

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

令和5年度～令和6年度 総合研究報告書

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：

1. 医療観察法通院処遇における、多様なニーズのある事例(複雑事例)の医療や福祉サービス、関係機関との連携等について調査した。退院時点で共通評価項目の社会復帰関連指標のうち1項目以上が1点以上で、通院開始後も困難な状況や問題行動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)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、都市部と郡部を比較した。また、困難な状況や問題行動に対する取り組みや実践方法を抽出した。
 2. 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。
- これらをもとに、医療観察法通院医療機関の基幹型モデルと標準型モデルの役割と連携のモデルを提言する。また、医療観察法入院医療機関処遇下の複雑事例の退院及び社会復帰を促進する、通院医療の手厚い支援のイメージを提言する。

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 周愛巣鴨クリニック
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
宮崎真理子 同上
立山和久 同上（令和5年度）
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. 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%以上のものを抽出した。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 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、谷口研一朗、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 の困難な状況や問題行動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)、中には施設に適応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た。

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(表2～表5)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) 指定入院医療機関から指定通院医療機関への情報共有は、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実さ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(意見は令和6年度報告書参照)

(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う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、否定的な意見もみられた。

- (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。これらをもとに、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図1に示した。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図2に示した。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) 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
- 4) 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

2. 学会発表

- 1) 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
- 2) 柏木宏子: 精神鑑定の限界—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
- 3) 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
- 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会大会, 2024. 5. 25
- 5) 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

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. 厚生の指標, 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:

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
別病院の外來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

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

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 エキスパートオピニオン調査-全体の有効選択率70%以上

	全体			司法 (医観法病棟経験)			一般			司法 v s 一般 カイ二乗検定 (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 %	
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	100	0	0	100	0	0	1
2 ストレngthsを視野に入れた支援が重要である	100	0	0	100	0	0	100	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	100	0	0	100	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	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
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して長期にわたり、高い頻度でWeb会議を行う (例: 3年間、1か月に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
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
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、本人も含めてオープンに話し合う	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出来るか話し合う	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、ストレスは何か、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
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										
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
6 通院先が無床の場合、指定入院医療機関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
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
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	8.3	0	75	16.7	8.3	0.46

*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 指定通: 指定通院医療機関

CPA: Care Programme Approach

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

表3 エキスパートオピニオン調査-全体の有効選択率70%以上

	全体			司法 (医親法病棟経験)			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 %	
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										
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
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
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、支援者と共有する	95.8	4.2	0	100	0	0	91.7	8.3	0	0.5
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
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
施設適応について										
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
急性増悪、ストレス脆弱性、残存する精神病症状について										
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
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
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
非精神病症状について										
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

*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

指定通: 指定通院医療機関

MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

表4 エキスパートオピニオン調査-全体の有効選択率70%以上

	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 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 %	
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、整理と一緒に実施し、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
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
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
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
物質使用について										
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性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

*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5 エキスパートオピニオン調査-全体の有効選択率70%以上

	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 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
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
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
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
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
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
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
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ー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
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

*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

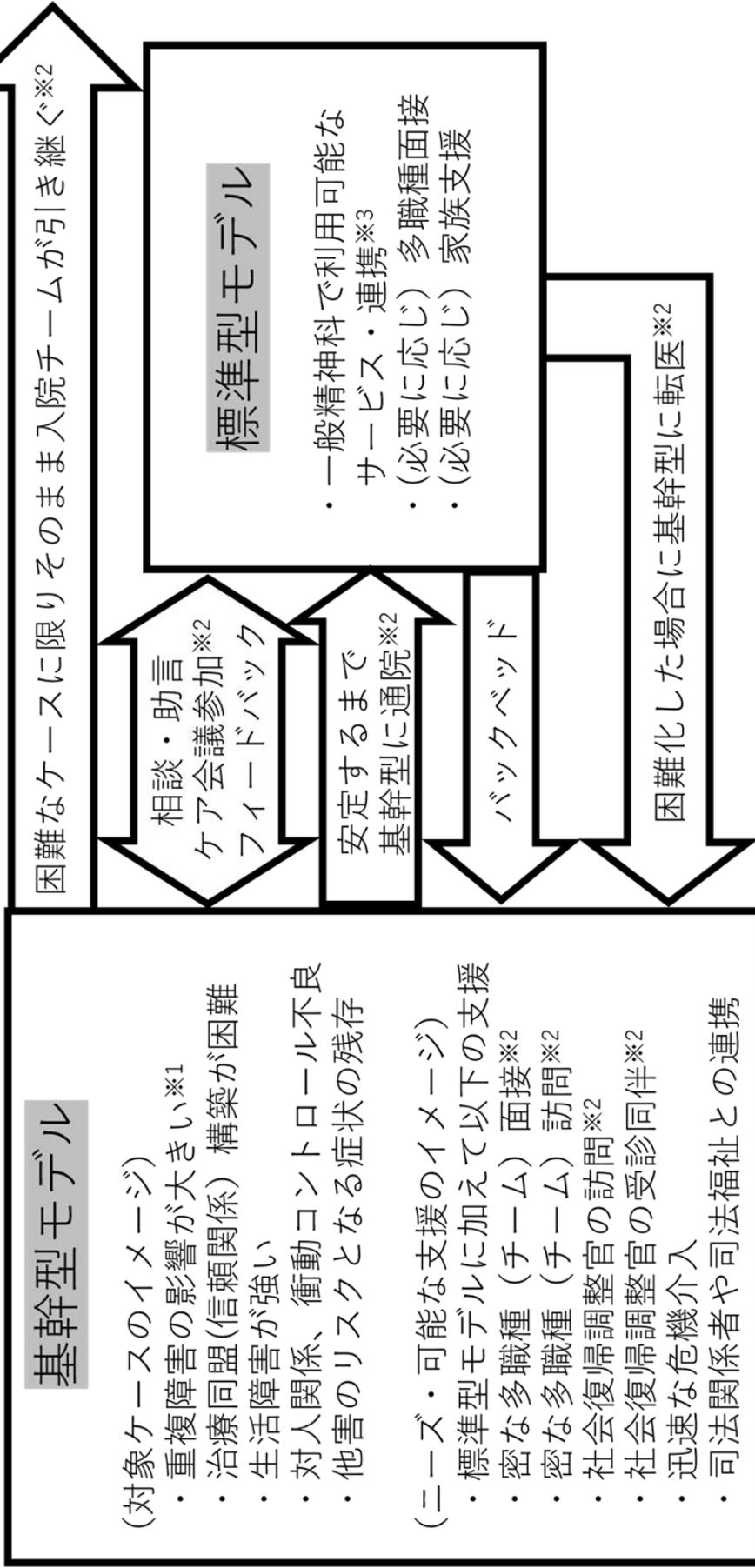
MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム

IT: Internet Technology

スマホ: スマートフォン

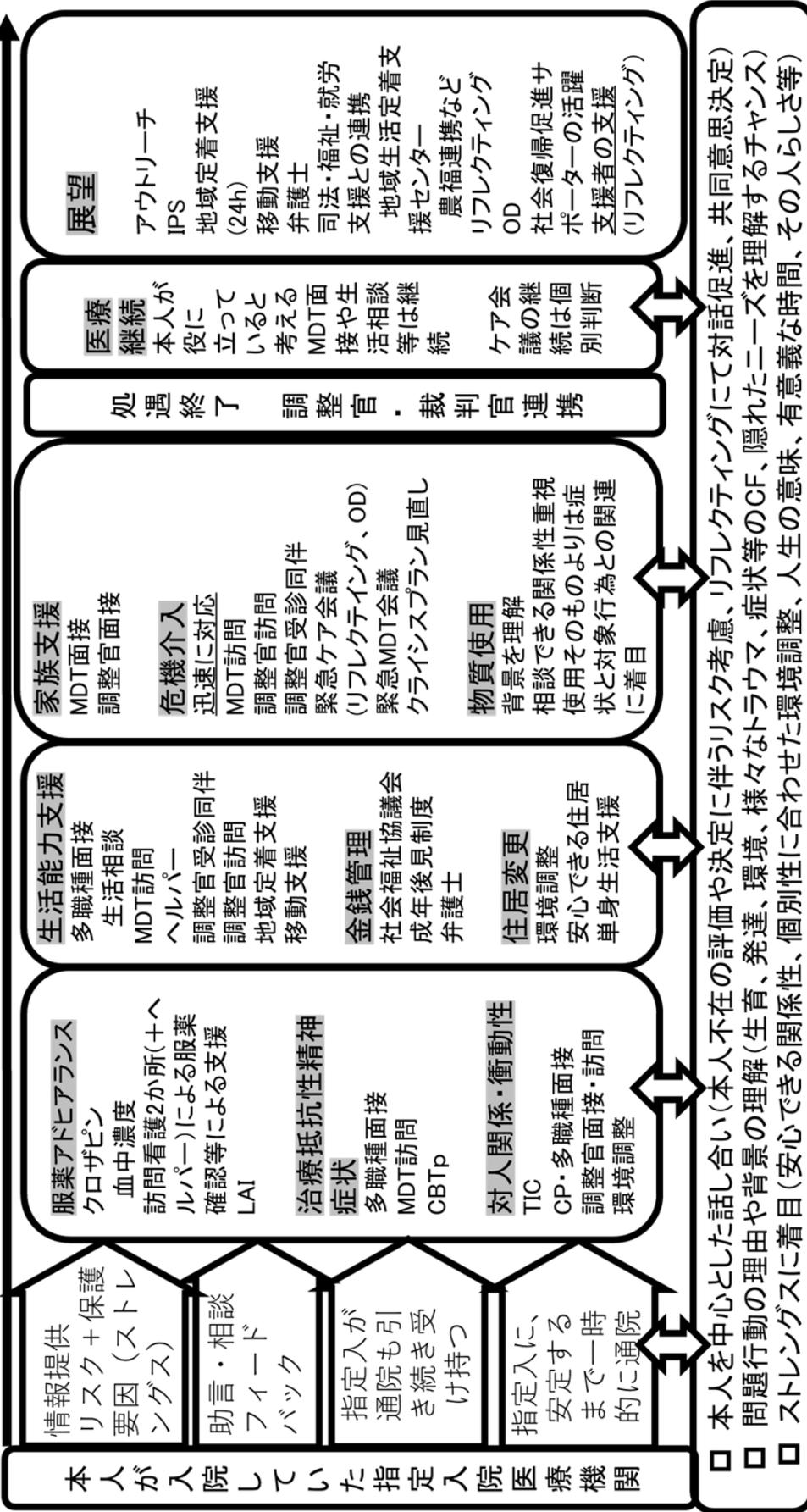
GH: Group Home

図1 都市型と郡部型の基幹型と標準型の役割と連携のモデルイメージ



※1 神経発達症、パーソナリティ症、物質使用症等の1つ以上の併存や、生育歴やトラウマを考慮すべきケースが想定される
 ※2 都市部が郡部かや交通の便などの地域差が想定され、地域によっては実現が困難な場合がある(適宜Web会議も検討)
 ※3 都市部では、複数の訪問看護ステーションやヘルパーによる手厚い支援を入れた単身生活や、成年後見制度の活用が多い

図2 医療観察法指定入院医療機関を退院した対象者への手厚い支援のイメージと展望—複雑事例の退院促進—



指定入：指定入院医療機関，調整官：社会復帰調整官，LAI：Long Acting Injection: 持効性抗精神病薬筋肉注射，MDT: Multi-disciplinary Team: 多職種チーム，CBT p：Cognitive Behavioral therapy, TIC: Trauma Informed Care, CP: Clinical psychologist: 臨床心理技術者，IPS：Individual Placement and support, OD :Open Dialogue, CF：Case Formulation