

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法における退院後支援に資する研究

令和5年度～令和6年度 総合研究報告書

## 入院対象者の類型化に基づくクリティカルパスの開発と退院促進

研究分担者 村杉 謙次 国立病院機構小諸高原病院

### 研究要旨：

1. 本研究はすでに報告されている医療観察法入院処遇 12 類型から臨床的必要性の高い類型を絞り、入院処遇ガイドラインのクリティカルパスを基本としつつ、指定入院医療機関の多職種から成るエキスパートによりクリティカルパスを作成することを目的として実施した。
2. 令和5年度の本研究においては、全国の指定入院医療機関を対象としたクリティカルパスの使用状況に関するアンケート調査と、平成27年度～29年度の「医療観察法の諸ガイドラインの見直しの必要性に関する研究（村杉班）」において作成した統合失調症事例のクリティカルパス案ならびに重複障害コ・パス案等を草案とした、疾患別のクリティカルパス案の作成と検討を行った。
3. 令和6年度の本研究においては、令和5年度に作成した疾患別のクリティカルパス案の試用結果も踏まえ、2度の研究分担班会議において、クリティカルパスの検討と修正を行った。またクリティカルパスの普及方法に関する検討も行った。
4. 疾病及び関連保健問題の国際統計分類の F2 に分類される統合失調症圏を想定した共通クリティカルパスと、主診断もしくは副診断としての他の疾患（F0：器質性精神障害、F1：物質使用障害、F3：気分障害、F7：知的障害、F8：発達障害、F9：行動・情緒障害）を想定した疾患別コ・パスを作成し、少数例ながら試用した担当多職種チーム（Multi-disciplinary Team: 以下、MDT）からは、概ね肯定的な評価が得られた。
5. 国立精神・神経医療研究センター病院ならびに小諸高原病院のホームページへのクリティカルパスの掲載や、「医療観察法に必要な人材育成に関する研究（賀古班）」と連携した研修用動画の作成、医療観察法関連職種研修会・医療観察法 MDT 研修における紹介と演習等、各指定入院医療機関への普及を進めると共に、試用事例数を増やし、クリティカルパスの効果判定と、それらの知見に基づく修正を行っていく必要がある。

### 研究協力者（順不同、敬称略）

平林直次 国立精神・神経医療研究センター病院  
柏木宏子 同上  
竹田康二 同上  
鈴木敬生 同上

島田明裕 同上  
津田哲也 同上  
塚田浩行 同上  
山元直道 同上  
壁屋康洋 国立病院機構榊原病院  
高野真弘 同上

武川未怜	同上
中辻望来	同上
浅野琴美	同上
久保彩子	国立病院機構琉球病院
前田佑樹	同上
前上里泰史	同上
山城琢也	同上
本村啓介	国立病院機構肥前精神医療センター
藤崎直人	国立病院機構さいがた医療センター
賀古勇輝	北海道大学病院附属司法精神医療センター
高張陽子	同上
國田幸治	同上
船戸一基	同上
駿河勇太	同上
鈴木未央	国立病院機構小諸高原病院
小川太郎	同上
若林可織	同上
矢島秀晃	同上
岩井邦寿	同上
藤野健一	同上
宮沢泰裕	同上
堀内泉辞	同上
野村照幸	新潟医療福祉大学
松浦佳代	国立看護大学校
坂田正史	長野地方裁判所
根岸達也	法務省保護局
小澤光俊	水戸保護観察所

## A. 研究目的

医療観察法が施行され、約 20 年が経過した。令和 4 年度の「医療観察法対象者の類型化に関する研究（河野班）」において、医療観察法入院処遇対象者（以下、対象者）の類型として、疾患や対象行為別に 12 の類型に分けられることが示されたが、法施行時に厚生労働省から示さ

れた入院処遇ガイドライン（以下、ガイドライン）には統合失調症の典型例のクリティカルパスしか示されておらず、類型化に基づく治療や処遇は示されていない現状がある。またガイドラインに示されている統合失調症事例のクリティカルパスについても、臨床現場での使用頻度は多くなく、実際の医療内容との乖離が認められる。

令和 5 年度～6 年度の本研究においては、12 類型から臨床的必要性の高い類型を絞り、「国立研究開発法人 日本医療研究開発機構委託研究 医療観察法の諸ガイドラインの見直しの必要性に関する研究（平成 27 年度～29 年度村杉班）」において作成した統合失調症事例のクリティカルパス案（以下、AMED 村杉班パス）ならびに重複障害コ・パス案（以下、AMED 村杉班コ・パス）を草案としつつ、指定入院医療機関や指定通院医療機関、保護観察所、裁判所等の多職種からなるエキスパートを参集しての研究分担班会議（以下、エキスパート会議）により、病棟から地域への円滑かつ迅速な移行を視野に入れた、疾患別のクリティカルパスを作成することを目的とする。

## B. 研究方法

### 1) アンケート調査

全国の指定入院医療機関 35 施設に所属する医療観察法病棟師長を対象に、クリティカルパスの使用状況に関するアンケート調査を実施し、医療観察法入院処遇におけるクリティカルパスの普及度や必要性について検討する。

### 2) エキスパート会議

入院処遇 12 類型から臨床的必要性の高い類型を絞り、AMED 村杉班パスならびに AMED 村杉班コ・パスを草案としつつ、アンケート調査の結果も踏まえながら、指定入院医療機関を中心とした第 1 回のエキスパート会議において疾患別クリティカルパス案を作成する。

指定入院医療機関に加え、指定通院医療機関の視点も加味した第2回のエキスパート会議において、疾患別クリティカルパス案を修正する。

さらに保護観察所や裁判所等の視点を加えた第3回のエキスパート会議において、疾患別クリティカルパス案の試用結果を踏まえたさらなる検討と意見集約を行い、疾患別クリティカルパスを完成させると共に、クリティカルパスの普及方法について検討する。

### (倫理面への配慮)

本研究は国立病院機構小諸高原病院倫理委員会より承認を得て実施している（承認番号5-1）。

## C. 研究結果

### 1) アンケート調査

全国の指定入院医療機関全 35 施設より回答が得られた。クリティカルパスの使用状況については、入院処遇ガイドラインに記載されたクリティカルパスを使用している施設が 4 施設、同クリティカルパスをもとに修正した院内版を使用している施設が 4 施設、AMED 村杉班パスを使用している施設が 4 施設、自施設独自に作成したクリティカルパスを使用している施設が 6 施設との結果が得られ、クリティカルパスの使用については、35 施設中 18 施設と、半数強の割合に留まっていることが判明した（表1）。

### 2) クリティカルパス作成における基本方針

本研究におけるクリティカルパスの導入目的としては、多職種チーム医療の推進、入院期間短縮、職員教育に重点を置く方針とした。各クリティカルパスに共通する構造としては、導入時期の目安のチェックシートとしての視覚的にわかりやすく簡素化した構造とし、共通する内容としては、プロセス重視の方向性や目標設定とした。

本クリティカルパスは医療観察法入院処遇対象者（以下、対象者）の約8割を占め、疾病及び関連保健問題の国際統計分類（以下、ICD-10）の F2 に分類される統合失調症圏を想定した共通クリティカルパスと、主診断もしくは副診断としての他の疾患（F0：器質性精神障害、F1：物質使用障害、F3：気分障害、F7：知的障害、F8：発達障害、F9：行動・情緒障害）を想定した疾患別コ・パスに分けることとした。

本クリティカルパスは、担当多職種チーム（Multi-disciplinary Team: 以下、MDT）が主体となり、導入時期の目安のチェックシートとして使用するものであり、対象者の診断や病態に応じ、共通クリティカルパスに加え、疾患別コ・パスの使用を検討する形とした。また疾患別コ・パスにおいては、特に重視すべき事項について、Key Pointとして記述することとした。

### 3) クリティカルパスの作成

共通クリティカルパスは AMED 村杉班パスを草案とし、「各期での治療導入の指標になるもの」「対象者と共有でき使用しやすいクリティカルパス」「評価期間の幅を持たせる」「保護要因に着目し調整官・地域との連携をより強固にする」「MDT 面接での確認項目の追加」「推奨レベルや実施状況による色分け、アウトカム確認欄の設定」「情報リテラシー項目の追加」「クライシスプランの緊急時のみではなく平時での活用促進」といった観点での検討と修正を重ね、作成した（図1）。

F0 コ・パスは、対象疾患として軽度認知障害から軽度認知症を想定し、精神科病院協会のクリティカルパスを草案とし、入院期間の短縮を主目的としたクリティカルパスを作成した。その過程で、「変性疾患に伴う認知症群（高齢者）に対するクリティカルパスと外傷などに伴う高次脳機能障害群（主に若年者）に対するクリティカルパスの2つのパスの必要性」「薬物調整と環境調整、ならびに心身機能の維持を主軸と

する」「認知機能や日常生活動作を低下させないための作業療法や理学療法、関わりの増加、定期的な画像検査・心理検査等の工夫」「早期退院に向けた早期からの地域連携や環境調整の重要性」「成年後見制度の入院初期からの検討」「生活史や職業歴の十分な共有と実際の生活への応用」「集団生活適応の可能性、日中活動の評価を回復期から開始」といった観点での検討と修正を重ねて完成に至った（図2・図3）。

F1 コ・パスは、AMED 村杉班コ・パスを草案とし、通院複雑事例の特徴に関する全国調査（久保班）の結果も参考にして、「再使用に関わるリスク評価」「医療観察法医療の必要性の判断」「様々な病態に対する治療戦略」との論点で整理し作成した。その過程で、「従来より自由度の高い外泊における評価」「適応判断に関するコンセンサス」「いずれの病態でも入院時早期より物質使用プログラムの導入を図る必要性」「早期退院や再使用時の対応については支援者間で葛藤が生じやすく協議を丁寧に行う必要性」「自助グループへの参加の積極的な勧奨」といった観点での検討と修正を重ねて完成に至った（図4）。

F3 コ・パスは、うつ病治療ガイドライン第2版やCanadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) を草案としつつ、自殺予防やグリーフケア、放火プログラム、女性性への配慮、小児期逆境体験等に重点を置き作成した。その過程で、「実子殺しの事例は自殺リスクが高いため、内省プログラムにおける配慮が必要」「通院処遇に移行する時期等、環境変化のタイミングは特に自殺リスクが高まるため、入院処遇中から対象者や地域支援者との間でリスクや対処方法を共有する必要があること」「気分症状にフォーカスを当てた内容」「早期からの家族との再統合の可能性についての検討」といった観点での検討と修正を重ねて完成に至った（図5）。

F7 コ・パスは対象疾患として中等度知的障害

を想定し、「発達障害領域における司法精神科作業療法」を参考にして作成した。その過程で、「対象者の特性評価が中心となり、医療観察法による医療をどの程度、実施するかを検討していく必要性」「対象者の能力や限界に合わせたアプローチの必要性」「行動療法と環境調整が主体」「MDT で作成したケースフォーミュレーションをMDT 以外の病棟スタッフとも確認する必要性」「MDT が孤立しないための工夫の必要性」といった観点での検討と修正を重ねて完成に至った（図6）。

F8・F9 コ・パスは、AMED 村杉班コ・パスを草案とし、「発達上の課題を有する在院者に対する処遇プログラム実施ガイドライン」「注意欠陥・多動症の診断・治療ガイドライン 第5版」等を参考にして、発達特性と二次障害へのアプローチに重点を置き作成した。その過程で、「診断の必要性の強調」「段階的評価の必要性」「複雑事例化する可能性を踏まえた診立て直しと再介入に関する言及」といった観点での検討と修正を重ねて完成に至った（図7）。

## D. 考察

### 1) クリティカルパスの試用について

令和5年度研究において作成した疾患別クリティカルパス案に、2度のエキスパート会議において検討した内容に基づいた修正を行い、共通クリティカルパスと疾患別コ・パスを作成した。共通クリティカルパスとF0 コ・パス、F1 コ・パス、F7 コ・パス、F8・9 コ・パスについては、少数例ながら対象者へのアプローチに導入し、試用したMDTからは、概ね肯定的な評価が得られた。今後各指定入院医療機関への普及を進めると共に、試用事例数を増加させ、クリティカルパスの効果判定と、それらの知見に基づく修正を行っていく必要がある。

### 2) クリティカルパスの普及方法について

令和5年度に実施したクリティカルパスの使

用状況に関するアンケート調査の結果からも、各指定入院医療機関において、クリティカルパスが十分に使用されていない現状が明確となっている。AMED 村杉班パス・AMED 村杉班コ・パスについては、研究報告書への掲載や各種研修会、学会等での告知という方法で浸透を図ったものの、普及にはつながっていない現状があるため、普及方法について検討する必要がある。今後、国立精神・神経医療研究センター病院ならびに小諸高原病院のホームページへのクリティカルパスの掲載や、「医療観察法に必要な人材育成に関する研究（賀古班）」と連携した研修用動画の作成、医療観察法関連職種研修会・医療観察法 MDT 研修におけるクリティカルパスの紹介を具体的に検討し、実践していく必要がある。

## E. 結論

令和5年度～6年度の本研究においては、共通クリティカルパスならびに疾患別コ・パスを作成すると共に、クリティカルパスの試用と普及方法の検討も行った。その結果、以下の結論が得られた。

- ・本研究におけるクリティカルパスの導入目的としては、多職種チーム医療の推進、入院期間短縮、職員教育に重点を置く。
- ・各クリティカルパスに共通する構造としては、「導入時期の目安のチェックシートとしてのシンプルな構造」とし、共通する内容としては、「プロセス重視の方向性や目標設定」とする。
- ・少数例ながら共通クリティカルパスならびに疾患別コ・パスの試用を行い、概ね肯定的な評価が得られた。
- ・各指定入院医療機関への普及を進めると共に、試用事例数を増やし、クリティカルパスの効果判定と、それらの知見に基づく修正を行っていく必要がある。
- ・普及方法については、国立精神・神経医療研

究センター病院ならびに小諸高原病院のホームページへのクリティカルパスの掲載や、「医療観察法に必要な人材育成に関する研究（賀古班）」と連携した研修用動画の作成、医療観察法関連職種研修会・医療観察法 MDT 研修における紹介を具体的に検討し、実践していく。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 高橋未央, 野村照幸, 村杉謙次, 平林直次: 医療観察法複雑事例に対する共同意思決定の有効性についての報告 ～ケースフォーミュレーションを用いて～. 司法精神医学, 2023; 18: 80
- 2) Katsuhito Saitoh, Daimei Sasayama, Tomonari Yoshizawa, Mio Suzuki, Kenji Murasugi, Shinsuke Washizuka : Comparative Empirical Analysis of Challenging Inpatients under the Medical Treatment and Supervision Act and the Mental Health and Welfare Act. 信州医学雑誌, 2024; 72(2): 95-105
- 3) 村杉謙次: 複雑事例へのあらたな治療の試みと治療反応性. (第 19 回日本司法精神医学会大会シンポジウム 医療観察法医療の治療反応性—法施行後の治療技術の進歩を踏まえて). 司法精神医学, 2024; 19: 47-53

### 2. 学会発表

- 1) 村杉謙次: シンポジウムⅡ 複雑事例へのあらたな治療の試みと治療反応性. 第 19 回日本司法精神医学会大会, 東京, 2023.9.8
- 2) 村杉謙次: 研究班報告 医療観察法における退院後支援に資する研究 入院部門の研究報告. 第 19 回医療観察法関連職種研修会, 栃木, 2024.7.19

## G. 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

## H. 謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた全国の医療観察法病棟スタッフの皆様のご協力に深謝いたします。

## 参考文献

- 1) クリニカルパス実践テキスト. 日本クリニカルパス学会 学術・出版委員会監修. 医学書院, 2023
- 2) 医療観察法対象者の類型化に関する研究. 河野稔明. 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究. (令和3年度～令和4年度 総合研究報告書)
- 3) 医療観察法の諸ガイドラインの見直しの必要性に関する研究. 村杉謙次. 医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究 (平成29年度研究開発分担報告書)

表1 クリテikalパスの利用状況 (n=35)

クリテikalパスの種類	使用施設数
入院処遇ガイドラインに記載されたクリテikalパス	4
上記をもとに修正した院内版	4
AMED村杉班によって作成されたクリテikalパス (修正した院内版も含む)	4
自施設が独自に作成したクリテikalパス	6

AMED：国立研究開発法人日本医療研究開発機構



図2 F0コトバズ(認知症群・高齢者)

	急性期	回復期	社会復帰期
短期目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知機能低下について理解する</li> <li>周辺症状について理解する</li> <li>現在の思いや考えをどの程度表現できるか確認する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療ゴールを明確化する</li> <li>認知機能および身体機能の低下を予防する</li> <li>退院に向けた帰住地調整や社会資源の調整</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉サービスと地域環境の整備を進める</li> <li>退院候補先への外泊訓練をおこなう</li> <li>モニタリング・クライシスプランを作成し地域支援者と共有し実施する</li> </ul>
アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> <li>類型確定の諸検査の検討と実施(必要時は外出による検査を検討する)</li> <li>薬物療法および環境調整によるせん妄など周辺症状の改善</li> <li>認知機能低下について情報を収集する(対象者、家族、地域関係者、鑑定書、生活環境調査)</li> <li>認知機能の評価(HDS-R・MMSE・CDR・NPIなど)</li> <li>身体機能評価・ADL評価</li> <li>生活歴、嗜好、趣味など詳しく対象者から聴取り機能低下防止を含む諸活動への導入</li> <li>対象行為と認知機能低下の関連性を加味したCFを作成</li> <li>早期退院を想定し初回CPAなどで必要な福祉サービスの検討を開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療効果の評価と治療方針の再検討</li> <li>認知機能の再評価(進行が早い場合には入院継続の見直しを検討)</li> <li>IADL・従前作業等の評価</li> <li>認知機能および身体機能の低下を予防する(作業療法・運動療法・疾患別リハ等を高頻度で実施)</li> <li>生活史や個人の価値観を尊重した健康的な時間の提供</li> <li>福祉サービスと連携を視野に、退院後の金銭管理や身体介護について検討を始める</li> <li>成年後見制度など社会資源の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>画像検査(退院前評価として)</li> <li>認知機能、生活機能の再評価</li> <li>利用する社会資源・福祉サービスの決定</li> <li>支援者が利用できるモニタリングプランの作成</li> <li>支援者が利用できるクライシスプランの作成</li> </ul>

Key Point : 認知症の類型に応じた評価及び治療を検討する。認知症の診断が確定後、再被害のリスクの低下が認められ、より適切な医療の提供が見込まれる場合は、入院期間を短縮し速やかに通院移行を進める。対象者の疾病特性や理解力に制限がある場合は、各項目の達成が難しい場合が想定されるため、再被害行為の防止のための代替方法の確立など保護要因の強化も含めて治療の進捗として評価する。また、病識や内省についても本人の能力や理解力に応じた段階付けを設定するなど十分配慮する。なお、F0コトバズについては、他の疾患別コトバズの目標欄が対象者主体で記載されているのに対し、認知機能の問題もあるため、MDT主体で記載されている。

HDS-R:改訂長谷川式簡易知能評価スケール  
MMSE:Mini Mental State Examination  
CDR:臨床的認知症尺度  
NPI:Neuropsychiatric Inventory  
ADL:日常生活動作  
CF:ケースフオーミュレーション  
GPA:Care Programme Approach  
IADL:手段的日常生活動作  
MDT:担当多職種チーム

図3 F0コ・パス(高次脳機能障害者・主に若年者)

	急性期	回復期	社会復帰期
短期目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 認知機能低下について理解する</li> <li>• 病態部位と特性について理解する</li> <li>• 現在の思いや考えをどの程度表現できるか確認する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 本人の特性を理解し治療ゴールを明確化する</li> <li>• 認知機能および問題行動の軽減を図る</li> <li>• 認知機能、身体機能の低下を予防する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 福祉サービスと連携し地域環境の整備を進める</li> <li>• 退院候補先への外泊訓練をおこなう</li> <li>• モニタリング・クライシスプランを作成し地域支援者と共有し実施する</li> </ul>
アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 諸検査の検討と実施（必要時は外出による検査を検討する）</li> <li>□ 認知機能・特性について情報を収集する（家族、地域関係者、鑑定書、生活環境調査等）</li> <li>□ 身体機能評価・ADL評価</li> <li>□ 生活歴、嗜好、趣味など詳しく対象者から聴取</li> <li>□ 対象行為と認知機能およびの問題行動との関連性も加味してCFを作成</li> <li>□ 退院後に必要な福祉サービスの検討を開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 治療効果の評価と治療方針の再検討</li> <li>□ 認知機能の再評価を行う（認知・行動・人格）</li> <li>□ 問題行動を評価し軽減を図る（行動療法・認知リハ・環境調整など）</li> <li>□ 集団活動、集団生活への適応評価</li> <li>□ 適応行動評価（Vineland-2など）と</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 支援者が使用できるモニタリングの実施と評価</li> <li>□ 支援者が使用できるクライシスプランの作成と実施</li> </ul>

Key Point：対象者の疾病特性や理解力に制限がある場合は、各項目の達成が難しい場合が想定されるため、再被害行為の防止のための代替方法の確立など、保護要因の強化も含めて治療の進捗として評価する。なお、F0コ・パスについては、他の疾患別コ・パスの目録欄が対象者主体で記載されているのに対し、認知機能の問題もあるため、MDT主体で記載されている。

ADL: 日常生活動作  
 CF: ケースフォーミュレーション  
 Vineland-2: 適応行動尺度  
 MDT: 担当多職種チーム

図4 F1コ・パス

	急性期	回復期	社会復帰期
<p><b>短期目標</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>物質使用歴について話すことができる</li> <li>物質に対する現在の思いや欲求について話すことができる</li> <li>物質使用に伴う問題について考え始める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>依存性物質を見たり、手にした時の思いや欲求、身体への反応について話すことができる。</li> <li>物質使用のメリット・デメリットについて知る。</li> <li>物質再使用に関わる対処法について考える。物質使用以外の楽しみを探す。</li> <li>地域の自助グループや依存症回復支援施設等について知り、自分にとって必要かどうかを考える。</li> <li>物質使用によって自傷・他害のリスクが高まることを理解し、クライシスプランに反映させる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域生活における物質に対する欲求やその使用について向き合い、再使用のリスクを同定し、その予防策について協議できる</li> <li>クライシスプランを利用し、パーソナルリカバリーを旨とした安定した地域生活を実践できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域生活における物質に対する欲求やその使用について、セルフモニタリング、CF、クライシスプランを加筆修正し活用する(再使用せずに過ごせた努力を共に認め合う視点を加えることが望ましい)</li> <li>外泊が地域移行に向けて必須であり、その継続/中止基準や再使用時の対応について、通院関係者に十分に説明する</li> </ul>
<p><b>アプローチ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>スクリーニング (AUDIT、DAST-20)</li> <li>物質使用の状況について詳しく対象者から聴取する。</li> <li>対象行為と物質使用障害の念頭に再使用に至るプロセスを含めたCFを対象者と共に作成し、治療目標とゴールを同定する。</li> <li>物質使用障害PG・家族支援の必要性を検討し、必要なら早期の導入を行う</li> <li>CPA会議において地域関係者を含め、対象者とともに課題を共有する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>物質使用に至った背景や生きづらさを踏まえた自分史を作成し、使用に関連した状況や人間関係を同定する。</li> <li>物質使用に関連した状況を再体験し、セルフモニタリング項目を見直す。</li> <li>自助グループおよび依存症回復支援施設等に関する情報提供や見学、体験利用を行う。</li> <li>外泊に向け、抗酒剤や断酒補助薬などの必要性を検討する</li> <li>退院後の金銭管理や出納帳の活用について検討する。</li> <li>物質使用時の対応を含めたクライシスプランを作成する。</li> <li>社会復帰阻害要因を考慮しながら帰住地や、指定通院医療機関、日中活動の場などについて決定する。その際には、CPA会議などで通院関係者を含めて十分に協議し、地域資源や機能を考慮して判断する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>物質使用に至った背景や生きづらさを踏まえた自分史を作成し、使用に関連した状況や人間関係を同定する。</li> <li>物質使用に関連した状況を再体験し、セルフモニタリング項目を見直す。</li> <li>自助グループおよび依存症回復支援施設等に関する情報提供や見学、体験利用を行う。</li> <li>外泊に向け、抗酒剤や断酒補助薬などの必要性を検討する</li> <li>退院後の金銭管理や出納帳の活用について検討する。</li> <li>物質使用時の対応を含めたクライシスプランを作成する。</li> <li>社会復帰阻害要因を考慮しながら帰住地や、指定通院医療機関、日中活動の場などについて決定する。その際には、CPA会議などで通院関係者を含めて十分に協議し、地域資源や機能を考慮して判断する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域生活における物質に対する欲求やその使用について、セルフモニタリング、CF、クライシスプランを加筆修正し活用する(再使用せずに過ごせた努力を共に認め合う視点を加えることが望ましい)</li> <li>外泊が地域移行に向けて必須であり、その継続/中止基準や再使用時の対応について、通院関係者に十分に説明する</li> </ul>
<p><b>Key Point :</b> 物質使用障害を有する対象者は様々な病態を呈し、反社会性を有する場合もあるため、本法医療の必要性に疑義が生じる可能性がある。しかし、安易に処遇終了するのではなく、対象行為と物質使用の関連性を十分評価すべきである。入院処遇を継続する場合にはその評価を基に、漫然とした入院とならないよう治療のターゲットとゴールを定める。他診断が存在する場合にも物質使用歴を積極的に聴取し、F1の併存を見逃さないように留意する。F1が併存している場合には、可能な限り本コ・パスを導入する。</p> <p>物質使用ができない入院環境下では物質使用障害に関するリスクアセスメントおよびマネジメントに限界があることを念頭に、通院移行後に起こりうる事態を対象者とともにアセスメントしマネジメントできるよう、入院中に地域生活を想定した環境下で実践を積み重ね、通院移行することが望ましい。物質使用障害を有する対象者への社会復帰支援については、関係者間で(保護観察所や自助グループなどの地域関係者や医療機関、または入院医療機関と通院医療機関) 支援への考え方や方法が異なる場合が少なくない。そのため、早期より対象者の社会復帰に向けた最適な支援について、十分に関係者間で協議を重ねる努力が必要がある。</p>			

AUDIT : アルコール使用障害同定テスト  
DAST-20 : The Drug Abuse Screening Test  
CF : ケースフォーミュレーション  
PG : プログラム  
CPA : Care Programme Approach

図5 F3コ・パス

	急性期	回復期	社会復帰期
短期目標	気分症状、精神病症状の改善	認知の偏り(認知スキーマ)について認識し、対処方法を考える	自分の思い(自傷・自殺を含む)を地域支援者にも伝えることができる
アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 症状評価(抑うつ症状、躁症状、精神病症状)</li> <li>□ 婦人科的問題の評価</li> <li>□ 薬物療法、mECT、rTMS</li> <li>□ 心理検査(悲嘆尺度、うつ病尺度、トラウマに関する尺度、躁病尺度など)</li> <li>□ 対人関係能力の評価</li> <li>□ 家族との再統合の評価・促進(両親、配偶者、子)</li> <li>□ 家族との再統合に向けた行政へのアプローチの検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 婦人科的問題への介入(月経コントロール、更年期障害、疾病教育)</li> <li>□ CBT(認知再構成法など)</li> <li>□ 退院後の就業に関する検討(復職支援など)</li> <li>□ 家族との再統合に関わる社会資源(児童相談所、子ども家庭支援センターなど)との連携</li> <li>□ 悲嘆へのケア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 自殺予防に関する関係機関との連携強化</li> <li>□ 退院後の(指定通での)悲嘆に関する心理面接導入の検討</li> <li>□ 退院後の悲嘆のプロセスに関する心理教育(地域関係者とも共有)</li> </ul>

**Key Point**

- うつ病であっても他害行為を伴ううつ病であり、精神病症状の評価、対人関係の苦しさへのアプローチは重要。
- 家族機能の問題は帰宅先や支援体制構築の問題に直結するため、入院早期から確認する必要があるが、病状が改善するまで家族としては受け入れ困難な場合もあるため継続評価が必要。
- 実子殺し、拡大自殺の場合は本人の自傷・自殺リスクが高い。入院初期、内省プログラム開始時、外泊開始時は特に注意する必要があるため、MDT面接や心理面接を通して本人の状態把握や予防に努める。支援者が大きく変わる際(退院など)は、本人が自分の思いを表出し難くなる可能性があるため、事前の心理教育や地域支援者との連携強化によって自殺予防に繋げることも重要。また疾患が気分障害に該当しなくても、当該対象行為については本コ・パスが有用と考えられる。

mECT: 修正型電気けいれん療法  
 γ-TMS: 経頭蓋磁気刺激療法  
 CBT: 認知行動療法  
 MDT: 担当多職種チーム

図6 F70コアパス

	急性期	回復期	社会復帰期
短期目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病棟の日課に沿った生活を送ることができる</li> <li>• スタッフトと落ち着いて会話できる</li> <li>• 入院に至った経緯が理解できる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 能力に応じた治療的な活動に取り組むことができる</li> <li>• 本人特性に配慮した環境を行い安定した生活を送ることができる</li> <li>• 退院生活の目標を共有する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• モニタリングプラン・クライシスプランの作成と実施</li> <li>• 退院地・通院先の関係者と関係構築をすすめる</li> <li>• 帰住地調整、外泊訓練を行い退院調整を進める</li> </ul>
アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 治療同盟の構築困難が予想されるため丁寧な治療関係の醸成を図る</li> <li>□ 各種検査(WAIS・感覚プロファイルなど)</li> <li>□ 行動障害の問題の評価</li> <li>□ 情報処理特性の把握</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 治療効果の評価と治療方針の再検討</li> <li>□ 行動障害の問題の評価とアプローチ</li> <li>□ 適応能力の評価(Vineland-2など)</li> <li>□ 本人の生活歴の振り返りを継続する(逆境体験を含む)</li> <li>□ 本人の特性に配慮した諸活動による強みの発見</li> <li>□ 情報処理特性に配慮したコミュニケーションツールの利用</li> <li>□ 他の発達障害(ASD・ADHD)の再評価</li> <li>□ MDTから病棟に向けてCFの共有(必要に応じて)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 支援者が使用できるモニタリングの作成と実施</li> <li>□ 支援者が使用できるクライシスプランの作成と実施</li> <li>□ 利用する社会資源・福祉サービスの決定</li> </ul>

Key Point: 対象者の疾病特性や理解力に制限がある場合は、各項目の達成が難しい場合が想定されるため、再被害行為の防止のための代替方法の確立など保護要因の強化も含めて治療の進捗として評価する。また、病識や内省についても本人の能力や理解力に応じた段階付けを設定するなど配慮する。内省の理解促進のため、本人の情報処理特性を踏まえた様々な工夫を検討する(図式化や写真などの活用、対象行為場所への外出等)

WAIS:ウェクスラー式知能検査  
 Vineland-2: 適応行動尺度  
 ASD: 自閉スペクトラム症  
 ADHD: 注意欠陥多動症  
 MDT: 担当多職種チーム  
 CF: ケースフォロワーミーティング

図7 F8・F9コ・パス

	急性期	回復期	社会復帰期
<b>短期目標</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・落ち着いて会話ができる</li> <li>・入院に至った経過を理解できる(納得は不十分でも可)</li> <li>・病棟ルールを理解して入院生活が送れる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・発達特性を理解することができる</li> <li>・怒りや衝動性をコントロールできる</li> <li>・社会復帰に向けた現実的な見通しの獲得</li> <li>・スタッフに援助を求められることができる</li> <li>・自身の希望を伝えることができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な形で自己表現ができる</li> <li>・発達特性に考慮した外出泊を体験できる</li> <li>・退院地、通院先の関係者との関係構築</li> <li>・発達特性を他者に伝えることができる</li> <li>・自身の希望を達成する為に行動できる</li> </ul>
<b>アプローチ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 多職種による診断再検討</li> <li><input type="checkbox"/> 薬物療法の検討(ADHD治療薬)</li> <li><input type="checkbox"/> 各職種面接(共同意思決定を基に)</li> <li><input type="checkbox"/> 心理教育(発達障害、急性一過性精神障害など)</li> <li><input type="checkbox"/> 発達特性を把握する為の心理検査(WAIS, PARS, AQ, CAARS, TMT, WCST, FAB等)</li> <li><input type="checkbox"/> 情報処理特性の把握</li> <li><input type="checkbox"/> 発達特性と対象行為の関連性の検討</li> <li><input type="checkbox"/> 入院処遇に関する説明(必要なら複数回)</li> <li><input type="checkbox"/> 家族・関係者からの情報収集(発達特性)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 治療同盟の評価と改善</li> <li><input type="checkbox"/> 診断再検討(急性期で未決定の場合)</li> <li><input type="checkbox"/> 薬物療法(ADHD治療薬の調整、効果判定)</li> <li><input type="checkbox"/> 特性に考慮した活動(強みの発見)</li> <li><input type="checkbox"/> 課題に応じた技能の評価と練習</li> <li><input type="checkbox"/> 家族教育(発達特性について)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 心理教育(まとめとおさらいによる般化)</li> <li><input type="checkbox"/> 発達特性について再確認</li> <li><input type="checkbox"/> 内省プログラムの振り返り</li> <li><input type="checkbox"/> 特性を考慮した活動(強みの定着)</li> <li><input type="checkbox"/> 外泊での技能評価と改善(生活能力向上)</li> <li><input type="checkbox"/> 特性に配慮した外出体験</li> <li><input type="checkbox"/> 退院・通院先と情報共有(発達特性)</li> <li><input type="checkbox"/> 家族教育(発達特性・今後の関わり方等)</li> </ul>

**Key Point**

- ・入院後早期に総合的な視点から診断の再検討を行う。
- ・回復期移行後、治療が難渋する場合はMDTの再編成、他の指定入院医療機関によるコンサルテーション導入を検討する。
- ・発達障害の診断がつかない事例であっても、入院治療の中で発達障害傾向が窺える場合は本コ・パスの活用を検討する。
- ・発達障害傾向が強い場合、対人接触の増加への苦痛が大きくなる場合がある為、合理的配慮の視点も意識することが望ましい。

○・・・実施済み 一定の効果が見られる。  
 △・・・実施したが効果今一つ、もしくは実施途中。  
 ー・・・今後実施を検討、もしくは未実施。  
 x・・・実施したが効果なし

ADHD:注意欠陥多動症  
 WAIS:ウェクスラー式知能検査  
 PARS:親面様式自閉症スペクトラム症評定尺度  
 AQ:自閉症スペクトラム指数  
 CAARS:Conners' Adult ADHD Rating Scales  
 TMT:Trail Making Test  
 WCST:Wisconsin Card Sorting Test  
 FAB:前頭葉機能検査  
 MDT:担当多職種チーム