

6) 司法精神医療における退院調整、社会復帰援助を円滑に行うために重要視しなければならない制度と技術

このような地域保安病院が、英国の各地域に整備されたことにより、司法精神医療の分野においても、「病院から地域へ」の流れによる退院・地域生活への促進、社会的入院の解消への動きが、一般精神医療から遅れること10年以上、1980年代後半頃より、徐々に進み始めることになる。ただ、司法精神医療における退院・地域生活への促進、社会的入院の解消への動きは、決して平坦なものではなく、特に初期には、大きな混乱を招いていった。

司法精神医療の中核を担うことになった地域保安病棟スタッフには、まだ司法精神医療に関する知識をあまり持っていなかった。また、司法精神医療において、退院調整・地域ケア計画を作成していくためのケアマネジメントの方法も確立されておらず、手探りで進めていく状況であった。そして、それまで司法精神医療の中核を担っていた高度保安病棟のスタッフは、司法精神医療についての高度の専門的な知識とノウハウを持っていたが、地域の医療・保健・福祉関係機関と連携していくためのノウハウはなかった。※この改革の初期には、高度保安病棟のスタッフは、批判的な意見が多く、司法精神医療の入院対象者の退院調整や社会復帰援助にあまり積極的な役割や提言を行っていない。また、地域の精神科医療機関、保健関係施設、福祉施設においては、司法精神医療対象者への知識や対応のノウハウが非常に少なく、不安感や拒否感が強い状況であった。

英国において、司法精神医療の対象者の退院が大きく促進され、地域での援助が進んでいく背景には、この地域保安病棟の英国全土へ

建設していくなど、退院促進のための基盤となる環境の整備とともに、司法精神医療・保健・福祉の制度に適応したケアマネジメント手法の開発と適切な運用していけるように、関係機関や施設が協力できる体制を整えていったことが大きい。

また、この時期、関係者への研修が果たした役割も非常に大きなものがあったと言われている。その研修の特徴として、①司法精神医療・保健・福祉の実務を担当する入院・通院を行う医療機関、保健・福祉を行う行政機関、福祉関係施設の職員など)地域で援助を行っている精神障害者関連の施設と多様な職種に(医師、看護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士等)に幅広く、積極的に研修を行っていたこと。②研修内容についても、退院促進、社会復帰に役立つような実際の、実務的な研修内容を充実させていったこと。③研修において、司法精神医療における社会的入院とリスク、偏見などの問題を丁寧に取り上げながら、退院促進についての理解を広げていくなどの司法精神医療に関わっていく従事者が、対象者の権利擁護に配慮し、使命感を持って退院促進に関わっていけるような、基本となる「倫理教育」を重視したこと。などが、大きな要因としてあげられている。

※1970年頃より英国で行われていた一般の精神医療・保健・福祉の改革の中で、整備されていった精神障害者向けの居住施設と関連サービス、訪問援助サービスなどの既存のサービスが、英国政府の一体的な精神障害者施策と関係職種への司法精神医療について倫理教育の充実などにより、1980年代後半からの司法精神医療の入院対象者の退院援助にも、比較的摩擦なく利用出来たことも大きな要因となっている。

7) 【司法精神医療・保健・福祉におけるケアマネジメントの重要性】

a) 司法精神医療における退院促進と

「CPA(=Care Programme Approach)」の発達

英国における1983年の精神衛生法の成立に伴い、司法精神医療の入院患者の退院促進のために地域保安病棟(Regional Secure Unit)が整備されると、司法精神医療の退院患者が、急速に多くなっていった。その中には、地域でのケアや処遇が難しく、複数の関係機関が有機的に連携して援助しなければならない退院患者も多くおり、そのような患者のケア計画を調整、作成し、持続的に運営していけるケアマネジメント手法が強く求められていった。英国のケアマネジメントとして有名な「CPA(=Care Programme Approach)」は、このような要望のもと、この時期より、徐々に開発され、整備されていく。特に、のちに「enhanced(強化型)CPA」といわれるケアマネジメントの手法は、これらの退院困難性の高い精神障害者の脱施設化、地域ケア推進のためのケアマネジメントである。

司法精神医療・保健・福祉のケアマネジメントは、この「enhanced(強化型)CPA」の派生型のひとつとして、司法精神医療・保健・福祉の関係者による専門的な関わりなどが、少しずつ付加されながら独自に発展していくことになる。

※1990年の地域ケア法(Community Care Act)における社会福祉領域での地域ケアマネジメントと1991年の保健医療領域の国民健康サービス(National Health Service:NHS)改革によるケアプログラムアプローチ(care program approach:CPA)が、ほぼ同時に整備されたことから、入院から地域へのケアマネジメントは、二重構造により分断され、当時の精神医療・保

健・福祉では、大きな問題となっていった。

しかし、入院から地域への円滑な移行が、非常に重要な司法精神医療・保健・福祉分野のケアマネジメントについては、その専門性の高さと限定的な援助者による関わりが多かったことから、その影響は、一般精神医療の混乱に比べ、より限定的であった。そしてこのような状況のなか、比較的早くからの司法精神医療・保健・福祉関係者によるケアマネジメントの独自の運用が始まっていたようである。

1999年には、英国の保健法(Health Act)が成立したことで、やっと社会福祉領域でのケアマネジメントとケアプログラムアプローチ(care program approach:CPA)の統合が図られた。英国の制度改正により、精神障害者については、①退院調整や地域ケアの困難性の高い精神障害者で、地域ケアに複数の関係機関の有機的な連携が不可欠となる者を対象とする「enhanced CPA(強化型)」と、②それ以外の一般精神障害者を対象とする「standard CPA(一般型)」に別れる。そして、2008年「CPA」は、enhanced(強化型)CPAのみを「CPA」と呼ぶように改められていく。

b) ケアマネジメントとしての「CPA(=Care Programme Approach)」の概要と特徴

「CPA(=Care Programme Approach)」について、その本質となる要素は、以下の4つである。

①専門的メンタルヘルスサービスを受けている人々の健康に関するニーズと社会的ニーズを評価し系統的に調整すること、②さまざまなケア提供者から必要とされる健康に関するケアと社会的ケアを同定し、ケアを明確にすること、③ケアを受ける人との連絡を取り経過を追い、ケアをコーディネートするキーとなる人(ケアコ

ーディネーター)を指名すること、④定期的に、または必要に応じて同意を求めケア計画の変更を行うこと、とされている。また、効果的に行うために a 適切な場所で適切な介入が適切なときに行われること、b ケア計画の作成、提供においてはケアユーザーがその中心となること、c 司法関連機関(Criminal justice Agencies)および保険関連機関(the Benefits Agencies)との連携が求められる。また、ケア計画については文書によって患者の同意を得なければならない。

このようなことから、ケアマネジメントとしての「CPA」の特徴としては、①利用者中心主義(利用者意向の尊重)、②ケア会議(CPA 会議)によるケア計画の調整と作成(透明性の確保、有機的な連携体制の構築)、③文書化されたケア計画(ケア計画への事前契約的手法の導入と緊急時対応の明確化)、④ケアの総括責任者(ケアコーディネーター)の選任(責任の明確化、情報の迅速な集約化と共有化)、⑤定期的な見直し(ケア計画の変更の機会の確保と即応性のある柔軟な運用)などが挙げられている。

c) 司法精神医療・保健・福祉分野における「CPA(=Care Programme Approach)」の特徴

地域保安病棟(Regional Secure Unit)などでの地域ケア計画の調整のためのケア会議(Care Programme Approach meeting)では、構成メンバーに、保護観察所の司法精神医療担当の保護観察官やケアの司法精神医療の対象者あるいは、難しい精神障害者への援助に対応している自治体や保健所の保健師・精神保健福祉士などの職員とともに、司法精神医療を専門とする通院医療機関の多職種チーム、専門とする訪問援助多職種チーム、専門とするホステルなどの職員など、地域で司法精神

医療を専門に行っているチームが、入院中より、多数参加している。そして、それぞれの援助者は、援助者としての高度のスキルを要求されることが多かったため、各機関や施設の援助者は、限定され、その中で、司法精神医療・保健・福祉の専門的知識やノウハウ、ケアマネジメントの方法等が研究され、発達していった。そのため、「CPA」については、通常の「enhanced CPA」よりも、緊急情報のケアコーディネーターへの迅速な集中化、即応性及び柔軟性の高い緊急時対応などについては、司法精神医療・保健・福祉により専門化し、高度化されたケアマネジメント手法により、ケア計画が調整、作成することが求められる場合が多かった。

そのため、司法精神医療・保健・福祉における「CPA」については、以下のようなものに、十分に配慮してケア計画の調整、作成を行っていくように、司法精神医療・保健・福祉の専門家として、注意しなければならない。

①対象者ごとに十分アセスメントを行い、注意する病状悪化のサインや問題行動を明確にし、関係者で共有するようにしておく

②作成されるケア計画には、退院後の病状悪化のサインや問題行動など、対象者の重要な情報が、ケア・コーディネーター【ケア計画の統括責任者】に迅速に集約されるような地域ケア計画と緊急事態対応計画を作成する。具体的な連絡方法を決めておく。

※特に、以下の事項に注意する。

③持続的代理権授与法の考え方などで、英国では、事前契約的な考え方になじみが深く、「CPA」のケア計画の契約にもおいても、病状悪化時の介入や援助を、本人と事前に取り決めておくことが多い。本人の意向を尊重したケア計画を原則に、病状安定している時期に、本人と関係機関の同意を得ながら、地域ケア計

画とともに、病状悪化時に迅速に介入・援助を行うことの出来る具体的な緊急事態対応計画を調整する。

④最終的に決定した地域ケア計画と緊急事態対応計画は、必ずケア契約書にして、本人の承諾を署名等で書面に残しておく。

8)【司法精神医療における研修の重要性】

a) 司法精神医療の退院促進における関係機関等の実務担当者への研修の重要性

前述のように、地域保安病棟が、英国全土に、急速に整備されたことにより、司法精神医療における中心的な役割を担う入院施設は、高度保安病院から各地の一般精神病院内にある地域保安病棟へ移っていった。これにより「司法精神医療の領域」は、限定されていた高等保安病院の施設内から、地域の自治体や精神障害関連機関、社会復帰施設に拡大し、「精神医療」だけでなく「保健・福祉」も関わる分野として認知されるようになっていった。しかし、実際に地域保安病棟の入院患者が、一般の精神障害者と同様に、よく調整された地域ケア計画のもと必要に応じた地域の保健、福祉サービスを受け、退院して行けるようになるには、まだ、多くのハードルが存在していた。司法精神医療は、当時の一般精神障害の領域ほどには、退院調整・地域ケア計画を作成していくためのケアマネジメントの方法が確立されておらず、手探りで進めていく状況であった。また、司法精神医療の中核を担うことになった地域保安病棟スタッフには、まだ、司法精神医療に関する知識や経験が少なかった。また、司法精神医療についての高度の専門的な知識とノウハウをもっていた高度保安病院のスタッフで、地域保安病棟を希望する者は、少なく、また、当

時は、司法精神医療の退院支援に懐疑的な意見のものも多くいた。また、入院機関としての退院支援のノウハウ等を持っているわけでもないため、その開発には、あまり積極的な役割や提言を行っていない。

また、地域保安病棟が整備されてからもしばらくは、地域保安病棟からの退院が、想定されたほど促進されず、地域保安病棟のスタッフが、その行き詰まり感から、多く離職していく時期もあった。また、受け入れ側とされる地域の精神科医療機関、保健関係施設、福祉施設においても、司法精神医療対象者への知識や対応のノウハウが非常に少なく、不安感や拒否感が強い状況であった。

このような状況において、司法精神医療・保健・福祉の実務を担当する(入院・通院を行う医療機関、保健・福祉を行う行政機関、福祉関係施設等の職員)各種の多職種(医師、看護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士等)への実際的な司法精神医療・保健・福祉の研修の整備と内容の充実が、司法精神医療の退院促進に大きく寄与していくことになる。特に、1980年代後半から1990年代にかけての司法精神医療の退院促進においては、認定ソーシャルワーカー(Approved Social Worker: ASW)とその研修内容が果たした役割は、非常に大きい。

b) 認定ソーシャルワーカー(Approved Social Worker; ASW)の研修制度が司法精神医療・保健・福祉に及ぼした効果

1983年の精神保健法の改正は、地域保安病棟の整備などとともに、ASW(Approved Social Worker)という精神保健福祉分野に関わる特別なソーシャルワーカーの認証資格を創設した。この精神保健法の改正では、一般の

精神障害者の入退院の判断に関与させ、強制入院などで警察等も関わることのある移送やそれらに関する各種手続の合法性や人道的運用を監督できるように、ASW に強い権限を与え、精神障害者の社会復帰と人権擁護をサポートさせていた。そのため、ASW の資格は、通常の精神医療・保健・福祉従事者の資格と言うより司法的な手続きや司法的な権利擁護制度、司法精神医療など内容を含む特殊な資格となり、その資格の取得自体も難しいことから、精神科領域のソーシャルワーカーの中でも、実際に ASW の業務自体を行っている者は、例えば、2005 年、英国ロンドンの Southwark 地区(人口 24 万人の行政区)の場合、区域内で ASW の本来業務を行っている者は、20 名ほどであった。

司法精神医療の退院調整や社会復帰援助には、精神保健福祉法の強制入院や病院命令(hospital order)、「制限命令(restriction order)」「精神保健審査会(Mental Health Review Tribunal)」とともに、司法制度全般に対する理解、法律的な人権擁護についての取り組みと高度の倫理教育、退院困難性の高い精神障害者のケアマネジメント手法等の専門性の高い知識などが必要であった。前述の ASW 資格は、専門性の高い特殊な資格であり、その権限も大きいことから、その研修内容は、高度で充実しており(通常、6ヶ月程度の研修期間がある)、また、その内容も、ある程度の司法精神医療の退院調整や社会復帰援助に必要な項目を、満たしているものだった。そのため、ASW 資格自体は、司法精神医療・保健・福祉関係者のための資格ではないにもかかわらず、当時、急速に増えることが予想されていた司法精神医療の退院患者への対応を迫られていた司法精神医療の退院調整や社会復帰援助に関わる機関や施設を中心に、ASW 資格をソーシャル

ワーカーに取得させる、或いは取得者を採用するところが多くなっていく。

そして、司法精神医療の中核的施設である地域保安ユニット(Regional Secure Unit)のソーシャルワーカーや、地域の司法精神科医療サービス(Community Forensic Psychiatric Services / Forensic Outreach Team)のソーシャルワーカー等、司法精神医療・保健・福祉を行うソーシャルワーカーの標準的な資格になっていく。※その後、高等保安病院(High Security Hospital)、そして、司法精神医療の退院患者用のホステルなどにおいても、同様の傾向となっていた。

ソーシャルワーカーは、当時から英国の精神科医療や相談機関、関連施設(入院機関、通院機関、保健所、自治体、施設等)などに幅広く採用されていたことから、英国の司法精神医療が退院を促進し始めたこの初期の時期において、ASW 研修は、地域保安病院と地域の司法精神医療・保健・福祉の各機関・施設の専門知識と高い倫理性の共有化させ、関係機関の連携体制の構築、入院から地域への各段階における継続的な関わりを可能とした実務者研修として、実際の司法精神医療の退院促進に大きく貢献していくことになる。

特に、司法精神医療における退院促進、社会復帰援助に役立つ研修内容として、実際の司法精神医療・保健・福祉の実務に利用出来るケアマネジメント方法などとともに、倫理教育(司法精神医療の入院患者への偏見、社会的入院の問題性、権利擁護の重要性など)の評価が高く、重要視されていった。これは、受け入れ側とされる地域の精神科医療機関、保健関係施設、福祉施設の職員への不安感や拒否感を軽減させるとともに、実務に関わる担当者の意識を高め、また、意欲をあげていくことで、

初期の司法精神医療における退院促進、社会復帰援助へ大きな効果をもたらしたと言われている。

英国政府も、司法精神医療・保健・福祉の実務者への倫理教育を非常に重視し、国や地方自治体の司法精神医療・保健・福祉の研修や各職種の教育プログラムに積極的に取り入れていく姿勢をみせていく。その後、司法精神医療・保健・福祉に関わるソーシャルワーカー以外の各職種においても、同様の研修が、行われていくことになる(現在の英国では、医師、看護師、作業療法士の専門教育プログラムにも、必ず、司法精神医療・保健・福祉制度についての教育などともに、倫理教育がなされている。また、ソーシャルワーカーにおいても、ASW 資格を活用するだけでなく、大学等で行われ司法精神医療・保健・福祉の専門プログラムに、倫理教育を非常に重要な項目として取り扱っている)。

そして、このことは、一般の精神医療分野のソーシャルワーカーに、司法精神医療に関する知識が広く普及していくきっかけとなった。また、国や地方自治体などにより、地域保健・福祉関連機関への司法精神医療などの研修が多く行われるようになってきたことから、地域の精神保健福祉を担当する訪問援助多職種チームなど、一般の精神医療・保健・福祉を担当する関係機関の職員にも、司法精神医療についての理解が深まっていった(ASW 資格は、その後、2007 年の精神保健法の改訂により、認定精神保健専門職(Approved Mental Health professionals)となり、現在では、ほかの精神科関連専門職種[精神科医、精神科看護師、作業療法士、臨床心理士等]も、この ASW 研修にちかい研修を受け、この役割を担うことができるようになっていく)。

c) 英国における司法精神医療・保健・福祉従事者への研修と我が国の医療観察制度の現状

英国では、司法精神医療の入院患者の退院調整、社会復帰援助のために、各関係機関のネットワークと連携が重要であり、各段階をサポートする各関係機関の実務者には、共通の専門知識と高い倫理性を共有化することが必要であった。このことが、ソーシャルワーカーにおいては、ASW 研修を司法精神障害者に関わるソーシャルワーカー共通の基礎的な研修として、位置づけていくひとつの要因となり、結果として、司法精神医療の入院患者の各関係施設・機関への円滑な移行と継続的な社会復帰援助に寄与していった。また、このことは、司法精神医療の入院患者の退院が促進され始めた 1980 年代後半においては、ソーシャルワーカーの中で顕著であったが、精神科看護師、作業療法士を中心に、精神科医師、臨床心理士など精神科多職種チームにも、一般に認識されていき、程度の差こそあれ、司法精神医療・保健・福祉制度の研修の重要性が指摘されていった。

日本においても、厚生労働省の委託研修により、医療観察法の指定入院・通院医療機関の多職種チームに研修がなされて、一定の効果を上げている。また、都道府県など地方自治体でも、精神保健福祉センターや保健所、市区町村、精神障害者関連施設の職員に研修を行っている。しかし、その内容は、医療観察法の制度説明など初任者研修的な色彩が強いものである。司法精神医療制度に長い歴史がある英国と違い、司法精神医療制度自体が、存在しなかった我が国では、まず、このような形で、司法精神医療制度について、説明に力を入れなければならないことも当然と思われる。

しかし、医療観察法施行から8年が経過し、英国で行われている実際の司法精神医療の入院患者の退院調整、社会復帰援助のためケアマネジメント方法や地域での支援方法など、いわば、医療観察制度における関係者の中堅研修のようなものが必要となってきたと思われる。

英国においても、地域保安病棟が整備され、司法精神医療の入院患者の退院が本格化した時期には、受け入れ側とされる地域の精神科医療機関、保健関係施設、福祉施設において、司法精神医療の実用的な知識や対応方法が求められた。また、地域でのケアや処遇が難しく、複数の関係機関が有機的に連携して援助しなければならない場合が多くあり、そのようなケア計画を調整し、作成し、持続的に運営していけるケアマネジメントや、実際の援助のノウハウが求められた

また、英国の司法精神医療では、司法精神医療に関わる関係者に行っておく研修として、非常に重視されている「司法精神医療についての倫理教育」について、現在の我が国の研修では、ほとんどなされていない。司法精神医療制度において長い歴史のある英国においても、司法精神医療の入院患者の退院が本格化した時期には、受け入れ側とされる地域の精神科医療機関、保健関係施設、福祉施設では、不安感や拒否感が強くなり、ASW 研修などの倫理教育(司法精神医療の入院患者への偏見、社会的入院の問題性、権利擁護の重要性など)の充実が、不安感や拒否感を軽減させるとともに、地域関係者が積極的に関わっていくことへの意義や意欲を引き出すことに、果たした役割は非常に大きいと言われている。

しかし、先進諸国のなかで、ほぼ唯一、司法精神医療の特別な治療システムを持たなかつ

た日本では、精神医療・保健・福祉の専門職種でも、司法精神医療の患者に偏見が強い場合が多い。そのため、我が国では、司法精神医療における人権侵害について意識が、英国など欧米諸国の関係者より、はるかに希薄で、司法精神医療関連のケア会議などにおいて、病状以外の理由で入院を促したり、安易に社会的入院を容認するような発言したりする関係者が、英国の欧米諸国などより、ずっと多くなっている状況が報告されている。そして、このような精神医療・保健・福祉の現状が、真摯に関わっている関係機関や積極的な地域関係者の意欲を失わせることにつながることも多く、改善が必要な状況となっている。

2. 医療観察法における通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助を支援するツールとして「クライシスプラン」のモデルとなる様式と『 Total Guidebook (緊急時対応計画 [クライシスプラン] 作成マニュアル/記載例集)』を開発した。

【資料①】『 Total Guidebook (緊急時対応計画 [クライシスプラン] 作成マニュアル/記載例集)』参照

3. 医療観察法における通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助を支援するツールとして「対象者の地域ケア計画(処遇実施計画)と対象行為に伴う生活状況の改善・変化への理解と認識に関するアセスメント票」を作成した。

【資料②】「対象者の地域ケア計画(処遇実施計画)と対象行為に伴う生活状況の改善・変化への理解と認識に関するアセスメント票」参照

D&E.考察および結論

1.英国における司法精神医療・保健・福祉の発展過程の調査と提言

英国における司法精神医療・保健・福祉の発展過程では、英国が地域保安病棟(我が国の医療観察法病棟のモデルとなった病棟)を各地に整備していったことにより、司法精神医療の退院促進ための環境を整えていった状況が明らかになった。しかし、英国においても、各地に地域保安病棟を整備しただけでは、司法精神医療の入院患者の退院は促進されなかった。また、英国で、司法精神医療における入院患者の退院促進政策が現実的になってきた 1980 年代後半頃より、地域の精神医療・保健・福祉の各関係機関に、不安や混乱が広がっていった。

この状況は、医療観察法病棟の整備が、全国各地で整いつつあるが、退院調整や社会復帰援助の方法について模索状態で、地域精神医療・保健・福祉関係者が、不安を持っている近年の我が国の状況に酷似している。その後、英国では、処遇の難しい司法精神院医療の入院患者の退院促進と社会復帰援助のため、司法精神医療・保健・福祉の各関係機関が、有機的に連携する必要で強くなって来る。そのため、英国の司法精神医療・保健・福祉の関係機関は、利用可能なケアマネジメント手法を取り入れ、それを発達させ、地域への円滑な退院調整社会復帰援助に繋げていった。このような歴史的経緯から見て、英国の司法精神医療の入院患者の退院促進、社会復帰支援にケアマネジメントが果たした役割は大きく、ケアマネジメントの重要性が明らかとなって来た。

また、英国の司法精神医療における研修

制度についての調査から、初期に「ASW 資格の研修」による司法精神医療・保健・福祉のケアマネジメント手法を含めた、制度や実際的なノウハウなどの専門知識、そして、対応スキルの共有化が、関係機関の有機的な連携に寄与していくことを明らかにした。また、英国を含む欧米諸国では、司法精神医療・保健・福祉の関係機関の従事者研修において、倫理教育を重視している。そして、地域の関係機関の従事者の意欲が向上するためには、倫理教育の充実が有効であるとしている。

1980 年代後半以降の英国の司法精神医療・保健・福祉の状況は、前述のように、医療観察法施行後の現在の我が国の状況によく似ている。しかし、我が国では、いまのところ医療観察法で利用しやすいケアマネジメントを開発し、各関係機関で利用しているとは言い難い状況にある。また、医療観察法の従事者研修も、現在までのところ、医療観察法の制度説明とその理解のための初任者的な研修が中心となっている。

医療観察法の現状と、英国の過去の司法精神医療・保健・福祉の発達の経過から考えれば、今後、中堅従事者の研修として、実際に退院調整に必要な知識やスキルが必要になるであろう。また、現在の我が国では、専門職の教育や医療観察法の従事者研修でも、ほぼ取り上げていない司法精神医療・保健・福祉の従事者向けの倫理教育(司法精神医療の入院患者への偏見、社会的入院の問題性、権利擁護の重要性など)の重要性については、英国をはじめとした欧米諸国がこぞって認めているところである。我が国の医療観察法関連の研修においても、早晚、その整備が必要になって来るであろう。

2.「クライシスプラン」のモデルとなる様式と『Total Guidebook（緊急時対応計画[クライシスプラン]作成マニュアル/記載例集)』の開発。【資料①】参照

我が国の医療観察法において、入院から地域への退院調整・社会復帰援助に関わっている指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、保健所、都道府県、市区町村、社会復帰施設等のなどの関係機関で構成されている司法精神医療福祉研究会(東京、関東甲信越地域を中心に、80施設程度)の関係機関が登録している司法精神医療・保健・福祉の研究団体の協力を得て、現在、指定入院医療機関と保護観察所が協働して作成している処遇実施計画書内の「クライシスプラン」について、援助や介入のポイントが明確で、指定通院医療機関や地域関係機関で理解や利用しやすい「クライシスプラン」の様式を開発した。そして、その様式の「クライシスプラン」を指定入院医療機関で作成していくための指定入院医療機関の多職種チーム向けのマニュアルを作成した。

医療観察法においては、退院する患者の緊急時の対応計画として保護観察所が指定入院医療機関と「クライシスプラン」を作成することが多い。「クライシスプラン」は、まず、指定入院医療機関の多職種チームと対象者が、社会復帰期に入る頃になると、面接などで「病状悪化の注意サイン」やその時の「対処法」、その時の「関係者の援助方法や内容」などを抽出し、多くの時間をかけて作成している。しかし、その作成は、指定入院医療機関の各担当多職種チームに任されていたため、完成度にばらつきが大きく、様式が統

一されていないことから、指定通院医療機関や地域の関係機関が利用しにくいものであった。また、クライシスプランが、レベル分けされている場合、そのレベル分けの基準が不明確で、「病状悪化の注意サイン」と「関係者の援助方法や内容」との間に乖離があるものや、レベル分けの段階が非常に多く、細分化されているため、かえって介入ポイントが難しいものなどが多かった。

そのため、対象者や指定通院医療機関や地域の関係機関の職員に出来るだけわかりやすく、必要時に介入しやすい「クライシスプラン」の様式を、保護観察所、指定通院医療機関、地域関係機関と協議し作成した。また、通院処遇時に対象者本人が行うセルフモニタリングシートとの連動なども考慮し、実際の通院処遇時に利用しやすい「クライシスプラン」作成のためのマニュアルを作成した。

今後、この研究班において、司法精神医療福祉研究会などに所属する医療観察制度の各関係機関などの協力を得て、実証研究を行っていく予定である。

3「対象者の地域ケア計画(処遇実施計画)と対象行為に伴う生活状況の改善・変化への理解と認識に関するアセスメント票」の作成。

【資料②参照】

指定入院医療機関で定期的に行われている退院調整、社会復帰援助をマネジメントするためのケア会議において、保護観察所の社会復帰調整官や指定通院医療機関、地域関係機関の参加スタッフが、指定入院医療機関の多職種チームに対して、指定入院医療機関の治療の進捗状況や使用されている資料を適切にチェック出来るためのツールを、司法精神医療福

社研究会などに所属する医療観察制度の各関係機関などの協力を得て、開発した。

今後、この研究班において、司法精神医療福祉研究会などに所属する医療観察制度の各関係機関などの協力を得て、実証研究を行っていく予定である。

F.健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

3.その他

①平成24年度の厚生労働省委託(公益財団法人精神・神経科学振興財団/公的な医療観察法関連機関の従事者研修)の「指定入院医療機関従事者研修会」「指定通院医療機関従事者研修会」の東京研修、大阪研修の調査結果の英国の司法精神医療及びケアマネジメント関連資料を提供している。

②平成24年度の厚生労働省の関東信越厚生局で行われた関東信越管内の指定通院医療機関向け研修において、英国の司法精神医療の実情とケアマネジメント手法を講義し、関連資料を提供した。

③平成24年度全国自治体病院協議会 精神科特別部会の研修会において、指定入院・通院医療機関を含む精神科医療機関従事者に対し「英国の司法精神医療、多職種チーム、ケアマネジメントの方法」等を紹介した。

H.知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

緊急時対応計画

[クライシスプラン]

Total Guidebook

《作成マニュアル/記載例集》

MDT Only

[Multi-Disciplinary Team]

National Center of Neurology and Psychiatry (NCNP)

©司法精神医療における退院調整・社会復帰援助を行う関係機関職員の支援と研修方法の開発に関する研究班

『緊急時対応計画』（クライシスプラン） 作成マニュアル

- 【第1ステップ】「クライシスプラン」の理解
- 【第2ステップ】「病状悪化の注意サイン」の抽出
- 【第3ステップ】「病状悪化の注意サイン」の分類
- 【第4ステップ】「対象者の対処法」の作成
- 【第5ステップ】「クライシスプラン」の統合

2011/12/19

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の作成方法 Ver1.6

1.『緊急時対応計画(クライシスプラン)』とは、

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』は、保護観察所が医療観察法における「精神保健観察(通院処遇)」を開始するとき、作成することとなっている『(地域)処遇実施計画書』の項目の1つである。『(地域)処遇実施計画書』は、医療観察法により保護観察所の長に(地域)処遇の実施計画の作成が義務づけられている(第104条)。医療、精神保健観察及び援助は、この実施計画に基づいて行われなければならないと定められており(第105条)、退院後の地域処遇の基礎となる重要なケア計画であると位置づけられている。

『(地域)処遇実施計画書』の記載内容は、対象者の退院後の1.「医療」における指定通院医療機関、医療方針や通院及び訪問診療等の頻度、指示事項など。2.「(福祉制度等)援助」の内容や方法。3.「ケア会議」や「精神保健観察」での目的、接触の方法(訪問、出頭及びその頻度等)、指導事項など。※『処遇実施計画書』では、病状急変時等緊急時の対応、個別に対象者の病状悪化の誘因、前駆症状、それに対する対象者自身、その家族、多職種チームの対処の仕方等等、詳細な援助計画の作成が予定されている。】等、多岐にわたっており、退院後の地域での対象者処遇が記載されている詳細なケア計画書となっている。

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』は、病状急変時等緊急時の対応、個別に対象者の病状悪化の誘因、前駆症状、それに対する対象者自身、その家族、多職種チームの対処の仕方等等、詳細な援助計画の作成が予定されている。そのため『(地域)処遇実施計画書』の1項目となっていた『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の部分が、拡大発展した表として別表になっており、『(地域)処遇実施計画書』の項目の『緊急時対応計画(クライシスプラン)』部分には、「別紙『緊急時対応計画(クライシスプラン)』のとおり」と記載されているものが多くなっている。

様式第〇号(法第104条, 令第11条第7号, 規則第20条関係)

個人情報が記載されています。取扱いについて注意して下さい。

処遇の実施計画

(第1回 〇〇年〇〇月〇〇日作成)

〇〇保護観察所長 〇〇〇〇 印

次の者に対する処遇の実施計画を下記のとおり定める。

ふりがな	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			氏名	〇〇 〇〇	性別	男	生 年 日	昭和40年〇〇月〇〇日生
住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇1-2 〇〇荘102			電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
保護者	〇〇太郎 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇4-5-6 (続柄) 父			電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
緊急連絡先	同上			電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
通院医療開始日(決定のあった日)	平成〇〇年〇〇月△△日								
(1) 処遇の目標									
必要な医療を継続的に受けながら生活する。 退院後のストレスに適切に対処しながら、地域生活に慣れる。									
(2) 本人の希望									
いずれはコンビニエンスストアなどで働いてみたい。そのためにも健康管理をしっかりする。 これからは(家族やいろいろな人に)自分から相談できるようにしたい。									
(3) ケア会議等									
開催回数	最初の6か月間は、原則として毎月初旬に1回開催(開催時に次回日程を確定する)。			開催場所	〇〇病院会議室				
検討事項	① 指定通院医療機関における医療の状況について ② 生活(デイケア等含む)について ③ 各関係機関の具体的ななかかわりについて(訪問時の留意事項等)								
留意事項	なるべく父にも参加してもらうよう、連絡をとっていく。								
連携方法	毎月月末に、保護観察所に書面で各機関の実施状況を報告し、その内容はケア会議で共有する。								
(4) 処遇の内容・方法									
① 通院医療	目 標	(6か月で中期通院医療へ移行) ○通院医療従事者との信頼関係の構築 ○病気についての理解を深める ○定期的なデイケアの参加							
	内 容	機関名・所在地	担当者	回数	実施方法等	備考			
	通院医療	〇〇病院 〇〇県〇〇市××町1-1-1	○医師	週1	外来受診(毎週水曜日 午後〇時予定)。				
	心理相談		○臨床心理技術者	月2	第1 第3火曜日午前。				
	訪問看護		○看護師 ○精神保健福祉士	週1	金曜日に自宅訪問。他の機関のスタッフと一緒に行くこともある。	Aチーム			
デイケア	○作業療法士		週2	月曜参加(1日)。様子を見て、週2~3回参加を予定。	週1から開始				
留意事項	(到達レベルの目安)○外来通院や服薬など必要な医療を利用できる。○地域生活に慣れ、困ったときに適切な人に相談できる。 (その他)、少し生活に慣れる〇月頃から1回1時間、4回位病気に関する学習の機会を予定している。そのほか、OPSW(援助欄記載)との面接は診察後を予定。								

② 精神保健観察	目標	退院直後のため、環境の変化に伴う病状の変化及び生活状況を見守り、継続的な医療の確保を図る。				
	内容	① 退院直後であることに留意し、生活全般の見守りを重点的に行うとともに各種サービスの利用状況や生活上の課題について話し合う。 ② 相談する内容に応じた関係機関の利用について支援・調整をはかる。 ③ 体調に注意し、調子が悪化するサインに気づいて早めに相談できるよう促す。				
	方法	接触方法	当初は、2週間に1回、自宅等を訪問する。2ヶ月目からは保護観察所での面接も検討する。			
		報告	毎月1回、関係機関からの報告(電話等適宜の方法)を受ける。報告内容に応じ適宜評価を行い、その結果をケア会議で本人及び関係機関に連絡する。			
	留意事項	家族(保護者)宅への訪問、連絡も行っていく。				
社会復帰調整官	○ ○ ○ ○					
③ 援助	目標	本人の希望をよく聞いて、信頼関係を築く。 生活の安定に向け、各機関が連携して役割分担し、具体的に援助していく。 (場合によっては、他の適切な機関の利用について提案することもある)				
	機関名	担当者	内容	方法	回数	備考
	○○病院(指定通院医療機関)	○精神保健福祉士	日常生活・医療全般に関する相談	通院時、受診後に面接。訪問看護に同行することもある。	週1	
	機関名	担当者	内容	方法	回数	備考
	○△保健所 ○○市××町1-1-1	○保健師	全般的な状況把握・精神保健福祉サービスに関する相談等	訪問指導等	週1	
	○○市障害福祉課 ○○市××町1-1-1	○社会福祉士	日常生活に関する援助	訪問援助 窓口での相談	随時	
	○○地域生活支援センター ○○市××町1-1-1	◇精神保健福祉士	日常生活に関する相談	ドロップイン。本人からの相談に応じる	随時	
○○精神保健福祉センター ○○市××町1-1-1	△精神保健福祉士	処遇の実施計画や援助のあり方について助言	計画策定時に参加し、助言等を行う。	随時		
留意事項	最初のうちは病院の訪問看護スタッフと一緒に訪問する。 デイケアの参加が増えて行くようであれば、訪問回数を減らすこともある。 訪問でなく、本人が定期的に支援機関を訪問する形での相談も考えていく。					
(5)緊急時の対応						
別紙 クライシスプランのとおり						
(6)その他の留意事項						
(本制度の処遇終了後の一般の精神医療・精神保健福祉サービスの利用に関する事項) 現在は退院直後のため、約6か月経過以降に検討を始める。						
(その他)						

○私は、上記の処遇の実施計画について説明を受けました。

平成○○年 ○○月 ○○日 氏名 ○○ ○○

作成:二瓶陽子(法務省保護局)、三澤孝夫(国立精神・神経研究センター)

クライシスプラン(日常生活対応レベルを含む)

日常生活対応レベル	0					
-----------	---	--	--	--	--	--

クライシスプラン【緊急時対応計画】

レベル	病状悪化のサイン		対処方法 (本人・家族等)	相談・連絡先	関係者(援助者・支援者) の対処
	自分がかかる	関係者が気がつく			
必要「相談・受診」が なレベル	I				
要「任意入院」が必 なレベル	II				
ル以上「医療保護入院」 が必要なレベル	III				

©NCP/T.M.

クライシスプラン(記載例) タイプ①

レベル	病状悪化のサイン		対処方法 (本人・家族等)	相談・連絡先	関係者(援助者・支援者) の対処
	自分が分かる	関係者が気がつく			
0 日常生活対応	<ul style="list-style-type: none"> ・疲労感が強くなる ・息苦しい ・不安感が強くなる ・視線が気になってくる ・幻聴:意味が聞き取りにくい声が「ザワザワ」という感じで頻繁に聞こえてくる ・集中力がなくなり、読書できなくなる 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝起きられなくなる ・ぼんやりすることが多くなる ・デイケアなどの遅刻が続く ・サングラスをつけることがある ・約束の時間に遅れることが多くなる 	<ul style="list-style-type: none"> ・音楽を聴く ・散歩をする ・活動と休息のバランス確認を行う ・頓服薬(ワイパックス)を飲む ・定期的な受診時に主治医に必ず話す ・関係者に相談する 	家族 Tel ○○病院 外来Tel 夜間外来Tel デイケアTel ○○保護観察所 Tel	<ul style="list-style-type: none"> ・情報を関係者で共有する ・定期的な訪問で、持続的に相談等に乗るとともに、必要があれば、訪問回数を増やす ・保護観察所が臨時に各関係機関に連絡を取り、ケア計画の修正(訪問、通院回数、対応方法等)を提案する
I 緊急受診・相談	<ul style="list-style-type: none"> ・不安感が強くなり、視線をひどく気にする ・日頃している外出が困難になる ・そわそわして落ち着かない ・不眠などから、昼夜のリズムが崩れる ・幻聴:あまり聞こえなかった声が良く聞こえる。女性の声で、老いを叫ぶ 	<ul style="list-style-type: none"> ・日頃している外出が困難になる ・服薬の時間や回数の乱れる ・サングラスをつけることが多くなる ・セルフモニタリング表で、不眠や朝起きられなくなることが四日以上続く 	<ul style="list-style-type: none"> ・頓服薬(ワイパックス)を飲む ・無理せず家族や関係者に相談して休養する ・保護観察所・保健所に相談し、受診する ・指定通院医療機関に受診・相談する 	○△保健所Tel ○○地域生活支援センター○○ Tel j○○市障害福祉課 Tel	<ul style="list-style-type: none"> ・情報を関係者で共有する ・必要があれば、緊急で訪問する。 ・状況に応じて受診の同行を検討する ・外来受診時に医師や病院スタッフに相談することを支援
II 「任意入院」が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・受診したくなくなる ・イライラがひどくなり、ものに当たる ・家族や関係者と話していても落ち着かず、話が續かない ・幻聴:男性の声が混じり、命令口調で指図する 	<ul style="list-style-type: none"> ・過去の友人関係についての愚痴が多くなる ・受診できない ・サングラスをほとんどつけて生活している ・会話中も、独笑が続いている ・セルフモニタリング表の記載が、実際と異なっている、あるいは、記入されていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所・関係機関・保護観察所に相談する ・速やかに指定通院医療機関に連絡し、受診する。 ・早めに任意入院して休養する ・関係者と相談し、入院を検討する 	訪問看護ステーション○○Tel ○○県精神保健福祉センターTel □□警察署	<ul style="list-style-type: none"> ・受診に同行する等して必要な医療の確保に努める ・通院回数や訪問看護の回数、処方内容を調整する ・外来受診時に医師や病院スタッフに相談することを支援する ・早めの任意入院をすすめる ・医療保護入院を検討する
III 「医療保護入院」以上	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅にとじこもる(強い妄想がある) ・家族や関係者が呼びかけてもコミュニケーションがうまくとれない(会話内容の理解が困難) ・幻聴:亡くなった父親の声などで、「死んでしまえ」などと高音響で命令する 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅から出られない ・受診できない ・過去の友人や霊界からの死者が復讐に来るなどと言う ・霊界から関係者に指令が来ているからなどの理由を挙げ、関係者の助言が受け入れられない 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所・関係機関・保護観察所に相談する ・速やかに指定通院医療機関に受診・相談する ・保護観察所や関係者に援助求め、指示に従う ・関係者・指定通院医療機関の求めに応じて、とりあえず入院する 		<ul style="list-style-type: none"> ・受診に同行する等して必要な医療の確保に努める ・通院回数や訪問看護の回数、処方内容を調整する ・外来受診時に医師や病院スタッフに相談することを支援 ・早めの任意入院をすすめる ・主治医の意見を確認し、医療保護入院、措置入院を検討していく

©NGNP/T.M.

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の準備 【第1ステップ】

■ 対象者とMDT で時間をかけて、「クライシスプラン」について理解する。

対象者とMDT で【No.1「クライシスプラン(模擬)対象者説明用】を見ながら、『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の全体の構成を確認していく。

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の構成

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』は、ほとんどの場合、レベル分けされた表形式となっていることが多い。通常、横軸は、①「病状悪化の注意サイン」、②「本人(家族等)の対処方法」、③「相談・連絡先」、④「援助者(支援者)の対処」などの項目となっている。縦軸は、【病状悪化の注意サイン】の程度で、通常3～4段階に区分されている。

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』は、あくまで緊急時(クライシス)の対応のための計画である。本人、家族のみの対処法や通常の関係機関における支援や援助だけでたりうるレベルの「病状悪化の注意サイン」は、『緊急時対応計画(クライシスプラン)』には、できるだけ組み入れず、日常レベルの「病状悪化の注意サイン」に対する対処法として、別表などで対応することが望ましい。また、『緊急時対応計画(クライシスプラン)』が、5段階以上になると運用が複雑になるため、『緊急時対応計画(クライシスプラン)』としての役割が果たしにくくなるなどの弊害が、地域の援助者などより、指摘されている。そのため【病状悪化の注意サイン】による区分は、緊急時での対応に特化し、通常3～4段階程度に納めることが望ましい。また、3～4段階程度に納めることは、【病状悪化の注意サイン】とそのレベル分けを対象者にも理解させやすいというメリットもある。

【病状悪化の注意サイン】については、基本的には、レベルの区分が、3段階の場合、【レベルⅠ】→緊急な「相談」「受診」必要なレベル、【レベルⅡ】→「任意入院」が必要なレベル、【レベルⅢ】→「医療保護入院」以上の強制入院が必要なレベルと、それぞれ【病状悪化の注意サイン】と【緊急時の医療における対処法】とを、相関させて区分のレベル分けを行っている。

レベルの区分が、4段階の場合、【レベルⅠ】→「相談」「受診」必要なレベル、【レベルⅡ】→「任意入院」が必要なレベル、【レベルⅢ】→「医療保護入院」、【レベルⅣ】→「措置入院」「医療観察法による再入院の申立」が必要なレベルと、強制入院レベルを【レベルⅢ】と【レベルⅣ】の2つに分けて作表することが多い。場合によっては、【レベルⅣ】を、また2つに分けて、【レベルⅣ】→「措置入院」、【レベルⅤ】→「医療観察法による再入院の申立」として、5段階のレベル区分で作表しているものもある。しかし、強制入院レベルに区分があると、対象者への対応や判断が難しくなり、緊急時に対応しにくく、手続き等も煩雑となる。また、強制入院後の処遇についても、対象者の病状や状況による弾力的な運用自体が難しくなることから、レベルの区分が3～4段階程度の『緊急時対応計画(クライシスプラン)』が、地域では利用しやすいようである。

クライシスプランにおける[対象者の病状,状況等について]区分

「レベル0」とは、「通常の受診、本人・関係者の対処法」などで対応可能なレベル

緊急での外来受診、往診、訪問援助(看護)などで対応する必要はなく、通常の日常レベルでの外来受診や訪問援助(看護)などでの対応、対象者本人の各種対処法(次回受診時、関係者の面接で相談する、音楽を聴く、大声を出す、お風呂に入るなどの対応、頓用薬など)で落ち着くことが出来る病状。※緊急時の対応であるクライシスプランの「病状悪化の注意サイン」とは、一線を画して取り扱う。

「レベルⅠ」とは、「緊急な受診」などが必要なレベル

精神症状の激しい出現ではないが、気持ちが不安定になったり、寝つきが悪くなったりして、心の調子を崩しそうになっている状態。毎日出来ていたことが出来なくなり始め、ストレスが溜まり始め、強い不安が感じられている状況。

◆支援者・援助者に相談することや頓用薬の服用などで改善できる場合もあるが、入院しないまでも、基本的には、応急の診察や投薬、面接など、緊急外来、往診、訪問援助(看護)などを必要とする程度の病状。

「レベルⅡ」とは、「休息的な入院」が必要なレベル

持続的な脱抑制が見られる状態。気分の高揚、反対に落ち込みが激しい状態。気分の落ちつかない状態が持続している状態。頓用薬を使用して一時的に緩和できるが、再燃する状態。他者とコミュニケーションが成立しにくく、状況によっては、拒否的となる状況。

◆任意入院、一時的な医療保護入院の検討が必要な場合がある。

「レベルⅢ」以上は、「緊急的な入院」が必要なレベル

妄想や幻聴などの精神症状が出現し、頓用薬や休養では改善しない状態。行動が精神症状に支配されている状況。

◆緊急受診及び緊急入院が検討される。

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の準備 【第2ステップ】

■ 対象者とMDTで「病状悪化の注意サイン」を抽出していく。

- ①MDTで【No.2「クライシスプラン」《MDT用》様式[1]【抽出】】を事前に読んでおく。また、MDT会議を開き、「入院中の病状の変化」、「鑑定書」等の情報など共有化、「病状悪化の注意サイン」について、MDTの意見をまとめておく。
- ②対象者とMDTで【No.2「クライシスプラン」《本人用》様式[1]【抽出】】を見ながら、抽出していく。特に、「病状悪化の注意サイン」抽出は、時間をかけながら、対象者本人の病識も強化していくことが必要なので、2回、3回と面接しながら、1～2ヶ月ほどかけて、「病状悪化の注意サイン」を【No.2「クライシスプラン」《本人用》様式[1]【抽出】】の用紙にうめていく。

「病状悪化の注意サイン」の作成方法

「病状悪化の注意サイン」の作成方法については、治療プログラム(疾病教育、内省プログラム等)やCPA会議で取り上げられた内容を、対象者とともに時間をかけて振り返りながら、対象者の自覚する「病状悪化の注意サイン」をあげていく。その後、①入院中の病状の変化、②MDTの意見、③鑑定書等の情報などを対象者と共有しながらクライシスプラン用の「病状悪化の注意サイン」を絞り込んでいく。

以下のような情報を基に、対象者とMDTで「病状悪化の注意サイン」を抽出していく

- ①対象者・家族、関係機関からの聞き取り
- ・対象者と「病状悪化の注意サイン」について、話し合いを中心として
 - ・過去の対象者との個別面接での話
 - ・CPA会議などでの家族、関係機関などの話
- ②鑑定書等の情報
- ・「病状」の他にも、治療歴、生活歴など情報を参考にする
 - ・対象行為時の病状などを考慮する
- ③入院中の病状の変化
- ・入院中の病状悪化、再燃の様子を対象者と共有する
 - ・対象者がストレスにより不安定になったことなどについて共有する
- ④MDTの意見
- ・MDT各職種からの各種の面接や接触時の意見
 - ・「内省」でのサイクル図や「SST」などでの各担当者からの意見
 - ・CPA会議における対象者や地域関係者からの意見や退院地域の状況

そして、それを対象者とともに、3～4段階(I→「相談」「受診」必要なレベル、II→「任意入院」が必要なレベル、III→「医療保護入院」以上の強制入院が必要なレベル)に区分する。