

## 1. 施設の基本評価（表2）

入院期間については平均入院期間の推移、スタンダード入院期間での退院率、短期入院の有無、長期入院率などを問うた。通しての数字として評価している場合と、現在入院者の割合など報告にばらつきがある。長期入院では「18カ月を超える」を長期入院群とすれば80%が長期群となるが、2年以上とすると施設差が現れる。転院群や県外群に長期化が指摘されるが、これらの群でも介入の不足を指摘する意見もある。

病棟の運用では多職種面接、共通評価項目の利用、治療評価会議、運営会議、倫理会議に分けてピアレビューの評価を行っている。多職種面接については定期的実施する施設が多数であるが、頻度は月1回が多く丁寧に行われているとの評価である。治療評価会議は全ての施設において多職種で実施しているが、コメディカルの参加にはばらつきがある。司会や運営に工夫がなされて、比較的短時間で議論を行う施設と、時間をかける施設がある。評価シートを作成して効率化を図るべき、MDTと治療評価会議を分けるべきとの指摘もある。

治療プログラムはおおむね多様で個別性に富み、また集団療法を駆使しているとの評価である。

薬物療法では単剤化を基本とする点では一致しているが、それでも多剤併用が見られており、その改善にはクロザピンの使用が有用であり、かつ効果を得ている。しかしクロザピン抵抗性も報告されており、mECTとの併用など工夫がさらに求められている症例もある。

安全管理に関してはクライシスプランの作成は活発で、それぞれの工夫がなされている。入院初期から注意サインの抽出・般化し介入、対象者を含めた話し合いの中でクライシスプランを作成、個々の状況に合わせた立案、心

理士の個別面接で作成、MDTや家族・地域関係者と共有、SOSプラン作成など当事者を交えて作成されている。

## 2. 長期入院・暴力リスク・クロザピン症例（表3）

長期入院例は105例、暴力リスクなど問題行動があり治療困難な14症例、クロザピンを使用しないし使用準備をしている22症例が集積された。問題や課題とともにピアレビューの意見が付されて、訪問施設との意見交換が活発になされ、治療や処遇への意見が述べられている。異なった角度での臨床的な意見が参考になったとの意見が多く述べられている。

クロザピン症例では慢性化過程が進行している症例では改善しても限界があり、クロザピン治療抵抗性といえる症例がみられる。

## 3. 提案事項・協議事項（表4）（表5）

ピアレビューにより訪問施設に提案された事項は67項目あった。多職種チームに関する提案、入院長期化対策への提案、観察やリスク評価に関する情報の共有、医師問題、アクシデント・インシデント、クロザピン、看護計画の立案、治療計画の立案、ゾーンミーティングなど治療共同体、認知リハビリテーション、中庭の利用、運営会議での管理者のあり方、集団プログラムの活用、セキュリティ管理、治療の動機付け、服薬管理、合併症転院への対応などの提案があった。それぞれが指摘事項を具体的に記載して検討を求めている。

同様に双方の施設で協議された事項も47項目あり、活発に意見交換がなされた。その結果の改善へ向けた取り組みがなされている。

## 4. ピアレビューが学び技術移転をした事項（表6）（表7）

ピアレビューで重要なことは交流の双方向性

であり、ピアレビューが訪問施設で学んだこと、また自施設に移転する技術に出会うことである。学んだことは66項目が挙げられており、運営会議や治療評価会議の具体的な運用、それに供するシートなど運用面から、治療プログラムやmECT、クロザピンなど治療に関すること、クライシスプランやリスク評価に関する事項など自施設で不十分で不足しているところである。訪問施設に教えられたことが多く挙げられており、具体的な技術移転も32項目となる。

## 5. 自由意見と講評（表8）（スライド原稿）

数多くの自由意見が出されている。ピアレビューを通して批判する目を養い、また訪問先より進んだ技術を学び、また多職種チームに感動して元気ももらって明日からの力になると指摘する意見も多くみられる。訪問施設を高く評価して尊重しながら意見も述べる形となり、ピアレビューを受ける、実施する双方の配慮があつて初めてピアレビューが成立するといえる。

## 6. 自殺企図症例

8例の自殺企図例が報告され、2例は既遂である。自殺リスクの評価とマネジメントに関して事例を集積している。

## D. 考察

精神科領域での事業としてのピアレビューは医療観察法入院施設が初めてである。これまで研究として行われてきたが、予算上の制限があり、ピアレビュー期間やメンバーに限りがあった。今回は3職種で5日間のピアレビューが実施されて成果をえた。

基本評価ではガイドラインに沿つての医療であるが、入院期間が長期化する傾向があるもの、社会復帰促進への意向は明確に示されて、そのための提案を訪問施設職員とピアレ

ビュー共に意識して意見交換に励んでいる。長期入院症例及びその可能性が高い暴力リスクの高い症例の集積を通して、対策を検討して改善を提案している。そのためにはクロザピン導入は不可避であり、その成功症例が報告された。しかし治療効果が限定的な症例や副作用で使用が困難となりクロザピン抵抗性というカテゴリーも出てきている。

今回はピアレビューの効果や影響に関して、提案事項・協議事項を明確にし、その後の変化を追跡する項目を導入した。3ヶ月後の変化に関しては25年度研究での調査項目となるが、多くの事項が提案されている。同様にピアレビューが訪問施設より学んだ事項も多く、双方向性の交流が成立している。これらについても3ヶ月後のピアレビュー自施設への効果として調査を予定している。

項目に沿つてのピアレビューに加えて自由記載を求め、多くの意見が出された。これはピアレビューの最終日に講評として発表機会を設けて意見交換をした資料を、自由意見やパワーポイントとして訪問施設に残してきたものである。

## E. 結論

今回は医療観察法病棟の基本的評価として全体的な評価、長期入院症例とそれに関連する暴力や治療抵抗性症例に関して、双方性の意見や情報交流の在り方を可視的で、その後の変化を評価しうる方法で実行した。同じ方法を踏襲しながら、重点項目として安全やリスクアセスメントとリスクマネジメント、社会復帰促進へ多様な試み、具体的な治療プログラムの評価や技術移転、多職種チームの運用などに焦点を合わせる方法も導入して、医療観察法医療の均霑化を図ることに寄与する。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 ピアレビュー・マッチング

	行 先		訪 問 者
1	国立病院機構花巻病院	←	東京都立松沢病院
2	国立病院機構下総精神医療センター	←	岡山県精神科医療センター
3	国立精神・神経医療研究センター病院	←	国立病院機構久里浜医療センター（しおさい）
4	国立精神・神経医療研究センター病院	←	国立病院機構下総精神医療センター
5	国立病院機構久里浜医療センター（しおさい）	←	国立病院機構花巻病院
6	国立病院機構さいがた病院	←	国立病院機構小諸高原病院
7	国立病院機構北陸病院	←	国立精神・神経医療研究センター病院
8	国立病院機構東尾張病院	←	国立病院機構さいがた病院
9	国立病院機構やまと精神医療センター	←	国立病院機構琉球病院
10	国立病院機構賀茂精神医療センター	←	国立病院機構東尾張病院
11	国立病院機構肥前精神医療センター	←	埼玉県立精神医療センター
12	国立病院機構琉球病院	←	神奈川県立精神医療センター 芹香病院
13	埼玉県立精神医療センター	←	国立病院機構肥前精神医療センター
14	東京都立松沢病院	←	国立病院機構北陸病院
15	岡山県精神科医療センター	←	国立病院機構賀茂精神医療センター
16	国立病院機構久里浜医療センター（なぎさ）	←	長崎県精神医療センター
17	国立病院機構小諸高原病院	←	茨城県立こころの医療センター
18	国立病院機構榊原病院	←	国立病院機構やまと精神医療センター
19	国立病院機構菊池病院	←	静岡県立こころの医療センター
20	茨城県立こころの医療センター	←	鹿児島県立始良病院
21	群馬県立精神医療センター	←	国立病院機構菊池病院
22	長崎県精神医療センター	←	国立病院機構久里浜医療センター（なぎさ）
23	鹿児島県立始良病院	←	国立病院機構鳥取医療センター
24	国立病院機構鳥取医療センター（※）	←	群馬県立精神医療センター
25	神奈川県立精神医療センター 芹香病院（※）	←	国立精神・神経医療研究センター病院
26	山梨県立北病院	←	長野県立こころの医療センター 駒ヶ根
27	長野県立こころの医療センター 駒ヶ根	←	大阪府立精神医療センター
28	静岡県立こころの医療センター	←	山口県立こころの医療センター
29	大阪府立精神医療センター（※）	←	国立病院機構肥前精神医療センター
30	山口県立こころの医療センター	←	山梨県立北病院

表2 基本評価のまとめ

	中項目	ピアレビューの 評価項目	備考	ピアレビュー意見（総合）
1	入院期間	平均入院期間 の推移		スタンダード入院は1施設で、他は平均入院期間に相当する施設が多い中、長期入院となっている施設もみられる。
2		スタンダード での退院率	18か月± 2か月	スタンダード入院率は10%から20%に入るが、10%を切る施設もある。短期群と長期群とに2分化している施設や、入院期間の時間管理へ配慮を必要とするとの指摘もある。
3		短期入院の有 無と率	16か月未 満	短期入院は10%相当が多く、30%とする施設もある。ただ直接処遇終了ケースを含めており内容の検討が必要である。
4		長期入院率	18か月以 上と症例	「18か月を超」を長期入院群とすれば80%に長期群となるが、2年以上とすると施設差が現れる。転院群や県外群に長期化が指摘されるが、これらの群でも介入の不足を指摘する意見もある。
5		長期入院の退 院	人数と全 症例	長期群の退院に関してはクロザピンが検討され、今後に期待がある。
6	運用	多職種面接の 実際	在り方・ 回数	定期的に実施する施設が多数であるが、頻度は月1回が多い。丁寧に行われているとの評価である。
7		共通評価項目	定期的な 見直し	定期的（3ヶ月、6か月）な見直しがなされている。
8		治療評価会議	在り方	多職種で実施しているのは全ての施設で実施されている。コメディカルの参加にはばらつきがある施設がある。司会や運営に工夫がなされて行っている。比較的短時間で議論を行う施設と、時間をかける施設がある。評価シートを作成して効率化を図る。MDTと治療評価会議を分けるべきとの指摘もある。
9		運営会議	在り方	2施設では月2回実施されている。管理者もかなり対象者を理解しており、議論は非常に实际的であるとする施設が多くみられ、特にリスク評価には意見が多く出る。
10		倫理会議	在り方	外部委員の発言や役割には多様性がある。議題がない場合にも症例カンファレンスや病棟説明など工夫がなされている。真摯な話し合いが多く、権利擁護などの観点でも意見が出されている。
11	治療プロ グラム	CPA（院内ケ ア会議）		多くは進め方など事前によく準備した上で会議が実施され、入院後すみやかに実施され開催も定期的である。不定期に開催する施設があり、当事者参加への懸念を述べるピアレビューもある。
12		疾病教育		段階を追ってステップアップしていく形となって導入し集団プログラムの利点を活用している。多くは集団プログラムと個人プログラムとがあり、全ての施設で工夫がなされている。
13		内省プログラ ム		集団の内省プログラムを行っている。対象行為別であったり、対象行為にかかわらずに行ったり、その都度検討して工夫されている。
14		アンガーマネ ジメント	有無と在 り方	未実施施設もあるが多くが集団、個人プログラムとして運営している。怒り、感情理解を目的に行われている。日常に役立つプログラムを目指されていた。
15		生活技術訓練		全ての施設で工夫をして実施している。生活技能訓練室を持つ施設が増えてきている。ない施設でも退院後の生活を意識した個別の調理活動が行われていた。また、退院準備プログラムでは退院後の食事やお金に関するグループワークを行っていた。
16		就労前訓練		研究班の就労準備プログラムが普及し始めている。就労前の訓練がOTによって行われていた。就労準備性プログラムにのっとり実施。外部講師を招き、行うこともあった。

	中項目	ピアレビューの 評価項目	備考	ピアレビュー意見（総合）
17	治療プログラム	物質使用障害プログラム	有無と在り方	実施している施設が多数でSMAPPPなどMATRIXモデルの採用は集団療法や心理教育、集団療法、個別療法と多彩である。
18		性暴力プログラム		性犯プログラム16ステップを、CP・Nsが個別実施し、対象者の状態・知的水準に合わせ、規定より回を増やすなど工夫がなされている一方で、取り組みが長い施設も多い。
		放火プログラム		消防士を講師に招きプログラムを実施している。視覚的材料も使った教育プログラムがある一方で、必要性を認めても未実施の施設が多い。
19		その他注目するプログラム		疾病教育とは別にCBT入門も行われており、対象者の症状のマネジメントスキル、『禁煙プログラム』や『ギャンブル依存プログラム』など認知行動療法、WRAP、他害防止プログラム、「はじめまして」プログラムという入院初期の対象者向けのオリエンテーションプログラム、ビューティーサロンという女性だけのグループ対象者が自分の病気を他の対象者に伝達する手法のプログラム、薬剤師によるSST、ピアサポートグループ、家族ゼミナール（家族支援プログラム）、審判シミュレーションプログラム、妄想性の病状に対応するプログラム
20	薬物療法	クロザピンの使用	件数と全症例	2施設が未導入であるが関心は、数例にとどまる施設が多いが関心は高く症例数も増加している。
21		薬物療法の単純化	実施	基本的には単剤化されており、多剤併用は少ない。クロザピンも一役買っている。一部多剤併用療法となっており治療の進行を阻害している。
22	安全管理	クライシスプランの作成	在り方 暴力の件数問題となる症例	クライシスプランには記載も多く、それぞれの工夫がなされている。入院初期から注意サインの抽出・般化し介入。対象者を含めた話し合いの中でクライシスプランを作成、個々の状況に合わせた立案、CPの個別面接で作成。MDTや家族・地域関係者と共有、SOSプラン作成など当事者を交えて作成されている。
23		リスクアセスメント・マネジメントの定期的見直し		リスクアセスメントは定期的に見直され、それに基づくマネジメントも立案されている施設が多いが、見直しの期間にはばらつきがある。
24		CVPPP（包括的暴力防止プログラム）の実施		いずれの施設でも実際の使用機会は少なく、技術の維持を目的に定期的な研修を実施している。
25		行動制限	症例（問題となる）	行動制限は限られるか少数とする施設が多い。隔離7事例（のべ8回）、拘束事例2例（のべ2例）で多い施設もある。激しい興奮と自傷のリスクが逼迫した事例でも2～名の常時観察で乗り切っている場面もあり、隔離拘束の一定の標準化が望まれる。
26	その他	家族プログラムの実施	有無と在り方	家族会として集団プログラムを組むところもあるが、参加者の多さ少なさにはばらつきがある。福風が必要である。外泊や面会時に個別の家族介入に触れる施設はすべてである。

表3 クロザピン症例

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	治療経過	コメント1	コメント2
1	M	20	放火	F20.0	F7	高卒後、渡米。マリファナを吸引歴あり。在米中、精神的変調（注察念慮、自己関係付け）を来し入院後、帰国。Aクリニックに通院していた。その後、精神運動興奮などがみられ、B病院に1日間のみ入院。退院後は同院に通院するものの、病識なく、服薬も不規則となった	神社に放火しC病院に入院。退院後は同院に通院していたが思考障害が著しくなりD病院での医療観察法の鑑定入院	「天国と地獄のことを考えなければいけない」などノートに殴り書きするなど奇異な行動。躁状態も目立つようになり、オランザピン、バルプロ酸、炭酸リチウムなどを併用した。クロザピン開始。クロザピン投与により、ある程度精神症状の改善がみられたが、病識は不十分であり、社会復帰体制は整っていない。	継続的治療は行われておらず、対象行為に至った。医療観察法病棟でクロザピンを投与し、ある程度の効果が認められた。病識欠如も持続し、さらなる疾病への理解への教育プログラムへの参加と退院後の強力な支援体制が必要な事例である。	学校時代もいじめを受けたという生育歴を有する。マリファナ使用と精神病症状、使用時期と症状衰退の相関がはっきりせず、薬剤関連精神障害の可能性もある。薬剤再使用のリスクもあり、今後も注意して経過をみていく必要がある。
2	M	30	放火	F20.0		16歳で関係念慮、自殺念慮があり、初回入院。20歳で被害妄想、抑うつ、易怒性で自傷行為や幻聴が増悪して2回目の入院。退院後に断薬して精神状態悪化し幻覚妄想状態、支離滅裂で対象行為	不穏状態で自殺目的で自宅に放火	入院後4年8か月。幻聴や一過性の昏迷状態を繰り返し、自傷や粗暴行為を繰り返し安定が得られない。クロザピン500mgで小康を得ているが、まだ両側の抑うつ気分、すぐ忘れるなどの不全感、幻聴、まとまりのなさ、思考障害をみとめ自責感や現実感の乏しさが社会復帰には至らない	病状の基本的な安定がさらに必要で、CLZ 600mgと維持m ECTの併用など検討を要する	全体的には安定傾向であるが不十分で、経過中に昏迷など緊張病状態が混入する
3	M	40	傷害	F20.1		推定発症は18歳頃。当初は被害関係妄想から家族への暴力行為が多く、何度か兄に対する暴力行為から措置入院歴あり。家業の倒産、父親が死去。以後家族間の葛藤があったようであった。妄想性人物誤認、血統妄想などを認め、病識は乏しい状態で対象事件をおこす。	兄に包丁で切りつけ殴打する等の暴行を加え傷害	頑固な妄想が持続し、リスペリドン、オランザピン、クエチアピンやバルプロ酸など使用されたが、独語が続き、まとまらない状態。多剤のため眠気が強い。クロザピン導入検討され、説明なされたが、採血を拒否しなかなか同意できず。回復期にステージが上がると散歩が可能になり、タバコが吸える可能性について説明され同意し治療開始	比較的早期に（半年以内）クロザピンの導入。クロザピンの導入に関しては本人の同意を丁寧な時間をかけて行われており、そのことが治療効果を後に示してくる。導入はクロスタイトレーションで行われ、不穏のリスクを減じた形で投与である	病歴から措置入院を繰り返す困難症例である。また、病状が抗精神病薬が奏功しないことから難治症例ともいえる。クロザピンには最も適した症例であるという印象がある。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	治療経過	コメント1	コメント2
4	M	40	強制わいせつ	F2	F8 F9	幼少期より運動、言語性のチック症状が認められ、トゥレット症候群との診断を受ける。30歳頃より「神様が自分を精神病にする」「自分でないものが入ってくる」などの精神病性症状が出現。性的逸脱行動は通行人女性への暴行に始まり、女性の髪を触るなどの警察に捕まったことが複数回	女性にやにわに抱きつき接吻を2回続けた	対象行為の重大性についての認識を持ってない。病棟内で問題行動、衝動行為が続いていた。クロザピンが導入され、導入当初は発熱が強く出現。のりきり、クロザピン増量により、衝動行為が減じている。服薬に対してこだわりや拒絶があったが、クロザピン自体は嫌がらずに服用している	従来薬では衝動コントロールが不可能であり、行動療法的なアプローチも入りにくい状況であった。クロザピンにより衝動性が減れば教育的なアプローチも受け入れやすくなるものと思われる	苦勞している症例で、入院期間も長くなってきている。最後の手段としてのクロザピン導入であったが、比較的奏功しそうであり、今後期待できそう。クロザピンの鎮静作用は強力なので、ふらつき、転倒に注意を要す。今後薬剤も整理できる可能性が高い
5	M	40	殺人未遂	F2		23歳頃には被害妄想が出現し15年余り未治療。治療により、幻聴は比較的速やかに消失したが、妄想は持続している。両親に対する暴力は以前からみられていた。母親の対応を曲解し、徐々に愛憎入り混じって感情を強めている	母に対し殺意をもって押し倒し頭部を複数回数打ち付け、頭骨骨折、硬膜下血腫、くも膜下出血などの障害。殺害の目的を遂げなかった。	当初に認められた幻聴等の精神病性症状はクロザピンで改善傾向にあり、症状に基づく行動化もみられていない。他対象者との交流は乏しく、治療が滞っている問題点に直面化したことを契機に、積極的に治療プログラムに参加し、他対象者と交流し問題行動なく過ごす。病識、対象行為への洞察も不十分。帰住地を始めとする社会復帰調整中	クロザピンにより治療が前向きに進んだケースである。内省プログラムが不十分と思われるが退院先の確保が困難と分かっただけでも治療的な意味があったと思われる。家族に対するアプローチも今後重要になるであろう	治療反応性はあるため今後MDTとの関係を深めて社会復帰を期待。
6	M	40	放火	F2		26歳宗教の教えから「楽をしてはいけない」と思い込み退職する。その後、32歳に自分の心が読まれているという妄想や幻聴が出現。家族が自分のことを笑っていると思いつい込み、母親に暴力。「自分以外の人は他人の心が読める」と思っている。	父の嫌がらせと 思い、興奮し、「家がなくなれば嫌がらせもなくなるだろう」と思い灯油をまき放火	入院期間は、現在31ヶ月間。入院後は周期的に希死年慮が出現し自殺企図を行う。クロザピンを使用することにより、希死年慮軽減し社会復帰ステージにステージアップしている。通院予定。現在は、グループホームを探している状態。【問題点】①思考障害に対する対処方法をまだ確立していない②浪費③家族の医療者に対する不信任	家族が医療者に対する不信感が強い。家族に早期に退院後のクライシスプランの説明が必要。「退院したら宗教に」と言っているが、現実的な生活を示し、クライシスプランを作成して、対象者とすり合わせする。現実的な金銭管理を問題にする必要がある	自殺企図は、異常体験や思考の混乱から衝動的に企図された。リスパリドン・インヴェガなどでは軽度の改善。クロザピン変更後は、妄想や幻聴には大きな変化はないものの、衝動性が改善し、自殺企図がみられなくなった。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	治療経過	コメント1	コメント2
7	M	50	殺人	F2		高校2年頃から衝動行為や暴力が出現し、大学中退。この頃自閉的な生活となり体感幻覚・注察妄想著明で、薬物療法が開始された。33歳で通院中断し自己調整していた。42歳頃より攻撃性・迷惑行為が繰り返される。50歳で措置入院し退院後は服薬もしなかった。	実母に対し、頸部圧迫により死亡させて殺害した	入院後も陽性症状は残存し、妄想・滅裂思考・奇異な言動が持続しており病状は不安定な状態が続いているが、行動化に至ることは無い。病識や内省は欠いており、対象行為も妄想的に加工され修正は困難である。陽性症状に対してクロザピン治療を開始されている	陽性症状が強固に残存しており治療抵抗性であるためクロザピンが適用と考えられる。まずはクロザピン治療を優先させる必要があり、効果と副作用を見ながら十分量（400～600mg）まで投与を検討する必要があるだろう	クロザピンの投与のみでは治療効果は限定的であるため、クロザピン調整が進む経過の中で積極的な心理社会的治療を併用する必要がある
8	M	40	傷害	F2		高校卒業後、短期間で仕事を転々とした。父親死去後母と二人暮らし。両親の年金と母親の畑仕事で生計。暴力で措置入院歴。その後外来通院が平成15年に中断。翌年措置入院し退院。	退院後、受診無し。近隣住民を悪いやつと察知しやっつけるといふ命令により包丁で切創の対象行為	クロザピン継続し現在300mgまで増量。幻覚妄想には効果的。対象者は自宅周辺に帰りたいが母親は不安で施設を希望。心理的負荷が掛かると症状増悪しやすい	効果と副作用に注意を払いながら、クロザピンの適切な使用がされていた。対象者自身の自覚的にも効果を感じられていた。CPAに薬剤師が参加し、直接家族に薬剤についての説明がされていた	措置入院歴が複数あり。退院後のフォローが重要
9	F	30	強盗未遂	F2	F7	20代に発症の統合失調症。育児負担が大きく、入退院を計7回繰り返した。離婚後、希死念慮を訴え、入退院を要求するなど自己中心的な行動が目立っていた。	現金の強取を企む。勤務中の巡査他3名に果物ナイフを突きつけたが、警棒で制圧されて取り押さえられた	周囲の環境や自らの処遇に対する不満感から、反応性に幻覚妄想様の訴えあり。気分易変で自己中心的で他罰的な言動を繰り返す。衝動的に自傷行為や器物破損を認めた。情動不安定で行動化を繰り返すためクロザピンによる治療を行っている。帰住地、指定通院医療機関等は未定であり、今後調整予定。	統合失調症であるがパーソナリティ問題が大きい。衝動性が高く忍耐力が弱いと考えられ容易に暴力を繰り返す可能性が高い。クロザピンによる衝動コントロール後に帰住先を探すという治療計画は妥当と考える。	定期的で頻回な患者の状態評価により暴力を防止していく必要があるだろう。薬物治療による鎮静を過信してはいけない
10	F	30	放火	F2	F7	複数の病院で頻繁に入退院。統合失調症、精神遅滞。退院後、短期間で再入院し1年以上入院しない。幻聴、興奮、衝動行為、いらいら感があり、頻回の入院中には身体拘束が必要。	ライターで点火し火を放ち、壁及び床を損傷した	入院当初みられた衝動的な自傷行為や器物破損等の問題行動はクロザピンを導入後なくなった。一方で、疾病教育や対象行為の洞察等については重度知的障害もあるため多くのことを望めない。	不穏状態になることなく病棟内で落ち着いて過ごすことは大いに評価できる。帰住地は知的障害者施設と調整中。指定通院医療機関は内定している	クロザピンにより衝動性がコントロール出来た興味深い症例である



番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	治療経過	コメント1	コメント2
11	M	50	放火	F2	F7	18歳で発症。計50回の入院歴あり(措置2回)。デイケアに通ったが、他の利用者や職員に暴力をふるい中止。地域生活支援の為、母、地元関係者によりケア会議が実施され、対象行為までの約1年半は入院することもなく経過。イライラ感が増悪し対象行為。	自殺しようと考え自宅家屋に放火し全焼させた	薬物治療が奏功しないためクロザピンを導入。幻聴様症状や気分易変も軽快し、病棟内で穏やかに過ごす。時折イライラ、焦燥感を表出することがあったが衝動性は軽快。対象行為への振り返りも知的障害による理解力不足のため不十分である	自宅を全焼して退院先や通院先の確保が困難。保護者の母親は対象者をコントロールすることが困難。地域での治療継続をどう構築するか、社会復帰調剤の手腕も大きく影響すると思われる	入院が50回を超え処遇困難例。クロザピン導入により、興奮、イライラなどは治まり治療反応性がある症例。しかし知的障害があるため、内省が十分に得られない。治療プログラムは根気よく続ける必要がある
12	M	30	傷害	F2	F1	エクスタシー(薬物)を月に1度使用し覚せい剤を使用するようになった。覚せい剤を大量に使用し、気持ちが悪くなり、それ以降、耳鳴り、頭重感、意欲の低下、集中困難が出現し精神科クリニックを受診。覚せい剤使用による遅発性感情障害疑い、鎮静剤依存と診断。幻聴、抑うつ気分が主症状であった。幻聴に左右され対象行為に及んだ。	幻聴、被害妄想に左右され、被害者を殴打し傷害	妄想気分、注察妄想、被害妄想等の異常体験が再燃し、奇異行動が出現。皮膚の違和感や体臭、上肢の疼痛の訴えが持続。病識は不十分。クロザピンを導入し妄想は軽減したが奇異行為が見られる。対象行為への内省や病識は乏しく、治療プログラムの継続が必要。帰住地や通院医療機関調整中	入院医療機関が増えるというよりは小規模でも良いので各都道府県にバランスよく配置されることが重要であろう	主診断は統合失調症。薬物乱用もみられた患者。クロザピンの導入により一定の症状改善が得られた。
13	M	30	放火	F2	F7	両親に暴力を振るうようになり自閉的な生活。不眠や不安を訴えクリニックを受診し落ち着いて過ごした。全国各地を放浪するようになり窃盗、器物破損で逮捕。自宅に戻り無為に過ごした。	ライターで点火したティッシュペーパーを投げ入れて放火し自宅を全焼させた	経過の長い統合失調症。残遺的で荒唐無稽な内容の幻覚妄想がある。意欲低下や感情表現も乏しく、自室で無為に過ごす等の陰性症状が中心。服薬コンプライアンスは不十分だが、拒薬なくデボ剤の導入も素直に受け入れた。	治療プログラムへも受動的だが、スタッフの促しで参加し、他対象者との交流もある。対象行為については、内省を獲得するまでには至っていない。	指定通院医療機関は内定。母親がキーパーソンで調整を行う

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	治療経過	コメント1	コメント2
14	M	30	殺人未遂	F2		大学卒業後、就職後2週間後頃から幻聴、不眠、不安、希死念慮、精神運動興奮が出現。近医を受診し、統合失調症と診断された。以後精神運動興奮、家族への暴力などで複数の病院に入院歴があった。	同居中の義母に対し多発刺創の傷害を負わせ殺人未遂	異常体験やそれに左右された暴言・暴力や思考の混乱が著明で薬物調整やECTが奏功しなかった。クロザピンを導入後、精神病性症状は軽快し、行動化もなく、他対象者との交流が増えた。個別に疾病教育プログラムやリハビリ治療を再開。対象行為への振り返りもみられる。現在は、クライシスプランを作成し外泊訓練を行っている。	クロザピンが唯一奏功した治療であり治療反応性の検討に関してはクロザピン使用の検討は必須	父親もアルコール依存症にて治療中で同居すると再犯の恐れが高まる。クロザピンが奏功し、治療プログラムが開始出来ており治療反応性は十分である。しかし家族との同居が困難で、独居まで生活訓練を積む必要がある
15	M	20	傷害	F2	F8	幻聴出現し精神科受診、7か月入院した。退院後自宅療養したが病状悪化し他病院入院した。以降同院へ通院するも病状悪化で家族への暴力出現し2回入院した。下肢切断。母他界後、通院を中断した。薬がなく不安出現、対象行為1週間前他の病院を受診するも処方受けられなかった。	不眠が続き「お父さんが死ぬという」ので親と一緒に自殺しようと考えた。自宅1階にて新聞紙にライターで点火し、自宅を全焼させ、2階にいた父を焼死させた	睡眠リズムの乱れ、欲求不満耐性の低さ、衝動性の高さで、十分な治療効果は得られず、不眠、暴力行為、暴言が度々出現した。クロザピンの導入により、睡眠リズム、欲求不満耐性の低さ、衝動性は軽減し、暴力行為は認めなくなった。しかし広汎性発達障害もあり退院に向けての調整が課題である	広汎性発達障害が基盤にあるも、クロザピン導入により睡眠リズムの乱れ、欲求不満耐性の低さ、衝動性の高さが劇的に改善され、暴力行為も改善されてきた点が評価できる	睡眠リズムの乱れ、欲求不満耐性の低さ、衝動性の高さはクロザピンの導入により劇的に改善されつつある。下肢の切断という身体障害を持ち、広汎性発達障害も認め、帰宅先の調整など今後の課題が多い
16	F	20	傷害	F2		いじめられ機会に退職。以降引きこもり。胸の痛みなどを訴え精神科へ通院。幻覚妄想状態出現し「自宅で祖母が殺される」と警察に通報、徘徊認めてA病院に入院。眠気のため減薬し、トイレや電気の確認強迫行為や幻聴出現した	母を殺さないとアメリカが戦争をしかけてくるという妄想に基づいて母親を殺そうと思いナイフで切り付け傷つけ傷害	入院前エビリファイ30mg。入院後もセレネース6mg、リスパダール6mg、セロクエル300mg、等使用しているが、幻聴は改善せずクロザピンを開始。その後幻聴認めるも、徐々に落ち着き、入院後約8か月で院内外出、10か月で院外外出も施行できている	数種類の抗精神病薬を使用しても幻聴による暴力行為の恐れが消えない症例に早期にクロザピンを使用し踏み切った点で、衝動性の改善が早くできている点が評価される	クロザピン500mg使用にて、衝動行為は軽減してきて、病棟内で落ち着いた生活はできる。しかし幻聴は持続しており、今後幻聴にどのように向き合い、退院へもっていくかが本症例の課題と思われる

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	治療経過	コメント1	コメント2
17	F	30	殺人	F2		<p>中学ごろより意欲低下し生活も乱れ、学業成績も急速に低下。高校入学後、さらに顕著。不登校、長期に渡り引き籠もった生活を送る。母と離婚した父親が事件で逮捕され精神悪化、家族に被害的攻撃的になる。統合失調症の診断で初回入院。発症後治療開始までに10年近くを要して調子がよくなると服薬を自己中断、以後4回入院を繰り返す</p>	<p>2年前に被害者男性と知り合い交際。半同棲生活をもつて所携の包丁で頸部を突き刺し出血性ショックで死亡させる。服薬中断していた。</p>	<p>自閉傾向や情意鈍麻といった陰性症状が強く認められたが、病識や対象行為への内省も得にくく、リスパダールコンスタを開始。精神病症状の悪化を認め、オランザピンとレボメプロマジンの内服を追加したが効果は限定的。クロザピンを開始。症状の明らかな悪化は認めないが陰性症状が顕著で、病識、対象行為への内省は全く不十分である</p>	<p>クロザピン導入で陽性症状に関しては一定のコントロールが得られているが、顕著な陰性症状と病識欠如にて治療が進展しない。治療プログラムに乗れず、クロザピン導入により帰住地調整も再検討を必要が出ている。</p>	<p>入院も丸3年を迎えようとしており、治療反応性の限界から医療観察法処遇終了→精神保健福祉法での長期入院も視野に入れるべき事例</p>
18	F	30	放火	F2		<p>母が統合失調症。高校卒業後は就職。男性関係に悩み食思不振・不眠などで精神科初診したが中断。被害妄想が活発となり退職し自宅生活。幻聴を訴え統合失調症の診断で加療開始される。5年前に焼身、飛び込み自殺未遂を図る。怠薬などで6回の入歴あり</p>	<p>幻聴を苦痛に感じ、「もう嫌だ、今日で決着をつけるには死ぬしかない」と考えるに至り、焼身自殺を図ろうとした結果、住宅を全焼させ焼損させた</p>	<p>入院時にも、被害的な内容の幻聴で希死念慮が高まることがあった。オランザピン、パリエリドンを分量まで使用したが、精神病症状は持続していた。クロザピン導入。幻聴は徐々に軽減してきており、一定の治療効果を認めている</p>	<p>入院後、4ヶ月にてクロザピン導入に至った事例である。過去の薬歴や精神病性症状の活発さ、自傷・他害のリスクなどから勘案し、治療抵抗性と判断し早期にクロザピン導入を図れば、無用な入院の長期化が予防できるものと考ええる</p>	<p>心理社会的治療も効果をあげてようになってきたため、今後の治療に期待が持てる</p>
19	F	40	殺人	F2		<p>唐突に怒鳴り暴れる。結婚し男児を儲け離婚。その後大量服薬。統合失調症と診断されるもコンプライアンス不良にて15回の入退院。症状は慢性化し、幻聴や被害妄想、まとまりのない会話や行動、情意鈍麻。対象行為前には被害妄想、被害的な幻聴が活発。</p>	<p>幻聴に支配され文化包丁で父を刺殺</p>	<p>医療観察法入院後もインヴェガ12mg、ジプレキサ20mg、セロクエル750mgも効果は不十分で妄想や希死念慮、興奮が持続しPICUを使用。クロザピン導入により情動は比較的安定し、妄想活発であるが現在は隔離解除が可能となった</p>	<p>クロザピン処方により長期隔離を解除できたが、いまだ妄想は活発でストレス脆弱性も高い。</p>	<p>帰住地でのクロザピン処方が困難な環境にあり、クロザピンを導入することで治療反応性は開拓できるが、社会復帰要因の調整の困難度が上昇するというジレンマがある</p>

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	治療経過	コメント1	コメント2
20	M	30	殺人未遂	F2		小学生で家庭内暴力で精神科初診、治療中断。12歳時、不登校、暴力行為、霊がついてる等の訴えがあり。中卒後就職したが退職。幻覚妄想状態のため統合失調症の診断。11回の入院歴。経過中、家族に暴力があり、病識は不十分であったが、定期的に精神科クリニックに通院していた。	実父に対し、被害妄想に支配され胸部刺創し傷害を負わせた	入院後も数種類の非定型抗精神病薬でも効果不十分であった。クロザピン導入時に一時症状増悪したが漸増により軽快。「スタッフや両親から嫌がらせされている」という被害妄想や作為体験は持続しているが、頻度は軽減している。	クロザピンにより精神病性症状の一定の改善が得られた後も、今後も薬物治療の効果と病状の安定性を評価する必要がある。	発達障害・知的問題のために治療が良好な進展を見せていない。重複障害による治療の長期化は一定程度やむを得ないが、どこで治療に線引きをするか難しい問題が残る
21	M	30	傷害致死	F2	F8	小学校より微細脳機能障害で通院。中学生では不登校、高校でいじめで中退。24歳の時に幻聴、被害関係妄想、作為体験、精神運動興奮などが出現し精神科を受診、統合失調症の診断で治療が開始された。両親に暴行を加え精神病院に入院を反復。幻聴などの病的体験と構築された妄想が常時存在するようになった。	自宅に閉居。母が若い女性を連れてきて自分に性的暴行を加えいと妄想的解釈し、殴る蹴るの暴行を加え頭部に外傷を与え2日後に死亡した	薬剤抵抗性が認められたため、クロザピンを開始。衝動性と暴言暴力は軽減し、心理社会的治療導入が可能となった。幻聴など病的体験と妄想が豊富で現実と区別できないが、衝動的な行動や攻撃性はなく穏やか。クロザピンの増量し病的体験の影響の軽減を図り、対処法の習得も深め、現実生活の拡大を目指す	クロザピンにより統合失調症の症状は一定程度コントロールされているが基盤にある発達障害への対応が困難で長期化を余儀なくされている。発達障害との重複障害でのPDDの残存した症状にどこまで治療反応性を見出し医療観察法下でアプローチするか課題である	また、広汎性発達障害の特性について対象者と地域関係者の理解を促進し、対象者の生活能力と社会生活における特性を査定し、帰住後の具体的な生活の検討を進める必要がある。
21	M	30	殺人未遂	F2		22歳時、幻覚妄想状態がみられ精神科通院。入院治療により状態改善した時期もあったが、自宅に引きこもりがちな生活、宗教的な幻聴、妄想がみられ、父らに対する暴力や興奮状態があり、入退院を繰り返した。多剤併用薬物療法、mECTを受け2週間ごとに通院していたが、「自分を苦しめているのは父親の生き霊で殺すしかない」と考え対象行為に至った	父を包丁で刺傷	活発な幻聴、被害妄想、誇大妄想、カブクラ妄想、作為体験やそれらに左右された言動や独語、空笑等が見られていた。種々の抗精神病薬を中心とした薬物調整を行ったが精神症状の改善は乏しく、入院後3年してクロザピンを開始し600mgを継続している。精神症状は改善し、次第に心理社会的な介入が示すようになった。	クロザピン導入まで時間がかかったが、クロザピン導入後に治療が軌道にのっている。入院が長期化しているが、今後、進展をみせていくものと思われる	現在は、「自分は統合失調症という病気」であり、服薬の継続が必要であると認識。また対象行為については、精神症状に影響されて行ったものとの認識が出てきている。今後はさらに対象行為についての内省を深め、疾患と対象行為の関連性について理解を深めていく必要がある。しかし、未だ集団への参加が難しく、治療プログラムへの参加を拒否することがある。

番号	性	年代	対象行為	主診断	副診断	病歴	対象行為	治療経過	コメント1	コメント2
22	M	50	殺人未遂	F2		18歳頃から幻覚・妄想が出現し、自閉傾向や夜間徘徊が見られ統合失調症を発症する。独語や幻覚妄想から被害的となり他者や物に暴力となる。30年間で23回の入退院歴がある。入院し状態が改善し退院すると服薬中断し、精神状態が悪化。暴力的になり刃物を持ち出す等の行為があり家族が警察通報し保護された事もあった。	両親に対して不満を抱いた。父親に財産の相続について問うと「無い」と言われ、父親の頭部を木刀で殴打し傷害を負わせた	クロザピン投与開始後、好酸球症の為に中止、現在ジプレキサ30mg内服。「厚労省などの陰謀で内服させられる」などの妄想がある。面会やスタッフ異動があると、ストレスとなり精神病症状が増悪し、幻聴に支配され暴力がある。精神病症状のコントロールは未だ不良である	統合失調症の重症例であり、クロザピンの適用がある。クロザピン投与開始後状態は改善したが、熱発、好酸球の上昇がみられ、クロザピンを中止している。クロザピンが免疫系に作用した影響と考えられる。好中球の減少がみられない。	クロザピンの再開は可能であり、経過を注意深く見て熱発などの副作用も収まり、治療効果のメリットが大きくなる可能性がある。クロザピンの再開を勧める

表4 提案事項

番号	訪問先	訪問	項目番号	ピアレビューの意見	施設の見解	3カ月後の改善
1			1	治療評価会議にて、主治医とMDTで意見のすり合わせ、コミュニケーションはとれているかという点について	医師の業務が忙しいこともあり、コミュニケーションが取れていない点は認識している。病院全体の都合ではあるが、専従の医師が外来を兼務することは法的に大丈夫なのかを厚生労働省に確認する必要性もある。今後改善したい。	
2	20	23	2	急性期の観察について難しさを感じる点について	構造上の問題もあり、対応を検討していく。ユニット内へ人を配置して対応もしている。基本的にはCVPPPの理念である接遇の部分を強化し、対応していきたい。	
3			3	医師の診察の経過が記録されていない印象について	回診を実施しているため、MOMへの記録を入れることで、定期的な記録を行いたい。隔離室等の記録も同様。改善していきたい。	
4	21	19	1	運営会議・倫理会議の月2回の実施		
5			2	外出・外泊前の精神保健指定医の診察		
6			1	入院期間の長期化、行程管理を行う存在の不足	①全職種が入院期間に対する意識を高め、②入院治療の行程管理を行う存在が必要ではないか。	
7	6	17	2	プライマリーNsがケアコーディネーターを担っている。	負担軽減と抱え込みすぎ、燃え尽き防止のため、ケアコーディネーターをアソシエイトNsが担ってはどうか。	
8			3	プログラムミーティングの実施が不十分	担当職種全員が集まってプログラムミーティングを行ってはどうか	
9			4	職種間のパワーバランスが不均等	会議全般において、話題に応じた職種が発言や交渉を行ってはどうか。	
11			5	治療抵抗性の対象者の存在	クロザピンの早期導入	

番号	訪問先	訪問	項目番号	ピアレビューの意見	施設の見解	3カ月後の改善
12			1	<b>リスク管理の再検討</b> ・プログラム中のリスク管理 ・プレを利用した対象者の直近の精神状態のアセスメント ・対象者とスタッフのアンバランス時の対応 ・パニックアラームの常備 ・プログラム中の対象者観察の常時確保 ・入院時の直近情報の確認 ・鑑定書での情報が不十分な可能性 ・鑑定書作成から入院時までのタイムラグあり ・入院数日前に鑑定入院医療機関に現在の精神状態、希死念慮の有無（告知による揺れの可能性含む）、隔離拘束などの処遇、身体的問題の有無、などを確認する必要性	パニックアラームの再準備や、スタッフと対象者のプログラム中の人数バランスへの配慮、観察法の変更、プレの活用、入院前の直近対象者情報の確認など指摘点に関して早急な改善をする旨ご回答頂いた。	
13	1	14	2	<b>病棟全体での情報共有の必要性</b> ・朝の申し送りでSS 1と2に分かれたあと、再度、対象者の評価、介入の予定などを話し合い5～10分、共有の時間をもうけてみては？	必要性について検討し、必要があれば変更を講じる旨ご回答いただいた。	
14			3	<b>退院審判の可能な限りの実施と審判シミュレーション</b>	必要と思われる困難にしほって、トライアル的に開始してみる旨ご回答いただいた。	
15			4	<b>医師不在の可能な限りの改善</b> 例えば、医師が持ち回りで朝の申し送りに参加する、治療評価会議には必ず出席するなどの試みは不可能か？代わりに倫理会議は担当事例があるときのみ出席にするとか。	医師不足は深刻で余裕がない状態であるが、申し送りへの参加などは前向きに考慮いただく旨ご回答いただいた。	
16			5	支援システムでのインシデント・アクシデントの活用については、明確な実施は行われていなかった。 上手な活用や、リスクマネジメントとシナリオのうまく融合した使い方についてはピアレビューの施設でもうまく行っていない状況。	実際にはシステムとは別のフォーマットを作成している。今後活用と評価を行っていく段階。	
17			1	クロザピンの積極的使用	実際の使用例を聞き、リスクへの対応法を相談しながら、積極的に使用していきたい	
18			2	治療評価会議の効率化（外出計画の現実的計画という点でのチェックは事前に行うべき。リスク評価の議論に時間を割くべき）	前向きに検討	
19			3	倫理会議でのクロザピン、デボ剤使用例の報告	前向きに検討	
20			4	CVPPPの安定した活用に向けた土台作り（インストラクターの増員、日常業務の役割分担）	前向きに検討	
21	3	5	1	治療計画の定期的な評価・修正	改善する方向で取り組んでいる。	
22			2	看護計画の定期的な評価・修正	監査を実施したり改善を目指している。	
23			1	クロザピンの積極的な投与		
24			2	日勤帯において、ホールに看護スタッフが常駐し、観察や関わりを行う		
25	9	12	3	日勤帯における、急性期ゾーンと共有ゾーンのドアの開放		
26			4	退院後の生活に近い環境を利用した包括的な生活訓練の検討		
27			5	ゾーンミーティング・全体ミーティングの再開		

番号	訪問先	訪問	項目番号	ピアレビューの意見	施設の見解	3カ月後の改善
28	2	15	1	MOMの『治療計画』をきちんと記入し、各職種の役割や達成状況を共有する必要がある。	これまで『各ステージ移行』のところにいられていたが、今後はMDTで決定した内容を『治療計画』の箇所に入れていく。	
29			2	対象者に合わせて個別プログラムをもう少し増やしてみてもどうか。	多職種ミーティングで個別プログラムの検討をしていく。	
30			3	地域の指定通院医療機関を増やすため、調整官とも連携し、医療観察の理解を促進する試みをしてはどうか。	検討する。	
31	19	28	1	パニックアラームの使用徹底	了解	
32			2	プログラムにおける集団の活用	了解	
33			3	認知リハの導入検討	了解	
34			4	個人情報取り扱いのマニュアル作り	了解	
35	16	22	1	外出前の指定医診察についてその週の外出予定者を月曜日にまとめて診察されていた。我々は外出直前の診察を行ってはどうか。	これまで厚生局からの指導はない。	
36			2	クロザピンの導入が必要。	内科のバックアップ体制が整っていない。協力が得られれば検討したい。	
37			3	病棟全体として症例検討会は開催されていないのか		
38	5	1	1	生活共同体ミーティングの見直し ①セッティングと進行 ②ユニットと全体の組み合わせ	現在は社会復帰ユニットにて、ユニットミーティングを実施しているところである。	
39			2	治療プログラムの再構築の検討 ①プログラムの種類と集団の構築 ②治療ステージと連動の検討 ③多職種の運営（看護の参画）	集団プログラムは対象者の個別性もあり、なかなか組みにくい経過があった。今後検討していく。	
40			3	治療評価会議の意見交換の向上	治療評価会議の意見交換については、今後、活発化を図っていきたいと考えている。	
41			4	クロザピン、m-ECTの導入	現在は実施されていない。今後の検討課題である。	
42	26	27	1	多忙な中ではあるが、薬物調整以外にも医師がもう少しプログラム等に積極的に参加できるとよいのではないか。	一般業務の割合が多く、なかなかプログラムに入れない現状である。今後、医局で問題提起し検討していきたい。	
43			2	ユニットで対応できる看護師が手薄になりがちであり、リスク面での不安を感じた。	詰所に看護師1名が待機するようにしているが、対象者への付添やその他対応時には、リスクが高まってしまうこともある。気をつけて行きたい。	
44			3	運営会議の場で通院処遇の対象者についての報告・検討がなされていた。どう構造化していくかが難しいと感じた。	通院処遇のケースについての検討の場がないため、運営会議の場で確保している現状。時間的な問題はありますが、今後も確保していく予定。	
45	17	20	1	中庭の活用	体を動かすプログラムが少ないと言われていたので、中庭の活用を検討している。	
46			2	運営会議での管理者の役割 医療観察法病棟を理解してもらうためと、反対意見をはねのけて説得するというプレゼン能力がほしい。	看護や事務の間では、上からの意見は命令になる一面がある。そのため、反対意見は言われない方がいいと思っている。	
47	28	30	1	集団でのプログラム運営		
48			2	家族に対しての支援プログラム（家族会など）の検討		
49			3	共通評価項目 3か月に一度の見直しと話されていた。点数をつけることよりMDTで対象者の情報を共有したり新たな課題を見つけたりする意味でも、ガイドラインにもあるよう1ヶ月に一回程度が良いか。		

番号	訪問先	訪問	項目番号	ピアレビューの意見	施設の見解	3カ月後の改善
50	28	30	4	セキュリティ管理 4階を使用する場合、移動時にエレベーターを使用する。密室となるエレベーター内や4階でのトラブル発生時の連絡方法の問題がある。		
51	29	18	1	入院時に治療の動機づけを行うプログラムの導入	フルスペックの病棟になってから検討	
52			2	対象者と一緒にクライシスプランを作成していく	今後検討	
53	27	29	1	治療評価会議に参加するスタッフが、小規模病棟のため少数に限定されているので違った視点での意見等が得られにくいのではないか。	チーム以外の意見も欲しいと感じている。しかし現状では病院の体制的に難しく、運営会議や倫理会議を活用するようにはしている。	
54			2	ピアレビュー施設では毎週の治療評価会議に社会復帰調整官が参加しており、有意義であるので参考にしてほしい。	交通の便等を考慮すると毎週というのは難しいかもしれないが、「MDT会議に出席したい」という調整官の意見もあり、協力的である。検討していきたい。	
55			3	院内散歩時のリスクアセスメントの記録について、アセスメントしたことをしっかりと記録として残しておくことをお勧めする。	記録するようにしたい。	
56			4	MDT会議の議事録を、共有フォルダに対象者別に保存するなど、共有しやすい形に統一して保管しておくことと有用である。	書面やパソコンに残している場合があるなど、統一していないので議事録の保存方法について検討したい。	
57			5	セキュリティに関して、室内では対象者を奥側に、スタッフは入口側に位置づけることを徹底された方がよいと思われる場面があった。	意識しているが今後徹底していきたい。	
58	12	25	1	急性期ユニットを施設して運用している点(希望時にその都度開錠しているが)は、施設以外の対応が可能か検討することが望ましい	急性期ユニットは対象者によって開錠・施設を決めており、行動制限を必要とするや刺激性の高い対象者がいる場合に施設	
59			2	クロザピン導入に非常に努力されていることは理解できる。是非医療観察法対象者で導入が可能になるように是非努力を継続していただきたい。	医療観察法対象者の治療にはクロザピンの導入が欠かせない	
60			3	服薬自己管理の手順やその承認の手順など、マニュアル化できる部分はある程度定めておいた方が、手順をその都度考える負担や承認する方の負担も軽減できるのではないか。	検討する	
61			4	プログラムを整備する系の統括を決めて、推進していくことが必要ではないか	検討する	
62	24	21	1	合併症転院対策	そのような困難性についてよく理解して頂けた	
63			2	クロザピン使用に関する院内体制のシステム化	クロザピン使用に関する院内委員会の有用性について理解して頂けたと思う。前項にも有益であることを承知して頂けた	



表5 協議事項

番号	訪問先	訪問	項目番号	ピアレビューの意見	施設の見解	3カ月後の改善
1	23	24 12	1	長期入院の解消に向けたクロザピンのさらなる導入	今後、検討を進めていく	
2			2	入院時から退院を見越した治療戦略のさらなる充実	今後、検討を進めていく	
3			3	セルフモニタリングのさらなる充実	今後、検討を進めていく	
4			4	MDT 会議のさらなる実施	今後、検討を進めていく	
5			5	ケアコーディネーターとしての更なる意識の向上（スケジュール管理、申し送りの見直し等）	今後、検討を進めていく	
6			6	外出、外泊のさらなる実施	今後、検討を進めていく	
7	2	15	1	各職種が協働する部分を増やしてはどうか。	手始めに、内省面への関わりに対し、多職種の協働を導入していく。	
8			2	クロザピンの導入	検討する。	
9			3	治療反応性を見極めの基準	治療評価会議で、多職種での話し合いを密にし、ケース検討会も定期的に行う。	
11	3	5	1	帰住地が地元の対象者の割合	現在、2 / 3 は地元が帰住地の対象者となっており、残りは広域の対象者が主である。なるべく地元が帰住地の対象者を受け入れたいと思っているが現状では他の病院が受け入れている。	
12			2	入院期間の短期化についての試み	入院期間を常に意識できるようにリストアップや運営会議での報告を実践している。	
13			3	モジュールや職種間の連携の工夫	サポートナースが全体で共有すべき情報については申し送りで報告している。具体的な対応について書き出したものももう一方のモジュールにも渡している。職種間では MDT は集まれる回数が限られているのでインフォーマルな形で情報共有を図っている。	
14			4	全プログラムの組み立て（バランス）・評価及び評価方法	ガイドラインに則ること。対象者が課題を達成できるような介入を行うことが基本である。治療プログラム在りきではない。	
15	17	20	1	運営会議での管理者の役割 医療観察法病棟を理解してもらうためと、反対意見をはねのけて説得するというプレゼン能力がほしい。	看護や事務の間では、上からの意見は命令になる一面がある。そのため、反対意見は言われたい方がいいと思っている。	
16			2	治療評価会議の効果的な運用	報告だけにない方法はあるのか。 →治療評価会議シートを作成して、それを活用している。	
17			3	変化し続ける組織とは？	各係や担当者に任せてあるが、事前にモジュールから意見をもらったりしている。すぐに決定されるわけではない。どうしても意見が割れる場合は、1か月だけトライアルしてみて評価したりしている。やってみなければわからないことも多い。	
18	21	19	1	クロザピンの積極的使用		
19			2	支援システムの活用の促進 (申し送り項目・面接項目・サマリー)		
20	16	22	1	申し立て様式が病院によって異なっている？	違いがあることを知らず驚いた	
21			2	外出計画の詳細までプレゼンして確認した方がよいのではないか。 プロジェクトに計画シートを表示するプレゼン方法を紹介。	検討する。	

番号	訪問先	訪問	項目番号	ピアレビューの意見	施設の見解	3カ月後の改善
22	29	18	1	今後フルスペックの病棟になる時の治療プログラム・暴力が起きた時のフォローについて考えていく	検討中	
23	11	13	1	権利擁護講座（もしくは社会復帰講座）に通院処遇の説明を加えるべきである。	通院処遇に関する内容をプログラムに盛り込むことを検討したい。	
24			2	各職種の専門性を他職種に理解してもらうため、何らかの工夫が必要ではないか。	職種間で情報を発信、共有していく場を作り、相互の理解を深める必要があると考える。	
25	20	23	1	会議の経過が見えない（細かなMDTなどの記録があまり残っていない印象）ことについて	現在行っている詳細な検討の転記を積極的に行うことで対応したい。	
26	10	8	1	PDD 傾向をもつ症例へのアプローチとして、メタ認知訓練法を位置づけることを検討してはどうか	前向きに検討	
27			2	各種プログラムを、内省へのアプローチ（感情や思考への自覚や、自分の歴史の振り返り）という機能から整理してはどうか	前向きに検討	
28			3	動機づけを引き出すための面接スキルのさらなる向上に力を入れてはどうか	前向きに検討	
29			4	患者同士の交流を促進する仕組みを作ること考えてはどうか。（ステージごとのユニット・ミーティングを行い、生活上の目標を発表。グループ活動の導入など）	前向きに検討	
30	6	17	1	治療評価会議で全対象者について定期的に事例検討を行い、今後の見通しやプログラムの評価を行ってはどうか		
31			2	クロザピンの導入		
32			3	全職種が入院期間に対する意識を高め、入院治療の行程管理を行う存在が必要ではないか。		
33			4	負担軽減と抱え込みすぎ、燃え尽き防止のため、ケアコーディネーターをアソシエイトNsが担ってはどうか。		
34	27	29	1	朝の申し送りのあり方について、看護師とその他の職種と申し送りが2度行われているので1度にするだけで看護スタッフの負担を減らすことができるのではないか。	病院の始業時間及び病院全体のミーティングとの兼ね合いで現状では難しい。しかし申し送りのあり方については話し合いを重ねているところではある。	
35			2	MDT 会議に対象者に参加してもらうことは有意義と思われるので検討していただきたい。	ステージ変更や外出許可等のときに随時入ってもらうようにしているが、今後はより多くの機会に参加してもらえるように検討していきたい。	
36			3	心理スタッフの（外来）業務量が多いように思われ気になった。1名配属かつ兼任であるので外来と病棟の業務量のバランスには配慮が必要と思われる。	配慮していきたい。	
37			4	クロザピンの使用について、現在は使用不可だが、使用できる体制を作っておくことは有用と思われる。	現状は血液内科を有する協力病院を確保することが極めて困難である。	
38			5	診療支援システムにおいて、治療評価会議の治療経過の入力が、直近1週間のみになっていた。過去数週間の経過を追える記載にしてはどうか。	文量が多いせいもあり、2週間分以上の経過を入力すると、突然画面が消えるエラーが生じる。ワード文書等の形で経過一覧の保管を検討したい。	
39	4	2	1	スタッフステーションの無施錠について	スタッフステーションには必ず、職員が常駐している為、施錠の必要性は低いと考えている。	
40			2	治療評価会議での各職種の発言にバラツキがある。（Drの発言が多い）	司会は各職種からの持ち回りである。発言をするしないは各職種の自主性に委ねている。	

番号	訪問先	訪問	項目番号	ピアレビューの意見	施設の見解	3カ月後の改善
41			1	運営会議で、外出・外泊を検討する場合、行程表が分かるようにスライドを表示。	早急に改善。	実施中。
42	22	16	2	医師の記録を増やす(外出・外泊前の診察、急性期の対象者の日々の記録)	早急に改善。	前日夕方もしくは当日の朝、実施している。急性期の対象者についても毎日記録を行っている。
43			3	治療法の選択を検討(クロザピン・m-ECT)。	前向きに検討。	新年度より開始予定。
44			1	対象者の処遇に関する重要な機会には裁判官・審判員に積極的な関与を求める	善処しますとの見解	
45	24	21	2	MDT運用の構造化。ケア・コーディネーターとしてのNsの役割強化	必然的にその方向に向かわざるを得ないとの回答	
46			3	MDT会議の効率化	必然的にその方向に向かわざるを得ないとの回答	
47			4	治療評価会議の役割分担の明確化	必然的にその方向に向かわざるを得ないとの回答	

表6 ピアレビューが学んだ事項

番号	訪問先	訪問	項目番号	学んだ項目	ピアレビューの意見	3カ月後の自施設での検討
1			1	クロザピンの適応	長期入院化の防止になっている。	
2			2	m-ECTの適応	選択肢として協議されている。	
3	23	24	3	瓦版プログラム	対象者が犯した事件を報道する新聞記事を利用した内省プログラムは学びとなった。	
4			4	WRAP(元気回復行動プラン)	対象者が自己のセルフモニタリングを行う上で有益なプログラムであると思われる。	
5			1	治療評価会議	スポット対象者を8名(4分割)し、重点的に治療方針を評価・検討している。	
6	4	2	2		問題提起もソフトな表現であり、議論も建設的な進め方をしている。	
7			3	クロザピン	薬剤管理と副作用のモニタリングがしっかりなされている。	
8			4	m-ECT	症状のコントロールに効果がみられている。	
9			1	治療評価会議の在り方	参加率良く意見交換も活発であった。各々のMDTがプレゼンテーションして情報共有の場として有効であった。	
10	3	5	2	定期的なMDTの開催について	必要時に開催されており、メリット→プログラムを入れたり活用できる時間が多い。懸念されること→MDTによっては数か月開催されなかったりすることもあるかもしれない。	
11			3	運営会議の症例検討方法	外出泊や入院継続などの案件に関して、3要件(疾病性、治療反応性、社会復帰阻害要因)などの根拠を独自のシートを使用して文章化し、プロジェクターに投影するなど視覚的にもわかりやすく、ディスカッションが効率的に行われている。	

番号	訪問先	訪問	項目番号	学んだ項目	ピアレビューの意見	3カ月後の自施設での検討
12	3	5	4	治療プログラム	他害防止プログラムやNEAR等、研究班と共同して先駆的なプログラムを実践している。	
13			5	電気けいれん療法やクロザピンの使用	重症例や難治症例に対し、電気けいれん療法やクロザピンが適切に使用されている。	
14	2	15	1	効率的な会議	議題・時間がはっきり決められており、短時間で有効な会議が行われている。	
15			2	ホワイトボードの活用	各PGやミーティングで有効に活用され、対象者の理解の促進に役立っている。	
16			3	治療の質	パスやガイドラインに沿って行われており、治療の質が統一されている。	
17			4	集団プログラム	対象者同士の関わりが促進されるよう、構造化されている。	
18	17	20	1	スケジュールの組み立て方	効果的に時間を使える。	
19			2	被害者の気持ちを考える会	集団で行うことでさまざまな意見があることを学ぶことができる。	
20			3	MDT会議の持ち方	短時間、限られた職種で目的が明確な会議の実施での議論が可能となっている。	
21			4	ケアマップの作成	対象者・治療者ともに治療のどの段階にあるのかが分かりやすい。	
23			5	対象者の目線でのプログラム運営	対象者の意見を引き出しやすくなる。	
24	12	25	1	各職種が意見を出し、議論を行う	各職種が独自の評価を行い、それを自由に議論する環境がある	
25	30	26	1	定期的なMDT会議	毎週MDTによる病状評価、治療計画の検討が行われている。	
26			2	プログラムのプレ・アフターミーティングの厳密な実施	各プログラムでプレ・アフターミーティングが多職種で確実に行なわれていた。	
27	5	1	1	患者の役割	患者の役割をもたせることで責任・達成感など自己効力感の向上につながっている	
28			2	院内ケア会議	各対象者に対して、毎月定例で計画的に継続して実施されており、入院処遇における柱となっている。	
29	19	28	1	治療評価会議のシート	非常に使いやすく検討事項が明確になっている。	当院でも利用したい。
30			2	MDT、治療評価会議の進め方	議題は明確に、効率的に行われていた。	当院で見習いたい。
31			3	朝の短時間の中庭利用	当院でも実施しているが対象者全体に拡大していくモデルを見せてもらった。	当院で見習いたい。
32	21	19	1	クライシスプランの多様性	院内生活においても役に立っている	
33			2	薬剤師のMDT参加	多様な視点がチームに加わる	
34	16	22	1	自治会ミーティング	主体性を尊重されていた	
35			2	病棟プログラム会議	多職種で内容まで細かく検討されていた	
36			3	ナビゲーションプログラム	構造化され有効である。	
37	29	18	1	対象者のリスクに対する考え方	リスクがあるから、治療が進まないのではなく、多少リスクがあっても対応策を考えた上で、先に進めていく（外出や外泊に行くなど）ことも大切	
38	28	30	1	薬剤師のMDT参加	薬剤師についての説明を薬剤師からされている。	
39			2	司法プロジェクト会議	話し合いたい問題を病院管理者を交えて検討するシステムが確立されている。	
40			3	頓服の自己管理	段階的に服薬自己管理が行われ、頓服も自己管理されている。	
41	9	12	1	17評価項目・治療計画の定期的な見直し	3か月毎にMDTチームで行われている	
42			2	各集団プログラムのホームワーク	NSがフォローし、予習をして集団プログラムに参加している。	