

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

令和3年度～令和4年度 総合研究報告書

入院複雑事例に対する効果的な治療や介入方法に関する研究

研究分担者 村杉 謙次 国立病院機構小諸高原病院

研究要旨：

1. 医療観察法入院医療ならびに精神保健福祉法入院医療における、長期入院者及び長期/頻回行動制限実施者などのいわゆる複雑事例に対する効果的な治療や介入方法について検討することを目的とし、令和3年度～令和4年度において、措置入院複雑事例に対し医療観察法医療の担当多職種チーム（Multi-Disciplinary Team：以下、MDT）アプローチを導入し、その有効性を検証すると共に、医療観察法医療の精神保健福祉法医療への応用方法について検討することを目的とした研究を開始した（研究1）。
2. また全国の指定入院医療機関と協働し、令和元年度から行っている医療観察法入院複雑事例に対する介入方法の検討も継続し、case formulation（以下、CF）を用いたshared decision makingによる介入（以下、SDM with CF）の新規事例への導入と（研究2）、転院トライアルの新規事例への導入を行った（研究3）。
3. 措置入院複雑事例に対しても、MDTアプローチは措置症状の消退に促進的に機能するものと考えられ、『協働意思決定度の上昇』が大きな治療促進要因となっているものと考えられる。今後精神保健福祉法病棟においても多職種が専従でき、MDTアプローチが普遍化するような制度改定が期待される。
4. 医療観察法入院複雑事例に対するSDM with CFならびに転院は、停滞している複雑事例の治療状況を促進させる契機となりうるものであり、それらの治療促進要因として『みため直し』『関係（再）構築』『権利擁護』が挙げられる。3つの医療機関による転院トライアルについては、総じて『客観的視点の担保』『複雑事例の治療に関わる医療機関の燃えつきや抱え込みの防止』などの効果が期待でき、今後のブロック会議への発展とブロック内での各指定入院医療機関の医療水準の均霑化や、複雑事例への対応の具体化が期待される。

研究協力者（順不同、敬称略）

平林直次 国立精神・神経医療研究センター病院
小河原大輔 同上
村田昌彦 国立病院機構榊原病院
壁屋康洋 同上
田口寿子 神奈川県立精神医療センター

瀬戸秀文 福岡県立精神医療センター太宰府病院
久保彩子 国立病院機構琉球病院
前上里泰史 同上
本村啓介 国立病院機構さいがた医療センター
野村照幸 同上

藤崎直人	同上
高尾 碧	島根県立こころの医療センター
中林充子	北海道大学医学部附属病院
高橋未央	国立病院機構小諸高原病院
斎藤勝仁	同上

A. 研究目的

超長期入院者及び長期/頻回行動制限実施者等のいわゆる複雑事例に関する検討は、医療観察法入院医療の機能を再考する上での大きな課題となっている。また、入院処遇ガイドラインに示された標準的経過を辿らない、複雑事例の背景や病態の解明、分類、治療・ケアに関するエビデンスの蓄積は、医療観察法医療のみならず、精神科医療全体の機能向上に寄与するものと考えられ、令和元年度より、医療観察法入院複雑事例に対する介入方法として、case formulation（以下、CF）を用いた shared decision makingによる介入（以下、SDM with CF）や転院の有効性について検討してきた。

令和3年度～令和4年度にかけての本研究においては、医療観察法入院複雑事例に対するSDM with CFならびに転院の導入事例数を増やすと共に、精神保健福祉法入院医療上の複雑事例と考えられる措置入院複雑事例に対する医療観察法医療の応用研究を行った。

研究1：措置入院複雑事例に対する医療観察法入院医療の応用

B. 研究方法

対象となる措置入院複雑事例として、医療観察法入院複雑事例研究において複雑事例中核群として抽出された条件に合わせ、長期措置入院群（入院期間3か月超）、長期/頻回行動制限群（計2回以上・累積28日間以上の隔離、1回以上の拘束）、複数回措置入院群（2回目以上の措置入院）の3群を設定した。これらに該当する患者に文書同意を得た上で、医療観察法多職種チーム（Multi-Disciplinary Team：以下、MDT）

アプローチによる介入を行ない、その有効性を評価する。具体的な介入方法は本人参加型のMDT会議、ケースフォーミュレーションに基づく治療、ケアマップによる治療課題の共有、クラインスプランの作成、ケアコーディネーターの設定とする（図1）。医療観察法ピアレビュー事業を参考に、MDTによる各介入の実施状況をはかるためのfidelity尺度も設定する（表1）。

使用する評価尺度は、共通評価項目、機能の全体的評価尺度（Global Assessment of Functioning：以下、GAF）、簡易精神症状評価尺度（Brief Psychiatric Rating Scale：以下、BPRS）、協働意思決定度（9-Item Shared Decision Making：以下、SDM-Q-9）、治療同盟尺度（Working Alliance Inventory：以下、WAI）、自己効力感尺度（General Self Efficacy Scale：以下、GSES）、顕性攻撃性尺度（The Overt Aggression Scale：以下、OAS）であり、介入前後での評価を行う（表2）。対象患者からの入院治療に対する印象の聞き取りや、退院後1年間の再入院、再自傷・他害行為の有無についても調査する。

研究2：複雑事例に対するSDM with CFによる介入

B. 研究方法

『治療方法が確立していない複雑事例に対し、本人の意思を治療計画に積極的に反映させることが治療の進展につながるのではないか』との仮説をたて、複雑事例に対しSDM with CFによる介入を行い、介入前後で各種評価尺度を用い効果判定を行う。CFは対象事例と研究協力者の面接の中で、対象事例の希望を中心に据える形で作成し、作成したCFに基づき、今後3か月の治療計画をたて、対象事例のMDTが治療を実施する。評価に用いた尺度は、SDM-Q-9、GSES、BPRS、WAI、日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール（以下、CPAT-J）の5つであり、介入前後での評価を実施する（図2）。

研究 3：複雑事例の転院トライアル

B. 研究方法

関係構築困難要因が目立つ複雑事例に対するアプローチ方法の 1 つとして想定した転院の効果を検証する。評価方法は、エッセン精神科病棟風土評価スキーマ（Essen Climate Evaluation Schema：以下、Essen CES）と共通評価項目を用い、転院前後での転院元・転院先施設の心理社会的環境の変化とトライアル事例の変化を評価する。令和 4 年度においては、転院元と転院先の 2 つの医療機関に加え第 3 の医療機関が加わることで客観的視点が担保される可能性と、治療施設に向けられる本人・両親からの批判・陰性感情を軽減できる可能性を念頭に、同じ地方厚生局の管轄内にある 3 施設の連携による転院トライアルを開始した。

（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては、研究分担者の所属する国立病院機構小諸高原病院に設置された倫理委員会および研究代表者の所属する国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の承認を得ている。

研究 1：措置入院複雑事例に対する医療観察法入院医療の応用

C. 研究結果

2 事例を対象に研究を開始した。2 事例共に重複障害や成育歴上の傷つき体験を持ち、複数回の入院治療を経て、今回の措置入院に至った事例である（表 3）。

事例 1 は長期措置入院群かつ長期/頻回行動制限群に該当する事例であり、コミュニケーション能力の低さが目立ち、暴言・対物暴力が頻発し、長期間の隔離処遇を余儀なくされ、入院期間が 3 か月を超過したタイミングで介入を開始した。CF に基づく MDT による介入に対し、肯定的感情や安心感が醸成されると共に、薬剤調

整は行わない中においても、情動は安定し、暴言・対物暴力も消失した。措置入院に至った経緯について、他罰的な捉えから、一定の内省深化も得られ、隔離解除、医療保護入院への切り替え、クライシスプランの作成を経て、介入開始 2 か月後に自宅に退院となった。各種評価尺度による介入前後の評価においては、共通評価項目において精神病性症状が 2→0 点、アドヒアランスが 1→0 点と改善しており、GAF が 25→35 点、OAS が 4→2 点とそれぞれ改善が得られた。BPRS は不安・非協調性・情動の平板化において若干の改善が得られた。SDM-Q-9 は『良く当てはまる』が 0→44%、『概ね当てはまる』が 0→56%へと大幅に改善が得られた。GSES は 5 点（低い傾向にあり）のままで変化はなかったが、WAI は本人評価で『目標の一致』が、MDT 評価において『課題の一致』において改善が得られた。事例 1 については、外来通院と服薬を継続する中において、安定した状態が続いていたが、徐々にデイケアに参加できなくなり、訪問看護や保健師訪問も拒否するようになっていった。またクライシスプランを本人・両親共に活用できず、服薬自己中断に至り、病状悪化に伴う器物損壊により、退院後 5 か月目に医療保護入院となっている。

事例 2 は長期措置入院群に該当する事例であり、CF に基づく MDT による介入開始後、クロザピンの導入に至り、病状の安定と共に介入開始 3 か月後に退院となっている。各種評価尺度による介入前後の評価においては、共通評価項目においてアドヒアランスが 1→0 点と改善しており、GAF が 61→65 点、OAS が 1→0 点とそれぞれ改善が得られた。BPRS は不安・罪責感・緊張において若干の改善が得られた。SDM-Q-9 は『良く当てはまる』が 0→44%、『概ね当てはまる』が 22→56%へと大幅に改善が得られたが、GSES は 13→12 点（介入前後とも高い傾向にある）とほぼ変化はなかった。事例 2 については、退院後グループホームに入所し、クロザピンの内服

を継続し病状悪化は生じていないものの、作業所への通所は朝起きられないことを理由に不参加が続いている。またギャンブルへの傾倒による借金も生じており、地域生活を維持する上での阻害要因となっている。

研究2：複雑事例に対する SDM with CF による介入

C. 研究結果

SDM with CF の導入4事例において、表4に示すような評価尺度上の推移を示している。事例2・3については、SDM-Q-9、GSES、WAI 全ての評価において介入前後での上昇が認められる。事例4・5については3か月後のみの評価となっているが、SDM-Q-9とGSESについては、改善はみられないか、むしろ悪化しているが、WAIについては2事例共に改善している。事例6・7については、評価時期に至っておらず、今後、CPAT-Jによる評価も含め、4事例全ての評価を行い、SDM with CF の効果を総合的に判定していく。

研究3：複雑事例の転院トライアル

C. 研究結果

令和3年度には1事例、令和4年度には3事例に転院トライアルを導入した。導入4事例の共通点については、『重複障害』『職員への暴力』が挙げられる(表5)。

Essen CES の評価を行った事例2・3については、転院元MDTの『患者への脅威』が低下していた。事例3・4・5については、転院元と転院先の2つの医療機関に加え第3の医療機関が加わる形でのトライアルを導入した。事例3については、転院元・転院先MDTや分担研究者間でのWeb会議を繰り返すことにより、密な情報共有が可能となり、転院前後での治療の停滞はなく、スムーズに治療方針が受け継がれる形になった。加えて転院により対象事例と転院先MDTとの関係構築やみため直しが行われ、他害行為に至るシナリオも再検討された。両親、前主治

医、付添人等も含めたWeb会議も開催され、治療の阻害要因となっていた両親の医療観察法医療に対する拒否的態度が軟化し、対象事例に減薬プログラムを実施するに至っている。

事例4・5については、Essen CES 評価による転院元・転院先施設の心理社会的環境の変化については評価できていないものの、クロザピンの導入等による治療の基盤作りという転院の目的は概ね達成できている。短期間の転院となる見込みで、長期的な治療効果を測ることは困難であるものの、今後も第3者視点からの連携を継続していく方針となっている。

D. 考察

1) 精神保健福祉法医療への応用について

令和4年度の研究において、精神保健福祉法医療上の複雑事例と考えられる措置入院複雑事例に対する介入研究を2事例に導入した。2事例共に介入開始後、治療が進展し退院に至っており、評価尺度の中ではSDM-Q-9における点数の増加、すなわち『協働意思決定度の上昇』が認められている。2事例のみのデータであること、退院後6か月・1年時点の評価が未実施の限定的な評価であることを前提に考察すると、MDTが関わるという構造自体が協働意思決定度上昇の大きな要因であり、協働意思決定度の上昇が治療の大きな促進要因であると考えられた。また2事例共に、通院医療の枠組みの中で、服薬自己中断による病状悪化やギャンブルへの傾倒による借金などの問題が生じており、通院移行後にMDTの関与が薄くなることによる影響も想定された。通院でのMDTアプローチの在り方についても検討していく必要があり、医療観察法通院複雑事例について検討している大鶴班との連携が有意義であると考えられた。

措置入院の枠組みにおいても、MDTアプローチは十分に奏功することが示唆されたものの、医療観察法病棟と比較すると人的および物的医療資源に乏しい精神保健福祉法病棟において、

全ての措置入院事例に対しMDTを構成することは非現実的であると考えられる。現状においては措置入院複雑事例に該当する事例に優先してMDTアプローチを導入することが現実的な手法であると考えられ、今後精神保健福祉法病棟においても多職種が専従でき、MDTアプローチが普遍化するような制度改定が期待される。

2) 複雑事例に対する介入方法について

SDM with CFの新規導入6事例の効果判定において、評価が終了している2事例については、SDM-Q-9、WAI、GSES全てにおいて上昇という結果が得られている。評価途中の2事例においてもWAIの上昇が認められている。全ての事例において評価が完遂しておらず、限定的な評価とはなるものの、SDM with CFが対象事例の意思決定に役立つ可能性や対象事例とMDTの関係改善、治療目標の共有、自己効力感の向上につながる可能性が示唆された。今後実施予定の評定や長期予後を含め、総合的に効果判定を行っていく必要がある。

転院トライアル新規導入4事例の共通点として『重複障害』『職員への暴力』が存在し、それらの要素が『関係構築困難』につながっていることが挙げられる。事例3・4においては、転院元MDTのEssen CES評定の結果から、複雑事例を担当するMDTの転院による心理的負担の軽減をみてとることができた。事例4・5・6対しては、転院元・転院先医療機関のみではなく、分担研究者が所属する第3の医療機関が加わる形の転院トライアルを導入した。事例4においては、転院元・転院先MDTや分担研究者間でのWeb会議を繰り返す中で、治療の進展が得られている。事例5・6については、Essen CES評定による転院元・転院先施設の心理社会的環境の変化については評価できていないものの、クロザピンの導入等による治療の基盤作りという転院の目的は概ね達成できている。短期間の転院となる見込みで、長期的な治療効果を測ることは困

難であるものの、今後も第3者視点からの連携を継続していく方針となっている。

同一地方厚生局の管轄内3医療機関による転院トライアルについては、総じて『客観的視点の担保』『円滑な治療の進捗管理』『複雑事例の治療に関わる医療機関の燃えつきや抱え込みの防止』『本人・家族の医療機関に対する陰性感情の軽減』などの効果が期待できるものと考えられた。治療に多大な労力を要する複雑事例を同一ブロック内の複数施設で、コンサルテーションやSDM with CF、転院等の手法を用いつつ連携して対応することで、複雑事例の社会復帰促進や指定入院医療機関の燃えつき防止等につながる可能性が考えられた。さらには各指定入院医療機関の医療水準の均霑化や治療文化の醸成不足、処遇終了率のばらつきといった課題についても、同一地方厚生局の管轄内のブロックごとに取り組むことによって、効率的に解消することのできる可能性も考えられた。現在、全国の指定入院医療機関の中で、ブロック会議を設ける流れができつつあり、当院の所属するブロック会議内においても複雑事例や処遇終了事例の検討を開始している。

E. 結論

医療観察法入院複雑事例に対するSDM with CFならびに転院は、停滞している複雑事例の治療状況を促進させる契機となりうるものであり、それらの治療促進要因として『みため直し』『関係(再)構築』『権利擁護』が挙げられる。特に3つの医療機関による転院トライアルについては、総じて『客観的視点の担保』『円滑な治療の進捗管理』『複雑事例の治療に関わる医療機関の燃えつきや抱え込みの防止』『本人・家族の医療機関に対する陰性感情の軽減』などの効果が期待でき、今後のブロック会議への発展とブロック内での各指定入院医療機関の医療水準の均霑化や、複雑事例への対応の具体化が期待される。

措置入院複雑事例に対しても、MDTアプローチは措置症状の消退に促進的に機能するものと考えられ、『協働意思決定度の上昇』が大きな治療促進要因となっているものと考えられる。今後精神保健福祉法病棟においても多職種が専従でき、MDTアプローチが普遍化するような制度改定が期待される。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 村杉謙次：医療観察法入院複雑事例に対する治療や介入方法の検討。第16回医療観察法関連職種研修会，Web開催，2021.9.3
- 2) 斎藤勝仁，村杉謙次，瀬戸秀文，高橋未央，鷺塚伸介：医療観察法入院医療における複雑事例に対する介入方法の検討ー長期措置入院事例との比較を踏まえてー。第40回信州精神神経学会（ハイブリッド形式），2021.10.16
- 3) 村杉謙次：シンポジウム 医療観察法入院複雑事例の社会復帰について考える。第17回医療観察法関連職種研修会，Web開催，2022.6.3
- 4) 高橋未央，野村照幸，村杉謙次，平林直次：医療観察法病棟複雑事例に対する共同意思決定の有効性についての報告～ケースフォーミュレーションを用いて～。第18回日本司法精神医学会大会（ハイブリッド形式），2022.7.9-7.10

G. 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

H. 謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた全国の医療観察法病棟スタッフの皆様のご協力に深謝いたします。

参考文献

- 1) 指定入院医療機関退院後の予後に影響を与える因子の同定に関する研究. 竹田康二. 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究. (平成30年度～令和2年度 総合研究報告書)
- 2) 複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究. 壁屋康洋. 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究. (平成30年度～令和2年度 総合研究報告書)
- 3) 従来対応が難しいとされた複雑事例に対する心理社会的介入方法に関する研究. 今村扶美. 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究. (平成30年度～令和2年度 総合研究報告書)
- 4) 直接通院の実態および通院処遇複雑事例の特徴に関する全国調査. 大鶴卓. 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究. (令和3年度 分担研究報告書)

図1 研究デザイン

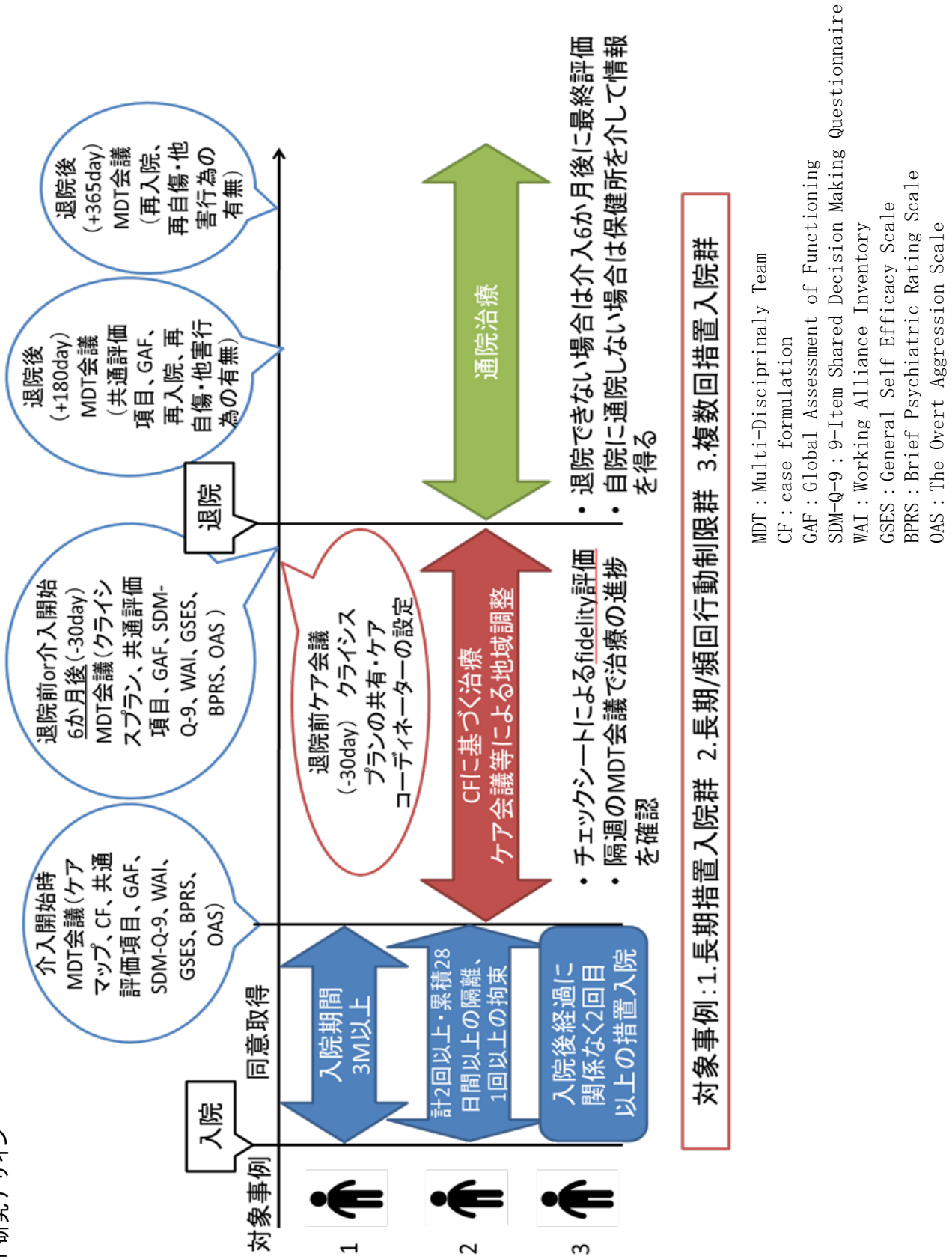


表1 研究実施医療機関による自己評価

施設名()

記入日(20 年 月 日)

下記の項目について、該当する欄に「○」を記入してください。

	ほぼ実施している	だいたい実施している	あまり実施していない	ほとんど実施していない
1. 介入開始時インテーク多職種チーム会議				
介入開始時インテークのための担当多職種チーム会議を開催しているか？				
措置入院届を見ながら措置症状、診断名、入院目的を確認しているか？	1	2	3	4
介入開始から2週間以内にケアマップを作成しているか？	1	2	3	4
介入開始から2週間以内にケースフォーミュレーションシートを作成しているか？	1	2	3	4
自傷他害のリスクについて評価しているか？	1	2	3	4
2. 担当多職種チーム会議（対象患者の参加と目標設定）	ほぼ実施している	だいたい実施している	あまり実施していない	ほとんど実施していない
多職種チーム会議に対象患者も参加し、対象患者も含めて下記事項を検討・決定しているか？				
治療目標の共有	1	2	3	4
定期的(月2回以上)	1	2	3	4
緊急時(暴言・暴力、自殺念慮、自殺未遂、自傷、無断退去など)	1	2	3	4
外出・外泊開始時(目的の再確認と目標設定)	1	2	3	4
ケアマップを用いた入院治療の行程管理(現時点における目標達成度の評価と、今後の課題と目標の設定)	1	2	3	4
3. 担当多職種チーム会議における各職種の出席状況	すべての職種	4職種以上	3職種以上	2職種のみ
すべての職種が担当多職種チーム会議に参加しているか？	1	2	3	4
4. 対象者の理解を深めるための工夫	ほぼ実施している	だいたい実施している	あまり実施していない	ほとんど実施していない
担当多職種チーム会議では、ホワイトボード等を用いているか？	1	2	3	4
担当多職種チーム会議の決定事項は、当日、対象患者の理解度に合わせて文書に整理して対象患者に手渡しているか？	1	2	3	4
5. 行動制限の最小化・最適化	ほぼ実施している	だいたい実施している	あまり実施していない	ほとんど実施していない
行動制限や観察責任レベルの決定時には、担当多職種チーム会議を開催しているか？	1	2	3	4
行動制限や観察責任レベルの見直しのために担当多職種チーム会議を定期的に開催しているか？	1	2	3	4
上記の会議に、対象患者本人は参加しているか？	1	2	3	4
上記の会議を通して、担当多職種チームと対象患者は治療課題を共有しているか？	1	2	3	4
行動制限の原因となった症状に対して、職種別の治療課題を設定し、行動制限中から治療に取り組んでいるか？	1	2	3	4
6. 院内ケア会議	ほぼ実施している	だいたい実施している	あまり実施していない	ほとんど実施していない
退院調整・地域ケア計画作成を目的とした、院内ケア会議は開催されているか？	1	2	3	4
必ず保健師が参加することになっているか？	1	2	3	4
介入開始から少なくとも2ヶ月以内から開催されているか？	1	2	3	4
必ず対象患者本人が参加し、また、発言できる機会をあたえられているか？	1	2	3	4
家族や退院予定地域の関係機関の担当者の参加を、病棟として積極的に働きかけているか？	1	2	3	4
最終的なクライシスプランを提示し、対象患者、家族、関係機関が、その内容を確認し、合意する手続きを行っているか？	1	2	3	4
7. クライシスプランの作成	ほぼ実施している	だいたい実施している	あまり実施していない	ほとんど実施していない
セルフモニタリング・クライシスプラン作成に対象患者本人が参加し、再発徴候、再発時の介入計画を作成しているか？	1	2	3	4
外出・外泊時などにクライシスプランを使用して、緊急時の連絡方法を実際に練習し、クライシスプランの修正につなげているか？	1	2	3	4
8. クロザピン投与	ほぼ満たしている	だいたい満たしている	あまり満たしていない	ほとんど満たしていない
医療機関登録要件を満たしており、クロザピン処方が可能であるか？	1	2	3	4
原則、入院3ヶ月以内に治療抵抗性の評価を終え、クロザピン投与を検討しているか？	1	2	3	4

表2 各種評価尺度・実施項目

評価項目	共通評価項目	介入開始時	入院前 or 介入開始6か月後	退院6か月後	退院1年後
	GAF	○	○	○	○
	BPRS	○	○	○	○
	SDM-Q-9	○	○		
	WAI	○	○		
	GSES	○	○		
	OAS	○	○		
	退院時 (or 終了時) 聞き取り		○		
	通院継続、再入院、再自傷・他害行為の有無			○	○
実施項目	ケアマップ	○			
	ケースフォーミュレーション	○			
	クライシスプラン		○		
	退院前ケア会議・ケアコーディネーター設定		○		

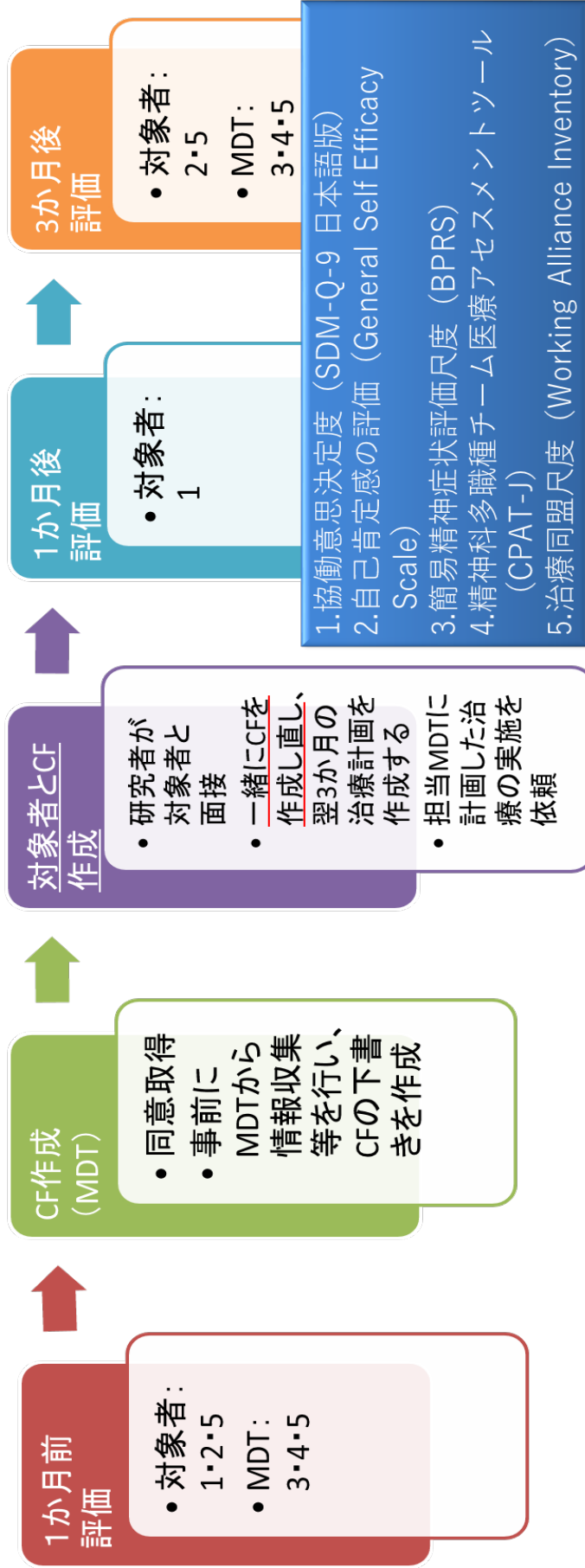
GAF : Global Assessment of Functioning
 BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale
 SDM-Q-9 : 9-Item Shared Decision Making Questionnaire
 WAI : Working Alliance Inventory
 GSES : General Self Efficacy Scale
 OAS : The Overt Aggression Scale

表3 措置入院複雑事例研究の導入事例

事例	年齢	性別	診断	複雑事例化要因
1	40代	男性	Sc・ASD・MR	措置要件：被害妄想に基づく器物損壊 社会復帰阻害要因：コミュニケーション障害、ストレス耐性の低さ、服薬アドヒアランス不良、内省困難
2	30代	男性	Sc・ADHD	措置要件：妄想に基づく自傷行為、両親への暴力 社会復帰阻害要因：治療抵抗性の精神病症状、衝動コントロール不良

Sc：統合失調症 ASD：自閉症スペクトラム障害 MR：精神遅滞 ADHD：注意欠陥多動性障害

図2 SDM with CF



MDT : Multi-Disciplinary Team

SDM with CF : shared decision making with case formulation

表3 SDM with CFの導入事例

事例※	年齢	性別	診断	複雑事例化要因	GSES		WAI
					SDM-Q-9 前後	前・3ヶ 月・6ヶ 月	
2	40代	男性	Sc・ ASD/ADHD	治療抵抗性：クロザピン導入の同意が得られない。 退院地調整：退院への意欲に乏しい	0⇒8	3⇒5⇒10	121⇒142⇒171
3	30代	男性	Sc・ASD	治療抵抗性：クロザピン使用しているが、幻覚妄想状態改善せず、ECT併用。 退院地調整：退院地への拘りが強く、退院地調整難航。	6⇒9	7⇒12⇒8	162⇒189⇒125
4	60代	男性	Sc・ASD	治療抵抗性：疾病否認、服薬アドヒアランス不良。思考の柔軟性に乏しく、内省を含めた心理社会的教育が困難。 退院地調整：本人とチームの意向が異なる。	2⇒2	2⇒3⇒?	99⇒121⇒?
5	40代	男性	Sc・ASD	治療抵抗性：クロザピン内服中であるが、副作用のため増量が順調にできない。 退院地調整：退院への意欲に乏しい。退院地への拘りあり。	4⇒0	1⇒0⇒?	96⇒122⇒?
6	20代	男性	Sc・ ASD/ADHD	治療抵抗性：クロザピン300mg+アトモキセチン。ストレス脆弱性が高く不調くりかえしている。 内省・洞察困難。 治療同盟：構築困難（虐待歴あり）	9⇒?	2⇒?	230⇒?
7	40代	男性	Sc	治療：クロザピン内服中。課題に対し回避傾向、内省困難。 退院地調整：退院への意欲に乏しい。	8⇒?	11⇒?	176⇒?

※事例番号は平成元年度からの累計

Sc：統合失調症 ASD：自閉症スペクトラム障害 ADHD：注意欠陥多動性障害 ?：評価未実施

SDM with CF：shared decision making with case formulation

SDM-Q-9：9-Item Shared Decision Making Questionnaire

GSES：General Self Efficacy Scale

WAI：Working Alliance Inventory

表5 転院トライアルの導入事例

事例※	年齢	性別	診断	複雑要因	転院状況	現状	第3者の視点・介入
2	30代	男性	Sc・ASD	重複障害、再処遇、	A病院→B病院	白血球数低値によるCLZ導入困難	衝動性に対する心理社会的治療
3	40代	男性	Sc・ASD	重複障害、頻回措置入院、両親の疾病否認、職員への暴力、関係構築困難	C病院→D病院	隔離・減薬プログラム	両親とMDTの関係構築支援
4	40代	男性	Sc・SUD ・MR・ADHD	重複障害、再入院・再処遇、職員への暴力、関係構築困難	E病院→B病院	拘束・CLZ	必要に応じSDM with CF検討
5	30代	男性	Sc・ASD・ADHD・PD	重複障害、頻回措置入院、職員への暴力、性的逸脱行為、関係構築困難	B病院→F病院（予定）	拘束・CLZ	複数回の転院可能性の検討

※事例番号は平成元年度からの累計

Sc：統合失調症

ASD：自閉症スペクトラム障害

SUD：物質使用障害

MR：精神遅滞

ADHD：注意欠陥多動性障害

CLZ：クロザピン

MDT：Multi-Disciplinary Team

SDM with CF：shared decision making with case formulation