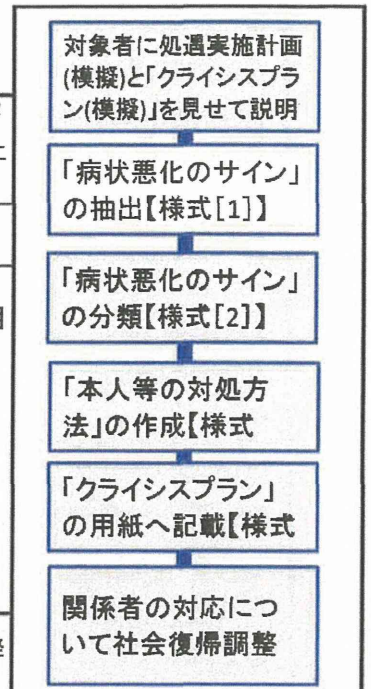


「病状悪化の注意サイン」の抽出
【クライシスプラン】の作成 様式[1]

本人が思う 注意サイン	自分が思う「病状悪化の注意サイン」を思いつままに、書いてみてください。退院して地域で生活していることを想定し、出来るだけ具体的に書いてください。 【ステップ、内省プログラム、ラップ、社会復帰講座などの治療プログラム、MDT会議やCPA会議で話し合ったことなどを参考にしてください】【10～15個程度】	
	<p>自覚的症狀 (自分から見て)</p> <p>■寝られない、落ち着かない、まとまらない ■疲労感が強くなる ■陰口を言われているような気がする ■焦燥感、困惑感が募る ■感情が不安定になる(泣く、怒る) ■胸が刺されるような感覚を持つ</p>	<p>他覚的症狀 (他人から見たら)</p> <p>■疲労感やソワソワ感を訴える ■調子の悪さを自分から訴え始める ■スタッフの提案に乗れなくなる ■一人でいることが多くなる。</p>
MDTが思う 注意サイン	病棟内での症状や生活状況、治療プログラムの参加状況などを参考にMDTが思う「病状悪化の注意サイン」を退院して地域で生活していることも想定し、また、病状悪化のレベル(軽度、中度、重度)の各段階も考慮して出来るだけ具体的に書いてみてください。【20個程度】	
	<p>《記入例》</p>	
鑑定書・生活環境 調査等の資料	MDTで、「病状悪化の注意サイン」と思うものを各資料から抜き出してみてください	



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

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の準備 【第3ステップ】

■ 対象者とMDTで「病状悪化の注意サイン」を分類していく。

①MDTで【No.3「クライシスプラン」《MDT用》様式[2]【分類】】を事前に読んでおく。

【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。

【病状悪化の注意サイン】の分類方法として

[1]症状を羅列して記載する。

[2]レベル【Ⅰ】、【Ⅱ】、【Ⅲ】で同じ症状について、その程度を記載する。

[3]セルフモニタリングの結果を取り入れる。

②上記を対象者と共有する。

③対象者とMDTで作成した【No.2「クライシスプラン」《本人用》様式[1]【抽出】】を見ながら、【No.3「クライシスプラン」《対象者用》様式[2]【分類】】の用紙に【病状悪化の注意サイン】をレベル別に分類していく。

「病状悪化の注意サイン」の分類方法

抽出した「病状悪化の注意サイン」を3つ程度のレベルに分類していく。分類の方法については、以下の代表的な3種類の方法がある。3種類の方法を対象者の特性に配慮して、どれかの方法を選択する。或いは、3種類の方法を複合的に取り入れて分類していく。それぞれの違うレベルに、全く同じ「病状悪化の注意サイン」を記載しないようにする。また、各レベルとも、必ず3～5つ程度、最高でも7つ以下に絞り込むようにするなどして、緊急時に対応しやすく、地域で利用しやすい『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の作成を目指す。いずれも、対象者とMDTで話し合いながら、対象者の納得の得られる『緊急時対応計画(クライシスプラン)』を作成していく。

「病状悪化の注意サイン」3種類の記載方法

[1]症状を羅列して記載する。

[2]レベル【Ⅰ】、【Ⅱ】、【Ⅲ】で同じ症状について、その程度を記載しているもの、例えば、「幻聴」について、以下のようにレベルによりかき分けるもの。

【レベルⅠ】幻聴 女性の声:楽しい、面白い、笑わせるような本人にとって良い内容が多く。⇒客観的には、空笑、独語が目立つ、【レベルⅡ】幻聴 得体の知れない声(又は、知人の声):嫌がらせ(脅迫)のような内容を話す、【レベルⅢ】幻聴 得体の知れない声(又は、知人、亡くなった母の声):死んでしまえなどと脅迫的な声が聞こえる

[3]セルフモニタリングの結果を取り入れ、セルフモニタリングと連動させる。例えば、「不眠」がセルフモニタリングで、何日続いたら「レベルⅡ」、あるいは、セルフモニタリングの項目が、いくつ以上「×」や「C」が続いたら、「レベルⅡ」などと記載するもの。※対象者によっては、セルフモニタリングの記載が恣意的になるなど、セルフモニタリングの日々の記載に影響を与えてしまうため、注意が必要である。

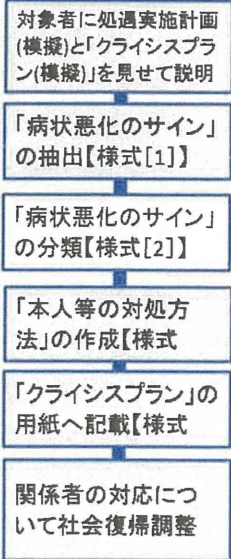
「病状悪化の注意サイン」のレベル分類(レベル分け)
【クライシスプラン】の作成 様式【2】

「病状悪化の注意サイン」の分類方法

【説明用/MDT用】

抽出した「病状悪化の注意サイン」を3つ程度のレベルに分類していく。分類の方法については、以下の代表的な3種類の分類方法がある。3種類の分類方法を対象者の特性に配慮して、どれかの方法を選択する。或いは、3種類の分類方法を複合的に取り入れて分類していく。それぞれの違うレベルに全く同じ「病状悪化の注意サイン」を記載しないようにする。また、各レベルとも、必ず3~5つ程度、最高でも7つ以下に絞り込むようにするなどして、緊急時に対応しやすく、地域で利用しやすい『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の作成を目指す。いずれも、対象者とMDTで話し合いながら、対象者の納得の得られる『緊急時対応計画(クライシスプラン)』を作成していく。
 ◆『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。

	自覚的症狀 (自分から見て)	他覚的症狀 (他人から見たら)	
「日常生活対応」 「レベル0」	<p>「レベル0」とは、緊急での外来、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各種対処法(音楽を聴く、大声を出す、お風呂に入る、頓用薬のみの対応など)で落ち着くことができるものなど※クライシスプランの「病状悪化の注意サイン」には含まない</p> <p>■疲労感が強くなる ■息苦しい・不安感が強くなる ■幻聴:意味が聞き取りにくい声「ザワザワ」という感じで頻りに聞こえてくる ■集中力がなくなり、読書できなくなる ■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多くなる【記入例】</p>		
<p>①「注意サインの抽出 様式【1】」で抽出した注意サインを全てレベルごとに分類する。 ②分類した注意サインをそれぞれのレベルで3~5つ程度に絞り込み、赤ペンで丸をつける</p>			
緊急時対応 (クライシスプラン)	「応急相談・診察レベル」 「レベルⅠ」	<p>「レベルⅠ」とは、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な状態。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、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。</p> <p>■思考のせばかり一つの考えにはまり込む ■不安感が強くなり、視線が気になる ■あることが頭から離れなくなり執着してしまう ■妄想の確信度が60%くらいになる ■日頃している外出が困難になる ■常にイライラする ■対人接触が低下し、自室に引きこもりがちになる ■生活リズムが崩れ、1日の内半日ほど寝ている ■それぞれして落ち着かない ■不眠などから、昼夜のリズムが崩れる ■幻聴:あまり聞こえなかつた声か良く聞こえる、女性の声で、考えを乱すようなことを言う</p>	
	「任意入院レベル」 「レベルⅡ」	<p>「レベルⅡ」とは、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。気分が落ちつかない状態が持続している状態。頓用薬を使用し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</p> <p>分類の方法については、以下の3つの方法がある。</p> <p>①症状を羅列して記載</p> <p>②レベル【Ⅰ】、【Ⅱ】、【Ⅲ】で同じ症状について、その程度を記載しているもの、例えば、「幻聴」について、以下のようにレベルによりかき分けるもの。 【レベルⅠ】幻聴 女性の声:楽しい、面白い、笑わせるような本人にとって良い内容が多く。⇒客観的には、空笑、独語が目立つ、【レベルⅡ】幻聴 得体の知れない声(又は、知人の声)嫌がらせ(脅迫)のような内容を話す、【レベルⅢ】幻聴 得体の知れない声(又は、知人、亡くなった母の声):死んでしまえなどと脅迫的な声が聞こえる</p> <p>③セルフモニタリングの結果を取り入れ、セルフモニタリングと連動させる。例えば、「不眠」がセルフモニタリングで、何日続いたら「レベルⅡ」、あるいは、セルフモニタリングの項目がいくつ以上「×」や「C」が続いたら、「レベルⅡ」などと記載するもの。※対象者により、セルフモニタリングに影響を与えてしまうため、注意が必要</p>	
	「緊急入院レベル」 「レベルⅢ」	<p>「レベルⅢ」とは、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。</p> <p>※【5つ以内程度に絞り込む】</p>	



『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の準備 【第4ステップ】

■ 対象者と MDT で「病状悪化の注意サイン」の各レベルに対応した「対象者本人(含:同居家族)の対処法」の作成していく。

①MDT で【No.4「クライシスプラン」《MDT 用》様式[3]【本人等対処法】】を事前に読んでおく。対象者や家族の対処法については、

◆「病状悪化の注意サイン」との対応。

[1]「病状悪化の注意サイン」と一対一で対応させる方法、

[2]「病状悪化の注意サイン」のどれかが出た場合、予め決めていた対処法を行う方法

◆対処法の記載

[1]順序を決めて記載する方法、[2]いくつかの対処方法を記載し、対象者や家族がその状況に応じて選択する方法、[3]そのレベルの全ての「症状悪化の注意サイン」について、対処法を1つのみ記載する方法がある。

②上記を対象者と共有する。

③対象者と MDT で作成した【No.3「クライシスプラン」《対象者用》様式[2]【分類】】を見ながら、【No.4「クライシスプラン」《MDT 用》様式[3]【本人等対処法】】の用紙に【本人等対処法】をレベル別に分類していく。

「対象者本人(含:同居家族)の対処法」の作成方法

「対象者本人(含:同居家族)の対処法」の部分は、「病状悪化の注意サイン」に対応したものとして、対象者自身の意向を聞きながら、できるだけ具体的で実現可能な内容のものを作成していく。対象者や家族の対処法については、①「病状悪化の注意サイン」と一対一で対応させる方法、②「病状悪化の注意サイン」のどれかが出た場合、大きく2つの「病状悪化の注意サイン」との対応方法がある。

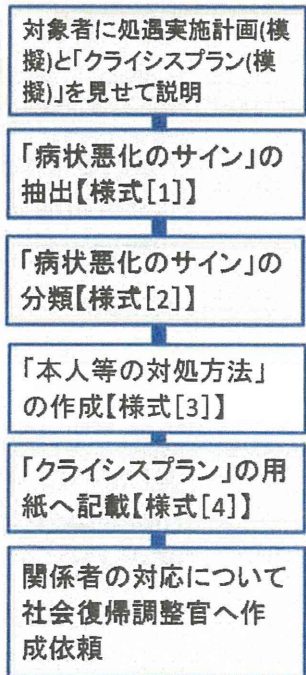
また、対象者や家族の対処法については、①行っていく対処法の順序を決めて記載する方法、②いくつかの対処方法を記載し、対象者や家族がその状況に応じて選択する方法、③そのレベルの全ての「症状悪化の注意サイン」について、対処法を1つのみ記載する方法などがある。いずれについても、対象者や家族が行うことの出来るシンプルな内容の対処法を対象者とともに考える。基本的な対応方法として、「頓用薬を使用する」、「関係者(支援者、援助者)に相談する」などの方法を必ず考慮する。また、【レベルⅠ】については、緊急な「相談」「受診」が必要なレベル、【レベルⅡ】については、「任意入院」が必要なレベル、【レベルⅢ】については、「医療保護入院」以上の強制入院が必要なレベルで、「病状悪化のサイン」を分類している。そして、これらと連携した対応を確保するため、【レベルⅠ】については、「臨時で病院に受診する」、【レベルⅡ】については、「病院に、自分の意志で入院する」「施設等のスタッフ・病院の主治医やスタッフと相談して入院する」、【レベルⅢ】については、「主治医の指示に従い入院する」などの記載を、「対象者本人(含:同居家族)の対処法」に入れておくことが、必要である。

「対象者本人(含:同居家族)の対処法」の作成様式
【クライシスプラン】の作成 様式【3】

緊急時対応(クライシスプラン)	「レベル0」 日常生活対応レベル	<p>対処法はできるだけ具体的に【説明用/MDT用】</p> <p>レベル0とは、緊急での外来、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各種対処法(音楽を聴く、大声を出す、お風呂に入る、頓服薬のみの対応など)で落ち着くことができるものや通常の受診時に相談することなどで、対応可能なもの</p> <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
	「レベル1」 応急相談・診察レベル	<p>「病状悪化の注意サイン」の「レベル1」に対応した「対象者本人(含:同居家族)の対処法」を作成</p> <p>◆支援者・援助者に相談すること、頓服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。</p> <p>【レベル1】については、「臨時で病院に受診する」など ※【2~5つ程度に対処法を絞り込む】</p> <p>【例】・無理せず家族や関係者に相談して休養する ・指定通院医療機関にすぐに受診・相談する ・保護観察所・保健所にすぐに相談し、受診する</p>
	「レベル2」 任意入院レベル	<p>「レベル2」とは、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。気分が落ちつかない状態が持続している状態。頓服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</p> <p>【レベル2】については、「病院に、自分の意志で入院する」「施設等のスタッフ・病院の主治医やスタッフと相談して入院する」など ※【2~5つ程度に対処法を絞り込む】</p> <p>【例】・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</p>
	「レベル3」 緊急入院レベル	<p>「レベル3」とは、妄想や幻聴などの精神症状が出現し、頓服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。</p> <p>【レベル3】については、「主治医の指示に従い入院する」など ※【1~3つ程度に対処法を絞り込む】</p> <p>【例】・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</p>

「対象者本人(含:同居家族)の対処法」の部分は、「病状悪化の注意サイン」に対応したものと、対象者自身の意向を聞きながら、できるだけ具体的に実現可能な内容のものを作成していく。対象者や家族の対処法については、
①「病状悪化の注意サイン」と一対一で対応させる方法、
②「病状悪化の注意サイン」のどれかが出た場合、予め決めていた対処法を行う方法の大きく2つの記載方法がある。

また、対象者や家族の対処法については、
①行っていく対処法の順序を決めて記載する方法、
②いくつかの対処方法を記載し、対象者や家族がその状況に応じて選択する方法、
③そのレベルの全ての「症状悪化の注意サイン」について、対処法を1つのみ記載する方法がある。



『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の準備 【第5ステップ】

- 対象者と MDT で、No.5「クライシスプラン」《本人用》【完成版 病院作成部分】様式[4]に今までに作成した様式[2]と様式[3]の結果を取りまとめて記載していく。

①MDT で No.5「クライシスプラン」《MDT 用》【完成版 病院作成部分】様式[4]を事前に読んでおく。

②対象者と MDT で今までに作成した様式[2]と様式[3]を確認しながら No.5「クライシスプラン」《本人用》【完成版 病院作成部分】様式[4]に記載していく。

③次回、CPA 会議で、関係者に内容を紹介する。

④「連絡先」、「関係者の対応」については、これまでの CPA 会議での関係者の援助についての内容を参考に社会復帰調整官が作成するため、No.5「クライシスプラン」《本人用》【完成版 病院作成部分】様式[4]を保護観察所へ送る。

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』作成の役割分担

『(地域)処遇実施計画書』は、上記のように医療観察法により保護観察所の長に作成が義務づけられている(第104条)ため、通常、保護観察所の社会復帰調整官が、通院時の(地域)処遇計画全体の内容を取り纏めて作成し、保護観察所長名をもって配布される。一方、対象者が指定入院医療機関の医療観察法病棟に入院している場合、『緊急時対応計画(クライシスプラン)』部分については、医療観察法病棟の担当多職種チームが関わる方が、円滑にその作成を行えることが多い。そのため、入院中の対象者の『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の作成については、保護観察所の『(地域)処遇実施計画書』に医療観察法病棟の担当多職種チームが、その作成に関与することが多くなっている。

特に、「病状悪化の注意サイン」と「(対象者本人,含:同居家族)の対処法」は、対象者の病状や病識、状況等を詳しく把握し、時間をかけて、対象者と一緒に作成することが必要なため、保護観察所の社会復帰調整官と連携しながらも、基本的には、指定入院医療機関が原案を作成することが望ましい。

指定入院医療機関で「病状悪化の注意サイン」と「(対象者本人,含:同居家族)の対処法」をレベル分けして記載した『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』を、保護観察所へ送付する。保護観察所では、これを受けて、これまでの CPA 会議における各関係機関の意向、援助方法等を取り纏め、社会復帰調整官の対応方法なども加えて、『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』における「連絡先」、「関係者の対応」の部分に記載していく。そして、退院時の『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』として、次回の CPA 会議で、社会復帰調整官が紹介し、関係機関等の意見を聞き、了承を得ていく。関係機関の合意が得られた『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』は、地方裁判所において、指定入院医療機関からの申立書や保護観察所の意見書などとともに、処遇実施計画書の一部として、退院許可申立審判の重要な資料となっていく。

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			
Ⅰ 「相談・受診」が必要	『(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作成が義務づけられている(第104条)ため、通常、保護観察所の社会復帰調整官が、通院時の(地域)処遇計画全体の内容を取り纏めて作成し、保護観察所長名をもって配布される。一方、対象者が指定入院医療機関の医療観察法病棟に入院している場合、『緊急時対応計画(クライシスプラン)』部分については、医療観察法病棟の担当多職種チーム		<p>対象者に処遇実施計画(模倣)と「クライシスプラン(模倣)」を見せて説明</p> <p>「病状悪化のサイン」の抽出【様式[1]】</p> <p>「病状悪化のサイン」の分類【様式[2]】</p> <p>「本人等の対処方法」の作成【様式[3]】</p> <p>「クライシスプラン」の用紙へ記載【様式[4]】</p> <p>「相談・連絡先」及び「関係者の対応」について社会復帰調整官へ作成依頼</p>		『緊急時対応計画(クライシスプラン)』作成の役割分担 指定入院医療機関で「病状悪化の注意サイン」と「(対象者本人,含:同居家族)の対処法」をレベル分けして記載した『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』を、保護観察所へ送付する。保護観察所では、これを受けて、これまでのCPA会議における各関係機関の意向、援助方法等を取り纏め、社会復帰調整官の対応方法なども加えて、『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』における「連絡先」、「関係者の対応」の部分を記載していく。そして、退院時の『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』として、次回のCPA会議で、社会復帰調整官が紹介し、関係機関等の意見を聞き、了承を得ていく。関係機関の合意が得られた『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』は、地方裁判所において、指定入院医療機関からの申立書や保護観察所の意見書などとともに、処遇実施計画書の一部として、退院許可申立審判の重要な資料となっていく。
Ⅱ 「任意入院」が必要な	が関わる方が、円滑にその作成を行えることが多い。そのため、入院中の対象者の『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の作成については、保護観察所の『(地域)処遇実施計画書』に医療観察法病棟の担当多職種チームが、その作成に関与することが多くなっている。				
Ⅲ 「医療保護入院」以上	特に、「病状悪化の注意サイン」と「(対象者本人,含:同居家族)の対処法」は、対象者の病状や病識、状況等を詳しく把握し、時間をかけて、対象者と一緒に作成することが必要なため、保護観察所の社会復帰調整官と連携しながらも、基本的には、指定入院医療機関が原案を作成することが望ましい。				

©NCP/PT,A.

No.1 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			
地域関係機関&指定通院医療機関の職員から ⇒対象者と指定入院医療機関(多職種チーム)へ		「回復期」から「社会復帰期」頃に確認 (CPA会議/ケア会議等)	
項目	評価①	評価②	備考
MDT(対象者)への質問			
<input type="checkbox"/> 退院後の生活全般のイメージについて聞いてみる			
<input type="checkbox"/> 病棟で、行われた治療、リハビリテーション、社会復帰援助方法等について聞く			
<input type="checkbox"/> 服薬自己管理とその方法			
<input type="checkbox"/> 金銭自己管理とその方法			
<input type="checkbox"/> 病棟で使用している「スタッフのモニタリングシート」があれば、見せてもらう			病状や生活、服薬、金銭など
<input type="checkbox"/> 病棟で使用している「対象者のセルフモニタリングシート」があれば、見せてもらう			病状や生活、服薬、金銭など
<input type="checkbox"/> 「対象者のセルフモニタリングシート」について、「通院処遇」で利用可能なものか(項目数、項目内容、記載時間等)、変更が必要か			通院処遇で利用出来るよう簡便な方法で、必要な項目が記載できるようになっているか
<input type="checkbox"/> 変更された通院処遇用「セルフモニタリングシート」などを確認し、助言をおこなう			病状悪化時の介入ポイントが明確か?「クライシスプラン」と連動しているか
<input type="checkbox"/> 通院処遇用「セルフモニタリングシート」を入院処遇中に、対象者にある程度利用してもらい、利用出来ることを確認してもらう			上記に配慮され作成されていること。対象者が、一日15分程度で、記載できるようになれば、理想
対象行為に至る地域生活の問題点と地域ケア計画への直面化		問題点とは何か	
<input type="checkbox"/> 対象者が対象行為自体に対する内省や整理が出来ているか		<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	対象行為自体の内省と内容
<input type="checkbox"/> 対象者が対象行為に至る対象者の過去の地域生活での問題点を認識しているか		<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	対象行為に至る自己の問題点の把握
<input type="checkbox"/> MDTが対象行為に至る対象者の過去の地域生活での問題点を認識しているか		<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	対象行為に至る自己の問題点の把握
対象者が対象行為に至る対象者の過去の地域生活での問題点について、どのように改善しようとしているか		改善策とは、何か	
<input type="checkbox"/> 対象者が対象行為に至る対象者の過去の地域生活での問題点について、その改善策に納得しているか		<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	対象者の妄想、治療・服薬のコンプライアンス、不規則な生活習慣、アルコール・薬物

No.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			
	地域関係機関&指定通院医療機関の職員から ⇒対象者と指定入院医療機関(多職種チーム)へ	「社会復帰期」後期 ※退院申立についての話し合いが行われる頃		
<input type="checkbox"/>	処遇実施計画(案)が、完成しているか	具体的には		
<input type="checkbox"/>	対象者が処遇実施計画全体について、具体的な生活を細部までイメージできているか		<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	(対象者の言葉で、説明することが出来る) (週間予定と月間予定)
<input type="checkbox"/>	対象者が処遇実施計画全体について、具体的な生活を細部まで同意できているか		<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	(対象者の言葉で、説明することが出来る) (週間予定と月間予定)
<input type="checkbox"/>	退院後の医療継続性を妨げる問題点が具体的に認識されているか		<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	対象者の妄想、治療・服薬のコンプライアンス、不規則な生活習慣、アルコール・薬物
<input type="checkbox"/>	退院後の医療継続性を妨げる問題点への対応策が具体的に決められているか		<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	対象者の妄想、治療・服薬のコンプライアンス、不規則な生活習慣、アルコール・薬物
<input type="checkbox"/>	「疾病性」の程度と「社会復帰要因」の内容に整合性とバランスがとれているか?		<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	疾病の重さ、障害・生活スキルと支援体制、援助内容等とのバランス
<input type="checkbox"/>	病状と退院予定地の地域生活における問題点について、援助の体制をとれているか		<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	問題点の援助、クライシスプランとの整合性
<input type="checkbox"/>	処遇実施計画(案)について、関係者全員の合意が得られているか	退院準備の進捗状況 Yes or No	<input type="checkbox"/> MDT、 <input type="checkbox"/> 対象者、 <input type="checkbox"/> 社会復帰調整官、 <input type="checkbox"/> 地域関係機関、 <input type="checkbox"/> 家族、 <input type="checkbox"/> ()	必ず確認
<input type="checkbox"/>	クライシスプランが、完成しているか	Yes or No	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	
<input type="checkbox"/>	段階別のクライシスプランとなっているか	Yes or No	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	段階別のクライシスプランとなっていない場合は、理由を聞く
<input type="checkbox"/>	病状悪化時のアセスメント体制が整えられているか	Yes or No	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	
<input type="checkbox"/>	病状悪化時のマネジメント体制が整えられているか	Yes or No	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	
	クライシスプランについて、対象者の合意が得られているか	Yes or No	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上	
<input type="checkbox"/>	クライシスプランについて、関係者全員の合意が得られているか	Yes or No	<input type="checkbox"/> MDT、 <input type="checkbox"/> 対象者、 <input type="checkbox"/> 社会復帰調整官、 <input type="checkbox"/> 地域関係機関、 <input type="checkbox"/> 家族、 <input type="checkbox"/> ()	必ず確認

分担研究報告

指定通院医療機関の治療機能の向上と

多職種・多機関の連携を効果的に行う方策に関する研究

- 資料1：医療観察法における再入院事例調査用紙
- 資料2：医療観察法通院処遇対象者における再入院事例調査結果
- 資料3：医療観察法通院処遇対象者に関する調査用紙
- 資料4：精神保健福祉法上の入院に関する調査結果
- 資料5：医療観察法通院処遇対象者における死亡事例に関する調査用紙
- 資料6：医療観察法通院処遇対象者における死亡事例調査結果
- 資料7：第6回北陸医療観察法研究会 プログラム
- 資料8：第7回通院医療等研究会 プログラム

松原 三郎

社会医療法人財団松原愛育会 松原病院

指定通院医療機関の治療機能の向上と多職種・多機関の連携を

効果的に行う方策に関する研究

研究分担者 松原三郎（松原病院）
研究協力者 津久江亮太郎、平岡美和（瀬野川病院）
長谷川直実、佐々木渉（ダイケアクリニックほっとステーション）
山中將至（溝口病院）
井上薫子（長谷川病院）
日暮恵美（東京都医療課地域支援コーディネーター）
村田昌彦（独立行政法人国立病院機構北陸病院）
浜守大樹（谷野呉山病院）
清水志をり（松原病院（福井））
高平大悟（富山保護観察所）
三田勇樹（金沢弁護士会）
中村美智代、林 央花（松原病院）

研究要旨

医療観察法通院処遇対象者について、再入院事例、死亡事例、精神保健福祉法入院について調査し検討を行った。調査結果を処遇困難事例検討会、第 6 回北陸医療観察法研究会、第 7 回通院医療等研究会にて報告した。

医療観察法における通院処遇対象者が、処遇中に病状が悪化した際に、早めに精神保健福祉法上での入院をすることは、さらなる病状の悪化を防ぎ、また、本人の安心にもつながっており、医療観察法の通院医療においても重要な役割を担っている。

研究会を通して、指定入院医療機関、指定通院医療機関、社会復帰調整官が連携する上での問題点を整理し、入院医療から通院医療への移行を順調に行うための方法を検討した。また多職種でのチーム医療の現状や各通院医療機関の状況を報告し、情報共有、意見交換を行い、医療観察法での通院医療の向上について検討した。

A. 研究目的

医療観察法（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律）における通院処遇対象者に関する調査を行い、通院処遇の現状、問題点を把握する。また研究会を開催し、指定入院医療機関スタッフ、通院医療機関スタッフ、社会復帰調整官等の医

療観察法に携わっているスタッフ間での意見交換を行い、入院から通院への移行における課題、有効な多職種チーム医療について検討する。

B. 研究方法

（1）医療観察法再入院事例調査

平成 24 年 7～8 月実施。指定通院医療機関に

電話等で連絡し、医療観察法通院処遇対象者で医療観察法による再入院の申立てをして再入院となった方の有無を問合せ、該当する対象者がいた場合、調査用紙（資料1）を送付し、記載後返信してもらった。

（2）精神保健福祉法上の入院に関する調査

平成24年10月実施。北陸3県（富山、福井、石川）11件、北海道2件、広島3件、静岡1件、東京1件、長野1件の合計20件の指定通院医療機関に調査用紙（資料3）を郵送し、郵送にて回収した。

（3）死亡事例に関する調査

平成25年1月実施。指定通院医療機関に調査用紙（資料5）を郵送し、郵送にて回収した。

以上の3つの調査をふまえて、平成24年9月1日に処遇困難事例検討会を開催し、再入院事例、処遇困難事例について意見交換をした。また平成25年2月16日に研究班会議を開催し、再入院事例、死亡事例、精神保健福祉法上の入院に関する調査の結果報告を行い、平成24年度のまとめ、平成25年度の研究について話し合った。

（4）第6回北陸医療観察法研究会

平成24年10月27日、金沢にて第6回北陸医療観察法研究会を開催した。北陸3県（富山・石川・福井）の指定通院医療機関スタッフ、指定入院医療機関スタッフ、社会復帰調整官、弁護士をシンポジストとして、「医療観察法対象者支援における地域内連携」というテーマでシンポジウムを開催した。プログラム（資料7）。

（5）第7回通院医療等研究会

平成25年2月16日東京の建築会館において第7回通院医療等研究会を開催した。8件の事例報告が行われ、引き続き「研究報告」松原三郎（松原病院）、特別講演「医療観察法における小規模病棟について」村上優（独立行政法人国立病院機構琉球病院）が行われた。プログラム（資料8）。

（倫理面への配慮）

（1）研究会において、参加者は守秘義務を持

つものだけに限り、また、同時に個人の情報に関する資料については、会において検討が終わった後には、その資料を回収し破棄した。

（2）再入院、死亡、精神保健福祉法上の入院に関する事例調査では、松原病院倫理委員会にて、個別の事例に関する発表を行わないことを前提に許可を受け実施した。

C. 研究結果

（1）医療観察法再入院事例調査

医療観察法通院処遇での再入院事例は平成24年6月30日現在で29例である。平成22、23年度「医療観察法の運用面の改善に関する研究」（研究代表者 小山司）の分担研究「医療観察法制度全般に対する医学的視点からの評価研究」（研究分担者 松原三郎）において16例の情報を収集しており、今年度の研究では9例について情報を収集することができ、合計25例の再入院の事例について把握した。

調査用紙（資料1）、結果（資料2）

性別：男20名、女5名

移行通院16名、直接通院9名

年齢：20代 5名（男5 女0）

30代 7名（男4 女3）

40代 4名（男2 女2）

50代 5名（男5 女0）

60代 4名（男4 女0）

対象行為：殺人・殺人未遂 11名

傷害 4名

放火 4名

強制わいせつ 3名

強盗 3名

病名：統合失調症 18名

感情障害（うつ病） 1名

人格障害 1名

物質使用障害 4名

広汎性発達障害 1名

病状悪化までの期間：

移行 半月 1名

	1ヶ月	1名
	2ヶ月	5名
	3ヶ月	2名
	4ヶ月	1名
	5ヶ月	1名
	6ヶ月	1名
	7ヶ月～1年	2名
	1年半	1名
	2年半	1名
直接	3日	1名
	1週間	1名
	3週間	1名
	3ヶ月	2名
	6ヶ月	1名
	7ヶ月～1年	2名
	1年1ヶ月	1名

病状悪化の要因の分類：

物質使用障害または併存	6名
知的障害の併存	1名
(複数原因としては4名)	
病状から通院決定に無理があった	3名
病識の欠如や服薬継続の必要性の理解の問題点	9名
ストレス耐性の弱さ	6名

(2) 精神保健福祉法上の入院に関する調査

指定通院医療機関20病院のうち17病院からの回答があった。17病院には94名の通院処遇対象者(終了者も含む)がおり、そのうち40名が精神保健福祉法上での入院をしている。調査用紙(資料3)、結果(資料4)。

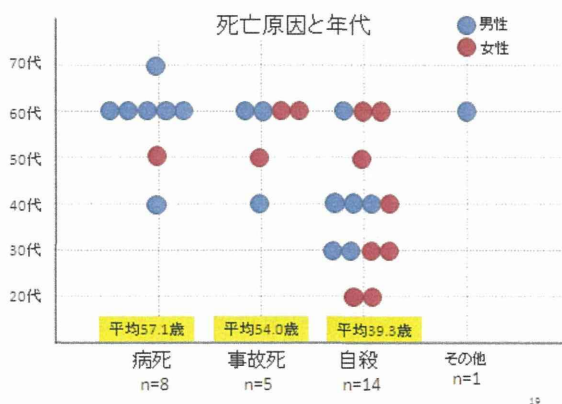
40名のうち開始時入院は10名(うち4名は経過中の入院もあり)、経過中入院は34名であった。対象行為は傷害40%が多く、殺人・殺人未遂25%、放火25%となっている。診断名はF2統合失調症71.8%と最も多かった。入院理由をみると、開始時入院の理由は、居住地未定、医療チームとの関係構築、地域生活の支援体制構築、本人の生活訓練等であるが、経過中入院

の理由は、病状悪化57%が最も多く、問題行動21%、身体的問題12%、休息入院6%と続く。入院形態は任意入院53%、医療保護入院38%、措置入院3%となっており、任意入院による早めの入院が行われていることが明らかとなっている。このことは、入院のタイミングが早めであったか否かについての説問では、早めの入院だった36%、病状の増悪は中等度28%となっており、早めの入院をしていることが明らかとなった。入院回数も1回が58%であるが、2回24%と状況に応じて早めの対応をとっていると考えられる。

(3) 死亡事例に関する調査

平成24年6月30日時点で医療観察法通院処遇対象者の死亡者数は46名であるが、そのうち28例について回答が得られた。調査用紙(資料5)、結果(資料6)。

死亡原因では、病死28.6%、事故死17.9%、自殺50.0%であったが、それぞれの平均年齢をみると、病死は57.1歳、事故死は54.0歳、自殺は39.3歳であり、自殺が低い年齢層に多いことが示された。



利用していたサービスについては3分の2近くが訪問看護を受けており、デイケアに通所しているのは3分の1程度であった。通院処遇中の問題点は、精神症状が最も多く、病識欠如、家族の協力、社会生活能力が3割程度該当していた。

特に自殺14例についてみると、20代、30

代、40代が多く、女性が8例(57.1%)と極端に多かった。開始状況は直接通院7.1%、入院からの移行92.9%と圧倒的に移行の場合が多く、病死、事故死の群と比べて精神症状、家族の協力に問題がある例が多かった。

(4) 第6回北陸医療観察法研究会

参加者は、精神保健福祉士、看護師、検察官、弁護士、社会復帰調整官等の医療観察法に携わっている人達で51名の参加者数であった。

指定入院医療機関の北陸病院からは、退院時期を推定して多職種ミーティングを開始し、地域の情報収集、外出泊、CPAを重ね、終了あるいは通院へ結びつけていると報告があった。

3病院の指定通院機関からは、事例報告があった。富山県からは通院時間がかかるため15ヶ月で終了し近くの医院への通院となった例では、家族、民生委員、社会復帰調整官、訪問サポート、保健センター、サービス相談の市担当者が連携し、順調に回復していった事例報告があった。福井県からは処遇終了後も支援を続けている事例、入院機関からの移行時に外泊を多く実施し移行が順調に進んだ事例報告があった。石川県からは入院から移行して通院処遇となる場合、入院医療機関と通院医療機関との密な連絡が必要である、通院中の精神保健福祉法の入院が対象者の安心にもつながっていると報告があった。

社会復帰調整官からは、CPA会議の重要性、県や市への協力依頼、権利擁護等、様々な方面との連携が重要であるがコーディネーターは難しいとの社会復帰調整官としての立場での報告があった。

弁護士からは、付添人の役割、審判の手続きにおいて、治療の必要性ということの理解が難しく、法律家と医療者の相互理解が必要であると意見があった。

その後討論が行われた。

(5) 第7回通院医療等研究会

参加者数は161名であった。全国の指定通院医療機関スタッフ、社会復帰調整官の方々が

参加し、演題ごとに質疑がなされ、活発に意見交換が行われた。

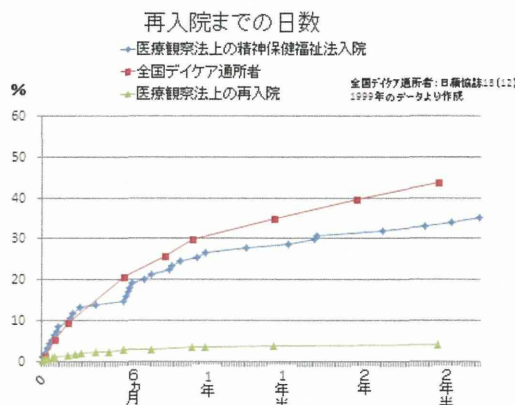
薬物依存の場合、入院中は薬物がない環境での治療であり、退院してからの治療は課題が多いが、麻薬取締官が定期的に面談し薬物検出キットを利用して効果的な治療がなされている事例や、再入院申立となった事例では申立となるまでの状況や通院医療の課題について発表があった。また自殺をした事例についての質疑の中では、自殺予防においてどう介入していくべきかの意見がいくつか出された。

質疑が活発に行われ、地域の差や各医療機関での状況などがわかり、情報交換もなされ、有意義な研究会となった。

D. 考察

再入院事例調査、精神保健福祉法上の入院に関する調査、死亡事例に関する調査、第6回北陸医療観察法研究会、第7回通院医療等研究会での討論内容についてまとめる。

医療観察法再入院、医療観察法通院処遇における精神保健福祉法入院、一般精神医療での全国デイケア通所者の再入院までの日数を以下のグラフに表した。一般の精神医療を受けている人と医療観察法の医療を受けている人と病状の悪化は同じくらいで差はあまりない。



医療観察法の通院処遇者の再入院率が低いのは通院処遇中の精神保健福祉法の入院が再入院をふせいでいる大きな役割をしていると言える。病状が悪くなりすぎない早めの入院をし

ていることが功を奏している。ただ対象者にとって精神保健福祉法入院の自己負担は結構負担が大きいという問題がある。

さらに、再入院事例、精神保健福祉法入院事例のいずれにおいても、病状の悪化がほぼ6カ月以内に起こっており、この点からは、入院医療機関と通院医療機関間の連携体制について改善が必要である。特に、通院医療機関への外出・外泊がさらに頻回に行われるように、入院医療機関と通院医療機関が連携して、指定入院医療機関スタッフの負担を軽減する等の工夫が必要である。

今回の自殺事例の調査では、事例の詳細にわたる調査は行われなかった。対象行為の詳細（被害者等）、自殺の時期（季節）、自殺企図歴、精神保健福祉法入院の有無等であるが、今後、引き続き調査を行うべきと考えている。

また自殺事例14例のうち13例は入院処遇から移行して通院処遇となった事例であった。移行時の入院機関と通院機関の連携に課題があると考えられる。通院開始までに、1泊の外泊では少なく、外泊の回数も少なくは、入院から通院になったときのギャップが大きすぎる。そのため通院開始までに外泊の回数を増やし、外泊期間を長くできるようになることが通院医療機関の入院医療機関への要望である。また通院開始後も入院医療機関スタッフが対象者との面接が行うなどよりきめ細かな連携が必要であろう。指定入院・通院医療機関間の連携がより密接となるように、ガイドライン等の改正が必要であると考えられる。

医療観察法による通院医療はマンパワーが必要ではある。多職種チームで手厚くサポートすることは極めて効果的である。北陸医療観察法研究会、通院処遇等研究会の討論を聞き、医療観察法施行当初に比べ、通院医療の精度はあがっている印象を受けた。多職種でのチーム医療が一般精神医療にも徐々に反映していているとも思われた。

E. 結論

医療観察法における通院処遇対象者にとって、病状が悪化した際に早めに精神保健福祉法上での入院をすることは、さらなる病状の悪化を防ぐとともに、本人の安心感にもつながり、通院医療を順調に進め、再入院や自殺を予防する上でも重要な役割を担っている。

入院処遇から通院処遇に移行する際には、入院医療機関、通院医療機関、社会復帰調整官が密に連携することで、対象者が安心して通院処遇へ移行できるが、現在よりも密接な入院・通院医療機関間の連携が可能となるようにガイドラインの改正が必要であろう。

通院処遇対象者の死亡事例についてさらに調査し、自殺者が減少するためにどうすべきかについて、今後検討していきたい。

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

- 1) 医療観察法における通院医療. 第8回日本司法精神医学会大会 会長講演, 2012.6.8 金沢 司法精神医学8(1). 2013
- 2) 学会認定精神鑑定医制度の概要について. 第8回日本司法精神医学会大会 シンポジウム, 2012.6.8 金沢 司法精神医学8(1). 2013
- 3) 窃盗癖の事例検討. 第21回北陸司法精神医学懇話会, 2012.7.14 金沢

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

医療観察法における再入院事例 調査用紙

記入日：平成 年 月 日

医療機関名：

記入担当者：

再入院事例について

1) 性別	男性 女性
2) 年齢	歳
3) 対象行為	対象行為名 概要
4) 診断名	
5) 通院開始 状況	直接 移行（入院期間 年 ヶ月）
6) 通院から再入院までの経緯 (通院開始から再入院までの期間がわかるように記載してください)	
7) 入院先	
8) その他	

医療観察法通院処遇対象者における再入院事例調査結果

平成23年度、24年度実施

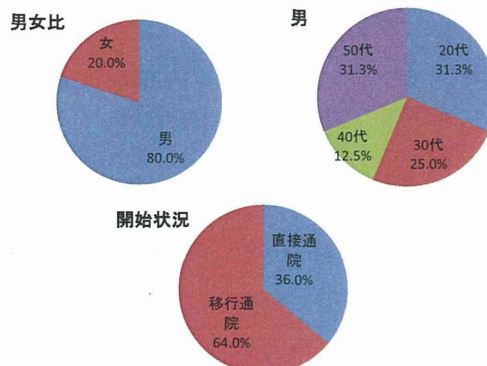
医療観察法通院処遇での再入院事例(25例)

性別	年齢	対象行為	主病名	併発病名	症状悪化までの期間
男	60代	殺人	統合失調症		半年
男	50代	傷害	統合失調症	アルコール乱用	1ヶ月後
男	60代	殺人	統合失調症		2ヵ月後
女	30代	殺人未遂	統合失調症		2ヵ月後
男	40代	殺人	統合失調症	統合失調症併発	2ヵ月後
男	30代	殺人未遂、傷害	統合失調症		2ヵ月
女	30代	殺人	統合失調症		2ヵ月
男	20代	殺人未遂	寛解期精神障害	軽度精神障害	3ヵ月後
女	40代	放火	統合失調症	軽度精神障害	3ヵ月後
男	40代	強制わいせつ	統合失調症		4ヵ月
男	30代	殺人未遂	妄想性被害被害	寛解期精神障害	5ヵ月後
女	50代	強盗	統合失調症	精神障害	6ヵ月後
男	20代	放火	広汎性発達障害、統合失調症		11ヵ月後
男	50代	強制わいせつ	統合失調症	慢性的、上レゾド副作用、多剤使用、精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1年
男	50代	傷害	統合失調症	慢性不眠症併発	1年半後
男	20代	殺人未遂、傷害	統合失調症	薬物使用による精神病状	2年半後
男	60代	殺人	うつ病	甲状腺機能低下症	3日後
女	40代	殺人未遂	統合失調症		3週間後
男	60代	強制わいせつ	統合失調症		3週間後
男	50代	強盗	統合失調症		3ヵ月後
男	20代	放火	統合失調症		3ヵ月半後
男	40代	傷害	統合失調症		6ヵ月後
男	20代	傷害	統合失調症	軽度知的障害	8ヵ月
女	30代	放火	統合失調症感情障害		1年後
男	30代	傷害	統合失調症	中等度精神障害	1年1ヵ月後

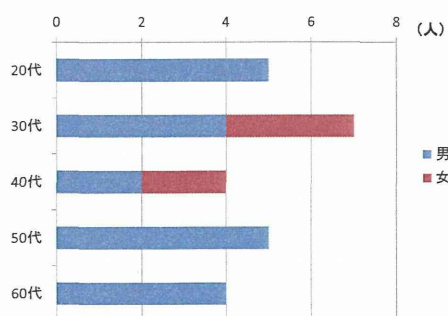
医療観察法通院処遇での再入院事例(25例)

- 性別: 男 20名、女 5名
- 移行通院 16名、直接通院 9名
- 年齢: 20代 5名(男5 女0)
30代 7名(男4 女3)
40代 4名(男2 女2)
50代 5名(男5 女0)
60代 4名(男4 女0)

医療観察法通院処遇での再入院事例(25例)



医療観察法通院処遇での再入院事例(25例)



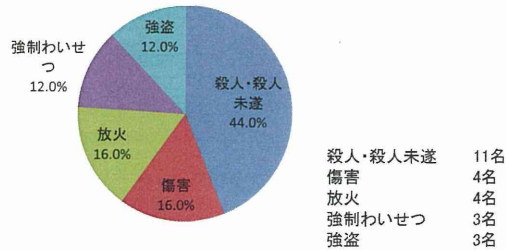
医療観察法通院処遇での再入院事例(25例)

- 対象行為: 殺人・殺人未遂 11名
傷害 4名
放火 4名
強制わいせつ 3名
強盗 3名

- 病名: 統合失調症 18名
感情障害(うつ病) 1名
人格障害 1名
物質使用障害 4名
広汎性発達障害 1名

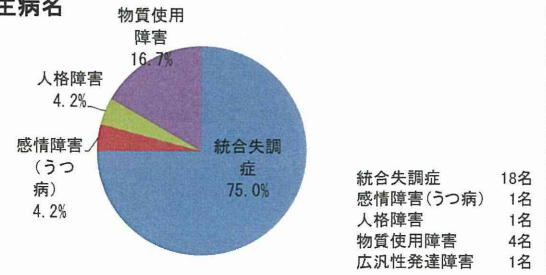
医療観察法通院処遇での再入院事例(25例)

対象行為



医療観察法通院処遇での再入院事例(25例)

主病名



医療観察法通院処遇での再入院事例(25例)

病状悪化までの期間

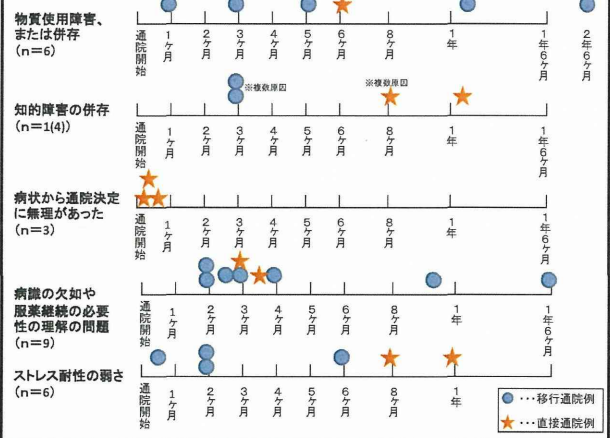
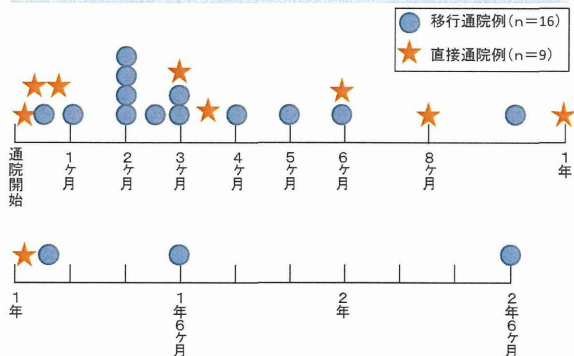
移行: 半月	1名	直接: 3日	1名
1ヶ月	1名	1週間	1名
2ヶ月	5名	3週間	1名
3ヶ月	2名	3ヶ月	2名
4ヶ月	1名	6ヶ月	1名
5ヶ月	1名	7ヶ月~1年	2名
6ヶ月	1名	1年1ヶ月	1名
7ヶ月~1年	2名		
1年半	1名		
2年半	1名		

医療観察法通院処遇での再入院事例(25例)

病状悪化までの期間

物質使用障害、または併存	6	
知的障害の併存	1	4 (複数原因として影響があったもの)
病状から通院決定に無理があった	3	
病識の欠如や服薬継続の必要性の理解の問題	9	
ストレス耐性の弱さ	6	
計	25	

病状悪化までの期間



問 6-b →ありの場合その入院期間

- | | | | | | |
|----|-------|-------|-------|----|-------|
| 1 | ～1 週間 | 2 | ～2 週間 | 3 | ～3 週間 |
| 4 | ～1 カ月 | 5 | ～2 カ月 | 6 | ～3 カ月 |
| 7 | ～6 カ月 | 8 | ～9 カ月 | | |
| 9 | 9 カ月～ | (入院日数 | カ月 | 日) | |
| 10 | 入院継続中 | (入院日数 | カ月 | 日) | |

問 6-c →ありの場合その入院形態

- | | | | | | |
|---|------|---|--------|---|------|
| 1 | 任意入院 | 2 | 医療保護入院 | 3 | 応急入院 |
| 4 | 措置入院 | 5 | その他 (| |) |

問 7 通院処遇経過中に精神保健福祉法上の入院をしましたか？

- | | | | |
|---|----|---|----|
| 1 | あり | 2 | なし |
|---|----|---|----|

問 7-a →ありの場合 入院開始時期

通院処遇開始から () カ月 () 日

問 7-a →ありの場合その理由 (複数選択可)

- | | | |
|---|-------------|---|
| 1 | 病状悪化 (|) |
| 2 | 休息入院 | |
| 3 | 問題行動 (|) |
| 4 | 身体的問題 (|) |
| 5 | 地域生活の支援体制整備 | |
| 6 | その他 (|) |

問 7-b →ありの場合その入院期間

- | | | | | | |
|----|-------|-------|-------|----|-------|
| 1 | ～1 週間 | 2 | ～2 週間 | 3 | ～3 週間 |
| 4 | ～1 カ月 | 5 | ～2 カ月 | 6 | ～3 カ月 |
| 7 | ～6 カ月 | 8 | ～9 カ月 | | |
| 9 | 9 カ月～ | (入院日数 | カ月 | 日) | |
| 10 | 入院継続中 | (入院日数 | カ月 | 日) | |

問 7-c →ありの場合その入院形態

- | | | | | | |
|---|------|---|--------|---|------|
| 1 | 任意入院 | 2 | 医療保護入院 | 3 | 応急入院 |
| 4 | 措置入院 | 5 | その他 (| |) |

問 7-e →ありの場合 入院のタイミング

- | | | |
|----|-------------|---|
| 1. | 早めの入院であった | |
| 2 | 病状の増悪は中等度 | |
| 3 | 病状の増悪は著しかった | |
| 4 | 問題行動があったため | |
| 5 | その他 (|) |

問 7-d →ありの場合 入院回数 () 回

問 8 居住場所

- | | | | |
|----|-------------|---|--------------------------|
| 1 | 自宅 (家族と同居) | 2 | 単身生活 (ケア付きアパート等の一定の支援あり) |
| 3. | 単身生活 (支援なし) | 4 | グループホーム |
| 5 | その他施設 (| |) |

ご協力ありがとうございました。