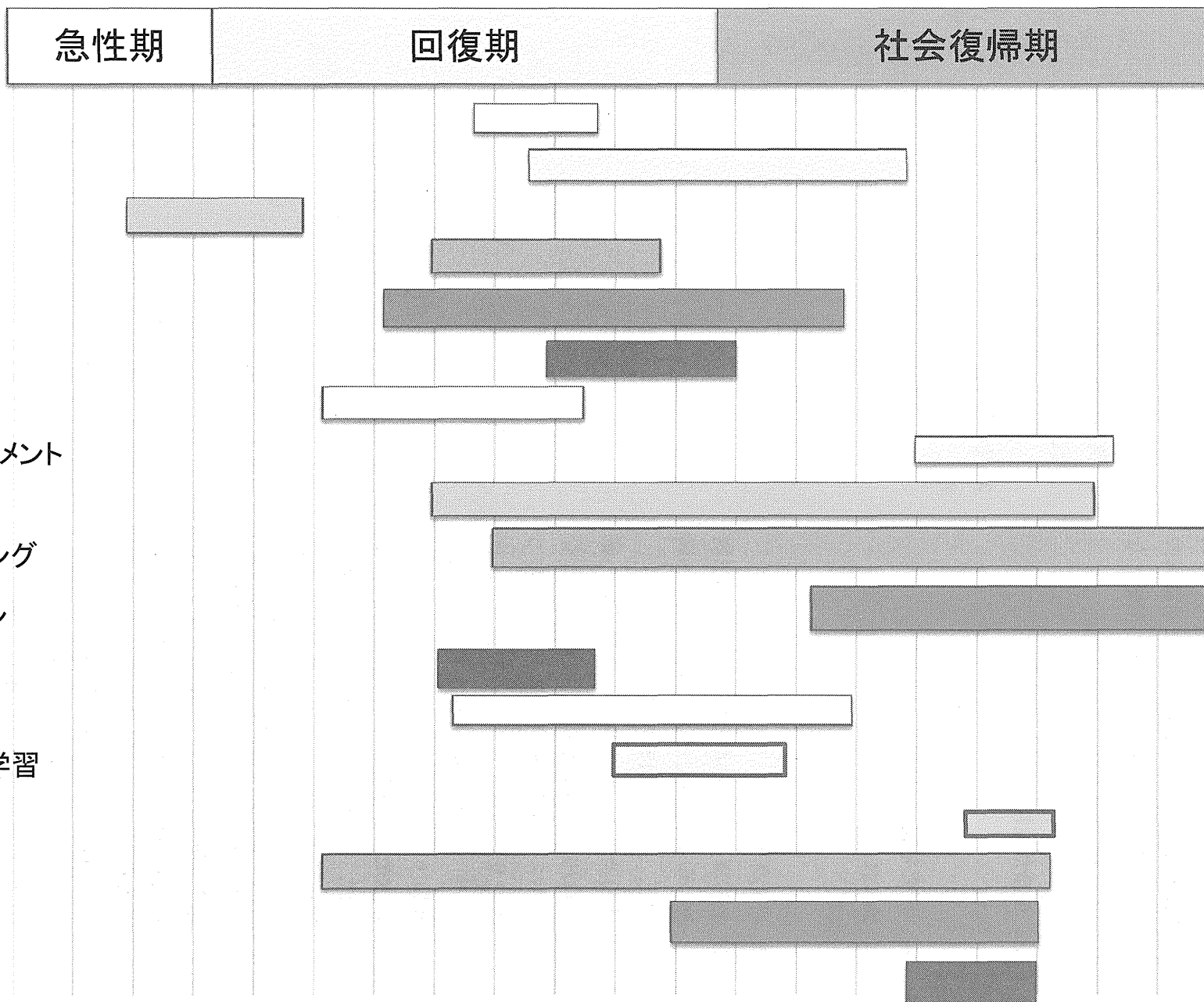
なし

3. その他

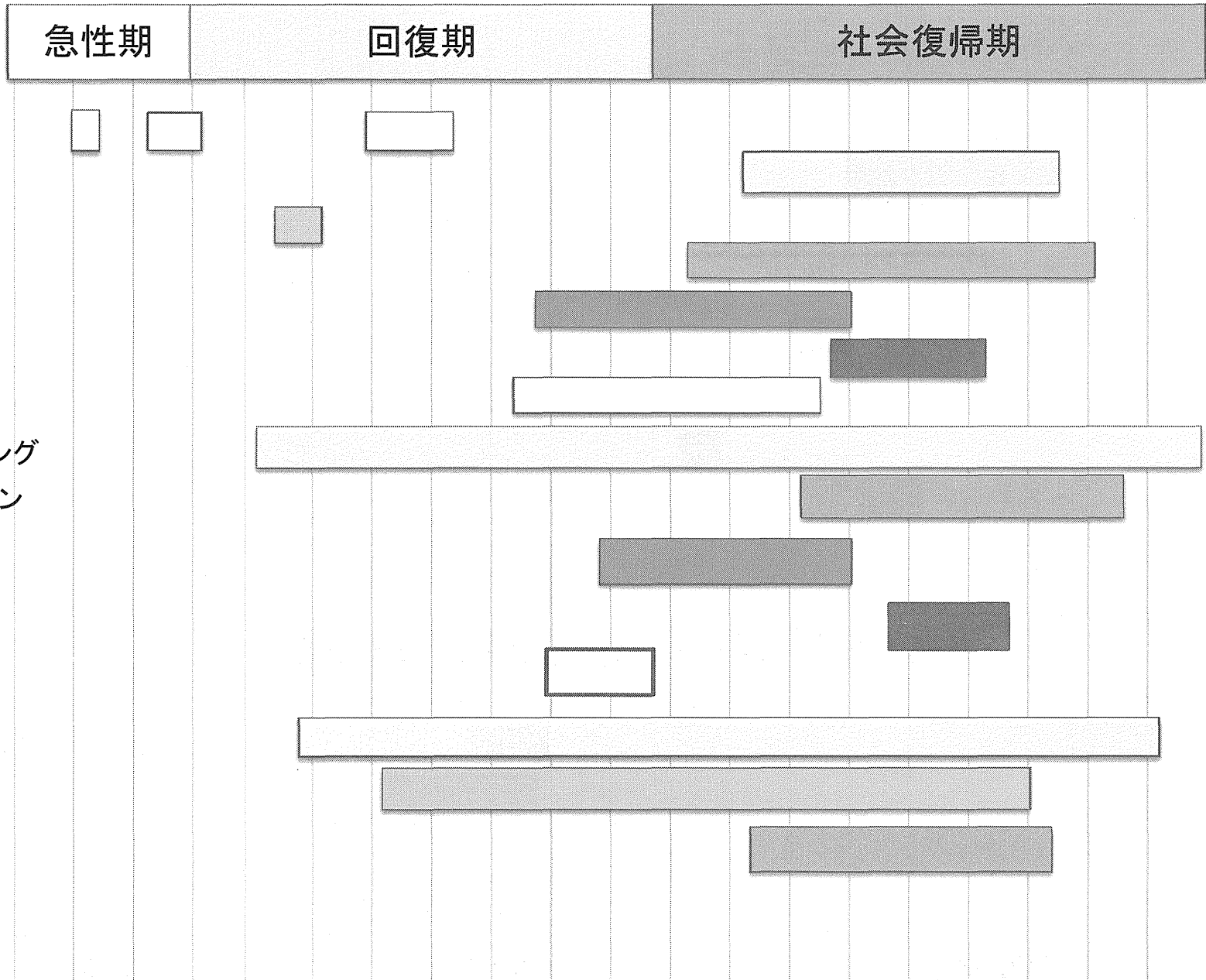
なし

NHO花巻

ロードマップ1
 ロードマップ2
 心理教育Ⅰ
 心理教育Ⅱ
 やわらか頭
 幻聴グループ
 お薬教室
 アンガーマネジメント
 SST
 セルフモニタリング
 クライシスプラン
 内省P
 自分史
 社会復帰準備学習
 退院準備
 近距離外出
 遠距離外出
 外泊



NCNP



NHO 賀茂

まなび屋
 個別疾病教育
 服薬自己管理P
 アンガーマネジメント
 SST
セルフモニタリング
 クライシスプラン
 さくらP
 内省P
 自分史P
 退院準備P
 レッツ！まいらいふ
 近距離外出
 遠距離外出
 外泊

