

目次

- 1 目次
- 2 序言
- 3 目的、CPA-J の特徴
- 4 英国版 CPA と CPA-J の違い、CPA-J の対象者、リスク評価、
危機予防と危機介入、文書化されたケア計画
- 5 CPA-J 経過の概要
- 6 多職種チーム会議
- 7 CPA-J への参加および医療、保健、福祉サービスの連携
- 8 ケア・コーディネーターの決定と役割
- 9-13 CPA-J 提供の実際
- 14 説明と同意
- 15 CPA-J 施行の資格、入院治療中のケア計画書
- 16 入院治療中のケア計画書
- 17 患者情報の保護、通院開始に当たって
- 18 通院開始に当たって
- 19 退院時および通院医療のケア計画書
- 20 退院時および通院医療のケア計画書
- 21 住居の移動、CPA-J の終了、共通評価項目
- 22 参考引用文献

序言

Care Programme Approach in Japan (以下、CPA-J) 必須項目集は、「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)」対象者への治療および、ケアを提供していく上での、目的や特徴を明らかにすると共に、その提供方法を示すものである。

CPA-J の導入により、治療の標準化が促進され¹⁴⁾、治療中断^{7,12,13,15,17,18)} や他害行為¹¹⁾などを予防でき、患者の満足度^{8,9,13,17)}を向上させる可能性がある。また、退院や社会的機能の向上¹⁷⁾および社会復帰を促進する可能性がある。

CPA-J 必須項目集に関して、様々な事柄の推奨事項について記載する場合、あらゆる状況を設定すること、起こり得るすべての可能性について扱うことは不可能と言える。それゆえ、本必須項目集とは矛盾する医学的情報が存在した場合は、方法を変更することもある。また、本必須項目集に未記載の最新医学的情報については、速やかに臨床実践に取り組みられることが望ましい。すなわち、CPA-J 必須項目集は、ケア提供に制限を加えるものではない。

包括的な概念である CPA-J の性質上、ケア毎の必須項目集への詳細な記述は不可能である。よって、各ケアなどの詳細については、医療観察法および各種ガイドラインに従って運営していくこととする。

本必須項目集を使用する際に、以下のように推奨事項を2段階にランク付けした。

- ① 最低限必要と考えられる項目は「～ねばならない」「～する」「～のこと」と記載
- ② 最適と考えられる項目は「～が望ましい」と記載

CPA-J 必須項目集は、必要に応じて随時改定していくものとする。

目的

1. メンタルヘルスの増進³⁾
2. 病状の改善および再発防止³⁾
3. 他害行為の再発防止^{3,11)}
4. 医療サービスからの脱落防止^{3,7,12,13,15,17,18)}
5. 重症精神障害者の退院および、社会復帰の促進^{3,17)}
6. 自殺の予防^{3,13)}
7. 必要以上の家族負担の防止³⁾
8. 治療のシステム化¹⁴⁾

CPA-J の特徴

1. 適切な枠組み構築による、多職種チーム医療の効率的で円滑な実現¹⁴⁾
2. 医療・保健・福祉サービスの包括的提供¹⁴⁾
3. 多職種チームによる全人的な医療の提供¹⁴⁾
4. 治療の標準化の促進¹⁴⁾
5. ケア・コーディネーターの存在^{3,14)}
6. 多職種チーム会議による方針決定^{3,14)}
7. 責任の共有^{3,14)}
8. 文書化されたケア計画^{3,14)}
9. 説明と同意^{3,14)}
10. 指定入院医療機関から指定通院医療機関へ、一貫したケアの円滑な移行¹⁴⁾
11. 継続的かつ、統一化されたケアの提供^{3,14)}
12. 状態およびニーズに合わせたケアの提供^{3,14)}
13. リスク評価に基づく危機予防と危機介入^{3,14)}
14. ケア計画の定期的評価および見直し^{3,14)}
15. ケアサービス選定への患者負担の軽減^{3,14)}
16. 事故の評価、考察からマニュアル
インへのフィードバック¹⁴⁾

英国版 CPA と CPA-J の違い

英国での CPA は、コミュニティー・ケアチームで行われるように地域ケア中心である³⁾。我が国では、地域ケアに関わる医療、保健、福祉資源に乏しく、地域におけるこれらの十分な供給が行われるまでは、病院資源に頼らざるを得ない部分がある。

医療観察法で実施される CPA-J では、確実な危機予防や危機介入が重視される観点からも、病院中心のモデルを新たに構築する必要性があった。指定入院医療機関への入院初期から行われる CPA-J では、退院促進および、危機予防や危機介入に有利に働く可能性がある³⁾。

今後の課題として、入院処遇と通院処遇における多職種チームの連携が挙げられる。すなわち指定入院医療機関の多職種チームと指定通院医療機関の多職種チームとの円滑な連携、地域における関係機関同士の連携を円滑に進める必要がある。入院医療と通院医療の連続性、継続性、一貫性を確保するために CPA-J が利用されることが望ましい。

医療観察法における CPA-J の対象者

医療観察法による入院処遇の対象となった者および入院によらない処遇の対象となった者

評価および治療計画

共通評価項目を用いて、問題点などのリスク評価、治療ターゲットを明らかにする

リスク評価、治療ターゲットに対する、目標や治療計画を立案する

包括的生活支援モデルと危機モデル

CPA-J の 2 つのモデル

これまでの CPA-J の実践を通して、生活支援モデルと危機モデルが考えられた。生活支援モデルの対象では、精神障害のために日常生活能力が著しく低下しており、衣、食、住など生活の基本的要素の支援が中心となる。危機モデルでは、暴力傾向、通院中断、服薬中断など様々な危機的状況を想定し、危機予防や危機介入を行う必要がある。個々の対象者は、両者の要素を合わせ持っており、その比率によってケア計画の焦点が変化する。多職種チームは、これらを適切に判断しケア計画を作成する必要がある。

- ① 地域における生活支援モデル
- ② 危機状況に対しての危機モデル

文書化されたケア計画

ケア計画の作成に当たっては、ケア・コーディネーターを決定し、多職種チームは、対象者や家族の医療、保健、福祉に関するニーズを評価し、ユーザー中心のケア計画の作成に努める。

作成されたケア計画は、文書にして対象者および家族に説明し同意を得ることを原則とする。文書化することで、積極的、主体的なケアへの参加と、コンプライアンスの改善が期待される。また、危機介入を適切かつ、円滑に行える。なお、ケア計画書は、3部作成し、対象者、家族、ケア提供者が共有する。なお、次回のCPA-J会議開催日時を決定する。

CPA-J の流れ

1. 患者情報³⁾の収集
2. 状態評価¹⁴⁾と共通評価項目(ガイドラインより)
3. ニーズ評価^{3,14)}
4. 目標設定³⁾
5. ケア計画作成(MDT会議)とケア・コーディネーターの決定
6. 文書による説明と同意^{3,14)}
7. ケア提供³⁾
8. モニタリング³⁾
9. 再評価³⁾

多職種チーム会議；MDT(multidisciplinary team) 会議

原則：対象者への医療およびケアの提供、方針などはMDT会議で決定する

参加メンバー：CPA-Jへの参加メンバー、参加関連機関(表1)参照

目的：MDT会議の目的は、以下のとおりである

- ・ 情報の共有
- ・ 患者の状態評価とその共有
- ・ 患者ニーズとその評価
- ・ 医療、保健、福祉の連携
- ・ 治療方針の決定とその評価
- ・ ケア計画の決定と評価、再検討
- ・ 事故の報告と今後の対応、マニュアル、ガイドラインへのフィードバック
- ・ その他

頻度：原則として、CPA会議は、ケア計画作成時、見直し時、終了時、対象や家族の要請時、多職種チームメンバーの要請時に行う。CPA会議は、個別の症例毎に個別のケア計画の作成、見直しを目的に行う。ケア計画の実施状況、変更などは、指定入院医療機関入院中は、週1

回行われる新病棟評価会議または月 1 回の新病棟運営会議で行う。指定通院医療機関通院中は、毎月もしくは、3 ヶ月に 1 度の頻度で行われる多職種チーム会議で行う。

対象者本人、家族、多職種チームのメンバーのいずれかの要請を受けて、ケア・コーディネーター判断により、必要に応じて CPA 会議 (CPA meeting) を開催するのを原則とする。

司会：ケア・コーディネーターが司会を務める

事情により、ケア・コーディネーターが参加できない場合は、ケア・コーディネーターの指名した者が司会を務める

議題：患者に関する全ての事柄を議題としてよい

議題例

- ・ 状態評価
- ・ ニーズ評価
- ・ ケア計画
- ・ 病状悪化の評価および対応
- ・ 暴力行為への対処および評価、今後の対応
- ・ 自殺、自傷のリスク評価と対処方法
- ・ 服薬
- ・ 生活能力
- ・ 住居
- ・ 外出、外泊
- ・ 指定入院医療や指定通院医療の継続、終了
- ・ その他

議題毎の取扱いに関しては、各種のガイドラインに従うこととする

記録：MDT 会議の会議参加者、決定内容を必ず記録すること

CPA-J への参加および医療、保健、福祉サービスの連携

CPA-J の施行に当たって、各職種（表 1）がそれぞれの役割を果たすことで、互いに補い、増強していく共同作業が重要となる。

医療、保健、福祉サービスの連携が、対象者への円滑なケアの提供を促進する。各サービス提供者が共通の目標を持ち、それぞれの職種の特性を活かした質の高いサービスの提供が望ましい。

表 1 CPA-J への参加メンバー、参加施設

医療サービス	相談機関など	福祉サービス
医師	保護観察所（社会復帰調整官など）	通所施設
看護師	精神保健福祉センター	デイケア
薬剤師	保健所	通所授産施設
作業療法士	地域生活支援センター	共同作業所
心理療法士	その他	住居施設
精神保健福祉士		生活訓練施設（援護寮）
栄養士		救護施設（生活保護法）
その他		更正施設（生活保護法）
コミュニティケアチーム		福祉ホーム
		行政の福祉サービス部門
		その他

ケア・コーディネーターの決定

入院処遇：指定入院医療機関における病棟責任者が、対象者のニーズなどを考慮し、多職種チームの中からケア・コーディネーターを決定し任命する。ケア・コーディネーターは積極的に社会復帰調整官との連携を行う

通院処遇：該当地域の保護観察所の社会復帰調整官が担当することが望ましい。ただし、必要に応じて、指定通院医療機関にケア・コーディネーターを積極的に支援する担当者を設けるのが望ましい

ケア・コーディネーターの役割

- ・ 対象者の病歴、経過、現在の状態などの情報の把握³⁾
- ・ 対象者のニーズとそのリスクなどの評価³⁾
- ・ CPA-J の計画および、実施における責任者
- ・ MDT 会議や CPA 会議の司会
- ・ 各担当者への役割分担の指示³⁾
- ・ ケアプラン作成の統括³⁾
- ・ 対象者への説明、同意取得
- ・ 必要に応じて MDT 会議や CPA 会議を開催³⁾

CPA-J 施行の実際

CPA-J 施行に当たって

CPA-J の施行に当たって、CPA-J マニュアルを遵守すること

評価方法

共通評価項目に従って、各職種が包括的に評価を行い、それに基づいてケア計画を作成する

入院治療

医療観察法第 42 条による入院処遇

医療提供場所：指定入院医療機関

実施体制：多職種チームなど（表 1）

事故および問題発生に対する対応：医療観察法および、各種ガイドライン、新病棟運営マニュアル（作成中）に従うこと

MDT 会議：新病棟治療評価会議または新病棟運営会議において、毎週および必要に応じて随時行う。なお、個別に詳細なケア計画を作成、見直しを行う場合、別に CPA 会議を開催する

ケア計画書作成時期

- ① 急性期
- ② 回復期
- ③ 社会復帰期
- ④ 退院時
- ⑤ ケア計画変更時など随時

ケア計画書詳細

P16 入院治療中のケア計画書への記載事項および、P20 退院時および通院医療ケア計画書への記載事項参照

各職種の業務：具体的業務は、各種ガイドラインを参照

① 入院決定後

< 指定入院医療機関多職種チーム会議 >

提供された情報を基に、ケア・コーディネーターが中心となって、ケア計画、治療の目標、予想される問題点などについて事前に議論しておく

② 入院時

<目標>

- ・入院治療および入院生活への円滑な導入
- ・暫定評価と治療計画の作成
- ・入院時評価終了後の CPA 会議の開催とケア計画の作成

③ 急性期

<目標>

- ・12週で、回復期へ移行
- ・病的体験・精神状態の安定
- ・身体的回復と精神的安定
- ・治療への動機付けの確認
- ・対象者との信頼関係の構築
- ・初期評価と初期計画
- ・社会復帰調整官を含めた多職種チーム会議の開催による大まかな見通しの確認

<入院時オリエンテーション>

- ・入院のオリエンテーションを行う

<ケア計画実施および見直し>

- ・ケア計画を作成する

<初期評価、初期計画>

- ・各職種が、状態評価やケア計画、治療目標作成のため面接し、初期評価を行い、MDT 会議にて検討し、ケア計画を作成する
- ・MDT 会議にて情報を共有し、方針を決定する
- ・ケア計画を実施し、評価を加え、必要に応じて見直す

<説明と同意（インフォームド・コンセント）>

- ・ CPA-J 提供について説明と同意を行う

④ 回復期

<目標>

- ・ 36 週で、社会復帰期へ移行
- ・ 治療プログラムへの参加による日常生活能力の回復
- ・ 病状安定による病院内外外出
- ・ 多職種チームの評価に基づく多様な治療
- ・ 2 つの病識（精神障害であることの病識と、治療中断による重大な他害行為への病識）と、自己コントロール能力の獲得
- ・ 治療への動機付けの向上と安定

<評価と計画の見直し>

- ・ 各職種が評価し、MDT 会議にて検討し、目標に向かってケア計画を作成する
- ・ MDT 会議にて情報を共有し、方針を決定する
- ・ ケア計画を実施し、評価を加え、必要に応じて見直す

⑤ 社会復帰期

<目標>

- ・ 24 週で退院
- ・ 病状の安定に応じて院外外出と外泊
- ・ 治療プログラムへの参加を通じた障害の受容
- ・ リハビリテーションへの動機付けの維持
- ・ 社会生活能力（服薬管理、金銭管理等）の回復と社会参加の継続
- ・ 具体的な社会復帰計画に沿った支援
- ・ 通院治療に向けた対象者や援助者の準備

<評価と計画の見直し>

- ・ 各職種が評価し、MDT 会議にて検討し、目標に向かってケア計画を作成する
- ・ MDT 会議にて情報を共有し、方針を決定する

- ・ケア計画を実施し、評価を加え、必要に応じて見直す

<退院後ケア計画作成>

- ・退院後のケア計画を、対象者と共に作成していく
- ・予想される問題点について、対象者と共有し対応策を決定することが望ましい

<説明と同意>

- ・文書化された退院後ケア計画書（表 11）を用いて行う^(注)

注：対象者の状態に合わせて行うため、社会復帰期に限定されない

通院治療

医療観察法第 42 条または、第 51 条による通院医療

医療提供場所：指定通院医療機関

実施体制：多職種チーム（表 1）

事故および問題発生に対する対応：医療観察法および、各種ガイドライン

MDT 会議：毎月および、3 ヶ月に 1 度、対象者の全体的な評価を行い、それぞれ、1 ヶ月間、3 ヶ月間のケア計画を作成する

ケア計画書作成時期

- ① 前期通院治療
- ② 中期通院治療
- ③ 後期通院治療
- ④ ケア計画変更時など随時

ケア計画書詳細

P20 退院時および通院医療ケア計画書への記載事項参照

各職種の業務：具体的業務は、各種ガイドラインを参照

前期通院治療

治療目標：1～6 ヶ月で中期通院治療へ移行

- ・入院医療から通院医療への適切かつ円滑な移行
- ・通院開始時の評価と治療計画の作成

- ・安定的な通院医療の確保

中期通院医療

治療目標：7～24 ヶ月で後期通院治療へ移行

- ・限定的な社会活動への参加と定着
- ・定期的な評価と治療計画の見直し（適宜）
- ・疾病の自己管理
- ・金銭管理等社会生活能力の維持

後期通院医療

治療目標：25～36 ヶ月で処遇終了

ただし、対象者の病状に応じて最大 60 ヶ月まで延長

- ・地域社会への参加の継続・拡大と一般精神医療への移行
- ・必要な医療の自主的かつ、確実な利用、社会参加の促進
- ・処遇終了の準備
- ・治療計画と記録

説明と同意（インフォームド・コンセント）

入院または、通院開始時に、患者および保護者（扶養義務者）へケア計画書を用いて十分な情報提供を行う。

表2 時期

入院時	退院時
急性期	通院治療前期
回復期	中期
社会復帰期	後期
ケア計画に変更が生じた時	通院処遇の終了時
	再入院時

説明は、ケア計画書を用いて行う

別紙説明と同意についての書面も併用する

表3 説明の内容

CPA-J の適応	CPA-J の目的
CPA-J の有効性	CPA-J の流れ
弊害	代替治療の可能性
同意撤回の自由	

対象者本人の同意が得られなかった場合

- ・ 対象者の状態および、拒否する理由を検討し、同意が得られるよう最大限努力する
- ・ 入院中の場合、対象者の同意によらないケア提供が必要であれば、新病棟倫理会議の承認を得ること

CPA-J 施行の資格

医療機関における CPA-J 参加者の資格

- ① 医療観察法対象病棟へ勤務する病院常勤医療従事者
- ② 非常勤医療従事者が実施する基準
 - ・ 十分な知識を持つこと
 - ・ 常勤医療従事者の指導の下に実施する

入院治療中のケア計画書

作成時期¹⁴⁾

- ① 急性期
- ② 回復期
- ③ 社会復帰期
- ④ 退院時 (P20 退院時ケア計画参照)
- ⑤ ケア計画変更時など随時

表 4 入院治療中のケア計画書への記載事項¹⁴⁾

患者情報
<ul style="list-style-type: none">・ 患者氏名、生年月日、年齢、性別、住所、連絡先（電話番号）・ 家族氏名、生年月日、年齢、続柄（選任の有無）、住所、連絡先（電話番号）・ 家族背景、住居状況・ 患者の希望、家族の希望
医療
<ul style="list-style-type: none">・ 指定通院医療機関の名称、住所、電話番号・ 主治医・ 担当スタッフ名・ 多職種チームの意見・ 現在の治療内容・ 治療方針およびその内容

- ・ 通院頻度、予約日、時間、内容、住所、電話番号
- ・ 訪問診療などの頻度
- ・ その他

精神保健観察

- ・ 保護観察所名
- ・ 担当社会復帰調整官名
- ・ 精神保健観察の目的
- ・ 接触の方法（訪問、来所およびその頻度等）
- ・ その他

援助など

- ・ 精神保健福祉関係機関名
- ・ 担当者名
- ・ 援助の内容及び方法等

その他

- ・ MDT 会議の予定（内容、場所、頻度など）
- ・ 関係機関が行う定期的報告など
- ・ 病状悪化の誘因
- ・ 前駆症状
- ・ 予想される問題とその対応、担当者
例：通院の不規則化、作業療法参加の不規則化、服薬中断、生活の不規則化
- ・ 病状急変時等緊急時の対応（精神保健福祉法による入院体制など）
保護観察所を中心として、関係機関の役割分担と責任を明らかにしておく
緊急時の対応は、具体的かつ詳細に記載し、対応が適切に行われるようにする
受診まで：目的、担当者
外来診療：場所、担当者
入院治療：場所、入院形態、担当医師、担当看護師、保護者、不在時対応者
- ・ 医療観察法終了後の一般精神医療・精神保健福祉サービスの利用に関する事項
- ・ 説明者の署名
- ・ 患者、家族の同意、署名

対象者情報の保護

医療観察法、個人情報保護法、各種ガイドライン、各病院のマニュアルに則り、各担当者が対象者の情報を責任を持って取り扱う。

通院開始にあたって

対象者毎に予想される問題を想定して、その対応および担当者を決定しておく。これらは、対象者自信を含めた会議で、対象者本人にも伝える。また、緊急時の対応については、必ず確認する。これらは、退院時（入院患者）または、通院開始時（非入院患者）のケア計画書に記載する。

表 5 一般的に予想される事象^{3, 14)}

通院の不規則化

医療サービス利用の不規則化（例：作業療法、デイケアなど）

連絡不可能

服薬中断

ケアの拒否

生活の不規則化

精神症状の悪化や再燃、再発

その他

- ・それぞれの問題の定義を症例毎にケア会議で決定する
- ・問題が生じた場合は、保護観察官（ケア・コーディネーター）に連絡をとり、予め決めておいた対応プランおよび、緊急時対応マニュアルに従って対応する

以下に服薬中断に対する対応例を挙げておく。

服薬中断に対しての一般的な対応例

- ・ 服薬中断理由の明確化と服薬再開の勧め
- ・ 遅効性注射剤による維持療法の導入

- ・ 作業療法士や訪問看護師による服薬確認
- ・ 入院治療

ケアの拒否に対しての一般的な対応例

必要に応じて、速やかに MDT 会議を開催し情報を共有する。そこで、現在の症状や治療歴などから治療や危機介入の必要性を確認する。同時にケア計画を再評価し、新しいケア計画を作成する。患者および家族へ精神医学的な状態評価、治療歴などの医学的情報を伝え、ケア計画を再度提案し、協議を行う。必要に応じて薬物調整や入院などの精神医学的治療を行う。これらの情報を関係機関へ伝え、必要に応じて MDT 会議を行う。一連の流れは、診療録に記載しておく

地域処遇中の音信不通³⁾

- ・ 音信不通の定義については、症例毎にケア会議で決定する
- ・ 通院中の音信不通時には、重大事故発生時の対応に従って速やかに対応する

また、MDT 会議を開催し情報を共有し、対応策を検討する。必要に応じて精神保健福祉法による入院も準備する。

医療観察法 59 条：対象者が通院しない、あるいは、精神保健観察において守るべき事項を守らないために継続的な医療が提供できないときには、保護観察所の長は（再）入院の申し立てをすることができる

退院時および通院医療のケア計画書

作成時期¹⁴⁾

- ① 退院時および前期通院医療開始時
- ② 中期通院医療
- ③ 後期通院医療
- ④ その他、必要と認められる時

表 6 退院時および通院医療ケア計画書への記載事項¹⁴⁾

患者情報
<ul style="list-style-type: none">・ 患者氏名、生年月日、年齢、性別、住所、連絡先（電話番号）・ 家族氏名、生年月日、年齢、続柄（選任の有無）、住所、連絡先（電話番号）・ 家族背景、住居状況・ 患者の希望、家族の希望
医療
<ul style="list-style-type: none">・ 指定通院医療機関の名称、住所、電話番号・ 主治医・ 担当スタッフ名・ 多職種チームの意見・ 現在の治療内容・ 治療方針およびその内容・ 通院頻度、予約日、時間、内容、住所、電話番号・ 訪問診療などの頻度・ その他
精神保健観察
<ul style="list-style-type: none">・ 保護観察所名・ 担当社会復帰調整官名・ 精神保健観察の目的・ 接触の方法（訪問、来所およびその頻度等）・ その他
援助など
