



	クリニック
蕪木雅士	周愛巢鴨クリニック
須藤康宏	医療法人社団 メンタルクリニックなごみ
菊池達郎	宮城県立精神医療センター
島田明裕	国立精神・神経医療研究センター病院
大町佳永	同上
大森まゆ	同上
槇野絵里子	同上
宮崎真理子	同上
立山和久	同上
平林直次	同上

## A. 研究目的

### A-1. 背景

医療観察法の目的は、その第一条において、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」とされている<sup>1,2)</sup>。

平成15年7月15日から、令和2年12月31日の間に通院処遇を終了した2,568名のうち、通院処遇中の重大な再他害行為の発生があった割合は、0.7%と低く、ほとんどの対象者は、通院処遇において対象行為と同様の行為の発生の予防が成功している<sup>3)</sup>。他方で、通院処遇中に精神保健福祉法に基づく入院を経験した者の割合は50%であり、非自発的入院経験者の割合は24.5%であった<sup>3)</sup>。厚生労働省による、「最近の精神保健医療福祉施策の動向について(平成30年12月18日)」

<https://www.mhlw.go.jp/content/1220000/0/000462293.pdf>)によると、精神保健福

祉法病棟からの退院患者の再入院率は、退院後6か月時点で約30%、1年時点で約37%であった。また、精神保健福祉法病棟に長期入院した患者の退院促進後の予後に関するシステマティックレビュー<sup>4)</sup>では、統合失調症罹患患者で1年以上の長期入院患者の4-10年間の再入院率は約60%であったと報告されている。医療観察法病棟への入院期間は標準的には1年半であり、退院後は3年間(5年まで延長可)通院処遇が行われるため、単純な比較はできないが、医療観察法通院処遇中に入院を経験した対象者の割合が、一般精神科と比較して高いとは言えず、適宜入院をしながらも通院処遇で支えていると考えられる。入院病床を持たない指定通院医療機関のクリニック等は、バックベットのある精神科病院との連携が必要となり、入院時は各関係機関の連携体制も重要となるが、その方法に関するガイドラインは存在しない。

医療観察法指定入院医療機関への再入院は3.3%、死亡による通院処遇終了は3.8%にみられた<sup>3)</sup>。また、通院処遇中の自殺ケースは少なくないことが報告されている<sup>5)</sup>。

通院処遇の実態や課題に関するこれまでの報告では、医療観察法通院医療機関における課題を抽出した報告が存在する。そのなかでは、通院医療機関のスキルの不十分さ、関係機関の連携の不十分さ、指定入院医療機関から通院医療機関への情報提供の重要性、物質使用障害を伴うケースの特別な受け入れ体制の必要性、業務量負担、支援に対する不安などの課題が抽出されている<sup>6,7,8)</sup>。他方で、これらの課題に対して、解決法を提示した報告は研究者が調べた限りほとんどない。

医療観察法入院期間の在院日数は年々増加しており、施行当初に期待された、1年半の入院期間の目安は、大幅に超えている

9)。一部の対象者は、入院期間が5年を超えており、そのようなケースを受け入れる指定通院医療機関の不足が問題となっている<sup>10, 11)</sup>。その要因として考えられる、退院後の地域支援に対する地域関係者の不安や抵抗を減じることが、入院期間の短縮のためには必要である。そのためには、地域処遇が困難と思われる多様なニーズのある事例であっても、関係機関の連携・情報共有や、新たな技術を含む医療の提供、地域資源の活用により、退院後地域生活を支え続けている好事例・解決方法を収集し、実現可能な方法を示すことが重要である。

#### A-2. 目的

医療観察法指定通院医療機関の多様なニーズのある事例の支援の方法（関係機関の連携や、地域資源、新たな治療技術、医療）を探索し、好事例・解決方法を収集し、郡部と都市部において実現可能な支援方法を示すことで、地域支援者の医療観察法対象者の受け入れに対する不安や抵抗を軽減させ、動機づけを高めることを目的とする。その先に、医療観察法指定通院医療機関数および受け入れ対象者数の増加、そして、医療観察法入院期間の短縮につなげることが期待でき、医療観察法対象者の社会復帰の促進に貢献する。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

＜都市部と郡部について＞

都市部：人口密度が1,000人/km<sup>2</sup>以上の都道府県(※)、政令指定都市、人口50万以上の市

※住民基本台帳（令和3年1月1日現在）、総務省統計局資料、全国都道府県市区町村別面積調（国土地理院：令和4年1月1日現在）より作成された資料参照  
[https://www.mlit.go.jp/road/toukei\\_cho](https://www.mlit.go.jp/road/toukei_cho)

[usa/road\\_db/pdf/2022/doc19.pdf](https://www.mlit.go.jp/road_db/pdf/2022/doc19.pdf)

郡部：上記以外

都市部：国立精神・神経医療研究センター、東京都立松沢病院、周愛巢鴨クリニック、ほっとステーション大通公園メンタルクリニック、岡山県精神科医療センター

郡部：琉球病院、肥前精神医療センター、福島県立ふくしま医療センターこころの杜、メンタルクリニックなごみ、宮城県立精神医療センター

#### 1-1. 聞き取り調査研究の対象となる支援者

1) 医療観察法通院処遇に多職種チームとしてかかわった事のある支援者（医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等）で、本研究の調査項目（医療の質や関係機関の連携等）について回答を得るのにふさわしいと考えられる職種の支援者。2) 説明文書と口頭にて説明を受け、本研究の目的を理解し、同意文書に署名することで同意したもの。

#### 1-2. 症例研究の対象となる対象者（元対象者を含む）

1) 医療観察法通院処遇中の対象者、および、医療観察法通院処遇終了者で未成年者は含まれない。2) 説明文書と口頭で説明を受け、理解し、同意文書に署名することで同意したもの。3) 1) を満たし、転医や所在不明その他の理由で、連絡が取れないもので、オプトアウトに拒否のなかったもの。4) 「社会復帰関連指標」：【衝動コントロール】【非精神病性症状 3) 怒り】【日常生活能力 3) 家事や料理】【物質乱用】【性的逸脱行動】【個人的支援】（以下、社会復帰関連指標）の一つ以上が1点以上である症例で、関連機関との連携や画期的な支援方法等が

奏功していると考えられ、症例研究としてまとめる意義があると考えられるケース。具体的には、前回退院後、医療観察法の再入院の申立てがなく、精神保健福祉法による長期の入院に至っていない(調査時点で、入院よりも地域生活の方が長い) ケース。

## 2. 調査項目

2-1) 支援者に対して半構造化面接で質問する内容

- 医療観察法を通院処遇中、処遇終了者の人数
- 退院時点で、共通評価項目の社会復帰関連指標のうち 1 つ以上に問題があったが、医療観察法の再入院申立てや、長期の精神保健福祉法入院に至ることなく(現時点で、入院よりも地域生活期間の方が長い)、通院処遇中ないし通院処遇が終了したケースの有無
- 診断と対象行為
- 退院時点で、上記の共通評価項目の社会復帰関連指標のどの項目に問題があったか
- 退院が可能となったのは、どのような支援体制(関連機関の連携、治療内容、等) が実現したからか
- 退院後の問題行動、その問題行動への対応と結果、その後の経過についての概要
- 通院処遇中の治療内容の概要
- 連携機関
- 地域資源
- 通院処遇中に精神保健福祉法の入院があれば、頻度、期間、入退院理由の概要
- その他に、そのケースの特徴や問題、連携の工夫、支援の工夫、奏功した治療等

※連携機関と地域資源のチェックリストは表 1、表 2 参照。

2-2) 診療録等、生活環境調査、医療観察法鑑定を基に、症例情報シートに記載。必要に応じて担当多職種チームの担当者への聞き取りを行う。

- 都市部か郡部か
- 年齢(40代など)、性別、診断、対象行為、対象行為日(X年Y月Z日)
- 発達歴・生活歴・現病歴の概要
- 医療観察法入院期間での治療と入院期間
- 退院時、退院後の社会復帰関連指標
- 退院後の問題行動、対応、経過
- 通院処遇中の治療内容
- 連携機関、地域資源
- 精神保健福祉法入院の有無と内容
- その他(その他の特徴、支援、連携、治療の工夫等)

## 3. 調査方法

3-1) 研究代表者、研究責任者、共同研究者が、医療観察法通院医療機関(上記の都市部5機関、郡部5機関)の、多職種チームの支援者:医師、看護師、作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士のうち、その機関において、聞き取り調査を受けるのに適した職種より、説明・同意取得をしたうえで、半構造化面接により聞き取り調査による情報収集を行う。

3-2) 症例報告をする意義が高いケースについて、対象者(元対象者含む)に同意を取得したうえで、各施設の支援者が、診療録等から情報を収集する。※転医や処遇終了によって同意取得が困難な場合はオプトアウトとする。

## 4. データ解析

統計解析は特に行っていない。治療・支援と連携に分けて、課題やニーズのカテゴリ

リーごとに具体例と、それに応じた対応策や実践について記述した。最終的には、好実践集および事例集としてまとめ、全国の医療観察法指定通院医療機関に配布する予定である。

### (倫理面への配慮)

本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会より承認を得て実施している(承認番号 B2023-084)。

## C. 研究結果

令和5年度は、全43例(国立精神・神経医療研究センターの事例25例と、琉球病院の事例18例)について、支援者に聞き取り調査を実施した。研究参加に同意し聞き取り調査に協力した多職種は、精神保健福祉士4名、看護師2名、作業療法士2名、医師2名、臨床心理技術者1名であった。

### 1. 治療・支援

聞き取り調査の対象となった事例の課題やニーズは、服薬アドヒアランス不良、遵守困難、急性増悪、非精神病性症状、生活能力、対人関係、物質使用、反社会性(性暴力)、家族支援、その他の項目に分類し、それぞれの課題の具体例と、それらに対する対応や実践例を表3に示した。

### 2. 連携・地域資源

指定入院医療機関のバックアップ体制と、警察との連携については、表4に示した。

### 3. 治療開発

社会復帰促進サポート事業として、居住系サービス事業所研修(元対象者を含めて意見交換などを行い、受け入れ可能なグループホームを増やすことを目指す)、入院および通院対象者へのプログラムでの講師・または座談会(おもに、対象者の不安軽減や退院に向けた治療意欲の向上のため)で、元対象者に講師を依頼し、講演会と座談会

を実施した。今後は、処遇中の対象者の面接場面やケア会議に同席する処遇協力(孤立感や不安感の軽減やアドボケイトが目的)も検討している。

## D. 考察

一般的に、退院後の地域生活では、入院中には見えなかった本人の強みや地域資源が活かされて、回復が促進される側面がある一方で、入院中には予測することが困難な事態や課題が発生することも珍しいことではない。困難な状況や課題が発生した際には、多職種チームによる頻回の面接や訪問、地域支援者とのWeb会議や密な情報共有、緊急ケア会議が共通して行われていた。対人過敏さや衝動コントロールの不良さに起因する、施設での適応困難への対応は、施設の変更という対応をとる場合と、支援を投入して単身生活に移行する場合とで別れ、指定通院医療機関間差や地域差がある可能性がある。

指定入院医療機関の役割、警察との連携は、地域差がある可能性がある。指定入院医療機関が、退院後のフォローも行うことは、退院が促進されることに加えて、指定入院医療機関へのフィードバックが可能となり、指定入院医療機関に勤務する支援者のためにも学びの機会となりえ、治療技術の向上にも寄与する可能性がある。

## E. 結論

リスクアセスメント(リスク要因と保護要因の評価とケースフォーミュレーションの繰り返し、保護要因の発見と構築、マネジメントプランの策定と見直し)、関係機関の連携、専門的治療の提供は、司法精神保健サービスの特徴である。

通院期間中に、再入院申立てが検討される程度の不遵守や問題行動、精神症状悪

化がみられるものの、様々な工夫により地域で支援し続け、比較的長期の地域生活が実現しているケースがある。関係機関の連携、介入のポイントの見極め、転院、転居、専門的治療や観察の密度の変更（上げることあれば下げることもある）など、本人の意向に沿うことを基本にしつつ、個別性を重視した対応がなされている。また、IT技術等の活用、ピアサポートなどの効果も期待され、今後は方法の開発と普及が期待される。

指定入院医療機関のバックアップ体制・警察との協力関係には地域差がある可能性がある。困難な事例の受け入れ先や相談先、通院先が見つからないケースの一時的な通院先、等の役割のある医療機関があれば、対象者の退院と社会復帰が促進される可能性があり、方法の開発と普及が望まれる。対象行為のきっかけとなった精神障害とは無関係に生じる反社会的エピソードについて、いかに線引きを行うか、あるいはどのような対応がよりアウトカムを改善させるかもまた、司法関係者との議論が欠かせないだろう。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 柏木宏子：攻撃性と心理検査. 臨床精神医学, 2023; 52(6): 613-618.
- 2) 柏木宏子, 平林直次: 医療観察法患者対応における治療同盟. 精神科, 2023; 43(2): 252-257.
- 3) 柏木宏子: 死刑求刑事件と責任能力. 法と精神医療, 2023; 36: 75-92.

### 2. 学会発表

- 1) Muraoka H, Fukumoto K, Hasegawa N, Yasui-Furukori N, Kodaka F, Ohi K, Kashiwagi H, Matsumoto J, Miura K, Inada K, Watanabe K, Hashimoto R: Effectiveness Of The EGUIDE Program On The Treatment Of Major Depressive Disorder In Japan: The Importance Of Severity Assessment. 34th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology, 2023. 5. 8
- 2) Igarashi S, Tsuboi T, Hasegawa N, Ochi S, Muraoka H, Fukumoto K, Kodaka F, Iga J, Ohi K, Takaesu Y, Kashiwagi H, Tagata H, Iida H, Komatsu H, Numnata S, Matsumoto J, Miura K, Yasui-Furukori N, Inada K, Watanabe K, Hashimoto R: Real world survey on psychopharmacology after electroconvulsive therapy in patients with depression: the Effectiveness of Guidelines for Dissemination and Education in Psychiatric Treatment (EGUIDE) project. 34th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology, 2023. 5. 8
- 3) 柏木宏子: 統合失調症とパーソナリティ障害との鑑別が難しい精神鑑定事例. 第119回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 2023. 6. 22
- 4) 越智紳一郎, 小高文聡, 長谷川尚美, 古郡規雄, 伊賀淳一, 柏木宏子, 小松浩, 田形弘実, 坪井貴嗣, 沼田周助, 飯田仁志, 五十嵐俊, 大井一高, 高江洲義和, 福本健太郎, 村岡寛之, 三浦健一郎, 松本純弥, 上野修一, 渡邊衡一郎, 稲田健, 橋本亮太: クロザピンが処方可能な施設体制と治療抵抗性の検討が統合失調症の抗精神病薬単剤治療に関連する. 第119回日本精神神

経学会学術総会，横浜，2023.6.24

- 5) 柏木宏子:精神鑑定の限界ーシンポジウムⅢ「法曹三者および精神科医から見た信頼性の高い精神鑑定とは？」. 第19回日本司法精神医学会大会，東京，2023.9.9
- 6) 柏木宏子:統合失調症に関連した暴力行為の生物学的基盤に関する研究. 第45回日本生物学的精神医学会年会，沖縄，2023.11.6

## 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

## I. 謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた、医療観察法通院医療機関の多職種の皆様に深謝致します。

## 参考文献

- 1) 医療観察法審判ハンドブック 第2版 2013年6月 厚生労働科学研究 障害者対策総合研究事業
- 2) 心神喪失者等医療観察法 医療観察法各種ガイドライン等 厚生労働省 [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000197589\\_00007.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000197589_00007.html)
- 3) 通院処遇統計レポート(2020年版) 精神・神経疾患研究開発費研究課題「重症精神障害者とその家族の効果的な地域生活支援体制に関する基盤的研究」(研究代表者 藤井千代) 分担研究課題「医療観察法通院処遇者のモニタリング方法の開発」(分担研究者 平林直次)
- 4) 中西三春, 佐藤さやか: 精神科長期入院患者の退院促進後の予後に関するシステマティックレビュー. 厚生労働科学研究費補助金 精神保健・福祉に関するエビデンスのプラットフォーム構築および精神科長期入院患者の退院促進後の予後に関する検討のための研究. [https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/192131/201918028A\\_upload/201918028A0004.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2019/192131/201918028A_upload/201918028A0004.pdf)
- 5) Takeda K, Sugawara N, Matsuda T, et al: Mortality and suicide rates in patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan. Compr Psychiatry, 2019; 95: 152131.
- 6) 塩谷幸祐, 安達寛人, 田口玲子, 境原三津夫: 医療観察法指定通院医療機関における課題と対策. 新潟看護ケア研究学会誌, 2017; 3: 29-36.
- 7) 武田俊信, 石塚伸一, 長谷川直実: 物質使用障害における医療観察法通院処遇の現状と課題. 臨床精神医学, 2021; 50(8): 873-881.
- 8) 原田小夜, 辻本哲士, 角野文彦, 中原由美: 医療観察法対象者の地域ケアにおける保健所の支援実態 司法精神医療機関と行政機関の連携の課題. 厚生 の指標. 2016; 63(7): 20-28.
- 9) 医療観察法統計資料 2020年版 重度精神疾患標準的治療法確立事業運営委員会 平成30~令和2年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)「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」(研究代表者: 平林直次)
- 10) 中根潤: 医療観察法医療から地域精神保健への移行 医療観察法医療から地

域精神保健への移行． 司法精神医学，  
2017； 12(1)： 77-80.

- 11) 田口寿子， 村松太郎． 医療観察法の現  
状と問題点 対象者の多くが社会復帰  
を実現。ただ通院医療を担う病院の不  
足など課題は多い． 日本医事新報，  
2017； 4389： 59-60.



表1 連携機関・地域資源リスト1

- 
- 精神保健福祉センター
  - 発達障害者支援センター
  - 保健所
  - 精神保健福祉課
  - 指定通院医療機関
    - デイケア
    - 多職種面談
    - ACT
    - 訪問看護
    - IPS
  - 指定入院医療機関
    - 相談・助言
    - 転院の相談
    - バックベッド（指定通院医療機関からの急性憎悪時の精神保健福祉法入院受け入れ）
  - 地域生活支援事業所
    - 移動支援
    - 地域活動支援センター
  - 就労支援事業所
    - 就労継続支援
      - A型事業所
      - B型事業所
    - 就労移行支援事業所
    - 就労定着支援
  - 地域包括支援センター
  - 訪問看護ステーション
  - 基幹相談支援センター
    - 一般相談支援事業所
    - 地域相談支援
      - 地域移行支援
      - 地域定着支援(24h)
    - 特定相談支援事業所
    - 計画相談支援
      - サービス利用支援
      - 継続サービス利用支援
  - 地域生活定着支援センター
    - 相談・訓練・就労援助等
  - 警察
  - 処遇終了後のケアコーディネーター
  - その他の連携機関
- 

ACT Assertive Community Treatment：包括型地域生活支援プログラム

IPS Individual Placement and Support：個別型就労支援モデル

表2 連携機関・地域資源リスト2

---

- 家族支援
  - 生活保護
  - 社会福祉協議会
    - 成年後見制度 補佐 補助 後見
  - ハローワーク
  - 職業能力開発学校（一般/障害者）
  - 住居
    - 家族同居
    - 宿泊型自立訓練
    - 共同生活援助
    - グループホーム（滞在型）
    - 福祉ホーム
    - 更生保護施設
  - DARC
  - 自助グループ
    - NA
    - AA
  - ピアサポート
  - 地域クラブ活動
  - 一般企業・アルバイト
  - NPO
  - 民生委員
  - ボランティア
  - よりそい弁護士制度
  - ホームロイヤー（高齢）
  - NPO法人（司法・福祉）
  - 法テラスのバックアップ
  - その他
- 

AA Alcoholics Anonymous：アルコール依存の自助グループ

NA Narcotics Anonymous：薬物依存の自助グループ

DARC：Drug Addiction Rehabilitation Center：民間の薬物依存症リハビリ施設

表3 治療・支援の実践例

課題やニーズ	具体例	対応・実践例
いずれの場合も、本人を中心とした話し合いを重ねることや、共同意思決定、本人のストレングスも視野に入れた支援が基本		
<b>服薬アドヒアランス</b>	拒薬	訪問看護とヘルパーによる服薬確認（土日対応、2カ所の訪問看護で対応）
	LAI拒否	MDTや医師の面前で内服することでの服薬確認 訪問看護ステーションに通って内服し服薬確認（本人の希望） クロザピン血中濃度測定による服薬状況の確認、必要時粉碎 DARCの支援者がLINEで空き袋の写真を撮影し、訪問看護と共有 訪問看護の職員が電話で服薬確認
	出奔し方不明（対人過敏さから）、無断外泊	5～6回の施設（DARCやGH）変更、信頼関係のある寮長に合わせて施設移動、一時的な入院
	門限や、GH職員との面接時間が守れない その他の施設のルールが守れず関係破綻	MDT面接の頻度を高め、面接内容をGH職員と共有 GHを退所し、十分な支援を投入した上で単身生活へ移行
<b>遵守困難</b>	無断で夜間の仕事（飲酒を伴う）に従事	週2回以上のMDT面接（仕事の悩みを扱う）、MDTの自宅訪問、生活状況の確認と援助
	相談なしに就職活動	本人に任せつつ、MDTとは相談できる関係性作りを優先し、症状や生活状況をモニタリング
	性的逸脱等ルール不遵守	1回/月のケア会議を継続し、MDT面接では1年先のロードマップを毎回共有
	通院困難	通院が必須の日（CPMS採血とクロザピン処方日等）には、訪問看護による自宅からの送り出しや、社会復帰調整官の同伴
<b>急性増悪</b>	対象行為時と同様の症状再燃	連日の診察・MDT面接、夜間救急対応、自宅訪問、必要に応じ入院 安定後も残存する幻覚妄想に対し、臨床心理技術者による認知行動療法の継続
	命令幻聴の影響で被害者のところに行き、金銭の要求	本人と指定入担当MDTも参加する緊急ケア会議を実施し、1時間程度話し合った後は安定（クロザピン反応不良例であり、薬物治療に限界あり。支援者とのつながりや、対話が有効であった）
	自傷 器物破損	緊急MDT会議、緊急ケア会議、MDTによる頻回の自宅訪問
	訪問看護への暴力	緊急MDT会議、緊急ケア会議、訪問看護体制の見直し（待機者や緊急連絡方法の確認）
<b>非精神病性症状</b>	身体愁訴と不安・恐怖の増悪	GH職員による夜間の長時間対応
	救急車を頻回に呼ぶ	24時間対応可能な訪問看護を導入し、まず電話で相談し状態を確認。区分認定の見直し
	浴室も本や物であふれる	OT・PSWが自宅訪問し、棚・本棚の組み立て作業や、整理を一緒に実施
<b>生活能力</b>	通所先への道順が分からない	OT・PSWが訪問し、道順確認と写真入りの地図を作成
	書類手続きができない	訪問看護、MDT（PSW等）が手続きに同伴
	金銭管理	社会福祉協議会、成年後見制度の活用
	外出、身体疾患受診	地域定着支援（24時間電話対応）の導入、移動支援
<b>対人関係</b>	対人過敏さからの暴言、トラブル	単身生活へ移行、個室へ移動、臨床心理技術者による心理面接の継続
	訪問看護拒否	安定した関係を築くことができる少数の支援者で対応
	訪問看護への暴言や暴力	訪問看護とはカフェに行くなど一緒に外出、侵襲の少ない楽しい会話を優先
	指導に対しイライラ	スマホの操作の練習を個別OTで実施
	依存、操作性	交換ノートに毎週関わったすべての支援者が記載、MDTによる面接や自宅訪問の回数増加
<b>物質使用</b>	施設内での大麻使用	刺激の少ない他県のダルクに移動、そこで3ステージでステップアップするプログラムにて動機づけを実施。指定通は2回変更（ダルク移動前の指定通Aから、移動後のダルク近隣の指定通Bに変更し、プログラム終了後は、元のダルクに戻り、入院処遇を受けた指定入C（指定通C）に転医し通院。ダルクのプログラムに参加しながら単身生活に移行し安定）
	飲酒・薬物再使用	隠れ飲み・薬物使用を避けるため、相談できる関係構築を優先、症状と生活状況のモニタリングを強化 関係機関（通所先、訪問看護等）間での密な情報共有 クライシスプランの修正（例：精神病性症状や生活状況に着目）
<b>反社会性 性犯罪</b>	脅迫・ほめかし	迅速に対応（精神症状が疑われる場合は入院を視野） 精神症状と関連が乏しい場合は警察対応を検討
<b>家族支援</b>	家族の精神疾患の否認	指定入の家族会に継続参加
	家族の飲酒、暴言	MDTが家族との定期面接を実施
<b>その他の課題やニーズ</b>	予期せぬ妊娠（不特定の異性）	周産期・出産後のサポート、関係機関との連携
	ストレングス	YouTube発信、ラジオ発信、事業所のボーナスや表彰、やりがいのある作業や仕事
	IT技術	本人のスマホ活用支援、スマホ・タブレット等の活用による遠隔診察の検討 速やかな情報共有のためのセキュリティ一面を含む技術の向上

LAI：Long Acting Injection（持続性抗精神病薬注射剤） MDT：多職種チーム GH：グループホーム

指定通：指定通院医療機関 指定入：指定入院医療機関

CPMS：クロザピンモニタリングサービス

DARC：Drug Addiction Rehabilitation Center（民間の薬物依存症リハビリ施設）

OT：作業療法士 PSW：精神保健福祉士

スマホ：スマートフォン

表4 指定入院医療機関や警察のバックアップ体制

連携機関	具体例・実践例
指定入院医療機関	<p>指定入担当MDTのケア会議への参加</p> <p>指定入担当MDTによるWeb会議での助言</p> <p>通院先が見つかるまでの期間、一時的に指定入に通院</p> <p>通院先の担当者との関係悪化による診察拒否、病状悪化時等→指定入に転医し通院</p> <p>関係構築が困難な事例、特性の理解や対応に工夫を要する事例、クロザピン反応不良例のなかでも対応に苦慮する症状が残存する事例など、複雑で多様なニーズのある事例に限って、指定入担当者が通院でも継続して担当</p> <p>バックベツド</p>
警察	<p>入院中からMDT会議やCPA会議に警察が参加</p> <p>ケア会議に警察が参加</p> <p>クライシスプランに記載</p>
MDT：多職種チーム	<p>指定入：指定入院医療機関 CPA：ケアプログラムアプロローチ</p>