令和 7 年度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円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
「指定入院医療機関の機能改善とクリティカルパスに関する研究」
分担研究報告書

機能改善に向けたコンサルティング、処遇終了基準に関する検討

研究分担者　壁屋　康洋　　国立病院機構榊原病院

研究要旨：

「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)」に基づく指定入院医療機関は 35 施設となった。重度精神疾患標準的治療法確立事業事務局からパフォーマンス指標として各施設に示されるデータのうち、令和 2 年 1 月～令和 4 年 12 月の 3 年間集計の各施設の平均在院日数は 732.0 日から 2,846.0 日、処遇終了率は 0%～38.7%に分布し、施設差がうかがわれた[1)]。本研究では指定入院医療機関のコンサルティングを試み、施設の機能改善の手法を探る研究 1、処遇終了基準に関する検討会をおこない処遇終了運用の均てん化を目指す研究 2 をおこなう。

研究 1：令和 2 年 1 月～令和 4 年 12 月の 3 年間集計の平均在院日数と処遇終了率[1)]がともに第 3 四分位点を超える A 病院、平均在院日数が最長の B 病院、平均在院日数が第 1 四分位点未満の C 病院の 3 施設に対し、機能改善の取り組みを試みる。本論では 3 施設のアセスメントを示した。今後 2 年間で取り組みを続け、コンサルティング手法の定式化を目指す。

研究 2：令和 2 年 1 月～令和 4 年 12 月の 3 年間集計の処遇終了率が中央値より高い 4 施設と中央値以下の 4 施設[1)]を訪問し、同期間に生じた処遇終了事例 22 例、処遇終了されやすい要因として、(A) 主診断が器質性精神障害（以下、F0)、物質使用障害（以下、F1)、知的障害（以下、F7)、発達障害（以下、F8)、(B) 頻回/長期の行動制限（隔離回数 5 回以上、隔離総日数 28 日以上、拘束 1 回以上のいずれか）を受けた事例（行動制限群)、(C) 70 代以上のいずれかに該当するが通院処遇へ移行した事例 17 例の概略[2)]を用い、1)身体疾患、2)外国への帰国、3)F0 高齢者（認知症)、4) 頻回/長期の行動制限～暴力抑制困難、5) 治療拒否、6) 内省・洞察の欠如、7) F0 60 代以下（器質性精神障害)、8) F1・F7・F8 の計 8 類型に分けて提示し、処遇終了基準の検討会をおこなった。指定入院医療機関の病棟医長経験のある 3 名の医師が各類型への意見を提示、検討会に参加した 66 名のうち、発言した 7 名の意見を 4 つの論点に整理した。

検討会にて、外国への帰国事例、再他害リスクの低減した身体疾患を有する事例、同様に再他害リスクが低減した中等度以上の認知症高齢者事例は処遇終了が是認された。内省・洞察の欠如や治療拒否による処遇終了は不適当とみなされたが、治療拒否する事例のトラウマのアプローチについては参加者から指定入院の強制治療への反対意見もあった。暴力抑制困難など治療困難事例については処遇終了判断のプロセスを決めるべきとの主張がなされ、(1)ブロック会議、(2)平均在院日数短期・処遇終了低群施設と対象施設との検討、(3) 転院が方法として挙がった。一方で医療観察法制度の経過の中で治療技術や支援体制の向上も指摘され、処遇終了基準は変化することも考えられた。そのため検討会は繰り返しお

こなう必要がある。また医療観察法制度の運用を鑑みると、鑑定や裁判所による審判など複数のチェックがあって入院が決定されているため、医療者だけで処遇終了を考えるべきではないとの意見もある。今後は裁判所など医療以外の立場も含めた検討会が求められる。

研究協力者（順不同、敬称略）
村杉謙次　国立病院機構小諸高原病院
堀内泉辞　同上
若林可織　同上
矢島秀晃　同上
小川太郎　同上
宮沢泰裕　同上
井上貴裕　千葉大学医学部附属病院
野村照幸　新潟医療福祉大学心理健康学科
松浦佳代　国立看護大学校
橋本隆紀　国立病院機構北陸病院
沼田俊也　同上
荒井宏文　同上
石津すぐる　岡山県精神科医療センター
大鶴　卓　琉球こころのクリニック
久保彩子　国立病院機構琉球病院
鬼塚俊明　国立病院機構榊原病院
髙野真弘　同上
浅野琴美　同上
中辻望来　同上
田本　満　同上
村田昌彦　社会医療法人財団松原愛育会
松原病院

医療観察法に基づく指定入院医療機関は 35 施設となった。重度精神疾患標準的治療法確立事業事務局からパフォーマンス指標として各施設に示されるデータのうち、令和 2 年 1 月～令和 4 年 12 月の 3 年間集計の各施設の平均在院日数は 732.0 日から 2,846.0 日、処遇終了率は 0%～38.7%に分布し、施設差がうかがわれた[1)]。本研究は指定入院医療機関のコンサルティングを試み、施設の機能改善の手法を探る研究 1、処遇終了基準に関する検討会をおこない処遇終了の均てん化を目指す研究 2 をおこなう。

研究 1：機能改善研究

A．研究目的

前述のように医療観察法指定入院医療機関に施設差がうかがわれた。「指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究」[1)]から平均在院日数の短縮につながる要因には依存症入院医療管理加算、児童・思春期精神科入院医療加算などに示される多様な専門医療に取り組む治療文化や組織運営、上司の支援があること、処遇終了率に影響する要因には医療観察法医療と処遇終了に対する考え方、職場の対人関係が示された[1)]。これらは病院の治療文化、組織運営、病棟内の職場の人間関係などを含むため、改善策は一様には考えにくい。指定入院医療機関のコンサルティングを試み、指定入院医療機関の機能改善の手法を探ることが本研究の目的である。

B．研究方法

1. 対象

「指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究」[1)]にて訪問調査をおこなった施設から、令和 2 年 1 月～令和 4 年 12 月の 3 年間集計の平均在院日数と処遇終了率をもとに特徴の異なる以下 3 施設をコンサルティングの対象とした。3 施設の平均在院日数・処遇終了率を図 1 に示す。

A 病院：上記 3 年間集計の平均在院日数と処遇終了率がともに第 3 四分位点を超える（長期・高処遇終了率施設）

B 病院：平均在院日数が最長（超長期入院施設）

C 病院：平均在院日数が第 1 四分位点未満（短期入院施設）

2. コンサルティング方法

上記 3 施設に以下のステップでコンサルティングを進めている。

1) 平均在院日数や処遇終了率、病棟の運営や病院本体の機能について、(1)病棟の運営や病院本体の機能に関する施設単位調査 [1]ならびに(2)以下 6 種を含む職員個人単位調査 [1]を実施。

(ア)　職業性ストレス簡易調査票 [3]

(イ)　日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール（以下、CPAT-J）[4]

(ウ)　心理的安全性 [5]

(エ)　社会復帰調整官との連携のしやすさ

(オ)　医療観察法病棟に従事するに当たり、病棟運営の在り方や方針について疑問ないし問題と思われる事柄（自由記載）

(カ)　医療観察法入院医療としてあなたが重要と考えている事柄（自由記載）

2)これらの調査結果を 3 施設それぞれにフィードバックし、ディスカッションをおこなう。A 病院と B 病院には分担研究者が職員へのインタビュー調査をおこない、それらの結果を施設のアセスメントとして図式化したものを提示した。C 病院は平均在院日数も短く、比較的機能の高い施設として、自施設でアセスメントを図式化するよう依頼した。

3)3施設がそれぞれに取り組み事項を検討し、定期的に会議で互いの進捗状況を共有した。

（倫理面への配慮）

調査機関に対象施設に入院中であった対象者は退院済みのため、診療録・入院継続申立書・退院申立書を閲覧し、個人を特定できないよう要約した上で発表する場合があるとして研究公告(オプトアウト文書)を榊原病院ホームページに掲載、拒否の機会を保証した。医療機関とその職員に対する介入研究であり、患者への医療行為や侵襲がないことを伝え、病棟管理者から文書で同意を得た。

国立病院機構榊原病院倫理審査委員会の承認(2024-10)を得て研究をおこなった。

C．研究結果

A 病院・B 病院について、施設単位調査・職員個人単位調査および訪問調査 [1]にて得られた特徴を表 1・表 2 に示す。そこから得られ、当該施設スタッフに共有したアセスメントを図 2・図 3 に示す。図 2・図 3 では「医療観察法入院医療の平均在院日数・処遇終了率につながる要因」[1]として作成された包括的な模式図から、多職種連携の実態を含めてアセスメントとした。それぞれ図の上部に＜制度への考え＞＜専門医療・通院処遇＞を配し、最下部に多職種連携の基盤となる対人関係を配し、その右上に連携の方法、左上にその結果や内容を配した。図では量的研究 [1) 6)]から認められた＜専門医療・通院処遇＞＜職場内対人関係＞の要因と平均在院日数・処遇終了率を色付きの角丸ボックス、事例の経過やインタビューから質的に抽出された要因を白色の四角形ボックスで示した。

A 病院は処遇終了率が高く、平均在院日数も長い。職員個人単位調査では職業性ストレス簡易調査票 [3]【職場での対人関係】【同僚の支援】、CPAT-J[4]【患者／地域中心のケア】が最下位となったほか、【上司の支援】も低い。自由記載に「他職種から認められにくい」「看護師の地位向上」とあり、多職種連携の基盤の課題が窺えた。インタビューでは「口調の強い人の発言で発言しにくい」「MDT（多職種チーム）で決まった方針が覆される」と語られ、会議で主張しにくい状況、主張しても覆される状況が語られた。面接を拒否された職種が他職種と連動できず、関わりが途絶えたまま数年後に処遇終了された事例もあった。「対象行為についての内省や病識の深まりはみられない」等の理由から処遇終了を生じ、処遇終了事例の受け入れ先がないこと、また治療可能とした入院決定判

断を問題視する主張もあった。病院本体の専門医療や通院処遇の体制も不足し、職員の技能の活用や連携が困難な中、入院長期化や処遇終了につながる。スムーズに通院処遇へ移行できない状況から、入院決定判断や受け入れ先を課題に挙げ、悪循環に陥っていると捉えられ、図2のように図式化した。

B病院は平均在院日数が突出して長い。職員個人単位調査による【職場での対人関係】が30施設中28位と低く、心理的安全性[5]は調査施設中最も低かった。インタビューでも「カンファレンスは批判ばかり」「職員間の対立があった」状況が語られた。MDT会議で方針を決めず、自身の主張に基づいて行動し、担当コメディカルの知らないところで方針が決められることもあったという。「医療観察法おかしい」「対象者に甘い」と主張をする職員もいて、職員がまとまらない状況が語られた。病院本体で依存症への診療はおこなっているが、児童ともに施設基準には至っていなかった。保護観察所との合同企画や自施設での通院処遇も以前はおこなっていたが、調査期間には実施がなかったという。連携できず、制度への考えにズレが生じ、対象者の入院長期化との関連を図3のように図式化した。

C病院について施設単位調査・職員個人単位調査および訪問調査[1]にて得られた特徴を表3に示すが、アセスメントは研究分担者ではなくC病院施設スタッフが図4のようにおこなった。C病院のセルフアセスメントでは、令和2年1月～令和4年12月の3年間集計の平均在院日数は第1四分位点以下の早期退院であるにもかかわらず、平均在院日数の長期化が生じていることを課題に挙げ、職場内対人関係も話しやすい一方でことなかれ主義が生じ、緊張感が薄いと自己分析した。

これら各施設のアセスメントを施設内で共有し、3施設がそれぞれに取り組みを進め、定期的に互いの進捗状況を共有している。本研究で各施設の取り組みは令和9年まで続くものであり、これらの取り組みの効果は本研究最終年度に評価する。

D．考察

本研究で進めているように、「医療観察法入院医療の平均在院日数・処遇終了率につながる要因」[1]をもとに施設の特徴をアセスメントし、図式化することができる。各施設の課題は一様ではなく、アセスメントに応じた取り組みが求められる。本研究はその取り組みの効果を評価し、コンサルティングの手法を定式化することを目的としているが、本年はその1年目として開始したところであり、効果評価と定式化は最終年度におこなう。

研究2：処遇終了基準に関する検討会

A．研究目的

医療観察法が施行された平成17年7月15日から令和元年7月31日までに入院処遇となり、令和3年7月31日時点で退院済みの対象者2,993例のデータでは各施設の処遇終了率は0%～31.3%に分布[6]した。令和2年1月～令和4年12月の3年間集計の各施設の処遇終了率は0%～38.7%に分布し[6]、施設によって処遇終了率に差が大きい。指定入院医療機関から処遇終了と同時の精神保健福祉法入院（以下、処遇終了-入院）の運用には医療機関による有意な差が認められ[7]、物質使用障害（以下、F1）ではその差がさらに大きくなる[7]こと、頻回/長期の行動制限を受けた事例でも処遇終了-入院の施設差が広がることが明らかになっている[8]。令和2年1月～令和4年12月の3年間集計の処遇終了率が中央値より高い4施設と中央値以下の4施設を訪問し、病棟管理者や病棟職員へのインタビュー調査をし、処遇終了に対する考え方を聴取したところ、施設によって処遇終了に対す

る考え方が異なること、それによって処遇終了の運用に差が生じることがうかがえた[1)]。本研究は上記各4施設にて3年間に処遇終了された事例・処遇終了されやすい要因をもつが通院処遇へ移行した事例[2)]を比較し、処遇終了の判断基準について多施設で検討することを通じ、指定入院医療機関の機能改善と均てん化につなげることを目的とする。

B．研究方法

処遇終了基準に関する検討会：処遇終了の判断基準について多施設で検討するため、第21回司法精神医学会大会に合わせて処遇終了基準に関する検討会を公開で実施した。後述する事例を8類型に分け素材とし筆者が提示、指定入院医療機関の病棟医長経験のある3名の医師（石津すぐる・本村啓介・大鶴卓）が各類型への意見を提示、村杉謙次の座長にてフロアとのディスカッションを進めた。

検討会の素材とした事例:「指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究」[2)]にて、令和2年1月～令和4年12月の3年間集計の処遇終了率が中央値より高く平均在院日数が中央値以下の2施設、および処遇終了率と平均在院日数がともに中央値を超える2施設（処遇終了率高群施設）、平均在院日数が中央値以下かつ処遇終了率が中央値以下の4施設（処遇終了率低群施設）を訪問した。そこで収集した上記3年間での処遇終了事例および処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇に移行した事例[2)]を検討会の素材とした。調査手順並びに処遇終了されやすい要因として収集した条件を表4に、事例を類型ごとに表5に示した。表5では、処遇終了率低群施設では 4）以降の累計に処遇終了事例がなく、対比のために同じ類型で通院処遇へ移行した事例を示した。8）F1・F7・F8の類型では処遇終了率高群施設・低群施設共に当該期間に処遇終了事例がみられず、通院処遇へ移行した事例を示した。

（倫理面への配慮）

研究公告（オプトアウト文書）を榊原病院ホームページに掲載し、拒否の機会を保障するとともに、匿名化することで個人情報保護をおこない、調査協力依頼状に説明文書を添付して病棟管理者から文書で同意を得た。

筆頭著者の所属する国立病院機構榊原病院倫理審査委員会の承認(2025-01)を得て研究を行った。

C．研究結果

処遇終了基準に関する検討会にて、表5に示した8カテゴリごとに登壇した3名の医師の意見を表6に示した。2)外国への帰国は処遇終了が認められるとして3人の意見が一致、5)治療拒否と6)内省・洞察の欠如は処遇終了は認められないとして3人の意見は一致した。1)身体疾患に関しては、本村と大鶴は処遇終了意見であった。石津は癌のターミナルであっても再他害行為リスクがある場合、指定通院の継続が可能な場合は通院処遇が望ましいがケースバイケースとした。その他がんのターミナルで全身状態が悪化するなどで再他害行為遂行のリスクが下がっている場合は処遇終了が望ましいという意見であった。その他、3)器質性精神障害（以下、F0）高齢者（認知症）、4)頻回/長期の行動制限～暴力抑制困難事例、7)F0　60代以下（器質性精神障害）、8)F1、知的障害（以下、F7）発達障害（以下、F8）はそれぞれ事例ごとに検討が必要となる△との判断が見られた。村杉が座長として3名の意見を整理した上で、処遇終了までの判断過程の案として図5を示し一般参加者からの意見を求めた。検討会に参加した一般参加者は66名で、うち7名の医師が発言した。7名の発言内容を4カテゴリに分類し、表7～表10に示した。

D．考察

1. カテゴリごとの処遇終了基準

本研究による処遇終了基準に関する検討会では、表 7 に示したように、「良い処遇終了と悪い処遇終了」がある、言い換えると処遇終了が妥当と判断される事例と、不適切な処遇終了があるとの意見が大勢であった。カテゴリごとの検討では、上述のように 2)外国への帰国は処遇終了が妥当の意見で一致し、医療観察法制度の制約から国外では地域処遇ができないため、処遇終了相当と考えられた。

1)身体疾患は再他害リスクが低減し、身体治療と通院処遇の両立が困難な場合は処遇終了が妥当との判断は一致している。3)F0 高齢者も中等度以上の認知症かつ再他害リスクが低減していれば処遇終了も適当、軽度以下の認知症は通院処遇へつなげるべきとの見解で一致している。この両群は再他害リスクが一つの基準となっている。

6)内省・洞察の欠如は処遇終了は認められないとの見解で一致をみた。

一方で 5)治療拒否に関しては登壇した 3 名の医師からは不適当との意見で一致したが、参加者から「トラウマに限り△」との意見が提示された（表 7)。トラウマ治療は任意で行うべきとの主張であったが、これに対しては反論もあり、意見が分かれた。

8)F1、F7、F8 は 3 名の登壇者がいずれも△としてケースバイケースとの判断であった。石津からは場合分けによる判断意見が提示されたが、このカテゴリでは詳細な議論ができなかったのは、「指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究」[2]による訪問調査で処遇終了事例が 1)身体疾患との重複以外に認められず、筆者からの提示事例数が少なかったことに依る。今後事例を集積し、再度検討することが必要であろう。

4)頻回/長期の行動制限～暴力抑制困難事例、7)F0　60 代以下（器質性精神障害）の両群については、大鶴が前者に処遇終了不適との判断を示した他は△判断であった。上記 1)身体疾患および 3)F0 高齢者では再他害リスク低減が条件とされたが、本カテゴリでは再他害リスクが認められたとしても治療反応性が争点となっている。また頻回/長期の行動制限（行動制限群）は統計的に有意に処遇終了-入院となりやすい要因の中では、最も実数の多い要因[7]であった。実数の多いカテゴリに対して明確な意見の一致をみていないが、この点に関しては、参加者から議論のなされた「処遇終了のプロセス」が相応する領域である。

2. 処遇終了のプロセス

表 8 のように「諦める処遇終了は最小化したほうが良い」「安易な形にしないことが大事で、そのためのプロセスは必要だろう」等の意見が出された。その中で(1)ブロック会議、(2)平均在院日数短期・処遇終了低群施設と対象施設との検討、(3) 転院が方法として出され、外の医療機関と検討することの必要性が挙げられた。村杉から図 5 のように処遇終了までの判断過程案を示したが、図 5 にある転院トライアルに加え、(1)指定入院医療機関が地域ブロックごとにおこなっている会議での検討と (2) 平均在院日数短期・処遇終了低群施設による検討が挙げられた。前者は現在会議が各ブロックでおこなわれているため、すぐに取り入れることも可能と考えられる。後者は全く新しい案であり、今後の体制整備が必要となる。現在厚生労働省により進められているピアレビュー事業と併せて検討することも一つの方法と考えられる。いずれの方法にせよ、暴力抑制困難など治療を諦める形での処遇終了に関してはプロセスを決め、当該施設だけで判断しないことの重要性が認められた。

3. 第三者の意見を入れる仕組み

上記のようにカテゴリごとの処遇終了基準を検討し、特に治療困難例に関しては処遇終了のプロセスを定めることの重要性が挙げられた。一方で表 9 のように、鑑定・裁判所で入院医療の必要性が認定された事例を医療者だけで判断することの是非が問われた。村杉による図 5 では処遇終了判断過程の最後に法 52 条鑑定を入れ、鑑定・裁判所が再度検討することを求めた。本検討会ではフロアから発言した一般参加者 7 名はすべて医師であり、登壇者も検討の素材を提示した筆者以外は皆医師である。社会復帰調整官や裁判官など医療機関以外を含んだ検討も求められる。

4. 治療技術・支援体制の向上

表 10 には「多職種チームが個別性を高めるために、毎日精進していけるかが使命」と医療者の使命感を挙げる意見があり、「治療技法も昔はクロザピン少なかったのが一般的になってきた」「ある程度今までの医療の中でできなかったケースを積極的に診て新しいアプローチすることで、治療技術の向上とかもあって、わずかではあるかもしれませんがこの 20 年間で対象とするケースが増えてきたり、新しい方向が出てきた」と実際に治療技法や対象が拡大したことを述べる発言があった。逆に「だんだんハードルが下がっていって、これは難しいんじゃないかというのがいろんなところから出てくると、治療的な能力が落ちるということが非常に危惧がされました」と、処遇終了退院の繰り返しによって治療能力の低下の懸念が表明された。言い換えると治療反応性は固定的なものではなく、年数を経ることで拡大することが期待される。その一方、制度運用によっては狭まるおそれもある。この点を踏まえると、カテゴリごとの処遇終了基準は必要とはいえ、永続的な基準はできない。このような検討会も繰り返しおこなわれ、見直されることが求められる。

E．結論

本研究にておこなった処遇終了基準に関する検討会にて、外国への帰国事例、再他害リスクの低減した身体疾患を有する事例、同様に再他害リスクが低減した中等度以上の認知症高齢者事例は処遇終了が是認された。内省・洞察の欠如や治療拒否による処遇終了は不適当とみなされたが、トラウマ治療については意見が割れた。暴力抑制困難など治療困難事例については処遇終了判断のプロセスを決めるべきとの主張がなされ、(1)ブロック会議、(2)平均在院日数短期・処遇終了低群施設と対象施設との検討、(3) 転院が方法として挙がった。一方で年余にわたる医療観察法制度の運用を見ると治療技術や支援体制の向上も指摘され、処遇終了基準は変化することも考えられた。そのため今回のような検討会は繰り返しおこなう必要がある。また医療観察法制度の運用を鑑みると、鑑定や裁判所による審判など複数のチェックがあって入院が決定されているため、医療者だけで処遇終了を考えるべきではないとの意見もあり、今後は裁判所など医療以外の立場も含めた検討会が求められる。

機能改善研究（研究1）は令和9年度まで取り組みを続け、効果を検証したい。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

1) 壁屋康洋，久保彩子，前上里泰史，諸見秀太ら：指定入院医療機関の医療や処遇の均

てん化に関する研究（4）～処遇終了事例の比較　第21回日本司法精神医学会大会,岡山市,2025.9.27.

2） 壁屋康洋，久保彩子，前上里泰史，諸見秀太ら：指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究（5）～医療観察法指定入院医療機関の平均在院日数・処遇終了率につながる要因．第79回国立病院総合医学会，金沢市，2025.11.8.

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

Ⅰ．謝辞

本研究にあたり、機能改善研究に参加してくださった3施設に心より深謝いたします。また処遇終了基準に関する検討会に参加して下さり、ご意見いただいた皆様に感謝申し上げます。

参考文献

1） 壁屋康洋，久保彩子，前上里泰史，諸見秀太ら：指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究．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（研究代表者：平林直次），令和5年度～令和6年度 総合研究報告書，2025

2） 壁屋康洋，久保彩子，前上里泰史，諸見秀太ら：指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究．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（研究代表者：平林直次），令和6年度 総括・分担研究報告書，2025

3） 川上憲人．厚生労働省厚生労働科学研究費補助金　労働安全衛生総合研究事業　労働者のメンタルヘルス不調の第一次予防の浸透手法に関する調査研究　平成 23 年度総括・分担研究報告書，2012

4） Tomizawa R.，Yamano M. et al.:Validation of a global scale to assess the quality of interpersonal teamwork in mental health settings. The Journal of Mental Health，2016.

5） Edmondson，Amy C. 著　野津智子　訳：恐れのない組織．英治出版，東京,2021.

6） 壁屋康洋，久保彩子，前上里泰史，諸見秀太ら：指定入院医療機関の医療や処遇の均てん化に関する研究．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（研究代表者：平林直次），令和5年度 総括・分担研究報告書，2024

7） 壁屋康洋，大鶴卓，久保彩子，前上里泰史ら：頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査．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専門的医療の向上と普及に資する研究（研究代表者：平林直次），令和4年度分担研究報告書,2023

8） 壁屋康洋：医療観察法病棟での長期入院，頻回/長期の行動制限,処遇終了-入院に関する全国調査．精神科，2023；43(1),84-91

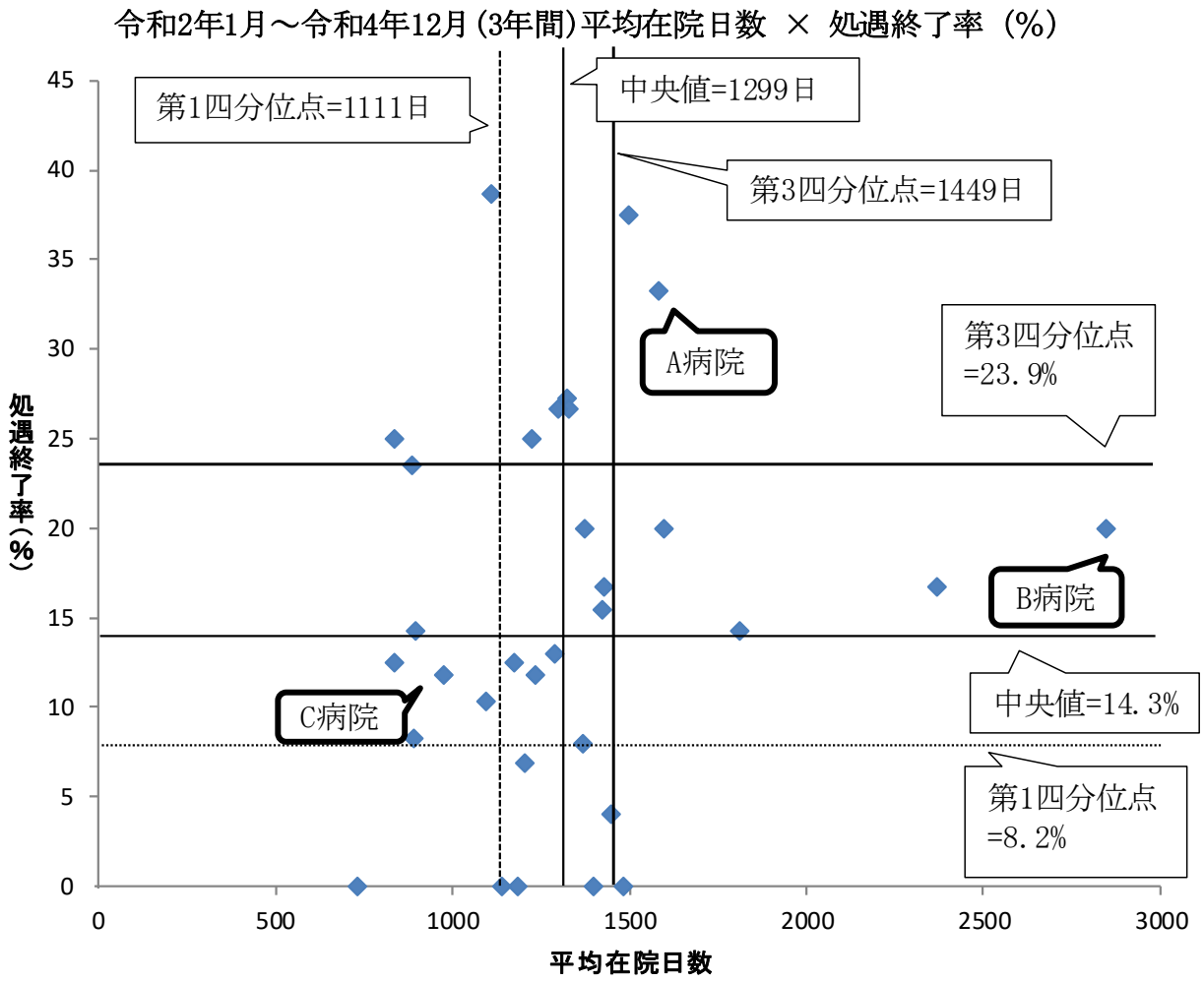


図1　平均在院日数・処遇終了率（%）による入院医療機関の散布図
（文献1)より再掲）

表1　A病院（長期・高処遇終了率）の特徴

施設単位調査	地元自治体ネットワーク研修	なし
	保護観察所合同企画	なし
	依存症入院医療管理加算	なし
	児童・思春期精神科入院医療管理料	なし
	通院処遇事例数（2022年4月～2023年3月）	0例
	パフォーマンス指標の共有の範囲	病棟医長、病棟師長
職員個人単位調査	職業性ストレス簡易調査票【上司の支援】	29位／30施設中
	同【職場での対人関係】	30位／30施設中
	同【同僚の支援】	30位／30施設中
	同【技能の活用】	29位／30施設中
	CPAT-J【患者／地域中心のケア】	30位／30施設中
自由記載項目（要約）	職員個人単位調査：医療観察法病棟に従事するに当たり、病棟運営の在り方や方針について、疑問ないし問題と思われる事柄	入院環境が良すぎる(2名) 他職種から認められにくい 特定の職種の力が強すぎ 職種による業務量の偏り 外出泊へのフォローの乏しさ（2名） 全体を統括する人がいない
	職員個人単位調査：医療観察法入院医療としてあなたが重要と考えている事柄	多職種協働、MDTの協力、コミュニケーション（各1名） 看護師の地位向上 スタッフが安心して働ける環境 処遇終了の受け入れ先が見つからない、転院先の受け入れが悪い（各1名）
訪問調査	処遇終了事例数（2020年1月－2022年12月）	6例
	処遇終了理由	認知症、身体合併症、暴力の持続、治療拒否、内省（2例）
	処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇へ移行した事例数	1例
	処遇終了に対する考え方	入口に問題がある できれば避けたいが、関わりようがないという表現をされる場合が多い
特記事項	インタビューにて「多職種連携が希薄」、「口調の強い人の発言で発言しにくい」	
	その他：MDTで決まった方針が看護師の会議で覆される	
	その他：他職種への批判	
	その他：入院期間5年で処遇終了になった事例：特定の職種が対象者から面接を拒否されていたが、精神症状を聴取できていた職種との合同面接は1度きり。処遇終了前数年にわたり2職種が関わりない状態で経過した	

CPAT-J：日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール[4)]

MDT：Multidisciplinary Team

※処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇へ移行した事例条件：

●主診断がF0（器質性精神障害）、F1（物質使用障害）、F7（知的障害）、F8（発達障害）

●頻回/長期の行動制限（隔離回数5回以上，隔離総日数28日以上，拘束1回以上のいずれか）を受けた事例

●入院時年齢70代以上

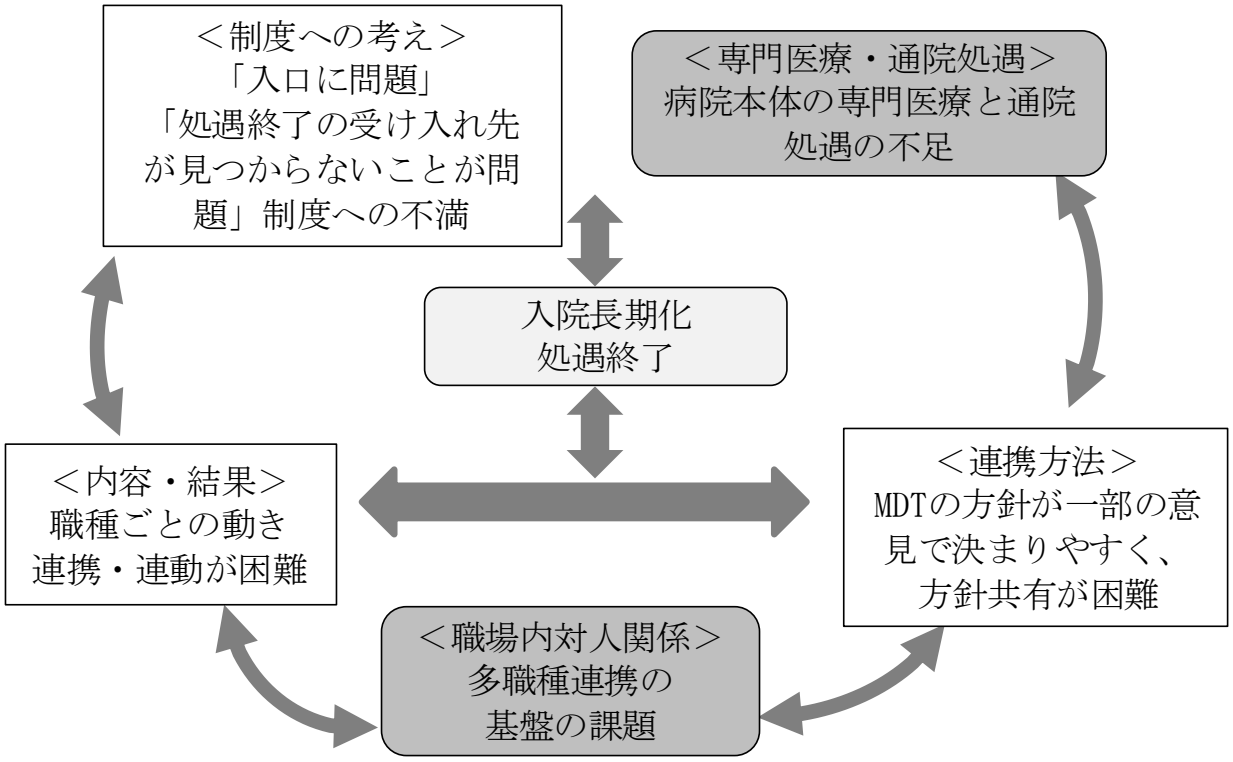


図2　A病院（長期・高処遇終了率）のアセスメント

表2　B病院（超長期入院）の特徴

施設単位調査	地元自治体ネットワーク研修	なし
	保護観察所合同企画	なし
	依存症入院医療管理加算	なし
	児童・思春期精神科入院医療管理料	なし
	通院処遇事例数（2022年4月～2023年3月）	0例
	パフォーマンス指標の共有の範囲	病棟医長、病棟師長、副看護師長
職員個人単位調査	職業性ストレス簡易調査票【上司の支援】	18位／30施設中
	同【職場での対人関係】	28位／30施設中
	同【同僚の支援】	10位／30施設中
	同【技能の活用】	30位／30施設中
	CPAT-J【患者／地域中心のケア】	20位／30施設中
自由記載項目（要約） 職員個人単位調査	医療観察法病棟に従事するに当たり、病棟運営の在り方や方針について、疑問ないし問題と思われる事柄	適応ではないと感じる対象者が多い リスク管理が厳しい 勤務表が希望通りに行かない 看護部の人員配置や、看護師長による統制～病院の中で考慮がされていない 本人の意向のみでは何も進まず長期入院で困難事例となっている
	医療観察法入院医療としてあなたが重要と考えている事柄	社会復帰のための能力 対象者がスタッフに安心できる チームワーク 医療観察法の構造が、スタッフや対象者およぼす影響を意識すること 精神症状の安定
訪問調査	処遇終了事例数（2020年1月－2022年12月）	1例
	処遇終了理由	治療拒否
	処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇へ移行した事例数	1例
	処遇終了に対する考え方	なるべく出さないようにしている
特記事項 その他	職業性ストレス簡易調査票【仕事の量的負担】1位／30施設中 心理的安全性[5]、CPAT-J【チームワークのためのコミュニケーション】30位／30施設中 インタビューにて「カンファレンスは批判ばかり」「職員間の対立があった」 担当コメディカルの知らないうちに方針が決まることがある	

CPAT-J：日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール[4]

※処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇へ移行した事例条件：

●主診断がF0（器質性精神障害）、F1（物質使用障害）、F7（知的障害）、F8（発達障害）

●頻回/長期の行動制限（隔離回数5回以上，隔離総日数28日以上，拘束1回以上のいずれか）を受けた事例

●入院時年齢70代以上

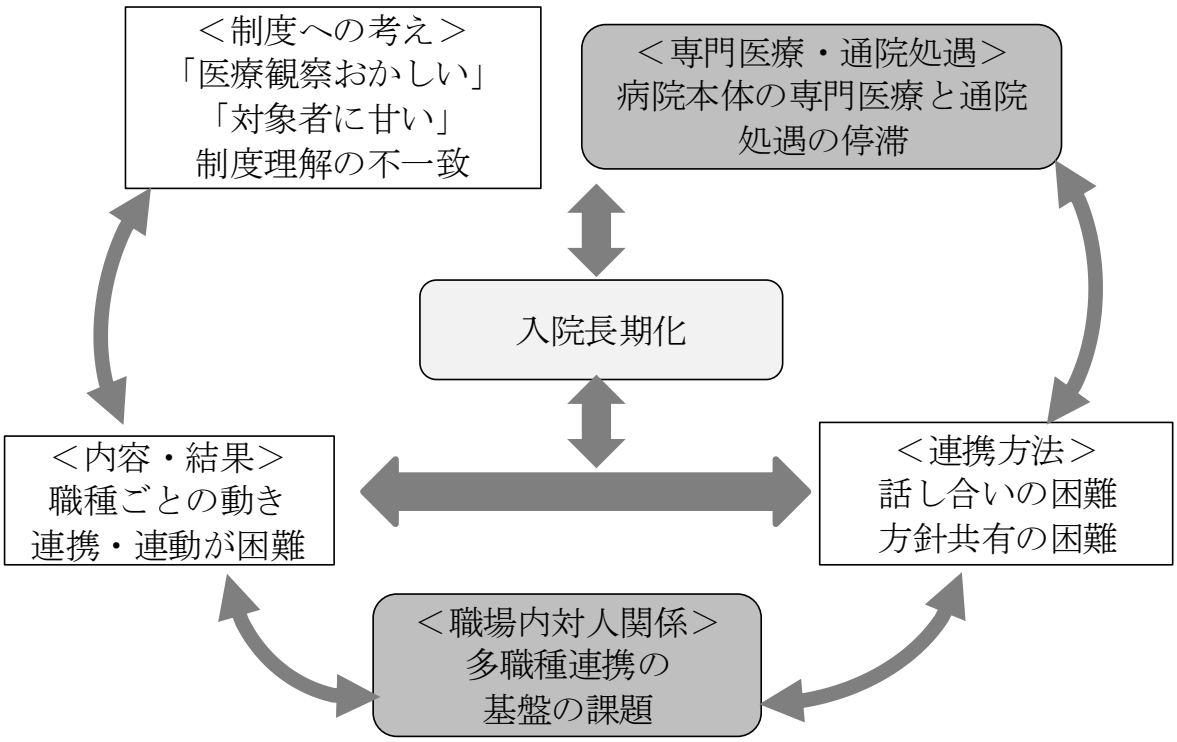


図3　B病院（超長期入院）のアセスメント

表3　C病院（短期入院）の特徴

施設単位調査	地元自治体ネットワーク研修	有
	保護観察所合同企画	有
	依存症入院医療管理加算	有
	児童・思春期精神科入院医療管理料	なし
	通院処遇事例数（2022年4月～2023年3月）	5例
	パフォーマンス指標の共有の範囲	院長、副院長、病棟師長、副看護師長、コメディカル
職員個人単位調査	職業性ストレス簡易調査票【上司の支援】	3位／30施設中
	同【職場での対人関係】	5位／30施設中
	同【同僚の支援】	1位／30施設中
	同【技能の活用】	11位／30施設中
	CPAT-J【患者／地域中心のケア】	8位／30施設中
自由記載項目（要約） 職員個人単位調査	医療観察法病棟に従事するに当たり、病棟運営の在り方や方針について、疑問ないし問題と思われる事柄	MDT会議の時間確保が難しい 医観法の対象者か疑問と思われる対象者／心神喪失や心神耗弱と思われない対象者 方向性の受け止め方に温度差 対象行為の原因と考えられる点を改善できないまま退院を進めること 環境調整が遅い
	医療観察法入院医療としてあなたが重要と考えている事柄	再他害防止（３） 対象者のニーズ／対象者中心／自己決定権（５） 対象者に偏見をもたないこと リカバリとリスクアセスメントのバランス 内省、対処行動
訪問調査	処遇終了事例数（2020年1月－2022年12月）	2例
	処遇終了理由	認知症
	処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇へ移行した事例数	5例
特記事項 その他	職業性ストレス簡易調査票【活気】【憂うつ感】1位／30施設中	

CPAT-J：日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール[4)]

※処遇終了されやすい要因を持つが通院処遇へ移行した事例条件：

●主診断がF0（器質性精神障害）、F1（物質使用障害）、F7（知的障害）、F8（発達障害）

●頻回/長期の行動制限（隔離回数5回以上，隔離総日数28日以上，拘束1回以上のいずれか）を受けた事例

●入院時年齢70代以上

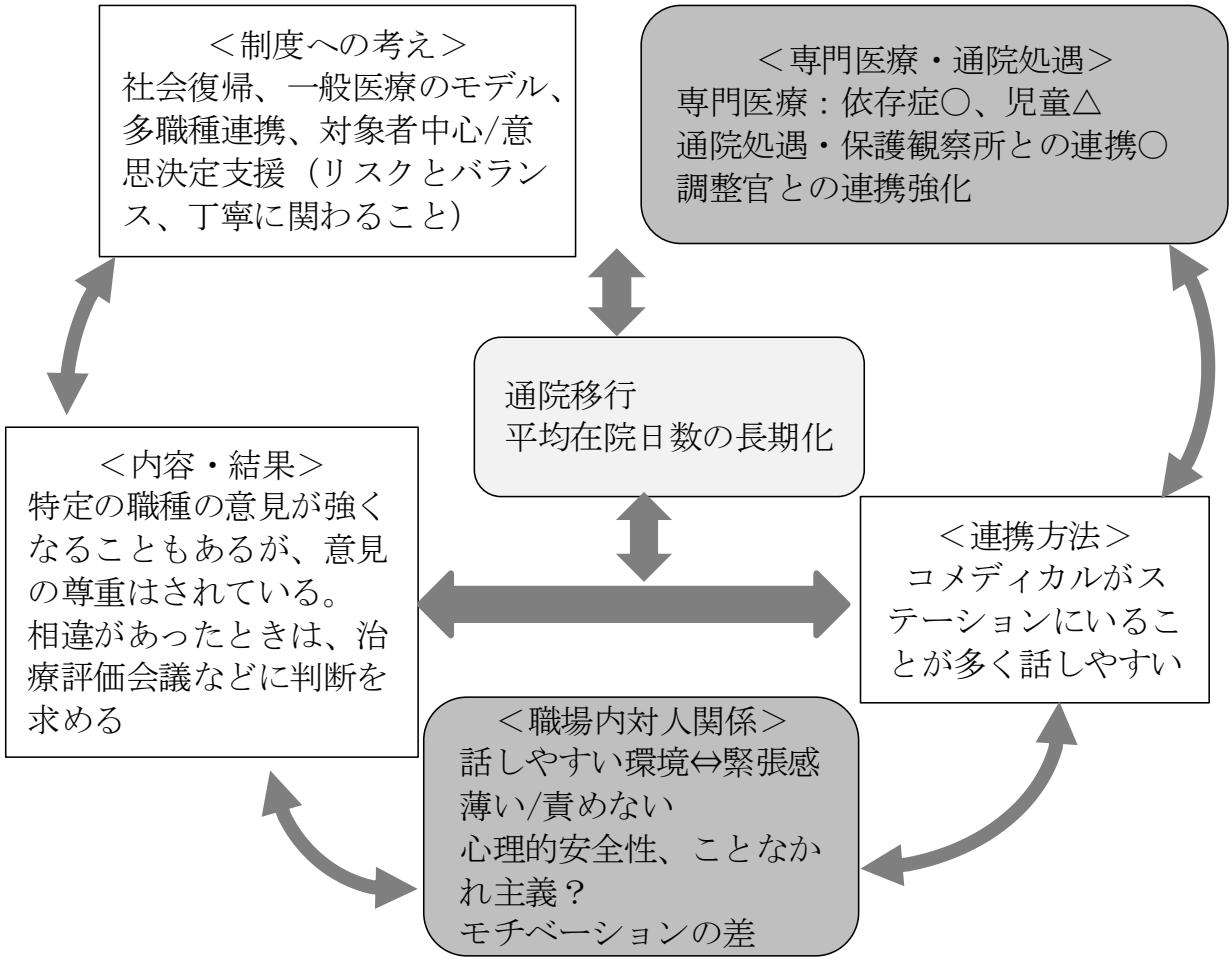


図4　C病院（短期入院）のセルフアセスメント

表4　事例の収集条件と情報

(1)令和2年1月～令和4年12月（3年間）の期間に処遇終了した事例

下記A～G（少なくとも下記A～D）の項目は受け入れ施設に抽出を依頼。事前に把握できなかった項目は訪問時に調査する

A)処遇終了理由、入院（または通院先）

B) 主診断・重複障害

C)入院処遇日数

D) 隔離総回数・隔離総日数・拘束総回数・拘束総日数

E) 処遇終了前にコンサルテーション、SDM with CF（小諸高原病院　髙橋先生）、転院トライアル、52条再鑑定のいずれかを行ったか

F)処遇終了までに取り組んだ治療アプローチ、処方（CLZの有無中心に）

G)（可能なら）初回入院継続申請時＋退院申請時の社会復帰関連指標

(2)処遇終了されやすい要因を持つが、同期間に通院処遇へ移行した事例。下記のいずれか

●主診断がF0（器質性精神障害）、F1（物質使用障害）、F7（知的障害）、F8（発達障害）

●隔離回数5回以上、隔離総日数28日以上、拘束1回以上のいずれかのある事例（行動制限群）

●70代以上

下記A～G（少なくとも下記A～D）の項目は受け入れ施設に抽出を依頼。事前に把握できなかった項目は訪問時に調査する

A)退院時処遇（単身／家族同居／施設入所／精神保健福祉法入院のいずれか）

B) 主診断・重複障害

C)入院処遇日数

D) 隔離総回数・隔離総日数・拘束総回数・拘束総日数

E)コンサルテーション、SDM with CF（小諸高原病院　髙橋先生）、転院トライアル、52条再鑑定のいずれかを行ったか

F)退院までに取り組んだ治療アプローチ、処方（CLZの有無中心に）

G)（可能なら）初回入院継続申請時＋退院申請時の社会復帰関連指標

SDM with CF:Shared Decision Making with Case Formulation
CLZ:Clozapine

表5　処遇終了基準に関する検討会事例

1）身体疾患

処遇終了率高群施設（4施設）処遇終了事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設）処遇終了事例の概略
60代　アルコール依存症（F1）　離脱せん妄時の対象行為。癌となり大量飲酒する体力なくなり、身体科への入院 入院期間=半年 60代　アルコール性精神病（F1）　透析～ADL低下し要介護5　処遇終了-通院となり高齢者施設入所 入院期間=1年 60代　アルコール依存症（F1） 癌で余命半年となり処遇終了 入院期間=2ヶ月	50代　統合失調症　癌で余命半年となり「自身の身体的ケアを受け入れながら余生を送るための精神的安定はデポ剤で達成した」ため処遇終了して総合病院精神科へ入院 入院期間=4年

2）外国への帰国

処遇終了率高群施設（4施設）処遇終了事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設）
40代　統合失調症、軽度知的障害　外国籍で日本語困難。 当初日本国内の元の居住地に退院する予定であったが、家族との関係の変化から帰国することになり処遇終了 入院期間=1年半	該当なし

3）F0　高齢者（70代以上）（認知症）

処遇終了率高群施設（4施設）処遇終了事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設）処遇終了事例の概略
80代　アルツハイマー型認知症（F0） MoCA-J　18点 ADL自立、「汚れていない」と更衣は週1回 処遇終了-入院 入院期間=1年 70代　妄想型障害 入院後プログラムの予定や内容を忘れる、自分でポケットに入れたティッシュペーパーを忘れて洗濯して被害的になる等から、認知症(F0)と評価。 HDS-R=24点 高齢者施設入所。 入院期間=4年	70代　レビー小体型認知症（F0） HDS-R=8点 「出口を求めて昼夜問わず徘徊。尿失禁。着衣の促しと生活の介助を必要」であり「認知症による医療観察法医療困難」のため処遇終了 70代　レビー小体型認知症（F0）、うつ病 HDS-R=14点 抑うつに対して、クライシス・プランの作成・使用 高齢者施設入所 入院期間=9ヶ月 90代　他の持続性妄想性障害・特定不能の認知症（F0）　HDS-R=10点 抗精神病薬+抗認知症薬、保護的な環境を維持して幻覚妄想は消失しないものの易怒性や行動化は減少　処遇終了-入院 入院期間=6ヶ月

表5　処遇終了基準に関する検討会事例

4）頻回/長期の行動制限～暴力抑制困難
（入院以降、隔離回数5回以上、隔離総日数28日以上、拘束1回以上のいずれか有り）

処遇終了率高群施設（4施設）処遇終了事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設）**通院処遇への移行**事例の概略
30代　破瓜型統合失調症　IQ=56　行動制限群 薬物療法は一定の効果あったが、「疾病との因果関係を理解することは困難」なため処遇終了 親から受けた暴力のフラッシュバック、幻聴→暴力→隔離や身体拘束→CLZで改善もあったが退院要求から暴力→幻聴より知的障害による混乱としOLZへ 処遇終了-入院 入院期間=3年半	60代　統合失調症、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症　行動制限群 CLZ処方するが副作用→4分の1から再投与。 対人関係トラブルの繰り返し～トラウマの影響と捉えトラウマワーク、MDTによる心理的保護続ける 高齢者施設入所 入院期間=5年
30代　統合失調症、自閉スペクトラム症　IQ=57　行動制限群　再入院事例 CLZ＋頓服使用→一定の衝動コントロール 「暴力の抑制が難しく治療反応性がない。本人の変化が困難」なため処遇終了-入院 入院期間=4年半	20代　妄想型統合失調症、軽度知的障害、自閉スペクトラム症　行動制限群 4回のコンサルテーション、生活の構造化、不快感情のモニタリング、相談スキルトレーニング 自施設への通院、隣接の自立訓練施設入所 入院期間=10年
30代　統合失調症　行動制限群 「抗精神病薬の効果が限定的なこと、認知機能低下により心理社会的プログラムによる治療の効果が望めないことから治療反応性に疑義が生じている」 「対象行為そのものへの後悔はあるが、そこから内省は深まらず～」処遇終了-入院 入院期間=7年年	30代　統合失調症、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症　行動制限群 m-ECT、CLZ処方するが身体科搬送を要する副作用があり中止。傾聴メインの心理教育で弱みを見せられるように。施設入所を目指すが時間をかけて関係構築するため通院処遇-精神保健福祉法入院 入院期間=6年
40代　統合失調症　行動制限群 CLZ導入したが精神症状改善せず、看護師への暴力が繰り返され、隔離を要す。 入院期間=5年	60代　統合失調症　行動制限群 m-ECT実施するも効果なし。CLZ処方するが徐波化等で中止。再使用検討委員会に意見書提出し再投与。 症状のモニタリングできず、支援者用のプラン作り 施設入所 入院期間=11年

5）治療拒否

処遇終了率高群施設（4施設）処遇終了事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設）**通院処遇への移行**事例の概略
40代　統合失調症 「CLZ投与後他害行為の発生なく、服用を続けることも本人を希望している。幻覚妄想やプログラムの拒否は続いている」ため処遇終了 入院期間=6年	30代　統合失調症、自閉スペクトラム症、中等度知的障害　行動制限群 入院導入プログラムを半年後・2年半後とタイミング変えながら実施。3年後に心理教育 入院期間=5年
50代　妄想性障害 治療拒否続き、境界性パーソナリティー障害に診断変更、処遇終了-通院 入院期間=11ヶ月	30代　統合失調症、自閉スペクトラム症 行動制限群　SDM実施。薬物療法の抵抗に緊張病症状の辛さ共有。プログラム拒否に看護師から促し 入院期間=6年
30代　統合失調症　退院前ケア会議を機に本人が不安となり自殺念慮。その後退院したがらず、外出泊実施できないため処遇終了 入院期間=7年	20代　統合失調症、自閉スペクトラム症　行動制限群 戦略的MDT交代、本人のニーズに合わせた課題設定 施設入所 入院期間=5年半
60代　双極性障害、自閉スペクトラム症、転換性障害 好褥的、不活発で治療に乗らないことから処遇終了 入院期間=2年半	

表5　処遇終了基準に関する検討会事例

6）内省・洞察の欠如

処遇終了率高群施設（4施設）処遇終了事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設）
70代　妄想型統合失調症 内省の不十分さ、受け入れ先の希望で処遇終了 入院期間=2年 40代　妄想型統合失調症 「自分の変化をとらえるセルフモニタリングは病識を構築する際の基礎として必須であるが、できない」ため処遇終了 入院期間=4 60代　統合失調症　幻覚妄想は続くが行動化はない 「リハビリテーション行ったが無為な生活。認知機能障害から対象行為についての内省や病識の深まりはみられない」ため処遇終了 入院期間=5年	該当なし

7）F0　60代以下（器質性精神障害）　※診断変更

処遇終了率高群施設（4施設）処遇終了事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設）**通院処遇への移行**事例の概略
50代　器質性精神障害（F0）　IQ=53 当初審判時は統合失調症・知的障害 行動制限群 他者の言動でイライラ、スタッフへの暴力から隔離 トークン効果あるが続かない CLZ肝障害、イレウスで中止。mECT効果なし 処遇終了-入院 入院期間=11年	40代　器質性妄想性障害（F0）・器質性パーソナリティ障害・てんかん複雑部分発作・軽度知的障害 コンサルテーション受ける 妄想は持続したが対象から遠ざけ施設入所 入院期間=3年 60代　器質性妄想性障害（F0）・てんかん（鑑定時） →入院後、妄想性統合失調症・てんかん　へ診断変更 記憶障害あり内省積み重ならないが施設入所 入院期間=3年

8）F1・F7・F8～全例通院移行

処遇終了率高群施設（4施設）**通院処遇への移行**事例の概略	処遇終了率低群施設（4施設）**通院処遇への移行**事例の概略
50代　アルコール依存症（病的酩酊）（F1）　アルコール依存症に対する認知行動療法・抗酒剤処方、作業所等で日中活動を組む。 家族同居 入院期間=3年	40代　覚醒剤使用による残遺性性精神病性障害（F1） 統合失調症に診断変更、CLZ処方、スキーマ療法にてスキーマと他害行為の関連を学習 入院期間=2年
60代　アルコール性精神病（F1）、軽度知的障害 アルコール依存症への治療プログラム 高齢者施設入所 入院期間=2年	40代　覚醒剤中毒後遺症（F1）、薬物依存、軽度知的障害 依存症回復支援施設への入所 入院期間=3年
40代　自閉スペクトラム症（F8）、注意欠如・多動症 短期精神病性障害に抗精神病薬、自閉スペクトラム症への心理教育実施 入院期間=2年半	40代　中等度知的障害（F7）　IQ=47 自身で活用できないため支援者用クライシスプラン 施設入所 入院期間=1年半
30代　自閉スペクトラム症（F8）　IQ=61 リラックスアイテム使用、施設入所 入院期間=3年	20代　自閉スペクトラム症（F8）、非定型精神病 行動制限群　共に作成していく可視化した治療方針 入院期間=4年

F0：器質性精神障害
F1：物質使用障害
F7：知的障害
F8：発達障害
ADL：Activities of Daily Living
MoCA-J：日本語版Montreal Cognitive Assessment
HDS-R：改訂 長谷川式簡易知能評価スケール
行動制限群：（入院以来隔離回数5回以上、隔離総日数28日以上、拘束1回以上のいずれかのある事例）
IQ：Intelligence Quotient
CLZ：Clozapine
OLZ:Olanzapine
MDT:Multi-Disciprinaly Team
m-ECT:Modified Electro Convulsive Therapy
通院処遇-入院（通院処遇となると同時に精神保健福祉法入院）
SDM with CF:Shared Decision Making with Case Formulation

表6　処遇終了基準に関する検討会事例　登壇者意見まとめ

カテゴリ	石津Dr	本村Dr	大鶴Dr
1)身体疾患	△（場合分け有り） ○癌のターミナル ＋全身状態悪化など再他害行為遂行のリスクが下がっている／＋ターミナルケアを受けながら指定通院医療の継続が困難な場合→処遇終了 ×ないし△ 癌のターミナルであっても 再他害行為リスクあり 指定通院の継続が可能な場合 →通院処遇望ましいが ケースバイケース	○	○
2)外国への帰国	○	○	○
3)F0　高齢者（70代以上）（認知症）	△（場合分け有り） ×HDS-R21点以上など認知機能や自立度が比較的高い場合	△ 軽度はがんばるべき	△ ○認知症が重度＆再他害行為リスクが著しく低減→処遇終了 ×認知症が軽度＆再他害行為リスクが残る場合→不適
4)頻回/長期の行動制限 ～暴力抑制困難	△（場合分け有り） ×他害リスクが高い事例は基本的に不可 △知的障害＋ASD（ADHD）など強度行動障害 △認知症＆要行動制限 →通院処遇を付けるケースあって良い △CLZ、ECTなど生物学低治療、心理社会的治療を尽くし、受け入れ医療機関と十分協議した上検討だが一般精神科はマンパワー限られる	△ 事例により許容できる 10年は頑張るつもりで	×
5)治療拒否	×	×	×
6)内省・洞察の欠如	×	×	×
7)F0　60代以下（器質性精神障害）	△ 患者群として均一な群でないため できる限り治療は尽くすべき 統合失調症の発症を考えクロザピンも検討したい	△ 事例により許容できる	△ 濃密で多層的な多職種治療・多機関連携が必要な触法精神障害者の中核群 ただし11年間濃厚な治療を行っても困難が強い症例で処遇終了もやむなし

表6　処遇終了基準に関する検討会事例　登壇者意見まとめ

カテゴリ	石津Dr	本村Dr	大鶴Dr
8)F1・F7・F8	△（場合分け有り） F1 ○アルコール依存症が主診断 ○アルコール性精神病で摂取時のみ惹起＆心理社会的治療が十分できる △アルコール性精神病 ＆認知機能の問題で心理社会的治療が十分できない時 ×アルコール性精神病 ＆持続する精神病症状 ×覚醒剤残遺性精神病性障害 F7 ○中等度以上の知的障害強度行動障害として障害者福祉・医療の連携につなげることができれば △暴力リスクが著しく高いケース F8 ×ASDに精神症状ある時	△ ケースバイケース	△ F1,F7,F8単独診断で対象行為時に疾病性を満たさない例 ただし、治療継続が必要な場合は慎重に

F0：器質性精神障害
F1：物質使用障害
F7：知的障害
F8：発達障害
HDS-R：改訂 長谷川式簡易知能評価スケール
ASD：自閉スペクトラム症
ADHD：注意欠如多動症
CLZ：Clozapine
ECT:Electro Convulsive Therapy

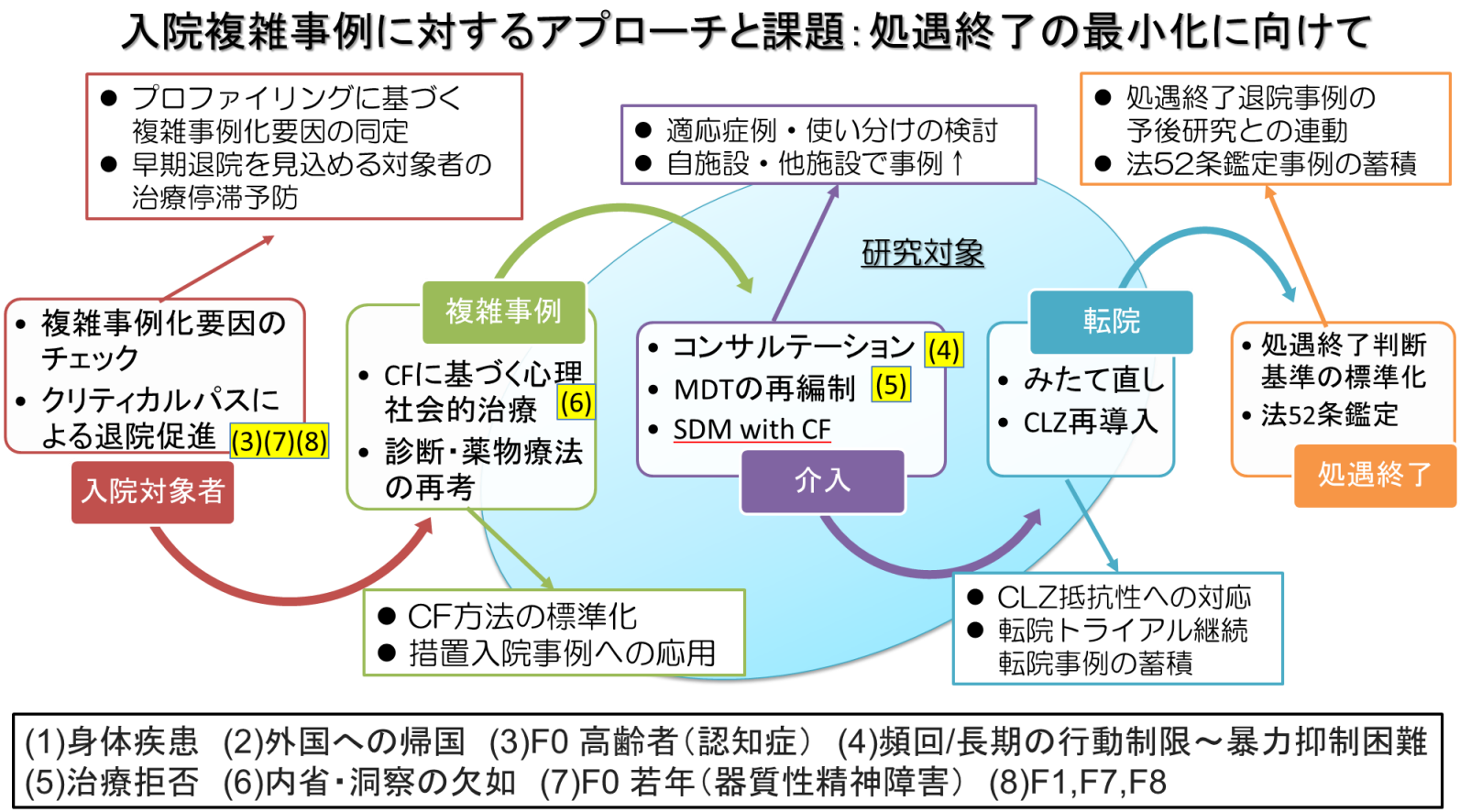


図5　処遇終了までの判断過程案（村杉）

MDT:Multi-Disciprinaly Team
SDM with CF:Shared Decision Making with Case Formulation
F0：器質性精神障害
F1：物質使用障害
F7：知的障害
F8：発達障害

表7　処遇終了基準に関する検討会　論点1）良い処遇終了と悪い処遇終了

1	「処遇終了にも大きく分けて2種類ある。つまりは本人にメリットがある、患者さんのためになる処遇終了と、それは関係なくこちらが諦める処遇終了。大きくはその２つ。」「要はターミナルケアを受けるためとかいろんなことを勘案して、処遇終了した方が本人のためになるであろうという場合は良いと思う。」
2	「アウトカムは患者さんが地域でちゃんと生活できる。ただそれだけだと思う。それができてるんなら処遇終了で構わないです。身体的ケアがしっかり受けれるなら早く処遇終了した方が良い。医療の完成度だけ高めようとすると入院期間長く10年超えんとあかんことがあるかもしれない。そこに関しても逆の方向からの意見もあると思います。アウトカム一つ、統一というかここにいない人も含めて考えないといけない。想像力を、医療観察法を主にやっている人だけでなく、医療観察法をやっていない人も、あるいは一般の市民も裁判官もどう考えるかと考えると、在宅に帰れて、在宅に帰れるだけじゃないし、その人が何とかその人らしく生きれる、孤独を選ぶ人もいるかもしれないし、誰かとつながることを選ぶ人もいるかもしれない。それぞれの価値観。僕の価値観では一緒にいてほしいと思うが、それはわれわれの勝手な価値観。村上先生が仰ることは一方では同意する。それはきちんとチーム医療が在宅でもおこなわれながらケア密度を保っている医療を広げたいという思いを乗せると、処遇終了を減らして、受け入れ手があったとしてもそこに指定通院で受けてもらうという思いもよくわかる。そこは分けて考えた方がいいと思う。患者さんの幸せを前提に考えると仰ったケースは処遇終了でいいし。一方で、在宅医療の密度がもっと上がるということを目標にすると、もちろん指定通院先を広げる努力はするけれど、それだけではなく多くの精神科医療の従事者が在宅で患者さんが生きていくのが普通となっていくように理念とか政府とかそれぞれできることをやっていくことのような気がします。」
3	「その患者さんがどのような形で退院できるのか、地域処遇できるのかと考えたときに、時間とメリットを考慮した時に処遇終了は有りだと思いますし、どうしても統合失調症が慢性化して脆弱化したときにどうしても地域処遇できない人は一部いる。」
4	「あんまり成功していないけど処遇終了の場合分けをシンポジウムでさせて頂いた。 良い処遇終了と悪い処遇終了があると思っている」
5	「治療拒否の対象者さんにおける処遇終了に関してですが、個人的にはトラウマに限り△と考えるところがあります。指定入院医療機関の医療環境はトラウマインフォームドケア(TIC)の環境づくりになっていくと思うんですが、私は個人的には一般精神の方ではトラウマ患者さんの治療で場合によっては催眠法をすることもある。統合失調症の患者と違い、トラウマのアプローチは100％合意がなければ侵襲的な治療になるので、選択をしないと。TIC自体も傷をどういうふうに取り扱うか。積極的にこうするようなアプローチをするときは患者さんの判断にゆだねる環境づくりをするところからTICであると個人的には解釈している。そうなると指定入院の入院環境はどうやっても強制的な入院治療をする場。構造自体がTICの環境づくりに限界があると思っています。であるとトラウマに対して、入院治療の場に居続けること、一日一日居続けること自体がトラウマ、TICの考えに基づけば一日一日が加害になってしまうのではないかと思う。そう考えるとトラウマの患者さんに関して言うと8に近い。傷を開けないまま生活することを患者さんが選択するならそれを尊重する。その選択を尊重して処遇終了することを多職種チーム（MDT）で協議していくような様子を対象者に見せることが、患者さんにとっては信頼できるMDTとして認識していただくようになるのではと思う。我々としてはいくらTICの環境づくりをしていかなければならないとはいえ、制度自体の作り方に限界があるということをみないといけないのではないか」 （5への反論）トラウマインフォームドケアの視点から見たとき、確かに強制性という枠組みから見ると再加害になるという視点は重要で配慮しないといけないと思うんですが、実際にスタッフを見ていくと作業療法とか心理療法とか生活の細かい支援とか、そういった強制的な枠組みの中で依存と反発を繰り返すところを丁寧に見ていって、いわゆる信頼関係をスタッフと作る中ではじめてトラウマ体験に対してポジティブな体験をして回復につながっていくな、という印象を受けていて、一概にこの環境はダメだとは言いきれずに考えています。」

表8　処遇終了基準に関する検討会　論点2）処遇終了のプロセスを考えるべき

1	「こちらがこれ以上厳しいという諦める処遇終了は最小化したほうが良いと思う。諦める方の処遇終了に関してはハードルを設けたほうが良い。治せる施設に移す、ブロック会議の中で少なくとも諦める方の処遇終了に関しては許可をもらう。諦めてしまって他の目が入らない処遇終了を減らさなきゃならないという気がしました」
2	「転院の部分です。自分たちがバンザイになった時は転院できるのは大事。」「重い人を診ようとして行くと、重い人の回復は薬もいいけど薬じゃない前提なんですよ。薬もいるけどその人とつながることができるか。本当にわずかな信頼を重ねることができるか。いったん一時的に診て次に戻したらいいか、ということになりにくい。重い人をいったん受けて、重い人が回復に向かうのをやりきるのを診ていくと、重い人を診るところには重い人が増えていく。するとどこかで、ダムが決壊するということがあちこちで起きるかもしれない。そのことはなかなか難しい。転院をもっと自由にするにはどう準備をすればいいか。ちょっとよそで1回診てもらうということをするにはどうしたらいいか。流動化をする方法をもう少し具体化することができると双方良いんじゃないか。非常に苦しくなっている病院においても、患者さん自身も回復する場所をどこかで見つける。そんなことを実現するには何がいるんだろう。」
3	「処遇終了は将来的にもゼロにならないと思う。だけどそれを安易な形にしないことが大事で、そのためのプロセスは必要だろう。」「チームを一つのチームだけで引っ張らないとか、病棟もそのチームだけでやらせないとか。一つの医療機関だけでやらないように、転院であるとか転院のブロック会議とかもありますが、制度的に、壁屋が発表してくれた4つのディメンションがある中で、左下（平均在院日数短期・処遇終了率低群）の優等生的な施設が合議するときに課題となる施設に入ってもらって、出すか出さないかよりも、どういう方法があるのか、そういう建設的な意見を出しながら、それで対応してもどうしてもダメな場合というのは処遇終了有りなんじゃないか、あるいはどういうふうな対応の仕方ががあるんじゃないかというのが話し合えるといいんじゃないかと思います。」「処遇終了は決して良いわけではないが、どういう形でやっていくかということをどういう形でやっていくかということを、こういう形でずっと継続的に話し合っていく、議題にしていくこと、より減らしていく、治療技法も昔はクロザピン少なかったのが一般的になってきたように変わっていくわけですから、そういったところを継続して話し合っていければと思う」
4	「全体聴いていて思ったんですけど、あくまでも今回は研究班ということで考えたんですけど、処遇終了基準を決めるのか、処遇終了判断のプロセスを考えるのか。自分としてはプロセスを考える方が現実的じゃないかと思っています。決めていくときにどういった手順を踏まえないといけないかとか、さっき議論出ていたブロック会議の中で、客観的な意見の中で処遇終了の申し立てをするかしないか、ある程度外の医療機関と検討していいという感じがしました」「共通性に注目して一般的なルール作りをするのか、個別性に注目して個別的な検討プロセスをどうするのか、方向性が必要じゃないかと思います。」「近くに力強い指定通院医療機関があると処遇終了せずにするという気がしています。指定入院医療機関と指定通院医療機関の、特に指定通院医療機関による地域ケアの能力とかそういったもので処遇終了基準が変わってくるという視点を何らかの形で盛り込めないか」

表9　処遇終了基準に関する検討会　論点3）第三者の意見を入れる仕組みが必要

1	「医療観察法は裁判所も関わる、鑑定でも必要だと言われて、厳然たる事実が重なってきて入ってきている。われわれ医療者が勝手に判断すべきものではない。治療抵抗性が問題になる方と言うと、指定通で集団適応が良くないと指定通に行けないとか。ある意味通院処遇のモデルになる、医療の完成度を高める話になるんですけど、そういうふうになっていかないと通院医療にならないというのは当てはめだと思う。医療観察法は我々多職種チームが個別性を高めるために、毎日精進をしていけるかが使命だと思っている。個別性を考えていくと、治療反応性に問題がある方を考えるときに、どれを診るべきかというよりどれを諦めるべきかと考えた方が良いというのが私の意見。諦め方を考えるときに医療者が判断するというところをどういう風に考えるかですけど、通常裁判所に申し立てをすると裁判官や審判員は指定入院医療機関の意見に引っ張られるということはどうしてもある。村杉先生に示して頂いた図のように、手続き、第三者の意見を入れられるような仕組み、手続きを考えるのが妥当ではないかと思います。治療反応性に問題がある方の第三者の意見を入れる仕組みづくりをぜひ考えたい。」

指定通：指定通院医療機関

表10　処遇終了基準に関する検討会　論点4）治療技術・支援体制の向上

1	（再掲）「医療観察法は我々多職種チームが個別性を高めるために、毎日精進をしていけるかが使命だと思っている」
2	「処遇終了がファストパスみたいな感じになっちゃった。この人何ともならないし、処遇終了という札を出せば裁判所も認めてくれるから退院になるんじゃないかという話が、だんだん、当初は本当に困っていたが、だんだんハードルが下がっていって、これは難しいんじゃないかというのがいろんなところから出てくると、治療的な能力が落ちるということが非常に危惧がされました」
3	（再掲）「治療技法も昔はクロザピン少なかったのが一般的になってきたように変わっていくわけですから、そういったところを継続して話し合っていければと思う」
4	「処遇終了に対しては根性論みたいに頑張るという感じではなく、ある程度今までの医療の中でできなかったケースを積極的に診て新しいアプローチすることで、治療技術の向上とかもあって、わずかではあるかもしれませんがこの20年間で対象とするケースが増えてきたり、新しい方向が出てきたように思います。あと医療機関一つだとどうしてもその中で限られた医療の可能性があるわけですけど、（中略）ブロック会議、指定通院医療機関に入ってもらってもいいが、医療機関の連合体としての治療能力とか、そういったものをもっと活用していくような方向も確かに良いと思う」

令和７年度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円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
「指定入院医療機関の機能改善とクリティカルパスに関する研究」
（壁屋分担班）研究協力報告書

クリティカルパスの利用促進、実態調査、効果検証

研究協力者　村杉 謙次　　国立病院機構小諸高原病院

研究要旨：

本研究は、令和５年度から令和６年度にかけて作成した医療観察法クリティカルパスの普及と効果検証を行うことを主目的とする。

令和７年度の本研究においては、普及方法の柱として、「教育と研修」「具体的な活用例の提示」「ツールの配布」「メリットの明確化」「実践サポート」の５項目を挙げ、各項目を念頭に置いた２度の研修会を開催し、研修終了後に研修内容やクリティカルパスに関するアンケート調査も実施した。また効果検証の方法として、実際にクリティカルパスを試行した担当多職種チーム（以下、MDT）や医療観察法入院対象者（以下、対象者）の評価に基づく判定を検討し、調査票を作成した。その結果、以下の結論が得られた。

- クリティカルパス研修と MDT 研修という形式の違う２つの研修に対する評価を通し、クリティカルパス研修が、クリティカルパスの普及という観点で、より有用である可能性が示唆された。
- クリティカルパス研修が有用性を示した要因としては、クリティカルパスに特化した自由参加型の集合形式の研修であり、普及方法の５つの柱である「教育と研修」「具体的な活用例の提示」「ツールの配布」「メリットの明確化」「実践サポート」の全ての要素を満たした構成であることが考えられた。
- クリティカルパスの効果検証を行うには、研究協力施設数の増加が不可欠となり、クリティカルパスが指定入院医療機関の課題である均てん化や入院期間の短縮、処遇終了率の低下を目指す上での一助となる可能性を示していくことが、研究協力施設数の増加につながるものと考えられる。
- クリティカルパス研修方式の研修を開催し、その中で指定通院医療機関の課題解消に向けた一助としてのクリティカルパスの有用性を示すと共に、実践サポートの方法として、クリティカルパス導入施設に対するフォローアップ体制について検討していく。
- クリティカルパスの普及並びに研究協力施設数の増加を促進するためにも、今後改定が見込まれるガイドラインへの医療観察法クリティカルパスの収載を目指していく必要がある。

研究協力者（順不同、敬称略）
壁屋康洋　国立病院機構榊原病院

竹田康二　国立精神・神経医療研究センター病院

鈴木敬生　同上
津田哲也　同上
塚田浩行　同上
山元直道　同上
鬼塚俊明　国立病院機構榊原病院
髙野真弘　同上
中辻望来　同上
浅野琴美　同上
田本　満　同上
久保彩子　国立病院機構琉球病院
前上里泰史　同上
山城琢也　同上
賀古勇輝　北海道大学病院附属司法精神医療センター
福澤宏之　同上
高張陽子　同上
國田幸治　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
小川太郎　国立病院機構小諸高原病院
若林可織　同上
矢島秀晃　同上
宮沢泰裕　同上
堀内泉辞　同上
藤野健一　同上

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)」が施行され、20年が経過した。医療観察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、他の疾患や類型に対する治療や処遇は示されていない現状や、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ことを踏まえ、令和5年度・6年度の「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」研究において、医療観察法クリティカルパスを作成した。

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（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。

令和7年度の本研究は、医療観察法クリティカルパスの普及と効果検証を行うことを主目的に実施する。

B．研究方法

1) 普及方法

「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ならびに重複障害コ・パス案については、研究報告書への掲載や各種研修会・学会での告知という方法で浸透を図ったものの、十分に各指定入院医療機関に普及させることができなかった。そこで令和7年度の本研

究においては、以前のクリティカルパスの普及において不足していたと考えられる「教育と研修」「具体的な活用例の提示」「ツールの配布」「メリットの明確化」「実践サポート」を普及方針の柱として設定した。そして、これらの方針に則った研修の場として、医療観察法クリティカルパス研修（以下、クリティカルパス研修）を計画し開催した。また例年開催される医療観察法 MDT 研修（以下、MDT 研修）内でも、医療観察法クリティカルパスに関る講義とグループワークのセッションを設定した。さらに、クリティカルパス研修ならびに MDT 研修の参加者全員に医療観察法クリティカルパスを配布した。

2）効果検証

クリティカルパス研修に参加した 26 施設を対象に、「1.クリティカルパスを試行することが可能であり、対象者・MDT に対するアンケートにも回答することが可能」「2.クリティカルパスを試行することは可能であるが、対象者・MDT に対するアンケートに回答することは困難」「3.クリティカルパスを試行することは困難であるが、対象者・MDT に対するアンケートには回答することが可能」のいずれかの形での、本研究への協力依頼を行った。

クリティカルパスを試行した対象者・MDT の評価に基づく検証方法を検討し、対象者向けには共同意思決定度（以下、SDM-Q-9）と治療同盟尺度（以下、WAI）の内容に即したアンケート調査（図 1）を、MDT 向けには医療観察法クリティカルパスの使用感に関するアンケート調査（図 2）を検討し、調査票を作成した。また壁屋班の指定入院医療機関の機能改善研究として、各指定入院医療機関ならびに所属する職員を対象として収集する平均在院日数と日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール（以下、CPAT-J）の評点を、調査票の結果と共にクリティカルパス試行施設および非試行施設とで比較することとした。

（倫理面への配慮）

本研究は研究分担者が所属している国立病院機構榊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 2024-10）。

C．研究結果

1）クリティカルパス研修

令和 7 年 7 月 5 日に、集合形式で以下の内容で開催した。

- 医療観察法クリティカルパスの概要説明
- 共通クリティカルパス、疾患別コ・パスの具体的な運用説明
- クリティカルパスの病棟への展開方法の説明
- クリティカルパス運用シミュレーション（実際にクリティカルパスを操作、参照しながらの個別ワーク）

研修参加施設数は 26 施設で、参加者数は 66 名であった。研修終了後に各参加者に研修の満足度や各クリティカルパスの使用感、クリティカルパス使用により期待できる効果、臨床業務の中での使用可能性に関するアンケート調査を実施し、61 名の参加者より回答を得た（回収率 92.4%）。参加者のうち過半数の 33 名（54%）が医療観察法病棟の経験年数が 5 年以下であったが、経験年数が 10 年以上の職員も 17 名（28%）参加していた（図 3）。

研修の満足度は 7 件法で平均 4.8 点と高く（図 4）、クリティカルパス使用により期待できる効果については、複数回答可の選択式で調査を行い、「指定入院医療機関の均てん化への期待」が最多（54 名：88.5%）で

あり、次いで「治療状況の共有と確認」(53名:86.9%)、「スタッフ教育」(51名:83.6%)の順に期待が寄せられた（図5)。

臨床業務の中での使用可能性については、「取り入れたいが時間を要する」が最多（22名：36%）であり、次いで「MDTごとに実施可能な事例もある」(16名：30%)、「病棟として実施可能」(16名：26%）となっており、「使用は困難」との回答は0名であった（図6)。

各クリティカルパスの使いやすさと有用性については、7件法による評価を実施し、全て平均4点以上の概ね肯定的な評価が得られた（図7～図13)。

研修やクリティカルパスに対する自由記載では23名（回答者の38%）から、以下のような意見が得られた。

・視覚化・可視化の有用性
・ロードマップとしての対象者との共有
・導入には前向きであるが、使用開始までの困難の予想
・クリティカルパスを使用する側の均てん化への意識の必要性

2）MDT研修

令和7年10月3日に「MDTの連動の評価とクリティカルパス」とのテーマで、Webによる配信形式で開催され、研修の一部として、医療観察法クリティカルパスの概要や使用方法に関する講義と、入院複雑事例に対し、クリティカルパスの使用を推奨した形でのグループワークを実施した。研修参加施設数は31施設であり、参加者数は131名であった。研修終了後のアンケート調査の一部で、医療観察法クリティカルパスの使用感に関する調査を実施した。評価方法は、クリティカルパス研修後のアンケート調査と同様に、各クリティカルパスの使いやすさと有用性に関する7段階評価を行った。

アンケート調査への回答者は、129名（回収率98.5%）であり、そのうち98名（76%）が医療観察法病棟の経験年数が5年以下であった（図3)。各クリティカルパスの使いやすさ・有用性については、3点台後半～4点台前半の評価が得られ、クリティカルパス研修後のアンケート調査と比較し、総じてやや低い評価となった（図7～図13)。

クリティカルパスに対する自由記載では、10名（回答者の8%）から以下のような意見が得られた。

・日々の業務やクリティカルパスの見直しにおける活用
・使用方法に関する理解が向上
・入院期間の短縮や指定入院医療機関の均てん化を念頭に置いたクリティカルパスの使用の必要性

3）クリティカルパスの効果検証

クリティカルパス研修やMDT研修を通し、クリティカルパスの試行研究への協力依頼を行い、「1.クリティカルパスを試行することが可能であり、対象者・MDTに対するアンケートにも回答することが可能」な施設が7施設、「2.クリティカルパスを試行することは可能であるが、対象者・MDTに対するアンケートに回答することは困難」な施設が4施設、「3.クリティカルパスを試行することは困難であるが、対象者・MDTに対するアンケートには回答することが可能」な施設が5施設との回答が得られた。

令和9年度に、前述した調査票と平均在院日数、CPAT-Jによる評価を行い、医療観察法クリティカルパスの修正を行うと共に、クリティカルパス試行施設および非試行施設との間で、病棟機能に関する比較・検討を行う予定である。

D．考察

1）クリティカルパスの普及について

研修後のアンケート調査の結果からは、総じてクリティカルパスの使用感や有用性、研修の内容に関し、クリティカルパス研修の方がMDT研修会よりも肯定的な評価が得られた。その背景としては、クリティカルパス研修がクリティカルパスに特化した自由参加の研修であり、クリティカルパスへの関心度が高いスタッフの参加率が高かったことが要因として考えられる。またクリティカルパス研修が、普及方法の5つの柱である「教育と研修」「具体的な活用例の提示」「ツールの配布」「メリットの明確化」「実践サポート」の全ての要素を満たした構成であり、一方でMDT研修が「教育と研修」「ツールの配布」の2つの要素のみを満たす構成となっていることも評価の差異として表れているものと考えられる。その他、クリティカルパス研修が集合形式であるのに対しMDT研修はWeb形式であることや、クリティカルパス研修参加者の方が医療観察法病棟経験年数が長い傾向にあり、臨床現場におけるクリティカルパスの有用性についてより考える機会が多い状況にあることも評価の差異に影響している可能性も考えられる。

少なくとも普及という観点からは、いかにクリティカルパス使用に関する動機づけの高いスタッフを巻き込み、病棟にフィードバックしていただくかが重要であると考えられるため、今後も「クリティカルパス研修」方式の研修を開催していく必要がある。

令和8年度は関連職種研修会において、クリティカルパス研修の時間を設けると共に、「実践サポート」として、パス導入（予定）施設に対する導入支援やフォローアップ体制について検討していく。

2）クリティカルパスの効果検証について

クリティカルパスの効果検証を行う上で、研究協力施設数の増加が不可欠となる。指定入院医療機関の均てん化や入院期間の短縮、処遇終了率の低下等、指定入院医療機関に求められている課題について改めて共有するとともに、それらの課題に取り組む一助としてクリティカルパスが有用となる可能性を繰り返し示していくことが、研究協力施設数の増加につながるものと考えられる。また今後改定が見込まれるガイドラインに医療観察法クリティカルパスが収載される見込みとすることも、クリティカルパスの普及並びに研究協力に向けた動きを促進する大きな要因になるものと考えられる。

E．結論

令和7年度の本研究においては、令和5年度・6年度に作成した医療観察法クリティカルパスの普及に向けた取り組みを行うと共に、医療観察法クリティカルパスの効果検証に関する検討も行った。その結果、以下の結論が得られた。

- クリティカルパス研修とMDT研修という形式の違う2つの研修に対する評価を通し、クリティカルパス研修が、クリティカルパスの普及という観点で、より有用である可能性が示唆された。
- クリティカルパス研修が有用性を示した要因としては、クリティカルパスに特化した自由参加の集合形式の研修であり、クリティカルパスへの関心度が高いスタッフの参加率が高かったことが考えられる。
- またクリティカルパス研修が、普及方法の5つの柱である「教育と研修」「具体的な活用例の提示」「ツールの配布」「メリットの明確化」「実践サポート」の全ての要素を満たした構成であることも要

因として考えられる。

・クリティカルパスの効果検証を行うには、研究協力施設数の増加が不可欠となり、クリティカルパスが指定入院医療機関の課題である均てん化や入院期間の短縮、処遇終了率の低下を目指していく上での一助となる可能性を示していくことが、研究協力施設数の増加につながるものと考えられる。

これらの結論をもとに、以下の方針が策定された。

・今後もクリティカルパス研修方式の研修を開催し、その中で指定入院医療機関の課題解消に向けた一助としてのクリティカルパスの有用性も示していく。
・実践サポートの方法として、パス導入（予定）施設に対する導入支援やフォローアップ体制について検討していく。
・クリティカルパスの普及並びに研究協力施設数の増加を促進するためにも、今後改定が見込まれるガイドラインへの医療観察法クリティカルパスの収載に向けて継続して働きかけていく。

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

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

I．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致します。

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）
4) 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.村杉謙次.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

図1 調査票（対象者向けアンケート）

対象者向けアンケート

医療観察法病棟での入院治療を振り返り、主観で構いませんので、以下の質問において、当てはまる数字に○をつけてください。

【目標の一致】

●私は、医師またはMDTとの面接（以下、面接）の効果について、心配している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接で行っていることは、私に新しい見方を提供してくれる。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは私が達成すべき目標を正確にとらえている。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接の目的をはっきりさせることができたらと思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接での目標は私にとって、重要である。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接でしていることは、私の変えたいと思っている目標に達成する助けとなると感じる。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私は、お互いに合意した目標に向かって面接をしている。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接を通して、自分がどのように変わることができるか、よりはっきりしてきた。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私は、私の問題について異なった考えをもっている。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私は、この面接での目標を協力して設定した。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私にとっていい変化は何か、私たちはよく理解するようになった。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●この面接の結果がどのようになるのか、見当がつかない。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

図1 調査票（対象者向けアンケート）

【課題の一致】

●医師またはMDTと私は、私の状況を改善するために、面接で行うことについて合意している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私は、面接でしていることに、当惑させられることがある。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接から私が得るべきものについて、医師またはMDTと私は意見が違う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私の時間の使い方は効果的でないように思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは、私が面接でしようとしていることを理解していないと思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私は、面接での私の責任を理解している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●面接でしていることは、私の関心事と、関係ないように思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTが私に面接中に何をしてほしいか、はっきりわかる。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私にとって、面接でするべきことについて、私たちは合意している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私は、この面接に対して、不満を感じている。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTが私にするようにすすめることは、よくわからない。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私の問題について今行っているやり方は、あっていると思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

図1 調査票（対象者向けアンケート）

【情緒的絆】

●医師またはMDTといると居心地が悪い。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私は、お互いを理解している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは私のことを好いていてくれていると思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは私の幸せを本当に心配してくれている。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私は、お互いに敬意を払っている。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは私に対する気持ちに、完全には正直でないと感じる。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは私を助けてくれる能力をもっていると確信している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTは私のことを、高く評価していると感じる。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTと私は、お互いを信頼している。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTとの関係は、私にとってとても大切である。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●私が間違ったことを言ったりしたりしたら、医師またはMDTは私との面接をやめるような気がする。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

●医師またはMDTがいいと思わないことを、私がしても、医師またはMDTは私のことを心配してくると思う。
1.全くない　2.めったにない　3.時々しかない　4.時にはある　5.しばしばある
6.たいていいつも、またはとてもそうだ　　7.いつも、または完全にそうだ

図1 調査票（対象者向けアンケート）

【共有決定度】

●医師またはMDTは、治療に関して何らかの決定をしなければならない事があるということを明確に伝えてくれた。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTは、私がどのように決定に関わりたいかを丁寧に確認をしてくれた。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTは、今回の病状に対して様々な治療の選択肢があることを伝えてくれた。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTは、それぞれの選択肢におけるメリット(利点)とデメリット(欠点)を明確に説明してくれた。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTは、（説明された）すべての情報を理解できるように私をサポートしてくれた。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTは、私が治療においてどの選択肢を希望するのか訊いてくれた。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTと私は、それぞれの治療方法について徹底的に比較検討した。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTと私は、一緒に治療上の選択肢を選んだ。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

●医師またはMDTと私は、今後の治療の進め方について合意した。
1.全く当てはまらない 2.ほとんど当てはまらない 3.どちらかといえば当てはまらない
4.どちらかといえば当てはまる　5.おおむね当てはまる　6.よく当てはまる

ご協力、ありがとうございました。
記入漏れがないかご確認お願いいたします。

図2 調査票（MDT向けアンケート）

パスの使用感に関するスタッフアンケート

施設名（　　）※施設名は試行施設と未試行施設の比較のために必要ですのでご記入ください。施設名は発表には用いません。

職種（　　）　　医療観察法病棟経験年数（　　年）

『クリティカルパス』を使用してどのように感じたか、主観で構いませんので以下の　質問にそれぞれ０～６の7段階でお答えください。

【クリティカルパスの効果について】

１．『クリティカルパス』は指定入院医療機関の均てん化に役立つ
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

２．『クリティカルパス』はスタッフ教育に役立つ
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

３．『クリティカルパス』は入院期間の短縮につながる
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

４．『クリティカルパス』は治療状況の確認と共有に役立つ
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

５．『クリティカルパス』は困難症例の検討に役立つ
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

６．『クリティカルパス』を使用することで、多職種連携がスムーズになる
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

【クリティカルパスと治療プログラムの連動性】

７．『クリティカルパス』を使用することで、入院治療の見通しが持てる
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

８．『クリティカルパス』の各ステージで行うプログラムの内容は適当である
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

９．『クリティカルパス』を使用することで、多職種間・プログラム間の連動性を意識できる
　全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

【クリティカルパスの活用について】

１０．『クリティカルパス』を使用することで、対象者視点での治療を意識できる
全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

１１．『クリティカルパス』を使用することで、CPA会議などで調整官との連携がスムーズになる
全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

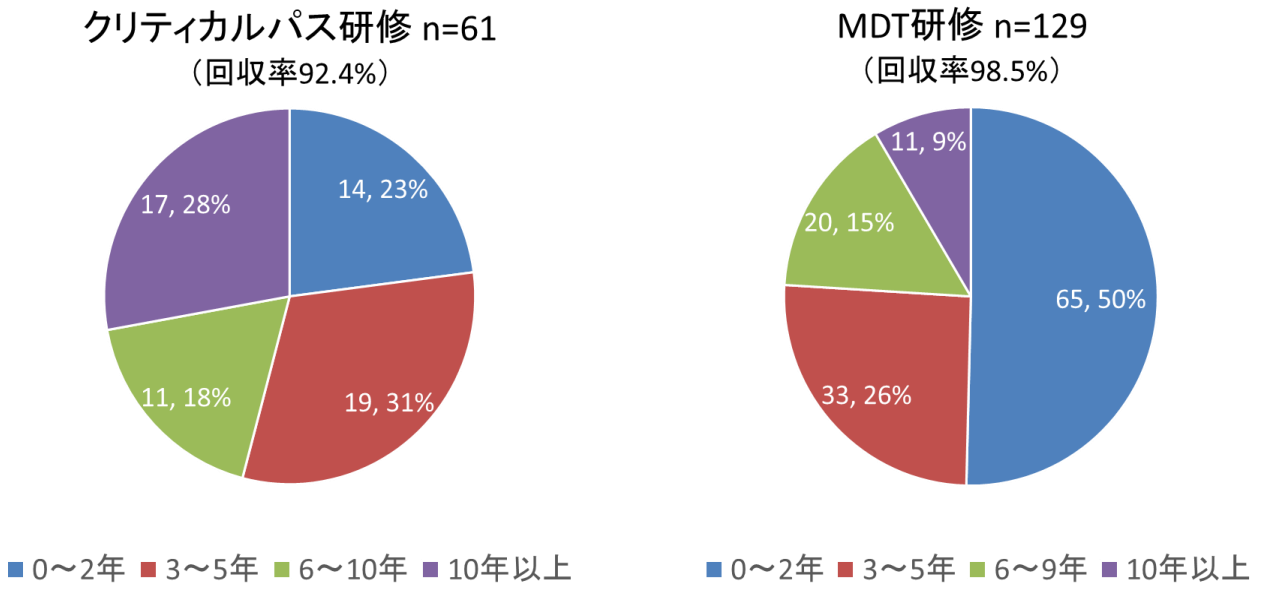
１２．『クリティカルパス』は家族や地域支援者への治療進捗の説明に役立つ
全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

１３．『クリティカルパス』は入院継続や退院申し立ての判断材料に活用できる
全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

１４．『クリティカルパス』は裁判所への提出書類の一部として活用できる
全く当てはまらない　０　１　２　３　４　５　６　非常に当てはまる

１５．共通パス、コ・パスそれぞれについて改善した方がよい点や使いにくかった点などございましたら　ご自由にご記入ください。

ご協力、ありがとうございました。
記入漏れがないかご確認お願いいたします。



MDT: Multidisciplinary Team

図3 研修参加者の医療観察法病棟経験年数

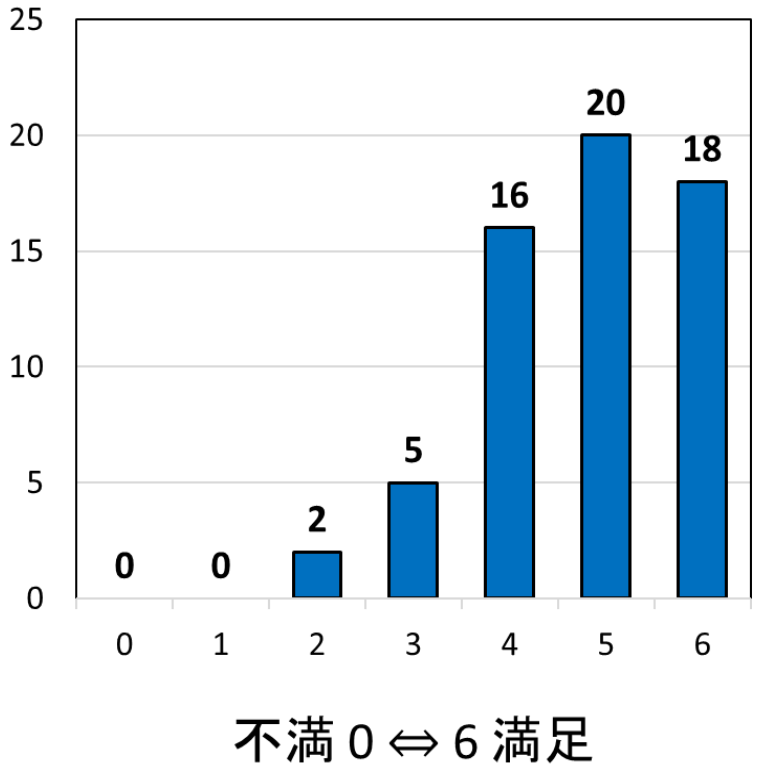


図4 クリティカルパス研修の満足度

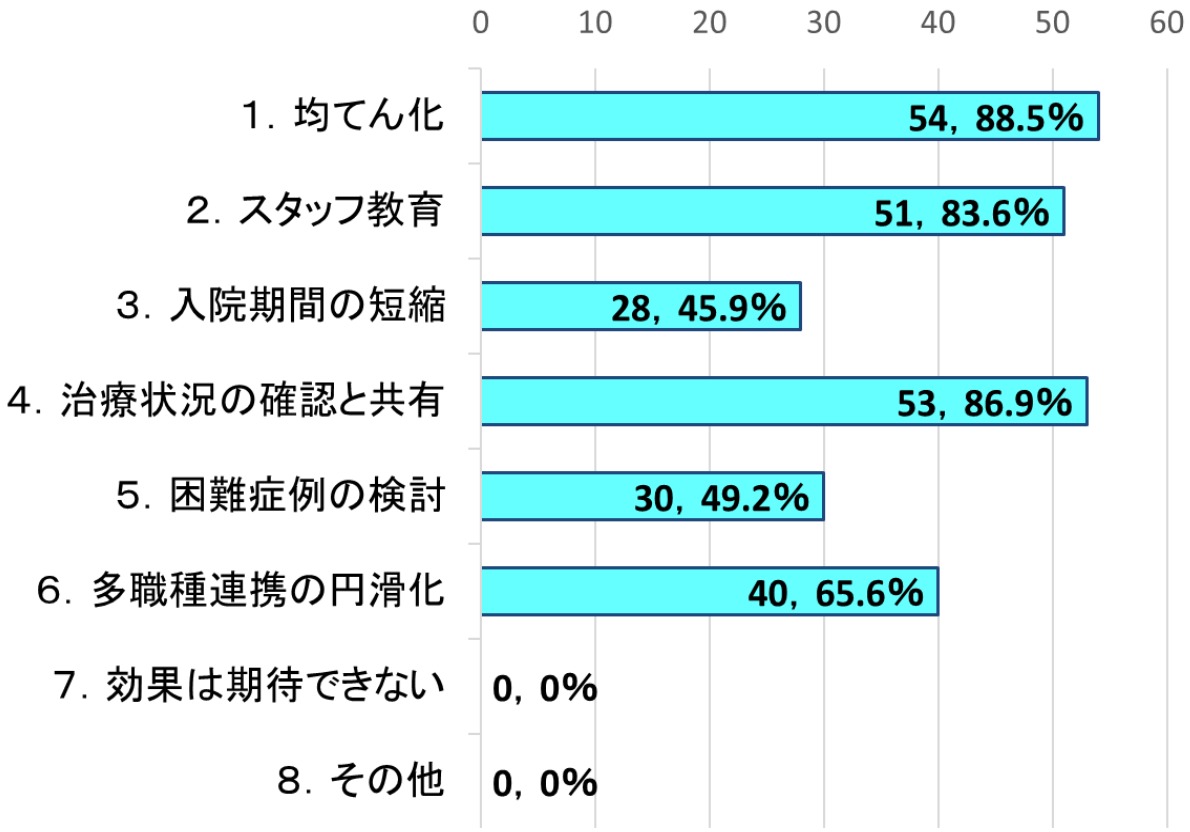
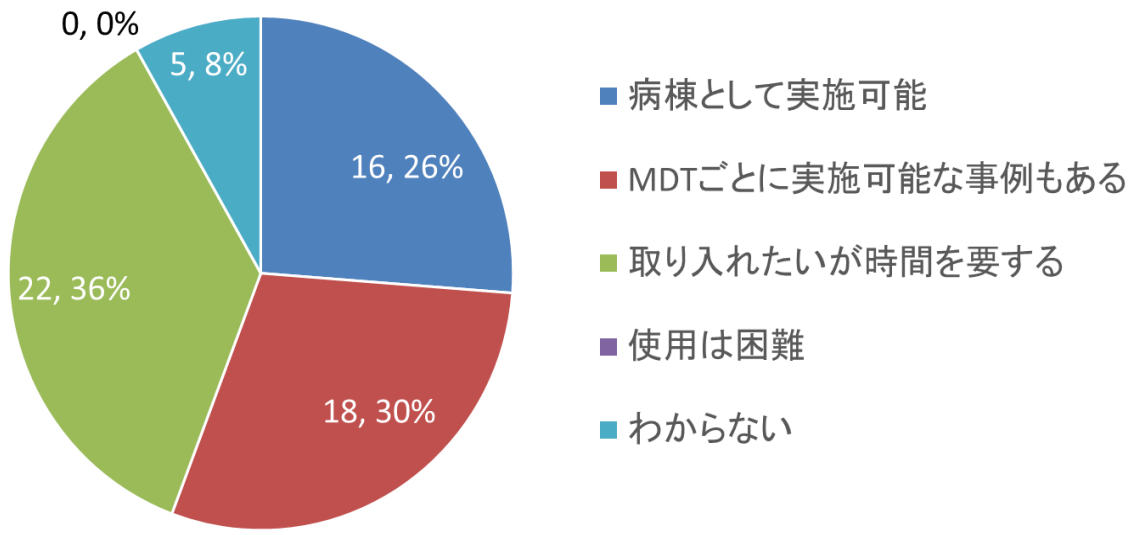
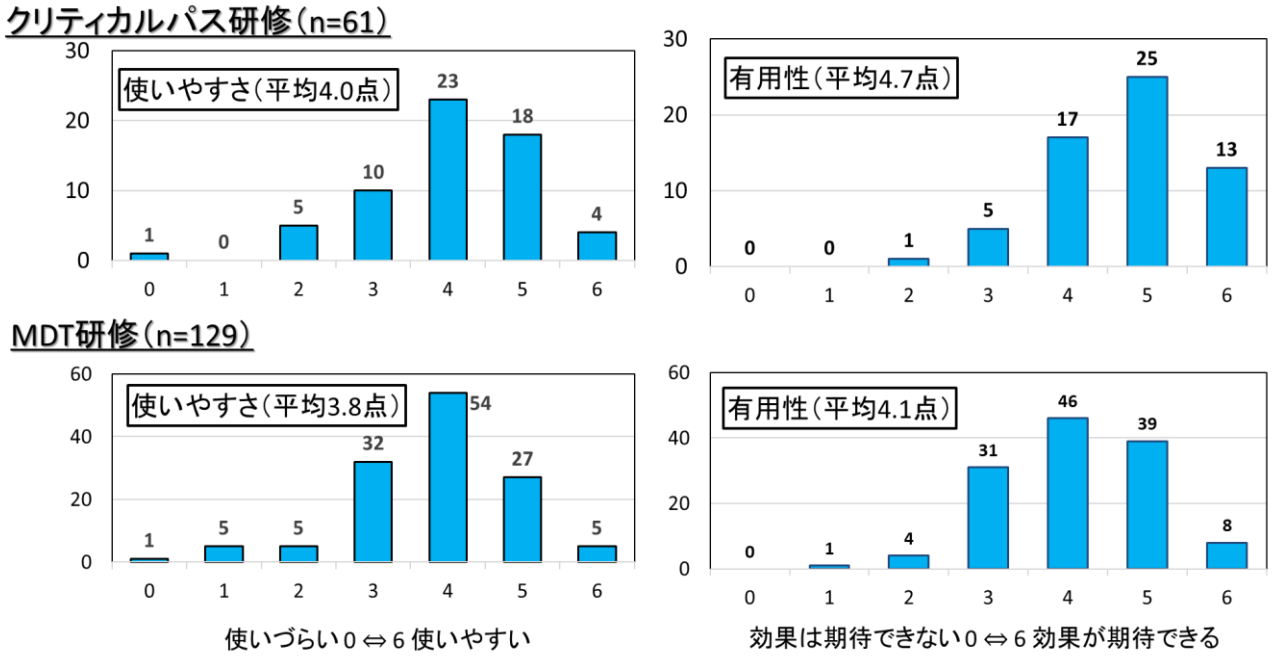


図5 クリティカルパス使用により期待できる効果



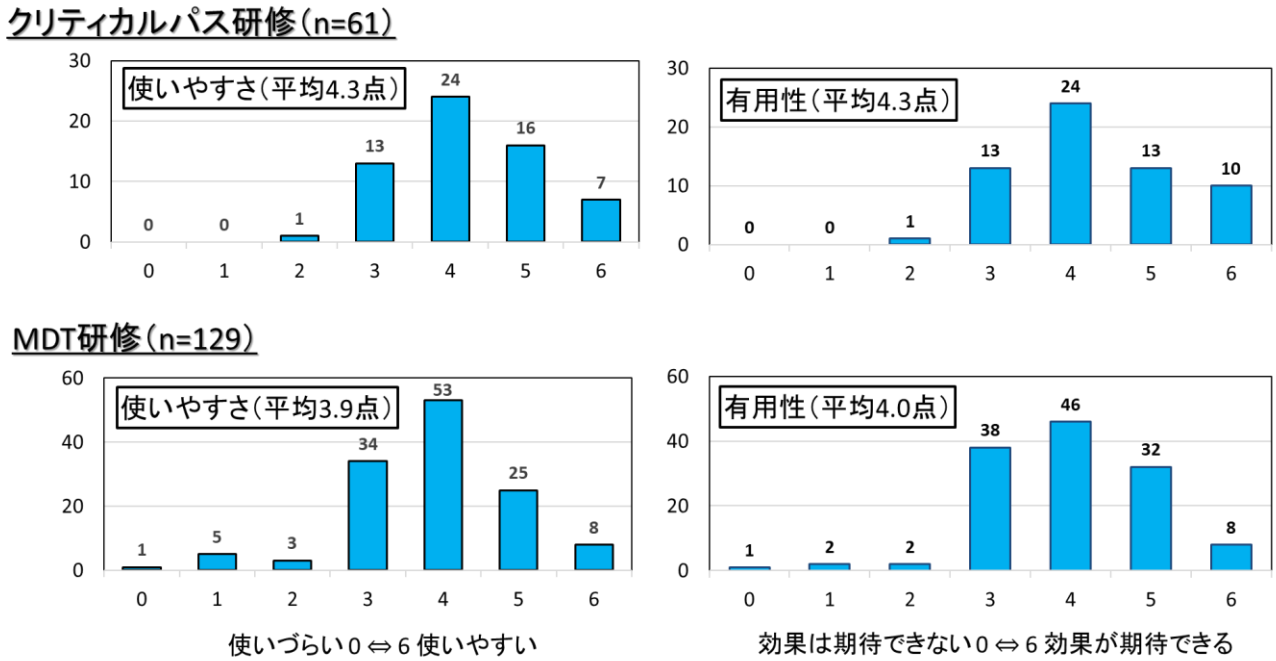
MDT: Multidisciplinary Team

図6 臨床業務の中での使用可能性



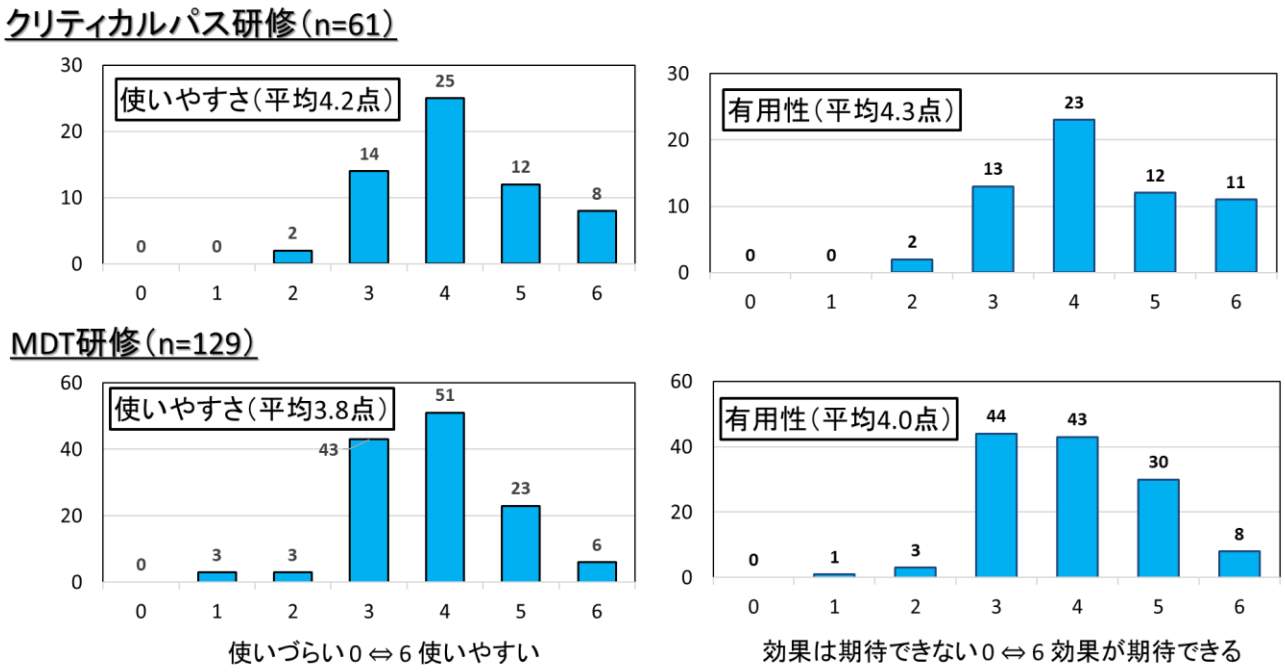
MDT: Multidisciplinary Team

図7 共通クリティカルパスの使用感（7件法）



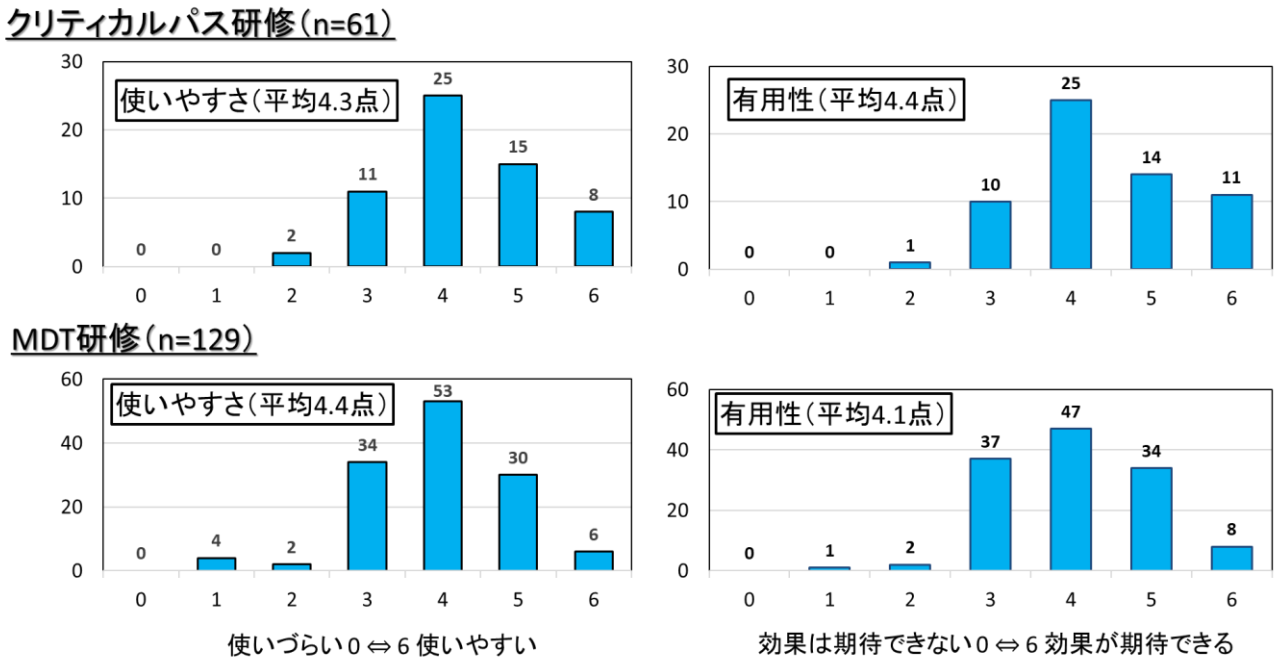
MDT: Multidisciplinary Team

図8 FOコ・パス（認知症群・高齢者）の使用感（7件法）



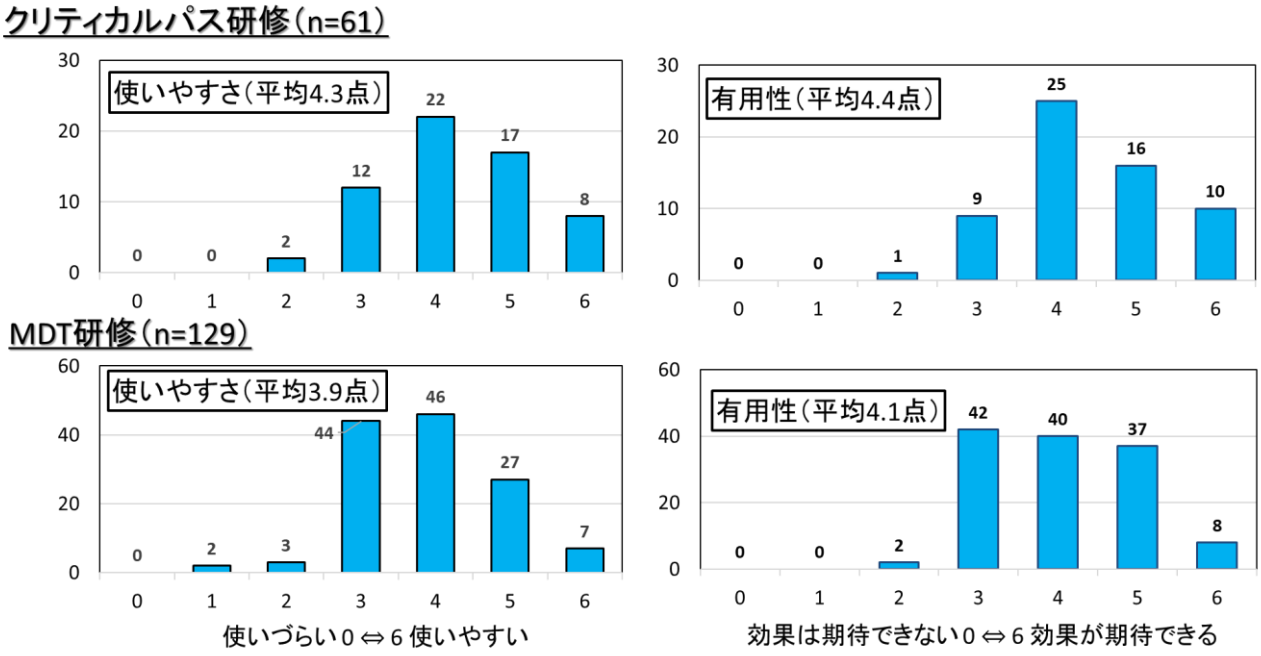
MDT: Multidisciplinary Team

図9 F0コ・パス（高次脳機能障害群・若年者）の使用感（7件法）



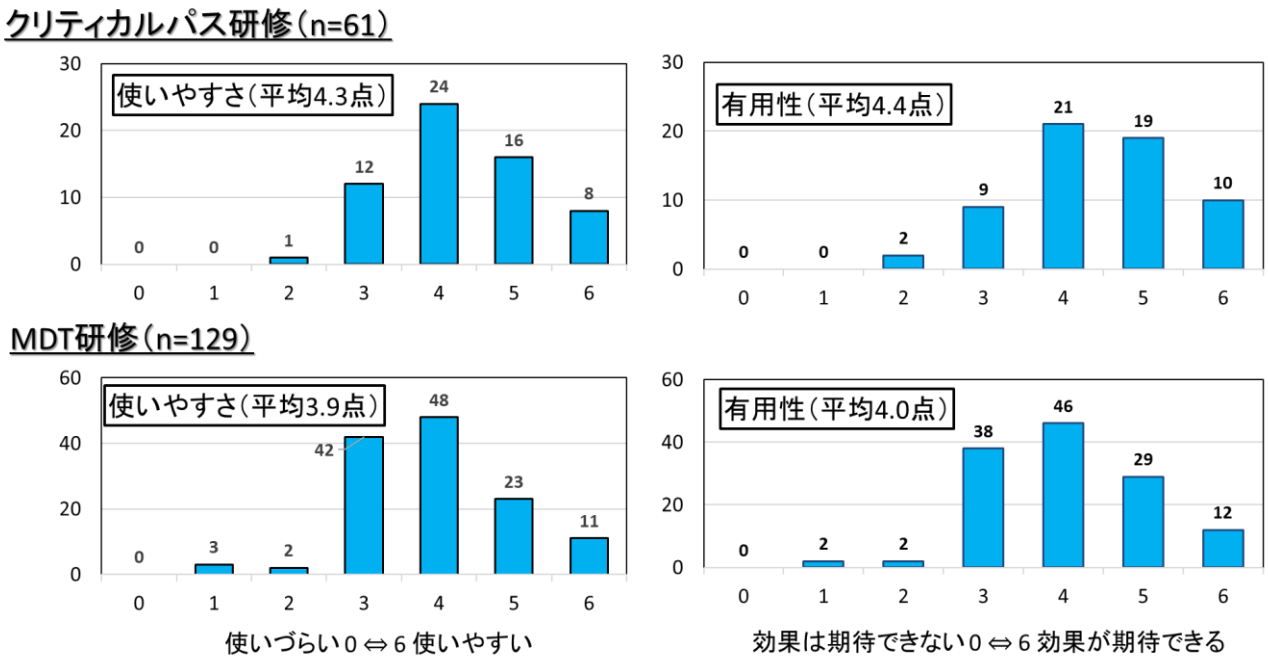
MDT: Multidisciplinary Team

図10 F1コ・パスの使用感（7件法）



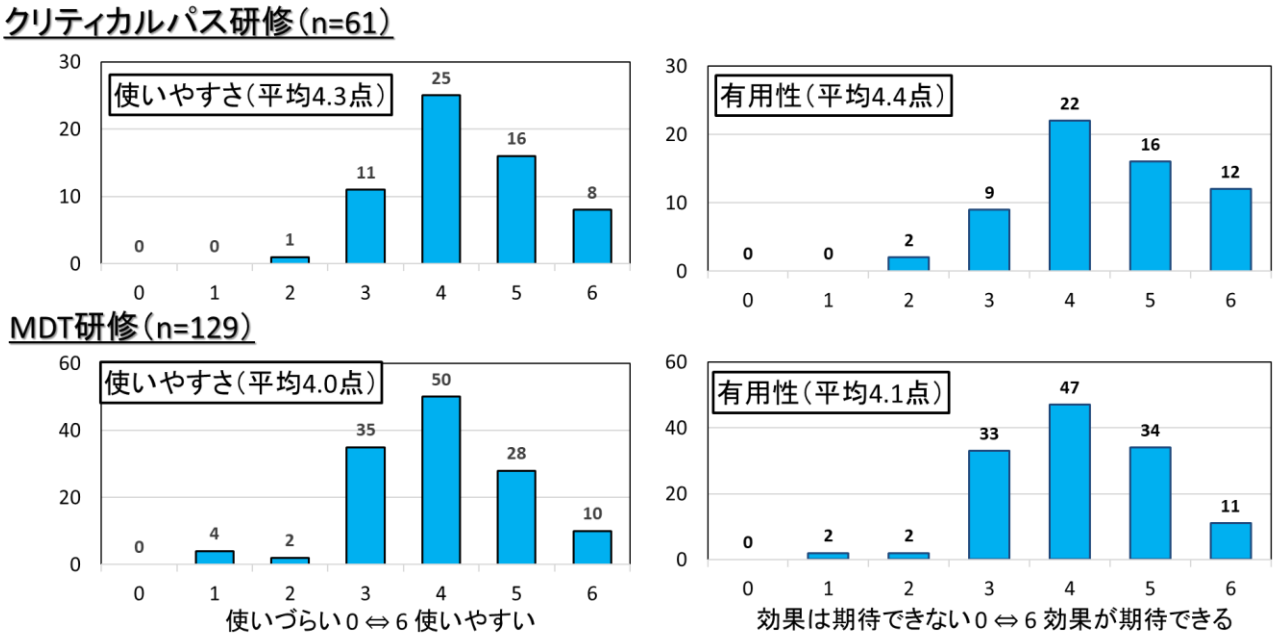
MDT: Multidisciplinary Team

図11 F3コ・パスの使用感（7件法）



MDT: Multidisciplinary Team

図12 F7コ・パスの使用感（7件法）



MDT: Multidisciplinary Team

図13 F8･F9 コ･パスの使用感（7件法）