令和 7 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円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
「指定通院医療機関の量的実態調査と通院処遇における多機関連携モデルの提言」
分担研究報告書

通院処遇における地域マネジメントの実態分析
― 社会復帰調整官および地域支援者の判断プロセスと共同意思決定に着目したケアマネジメントについて ―

研究分担者　三品　竜浩　　岩手県立大学

研究要旨：

本研究は、医療観察法における通院処遇において、社会復帰調整官および地域支援者の共通理解に基づき、対象者個別の支援判断を担うケアマネジメントと、支援体制全体を調整する地域マネジメントの実態を把握し、両者の相互作用を通じて対象者との共同意思決定（以下、SDM）形成へと段階的に移行していくプロセスと、その成立に影響を与える要因を明らかにするとともに、再現可能な支援モデルとして整理することを目的としている。

令和 7 年度は、法務省保護局および保護観察所、指定通院医療機関、地域関係機関の協力のもと、全国から 2 か所の地域処遇多職種チームを対象として、医療観察法における通院処遇の支援過程および処遇結果に着目したインタビュー調査を実施した。具体的には、社会復帰調整官および地域支援者による地域マネジメントとケアマネジメントの実態を把握し、対象者との SDM 形成がどのように成立・変容していくのかを、処遇対象者の類型化後に類型別のケース分析およびグループインタビューを通じて整理・分析した。

まず、通院処遇終了ケースを処遇結果および支援上の特徴に基づき、早期終了（A 群）、期間満了終了（B 群）、処遇延長（C 群）に類型化し、さらに各群内での支援態様やリスク状況の差異を整理した。これにより、処遇が安定的に終了したケースだけでなく、潜在的リスクを残したまま終了に至ったケースや、処遇延長を要したケースを含めて分析対象とする枠組みを構築した。

次に、B2（潜在リスクを伴う期間満了終了）および C2（高リスクによる延長）ケースを対象に、宮城県および東京都の 2 地域においてグループインタビュー調査を実施した。調査には、社会復帰調整官、指定通院医療機関医師・精神保健福祉士・看護師、訪問看護ステーション、福祉事業所、行政機関等、多職種・多機関の実務経験者が参加し、通院処遇における判断過程や支援上の葛藤、協働の実態について聞き取りを行った。現在までに 2 グループの調査を完了しており、逐語録作成後、内容確認を経たうえで量的・質的分析を進めている。

途中所見として、通院処遇における支援は、権利的・戦略的観点から一貫して対象者のニーズを起点に構築されており、処遇期間中および終了時において、対象者との SDM が一定程度機能してい

ることが示唆された。一方で、処遇延長の是非をめぐる判断には常に迷いが伴い、単なるリスク回避ではなく、支援関係の継続性や蓄積を重視した協議が行われていた語りが見られた。

また、各支援者の支援観や判断基準は、明示的に共有されている場合と暗黙知として共有されている場合が混在しており、その揺れが支援内容や負荷配分に影響している実態も示唆された。特に状況悪化時には、調整官や特定の支援者に負荷が集中しやすく、処遇終了後の地域支援・マネジメントへの移行に困難を感じる場面が生じていた。

処遇延長判断に関しては、形式的な意思表明よりも、支援者が対象者の価値観や本音をどの程度把握できているかが重要であり、重大事態に至らない現実的なリスクアセスメントが成立している場合には、延長回避や終了判断につながる可能性が示唆された。

さらに、クライシスプランについては、通院処遇中に明示的に活用されていないケースが多かったものの、医療保護入院後も支援関係が破綻しなかった点から、関係性の安全性を優先した地域支援チームの関わりが一定の効果を持っていた可能性が示された。

以上の結果から、通院処遇における意思決定は、個別のケアマネジメントと、支援体制全体を調整する地域マネジメントが相互に作用する中で行われており、その安定が対象者との SDM 形成を支える基盤となっていることが示唆された。

今後は、A1・A2・B1・C1 群に該当する事例の探索および調査協力依頼を行い、グループインタビューを継続的に実施する。あわせて、逐語録の作成および分析を進め、TEM 等の分析枠組みを用いて支援過程と判断の分岐点を整理する。さらに、得られた分析結果をもとに報告書作成、学会発表、論文化を行うとともに、分析成果を踏まえた社会復帰調整官全体を対象としたアンケート調査の準備を進めることで、質的・量的調査からの知見を接続し、通院処遇における再現可能な支援モデルの精緻化を図る予定である。

研究協力者（順不同、敬称略）
本間（照井）稔宏　福島県立医科大学*
稲村義輝　東京保護観察所
高橋陽介　久里浜医療センター
蕪木雅士　周愛巣鴨クリニック
野村照幸　新潟医療福祉大学
島田明裕　国立精神・神経医療研究センター病院
狩野俊介　東北福祉大学
相澤洸太　特定非営利活動法人ソキウス
佐藤和弘　肥前精神医療センター
関口暁雄　済生会鴻巣病院
*: 執筆者

A．研究目的

医療観察法が施行されてから約 20 年が経過し、平成 17 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者は 2,568 名にのぼることが公式統計で報告されている[1)]。これは通院処遇が制度として定着し、多くの対象者が地域生活に移行したことを示している。

通院処遇は、対象者の再他害行為防止と地域生活への復帰を図るために、指定通院医療機関による医療提供と、保護観察所の社会復帰調整官によるマネジメントを中心とする複数の地域関係機関による地域

支援体制であり、対象者とその家族と多職種による協働を前提として実践されている。

柏木の研究では、複雑困難事例における支援実態および有効と考えられる取り組みの整理が行われた。その結果、地域資源の偏在、情報共有の不足、服薬アドヒアランスや物質使用への対応の難しさ、家族関係や生活能力に関する課題などが指摘されるとともに、基幹型・標準型モデルの枠組み整理など、支援体制を構造的に捉える視点が提示された[2)]。

また、久保による通院複雑事例を対象とした研究では、通院複雑事例における具体的な困難場面と支援上の工夫に焦点が当てられ、多職種協働の実践過程、情報共有の方法、家族支援や危機対応の調整の実態が整理された。特に、支援過程における調整や労力の実態について語りがみられ、制度面および実践面の双方における検討課題が示されている[3)]。

これらの先行研究の蓄積により、通院処遇における支援体制の構造や実践上の課題は一定程度整理されてきた。一方で、通院処遇期における支援判断や処遇終了判断がいかなるプロセスを経て形成されるのか、とりわけ対象者本人の意思や価値観が支援判断にどのように位置付けられているのか、また支援者間の共通理解や役割調整がいかに構築されているのかについては、なお体系的な検討の余地がある。特に、通院処遇延長を伴う複雑困難事例における判断過程の構造的な分析は十分とはいえない。

本研究は、医療観察法における通院処遇を対象として、支援判断及び処遇終了判断の形成過程について、ケアマネジメント及び地域マネジメントの観点から検討することを目的とする。研究方法としては、令和7年度は社会復帰調整官や指定通院医療機関等の地域支援者を対象とした質的調査を開始し、令和8年度以降に社会復帰調整官を対象とした量的調査を組み合わせて実施する予定である。

令和7年度は、その第一段階として地域支援者へのグループインタビュー等による質的調査を開始し、支援判断及び処遇終了判断に関わる実践上の論点や判断過程の特徴について探索的に整理を行う。今後は、質的調査で得られた知見を踏まえ、社会復帰調整官を対象とした量的調査を実施し、判断形成過程に関わる要因の傾向や全体像について検討を進める予定である。具体的には、社会復帰調整官及び地域支援者の共通理解に基づく地域マネジメントとケアマネジメントの実態を把握し、両者の相互作用が対象者との協働的意思決定へと段階的に移行するプロセス及びその成立要因を検討する。

さらに、対象者への直接支援及び関係機関間の支援方針の調整を通じて、処遇期間中のみならず処遇終了後の地域生活適応や、精神障害の受容及びセルフマネジメント意識の形成への寄与を検討する。これらの知見を基に、通院処遇における支援過程及び判断構造を整理し、再現可能な支援モデルとして提示する。

B．研究方法

1．調査対象

調査対象は、これまでに本研究で分析対象として取り上げる通院処遇事例に関与した社会復帰調整官、指定通院医療機関のスタッフ及び地域支援者とした。

調査対象ケースは、法務省保護局との事前調整結果を踏まえ、処遇結果の異なる事例群（早期終了・期間満了終了・処遇延長）を網羅的に含めることを基本方針とし、A1

～C2 に該当する最大 6 ケースを対象とした。まず、通院処遇終了ケースを処遇結果および支援上の特徴に基づき、早期終了（A 群）、期間満了終了（B 群）、処遇延長（C 群）に類型化し、さらに各群内での支援態様やリスク状況の差異を整理した。これにより、処遇が安定的に終了したケースだけでなく、潜在的リスクを残したまま終了に至ったケースや、処遇延長を要したケースを含めて分析対象とする枠組みを構築した。

また、地域的偏在を可能な限り回避する観点から、全国各地から事例を探索し、特に処遇延長ケースについては、全国的に該当事例数が限られることを踏まえ、可能な範囲で調査対象に含めた。

また、処遇終了後の経過年数については原則として条件を設けず、調査実施時点で再処遇中でない事例を対象とした。

なお，本研究では支援過程の把握の観点から，担当社会復帰調整官の継続関与を考慮することを想定していたが，事例選定の実際の状況を踏まえ，当該条件の取扱いについては今後，法務省保護局と協議のうえ，必要に応じて検討する。

本研究では、処遇中の支援過程のみならず、処遇終了後における地域資源への繋がりや支援移行の実態についても分析対象に含め、再発防止及び地域生活定着に資する支援構造の把握を目指した。

2. 調査項目

1）基本属性

本研究では、対象者そのものの属性情報を収集していないが、通院処遇に関与した支援者個人の属性情報を把握するため、次の項目を調査した。

・支援者個人の専門職種
・支援者の医療・福祉分野での経験年数
・支援者が通院処遇に関与した期間
・支援者の所属機関

これらの支援者属性情報は、質的分析において支援の実践や判断プロセスに影響を与える背景要因として整理・検討する。

2）通院処遇における支援実践及び判断プロセスの調査項目

本研究では、通院処遇における支援実践及び判断プロセスを多面的に把握するため、以下の調査項目を設定した。

（1）支援チームとしての関わりの全体像
（2）通院処遇（退院）に至るまでの準備と移行
（3）指定入院医療機関との情報共有・役割調整
（4）通院処遇開始当初の見立てと支援判断
（5）通院処遇期間中の支援実践と連携の変化
（6）処遇終了を見据えた時期の対応
（7）処遇終了直後及び終了後の状況
（8）医療観察法処遇と一般精神保健福祉サービスの相違点
（9）制度間ギャップを踏まえた示唆

これらの調査項目は、通院処遇開始から終了後に至る支援プロセスを時系列的に整理・分析することを目的として設定したものである。必要に応じて、質的分析の進捗に基づき追加的な情報を収集・整理した。

3. 調査方法

本研究の実施にあたり、まず法務省保護局総務課精神保健観察企画官室と複数回の事前協議を行い、研究内容及び調査方法について確認を得た。その上で、令和 8 年 1 月に、同室を通じて全国の保護観察所に対し、本研究への協力についての通知を行った。以後、法務省保護局との協議結果を踏まえ、調査対象となる通院処遇事例に関与した社会復帰調整官及び関係機関の探索を行った。

地域関係機関については、指定入院医

療機関等の協力のもと、スノーボールサンプリングによる探索を行い、当該事例の支援に関与した指定通院医療機関及び地域支援機関に対して研究協力の依頼を行った。研究協力の依頼にあたっては、研究の目的及び方法、調査への参加が任意であること、参加しないことによる不利益が生じないことについて、文書及び口頭により説明を行い、調査への参加意向を確認した。

インタビュー調査は、あらかじめ作成したインタビューガイドに基づき、関係機関で構成される支援チーム単位のグループインタビューとして実施した。調査当日は、研究内容及び倫理的配慮について改めて説明を行い、研究協力に関する同意を文書で取得したうえで実施した。調査への参加は自由意思に基づくものとし、調査途中であっても参加の撤回が可能であることを説明した。

インタビューは研究責任者及び分担研究者が進行を担当し、参加者の発言を録音した。録音データは逐語録を作成し、個人名や所属機関名など研究対象者の特定につながる情報を削除又は一般化することで匿名化を行った。逐語録作成後は、参加者による内容確認の機会を経たうえで、必要に応じて修正を行う予定である。

4.データ解析

本研究では、通院処遇における支援実践及び判断プロセスを明らかにすることを目的として、参加者による逐語録内容の確認を経た上で、逐語録データを用いた質的分析を行う予定である。分析にあたっては、支援者の語りに着目し、支援判断の背景、関係機関間の調整過程、支援の変化や葛藤がどのように生じているかを整理する。

具体的には、逐語録を精読したうえで、TEM、SCAT 等の質的分析手法を用い、支援判断や意思決定に関わる記述を抽出し、概念化及びコード化を行う。その後、コード間の関係性を検討し、通院処遇におけるケアマネジメント及び地域マネジメントの構造、ならびに対象者との共同意思決定（以下、SDM）の形成過程を分析する。

また、処遇結果の異なる事例群間での比較を行い、支援過程や判断の分岐点に共通する特徴及び相違点を整理する。分析にあたっては、通院処遇の各時期における支援体制の変化を時間的な流れとして捉える視点を重視し、支援の積み重ねや転換点がどのように生じているかを検討する。

これらの分析結果を踏まえ、通院処遇における支援実践の特徴及び課題を整理するとともに、再発防止及び地域生活定着に資する再現可能な支援モデルの構築に向けた示唆を導出する予定である。

（倫理面への配慮）

本研究は公立大学法人岩手県立大学研究倫理審査委員会より承認を得て実施している（承認番号 629,承認日令和 7 年 11 月 11 日）。

C．研究結果

本結果は、逐語録作成および参加者による内容確認を経た正式な質的分析に先立ち、グループインタビュー実施後に整理された暫定的所見である。今後の逐語録確認および質的分析過程において、内容が修正・精緻化される可能性がある。

1）共通して語られた支援の前提構造

研究協力者の語りにおいては、支援は対象者のニーズを起点として構築されてい

るとの認識が共有されていた。また、処遇中および終了時において、SDM が一定程度機能していたとの語りが複数認められた。

処遇延長の是非については迷いが伴うとの語りがあり、単なるリスク回避にとどまらず、支援関係の継続性や蓄積を重視した協議が行われていたとの認識が示された。

さらに、強制性や管理を前面に出すのではなく、本人の価値観を尊重する姿勢が支援チーム内で重視されていたとの語りが認められた。

また、支援の困難さが支援者間の共通理解や相互支援意識を促す契機となっていた傾向が示された。

2）支援観及び実践上の揺れ

各支援者の支援観や支援姿勢については、明示的に共有された場面と、暗黙の理解として共有されていた場面が混在していたとの語りが認められた。

医療や支援を提供しつつ対象者のニーズに寄り添う実践については、実践できた側面と十分には実践できなかった側面が併存していたとの発言がみられた。

再発や一時的な支援離脱については、「再発が支援再構築の契機となり得る」との認識が一部の語りの中で示された。

また、状況悪化時に特定の支援者へ負担が集中する場合があるとの語りがあり、処遇終了後の支援移行に困難さを感じるとの発言も認められた。

3）処遇延長判断の分岐点

処遇延長判断に関しては、本人が大切にしている価値や意向が支援者間で共有されていたこと、および重大事態には至らないというリスクアセスメントが一定程度成立していたことが語られた。

また、本人の形式的な意思表明のみならず、日常的関わりの中で把握された本人の意向や価値観が重視されていたとの語りが認められた。

4）医療観察法における支援構造の特性

通院処遇においては、本人の意思決定と医療・支援提供の調整が継続的に行われていたとの語りがみられた。

また、対象者と支援者の対立構造を強調しない支援のあり方が重視されていた可能性が示唆された。

一般精神医療と比較した場合の相違点については、不確実性の中で関係性と支援プロセスを維持する姿勢が重視されていたとの発言が認められた。

さらに、支援チームメンバー間の支援観の相違が、支援内容や状況判断に一定の影響を与えていた可能性が示された。

5）クライシスプランをめぐる論点

通院処遇中におけるクライシスプランの具体的活用については、明示的な言及は多くは認められなかった。

一方で、医療保護入院後も支援関係が維持されていた点については、関係性の安全性を重視した支援チームの関わりの結果として解釈し得るとの語りがあった。

また、入院処遇中におけるクライシスプラン作成過程が、対象者と支援者の関係性に影響を与えていた可能性も示唆された。

6）支援者の姿勢とチームマネジメント

支援が停滞する状況においては、不確実性に耐えつつ支援を継続する姿勢の重要性が語られた。

指定通院医療機関が支援者間の関係調整に関与していたとの語りが認められた。

また、社会復帰調整官に対しては、判断や方向性を示す役割が期待される側面とともに、支援チームが分断されないよう関係を維持する役割が期待されていたとの語りが得られた。

本章で示した内容は、逐語録確認および

質的分析を経る前段階で整理された暫定的所見であり、今後の TEM、SCAT 等による分析過程において再構成される予定である。

D．考察

本章で整理した結果は、逐語録確認及び質的分析に先立つ暫定所見であり、確定的結論を示すものではない。

しかしながら、研究協力者の語りからは、通院処遇が対象者のニーズを起点に構成され、支援関係の継続性を重視しながら判断が行われている実態がうかがわれた。これは、医療観察法第 1 条に定められた「継続的かつ適切な医療並びに観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及び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」という理念の具体化過程の一端を示すものと考えられる。

一方で、支援観の共有のあり方、処遇延長判断の分岐構造、支援負担の偏在、終了後の地域移行の困難性等については、今後の質的分析においてさらに精査すべき論点として整理された。

今後、TEM、SCAT 等を用いた分析を通じて、時間的推移及び構造的関係性を明確化し、通院処遇におけるケアマネジメント及び地域マネジメントの再構成を試みる予定である。

本研究の成果は、通院処遇の実践構造を整理する基礎資料として、今後のガイドライン検討や実務研修における検討材料となる可能性がある。

E．結論

本研究は、医療観察法における通院処遇を対象とし、社会復帰調整官及び地域支援者の語りを通じて、支援実践及び判断プロセスの実態を整理することを目的として実施した。

令和 7 年度は、処遇結果の異なる複数事例を対象にグループインタビューを実施し、暫定的な所見を整理した。その結果、支援は対象者のニーズを起点に構成され、支援関係の継続性を重視しながら処遇判断が行われている実態が語られた。また、処遇延長判断や支援移行の過程においては、不確実性の中での協働的判断が行われている可能性が示唆された。

一方で、支援観の共有の在り方、支援負担の偏在、処遇終了後の地域支援移行の課題等については、今後の質的分析においてさらに検討を要する論点として整理された。

今後は、A1・A2・B1・C1 群に該当する事例の探索および調査を行い、逐語録の確認後に TEM、SCAT 等を用いた質的分析を実施し、通院処遇におけるケアマネジメント及び地域マネジメントの構造を明確化するとともに、再他害防止及び地域生活定着に資する支援モデルの整理を行う予定である。

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

なし

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法務省保護局精神保健観察企画官室の皆様、全国保護観察所の皆様、および全国の医療観察法支援者の皆様のご協力に深謝致します。

参考文献

1) 通院処遇統計レポート2020年版　国立精神・神経医療研究センター病院　司法精神診療部　国立精神・神経医療研究センター　精神保健研究所　地域精神保健・法制度研究部
2) 柏木宏子：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―．令和5年度厚生労働科学研究費補助金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，42-53，2023
3) 久保彩子：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、令和5年度厚生労働科学研究費補助金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，25-41，2023

令和 7 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円滑な社会復帰を促進するための
連携等の方策を推進するための研究
「指定通院医療機関の量的実態調査と通院処遇における多機関連携モデルの提言」
（三品分担班）研究協力報告書

指定通院医療機関の量的実態調査

研究協力者　久保　彩子　　国立病院機構琉球病院

研究要旨：

本研究は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者を対象とする医療観察法に基づく通院処遇開始前の準備業務量を量的に明らかにすることを目的とした。医療観察法通院処遇開始前の準備業務は多大な負担を要する一方で、診療報酬が業務量に見合っていないことが指摘されている。

調査対象は、指定通院医療機関に所属し、医療観察法通院処遇に多職種チームとして関与した医療者である。後ろ向き調査では通院処遇開始前の全準備期間、前向き調査では令和 7 年 10 月 1 日から 11 月 30 日までの業務量を、対象者ごとに収集した。調査項目は、関係機関との会議、対象者面接、関係機関との情報共有、院内体制整備などであり、それぞれについて時間、回数、関与職種および人数を把握した。

回答は 22 機関 42 名から得られ、事例数は後ろ向き 57 例、前向き 18 例であった。後ろ向き調査では、通院打診から開始まで平均約 14 か月を要し、業務量のピークは処遇開始の 3〜4 か月前に集中していた。体験デイケアを除いた準備業務時間の中央値は 795 分であり、業務内容別では関係機関との会議と情報共有に最も多くの時間が割かれていた。業務時間と従事人数には強い正の相関が認められ、業務負担が大きい事例ほど多くの人員を必要としていた。また、業務時間の分布は二極化しており、特に対象者の複雑性が高い事例では著しく多くの時間を要していた。前向き調査においても同様に、関係機関との会議や情報共有が中心的な業務であり、精神保健福祉士と看護師の関与が多かった。業務負担の理由としては、会議や情報共有の長時間化・多頻度化、調整の困難さ、対象者の状態の不安定さなどが挙げられた。

精神科病院退院後のアウトカムを改善する介入として Transitional intervention が注目されており、通院処遇開始前の準備の多くはこの効果的な介入にあたると考えられる。しかし通院処遇開始前の準備は長期にわたり、多職種による支援を要すること、特に対象者の複雑性が業務量を大きく左右することが示された。現行の一律な診療報酬制度では、複雑な事例を積極的に受け入れる限られた指定通院医療機関ほど負担が増大し、診療報酬との乖離が生じる可能性がある。通院処遇開始前からの丁寧な支援は、病状悪化や再他害行為の防止、処遇終了後の医療および支援の継続性向上に寄与する重要な要素であり、今後は業務実態を踏まえた診療報酬上の評価の見直しが望まれる。

研究協力者（順不同、敬称略）
前上里泰史　国立病院機構琉球病院
諸見秀太　同上
長根山由梨　同上
大鶴　卓　琉球こころのクリニック
小池純子　国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
本間稔宏　福島県立医科大学
高尾　碧　島根県立こころの医療センター

A．研究目的

「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（以下、医療観察法）」では、対象者に対して、医療と司法の協力体制に基づく専門的かつ継続的な医療と福祉サービスを確保することにより、社会復帰と再他害行為の防止を目的とする。医療観察法処遇には入院処遇と通院処遇があるが、処遇決定対象者の約 8 割は入院処遇からスタートし、通院処遇へと移行する[1)]。

これまでの通院処遇に関する研究[2)]では、指定通院医療機関の約半数は通院処遇対象者の対応に困難さを感じており、医療者と対象者間の信頼関係構築および情報提供に関わる支援には特に労力を要していることがわかってきている。また通院処遇開始前の準備に関わる業務の労力についても一定程度を要していることがわかってきた一方で、現在その業務に対する診療報酬が、その業務量に見合っていないことが指摘されている。

本調査では、医療観察法通院処遇が開始される前の準備に関わる業務量を量的に調査することを目的とする。

B．研究方法

1．調査対象

対象となるのは指定通院医療機関に在籍し、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医療者（医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理療法士等）で、かつ研究概要について文書にて説明を受け、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である。

2．調査項目

下記の調査項目に関して、医療観察法通院対象者ごとに回答を求める。

・関係機関会議（回数・時間・職種・人数）
・対象者面接（回数・時間・職種・人数）
・関係機関の情報共有（回数・時間・職種・人数）
・院内体制整備（回数・時間・職種・人数）
・通院打診を受けてから通院処遇開始まで、もしくは現在までの月数
・業務量・支援量が多かった月とその理由
・負担となった業務とその理由

→これらの調査項目について、後ろ向きの調査では、準備期間中のすべて業務量を記載する。また前向きの調査では、令和 7 年 10 月 1 日から 11 月 30 日の日毎の業務量を記載する。

3．調査方法

本調査では、通院処遇開始時点を起点として、後ろ向きおよび前向きに業務量を調査する。後ろ向き調査では、調査開始時点で通院処遇が開始している医療観察法通院対象者がいる指定通院医療機関の担当者が、医療観察法通院対象者ごとに、すでに過去に行われた通院処遇開始前の準備に関わる業務量を、後ろ向きの調査用紙（表 1）に回答を記入する。

前向き調査では、調査開始時点で保護観察所社会復帰調整官からの医療観察法通院対象者の受け入れの打診があったが、まだ通院処遇が開始されておらず受

け入れ準備に関わる業務を行っている医療観察法通院対象者がいる指定通院医療機関の担当者が、令和 7 年 10 月 1 日から 11 月 30 日の期間中に行った当該業務量を医療観察法通院対象者毎に、前向きの調査用紙（表 2）に回答を記入する。

一つの指定通院医療機関で、上記対象となる医療観察法対象者が複数いる場合にはそのすべてについて医療観察法通院対象者毎に回答を求めるものとする。

データ収集方法について、選定された指定医療機関の研究対象者に対し調査票をメールまたは郵送にて配布し、自記式回答にて行う。回答した調査票は、メールまたは郵送にて回収する。

4.データ解析

後ろ向き調査および前向き調査で情報を得た、通院処遇開始前の準備に関する業務について、準備期間、業務時間、頻度、従事した人数および職種について、要約統計量を算出し、一部項目については業務内容によって層別化した。

さらに業務時間と従事した人数の関連、もしくは業務内容別に要した時間それぞれの関連を検討するため、スピアマンの順位相関係数を算出し確認した。

解析には SPSS®version29.0 を用い、相関係数の算出においては、有意水準を $p<0.05$ とした。業務負担の理由などのテキストデータの要約については、生成 AI（Microsoft Copilot）を使用し、研究協力者が内容を確認した。

（倫理面への配慮）

本研究は国立病院機構琉球病院倫理委員会より承認を得て実施した。（承認番号 7-4）

C．研究結果

1）調査回答数（表 3）

質問票の配布は,令和 5 年度筆者らの行った指定通院医療機関に対する調査で、複数事例の回答があった 41 機関を選定し配布を行った。その結果 22 機関より回答が得られ、調査回答者は 42 名で、職種別でみると精神保健福祉士が 88%と多くを占めた。

回答された事例数は、後ろ向き調査は 57 例、前向き調査は 18 例であった。

2）通院処遇開始前準備期間と日数（表 3）

後ろ向き調査では、保護観察所の受け入れ打診から通院処遇開始までの期間について平均 13.94 カ月、中央値 12 カ月であり、業務量のピークは処遇開始前の平均 3.75 カ月、中央値 3 カ月であった。

前向き調査では、調査期間 2 か月間の業務日数について平均 5.5 日、中央値 4 日であり、調査時点は通院打診から、平均 10.59 カ月目、中央値 5 ケ月目であった。

3）後ろ向き調査 57 例・従事した時間（表 4、 図 2、図 3、図 5）

従事した総時間は、平均 992.68 分（標準偏差 946.61）、中央値は 795 分であった。この項目の回答に外れ値が多かったため、検討したところ、外れ値が「対象者面接」の項目によって生じており、その 7 割強を占めていたのが体験デイケアの時間であったため、体験デイケアの有無が分布のばらつきに強く影響していた可能性を考えた。そのため、体験デイケアを除いた総時間を改めて算出し、その結果平均は 662.86 分（標準偏差 386.26）、中央値は 610 分となった。

体験デイケアを除く総時間を業務内容別に分け要約統計量を算出したところ、「関係機関との会議」がもっとも多く「関係機関との情報共有」がそれに続いた。

また業務内容別の業務の頻度は、「関係機関との情報共有」が他に比べて最も頻回

に実施されていた。

4）後ろ向き調査 57 例・従事した人数（表 4、図 6、図 7）

従事した総人数の平均は 63.19 人、中央値は 37 人であった。これを業務別でみると、「関係機関との会議」が最も多くの職員が関与していた。

次に、従事した総人数について職種別に平均および中央値をみると、精神保健福祉士が最も多く参加しており、次いで看護師が続いた。

5）前向き調査 18 例・従事した時間（表 5、図 4）

従事した総時間は、平均 255.06 分（標準偏差 365.04）、中央値 127.5 分であった。こちらも後ろ向き調査と同じく、体験デイケアを除く総時間を改めて算出した。その結果、平均 195.05 分（標準偏差 235.04）、中央値 127.5 分であった。

体験デイケアを除く総時間を業務内容別に分け、平均値、中央値をそれぞれ算出したところ、「関係機関との情報共有」がもっとも多く「関係機関との会議」がそれに続いた。

6）前向き調査 18 例・従事した人数（表 5）

従事した総人数の平均は 14.67 人、中央値は 9 人であった。これを業務別でみると、「関係機関との情報共有」が最も多くの職員が関与していた。

次に、従事した総人数を職種別にみると、精神保健福祉士が最も多く参加しており、それに看護師が続いた。

7）業務量が負担となった理由（図 1、表 6）

後ろ向き調査と前向き調査で業務量が負担となった業務の種類を複数回答可で求め、それぞれ挙げた理由をテキストデータで収集した。

その結果、後ろ向き調査で最も業務負担があったと回答したのは、「関係機関との会議」の 24 件であり、ついで「関係機関との情報共有」が 21 件と続き、「対象者面接」は 5 件と最も回答が少なかった。

前向き調査では、「院内体制整備」が最も多い 4 件であり、次いで「関係機関との会議」および「関係機関との情報共有」がそれぞれ 3 件、「対象者面接」が最も少ない 2 件であった。

負担となった理由を要約すると、「関係機関との会議」では、長時間化、多頻度化、調整困難が主な負担となっており、対象者の状態や社会的背景が複雑なほど協議回数が増え業務負担が増大していた。

「関係機関との情報共有」では、情報量の多さや、重複、調整の難しさが負担の中心となり、対象者の状態が不安定なほど、共有頻度が増え、心理的負担も増大していた。

「対象者との面接」では、対象者の特性、具体的には病識欠如やリスク、コミュニケーション困難などで面接負担が増大し、時間的負担に加えて、心理的負担の両面が強調される結果となった。

院内体制整備では、院内調整や資料作成、短期間対応、すなわち処遇開始までの期間が短い場合には負担が増大していた。特に経験の少ないスタッフが多い場合には、確認作業が増え負担が増大していた。

D．考察

1）開始前準備の期間および時間、人数

通院処遇開始前準備は平均 14 か月を要し、処遇開始 3～4 か月前すなわち、退院申請前後に業務のピークがあると考えられる。

業務の頻度としては他の業務の頻度が限られているのに対し、「関係機関との情報共有」は頻度が高く、準備期間が長いほど累積負担がかかることが予測された。頻

度が限られる「関係機関との会議」「対象者面接」「院内体制整備」については、前向き調査の調査期間である2か月間という限られた期間では、情報共有以外の実際の業務量を把握することが難しいと考えられた。

平均と中央値、標準偏差をみると、体験デイケアを除いた業務総時間、従事総人数のばらつきは非常に大きい。また業務時間と従事した人数について相関係数を算出した結果、体験デイケアを除いた場合の相関係数が 0.728(p=<0.001)、体験デイケアを含む場合の相関係数が 0.752(p=<0.001)といずれもほぼ直線的な正の相関があり（図 8)、業務時間を要する対象者ほどマンパワーを必要としていると考えられた。

体験デイケアを除く業務時間の分布では（図 9）著しく時間を要しているといえる900分を超えるケースが11例19.3%と、少なくない割合で存在し、中央値を大きく下回る 350 分以下が 26.3%を占め、業務時間の分布が二極化していると考えられた。体験デイケアを含む業務時間が 1,000 分を超えるケースも 12 例 21%存在しており、通院処遇開始前の準備に著しく時間を要する対象者が一定数存在していることが明らかとなった。

業務の総時間を業務別にみると、「関係機関との会議」や「関係機関との情報共有」に多くの時間が割かれていた。2 つの相関は相関係数 0.386（p=0.003）と弱い相関に留まり、どちらかが単独で膨大な時間が割かれる事例と双方ともに時間が割かれる事例に分かれた。それぞれの負担となった理由をみると、いずれも対象者の状態により業務負担が量的に増えていた。つまり業務時間を要するような複雑な事情を抱える対象者では、関係機関との会議もしくは情報共有にかかる時間が増大し、場合によっては会議という限られた機会だけでは、十分な情報共有や合意形成が難しいため、こまめな情報共有の機会を要する対象者もいると考えられた。

「対象者面接」は、体験デイケアを除くと、模擬診察や多職種チーム面接、個別面接が含まれるが、業務時間と従事した人数がともに最も少なかった。一方で変動係数および相対的 IQR は（表 4）他の業務と比較すると高く、対象者面接は必要性が分かれる業務と考えられた。負担となった理由では、対象者の特性すなわち、病識欠如や、リスクの高さ、コミュニケーション困難などの事情によって面接負担を増大しており、時間的負担のみならず心理的負担の両面が強調された。

従事した人数を職種ごとにみると、精神保健福祉士はすべての業務に主に関与しており、次いで看護師の関与が多かった。作業療法士、心理療法士、医師の関与は限定的であった。作業療法士と心理療法士は事例の必要性に応じて対応し、医師は監督的役割が主体であると考えられた。

通院処遇開始前準備として通院処遇ガイドライン上では対象者と面談を行い関係構築に務めることを求めているが、デイケアを除いた対象者面接、すなわち模擬診察や多職種チーム面接、個別面接に関わる職種を比較すると、医師の関与は最も低く、他の業務同様、精神保健福祉士と看護師が中心的に関わっていた。医師が中心的に関わると想定された模擬診察についてみても、後ろ向き調査で模擬診察が行われた 30 例中 10 例が医師のみが診察しており、他20例は他の職種がともに関与していた。

以上から、対象者との信頼関係構築を目的とした「対象者面接」は、模擬診察を含めて、医師単独というより多職種を中心に支援が提供されていた。

精神科病院からの退院後のアウトカム

を改善するものとして Transitional intervention （以下、移行期介入）の効果が注目されており、早期精神科再入院や強制入院、退院後のケアの継続性などに効果がある[3)4)5)]ことが示されている。橋渡し要素を含む効果的な移行期介入として挙げられるもののうち、移行期マネージャーの存在や入院スタッフが外来医療や地域サービス提供者とタイムリーに連絡を取ることが挙げられており、本研究結果に示された、関係機関との会議や情報共有は中核的要素に相当すると考えられた。また、指定通院医療機関の精神保健福祉士や看護師が直接支援を含む移行期介入を担っており、移行期マネージャーとして機能している可能性があった。

「対象者面接」にあたると思われる退院前に外来精神科医療提供者と面会することについては、報告が少なく現在のところエビデンスは明らかではない。しかし、司法精神医療という強制性の高い医療の中では、支援を提供するうえで信頼関係構築に課題があるケースが多いため、対象者の必要性に応じた柔軟な対応が求められるといえる。

2）診療報酬算定上の課題

通院処遇ガイドライン上では、通院処遇開始前の調整について、ケア会議の参加に加えて、関係機関との連携や情報共有により処遇実施計画や医療内容の検討を行うことや、対象者との面談により関係構築に努めることを推奨している。令和5年度に実施された指定通院医療機関への実態調査[6)]および令和6年度に実施された指定通院医療機関へのインタビュー調査[2)]において、対象者との信頼関係構築および関係機関との情報共有に関わる支援は、重要な支援であると同時に、複雑な対応を要する対象者では労力を要する支援であると指定通院医療機関が位置づけていた。

今回の調査では通院処遇開始前の準備としては、「関係機関との会議」や「関係機関との情報共有」に最も時間を要しており、「対象者面接」は対象者の特性により関係構築に課題がある場合に、多職種により行われていた。

現在通院処遇開始前の調整については、通院医学管理事前調整加算として2,400点が、通院処遇開始時に1回のみ加算できる。比較する材料として通院処遇中の指定通院医療機関のケア会議参加を挙げると、通院処遇中のケア会議はその参加の都度、通院医学管理情報提供加算として1,200点が請求できることになっており、単純に考えれば、通院処遇開始前の調整に関してはケア会議参加2回と同等と判断できる。一方で、今回の調査で通院処遇開始前の準備はガイドラインで推奨されるように会議への参加以外にも情報共有や対象者面接が行われており、その他院内体制整備にも取り組まれていた。後ろ向き調査の「関係機関との会議」への参加に絞ってみても、会議への参加回数の平均値は 3.26 回、中央値は 3 回、要した時間の平均値は 282.98 分、中央値は240分となっており、診療報酬上では、ケア会議参加2回分を超えていると想定される。さらには、参加回数が 5 回を超える対象者は57例中12例で21.1%を占め、さらに会議参加全体に要した時間が 450 分以上となっている対象者は 57 例中 14 例 24.6%を占めた。これら「関係機関との会議」に加えて、対象者の状態によっては「関係機関との情報共有」に時間を要する場合があり、さらに信頼関係構築のために丁寧に「対象者面接」が並行して行われている状況を考慮すると、対象者の状態や特性のために開始前の準備に時間を要する、つまり複雑な対応を要する事例を

受け入れる指定通院医療機関では診療報酬に見合わなくなる可能性が示唆された。

大鶴[7]によれば、通院対象者を一定期間、一定数受け入れることで臨床経験を重ねる指定通院医療機関が受け入れ数が増加する傾向に加えて、対象者を多く受け入れている医療機関は診療機能が多彩で職員数も多い特徴がみられた。一方で、指定通院医療機関全体をみると、受け入れ経験数が少ない指定通院医療機関が多くを占めていた。以上から、元来診療機能が多彩でマンパワーがあり、豊富な臨床経験を重ね積極的に対象者を受け入れる指定通院医療機関は限られると考えられる。

また久保[3]によれば、通院処遇対象者をより多く受け入れている指定通院医療機関は、支援に困難さを感じる対象者の割合は高かったことを報告しており、前述のような限られた指定通院医療機関が複雑な対応を要する通院処遇対象者を含めて積極的に受け入れていると考えられる。

まとめると、個別事例の複雑性が通院処遇受け入れ前の準備の業務量に強く影響していることが明らかとなり、複雑な対応を要する事例を含めて積極的に受け入れる指定通院医療機関が、現行の一律の診療報酬加算に従えば、複雑な対応を要する事例を受け入れれば受け入れるほど負担が大きくなり、診療報酬に見合わない支援を提供せざるを得なくなると考えられた。

令和6年度に実施された指定通院医療機関へのインタビュー[2]では信頼関係構築や情報共有に関わる支援を丁寧に行う意義として、早期介入による病状悪化や再他害行為の防止、通院処遇終了後の医療や支援の継続性を高めることが挙げられており、対象者の必要性に応じて通院処遇開始前からその支援が開始されていると考えられる。このような通院処遇や処遇終了後を見据えて、通院処遇開始前から始まる、対象者の状況や特性に柔軟に応じた指定通院医療機関による丁寧な支援が、通院処遇対象者の良好な予後を支える一因であると考えられた。

E．結論

令和7年度は、41の指定通院医療機関に対し医療観察法通院処遇が開始される前の準備に関わる業務量を量的に調査した。得られた回答は22機関から計75例であった。通院処遇開始前準備には中央値795分の業務時間を要し、業務負担の中心は「関係機関との会議」「情報共有」であるが、対象者の複雑性によって必要な業務時間が大きく変動し、業務量が多いケースほど多人数の職員で関わっていた。

通院処遇開始前から始まる、対象者の状況や特性に柔軟に応じた指定通院医療機関による丁寧な支援が通院処遇開始後の早期介入を可能にし、それによって病状の再燃や再他害行為の防止、処遇終了後の医療及び支援の継続性を高めると考えられる。しかし、現行の一律の診療報酬制度に従えば、複雑な対応を要する場合を含めて積極的に受け入れる指定通院医療機関が、複雑な対応を要する対象者を受け入れれば受け入れるほど通院処遇開始前準備の業務負担が大きくなり、診療報酬に見合わない支援を提供せざるを得なくなる現状が喫緊の課題であると考えられた。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表

久保彩子:司法精神医学への招待：精神医学と法律の接点(Vol.7)医療観察法医

療の現状と課題 ： 通院処遇. 医学のあゆみ, 2025; 293(11): 1105-1109

2. 学会発表

久保彩子: 医療観察法通院処遇の実態把握と課題解決の検討. 第 21 回日本司法精神医学会大会,岡山, 2025.9.26

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全国指定通院医療機関スタッフの皆様のご協力に深謝致します。

参考文献

1) 通院処遇統計レポート 2020 年版　国立精神・神経医療研究センター病院　司法精神診療部　国立精神・神経医療研究センター　精神保健研究所　地域精神保健・法制度研究部
2) 久保彩子：通院処遇の実態把握課題に関する調査とその解決策の検討. 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, 24-44, 2025
3) Vigod , et al.: Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults:systematicreview.The British Journal of Psychiatry(2013) , 202, 187-194.
4) Dixon L, et al.: Use of a critical time intervention to promote continuity of care after psychiatric inpatient hospitalization. Psychiatr Serv (2009) 60(4):451-8.
5) Lay B, et al.: Outcomes of a psycho-education and monitoring programme to prevent compulsory admission to psychiatric inpatient care: A randomised controlled trial. Psychol Med (2018) 48(5):849-60.
6) 久保彩子：通院処遇の実態把握と課題に関する調査とその解決策の検討. 令和 5 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, 25-41, 2024
7) 大鶴卓：指定通院医療機関の機能分化に関する研究. 平成 28 年度国立研究開発法人　日本医療研究開発機構委託研究　長寿・障害総合研究事業　障害者対策総合研究開発事業 (精神障害分野)医療観察法における、新たな治療介入方法や、行動制御に関わる指標の開発等に関する研究　研究開発分担報告書, 93-102,2017

表1

①後ろ向き調査票　※こちらのシートは後ろ向き調査用

対象者ID：　　シート作成者：　　作成者職種：

項目	活動内容	活動場所	回数	合計時間	移動時間合計	参加スタッフ人数	スタッフの内訳					
							Ns	PSW	OT	CP	他	Dr
関係機関との会議	CPA会議	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	ケア会議	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	その他調整会議	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
対象者面接	模擬診察	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	模擬訪問看護	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	体験デイケア	□	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	チーム面接	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	個別面接	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
関係機関との情報共有	指定入院医療機関	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ 電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	保護観察所	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ 電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	行政機関	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ 電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	障害福祉サービス事業所	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ 電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	訪問看護ステーション	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ 電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	家族	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ 電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	その他	□ 院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□ 院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□ 電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
院内体制整備	MDT会議		回	分		名	人	人	人	人	人	人
	MDT内打ち合わせ・相談		回	分		名	人	人	人	人	人	人
	MDT会議以外の院内会議・委員会		回	分		名	人	人	人	人	人	人
	研修		回	分		名	人	人	人	人	人	人
	その他		回	分		名	人	人	人	人	人	人
	資料作成・記録作成（会議記録等）		回	分		名	人	人	人	人	人	人

上記業務項目の中で、負担となった業務に当てはまる項目に☑をつけてください（複数回答可）。またその理由を記載してください。		理由：
	□ 関係機関との会議	
	□ 対象者面接	
	□ 関係機関との情報共有	
	□ 院内体制整備	

打診～通院処遇開始までの期間	ヶ月	左記期間の中で最も業務量が多かった月は、通院処遇開始の何ヶ月前になりますか。　通院処遇開始＿＿＿＿＿＿ヶ月前
最も業務量が多かった月について、その理由を記載してください。	理由：	

表2

②-2前向き調査票（集計用）※こちらのシートは10/1～11/30間の業務量合計を記入してください。

対象者ID：

シート作成者：　　作成者職種：

項目	活動内容		活動場所	合計回数	合計時間	移動時間合計	合計参加スタッフ人数	スタッフの内訳（合計人数）					
								Ns	PSW	OT	CP	他	Dr
関係機関との会議	CPA会議	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	ケア会議	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	その他調整会議	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
対象者面接	模擬診察	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	模擬訪問看護	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	体験デイケア	□		回	分		名	人	人	人	人	人	人
	チーム面接	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	個別面接	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
関係機関との情報共有	指定入院医療機関	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	保護観察所	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	行政機関	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	障害福祉サービス事業所	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	訪問看護ステーション	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	家族	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
	その他	□	院外	回	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		□	院内	回	分		名	人	人	人	人	人	人
		□	電話/メール/オンライン	回	分		名	人	人	人	人	人	人
院内体制整備	MDT会議			回	分		名	人	人	人	人	人	人
	MDT内打ち合わせ・相談			回	分		名	人	人	人	人	人	人
	MDT会議以外の院内会議・委員会			回	分		名	人	人	人	人	人	人
	研修			回	分		名	人	人	人	人	人	人
	その他			回	分		名	人	人	人	人	人	人
	資料作成・記録作成（会議記録等）			回	分		名	人	人	人	人	人	人

10/1～11/30期間における業務日数合計	日
この2ヶ月間は通院打診を受けて何ヶ月目ですか	ヶ月目

上記業務項目の中で、負担となった業務に当てはまる項目に☑をつけてください（複数回答可）。またその理由を記載してください。	□	関係機関との会議
	□	対象者面接
	□	関係機関との情報共有
	□	院内体制整備

理由：

表3 調査概要

調査回答機関（n=41）	回答有22　調査対象該当なし1 研究協力できない1　回答無17
調査回答者内訳（n=42）	PSW(MHSW)37 CP2 不明3
回答事例数（n=75）	後ろ向き調査57　前向き調査18

調査種類別概要

調査種類	調査概要項目	平均±SD	中央値［四分位範囲］	最小値	最大値
後ろ向き調査	通院打診～処遇開始までの月数	13.94±9.68	12［7-19］	0.5	50
	最も業務量が多かった月（処遇開始何ヶ月前）	3.75±3.63	3［1-4.75］	0.5	20
前向き調査	調査期間（10/1-11/31）における業務日数（日）	5.5±4.67	4［2-7.5］	1	18
	調査時点における通院打診何ヶ月目（月）	10.59±12.37	5［3-8］	0	36

表4　後ろ向き調査結果57例

	業務総時間（体験デイケア含）			業務総時間（体験デイケアなし）					回数	
	時間（分）移動時間含む			時間（分）移動時間含む			変動係数（SD/平均）	相対IQR（IQR/中央値）	（回）	
	平均値	中央値	標準偏差	平均値	中央値	標準偏差			平均値	中央値
関係機関との会議	282.98	240	214.54	282.98	240	214.54	0.8	1.3	3.26	3
対象者面接	437.46	90	771.84	107.63	65	135.88	1.3	1.5	5.00	3
関係機関との情報共有	152.37	105	160.36	152.37	105	160.36	1.1	1.1	14.72	10
院内体制整備	119.88	90	119.41	119.88	90	119.41	1.0	2.0	8.88	3
計	992.68	795	946.61	662.86	610	386.26	0.6	0.9		

	従事した人数（延べ）			従事した職種（延べ）											
	（人）			Ns		PSW		OT		CP		Dr		他	
	平均値	中央値	標準偏差	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値
関係機関との会議	19.11	12	20.73	3.91	2	5.61	3	1.33	0	1.96	1	3.11	2	3.21	0
対象者面接	11.67	5	18.85	3.18	1	3.33	1	1.60	0	1.18	0	0.98	1	1.37	0
関係機関との情報共有	13.98	6	14.97	0.46	0	12.11	5	0.11	0	0.14	0	0.16	0	0.05	0
院内体制整備	18.44	7	39.32	3.33	1	7.89	2	1.93	0	2.11	0	2.81	1	0.33	0
計	63.19	37	67.20	10.88	6	28.95	15	4.96	2	5.39	4	7.05	5	4.96	0

Ns: 看護師　PSW: 精神保健福祉士　OT: 作業療法士　CP: 心理療法士　Dr: 医師

表5　前向き調査結果 18例

	業務総時間（体験デイケア含）			業務総時間（体験デイケアなし）			回数	
	時間（分）移動時間含む			時間（分）移動時間含む			（回）	
	平均値	中央値	標準偏差	平均値	中央値	標準偏差	平均値	中央値
関係機関との会議	50.28	57.5	49.96	50.28	57.5	49.96	0.61	1
対象者面接	108.89	0	286.22	48.89	0	93.38	1.28	0
関係機関との情報共有	60.56	20	116.26	60.56	20	116.26	4.72	2
院内体制整備	35.33	12.5	48.41	35.33	12.5	48.41	1.72	1
計	255.06	127.5	365.04	195.06	127.5	235.04		

	従事した人数（延べ）			従事した職種（延べ）											
	（人）			Ns		PSW		OT		CP		Dr		他	
	平均値	中央値	標準偏差	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値
関係機関との会議	2.22	2.5	2.05	1.00	0	0.50	0	0.50	0	0.33	0	0.28	0	0.06	0
対象者面接	2.28	0	5.83	0.44	0	0.89	0	0.28	0	0.56	0	0.11	0	0.00	0
関係機関との情報共有	6.06	2.5	7.87	0.44	0	4.83	2	0.44	0	0.00	0	0.00	0	0.33	0
院内体制整備	4.11	1	5.91	0.56	0	2.61	1	0.22	0	0.56	0	1.00	0	0.28	0
計	14.67	9	14.25	2.44	2	8.83	5	1.44	1	1.44	1	1.39	1	0.67	0

Ns: 看護師　PSW: 精神保健福祉士　OT: 作業療法士　CP: 心理療法士　Dr: 医師

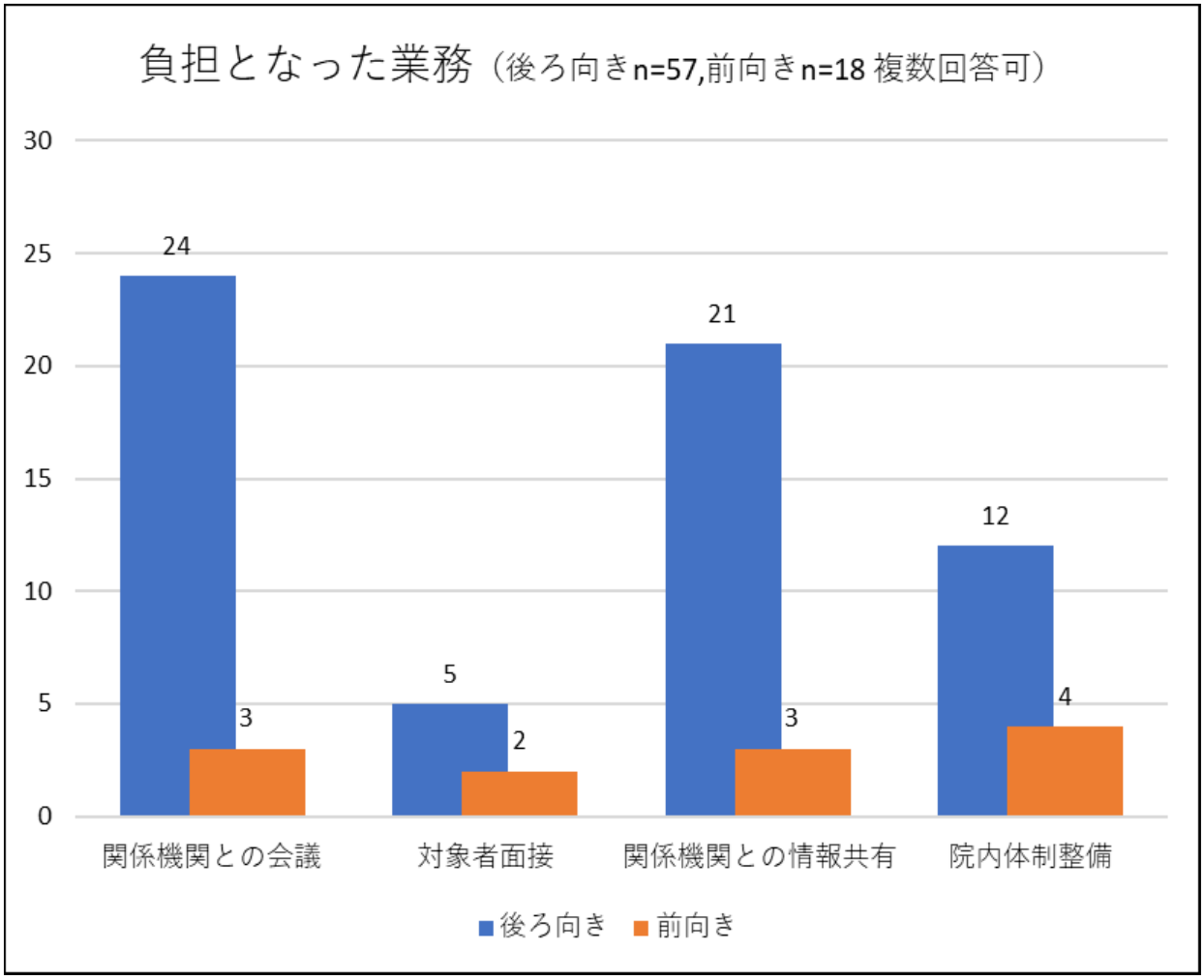

負担となった業務（後ろ向きn=57,前向きn=18 複数回答可）
30
25
20
15
10
5
0
24
3
5
2
21
3
12
4
関係機関との会議
対象者面接
関係機関との情報共有
院内体制整備
後ろ向き
前向き

図1　負担となった業務

表6 負担となった理由

業務内容	負担となった理由
関係機関との会議	指定入院機関とのCPA会議の時間、2時間程と長かった
	開始直後時期の会議が2時間に及ぶこともあり、長時間の開催となると他業務への支障が生じる
	打診を受けてから本人の退院先の変更があり、通院処遇が始まるまで何度も関係機関での会議を要したため
	通院処遇開始前のケア会議や初回外来通院における日程調整で、保護観察所（社会復帰調整官）と、何度も連絡・調整を行う必要があったため
	CPA会議、退院前ケア会議の時間が長かったため
	ケア会議が長かったため
	当院入院から通院処遇へ移行のため、情報共有にはそれほど時間がかからず、退院前ケア会議に時間がかかったのみ。
	場所、スタッフ間の日時調整に時間と手間を要した
	当院の通院患者であったこともあり、CPA会議の時点から会議への参加を求められたため
	離婚問題があり、対策や対象者の精神状態について検討を重ねる必要があった
	県外の指定入院医療機関からの受け入れであり、リモート会議などにより、調整業務の量が増したこともあったが、比較的円滑に通院処遇に移行できた
	生活介護への入所調整であったが、疾病（小児性愛）・対象行為の特性から施設内での受け入れ態勢がまとまらず、時間を要した。同施設入所中の別対象者（他入院医療機関からの指定通院ん受け入れ）が、再他害行為を起こしたことも重なり、いったん受け入れが白紙となった。また、認知行動療法CRCT（条件反射制御法）の取り組みにて改善をはかった事例であったが、特殊な治療法を指定通院担当者や施設が引継ぎ実践するのは限界があった
	リスクが高まった時の対応について意見がまとまらず平行線。入院中に取り組んでもらいたい課題を共有することに回数を要した
	一方的に話す対象者だったので、ケア会議に長い時間を要した
対象者面接	デイケア体験の時間が長かったため
	ADHDの対象者。病識がなく、通院処遇への理解も困難なことから、ケア会議では処遇内容をめぐって通院側関係者と対象者による平行した話し合いが続いた。過去に当院での治療歴（トラブル歴）があり、近隣病院全て受け入れ不可の対象者でもあったため、再他害リスクを抱えた状態での受け入れにストレスも大きかった。関係構築のため、ケア会議やプレデイケア内での対象者とのMDT面接を繰り返した。
	模擬診察・訪問看護は行ってよかったと思うが、診療報酬に反映されることがないため、時間はとられるが対価がないことが負担と感じた
関係機関との情報共有	会議の場だけに限らず、電話連絡の中でも細やかな情報共有があり、さらに書面での共有もあるため重複する内容が多く感じた
	電話連絡や各機関との情報共有が多かった。（開始準備期間と新型コロナの流行が重なり、本人の状況以外で、情報共有や再調整などの必要があった
	会議の場だけに限らず、電話連絡の中でも情報共有があり、さらに書面でも共有があるため、重複することが多く感じた
	負担ではないが、情報共有や連絡調整のための電話連絡がかなり多い
	入院処遇の治療反応性が限定的だったため、情報共有の回数、時間が増え、負担となった
	情報共有に関する資料作成や、文書整理。受け入れ決定後から通院処遇までに時間を要したため
	受け入れがコロナ禍の期間と重なり、オンライン会議は普及したこともあり、指定入院医療機関へ直接赴いて打合せする時間は減った（この点は善し悪しがある）。一方で、指定入院医療機関からは綿密な情報はいただけるものの、実際の地域生活を想定した支援の準備やクライシスプランの作成などは、やはりかなり回数や時間を重ねて協議していかないと、指定入院医療機関や担当社会復帰調整官等へ十分に伝わらない面がある。
	対象者の病状悪化、コロナ禍等で予定変更が何度かあり、調整に時間を取られた
	情報整理、それに伴う記録作成
	指定入院医療機関と指定通院医療機関が同じであるが、担当スタッフが異なる職種も多く、両者での情報共有の時間を要したため
	日程調整に苦労した
	ケア会議や保護観察所との連絡に加えて、かなり頻回に指定入院医療機関と連携した
	対象者の病識欠如、再入院事例のため、通院処遇順守に対して指定通院スタッフの不安が強かった。指定入院医療機関と保護観察所は「問題なし」と認識しており、通院担当者側の心情への理解が得られず、具体的な対策の話し合いも受け入れられなかった。温度差の大きい状態で話が進むため、担当者は精神的な負担を強く感じていた。※地方裁判所による退院申し立ての審議時には、指定通院側の不安と同様の内容（通院処遇不順守の懸念）が口頭で出されており、ケア会議での指定通院側の主張は正当なものであったと考えている。
	対象者の表出が乏しく、関係機関との情報共有が肝になった
	社会復帰調整で退院予定が延びたとき、関係機関との調整に時間がかかった
	飲酒リスクの高い対象者のため、飲酒時の対応について丁寧に協議した
院内体制整備	通常の支援と変わらないが、初めての医療観察法業務にとまどいを感じたため
	院内関係者内での対象者情報の周知や入院担当PSWから情報を引き継ぎ、資料等を作成することに時間を要したため
	複雑なケースだったため、院内関係者内での対象者情報の周知や入院担当SWから情報を引き継ぐことに時間を要したため
	当院入院処遇から通院受け入れ（精神保健福祉法入院）について、院内での調査、確認が必要だったため
	調整官からの情報のみでなく、指定入院医療機関からの情報収集を行い、院内の調整を図る必要があるため、時間を要した
	関係機関とのやりとりや院内での情報の周知・調整を密にやらなければならなかった
	打診から通院処遇までの期間が短かったため
	受診頻度や外来OTなどの受け入れについて、受け入れ経験のないスタッフが多く、確認する機会を多く要したため
	同月に調整会議とチーム面接をそれぞれ60分程度行ったため
	コロナ流行、対象者の知的能力の限界を加味しての退院後の課題をどのように引き受けていくかを体制整備するために院内外で何度も協議を重ねる必要があったため
	書類作成

CPA: Care Programme Approach
ADHD: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder
MDT：Multi-disciplinaly Team
OT: Occupational Therapy

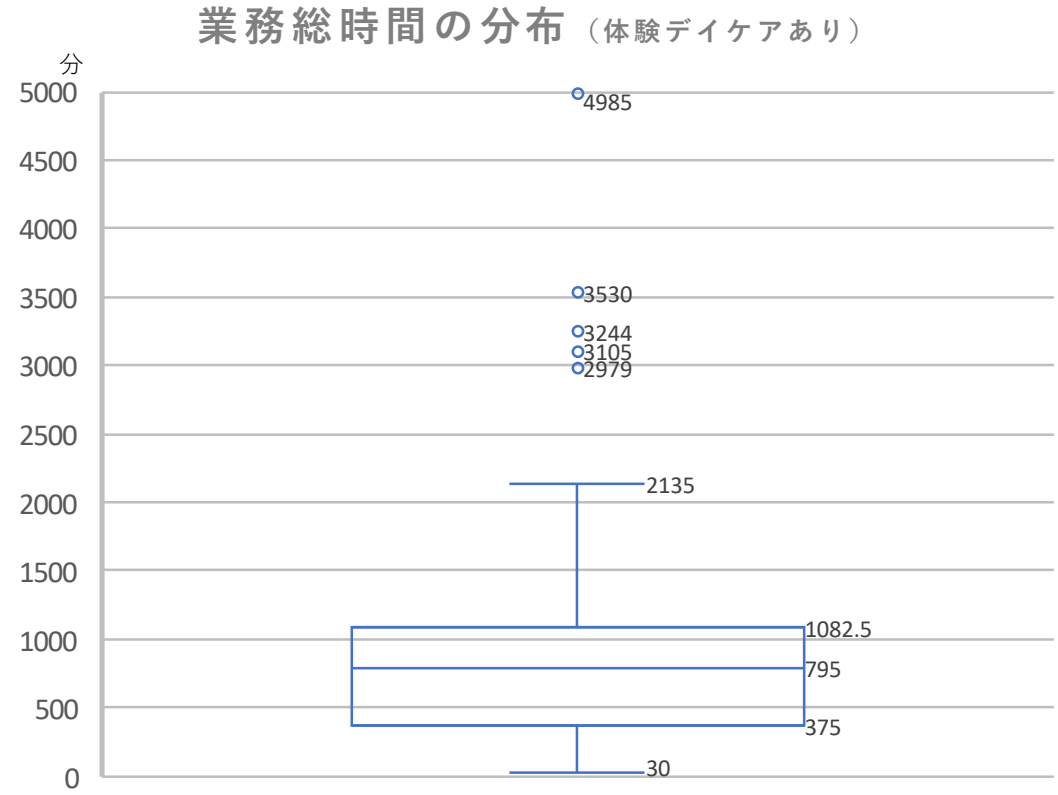


図2　業務総時間の分布（後ろ向き調査・体験デイケアあり）

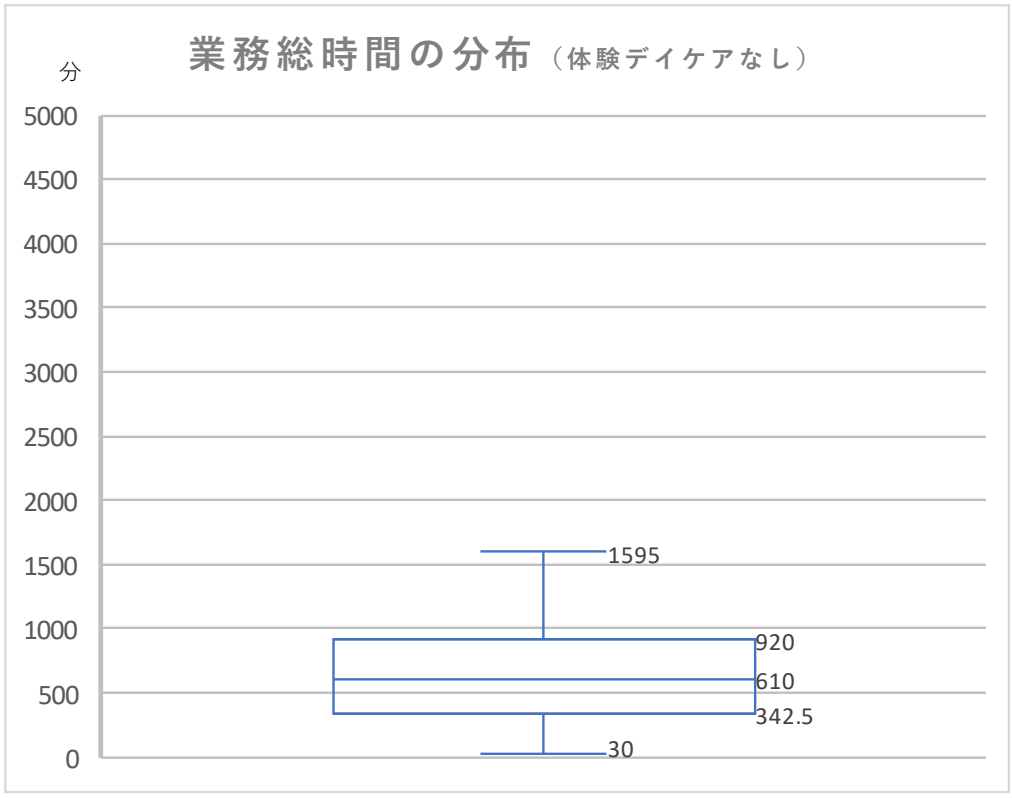


図3　業務総時間の分布（後ろ向き調査・体験デイケアなし）

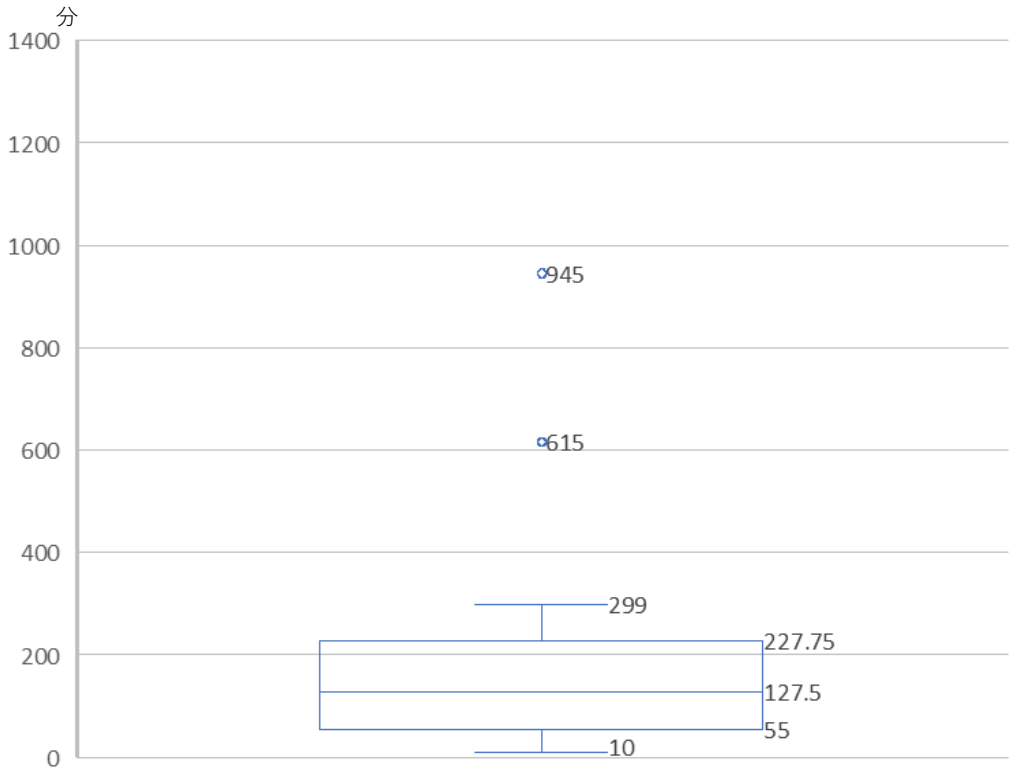


図4　業務総時間の分布（体験デイケアなし　前向き調査）

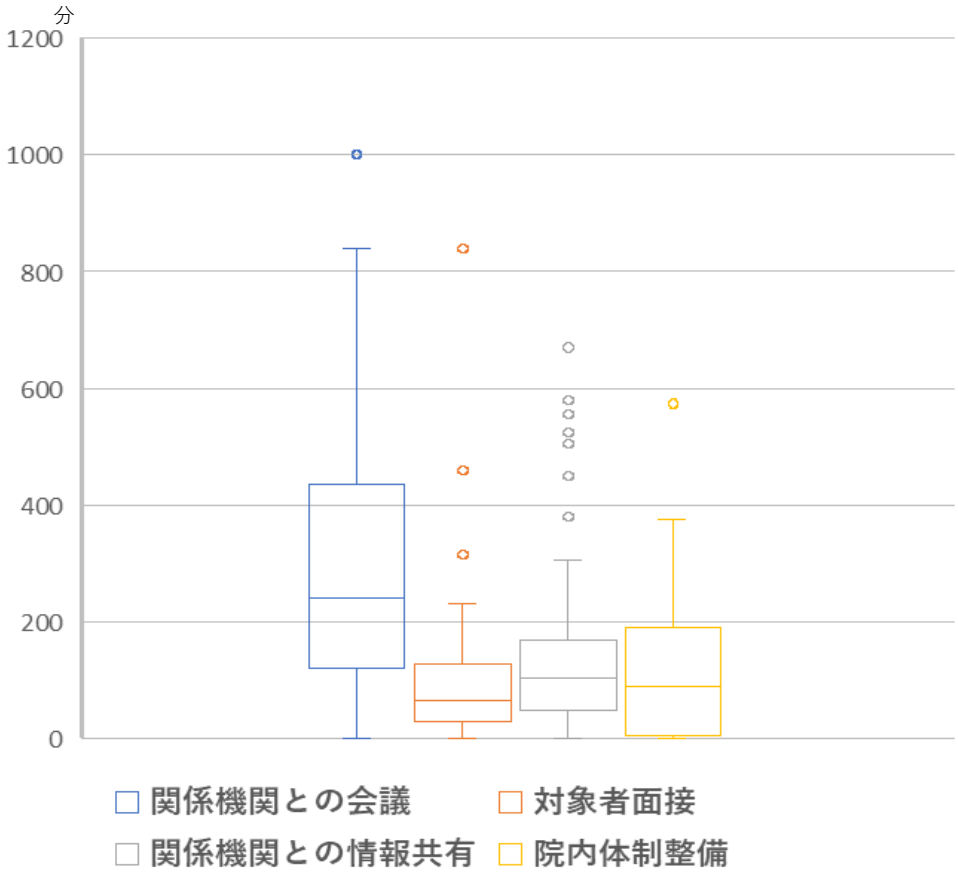


図5　業務内容別時間の分布（体験デイケア除く）後ろ向き調査

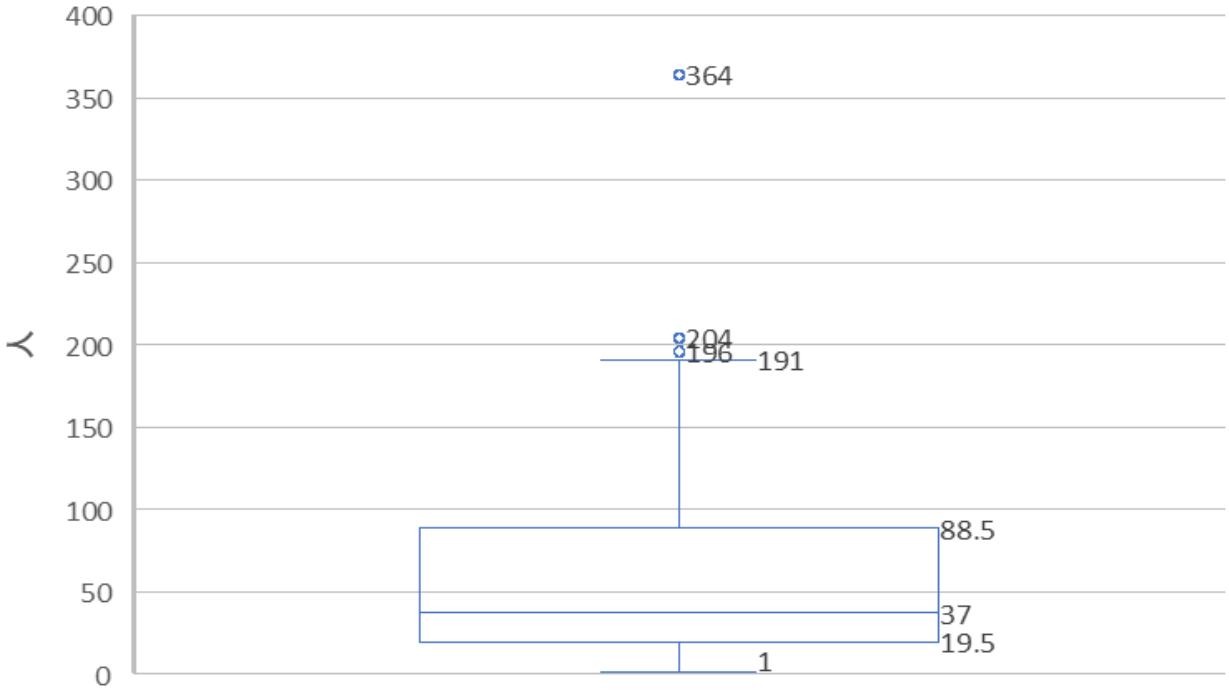


図6　従事した総人数（後ろ向き調査）

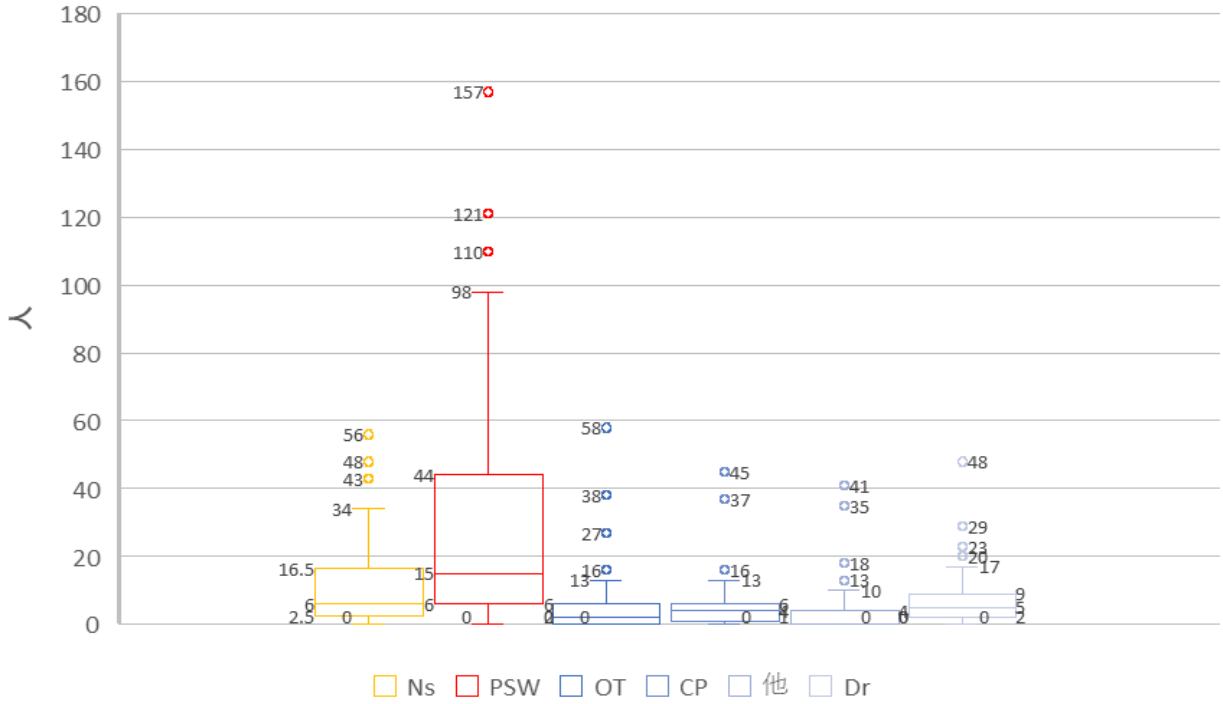


図7　職種別従事した総人数の分布（後ろ向き調査）

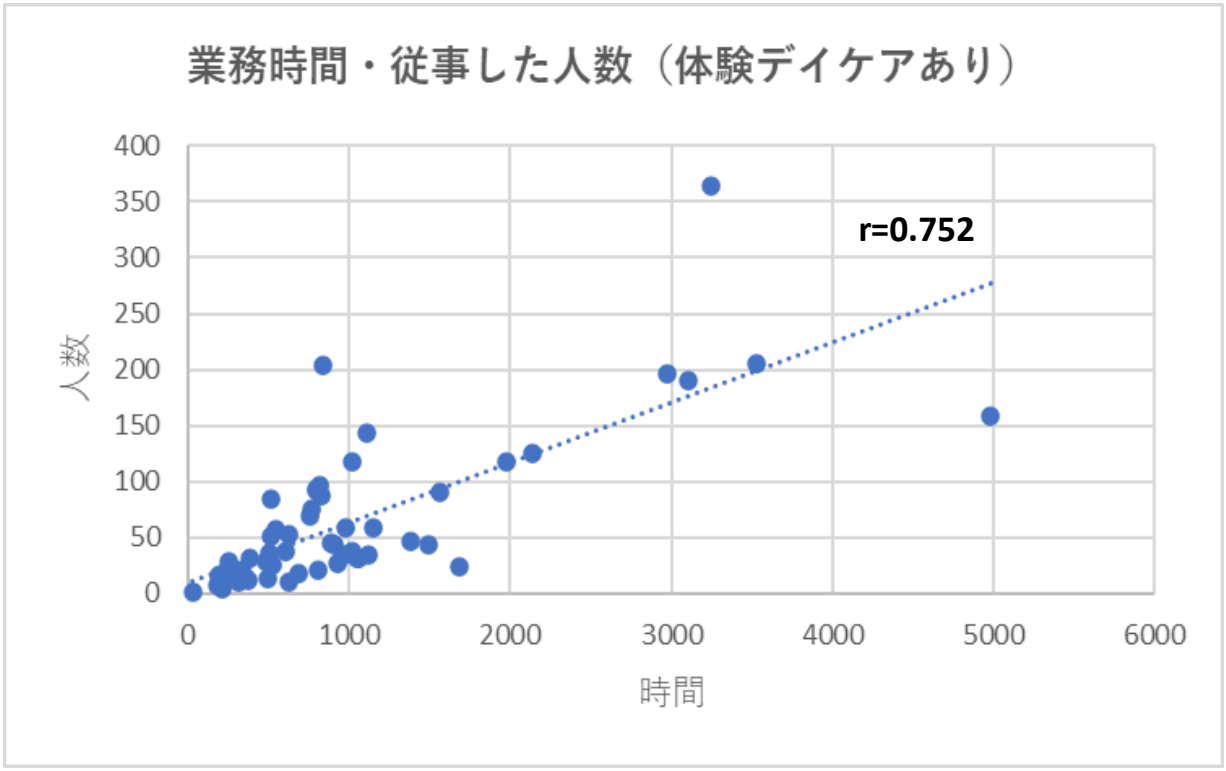


図8　業務時間・従事した人数　散布図

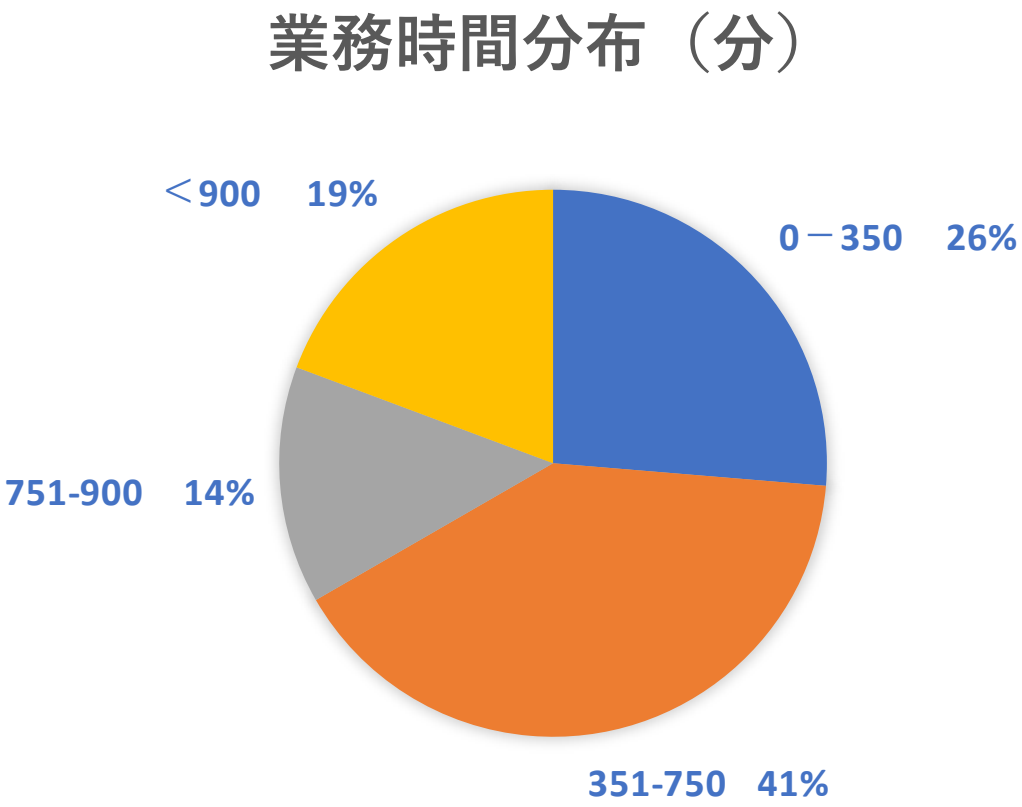


図9　業務時間分布（体験デイケアなし）