

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
52	M	30	強盗未遂	F2		高校中退し、その後、放浪生活。徐々に幻聴が出現。それを「死んでいる人と話が出来る」と確信し、「自分は特別な才能を持っている」と誇大妄想。ホームレス生活をしながら、路上販売生活を続けた。妄想着想の影響下で民家に侵入。住人と取っ組み合いになり住人に傷害を負わせた。医療観察法入院処遇を受けている。	民家において、住人所有のベルト他1点を窃取したところ、これを住人に発見されるや傷害を負わせた(強盗致傷)。	妄想型統合失調症	治療反応性に期待。	リスクは低い。	独立した単身生活が可能。レビューは保護的な単身生活が可能。	
53	M	60	傷害	F2		10代後半から幻聴が聴こえていたが未治療。25年前より3回措置入院歴があるが、退院後は通院中断。20年前より長期の措置入院後はクリニックに通院していたが中断し、被害妄想、易怒性亢進が認められ対象行為に至る。	妄想に支配され、アパートに不法侵入し、臨場した警察官3名に対し、所持の刃物で突き刺し傷害。	妄想型統合失調症	治療反応性に期待。	リスクは低減した。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	
54	M	50	傷害	F2		高校2年まで中退。被害妄想、自閉、拒食などで発症。20歳頃より統合失調症の診断で入院を繰り返す。援護寮を利用して退院し、アパート単身生活。外來に通院。ハロマンズ筋注も併用。拒薬して気分高揚、多弁、易刺激性、攻撃性が出現し、担当医も再燃を危惧。アパート隣人とトラブルが発生し、警察沙汰に。当院に入院予約がされていたが、受診せず、対象行為に及ぶ。	電車内で男性に対し、所持していたハサミを振り回し暴行を加え傷害を負わせた。	妄想型統合失調症	治療反応性に期待。	リスクは低減した。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や援護寮など)。	
55	M	20	殺人	F2		数年前から「集団ストーリー」の存在を感じ、母親の友人を一貫と確信した。精神科に受診したが服薬も自己中断した。妄想にもとづきガソリン・短刀などを持って行方不明となった。自宅に戻ったところ警察に保護された。病院搬送を母親が拒否をし、その1週間後に対象行為に及んだ。	被害妄想に基づき女性に対し短刀で多数回突き刺し、出血性ショックにより死亡させた。	妄想型統合失調症	病状は改善傾向にある。プログラムにも参加しており、自身の内面なども話すようになっている。	リスクは低減した。	独立した単身生活が可能。	知的能力の低さや対人関係スキルの乏しさ。
56	M	40	強盗	F2		数か月前から不安・緊張・困惑状態。テーブルや壁に文字が浮かんで見えていた。精神科受診を進められ入院したが2日後に退院した。その後、病状悪化し、入院の勧めに従わず、関係被害妄想がエスカレートして自分を殺すレベルになったと確信するようになった。	妄想により殺されると思いこみ、殺されるくらいなら警察に捕まれば守ってもらえようと考え、「金を出せ」と脅迫し、同店から11万円を強取した。	型分類不能統合失調症	病状は落ち着いてきている。少しずつだが、相談スキル等も向上している。	リスクは低減した。	独立した単身生活が可能。	知的能力の低さや対人関係スキルの乏しさ。
57	F	30	放火	F2	F8	中学1年時不潔恐怖が出現し、手洗いやトイレに入らず尿失禁する等の強迫症状が出現。高校から不登校で退学。通信制高校を卒業後、大学に進学し一人暮らしを始めたが、強迫症状が再燃し、幻聴も出現した。精神科受診したが、自宅への引きこもりや母親への暴力もエスカレートし、入院歴もある。以後、対象行為の4年前まで外來を定期的を受診。	実母の急死に伴い前途を悲観し、自宅に放火しようとして決意しライターで毛布に点火して同家屋を全焼させた。	妄想型統合失調症とPDD薬物療法の効果により対象行為時にみられた精神病性症状は軽減しているが、現在も症状は継続している。	クロザピンで衝動性や気分の易変性は改善。一方で強迫症状の増悪も認められている。病識が欠如し現実検討能力も乏しい。心理的なアプローチには限界めいた印象は否めない。SST等による対人関係の構築や外出・外泊訓練を実施。社会性を獲得することにより社会復帰は可能。	服薬コンプライアンスやストレス脆弱性は低く、クライシスプランも不十分。症状悪化時に至る可動に同様の行為に至る可能性は否定できない。現在の状態では再犯のリスクは低く、支援体制の構築すれば再犯の可能性は高くない。	保護的な単身生活が可能。キーパーソンである父親は、治療に対して理解を示し協力的。	父親が協力的である。一方で、対象者は父親に対してアンビバレントな感情を抱いており、陰性感情も強いいため、援護寮等の利用による適度な距離感をとることが望ましいと思われる。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
58	F	30	殺人	F3	F8	学生時代は不適応から来るうつ状態が出現。軽度の広汎性発達障害の特徴を有す。就職後は鬱症状で心療内科受診。出産後、不眠、食事も摂れなくなり入院。誇大性・多弁・被害念慮など躁病エピソードがみられた。退院後は育児への不安あり、子供の発達が遅れていると考え将来を悲観し、子供と投身自殺しようとした。抗精神病薬と抗うつ薬の処方を受けていたが効果が実感できず断薬。	子供の発達が遅れていると自責感あり悲観していた。子どもが泣き止まないことでたまらない気持ちになり、頸部を手で絞め付けた。夫が出かけた後、紐で絞め殺害した。	双極性障害と軽度の広汎性発達障害	治療反応性は期待ができる。	リスクは評価しにくい。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や保護など)。	
59	M	40	傷害	F2		20代で統合失調症の診断で入院。頭痛、体の節々が痛む、手足の痺れがみられた。退院後は外来通院を自己中断し亜昏迷や幻覚妄想状態にて自宅の仏像を燃やすなどの行為あり、32歳まで入院を繰り返していた。35歳までは陽性症状も軽快状態にあった。36歳服薬を自己中断。落ち込み再び引きこもるようになった。	病院を受診させたが、服薬には応じず独言がみられていた。父親より叱責されて口論となり、自宅を出て見知らぬ男性の胸を刺し傷害を負わせた	残留型統合失調症	治療反応性は期待ができる。	リスクは低い。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や保護など)。	
60	M	30	傷害	F2	その他	中学生のころシンナー歴。粗暴行為が認められ、職についても解雇された。20代で空談独言があり発病、入院したが、退院後は家族へ暴力し再入院、窓から飛んで外傷で外科に転院以後の通院歴はない。その頃覚せい剤使用歴もある。被害思想があり粗暴のために家族が出て一人暮らしするも経済的にも困窮。常に異常体験下で未治療の状態が続いており対象行為にいたる。	幻聴に伴うイライラ被害的で家族に対して粗暴であり、コミュニケーションが絶えなかった。警察機関に通報し保護しようとした際にもみ合い持参していたガラス片で傷害。	統合失調症。ストレス脆弱性が高いEEGで脳機能低下。過去の物質使用(シンナー・覚醒剤)の関係は明らかでない。作業等の遂行機能に停滞を認め、病識はない。対人および環境ストレス耐性、更に幻聴の強弱にも関係している様子である。	幻聴は薬物療法に反応して改善。幻聴は不快で悪化したくないニーズが高く自覚。服薬アドヒアランスが確立している。遂行機能をスモールステップを支援することが望ましい。	リスクは低減。幻聴に対して薬物療法の効果は高く、本人も実感して病識および服薬アドヒアランスが確立している。早期に治療を求めるコーピングスキル。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や保護など)。	家族の積極的な支援は得られない。対象者の脳の脆弱性、特に遂行機能にまつわる生活支援および指導が重要。
61	M	40	殺人	F2		中学頃より被害妄想、妄想知覚、妄想伝播などの症状が出現し統合失調症を発症した。高校生の時にノイローゼの診断で初回の入院。短期で軽快し、就学、就労したが、怠業やストレスで急性の幻覚・妄想状態となり、その後は20回の入院を繰り返した。対象行為の直近では幻聴や妄想知覚が出現し精神状態は増悪。	母が自分を馬鹿にして幻聴や妄想があり包丁で刺し殺害。	妄想型統合失調症	治療反応は期待できる。	リスクは低減。		
62	M	30	傷害	F2		中学生前後の早期から異常体験があり、大学中退してから引きこもる。30代から「死ぬ、バカ」や注釈形式の幻聴、頭の中をのぞかれる、盗聴器を付けられるなど活発な異常体験があり情緒不安定になった。病識は欠如。クリニックに受診し統合失調症の診断を受け、服薬開始後すぐに改善していたが通院で中断した。ひきこもる生活を送っていた。	外から「死ぬ」と聞こえ、3階より階下で物を投げ行人へ傷害をおわせた。	妄想型統合失調症	薬物療法に期待ができ、内省も進んでプログラムの効果は大きい。残遺した病状への治療反応は容易ではない。	リスクは低減した。治療継続の必要性を自覚しているが、現在も幻聴が持続し病識は不十分な面も残り、病的体験に対して心理的に距離を持つことが難しくなる。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や保護など)。	統合失調症は病状が再燃すれば、病識も背景化してしまいがち高まることが高まるため、退院後の治療継続と疾病コントロールが重要である。
	M	50	放火	F2		発症は20代前半と思われるが、30年近く未治療期間あり。新興宗教団体に所属しており、宗教団体から攻撃を受けているとの被害妄想、誇大妄想、幻聴もある。	妄想対象(宗教団体)に放火。壁を焦がした程度。	妄想型統合失調症	副作用が出やすい。インヴェガは劇的な効果あり、ストーカー行為も減少。陽性症状は残存。妄想残存し、	放火に対する内省は乏しいが、相談できている、状態安定している、放火は再被害行為のリスクは低いだろう。	保護的な単身生活が可能(家族の支援や保護など)。	内省の深化には限界がある。信頼関係をベースに支援体制を構築し、妄想対象と距離をとることで再被害リスクは低減できるだろう。

表4 医療観察法18か月以上の入院で保護的な環境での退院が可能

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
1	M	30	強制わいせつ	F2		精神不安定、奇妙な行動が出現。19歳時統合失調症の診断で入院、退院後すぐに治療中断。母親の死亡後は引きこもり生活で入院。退院後月1回通院していたが意業し通院中断し再入院。退院後は月1回通院していたが再び意業。身なりが不潔で表情も硬いため、2週間後の受診を指示された。	女性に対する強制わいせつ事件の報道を聞き、自分も同じことをしようと思いつき、自宅近くの公園でベンチに座っていた被害女性にわいせつ行為を行った。	破瓜型統合失調症でかなり長期的な取り組みを要する。	「何で精神病なのかわからない」「退院したら薬はのまないし、病院には通わない」「(対象行為は)何でやったのかわからない」と病識がない。現実検討力、理解力の低下、無関心などの陰性症状も強く、心理社会的治療の効果も限定的と思われる。	対象行為は現実検討力や人格水準の低下等陰性症状による。その改善がなかなか見込めないと、同様の他害行為のリスクが高い。病識や対象行為へ内省がないことから、他害行為のリスクは高い。	閉鎖環境は不要。現状の治療効果にとどまり、家族などを考慮すると十分な支援体制を確立することができるとか疑問で、退院後をイメージすることが困難。	現在認められる治療効果が限定的で、家族の支援には限界があり、長期的な入所が可能で手厚い支援のできる施設も見つけれない。治療反応性がMaxに達したと判断される段階で精神保健福祉法入院へ移行がベター。
2	M	20	傷害	F7		学童時代より成績不良。中学時代から友人関係が希薄になり、自宅でテレビゲームをして過ごすことが多くなった。専門学校に進学も成績不良でかろうじて卒業。このころより祖母に対する暴力、20歳ごろから母親への暴力が出現し頻度が増加した。クリニックを受診しリスパダールを開始し初回入院。	父に対して立腹し、殺意を持ってナイフで1回突き刺し傷害を負わせた。	中等度MRで衝動統制不良により起こした対象行為であるならば、心神耗弱にとどまる。起訴前鑑定では統合失調症解体型と診断されたが、起訴になったが、医療観察法鑑定では中等度MRと診断された。精神病性障害でない場合、原則疾病性の要件は満たさない。	衝動コントロール目的の薬物療法は有効。本人も効果を自覚していた。ストレスコーピングの技能獲得のための心理社会的介入にも一定の効果が認められている。	最近も他の対象者にTVのリモコンを投げつける行為があった。相談したり服薬のむねなどを取り、それ以上エスカレートせず治療的介入の効果あり。	常時の助言や閉鎖環境は不要。知的障害への対応に熟練したスタッフのいる施設で、服薬しながら生活できる可能性がある。	MRの医療観察法入院処遇の要件として妥当か疑義がある。衝動コントロール目的の薬物療法や心理教育は一定の効果があるが、医療観察法入院処遇の治療反応性の要件充当とすべきか疑義がある。他害リスクがあること、社会生活に困難があること、自宅での生活が困難で施設入所が望ましい。
3	M	30	放火	F2		工業高校に進学するも、精神的に落ち着かなくなり半年ほどで中退。漫画家を目指すもコンビニ等のアルバイトに従事しただけで終わった。故郷に戻り父親と同居。10年前より暴言が出現。空笑、独語、奇妙な手振りもみられた。9年前に県立精神医療センター初診した。	大勢の人の声が聞こえ、ババ抜きやババみみたいな扱いを受けている気がした。自殺しようとしたが、体を動かしているのかわからない。「自分でやらなきゃダメ」という声が聞こえ、火をつければ火事場のくそ力でリストカットができると考えて火をつけた。		クロザピンを試してみたい。水中毒あり。金銭管理ができない。モチベーションが改善。	父の受け入れられたい。再他害のリスクは低い。	閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。	半年後、経過を見て処遇終了も検討。
4	M	60	殺人	F2		20代で「強迫神経症」と診断を受け治療歴がある。40代で注釈妄想、追跡妄想、思考伝播等の症状が認められ統合失調症で入院。「自信が持てない。頭の中でもう一人の自分が問答している」と訴えた。退院し外来通院を継続していた。3年前に自殺目的で大量服薬し、同様の自殺企図を繰り返した。左方麻痺のリハビリ入院。月1回程度の頻度で通院をしていたが10か月前中断。	家族に対し殺意を持つての頭部、顔面を数回殴り、丁で同人の頭部を数回突き刺し出血性ショックにより殺害。		治療反応には期待が持てる。OLZ 20mg RIS 10mg プロナセリン24mg 妄想持続→それに伴い妄想↑するとリスクが高まる。退院地調整もストレスとなっている。	妄想持続→それに伴い妄想↑するとリスクが高まる。退院地調整もストレスとなっている。	閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。	治療に期待しながら入院が長期化し、治療抵抗性では？
5	M	20	傷害致死	F2	F8	言葉数は少なかった。「手のかからない子」。小学校のクラブに入ったが、「試合の勝敗が分からない。感情表現をしない。話をしない」という特徴があった。中学生「自分を邪魔する声」「テレパシー」が出現。高校生で精神科受診。神経症と診断された。4年前母への暴力で措置入院。その後、暴力行為と自殺企図で入院。退院直後に再入院。高齢の女性患者の首を絞める行為があり転院。	高齢男性患者に「ここはわしの部屋や、出て行け」と詰め寄られ、突き倒したが、被害者が急性硬膜下血腫他で死亡。	破瓜型統合失調症とPDD	鑑定時から治療反応性には限界がある、との判断。既に長期入院を想定している。心理社会的治療にある程度は反応は期待できるが、限界はある。併存診断を考えると難しい面もあるが、その特性に合ったアプローチはされている。	高い	常時の助言や介入を要するが閉鎖環境は不要。	併存診断を考慮しても、困難なケース。かなり長期は予想されている。年齢から考えても治療反応性がない、という理由での処遇終了の申し立ては避けるべき。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
6	M	30	傷害	F2		母からの虐待あり。11歳から独語空突、家庭内暴力あり。統合失調症の診断を受け入院となった。度々入院していたが、退院のために父親に暴力をふるった。25歳より症状活発なり、「近所の子供が悪口を言っている」と木刀を持って家を飛び出した。「サカキバラは8人やったが俺は10人やったや」と言うこともあった。父に怪我をさせ医療保護入院。	入院中、他患者を「刺したい気持ちがある」と言動あった。深夜数日前から準備していた包丁、ハンマーで看護師2名に怪我を負わせた。	破瓜型統合失調症	やや期待できるのレベル。過去の治療歴から考えても、治療反応性には限界があると考えられる。インヴェガ12mg、ヒルナミン250mg、デパケンR1200mg、リーマス800mg。治療反応性の限界を論じるには、クロザピンの使用が不可欠である。	現在でも高いリスク。現在でも対人、特に対スタッフの暴力のリスクは高い。	閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。	処遇困難ケース。被害妄想活発で暴力的言動が散発。対スタッフが中心である。特に身近なスタッフが多い。クロザピン適応は検討しているが、血液内科連携の問題で難航している。現時点では目処は立っていない。
7	M	40	強制わいせつ	F2	F7 F8	幼少期より運動・言語性のチック症状、10歳でトゥレット症候群診断。30代で被害関係妄想等の精神病症状出現。性的逸脱行動（通行人女性への暴行）から数回逮捕。認知の歪みと病状悪化から対象行為に至った。	歩行中の女性に抱きつきその右頬に1回接吻し。	妄想型統合失調症 広汎性発達障害 トゥレット症候群	統合失調症に関しては継続した薬物療法により情動の安定性と衝動コントロールの改善が見られる。広汎性発達障害については薬物療法の効果はない。チックに対する薬物療法の試みている。入院時は疾病のせいにして許されると思っており大きな課題が存在した。性的衝動が他害行為に発展したのは統合失調症発症以降である。性的逸脱行為の再発防止は社会規範順守意識の向上を必要。適応的対人関係、行動療法、教育で再犯防止の意識および対処技能の向上が得られつつある。	現時点ではまだ低いとは言えないが、今後、上述のごとく低下する可能性がある。しかしPDD特性がリスクの大きく関係している。思考行動の修正と固定、持続には今後とも時間が必要と思われる。	閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。	対象行為の発生は①本人の性衝動と②チックに関連して③統合失調症による衝動コントロールの障害の助長と思考・判断の障害④病気だから許されるという認識の重積と考えられる。統合失調症以外の要因については本人の学習速度や本人の参加に合わせ長期的で、医療観察入院処遇をどの段階・どの時期に終了するかによって地域で居住する環境が開放かが異なる。
8	M	30	放火	F2		16歳「周囲が避けている」と妄想出現。6年前被害関係妄想出現「家の中を盗聴している」と感じ軀軀繰り返す。入院後、薬物が著効せず、保護室に入る為の他患への暴力、自ら車に飛び込む行為あり。さらに自動車に飛び込んだ交通事故の後に、著明なうい瘦や見当識障害も生じている。	「盗聴・盗撮を終わらせるため」に、「器械を搭載した隣人の車」にガソリンを撒いて火をつけ全焼させた。その後も嫌がらせが続いたため、さらに2台の車に放火した。嫌がらせも続いたために再び放火した。	妄想型統合失調症による被害関係妄想のために放火を繰り返しているが、共感性の障害、他患への暴力行為、自ら車に飛び込むなど、思考は柔軟性に乏しく、感情や予見の乏しい機械的で悉い無律的な思考や行動が反復。発達障害の可能性もある。自動車に飛び込んだ交通事故の後に、著明なうい瘦や見当識障害も生じている。他の障害も併存する可能性が否定できない。	薬物の治療反応性に課題を抱えている。大いに期待できるとは言えない。現在、見当識障害が見られており脳器質性の可能性もあるがPDDをもとにした拘禁によるストレスなど心理的過程の関与も除外する必要がある。	リスクは低減したが、予測ができない。	常時の助言や介入を要するが閉鎖環境は不要。	PDDに由来する心理的反応が生じている可能性も否定できず、医療観察法入院処遇をいたずらに長期化するべきである。治療課題を限って入院処遇を終了し、地域社会における、より制限の少ない生活への移行をめざし段階的に治療を進めることも選択肢。
9	M	30	傷害	F2	F8	希死念慮で発症。統合失調症治療を受けるが意欲低下、連合弛緩等の陰性症状中心で経過。病状悪化時に家族否認妄想、被害関係妄想、誇大妄想、独特な解釈の思路障害、暴言・暴力があり14回入院。疾病否認から通院・服薬中断→病状悪化反復。入院後対人暴力2回あり、責任能力あり警察介入。	12回目退院し、借家暮らし。受診は定期的に行ない抗精神病薬の持続効果注射は受けていたが、内服薬は中断。「性格の悪い人は性格の良い人が子供の躰のように殴れば性格が良くなる」「生きていても社会の迷惑になるので殺さなければならぬ」と思い、母親の頭を鞭で殴り傷害を負わせた。	妄想型統合失調症特定不能の広汎性発達障害 他人の気持ちや能力が非常に限定している。父親の暴力的な暴力を是認する誤った社会ルールが形づくられた。入院後薬物を持続できるようになってから他害行為の発生頻度が低下している。	統合失調症について薬物反応性は期待出来るが、薬物コンプライアンスが非常に悪く薬物反応性に関しては部分的である。特定不能の広汎性発達障害により、他人の気持ちを思いやる能力が非常に限定。入院後も繰り返し他害行為が数か月鎮静した。感情に元づく暴力による不適応は減少している。心理社会的治療が功を奏している。	現在でも高いリスク。現在でも対人、特に対スタッフの暴力のリスクは高い。	常時の助言や介入を要するが閉鎖環境は不要。	薬物療法のみならず、多角的な時間を要する取り組みが必要である。統合失調症以外にPDDによると思われる認知の歪みが対象行為発生の要因となっている。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
10	M	30	傷害	F2		大学入学後、幻覚・妄想。入院を繰り返していた。	他人に対し殴打。7日間の傷害。幻覚・妄想下での対象行為。		治療反応性低い。リスクは高い。本来の性格に基づくストレス耐性の低さは治療困難。本格的な妄想はコントロールできても、本人特性の疑念はコントロール不可。心理社会的治療も教化ができない。	リスクは低減したが、将来は予測が難しく性格による部分が多い。いったん悪化し始めると、幻覚・妄想にいたる。	閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。	7日間の傷害であり、重大な他害行為のリスクは今回の入院で下がっている可能性もある。
11	M	50	殺人	F2		病院受診はなし。対象行為10年前から妄想はあった。父がカバーしていた。幻覚妄想状態となり対象行為。	実父をドライバーで刺し死させた。		薬物耐性が低い。精神病症状持続しており、ストレス耐性が低い。	急性の幻覚妄想状態にあるときのリスクは強い。保護管理下ではリスク低減。	閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。	かなりの程度の残遺症状あり。
12	M	60	殺人	F2		高校時代に些細なことで赤面するようになり常時緊張や不安が強くなった。また、生きているか分からなくなる現実感のなさ、音への過敏性、不眠がみられ従兄の勧めで精神科を初診。その後複数の医療機関に入院歴があるが、断薬や通院中断が繰り返される。	共同住居に入居。通院は継続されていたが、被害妄想、被害関係妄想は継続していた。同じ同居者に対して頭部及び頸部等を所定の鎌で多数回切り付け死亡させ。	SC (特定不能型)	治療反応性に期待できる。	リスクは低減している。	保護的環境での施設か、閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。	事件の重大性での長期入院。
13	M	40	殺人	F2		20歳ごろから命令性の幻聴があり暴力があった。その後も「殴れ」という幻聴から母や兄に暴力を振るうようになった。クリニック等の病院を転々としながら通院している。15年前には大量服薬で入院。その後、幻覚妄想状態、自傷などにより数十回の入院。激しい精神運動興奮は治療経過とともに目立たなくなってきたが、次第に感情の平板化、自閉、意欲低下等の陰性症状が目立つようになってきた。	兄がたてる物音が原因で眠れない等として不満を募らせた。更に兄から生活態度を注意されたことを立腹し、出刃包丁で突き刺し、失血のため死亡させた。	統合失調症(解体型)	クロザリル服用後、睡眠覚醒リズムが著明に改善し、疎通性、敵意、幻聴の改善も見られている。ストレス要因の同定やストレス対処技術の向上が課題であるとのチームの評価。	リスクは高い。	閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。	
14	M	30	傷害	F2	F72	もともと知的障害。中学生で家庭内暴力も生じるようになった。この頃統合失調症症状が出現し、精神科病院に入院を6回繰り返していた。家族や隣人に暴力行為を行い、措置入院となったこともあった。父親に連れられ通院は定期的に行っていたが、デイケア等には参加せず、無為自閉的に過ごしていた。金銭管理が杜撰で、遊歩費に浪費し困窮することがあった。	言語化することが困難で、対象行為について尋ねられた時に「怖い夢をみているようで」「死神が実際に現れてカマを持っていた」と感じたと答えるなど漠然とした返答に終始していた。通行中の9歳と1歳の女児に対し殴打により傷害を負わせ、相手弱者であることの認識は保たれていた。	主診断(精神遅滞IQ=51)副診断(統合失調症)統合失調症性の妄想体験なのか精神遅滞によるファンタジックな思考内容であるのか判別は困難だが、後者である可能性が高い。精神遅滞によるファンタジックな思考内容による対象行為であれば、喪失とすることに疑義はあり、心神耗弱にするかどうかであろう。	精神遅滞によるファンタジックな思考への薬物的な介入にはあまり期待ができない。理解力に限度があり、治療効果の限界は低いが、今後の処遇に向けて介入が必要である。鑑定中に電気けいれん療法がおこなわれ、治療効果があると鑑定人は結論付けている。また、デボ剤も2種類使用されており、鑑定中の治療内容としては不適切な印象がある。	本人だけの管理体制では破壊をきたすの介入できる保護的環境の提供が必要。対象行為時の妄想体験が残存行為が正しいと信じているため状態悪化時の可能性は高いと考えられる。	常時の助言や介助を要するが閉鎖環境は不要。	知的水準が低いことにより理解が困難であり、不適応を起こしやすく、これにより弱者に対する暴力が生じる可能性は高いと考えられる。
15	M	50	強制わいせつ	F2	F72	15歳頃暴力的となり、精神科病院に入院した。その後8回入院を繰り返していた。明確な幻覚や妄想は認めず、性的な逸脱行為や易刺激性、排せつをきちんと行えないなどの問題行動を生じ、人格的に荒廃した状態を呈していた。対象行為8日前にも精神科外来に通院していたが、処方された薬を持って帰らない状態であった。	外出していた際、通りがかった女性に対して性的欲求が生じ、追いかけて押し倒してわいせつな行為に至った。	主診断は精神遅滞で統合失調症が合併しているかどうか。責任能力に疑義があり、疾病性を認めない。	統合失調症としての症状を満たさにくく、これに対する薬物療法は期待できない。簡単な質問にもきちんと答えられず、自らの希望を述べるのみ程度の理解力である。言語的な心理社会的介入は非常に困難で、効果に期待はできない。	閉鎖的環境により外的刺激を緩和することにより落ち着いた状態になる可能性があるが、けんか等の暴力は生じうるだろう。	閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。男女別の病棟と精神科病院では性的トラブルは避けられるだろうが、けんか等の暴力は生じうるだろう。	薬物調整には期待できず、心理社会的介入には限界がある。鑑定中にそれがわかりつつ入院処遇にすることは理解がしにくい。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
16	M	20	放火	F2		中学2年で被害関係妄想、注察妄想あり。性的な発言もあり。精神科受診、SCと診断。服薬にて一時症状軽減するも安定せず。大量服薬あり。希死念慮増悪し、練炭自殺を企図。服薬中断。精神病症状が再燃。通院中断。この間自殺企図を繰り返している。	父との口論、自殺した方が楽との幻聴を引き金に、自殺目的で対象後措置入院し、いくつか病院を転々とする。医療観察法鑑定入院となる。	解体型統合失調症	クロザリルは効果があったが、無顆粒球症のため中止。クロザリル中止後は、インヴェガ12mg、ジプレキサ20mg、ハロマンズ(100)1A.m-ECT(7回目)。1週間間隔でのメンテナンスECTも検討？疾病教育も難しい。集団プログラムにのれず個別対応。しかしその後調子を崩し、積み上がらない。悪化を防ぐ最低限の治療反応性しか期待できない。	リスクは低減してきたが、病状は不安定。	閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。	活発な体験症状があり、拒薬や器物破損などの衝動行為が散発している。治療反応性が著しく乏しいため、処遇終了し、長期療養へ転院を申し立てたが却下。薬物反応性に乏しい。m-ECTも短期間の効果。保護的・安全な環境が必要。どこかの時点で処遇終了とする必要があるだろう。
17	M	30	強盗	F2			通っていた病院のスタッフに恋愛妄想を抱く。通院を拒否され、事件を起こせば通院できるのではないかと考え、コンビニに押し入った。	妄想性人格障害	入院長期化要因は、疾病ではなく人格の問題に由来。一過性の精神病性症状(妄想)が出現。退院申請まで進んだが、裁判所に却下されたことで「地元に戻された」と思い込む。近日地元へ転院予定。見捨てられ不安が強い。	再他害行為のリスクは高い。	いずれともいえない。	処遇終了の申し立ても行ったが却下となった。制度を利用してしながら退院調整を進めていく。着地点を見つける必要があるが、困難だろう。
18	M	50	殺人	F2		高校時より不安感あり。9回の入院歴あり。母親への暴力行為あり。残遺性的人格変化。過去の犯罪歴はない。父親殺害に対する内省は深まっていない。幻聴も活発。薬物療法で難渋。	父親の殺害。当時通院先のスタッフに恋愛妄想を抱く。父親が妄想を否定したことに逆上し、対象行為。実の父親は新興宗教の教祖であるとの血統妄想があり。	妄想型統合失調症	インヴェガ12mg、バルメチール1400mg、ジプレキササイテリス20mg、リスパダール2mgで院内寛快。クロザリル使用も検討しているが、実現できるか未定。治療抵抗性。	二重見当識だが、保護的環境があれば安定している。二重見当識を整えることで退院可能と判断している。	保護的な単身生活が可能(や援護寮など)。地元への転院を拒否され、別地域での退院調整が必要。優等生で周囲の評判もよく信頼されていただけに、地域住民、関係機関の拒否反応や落胆が強い。	退院調整が進めば退院できるケース。地元の医療観察法に対する反応は入院機関がないため、困難事例が改善していくプロセスを目の当たりにする機会がない。
19	M	50	傷害	F2	F7	元来知的障害あり、衝動性が高い。不満を暴力で解消する傾向。21歳発病。異常体験は目立たず、衝動コントロールが悪い。学習効果は低い。生活能力は低く、失禁を放置することもある。	腹いせでライターを隠し持ち、保護室で火をつけた。	破瓜型統合失調症	衝動性・攻撃性のコントロールが改善を見せた。情動の平板化や鈍麻が目立ち、小さなルール違反は止まらないが、十分に病棟適応している。	低減した。	医療機関が通院先として望ましい。グループホームが受け入れ、入居に前向きな調整が進んでいるが、通院先が未定。	公的医療機関がバックアップする体制を整えて、通院先が決まり体制が整えば退院可能。
20	M	30	傷害	F2		早期より不適応。高校すぐに退学。高2より自閉的な生活となり発病、精神科受診する。明確な体験症状がなく、診断が確定せず。2回目入院では、空笑、疎通不良、昏迷、カタレプシーが出現。3回目の入院。その後外来受診していたが、状態悪化し器物破損。入院を希望したが断られたため、対象行為。	警察官を殴り、全治2週間の傷害	破瓜型統合失調症。疾病性に乏しく、治療反応性も見込めない。	治療反応性に疑義あり。継続治療するならクロザリル使用の可能性あり。情動安定が図れば、心理・社会的治療の効果は多少期待できるだろう。	不満耐性が低い。衝動コントロールが悪い。数か月に1回衝動行為がある。	帰宅先が決まらず通院予定機関も手を引いた。退院調整が難渋。	処遇終了にして、通院を受ける可能性。衝動統制不良、生活能力も低い。情動安定すれば可。
21	M	50	殺人未遂	F2		18歳で幻覚・妄想状態で発病。14年間未治療。テレビで芸能人が悪口を言うという妄想に基づき、階上の女性を切りつけ措置入院。2回にわたり外泊中に他害行為を繰り返す。	外泊中に女性を切りつける傷害。	妄想型統合失調症	迂遠で思考障害、コミュニケーション障害、自明性の喪失。幻聴もある。侵襲的な内容ではなく他害行為との関連性は低い。力を知らしめるためには殺人できる人間というのを示さないといけないと他害行為を正当化していた。「自分を罰してください」と思い込み修正不可能。希死念慮が強くなり、ECT実施は見合わせ。	現在は他害行為のリスクは低減している。自傷リスクあり。外泊のストレスで自傷が起きているため、退院後のストレスにどのように対処し自傷を防ぐか、マネジメントプランがなければ退院は難しい。自傷リスクに対するマネジメントプランは構築すべき。反転して他害リスクが高まる可能性も否定できない。	処遇終了という選択肢がなければ方針が立たない。状態安定しているが、突発的なリスクに対して医療的介入が必要だろう。精神科閉鎖病棟が適切。	「他害行為はよくない。それをするくらいなら自分が死ぬ。」と自傷リスクが高まっている。実際外泊中に手首(動脈)を切る。理由は「自宅の卑猥な張り紙を見られたら困るから死ぬ」と。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
22	M	40	放火	F2		10代で意識消失発作。36回の入院歴あり。神経症、ヒステリー、てんかん、解離性障害、全般性不安障害、人格障害と診断が変遷。5年前より幻聴、被注察感、関係妄想、考想化声が出現。人の気配を感じる。希死念慮が出現。対人関係がうまくいかなくなり、通院先ともトラブル。インターネット利用料金の請求額も膨大になり、精神的に追い詰められた。	「火もつけられないだろう」という幻聴に基づいて対象行為。自宅を放火。あまり燃えていない。	妄想型統合失調症 人格障害や神経症圏。	ジプレキサ主剤の薬物療法で病状は改善。ストレス脆弱性あり、対処法が限られておりスタッフへの依存傾向。自己効力感の向上にてスタッフへの依存性は軽減。対人関係が不得手。	他害リスクは低く、本来なら退院している予定だったが、外泊中にエスケープ。アパルトが決まり不安になった。支援センターや作業所など、社会資源は整っていた。	通院医療機関、帰住地はほぼ決定していたがエスケープで、退院後の支援の調整に十分な協議を要する。	エスケープの理由は退院への不安。病棟が居心地良い環境になっている。調整官は退院できない理由を内省が進んでいないためと指摘している。
23	M	30	傷害	F2		中学校からいじめ、登校拒否がみられた。中卒後に勤めたが長続きしなかった。24歳頃、母親や他人に対しても唐突に暴力を振るようになった。25歳時には包丁を持って銀行に入り、罰金刑を受けた。3度目の窃盗で懲役の実刑を受けた。30歳に母親の頭を棒で殴り、医療刑務所で2年ほど服役した。投薬治療を受けたが、出所後は服薬を自己中断した。	実母に対し、暴行し加療1ヶ月を要する骨折などの傷害を負わせた。	統合失調症	医療観察法入院後は、様々な抗精神病薬を使用し、気分安定薬なども併用したが、幻聴や電波体験は持続している。常同行為や命令的な行動は続いており、日常生活にも影響が大きい状態である。感情鈍麻、発動性低下など陰性症状も目立っている。さらなる病状の安定とリスク低減のためにクロザリル導入の検討を要する。	繰り返し、母親が暴力の対象となっており、同様の行為に至る可能性は高い。衝動性も高く人格水準が低下しており、窃盗など同様の反社会的行為に至る可能性もある。継続的な治療下では社会復帰阻害要因の低減が期待できる。人格変化みられ、	閉鎖環境を要するが一般精神科など対応可能。	閉鎖環境が不要か要するかチームスタッフによって意見が異なる。現在の病状では閉鎖環境が必要と判断するが、クロザリル処方によって治療効果が認められればそれ以上の改善水準が期待できる。
24	M	40	放火	F2		中学3年時より被注察感を訴え、高校になると幻聴が出現し「耳に機械が入っている」と訴え入院となっている。以後、治療を継続していたが服薬は不規則で、入退院を繰り返していた。また、金銭管理もできず、サラ金で借金を繰り返していた。通院を中断し、徐々に幻聴、迫害感、衝動性亢進が出現し、病的体験に基づく行動化も目立っていた。	自宅に放火し逮捕された。家族に対する被害妄想は頑強なものであり、放火したことにも反省や後悔の念はみられなかった。知能検査ではIQ44であり、妄想型統合失調症と中等度精神遅滞と診断された。	妄想型統合失調症 鑑定入院中に軽度精神発達遅滞が指摘されたが、リスベリドン12mg投与中で集中力低下も認められ減量して改めて評価したところ、境界域であるが明らかな知的レベルの低下はない。	興奮や攻撃性は軽減。幻聴や被害関係妄想は残存している。種々の薬剤を使用されているが薬剤抵抗性でクロザピンの使用を検討。話しが妄想的になることから、対象行為についての振り返りには限度がある。幻聴を聞き流すことができるようにはなかった。	低減してきている。支援体制を構築し、日常生活へのサポートが安定していれば必ずしも閉鎖的環境は要しない。	金銭や服薬など日常生活のサポートが必要である。状態が安定していれば必ずしも閉鎖的環境は要しない。	幻覚妄想は残存しているものの薬物療法により行動化することなく、過ごせるようになってきている。早期の社会復帰促進に向けて、クロザピンの導入を検討してはどうか。
25	M	30	強盗未遂	F2		大学中退時より独語や空笑が認められた。家宅侵入にて逮捕。同日女子高生に後から手を掴み逃亡。2週後に、女性宅に侵入して突然抱きつかうなどし、措置入院となる。その後は通院した。5年前に突然上京し駅で女性に抱きつかう逮捕。入院治療を受け通院していた。	幻聴や妄想の対象に会いに行くため、電單車賃を手でコンビニで強盗。	妄想型統合失調症 鑑定入院中に軽度精神発達遅滞が指摘されたが、リスベリドン12mg投与中で集中力低下も認められたため、入院処遇開始後より減量している。改めて評価したところ、境界域ではあるものの明らかな知的レベルの低下はない。	クロザピン500mgを投与しているが、思考伝播、女性への恋愛妄想と幻聴が続いている。突然、妄想から退院の許可が出たと思込みもみられる。著しい不穏興奮に至ることはなく、一定の効果はあると思われる。日常生活上も自閉的でほとんどベッド上で過ごすという無為な生活を選っている。	女性宅に侵入したり、抱きつかうたりを繰り返している。症状に左右されたりというよりは、人格水準の低下によるものが大きい。クロザピン500mg投与中であるが幻覚妄想は残存。本人に適切な環境作りが必要となる。閉鎖的な環境であれば、対人関係などでのトラブルは少なくすることができる。	退院後の通院治療プログラムも未調整である。要するが一般精神科など対応可能。	不穏を呈し、トラブルになることはないものの、精神症状は残存しており、内省や病識獲得にはいたらない。クロザピンにて期待する効果が得られなければ、環境的対応にシフトせざるを得ず、退院後は閉鎖的な環境下での対応が想定される。
26	M	30	殺人未遂	F2		就職後2週間後頃から注察妄想、幻聴、不眠、不安、希死念慮が出現。精神科クリニック受診し、統合失調症と診断され治療開始、改善見られないため転医し、以後外来にてフォローされていた。交通事故による骨折で入院となったが、入院先の病院にて独語、不穏、意思疎通が取れず、暴力行為のため医療保護入院となった。その後も自傷行為が見られたため精神科病院に医療保護入院となる。	同居中の義母に多発刺創の傷害を負わせ、殺人未遂で逮捕された。	妄想型統合失調症	クロザリル使用により、被害妄想が改善し食事が摂れるようになった。父親が阻害要因で、本人の年金を父親が酒代にしている。クロザリルの継続である程度の病状安定は得られるが、被影響性が強く社会での生活は困難。	リスクは高い。	閉鎖環境を要するが一般精神科など対応可能。	再被害行為のリスクは高く、父親が阻害要因となり、社会での生活は困難。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
27	M	50	放火未遂	F7		18歳時、興奮や徘徊などの奇異行為や暴力行為がみられ精神科病院に計50回入院。(措置入院2回、医療保護入院6回)。知的障害者授産施設にデイケアで通ったが、他の利用者や職員に暴力をふるい出入り禁止。定期的に通院は継続したが、薬は睡眠薬以外は服用していなかった。幻聴、被害妄想が増悪し対象行為。	自殺しようと考え自宅に放火しようとしたが、ライターで点火し全焼させた。	医療観察法鑑定では統合失調症。入院してからは軽度精神遅滞に伴う反応性の病態と診断。一定の薬物反応性はあるものの限界が想定される。	クロザリルは衝動性に対し有効。適応外と判断され通院での継続性に問題がある。生活能力は向上する余地あり。	本人の傾向として再他害行為のリスクは高い。	閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。	阻害要因が多く、医療によって解消することが困難。
28	M	30	放火	F2		17歳で発症。関係妄想が出現し、不眠・幻聴・自殺念慮が認められ精神科受診し治療を受ける。「隣家の人が心の中を見透かす」など異常体験が活発で、統合失調症の診断を受け1回目の入院となる。退院後は登校せずに昼夜逆転の生活をし隣家に対する被害関係妄想がみられた。自室で自傷行為があり2回目の入院となる。その後は通院とデイケアに通所。治療中断し、病状が悪化、減裂状態で対象行為。	自宅の放火。家族を道連れに死のうとした不調のため病院を受診し入院を勧められたが、母親が連れ帰り、その後放火に至った。	型分類不能統合失調症	クロザリルで一度改善してはいるものの、好中球が減少し、減量を余儀なくされた。現在、好中球の値を見ながら再度増量中である。病状安定した後に、心理・社会的治療が開始できる。	まだリスクは高い。	常時の助言や介助を要するが閉鎖環境は不要。	
29	M	30	放火	F2		統合失調症発症し、治療されている。治療中断したのち自傷行為で精神科治療を再開。服薬が不規則となり入院を繰り返し、まとまり悪く発動性も低下していたが、本人の希望で退院した。通院は中断がちでPSWが付き添って通院をしていた。	病状が再燃する中で、自殺願望から自宅を放火した。	妄想型統合失調症	治療反応には期待あり。	リスクは低減。	常時の助言や介助を要するが閉鎖環境は不要	通院中断しやすい。
30	M	30	放火	F2		被害関係妄想が出現し、近所から嫌がらせをされる、幻聴や妄想に基づく訴えが顕著となった。近隣の家に石を投げ入院となった。退院後は通院はせずひきこもっていた。	近隣の人から怒鳴られる中、家に入ってきたで酷い目にあわされるくらいなら自殺するしかない、と思いに家へ放火。	妄想型統合失調症	治療反応性は期待。	リスクが低減していない。	常時の助言や介助を要するが閉鎖環境は不要。	
31	M	70	傷害	F2		対象者は他者との関わりを持たず長期間生活しており、発症時期やその後の病状経過が不明な点が多い。長年公有地で勝手に耕作をし、対象者の所有地であると主張し暴言を吐くなど易怒的な言動がみられた。	交渉に来た県職員他に対し、火のついた薪で殴り、全治2週間を要する傷害を負わせた。	単純型統合失調症	幻聴など病状は改善している。活動性はやや向上しているが、陰性症状が強い。	リスクは低減してきている。	常時の助言や介助を要するが閉鎖環境は不要。	知的能力の低さや対人関係スキルの乏しさ。
32	M	40	殺人	F2		行動異常で精神科受診、統合失調症と診断。粗暴行為、家族への暴力が原因で入院をし、退院後は定期的に通院していた。無為に生活。服薬中断し悪化し2回目の入院。思考障害や作為体験、誇大妄想も認められた。関係妄想を持ち母親に当たっていた。幻聴もあったようで、10年前から次第に陰性症状が目立つようになった。外出すると他人が自分の悪口を言うと言われ関係妄想があった。	妄想に基づき、実母を殺害した。	破瓜型統合失調症	治療に期待できる。	リスクは低減してきたが、病状は不安定。	常時の助言や介助を要するが閉鎖環境は不要。	
33	M	60	殺人	F2		20年前からなどの被害妄想が出現し、荒々しい言動が目立つ。10年前に医療保護入院したが患者・家族共に病状への認識が乏しかった。自分を陥れようとしている人物がいる認識し、自分を苦しめるために悪いお祈りを始めたと言われ、近隣者に怒鳴り立てて精神症状は悪化していった。	病状により自分を陥れていると思いついた近隣住民に対し、就寝中に包丁で刺し、失血死させた。	型分類不能統合失調症	幻聴の消退は認められる。深まりは乏しいものの、プログラムには継続して参加している。反応性は期待できる。	リスクは低減した。	常時の助言や介助を要するが閉鎖環境は不要。	



番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	疾病性	治療反応性	社会復帰要因	方針	評価
34	F	40	放火	F2		不眠・独語・空笑、他害、自傷行為あり発病し措置入院。統合失調症の診断で治療開始。治療中断を繰り返して9回入院歴がある。通院し入院を要することなく約10年経過した。幻聴は続いていたがトラブルになる事はなかった。過量服薬をして10回目の入院し退院後は定期的に通院。幻聴強く、奇異行動・意味不明な発言あり受診時入院すめられたが自宅へ帰った。	自室に放火し、焼損。『火をつけろ』という幻聴で火をつけ対象行為に至る。	破瓜型統合失調症	治療反応性が期待できる。	リスクは低減。	常時の助言や介助を要するが閉鎖環境は不要。	
35	M	60	強盗未遂	F2		20代妄想型統合失調症を発病し21回の入院歴（5回措置）があり、被害妄想から暴力事件を起こしている。発病後の前科10回あり5回服薬歴。発病時は幻聴や被害妄想により激しい興奮や攻撃性がみられた。30代に知人と喧嘩し刺殺し医療刑務所に服役した。その後も傷害事件で措置入院など入退院。対象行為前の通院は、服薬も通院も不規則で、自分の希望の薬しか飲まず、被害妄想や幻聴は活発で病状は悪化していた。	男性が馬鹿にしたと邪推し、コンビニ横の路上においてナイフで切りつけ害を負わせた。	妄想型統合失調症（施設）と妄想型パーソナリティ障害（ピアレビューA)	期待できるがパーソナリティ障害に関しては、治療反応性は難しいだろう。	リスクは低減したが退院後は高い。	閉鎖環境を要するが精神科などで対応可能。	支援体制の構築は大きな課題。
36	M	60	殺人	F2		大学卒業後仕事ができないようになり、社会的機能の低下、人格変化といった陰性症状を主症状として統合失調症を発症した。暴力行為により解雇となる。精神科に通院、入院する。退院後は次第に服薬が不規則となった。面倒を見ていた母親が亡くなり、不眠で大声をあげ、会話もまとまりなく薬物療法が再開されたが、思考のまとまりは欠けていた。街頭で露出、ストーカー行為、家族には粗暴行為、玄関先で排尿などの異常行動が認められ、50歳時に入院となる。退院後は通院は続けていた。	服薬中断。父親と口論となさされたと邪推し、就寝中の実父の頭部を金属バットで複数回殴り殺害した。	解体型統合失調症	期待できる。	リスクは低減してきているが退院後の評価は難しい。	閉鎖環境を要するが精神科などで対応可能。	
37	M	30	傷害	F2		14歳頃より悪口などが聞こえ幻覚妄想状態で発病した。15歳に異常行動が出現した。16歳から暴力、引きこもり。幻覚妄想状態と精神運動興奮のため4回の入院歴がある。リストカットなどの自傷行為がみられた。24歳より10回の入院歴がある。38歳通院中断となり、両親が投薬のみの治療を続けていた。	父親に対し包丁で突き刺し外傷性血気胸の傷害を負わせた。	統合失調症も重篤であることには薬物療法的効果は限定的かもしれない。	境界の事象を、妄想的に解釈する統合失調症の病理による思考傾向がコントロールれないと、心理社会的治療の有効性が乏しいであろう。	リスクは低減。	閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。	
38	M	40	殺人未遂	F8		高校卒業後、通行人に自分の考えが伝わる、対人緊張が強くなったり、格下に見られると被害的考えが出現。独居生活を開始。幻聴、被害妄想、自殺念慮あり、統合失調症の診断で治療を開始された。以降敏感関係妄想などから不安焦燥、自殺念慮が出現するなどして入退院を繰り返した。確認行為や過度の拘りといった強迫症状や母親への暴力行為も出現。入院中看護師や患者に対して衝動的に暴力を振る。母は本人に過干渉で、それを嫌い包丁で刺し措置入院となった。退院後に独身寮に侵入し制服を盗んだとして、再び措置入院となった。退院後は母宅の近くのアパートで一人暮らしを再開。事件直前まで外れに通院していた。	実母に対し、殺意を持って所持のアイスピックで多数突き刺し、同様に傷害を負わせた。	鑑定では統合失調症で入院後広汎性発作と診断されれば、完全責任能力もあり得た。	情動安定、不眠などには部分的であっても薬物の効果は認められる。情報を適応し汎化することに困難は予測される。本人なりの内省を深め、治療同盟を構築し、治療関係の中で問題解決をできるようにしてゆくためには、心理社会的な治療を重視せざるを得ない。プログラム等で得た情報を自身に適応し汎化させることに困難。本人なりの内省を深め、治療同盟を構築し、治療関係の中で問題解決をできるようにしてゆくためには、心理社会的な治療を重視せざるを得ない。緩徐な治療反応は認められるが、どこまで時間をかけられるかが問題。	リスクは高い。	閉鎖環境を要するが一般精神科などで対応可能。	発達障害の病理の反映と思われるが、思考過程に、経験や論理に基づく妥当性の評価が乏しく、本人が「暗示」と呼ぶ直感的意味づけに判断が引きずられるという思考法・判断法が根付いているために、治療やプログラムで得た情報を自身に汎化させることが困難であり、今後も治療の進展には時間を要するであろう。

表5 自殺企図例

番号	性	年代	対象行為	診断	未遂	入院	予測可能性	症例概要	回避の工夫	自由記載
1	F	60	放火	F3	未遂	入院	自殺の既往があり、無しとは言えない。	うつ病にて治療中（未寛解）。外出を前にして①浴槽に水を溜めて、②リネンにて自殺未遂。「みんなに迷惑をかけるからいけないほうが良い」自己評価。「何もできない」もともと難聴あり。	C	
2	M	20	放火	F2	未遂	入院	なし	注釈妄想の辛さから自宅へ放火。以前から大酒家、小脳萎縮、錐体外路症状が目立ち、薬剤中止、再燃。窓を開けて凍死を試みる。セロクエルで安定。H23. 8月注釈妄想が取れないつらさからOT中にハサミを喉に突き刺す。	BDIにてモニタリング・プログラム中に危険物を持たせないなど。	
3	M	50	傷害	F7	未遂	入院	なし	鑑定中行動制限されバルーン留置して入院。一生入院しなければならぬのかと感じていた。入院し、2日後の夕食後、落ちた牛乳を自分のものと主張した。直後に箸で首を突いて死のうとした。	知的に問題があり、コミュニケーションをゆっくりしっかりとれるよう配慮した。安心できる環境を提供し、衝動的な行動をとらないようにした。	
4	M	30	傷害	F2	未遂	入院	なし	3年前に近所から嫌がらせされるとの被害妄想により発症。対象行為は近所の住民から糞便を投げられるとの被害妄想から傷害を加えたものである。入院後2か月での企図であった。自殺リスク評価は0点。入院後病棟に過剰適応。前夜不眠傾向あり。調整官との面会があり、一生入院になるといわれたように感じ、絶望感が生じていた。自殺企図は部屋にある蛍光灯を割り、スタッフに隠れてベッド柵の陰で頸動脈を確認しながら切ろうとしたもの。スタッフは不審に感じ、部屋に入って確認すると、床に血が付着していた。	二人体制でラウンドするようにした。リスクアセスメントツールを毎月チェックする。面会などイベントを確認。観察用照明を手の届かないところに設定。新病棟では照明をLEDに変え、照明カバーを接着剤で固定した。	
5	M	40	放火	F2	未遂	入院	あり 過去に自殺企図が複数回あり。対象行為の直近にもあった。生活環境調査と精神鑑定書で指摘されている。	大学卒業後に就労。26才ころにうつ状態となるが1週間回復。33才で顕在発症。幻覚妄想状態。以降は休職と復職を繰り返し、治療中断の時期もある。病勢が強いときには、ジブレキサ10～20mgに加え、パキシル20～40mgを併用することが必要であり、それでも寛解にはいたってなかった。対象行為の前日に精神科に受診しているが変化に気づかれなかった。しかし当日はボクシングパンツ1枚で歩き回るなど落ち着かず、可愛がっているペットの犬に火をつけるなどをした。その後畳や布団に火をつけた。その後消防署に電話をして、しかし部屋にとどまっていた。幻覚妄想には体感幻覚があり、「内臓がグチャグチャになる」「骨と骨とがあたる」などがあった。鑑定入院中にもシャツで首を絞めて自殺企図。切迫した状態ではなかったが、これらの病歴からはハイリスク者としての関与が必要と考えられた。	自殺企図者のリストの作成と、リスク評価の毎週の更新。観察レベルの設定のあり方の見直し。15分に1回は、病棟全体をラウンドする役割看護師の設置。	①30分観察の導入はどうか？常時、15分、60分という観察レベルでは無理がある。30分を導入する必要がある。②自殺企図を繰り返している病歴がある対象者には特段の注意が必要であること他、自殺のリスク評価と情報共有のための工夫が必要。③病態の理解のあり方：現実感を取り戻した時のリスク評価と、信頼関係の樹立の中で支援する体制づくりの必要性。
6	自殺企図なし								当該施設でこれまで、自殺症例を認めていないが、未然に防ぐ取り組みとして、モニタリングに力を注いでいる。リスク評価の一貫として、日常の入院中の様子を観察することはもちろん、これまでにそれぞれの患者が自殺企図を行ったことがあるかどうか、あるならば、どのような手段であったかなどについて、定期的に確認され共有されている。	リスクが大きくなる前に早めに対処を行うことで、自殺回避が未然に行われていると思われる。
7	F	30	放火	F7	未遂	入院	あり	IQ29で衝動性が高い。鑑定入院時も拘束処遇を要し、入院後も衝動行為が続く、適宜拘束を実施。被影響性が高く、TVの重大ニュースを観て情動不安定となる。希死念慮はみられなかったが、欲求が通らない場面で自室にあった洗剤を飲むといった衝動行為に至る。	状態に応じ速やかに行動制限を実施。クロザリルを導入し、以後衝動性は軽快。隔離・拘束はなくなる。	
8	M	40	殺人	F2	未遂	入院	あり	病識は欠如しており、医療観察法入院になったことを契機に抑うつ的となり、入院1か月後に希死念慮を訴えるようになる。妄想気分、パレイドリアなどの症状も持続。5分観察とし、観察を密にしていたが、ベッドの上から窓ガラスに向かって頭からダイビングし、頭部を打撲。	希死念慮の出現後、観察レベルを5分観察としている。自傷行為後、拒薬傾向もあったためmECTを実施し、以後、クロザリルも導入し状態は安定。	

番号	性	年代	対象行為	診断	未既遂	入院	予測可能性	症例概要	回避の工夫	自由記載
9			自殺企図なし						自己管理物品のリストを作成し、自殺のリスクを低下させている。週1回、全対象者を複数の医師で回診し、状態を把握し、リスク管理を行っている。自己管理物品拡大においてリスクを感じる場合には、治療評価会議で検討している。外出・外泊実施前には、定式化されたリスク評価用紙を使用して治療評価で検討している。	
10	M	60	傷害	F2	既遂	入院	なし	妄想性障害の診断。社会復帰期にあり、退院先である施設の内諾も得ており、デイケアの調整次第で退院となる段階であった。そのための期間も必要であったことから、現状を対象者に説明し、入院継続の申し立てを行った。その後、X-2年の年末に体調を崩すことがあったが、回復後も意欲低下は継続し、治療プログラムへの参加率も減っていた。X-1年2月上旬、自室浴室で水道蛇口に紐をかけ、縊首している状態で発見された。	元来物静かな性格で口数も少なく、他対象者やスタッフとの交流も必要最小限だけであった。生活史や現病歴、入院後の言動等を振り返っても、希死念慮や自傷行為等の自殺をほめかす言動もなく、予測は困難であった。事故発生後、拡大外部評価会議や厚生労働省の調査が行われたが、対象者が社会復帰期であったこと等を考慮すると、ハード面における現状以上の改善は困難であろうとの見解であった。よって、再発防止のために、ソフト面の改善に取り組みしており、各スタッフがセキュリティへの意識を高く維持できるように工夫が検討・実施されている状況である。	原因として、対象者が高齢であったことを考慮し、身体的不調により自身の老いと直面したことが精神的に大きなダメージに繋がった可能性や、疎遠である弟に退院後の施設の保護者を依頼しようと電話をかけたが出てもえなかったことで喪失感を味わったのではないかと話し合われていた。その後再発防止の詳細な対策として、①3か月毎の対象者への持ち物チェック、②ボディチェックのデモンストレーションを新任者研修等で実施、③観察時間の検討・評価の実施、④自殺可能性も考慮した治療方針の見直し、各ステージにおける自殺リスクファクターの検討等が実施されている。一方、当時病棟勤務していたスタッフと新任者には自殺防止に対する危機意識に温度差があり、長期的に意識を持ち続ける取り組みが行っていくかが課題である。
11			自殺企図なし						共通評価項目「自殺企図」の項目を利用し、さらに細かく評価を行う。自殺企図をほめかす発言、様子があればMDT会議、病棟でも話し合いをもち、必要性があれば、物品の管理、観察レベルの変更をおこなう。自傷・自殺リスクがあれば、自殺リスクのシナリオを作成し、定期的に見直しを行う。外出時の職員配置、外泊中の観察においても留意する。	
12			自殺企図なし						自傷自殺を予測される言動が観察された場合、対象行為の前後、そのような情動が揺れる予測がされる場合など、面接の頻度や観察時間の変更などで対応している。	

表6 各施設へのピアレビューの総評

東尾張	<p>2日間という短い日程の中では、参加できたプログラムや会議は限られ、またスタッフとの情報交換もチェックシートの確認が中心となり現状や課題について話し合える時間があまり取れませんでした。その結果、病棟で行われていることの全体像の把握には至らず、十分な調査が行えなかったと思われることが残念です。</p> <p>2日間という短い期間では病棟のプログラム見学やスタッフとの情報交換なども十分行えないため、どこまで訪問先施設にとって役に立つピアレビューができたかどうか、疑問である。限られた期間ではあったものの、レビューの施設との違い（東尾張の治療評価会議で多職種が活発に意見交換できていること、外出の付き添いは看護師のみで行っていること、そのためプログラムの実施が困難になる時があること、退院申立ての時期が早いこと、退院審判期日・事前カンファレンスが開催されない事例がほとんどのため、退院申立てから1ヶ月と東京よりも迅速に退院決定が出されること、長期入院者の中に治療抵抗性で他害リスクが高い統合失調症の対象者が多く、今の制度では今後の方向性をきめるのが困難であること、など）がわかり、レビューアにとっては大変参考になった。面接して、長期入院者には、①指定入院後の治療による効果の自覚がなく治療内容についても回答できない方が多い、②病識がない、③入院の長期化に不満・不安を感じているという共通点が認められた。</p> <p>自殺企図例は調査対象期間にはなし。長期の行動制限が施行されている例が多い。直近の隔離・拘束日数が100日を超えている対象者が現入院者18例中3例あった。急性期が長期になっている例が散見された。内省など設定されている課題が実現可能なものになっているかの疑問を感じた。プログラムや課題の設定など、入院機関のやり方の差がかなりあるように感じる。必死に取り組んでいる現場スタッフも苦しんでいるようである。外からの意見がよりスムーズに得られる体制が必要であると思われる。スタッフの他入院施設での研修など、相互の訪問が必要に感じる。</p>
小諸高原	<p>病棟構造については、バスユニットが各ユニットにあり、病棟に1個しかない花巻病院と比べてゆったり時間をかけて入浴できる点や各ユニットのデイルームにホワイトボードがあり活用されていること、制度や法律の流れがラミネートされ壁に掲示されていることなど、学ばせていただく必要を感じた。また、保護室のトイレは居住範囲と部屋が分離しており、より快適に過ごすことができる配慮を感じたが、同時に、利用者の特性を考えると、リスク管理に関する懸念も覚えた。服薬中断プログラムは薬剤有効性や治療継続必要性の認識に課題を持つ対象者を選択し、担当チームで1日2回本人の体験や精神状態の変化をききとり、そして、病状サインと照らし合わせ、病状悪化のプロセスを共有し、クライシスプランの本人の自覚や実効性を確認・強化するプログラムである。実際の病状悪化プロセスを対象者とリアルタイムに共有し、クライシスプランを実際に一緒に使ってみるという稀有でとても重要な機会であり、退院後のクライシスプランの実効性の向上が期待できる。しかも対立構造にならない所に治療者の手腕を感じた。性暴力防止プログラムについては、非常に共有し難い課題ではあるはずだが、対象者と課題・目的を共有し、共に前に進んでいる。スタッフの前向きな治療姿勢と患者さんを良くしようという情熱を感じた。対象者もその情熱に呼応するように一歩一歩進むことができていることも賞賛に値する。このピアレビューを通して、たとえば実子殺害のケースなど、同じところで同じように悩み考えている事をより明確に知ることができた。今後は施設間の連携を進め、悩みを共有し、知恵を出しあい、孤立感を低下すべきという想いを新たにしたい。そして、小諸高原病院医療観察法病棟は17床のいわゆるハーフスベックであり、スタッフが少ないなどの大変さがある反面、すべての対象者に対して、きめ細やかな対応をされている点に、感銘をうけた。また現在小諸高原病院が有している高い治療プログラムの水準に留まらず、さらに新しいプログラムを取り入れる姿勢から、この小諸高原病院 医療観察法病棟の未来を感じた。我々も花巻病院に持ちかえり、内省し、今回のピアレビューで学んだことを、取り入れさせていただきたいと考えた。</p>

久里浜アルコール症センター	<p>派遣元病院と比較して良い点18か月を超える長期入院者が約15名存在するが、3年以上の超長期入院者が存在せず、最長期の入院者も退院のめどが立っているなど対象者の退院促進が図られている。退院促進のために、地域における各種施設を集団で見学する企画『ワールド・ヨコスカ』に対象者が参加していること。スタッフがその運営に積極的に参加していることが大変優れている。年間4回ほど参加しているとのことだったが、対象者の退院後の具体的なイメージづくりに貢献していると思われる。ナビゲーションプログラム：対象者のニーズを重視し、花巻病院のマイウェイプログラムを導入しているが、このプログラムではアドヒアランスを重視しており守られている。朝の集い（全体集会）：対象者が全員アトリウムに出る形式で毎日行われており、その日担当の看護スタッフがどれか確認できるようになっている。なぎさとおさい両病棟で合同のアルコールプログラムが開催されている。両病棟合わせると対象者数が50名を超えて入院しており、事例を収集しやすい。家族会を開催している点が良い。看護スタッフの朝の申し送りが充実している。この申し送りの中でクライスプランなども話し合われている。入院時インテークファイルが多職種によりきちんと作成している。そのファイルがしっかりしているので、入院時などリスクアセスメントが具体的に、観察レベルを実際的に運用している。ハーフサイズの病棟のメリットであるが、受け入れ時にプレミーティングを開催すると、コメディカル数が少ないことで、即情報を病棟で共有できる。園芸療法をエビデンスに基づいて積極的に行っている。作業療法室を生活訓練室的に運用しようとしている。外泊だけでも受け入れてくれる施設を確保している。リスクに対する適切な配慮を行っているところもある一方、スタッフの中には防衛的になりすぎるきらいがあり、知恵を働かせて柔軟に運用できるところもあるのではないかと考えていた。残念ながら病棟内トラブルが発生してしまっただが、ピアレビューが見聞する限り、当該トラブルを回避することは非常に困難だったと考える。しかし、このトラブルから観察レベルについて再検討し、例えば「15分観察」だとこれまで15分ごとに定期的に確認していたが、観察頻度をランダム化する（抜き打ち的に5分くらいで観察するなど定期化しない）ことで、トラブルを企図している対象者の目的を果たせないような働きかけをしている。これは他の施設でも取り入れるべき案だと思ふ。気になる点両病棟での交流が乏しい。本来対象者数も多く、貴重な事例を経験できる機会に恵まれているので、ケースカンファレンスなど積極的に情報共有したほうが良いのではないかと。治療に難渋している事例では、よい知恵が生まれるのではないだろうか。治療評価会議では報告・評点の修正にとどまっている病棟があった。共通評価項目の確認は必要なことであるが、対象者について議論する機会でもあるはず。両者のバランスをとることは北陸病院でも課題となっている。報告者が御長が医長のみである。プライマリーNsなどMDTメンバーによりプレゼンがあってもよいのではないだろうか。各職種内での情報は共有してあろうが、別職種間でのコミュニケーション（スタッフステーションの中などでインフォーマルなもの）はもっと増やした方がよいのでは。対象者個人の状態やスケジュールを話す機会を持ってほしい。というついでに北陸病院では毎日この機会を毎日設けることに強迫的な印象もあるのでは必ずしもよいとは言えないか。副作用出現時あるいは麻酔科に関する協力病院の確保が困難な状況であるが、クロザピンやECTの治療が行えない点は残念である。数名適応になりそうな対象者が存在しており、これらの治療法により治療が進捗しやすくなる可能性があるように感じられた。司法精神医学に対する興味関心の温度差がスタッフにより大きい印象がある。</p>
琉球	<p>病棟施設：変形形の字型で中庭があり、有効に利用されている。ハーフサイズから増築によりフルサイズにしているが、増築部分に違和感はない。体育館はハーフサイズ時代の名残のため小さいが、中庭へのアクセスがよく、各ユニットのデイルームも余裕があり窮屈な印象はない。回復期ユニットは15床あるが、デイルームは全体ミーティングができるだけの広さが確保されており一人あたりの床面積にゆとりがあること、デイルームによって二つのゾーンに分けられていることからストレスがかからない。作業療法室が回復期ユニットと社会復帰ユニットにあることや、集団療法室、生活療法室が充実しており、社会復帰への明確な意欲が感じられた。祈りの部屋が備えられている。クロザピンを使用するにあたり、陽圧室を準備しており、顆粒球減少に対応しやすいことにより、スタッフ・対象者：長所は長期入院者が少なく、退院への道筋がしっかりしている。中だるみしている印象がなく、緊張感を持ち意欲的に取り組んでいる。師長さんが対象者をきちんと把握している。看護体制でモジュールを仕切る副師長の下にリーダーNsがあり、その下にベテランが配置され、若手を指導する体制がとられている。3名のNsで3名の対象者を見ることで負担に不応となる可能性が低いことや指導も行いやすいメリットがある。スタッフ間の疎通性が良く、活気があり雰囲気も良い。急性期および回復期ユニットにはホールにスタッフを配置されており、きちんと対象者を観察していることも多い。気になった点は医師数が少ないこともあるが、医長の受け持ち数が20名を超えているのは負担が大きい。医長の能力が優れている（的確に各対象者の問題点を把握）こと、他の職種がカバーできる体制がとられ結果として円滑に病棟は運用できている。業務を集約するため専任で担当しているが、一般医療との接点が出来ただけで大丈夫だろうか。業務：長所はクロザピンを積極的に使用している。MDTスタッフ間の情報共有はきちんとなされている印象あり。評価会議では対象者のポイントが適切に評価・検討されており、冗長な印象がない。TV電話システムは対象者の退院促進に有効に利用されている。保護観察所ともやり取りできるのはよい。急性期からアクセスできるのもメリット。クロザピルの同意について、通り一遍ではなく家族の理解の質をきちんと評価して配慮している。家族会の開催が良い。プログラム進捗調査が行われているが、処遇終了事例についても一緒にどうか。社会復帰訓練室が活用されている。退院へのイメージづくりやトレーニングがよい。院内ケアなどに参加したり、病棟の資源を有効利用している。院内散歩の付添スタッフ数を1名で可とするなど弾力的な運用が可能となっているところが多い。外出時のリスク評価について、暴力時やエスケープ時など具体的に検討されている。気になった点は看護記録と看護計画が記されていない。フォーカスの記入もやや弱い。アセスメントツールも活用した方がよいのではないかと。ボールペンとIDカードのストラップに引っ掛けているスタッフがいたり、リスク大丈夫？評価会議でプレゼンテーションするメンバーが固定されている印象あり。もっと多くのスタッフにプレゼンしてもらってもよいように思える。対象者同志が互いにより教材となるプログラムはどうか。モチベーションプログラムや花巻のロードマッププログラムなど、対象者の背中をみてよいところを吸収してもらうと医療者が説明するより説得力があると考え。対象者の内省面が得られた対象者がいたが、それが薬物療法による効果から社会的な介入による効果かも少し掘り下げた考察が共有できれば、その対象者だけでなく他のMDTメンバーにとっても今後の治療に役立てるのではないかと。</p>
センター病院	<p>長期入院者の要因分析：長期入院となっている事例では、治療抵抗性のケース（あらゆる薬物療法を試すが奏功せず。クロザピル使用に制限があり薬物療法の選択肢となりにくい現状）、退院後の環境調整に時間を要するケース（通院先：居住地が未決定、サポート体制の構築が困難）が多い印象を受けた。さまざまな治療を行い、あらゆる可能性を考えて調整して周間の協力が得られず困難になってしまう現状があることがうかがえた。当院では病状がなかなか改善しないケースや暴力リスクが高まりやすいケースでも、クロザピル使用を糸口として何かしらの支援体制を構築することができている。退院後、対象者が帰ってくることにに対して抵抗がある地域でも、行政や医療、福祉など支援機関の協力を得て支援体制を構築し、地元に戻っていくケースも多い。治療反応性に乏しいケースでは、担当MDTが苦心して治療にあたられていると感じた。</p> <p>・運営会議：検討議題に合わせた情報シートが作成されており、院内散歩や外出、外泊などは目的、行き先、申請できると判断した根拠を明示しておりわかりやすい。入院継続、ステージ移行に関しても、達成している課題と今後達成すべき課題を端的に明示しており、視覚的な提示と聴覚的なプレゼンにより議論の争点がクリアになりやすい。検討が早いので、短時間で検討するためには争点を明確しておく工夫が有効であると感じ、見習いたい点である。長期入院者（18か月以上）のリストも挙げられており、入院期間を意識した治療を行っていると感じた。</p> <p>・MDT、MDT面接：財産に関して、後見人の選定も視野に入れて弁護士に相談予定のケース。相談に関する進捗状況についてご本人へ伝えるMDT面接も行った。最終のケア会議を控えており、クライスプランの作成が急ピッチで進んでいる。担当看護師が弁護士に相談に赴いており、対象者の退院後の生活基盤を整えることにに対し積極的に動いている印象を受けた。MDTだけで問題を抱えずに専門家への相談を積極的にに行い、解決の道筋を作る。クライスプランはご本人がパソコンで打ち込む作業を行っている。OT活動内で取り組んだり、空いた時間にNSと取り組んだり、心理面接でどうやったら入院に納得できそうか話し合ったり、多職種が関与して対象者本人がプランを作成している。退院後も使えるクライスプランを目指している点や、それを実現するための困難、入院から通院へ移行した後の支援の厚みが減ることへの不安は、当院でも同様に聞かれている。それゆえに有効で実際のクライスプランの作成と活用が強く求められている。</p> <p>・総括：非常に知識・経験ともに豊富な印象。当院でも行われている治療は同じだが、こちらはより質が高く、自信をもって治療に取り組んでいると感じた。明確な役割分担をしながらMDTで回っている。非常にスマートで無駄が省かれている印象を受ける。的確な見立てとそれに基づく明確な根拠を基に治療を行っている。MDTなどの会議、治療プログラム、個別の関わりがガイドラインに沿って機能的に整備されており、効率的に治療が進む構造が確立されている。当院は治療者と対象者の間の関係が非常にフラグで、アットホームな雰囲気特徴的である。その中で、ガイドラインに則りながらも、本人の自己肯定感を高めることや主体性を尊重することととりわけ重点を置いて治療を行っている。その良さとも言える点は保持しつつ、時には適度な緊張感を保つことも必要であると感じた。入院医療から通院医療への移行に関する課題は同じだが、当院の方が比較的医療観察法医療に協力的な機関が多い印象。その点では非常に御苦労されているのだと感じ、頭が下がる思いである。同時に、通院指定医療機関や民間医療機関、行政、福祉など、退院後に対象者を支える支援機関との連携の重要性を再認識した。院内で得られた治療効果を退院後も保つことが、医療観察法の目的である社会復帰に大きく寄与することになる。そのために他機関との連携、協力体制の確立は必須であり、日頃から関係性を構築しておくことが大事であると感じた。</p>
静岡	<p>全体の印象について：一般精神科病棟との併設の12床。併設病棟と一般病棟の設備面的に区切りは難しく、日中はドアをオープンした状況であった。急性期2名、回復期8名、社会復帰期4名の入院対象者であった。うち入院期間が3年を超えるケースが4名あり、それらは他施設からの転院例であった。開棟後約1年経過し、悩みながらもガイドラインに沿ったより良い医療を目指し一生懸命取り組んでいることが各スタッフの行動を見て感じ取ることができた。特に個別性に配慮した運営をしている点か印象的だった。職間の関係性も良好で、多職種が対等に意見を言える雰囲気があり、協力し合っている印象を強く感じた。スタッフステーションのホワイトボードには次回の治療計画の見直しの日付が記載されており、定期的な評価の重要性を意識できていると感じた。看護師は、平成23年10月までは医療観察法と併設の一般精神科病棟との業務は掛け持ちであり、担当が不明瞭であり運営に困難を呈していたとのことであったが、11月から司法担当看護師を固定できたことで医療観察法担当者が明確になり、対象者の状況把握や治療の進展により深く介入できるように変化したとのことであった。毎週火曜日の11:30と14:00に治療プログラム会議が行われており、各プログラムの運営や病棟運営について問題点を中心とした話し合いが積極的に持たれている。月に1回、時間外にも司法チーム会議が行われており、今後の医療観察法の運営について熱心に話し合っており、多くのスタッフが時間外にもかかわらず参加しており意欲の高さを感じることができた。今後の課題は、該当スタッフも感じているように、併設病棟の一般精神科病棟との連携、併設病棟であることのセキュリティ面の評価が問題であると感じた。</p>

静岡	<p>MDT会議について：2ケースのMDT会議に参加する。社会復帰期の長期入院（3年以上）のケースのMDT会議は、チームメンバーが全てそろい行っていた。約30分間と効率良く会議を運営できていた。病識が乏しく発達障害の問題もあり検討に困難を要していたが、今回の外泊の計画や今後の方針を各職種がそれぞれ専門性に合った意見を職種の隔たりなく平等に発言できていた。各職種、モチベーションが高く今後を期待できる印象である。今後の課題としては、治療者と対象者との評価の差を縮めることがより高い医療の提供につながる。回復期のケースのMDT会議は、共通評価項目の見直しと外出についての検討であった。この会議もチームメンバーが全てそろい行っていた。モチベーションも高く、各職種がそれぞれ職種の隔たりなく平等に発言できていた。約1時間と効率良く会議を運営できていた。共通評価項目は概ね3ヶ月に1回評価できている。妄想の訂正に困難なことや、薬剤調整の同意の得られにくさに困難を要していた。今後の課題としては前ケースでも述べたように治療者と対象者との評価の差を縮めることや、具体的な退院後のイメージの構築を対象者と共有することや早期退院につながる。2例共通して考えられる今後の課題として、ガイドラインの各期の目標を対象者ととも確認し続け、現在の課題を共有し治療計画を立案すること、各職種の専門分野の領域を超えたチームワーク（専門分野以外での協力体制）を心がけることが重要であると考えられる。</p> <p>治療評価会議について：1時間で12名の対象者を話し合われており、担当スタッフができる限り参加できるように、特に看護師は入れ替わりながら自身のケースについて会議に参加していた。対象者の説明は主治医が行っており、担当看護師も参加しているが発言は少ない印象を受けた。今後の課題として、ケアコーディネーターである看護師の発言する機会を設けた方が良いか考える。</p> <p>治療プログラムについて：12床ということで、個別プログラムに力を入れて行く運営方針とのこと。集団プログラムは余暇プログラム（DVD視聴等 Ns主体で運営）、社会復帰講座、総合プログラム（運動等）、朝の会、パラレルOT、OT、園芸、ボディーワーク（運動等）がある。上記プログラムのうちパラレルOT、朝の会、園芸に参加する。パラレルOTは参加者対象者8名、スタッフはOT1名、Ns2名にて運営している。雰囲気も良く作業も集中して行っている。特徴的なことはプラモデルやインターネットを導入している。プラモデルは集中力が養われる印象があり当院でも導入方向の参考となった。インターネットについてもフィルターをかけた閲覧できるサイトを限定しており、使用に問題は感じられない。退院後の使用を想定するとの意義であると感じた。朝の会各ステージごとに分けられており参加することができた回復期の朝の会はOT2名、Ns3名で運営されている。体調の点数化、色での表現と各対象者のモニタリングが適切に行っていた。ホワイトボードに各対象者の点数や色を記入し、それをもとにモニタリングを行うことで他者との相互作用が促されていた。個別プログラムは内省、疾病教育、テニス、アルコール、内服、SST、掃除、金銭等がある。疾病教育はCPとNsが協同で取り組みを始めたばかりだとのことであった。1週間に1回行っている面接に出席できる。1週間にあった会議やプログラム、モニタリングをNs、CPにて振り返っている。約40分ほどの時間であった。セルフモニタリングやプログラムの疲化、治療の進み具合の確認になっており、有意義であると考えられる。今後の課題としては、治療共同体の理念のもとに行われる集団プログラムの作成、効率的な集団プログラムと個別プログラムの運営、個別プログラムと集団プログラムのスケジュール調整や運動の問題、日常生活でのプログラムの疲化が課題となってくると考えられる。</p> <p>CVPPPについて：トレーナーが中心となり週に2回15分ほど手技の練習を行っている。運営の検討や他の業務から考えると非常に努力してフォローアップに臨んでいるように感じられた。今後は知識面にも目を向けフォローアップを行ってほしいと期待している。</p> <p>その他の今後の課題について：共通評価項目の点数をつけることで苦勞するが、それで終わりではなく、点数のついている項目に対して治療計画を立案しフォローできることが望ましい。病院の看護師は白衣ではなく私服で業務を行っている。退院後、接する人は白衣であることは少なく私服の人が多くいることや、白衣による治療者と治療を受ける側の格差をなくすような意図があることを参考までに伝達した。</p>
北陸	<p>十字型の病棟の中央部分はアトリウムになっていた。日の光が差し込み、ゆったりとした間取りの空間で対象者同士が歓談したり、漫画を読んでおり、穏やかな雰囲気であった。各ユニットの廊下は広く、一部の居室からは広大な中庭を眺めることができ、閉塞感がなく開放感を感じさせる。スタッフステーション内中央デスクは高さがあり、立ちながらパソコンを操作したり、アトリウムやユニットの様子が見えやすく機動的に動けるよう配慮されている。スタッフは対象者の情報を共有したり、対応を自然にこなしている様子から、スタッフ間の交流が自然に行われている印象を受ける。また、廊下幅が広く、対象者の居室からは広大な中庭が見えた。ビジュアル期間中は対象者が看護師とともに中庭を散歩している姿をよく見かけた。</p> <p>運営会議には院長、副院長などの管理職、事務職員、病棟の各職種が参加し、病棟概況、入院継続、退院申請等を話し合われていた。また、配布資料には対象者ごとに経過がまとめられ、論点が整理されているため会議の進行はスムーズであった。入院継続や退院申請はガイドラインに沿って評価され、部屋やユニットの移動、行動制限やデボ剤、mETC、クロザピン等についても安全への配慮がなされていた。</p> <p>MDT面接にあたっては、事前に対象者に伝える項目を打ち合わせ、面接にあたっては、事前打ち合わせでは各職種が概ね均一に発言していたが、対象者との面接ではプライマリNsが中心となり、書面にて今後の治療内容や担当者等を説明するといった役割分担がなされていた。対象者によっては、事前にMDTで作成した書面を用いるよりも、ホワイトボード等に対象者の意見を書き留め、対象者の言葉で理解を求めるほうが治療同盟構築しやすいと思われた。</p> <p>治療プログラムも疾病教育、ボディーワークやクラフト、権利擁護や社会復帰に関する講座、マインドマップ、CBT入門、個人面接等があった。各種集団プログラムは実施されているが、個別面接の方が多く実施されており、対象者の個性を重視した取り組みが多い。概ねガイドラインに沿って各職種取り組んでおり、対象者を中心としたチーム医療が実施されている。「なかなか内省が深まらない」「病識が得られない」という声をスタッフから聞いた。対象者間の自然な交流がある雰囲気なので、集団プログラムがもう少し充実すると、対象者間での新しい気づきや視点の幅が広がり、内省の深化や病識の獲得につながる可能性がある。</p> <p>本施設の入院期間1年半を超える対象者は、①急性期が長いタイプ、②急性期・回復期が長いタイプ、③社会復帰期が長いタイプの3つに分けられる。①のタイプは、症状が寛存し、知的に低いため理解が得られにくく、衝動性が高いケースや進み遅い。そのため行動範囲が拡大すると粗暴行為がみられるなど他害行為のリスクが高く、次に示す②のタイプのように治療ステージが回復期に移行しても治療の進みづらさにつながっている。またあらゆる薬物調整にも反応が乏しい印象がある。②のタイプは先に述べたように症状が寛存し、衝動性が高く、理解力に限界のあるケースや、内省や病識が得られないために治療が進まず、対処行動が激化しにくいケースが目立つ。入院生活では安定しているが、行動範囲の拡大、外出や家族と面会など新たな刺激を受けると途端に病状が悪化する、といった場合である。③のタイプは、急性期・回復期の期間はガイドラインに近いが、社会復帰期に入り期間が長期化している。帰住地や関係機関との調整が難渋しているケースである。本施設で入院期間が最も長いケースは、この③のタイプであるが、受け入れ予定施設（近隣他府県）が受け入れの検討に2年を要したあげく、受け入れを拒否されるという結果となり、入院期間は4年を超え現在も入院中である。</p> <p>このように社会復帰を阻害している要因は、治療反応性の乏しさや社会復帰要因があげられる。薬物療法に関しては、治療反応性の見極めと必要であれば早い段階でのクロザリンやmECTなどの導入を検討し、知的な低さや発達障害など個性性の問題に対しては手厚い支援体制を早期から組み立てていく治療戦略を立てる必要がある。他害行為のリスクの高い対象者に対しては、段階的な制限範囲の拡大と慎重な観察を継続しながらリスク評価を行い、お互いの安心感を得られるよう焦らずに進んでいくことが望ましい。また、内省や病識が得られにくかったり、病状が不安定になりやすいケースに対しては、他害行為のリスクを低減させることを念頭に具体的な取り組みを進めていくしかない。社会復帰要因に関しては、入院施設の近隣他府県が帰住地であっても他府県となることと調整が継続することを予想するため、帰住地は1点に絞るよりは他の方向性を同時並行で探しつつ、関係機関との調整を早期から戦略的に進めていく必要がある。指定入院医療機関と保護観察所を繋ぎ、テレビ会議で調整を進めているものも有用な手段であり、早期の導入が望まれる。</p>
菊池	<p>・菊池病棟の平均入院期間は796.25日。 処遇終了例が少なく、多職種が粘り強く、あきらめず、継続的・多角的に関わっており、入院が長期化している対象者も社会復帰に向けた動きが希薄になっている印象はない。 ステージ移行の目安や退院の具体的な時期や状態の見通しが不明瞭で対象者間・スタッフ間での共有が乏しい、対象者のニーズを汲み取る意識は高いものの司法的側面からの治療課題が課されることが少ない、会議場面でも治療内容に対する評価や意見、疑問が少なく治療方針や効果判定の時期も含めた見通しに関する議論も少ない、ステージ移行・退院の目安の病棟全体での共有が少なく、集団プログラムの数がやや少ない、などの点が改善されることで、入院期間がより短縮するとも考えられる。</p> <p>・ビジュアルのシステム自体については、例年記載している通り、相互交流に基づく退院促進および医療の均質化という研究の趣旨に合致したシステムであるとの感想であり、自施設や自身を省みる上でも有意義である。レヴュー実施回数に関しては、2～3日間ではノルマをこなすことに殆どの時間が費やされ、十分に評価や伝達、相互交流が行えず、個人的には昨年までのように5日間での実施が望ましい。</p>
長崎	<p>&lt;チーム医療&gt;○評価点：MDT内の情報共有はしっかりできている。各スタッフが、対象者中心の視点で活発な議論を自由に行っていた。合間の時間を利用しカンファレンスを実施することで、さらに多くのスタッフが議論に参加できるよう工夫がなされている。他施設から指摘された改善内容や、各スタッフが気づいたことを元に、アイデアを出し合い、実現化に向けて前向きに進めようとしている。○改善点：情報共有はできていても、MDT内の方針がまとまった段階で会議に議題として出していない。運営会議等の場で検討事項を出す際には、もう少しMDTで綿密な会議を開き、意見をまとめている必要がある。それによって、より円滑な議論につながると思う。</p> <p>&lt;治療プログラム&gt;○評価点：日常の関わりから、対象者の主体性が育まれるような工夫がなされている。治療プログラムの実施マニュアルが整備されており、セッションごとの要点を押さえて運営しやすい工夫がなされている。プログラムを整理することで、より有効にマンパワーを活かす努力がなされている。○改善点：他施設との情報共有をさらに強化していくことで、段階を踏まえた治療プログラムの実施、また対象者の個性をさらに重視した支援に繋がる印象。マンパワーを有効に使う役割分担をすることが必要。負担の偏りを分散することで、専門的なアセスメントがより充実し、これまで以上に細やかな部分にまで目の行き届いた支援に繋がると思われる。</p> <p>&lt;家族心理教育&gt;○評価点：前回のビジュアルで指摘された内容を元に、家族相談会を立ち上げて実施に至っている。家族相談会の内容報告（お便り）は、医療観察法や精神科医療への知識が少ない方にも理解しやすい、受け入れられやすい内容となっていた。○課題点：今後の継続が課題。まずは家族教室の必要性を実施する中で伝え続けることで、多くのスタッフが関心を持ち始めると、安定した継続に繋がると思う。</p> <p>&lt;リスク管理&gt;○評価点：過去に病棟内で自殺があった。その事故後、ハード面だけでなく、生活訓練として対象者の持ち物を自身で確認する機会を治療プログラムの一環として設けていること、セキュリティの重要性の再認識と技能の均一化を目的としたボディーチェックのデモンストレーションの実施（新任者研修も含め定期的）、これまでに以上にリスクアセスメントを慎重に実施した上での観察時間の検討と、ソフト面での改善もなされている。他施設と情報共有、また外部評価会議等を設け、直ちに事故の検証と再発防止に努めている。自殺した対象者の担当看護師に対して、ストレスに配慮した対応を実践している。○改善点：発見者（担当看護師）だけでなく、関わったスタッフ（MDTやその場において対応した看護師等）のフォローも必要。自殺した対象者のMDTで、そのことを共有しお互いの感情も含め話し合える場がなく現時点に至っている。対人援助職で従事する上で限り必ずついてくる問題だからこそ、スタッフが心理的負担の軽減や今後も質の高い支援の継続のため、ディブリーフィングが必要。時が経過しても、リスクへの意識を持ち続けられるような工夫をしていくことが課題。</p>

松沢	<p>・心理教育的プログラム：多様なプログラムをもっていることが強みとなっている。一般的な疾患教育プログラムとして、医師・心理士が中心となり進めているものがある。また、看護師が行う服薬プログラム、「双六」プログラムは独自性がある。服薬プログラムは薬に対する個人的な認識をしっかりと取りあげたものであり、「双六」では医療観察法制度や疾患教育などで話題となったルールやポイントを振り返る機会を提供している。対人関係スキルの向上を目指した作業療法士が提供しているアサーション・トレーニングのプログラム、看護師が中心となり提供しているSSTもある。社会復帰講座では、生活能力の向上において必要な情報提供を行っており、精神保健福祉士が支援している。対象者に適切なプログラムの選択方法が、プログラムの多様さという強みを生かす鍵になると考えられ、コーディネーターにその役割が期待される。</p>
	<p>・作業療法士の理念：現在の入院対象者の状態から想定されることとして、通院処遇への移行において必要と考えられるデイケア通所への橋渡しを課題として設定されている。現実的な目標があり、それに向かう形で対象者の不安軽減や、適応力の向上を狙った介入がなされている点が強み。また、自尊心の維持向上を主眼においた介入は、一貫しており、対象者の長期にわたる入院生活を安定させる上で有効となる。</p>
	<p>・看護師の理念：病棟治療を充実させるという理念をもっていることが強み。外出、外泊の同伴スタッフも、病棟内での勤務者を確保するため看護師の同伴人数を定めている。今後も新たな介入を提供しようとする意欲もみられている。</p>
	<p>・多職種連携：他の職種の専門性への配慮から、意見交流に困難となる状況も時にあることは、どの施設においても共通する問題。意見交流の場の設定、コーディネートする人材が、どのようになっているのかは、今回のピアレビューでは十分に評価できなかったが、現在は医師がカギとなる役割を果たしているように感じられた。今後の発展のためには、緩衝剤となりつつ、各専門性を生かすためのカギとなる役割を果たす人材が欲しいのではないかと。</p>
	<p>・対象者主体の医療：処方話し合う場面においては、対象者の意思を尊重した医療の提供が感じられた。ユニットミーティングでは、司会の役割を対象者が担い、主体的に医療にとりくむための工夫がみられた。</p>
	<p>・困難な症例へのアプローチ：担当多職種チーム内ではアプローチが煮詰まってしまう状況では、治療評価会議に話題を出すことで打開しようとする工夫がみられた。治療方法の改善に向けた研究やプログラムの開発も検討されているように感じられた。</p>
	<p>・病院内での相互研修：Nsは他の病棟からの研修を定期的に受け入れており、システムの違いによってNsが隔てられることなく交流ができる工夫がみられた。</p>
	<p>・治療評価会議：リスク管理と、スケジュール管理にも配慮されていた。外出・外泊実施に際して定型的な評価用紙を利用していることで、評価のものをなくす工夫がみられた。自己管理の物品の拡大や、他の患者との関係での配慮が必要な点は、課題として挙げ、連携がとられていた。治療課題やCPAなどのスケジュールは、治療評価会議時に確認されており、スケジュール管理に配慮されていた。</p>
	<p>・CPAの進め方：ホワイトボードを利用し、議題を書き、流れを共有しながら進めており、対象者も、地域関係者も参加しやすい工夫がされていた。参加者にはお茶を出し、リラックスした雰囲気を作る工夫がされていた。治療評価会議で使用している経過をCPAでも活用するという方法は、効率的である。</p>
	<p>・全体を通して、困難な症例に対しても粘り強く、薬物療法および、言語的なアプローチしていくという方針が感じられた。長期化例では、治療者との関係性の側面や、家族へのアプローチ、地域関係機関との連携もカギとなると考えられるが、時間の都合上、今回は未評価となった。</p>
肥前	<p>制度設計段階からの旗艦施設として「理念の重視」の姿勢が行き渡っている。医長・師長が一貫していることも影響しているであろう（その分今後のバトンタッチが重要であろう。当院も課題である）。対象者主体の医療が丁寧になされている。自分たちの医療が何を目標しているのか、きちんと対象者に伝えようとする努力がされている（病棟内の掲示物も行き届いている）。家族へのアプローチもきちんとされている。しかし、面会室でCPA会議をするのは少し無理を感じる。今後、家族教室などを含め、7病棟での家族への対応を充実する事を考えてはどうだろうか。病棟医制が高く、病棟医の関与が密であるが、病院全体との交通が少ないのであろうか？</p>

表7 項目別のピアレビュー

1. 全体的な体験	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 病棟全体の体験を通じたレビュー</li> <li>2) 他施設の治療的雰囲気に接する機会</li> <li>3) テーマ別に特化したレビュー</li> </ul>
2. 多職種の体験	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 各職種の機能や活動のレビュー</li> <li>2) MDTとしての機能のレビュー</li> </ul>
3. ガイドラインにそった体験（コンプライアンス）	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 各施設の運営マニュアルとその活用</li> <li>2) 治療評価会議・運営会議・倫理会議など</li> <li>3) リスクアセスメントとマネジメント</li> </ul>
4. 入院期間と課題別での評価とレビュー	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 短期入院</li> <li>2) 標準的な入院</li> <li>3) 長期入院</li> <li>4) 退院困難例</li> <li>5) 自殺例や自殺企図例</li> <li>6) 他害行為例</li> </ul>
5. 治療プログラムの評価とレビュー	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 薬物療法 クロザピン</li> <li>2) その他の生物学的治療</li> <li>3) 心理社会的治療</li> <li>4) 対象行為別治療 性犯プログラム、放火プログラム</li> <li>5) 疾患別プログラム 薬物・アルコール依存プログラム</li> </ul>
6. 社会復帰	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 社会復帰調整官との連携</li> <li>2) 通院処遇と地域処遇 ACT</li> <li>3) 通院施設や社会復帰施設との連携</li> </ul>
7. その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) リスクに関する課題</li> <li>2) セキュリティとアメニティに関する課題</li> <li>3) スタッフ教育に関する課題</li> </ul>

## 資料1

### 2011年ピアレビュースライド 総集編

## 国立病院機構賀茂精神医療センター ピアレビュー

岡山県精神科医療センター  
来住由樹  
大東真弓

## 病棟の印象

- ・ 広い・明るい
- ・ 調度類に工夫がなされ、角がないなど安全に配慮されている
- ・ 死角がすくない
- ・ 体育館がよい(岡山だけでない)
- ・ お地蔵さんがよい
- ・ 平屋構造はやっばりいい
- ・ パニックアラームが時計といっしょで自然

### 気づいたこと

- ・ 密度濃く関わられるエリアがほしい
- ・ 対象者をめぐる雑談が少ない
- ・ スタッフステーションの窓が小さい
- ・ エリアにスタッフがすくない

## MDT会議・withP

- ・ 各職種から意見がそれぞれ出ており、ディスカッションがきちんとなされていた。
- ・ プライマリーNsが事前準備をしっかりと行っており、会議の進行も担っていた。会議のテーマを明確にし、迷走する事無くスムーズに進行し、しかも短時間で効果的な会議となっていた。

### 気づいたこと

- ・ 本人要因・家族要因・調整要因とに分けたとき調整要因の議論がやや多い印象
- ・ 対象者に具体的な取り組みの提示があればいいかも(家族と安心してすごせるには何に仕組みればよいだらう等の問いかけ)

## 治療評価会議

- ・ 全職種がきちんと参加しており、その場で各職種の立場からの意見が出されていた。
- ・ 情報の共有が出来るように配慮されていた。
- ・ 全対象者について、丁寧に議論がなされていた。
- ・ チームごとの情報共有シートが工夫されている

### 気づいたこと

- ・ 医師の声が大きいかも
- ・ 本人要因・家族要因・調整要因とに分けたとき調整要因の議論がやや多い印象
- ・ 時間が長い?(外出計画など管理的なことに時間がかかる?)

## 朝のつどい・ユニットミーティング ・全体ミーティング

### ■朝のつどい

- ・ 毎朝全員が集まり一体感がうまれている
- ・ 新入院の対象者の紹介がすぐに見える

### ■ユニットミーティング

- ・ 参加スタッフが多い
- ・ スタッフがうまく発言を引き出している

### ■全体ミーティング

- ・ ユニットミーティングから全体ミーティングへうまく流れている
- ・ 対象者がユニットの話し合いを発表するのがすばらしい
- ・ 全体で話し合う問題を担当Nsがまとめて提示し、参加者理解を促進している。
- ・ スペースが広くてよい

### 気づいたこと

- ・ 朝にユニットの集まりがないので、当日の対象者が自分の体調と気分に意識すること、スタッフが対象者の様子を全体でつかむことがむづかしい
- ・ ユニットミーティングで対象者が自分の1週間の生活をふりかえる場としての設定もいいかも

## プログラム

- ・ブレ・アフターミーティングも実施しており、対象者の状態を十分に把握した上で実施出来ている。
- ・多職種にて関与が出来ている。
- ・プログラムの開発が今も進んでいる
- ・さくらプログラムなど、ここにしかないプログラムが開発されている
- ・お茶など、導入の工夫、場の雰囲気づくりができています

### 気づいたこと

- ・個別プログラムをWithPから具体化させて提示するのもいいかも
- ・プログラムの時間が長く感じられる。小中学校の授業時間がちょうどと考えることもできるかも
- ・プログラムをめぐって他院との交流があってもいいかも

## 安全管理

- ・火災訓練、離院時訓練などが日常からなされている
- ・問題発生時のフローチャートがわかりやすい
- ・危険物が主スタッフステーションに一括管理されている
- ・対象者へ貸出物品をわたすときに、期限の時間もあらかじめ記載されている
- ・アクシデントがあったときには、すぐに見直し・対策をおこなっている

### 気づいたこと

- ・観察レベルが、常時-15分-60分となっており、30分がない。30分があると、60分の方を含めて病棟全体の観察頻度が上がり、把握しやすい
- ・コード類ほか持ち込める物品が厳しい

## 院内連携・外部講師

- ・栄養士や薬剤師がプログラム参加している
- ・緊急時には他部署のスタッフも駆けつける

### 気づいたこと

- ・外部講師がいまのとこ活用されていない  
(ストレッチ・音楽・クラフトなどに入ってもらおうとプログラムが活性化される)
- ・当事者がいまのところはいていない  
(デポを受けている人が再燃予防のことを、単身生活者が金銭・生活の工夫をかたると説得力がちがう)  
(ダルク、AAなど依存症当事者がはいると迫力が違う)
- ・院内連携で、発達障害など特化した分野から入ってもらうと具体的支援となる

## チーム医療体制

- ・スタッフが明るくまとまりがいい
- ・勤務内にMDTをおこなっている

### 気づいたこと

- ・コメディカルが兼務であり、個別治療プログラムや、チーム医療体制にやや支障がある
- ・朝の申し送りはNSのみであるのが気がかり

## 退院申立・入院継続申立

- ・行程管理がきちんとおこなわれている

### 気づいたこと

- ・決定書を治療計画に生かすことができるかも
- ・入院後の治療の内容や、見立ての変化、のこしている課題などの記載が少ないかも

## 感想

- ・ピアレビューではありましたが、色々学ぶことも多く、自病院の運用についての改善点のヒントを頂きました。
- ・MDT会議やプログラム見学など、スタッフの皆さまにはご協力いただき、心から感謝いたしております。
- ・ありがとうございました。



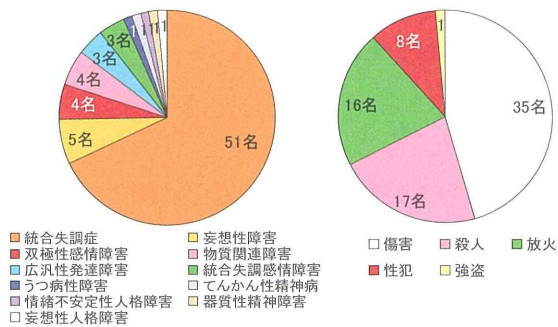
## 菊池病院 ピアレビュー講評

小諸高原病院  
村杉 謙次 横田 聡子

## 小諸高原病院の現況

- ◆ H18年6月開棟(5年7か月経過)。平均在院日数(転院・処遇終了例は除く):484日(H21年7月時点)。(cf.菊池:796.25日)
- ◆ ハーフサイズの17床
- ◆ Dr・コメディカル専任体制(Dr専任1名、CP専任2名、OT専任1名・兼任1名、PSW1専任1名・兼任2名)
- ◆ Ns24名2モジュール制
- ◆ 入院者数75名(現在累計)
- ◆ 退院者数58名(通院処遇移行33名、他の指定入院医療機関への転院19名、処遇終了6名)

## 医療観察法入院対象者の主診断・対象行為 (H24年2月1日時点累計75名)



## 全体として・・・

- 菊池と小諸は全体的に似ている気がします
- ゆったりとした雰囲気⇔小諸は詰め込みすぎかも
- プログラムのネーミングの良さ(くまもん・・・)
- 中庭・テラスの広さ、開放感、木のぬくもり
- ホワイトボード・掲示物、各種書面を利用した円滑な情報提供・共有
- コメディカルの充実、先進的な生物学的治療(CLZ・mECT)
- 対象者のニーズ・自主性を大切にし、肯定的なフィードバックを意識するなど、全人的な医療を実践している。
- 処遇終了例が少ない。粘り強く、あきらめず、関係作りに重点を置きつつ、長期的に関わっている印象。

## 治療プログラム全般

- 疾病体験談、感情スキルなど興味深いプログラムが多数存在。是非教えてください。
- スタッフの連携がとれている。進行がスムーズ。
- プレ・アフターの時間がやや足りない。
- 動いている集団プログラム数が小諸に比べやや少ない印象。無理のないペースで、個別での補完を重視。

## 内省

- 全体的に対象行為を取り上げる場が少ない印象。⇔小諸では多職種で自分史Pを行い、対象行為に至った流れを共有。その後も、様々なアプローチ(心理面接、CP以外の職種の面接、被害者について考える会、集団での内省P、本人入りMDT会議など)で社会的責任(説明・再犯防止・謝罪賠償責任)についてとりあげている。
- lifeへの焦点付けに加え、crimeにも焦点をより当てたほうが良いのでは。
- 対象者に変わらない場所を提供する上での全対象者に対する心理面接の実施。

## 治療評価会議

- 多職種がバランスよく発言しており、現状共有や今後の方針がしっかりと報告されている。
- コンパクトにまとまっており進行がスムーズ。
- 担当ではないMDTスタッフからの質問やアドバイスがやや少ない印象。
- ステージ移行の基準が不明瞭。⇨小諸では各ステージ毎の到達目標が具体化しており病棟全体で共有。
- 3ヶ月評価の内容が報告されていない⇨小諸では3ヶ月評価を実施した対象者については会議の終わりの部分でスライドを用いケースカンファを実施し現状と今後3ヶ月の課題を病棟全体で共有。

## MDT会議

- 対象者のニーズ・自主性を大切にしたり。
- 丁寧な共通評価項目の評定と評価に基づいた方針設定。
- 言語のみでの課題共有が困難な対象者の場合、視覚的なツールを利用したほうがより課題を共有しやすいのでは。→小諸ではケアマップを使用。
- 小諸では処遇困難例や情報共有が不足しがちな対象者の場合、朝(8:45~9:00)のプログラム開始前の時間を利用し、短時間の本人入りMDT会議を短いスパン(連日~週1)で開催。拡大MDT会議も適宜開催し、病棟全体で処遇困難例の現状と課題、方針を共有。
- 小諸は全職種がスタッフステーション内で仕事をしていることが多いため、捕まえやすく、捕まりやすい。小MDT会議も適宜開催。

## 物質使用障害への対応

- 多くのテキスト・教材を使用しての継続したアプローチ、積極的な社会資源の利用。
- 器質面・能力面のアセスメントをより深く。機能画像検査(SPECTなど)もその一助に。

## 朝のつどい

- 統一的なシートを活用したセルフモニタリングの場となっている。そこにのれない対象者には個別で丁寧に対応。
- 小諸では『性衝動』『ジュースの本数』『脳の温度』など、今後クライスプランにのってくるであろうkey wordを抽出し、朝のあつまりの場で発表。退院後に不特定の地域のスタッフと共有していく上での訓練。
- スケジュール表を毎週各対象者に渡し、スケジュール管理能力を高める機会としてもよいか。

## 思考スキル

- 対象者の知的レベルにあわせ2種類用意。
- スタッフ同士が重要なポイントなどを阿吽の呼吸で補っているように感じられ、対象者がスムーズに理解できるように努めている印象大。
- プログラムの内容がどのタイミングでどのようにクライスプランなどに反映されているのか目安や工夫などがあれば教えて下さい。

## 感情理解

- 快の感情を生じさせるようにプログラム内容を工夫している。
- 被害者の思いにまでつながった例もあり。
- 「楽しい」という感情も持ちにくい状態にあることをスタッフが気づききっかけになることも。
- 日常生活場面での般化への意識や工夫。

## 鹿児島県立始良病院 ピアレビュー

岡山県精神科医療センター  
高橋 正幸  
西村 大樹

## 病棟の印象

- セキュリティを確保した前提で、開放的な印象。
- 広い。カラフル。
- 落ち着いている。
- きれいで明るい(建物もスタッフも)。
- 急性期エリアからも中庭に出れる。
- 整頓がうまい

## MDT会議

- 各職種から意見がそれぞれ出ており、ディスカッションがきちんとされていた。
- プライマリーNsが事前準備をしっかり行っており、会議の進行も担っていた。会議のテーマを明確にし、迷走する事無くスムーズに進行し、しかも短時間で効果的な会議となっていた。
- MOMへの記録も並行して行われており、始まりから終わりまで効率的に実施している。
- コメディカルが原則1人で、大変そう…

## 治療評価会議

- プライマリーNs(あるいはMDT)が中心となって発表。
- 3軸にそってサマリーをまとめており、わかりやすい。
- 全職種がきちんと参加しており、その場で各職種の立場からの意見が出されていた。Nsの参加も多く、情報の共有が出来るように配慮されていた。
- 全対象者について、丁寧に議論がなされていた。

## プログラム

- 個別が多い。丁寧。
- 多職種にて関与が出来ている。
- プレ・アフターミーティングも実施しており、対象者の状態を十分に把握した上で実施出来ている。
- 集団を活かしている。

## 記録について

- 事務職員も一体となり、患者情報や会議録などの情報を入力・整理できている。
- 会議の議事録(MDT会議、治療評価会議)は迅速に行われていて、無駄がない。
- 日々の観察記録やプログラム実施後の入力など、充実した記録が出来ている。

## 運用

- MDT会議がこまめに実施されており、ガイドラインの示された時期にも実施されていた。
- 入院継続の時期を目安に、常に3軸を意識しながら処遇の検討をしている。
- 全対象者の予定表が作成されており、見通しを持って関わっていた。

## 検討事項・課題

- 治療評価会議にて
  - 生活面や内省等について、具体的に掘り下げて議論してもよいのではないか。
  - 意見は出ていたが、もっと多職種の意見が積極的に出ても良いのではないか。
- ステージ移行時期の検討について、課題達成による評価になっているか。
- プログラム(特に集団や家族へのアプローチ)の充実が今後の課題。プログラム会議？
- 院内資源や外部講師の活用を考えてもいいかも。

## 疾病教育(岡山のプログラムを使用)

- 1回の情報量が適切。
- OMDTへの相談につながり、復習となるような宿題が設定されている。

*National hospital organization Hanamaki hospital*  
2011/12/19~21

## 小諸高原病院 医療観察ピアレビュー

花巻病院  
中嶋正人, 山村卓

## 小諸高原病院 医療観察法病棟プロフィール

＜スタッフ構成＞  
看護師24人、事務1人  
医師2人、臨床心理士2人  
作業療法士1人  
精神保健福祉士1人

## 小諸高原病院における 医療観察法入院医療 レビューを終えて

### ◎ 病棟構造

バスユニットが各ユニットにあり、病棟に1個しかない花巻病院と較べてゆったり時間をかけて入浴できる点や各ユニットのデイルームにホワイトボードがあり活用されていること、制度や法律の流れがラミネートされ壁に掲示されていることなど、学ばせていただく必要を感じた。