

表2 統合失調症患者の処方調査：概要

報告者	施行年	施設数	対象者数	抗精神病薬		平均投与量 (mg/日)	
				単剤投与	多剤併用	抗精神病薬	抗不安薬・睡眠薬
稲垣ら ³⁾	2000	17	2,369	15.0%	85.0%	1093±891	22.3±19.4
稲垣ら ⁴⁾	2005	13	1,909	25.9%	74.1%	956±1170	記載なし
吉尾ら ⁵⁾	2005	9	1,893	31.1%	68.9%	812.6±710.8	10.7±17.1
吉尾ら ⁶⁾	2006	61	9,101	30.1%	69.9%	873.8±751.4	16.1±17.9
宇野ら ⁷⁾	2008	96	15,011	33.1%	64.8%	840.7	15.4
黒沢ら ⁸⁾	2011	149	21,823	34.3%	66.7%	816.0	13.5
本調査	2010-11	76	622	55.1%	44.9%	660.8±416.7	15.4±13.7

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
平成 25 年度～平成 26 年度 総合研究報告書

医療観察法による医療と精神保健福祉法による医療との役割分担及び連携に関する研究
その2 措置入院治療ガイドライン研究

研究分担者 吉住 昭 独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター
八幡厚生病院

研究要旨：

措置入院は、医療観察法導入後も存続しているものの、その実態は明らかではなく、医療水準にも地域差がある。本研究では、その問題点に触れて、ガイドラインの概略を示した。具体案はさらなる検討が必要と考える。

研究協力者（五十音順）

稲垣 中 青山学院大学国際政治経済学部
遠藤 洋 公益財団法人神経研究所附属晴和病院
大塚達似 宮城県立精神医療センター
小口芳世（執筆担当）
慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室
小泉典章 長野県精神保健福祉センター
椎名明大 千葉大学医学部附属病院精神神経科
島田達洋 栃木県立岡本台病院
瀬戸秀文 長崎県精神医療センター
前野有佳里 九州大学大学院 医学研究
院保健学部門（地域看護学）

た医療が着実に展開されていく一方で、措置入院の実態は、未だ不明瞭で、その医療水準の地域差は否めない。また、措置入院医療例は、緊急に医療介入を要する場合が多いにもかかわらず、その内容は、他の非自発的入院制度に比して、希薄な印象を禁じ得ない。

そこで本研究では、理想的な呈示となるが、措置入院ガイドラインを作成し、その概略を示したい。

B. 研究方法

まず、本分担研究班にて行われた措置入院となった精神障害者の警察官、検察官通報事例に関する調査などを参考にした上で、これまでの措置入院の現状を概観した。その上で、措置入院の診療にかかわる精神保健指定医4名により、ワーキンググループを作り、3回の入念な検討を経て、エキスパートコンセンサス（案）を作成した。さらにコンセンサスの得られた措置入院ガイドライン作成のためのポイントを既存の医療観

A. 研究目的

平成17年に医療観察法が施行されて、本年で11年目となる。同法による均霑化され

察法入院処遇ガイドラインを基に、主に医療面、措置解除時問題、行政との連携面の3つの観点から整理して、グループ内での意見を求めて修正を加えた。同ガイドラインはあくまで理想的な呈示となるものの、一方で達成されなければいけない目標も含んでいると考えられる。

C. 研究結果

1. 措置入院の現状（他の入院形態と比較）

患者の同意によらない、いわゆる非自発的入院形態において、入院期間、担当職種、会議、外部関係者の4点において比較検討を行った。

まず、入院期間に関して、医療観察法指定入院では18ヶ月が標準となっており、医療保護入院（平成26年4月～）においては、入院は1年を超えないとされており、予想された入院期間を書面に記載することとなっている。しかしながら、措置入院に関してはその設定はない。次に担当職種の存在に関して、医療観察法入院処遇では多職種チーム、医療保護入院においては、新たに退院後生活環境相談員の職が設けられた。措置入院では、設定はない。続いて会議に関して、医療観察法入院処遇では治療評価会議、倫理会議、運営会議等が各指定入院医療機関でその開催が義務づけられている。医療保護入院では、退院支援委員会の設置がなされ、当該患者の退院支援を促進している。しかし、措置入院では設定はない。最後に外部関係者の関わりにおいて、医療観察法入院処遇では社会復帰調整官が入院時から対象者に接触し、退院後もサポートを行っていく。医療保護入院では地域援助事業者が退院支援相談員と連携を図り、当該患者の地域移行および定着の支援の任にあたっていくとされている。同様に、ここでも措置入院では存在規定はない。

したがって、緊急介入の必要性が高いにもかかわらず、措置入院は他の非自発的入院形態に比べて、手薄な印象は否めない。そのため、ガイドラインを提唱する必要性が生じる。

2. ガイドライン（案）の作成

措置入院において、これまで行政のかかわりが疎であった現状から、保健所職員の介入機会を増やすことが望まれる。また措置入院医療の質の評価や入院、および措置解除、さらには退院の妥当性を評価する必要性があると考えられる。また、措置入院処遇の目標・理念は次の3つに集約されると思われる。

- ①ノーマライゼーションの観点もふまえた措置入院患者の社会復帰の早期実現
- ②標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供
- ③プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療の提供

以上をふまえた上で、ガイドラインを提唱する。まず、措置入院医療を提供する病棟の運営方針を以下に示す。

- ・入院期間を「急性期」、「回復期」、「社会復帰期」と3期に分けて、それぞれ目標設定をして、「社会復帰期」の中での措置解除を目指す。
- ・措置入院患者の各期別の評価は、多職種チームによる「治療・評価倫理会議」において行う。当該評価に基づき、措置入院医療の管理者は、ステージ移行についての決定を行うものとする。
- ・措置入院患者ごとに治療計画を作成し、定期的な評価を行うと共に、治療への動機付け等を高めるために十分な説明を行い、当該入院患者の同意を可能な限り、得られるよう努める。

具体的に急性期では保健所および医療サ

イドの双方から初期評価を行う。目的として、措置症状の軽減とおそらく必要性を有することとなる行動制限の速やかな解除と考えられる。会議の設定として、入院評価、治療倫理、病棟運営会議が望まれる。続いて回復期では当該患者の自由度は院内外出が可能な状態と設定し、目標を治療の定着と振り返りとする。会議は治療倫理および病棟運営の2つを設定する。最後に社会復帰期であるが、患者の自由度を、回復期より高い設定として、措置症状消退及び解除を目指す。地域移行を目的とした会議や措置解除判定会議を設置し、可能な限り本人の参加も促していく。

続いて、保健所のかかわりや各種会議の設置に関して考えてみたい。

まず、保健所のかかわりに関しては、先に述べたように今まで措置入院に関する行政のかかわりが希薄であった。そのため、医療観察法に準じるような形となるが、社会復帰調整官のような専従の保健所職員をつける必要があるかもしれない。彼らはコーディネーターとしての役割を担い、患者の権利・利益擁護にもかかわっていく。

また患者本人の意向を尊重しつつ、入院時より退院支援を行っていく。具体的には、サービス利用計画の作成、地域移行支援、地域定着支援等の自立支援法に基づく相談支援を適切に組み合わせて、退院後の住居確保を含めた退院支援等である。さらに入院時医療審査会につなげる役割も担い、入院医療機関に十分な患者情報を提供する。入院評価と措置解除判定会議には必ず参加して、回復期の病棟運営会議もできる限り参加し、当該患者の地域移行に関する働きかけを行っていく。

措置入院評価会議（仮称）は、入院後速やかに行うのが理想であるが、緊急措置入院の場合は、措置診察後速やかに行うも

のとする。会議には多職種スタッフ

（医師、看護師、心理士、精神保健福祉士、作業療法士）と保健所職員1名が参加、入院概況を共有する。また、当該患者の病状評価を行い、治療方針の策定を行う。外部の入院医療審査会にも連絡して、患者に権利擁護の説明等を行う。

措置治療評価倫理会議（仮称）は治療評価をしながら、治療の倫理的側面について検証して、当該患者の治療方針の決定を行う。特に強制医療導入の際の根拠の明示と仕組みを明らかにしていく。多職種が中心となり、強制医療は本会議にて承認を行っていくものとする。

措置病棟運営会議（仮称）では主に治療評価に関する報告が行われ、院長や病棟医長が参加し、ステージ移行の判定を行う。

措置解除判定会議では、措置解除の申し立てから措置解除の流れを確立し、判定基準に照らし合わせながら、当該患者の措置解除を行う。判定は院長含む精神保健指定医2名（主治医が非指定医の場合、別の医師）として、具体的な地域移行の呈示を保健所職員もまじえながら行う。必要であれば、外部の者も参加しながら合議体としての機能を有していくことが望まれる。

D. 考察

措置入院におけるガイドラインの内容を呈示したが、実現可能性があるか否かは入念に検討しなければならない。特に最低限の目標なのか、理想像なのか、明確にするべきである。またステージに関して、3期別でよいのか否かも検証する必要がある。会議の名称や設置頻度も要検討課題であり、例えば、治療方針の決定は、病棟カンファレンスの中で決めて、緊急医療の施行は事後承認を得るといった簡略化システムの可能性も模索していく。

いずれにしても、クリニカルパスの作成等、入院医療の内容をつめる必要があり、シミュレーションを行う等、実現可能性とさらに効果検証を行う必要がある。また、診療報酬と連動しているかもチェックする必要性があろう。現実問題、病床回転も考慮しなければならない。それから、措置入院の入り口の指標ともいうべき、自傷他害のリスクに関しては、具体的に何を評価していくかを考えていかなければならない。

さらに、措置入院患者は、実際、パーソナリティ障害や発達障害、物質使用障害などの併存例もみられ、その際のかかわりが重要といえる。併存例は、治療に難渋するケースも多くみられ、例えば、一部の物質使用障害を伴う統合失調症患者は、他害のリスクを有するため、頻繁に閉鎖病棟への入院を余儀なくされるという報告がある⁽¹⁾。

検討課題が多々ある中で、措置入院ガイドラインの概略について示した。

E. 結論

今後のより具体的な措置ガイドラインの作成が待たれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

小口芳世：シンポジウム 63 措置入院制度の現状と課題 措置入院ガイドラインの提案. 第 110 回日本精神神経学会学術総会，横浜，2014. 6. 28

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

1. Edlinger M, Rauch AS, Kemmler G, Yalcin-Siedentopf N, Fleischhacker WW, Hofer A. Risk of violence of inpatients with severe mental illness--do patients with schizophrenia pose harm to others? *Psychiatry Res.* 2014; 219(3): 450-6

6. 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

研究分担者 大橋 秀行

埼玉県立大学

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
平成 25 年度～平成 26 年度 総合研究報告書

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

研究分担者 大橋 秀行 埼玉県立大学

研究要旨：

1. 平成 25 から平成 26 年度において、通院処遇における就労準備プログラムについて研究 1「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」と研究 2「通院処遇対象者に対する就労準備プログラムの意義と臨床的工夫」とを実施した。
2. 研究 1: 「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」においてすでに平成 22 年度から平成 24 年度にかけて検討した入院時における「就労準備プログラム」を踏まえて通院処遇の時期に、就労への準備性を高めるための通院版就労準備プログラムの内容を検討した。医療観察法における指定通院医療機関に勤務している就労支援について経験や知見を有する作業療法士 7 名による議論に文献による検討を加えた結果、通院版就労準備プログラムに必要な内容が確認された。
3. 研究 2: 平成 26 年度には、「通院処遇対象者に対する就労準備プログラムの意義と臨床的工夫」において通院版就労準備プログラムを実施した 2 事例について検討を加え、就労した後に実施される般化のための支援や対象者の特性に応じた様々な臨床的対応の具体例が確認された。それらは応用例として通院版就労準備プログラムに包含する必要性が認められた。

研究協力者（五十音順）

石川友菜	栃木県立岡本台病院
辻 貴司	山梨県立北病院
岩根達郎	京都府立洛南病院
原 純子	肥前精神医療センター
三澤 剛	国立精神・神経医療研究センター病院
奥田真由美	岡山県精神科医療センター

A. 研究目的

研究 1: 研究 1 の目的は、通院処遇の時期に実施できる通院版就労準備プログラムを作成するために、その内容を検討するものである。

研究 2: 研究 2 の目的は、通院処遇となった対象者のために作成した就労準備プログラムを使用する上での臨床的工夫の例を得ることである。それはいずれ、同プログラムの実施者が多様な対象者や実施環境に応

じて臨床的工夫の質を高めるための一助になりうる。

B. 研究方法

研究1：医療観察法による指定通院医療機関でデイケアを担当し、就労支援について臨床経験や知見を有する複数名の作業療法士によって、入院版就労準備プログラムをたたき台にして検討したうえで、精神障害者の就労支援に関連する参考文献からさらに検討を加えた。

研究2：質的改善研究として事例を分析した。分析の視点は、事例ごとに同プログラムの実施によってみられた対象者の変化と同プログラムの内容との関連、同プログラムの実施上の工夫、プログラム全体としての意義、プログラムの限界や改善点についてであり、プログラムを直接担当した専門職が提示した仮説的な知見を整理した。

C. 研究結果

研究1：通院版就労準備プログラムには下記の諸点を勘案した内容が必要であるとした。1. 通院版就労準備プログラムに就労体験の機会を入れる。2. プログラムの中に外部講師によるセッションを含める。3. オンザジョブトレーニングや生活支援との関連をもたせる。4. 就労への動機づけ。5. 就労する上で必要となる、疾病や症状への対処方法を知る。6. 各セッション内容について（入院版と比較して）セッション数や症状等への対処例を増加させる。

研究2：2事例について下記の事が明らかになった。3つの評価尺度によるプログラム実施の前後の結果は、「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。プログラムが促した事例の変化は、事例Aは、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」、変化②「障害者の就労について情報収集の機会になった」、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」、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」、変化⑤「セルフモニタリングスキルの向上」、変化⑥「健康維持のための行動を確認、学習出来た」。変化①から⑥を促したプログラム内容として、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、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、セッション1「働くってどういうこと？」のなかで仕事の意味、価値、期待についての設問など。事例Bは、変化①「対人関係技能の改善」、変化②「社会参加への動機の形成」。変化①②を促したプログラム内容として、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、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である。また、プログラム実施者による実施上必要だった工夫と追加したアプローチ、プログラムの全体としての意義と工夫が詳細にあがった。

D. 考察

通院処遇の場における就労準備プログラムは、必要な場合には、同時並行的にでも、他の支援や治療プログラムの活用を検討する必要がある。就労を希望とする対象者にとっては他の心理社会的治療プログラムや支援の意義を再認識する可能性も高く、就労に直結する事柄以外の技能面、環境調整

にも配慮することによって就労を軸とした社会参加の質の向上が可能となるであろう。

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、研究2にある事例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行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就労の実現とその継続を現実化するうえで不可欠であると考えられる。研究2の2事例共にみられた自己効力感、自尊感情の向上は、就労への動機の強化につながると考えられ、就労の実現を可能にする最も重要な要素の形成に同プログラムが役立っている可能性がある。

E. 結論

通院処遇における就労準備プログラムの内容を検討し、それを踏まえて作成された通院版就労準備プログラムを使用して実施した。実施した事例の検討から同プログラムの意義と実施する際の臨床的工夫の例がいくらか明らかとなった。

今後は、就労が通院処遇において、一方で再被害行為の抑制因子となりうる点に着目しつつ、対象者の社会参加を推し進める一つの治療プログラムとして広く実施されることが望まれる。多くの実施例からプログラムの内容や多様な工夫が集積され、より質の高いプログラム内容に修正され続けられる体制の構築も必要であろう。

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. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

7. 入院期間の短縮と治療プログラムの効果的実施に関する研究

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

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

平成 25 年度～平成 26 年度 総合研究報告書

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 25 年度において、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」および研究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」を実施し、平成 26 年度において、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。研究①・②、研究 1・2 は研究 3 の予備的な研究でもあり、研究 3 の結果が 2 年間の研究成果となる。
2. 研究①：全国の指定入院医療機関において、治療プログラムの種類や内容に明らかな施設間の差異は認められず、治療プログラムの種類や内容と平均入院期間の関連は認められなかったが、遠距離外出や外泊、CPA 会議の間隔が短い施設の方が長い施設に比べ、統計的に有意に平均入院期間が短くなるとの結果が得られた。
3. 研究②：小諸高原病院医療観察法病棟において入院処遇を行なった統合失調症事例に導入した各治療プログラムの実施時期についてのデータを解析したところ、研究①の結果も合わせて、『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』が入院期間の短縮化要因として抽出された。
4. 研究 1：研究①②で入院期間の短縮化要因として示唆された上述の 4 つの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において、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。4 つの項目は、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。
5. 研究 2：全国の医療観察法病棟に従事している精神保健福祉士を対象に、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ところ、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た。
6. 研究 3：研究①・②・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、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。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。

7. 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。
8. 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

機関において、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のエビデンスは不足しており、またプログラムをどのようなタイミングで導入すべきか、といった知見も得られていない。また、入院期間に関しても、施設間の格差が大きい状況が続いている。本研究の目的は、それらの前提を踏まえ、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ことである。

研究②：本研究の目的は、統合失調症事例に対する効率的な入院治療を促進することを主目的としたクリティカルパスを作成するために、小諸高原病院医療観察法病棟において入院処遇を行なった統合失調症事

A. 研究目的

研究①：全国の医療観察法指定入院医療

例に導入した各治療プログラムの実施時期についてのデータを解析し、入院期間の短縮化要因を抽出することである。

研究1：本研究の目的は、研究①②によって抽出された入院期間の短縮化要因も含め、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（案）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。

研究2：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。

研究3：本研究の目的は、2年間の研究の最終目標である統合失調症事例に対するクリティカルパス（案）を作成することである。クリティカルパス（案）の趣旨としては、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。

B. 研究方法

研究①：全国の指定入院医療機関29施設を対象に、治療プログラムの内容や実施状況などに関するアンケート調査を行なった。また、平成25年度の推定入院日数が算出されている21施設に関しては、アンケートの回答内容と推定入院日数の関連について統計的に検討した。検定には、t検定と1要因の分散分析を行い、有意水準は5%として2群、3群間の比較を行った。

研究②：小諸高原病院医療観察法病棟に入院となった統合失調症単独診断事例のう

ち、標準的な治療プログラム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となった10例の統合失調症事例を対象とし、対象事例に導入された全70プログラムの開始から終了までの平均値を帯状に可視化し、当院のプログラムの導入時期に関する傾向を調査した。

研究1：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、国立精神・神経医療研究センター病院：以下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。解析対象事例は研究②と同じ条件とし、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。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でディスカッションを実施した

研究2：実際の退院調整を行い、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、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。研究3：これまでの研究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事例に対するクリティカルパス（案）を

作成。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、適当であるかどうかについて4段階で評定する形とし、適当ではないと評定する際には、修正・代替案の記載を依頼する形式とした。各回答の内容を、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を中心に修正を加えた。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。

C. 研究結果

研究①：外出泊やCPA会議の間隔については、入院期間との関連が示唆され、外泊の実施頻度が1か月に1回の15施設の平均入院期間（851.40±141.30日）は、外泊の実施頻度が2か月に1回の4施設の平均入院期間（1233.89±477.86日）に比べて有意に短いとの結果が得られた（ $p=0.02$ ）。また、遠距離外出（退院予定地への外出）を月に1回以上実施している12施設の平均入院期間（816.75±152.46日）は、2～3か月に1回実施している12施設の平均入院期間（1040.17±329.42日）に比べ有意に短かった（ $p=0.04$ ）。CPA会議の開催頻度が1～3か月に1回の15施設の平均入院期間（879.01±171.76日）は、開催頻度が4～6か月に1回の6施設の平均入院期間（1079.61±413.78日）に比べ、統計的に有意ではないものの短い傾向が認められた（ $p=0.13$ ）。

研究②：研究対象事例10例の平均入院日数は788.8日であり、ステージ内訳としては、急性期16.1%、回復期40.0%、社会復帰期43.9%であった。全国的には回復期の期間が長い傾向がみられる中、回復期の期間が短くなっており、「病識や内省の深化が比較的早く達成できているのでは？」との推論を持ち、プログラムの実施時期のデータを解析した。平均入院期間が開棟以来短時間で維持できている当院の治療プログラムの特徴として、早期より疾病教育を導入し、回復期中期には基本的な疾病教育は終了し、クライシスプランの叩き台を完成していることと全体を通し同種間・異種間のプログラム間の連動性やプログラムの段階付けが意識された構成になっていることが明らかになった。研究①で示された『外出泊・CPA会議の間隔』と共に、『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』が入院期間の短縮化要因として抽出された。

研究1：5施設（NHO花巻、NCNP、NHO賀茂、都立松沢、NHO小諸）の統合失調症単独診断事例に対するプログラムの導入時期に関する比較では、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、遠距離外出や外泊、CPA会議が頻回に実施されていることが明らかとなった。各施設と当研究班による多職種間でのディスカッションでは、研究①②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』

研究1：5施設（NHO花巻、NCNP、NHO賀茂、都立松沢、NHO小諸）の統合失調症単独診断事例に対するプログラムの導入時期に関する比較では、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、遠距離外出や外泊、CPA会議が頻回に実施されていることが明らかとなった。各施設と当研究班による多職種間でのディスカッションでは、研究①②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、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、『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。

研究2：78%の精神保健福祉士が、入院期間を短くしようという意識を持っており、また、97%の精神保健福祉士が、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。しかし、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と、外出泊の実施に困難を感じていることも明らかとなった。

研究3：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に対する評価は全体的に肯定的なものとなっており、特に社会復帰期においては概ね適当であるとの結果が得られた。しかし、時期によっては肯定的な意見が全体で8割未満であったり、職種によっては肯定的な意見が8割を切る時期も認められた。また、職種ごとの評価差を統計的に検討したところ、大半が肯定的な意見が否定的な意見よりも有意に多かったが、時期によっては、特に臨床心理技術者と作業療法士の評価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。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の自由記載欄に記述されている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。

D. 考察

入院期間の短縮化要因として抽出された『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』のうち、『外出泊・CPA会議の間隔』は、特に重要な入院期間の短縮化要因であると考えられ、この間隔が短くなることで、社会復帰に向けての課題の共有と直面化、一般化の機会を、短期的に繰り返し対象者に提供することとなり、対象者の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。その他の3つの項目も、入院期間に影響を及ぼす重要な因子として各施設で認識されているものの、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も示唆された。NCNPや都立松沢などの都市型の施設では、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、これらが地方型の施設に比べ、入院期間が短くなっている要素とも考えられた。

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、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。一方で、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。

E. 結論

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）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となることを期待したい。

今後の課題としては、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こと、クリティカルパス（案）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こと、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ことが挙げられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 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，2014.11.14-15

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
平林直次	医療観察法による医療－入院医療	精神保健福祉白書編集委員会	精神保健福祉白書2014年度版	中央法規	東京	2013年	156
平林直次, 清水研, 岸泰宏	日本総合病院精神医学会症例報告	臨床精神医学編集委員会	精神科診療に必要な書式マニュアル[第3版]	株式会社アークメディア	東京	2013年	344-348
編者 平林直次	Q & Aでわかるこころの病の疑問100 当事者・家族・支援者に役立つ知識	有馬邦正, 平林直次, 古屋龍太	Q & Aでわかるこころの病の疑問100 当事者・家族・支援者に役立つ知識	中央法規	東京	2014年	—
永田貴子	医療保護入院への家族の同意	有馬邦正, 平林直次, 古屋龍太	Q & Aでわかるこころの病の疑問100 当事者・家族・支援者に役立つ知識	中央法規	東京	2014年	50-51
永田貴子	隔離拘束は必要なもの？	有馬邦正, 平林直次, 古屋龍太	Q & Aでわかるこころの病の疑問100 当事者・家族・支援者に役立つ知識	中央法規	東京	2014年	54-55

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
平林直次	医療観察法病棟での取り組み	精神科治療学	28巻10号	1363-1368	2013年
須田哲史, 益田裕介, 重村 淳, 大森まゆ, 平林直次, 桑原達郎, 吉野相英, 野村総一郎	医療観察法病棟入院処遇中にclozapineによる無顆粒球症を併発した治療抵抗性統合失調症の1例	臨床精神薬理	16巻10号	1499-1503	2013年

大鶴 卓, 木田直也, 高江洲 慶, 村上 優	医療観察法病棟におけるclozapineの位置づけ	臨床精神薬理	16巻4号	495-501	2013年
Tomizawa R, Yamamoto M, Osakano M, Misawa T, Hirabayashi N, Oshima N, Sigeta M, Reeves S	The development and validation of an interprofessional scale to assess teamwork in mental health settings.	J Interprofessional Care	28巻5号	485-486	2014年
柏木宏子, 黒木規臣, 大森まゆ, 中込和幸, 平林直次, 池田学	重大な他害行為を行い、医療観察法病棟に入院となった統合失調症罹患者の認知機能の特徴に関する予備的研究	司法精神医学	9巻1号	14-21	2014年
木田直也, 大鶴卓, 高江洲 慶, 福治康秀, 村上 優	Clozapineによる無顆粒球症6例の報告	臨床精神薬理	17巻8号	1189-1196	2014年
瀬戸秀文, 吉住 昭	医療観察法施行前後の措置入院の変化—特に警察官通報の現状ならびに指定医の判断傾向について—	臨床精神医学	43巻9号	1325-1334	2014年
野上和香, 稲垣 中	多剤大量処方と突然死	臨床精神薬理	18巻1号	27-35	2015年

IV. 研究成果の刊行物・別刷