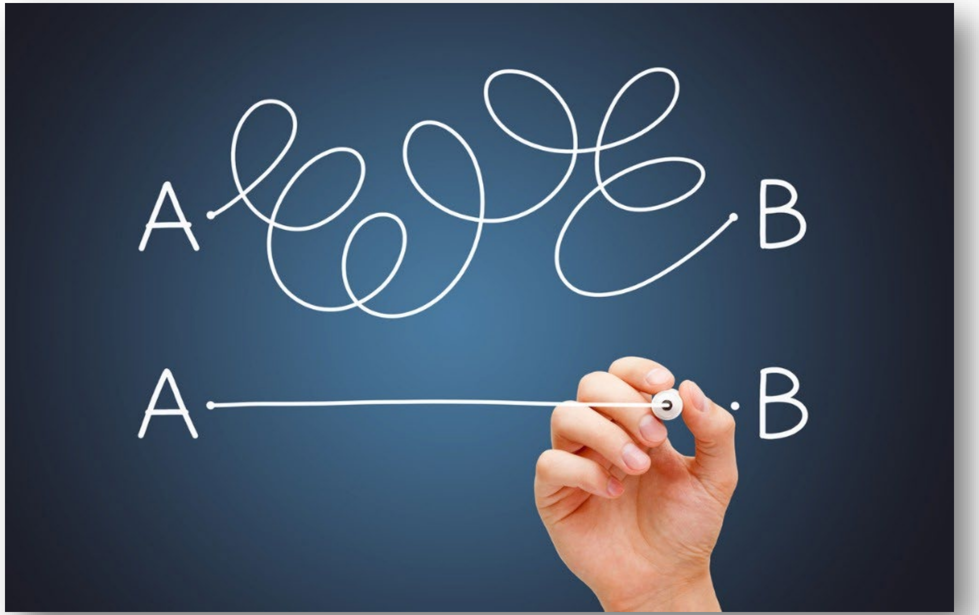
医療観察法に必要な人材育成関する研究（賀古班）
研修用動画

医療観察法
クリティカルパス
について

国立病院機構 小諸高原病院
村杉 謙次

医療観察法クリティカルパス



令和5年・6年度 「医療観察法における退院後支援に資する研究（平林班）」分担研究
「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（村杉班）」

講義内容

1

医療観察法入院
医療に求められる
クリティカルパス
とは？

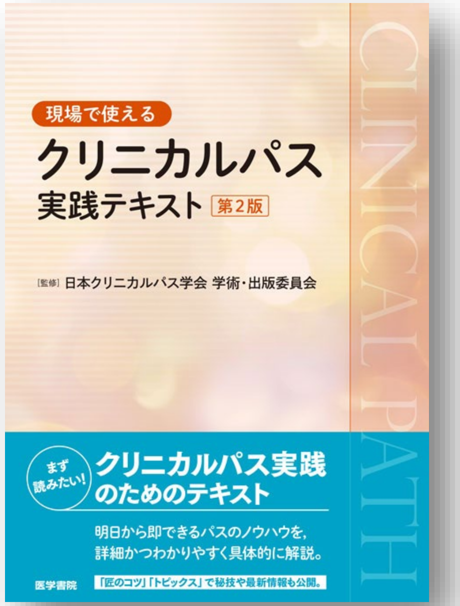
2

医療観察法
クリティカルパスの
紹介

3

医療観察法
クリティカルパスの
普及と活用

クリティカルパス（クリニカルパス）とは？



1. クリティカルパスの開発と実践は工程管理の一手法として米国の製造業で1950年代に開始
2. 医療においてクリティカルパスの概念を最初に提唱したのはKaren Zander（Ns. アメリカ,1985）。「クリティカルパスとは、患者のための目標（アウトカム）を示し、その目標を最適効率で達成するための理想的なスタッフ活動の順序とタイミングを提供するもの」
3. クリティカルパスの導入効果としては、チーム医療の推進、患者参加型医療の提供（IC、SDM）、質保証・質改善（医療安全、リスク管理、業務改善・効率化）、経営戦略（業務効率化、コスト管理）、職員教育等があげられる
4. では、医療観察法入院医療で必要とされるクリティカルパス、そしてクリティカルパスを導入する目的とは？

入院処遇ガイドライン上のクリティカルパス（急性期）

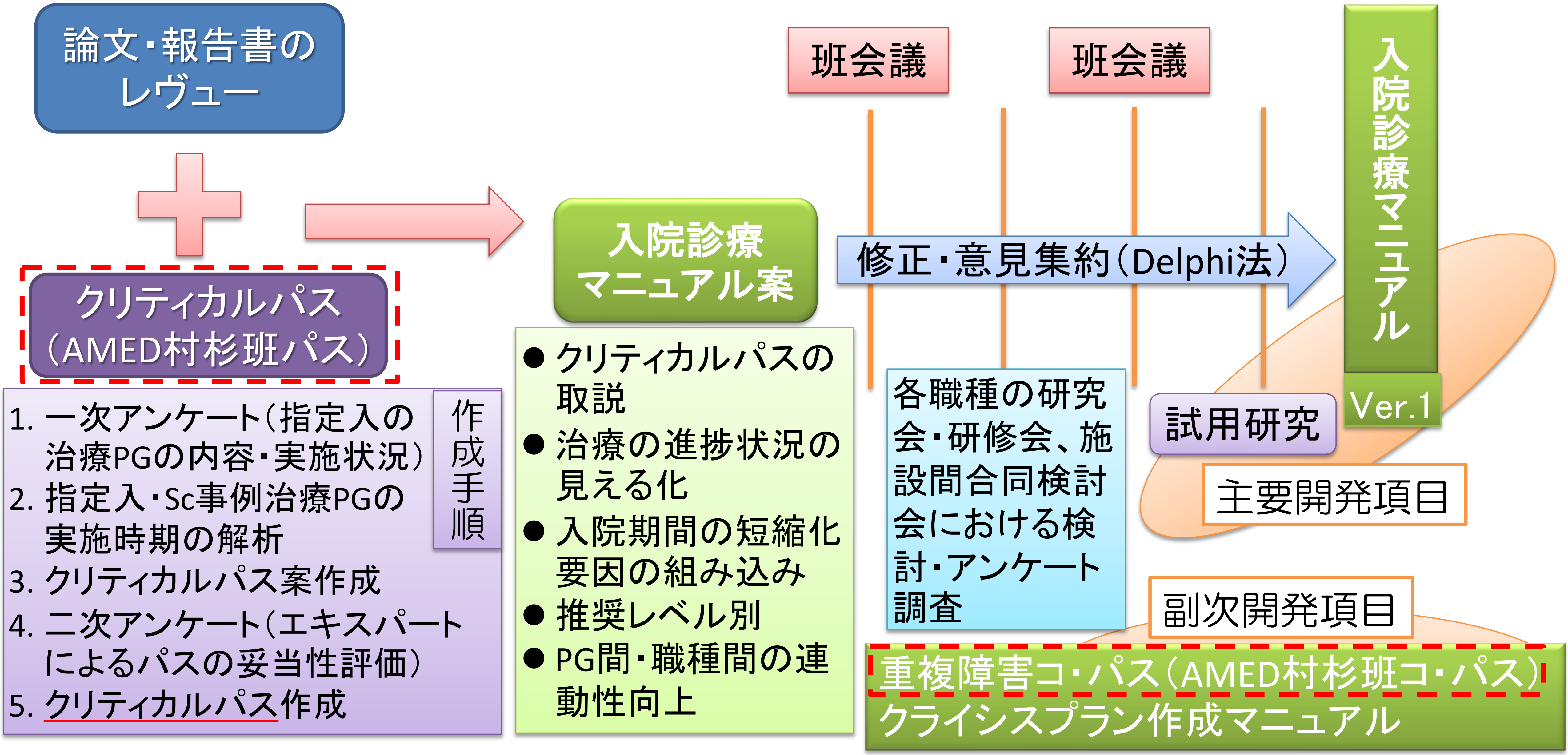
- 法施行時に厚労省から示された入院処遇ガイドラインには、統合失調症の典型例のクリティカルパスしか示されていない。
- 使用頻度も高くなく、実際の医療内容との乖離が認められ、横軸（時間軸）と縦軸（ケア軸）の適合性も不十分。
- 医療観察法入院医療の現状に即し、目的志向型多職種連動アプローチの促進の一助となるようなクリティカルパスが必要。

	1週目	2～4週目	5～8週目	9～12週目
本人の目安	病棟環境に慣れる。 治療の必要性について理解する事ができる。 スタッフに援助を求めることが出来る。負担の軽いプログラムには参加できる。		スタッフに自分のことが話せる 自分にあった活動に参加できる	これからの治療について考えることができる
評価・治療検討	初期評価及び諸検査の指示 薬物療法の実施及び副作用チェック 対象者及び家族面接病棟ガイダンスと治療構造等説明、診察は1日1回	初期基本計画の策定 薬物療法の評価及び実施 治療関係構築の為の支持的精神療法 問題予測・簡単な治療方針の検討	情報の補足による再評価及び治療目標の再設定 病識の獲得の為の心理教育 薬物療法の効果評価	急性期治療の評価、行動の評価、治療反応性評価、外出の可能性の評価を行い回復期移行への検討 支持的精神療法･心理教育の継続
検査	血液検査・X－P・CT 等	血液検査1／月 ECG1／3月 薬物血中濃度1／月	血液検査1／月 薬物血中濃度1／月	血液検査1／月 薬物血中濃度1／月
心理検査	心理面接（生育歴等聴取）	心理面接（人格形成等聴取）	問題行動の背景分析 神経心理学的検査	病識尺度を用いた評価
多職種チーム	対象者および家族から情報収集、信頼関係の構築	治療プログラムへの導入、対象者ごとに当初情報を元に個別プログラムを検討・立案及び実施 急性期ミーティングの実施	プログラム参加状況を評価、再計画	治療プログラムの実施及び評価 回復期への移行について検討
看護活動（体力の回復と患者看護者関係構築）	情報収集（患者観察シート） 綿密な入院時オリエンテーション、身体的健康状態の管理、精神症状及び行動の観察、初期看護計画の作成、不穏時の早期介入 服薬の管理と薬効・副作用の観察食事・入浴・排泄介助	身体的健康状態の把握 身体管理能力と生活能力の把握と評価 治療プログラムへの導入と観察・評価 個別的なかかわりによる援助関係の構築 看護面接及び看護計画の見直し 服薬の管理と薬効・副作用の観察 入浴・排泄介助	治療プログラム参加への支援とプログラム終了後の個別フォロー 個別的なかかわりによる援助関係の展開 看護相談面接を通じた心理的支援と問題整理、看護計画の見直し 服薬の管理と薬効・副作用の観察	回復期への移行可能性についての評価 個別的なかかわりによる援助関係の構築 看護相談面接を通じた心理的支援と問題整理、看護計画の見直し 服薬の管理と薬効・副作用の観察
作業療法	作業オリエンテーション（情報収集）治療関係の構築	急性期作業療法（休息を促す活動）	衝動性を緩和する活動 身体感覚の回復を促す活動	体力を回復する活動 現実感の回復を促す活動
精神療法		支持的精神療法	全てのケアやスタッフへの敵意が減弱 治療へのコンプライアンスが高まる	自分の過去・現在について言葉にし始める（自己開示）
心理教育		疾病別治療プログラムの導入	人との出会いに伴う行動様式を獲得する治療プログラムを適応する	原疾患に対する対処ができ始める
レクリエーション		毎週実施（週2回定例）	→	→
全体ミーティング		毎週実施（週1回定例）	→	→
ソーシャルワーク業務	対象者、家族の情報収集、信頼関係の構築、家族・関係者の調整と心理的サポート、 社会復帰調整官との情報交換 生活保護等入院初期に必要な外部機関との調整・手続き	対象者、家族の情報収集、信頼関係の構築、家族・関係者の調整と心理サポート、 権利擁護・処遇等の相談 社会復帰調整官との調整・協議、 社会生活の中断に伴う諸手続き	対象者、家族の情報を整理し福祉職としての意見を伝える、家族・関係者の調整と心理サポート、 社会復帰調整官との調整・協議 権利擁護・法規講座	対象者、家族の情報を整理し福祉職としての意見を伝える、家族・関係者の調整と心理サポート、 対象者の退院後の希望や居住地等についてニーズ調整し社会復帰調整官と協議 権利擁護・法規講座
家族調整	家族面接（合同面接）	家族心理教育：事件や疾患に関する戸惑いを整理する（個別・集団） 過剰な感情反応を整理し受け入れ可能な関係を回復 問題行動の背景要因に関する情報が深まる		

※　個別の治療行為等については、対象者の病状により必要に応じて行う。

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

（H27～29年：AMED村杉班研究）



AMED村杉班パス

- 横軸：1年半
- 縦軸：目標・ケア16項目の内容

入院治療目標		病状の改善と継続的かつ適切な医療の確保 様々な問題を前向きに解決する意欲や、社会で安定して生活する力を高める 他害行為の問題を認識し自ら防止できる力を高める 被害者に対する共感性を養う			
各ステージと週数の目安		急性期			
		1週目	2～4週目	5～8週目	9～12週目
各ステージの到達目標		病的体験・精神状態の改善 身体的回復と精神的安定 治療への動機付けの確認 治療者との信頼関係の構築			
短期目標		病棟環境に慣れる。		スタッフに自分の事が話せる。	これからの治療について考える事ができる。
		治療の必要性について理解する事ができる。		自分にあった活動に参加できる。	自分の病気や薬について考える。
		入院生活上の援助を求める事ができる。			
		負担の軽いプログラムには参加できる。			
薬物療法	病状評価及び過去の薬歴を踏まえた主剤の検討	急性期症状（陽性症状）の軽減を主目的とした薬物療法の評価及び実施、副作用のチェック	早い段階での心理社会的治療の導入を見据え、陽性・陰性症状、認知機能障害を標的症状とした薬物療法の効果評価、調整	陽性症状、陰性症状、認知機能障害のバランスを踏まえた主剤のおおよその確定、併用薬剤の検討	主剤の確定、併用薬剤のおおよその確定。頓用薬の種類・用量の検討
疾病教育		医療観察法の理解・治療の動機づけの促進のためのプログラム		統合失調症の疾病教育	
服薬	看護師管理	→	→	服薬自己管理の開始	服薬自己管理
				向精神薬に関する基礎知識	
権利擁護	抗告の説明	権利擁護講座			
日常生活技能	日常生活の支援（入浴・排泄・金銭管理・相談の励行、等）	→	→	→	セルフケア支援（居室掃除・洗濯・調理・金銭の自己管理）

倫理軸

水平型チーム医療の促進

目的志向型多職種連動

PG間の連動性・PGの段階付け・治療PGの導入時期に関する均霑化↑

治療プログラム		1週目	2～4週目	5～8週目
集団交流技能			朝のミーティング（ステージ・ユニット毎等）	→
			ユニットミーティング	→
			全体ミーティング	→
			休日プログラム（余暇活動）	→
			パラレルOT	→
			スポーツ・ウォーキング	→
			ボディワーク	→
				リラクゼーション
問題解決技法				
内省				心理検査の必要性の評価及び実施
セルフモニタリング・クライシスプラン				
退院準備				
就労支援				
外出・外泊			中庭散歩	→
家族支援・調整				家族支援
地域調整				CPA会議
裁判所申立				

AMED村杉班コ・パス（物質使用障害）

各時期における物質使用障害に関する目標とアプローチ方法を『AMED村杉班パス』上に別枠として追加し、他の領域の治療項目との連動や段階付けについて記載

目標＆アプローチ方法

連 動

各ステージと週数の目安		急性期 1週目	2～4週目	5～8週目	9～12週目
各ステージの到達目標		病的体験・精神状態の改善 身体的回復と精神的安定 治療への動機付けを得る 治療者との信頼関係の構築			
短期目標		病棟環境で落ち着いて過ごすことができる		スタッフに自分のことを話すことができる	これからの治療について考える
		医療観察法入院医療を受け入れ、医療観察法の概要について理解することができる		自分にあった活動に参加でき、生活のリズムをつかむ	自分の病気や薬について考える
		入院生活上の援助を求めることができる		退院地について考える	
		負担の軽いプログラムには参加できる			
短期目標（物質使用障害）			自分の物質使用に伴う問題について知る	自分の物質使用歴についてスタッフに話すことができる	自分の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（早める）
アプローチ方法（物質使用障害）		①鑑定書や生活環境調査書から物質使用歴があるか情報収集する ②スクリーニング（AUDIT、DAST-20）		① スクリーニングの結果が陽性だった場合、詳しく物質使用の状況について確認する。 ② CPA会議や家族支援プログラムの中で、家族や地域関係者から物質使用に関する情報を収集する。	
治療プログラム	薬物療法	病状評価及び過去の薬歴を踏まえた主剤の検討	急性期症 減を主目 評価及び チェック	…での心理社会的治療 …見据え、陽性・陰性 …知機能障害を …薬物療法の効 …	・陽性症状、陰性症状、認知機能障害のバランスを踏まえた主
		診断について改めて検討する			
	服薬				
					向精神薬の基礎知識に関する心理教育
	疾病教育		医療観察法の理解・治療の動機づけの促進のためのプログラム	統合失調症の疾病教育	
	心理アセスメント・面接		対象行為の経緯の振り返り・心理アセスメント		心理面接
	家族支援·調整	家族への連絡		家族支援	
	地域調整			CPA会議（院内）	指定通院医療機関の調査・調整に関する協議

連動：物質関連障害⇔心理アセスメント・面接
心理面接内で物質に対する思いや欲求について確認する。

連動：物質関連障害⇔疾病教育
統合失調症の病状悪化要因に物質使用があることを伝える。

連動：物質関連障害⇔内省の促進
自分史の振り返りの中で物質使用が自身の生活歴に影響を及ぼしたことへの自覚を促す。また、スクリーニング陰性者にも振り返りの中で改めて物質使用歴を確認する。

連動：物質関連障害⇔薬物療法
物質使用の影響を踏まえた診断の再検討、薬物療法の検討

R5・6年度 医療観察法における退院後支援に資する研究（平林班）分担研究
「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」

「医療観察法対象者の類型化に関する研究（R4年度河野班）」で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、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する。

研究方法

1. 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
2. エキスパート会議によるクリティカルパスの検討（指定入院・通院医療機関、保護観察所、裁判所の多職種から成るエキスパート）
3. クリティカルパスの試用

意見集約・修正
（Delphi法）
→ 医療観察法クリティカルパスの作成

研究協力者（敬称略）

主任研究者：平林直次（NCNP）　分担研究者：村杉謙次（小諸）

Dr：久保彩子・前田佑樹（琉球）、竹田康二・柏木宏子（NCNP）、本村啓介（肥前）、賀古勇輝（北大）、鈴木未央・斎藤勝仁・小川太郎（小諸）

Ns：津田哲也・塚田浩行（NCNP）、山城琢也（琉球）、榎本翔太（榊原）、船戸一基（北大）
若林可織・矢島秀晃（小諸）

CP：壁屋康洋・髙野真弘・浅野琴美（榊原）、前上里泰史（琉球）、鈴木敬生（NCNP）
堀内泉辞（小諸）

OT：山元直道（NCNP）、國田幸治・駿河 勇太（北大）、武川未怜（榊原）
岩井邦寿・藤野健一（小諸）

PSW：島田明裕（NCNP）、藤崎直人（さいがた）、高張陽子（北大）、中辻望来（榊原）
宮沢泰裕（小諸）

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）

研究計画

クリティカルパスの使用状況の把握

指定入35施設を対象としたアンケート調査

クリティカルパスの導入意義

- チーム医療・対象者参加型医療の推進
- 入院期間短縮、業務効率化
- 職員教育

河野班（入院対象者の類型案・12類型）

1. F0 高齢者・認知症
2. F0 比較的若年・器質性
3. F1（患者特性は同質だが処遇に施設差）
4. F2 重複障害F8
5. F2 重複障害F1/F7
6. F2 重複障害なし（年齢・性別で修飾）
7. F3 女性の嬰児殺し
8. F3 双極性障害の粗暴行為
9. F3 それ以外の気分障害
10. F7（性別・重複障害で修飾される）
11. F8（重複障害F7で修飾される）
12. その他の主診断

6つの疾患別パスの作成

エキスパート会議にて各基礎資料を基に検討

F0：MCI～軽度を想定、早期の地域移行

F1：入院中の社会内処遇、通院処遇における問題行動への対処、司法的判断

F2：AMED村杉班パス＋北大パス

F3：うつ病の自殺予防、女性性への配慮

F7：中等度知的障害を想定、退院調整の困難

F8・F9：複雑事例化を想定、トラウマへの配慮

クリティカルパスの利用状況に関するアンケート調査（N=35）

クリティカルパスの種類	使用施設数
入院処遇ガイドラインに記載されたクリティカスパス	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ィカルパス（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ィカルパス	6

- クリティカルパスの使用状況としては、全国の指定入院医療機関35施設中18施設と半数強の割合に留まる
- クリティカルパスの意義や必要性を検討すると共に、普及方法について検討する必要性あり

疾患別クリティカルパス案の概要

ICD-10	基礎資料	趣旨・内容	エキスパート会議における議論
F0	認知症クリニカルパス（精神病院協会）	重症度評価でMCI～軽度を想定、スムーズな地域移行、福祉との連携、定期的な認知・身体機能評価	• 変性疾患に伴う認知症の高齢者と、外傷などに伴う高次脳機能障害の若年者に対するパスが必要 • 早めの環境調整と地域との連携促進 • 認知機能・ADLを落とさないための工夫 • 過去の生活史や職業歴の生活への応用、集団生活適応可能性の評価、成年後見制度の利用検討
F1	通院複雑事例の特徴に関する全国調査（久保班）、AMED村杉班コ・パス	再使用に関わるリスク評価、本法の必要性の判断、自由度の高い外泊における評価、様々な病態に対する治療戦略	• 入院早期からの地域支援者との情報共有 • 外出・外泊の機会増加、長期外泊の検討 • 再使用に至るプロセスの明確化 • 違法薬物使用時の対応の明確化
F2	AMED村杉班パス	各期での評価・治療導入の指標、対象者との共有促進	• AMED村杉班パス＋北大パス • 共通パスとして作成
F3	うつ病・双極性障害治療ガイドラン、CANMAT2016	うつ病の自殺予防と双極性障害の他害という2つのパス、女性性への配慮、リスク因子への個別支援、虐待・ACEsとの関連	• うつ病と双極性障害を1つのパスで • 心理教育と支持的精神療法が基本 • 家族との再統合、退院後の自殺リスクへの配慮 • 就労可能性の検討・支援

ICD-10	基礎資料	趣旨・内容	エキスパート会議における議論
F7	発達障害領域における司法精神科作業療法、AMED村杉班コ・パス	重症度・適応能力の評価、中等度知的障害を想定、対象者の特性評価が中心、本法による医療の必要性検討	• 行動療法や早期からの環境調整が主体 • 二次障害を含めた疾病性の評価 • 療育手帳、成年後見制度の利用検討 • 自分史の振り返り、愛着障害への配慮 • MDTが孤立しないための工夫
F8・F9	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、ADHDの診断・治療ガイドライン、AMED村杉班コ・パス	発達特性・二次障害・＋αへの視点、個別性に配慮した安心感の持てる介入、複雑事例化した際の診立て直しと再介入	• ADHDに対する薬物療法 • SCITなど社会認知に関するプログラムの導入 • 認知機能リハ、アンガーマネジメントの導入 • 個別性・準備性・動機付け・ストレングスへの視点 • 地域との合同カンファレンス、家族への心理教育 • 生活機能障害への介入

- F2クリティカルパスは共通パス、疾患別クリティカルパスは疾患別コ・パスとして検討・作成
- 各パスに共通する構造：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
- 各パスに共通する内容：プロセス重視の方向性や目標設定
- 疾患別コ・パスにおけるKey Pointの記述

共通クリティカルパス

①AMED村杉班パス＋北大パス ⇒ 共通クリティカルパス

②保護要因に着目し調整官・地域との連携をより強固に

③MDT面接での確認項目の追加

④推奨レベルや実施状況による色分け、アウトカム確認

⑤情報リテラシー項目の追加

⑥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

入院治療目標	病状の改善と継続的かつ適切な医療の確保 様々な問題を前向きに解決する意欲や、社会で安定して生活する力を高める 他害行為の問題を認識し自ら防止できる力を高める 被害者に対する共感性を養う	
各ステージと評価期間の目安	急性期	
	初期（概ね1ヶ月）	後期（概ね2ヶ月）
各ステ…		□病的体験・精神状態の改善 □身体的回復と精神的安定 □治療への動機付けを得る □治療者との信頼関係の構築
地域調整/社会復帰調整官・地域との連携	入院後3か月以内（可能な限り早期）にCPA会議の開催 ※退院を想定した利用可能な社会資源（帰住先、指定通院医療機関）ついて情報提供を得る、また必要となりそうな関係者に参加を呼びかけ、意見等を収集する。 キーパーソンについて検討	
MDT面接	MDTとの関係構築/治療計画の共有/退院に向けた希望の確認	
	≪実施すること≫ □共通評価項目 □リスクのシナリオ □治療マネジメントプラン □治療計画（ケアマップ） □対象者と課題（目標）の共有 □保護要因（？）の評価	≪アウトカム≫ □主剤の確定 or CLZの検討 □内服行動の維持 □治療関係の素地 □医療観察法入院について理解 □休息行動の獲得 □感覚の評価 □病棟内ADL評価 □経済状況の確認 □社会資源へのアプローチ

保護要因に着目し調整官・地域との連携をより強固に

各ステージにおける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

★PG導入について★		
導入済み	(黄)	黒字：共通の項目
導入検討中	(青)	青字：F2独自の項目
導入予定なし	(橙)	赤字：小諸でのPG表記
		緑字：選択して導入判断

F0コ・パス検討のポイント

- 重症度評価でMCI～軽度と想定した短期間での退院をイメージ
- 薬物調整と環境調整、ならびに心身機能の維持を主軸に
- 長期入院は機能維持の弊害となるため、急性期のうちに退院時期を明確化
- 認知機能・ADLを落とさないための工夫
- 早期退院には環境調整（社会資源・福祉制度の利用）が重要

変性疾患に伴う認知症群（高齢者）

- 画像検査・心理検査は半年に1回の頻度　予後予測し対応を検討
- 認知機能・ADLを落とさない
- 身体機能の評価、歩行機能
- 成年後見制度を早めに検討

再他害行為のリスク低減　継続的なリスク評価

外傷などに伴う高次脳機能障害群（若年者）

- 個人の障害特性の評価　F7パス併用
- 認知機能・ADLを落とさない
- 身体機能の評価、歩行機能
- 成年後見制度を早めに検討
- 多様な福祉サービスについて検討

内省洞察の深化について：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。
保護要因の強化も含めて治療の進捗として評価する。

F0コ・パス（高齢　認知症）

	急性期	回復期	社会復帰期
短期目標	•認知機能低下について理解する •周辺症状について理解する •現在の思いや考えをどの程度表現できるか確認する	•治療ゴールを明確化する •認知機能および身体機能の低下を予防する •退院に向けた帰住地調整や社会資源の調整	•福祉サービスと地域環境の整備を進める •退院候補先への外泊訓練をおこなう •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
アプローチ	□ 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） □ 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 □ 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） □ 認知機能の評価（HDS-R・MMSE・CDR・NPIなど） □ 身体機能評価・ADL評価 □ 生活歴、嗜好、趣味など詳しく対象者から聴取し機能低下防止を含む諸活動への導入 □ 対象行為と認知機能低下の関連性を加味したCFを作成 □ 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	□ 治療効果の評価と治療方針の再検討 □ 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） □ IADL・従前作業等の評価 □ 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） □ 生活史や個人の価値観を尊重した健康的な時間の提供 □ 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 □ 成年後見制度など社会資源の検討	□ 画像検査（退院前評価として） □ 認知機能、生活機能の再評価 □ 利用する社会資源・福祉サービスの決定 □ 支援者が利用できるモニタリングプランの作成 □ 支援者が利用できるクライシスプランの作成

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、再他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際は、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、再他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対象者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・パスについては、認知機能の問題もあるため、MDT主体の目標が記載されている。

F0コ･パス（若年 高次脳機能障害等）

	急性期	回復期	社会復帰期
短期目標	•認知機能低下について理解する •病態部位と特性について理解する •現在の思いや考えをどの程度表現できるか確認する	•対象者の特性を理解し治療ゴールを明確化する •認知機能および問題行動の軽減を図る •認知機能、身体機能の低下を予防する	•福祉サービスと連携し地域環境の整備を進める •退院候補先への外泊訓練をおこなう •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
アプローチ	◘ 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） ◘ 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） ◘ 身体機能評価・ADL評価 ◘ 生活歴、嗜好、趣味など詳しく対象者から聴取 ◘ 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 ◘ 退院後に必要な福祉サービスの検討を開始	◘ 治療効果の評価と治療方針の再検討 ◘ 認知機能の再評価を行う（認知・情動・人格） ◘ 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） ◘ 集団活動、集団生活への適応評価 ◘ 適応行動評価（Vineland-2など）と	◘ 支援者が使用できるモニタリングの実施と評価 ◘ 支援者が使用できるクライシスプランの作成と実施

Key Point：対象者の疾病特性や理解力による制限がある場合は、各項目の達成が難しい場合が想定されるため、再他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・パスの目標については、他の疾患別コ・パス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。

F1コ・パス検討のポイント（琉球病院 久保Dr・前田Dr・前上里CP）

①本法必要性の判断および様々な病態に対する治療戦略

- F1が併存症 ⇒ 社会復帰要因（リスク）として介入
- F1が主診断 ⇒ 精神病症状や再使用リスクの程度など病態の違いがある
⇒必要に応じて自由度の高い外泊を行うことにより通院移行および退院後定着の促進が図られる
- 一過性の幻覚妄想・および意識障害、鑑定時に依存症単独 ⇒ 本法の必要性の再評価＋短期間入院を目指す

⇒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

②再使用に関わるリスクアセスメント・マネジメント

- 一定期間帰住地に外泊し、指定通院医療機関を中心とした外来支援の実践を行うのが理想
- 一方で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
- 外泊時は医学的管理や責任所在に関して明確化し、再使用時の対応、中止基準を関係機関で共有する必要がある
- 自助グループへの参加を積極的に勧奨する

F1コ・パス	急性期	回復期	社会復帰期
短期目標	・物質使用歴について話すことができる ・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 ・物質使用に伴う問題について考え始める	・依存性物質を見たり、手にした時の思いや欲求、身体の反応について話すことができる。 ・物質使用のメリット・デメリットについて知る。 ・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。 ・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。 ・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。	・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 ・クライシスプランを利用し、パーソナルリカバリーを目指した安定した地域生活を実践できる
アプローチ	□スクリーニング（AUDIT、DAST-20） □物質使用の状況について詳しく対象者から聴取する。 □対象行為と物質使用障害のを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。 □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 □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。	□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。 □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。 □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。 □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 □退院後の金銭管理や出納帳の活用について検討する。 □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。 □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。	□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） □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

Key Point：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。

物質使用ができない入院環境下では物質使用障害に関わ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と医療機関、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。

F3コ・パス検討のポイント

- うつ病の自殺予防、双極性障害の他害という2つのパスを、気分障害として1つのパスにまとめる。
- 実子殺し事例は、自殺リスクが高く、遺族という立場でもあり、内省プログラムにおける配慮が必要（グリーフケアを含む）。注意すべき着眼点をKey Pointに記載。
- 自殺リスクが、通院処遇に移行する時期等、環境変化のタイミングで特に高まる。入院中から本人・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。
- 入院処遇となるうつ病の多くは「精神病性うつ病」であるが、幻覚妄想状態へのアプローチは共通クリティカルパスと重なるので、F3コ・パスは気分症状にフォーカスを当てたものとする。
- 家族との再統合の可能性については、支援者や帰住先といった退院調整に大きく影響するため早期から検討を。

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	自分の想い（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	□ 症状評価（抑うつ症状、躁症状、精神病症状） □ 婦人科的問題の評価 □ 薬物療法、mECT、rTMS □ 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） □ 対人関係能力の評価 □ 家族との再統合の評価・促進（両親、配偶者、子） □ 家族との再統合に向けた行政へのアプローチの検討	□ 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） □ CBT（認知再構成法など） □ 退院後の就業に関する検討（復職支援など） □ 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 □ 悲嘆へのケア	□ 自殺予防に関する関係機関との連携強化 □ 退院後の（指定通での）悲嘆に関わる心理面接導入の検討 □ 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）

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、対人関係の苦手さへのアプローチは重要。
- 家族機能の問題は帰住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はあるが、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、対象者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、対象者が自分の想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。

F7コ・パス検討のポイント

治療可能性と再他害リスクの低下

・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

・治療同盟の構築

・早期の処遇終了をせず治療可能性を検討する

対象者の特性を理解する

各種検査と生活場面での特性評価→治療可能性の評価（有効性、個別性、選択肢）

家族、関係者からの情報収集
ケースフォーミュレーション
自分史の振り返り
トラウマケア

強みの発見

特性に配慮した帰住地調整

療育手帳・成年後見制度など多様な福祉サービスの検討

帰住地課題に応じた技能の練習・技能定着訓練

クライシスプランの作成と実施

●F2に併存する中等度知的障害（判断・意思決定困難、常に日常生活支援が必要、内省困難）を想定。軽度は共通クリティカルパスを使用でき、重度は対象とならないか。
●処遇中の関わりについては、対象者の特性評価が中心となり、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があり、できるだけ単純化したパスの作成を目指す。
●MDTで作成したCFをMDT外スタッフとも確認する必要がある。MDTが孤立しないための工夫も必要か。

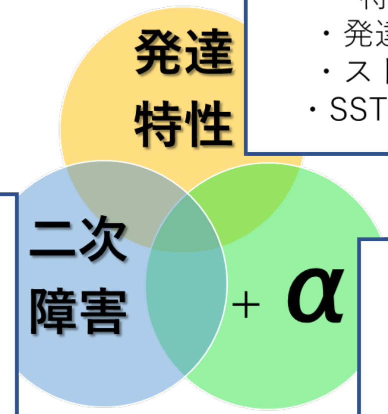
F7コ・パス

	急性期	回復期	社会復帰期
短期目標	•病棟の日課に沿った生活を送ることができる •スタッフと落ち着いて会話できる •入院に至った経緯が理解できる	•能力に応じた治療的な活動に取り組むことができる •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 •退院生活の目標を共有する	•モニタリングプラン・クライシスプランの作成と実施 •退院地・通院先の関係者と関係構築をすすめる •帰住地調整、外泊訓練を行い退院調整を進める
アプローチ	□ 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 □ 各種検査（WAIS・感覚プロファイルなど） □ 行動障害の問題の評価 □ 情報処理特性の把握	□ 治療効果の評価と治療方針の再検討 □ 行動障害の問題の評価とアプローチ □ 適応能力の評価（Vineland-2など） □ 生活歴の振り返りを継続する（逆境体験を含む） □ 本人の特性に配慮した諸活動による強みの発見 □ 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 □ 他の発達障害（ASD・ADHD）の再評価 □ MDTから病棟に向けてCFの共有（必要に応じて）	□ 支援者が使用できるモニタリングの作成と実施 □ 支援者が使用できるクライシスプランの作成と実施 □ 利用する社会資源・福祉サービスの決定

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、再他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対象者の能力や理解力に応じた目標の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、対象者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）

F8・F9コ・パス検討のポイント

- 2005年～2020年の入院処遇対象者の中で、F8・9が主診断となった対象者の割合は2.7%、重複障害としては4.2%（医療観察法統計資料2020）→ 臨床経験上もっと多い？
- 診断の必要性を強調（施設間の診断割合のばらつき）
- 段階的評価の実施
- 複雑事例化する可能性を踏まえた診立て直しと再介入



・多職種による幅広いアセスメント
・特性に対する合理的配慮
・発達特性に関する心理教育
・ストレングスの発見と強化
・SSTやメタ認知トレーニング

・理解しようとする関わり
・本人の意志を尊重（SDM）
・肯定的なフィードバック
・成功（成長）を実感できる活動
・トラウマケア
・薬物療法

・妄想、幻聴の心理教育
・対象行為内容別プログラム（傷害、性犯、放火など）
・嗜癖があれば依存症治療
・内省プログラム

急性期

・アセスメントの実施
成育歴に関する調査
保護者への聞き取り
半構造化面接・質問紙の実施
感覚プロファイルの実施
↓
・社会性、行動、感覚など、様々な面での特性を把握
・対象行為への関係性も検討

・介入方法の検討、開始
CFの作成
薬物療法
発達特性への心理教育
院内環境調整
↓
具体的な介入方法を検討し、MDTで役割分担する

回復期

・本人と情報共有
MDT・各職種面接
↓
・本人の自覚との差異の確認
・本人の希望を配慮（SDM）

・介入
疾病教育（幻聴・妄想についても）
SST
内省プログラム
トラウマケア
セルフモニタリング
院内環境調整

・評価
MDT・各職種面接
評価尺度の実施
↓
プログラムとして実施するものと、普段の生活の中で取り組むものに分かれるか

社会復帰期

・介入方法の再検討
MDT・各職種面接
各職種との取り組み
外泊での評価
↓
・改善された部分の共有
・特性として残る部分の共有

・共有資料の作成と共有
クライシスプランの作成
退院先への資料の作成
↓
退院後の関係者に発達特性を理解してもらう為の資料を作成

自ら説明できるとベスト

F8・F9 コ・パス

	急性期	回復期	社会復帰期
短期目標	・落ち着いて会話ができる ・入院に至った経過を理解できる（納得は不十分でも可） ・病棟ルールを理解して入院生活が送れる	・発達特性を理解することができる ・怒りや衝動性をコントロールできる ・社会復帰に向けた現実的な見通しの獲得 ・スタッフに援助を求めることができる ・自身の希望を伝えることができる	・適切な形で自己表現ができる ・発達特性に考慮した外出泊を体験できる ・退院地、通院先の関係者との関係構築 ・発達特性を他者に伝えることができる ・自身の希望を達成する為に行動できる
アプローチ	□多職種による診断再検討 □薬物療法の検討（ADHD治療薬） □各職種面接（共同意思決定を基に） □心理教育（発達障害、急性一過性精神障害など） □発達特性を把握する為の心理検査（WAIS,PARS,AQ,CAARS,TMT,WCST,FAB等） □情報処理特性の把握 □発達特性と対象行為の関連性の検討 □入院処遇に関する説明（必要なら複数回） □家族・関係者からの情報収集(発達特性)	□治療同盟の評価と改善 □診断再検討（急性期で未決定の場合） □薬物療法（ADHD治療薬の調整、効果判定） □特性に考慮した活動（強みの発見） □課題に応じた技能の評価と練習 □家族教育（発達特性について）	□心理教育（まとめとおさらいによる般化） □発達特性について再確認 □内省プログラムの振り返り □特性を考慮した活動（強みの定着） □外泊での技能評価と改善（生活能力向上） □特性に配慮した外泊体験 □退院・通院先と情報共有（発達特性） □家族教育（発達特性・今後の関わり方等）

○・・・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
×・・・実施したが効果なし

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。

クリティカルパスマニュアル

使用における前提・使用方法について①

- クリティカルパスは、「患者のための目標（アウトカム）を示し、その目標を最適効率で達成するための理想的なスタッフ活動の順序とタイミングを提供するもの（Karen Zander,1985）」と定義づけられている。
- クリティカルパスは、チーム医療の推進や患者参加型医療の提供、質保証・質改善、経営改善等の多くの領域において有効性を示すとされているが、本クリティカルパスは主にチーム医療の推進、入院期間の短縮、職員教育の領域での効果を期待して作成したものである。
- 本クリティカルパスは医療観察法入院処遇対象者の約8割を占め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を想定した疾患別コ・パスに分けられる。
- 本クリティカルパスは、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。

使用における前提・使用方法について②

- 各指定入院医療機関において実施可能なアプローチや検査等の内容が異なる状況もあるため、本クリティカルパスに記されたアプローチや検査内容を、適宜類似した他のアプローチ・検査に変更することは可能であり、評価方法においても実施の有無による評価や段階的な評価など、弾力的な運用を可能とする。
- 疾患別コ・パスについては、共通クリティカルパスと重複する部分は削除しており、あえて重複して記載されている部分については、疾患・病態特異性のある部分となっている。
- 本クリティカルパスは、毎月のMDT会議において、対象者の治療の進捗状況を確認し、今後の治療方針を検討する際に使用し、主にMDT内のケアコーディネーターが入力するものとする。
- 本クリティカルパスの活用方法として、MDT面接において治療の進捗状況について対象者と共有する際に活用したり、裁判所への入院継続申立や退院許可の申立の際に添付し、合議体に治療の進捗状況について伝える際に活用することも考えうる。

バリアンスについて

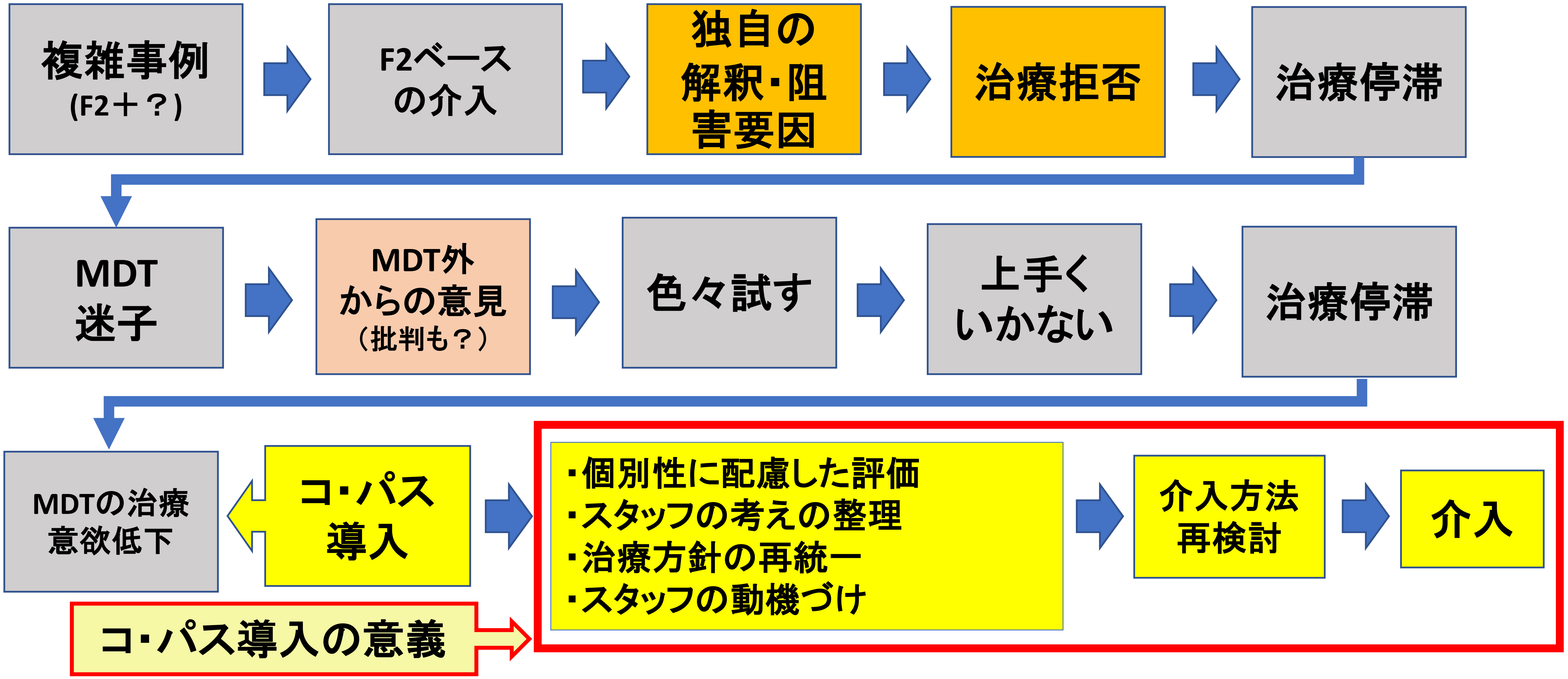
- 本クリティカルパスは、MDT視点で作成されたものであり、クリティカルパスの使用が管理的に偏った関わりにつながる可能性について常に意識し、対象者視点での目標・課題についても十分に汲み取っていく必要がある。
- ケースフォーミュレーションによって抽出された個別の治療課題に対しては、本クリティカルパスに記された治療内容に加える形で個別の治療を導入する。
- 特定の対象者および特定の状況によっては、本クリティカルパスから逸脱することも容認され、逸脱することでより良い治療効果が得られることもある。
- 対象者の病態や想定される退院環境、治療方針によっては、本クリティカルパスに示された目標やアプローチが全て達成されていなくても、治療ステージの移行や地域移行を可能とする。

共通クリティカルパスの試用（小諸MDT・榊原MDT）

- 以前のものよりすっきりしていて見やすく、プルダウンで色分けもしやすい。
- 情報量が絞られていて、各ステージでのやるべきことが明確。
- 急性期から保護要因に着目する意識が生まれた。
- 評価期間に余裕があることで、MDTからのPGの押しつけにならずに対象者のペースを尊重できる。
- 縦軸で見た時の項目の連動性の意味合いを理解できた。

- ✓ 導入時期の前後関係がわかりにくいものがある。
- ✓ 導入予定なしと決定できずに、いつまでも検討中が続いてしまう項目もある。
- ✓ スマホ使用へのハードルが高く、情報リテラシーPGに対する現実味が感じられない。
- ✓ アウトカム確認部分の活用方法のイメージが不明瞭。

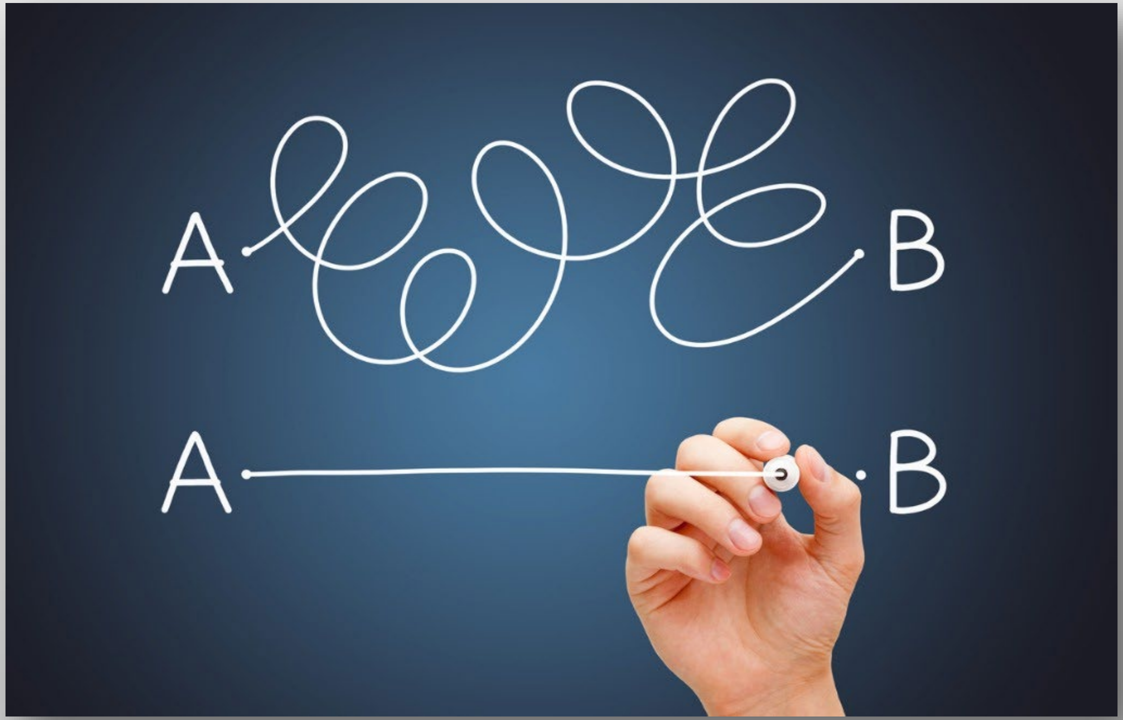
疾患別コ・パスの試用（小諸MDT）



普及方法の検討

- NCNP・小諸のHPへの掲載
- Excelブックの配布・ダウンロード
- 教育・研修での紹介と演習（賀古班研究における研修用動画、MDT研修、関連職種研修会・・・）

医療観察法クリティカルパス



令和5年・6年度 「医療観察法における退院後支援に資する研究（平林班）」分担研究
「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（村杉班）」

Excelブック構成：表紙、研究協力者一覧、クリティカルパスマニュアル、共通クリティカルパス、疾患別コ・パス

ご清聴ありがとうございました

今後、各指定入院医療機関への普及を進めると共に、試用事例数を増やし医療観察法クリティカルパスの効果判定と、それらの知見に基づく改良を行っていくことを計画しております。
ぜひ試用研究へのご協力をお願いいたします。
クリティカルパスにまつわるご質問やご要望、試用研究への参加のご希望など
murasugi.kenji.qu@hosp.go.jp
まで遠慮なくお問い合わせください。