

令和6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（精神障害分野））

医療観察法における退院後支援に資する研究

分担研究報告書

指定通院医療機関の医療および関連機関との連携に関する研究 ―複雑事例―

研究分担者 柏木 宏子 国立精神・神経医療研究センター病院

研究要旨：

本研究は、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（関係機関の連携を含む）を探索し、好事例・解決方法を抽出し、郡部と都市部において有効性が期待される支援方法を示すことで、複雑事例の医療観察法病棟からの退院と社会復帰を促進することを目的とする。

退院時点で、共通評価項目の社会復帰関連指標：【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】のうち 1 項目以上が 1 点以上で、通院開始後も困難や問題への対応を要した事例を中心に、調査時点で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経過した（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（ $n=121$ ）について、医療観察法通院医療機関（都市部 5 機関、郡部 5 機関）の、多職種チームの支援者（計 26 名、精神保健福祉士 14 名、看護師 4 名、作業療法士 2 名、医師 5 名、臨床心理技術者 1 名）から、半構造化面接による聞き取り調査により情報収集した。医療や関係機関との連携、福祉サービス、その他の支援について、都市部と郡部で比較した。また、困難な状況への取り組みや実践方法を抽出した。抽出した 122 の取り組みや実践例について、24 名の精神科医（司法 12 名、一般 12 名）によるエキスパートオピニオン調査を実施し、有効の選択率が 70%以上のものを抽出した。

研究協力者（順不同、敬称略）

久保彩子	国立病院機構琉球病院
荒川育子	東京都立松沢病院
木下英俊	国立病院機構肥前精神医療センター
石津すぐる	岡山県精神科医療センター
竹田康二	福島県立ふくしま医療センター こころの杜
長谷川直実	医療法人社団ほっとステーション 大通公園メンタ

ルクリニック

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
平林直次	同上

A. 研究目的

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^{1,2,3)}。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⁴⁾。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^{5,6)}。

本研究では、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、医療、福祉、新たな治療技術等）を探索し、困難な状況に対する工夫や解決方法などの実践例を収集し、郡部と都市部における支援方法を検討する。それらの有効性をエキスパートオピニオン調査にて批判的に吟味するとともに、医療観察法と一般医療の差異を検討する。これらを通して、医療観察法通院処遇対象者を地域で支援していく動機づけの向上のきっかけとし、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、医療観察法対象者の退院および社会復帰の促進に貢献することを目的とする。

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/km² 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_chousa/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、周愛巣鴨クリニック、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. エキスパートオピニオン調査の対象となる精神科医

1) 医療観察法通院処遇にかかわった経験や実績があり、本研究への参加が適切だと考えられる精神科医（※聞き取り調査に参加した者も含んでよいこととする。なぜなら、我が国の医療観察法通院医療をリードする精神科医が複数含まれているため）、

または、2) 一般精神科にて入院に頼らない医療を地域で展開した経験や実績があり、本研究への参加が適切だと考えられる精神科医、かつ 3) グーグルフォームで説明を読み同意を取得(氏名のみ公表することも同意内容に含まれる)した者。

2. 調査項目

2-1) 支援者に対して半構造化面接で聞き取り調査をする内容

- (1) 医療観察法を通院処遇中、処遇終了者の人数
- (2) 退院時点で、共通評価項目の社会復帰関連指標のうち1項目以上に問題があったが、調査時点で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
- (3) 診断と対象行為
- (4) 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
- (5) 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
- (6) 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
- (7) 通院処遇中の治療内容の概要
- (8) 連携機関(リストは令和5年度報告書)
- (9) 地域資源(リストは令和5年度報告書)
- (10) 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
- (11) 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

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) 支援者への聞き取り調査で抽出した、治療や支援の実践例および連携体制について、エキスパートオピニオン調査を実施し、「有効」「どちらとも言えない」「無効」の3択で選択しそれぞれのパーセンテージを示すとともに、70%以上の有効選択率のものを太字等にする。また、エキスパートの意見や助言、注意すべき視点等についても示し、批判的に吟味する。

4. データ解析

都市部及び郡部の医療観察法指定通院医療機関の、連携機関、医療、福祉サービス、その他の連携や支援については、記述統計を示すとともに、都市部と郡部の利用率・実施率について、カイ二乗検定で比較した(20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定を用いた)。探索的に行った研究であることから、有意水準は $p < 0.05$ とした。

エキスパートオピニオン調査では、「有効」「どちらとも言えない」「無効」の選択率を、全体、司法、一般のエキスパートごとに示し、有効選択率が70%以上のものを強調した。また、司法と一般の選択率を、カイ二乗検定で比較した(2群比較となり、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定を用いた)。

(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

1. 聞き取り調査

1-1. 症例数と聞き取り調査の参加者数

全 121 例（都市部 76 例：国立精神・神経医療研究センター 28 例、東京都立松沢病院 19 例、周愛巣鴨クリニック 6 例、ほっとステーション大通公園メンタルクリニック 9 例、岡山県精神科医療センター 14 例）（郡部 45 例：琉球病院 19 例、肥前精神医療センター 13 例、福島県立ふくしま医療センターこころの杜 3 例、メンタルクリニックなごみ 2 例、宮城県立精神医療センター 8 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 14 名、看護師 4 名、作業療法士 2 名、医師 5 名、臨床心理技術者 1 名であった。

1-2. 結果

入院していた指定入院医療機関の役割と連携、社会復帰調整官の役割、医療、MDT(Multi-disciplinary Team)会議、ケア会議、家族支援、連携機関、連携団体、個別連携、福祉サービス、就労、生活支援(金銭管理、ヘルパー)、住居、その他(社会復帰促進サポーター)について、都市部と郡部での件数とその利用率の比較を表 1 に示した。該当なしの機関や医療、福祉は、IPS (Individual Placement and Support)、地域生活定着支援センター、農福連携、発達障害者支援センター、職業能力開発学校、地域クラブ活動、民生委員、ボランティア、ホームロイヤー、NPO 法人(司法・福祉)であった。

2. エキスパートオピニオン調査

2-1. 調査協力者

朝倉崇文、芦名孝一、石津すぐる、伊藤順一郎、今井淳司、太田順一郎、大鶴卓、小澤篤嗣、勝元榮一、川副泰成、久保彩子、黒木規臣、黒田治、佐久間寛之、佐竹直子、田口寿子、谷口研一郎、趙岳人、長野敏宏、

成瀬暢也、長谷川直実、平林直次、村田昌彦、安田由華(五十音順)の計 24 名が参加した。精神科経験年数は、平均 31 年(17～44 年)であった。医療観察法病棟勤務経験のあるものを司法専門家とし、それ以外を一般精神とした。司法は 12 名、一般は 12 名となった。

2-2. 結果

121 例の聞き取り調査から得られた、122 の困難な状況に対する取り組みや工夫・実践方法について、＜全体的な支援に関して＞＜通院処遇への移行(退院)前後の課題に関して＞＜本人が入院していた医療観察法指定入院医療機関(指定入)の役割＞＜服薬アドヒアランス＞＜法や地域支援者との約束や基本的なルールなどの遵守困難、適応困難＞＜通院困難、通所困難が生じた場合＞＜施設適応＞＜急性増悪、ストレス脆弱性、残存する精神病性症状＞＜非精神病性症状＞＜生活能力に関する支援＞＜対人関係＞＜物質使用＞＜反社会性や、性犯罪等の発露＞＜家族支援＞＜医療観察法通院処遇終了前後の課題＞＜その他の課題やニーズ＞に分類し、「有効」「どちらとも言えない」「無効」の選択率と、司法と一般のエキスパートの選択率の比較、実践例に対するエキスパートオピニオンを、表 2～表 14 に示した。

D. 考察

1. 複雑事例の医療観察法通院処遇の特徴

複雑事例等により通院先が見つからない、あるいは、信頼関係構築や特性理解に時間を要するなどが背景にあり、入院と同じチームが通院でも受け持つことのメリットが大きいなどの理由で、入院していた指定入院医療機関が通院も引き続き受け持つ例は少なくない(33 例)。多職種面談(74 例)、多職種訪問(20 例)は少なくない。

社会復帰調整官の受診同伴(33例)、社会復帰調整官の訪問(26例)は一定数みられ、医療観察法の特徴といえる。こういった社会復帰調整官の積極的な関わりは地域支援者の安心感につながったという意見もみられた。家族支援(多職種や社会復帰調整官等による継続的な面談)を行っているケースは、都市・郡部問わず少なくない(40例)ことも明らかとなった。また、処遇中に住居が変更することが一定数あり(38例)、中には施設に適應することが困難となり、単身生活や施設の転居をしている例も複数みられた。その他、個別ケースにおいて様々な工夫がされている。

2. 複雑事例の医療観察法通院処遇の地域差

精神保健福祉センターとの連携、複雑事例等により指定入院医療機関に引き続き通院する例、指定入院医療機関担当者による相談・助言、社会復帰調整官の受診同伴、社会復帰調整官の訪問、多職種面談、緊急多職種チーム会議、訪問看護ステーション、2か所の訪問看護利用、地域活動支援センター、成年後見制度の活用、ヘルパーの利用、処遇中の単身生活の経験、処遇中の一般就労の経験は、都市部が郡部と比較して割合が多かった。逆に、指定通院医療機関の病院の訪問看護の利用、B型事業所利用、共同生活援助の入居率は、郡部が都市部と比較して多かった。

3. エキスパートオピニオン調査から見える医療観察法複雑事例のニーズと医療の特徴

3-1. 司法・一般精神科医の両方のコンセンサス(70%以上が有効を選択)のある取り組みのまとめ

(1) 本人を中心とした話し合い、共同意思決定を目指すこと、ストレングスの視点を持つこと、問題行動に対しては、そ

の解決法を探る前に、まず、その背景や理由を理解するよう努めること、といった基本的な取り組み。

- (2) 退院後の生活イメージが一致しない場合は、リフレクティングによる対話の促進、本人の希望に沿うにはどうしたらいいか話し合う。
- (3) 指定入から指定通への情報共有は、リスクだけでなくストレングス(保護要因)も重要。
- (4) 信頼関係構築のため、ニーズには迅速かつ真剣に対応する。
- (5) 多職種によるアウトリーチ、往診の有効性。
- (6) 社会復帰調整官や地域関係者の訪問、必要時の社会復帰調整官の受診同伴。
- (7) 2か所の訪問看護やヘルパーによる服薬確認。
- (8) ヘルパーや訪問看護などの支援を充たせることによる単身生活の実現。
- (9) 危機介入は迅速に行う。
- (10) 事例によるが、オープンダイアログの要素を取り入れた緊急ケア会議。
- (11) 多職種訪問、多職種面談による生活相談による生活能力支援。
- (12) 多職種面接、社会福祉協議会、成年後見制度の活用による金銭管理・相談。
- (13) 地域定着支援(24時間対応)による単身生活支援。
- (14) 対人過敏さによるトラブル等の環境調整のための単身生活支援。
- (15) 安定した関係のある少数のスタッフでの対応し、本人のペースに合わせる。
- (16) 飲酒等の物質使用時、相談できる関係の維持を優先。
- (17) 再使用そのものよりも、対象行為につながる精神病性症状や生活状況に着目する。
- (18) 家族の精神疾患否認、過度な感情表出、

問題行動がある場合は、多職種チームや社会復帰調整官が継続的に面接を行う。

- (19) 処遇終了後は、本人が役に立つと考える支援（多職種面接や生活相談）を継続する。
- (20) リスクシナリオやクライシスプランは適宜修正していく。

3-2. 有効性に対する意見がばらつく取り組み（あるいは、医療観察法に特徴的な医療）のまとめ

- (1) 指定入院医療機関の役割（困難事例をそのまま引き受ける等）や助言をすることについては意見がばらつく。指定通院医療機関のチームが難しい事例に対して主体的に覚悟をもって関わるといふ姿勢の育成を妨げるかもしれないとの意見がみられた。
- (2) トラウマインフォームドケアの有効選択率は一般よりも司法の専門家が高いことから、司法ではトラウマのある人をより多く診ている可能性がある。
- (3) 拒薬時の対応について、医師や多職種チームの面前内服、ピアサポーターとの共有や訪問看護による電話確認、入院、LAI（Long Acting Injection）変更については、意見が分かれ、否定的な意見も少なくない。
- (4) クロザピンの血中濃度測定の有効選択率は司法で高く、一般では低い。
- (5) 薬物治療抵抗性の精神病症状への認知行動療法の有効選択率は、司法で高く、一般で低い。
 - ・医療観察法病棟経験者はクロザピンや認知行動療法になじみがある可能性が示唆された。
 - ・一般の地域支援では、精神病症状よりも生活支援に力点が置かれている可能性がある。

- (6) 警察や麻薬取締官がケア会議参加することに対しては慎重な意見が多い。無効選択率が比較的高い。
- (7) 条件反射制限法、ARP（アルコールリハビリテーションプログラム）目的入院は特に一般で有効選択率が低い。
- (8) 再入院申立てや処遇終了の考え方は司法内でも一般内でもばらつきがみられる。

E. 結論

本調査により、医療観察法通院処遇に特徴的な支援が抽出された。地域差や施設間差がみられることが示唆された。また、複雑事例の退院を促進し、地域で支援するための様々な取り組みを見出した。これらは、指定通院医療機関の基幹型（より医療観察法に特徴的な手厚い支援が可能な医療機関）と標準型（一般精神科医療にて利用可能なサービス）のモデルと両者の連携モデルについて提唱するための資料や、医療観察法指定入院医療機関の複雑事例を、入院が長期化する前に退院及び社会復帰を促進するための支援モデルを提唱するための資料となる。今後はこれらの実現可能性と有効性を調査することが望まれ、医療観察法対象者の退院及び社会復帰の促進に寄与することが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Koji Takeda, Hiroko Kashiwagi, Keisuke Takanobu, Ryotaro Kubota, Ryo Naoe, Yuji Yamada, Junko Koike, Toshiaki Kono, Yuki Kako, Naotsugu Hirabayashi: Current status and

features of antipsychotic prescriptions in Japanese forensic psychiatric wards based on a forensic inpatient database. Neuropsychopharmacol Reports, 2025; 45(1):1-11

- 2) 柏木宏子: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? 精神鑑定の限界 なぜ精神科医には分からないかを説明する試み. 司法精神医学, 2024; 19 (1): 80-88
- 3) Toshinori Nakamura, Ryuji Furihata, Naomi Hasegawa, Fumitoshi Kodaka, Hiroyuki Muraoka, Kayo Ichihashi, Shinichiro Ochi, Shusuke Numata, Takashi Tsuboi, Manabu Makinodan, Hitoshi Iida, Toshiaki Onitsuka, Hiroko Kashiwagi, Masahiro Takeshima, Naoki Hashimoto, Tatsuya Nagasawa, Masahide Usami, Hirotaka Yamagata, Yoshikazu Takaesu, Kenichiro Miura, Junya Matsumoto, Kazutaka Ohi, Hisashi Yamada, Hikaru Hori, Ken Inada, Koichiro Watanabe, Ryota Hashimoto, Norio Yasui-Furukori. The effect of education regarding treatment guidelines for schizophrenia and major depressive disorders on psychiatrists' hypnotic medication prescribing behavior: a multicenter study. BMC psychiatry, 2024; 24(1):399-399

2. 学会発表

- 1) 稲川雄太, 岡本智子, 小川眞太郎, 柏木宏子, 吉田寿美子, 林幼偉, 山村隆, 高橋祐二:中枢神経系炎症性脱髄疾患患者における小児期逆境体験とメ

ンタルヘルスに関する研究.第 36 回日本神経免疫学会学術集会, 2024.10.3

- 2) 村岡寛之, 福本健太郎, 長谷川尚美, 古郡規雄, 小高文聰, 大井一高, 柏木宏子, 松本純弥, 三浦健一郎, 稲田健, 渡邊衡一郎, 橋本亮太:大うつ病性障害の治療における EGUIDE プログラムと重症度記載の有効性の検討. 第 120 回日本精神神経学会学術総会, 2024.6.21
- 3) Ochi S., Kodaka F., Hasegawa N., Iga J., Kashiwagi H., Komatsu H., Tagata H., Tsuoi T., Numata S., Iida H., Igarashi S., Ohi K., Fukumoto K., Muraoka H., Matsumoto J., Miura K., Ueno S., Watanabe K., Inada K., Hashimoto R., Yasui-Furukori N: Associations of clozapine available institution and the diagnosis of subgroups about treatment-resistant schizophrenia or not with a higher rate of antipsychotic monotherapy and lower other concomitant psychotropics in overall schizophrenia treatment: A real-world nationwide study. CINP 2024 (World Congress Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum) 2024.5.24.
- 4) 柏木宏子, 三枝華子, 平林直次: 裁判員裁判で心神耗弱が認定された放火症の一例. 第 20 回日本司法精神医学学会大会, 2024.5.25
- 5) 樋口早子, 大町佳永, 大森まゆ, 竹田康二, 柏木宏子, 加藤愛理, 槇野絵里子, 久保田涼太郎, 近藤忠之, 平林直次:医療観察法処遇終了退院となる入院対象者について-認知機能が顕著に低下した高齢者の事例.第 20 回日本司

法精神医学会大会， 2024. 5. 24

- 6) 柏木宏子，大森まゆ，近藤忠之，槇野絵里子，山下真吾，平林直次：司法精神医学コンサルティングの実践報告．第 20 回日本司法精神医学会大会，2024. 5. 24
- 7) 越智紳一郎，小高文聰，長谷川尚美，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，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，古郡規雄：Associations of clozapine available institution and the diagnosis of subgroups about treatment resistant schizophrenia or not with higher rate of antipsychotic monotherapy and lower other concomitant psychotropics in overall schizophrenia treatment: A real-world nationwide study. 第 18 回日本統合失調症学会， 2024. 4. 14

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、および、エキスパートオピニオン調査にご協力くださった精神科医の皆様に深謝致します。

参考文献

- 1) 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
- 2) 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.
- 3) 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．厚生指標．2016；63(7)：20-28
- 4) 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）
- 5) 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
- 6) 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 指定通院医療機関（指定通）の医療、支援、連携、福祉サービス、その他の件数及び都市部と郡部の比較

	全体 (n=121)	都市部 (n=76)	郡部 (n=45)	都市部vs郡部 カイ二乗検定*(p)
入院していた指定入の役割と連携				
困難事例等で指定通が見つからずに指定入に通院**	33	30	3	9.0×10^{-5}
最初のみ安定するまで指定入に通院**	3	2	1	0.89
指定入院医療機関担当者による				
相談・助言	12	12	0	0.005
転院の相談	2	1	1	0.81
バックベッド	7	6	1	0.19
社会復帰調整官の役割				
社会復帰調整官の受診同伴**	33	31	2	1.4×10^{-5}
社会復帰調整官の訪問**	26	23	3	0.0023
医療、MDT会議、ケア会議、家族支援				
入院(精神保健福祉法)経験あり	47	29	18	0.84
指定通院医療機関の				
デイケア	51	29	22	0.25
多職種面談	74	55	19	0.001
多職種訪問	20	14	6	0.47
ACT	1	0	1	0.37
訪問看護	74	36	38	5.2×10^{-5}
訪問看護ステーション	43	42	1	3.8×10^{-9}
訪問看護あり	104	66	38	0.71
訪問看護2か所から(通院病院と訪問看護ステーション)	13	12	1	0.02
別病院の外来OT	3	3	0	0.24
別病院のデイケア	4	4	0	0.15
緊急MDT会議**	15	14	1	0.009
緊急ケア会議**	13	11	2	0.085
家族支援(MDTか社会復帰調整官による面接)	40	27	13	0.45
連携機関、連携団体、個別連携				
精神保健福祉センター	90	66	24	4.5×10^{-5}
保健所	109	67	42	0.28
精神保健福祉課	93	56	37	0.28
地域生活支援事業所	27	22	5	0.023
地域包括支援センター	2	1	1	0.61
基幹相談支援センター	14	7	7	0.29
警察	4	3	1	0.52
麻薬取締官	1	1	0	0.63
自助グループ	11	7	4	0.61
NA	4	2	2	0.48
AA	4	4	0	0.15
断酒会	2	0	2	0.14
ピアサポート	6	6	0	0.057
よりそい弁護士制度	3	3	0	0.24
福祉サービス、就労、生活支援(金銭管理、ヘルパー)				
地域生活支援事業所				
移動支援	2	1	1	0.61
地域活動支援センター	24	20	4	0.02
就労継続支援				
A型事業所	4	3	1	0.52
B型事業所	47	24	23	0.033
就労移行支援事業所	3	3	0	0.24
就労定着支援	2	2	0	0.39
一般相談支援事業所				
地域移行支援	1	1	0	0.63
地域定着支援(24h)	5	4	1	0.38
特定相談支援事業所				
計画相談支援	56	32	24	0.23
生活保護	46	29	17	0.97
社会福祉協議会	7	5	2	0.48
成年後見制度の利用	11	10	1	0.038
ハローワーク	1	0	1	0.37
一般就労	12	11	1	0.025
ショートステイ	1	1	0	0.63
ヘルパー	10	10	0	0.0075
住居、その他(社会復帰促進サポーター)				
処遇中に単身生活の経験あり	41	33	8	0.004
処遇中に住居の変更あり	38	23	15	0.73
家族同居	23	16	7	0.46
宿泊型自立訓練	8	4	4	0.34
共同生活援助	39	18	21	0.0089
グループホーム(滞在型)	29	17	12	0.59
福祉ホーム	1	0	1	0.37
更生保護施設	1	1	0	0.63
救護施設	2	2	0	0.39
養護老人ホーム	4	3	1	0.52
ダルク	8	5	3	0.63
社会復帰促進サポーター(元対象者がピアサポートとして活躍)	2	2	0	0.39

*20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

**インタビューで把握できた件数であり、全件数を把握しているわけではない項目

指定通: 指定通院医療機関 指定入: 指定入院医療機関

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

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

OT: Occupational Therapy: 作業療法

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

NA: アルコホリック・アノニマス: アルコール依存の自助グループ

AA: ナルコティクス・アノニマス: 薬物依存の自助グループ

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

表2 全体的な支援に関するエキスパートオピニオン調査

	全体				司法 (医観法病棟経験)				一般				司法vs一般	
	有効		どちらとも 言えない		無効		有効		どちらとも 言えない		有効		無効	カイ二乗検定 (p)*
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %				
全体的な支援に関して														
1 本人を中心とした話し合いを重ねることが重要である	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	0	1
2 ストレングスを視野に入れた支援が重要である	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	0	1
3 本人と支援者との共同意思決定を目指すことが重要である	100	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0	0	1
4 問題となるような行動がみられる場合は、支援者はまずその背景や理由を深く理解するように努める	95.8	4.2	0	0	100	0	0	0	91.7	8.3	0	0	0	0.5
司法・エキスパートオピニオン														
一般・エキスパートオピニオン														
・疾患によって各々の有効性が異なるのではないか														
・4に関し、対象者自身の主体性の下にその主観的現実を実感できると良い														
・1と3 強制医療であるからこそ、対話を重視しSDMを最重視する必要があると実感している														
・背景や理由の理解を深めることをしなければ新たな介入方法の発見はなされず、また、他の支援者や他機関からの情報提供があっても理解ができなくなり、治療者（機関）としての発展がとまり、困難事例の治療が行き詰まる恐れがある														

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

SDM: Shared Decision Making : 共同意思決定

表3 通院処遇への移行(退院) 前後の課題に関するエキスパートオピニオン調査

	全体 どちらとも 言えない			司法（医観法病棟経験） どちらとも 言えない			一般 どちらとも 言えない			司法vs一般 カイニ乗検定 (p)*
	有効 n =24 %	も言えない n =24 %	無効 n =24 %	有効 n =12 %	も言えない n =12 %	無効 n =12 %	有効 n =12 %	も言えない n =12 %	無効 n =12 %	
通院処遇への移行(退院) 前後の課題に関して										
1 医療観察法の再入院を繰り返している、病状が不安定等により、通院先の地域の不安が強い場合、指定入と地域支援者とで長期にわたり、高い頻度でWeb会議を行う（例：3年間、1カ月に1回のWeb会議）	82.6	13	4.3	83.3	16.7	0	81.8	9.1	9.1	0.51
2 医療観察法の再入院を繰り返している、病状が不安定等により、通院先の地域の不安が強い場合、本人が通所訓練をしているところに地域の支援者が同席して、本人の様子を共有する	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
3 医療観察法の再入院を繰り返している、病状が不安定、生活能力障害が強い等により、通院先の地域の不安が強い場合、指定通と訪問看護ステーションの2か所から訪問看護を導入する(特別	66.7	29.2	4.2	66.7	33.3	0	66.6	25	8.3	0.56
4 医療観察法の再入院を繰り返している、病状が不安定、社会機能や生活能力障害が強い等により、通院先の地域の不安が強い場合、社会復帰調整官が受診同伴する（例：最初の1年は毎回受診同伴）	75	20.8	4.2	75	25	0	75	16.7	8.3	0.55
5 本人が、変化に脆弱で信頼関係構築困難な場合、入院中から、CPA会議に通院担当予定の多職種が長期間頻回に参加、面接、繰り返し模擬受診を行う（具体例：半年間に3回多職種がCPA会議に参加、1回約30分の医師面接とMDT面接、3回の模擬受診（約15分））	70.8	29.2	0	83.3	16.7	0	58.3	41.7	0	0.19
6 本人が、信頼関係構築困難な場合、本人から相談があればタイムリーに対応し、多職種でニーズに答え、真剣に取り扱う	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
7 本人が、信頼関係構築困難な場合、週に1回MDTで訪問（例：一緒にラーメンを食べに行く）	79.1	20.8	0	83.3	16.7	0	75	25	0	0.5
8 本人が、医療不信が強いなどで信頼関係構築困難な場合、トラウマインフォームドケアを念頭に置く	62.5	37.5	0	83.3	16.7	0	41.7	58.3	0	0.045
9 退院後の生活イメージについて、支援者と本人のギャップがある場合、可能な限り本人が最初から会議に参加して、地域支援者の意見交換を聴いてもらう（リフレクティング）などして、本	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	0.76
10 退院後の生活イメージについて、支援者と本人のギャップがある場合、本人の希望に沿うには何ができるか話し合う	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	0.76
11 指定入から指定通への情報共有の仕方については、事例検討という形で、地域関係者とケースフォーミュレーションを行い、リスクや課題だけではなく、その人の人となりや、どのように対応すると安定するのか、ストレngthsは何か、リスクを代償する要因(保護要因)も指定入から情報提供する	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
司法・エキスパートオピニオン										
・ 3は治療方針の統一性が担保されること、5は望ましいが現実的にはなかなか通院先が頻回に指定入を訪問することは困難										
・ 有効ではあるが、コストへの手当がなく、ほとんどがコストパフォーマンスが悪い方法										
・ どれも原則的に有効だと思うが、侵襲的になる場合もあり得る。本人の希望が前提。実施以前に本人に説明し、限界設定を明らかにしたうえで同意を得るプロセスが必要										
・ 指定通、社会復帰調整官の負担が大きすぎるため、実施は現実的ではないものがある										
・ 3については、指定通と訪問看護ステーションがタイムリーに記録を共有できる体制、密な連携体制を組めるならば有効であるが、現状の訪問看護ステーションとの紙面でのやり取りだけでは、（やらないよりは良いことは認めるが）有効性は低いと考える。4については、同伴者は社会復帰調整官が良いのか、それとも地域支援者が良いのかは迷う。強制医療の枠組みを明示するために社会復帰調整官が良い場合もあると思うが、日常的に本人の生活や支援を担当する支援者が対話を重ねながら同伴するほうが、より治療継続性が高まると感じる。11については、指定入からの情報提供が病状やリスクに偏っていると感じる。病状や内服管理、通院手段や通所スケジュールの枠組みの話が多く、本人のニーズやストレngthsなどの保護因子の情報提供が少ない。ただし、入院ではニーズや生活評価に限界があることも理解している。入院中に病状やリスクだけでなく、保護因子についても評価し、それを退院計画・処遇実施計画に載せることを必須とし、それを指定通院医療機関に引き継ぐ体制を作ってほしい										
・ 再入院を繰り返す場合、まずは薬物治療や支援体制の見直しが十分になされるべきだと考える。それでも指定入院が頻繁にWeb会議をする必要があるようなケースについては、同じ都道府県内ならば指定入が通院医療も請け負うようにする方が良いと思うが、都道府県外であるのなら止むを得ないと思う										
*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定										
CPA: Care Programme Approach MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム										
指定通：指定通院医療機関 指定入：指定入院医療機関										

表4 本人が入院していた医療観察法指定入院医療機関(指定入)の役割に関するエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイニ乗検定 (p)*
	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
本人が入院していた指定入の役割										
1 退院後、病状等が不安定となった場合は、指定入担当MDT がケア会議へ参加する	75	20.8	4.2	91.7	8.3	0	58.3	33.3	8.3	0.16
2 退院後、病状等が不安定となった場合は、指定入担当MDT がWeb会議で助言する	75	16.7	8.3	83.3	16.7	0	66.7	16.7	16.7	0.33
3 候補の指定通から、病状や支援体制の不安などを理由に受 け入れを断られた場合、一定期間指定入に通院し、安定してい ることを確認してから候補の指定通に転医する	79.2	20.9	0	91.7	8.3	0	66.7	33.3	0	0.16
4 本人と通院先(指定通)の担当者との関係が悪化し、治療が 継続できない場合、指定入に転医し通院する	41.7	58.3	0	41.7	58.3	0	41.7	58.3	0	1
5 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、指定通が見つからないなど、複雑で多様なニー ズのある事例に限って、指定入がそのまま通院も引き受け、指 定入担当者が通院でも継続して担当する	62.5	37.5	0	75	25	0	50	50	0	0.2
6 通院先が無床の場合、指定入がバックベッドとなる	83.3	16.7	0	100	0	0	66.7	33.3	0	0.047
司法・エキスパートオピニオン										
・退院したのちも指定入が通院医療機関と連絡を取り合いつつ、必要時に相談に応じることは、入院医療機関にとってもフィードバックを受けられるのでメリットがある。困難な事例こそ、入院医療機関に通院することが望ましいし、対象者にとっても安定に寄与する ・持続可能なやり方の確立を常に考える必要がある。だれかの無償の努力にならないようなやり方をまず考えるべき ・このセクションは地域間の地理的条件に左右される。遠隔地で退院したケースについて、4は有害でもあり得る ・退院後に指定入の担当チームが介入することは退院直後は必要かつ有効な事例や状況もあると思うが、指定通のチームが難しい事例に対して主体的に覚悟をもって関わるという姿勢の育成を妨げるかもしれないので、長期的な介入は望ましくないと考える。また、「難渋したら指定入に転院して通院」ということを原則可能にしてしまうことも、同じ理由であまり賛成できない（事例によって、それがベストであるという入通院双方の関係者が合意できる場合ならありだと思う）。指定通も困難事例に関わり続けることによって、支援力を磨ける部分があると思う。通院処遇に移行後にどこまで指定入が関わるのか、という点は今後もっと議論してもいいかもしれない ・1と2については、退院後1年以内であれば有効だが、1年以上経つと入院中の状況や評価があまり役に立たないだろうと思う。5については、複雑で多様なニーズのある事例に限って、指定入がそのまま通院も引き受け、指定入担当者が通院でも継続して担当することは有効と感じる。ただし、このような困難な事例を指定入チームが診続けることで、指定通担当者のスキルが向上しないリスクもあると考える。1年程度は指定通院が主担当となるが、指定入も協働チームとして一緒に診続け、1年程度で指定通だけで対応できるソフトランディングが良いと感じている ・4当院からの通院移行なのであれば、その結論に至れば、引き受けするのは当然という感覚はある。なるべく継続いただけるよう手を尽くすとも思う ・5はもう少し射程を広げても良いと思う										
一般・エキスパートオピニオン										
・おそらく「困難事例」は生活の維持の方に困難があるのではないかな。安心して暮らせる居住施設や人とのつながりができる場が重要なのではないかな ・指定入自体野多職種の能力およびケア態度に差が大きく、特に医師については、能力差があまりに大きい。そのため、一概には頼れるかは言えない ・通院も再入院も、ご本人の生活圏と指定入の位置が適切な場合有効かと思う。ただ、それが必ずしも本人にとって納得がいく、適切入院治療となるのかかなり心配。安易な入院の繰り返しになると、支援者には地域で支え切る力はつかないし、本人も支援者を信頼しなくなる。また、入院や通院適応の必要性の解釈が拡大され続け、指定入の本来の目的からはずれ、一般の精神科病院化しかならない問題がある。治療だけを考えると入院から在宅は一貫して行うことは効果的な場合も多いが、制度の運用や、地域の支援力の醸成を考えると、入院も通院ももともともどかず、地域で支え切る方向へ一貫した運用をする方がいいと考える										

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

指定通：指定通院医療機関 指定入：指定入院医療機関

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

表5 服薬アドヒアランスについてのエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイニ乗検定 (p)*
	有効	どちらとも言えない	無効	有効	どちらとも言えない	無効	有効	どちらとも言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
服薬アドヒアランスについて										
1 拒薬があった場合、拒否の理由や背景を探索し理解するよう努め、支援者で共有する	96.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
2 服薬が困難な場合、認知機能が影響している場合は確認方法の見直し、拒薬の場合心理教育を行う	87	13	0	91.7	8.3	0	81.8	18.2	0	0.47
3 服薬を自己中断したあとに、症状が悪化し暴力などの衝動行為が出現した場合、入院をすすめ、LAIの導入をすすめる	66.7	29.2	4.2	58.3	41.7	0	75	16.7	8.3	0.28
4 服薬を自己断薬し暴力などの衝動行為が出現した場合でも、精神保健福祉法で立て直せる診立てならば、(医療観察法の)再入院の申立てはしない	45.8	54.2	0	50	50	0	41.7	58.3	0	0.68
5 安定した服薬ができない場合、訪問看護とヘルパーによる服薬確認を行う（土日対応、2カ所の訪問看護で対応）	83.3	12.5	4.2	91.7	83.3	0	75	16.7	8.3	0.46
6 LAIを拒否し、さらに安定した服薬ができない場合、MDTや医師の面前で内服することでの服薬確認する	29.1	58.3	12.5	33.3	66.7	0	25	50	25	0.18
7 LAIを拒否し、さらに安定した服薬ができない場合、訪問看護ステーションに通って内服し服薬確認(例：本人の希望で、朝バン屋に行くついでに訪問看護ステーションに寄る)	41.7	54.2	4.2	50	50	0	33.3	58.3	8.3	0.48
8 クロザピンの安定した服薬ができない場合、クロザピン血中濃度測定による服薬状況の確認	62.5	29.2	8.3	91.7	8.3	0	33.3	50	16.7	0.012
9 クロザピンの安定した服薬ができない場合、必要時粉碎する	50	29.2	20.8	66.7	25	8.3	33.3	33.3	33.3	0.19
10 安定した服薬ができない場合、ダルクの支援者(ピアサポーター)と、LINEで空き袋の写真を共有する	29.2	54.2	16.7	50	50	0	8.3	58.3	33.3	0.022
11 安定した服薬ができない場合、訪問看護の職員が電話で服薬確認をする	41.7	58.3	0	66.7	33.3	0	16.7	83.3	0	0.013
司法・エキスパートオピニオン					一般・エキスパートオピニオン					
・服薬が円滑にいかない根本的な原因を調べるのが大切で、そのために精神保健福祉法入院や再入院で体制を立て直すことが良い場合もあるかと思う ・実施以前に本人の同意・動機づけによって有効となり得る ・6と7は実施できるなら有効だと思うが、実施は現実的には難しいと思う ・6と7は有効だが、継続性に課題があると考ええる。内服継続に困難がある対象者に、更に負担を強いる支援は継続し辛いだろうと考える。アウトリーチ・通所・通院などで本人と対面する機会を増やし、多職種・多機関で内服確認する体制を作る方が継続性が高いと考える ・6～11 当然有効な場合もあると思うが、対象者が同意することなど、いくつかの前提があるように思う					・内服遵守ができないケースにおいては、行動分析的なアプローチと、主治医の患者に対する態度が重要 ・「服薬していれば安定する」という神話をいつまでも信じていていいのか？心理社会的サポートの充実の方が必要なのではないか。精神科医のアウトリーチも必要なのではないか ・服薬ありき、の未熟な印象。拒薬は、ご本人との関係を構築する大切なチャンスだと考えている。内服するしないという課題を中心に据えたと何も見えなくなるし、本人を歪んでアセスメントしてしまう。拒薬したらダメ、暴力ふったらダメ、だけでは先にすすまない。心理教育も未熟だと思う。仮説以上のエビデンスができていない以上やむなしだと思うが、医療者の謙虚さと本人と気持ちが一致した時に次の関係性にすすむと考える。服薬なしのまま（ひやひやししながら）フォローする期間も決して無駄にならない。地域の支援者の「監視」体制になってしまうと、本人は必ず離れていくと思う ・以前の治療歴を考えると、拒薬（LAI拒否も含めて）があるようなら診療所での対応は困難と考える					

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

LAI: Long Acting Injection: 持続性抗精神病薬筋肉注射

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

表6 法や地域支援者との約束や基本的なルールなどの遵守困難、適応困難、通院通所困難、施設適応に関するエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイニ乗検定(p)*
	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
法や地域支援者との約束や基本的なルールなどの遵守困難、適応困難										
1 出奔し行方不明(対人過敏さから)、無断外泊などが生じた場合、一時的な入院の後、複数回入所施設を変更する（例：5～6回の施設(ダルクやGH)変更、信頼関係のある寮長に合わせた施設移動する）	50	50	0	58.3	41.7	0	41.7	58.3	0	0.41
2 出奔し行方不明(対人過敏さから)、無断外泊などが生じた場合、PSW、生活保護担当者、社会復帰調整官で探し、福祉事務所で話を聞いて、病院に行き診察を受ける	66.7	29.2	4.2	75	16.7	8.3	58.3	41.7	0	0.28
3 門限や、GH職員との面接時間が守れないなどの場合、指定通のMDT面接の頻度を高め、面接内容をGH職員と共有する	79.2	20.8	0	91.7	8.3	0	66.7	33.3	0	0.16
4 施設のルールが守れず退所勧告を受けた場合、GHを退所し、十分な支援を投入した上で単身生活へ移行する	33.3	62.5	4.2	41.7	58.3	0	25	66.7	8.3	0.46
5 施設のルールが守れず退所勧告を受けた場合、緩やかなGHへ移動する	41.7	54.2	4.2	50	50	0	33.3	58.3	8.3	0.48
6 無断で夜間の仕事(飲酒を伴う)に従事したことがなかった場合は、MDT面接の頻度やMDTによる自宅訪問の頻度を高め、生活状況の確認と援助を行う（例：週2回以上のMDT面接(仕事の悩みを扱う)、MDTの自宅訪問)	66.7	33.3	0	83.3	16.7	0	50	50	0	0.097
7 相談なしに就職活動をしていることが分かった場合は、本人に任せつつ、MDTとは相談できる関係性作りを優先し、症状や生活状況のモニタリングを行う	70.8	29.2	0	75	25	0	66.7	33.3	0	0.5
8 性的逸脱、恐喝、出奔等のルール不遵守が続く場合は、ケア会議の頻度を高め（例：1回/月を継続する）、MDT面接では1年先のロードマップを毎回共有する	62.5	37.5	0	66.7	33.3	0	58.3	41.7	0	0.5
9 性的逸脱、恐喝、出奔等のルール不遵守が続く場合は、ケア会議の司会を順番に変えて、権限を持っている人を特定しない	16.7	75	8.3	16.7	75	8.3	16.7	75	8.3	1
10 デイケア拒否がみられた場合には、拒否の理や背景を探索し理解するよう努め、支援者で共有する	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
11 デイケア拒否がみられた場合には、代わりの居場所（例えば、自宅の店番、図書館、市民センターのクラブなどの地域資源）を見つける	66.7	33.3	0	66.7	33.3	0	66.7	33.3	0	0.67
12 デイケア拒否がみられた場合には、訪問看護と診察のみとして、今後についてはケア会議で話し合っていく	50	50	0	58.3	41.7	0	41.7	58.3	0	0.41
13 集団生活（GH、作業所、デイケア）になじまない場合は、アパート単身生活で、日中活動なし（訪看と診察のみ）とする	37.5	62.5	0	50	50	0	25	75	0	0.2
14 集団生活（GH、作業所、デイケア）になじまない場合は、日中活動に行くことを要求されない、ゆるやかなGHへの入所する	66.7	33.3	0	58.3	41.7	0	75	25	0	0.33
通院困難、通所困難が生じた場合										
15 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合には、社会復帰調整官の受診同伴をする	75	20.8	4.2	83.3	16.7	0	66.7	25	8.3	0.49
16 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合には、ヘルパーによる受診同伴をする	37.5	50	12.5	58.3	41.7	0	16.7	58.3	25	0.047
17 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合には、老人ホームや救護施設の職員が受診同伴する	45.8	45.8	8.3	58.3	33.3	8.3	33.3	58.3	8.3	0.44
18 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、通院が必須の日（CPMS（クロザピンモニタリングサービス）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(タクシーに乗せる)を行う	50	50	0	66.7	33.3	0	33.3	66.7	0	0.1
19 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、タクシーで病院に到着後、MDTによるタクシーの出迎えを行う	41.7	54.2	4.2	66.7	33.3	0	16.7	75	8.3	0.038
20 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、PSWが迎えに行く	54.2	41.7	4.2	58.3	41.2	0	50	41.8	8.3	0.58
21 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、ピアサポーターによる送り迎えをする	37.5	58.3	4.2	50	50	0	25	66.7	8.3	0.32
22 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、往診する	75	25	0	75	25	0	75	25	0	0.68
23 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、本人の自宅でケア会議を行う	58.3	37.5	4.2	66.7	33.3	0	50	41.7	8.3	0.5
24 通院困難(拒否)、通所困難(拒否)が生じた場合、他科受診のため、地域定着支援(24h)等による移動支援を入れる	54.2	33.3	12.5	66.7	25	8.3	41.7	41.7	16.7	0.47
施設適応について										
1 日中の作業・活動が困難でグループホーム等への適応困難がある場合、自由に過ごしていいGHへ移動する(例：専門職ではない施設、精米搬送の手伝いなどの役割を持つ)	66.7	29.2	4.2	75	25	0	58.3	33.3	8.3	0.5
2 日中の作業・活動が困難でグループホーム等への適応困難がある場合、単身アパート生活に移行し、本人のニーズに応じて訪問看護やヘルパー等による支援を充実させる	79.2	16.7	4.2	83.3	16.7	0	75	16.7	8.3	0.59
3 日中の作業・活動が困難でグループホーム等への適応困難がある場合、地域資源（図書館や公園等）の活用を検討する	58.3	33.3	8.3	75	25	0	41.7	41.7	16.7	0.16

司法・エキスパートオピニオン

・施設での不適応はどのような理由かを精査する必要がある、直ちに緩い環境を提案すればよいとは限らない。明確な逸脱、違法行為にはMDTだけで対応するのではなく、警察や調整官と緊密に連携して対応する必要がある。通院拒否が続く場合は状態が悪化している可能性があるので、ヘルパーに突入させるリスクは賭するべきではない。きちんとリスクを評価して、対応する職種を決めるべき

・持続可能なやり方、それを保障するコストが必要

・どれも本人が受け入れられるなら有効。そうでない場合、何らかの法的根拠に基づき働きかける＝通院処遇下に果たされる条件について自覚を促す

・通院困難な場合、ヘルパー以外の定期的な同伴や往診などは現実的にできないのではないかな。施設職員に通院同伴を依頼すると、負担増となって以後医観法対象者を受け入れてもらえなくなる可能性もあるので、これは避けた方がいいと思う。1、4、5、12は事例によって有効か無効かは異なる

・MDTを含めた特定の支援者が思いついてくれたり、へこたれず共に見いだす形で、試みるなかで、よい方への変化が、対象者から報告されるということかもしれないと思う

・通所拒否、通院拒否、内服拒否、反社会的行動（触法行為）はリスクレベルが違うと考える。通所拒否レベルでは、見守りや対話を許可する対応で良いと思う。一方、治療拒否、触法行為は、再被害行為のリスクが高まるため見守りや対話の強化に加え、治療同伴、内服確認、治療や支援方針の変更、入院も含めた検討などリスク回避の様々な方策が必要となると考える

・日中活動の何が不適応を生じているのか精査が必要。医療者は過剰に保護的になりがちだが、支援があれば意外と自立した生活を送ることができる場合があり、支援の厚さがポイントのように思う

・対人関係構築が困難であり、それがストレスになる例については、孤立しないよう見守りを入れながら、対人関係を減らした生活のほうが有効と感じる

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

GH:Group Home

PSW: Psychiatric Social Worker: 精神保健福祉士

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

一般・エキスパートオピニオン

・基本的に個別性を踏まえ、状況共有、分析、試験的に介入、評価が必要

・「管理」を地域で行うことによって、果たして当事者は安定するのか。どのような環境が当事者の安心につながるのかということについては、本人も交えた丁寧な検討が必要なのではないか。ピアサポーターを管理のために使ってはいけない

・このセクションも通院ありき、通所ありきの設問にみえる。どの設問も支援者の方法（引き出し）的にはすべて「あり」なものであると思うが、その時の本人にとって有効かどうかは、状況によってかなり異なる。拒薬と同じで、通院拒否、通所拒否も本人との関係を改善したり、本人の安心感、安全感を醸成するとてもいいチャンスなので、丁寧に考えるべきタイミングだと思う。社会復帰調整官の項目だけ有効にチェックを入れた。どこかで歯止めをかけることは必要だと思われ、これまでの流れを熟知し、本人もそのことを知っている人として認識している調整官の同伴は、必要時あってもいいかと思う

・4.5 施設のルールが守れない理由によっては回答が変わると思う

表7 急性増悪、ストレス脆弱性、残存する精神病的症状、非精神病的症状についてのエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイ二乗検定 (p)*
	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
急性増悪、ストレス脆弱性、残存する精神病的症状について										
1 対象行為時と同様の症状が再燃した場合、連日の診察・MDT面接、夜間救急対応、自宅訪問、必要に応じ入院を検討する	91.7	8.3	0	83.3	16.7	0	100	0	0	0.24
2 クロザピン抵抗性の幻覚妄想がある場合、臨床心理技術者による精神病的症状に対する認知行動療法を継続する	45.8	37.5	16.7	75	25	0	16.7	50	33.3	0.0089
3 クロザピン抵抗性の幻覚妄想がある場合、本人と支援者による交換ノートによる密な情報共有と本人の孤立感防止に努める	62.5	29.2	8.3	91.7	8.3	0	33.3	50	16.7	0.012
4 命令幻聴の影響で被害者のところに行き、金銭の要求をするなどの行動がみられた場合、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）	82.6	13	4.3	83.3	16.7	0	81.8	9.1	9.1	0.51
5 重大ではない他害行為（隣人宅への侵入、暴力、失火等）が生じた場合、措置入院や医療保護入院で対応し回復した場合には、（医療観察法の）再入院を申し立てないこともある	62.5	37.5	0	50	50	0	75	25	0	0.2
6 自傷、器物破損などが生じた場合、緊急MDT会議、緊急ケア会議、MDTによる頻回の自宅訪問を実施	83.3	16.7	0	83.3	16.7	0	83.3	16.7	0	0.7
7 警察を呼んで騒ぐことを繰り返す、嫉妬、無断で休むなどが繰り返された場合、社会復帰調整官の定期的な自宅訪問をする(例：1週間に1回、社会復帰調整官が訪問看護と同居)	79.2	8.3	12.5	75	16.7	8.3	83.3	0	16.7	0.3
8 訪問看護への暴力が生じた場合、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）を行う	87.5	12.5	0	75	25	0	100	0	0	0.11
9 その他、ストレス脆弱で症状悪化を繰り返す場合、頻回のMDTによる自宅訪問（例：週1回の自宅訪問や外出）	75	20.8	4.2	83.3	16.7	0	66.7	25	8.3	0.49
非精神病的症状について										
1 身体愁訴と不安・恐怖の増悪時、GH職員による夜間の長時間対応	29.1	54.2	16.7	41.7	58.3	0	16.7	50	33.3	0.068
2 救急車を頻回に呼ぶ場合、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。区分認定の見直しを行う	66.7	33.3	0	66.7	33.3	0	66.7	33.3	0	0.67
3 不安や孤立、希死念慮がみられる場合、MDTによる自宅訪問を行う	79.2	20.8	0	75	25	0	83.3	16.7	0	0.5
4 不安や孤立、希死念慮がみられる場合、ピアサポーターによる自宅訪問を行う	75	25	0	66.7	33.3	0	83.3	16.7	0	0.32
司法・エキスパートオピニオン ・オープンダイアログ的な介入はやったことがないが、効果あるように思い、将来に期待している。ACT的な介入は効果があると思う。不安定な場合、精神保健福祉法入院か、再入院が必要か、調整官と密接な連携が必要 ・指定通によっては（特にクリニック）、マンパワー的に頻回の診察やMDTでの自宅訪問は実施困難ではないでしょうか。もちろん実施できれば有効であることは明らかだが、特に他害リスクが高まっているなど緊急性が高い場合には、精神保健福祉法入院を選択する方が安全だと思う ・5は程度や状況により判断すると考えます。万引きなど軽度のレベルでは再入院なしにするが、別の触法行為が起こったが、再他害行為が切迫していたと判断した場合は、再入院も検討する。8について、対物暴力と対人暴力はリスクレベルが違うと判断する。対人暴力を起こした際は、入院も含めた緊急対応を検討する ・逸脱行為が出た場合、地域支援者への負担が大きく、疾病性が高い行為であれば入院で立て直しを行うべきであるように思う ・費用対効果の検証は常に必要 ・いずれの設問も「有効」と考えるが、現実的には通常業務も抱えており、実行することは困難なことが残念。将来当たり前のように行われることに期待する ・（非精神病的症状の）1はそこまで職員に負担を求めることは難しい。2は救急車を呼ぶ理由によってはこの対応でいいかわからない 一般・エキスパートオピニオン ・①軽犯罪に対して医療だけで対応するのは筋違いなのではないか。きちんと警察に対応してもらうことも必要なのではないか（一市民として）。②信頼関係のある支援関係をいかに形成・持続するかということが重要なのではない ・「認知行動療法」決して万能ではない。「交換ノート」となるとなおさら。暴力などの次につながってしまうリスクに対しては対応がむなしだと思う ・（非精神病的症状への対応について）こららの状況では、支援する側の不安や消耗についても配慮が必要。スタッフが安心して不安を語る状況が必要										

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

GH:Group Home

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

指定通：指定通院医療機関

表8 生活能力に関する支援についてのエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイ二乗検定 (p)*
	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
生活能力に関する支援										
1 浴室も本や物であふれるなどの場合、OT・PSWが自宅訪問し、棚・本棚の組み立て作業や、整理を一緒に実施し、生活の質を高める	91.3	8.7	0	91.7	8.3	0	91	9.1	0	0.74
2 通所先への道順が分からない場合、OT・PSWが訪問し、道順確認と写真入りの地図を作成する	91.7	8.3	0	100	0	0	83.3	16.7	0	0.24
3 書類の手続きができない場合、訪問看護、MDT（PSW等）が手続きに同伴する	100	0	0	100	0	0	100	0	0	1
4 金銭管理ができない場合、通院MDT（Ns、PSW、OTら）による金銭管理の相談や支援（出納帳の作成、レシートの確認）	79.2	20.8	0	83.3	16.7	0	75	25	0	0.5
5 金銭管理ができない場合、グループホーム世話人や相談事業所職員による金銭管理の相談・支援	91.7	4.2	4.2	91.7	8.3	0	91.7	0	8.3	0.37
6 金銭管理ができない場合、社会福祉協議会のスタッフによる金銭管理の支援	95.8	4.2	0	91.7	8.3	0	100	0	0	0.5
7 金銭管理ができない場合、成年後見制度を活用し、保佐人等が金銭管理の相談や支援を行う	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
8 金銭管理ができない場合、寄り添い弁護士制度の一時的な活用	75	20.8	4.2	83.3	16.7	0	66.7	25	8.3	0.49
9 外出困難な場合、地域定着支援(24時間電話対応)の導入、移動支援をつける	100	0	0	100	0	0	100	0	0	1
司法・エキスパートオピニオン					一般・エキスパートオピニオン					
・自立を損なわない支援が望ましい					・余りにも多くの多職種が関わると本人が混乱することもあるため、個別性を重視してケア方針は決めるべき					
・すべて有効と考える。ただし、生活能力が低下し直接支援が必要な例に、指定通院医療機関のスタッフの介入を強化するほうが良いのか、地域支援者の介入を強化する方がよいのかは迷う。ボランティアの支援は継続性が担保できないため、まずは制度を利用した地域支援者の介入を強化し、それが難しい部分に指定通院医療機関の支援をいれるほうが良いと考える					・地域の中にMDTをつくるということが、前提であろう					
					・どれも、ご本人が受け入れてくれた上で、場合によって、の上的回答です。グループホーム世話人など、そこだけで支援が完結するところでの金銭管理は（やむを得ない場合もあるが）絶対にさけるべき					

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

OT: Occupational Therapist: 作業療法士

PSW: Psychiatric Social Worker: 精神保健福祉士

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

Ns: Nurse: 看護師

表9 対人関係の課題についてのエキスパートオピニオン調査

	全体 どちらとも言えない			司法（医観法病棟経験） どちらとも言えない			一般 どちらとも言えない			司法vs一般 カイニ乗検定 (p)*
	有効 n=24 %	無効 n=24 %	無効 n=24 %	有効 n=12 %	無効 n=12 %	無効 n=12 %	有効 n=12 %	無効 n=12 %	無効 n=12 %	
対人関係の課題について										
1 対人過敏さからの暴言、トラブルを繰り返す場合、単身生活へ移行、個室へ移動により環境調整を行う	87.5	8.3	4.2	100	0	0	75	16.7	8.3	0.18
2 対人過敏さからの暴言、トラブルを繰り返す場合、臨床心理技術者による心理面接を継続する（例：週に1回30分以上の心理面接）	45.8	45.8	8.3	50	50	0	41.7	41.7	16.7	0.34
3 訪問看護拒否があった場合、安定した関係を築くことができる少数の支援者で対応	75	25	0	75	25	0	75	25	0	0.68
4 訪問看護への暴言や暴力がみられる場合、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させる	62.5	25	12.5	66.7	33.3	0	58.3	16.7	25	0.15
5 指導やルールに対してイライラして従うことができない場合、関係性のあるスタッフが対応し、本人のペースに合わせる	91.6	8.3	0	100	0	0	83.3	16.7	0	0.24
6 通所先の支援者や利用者への暴力がみられた場合、精神病症状が原因の場合は入院で薬物調整を行い、その他の原因の場合はレスパイト入院、臨床心理技術者との1〜2週間に1回の面接	70.8	25	4.2	83.3	16.7	0	58.3	33.3	8.3	0.33
7 直接指導されるとイライラする場合、スマホの操作の練習を個別OTで実施する	45.8	50	4.2	50	50	0	41.7	50	8.3	0.58
8 依存や操作性を地域支援者が指摘した場合、交換ノートに毎週関わったすべての支援者が記載	25	66.7	8.3	33.3	58.3	8.3	16.7	75	8.3	0.63
9 依存や操作性を地域支援者が指摘した場合、MDTによる面接や自宅訪問の回数増加	33.3	58.3	8.3	41.7	50	8.3	25	66.7	8.3	0.68
司法・エキスパートオピニオン										
・不安定な状態への介入は長時間あるいは密な介入が不安定性を悪化させることがあり、少し引いた対応なども場合により必要と思います。依存症の対象者とはすべてのスタッフと信頼関係を構築するとは限らないので、「すべての」支援者が記載するべきかは議論があるところでしょう。ノートへの記載自体はとても良いと思う ・2は事例によるため「どちらとも言えない」、9は面接などを頻回に行うことは依存や操作性を助長する（それに振り回される）と思うため「無効」とした ・7については、個別OTでスマホ操作練習だけでは効果はないと思うが、スマホなどでのデバイスを利用したほうが、本人と意思疎通が容易になるならば、有効だと感じる。8と9については、依存性や操作性を感じた時に、何を目標としてノートや面接頻度を上げるかが重要と考える。まずは、対象者本人と支援者が、課題を共有することが大切であり、それを解決する手段として、ノートや面接などを行うと考えます。課題共有なしで解決方法を実施するなら、効果は限定的だと考える										
一般・エキスパートオピニオン										
・6は入院ありき、ではないと思う ・8交換ノートでなくても連携を密にして事実関係の証拠を残す他の代替手段でも良いと思う。9依存しているの、頻回の面接にするのが有効な場合とそうでない場合があると思う ・基本的に、暴力に対しては、一般市民と同等の対応が原則ではないのか										

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

OT: Occupational Therapist: 作業療法

スマホ：スマートフォン

表10 物質使用についてのエキスパートオピニオン調査

	全体 どちらとも 言えない			司法（医観法病棟経験） どちらとも 言えない			一般 どちらとも 言えない			司法vs一般 カイ二乗検定 (p)*
	有効 n=24 %	有効 n=24 %	無効 n=24 %	有効 n=12 %	有効 n=12 %	無効 n=12 %	有効 n=12 %	有効 n=12 %	無効 n=12 %	
物質使用について										
1 施設内での大麻等の違法薬物の使用や他の入所者とのやり取りがあった場合、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)	62.5	33.3	4.2	83.3	16.7	0	41.7	50	8.3	0.097
2 飲酒・薬物再使用があった場合、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する	91.7	8.3	0	100	0	0	83.3	16.7	0	0.24
3 飲酒・薬物再使用があった場合、関係機関(通所先、訪問看護等)間での密な情報共有を行う	83.3	12.5	4.2	100	0	0	66.7	25	8.3	0.091
4 飲酒・薬物再使用があった場合、クライシスプランの修正(例：再使用そのものよりも、対象行為につながるシナリオを再検討し、対象行為につながる精神病的症状や生活状況に着目する)	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
5 飲酒・薬物再使用があった場合、ARP目的入院(任意入院)をする	45.8	54.2	0	66.7	33.3	0	25	75	0	0.041
6 飲酒・薬物再使用があった場合、3カ月の入院(任意入院)により、条件反射制御法を実施する	20.8	58.3	20.8	25	66.7	8.3	16.7	50	33.3	0.32
7 飲酒・薬物再使用が繰り返される場合、麻薬取締官がケア会議に参加する	29.2	29.2	41.7	41.7	33.3	25	16.7	25	58.3	0.22
司法・エキスパートオピニオン				一般・エキスパートオピニオン						
・積極的に麻薬取締官を同席する必要はないと思うが、対象者の特性、違法薬物への傾倒が強い場合などは検討に値すると思う				・違法薬物や飲酒の使用を、別の問題行動と区別しすぎず、状況分析と本人との安心できる場の構築を努力するべき						
・5は再使用の程度・頻度による、7は麻薬取締官が対応すべき薬物は限られている				・依存については、対人的なネットワークが本人の周りにあるのが必要なのではないか						
・6は依存症のスタンダードな治療法まで確立されておらず、オプション治療と考える。7は、誰が連絡し麻薬取締官を会議に呼んだのかを説明する必要があると考える。麻薬取締官が参加すると、対象者が正直に話すことは難しくなると考える				・7 ケア会議は、ご本人にとって安心できる内容が話し合われる場所である。麻薬取締官の力を借りる場合もあるが、ここは一線引くべきではないかと考える						
・条件反射法の経験がないので実感はないが、依存症治療で一番大切なのは技法よりも信頼関係の中で取り組めることのように思う										

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定
指定通：指定通院医療機関 指定入：指定入院医療機関
ARP: Alcohol Rehabilitaion Program: アルコールリハビリテーションプログラム

表11 反社会性や、性犯罪等の発露についてのエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイニ乗検定 (p)*
	有効	どちらとも言えない	無効	有効	どちらとも言えない	無効	有効	どちらとも言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
反社会性や、性犯罪等の発露について										
1 社会的な脅威となるような行為、脅迫・ほめかし等がみられた場合、迅速に対応する(精神症状が疑われる場合は入院を視野)	91.7	8.3	0	100	0	0	83.3	16.7	0	0.24
2 社会的な脅威となるような行為、脅迫・ほめかし等がみられた場合、喫茶店などに移動し複数の支援者と本人とで話し合う	45.8	33.3	20.8	41.7	41.7	16.7	50	25	25	0.67
3 社会的な脅威となるような行為、脅迫・ほめかし等がみられた場合、精神症状と関連が乏しい場合は警察対応を検討	75	25	0	91.7	8.3	0	58.3	41.7	0	0.077
4 病状とは関連の乏しい反社会的な行為を繰り返す場合、入院中からMDT会議やCPA会議に警察が参加する	41.7	41.7	16.7	50	41.7	8.3	33.3	41.7	25	0.5
5 病状とは関連の乏しい反社会的な行為を繰り返す場合、ケア会議に警察が参加する	50	33.3	16.7	66.7	25	8.3	33.3	41.7	25	0.24
6 病状とは関連の乏しい反社会的な行為を繰り返す場合、警察の関与についてクライシスプランに記載する	75	16.7	8.3	83.3	16.7	0	66.7	16.7	16.7	0.33
司法・エキスパートオピニオン						一般・エキスパートオピニオン				
・毅然とした対応が必要な場合、喫茶店は不適切						・発言そのものより、切迫性の程度が重要				
・反社会的行動においては、リスクレベル、病状の影響度、性格（特性）の影響度など総合的に判断して決めるしかないとする						・基本的には一般市民と同等の対応が原則ではないか				
・警察の導入は慎重さが必要だが、対象者の特性（ASD傾向など）、設問のように対象行為に精神症状が関与しない場合は警察官を会議に参加してもらうことで再被害行為を抑制したことがあった						・警察はご本人の「味方」になって参加することが前提である				
・ケア会議に警察の参加を求めることには慎重であるべきだと考えるし、実現も困難と思うという理由で「無効」とした										
・警察が協力してくれるかと本人同意が微妙かと思われた										

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

CPA: Care Programme Approach

ASD: Autism Spectrum Disorder: 自閉スペクトラム症

表12 家族支援についてのエキスパートオピニオン調査

	全体 どちらとも言えない			司法（医観法病棟経験） どちらとも言えない			一般 どちらとも言えない			司法vs一般 カイニ乗検定 (p)*
	有効 n=24 %	どちらとも 言えない n=24 %	無効 n=24 %	有効 n=12 %	どちらとも 言えない n=12 %	無効 n=12 %	有効 n=12 %	どちらとも 言えない n=12 %	無効 n=12 %	
家族支援について										
1 家族が精神疾患を否認している場合、希望に応じて指定入の家族会に継続して参加する	87.5	12.5	0	91.7	8.3	0	83.3	16.7	0	0.5
2 家族が精神疾患を否認している場合、MDTが家族との定期面接を実施する	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	0.76
3 家族の飲酒や暴言、本人への過度な感情表出がみられる場合、社会復帰調整官の家族との定期面接を行う	87.5	12.5	0	83.3	16.7	0	91.7	8.3	0	0.5
4 家族の飲酒や暴言、本人への過度な感情表出がみられる場合、MDTが家族との定期面接を実施する	87.5	12.5	0	91.7	8.3	0	83.3	16.7	0	0.5
5 家族の身体的・精神的機能障害がみられる場合、家族の支援者もケア会議に参加し本人の支援チームに入る	70.8	29.2	0	58.3	41.7	0	83.3	16.7	0	0.19
司法・エキスパートオピニオン						一般・エキスパートオピニオン				
・家族の理解が得られにくい場合、調整官も家族と対立するような場合、裁判所から家族に弁護士をつけてもらい、その弁護士からも介入してもらおうと意外とうまくいく場合があった						・家族も含めた本人のネットワークは、リソースであり、支援の対象でもある				
・5は有効だが、家族の支援者は、本人の支援者ではないため、情報共有などの間接支援の役割にしておく必要があると考える										
*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定										
指定入：指定入院医療機関										
MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム										

表13 医療観察法通院処遇終了前後の課題についてのエキスパートオピニオン調査

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイニ乗検定 (p)*
	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
医療観察法通院処遇終了前後の課題について										
1 暴力や精神症状悪化、治療拒否がみられる場合は、処遇延長とする	79.2	20.8	0	91.7	8.3	0	66.7	33.3	0	0.16
2 通院を継続することに同意しない場合で、症状が安定し判断能力を有し、信念等により通院を拒否する場合は処遇延長はしないこともある	45.8	33.3	20.8	25	66.7	8.3	66.7	0	33.3	0.0024
3 処遇終了後一般精神科への移行後には、特別相談支援の計画相談支援員が中心となって、ケア会議を継続する	58.3	41.7	0	58.3	41.7	0	58.3	41.7	0	1
4 処遇終了後一般精神科への移行後には、病院のPSWが中心となって、ケア会議を継続する	62.5	33.3	4.2	66.7	33.3	0	58.3	33.3	8.3	0.57
5 処遇終了後一般精神科への移行後には、本人が役に立つと考えているMDT面接や生活相談を継続する	87.5	8.3	0	100	0	0	75	16.7	8.3	0.18
司法・エキスパートオピニオン					一般・エキスパートオピニオン					
・通院を忌避する場合、状態が悪化すると同意能力が失われるので、通院が必要であることを示すためにもあえて通院期間を延長したほうが良いと思う（2年必要かは別）					・いずれの場合も地域の人的資源の増強が前提					
・2は、治療終了が再被害行為に繋がる可能性が高いと評価している場合は、指定通院だけで判断せず、裁判所に早期終了（もしくは延長）を申し立て、判断を委ねると考える。3から5は、必要な例には継続したほうが良いが、不要と評価した例には、一般精神医療保健福祉の制度や体制でフォローした方が継続すると考える。個人的な意見だが、通院処遇中のような密なケア会議・見守りが必要な例は、10～20例に1例くらいと感じる					・ケア会議のコーディネートを職種なので固定化するのは課題が多いと考える。本人にとって一番適切なケアマネージャーは誰か、また、そのケアマネージャーが孤立しないようにするにはどうすればいいか、など慎重にあるべきだと思う					
*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定										
PSW: Psychiatric Social Worker: 精神保健福祉士										
MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム										
指定通：指定通院医療機関										

表14 その他の課題やニーズのエキスパートオピニオン調査と、全体を通しての意見・助言・批判

	全体			司法（医観法病棟経験）			一般			司法vs一般 カイ二乗検定 (p)*
	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	有効	どちらとも 言えない	無効	
	n=24 %	n=24 %	n=24 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	n=12 %	
その他の課題やニーズ										
1 予期せぬ妊娠(不特定の異性と) がみられた場合、本人の意向を尊重する。周産期・出産後のサポート、関係機関との連携を強化する	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	91.7	8.3	0	0.76
2 騙されやすく、反社会組織等から搾取された場合、寄り添い弁護士制度を活用する	100	0	0	100	0	0	100	0	0	1
3 ストレngthsとして、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がある	83.3	8.3	8.3	100	0	0	66.7	16.7	16.7	0.091
4 IT技術の活用として、本人のスマホ活用支援を行う	79.2	20.8	0	83.3	16.7	0	75	25	0	0.5
5 IT技術の活用として、スマホ・タブレット等の活用による遠隔診察を行う	54.2	41.7	4.2	66.7	33.3	0	41.7	50	8.3	0.35
6 IT技術の活用として、速やかな情報共有のためのセキュリティ面を含む技術の向上が必要	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
7 リスクシナリオ・クライシスプランについて、通院後も新たにリスクシナリオを作成し、随時クライシスプランを修正していく	91.7	4.2	4.2	100	0	0	83.3	8.3	8.3	0.34
8 モニタリングシートを作成する際に、関係者にアンケート用紙を配布し、結果を見ながら本人と一緒にモニタリングシートを作成する	66.7	29.2	4.2	66.7	33.3	0	66.7	25	8.3	0.56
9 処遇終了時は本人にピアサポートとしての活動への協力を打診し、本人がピアサポートとして活躍することを希望した場合、処遇終了後に社会復帰促進サポーターとして登録し、医療観察法病棟での講演や、GH職員向けの講演、医療観察法対象者への個別の支援等を行う	79.2	20.8	0	91.7	8.3	0	66.7	33.3	0	0.16
司法・エキスパートオピニオン					一般・エキスパートオピニオン					
・IT技術を利用することが効果的な対象者がいると考えるが、どのような対象者に、どのように活用すればよいのか、よくわからない					・前提として地域社会が多様性に対して寛容である文化であることも重要					
・ITに関しては、自我漏洩体験があるあるいはその不安がある対象者の場合、有効でない場合があると思う。また、人と直接的に会うことでの安心感は大きいのでITは補助的なものだと考える。ITを有効に活用するには、それ以前に関係構築を十分に行なっているという前提が必要だと思う					・ストレングスの内容が未熟に思える。ピアサポートから講演までであるが、かなり慎重に考慮することも多々あると思う					
<全体を通しての意見・助言・批判>					<全体を通しての意見・助言・批判>					
・ITの活用やオープンダイアログなどが導入されると、もっと予後が良くなるであろう					・地域社会の文化が「地域のメンタルヘルス」の重要性を理解して、入院に頼らないメンタルヘルスについての理解が進んでいることが必要。そのための地域を耕す活動をメンタルヘルスの経験者や家族とともにしていることも必要だと考える					
・ストレングスモデル、リカバリーオリエンテッドケア、治療同盟の構築、レジリエンスの向上といったやり方は医療観察法のみならず精神科全体の進む道だと思う。医療観察法がその牽引役となることを願っている					・指定通院医療機関（民間の医療機関）での臨床実践を想定して回答した。充実したアフターケアを行うには、医師不足・スタッフ不足の解消を後押しする財源問題など、解決すべき課題が多いと感じた。現実問題として、月1回の会議開催についても、一部の医師・スタッフだけに業務が集中し、燃え尽きの問題や医療観察法に関与する者とならない者との職場内分断問題などが派生することが、容易に想像される。財源だけの問題ではないことは承知の上で、指定通院医療に対しては、指定入院と同等か、それ以上の財源・人的資源の投入を期待する					
・それぞれの事例は個別具体的に有効だったと思われるが、それを有効たらしめた準備段階での本人と支援者とのやり取り・プロセスが重要だったと思われる										

*2群の場合、20%以上のセルで期待度数が5未満では、Fisherの正確検定

IT:Internet Tecnology

スマホ：スマートフォン

GH:Group Home