

博士論文

医療観察法処遇における有効なクライシス・プランの
実践について

平成 29 年度

筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻

野村 照幸

筑波大学

目次

第1章 はじめに	1
第1節 序論	1
第2節 医療観察法について	1
2.1 医療観察法とは 1	
2.2 医療観察法以前の触法精神障害者の処遇 2	
2.3 医療観察法の成立 3	
2.4 医療観察法の概略 4	
2.5 医療観察法以前の触法精神障害者の処遇と医療観察法処遇の比較 9	
2.6 医療観察法の運用状況 10	
2.7 医療観察法の利点と問題点 13	
第3節 医療観察法処遇と一般精神科医療における病状管理と危機時対応のプラン 16	
3.1 医療観察法処遇における病状管理と危機時の対応のためのプラン 16	
3.2 わが国の精神科医療における病状管理と危機時の対応のためのプラン 18	
3.3 海外の精神科医療における病状管理と危機時の対応のためのプラン 20	
3.4 医療観察法におけるクライシス・プランの特徴 23	
第4節 近接領域における動向	24
4.1 リラプス・プリベンションモデル 24	
4.2 ストレングス・モデル 26	
4.3 リスクマネジメント・モデルとストレングス・モデル 29	
第5節 医療観察法におけるクライシス・プランに関する課題	30
第6節 小括	33
第2章 文献的検討	35
第1節 海外におけるクライシス・プランに関する研究	35
第2節 我が国におけるクライシス・プランに関する研究	40
第3節 小括	42
第3章 本研究の目的と意義	44
第1節 研究の目的	44
第2節 研究の意義	46

第4章 医療観察法におけるクライシス・プランの実態調査	47
第1節 目的	47
第2節 方法	48
2.1 対象	48
2.1 方法	49
2.3 アンケート作成	49
2.4 分析に用いるアンケート項目	49
2.5 統計的解析	59
2.6 倫理的配慮	60
第3節 結果	61
3.1 指定入院医療機関	61
3.2 指定通院医療機関	66
3.3 社会復帰調整官	69
3.4 通院処遇対象者	71
3.5 指定入院医療機関と指定通院医療機関、社会復帰調整官	73
第4節 考察	74
4.1 指定入院医療機関	74
4.2 指定通院医療機関	78
4.3 社会復帰調整官	80
4.4 通院処遇対象者	82
4.5 指定入院医療機関と指定通院医療機関、社会復帰調整官	83
4.6 実態調査の結果に基づくクライシス・プランの課題についての検討	84
第5節 研究の限界	85
第6節 小括	86
第5章 医療観察法入院処遇におけるクライシス・プラン作成研修プログラムの開発 .89	89
第1節 目的	89
第2節 方法	90
第3節 プログラムの構成と内容	90
第4節 プログラムにおけるクライシス・プランに関する課題への対応	93
第5節 小括	94
第6章 プログラムの効果測定	95
第1節 目的	95

第2節 方法	95
2.1 研究デザイン	95
2.2 対象	96
2.3 方法	97
2.4 効果測定のためのアンケート作成	97
2.5 アンケート項目	98
2.6 統計的解析	102
2.7 仮説	102
2.8 倫理的配慮	102
第3節 結果	103
3.1 対象の概要	103
3.2 介入効果の検討	104
3.3 介入前後の尺度得点変化量による対象の特性	111
第4節 考察	113
4.1 全体的考察	113
4.2 プログラムによるクライシス・プランに関する課題への取り組み	117
第5節 研究の限界	119
第6節 小括	120
第7章 総合考察	122
第1節 本研究のまとめと意義	122
第2節 本研究の全体的な限界と今後の課題	127
第3節 政策への提言	130
第4節 全体総括	132

引用文献

図表

研究要旨

本研究と関連した自著論文・学会発表等

謝辞

資料 倫理審査結果

アンケート

クライシス・プラン作成研修プログラム（第6章の研究で用いたもの）

第1章 はじめに

本章ではクライシス・プランに関連する背景や要因について外観し、現状の課題と本研究における問題の所在を明確にする。

第1節 序論

本研究で扱う「クライシス・プラン」とは精神科医療において、利用者の安定した状態の維持や病状悪化の早期の対処と対応、病状悪化時の対処や対応についてまとめた病状管理のための計画を指す。多くの場合、病状に応じた患者の自己対処や医療機関、その他の支援者による対応を整理し、紙面に記載され、共有される。我が国において、クライシス・プランは「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」（医療観察法）の処遇における病状管理と危機時対応のプランとして、処遇における現場の必要性から作成されるようになり、現在では当然のように作成されるようになった。しかしながら、現場の必要性から作成されるようになったため、医療観察法のガイドライン（厚生労働省、2005）に記載はなく、マニュアルも整備されていない。そのため、各現場による作成手順や方法、質のばらつきがあると予想される。また、運用の実態についても、どのように作成され、どう活用されているのかは不明である。

こうした状況から、医療観察法におけるクライシス・プランの目的や運用の仕方、より良い実践のあり方について改めて問う必要がある。このことを論じる上ではまず、医療観察法という制度の成り立ちや処遇内容とその運用、そしてその中のクライシス・プランの位置づけを明らかにする必要がある。

第2節 医療観察法について

2.1 医療観察法とは

「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）が2003年に成立し、2005年に施行された。この法律は心神喪失又は心神耗弱の状態、重大な他害行為（殺人、傷害、放火など）を行った者に対して、適切な医療と支援者による観察を通じて「再他害行為防止」と「社会復帰」を目的とした法律である。以下に医療観察法が施行される以前の触法精神障害者の処遇や医療観察法の成立、概要等について述べる。

2.2 医療観察法以前の触法精神障害者の処遇

わが国の司法制度において、「刑罰法令に触れる行為」を行った場合、それが犯罪とされるには刑法において、「構成要件該当性」、「違法性」、「有責性」の3点が満たされていないと判断されるため、「刑罰法令に触れる行為」は犯罪にはならない（武井，2008）。この「有責性」が精神疾患を抱える者にとっては特に関係する要素である。なぜなら、精神疾患の影響を受けて「刑罰法令に触れる行為」を行った場合には責任能力が問えない可能性があるからである。責任能力とは自分の行為の善悪について適切に判断する能力（弁識能力）とその判断に従って自分の行動をコントロールする能力（制御能力）によって評価される。他害行為を例に考えると、ある者が殺人や暴力などを行った場合、これらに問題がなければ精神疾患の有無に関わらず責任能力が認められ、刑罰が科されることになる。一方、例えば病状悪化によって混乱した精神状態で「やられる前にやらなければ」などと被害妄想に基づいて犯行に及んだ場合には責任能力が問題となる場合がある。その際に、責任能力が欠如していた場合は「心神喪失の状態であった」と判断され、有責性が満たされず、犯罪にはならないため、刑罰を受けることはない。また、責任能力が全くないわけではないが、著しく減退していた場合には「心神耗弱の状態であった」と判断され、有責性が限定的であるとされるため、刑が軽減される。これは刑法39条1項に「心神喪失者の行為は、罰しない」、そして2項に「心神耗弱者の行為は、その刑を減刑する」と規定されているためである（町野，2004）。

このように、心神喪失、あるいは心神耗弱の状態であったと認められた場合、殺人や傷害などの重大な他害行為を行った者であっても「刑罰を受けない」、あるいは「減刑」となるわけであるが、精神疾患の影響を受けて他害行為に至ったのであれば、当然ながら治療が必要である。そのような場合には「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、精神保健福祉法）における措置入院制度が主に用いられてきた（真先，2007）。措置入院制度とは、2名の精神保健指定医によって診察を受けた結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院をさせなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ（以下、自傷他害のおそれ）があると認められる場合に、都道府県知事が、その者を精神病院に入院させる制度である（精神保健福祉法第29条）。なお、自傷他害のおそれがある場合で、正規の措置入院の手続きがとれず、しかも急速を要する場合には精神保健指定医1人の診察の結果に基づき知事の決定によって

72 時間を限度として行われる「緊急措置入院」という制度もある。

しかし、重大な他害行為を行った精神障害者を措置入院で治療することには制度上、あるいは治療上、以下のような限界が指摘されていた。第一に、医師の判断にゆだねられていることが挙げられる。措置入院の決定や解除の判断は、実質上、精神保健指定医である医師の判断によって決まるため、重大な他害行為を行った精神障害者については、措置解除後に同様の問題行動が起きることやそのことに伴う責任問題を危惧し、入院期間の長期化等の問題が生じかねない。一方で、重大な他害行為があっても、病状が安定し、措置入院の要件を満たさなくなれば極めて短期間でも退院が可能である。いずれにせよ、司法的な判断が加わることはなく、医療的な判断のみで決定される。第二に、マンパワーの不足が挙げられる。あくまで一般の精神医療の枠組みの中で治療を行うため、マンパワーは限られ、問題行動のリスクの低減を目的とした治療や退院後の支援体制の構築といった手厚い医療、福祉との連携が困難である。第三に、専門的医療の不足が挙げられる。措置入院においては他害行為の振り返りや対処技能の獲得、病識の向上などを目的とした治療を提供できるような専門的な知識や技術を備えたスタッフが不足しており、薬物療法を中心とした病状の安定化に向けた関わりのみにならざるを得ない。第四に、患者には継続的な医療を受ける義務がないことが挙げられる。患者によっては措置入院後に医療からドロップアウトし、病状悪化した結果、再び同様の問題行動が生じるリスクが高まってしまうことがある（五十嵐，1998）。なお、司法精神医療の発展しているイギリスでは患者の問題行動リスクに応じた専門病棟が整備され、専門的な知識を備えた多職種による司法精神医療が提供されている（山上，2006）。

2.3 医療観察法の成立

以上のように、措置入院による重大な他害行為を行った精神障害者の医療についての限界を踏まえ、2001 年から厚生労働省、法務省の両省による「犯罪を犯した精神障害者の処遇について」という合同検討会が開始された。そのような流れの中で、2001 年 6 月 8 日に「池田小学校児童殺傷事件」が発生した。この事件は大阪教育大学附属池田小学校に刃物を持った男が乱入し、児童 8 人が死亡、教師を含む 15 人が重軽傷を負った。日本を震撼させるこの事件を引き起こした人物には複数の他害行為の既往とそれに伴う数回の措置入院歴があったことから、他害行為を行った精神障害者に対する措置入院の問題点が指摘され、専門的治療と支援の必要性についての社会的な機運が高まった。そこで、前述の合

同検討会の議論も加速し、政府は 2002 年 3 月「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案」を国会に上程した。この法律は、「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を目的とする」（第一条）とあり、重大な他害行為を行った者に対する「再他害行為防止」と「社会復帰」を目的としている。ただし、「精神障害者の人権を著しく制限する」といった意見や「再犯予測の名の下に精神障害者の差別につながる」といった意見もあり、賛否両論が渦巻いていた。しかしながら、2003 年 6 月には参議院で強行採決され、同年 7 月には衆議院で再議決されて成立し、2005 年 7 月 15 日に施行された。

2.4 医療観察法の概略

医療観察法のシステムについては図 1-1 に示した。また、医療観察法に関係する機関や専門職等については表 1-1 に整理した。医療観察法処遇は「処遇の要否及び内容を決定する審判手続」、「入院処遇」、「通院処遇」の 3 点に大きく分けることができる。以下にそれぞれについて述べる。

まず、「処遇の要否及び内容を決定する審判手続」であるが、医療観察法は心神喪失、あるいは心神耗弱の状態で重大な他害行為（殺人、放火、傷害、強姦、強制わいせつ、強盗）を行った者（以下、対象者）が対象となる。そして、心神喪失者又は心神耗弱者と認められて不起訴処分となった者、心神喪失を理由として無罪の裁判が確定した人、心神耗弱を理由として刑を減輕する旨の裁判が確定した人（実刑になる人は除く）について、検察官が地方裁判所に対して、この制度による処遇の要否や内容を決定するよう申し立てることによって、この制度による手続が開始される（法務省保護局，2006）。裁判所の命令により医療観察法鑑定入院が開始され、鑑定人（精神科医）は対象者の「疾病性」、「治療反応性」、「社会復帰要因」の 3 点から検討する。この 3 点は医療観察法処遇の必要性を判定する 3 要件であり、全ての要件を満たさなければ医療観察法処遇は適応されない（村上，2011）。医療観察法第 37 条によれば、「疾病性」とは「審判時点において、当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有していること」を示す。「治療反応性」とは「審判時点の精神医療の水準に照らし、

本法による医療を行うことによりその精神障害の改善という効果が見込まれること」を指す。「社会復帰要因」とは「本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のための社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う現実的な可能性があり、かつ、本法による医療によって、同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれること」を意味する。鑑定医は医療観察法の適応の可否、そして適応するのであれば入院処遇、あるいは通院処遇のいずれが適切かという意見を含めた鑑定書を裁判所に提出する(吉川, 2006)。加えて、法務省の管轄する保護観察所の職員である社会復帰調整官が対象者の生育歴や家族関係、就労状況、交友関係などを調査し、「生活環境調査書」を作成して裁判所に提出する。裁判所は裁判官と精神保健審判員(精神科医)の各1名からなる合議体が、対象者に弁護士である付添人を必ず付し、必要に応じて精神保健参与員の意見も聴いて審判を行う。そして、鑑定書と生活環境調査をもとに、対象者について対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院又は通院させて医療観察法による医療を受けさせる必要があるか否かを、合議体の意見の一致したところにより決定する。なお、社会復帰調整官とは医療観察法鑑定入院から医療観察法が終了するまで関わる人物であり、鑑定入院中の生活環境の調査から、入院処遇中における退院後の生活環境の調整、通院処遇における対象者の処遇遵守状況を確認するための面接や助言・指導(以下、精神保健観察)、地域での関係者会議(以下、ケア会議)を開催するなどし、対象者を中心として処遇の携わる機関の緊密な連携を確保できるよう、コーディネーターとしての役目を果たす。

次に「入院処遇」であるが、入院決定を受けた対象者は医療観察法指定入院医療機関(以下、指定入院医療機関)における医療観察法病棟にて専門的な医療を受ける。入院処遇ガイドライン(2005)には入院医療の目標・理念について「ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現」、「標準化された臨床データに基づく多職種チームによる医療提供」、「プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供」と記載されている。指定入院医療機関は国公立病院等が指定されており、平成29年4月1日の段階で全国に32機関(825床)が整備されている(厚生労働省 online: 指定入院医療機関の整備状況.html)。医療観察法病棟は33床以上のフルスペック病棟、12~23床のミドルスペック、5~8床の小規模スペックの3種類があり、国立病院系はフルスペック病棟が多く、自治体立系病院はミドルスペックや小規模スペック病棟が多い。いずれの病棟もハード面、ソフト面のそれぞれにおいて、通常の病棟とは異なる。ハード面に関しては全ての医

療観察法病棟は閉鎖病棟で高い安全管理、セキュリティ対策が取られており、例えば入棟できるスタッフは専属スタッフと病棟で認められた人物のみであったり、警備員が24時間常駐していたりする。また、持ち込める物品や所持できる物品が限られており、たとえば筆記用具も入院当初は所持できないなど、必要最低限の物品を自己管理するところから始まる。しかし、病状安定と治療への動機づけ、自傷他害のリスクなどが評価され、徐々に自己管理物品が増えていく。居室は個室となっており、退院前の対象者が自立した生活を訓練するために居室にユニットバスを備えた部屋も備えている。

ソフト面に関しては入院処遇ガイドライン（2006）に基づき、人員体制は入院処遇者1名に対し、精神科医師・看護師（主担当、副担当）・心理療法士・作業療法士・精神保健福祉士の5職種で構成される専門的多職種チーム（Multi Disciplinary Team、以下MDT）にて治療にあたる。具体的には薬物療法を主体とした精神疾患の治療や対象行為に関連した精神疾患や自己の特性についての理解、対象行為の振り返りと再他害行為につながらないための対処スキルの獲得・向上、対人交流技能や自炊能力、金銭管理能力など退院後の生活で必要とされるスキルの獲得・向上を目的とした、様々な心理社会的治療プログラムを通して対象者の治療を進める（財団法人精神・神経科学振興財団、2006）。また、入院処遇では退院までの期間が「急性期」、「回復期」、「社会復帰期」の3つの治療ステージに分かれており、急性期は約3か月を目安とし、病状安定や治療の動機づけの向上、治療関係の構築などを目指す。回復期は約9か月を目安とし、病識の獲得と自己コントロールの獲得のための疾病教育や心理教育、対象行為の振り返りを通じた疾患と対象行為との関係についての洞察の深化、再他害行為防止のための対策立案、日常生活能力の獲得・向上などを目指す。なお、このステージでは外出も可能になり、院内散歩からスタートし、最終的には退院後の居住先（自宅や施設など）や通院先の候補となる病院を見学することができるよう、徐々に行動範囲を広げる。社会復帰期は約6か月を目安とし、主体的な病状管理と服薬自己管理、退院後の生活を見せた生活スキル獲得・向上、退院後の地域関係者との定期的な会議による地域処遇の支援体制の構築などを目指す。このステージでは外泊が可能になるため、退院後の居住先に外泊し、通院を想定した模擬受診を行ったり、退院後のスケジュールに即して地域支援者が訪問したりするなどの機会を作る。

このように、手厚いマンパワーによって、各治療ステージにおける課題を約1年半の期間で達成できるよう治療・支援していく仕組みとなっている。その中で、対象者は自分自身の疾病を理解し、対象行為と疾病との関連について理解を深める。また、同様の行為を

起こさないために医療スタッフや社会復帰調整官、福祉・行政関係者、家族らと協力し、病状や状態に応じて自己対処を行ったり、支援を受けたりして主体的に病状管理を行えるようになることを目指している。なお、進捗状況は週 1 回行われる病棟の多職種による「治療評価会議」によって担当多職種チーム以外の第三者の視点からも評価される。また、ステージ移行や外出・外泊の許可、半年毎の入院継続の必要性の有無などは病院長などの病院幹部と病棟の多職種からなる月 1 回の「運営会議」で承認を受ける必要がある。加えて、非同意治療（隔離・拘束など）や持効性注射剤（いわゆるデポ剤）の使用、その他の倫理的な問題に関わる事柄については外部の弁護士や医療の専門家と病院幹部、病棟の多職種による 2 週間に 1 回の「倫理会議」で検討される。

入院処遇中、半年に 1 度は指定入院医療機関の意見書と社会復帰調整官の意見書の提出が義務づけられ、裁判所はそれらの情報を踏まえて前述の合議体によって入院継続の可否を判断する。これは医療観察法処遇が強制医療であり、人権を制限することから、定期的に入院の必要性を精査する必要があるためである。入院処遇の終了については対象者の治療状況と退院後の支援体制の準備状況により、適宜、指定入院医療機関より申し立てを行うことができる。同様に、対象者自身も処遇終了の申し立てを行う権利を持っている。いずれの場合も社会復帰調整官の意見書を踏まえ、合議体で検討し、退院許可の可否を判断する。なお、入院処遇の終了は 2 種類あり、1 つは上記のように入院処遇を終了し、通院処遇に移行する「退院許可」である。もう 1 つは前述の医療観察法の 3 要件を満たさなくなった場合（たとえば認知症の進行により、治療反応性がないと判断された場合や死亡など）に医療観察法を終了する「処遇終了」である。また、社会復帰調整官は指定入院機関による通院処遇移行するための「退院許可」の申し立てがなされるまでに「処遇実施計画」と呼ばれる通院処遇における支援体制や緊急時対応などを明確に記載した書類の作成が必要となる。

最後に「通院処遇」であるが、上記のように入院処遇において裁判所から退院許可の決定を受けるルートと当初の審判で通院処遇を受けさせる旨の決定を受けるルートのいずれかのルートを経た対象者が通院処遇を受けることになる。通院処遇ガイドライン（2005）においても入院処遇ガイドラインと同様の目標・理念が記載されている。また、通院処遇も入院処遇同様に医療観察法指定通院医療機関（以下、指定通院医療機関）において専門的な医療を受けることになり、平成 29 年 4 月 1 日の段階で、全国に 516 の病院と 65 の診療所の計 581 の医療機関が指定されている（厚生労働省 online：指定通院医療機関の

指定状況.html)。ただし、指定通院医療機関は指定入院医療機関のような特別なハードがあるわけではないため、一般精神科医療で利用している診察室や面接室、デイケアなどを用いて対応することになる。また、ソフト面に関して、厚生労働省（2005）の「通院処遇運営ガイドライン」によれば多職種医療を提供するよう記されているが、医師以外の職種について具体的な人数は明示されていない。そのため、最低でも医師と精神保健福祉士の2職種でも運営することができる。治療については定期的な診察や面接、デイケア、訪問看護などを提供し、対象者の病状安定を図り、適切な助言や援助を行う。そして、「地域社会における処遇のガイドライン」（2005）に基づき、社会復帰調整官における定期的な精神保健観察が義務づけられ、他にも保健所職員、市の保健師などの地域支援者の訪問による支援を行うことが多い。対象者によっては相談支援事業所によるケア計画に沿って、作業所を利用したり、段階的に就労移行支援を利用したりすることもある。加えて、1～3か月に1度、社会復帰調整官がコーディネートして「ケア会議」を開催し、対象者やその家族、通院処遇に関わる支援者が集まり、対象者の状態確認や情報の共有、支援者の支援体制の確認などを行いながら、安定した状態を維持できるよう支援する。通院処遇は3年間を目安としており、3年が経過した日に特別な事情がなければ自動的に処遇終了となる。支援者は処遇終了後、対象者が精神保健福祉法上の医療（一般の精神科医療）を継続できる支援体制を整えた上で処遇を終了できるよう準備する。なお、通院処遇中の病状悪化の際には精神保健福祉法による入院を行うことができる。また、再他害行為のリスクが高まるなど、入院をさせて医療観察法による医療を行う必要があると認められる場合には保護観察所が医療観察法（再）入院の申し立てを行うことができる（医療観察法第110条第1項）。その申し立てにより、再入院処遇の決定がなされた場合には、再度指定入院医療機関における入院処遇を受けることになる。

通院処遇中、指定通院医療機関は毎月、対象者の治療方針や治療状況、支援体制の変化、治療課題などを記載した「対象者基本情報管理シート」と呼ばれる資料を裁判所に提出する。しかし、入院処遇と異なり、裁判所は半年おきに通院継続の可否を検討することはない。裁判所が合議体によって処遇を検討するのは3年未満の処遇終了と3年以上の処遇延長の時であり、その際には指定通院医療機関と保護観察所それぞれの意見書を踏まえ、決定を下すことになる。なお、医療観察法処遇は鑑定・入院・通院と各段階があり、多職種と多機関にまたがるため、「共通評価項目」（精神・神経科学振興財団，2005）という「精神病性症状」や「内省・洞察」など17項目からなるリスクアセスメントのための評価尺

度が鑑定入院から入院処遇、通院処遇の各段階において統一して用いられ、鑑定入院ではリスク要因の抽出、入院・通院処遇では、リスク要因となる項目について介入計画を立案し、リスク回避や低下のために介入を行うために役立てている（壁屋，2013）。

2.5 医療観察法以前の触法精神障害者の処遇と医療観察法処遇の比較

前述のように医療観察法以前の触法精神障害者の多くは措置入院による医療が対応してきた。一方で、医療観察法施行後の重大な他害行為を行った触法精神障害者は裁判所の決定を経て、医療観察法による処遇を行うことになった。黒田（2006）を参考に、措置入院による医療と医療観察法の入院処遇の比較を表 1-2 に示した。両者を比較すると、まず 1 つ目に従来の措置入院の課題であった「医師のみの決定」ではなく、司法が関与する点に大きな違いがある。このことにより、医師の決定に伴う責任が軽減されると共に、治療の可能性やリスクアセスメントといったことを医療的な視点だけではなく、司法的な視点からも検討することが可能になった。

2 つ目に措置入院ではマンパワーの不足が問題であったが、医療観察法入院処遇では医師もコメディカルスタッフも従来の精神科医療と比較して豊富に配置され、1 名の対象者に 5 職種 6 名（医師、看護師 2 名、心理士、作業療法士、精神保健福祉士）によるチーム医療が可能になった。

3 つ目に専門的医療の不足も問題であったが、医療観察法入院処遇では十分に時間をかけた薬物療法や多職種による心理社会的な治療が整備された。例えば、措置入院では他害行為の振り返りはタブーとされることすらあり、積極的に扱われることはなかった（熊地，2007）。しかし、医療観察法では対象行為の振り返りは再他害行為を防止する上での重要な要素と考え、「内省プログラム」といった構造化されたプログラムも行われている（今村，2010）。また、疾病教育や心理教育、統合失調症における認知行動療法、物質使用障害プログラム、アンガーマネジメント、生活スキルトレーニングなどの多様なプログラムが多職種によって運営されている（河野，2014）。

最後に、措置入院では退院後の患者の医療継続の義務がなかったが、医療観察法では入院処遇を終えると通院処遇に移行する仕組みとなっている。そのため、対象者は通院処遇を終えるまで医療を継続的に受ける義務があり、指定通院医療機関や社会復帰調整官、地域支援者などの支援を受けながら「再他害行為防止」と「社会復帰」を目標に生活を営む必要がある。その期間で関係構築や対象者に合った治療、支援を構成し、医療観察法が終

了したあとも精神保健福祉法による一般の精神科医療を継続できるような体制を整えることを目指している。

このように、医療観察法の処遇は措置入院における様々な課題を改善できる仕組みとなっている。

2.6 医療観察法の運用状況

医療観察法は2005年7月15日に施行されてからすでに10年以上が経過している。以下にその間の運用状況について述べる。

まず、2005年7月15日から2014年12月31日までに「処遇の要否及び内容を決定する審判手続」の対象となった者の人数は3462名であり、そのうち、入院処遇の決定となった者は2248名、通院処遇決定となった者は495名であった。その他の719名は医療を行わない旨の決定や却下等であった（厚生労働省 [online：医療観察法の地方裁判所の審判の終局処理の状況](#). [html](#)）。このことから、「処遇の要否及び内容を決定する審判手続」において医療観察法処遇が適応となる者については約82%が入院処遇の決定であり、残りの18%は通院処遇の決定であることから、大多数が入院処遇となる。

次に入院処遇であるが、河野ら（2016）は2005年から2014年までの9年間に開棟した全国30の指定入院医療機関に対してモニタリング調査を行った。その結果、入院処遇となった2175名の対象者の性別は男性が1688名（77.6%）で女性が487名（22.4%）であり、圧倒的に男性が多かった。平均年齢は44.3歳（標準偏差13.7）であり、範囲は20～91歳であった。主診断はICD-10（World Health Organization, 1992）でF2（統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害）が1742名（80.1%）と突出しており、次にF1（精神作用物質使用による精神及び行動の障害）が152名（7.0%）、F3（気分〔感情〕障害）が120名（5.5%）であり、その3障害で90%以上を占める。対象行為は傷害（傷害致死を含む）が742名（34.1%）と最も多く、続いて殺人（未遂を含む）が728名（33.4%）、以下、放火（未遂を含む）が519名（23.9%）、強姦・強制わいせつ（未遂を含む）が94名（4.3%）、強盗が92名（4.3%）であった。入院処遇の終了状況は通常終了（通院処遇への移行）が1146名（52.7%）であり、医療観察法の必要性がなくなったと判断されて医療観察法が終了となったのが246名（11.3%）であった。また、調査段階で在院中（入院処遇継続中）が753名（34.6%）、その他の終了（死亡等）が30名（1.4%）であった。入院処遇期間は推定平均値が760日（95%信頼区間：746～774日）であり、2年を若干上

回る結果であった。

そして、通院処遇であるが、安藤（2016）は2005年7月15日から2015年7月15日までの10年間に通院処遇となった対象者の通院する全国484の指定通院医療機関に対してモニタリング調査を行った。その結果、1740名の対象者についてのデータを得た。対象者の性別は男性が1287名（74.0%）であり、女性が453名（26.0%）であった。年齢は平均が44.9歳（標準偏差13.2）であり、範囲は20～91歳であった。主診断はICD-10でF2（統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害）が1341名（77.1%）で突出しており、次にF3（気分〔感情〕障害）が154名（8.9%）、続いてF1（精神作用物質使用による精神及び行動の障害）が143名（8.2%）であり、指定入院医療機関に対するモニタリング調査と同様にこれら3障害で90%以上を占める。対象行為は傷害（傷害致死を含む）が605名（34.8%）と最も多く、続いて殺人（未遂を含む）が503名（28.9%）、以下、放火（未遂を含む）が463名（26.6%）、強姦・強制わいせつ（未遂を含む）が92名（5.3%）、強盗が77名（4.4%）であった。通院形態として、入院処遇から移行した対象者が1230名（70.7%）、直接通院処遇となった対象者が510名（29.3%）であった。通院処遇を終了した対象者（死亡55名、再鑑定・再入院44名等を除いた1016名）の平均通院期間は938.0日（標準偏差293.5）であり、範囲は61～1826日であった。このことから、通院処遇の終了は目安とされている3年を若干下回る期間となっていることが示された。なお、この調査は上記の指定入院医療機関に対するモニタリング調査とは調査期間が異なっていること、入院処遇から通院処遇に移行した対象者と当初の審判で通院処遇の決定が下りた対象者の両方が含まれている点に留意する必要がある。

ここまでは運用状況を述べてきたが、医療観察法の目的は「再他害行為防止」と「社会復帰」であることから、同様の他害行為を繰り返さずに社会生活を営めることが重要である。そこで、永田ら（2016）は入院処遇から通院処遇に移行した対象者の予後について調査した。2005年7月15日から2014年7月15日までの間に全国25の指定入院医療機関から通院処遇に移行した対象者のうち、研究への同意の得られた402名に対し、処遇終了後の医療（医療観察法再入院、精神保健福祉法による通院など）や再他害行為の有無、自殺企図の有無、アルコール・薬物使用、就労などを担当の社会復帰調整官を通じて、それぞれの対象者の処遇が終わるまで、一年ごとにアンケートによる調査を行なった。対象者の性別は男性320名、女性82名であり、平均年齢は男性が47.5歳（標準偏差12.7）、女性が48.6歳（標準偏差13.0）であった。主診断はF2（統合失調症，統合失調症型障害及

び妄想性障害)が82.8%で突出しており、次にF1(精神作用物質使用による精神及び行動の障害)が8.2%、F3(気分〔感情〕障害)が6.7%であった。対象行為では殺人(未遂を含む)が34.3%であり、続いて傷害(未遂を含む)が32.3%、そして放火が24.9%と、この3つで全体の9割近くを占めていた。これらの数値は指定入院医療機関のモニタリング調査結果とかなり近いことから、サンプリングは概ね適切と考えられる。

予後に関して、処遇がすでに終了した201名の対象者において、処遇終了時点における対象者の状況は「精神保健福祉法による通院」が157名(78.1%)で最も多く、「精神保健福祉法による入院」が17名(8.5%)、「死亡」が10名(5.0%)、精神科医療終了(死亡を除く)が7名(5.0%)、「医療観察法による再入院」が6名(3.0%)、「その他・無記名」が3名(1.5%)であった。再他害行為については402名中の19名(4.7%)23件で認められた。ただし、ここでいう“再他害行為”とは重大なものとは限らず、周囲に問題と認識された行為を幅広く含んでいる。そのため、内容としては「アパート上階の住人の顔を押しした」や「他患の右顔面を殴打した」(それぞれ傷害)などの直接的な暴力の他に、「訪問看護師の腕を触った」、「階段を上る女子の下着を除いた」(わいせつ行為)などの重大とは言えない行為も含まれている。その中で、“重大な再他害行為”については5名(1.2%)7件が該当した。また、自殺企図(未遂を含む)については402名中、14名(3.5%)18件で認められ、既遂者は6名(1.5%)であった。加えて、通院処遇中に1度でも就労をした者が25名(12.4%)いた。

ところで、Yoshikawaら(2007)は医療観察法試行以前に責任無能力・限定責任能力と判断され、不起訴あるいは無罪、執行猶予判決を受けた触法精神障害者489名の予後を追跡した。その結果、再犯は約3年間で6~7%程度であった報告した。この調査は医療観察法の重大な他害行為の1つである放火は含んでいないことから、それを含めればこの数値は若干上がる可能性がある。永田ら(2016)の調査結果と比較すると、医療観察法の入院処遇から通院処遇に移行した対象者の再他害行為の数値はYoshikawaらの研究の結果を下回っていた。ただし、永田ら(2016)の研究は全数を調査できているわけではなく、あくまで研究に同意した対象者を調査しているため、解釈には慎重になる必要がある。なぜなら、研究に同意しない対象者はそれ自体が支援者への不信感の表れである場合もあると考えられるため、研究に同意しない対象者ほど処遇のコンプライアンスに問題を孕み、問題発生リスクが高い可能性が考えられるためである。しかし、この調査は調査対象にバイアスが存在する可能性があるものの、予後を追跡した貴重な研究であることに変わり

はない。

2.7 医療観察法の利点と問題点

これまで述べてきたように、医療観察法試行以前は触法精神障害者の対応を主に措置入院が担っており、そのことによる問題が指摘されていた。しかし、医療観察法の施行により、そのような課題の多くが改善され、再被害行為の発生も医療観察法施行以前の触法精神障害者と比較して低い数値である可能性が示された。また、多職種チーム医療の必要性が叫ばれて久しいが、医療観察法では実際にガイドライン上に明記され、当然のように行われるようになったことは、一般精神科医療のモデルとなりうる重要な試みでもある（松原，2015）。加えて、医療観察法における薬物療法や心理社会的治療の取り組みを一般精神科医療に応用する動きもある。薬物療法においては指定入院医療機関では治療抵抗性の統合失調症に唯一有効性が確立している「クロザピン」を積極的に導入してきた。この薬は重篤な副作用が出現する可能性があり、血漿中濃度の管理が必須であるため、一般精神科医療の中では使用する上で躊躇する機関も多かったが、指定入院医療機関が積極的に導入することで、豊富な症例をもとに有効性を示すことができ、使用のための血漿中濃度のモニタリング体制を示すことで、一般の精神科医療における実践のモデルとなりえている（来住，2017）。心理社会的治療においては統合失調症に対する認知行動療法が対象行為の要因となった幻覚や妄想への治療の必要に迫られるなかで発展し、一般の精神科医療に普及しつつある（菊池・美濃，2010）。また、NEAR（Neuropsychological educational approach to cognitive remediation）といった認知機能向上のためのプログラムは一般精神科医療の中では設備やマンパワーの面で実践が困難であったが、医療観察法の中で取り入れられ、その効果が示されることで一般精神科医療での普及につながっている（壁屋，2014）。医療観察法の附則第三条二項では医療観察法に基づく「医療の水準を勘案し、精神科医療全般の水準向上を図ること」と記されており、医療観察法医療が一般精神科医療のモデルとなることが求められていることから、こうした取り組みはその目的に合致したものであろう。

一方で、医療観察法の施行後、様々な課題も指摘されている。以下に医療観察法をめぐる様々な課題について、「処遇の可否及び内容を決定する審判手続」と「入院処遇」、「通院処遇」に分けて論じることとする。

まず、「処遇の可否及び内容を決定する審判手続」における課題について、医療必要性判

定の 3 要件における事実認定に疑義のある事例が少なくないという指摘がある（村上，2009）。これは、発達障害、知的障害などの副診断がつく事例において、それらの疾患は器質的な要因が大きく、薬物療法や心理社会的療法による改善の限界があり、治療反応性の評価が難しいことやこれら副診断の疾患の要因の方が大きく対象行為に影響していた場合の扱い方についてのコンセンサスが得られていないことに起因すると考えられる。また、治療反応性は対象者の要因だけでなく、医療機関や地域による医療手段、支援体制の格差にも影響を受けることが指摘されている（岩成，2012）。

「入院処遇」における課題について、まずは指定入院医療機関の偏在の問題が挙げられる。現在は全国に 32 の指定入院医療機関が整備されたが、北海道と四国は現在も整備されていない（厚生労働省 online :指定入院医療機関の整備状況）。そのため、それらの地域で入院処遇決定が下ると、対象者は他都府県の指定入院医療機関に入院することになる。そのため、通院処遇移行後の居住地から離れてしまい、家族を含めた会議や外出や外泊を行う回数が限られるような状況の中で退院を迎えざるを得ない事例がある（宮田ら，2009）。なお、たとえ居住地の都府県に指定入院医療機関があったとしても、その機関の医療観察法病棟が満床だった場合には他都府県の指定入院医療機関に入院することになるため、この問題は常に起こりうる。

次に、入院期間の長期化である。当初、1 年半を想定していた入院処遇は前述の安藤ら（2016）の調査結果のように、2 年を若干上回る結果であった。その背景の 1 つが医療観察法による潤沢なマンパワーをもってしても病状が安定しない対象者の存在であり、八木（2009）は入院処遇対象者の 2 割程度が通院処遇に移行することが難しい対象者であると指摘している。このような対象者においてはいくつかの理由が考えられる。1 つ目は対象者の精神疾患の程度が重度であり、病状が安定しないことが挙げられる。医療観察法のような手厚い医療を行っても病状が安定しない対象者は通院処遇に移行することが困難であり、帰住先の地域も受け入れに難色を示しやすい。2 つ目は都府県単位での地域による指定通院医療機関の寡多が挙げられる。基本的に入院処遇から通院処遇に移行する際には元々生活していた地域に戻ることが原則である。そのため、その地域に指定通院医療機関がない場合には指定通院医療機関に近い場所に居住する必要があるなどし、調整に時間がかかることがある。3 つ目は指定通院医療機関における対象者の受け入れ人数の限界である。通院処遇における指定通院医療機関はあくまで一般精神科医療のセッティングの中で治療を行っており、通院処遇の対象者は会議や裁判所への提出資料の作成にも時間

を割く必要があるため、無制限に引き受けることはできない。そのため、医療機関によって「受け入れは1名のみ」というところもあり、その場合にはその対象者の処遇が終わるまで待つ必要がある。そのため、このことが在院日数の増加を招くことにつながる。

「通院処遇」における課題について、まずは入院処遇と通院処遇の医療環境の格差が大ききことが挙げられる。指定入院医療機関では手厚いマンパワーと厳重な管理体制があるが、通院処遇になれば常時観察できるわけではないため、観察や管理のレベルは一気に低下する。そのため、入院環境の中では問題行動が起きずに済んだが、通院の環境になって問題が顕在化する場合もある（松原，2015）。

次に、前述のように都道府県単位での指定通院医療機関の地域的偏在の問題が挙げられる。例えばある都道府県で指定通院医療機関が1つしかない地域では医療観察法の適応となる対象者が現れると、必然的にその医療機関が引き受けを打診される。なお、指定通院医療機関の選定について、裁判所に決定権はなく、社会復帰調整官が打診することになり、指定通院医療機関には拒否する権利もある。また、対象者も近くに指定通院医療機関がなければ、遠方でも指定通院医療機関に通うことになるので、移動の負担の大きいケースが出てしまう（植松，2008）。また、指定通院医療機関は入院医療機関と比較し、刺激の多い環境で生活する対象者に対して、診察や面接など限られた接点となる中で、「社会復帰」と「再他害行為防止」の目的を果たすために責任を背負いながら関わることになる。加えて、一般の患者以上に書類作成や会議に時間を割く必要も出てくる。しかしながら、そのような責任と時間に見合った診療報酬が得られないため、積極的に指定通院医療機関を担う動きが出てきづらいという指摘がある（小西・外間，2011）。

さらに、当初の審判で通院処遇決定が下りてしまうと、そこから1週間程度で初回の通院を迎えることもあるため、指定通院医療機関内の担当者の決定や院内の業務調整などにも間に合わないような状況で通院処遇がスタートする場合があります、そのことが現場の混乱を招くという指摘がある（岩尾，2008）。そして、たとえ入院処遇から通院処遇に移行する対象者を引き受けるとしても、指定通院医療機関は指定入院医療機関と比較して、インテシブな介入を行う時間や余裕がない。これは指定入院医療機関のスタッフは専属であることが条件であるが、指定通院医療機関のスタッフは専従ではなく、精神保健福祉法に基づく精神科医療を兼務しながら関わっていることが挙げられる（植松，2008）。

これらの指摘に加え、医療観察法全般においては、そもそも精神病者は再犯率が低いことを示した研究（山上他，1995）や心神喪失・耗弱とされた精神障害者一般がより再犯り

スクが高いとはいえないという指摘（渡辺，1995）がある。こうしたことから、医療観察法の対象となる者は元々犯罪傾向および再犯の可能性の低い人を対象としているにも関わらず、指定入院医療機関の建設や従来の精神科医療と比較して潤沢なマンパワーによる医療に対する高額な診療報酬などによる予算を投じていることへの批判的な指摘もある（中島，2011）。

以上から、医療観察法の施行によって従来の措置入院による対応の課題が改善され、調査結果からは再他害行為も低い数値で推移していることが予想されていること、チーム医療のモデルとなっていること、心理社会的治療の中で一般精神科医療に汎化しているものがあることなどから、一定の効果を示しているといえよう。しかしながら、「処遇の要否及び内容を決定する審判手続」や「入院処遇」、「通院処遇」のそれぞれにおける課題も存在し、費用対効果についての批判もある。

第3節 医療観察法処遇と一般精神科医療における病状管理と危機時対応のプラン

3.1 医療観察法処遇における病状管理と危機時の対応のためのプラン

ここからは医療観察法の実務的な面について述べる。医療観察法の目的は「社会復帰」と「再他害行為防止」であり、その目的を果たすために病状管理は極めて重要な課題となる。なぜなら、医療観察法の対象者はすべて、精神疾患の影響を受け、心神喪失、あるいは心神耗弱の状態となり、重大な他害行為を起こしているからである。前述のように指定入院医療機関では担当多職種チームがリスクアセスメントを行い、それに基づいて必要な集団プログラムや個別的介入を提供する。そして、多くの対象者が疾病教育プログラムに参加し、疾病理解を深め、病識を向上し、ストレス対処や症状対処の方法を学ぶ。そして、担当多職種チームと共に対象行為に至るまでの経過を整理し、どのような要因によって病状悪化するか、またその際にどのように立て直せばよいかを検討する。例えば、対人関係のストレスが引き金となり、「不眠（0時を過ぎても眠れない）」、「幻聴が聞こえ始める」といった病状悪化の前兆となる症状が出てきて、その後、病状悪化が進行すると「命令性の幻聴（殴れなど）が聞こえる」、「死んでしまいたくなる」といった症状が出てくる対象者がいると仮定する。医療観察法の入院処遇ではこうした対象者に対して、疾病教育や心理教育によって病識を高め、上記のような体験を症状として捉えることができるよう支援する。そして、そのような症状が出てきた際には「追加薬を飲む」といったことや「相談する」、「呼吸法で落ち着く」などの対処スキルを獲得する。さらには「新たな環境で対人

関係上のストレスが高まるときに症状が出やすい」などのパターンを理解し、病状悪化の引き金になりやすいストレッサーや病状悪化に伴って出現する早期警告症状、また病状悪化が進行した時の症状を整理と自己対処を整理する。上記の例で言えば「幻聴が聞こえ始めたときには追加薬を飲む」といったことやそれが数日続くようなときには「医療スタッフに相談する」などの自己対処が考えられる。また、病状悪化が進行し、「命令性の幻聴が聞こえる」というときは「追加薬を飲む」、「すぐに〇〇病院の△△さんに電話する」などの自己対処が考えられる。

しかしながら、統合失調症や双極性障害を抱える人は自分の状態や病状をモニタリングすることに困難があったり、病状悪化に伴って病識が低下したりして、適切な対処が取れないこともある（菅原・森，2011）。また、周囲の支援者において、長く関わってきた支援者は対象者の状態や病状の変化に気づき、効果的な対応ができるかもしれないが、関わりが少ない支援者には気づくことが難しく、どのような状態や病状の時にどのような対応をすることが望ましいのかを判断することが難しい。これは入院処遇から通院処遇に移行する際に大きな課題となる点である。入院処遇では担当スタッフがほぼ毎日接することができ、手厚いマンパワーによる24時間体制の観察と対応が可能であるため状態や病状の把握と対応が迅速にできうるが、通院処遇では限られた支援者が限られた時間の中で観察と対応をせざるを得ないため、入院処遇と同じように観察や対応をすることは困難である。そのため、病状管理においては自己対処に加え、支援者がどのような状態や症状変化に注目し、どのようなタイミングで、どのように対応すればよいかが明確になっていることが重要である。前述の例でいえば、支援者が対象者の睡眠状況を日々確認し、病状悪化の前兆となる症状が出てきたときには支援者間で対象者の病状に関する情報を共有し、訪問看護の頻度を増やしたり、主治医は処方の変更を検討したりすることなどが考えられる。さらに病状悪化が進行した際には「臨時受診」、「処方変更」、「入院」といった対応もありうる。このように、対象者における主体的な病状管理と支援者における対象者の状態や病状の理解と対応を入院処遇から通院処遇に移行した直後からスムーズ行うためのツールの必要性が医療観察法の施行当初から指摘されていた（野村，2014）。

他方、社会復帰調整官は入院処遇対象者の通院処遇に移行する場合や当初審判における通院処遇決定が下りた場合に、通院処遇の支援体制や緊急時の対応を明記した「処遇実施計画」を作成する義務がある（医療観察法第104条）。内容としては「処遇の目標」、「本人の希望」、「ケア会議の回数や場所」、「処遇の内容（通院医療、訪問看護、デイケアの担

当者や頻度など)、「精神保健観察(社会復帰調整官による観察、助言・指導)の目標、内容、接触方法など」、「その他の援助(保健師や相談支援事業所などの担当者や接点の頻度など)」、「緊急時の対応」が含まれる。これは精神保健福祉の分野で用いられているケアプランに類似するものであるが、処遇に関する公的な文書であり、この計画に基づいて通院処遇を進めることになる。この「緊急時の対応」という部分は医療的な関わりを含むため、指定入院医療機関から何らかの対応方法を提案して欲しいという社会復帰調整官からのニーズもあった(佐賀, 2011)。

こうした状況から、「状態・病状に応じた対象者の自己対処と支援者の対応をあらかじめまとめた計画書」が作成されるようになり、関係者の間で「クライシス・プラン」と呼ばれるようになった(平林, 2011)。一般的なクライシス・プランの例を図 1-2 に示す。クライシス・プランは担当多職種チームと対象者とで作成し、その後、通院処遇の支援者と内容の検討が行われ、社会復帰調整官の作成する「処遇実施計画」の「緊急時の対応」という項目に「クライシス・プランを参照」といった形で取り入れられることが多い(佐賀, 2011)。こうして、作成されたクライシス・プランは対象者の通院処遇が開始された後に、対象者と指定通院医療機関や社会復帰調整官、保健師などの行政担当者、家族などの支援者によって活用されることが想定されている。

クライシス・プラン作成と活用を通じて対象者の主体的な病状管理能力が向上し、支援者もクライシス・プランを基にした支援によって再燃が予防できうる。また、再燃が始まったとしても迅速な対応が可能になることで、病状悪化を食い止められる可能性があり、安定した社会生活の維持と再他害行為の防止に役立つことが期待される。つまり、クライシス・プランは医療観察法入院処遇においては取り組みの集大成ともいえるものであり、医療観察法に基づく処遇において極めて重要な役割を担っている(野村, 2014)。

3.2 わが国の精神科医療における病状管理と危機時の対応のためのプラン

我が国において、統合失調症などの慢性精神疾患患者に対する疾病教育や心理教育の実践の蓄積はあるが(松田, 2012)、多職種、多機関連携による病状管理のためのプランの実践に関する報告は医療観察法以前には皆無であった。看護計画や治療計画など、個々の専門職や組織単位では病状管理のための介入計画の立案は日常的に行われるが、多職種、多機関による対象者を含めたプランの作成と活用が全国的に、同時期に実践されるようになったのは医療観察法における「クライシス・プラン」が初めてであろう。

クライシス・プランが医療観察法処遇の中で実践されるようになり、チーム医療が必要とされる他の領域でも作成されるようになった。例えば重度の精神障害者の地域生活を多職種による 24 時間体制で援助・支援する包括的な訪問型支援である ACT (Assertive Community Treatment : 包括的地域生活支援) はそのひとつである。重度の精神障害者を支援することから、病状悪化への対応は必須であり、クライシス・プランは重要なツールとなっている (伊藤, 2012)。また、我が国において、入院治療の必要性が低くなったにも関わらず、精神病床に滞留している慢性期患者が多く存在することから、日本医師会 (2016) は「長期入院精神障害者に対するアウトリーチを含めた地域移行のあり方」について検討し、報告書を作成した。その中に、「長期入院後に退院した人に対して行うアウトリーチにおいても医療・保健中心型アウトリーチの計画書とクライシス・プランの作成は無くてはならない。また、両サービス同様に計画書とクライシス・プランに対する報酬を付けることは実行してゆくうえで、重要になってくる」とあり、長期入院精神障害者が地域移行する上で、クライシス・プランは必須であり、診療報酬をつけることで積極的な作成につなげることを提案している。

加えて、平成 26 年に精神障害者の地域生活への移行を促進するため、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律」(以下、改正精神保健福祉法) が施行された。その中に精神科病院においては医療保護入院患者に対して、「退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者 (精神保健福祉士等) の設置」、「地域援助事業者 (入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等) との連携」、「退院促進のための体制整備」が義務付けられた。医療保護入院患者を円滑に地域生活の戻すため、入院後に病棟に配置された「退院後生活環境相談員」が選任され、多職種チームによる各種アセスメントと退院支援計画を作成する。並行して、退院後の福祉サービス利用について相談支援事業所とともに検討を進める。その後、「退院支援委員会」を開催し、本人と担当多職種チーム、福祉サービス機関、家族などが集まり、本人の希望を尊重しながら退院に向けた方針や退院後の生活環境の調整を行う。そして、薬物療法による病状安定の他に、金銭管理や服薬管理、対処スキルの獲得などを行うが、その中に「クライシス・プラン作成」が含まれており、重要な取り組みとして位置づけられている (厚生労働省, 2016)。作成したクライシス・プランをもとに外出・外泊を行い、地域生活の中で安定した生活を送るための支援体制を整え、関係者会議で退院を検討する。退院後も地域定着のために通院医療や訪問看護、福祉サービスなどを利用しながら、支援者との協働的な病状管理のた

めにクライシス・プランが活用されることが想定されている。

このように精神科医療における多職種連携や病状悪化への対応、地域移行が重要となる領域において、徐々にクライシス・プランは取り入れられつつある。特に、医療保護入院患者の退院促進においてはそのモデルの中に取り入れられており、国家レベルで重要性を認識していることが示されている。

近年では徐々に一般の精神科医療中にも取り入れられつつあり、実践についての報告がなされるようになってきた（佐々木・牧，2015；酒井，2017）ただし、作成方法や手順、活用方法などが明確ではなく、まだ一般精神科医療に普及しているとは言い難いことが問題点として指摘されている（野村，2014）。

3.3 海外の精神科医療における病状管理と危機時の対応のためのプラン

欧米では 1980 年代前後から、特に病状悪化時に冷静に判断できなくなった場合の治療について事前に話し合っておく、「Advance Statement」と呼ばれる取り組みが始まった（Henderson et al., 2008）。

アメリカでは植物状態になるなどして、自分の意思が示せなくなった方の尊厳死をめぐる、社会的な議論になり、そのことから 1990 年に「患者の意思決定法」（The Patient Self-Determination Act）が制定されたことで、医療に対する希望が法的に取り入れられるようになった（立川，1998）。この法律では、患者の権利、特に医療行為を承諾、または拒否する権利や事前指示を作成する権利について患者に書面で説明することなどを書く医療機関に義務付けている。事前指示とは「ある患者、あるいは健常者が将来、自らが判断能力を失った際に事前に行われる医療行為への意向をもって意思表示すること」と定義される（赤林他，1997）。精神科の利用者、特に統合失調症や双極性障害を抱えた利用者は病状悪化によって理性的な判断ができなくなる場合があるため、この事前指示が用いられるようになった。現在までに 25 の州で精神科医療に特化した「精神科事前指示」（Psychiatric Advance Directives；PAD）に関する法律が施行されている（Swanson et al.,2006）。PAD の書式は州ごとに異なるが、判断能力を持つ成人であれば誰でも作成できる。また、希望する医療や対応の内容まで細かく記載する場合と代理人のみを決める場合、その両方を決める場合とがある。内容は JCP と似ていて、病状悪化の注意症状や病状悪化に影響するストレス、希望する治療・対応や拒否したい治療・対応、自分の代弁者などが記載される。また、PAD には法的な効力があるため、医療者は極力 PAD にそった医

療や対応をする義務がある。PAD によって精神障害を有する人の判断能力が低下した際の非同意治療を最小限にし、希望する医療を受けられることを目的としている (Joshi, 2003)。

PAD は法的な効力もあり、精神科利用者にとって、医療者に対する治療や対応に関する権利擁護において有効なツールではあるが、完成させることが難しく、法的な手続きも複雑であり、一般的に普及しなかった (Thomas and Cahill, 2004)。そのため、ソーシャルワーカーなどが PAD の作成を支援する試みも行われ、その場合は多くの精神科利用者が完成できたという報告もある (Swanson et al., 2006)。なお、このように支援者と共に作成された PAD は Facilitated Psychiatric Advance Directives (F-PAD) と呼ばれており、今後、さらなる普及が期待されている (藤井, 2011)。ただし、PAD は基本的に病状悪化による危機的状況における権利擁護に主軸をおいており、病状管理のためのプランとは言い難い。また、担当医療スタッフとの検討を必要としないため、合意に基づくものではなく、一方的な希望の記載されたプランになることもある。

他方、イギリスでは精神医療を利用する当事者団体によって、病状悪化時に希望する治療を受けられるよう、権利擁護の目的で「Crisis Card」が作成された。代表的な当事者団体の 1 つである Survivors Speak Out は「理性的な精神状態の時に自分の志向性についての最も良い判断できなくなるような状況になった場合、どのような対応してほしいかを書き出しておける」として Crisis Card を積極的に推進し、その後は様々な当事者団体や非営利団体によって Crisis Card が広まった (Sutherby, 1999)。当初は権利擁護の意味合いが強かったが、徐々に医療の自己決定を促す意味を持つものも作成されるようになった。そして、Crisis Card が広まるにつれて、Crisis Card は 2 つのタイプに分かれることがわかってきた。1 つは危機時における自分の要求が一方的に記載されているもの、もう 1 つは病状悪化時の希望のみならず、病状悪化の早期警告症状や悪化時の症状が記載され、それらが出現した際の医療者側の対応・治療と本人の自己対処などが記載された計画の記載されたものである。後者のようなものは「Crisis Plan」と呼ばれるようになった。さらに、その内容が医療スタッフや支援者と話し合いのうえで合意されているものは「Joint Crisis Plan」(以下、JCP) と呼ばれるようになった。Sutherby ら (1999) は JCP を「危機的状況と危機的状況で取るべき対処や受けたい治療について治療者と共に検討し、相互に同意した考えを記録したもの」と定義している。

JCP は手順も示されている。内容は氏名や電話番号、診断、担当の医療スタッフなどの基本的な情報のほかに、アレルギー、病状悪化につながる状況、病状悪化の早期警告症

状、危機状況や再発時に有効だった治療、危機状況や再発時に拒否したい治療など、いくつかの選択肢（メニュー）を提示した上でその中から選んでもらったり、自由に希望を加えてもらったりして作成される。そして、作成された JCP は医療スタッフとは独立したファシリテーター（精神科看護師や精神科ソーシャルワーカー）によって患者と医療スタッフ、患者の希望する人物（家族、友人など）とすり合わせが行われ、JCP として完成となる。ただし、それらは定期的に見直され、患者や医療スタッフの現状や病状に沿ったものに変更される。なお、JCP には法的な効力はない。しかしながら、医療スタッフは可能な限りこの計画に沿った対応を行うよう努める必要がある。このような取り組みが評価され、イギリスの医療におけるガイドラインを作成している国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence ; NICE）において、2011 年に成人のメンタルヘルスの品質標準（Quality Standard for adult mental health）に危機状態のリスクのあるメンタルヘルスサービス利用者に対しては Crisis Plan が提供されることを推奨することが記載された（NICE online: Quality statement 9 Crisis planning）。

ここまでは当事者と医療関係者との間で用いられるプランについて述べたが、他者との共有は前提とせず、当事者が自分自身のために作成する病状管理のためのプランもある。その代表は The Wellness Recovery Action Plan（以下、WRAP）であり、Copeland とその仲間によって作成された、病状管理のためのプログラムである（Copeland, 2002）。WRAP は「日常生活管理プラン」、「引き金となる出来事に対処するプラン」、「注意サインに対処するプラン」、「調子が悪くなってきている時のプラン」、「緊急状況への対応プラン」、「緊急状況を脱した時のプラン」のそれぞれをファシリテーターと共に作成する。基本的にファシリテーターは同じように精神疾患を抱えたピアサポーターが行う。WRAP ではプランを立てるために、参加者はまず自分が良い状態を保つために役立つ立つ行動や対処を特定します（「日常生活管理プラン」）。そして、病状悪化の引き金や早期警告症状、および症状への対応方法を列挙する。これに続いて、病状悪化時に支援を求める人物やしてほしいこと、してほしくないことなどを決める。そして、それを日々確認することで、自分の状態をモニタリングし、適切な対処を行うことで良い状態を保ち、病状悪化の早期警告症状が出てきた際にも適切な対処行動をとることで病状安定を図ることが期待されている。ただし、WRAP は法的な効力がなく、必ずしも医療スタッフとの検討が必須ではないことから、あくまで病状自己管理のためのプランとして位置づけられる。

このように、海外においては病状悪化時の権利擁護の観点から病状悪化時の危機時のプ

ランに関するが作成されるようになってきた。その中で、Crisis Card と PAD (F-PAD を含む) は権利擁護の意味合いが強く、病状悪化時の医療スタッフに対する希望を記載する点で共通している。その 2 つの中でも PAD は法的な効力があるのが特徴である。WRAP は病状自己管理に力点が置かれ、ピアサポーターと共に病状の段階に応じた詳細な対処を準備できるプランである。しかし、WRAP も前述の 2 つのプランもそれぞれ医療スタッフとの検討は必要としない。その点、JCP は法的な効力はないものの、当事者と担当医療スタッフをはじめとする支援者が病状管理を目指し、病状悪化時の権利擁護も含んだプランであること、また医療スタッフとの検討を通じて当事者と支援者全体が可能な限り合意を目指して作成する点が特徴である。医療観察法におけるクライシス・プランは法的な効力はなく、医療スタッフをはじめとする支援者と協働的に作成する点で JCP と共通した部分が多く、病状管理を含んでいる点でも似ている。ただし、JCP ほど作成手順が体系化されておらず、JCP のように権利擁護からではなく、病状管理におけるニーズから作成されるようになったという点で異なる。

3.4 医療観察法におけるクライシス・プランの特徴

医療観察法におけるクライシス・プランの特徴について、一般精神医療において作成されるクライシス・プランとの比較から論じる。双方ともに病状管理が重要な目的である点は同様であるが、異なる点もある。

1 つ目に入院処遇で作成されるクライシス・プランは手厚いマンパワーによる個別、あるいは集団による様々な治療プログラムを通じ、対象者の病識を高めたり、対処スキルを高めたりすることに加え、対象行為の振り返りによるケースフォーミュレーションを行なうなど、多面的に時間をかけて作成できることが挙げられる。

2 つ目に入院処遇から通院処遇に移行するほとんどの対象者において、入院処遇と通院処遇との環境が大きく変わることである。通常のカリシス・プランは作成した支援者とともに活用することを前提としているが、医療観察法入院処遇から通院処遇に移行する対象者は基本的に社会復帰調整官以外の支援者が全て入れ替わり、多数のマンパワーに囲まれていた入院環境から、支援者との接点が限られた環境に変わる。そのような状況を踏まえ、通院処遇の環境や支援体制を踏まえたクライシス・プランを入院処遇中に作成する必要がある。また、通院処遇の支援者は対象者と使いやすいものにするために加筆や修正を加えることが重要となる。

3つ目にリスク・マネジメントの要素が含まれることである。リスク・マネジメントとは医療事故を教訓に医療安全対策を目的に海外から取り入れられた手法であり、問題発生につながりうるリスクを評価し、リスクを最小限にするための取り組みである（安西・伊藤, 2011）。次第に、そのような考え方は司法・矯正分野、そして医療観察法の分野にも取り入れられるようになった。

医療観察法は「社会復帰」と「再他害行為防止」という目的のために再他害行為のリスクを最小限にする必要があり、それらにつながるような病状悪化（例：幻聴で「殴れ」と聞こえるなど）が見られた際のリスク・マネジメントとして、通常精神科医療よりも早い段階で強制力を含んだ介入を行う場合がある。本来、クライシス・プランは対象者の主体的な病状管理能力を高め、支援者との協働的な病状管理を図るために役立つことが期待されるが、医療観察法は医療福祉的な観点だけでなく、刑事司法的な観点も含んでいるため、クライシス・プランには病状悪化の段階によっては臨時受診や入院対応（非同意入院も含む）について記載されることがほとんどである。しかしながら、そのような場合についても対象者と十分話し合い、希望をできるだけ取り入れた上で合意を得られるよう折り合いをつける必要がある。

以上のように、手厚い医療の中で作成されること、また作成の中心は入院処遇中であっても、活用が特に重要となる場面は通院処遇であること、加えて医療・福祉的な観点における社会復帰と、刑事司法的な観点における再他害行為防止の両方を考慮する必要があることが特徴といえる。

第4節 近接領域における動向

4.1 リラプス・プリベンションモデル

クライシス・プランが果たす役割において、病状管理は主要なポイントである。医療観察法の対象者はほとんどが統合失調症であることから、再燃を防げるように病状管理しながら生活することが求められる。そのために、クライシス・プランによって良い状態を維持し、再燃の早期警告症状に早めに気づいて自己対処、あるいは支援者が対応することが求められる。なお、良い状態を維持し、再燃を防ぐという点では「リラプス・プリベンション（Relapse Prevention; RP）」の考え方と重なる。RPは嗜癖行動の治療の領域を中心に用いられており、認知行動的モデルに基づき、リラプス（再燃・再発）が生じやすい状況を同定し、認知的・行動的双方のコーピング方略を用いて、将来同様な状況に陥ったと

きにリラプスが生じるのを防止しようとする。アルコール・薬物問題への取り組みからスタートした RP であるが、現在は薬物、喫煙、摂食障害、ギャンブル、性犯罪、統合失調症、うつ病なども対象に広げている (Marlatt & Deniss, 2005 原田訳 2011)。

RP による治療は、2 つの段階から成っており、最初の段階はリラプスに至りやすい「ハイリスク状況」を同定し、できる限りそのような状況に身を置かないようにする。例えばアルコール依存症の場合は仕事帰りや友人からの誘い、年末年始、ストレスがかかったときなどハイリスク状況として考えられるため、そのような状況にならないように早めに帰ったり、ストレスを溜めたりしないように生活することなどが挙げられるだろう。しかし、こうしたハイリスク状況を常に避けられるわけではないため、ハイリスク状況になった場合の対処を学習することが、次の段階である。前述の例でいえば、友人から誘われてしまった際の断り方を学習したり、ストレス対処の方法を身に付けたりすることで対処できるようになる (原田, 2014)。

近年は RP を中核的な治療方法とし、さらには動機づけ面接 (Miller and Rollnick, 1991) の技法や自助グループ、家族教育などの介入も組み合わせた「マトリックス・モデル」による治療が盛んになっている。マトリックス・モデルは嗜癖行動に対する有効な治療であることが示されている (National Institute on Drug Abuse, 2012)。わが国でも実施されているプログラムとして代表的なものが「SMARPP」(松本他, 2011) である。このプログラムでは Matrix model を部分的に援用し、修正を加えた 28 回のプログラムで構成され、治療の動機づけを高め、リラプスの引き金を同定し、引き金の回避や引き金に接した際の対処法を獲得するための学習、またリラプスを遠ざけるための日常生活の過ごし方などを学ぶ。

司法・矯正領域において、RP や RP をベースにした治療方法は再犯リスクを低下させる取り組みの主流である。例えば刑事施設や少年院、保護観察保において導入されている性非行・性犯罪加害者を対象としたプログラムも再犯や再非行に結びつきやすいリスク要因を明らかにし、それらのリスク要因を回避、あるいは低減させることを狙っている (吉村, 2015)。こうした司法・矯正分野における再犯リスクに働きかける取り組みはリスク・マネジメントのための手法といえる。司法・矯正分野におけるリスク・マネジメントとは触法行為が発生するリスク要因をアセスメントした上で、そのリスク要因を低下、あるいは制御するための方法を指す。

医療観察法においても同様であり、再他害行為を予防し、社会復帰を促進するために、

リスク・マネジメントは必須である。リスク・マネジメントを行う上で、医療観察法では共通評価項目という評価尺度が用いられ、どのようなリスク要因が再他害行為につながるかをアセスメントし、そのアセスメントを踏まえて介入計画を立て、介入を行う。そのために提供されるプログラムの中には RP の考え方に基づいたものも多く、例えば疾病教育のプログラムでは病状悪化の引き金や病状に影響を与えるストレスとその対処、病状悪化の早期警告症状の把握と対処、病状悪化時の対処などを学ぶ。また、病状以外のリスク要因として、今村ら（2012）は医療観察法入院対象者において飲酒や薬物の問題を抱えた者が少なくないとして、マトリックス・モデルに基づく「医療観察法病棟物質使用障害治療プログラム」を開発し、実践している。さらに、個人的な特性として怒りの表出が激しいことが課題になる対象者には PR に基づいたアンガーマネジメントを行うこともある（壁屋，2011）。そして、このような介入を通じて対象者が病状管理の方法を身につけ、病状の段階に応じた適切な対処を整理するとともに、病状の段階に応じた支援者の対応なども取り入れてクライシス・プランが作成されることから、クライシス・プランはリスク・マネジメントの意味を含むものとなる。

このように司法・矯正や医療観察法の分野において RP はリスク・マネジメントのための主要な取り組みである。医療観察法では「社会復帰」と「再他害行為の防止」が法の目的となっており、対象者が精神疾患の影響を受けて対象行為を行ったことを考えれば、病状管理が再他害行為のリスクを低下させる上での重要な課題であることは明らかである。RP による介入を基礎として作成されたクライシス・プランは病状管理に役立つことを期待されていることから、クライシス・プランはリスク・マネジメントのための一翼を担っているといえる。

4.2 ストレングス・モデル

ストレングス・モデルとは 1990 年代前半にアメリカの大学教授である Rapp らによって提唱された障害者への支援技法で、従来のケアの捉え方を転換するためのアプローチである。医療においては本人の問題点に焦点をあて、それを解決するための計画を立て、実践することが中心であった。例えば、「疾病の理解が乏しい患者」は「疾病教育」を行う計画を立案し、それを実践することで「疾病理解を促進する」ことを狙う。しかし、このようなアプローチは個人の問題点ばかりに焦点を当て、自尊心の低下やスタッフとの関係悪化などにもつながり、ユーザーの可能性を奪ってしまうという批判がなされるようになって

た（栄，2004）。そうした流れの中で、人間の持つ可能性や力、能力などに注目し、それらを発揮できるようにすることの重要性が叫ばれるようになった（Cowger, 1994）。ストレングス・モデルはそうしたユーザーの「ストレングス＝強み」に当て、それを活かして支援を組み立てていくものである（萱間，2016）。

ストレングスの概念として、Rapp と Richard（2012）は個人に限定せず、個人を取り巻く環境も含むとしている。個人のストレングスについてはユーザーに備わる「熱望（aspirations）」、「能力（competencies）」、「自信（confidence）」という3つの要素を挙げている。また、本人を取り巻く環境のストレングスについては「資源（resource）」、「社会資源（social relations）」、「機会（opportunities）」という3つの要素を挙げている。このような概念に基づき、個人や環境が持つストレングスに焦点を当てながら、本人の希望に協働で取り組むことがストレングス・モデルに基づく支援である。なお、ストレングス・モデルの実践により、QOLの向上や入退院率の低下などの効果を示唆する研究がある（Stanard, 1999）。

このような取り組みは我が国においても徐々に関心が高まっており、実践が報告されるようになってきた。例えば白澤（2006）は精神科利用者にストレングス・モデルに基づく介入を行ったところ、ケアへの満足度が高まり、地域での生活力が向上し、再入院率も低下し、結果的にコスト抑制にも貢献できたとしている。また、精神医療以外にも神経難病患者に対してストレングス・モデルに基づく支援を行ったことで、疾病に基づく苦痛度の緩和につながったという研究がある（大野，2011）。精神医療の中では特に多職種によるアウトリーチサービスの領域で積極的に取り入れられており、特に重度の精神疾患を抱えた者を多職種チームによって24時間体制で支援するACT（Assertive Community Treatment）はストレングス・モデルを必須としている（伊藤，2015）。

このように、対人援助における従来の問題解決型のモデルに対する批判や疑問からストレングス・モデルへの関心が高まっている。そして、ストレングス・モデルは医療の分野にとどまらず、司法・矯正分野においても取り入れられるようになってきている。寺戸（2011）は従来の保護観察処遇は“身体問題”、“非行歴”、“不十分な学力”といった個人要因や“家庭の貧困”、“両親の不仲や暴力”などの家庭環境、“学校・職場でのいじめ”、“非行グループの存在”といったリスク要因に焦点を当てやすく、その中で介入可能な要因に対して指導監督するが、そのようなネガティブな面だけに処遇のターゲットを置くことの限界を指摘している。そして、そのような面への働きかけも重要としたうえで、本人の能力や才能、

関心などを取り上げ、それらが発揮される状態となるよう処遇のターゲットを置くことの重要性を述べている。その点に関して、Fraser (2004) はストレングスが単なる長所や強みに留まらず、リスク要因を制御するものとされ、リスク要因から本人を守る、あるいはリスク要因がもたらした困難な状況からの脱出や回復を助ける機能があると述べている。こうした背景から、小寺 (2011) は保護観察対象者のストレングスの発揮を促す関わりをいくつかの事例に取り入れ、その有効性を評価し、ストレングス・モデルは有効なアプローチになりうるとしている。ただし、ストレングス・モデルだけでうまくいくものではなく、リスク要因を適宜、再評価しながら、それらに対する指導監督を行う中で、生かしていく必要があることも併せて述べている。

刑事施設や少年院などにおける再犯・再非行に結びつきやすいリスク要因を回避、あるいは低減させる取り組みについても徐々にストレングス・モデルが取り入れられつつある。例えば Yates & Prescott (2011 藤岡訳 2013) は再犯率が高いとされている性加害者に対して、「犯罪をしない」という従来の回避目標ではなく、本人のストレングスを伸ばすことに焦点を当て、「良い人生をつかむ」という目標を目指している。その中で、性犯罪から離れるための努力の方向性が明確になるとともに、加害者の動機づけが強まることを狙っている。

医療観察法処遇において、治療プログラムが全国で統一されているわけではなく、各指定医療機関によってばらつきがあるため、ストレングスに焦点を当てたプログラムを独自に行っている可能性はある。しかし、ストレングスに焦点を当てたプログラムについての報告や研究は現在までに見当たらない。鶴見 (2011) は医療観察法処遇においてリスク・マネジメントの重要性を認めつつも、問題点ばかりに注目せず、長所に注目し、良い面を広げていくことで相対的に問題点を小さくするような関わりも重要であり、そのためにストレングス・モデルをリスク・マネジメントに融合していくことが求められるとしている。そのような視点で考えると、クライシス・プランもストレングスの視点を取り入れることは重要であろう。なぜなら、病状管理によるリスク・マネジメントに偏ってしまうと、対象者は「再被害行為を起こさない」ことばかりを期待され、問題点ばかりが列挙されたツールになってしまうからである。そのようなツールは対象者にとって嫌悪感や受け入れがたさなどにもつながる可能性もあるため、ストレングスの視点を取り入れることで、「自分の良い機能や能力を発揮するために良い状態を維持する」という前向きな意味を持たせることができるかもしれない。現段階では全国の指定入院医療機関の作成するクライシス・

プランにおいて、ストレングスに関する情報をどの程度取り入れることができているかは不明である。ただし、クライシス・プランが作成されるようになったプロセスを考えると、リスク・マネジメントの役割を期待されてきたため、内容もストレングスに関する項目よりもリスク・マネジメントに関する項目に偏っている可能性がある。

4.3 リスク・マネジメント・モデルとストレングス・モデル

これまで述べてきたように、司法・矯正や医療観察法の分野において、RPに基づくリスク・マネジメントは必須であるが、リスク・マネジメント・モデルのようにリスク要因に注目し、そのリスクの回避、低減を図る方法の限界から、動機づけを高め、長所や得意とする機能を発揮できるようにすることで相対的にリスクを低下させるストレングス・モデルが司法・矯正分野では徐々に注目されるようになってきている。しかし、それらの関係についてはまだ議論がなされているところであり、近年の重要なテーマとなっている。

大江（2015）は司法・矯正の分野における性犯罪加害者への処遇を例に挙げ、「公共の安全と秩序の維持」という矯正と保護の社会的使命に基づき、処遇にはリスク・マネジメントの機能が求められているとしている。一方で、リスク・マネジメントに偏向しすぎることによる弊害として、動機づけの問題が生じることを指摘している。治療プログラムにおいては動機づけが重要であり、リスク要因を解決するような関わりは問題点ばかりに焦点があたるため、動機づけが上がりにくく、結果として指導者が主体となって「再犯防止」を掲げて介入することになり、性犯罪加害者に「やらされているもの」と受け止められやすく、主体性や自立性、意欲の減退につながりやすいとしている。こうした状況から、浦田（2015）はリスク・マネジメント・モデルとストレングス・モデルは二者択一ではなく、「リスクを管理しながら長所を強化する」といった統合に向けた動きとなっていくだろうと予測している。この点についてはそもそもリスク・マネジメントとストレングスは二分できるものではなく、リスク・マネジメントする中においてストレングスを発揮するような場面もあるだろう。例えば、病状悪化を受け入れ、自分から任意入院を求めるような場面があったとしよう。このときに、任意入院を求めるのはリスク・マネジメントであるといえるが、一方でそうした選択を自ら求められるということ自体がその人のストレングスを示す場合もあると考えられる。つまり、リスク・マネジメント・モデルとストレングス・モデルを対立的に捉えるのではなく、両者は臨床における様々な場面に同居していると考えた方が自然といえるだろう。ともあれ、医療観察法の処遇においてはそれらの視点が臨

床の中に含まれること、特にストレンクスを見つけていくことが重要であることに変わりはない。

医療観察法は施行されてからまだ12年しか経過しておらず、2つのモデルに関して十分な議論はなされていないが、今後は司法・矯正分野と類似した課題が表面化してくるものと思われる。担当多職種チームによる関わりや治療プログラムにおいて、リスク・マネジメントに偏らず、ストレンクスに焦点を当てた介入も取り入れることで、より有効な処遇を行うことができると考えられる。そして、このような考え方はクライシス・プランにも共通すると思われる。クライシス・プランにおいてもリスク・マネジメントに偏ると「再他害行為防止」のためのプランとしての意味合いが強くなってしまい、保安的なプランとなる可能性がある。このことは医療観察法が「再他害行為防止」と「社会復帰」という2つの目的を持った法律であることを考えると、特に重要である。なぜなら、再他害行為防止だけが目的であるのならば、対象者の主体性を尊重し、高めていくような働きかけではなく、対象者を監視し、病状悪化のサインがあればすぐに強制力を働かせて入院対応するような方法を行った方が効果的かもしれない。しかしながら、「社会復帰」という目的を考えると、主体的に社会と関わり、自らが意思決定し、自分の状態を自分自身、あるいは支援者とともに管理していくことが必要であろう。こうした、「再他害行為防止」と「社会復帰」に含まれる「監視」や「強制力」と「主体性」や「支援」といった対立的な概念をつなぐものとしてクライシス・プランが機能すべきではないだろうか。つまり、状態や病状を「監視」するのではなく、対象者が良い状態を維持し、ストレンクスを発揮できるように対象者自身が状態や病状の安定を「主体的」に行っていくこと、そして支援者がそれを「支援」するためのツールとして機能することが重要であろう。また、社会生活を継続するためには再他害行為を繰り返さないことは必須であるが、病状が悪化した際に「強制力」のみによって支援者が対応するのではなく、病状悪化に応じた対象者自身の主体的な対処と支援者の「支援」に役立つツールとして機能することが求められるであろう。

第5節 医療観察法におけるクライシス・プランに関する課題

5.1 医療観察法におけるクライシス・プランの目的

これまで論じてきたように、医療観察法処遇において、対象者と支援者とが病状管理や緊急時の対応を通院処遇の中で円滑に行うための計画として、現場のニーズからクライシス・プランが作成されるようになった。医療観察法の対象者が精神疾患の影響を受けて重

大な他害行為を行ったことを考えると、「社会復帰」と「再他害行為防止」という法の目的を果たすために病状管理は極めて重要である。特に、「再他害行為防止」だけでなく、「社会復帰」という面を考えると、対象者は周囲から強制的な対応をさせられるのではなく、本人の主体性を大切に、対象者と支援者が協力して病状を管理すること、ひいては安定した地域生活を送ることができるようになることが医療観察法の重要な目的である。医療観察法におけるクライシス・プランはそうした医療観察法の目的を果たすための分かりやすい目標となる。これらを踏まえ、クライシス・プランの目的はまず、リスク・マネジメントの観点から、再他害行為防止のリスクを低減することであり、そのために安定した状態を維持し、病状悪化の予防に役立つことである。次に、対象者が主体性の向上の観点から、対象者の病状に応じた自己対処や支援者との協力によって病状管理ができることである。加えて、多機関連携の観点から、入院処遇中に作成、活用したものを通院処遇移行後の支援者が引き継ぐことで、対象者の状態や病状について多機関、多職種が共通して理解し、連携するために機能することである。さらには、人権的観点から、医療観察法処遇は本人の希望によらない強制的な処遇であるからこそ、対象者の希望やニーズを最大限尊重する必要があり、特に病状悪化時は判断能力が低下することから、事前に病状悪化時の希望や意見をクライシス・プランに盛り込むことによる権利擁護に有用であることも重要である。ここで、クライシス・プランの目的を整理する。

- (1) 再他害行為のリスクの低減
- (2) 安定した状態の維持と病状悪化の予防
- (3) 対象者の主体的な疾病自己管理
- (4) 対象者と支援者との協力関係（コミュニケーション）
- (5) 支援者における対象者についての理解の促進
- (6) 支援者間の連携
- (7) 権利擁護

しかしながら、現在では作成されることが当然視されているにも関わらず(平林, 2012)、入院処遇ガイドライン(厚生労働省, 2005)や通院処遇ガイドライン(厚生労働省, 2005)にはその記載がない。これは前述のように実務の中でニーズの高まりに応じて作成されてきたことから、医療観察法開始当初のガイドラインには盛り込まれなかったと考えられる。医療観察法の運用が開始された当初はリスク・マネジメントの意味合いが強く、いわば処遇上の「約束事」のようなものであったが、徐々に対象者のニーズを取り入れながら

作成されるようになりつつある。しかしながら、入院処遇においては各指定入院医療機関が試行錯誤しながら作成している状況であり、ばらつきが大きいと考えられる。それを裏付ける調査結果として村杉ら（2014）は全国 29 の指定入院医療機関（調査時点における全ての指定入院医療機関）を対象に治療プログラムの内容や実施状況に関するアンケート調査を行い、そのアンケートの一部でクライシス・プランについて尋ねた。その結果、クライシス・プランは回答した全ての指定入院医療機関において作成されており、概ね回復期から社会復帰期にかけて作成していることが明らかになった。ただし、指定入院医療機関において、回復期の段階で通院処遇移行後に活用できるレベルのものが完成するのは約 4 割であり、残りの約割は社会復帰期になってから完成することが示された。また、村杉ら（2015）は統合失調症単独診断で通院処遇に円滑に移行している対象者の入院期間に関連する要因を検討した結果、「回復期中の病識獲得とクライシス・プランの完成」が入院期間の短縮化に影響する要因に含まれていたとしている。加えて、田口（2015）は 25 の指定入院医療機関への調査により、2005 年 7 月の制度施行から 2013 年 9 月までの期間に、入院処遇から通院処遇に移行した後に再他害行為のリスクが高まったなどの理由から、裁判所より再度入院処遇とする決定（医療観察法第 61 条）となった再入院事例 33 名の社会復帰促進要因と阻害要因を検討した。その中で「入院処遇中に注意サインを把握できず、有効なクライシス・プランを作成できていなかった」が 20.5%であったとしており、有効なクライシス・プラン作成が重要であると指摘している。さらには「クライシス・プランに沿った迅速な危機介入ができなかった」が 15.4%であったと述べている。入院処遇中に有効なクライシス・プランを作成するには、指定入院医療機関における担当スタッフが一方的に作成し、対象者や通院処遇移行後に担当する支援者に提示するのではなく、作成プロセスに対象者を十分に巻き込み、対象者自身が意見やニーズを出しながら、担当スタッフと協働的に作成することが重要であろう。加えて、通院処遇移行後に担当する支援者とも同様に意見やニーズを出しながら、通院処遇の支援体制に即したクライシス・プランを作成していくことが重要と考えられる。また、クライシス・プランに沿った迅速な危機介入のためには、通院処遇移行後に対象者と支援者とが積極的にクライシス・プランを活用すること、またクライシス・プランに記載されている病状と実際の病状が合わなくなった場合や支援体制に変化が生じたなどには必要に応じて加筆・修正を行い、バージョンアップすることも関連してくるであろう。

ここでクライシス・プランをめぐる状況や上記の調査結果を踏まえ、クライシス・プラ

ンの課題を整理する。

- (1) クライシス・プランの目的を果たすような作成や活用の実態調査と実態調査に基づく、より適切な作成と活用への取り組み
- (2) 問題行動や病状悪化を防ぐためのリスク・マネジメントと対象者自身の回復の動機づけをつなぐことへの取り組み
- (3) 指定入院医療機関における作成プロセスと対象者の意見やニーズの反映、また担当スタッフと対象者の意見やニーズのすり合わせ（対象者との協働的な作成）
- (4) 指定入院医療機関での作成段階における通院処遇の支援者の意見やニーズのすり合わせ（対象者と支援者全体での協働的な作成）
- (5) 通院処遇開始後、必要に応じた通院処遇支援者におけるクライシス・プランの加筆・修正（バージョンアップ）

こうした課題をまずは実態調査によって明らかにし、改善が必要な部分に対して指定入院医療機関や指定通院医療機関、社会復帰調整官などへの組織単位での取り組みとガイドラインやマニュアルなどによる制度的な取り組みによってより良い方向に変えていくことが重要であろう。

第6節 小括

重大な他害行為を行い、心神耗弱、あるいは心神喪失と判断された精神障害者については医療観察法以前には措置入院が対応してきたが、医療観察法の施行により、医療と司法が連携し、社会復帰と再他害行為防止を目的に、指定入院医療機関における多職種による入院処遇、指定通院医療機関における多職種医療と地域支援者による支援、社会復帰調整官による処遇を通じたサポートの仕組みができた。医療観察法処遇により、これまで措置入院が抱えていた課題が改善できた一方で、コストや人権面の問題も存在する。入手できるデータによれば再他害行為の発生率は医療観察法以前の措置入院患者や諸外国の触法精神障害者における再他害行為の発生率と比較して、低いことが示された。ただし、全数を調査できているわけではないため、慎重に解釈する必要がある。医療観察法処遇では現場のニーズから、病状管理のためのツールとして、クライシス・プランが作成されているが、作成方法や手順に関するガイドラインやマニュアルはなく、指定入院医療機関の多くは試行錯誤しながら作成している。また、クライシス・プランについては一般精神科医療においても広まりつつあり、特に ACT や医療保護入院の退院促進においてはニーズが高い。

ただし、医療観察法と同様に作成手順や方法については明確になっていない。一方、海外では **Joint Crisis Plan** が権利擁護のニーズから発展し、作成方法や手順も明確であり、研究も行われている。

医療観察法処遇におけるクライシス・プランは法の性質上、リスク・マネジメントの意味を含むが、それに偏りすぎることによる弊害がある。近年、司法・矯正分野ではストレスに焦点を当てた関わりが注目されており、そのような試みは医療観察法処遇におけるクライシス・プランにおいても参考になる。医療観察法の目的は「再他害行為防止」だけでなく、「社会復帰」も含まれていることから、再他害行為防止のためのリスク・マネジメントに偏ったクライシス・プランは対象者の主体性を削ぎ、強制的な内容になってしまい、社会復帰に必要な主体性や疾病の自己管理に繋がりにくい可能性がある。クライシス・プランは安定した状態や病状の維持を対象者自身が主体的に行い、支援者はそれをサポートすることに役立つこと、また社会生活を長く営めるように、再他害行為を防ぐための手立てとして病状に応じた対象者自身の対処と支援者の対応に役立つことが重要である。

このように、クライシス・プランは医療観察法の目的である「社会復帰」と「再他害行為防止」の目的を果たすための重要な意味を持ったツールであり、指定入院医療機関から指定通院医療機関、社会復帰調整官などの通院処遇後に担当する支援者に申し送られる、臨床的なツールである。そのクライシス・プランには「再他害行為のリスクの低減」、「病状悪化のリスクの低減」、「対象者の主体的な疾病自己管理」、「対象者と支援者との協力関係（コミュニケーション）」、「支援者間の連携」、「権利擁護」、「支援者における対象者についての理解の促進」、「入院処遇から通院処遇への移行におけるシームレスな支援の提供」といった目的がある。しかし、実際にはそのようなクライシス・プランの目的を果たすような作成の実態は明らかではないことから、「目的に合った作成や活用をしているかを確認すること」や「実態や問題行動や病状悪化を防ぐためのリスク・マネジメントと対象者自身の自己決定力や回復の動機づけをつなぐことへの取り組み」、「指定入院医療機関における作成プロセスと対象者の意見やニーズの反映、また担当スタッフと対象者の意見やニーズのすり合わせ（対象者との協働的な作成）」、「指定入院医療機関での作成段階における通院処遇の支援者の意見やニーズのすり合わせ（支援者全体での協働的な作成）」、「通院処遇開始後、必要に応じた通院処遇支援者におけるクライシス・プランの加筆・修正（バージョンアップ）」が課題になっている。

第2章 文献的検討

本章ではクライシス・プランに関する海外と我が国の研究について外観し、これまでのクライシス・プランに関する研究の成果と課題を明確にするとともに、医療観察法のクライシス・プランにおける課題や方向性について検討する。

第1節 海外におけるクライシス・プランに関する研究

第1章で述べたように、欧米では1980年代前後から、病状悪化時の権利擁護の観点から、病状悪化時に冷静に判断できなくなった場合の治療について事前に話し合っておく、「Advance Statement」と呼ばれる取り組みが始まった(Henderson et al., 2008)。その中でも、イギリスにおけるJoint Crisis Plan(以下、JCP)は法的な効力はないものの、当事者と担当医療スタッフをはじめとする支援者が病状管理を目指し、医療スタッフとの検討を通じて当事者と支援者全体が可能な限り合意を目指して作成する点で、医療観察法におけるクライシス・プランと共通している。また、JCPは作成手順が体系化されていることから、参考になる点も多くあるため、ここからはJCPの研究について概観する。

イギリスでは1980年代に精神医療を利用する当事者団体によって権利擁護の目的で作成されたCrisis Cardは徐々に医療の自己決定を促す意味を持つようになった(Weston & Lawson, 1997)。そして、Crisis Cardの中でも多くの詳細が医療スタッフや支援者と合意されているものほど実際に役立つことがわかってきた(Sutherby & Szmukler, 1998)。Sutherbyら(1999)は後者をJCPと呼び、「危機的状況と危機的状況で取るべき対処や受けた治療について治療者と共に検討し、相互に同意した考えを記録したもの」と定義している。JCPには氏名や電話番号、診断、担当の医療スタッフなどの基本的な情報のほかに、アレルギー、病状悪化につながる状況、病状悪化の早期警告症状、危機状況や再発時に有効だった治療、危機状況や再発時に拒否したい治療など、いくつかの選択肢(メニュー)を提示した上でその中から選んでもらったり、自由に希望を加えてもらったりして作成される。そして、サービス利用者と希望する人物(家族、友人など)、医療スタッフ、地域精神科看護師などとすり合わせが行われる。また、JCPは定期的に見直され、サービス利用者や医療スタッフの現状や病状に沿ったものに変更される。そして、Sutherbyら(1999)はこうしたJCPの臨床的な効果に関する研究を初めて行った。彼らは統合失調症や双極性障害などの精神病を抱え、なおかつ2回以上の入院歴があり、少なくとも直近

2年間で1回以上の入院歴のある106名のうち、研究に同意した42名を対象にJCPの作成を行った。そして、作成から1ヶ月後と6~12ヶ月後の2回に渡って半構造化面接を実施し、JCP作成前2年間と作成後2年間の入院回数を比較した。その結果、半数以上の研究参加者が治療に関わっている感覚を持つことができ、2/3以上の参加者が作成されたJCPを持ち歩いていたことが分かった。また、危機を経験した人のうちの3/4が危機時にJCPが役立ったと答えた。加えて、JCP所持前の2年間と比較し、所持後は入院率が1/3程度に低下したことが明らかになった。ただし、半構造化面接ではJCP作成がストレスになること、JCPに則った対応をしてもらえなかったことへの不満を持っている参加者がいることも明らかになった。本研究はJCPの臨床的効果を検討する貴重な研究であるが、対照群を設定していないことが課題である。また、研究者自身が介入しているため、バイアスが存在することを踏まえて解釈することが望ましい。

Henderson ら（2004）は上記研究の課題を踏まえ、統合失調症、あるいは双極性障害の診断で、過去2年間に入院歴のある160名を対象に、一重盲検ランダム化デザインにより、通常治療にJCP作成を加えた群と通常治療群（コントロール群）を80人ずつ設定し、介入研究を行った。アウトカムは入院回数や入院期間、強制医療の有無であり、JCP作成群がJCPを作成してから15ヶ月後の調査を行った結果、JCP作成群の強制入院回数が通常治療群よりも有意に低下したとしている。また、Henderson ら（2009）は前述の研究に組み込んだインタビュー調査について研究を行った。JCP作成群80名のうち、同意の得られた62名に対してJCP作成直後と15か月後にインタビューを行った結果、「JCPを他の患者にも勧めるか」という問いに対して、作成直後では90%、15か月後は82%が肯定的に答えた。また、「JCP作成により、病気をよりコントロールできると感じるか」という問いに対して作成直後では71%、15か月後は56%が肯定的に答えた。また、Flood ら（2006）は医療経済学的な視点からJCPについて研究した。一重盲検ランダム化デザインにより、過去2年間に1度でも入院経験のある精神障害者160名を通常治療にJCPの作成を加えた群と通常治療群（コントロール群）をそれぞれ80名ずつ設定し、15ヶ月間の医療・福祉サービスの利用回数や医療費等を比較した。その結果、有意差は見られなかったものの、作成した群の方が医療・福祉サービス利用回数や医療費が少なかったことから、JCPは疾患セルフマネジメント能力を高め、主体的な病状管理において役立つことが期待され、研究の蓄積が必要であるとしている。この研究はJCPの臨床的な効果もさることながら、医療経済学的な視点も取り入れたところが特徴的であり、JCPが医療費の抑

制にも寄与する可能性があることを示唆している。なお、これらの研究デザインは対照群を設定した点で Sutherby (1999) の研究よりも優れているといえよう。ただし、上記の研究はサンプリングがイギリスの一地区に限られていたことが課題である。

JCP についての研究は境界性パーソナリティ障害の診断を受けた患者を対象にした研究もおこなわれている。Borschmann ら (2013) は一重盲検ランダム化デザインにより、過去 1 年間に自傷経験のある BDP 患者 88 名を通常治療に JCP 作成を加えた群を 46 名、通常治療群 (コントロール群) 42 名を設定し、6 か月間の自傷行為の頻度を主要なアウトカムとし、うつや不安、QOL などを副次的なアウトカムとした介入研究を行った。その結果、自傷行為の頻度は JCP 作成群の方が通常治療群よりも少なかったものの、有意差はみられず、副次的なアウトカムについても同様であった。Borschmann らは有意差を認めなかったことについての考察として、サンプル数が少なかったことを主な理由として述べている。

このように統合失調症スペクトラムや双極性障害、境界性パーソナリティ障害など様々な疾患を抱える患者に対して介入研究を重ねてきた。しかし、設定したアウトカムにおいて JCP 作成群と非作成群との間に統計的な有意差がみられるものとみられないものがあった。そのため、Cochrane Review は 2009 年の段階で、「まだ十分な効果があるとはいえず、RCT による研究の蓄積が必要」とした (Campbell & Kisely, 2009)。

これまでの研究は介入の場所が一地区に限られていたり、サンプルサイズが小さかったりすることが課題となっていたことから、Thornicroft ら (2013) はイギリスの複数の地区を対象とした大規模なランダム化比較試験を行った。この研究ではイギリスの 4 地区において、統合失調症スペクトラム、あるいは双極性障害で過去 2 年間に 1 回以上入院歴があり、手厚い医療福祉支援が必要な 569 名を対象とし、通常治療に JCP の作成を加えた群を 285 名、通常治療群 (コントロール群) を 284 名に割り当てた。強制入院数を主要なアウトカムとし、入院数と入院期間、強制的体験、治療関係、治療への関与を副次的なアウトカムとした。介入は JCP 作成の訓練を受けた医療スタッフによって、介入の質が定期的にモニターされ、JCP 作成群が JCP を作成した直後と作成から 18 か月後にアウトカムについて調査した。その結果、JCP 作成群と通常治療群において、「治療関係」のみが有意な向上を認め、それ以外のアウトカムについては有意差を認めなかった。有意差が見られなかった理由として、スタッフの研究へのモチベーションや患者の権利を尊重する態度の不足、フィディリティに関する不備、コントロール群の治療が奏功したことが挙げら

れた。なお、Farrelly ら (2015) は上記の研究にフォーカスグループインタビューによる質的な調査を組み込み、特に治療関係について検討した。対象は一度でも JCP 作成に関わった経験のある 22 名の臨床家と JCP 作成群 285 名中の 35 名の患者であった。結果として、患者へのインタビューからは、通常の治療場面での臨床家との関係におけるネガティブな要素として「個人として尊重されていない」、「不信感」、「患者としての役割を演じる」の 3 要素に集約されるとした。そして、JCP 作成によって直接的、あるいは結果的に臨床家とユーザーの対話を促進することが治療関係の改善に影響するとしている。特に、JCP 作成の会議に患者自身が十分関与し、臨床家も真摯に向き合ってくれたと感じると、患者は臨床家に対して尊敬やエンパワメント、JCP に沿って対応してくれるだろうという信頼を感じる。しかし、当然ながら臨床家が真摯に向き合わないと信頼は得られない。JCP の重要な影響要因は、患者の権利擁護を重視する臨床家の真摯な関わりによって、これまで臨床家と患者が暗黙の了解として考えがちであった「臨床家からの治療を受動的に受け入れる患者」という患者の役割を変えることであるとしている。さらに Farrelly ら (2016) は JCP の作成プロセスは近年、注目されている Shared Decision Making (以下、SDM) を促進する方法の 1 つであるとし、上記研究とは別に Thornicroft ら (2013) の研究にフォーカスグループインタビューを組み込み、JCP によって SDM が行われる際に障壁になっている要因を検討した。SDM とはわが国では「共同意思決定」と訳され、「当事者と治療者が情報を共有して話し合い、より好ましい治療についての合意に至るプロセス」と定義される (Charles & Whelan, 1997)。対象は一度でも JCP 作成に関わった経験のある看護師や精神科医など 29 名と JCP 作成群 285 名中の 51 名の患者であった。その結果、臨床家側が「共同意思決定できていると思込んでいること」や「臨床家の善行と利用者の希望が対立することによる葛藤」、「サービス利用者の選択は適切ではないといった先入観」、また「臨床家側の JCP についての理解不足」、「JCP の内容に関してサービス利用者を選択肢が十分でないこと」、「臨床家の方が上の立場であるという暗黙の関係性」が挙げられた。このような文脈において、サービス利用者は治療の決定に関与できないと感じ、権利を与えてもらえないと感じた。こうしたことから、JCP によって SDM を行なっていくためには臨床家側のトレーニングが重要であると結論づけた。なお、SDM についてはまず、問題となっていることを説明し、そのための治療の選択肢を提案する。そして、選択肢の利点や欠点を客観的な情報をもとに話し合い、患者の状態や理解度、価値観や好みに合わせて方針を決定する。さらには、その後のフォローアップまでを含めたプロセスによって

構成されている（青木・渡邊，2015）。JCP も病状悪化時の治療や支援の選択肢を提案し、ユーザーの価値観や好みを踏まえ、それらのメリットやデメリットについて話し合いながら方針を決める点で、病状悪化時に関する SDM のプロセスといえるだろう。

このように、JCP はエビデンスを示すため、徐々にエビデンスレベルの高い研究デザインを採用しながら研究が蓄積されてきた。しかしながら、現在に至るまで、主要なアウトカムである強制入院数の減少についての RCT によるエビデンスを示せておらず、入院数や入院期間、強制的体験などの副次的なアウトカムについても同様である。その中で、「治療関係」のみ有意な向上を認めたが、その理由として JCP 作成を通じて臨床家とユーザーとが対話する機会を生み出し、対話の中でユーザーが JCP の内容の決定に関与できたと感じること、そして臨床家が真摯に向き合ってくれたと感じることで、これまでの臨床家と患者との間に暗黙の了解として存在した患者役割を変えることにつながることを示唆されている。そして、そのような介入にするためには JCP によって SDM がなされるよう、障壁となる要因を減らすため、臨床家のトレーニングの必要があるとしている。

一方、多くのアウトカムにおいて統計的な有意差が見られなかったことを真摯に受け止める必要があるだろう。Thornicroft ら（2013）はその理由としてスタッフのモチベーションや態度、フィディリティなどを挙げているが、それ以外の要因も考えられる。JCP の臨床場面における実践は大きく分けて、「作成段階」と「活用段階」があると考えられる。JCP 研究においては「作成段階」について、介入するスタッフの教育を行い、フィディリティをチェックするなどして質の担保を図っており、緻密に介入を進めている。しかしながら、作成された JCP が実際にどの程度活用されているのかについては一切触れられていない。JCP の内容には「病状悪化の早期警告症状」や「危機状況や再発時に有効だった治療」、「危機状況や再発時に拒否したい治療」などの項目はあるものの、主に病状悪化が始まりつつあるときから活用できる内容である。そのため、病状が安定しているときには活用しにくく、JCP をユーザーと支援者が確認しているかどうかは不明である。普段から活用していないツールを病状悪化時に活用することには困難が伴うと思われ（JCP の存在すら忘れていたなど）、有効に活用できないケースがあると考えられる。そうしたことが Thornicroft ら（2013）の研究における多くのアウトカムで有意差が出なかった要因の 1 つと推測される。なお、Sutherby ら（1999）の研究では JCP 作成によって入院数が有意に減少したことが示されたが、この研究では研究者である Sutherby 自身が介入にも参加していたことから、有効に活用されやすかった可能性がある。JCP が権利擁護からスター

トしたという背景から、病状悪化時の症状や希望などに焦点が当たっているが、JCPによる臨床効果を得るためにはいかに日常的に活用できるツールにするかということが大きな課題になると思われる。

第2節 我が国におけるクライシス・プランに関する研究

我が国において、多職種、多機関によるクライシス・プランの作成と活用が全国的に、同時期に実践されるようになったのは医療観察法処遇での取り組みが初めてであり、法の施行から12年であるため、研究の蓄積は極めて少ない。医療観察法の領域における調査研究は村杉ら（2014）による全国29の医療観察法病棟に対するクライシス・プランの作成状況や作成時期、円滑な退院とクライシス・プランとの関係に関する調査や田口（2015）による入院処遇から通院処遇に移行した後の対象者における再入院処遇とクライシス・プランとの関連についての研究のみである。村杉ら（2014）の研究により、全ての医療観察法指定入院医療機関でクライシス・プランが作成されているが、作成時期にばらつきがあり、回復期ステージでおおむね完成する病院が4割、残りの6割は社会復帰ステージになってから完成することが示された。また、円滑な退院のためには「回復期中の病識獲得とクライシス・プランの完成」が影響を与えていることから、回復期ステージにはクライシス・プランが完成していることは円滑な処遇において重要であるとしている。また、田口（2015）の研究では入院処遇から通院処遇に移行した後に再他害行為のリスクが高まったなどの理由から、裁判所より再度入院処遇とする決定（医療観察法第61条）となった再入院事例39名の再入院群の社会復帰促進要因と阻害要因を検討した結果、「入院処遇中に注意サインを把握できず、有効なクライシス・プランを作成できていなかった」が20.5%、また、「クライシス・プランに沿った迅速な危機介入ができなかった」が15.4%であったことを示した。一方で、入院処遇から通院処遇を経て、処遇が終了した事例40名の処遇終了群の社会復帰促進要因については「入院中に注意サインを把握し、クライシス・プランを作成した」が47.5%、「クライシス・プランに則った迅速な危機介入ができた」が17.5%であったことを示した。この研究については再入院群と処遇終了群との比較を行っており、重要なデータを示しているが、比較が不十分であり、解釈には慎重になるべきである。比較の不十分さについて、例えばクライシス・プランの作成に関して、再入院群と処遇終了群それぞれにおいて、「有効なクライシス・プランが作成されていた」、あるいは「作成されていなかった」ことの両方のデータを示すべきである。そのことで、初めてクライシス・

プランと再入院や処遇終了との関連を検討することが可能になるためである。

その他の多くの研究は事例報告であり、クロザピンを服用している対象者の身体管理を含めたクライシス・プランの検討をしたもの（前上里ら，2013）やクライシス・プラン作成における有効な看護師の介入方法について3つの事例によって検討したもの（佐藤ら，2010）がある。これらはクライシス・プランの臨床的な効果というよりは作成を行うスタッフ側が配慮すべき要因などを主に検討している。

一般精神科領域においても多くは事例報告であり、例えば急性期病棟において再燃を繰り返す傾向のある患者の退院支援としてクライシス・プランを作成し、そのプロセスを検討したもの（山本ら，2014）や、入退院を繰り返す統合失調症患者におけるクライシス・プラン作成の臨床的効果について検討したもの（桑原ら，2015）、境界性人格性障害の患者におけるクライシス・プラン作成による問題行動の減少への寄与について検討したもの（垣田・寺田，2013）、措置入院を繰り返す対象者に対するクライシス・プラン作成のなどがある（野村，2014）。唯一、野村（2013）は精神科デイケアにおいて17名の統合失調症の利用者を対象に、クライシス・プラン作成につながる心理教育プログラムを実施し、効果研究を行った。アウトカムは「病識尺度」や「疾病・薬物知識度調査」、「精神障害者の地域生活に関する自己効力感尺度」を用い、開始5週間前、開始直前、終了直後の3点でアウトカムであるアンケート調査を行い、比較を行った。その結果、病識尺度の向上が有意傾向であり、「精神障害者の地域生活に関する自己効力感尺度」における「症状対処行動」と「対人関係」において有意な得点の向上を認めた。また、狩野・野村（2013）は上記心理教育プログラムの参加者7名に対してプログラムを通じて作成したクライシス・プランの有効性を検討するため、プログラムの参加から1年が経過した後にグループインタビューを行った。その結果、「外来受診時に病状を伝える際に活用している」、「病状に応じた対処に活かしている」などの意見が聞かれた。一方で、「活用することが今までなかった」などの意見もあった。これらの研究は一般精神科医療におけるデイケアで量的な研究を行い、1年後に活用に関する質的な研究を行っている点で画期的である。しかしながら、これら研究におけるクライシス・プランはあくまで利用者自身が考えた内容であり、支援者と時間をかけて協働的な作成を行っていないため、医療観察法におけるクライシス・プランとは異なっている。

このように我が国におけるクライシス・プランの研究は始まって間もなく、蓄積は不十分である。特に調査研究は極めて限られており、医療観察法領域における2つの研究のみ

である。医療観察法領域においては全ての指定入院医療機関においてクライシス・プランが作成されていることや作成時期は明らかになったが、「どのような職種が中心となっているか」、「作成手順は決まっているか」、「対象者や通院処遇移行後の支援者と協働して作成しているか」などの作成全般に関することは明らかになっていない。また、指定通院医療機関や社会復帰調整官において「どの程度活用しているか」、「活用にはどのような要因が影響しているか」など活用全般に関することについても不明である。

第3節 小括

ここまで海外と我が国のクライシス・プランに関する研究を概観してきた。海外におけるJCP研究においてはエビデンスレベルの高いランダム化比較試験では「治療関係」のみ有意な向上を認めたものの、それ以外のアウトカムについては有意差が示されなかった。その結果の考察として Thornicroft ら（2013）はいくつかの要因を挙げたが、その中でスタッフ側のJCP作成に関わる上での態度を挙げている。この点については Farrelly ら（2016）のフォーカスグループインタビューによる質的研究の中でもJCPを進める際には臨床家側がJCPについて適切に理解し、サービス利用者に選択肢を提供し、共同意思決定できていると思わず、サービス利用者の選択を尊重することの重要性を述べている。こうしたことから、医療観察法におけるクライシス・プラン作成においても、まず作成に関わるスタッフがクライシス・プランを理解し、対象者と共同意思決定できるよう、必要な情報提供をしながら対象者の選択やニーズを尊重することが重要と考えられる。また、作成したクライシス・プランが病状悪化時に有効に機能するためには日常的に活用できるツールとなることが望ましいと考えられることから、病状悪化に伴う症状変化や関連する要因、病状悪化時の権利擁護に関するものだけでなく、良い状態の時の情報やそれを維持する要因（生活リズムを整える、気分転換など）を盛り込むことが有効である可能性がある。そうした項目が含まれることで、日常的にクライシス・プランの内容を確認することができ、良い状態を維持するために継続することなどを話し合うことができるだろう。さらに、医療観察法のクライシス・プランにはリスクマネジメントの要素を含まざるを得ないが、対象者のストレングスに関する項目も取り入れることができれば、クライシス・プランの重要性が高まり、対象者の社会復帰を後押しするツールとして、活用しやすくなるかもしれない。

文献的検討を通じて、我が国のクライシス・プランをめぐる研究、その中でも医療観察

法に関する研究は極めて限られており、クライシス・プランの実態が把握できていない状況であることから、まずは指定入院医療機関におけるクライシス・プランの作成や指定通院医療機関、社会復帰調整官、対象者における活用などの実態調査を行うことが必要であろう。そして、作成や活用に関する課題を明確にし、それらの課題を改善できるような取り組みが求められる。その際に、文献的検討で得られた JCP 研究の課題や第 1 章で扱ったストレングス・モデルを参考に、共同意思決定できるような作成方法や手順、対象者とのコミュニケーションの取り方、ストレングスの取り入れや通院処遇に関わる指定通院医療機関や社会復帰調整官に日常的に活用されやすいクライシス・プランを作成できるような手続きが示されることが望ましいと考えられる。

第3章 研究の目的と意義

本章ではこれまでの章によって得られた知見や考察を元に、本研究の目的と意義について述べる。

第1節 研究の目的

医療観察法において、クライシス・プランは医療観察法の目的である「社会復帰」と「再他害行為防止」の目的を果たす上で、分かりやすい目標となるツールであり、入院処遇において作成されるクライシス・プランは入院中の治療や取り組みの集大成ともいえるものである。クライシス・プランは「再他害行為防止」のためのリスク・マネジメントの観点には必ず含まれるが、「社会復帰」のための本人の主体的な病状管理なども目的に含まれる。以下にクライシス・プランの目的を改めて記す。

- (1) 再他害行為のリスクの低減
- (2) 安定した状態の維持と病状悪化の予防
- (3) 対象者の主体的な疾病自己管理
- (4) 対象者と支援者との協力関係（コミュニケーション）
- (5) 支援者における対象者についての理解の促進
- (6) 支援者間の連携
- (7) 権利擁護

しかしながら、クライシス・プランは通院処遇に関わる支援者のニーズと社会復帰調整官が通院処遇開始前に必ず作成する処遇実施計画の「緊急時の対応」に応える形で自然に作成されるようになったため、ガイドラインへの記載はなく、マニュアルも整備されていない。そのため、各指定入院医療機関が試行錯誤しながら作成している状況と予想される。村杉ら（2015）の研究ではクライシス・プランを早い段階で完成させることが入院の短縮機関の短縮に重要を指摘されており、田口ら（2015）の研究では医療観察法の入院処遇から通院処遇に移行したケースにおいて、再他害行為のリスクが高まったなどの理由で再度入院処遇を行うことになった事例（再入院事例）の20.5%に「入院中に有効なクライシス・プランを作成できていなかった」ことが理由として挙げられている。このことから、円滑に通院処遇を進める上で入院処遇中のクライシス・プラン作成は重要であるといえる。しかしながら、指定入院医療機関の医療観察法病棟において、どのような組織的な体制や方

針の中で作成されるのか、また、作成を開始し、それが地域で活用できるレベルに完成するのは入院処遇のどの段階においてなのか、加えて、どのような働きかけやプログラムを通じて作成されるのか、さらには、クライシス・プランがどのような職種を中心として、どのような手順で、どのような内容を含み、対象者とどのような話し合いによって作成されているのかといったことについては不明である。そして、クライシス・プランは通院処遇で活用されることを目的としているが、指定通院医療機関や社会復帰調整官、対象者において、通院処遇でどの程度活用できているのか、どのようなクライシス・プランが活用されやすいのかといったことについても明確になっていない。こうした医療観察法におけるクライシス・プランの課題について以下に列挙する。

- (1) クライシス・プランの目的を果たすような作成や活用の実態調査と実態調査に基づく、より適切な作成と活用への取り組み
- (2) 問題行動や病状悪化を防ぐためのリスク・マネジメントと対象者自身の回復の動機づけをつなぐことへの取り組み
- (3) 指定入院医療機関における作成プロセスと対象者の意見やニーズの反映、また担当スタッフと対象者の意見やニーズのすり合わせ（対象者との協働的な作成）
- (4) 指定入院医療機関での作成段階における通院処遇の支援者の意見やニーズのすり合わせ（対象者と支援者全体での協働的な作成）
- (5) 通院処遇開始後、必要に応じた通院処遇支援者におけるクライシス・プランの加筆・修正（バージョンアップ）

これらの課題を踏まえ、本研究では医療観察法入院処遇における作成と通院処遇における活用に注目し、上記課題の1から4に焦点を当てることとした。そのためにも、これまで明らかになっていなかった医療観察法におけるクライシス・プランについて、クライシス・プランの目的を果たすような作成や活用がなされているのかということについて、指定入院医療機関における医療観察法病棟スタッフと指定通院医療機関の医療観察法担当スタッフ、社会復帰調整官、入院処遇から通院処遇に移行した対象者へのアンケート調査により、クライシス・プランの作成や活用に関する実態を明らかにする。そして、実態調査によってクライシス・プランの目的を果たす上で十分ではないところについて、医療観察法におけるクライシス・プランをめぐる課題や実態調査の結果を踏まえ、有効なクライシス・プラン作成を行えるようになるための医療観察法病棟スタッフ向けのクライシス・プラン作成研修プログラムを開発し、その効果を検証する。なお、研修プログラムについ

ではイギリスにおける JCP 研究を参考に、協働的な作成プロセスを重視することや対象者の権利擁護の視点を取り入れること、また近年の司法・矯正領域で重要視されているストレングスの視点を取り入れることを考慮する。以上を踏まえた本研究の構成については図 3-1 に示した。

これらの研究については日本医療研究開発機構研究費補助金：障害者対策総合研究事業「医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究」（研究開発代表者：平林 直次）における、「医療観察法の諸ガイドラインの見直しに関する研究」（研究開発分担者：村杉 謙次）と協力して進める。これは本研究が今後のガイドライン改定において、重要な研究であると評価されたためである。

第 2 節 研究の意義

本研究により、これまで不明であった医療観察法におけるクライシス・プランの実態を多面的に明らかにすることができる。そして、実態調査や JCP 研究、司法・矯正領域での取り組み、クライシス・プランをめぐる課題などを踏まえ、クライシス・プランの目的を果たし、通院処遇において有効に活用されやすいクライシス・プランの要因を踏まえた医療観察法病棟スタッフ向けの「クライシス・プラン作成研修プログラム」の作成につながりうる。そのプログラムによってクライシス・プランを作成するための知識や一定の作成手順、スキルなどを身に付けることができることが示されれば、これまで試行錯誤しながら作成してきた指定入院医療機関の医療観察法病棟スタッフがこれまで以上に通院処遇において有効に機能するクライシス・プランを作成することにつながる可能性がある。

このような研究はこれまでわが国ではなされておらず、独自性が高く、将来的に医療観察法の処遇全体に貢献できる可能性を秘めている。さらには、今回の研究を通じて、一般精神科医療における医療保護入院や ACT、長期入院患者など、クライシス・プランのニーズが高まっているセッティングにおけるクライシス・プランの作成に関しても応用できる可能性がある。つまり、医療観察法処遇にとどまらず、一般精神科医療の質の向上に寄与できる可能性もある。

第4章 医療観察法におけるクライシス・プランの実態調査

本章ではこれまで不明であった医療観察法におけるクライシス・プランの実態について明らかにする。

第1節 目的

これまで述べてきたように、クライシス・プランは医療観察法医療において重要なツールであり、医療観察法医療において臨床上当然のように作成・使用されているにも関わらず、医療観察法のガイドラインには明確な記載がなく、作成の手順や手続きは各指定入院医療機関に委ねられている。そのため、全国の医療観察法病棟において、クライシス・プランの目的に合ったものを作成しているのか、また、どのような病棟の方針や体制の下で、どの職種が、どの段階で、どのようなものを、どのように作成しているのか、対象者や支援者とどのように共有しているのか、どのように活用されているのかといった点については不明である。加えて、入院処遇中に作成されたクライシス・プランが通院処遇で活用されることが重要であるが、作成されたクライシス・プランが退院後、地域でどのように活用されているのか、問題となるのはどのようなことか、どの程度有用と捉えられているか、活用されやすいクライシス・プランとはどのようなものかといった点も不明であり、これまで調査されていない。つまり、医療観察法医療におけるクライシス・プランの実態や活用に影響を与える要因についての研究は皆無である。

このような状況から、日本医療研究開発機構研究費補助金：障害者対策総合研究事業「医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究」（研究開発代表者：平林 直次）における、「医療観察法の諸ガイドラインの見直しに関する研究」（研究開発分担者：村杉 謙次）において、さいがた医療センターの研究班メンバーと本学の森田展彰（研究責任者）、野村照幸（学生分担者）が協力して「医療観察法医療におけるクライシス・プランの実態調査」を行うことになった。この調査はクライシス・プランを作成する指定入院医療機関の医療観察法入院病棟スタッフ（以下、医療観察法病棟スタッフ）、地域で活用する社会復帰調整官や指定通院医療機関スタッフ（以下通院医療機関）、そして対象者のそれぞれに対するアンケート調査を実施するものである。

本研究では上記対象に対するアンケート調査により、クライシス・プランの作成や活

用、また有用性や問題点などを明確にし、通院処遇におけるクライシス・プランの活用
に影響を与える要因についての統計処理を行う。その結果を踏まえ、通院処遇でより活
用される、有効なクライシス・プランの作成のための要因を検討する。

第 2 節 方法

2.1 対象

医療観察法処遇におけるクライシス・プランの実態を多面的に検討するため、医療観察
法病棟スタッフ、指定通院医療機関、社会復帰調整官、対象者を調査対象とした。医療観
察法病棟スタッフについては開棟間もない 1 つの機関を除いた全ての指定入院医療機関
(調査当時 30 ヶ所) の医療観察法病棟を対象とし、病棟の運営全般を知るために管理的
立場にあるスタッフへの調査と退院まで対象者を受けもった経験のある全職種 (医師、看
護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士) のスタッフへの調査を行うこととした。

指定通院医療機関について、指定通院医療機関はリストが公表されていないため、病院
ホームページなどをもとに、175 の指定通院医療機関を確認した。今回の研究ではその中
で、指定入院医療機関と指定通院医療機関を兼ねていない 148 の指定通院医療機関を対象
とした。指定入院医療機関と指定通院医療機関を兼ねている機関を除いた理由としては、
指定入院医療機関と指定通院医療機関が異なる場合、連携においては困難さがあると指摘
されていることから (緒方, 2010)、クライシス・プランの作成と活用における指定入院
医療機関と指定通院医療機関の間での連携の問題を明らかにしたかったためである。両者を
兼ねている機関は数少ないことに加え、入院処遇で担当した援助者が通院処遇でも引き続
き担当する場合もあり、連携の問題は少ないと予想される。一方、指定通院医療機関だけ
を担っているところでは連携の難しさが生じやすく、今回の研究目的を果たす上で適切な
対象であると考えられた。回答者は、医療観察法通院処遇を担当する精神保健福祉士に依
頼することとした。その理由としては、指定通院医療機関においては指定入院医療機関の
ように多職種チームの基準 (5 職種 6 名) はなく、各機関における担当多職種チームのメ
ンバー数にはばらつきがあるが、どの機関でも精神保健福祉士が窓口になり、通院医療の
中心的な立場になるためである。

社会復帰調整官については全国の保護観察所 (50 ヶ所) に勤務し、1 人でも対象者を受
け持ったことがある者を対象とした。

対象者は指定入院医療機関である A 病院の医療観察法病棟から退院し、通院処遇に移行

し、現在も通院処遇中の者を対象とした。ただし、事前に社会復帰調整官、または指定通院医療機関と「入院中であるか否か」や「調査実施が処遇上問題となる可能性」、「病状が不安定であり、調査によって悪影響を与える可能性」のそれぞれについて確認、検討することとした。入院中であつたり、病状が不安定であつたりする場合、また、調査によって処遇や病状に悪影響を与える可能性が少しでもある対象者も除外することとした。

2.2 方法

郵送法によるアンケート調査を行うこととした。医療観察法病棟スタッフと指定通院医療機関、通院処遇中の対象者には2016年1月下旬にアンケートを送付し、2月末までに返信するよう依頼した。社会復帰調整官においては2016年5月初旬にアンケートを送付し、6月末までに返信するよう依頼した。

2.3 アンケート作成

アンケートについては医療観察法全般についての理解の深い精神科医とともに項目を作成した。また、医療観察法病棟に勤務するスタッフや指定通院医療機関において通院医療を担当した経験のあるスタッフ、また社会復帰調整官からアンケート内容や質問項目の表現について意見や助言を受け、内容の妥当性を検討した。加えて、医療観察法に直接関係しない精神科医や心理学者とともに、アンケート内容や質問項目の内容や表現についても検討した。

2.4 分析に用いるアンケート項目

(1) 医療観察法病棟スタッフ

(ア) 管理的立場にあるスタッフ

病棟単位でのクライシス・プランの作成や活用における実態を調査するため、管理的立場にあるスタッフに対してアンケートを行うこととした。項目内容は以下の通りである。

a. デモグラフィック要因等

記入者の役職、性別、指定入院医療機関に指定されてからの年数、医療観察法通院処遇に移行した対象者の人数について回答を求めた。

b. クライシス・プランの作成

村杉（2014）は入院処遇から通院処遇への円滑な移行（退院）のためには「回復期中の病識獲得とクライシス・プランの完成」が影響を与えており、回復期ステージにはクライシス・プランが完成していることが重要であるとしている。そこで、「クライシス・プランの作成開始時期は概ねいつ頃ですか？」のように教示し、クライシス・プランの開始時期、たたき台の完成時期、完成時期のそれぞれについて、「急性期」、「回復期」、「社会復帰期」、「作成しない」、「その他」の中から1つだけ選択するよう求めた。なお、ここでいう「たたき台」とは「加筆・修正を前提に病棟生活の中で使用するもの」と定義し、「完成」とは「退院後の生活で対象者と支援者とが共に使用できる内容のもの」と定義し、アンケートに付記した。

c. クライシス・プランのテンプレート

クライシス・プランには全国の指定入院医療機関共通のテンプレートがあるわけではないため、各指定通院医療機関におけるテンプレートについて「共通で使用するクライシス・プランのテンプレート（定型の書式）がありますか？」と教示し、「決まったテンプレートはない」、「安定・注意・要注意など段階分けされたもの」、「その他」の中から1つだけ選択するよう求めた。なお、ここで「テンプレート」とは“安定、注意、要注意に段階分けして症状と対処の記入欄がある”などのもの」と定義し、アンケートに付記した。

d. クライシス・プラン作成のためのプログラム

クライシス・プラン作成の方法として、どのようなプログラムを病棟として運営しているかということについて「クライシス・プランはどのようなプログラムを通じて作成しますか？」と教示し、「クライシス・プラン作成のためのプログラム（WRAP やクライシス・プラン作成に関連したもの）」、「個別面接」、「MDT（担当多職種）面接」、「その他」の中から当てはまるものすべてを選択するよう求めた。

e. スタッフ間におけるクライシス・プランの共有

常にMDTが対象者に対応できるとも限らないため、クライシス・プランを入院中から活用するためにはMDT以外のスタッフともクライシス・プランを共有することが重要である。そこで、「作成したクライシス・プランは担当MDT以外のスタッフにも分かるよう

病棟内で共有されていますか」と教示し、「まったく共有されていない」、「いくつか共有されている」、「すべて共有されている」、「その他」の中から選択するよう求めた。

f. クライシス・プランに関する病棟単位での活用方針

JCP 研究の問題点として、作成段階のみに注目し、活用について調査していないことが挙げられる。日常的に活用することが病状悪化時に効果的に活用する上で重要と考え、「クライシス・プランの活用についてどのような病棟の方針がありますか？」と教示し、「病状に関わらず個別面接で用いること」や「病状に関わらず MDT 面接で用いること」、また「病状悪化時の個別面接で用いること」、「病状悪化時の MDT 内での対象者についての情報共有に活用すること」など、病状悪化に関わらず活用することや病状悪化時に活用することなど、15 項目から当てはまるものすべてを選択するよう求めた。

(イ) 医療観察法病棟に勤務するスタッフ

a. デモグラフィック要因等

性別、年齢、職種、精神科経験年数、医療観察法病棟勤務年数、主担当として受け持った通院処遇移行ケース数について回答を求めた。なお、通院処遇移行ケースについては回答の負担を減らすため、選択肢を「10 名以下」、「11～20 名」、「21 名以上」の 3 カテゴリとし、10 名以下のみ具体的な人数の記入を求めた。

b. クライシス・プランに関する経験や考え

クライシス・プランを作成する指定入院医療機関スタッフを取り巻く状況を理解するため、「担当対象者が通院処遇に移行した後のクライシス・プランへの関心」と「担当対象者が通院処遇に移行した後のクライシス・プランの活用に関して知る機会」、「担当対象者が通院処遇に移行した後で指定通院医療機関や社会復帰調整官と意見交換する機会」、「担当対象者が通院処遇に移行した後で指定通院医療機関や社会復帰調整官と意見交換する機会の必要性」に関して、それぞれ 4 件法で回答を求めた。

c. クライシス・プランに関する研修の受講経験

クライシス・プランの研修を受講した経験について、「病棟内・病院内の研修会・勉強会」、「院外の研修会・勉強会」、「受けたことがない」の中から選択するよう求めた。

d. クライシス・プランに関する研修会のニーズ

クライシス・プランに関する研修会のニーズを把握するため、「作成方法について」、「活用方法について」、「クライシス・プランを使った対象者とのコミュニケーションについて」、「学びたいことは特にない」の4つから1つだけ選択するよう求めた。

e. クライシス・プランに関するマニュアル・ガイドラインの必要性

現在まで医療観察法におけるクライシス・プランのマニュアル・ガイドラインは整備されていないため、それらに対するニーズを検討するため、「クライシス・プラン作成と活用のためのマニュアル・ガイドラインはどの程度、必要だと思いますか？」と教示し、「1」（全く必要ではない）～「4」（とても必要）の4件法で回答を求めた。

f. クライシス・プラン作成の中心となった経験

クライシス・プランがどの職種が中心となって作成されることが多いのかを検討するため、「あなたはこれまでにクライシス・プランを中心となって作成したことはありますか？」と教示し、「ある」または「ない」のどちらかを選択するよう求めた。

g. クライシス・プランの協働的な作成尺度

クライシス・プランの目的には「主体的な疾病自己管理」や「対象者と支援者との協力関係」が含まれている。この目的を果たすためには作成プロセスにおいて対象者の意見やニーズ、病状に応じた自己対処などを取り入れながら、協働的に作成することが重要である。こうした協働的な作成は医療観察法におけるクライシス・プランの課題の1つでもある。そこで、「対象者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと」や「対象者の意見や希望を確認しながら作成すること」6項目を作成した。「クライシス・プランの作成について、以下のそれぞれの項目はあなたがこれまで担当したケースではどの程度、あてはまりますか？」と教示し、「1. まったく当てはまらない」～「4. とても当てはまる」の4件法で回答を求めた。

h. クライシス・プランに取り入れたことのある項目

クライシス・プランの目的として、リスク・マネジメントの観点から、「再他害行為のリスクを低減すること」や「安定した状態の維持と病状悪化の予防」は重要である。しかし、

それだけではなく、病状悪化時の希望などの「権利擁護」も重要である。この点についてはJCP研究において、権利擁護を重視することで、ユーザーと支援者との治療関係の向上が示されていることとも関連する(Thornicroft et al., 2013)。さらには、リスク・マネジメントの視点だけでなく、ストレングスの視点を取り入れることの重要性も指摘されている(鶴見, 2011)。このことから、クライシス・プランに取り入れる項目について、「早期警告症状(注意サイン)の情報」、「病状・状態に応じた支援者の対応」などのリスク・マネジメントに関わる項目の他に、「強みや長所(ストレングス)」、「対象者が病状悪化時に支援者に希望する治療・対応」などの項目を含めた15項目を作成した。「あなたがこれまで担当したケースのクライシス・プランには最終的にどのような項目を含みましたか?」と教示し、これまで担当したケースのクライシス・プランにおいて、1度でも含んだことのある項目すべてを選択するよう求めた。

i. クライシス・プランの活用尺度

クライシス・プランの目的として、「支援者間の連携」が挙げられ、入院中から活用してきたプランを通院処遇に関わる支援者に引き継ぐことで、対象者の病状の理解や多機関、多職種での連携、活用が行いやすくなると考えられる。ところで活用に関して、クライシス・プランは病状悪化時のみならず、日常的に活用することが病状悪化時のスムーズな活用につながると考え、以下のように日常的な活用と病状悪化時の活用を分けて測定することとした。なお、それぞれの尺度は「あなたはどのような時にクライシス・プランを活用していますか?」と教示し、「面接(医師は診察)」、「MDT面接」、「MDT内での情報共有」、「MDT以外の病棟スタッフとの情報共有」の5場面に病状悪化時のみ「対象者が病状悪化を訴え来た時」を加え、「1. まったくしていない」～「4. いつもしている」の4件法で回答を求めた。

(a) 日常的活用尺度 上記5場面におけるクライシス・プランの活用度について回答を求めた。

(b) 病状悪化時活用尺度 上記5場面に対象者が病状悪化を訴え来た時の1場面を加えた6場面におけるクライシス・プランの活用度について回答を求めた。

j. クライシス・プランの有用性予測尺度

作成したクライシス・プランが対象者の通院処遇移行後にどの程度の有用かということ

について、クライシス・プランの目的に対応した「対象者の主体的な疾病自己管理」、「対象者と支援者との協力関係」、「再燃・再他害行為予防」、「支援者間の連携」、「権利擁護」、「支援者の対象者理解の促進」の6つの要素を想定し、「対象者の病状・状態の評価に関して支援者間で共有すること」、「支援者が対象者の病状悪化に早期に対応すること」、「対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談できること」など、24項目からなるクライシス・プランの機能に関する有用性の予測についての尺度を作成した。「クライシス・プランの機能に関する有用性について、あなたの実感に最もあてはまる数字に○をつけてください」と教示し、それぞれの項目に対して、通院処遇移行後の有用性について「1. まったく役立たないと思う」～「4. とても役立つと思う」の4件法で回答を求めた。

k. クライシス・プラン作成における困難

クライシス・プラン作成と活用において、どのような点に困難さを抱えているのかを検討するため、「知的能力の低い対象者のクライシス・プランを作成すること」、「対象者の意見や希望を確認しながら作成すること」といった作成に関する9項目と「病状に関わらず対象者との面接（医師は診察）で定期的に活用すること」、「対象者の病状悪化時のMDT面接で活用すること」などの活用に関する12項目を作成した。「クライシス・プランの作成と活用に関する難しさについて「1」（全く難しくない）～「4」（とても難しい）の中で、あなたの実感に最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください」と教示し、4件法で回答を求めた。

（2）指定通院医療機関

a. デモグラフィック要因

性別、年齢、精神科経験年数、医療観察法従事年数、医療観察法指定通院医療機関として指定されてからの年数（以下、指定年数）、入院処遇を経て通院処遇となった対象者の受け入れ人数（以下、受け入れ人数）についての回答を求めた。

b. クライシス・プランに関する研修の受講経験

クライシス・プランの研修を受講した経験について、「病棟内・病院内の研修会・勉強会」、「院外の研修会・勉強会」、「受けたことがない」の中から選択するよう求めた。

c. クライシス・プランに関する研修会のニーズ

クライシス・プランに関する研修会のニーズを把握するため、「作成方法について」、「活用方法について」、「クライシス・プランを使った対象者とのコミュニケーションについて」、「学びたいことは特にない」の4つから1つだけ選択するよう求めた。

d. クライシス・プランに関するマニュアル・ガイドラインの必要性

現在まで医療観察法におけるクライシス・プランのマニュアル・ガイドラインは整備されていないため、それらに対するニーズを検討するため、「クライシス・プラン作成と活用のためのマニュアル・ガイドラインはどの程度、必要だと思いますか?」と教示し、「1. 全く必要ではない」～「4. とても必要」の4件法で回答を求めた。

e. クライシス・プランの活用尺度

クライシス・プランの目的に含まれる、再他害行為や病状悪化のリスクの低減、対象者と支援者との協力関係、支援者における対象者についての理解の促進、支援者間の連携といった点に関する活用について調査することとした。また、クライシス・プランは病状悪化時のみならず、日常的に活用することが病状悪化時のスムーズな活用につながると考え、以下のように日常的な活用と病状悪化時の活用を分けて測定することとした。なお、それぞれの尺度は「あなたの病院の医療観察法通院医療の担当メンバーはクライシス・プランを対象者や支援者との間で、どの程度活用していますか?」と教示し、診察、面接、チーム内の情報共有、ケア会議、他の支援者との情報共有の5場面において、「1. まったくしていない」～「4. いつもしている」の4件法で回答を求めた。

①日常的活用尺度 上記5場面における“担当チームの日常的なクライシス・プランの活用度”について回答を求めた。

②病状悪化時活用尺度 上記5場面における“対象者の病状悪化時における担当チームのクライシス・プランの活用度”について回答を求めた。

f. クライシス・プランの活用上の問題尺度

対象者と支援者、プラン自体に起因する、活用上で問題を想定し、「対象者がクライシス・プランを活用する習慣がなかった」、「通院医療機関（自分たち）がクライシス・プランを重要視していなかった」、「クライシス・プランに記載された症状と対象者の病状とが合っ

ていなかった」など、16項目からなる尺度を作成した。「クライシス・プランを有効に活用できなかった場面ではどのような理由がありましたか？」と教示し、それぞれの項目に対して、「1. まったく当てはまらない」～「4. とても当てはまる」の4件法で回答を求めた。

g. クライシス・プランの有用性尺度

クライシス・プランの有用性について、クライシス・プランの目的を踏まえ、「対象者の主体的な疾病自己管理」、「対象者と支援者との協力関係」、「再燃・再被害行為予防」、「支援者間の連携」、「権利擁護」、「支援者の対象者理解の促進」の6つの要素を想定し、「対象者の病状・状態の評価に関して支援者間で共有すること」、「支援者が対象者の病状悪化に早期に対応すること」、「対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談できること」など、24項目からなるクライシス・プランの機能に関する有用性についての尺度を作成した。「クライシス・プランの機能に関する有用性について、あなたの実感に最もあてはまる数字に○をつけてください」と教示し、それぞれの項目に対して、「1. まったく役立たない」～「4. とても役立つ」の4件法で回答を求めた。

(3) 社会復帰調整官

a. デモグラフィック要因

年齢、性別、社会復帰調整官勤務年数、担当ケース数移行通院（入院処遇から通院処遇に移行したケースの数）についての回答を求めた。なお、移行通院ケースについては回答の負担を減らすため、選択肢を「10名以下」、「11～20名」、「21名以上」の3カテゴリとし、10名以下のみ具体的な人数の記入を求めた。

b. クライシス・プランに関するマニュアル・ガイドラインの必要性

現在まで社会復帰調整官におけるクライシス・プランのマニュアル・ガイドラインは整備されていないため、それらに対するニーズを検討するため、「精神保健観察におけるクライシス・プラン活用や加筆・修正のためのマニュアルやガイドラインはどの程度、必要だと思いますか？」と教示し、「1. 全く必要ではない」～「4. とても必要」の4件法で回答を求めた。

c. クライシス・プランの活用尺度

クライシス・プランの目的に含まれる、再他害行為や病状悪化のリスクの低減、対象者と支援者との協力関係、支援者における対象者についての理解の促進、支援者間の連携といった点に関する活用について調査することとした。また、クライシス・プランは病状悪化時のみならず、日常的に活用することが病状悪化時のスムーズな活用につながると考え、以下のように日常的な活用と病状悪化時の活用を分けて測定することとした。なお、それぞれの尺度は「あなたはクライシス・プランを対象者や支援者との間でどのように活用していますか」と教示し、「面接」、「ケア会議」、「他の支援者との情報共有」の3場面において、「1. まったくしていない」～「4. いつもしている」の4件法で回答を求めた。

①**日常的活用尺度** 上記3場面における日常的なクライシス・プランの活用度について回答を求めた。

②**病状悪化時活用尺度** 上記5場面における対象者の病状悪化時におけるクライシス・プランの活用度について回答を求めた。

d. クライシス・プランの活用上の問題尺度

対象者と支援者、プラン自体に起因する、活用上で問題を想定し、「対象者の特性（知的能力や高齢者など）からクライシス・プランの活用が困難だった」、「対象者がクライシス・プランを活用する習慣がなかった」などの16項目について尋ねた。「あなたが担当した対象者において、クライシス・プランを活用できなかった場面ではどのような理由がありましたか？」と教示し、それぞれの項目に対して、「1. まったく当てはまらない」～「4. とても当てはまる」の4件法で回答を求めた。

e. クライシス・プランの有用性尺度

クライシス・プランの有用性について、クライシス・プランの目的を踏まえ、「対象者の主体的な疾病自己管理」、「対象者と支援者との協力関係」、「再燃・再他害行為予防」、「支援者間の連携」、「権利擁護」、「支援者の対象者理解の促進」の6つの要素を想定し、「対象者の病状・状態の評価に関して支援者間で共有すること」、「支援者が対象者の病状悪化に早期に対応すること」、「対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談できること」など、24項目からなるクライシス・プランの機能に関する有用性についての尺度を作成した。「クライシス・プランの機能に関する有用性について、あなたの実感に最もあてはまる数

字に○をつけてください」と教示し、それぞれの項目に対して、「1. まったく役立たない」～「4. とても役立つ」の4件法で回答を求めた。

(4) 通院処遇に移行した対象者

a. デモグラフィック要因

性別、年齢、病名、居住形態、対象行為、通院処遇期間についての回答を求めた。

b. クライシス・プランの所持状況

クライシス・プランの所持状況について、「持っている」、「無くした」、「捨てた」、「作っていない」の4つから1つだけ選択するよう求めた。

c. 病状悪化経験の経験

病状悪化の経験があったかどうかについて、「まったく無かった」、「少しあった」、「何度もあった」、「覚えていない」の4つから1つだけ選択するよう求めた。

d. クライシス・プランの活用尺度

クライシス・プランの目的に含まれる、再他害行為や病状悪化のリスクの低減、対象者と支援者との協力関係といった点に関する活用について調査することとした。なお、日常的な活用と病状悪化時の活用を分けて測定することとした。なお、それぞれの尺度は「現在、あなたはどのような時にクライシス・プランを活用していますか?」と教示し、「自分のみ」、「病院のスタッフ」、「調整官」、「訪問支援者」、「家族や施設職員」、「ケア会議」の6場面について、「1. まったくしていない」～「4. いつもしている」の4件法で回答を求めた。

① **日常的活用尺度** 上記6場面における日常的なクライシス・プランの活用度について回答を求めた。

② **病状悪化時活用尺度** 上記6場面における対象者に病状悪化時のクライシス・プランの活用度について回答を求めた。

e. クライシス・プランに対する認識尺度

クライシス・プランについてどの程度有用と考えているかを検討するため、「クライシ

ス・プランは自分にとって必要なものだ」、「クライシス・プランを見るのは面倒だ」などの8項目を作成した。「あなたはクライシス・プランについてどのように考えていますか？」と教示し、それぞれの項目に対して、「1. まったくあてはまらない」～「4. とてもあてはまる」の4件法で回答を求めた。

f. クライシス・プランの有用性尺度

クライシス・プランの有用性について、クライシス・プランの目的を踏まえ、「対象者の主体的な疾病自己管理」、「対象者と支援者との協力関係」、「再燃・再他害行為予防」、「支援者間の連携」、「権利擁護」、「支援者の対象者理解の促進」の6つの要素を想定し、「精神的な具合が悪くなった時にすぐに対応してもらえる」、「支援者と精神的な具合について話しやすい」、「支援者との信頼関係につながる」など、15項目からなるクライシス・プランの機能に関する有用性についての尺度を作成した。「クライシス・プランがどの程度役立つかについて、あなたの実感にもっともあてはまる数字に1つだけ○をつけてください」と教示し、それぞれの項目に対して、「1. まったく役立たない」～「4. とても役立つ」の4件法で回答を求めた。なお、ここでの「支援者」とは病院スタッフや社会復帰調整官、訪問支援者（保健師など）、家族、施設職員など、支援に関わる人をまとめて指すと定義した。

g. クライシス・プランが役立った場面

クライシス・プランが役立った場面について自由記述で回答を求めた。

2.5 統計的解析

本研究は医療観察法の医療観察法病棟スタッフや指定通院医療機関、社会復帰調整官、対象者におけるクライシス・プランの作成や活用、問題点、有用性などの実態を明らかにし、通院処遇におけるクライシス・プランの活用に影響を与える要因について検討することを目的としている。統計解析は以下の方針で行う。

- (1) 実際調査の結果については各データの単純集計による検討を行う。
- (2) 尺度として扱うものについては内的一貫性を信頼性係数によりチェックした上で、尺度合計得点を算出する。そして、合計得点を多変量解析で用いる際には点数が選択肢のどのあたりに位置するのかを理解しやすいよう、尺度に含まれる項目数で合計得点を

割った、項目平均得点を用いる。

(3) 指定通院医療機関と社会復帰調整官におけるクライシス・プランの活用に影響を与える要因を検討する。まず、それぞれのアンケートにおける「クライシス・プランの活用上の問題尺度」と「クライシス・プランの有用性尺度」について因子分析を行い、因子構造を明らかにする。また、内的一貫性を信頼性係数によりチェックした上で、各因子を構成する項目の合計得点を各下位尺度項目得点として算出する。次に、指定通院医療機関と社会復帰調整官それぞれにおいて、「日常的活用尺度」と「病状悪化時活用尺度」の各尺度合計得点を従属変数とし、「デモグラフィック要因」と「クライシス・プランの活用上の問題尺度」と「クライシス・プランの有用性尺度」の各因子を構成する項目の合計得点を独立変数とした重回帰分析を行う。

(4) 医療観察法病棟スタッフにおける、作成したクライシス・プランの通院処遇移行後の有用性予測と指定通院医療機関と社会復帰調整官における実際の有用性の認識との間の差について検討する。医療観察法病棟スタッフの「クライシス・プランの有用性予測尺度」と指定通院医療機関、社会復帰調整官の「クライシス・プランの有用性尺度」は全く同じ項目を用い、医療観察法病棟スタッフには「クライシス・プランが院処遇移行後に役立つと思うかどうか」について尋ねており、指定通院医療機関と社会復帰調整官には「クライシス・プランが実際に役立っているか」を尋ねていることから、それぞれの項目の平均の比較を行う。

なお、統計的解析には SPSS for windows version 23.0 を用い、両側検定にて $p<0.10$ を有意傾向、 $p<0.05$ を有意水準とする。

2.6 倫理的配慮

指定入院医療機関においては研究に先立って、医療観察法病棟の管理的立場にある医師に対して研究概要と説明文書、倫理審査結果を用いて説明を行い、病棟として研究に同意する場合のみ各病棟スタッフに対してアンケートと研究概要、説明文書、倫理審査結果を送付することとした。アンケートについては一括で医療観察法病棟の管理的立場にある医師に返送を依頼した。

指定通院医療機関に対しては、アンケートと研究概要、説明文書、倫理審査結果、返信用封筒を送付した。

社会復帰調整官については事前に法務省保護局精神保健企画課専門官に研究概要と説明

文書、倫理審査結果を用いて研究の説明と協力を依頼し、同意を得た上で各社会復帰調整官にアンケートとともに研究概要と説明文書、倫理審査結果、返信用封筒を送付することとした。

通院処遇中の対象者においては担当社会復帰調整官、あるいは指定通院医療機関の担当者に対して調査の説明を行い、処遇や病状に悪影響を与えないかどうかについての検討を行った上で、問題ないと判断された場合のみアンケートと研究概要、説明文書、倫理審査結果を送付することとした。なお、研究の目的については研究概要に記載し、説明文書では調査が無記名であること、結果は統計的に処理されること、個人が特定されることや不利益が生じることはないこと、研究への同意はアンケートの返送を持って代えることなどについての説明等を記載した。

以上の配慮をもって、さいがた医療センター倫理審査委員会（承認番号：15-10）と筑波大学医の倫理審査委員会の承認（承認番号：1041）を得て、調査の実施と分析を行った。

第3節 結果

3.1 指定入院医療機関

全国30カ所（調査当時の全数）の指定入院医療機関の医療観察法病棟における管理的立場にある医師から調査への同意が得られ、アンケート調査を行うことができた。以下に管理的立場のスタッフと各スタッフへの調査結果を記す。

（1）管理的立場のスタッフ

30カ所の医療観察法病棟において、全ての医療観察法病棟の管理的立場のスタッフから回答が得られた（回収率100%）。また、全てのアンケートを分析に用いることができた（有効回答率100%）。

a. デモグラフィック要因

回答者のデモグラフィック要因を表4-1に示した。性別は男性が19名（63.3%）、女性が9名（30.0%）、無回答が2名（6.7%）であった。また、立場は病棟師長12名（40.0%）、病棟医長9名（30.0%）、心理士5名（16.7%）、副師長2名（6.7%）、その他2名（6.7%）であった。また、指定入院医療機関に指定されてからの年数は2～10年であり、平均値は7.1年（標準偏差2.3）であった。加えて、医療観察法通院処遇に移行した対象者の人数は5～250名であり、平均値は51.9名（標準偏差52.2）であった。

b. クライシス・プランの作成

クライシス・プランの作成開始時期は「急性期」が 3 (10.0%)、「回復期」が 22 (73.3%)、「社会復帰期」が 4 (13.3%)、「無回答」が 1 (3.3%) であった。また、クライシス・プランのたたき台の完成時期は「急性期」が 1 (3.3%)、「回復期」が 16 (53.3%)、「社会復帰期初期」が 13 (43.3%) であった。加えて、クライシス・プランの完成時期は「回復期」が 2 (6.7%)、「社会復帰期」が 14 (46.7%)、「退院直前(退院まで 3 か月以内)」が 14 (46.7%) であった。それらを図 4-1 に一括して示した。

c. クライシス・プランのテンプレート

病棟で共通して使用するクライシス・プランのテンプレートについては「段階分け（病状を段階分けし、症状と対処の記入欄があるもの）」が 22 (73.3%)、「無し」が 5 (16.7%)、「その他」が 3 (10.0%) であった。なお、その他についての自由記述には「いくつかのテンプレートがあり、対象者によって使い分けている」、「対象者に合わせて、型を変える場合があります」、「段階分け、ダイナミック、ケースフォーミュレーション型など対象者の病態、認知レベルに合わせて作成」が記述されていた。

d. クライシス・プラン作成のためのプログラム

クライシス・プラン作成に関連したプログラムを実施しているのは 18 (60.0%) で、実施していないのは 12 (40.0%) であった。また、クライシス・プラン作成のための個別面接を実施しているのは 20 (66.7%) であり、MDT 面接を実施しているのは 19 (63.3%) でありであった。また、その他は 3 (10.0%) であった。なお、全ての施設が選択肢のいずれかを回答したが、個別面接や MDT 面接を回答しなかった施設が 6 施設 (20.0%) あった。

d. スタッフ間におけるクライシス・プランの共有

スタッフ間におけるクライシス・プランの共有については、「全く共有されていない」は 2 (6.7%)、「いくつかは共有されている」が 26 (86.7%)、「全て共有されている」が 2 (6.7%) であった。

e. クライシス・プランに関する病棟単位での活用方針

クライシス・プランに関する病棟単位での活用方針については図 4-2 に示した。回答の多かった順に、「外泊訓練で活用すること」が 28 (93.3%)、「対象者が病状悪化を訴えてきた時に活用すること (例：頓服薬を希望してきたときなど)」が 23 (76.7%)、「病状悪化時の MDT 面接で用いること」21 (70.0%)、「病状悪化時の個別面接で用いること」が 20 (66.7%)、「病状悪化時の MDT 内での対象者についての情報共有に活用すること」が 16 (53.3%)、「病状に関わらず個別面接で用いること」は 15 (50.0%)、「病状に関わらず MDT 面接で用いること」が 15 (50.0%)、「病状悪化時に病棟スタッフとの情報共有に活用すること」が 15 (50.0%)、「病状に関わらず MDT 内での対象者についての情報共有に活用すること」が 13 (43.3%)、「病状に関わらず病棟スタッフとの情報共有に活用すること」が 8 (26.7%)、「病状悪化時の診察で用いること」が 8 (26.7%)、「朝の集まりやミーティングなどのプログラムの中で用いること」が 8 (26.7%)、「病状に関わらず診察で用いること」が 6 (20.0%)、「特になし」と「その他」はともに 0 (0%) であった。

(2) 医療観察法病棟に勤務するスタッフ

全国 30 カ所の医療観察法病棟に勤務し、「退院まで対象者を受けもった経験あり」という条件を満たしたスタッフ 625 名からの回答が得られた。なお、全スタッフ数は把握できないため、回収率は不明であるが、全てのアンケートを分析に用いることができた。

a. デモグラフィック要因等

デモグラフィック要因等については表 4-2 に示した。性別は男性が 301 名 (48.2%)、女性が 323 名 (51.7%)、無回答が 1 名 (0.2%) であった。年齢は 23~66 歳までで、平均値は 41.0 歳 (標準偏差 8.7) であった。また、職種は医師が 44 名 (7.0%)、看護師が 411 名 (65.8%)、心理士が 61 名 (9.8%)、作業療法士が 47 名 (7.5%)、精神保健福祉士が 60 名 (9.6%)、無回答が 2 名 (0.3%) であった。

精神科医経験年数は 1~42 年までで、平均値は 12.1 年 (標準偏差 7.6) であった。また、医療観察法経験年数は 1 年未満~10 年までで、平均値は 4.1 年 (標準偏差 2.8) であった。加えて、主担当として受け持った通院処遇移行ケース数は「10 ケース以下」が 517 名 (82.7%)、「11~20 ケース」が 43 名 (6.9%)、「21 ケース以上」が 65 名 (10.4%) であり、「10 ケース以下」と回答したものについての具体的なケース数は「1 ケース」が 200 名 (32.0%)、「2 ケース」が 108 名 (17.3%)、「3 ケース」が 70 名 (11.2%)、4 ケースが

50名(8.0%)、「5ケース」が35(5.6%)、「6ケース」が12(1.9%)、「7ケース」が17名(2.7%)、「8ケース」も17名(2.7%)、「9ケース」が2名(0.3%)、「10ケース」が5(0.8%)であった。

b. クライシス・プランに関する考え

クライシス・プランに関する考えについては図4-3にまとめて示した。「担当対象者が通院処遇に移行した後のクライシス・プランへの関心」については「全くない」が2(0.5%)、「あまりない」が9(1.5%)、「少しある」が200(32.7%)、「とてもある」が401(65.5%)であった。次に「担当対象者が通院処遇に移行した後のクライシス・プランの活用に関して知る機会」「全くない」が252(41.2%)、「あまりない」が228(37.3%)、「少しある」が104(17.0%)、「とてもある」が27(4.4%)であった。また、「担当対象者が通院処遇に移行した後で指定通院医療機関や社会復帰調整官と意見交換する機会」については「全くない」が325(53.5%)、「あまりない」が160(26.3%)、「少しある」が101(16.6%)、「とてもある」が22(3.6%)であった。最後に「担当対象者が通院処遇に移行した後で指定通院医療機関や社会復帰調整官と意見交換する機会の必要性」については「全く必要ではない」が36(5.9%)、「あまり必要ではない」が65(10.7%)、「少し必要」が272(44.7%)、「とても必要」が235(38.7%)であった。

c. クライシス・プランに関する研修の受講経験

クライシス・プランに関する研修の受講経験は「院内の研修会・勉強会」が208名(34.3%)、「院外の研修会・勉強会」が82名(13.5%)、「受けたことがない」が316名(52.1%)であった。

d. クライシス・プランに関する研修会へのニーズ

クライシス・プランに関する研修会のニーズについて「作成」が316(52.4%)であり、「活用」が138(22.8%)、「コミュニケーション」が90(14.9%)、「特になし」が22(3.6%)、「その他」が38(6.3%)であった。なお、何らかの研修希望があったのは604(96.7%)であった。

e. クライシス・プラン作成と活用のためのマニュアル・ガイドラインの必要性

クライシス・プランに関するマニュアル・ガイドラインの必要性については「まったく必要ではない」が 10 (1.6%) であり、「あまり必要ではない」が 47 (7.7%)、「少し必要」が 247 (40.5%)、「とても必要」が 306 (49.0%) であった。

f. クライシス・プランの中心的な作成経験

クライシス・プランを中心的に作成した経験について、図 4-4 に示した。「ある」は 268 名 (42.9%)、「なし」は 345 名 (55.2%)、無回答が 12 名 (1.9%) であった。なお、職種ごとに「ある」と回答した人数の割合を検討したところ、医師が 9 名 (20.9%)、看護師が 186 名 (46.2%)、心理士が 48 名 (81.4%)、作業療法士が 9 名 (19.1%)、精神保健福祉士が 16 名 (26.7%) であった。

g. クライシス・プランの協働的な作成尺度

クライシス・プランの協働的な作成尺度における各項目の平均値と標準偏差は表 4-3 に示した。各項目の平均値は 3.4 (標準偏差.6) であった。

h. クライシス・プランに取り入れたことのある項目

クライシス・プランに取り入れたことがある項目については図 4-5 に示した。「ある」の回答数の多い方から順に、「病状・状態に応じた対象者の対処」、563 (90.1%) 「早期警告症状 (注意サイン) の情報」 558 (89.3%)、「ストレス対処法」が 556 (89.0%)、「病状悪化時の状態・症状の情報」 554 (88.6%)、「病状に影響するストレス」が 501 (80.2%)、「病場・状態に応じた支援者の対応」 481 (77.0%)、「安定している状態の時の情報」 472 (75.5%)、病状悪化に有益ではない対応や環境」 228 (36.5%)、「強みや長所 (ストレングス)」193 (30.9%)、「対象者が病状悪化時に支援者に希望しない治療・対応」164 (26.2%)、「対象者が病状悪化時に支援者に希望する治療・対応」 159 (25.4%)、「精神保健福祉法入院になった場合の治療・対応」、159 (25.4%)、「病状悪化時に対象者の考えを代弁できる人」 113 (18.1%)、「再入院申し立てが行われる条件」 64 (10.2%)、「その他」 37 (5.9%) であった。

i. クライシス・プランの活用尺度

クライシス・プランの活用尺度における各項目の平均値と標準偏差は表 4-4 に示した。

日常的活用尺度における4場面の各項目の平均値は2.8（標準偏差.7）であった。また、病状悪化時活用尺度における5場面の各項目の平均値は2.9（標準偏差.8）であった。

j. クライシス・プランの有用性予測尺度

クライシス・プランの有用性尺度の各項目の平均値と標準偏差は表4-5に示した。各項目の平均値は3.4（標準偏差.4）であった。

k. クライシス・プランの作成と活用における困難

クライシス・プラン作成と活用における困難に関する各項目の平均値と標準偏差は表4-6に示した。

3.2 指定通院医療機関

調査対象の148機関のうち、68機関より返信があった（回収率45.9%）。そのうち、まだ対象者を受けたことがない3機関を除外した65機関（65名）を分析対象とした（有効回答率43.9%）。

a. デモグラフィック要因等

回答者のデモグラフィック要因等については表4-7に示した。性別は男性27名（41.5%）、女性38名（58.5%）であり、平均年齢は38.6歳（標準偏差8.0）であった。精神科経験年数は平均11.2年（標準偏差6.6）であり、医療観察法従事年数は平均4.2年（標準偏差3.0）であった。

回答者の所属する機関の指定年数は平均7.7年（標準偏差2.8）であり、これまでの受け入れ対象者数は平均5.1名（標準偏差4.2）であった。また、医療観察法担当スタッフメンバー数は平均5.3名（標準偏差3.9）であった。

b. クライシス・プランに関する研修の受講経験

クライシス・プランに関する研修の受講経験は「院内の研修会・勉強会」が18（28.6%）、「受けたことがない」が45（71.4%）であった。なお、「院外の研修会・勉強会」は回答者がいなかった。

c. クライシス・プランに関する研修会のニーズ

クライシス・プランに関する研修会のニーズについて値の大きい方から順に、「コミュニケーション」が 19 (33.9%) であり、「作成」が 16 (28.6%)、「活用」が 11 (19.6%)、「加筆・修正」が 9 (16.1%)、「その他」が 1 (1.8%) であった。なお、何らかの研修希望があったのは 56 (86.2%) であった。

d. クライシス・プランに関するガイドライン、マニュアルの必要性

クライシス・プランに関するマニュアル、ガイドラインの必要性については「まったく必要ではない」が 0 (0.0%) であり、「あまり必要ではない」が 4 (6.5%)、「少し必要」が 25 (40.3%)、「とても必要」が 33 (53.2%) であった。

e. クライシス・プランの活用尺度

クライシス・プランの活用尺度における各項目の平均値と標準偏差は表 4-8 に示した。

日常的活用尺度における 5 場面の合計得点の平均値は 13.2 (標準偏差 2.9) であり、項目平均は 2.6 (標準偏差.6) であった。病状悪化時活用尺度における 5 場面の合計得点の平均値は 14.1 (標準偏差 4.0) であり、項目平均は 2.8 (標準偏差.8) であった。なお、両尺度とも多変量解析に使用するため、信頼性係数を算出した。日常的活用尺度においては $\alpha=.80$ 、病状悪化時活用尺度においては $\alpha=.93$ であった。以上から、尺度としての十分な内的一貫性を有していると判断した。

f. クライシス・プランの活用上の問題尺度

クライシス・プランの活用上の問題尺度における各項目の平均値と標準偏差は表 4-9 に示した。

因子分析の対象とする項目を検討するため、歪度と尖度が 1 以下であることを基準とした。今回のデータ結果ではそれらが 1 を超える項目はなかったため、16 項目全てを分析対象とした。次に因子構造を明らかにするため、因子分析 (主因子法, プロマックス回転) を行った。固有値の減衰状況 (5.45,1.82,1.45,1.05,...) と解釈可能性から 3 因子構造が適切と判断した。因子負荷量が.40 以下の項目を削除し、探索的因子分析を繰り返し行い、因子を構成する項目を決定した。

各下位尺度に含まれる項目から、第 1 因子を「支援者側の活用困難 ($\alpha=.85$)」、第 2 因子を「関係者における重要性の認識の低さ ($\alpha=.81$)」、第 3 因子を「関係者における実行

のための合意不足 ($\alpha=.71$)」と命名した。それらについては表 4-10 に示した。また、それぞれの因子における信頼性係数から、一定の内的一貫性を有していると判断した。また各因子を構成する項目の合計得点を、各下位尺度得点として算出した。

g. クライシス・プランの有用性尺度

クライシス・プランの有用性尺度における各項目の平均値と標準偏差は表 4-11 に示した。因子分析の対象とする項目を検討するため、歪度と尖度が 1 以下であることを基準とした。今回のデータ結果ではそれらが 1 を超える項目はなかったため、24 項目全てを分析対象とした。次に因子構造を明らかにするため、因子分析（主因子法、プロマックス回転）を行った。固有値の減衰状況（12.19,1.53,1.20,1.03,.82...）と解釈可能性から 4 因子構造が適切と判断した。因子負荷量が.40 以下の項目を削除し、探索的因子分析を繰り返し行い、因子を構成する項目を決定した。

各下位尺度に含まれる項目から、第 1 因子を「適切な対応のための情報共有 ($\alpha=.92$)」、第 2 因子を「対象者の主体的な病状管理 ($\alpha=.93$)」、第 3 因子を「対象者擁護 ($\alpha=.86$)」、第 4 因子を「支援者と対象者の協働的な病状管理 ($\alpha=.88$)」と命名した。なお、第 3 因子については「再他害行為を防ぐこと」という項目が含まれているが、因子負荷量の高い項目との関係から、再他害行為を防ぐことで対象者自身が受ける不利益（医療観察法再入院や刑罰、社会的制裁など）から守る意味があると考え、上記のように命名した。それらについては表 4-12 に示した。また、それぞれの因子における信頼性係数から、一定の内的一貫性を有していると判断し、各因子を構成する項目の合計得点を、各下位尺度得点として算出した。

h. クライシス・プランの活用にあらず活用上の問題と有用性、およびデモグラフィック要因の影響

クライシス・プランの日常的活用と病状悪化時活用に与える要因を検討するため、クライシス・プランの日常的活用尺度得点と病状悪化時活用尺度得点を従属変数、クライシス・プランの活用上の問題尺度における各下位尺度得点、クライシス・プランの有用性尺度における各下位尺度得点、および指定年数、受け入れ対象者数、医療観察法担当メンバー数を独立変数としたステップワイズ法による重回帰分析を行った。それらについては表 4-13 に示した。

その結果、「日常的活用尺度」に対しては「支援者と対象者の協働的な病状管理（有用性尺度因子）」（ $\beta=.37, p<.01$ ）と「医療観察法担当メンバー数」（ $\beta=.25, p<.01$ ）が有意な正の影響を、「関係者における重要性の認識の低さ（問題尺度因子）」（ $\beta=-.34, p<.05$ ）、が有意な負の影響を及ぼしていた。調整済み決定係数(R^2)は.38($p<.01$)であった。「病状悪化時活用尺度」に対しては、「支援者と対象者の協働的な病状管理（有用性尺度因子）」（ $\beta=.49, p<.001$ ）、「指定年数」（ $\beta=.34, p<.01$ ）が有意な正の影響を及ぼしており、調整済み決定係数(R^2)は.32($p<.01$)であった。なお、それぞれの分析において多重共線性の問題はないと判断した（VIF=1.00～1.28）。

3.3 社会復帰調整官

176名より返信があり（回収率 100%）、全てが今回の調査対象としての基準を満たしてため全 176名分の回答を分析対象とした（有効回答率 100%）。

a. デモグラフィック要因等

デモグラフィック要因等は表 4-14 に示した。回答者の性別は男性 122 名（69.3%）、女性 54 名（30.7%）であり、平均年齢は 41.9 歳（標準偏差 5.5）であった（図 1）。社会復帰調整官勤務年数は平均 5.3 年（標準偏差 3.5）であり、担当対象者数は 10 名以下が 92 名（52.3%）、11～20 名が 56 名（31.8%）、21 名以上が 28 名（15.9%）であった。なお、「10 ケース以下」と回答したものについての具体的なケース数は「1 ケース」が 9 名（10.3%）、「2 ケース」が 13 名（14.9%）、「3 ケース」が 18 名（20.7%）、4 ケースが 17 名（19.5%）、「5 ケース」が 9（10.3%）、「6 ケース」が 8（9.2%）、「7 ケース」が 6 名（6.9%）、「8 ケース」は 2 名（2.3%）、「9 ケース」が 4 名（4.6%）、「10 ケース」が 1（1.1%）であった。

b. クライシス・プラン活用と加筆・修正のためのマニュアル・ガイドラインの必要性

マニュアルやガイドラインの必要性については「とても必要」と 88 名（50.0%）が回答し、「少し必要」は 63 名（35.6%）、「あまり必要ではない」が 23 名（13.3%）、「全く必要ではない」が 2 名（1.1%）と回答した。

c. クライシス・プランの活用尺度

クライシス・プランの活用尺度の各項目の平均値と標準偏差については表 4-15 に示した。日常的活用尺度における「面接」、「ケア会議」、「他の支援者との情報共有」の 3 場面の合計得点の平均値は 8.2 (標準偏差 1.5) であり、項目平均は 2.7 (標準偏差.5) であった。病状悪化時活用尺度における 3 場面の合計得点の平均値は 9.4(標準偏差 2.3) であり、項目平均は 3.1 (標準偏差.8) であった (図 4、表 1、表 2)。

なお、両尺度とも多変量解析に使用するため、信頼性係数を算出した。日常的活用尺度においては $\alpha=.70$ 、病状悪化時活用尺度においては $\alpha=.90$ であった。以上から、尺度としての一定の内的一貫性を有していると判断した。

d. クライシス・プランの活用上の問題尺度

クライシス・プランの活用上の問題尺度における各項目の平均値と標準偏差は表 4-16 に示した。各項目の平均値は 2.5 (標準偏差.9) であった。なお、因子分析の対象とする項目を検討するため、歪度と尖度が 1 以下であることを基準とした。今回のデータではその基準に該当する項目がなかったため、16 項目全てを分析対象とした。次に因子構造を明らかにするため、因子分析 (アルファ因子法, プロマックス回転) を行った。固有値の減衰状況 (4.35,1.45,1.42,1.17,.83...) と解釈可能性から 4 因子構造が適切と判断した。因子負荷量が.40 以下の項目を削除し、探索的因子分析を繰り返し行い、因子を構成する項目を決定した。

各下位尺度に含まれる項目から、第 1 因子を「支援者側の重要性の認識の低さ ($\alpha=.83$)」、第 2 因子を「プランの活用困難 ($\alpha=.76$)」、第 3 因子を「対象者における重要性の認識の低さ ($\alpha=.71$)」、第 4 因子を「支援者側の時間的余裕のなさ ($\alpha=.81$)」と命名した。これらについては表 4-17 に示した。また、それぞれの因子における信頼性係数から、一定の内的一貫性を有していると判断した。なお、第 4 因子は含まれる項目数が 2 項目と少ないが、信頼性係数が高いことから問題ないと判断した。各因子を構成する項目の合計得点を、各下位尺度得点として算出した。

e. クライシス・プランの有用性尺度

クライシス・プランの有用性尺度における各項目の平均値と標準偏差は表 4-18 に示した。各項目の平均値は 2.9 (標準偏差.7) であった。なお、因子分析の対象とする項目を検討するため、歪度と尖度が 1 以下であることを基準とした。今回のデータではその基準に

該当する項目がなかったため、24項目全てを分析対象とした。次に因子構造を明らかにするため、因子分析（アルファ因子法，プロマックス回転）を行った。固有値の減衰状況（8.84,1.59,1.24,1.00,.81...）と解釈可能性から4因子構造が適切と判断した。因子負荷量が.40以下の項目を削除し、探索的因子分析を繰り返し行い、因子を構成する項目を決定した。

各下位尺度に含まれる項目から、第1因子を「対象者の主体的な病状管理（ $\alpha=.86$ ）」、第2因子を「協働関係の促進（ $\alpha=.83$ ）」、第3因子を「対象者の権利擁護（ $\alpha=.84$ ）」、第4因子を「適切な対応のための支援者間の情報共有（ $\alpha=.82$ ）」と命名した。また、それぞれの因子における信頼性係数から、一定の内的一貫性を有していると判断し、各因子を構成する項目の合計得点を、各下位尺度得点として算出した。

f. クライシス・プランの活用にあらず活用上の問題と有用性、およびデモグラフィック要因の影響

クライシス・プランの日常的活用と病状悪化時活用に与える要因を検討するため、クライシス・プランの日常的活用尺度得点と病状悪化時活用尺度得点を従属変数、クライシス・プランの活用上の問題尺度における各下位尺度得点、クライシス・プランの有用性尺度における各下位尺度得点、および社会復帰調整官勤務年数、担当対象者数を独立変数としたステップワイズ法による重回帰分析を行った。それらについては表4-20に示した。

その結果、「日常的活用尺度」に対しては「適切な対応のための支援者間の情報共有（有用性尺度因子）」（ $\beta=.39, p<.01$ ）が有意な正の影響を及ぼしており、調整済み決定係数（ R^2 ）は.14（ $p<.01$ ）であった。「病状悪化時活用尺度」に対しては、「適切な対応のための支援者間の情報共有（有用性尺度因子）」（ $\beta=.30, p<.01$ ）が有意な正の影響を及ぼしており、「プランの活用困難（問題尺度因子）」（ $\beta=-.43, p<.01$ ）と「支援者側の重要性の認識の低さ」（ $\beta=-.20, p<.05$ ）が有意な負の影響を及ぼしており、調整済み決定係数（ R^2 ）は.21（ $p<.01$ ）であった。なお、それぞれの分析において多重共線性の問題はないと判断した（VIF=1.00～1.20）。

3.4 通院処遇対象者

A病院での入院処遇を終了し、通院処遇中の対象者は19名おり、その中で条件を満たす17名にアンケートを送付した。16名より返信があり（回収率94%）、回答がほとんど

記入されていなかった1名を除外した15名を分析対象とした（有効回答数88.2%）。

a. デモグラフィック要因

通院処遇対象者のデモグラフィック要因については表4-21に示した。性別は男性が12名（80.0%）、女性が3名（20.0%）であった。年齢は26～66歳までで、平均値は47.3歳（標準偏差11.8）であった。また、病名は「統合失調症」が12（80.0%）であり、続いて「気分障害」2（13.3%）、「物質使用障害」が1（6.7%）であった。加えて、「対象行為」は値の大きい方から「傷害」が6（40.0%）、「殺人・殺人未遂」が4（26.7%）、「放火」が3（20.0%）、「強盗未遂」が1（6.7%）であった、

居住形態は「施設」が8（53.3%）であり、「家族と同居」が6（40.0%）、「1人暮らし」が1（6.7%）であった。また、通院処遇期間は4か月～3年10か月までで、平均値は1.4年（標準偏差1.1）であった。

b. クライシス・プランの所持状況

クライシス・プランの所持状況については15名全員が「持っている」と回答した（100%）。

c. 病状悪化の経験

病状悪化の経験については「少しあった」が最も多く、8（57.1%）、「まったくなかった」が4（28.6%）、「何度もあった」が1（7.1%）、「覚えていない」が1（7.1%）であった。

d. クライシス・プランの活用尺度

クライシス・プランの活用尺度については表4-22に示した。日常的活用尺度における「自分自身」、「病院スタッフ」、「調整官」、「訪問支援者」、「施設スタッフや家族」、「ケア会議」の6場面の項目平均は2.9（標準偏差.8）であった。病状悪化時活用尺度については病状悪化の経験が「少しあった」と「何度もあった」に回答した9名を対象に分析を行ったところ、6場面の項目平均は2.7（標準偏差1.1）であった

e. クライシス・プランに対する認識尺度

クライシス・プランに対する認識尺度については表4-23に示した。

f. クライシス・プランの有用性尺度

クライシス・プランの有用性尺度については表 4-24 に示した。各項目の平均値は 3.5 (標準偏差.3) であった。

g. クライシス・プランが役立った場面

クライシス・プランが役立った場面については 9 名が自由記述欄に記述しており、その中でクライシス・プランとは関係のない内容を記入していた 2 名を除外した。7 名の自由記述は以下の内容であった。「調子を落とした時に自分がクライシス・プランのどこにいるかを支援者にわかりやすく伝えることができた」、「ギャンブルしようと思った時 (パチンコ) その時、クライシス・プランにのっているのでよく考えるようになった」、「とても役立った」、「入院中にクライシス・プランを自発的に作った経験が身について毎日のモニタリングに役立っている」、「病状が悪化する前に対応できる」、「体重が増えすぎた時に適切に入院させてもらえた。自殺するしか手がなくなる寸前に入院させてもらえた」、「変化もなく安定しているので特にありません」、「色でわかるのが良い」、「夏に調子を崩すことが多いとクライシス・プランに記載があったため、7 月以降、ケア会議を毎月行うことができた (関係者に支援の必要性を理解してもらえた)」。

3.5 指定入院医療機関と指定通院医療機関、社会復帰調整官

指定入院医療機関の医療観察法病棟スタッフの「クライシス・プランの有用性予測尺度」と指定通院医療機関、社会復帰調整官の「クライシス・プランの有用性尺度」は全く同じ項目を用い、医療観察法病棟スタッフには「クライシス・プランが院処遇移行後に役立つと思うかどうか」について尋ねており、指定通院医療機関と社会復帰調整官には「クライシス・プランが実際に役立っているか」を尋ねている。そこで、医療観察法病棟スタッフの有用性の予測と指定通院医療機関と社会復帰調整官の有用性の認識との違いを検討するため、まずは 3 群間における項目、ならびに尺度平均得点の比較を行うこととした。

医療観察法病棟スタッフにおいては回答に偏りが大きく見られ、正規性が認められなかったため、Kruskal-wallis 検定を行なった。その結果、全てにおいて、医療観察法病棟スタッフの数値が指定通院医療機関と社会復帰調整官の数値よりも有意に高かった (表 4-25)。

次に、指定通院医療機関における「クライシス・プランの有用性尺度」の因子分析によ

って得られた4因子におけるそれぞれの下位項目の平均得点と医療観察法病棟スタッフにおける「クライシス・プランの有用性予測尺度」の対応する項目の平均得点の比較を行うため、指定通院医療機関の「クライシス・プランの有用性尺度」の4因子に対応する「クライシス・プランの有用性予測尺度」の項目における内的一貫性の検討を行った結果、「適切な対応のための情報共有」に対応する項目については $\alpha=0.83$ であった。「対象者の主体的な病状管理」に対応する項目については $\alpha=0.84$ であり、「対象者擁護」に対応する項目については $\alpha=0.77$ 、「支援者と対象者の協働的な病状管理」に対応する項目については $\alpha=0.85$ であった。医療観察法病棟スタッフにおいては回答に偏りが大きく見られ、正規性が認められなかったため、Kruskal-wallis の検定を行なった。その結果、全ての因子において、医療観察法病棟スタッフの数値が指定通院医療機関の数値よりも有意に高かった（表4-26）。

同様に社会復帰調整官の「クライシス・プランの有用性尺度」の因子分析によって得られた4因子におけるそれぞれの下位項目の平均得点と医療観察法病棟スタッフにおける「クライシス・プランの有用性予測尺度」の対応する項目の平均得点の比較を行うため、社会復帰調整官の「クライシス・プランの有用性尺度」の4因子に対応する「クライシス・プランの有用性予測尺度」の項目における内的一貫性の検討を行った結果、「対象者の主体的な病状管理」に対応する項目については $\alpha=0.86$ であった。「協働関係の促進」に対応する項目については $\alpha=0.84$ であり、「対象者の権利擁護」に対応する項目については $\alpha=0.81$ 、「適切な対応のための支援者間の情報共有」に対応する項目については $\alpha=0.82$ であった。医療観察法病棟スタッフにおいては回答に偏りが大きく見られ、正規性が認められなかったため、Kruskal-wallis の検定を行なった。その結果、全てにおいて、医療観察法病棟スタッフの数値が指定通院医療機関と社会復帰調整官の数値よりも有意に高かった（表4-27）。

第4節 考察

4.1 指定入院医療機関

4.1.1 作成

指定入院医療機関はクライシス・プランを中心的に作成していく役割を担っている。今回の調査からはクライシス・プラン作成は主に回復期で開始されるものの、たたき台の完成が回復期であるという機関が53.3%であり、社会復帰期になるという機関が43.3%であ

った。さらに地域で活用できるレベルのクライシス・プランが完成するのが社会復帰期と退院まで3ヶ月以内がそれぞれ46.7%であった。クライシス・プランは社会復帰調整官や通院処遇の支援者に活用されるためのものであるが、完成時期が遅くなればなるほど、対象者と社会復帰調整官、通院処遇の支援者、家族などが退院後の活用を見越して活用の練習をする機会が少なくなり、それを受けて加筆・修正する機会が少なくなってしまう。この点に関して、作成に関する困難の中で「対象者の地域生活に即したものにすること」の平均値が回答の選択肢の「少しあてはまる」を上回っていた。これは通院処遇移行後の地域生活に近い状況の中で作成したプランを活用することができず、地域生活を適切にイメージできないことに起因する可能性がある。そうしたことを避けるためにはたたき台を回復期には完成させ、社会復帰期の早い段階において地域で活用できるレベルのものを作成し、外泊で積極的に活用し、通院処遇移行後に関わる支援者からのフィードバックを得ながら作成を進めていくことが重要であろう。なお、作成においては多くの指定入院医療機関でクライシス・プラン作成に関するプログラムやMDT（多職種チーム）、あるいは個別面接を通じて作成していることが示されたが、20.0%の施設がクライシス・プラン作成に関するプログラムのみの回答だったことから、そのような施設においてはMDTによる個別性に応じたクライシス・プランを作成できていない可能性もある。

作成の中心となっている職種としては心理士が最も多く、8割以上が経験している。心理士は対象行為の振り返りを担当することになっているため、対象行為に関する要因や症状の経過などについての情報を集まりやすく、それらの情報から同様の行為をしないための対策を考えていくという流れの中でクライシス・プラン作成にスムーズに移行しやすいものと思われる。作成に関して、協働的な作成尺度のそれぞれの項目の数値が高かったことから、医療観察法病棟スタッフは対象者や通院処遇で対象者に関わる支援者と協働的に作成できているという認識を持っていると思われる。しかし、設問ではあくまでこれまでの担当ケースを振り返って回答を求めているので、医療観察法入院処遇においては多職種チームとして対象者を受け持つという性質上、必ずしも回答者自身が協働的に作成できていたかどうかではなく、チームとしてできていたかどうかということを尋ねている点で注意が必要である。クライシス・プランの内容については状態・病状についての情報やそれに応じた対象者の自己対処、支援者の対応といった病状管理に関する項目が取り入れられているが、強みや長所（ストレングス）や病状悪化時の希望といった権利擁護に関する項目を担当ケースにおいて取り入れた経験のあるスタッフは約3割以下である。こうしたこ

とから、医療観察法におけるクライシス・プランはリスク・マネジメントに偏り、ストレンクスや権利擁護といった視点があまり取り入れられていない可能性が示唆される。リスク・マネジメントはもちろん重要であるが、ストレンクスを発揮できるようにすることで相対的に問題発生リスクを下げることも重要であるため、いかに良い状態を保ち、持ち前の能力を発揮できるかという視点も重要である。ところで、作成に関する困難の中で「知的能力の低い対象者とクライシス・プランを作成すること」や「対象者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと」の平均値が回答の選択肢の「少しあてはまる」を上回っていた。これはそもそも言語的な理解力に困難を抱える対象者の場合、クライシス・プランに限らず、説明を理解してもらうことには困難が伴うことは容易に想像できる。しかし、それにも増して、クライシス・プランの定義自体が明確ではないことで、クライシス・プランとはどのようなもので、どのように重要なのかを対象者に伝えることに困難を抱えやすく、最悪の場合は「退院のための手段」となってしまうこともあるかもしれない。また、リスク・マネジメントに偏った説明をしてしまうことで、対象者がクライシス・プランに対して重要性を説明しているつもりでも、「危険な人物」であるという印象を抱かせてしまい、対象者にとっては重要性よりも嫌悪感や拒否感が生まれる可能性も考えられる。クライシス・プランが自分の権利を守り、良い状態を維持して自分のストレンクスを発揮できるようにするためのツールであるという認識を持ってもらうことで、対象者にとってクライシス・プランの重要性が高まり、第3章でクライシス・プランの課題として列挙した中の「問題行動や病状悪化を防ぐためのリスク・マネジメントと対象者自身の自己決定力や回復の動機づけをつなぐことへの取り組み」につながる可能性がある。

4.1.2 活用

活用については外泊や病状悪化時に関する状況では活用する方針のある施設が多いものの、日常的な活用に関する方針がある施設は半数以下である。特筆すべきは病状悪化時においても、診察で用いる方針がある施設が26.7%のみであったことである。病状悪化による他害行為のリスクが高まった状態において、医療的な対応における医師の判断が重要なのは言うまでもない。入院中から診察で用いられてなければ通院処遇移行後の診察でスムーズに活用することに繋がりにくくなる可能性がある。背景には医師は独自の問診のスタイルがあり、クライシス・プランを用いるということの方針としづらい可能性が考えられる。そして、各スタッフにおける活用については日常的活用尺度の平均値が2.8、病状悪

化時活用尺度の平均値 2.9 であったことから、回答の「少し活用している」を下回っていることになる。病棟の方針として、病状悪化時に活用する方針がほとんどの施設にあることが示されたにも関わらず、十分活用できているとはいいがたい。背景の1つは作成と関連し、たたき台の完成が社会復帰期である施設が4割程度あり、作成が遅くなってしまうことで活用の機会が少なくなることが考えられる。もう1つは活用における困難さはそれほど高いとは言えないことから、タイムリーに活用する場面で選択肢に入らない、あるいは活用する文化が形成されていないことが考えられる。

4.1.3 通院処遇移行後のクライシス・プランに関する現状

今回の調査では当対象者が通院処遇に移行した後のクライシス・プランの活用について知る機会が「全くない」が41.2%、あるいは「あまりない」と回答したスタッフが37.3%に上り、意見交換する機会も「全くない」が53.5%、「あまりない」と回答したスタッフが26.3%に上ることからも上記のことが裏付けられる。医療観察法病棟スタッフにおいては担当対象者が通院処遇に移行した後のクライシス・プランについての関心は「とてもある」が65.5%「少しある」と回答したスタッフが32.7%であり、ほとんどのスタッフが関心を持っており、意見交換の必要性も感じていることから、通院処遇移行後のクライシス・プランの活用状況や有用だった点、課題などを共有できる機会が必要と考えられる。そういった意見交換や情報共有を通じて、医療観察法病棟スタッフによる、通院処遇移行後により活用されやすい、質の高いクライシス・プラン作成につながると思われる。

4.1.4 クライシス・プランの研修会の受講経験とニーズ

クライシス・プランに関する研修を受けたことがないスタッフが50.6%であり、半数以上のスタッフが研修を受けたことがないことになる。そして、研修のニーズは「作成」が52.4%と半数を超えている。このことから、ガイドラインやマニュアルがない中で、どのように作成すれば良いかということについての困難を抱えているものと思われる。

4.1.5 マニュアル・ガイドラインの必要性

マニュアル・ガイドラインについては「とても必要」と「少し必要」を合わせると89.5%であり、ニーズが高い。臨床場面では当然、作成するような状況にも関わらず、手順や方法がわからないことへの困難があるものと推測される。

4.2 指定通院医療機関

4.2.1 活用

通院医療機関におけるクライシス・プランの日常的活用尺度と病状悪化時活用尺度の平均値は前者が 2.6、後者が 2.8 であった。今回の 4 件法での回答において、平均得点は「2. ほとんどしていない」～「3. 時々している」の間にあるということになり、病状悪化時であっても十分活用されているとはいえない可能性がある。

次に「クライシス・プランの活用上の問題尺度」と「クライシス・プランの有用性尺度」の因子分析では、前者は「支援者側の活用困難」の寄与率が 38.91 と最も高かったことから、活用上の問題に関係する主要な要因として考えられる。後者は「適切な対応のための情報共有」の寄与率が 55.42 と突出して高く、有用性に関しては支援者間の情報共有のためのツールとしての有用性が主要な要因として考えられる。

続いて、活用に影響を与える要因に関して、日常的な活用については「支援者と対象者の協働的な病状管理（有用性尺度因子）」と「医療観察法担当メンバー数」が正の影響、「関係者における重要性の認識の低さ（問題尺度因子）」が負の影響を与えることが明らかになった。つまり、クライシス・プランが支援者と対象者で協力して病状管理することに役立つものであると認識されるほど、また医療観察法担当メンバー数が多いほど、そして関係者に重要なものとして認識されるほど、クライシス・プランが日常的に活用されていることを意味する。病状悪化時活用については「支援者と対象者の協働的な病状管理（有用性尺度因子）」と「指定年数」が影響した。つまり、クライシス・プランが支援者と対象者での協力した病状管理に有用であると認識されるほど、また指定通院医療機関として指定された年数が長い機関ほど、病状悪化時にクライシス・プランが活用されていることを示す。これらの背景については、クライシス・プランが協働的な病状管理に有用と認識されることで、対象者と通院医療機関のスタッフが病状について話し合いやすくなること、また、状態や病状に応じた対象者の対処、支援者の対応が明確になり、支援を円滑に行うことに役立つと予想される。クライシス・プランの重要性については日常的な活用のみ影響したが、重要性の認識が高いと、対象者や支援者は日頃からクライシス・プランを確認する習慣につながりやすいと考えられる。一方、クライシス・プランは病状悪化時の対応にこそ使用されるものとして入院処遇から引き継がれるため、病状悪化時においてはその重要性に関わらず活用するものとして受け取られているのかもしれない。日常的な活用において、医療観察法担当メンバーが多いほど活用されやすいことについては、メンバーが多いほど、

対象者との間での活用やスタッフ間の連携のための活用場面が増えることが示唆される。また、メンバー数の多さはその機関が医療観察法に対して積極的であることを表している可能性があり、そうした組織的な風土がクライシス・プラン活用に影響していることも考えられる。病状悪化時の活用において指定年数が関連していたことについては指定年数が長い方が活用に関する方法や情報を得る機会が増えることが推測される。

以下に今回の結果を踏まえた取り組みについて検討する。「支援者と対象者の協働的な病状管理」については日常的、病状悪化時のそれぞれの活用に影響する要因となっていたことから、活用における中核的な要因といえよう。通院医療機関にとってクライシス・プランが支援者と対象者の協働的な病状管理に有用であると認識されるためには、まず入院処遇中の作成段階から、対象者の意見やニーズが取り入れられ、さらには内容がわかりやすく具体的であり、病状悪化時の入院対応などのリスク・マネジメントに関する項目についても可能な限り合意できるよう、対象者と指定入院医療機関の担当多職種との間で十分話し合いながら作成されることが挙げられる。次に作成したクライシス・プランを指定入院医療機関で行う対象者と関係者との CPA 会議（Care Programme Approach 会議：以下 CPA 会議）や地域で行うケア会議で指定通院医療機関や社会復帰調整官、家族などの支援者と共有し、通院処遇移行後に実行可能で有用性の高いツールになるよう、形式や内容などについて対象者を含めた関係者全体で検討されることが挙げられる。そして、クライシス・プランが入院処遇中から活用され、対象者とのコミュニケーションの取り方や支援者間の連携の仕方が通院処遇に引き継がれること、また通院処遇後も対象者の状態や症状、支援体制に合うよう定期的に加筆・修正されることが挙げられる。

「関係者における重要性の認識の低さ」については、まず対象者と支援者全体がクライシス・プランの意義や目的を共有し、重要性を共通理解する必要がある。また、医療観察法処遇におけるクライシス・プランの内容はリスク・マネジメントに偏り、保護要因や権利擁護の視点が不足しているという指摘があるため、対象者にとっての重要性を高めるには入院処遇中の作成段階において、内容に保護要因やストレス、権利擁護（希望する、あるいは希望しない医療や支援など）を盛り込むことが有効と思われる。この点はクライシス・プランにおける課題である「問題行動や病状悪化を防ぐためのリスク・マネジメントと対象者自身の自己決定力や回復の動機づけをつなぐことへの取り組み」とも関連する。加えて、支援者にとっての重要性を高めるには、前述のように作成段階に通院処遇でかわる支援者が十分コミットできるようにすること、入院処遇中の外泊訓練を通じてクライ

シス・プランの活用場面を作り、指定通院医療機関に臨床場面での有用性を実際に体験してもらおうことが考えられる。

「指定年数」については前述のように指定年数が長い方が活用に関する方法や情報を得る機会が増えることが推測されるため、指定年数の短い機関に対してはクライシス・プランの活用方法などを情報提供する機会を作ることが有益であると推測される。

4.2.2 クライシス・プランの研修会の受講経験とニーズ

クライシス・プランに関する研修を受けたことがないスタッフが 71.4%であり、多くの回答者の多くが研修を受けたことがないことになる。そして、研修のニーズは「コミュニケーション」が 33.9%であり、「作成」が 28.6%、「活用」が 19.6%と、臨床場面でどのようにクライシス・プランを用いてコミュニケーションをとり、活用すれば良いかということへの関心が高いことが見て取れる。逆に言えばその部分に難しさを感じている可能性がある。

4.2.3 マニュアル・ガイドラインの必要性

マニュアル・ガイドラインについては「とても必要」と「少し必要」を合わせると 93.5%であり、ニーズが非常に高い。臨床場面での活用や加筆・修正を加える上での手順や方法がわからないことへの困難があるものと推測される。マニュアルやガイドラインによって、一定の質を担保し、有益なクライシス・プランの作成や活用につながることが予想される。

4.3 社会復帰調整官

4.3.1 活用

社会復帰調整官における日常的活用尺度における項目の平均値は 2.7 であった。病状悪化時活用尺度における項目平均は 3.1 であった。今回の 4 件法での回答において、日常的活用尺度の平均得点は「2. ほとんどしていない」～「3. 時々している」の間にあるということになり、日常的には十分活用されているとはいいがたい。また、病状悪化時には「時々している」を上回っているが、病状悪化時に常に使っているとはいいがたい。

次に、こうした活用にどのような要因が影響しているのかを検討するため、多変量解析を行なった。その結果、活用に影響を与える要因に関して、日常的な活用については「適切な対応のための情報共有(有用性尺度因子)」が正の影響を与えることが明らかになった。

つまり、クライシス・プランが対象者の状態や病状について共有でき、タイムリーに対応するために役立つツールとして認識されるほど、クライシス・プランが日常的に活用されていることを意味する。病状悪化時活用については「適切な対応のための情報共有（有用性尺度因子）」が正の影響を、また「プランの活用困難（活用上の問題因子）」と「支援者側の重要性の認識の低さ（活用上の問題因子）」が負の影響を与えることが明らかになった。つまり、日常的活用と同様にクライシス・プランが対象者の状態や病状について共有でき、タイムリーに対応するために役立つツールとして認識されるほど、またクライシス・プランが活用しやすい内容であると認識されるほど、さらには支援者に時間的な余裕がある程度ある場合には病状悪化時にクライシス・プランが活用されていることを示す。これらの背景について、日常的活用と病状悪化時の活用それぞれにおいて「適切な対応のための情報共有（有用性尺度因子）」が影響を与えていたことについては、社会復帰調整官にとって「関係機関相互間の連携確保」が重要な役目であり、直接的な介入というよりは関係機関と連携して病状安定を図ることが求められているためと考えられる。この点について、野村ら（2017）の研究では指定通院医療機関のクライシス・プラン活用に影響を与える要因として「対象者と支援者の協働的な病状管理」が日常的活用と病状悪化時の活用の両方に影響を与えていたことから、通院処遇における社会復帰調整官と指定通院医療機関の役割の違いが表れているといえよう。

病状悪化時に「プランの活用困難（活用上の問題因子）」が負の影響を与えることについては特に病状悪化時ほど対象者の症状を的確に把握し、支援者間で共有する必要があることに加え、さらには対応も検討しなければならず、その際に活用が困難であったり、わかりにくかったりするプランは使いにくいと推測される。また、「支援者側の重要性の認識の低さ（活用上の問題因子）」も負の影響を与えていたが、クライシス・プランについての重要性の認識が低い場合にはクライシス・プランを用いる発想自体が起きにくかったり、習慣化されにくかったりするため、病状悪化時に用いられにくい可能性がある。ただし、重要性の認識については支援者側に問題がある場合もあれば、プラン自体に問題がある場合、またはその両方の場合もあると考えられる。

今後、社会復帰調整官にとって活用されやすいクライシス・プランとなるためには、上記の要因を考慮したクライシス・プラン作成を指定入院医療機関と社会復帰調整官、指定通院医療機関、家族などの地域関係者とともに十分な検討を行いながら作成していくことが重要であろう。

4.3.2 マニュアル・ガイドラインの必要性

マニュアル・ガイドラインについては「とても必要」と「少し必要」を合わせると 85.6% であり、ニーズが高い。指定通院医療機関と同様に臨床場面での活用や加筆・修正を加える上での手順や方法がわからないことへの困難があるものと推測される。

4.4 通院処遇対象者

通院処遇対象者は 1 指定入院医療機関から通院処遇に移行した対象者のデータであり、なおかつ 15 名であるため、一般化することは難しいことを踏まえて考察を進める。

4.4.1 クライシス・プランの活用

クライシス・プランについては日常的活用尺度の項目平均は 2.9 であり、多少は活用していることがうかがわれた。一方で病状悪化時活用尺度の項目平均は 2.7 とわずかながら日常的活用尺度を下回る。この理由としては対象者の場合は危険な状態をどうするかより、回復にとっての重要性を大切にしており、クライシス・プランは日常的な病状管理に活かす傾向を示唆するかもしれない。この点については「クライシス・プランの有用性尺度」において“精神的に具合の良い状態を続けられる”や“自分の精神的な具合に気づける”、“自分の精神的な具合に合った対処ができる”といった項目が 4 件法（1「全く役に立たない」～4「とても役に立つ」）で 3.5 以上であり、病状の自己コントロールに役立っていると認識されていることから裏付けられうる。一方で、病状悪化時に病識が低下したり、理性的な判断がしづらくなったりするため、クライシス・プランをうまく活用できず、病状悪化時活用尺度の得点の方が低い可能性も考えられる。後者の場合には、病状悪化時ほど支援者の対応が重要になることを示唆するであろう。

4.4.2 クライシス・プランに対する認識と有用性

クライシス・プランの認識尺度の回答からは肯定的な認識が多く見られた。その中で、「クライシス・プランを見るのは面倒だ」の項目が 2.5 であったことから、多少なりともそのような思いを持っている対象者がいることが予想される。これはクライシス・プランの内容がリスク・マネジメントに偏っているために見ることへの嫌悪感がある場合や見ることで自分が習慣化されていない可能性などが考えられる。全体的には肯定的な回答が多く、有用性尺度の項目得点も高かったことから、後者の可能性が高いものと推測される。こう

したことから、入院中に対象者の活用を習慣化し、通院処遇移行後も対象者と支援者が習慣的に活用していくことが重要であろう。

4.4.3 クライシス・プランが役立った場面

実際に役立った場面としては病状悪化や状態変化、問題行動が生じる際にクライシス・プランが支援者への伝達手段や自制するためのきっかけ、支援者の対応につながったことが示された。こうした記述から、クライシス・プランが対象者の危機的場面を適切に記述し、支援者もそれを理解している状況において有効に活用できる可能性が示唆される。

4.5 指定入院医療機関と指定通院医療機関、社会復帰調整官

今回用いた医療観察法病棟スタッフにおける「クライシス・プランの有用性予測尺度」については作成したクライシス・プランが通院処遇移行後にどの程度有用だと思えるかを尋ねている。平均値は3.4であり、回答の選択肢の「少しあてはまる」を上回ることを示すことから、作成したクライシス・プランが通院処遇で役立つという見通しを持っていることを示す。しかしながら、指定通院医療機関と社会復帰調整官における「クライシス・プランの有用性尺度」(実際にどの程度役立っているか)との比較では指定通院医療機関と社会復帰調整官の数値が医療観察法病棟スタッフよりも有意に低かった。指定通院医療機関と社会復帰調整官の有用性尺度の平均値は2.9であり、一定の有用性は感じていると思われるが、医療観察法病棟スタッフとの間にはギャップがあり、医療観察法病棟スタッフが思っているよりも指定通院医療機関や社会復帰調整官の有用性の実感は低い可能性が示された。このことについて、医療観察法病棟スタッフは通院処遇移行後のクライシス・プランに関して社会復帰調整官や指定通院医療機関と意見交換する必要性は感じつつも、そのような機会がないスタッフが非常に多く、通院処遇移行後のクライシス・プランについてのフィードバックが得られない。そのため、作成したクライシス・プランが通院処遇移行後に有用であったか、あるいは有用に機能しなかったのかといったことが分からず、時間をかけて作成してきたプランは「有用であろう」と予測しやすい傾向があると考えられる。一方で、社会復帰調整官や指定通院医療機関は通院処遇におけるクライシス・プランの機能に関する有用性について、実際の臨床場面を通じた体験から現実的に評価している。こうした背景が今回の結果における医療観察法病棟スタッフと社会復帰調整官、指定通院医療機関のギャップに表れていると予想する。ただし、今回の調査では医療観察法病棟スタッ

フが回答する際に想像したクライシス・プランと指定通院医療機関や社会復帰調整官が想像したクライシス・プランとが一致していないことに留意する必要がある。

4.6 実態調査の結果に基づくクライシス・プランの課題についての検討

第3章で挙げたクライシス・プランについての4つの課題に関して、今回の実態調査をもとに検討する。

(1) クライシス・プランの目的を果たすような作成や活用の実態調査と実態調査に基づく、より適切な作成と活用への取り組み

クライシス・プランの目的として、「再被害行為のリスクの低減」、「安定した状態の維持と病状悪化のリスクの低減」、「対象者の主体的な疾病自己管理」、「対象者と支援者との協力関係（コミュニケーション）」、「支援者における対象者についての理解の促進」、「支援者間の連携」、「権利擁護」が挙げられる。これらについて、今回の調査において、医療観察法病棟スタッフのアンケートでは「クライシス・プランの有用性予測尺度」、指定通院医療機関と社会復帰調整官では「クライシス・プランの有用性尺度」で扱った。医療観察法病棟スタッフは通院処遇においてクライシス・プランが目的に沿った機能を持つと考える傾向があるが、実際に通院処遇で活用する指定通院医療機関や社会復帰調整官においてはある程度、目的に沿った機能をするに認識しつつも、病棟スタッフが考えるレベルほどの実感はなく、そこにはギャップが存在すると考えられる。また、クライシス・プランは指定通院医療機関や社会復帰調整官において、十分活用されているとは言い難いことが示された。

(2) 問題行動や病状悪化を防ぐためのリスク・マネジメントと対象者自身の回復の動機づけをつなぐことへの取り組み

対象者自身の回復の動機づけに関しては指定入院医療機関のアンケートにおいて、クライシス・プランに取り入れたことのある項目についての設問で扱った。その結果、「病状・状態に応じた対象者の対処」や「早期警告症状（注意サイン）の情報」などはほとんどの回答者がこれまでのクライシス・プランに取り入れたことがあると回答したが、「強みや長所（ストレングス）」のストレングスに関わる項目や「対象者が病状悪化時に支援者に希望しない治療・対応」の権利擁護に関わる項目はあまり取り入れられていないことが示唆された。このことから、また、多くのクライシス・プランが対象者にとってリスク・マネジメント中心であり、自分のストレングスを生かすことや病状悪化時に自分の権利を守って

くれるような活用の動機づけを高めるような機能が取り入れられていない可能性がある。

- (3) 指定入院医療機関における作成プロセスと対象者の意見やニーズの反映、また担当スタッフと対象者の意見やニーズのすり合わせ（対象者との協働的な作成）

医療観察法病棟スタッフのアンケートにおける協働的な作成尺度では、概ね対象者と協働的に作成している認識であることが示された。ただし、実際にそのようにできているのかは今回のように1施設のみの通院処遇に移行した対象者だけでなく、複数の施設における通院処遇に移行した対象者の認識とも併せて検討する必要がある。

- (4) 指定入院医療機関での作成段階における通院処遇の支援者の意見やニーズのすり合わせ（対象者と支援者全体での協働的な作成）

医療観察法病棟スタッフのアンケートにおける協働的な作成尺度では、概ね通院処遇移行後に関わる支援者とも協働的に作成している認識であることが示された。しかし、このことについても通院処遇に関わる支援者の認識と合わせて検討する必要がある。しかしながら、上記(3)の対象者との協働的な作成もこの支援者全体での協働的な作成についても、医療観察法病棟スタッフが適切に行えているのか、また自信を持って取り組んでいるかは不明である。その理由として、1つ目はクライシス・プランの研修の受講経験は約半数であり、研修ニーズとして「作成」が最も多かったことから、作成上の不安を抱えながら取り組んでいることがうかがえるからである。2つ目は作成に関する困難として、「対象者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと」、「地域生活に即したクライシス・プランを作成すること」を多少なりとも感じているためである、対象者と協働的な作成を行う出発点としてクライシス・プランの重要性を理解してもらうことが必要であるし、支援者全体との協働的な作成を行えるのであれば地域生活に即したクライシス・プランに近づくためである。ただし、この点については通院処遇移行後の対象者のクライシス・プランに関するフィードバックを医療観察法病棟スタッフが得る機会が乏しいため、地域生活に即しているかどうかを確認することができないことも関係している可能性がある。

第5節 実態調査の限界

本研究における限界については以下の点が考えられる。まず、指定入院医療機関スタッフや指定通院医療機関スタッフ、社会復帰調整官へのアンケートに含まれるクライシス・プランの活用尺度や有用性尺度などの尺度は特定のケースについての評価ではなく、クライシス・プランに関して全般的な回答を求めている。クライシス・プランはケースによっ

対象者の知的能力や病識、MDT との関係性なども異なり、支援体制や支援者のサポートの量なども異なるなどの個別性がある。今回の調査では回答者が頭の中でそれらを平均したり、印象的なケースに回答が影響されたりする可能性がある。ケースごとに評価した方がより正確なデータが得られるだろう。

指定通院医療機関への調査に関する限界として、まず、今回対象としたのは指定入院医療機関を兼ねない指定通院医療機関であったことである。指定入院医療機関と指定通院医療機関の機能を両方兼ねる機関と兼ねない機関におけるクライシス・プランの活用や社会復帰調整官との連携など、その違いを検証していく必要がある。次に、精神保健福祉士のみを対象としたことである。1職種だけではあらゆる場面を全て把握しきれない可能性がある。今後は多職種を対象とした調査も必要であろう。

指定通院医療機関と社会復帰調整官への調査に共通する限界としては重回帰分析における決定係数の解釈である。水本（2008）によれば、重回帰分析においては決定係数が.13以上で効果量中、.26以上で効果量大とされていることから、今回の結果は統計的に一定の説得力を持つ。ただし、今回扱った従属変数以外にも影響を与える変数も残されていることから、他の変数について今後も調査することが望ましい。

通院処遇に移行した対象者については1病院のみであり、サンプル数も限られていることから、今回の調査結果から一般化することは難しい。今後は多施設共同で行うことも重要であろう。

第6節 小括

実態調査からは指定入院医療機関におけるクライシス・プランの作成については心理士が作成の中心となることが多く、病状の段階分けを行い、対象者の対処や支援者の対応、病状に関係するストレスなどをまとめた形式を共通のテンプレートとしている施設が多い。ただし、内容にストレングスや権利擁護に関する項目が含まれないものも多く、多くのクライシス・プランはリスク・マネジメントに関する項目に偏っている傾向がある。また、たたき台の完成が社会復帰期に入ってから施設も半数近くあり、地域で活用できるレベルのものが完成するのが退院3ヶ月前になっている施設も半数近くあった。完成が遅くなればなるほど外泊を通じて対象者自身や通院処遇に関わる支援者が活用の練習をする機会が少なくなり、通院処遇の支援体制やニーズに応じたものに修正する機会も減少する。

作成における困難を抱えるのは「地域にフィットしたものにすること」、「対象者に重要

なものとして認識してもらうこと」、「知的能力に応じたものを作成すること」があがった。地域にフィットするものにするためには先に述べたように通院処遇の支援者に使ってもらい、フィードバックをもらいながら加筆・修正し、引き継いでいくことが重要であろう。また、対象者に重要なものとして認識してもらうためにはクライシス・プランが自分の権利を守ること、つまり権利擁護の機能を持つことや自分の良い状態を維持し、ストレングスにも焦点を当てたものであることが重要と考えられる。

今回の結果からは通院処遇対象者において、日常的な活用よりも病状悪化時ほど活用度が低くなる傾向が示され、病状悪化時ほど指定通院医療機関や社会復帰調整官などの支援者の関わりが重要になるだろう。指定通院医療機関や社会復帰調整官の活用に影響する介入可能な要因として、指定通院医療機関においては「対象者と支援者とが協働的な病状管理をするために役立つツールとして機能すること」や「関係者におけるクライシス・プランの重要性の認識が高まること」が挙げられ、社会復帰調整官においては「適切な対応のための情報共有に役立つツールとして機能すること」や「プランが使いやすいものであること」、「支援者側の重要性の認識を高めること」が挙げられた。そのためには対象者の希望や考えを十分に取り入れ、できるだけ早い段階でたたき台を完成させ、日常生活で積極的に活用し、内容を加筆修正していくこと、また地域で使えるレベルのものを社会復帰期の早い段階で完成させ、指定通院医療機関のスタッフや社会復帰調整官にも外泊などの機会に活用する機会を持ってもらい、指定通院医療機関の支援体制や資源に合ったものになっているか、また社会復帰調整官にとって情報共有しやすいものになっているといったことについてのフィードバックを得ながら、対象者や支援者と話し合って内容を加筆、修正していくことが重要であろう。また、指定通院医療機関と社会復帰調整官の活用それぞれに通院処遇支援者における重要性の認識を高めるためには、一般の精神保健福祉においてクライシス・プランが周知されているとは言いがたいため、「クライシス・プランとはどのようなものか」ということを含めて、丁寧に説明し、何の目的で、どのように活用するのかといったことを伝えることも重要と考えられる。社会復帰調整官の活用においては適切な情報共有に有用であることに加え、実際のアクションに結びつきやすいことが重要な要因となっており、誰が、いつ、どのようなタイミングで、どう対応するかといったことが明確であるプランが望まれる。

ところで、活用を促進するためには制度やシステムレベルでの取り組みも必要と思われる。1 つはマニュアルやガイドラインの作成である。入院処遇ガイドラインや通院処遇ガ

イドラインへのクライシス・プランに関する記述がないことから、前述した取り組みの案を踏まえたマニュアルやガイドラインによって、一定の質を担保し、有益なクライシス・プランの作成や活用につながることを予想される。さらに、指定入院・通院医療機関はともにクライシス・プランの研修の受講経験を有する割合が低いことから、ニーズに沿った研修を充実させることが重要と考えられる。具体的には医療観察法病棟スタッフはクライシス・プランの「作成」、指定通院医療機関は「コミュニケーション」に関する研修へのニーズが高い。もう1つは入院処遇と通院処遇との連携である。医療観察法病棟スタッフへの調査からは、担当対象者が通院処遇に移行した後のクライシス・プランへの関心は非常に高いものの、知る機会がなく、指定通院医療機関や社会復帰調整官と意見交換する機会がないスタッフが非常に多い。つまりは作成したクライシス・プランについてのフィードバックを得ることができないため、工夫や課題の修正ができず、質の向上に繋がりにくい。一方、指定通院医療は通院処遇が始まってからクライシス・プランの内容や活用方法に疑問が生じた際に指定入院医療機関と改めて会議の場を持つことが困難である。そのことは医療観察法病棟スタッフの考える作成したクライシス・プランの通院処遇移行後における有用性予測と指定通院医療機関、社会復帰調整官の実際の有用性との間のギャップにつながっている可能性がある。通院処遇移行後もお互いに意見交換や情報共有できるような制度設計にすることで医療観察法病棟スタッフと指定通院医療機関、社会復帰調整官、その他の通院処遇支援者にとってメリットがあると考えられる。

第5章 医療観察法入院処遇におけるクライシス・プラン作成研修プログラムの開発

本章では前章の実態調査から得られた知見に加えて、これまでのクライシス・プラン研究、司法・矯正領域で注目されているストレングスの視点、医療観察法を巡る課題を踏まえ、医療観察法病棟スタッフを対象とした「クライシス・プラン作成研修プログラム」を開発する。

第1節 目的

実態調査からはクライシス・プランは指定通院医療機関や社会復帰調整官に十分活用されているとは言い難い現状が示唆された。また、通院処遇において作成したクライシス・プランが目的に沿って、どの程度機能しているかということについては医療観察法病棟スタッフの予測と指定通院医療機関や社会復帰調整官の実感との間にギャップがあること、加えて、指定通院医療機関や社会復帰調整官において、十分に活用されているとは言い難いことが示された。さらには、リスク・マネジメントについての項目は多く含まれるが、ストレングスや権利擁護といった、対象者の回復の動機づけを高めるような取り組みは少ないことが明らかになった。一方、病棟スタッフと対象者や支援者との協働的な作成について、病棟スタッフは概ね適切に行えているという認識を持っていることが示された。ただし、この点については実際にどの程度できているか、また自信を持って取り組んでいるかは不明である。なぜなら、実態調査では医療観察法病棟スタッフの5割以上がクライシス・プランに関する研修に参加したことが無いことに加え、クライシス・プランの「作成」に関する研修ニーズが最も高く、過半数を超えていたことから、作成上の何らかの疑問や不安を抱えていると考えられるためである。また、今回の調査では「対象者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと」や「地域生活に即したクライシス・プランを作成すること」に多少の困難感が示されたが、前者は対象者との協働的な作成を円滑に進める上で前提となり、後者は支援者全体での協働的な作成の結果として現れるものであるため、これらに困難感があるということは、作成に関する難しさを感じている可能性が考えられる。

これまで述べてきたように、医療観察法におけるクライシス・プランに関してはマニュアルやガイドラインがなく、各指定入院医療機関の医療観察法病棟スタッフが試行錯誤し

ながら作成している状況である。また、クライシス・プランの作成に関する研修ニーズも高いことから、前述のクライシス・プラン作成に関する課題を補強するようなクライシス・プラン作成に関する研修プログラムを提供することは大きな意義があると思われる。そこで、現在のクライシス・プランを取り巻く課題や実態調査によって得られた知見、イギリスの Joint Crisis Plan 研究、また近年の司法・矯正領域におけるストレングスの視点を参考に、作成を中心的に担う指定入院医療機関のスタッフを対象にした「医療観察法入院処遇クライシス・プラン作成研修プログラム」を開発することとした。

研修プログラムを実施することで、実態調査によって明らかになった医療観察法病棟スタッフにおける作成上の困難を低減し、指定入院スタッフの作成に関する知識や作成に関する効力感、対象者や通院処遇の支援者との協働的な作成のためのスキルを高めることを目的とする。そして、そのことで通院処遇で活用されやすい、有用なクライシス・プラン作成につながることを期待される。

なお、本プログラムの作成についても日本医療研究開発機構研究費補助金：障害者対策総合研究事業「医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究」（研究開発代表者：平林 直次）における、「医療観察法の諸ガイドラインの見直しに関する研究」（研究開発分担者：村杉 謙次）と協力して進める運びとなった。

第2節 方法

プログラム開発については上記、「医療観察法の諸ガイドラインの見直しに関する研究」に参加しているさいがた医療センターの研究班メンバーと本学の森田展彰（研究責任者）、野村照幸（学生分担者）とが協力して進めることとなった。

プログラムの開発にあたっては本学において、医療観察法全般についての理解の深い精神科医とともに作成した。続いて、「医療観察法の諸ガイドラインの見直しに関する研究」に関わっているさいがた医療センターのスタッフ（多職種）からプログラムの内容や進め方、分量などについて意見や助言を受け、それらを反映させた。

第3節 プログラムの構成と内容（資料参照）

プログラムは全職種を対象とし、構成は多忙な業務の中で多くのスタッフに参加できるよう、90分を2回の構成とした。

プログラムの内容は以下の点を踏まえることとした。1つ目として、クライシス・プラ

ンの実態調査結果に基づく、クライシス・プランの現状や課題を共有する。特に、指定通院医療機関や社会復帰調整官のクライシス・プランの活用状況や活用に影響を与える要因についての情報を盛り込み、課題の共有を図る。2つ目に、クライシス・プランの定義自体が不明確であることから、定義を明確にする。なお、本プログラムではクライシス・プランについて「安定した状態の維持、また病状悪化の兆候が見られた際の自己対処と支援者の対応、病状悪化時の自己対処と支援者の対応について病状が安定している時に合意に基づき作成する計画」と定義する。3つ目に、クライシス・プランが通院処遇で活用されるためには、指定通院医療機関においては「対象者と支援者とが協働的な病状管理」に有用であることや対象者や支援者にとっての「重要性の低さ」が影響する。そこで、まずは対象者にクライシス・プランの重要性の認識を高めてもらうために対象者へのクライシス・プランの導入説明の方法やスキル練習を取り入れる。これは指定入院医療機関の医療観察法病棟スタッフが困難に感じている「知的能力の低い対象者とクライシス・プランを作成すること」や対象者に「クライシス・プランの重要性を理解してもらうこと」にも対応している。4つ目に、指定通院医療機関の活用に影響する「対象者と支援者とが協働的な病状管理をすること」と社会復帰調整官の活用に影響する「適切な対応のための情報共有」に役立つツールとして機能し、「プランの活用困難」を改善するものにする、また、「支援者側のクライシス・プランの重要性の認識」も影響することが示されたことから、作成したクライシス・プランを指定通院医療機関や社会復帰調整官といった通院処遇の支援者と十分に意見交換しながらそれぞれの機関や地域にあったものにするための検討を行うための手続きやスキル練習、活用されやすいクライシス・プランにするためのチェックポイントを取り入れ、通院処遇における指定通院医療機関や社会復帰調整官における活用に影響する要因に働きかける。ここには指定入院医療機関のスタッフが困難に感じている「対象者の地域生活に即したものにする」にも対応している。5つ目に、指定入院医療機関におけるクライシス・プランの作成について、内容にストレングスや権利擁護に関する項目が含まれないものも多く、リスク・マネジメントに関する項目に偏っている傾向が示された。そこで、Joint Crisis Plan の研究で重要視されていた権利擁護や司法・矯正分野で近年注目されているストレングスの視点を取り入れられるようにする。これらの課題を踏まえたプログラムへの反映については表 5-1 に整理した。

実態調査からは指定入院医療機関においてクライシス・プラン作成のためのプログラムを運営しているところが半数以上あることが示されたことから、プログラム全体はそれぞ

れの機関ごとの運営方法や文化的要因も考慮し、今回の研修プログラムでは作成方法を押し付けることなく、作成において必要となる考え方や手順、スキルといった点に重点を置いた。特に、スキルについては対象者と協働的に作成するためには動機づけを高める必要があるため、「動機づけ面接法」(Miller & Rollnick, 2002)を参考に、ターゲットとなるスキルを「オープンに聴く」、「肯定的に対応する」、「価値観に合わせる」、「要約する」の4つに設定し、具体的なやりとりを演じる(シナリオロールプレイ)ことでスキルを高められるように配慮した。また、クライシス・プランに取り入れる項目の選択と決定、また、それらの妥当性の向上については「問題解決技法」(丹野他, 2004)を参考に、「STEP1:クライシス・プランについての明確化」、「STEP2:希望・目標の決定」、「STEP3:項目の収集」、「STEP4:実行可能な項目の選択」、「STEP5:クライシス・プランの実行と結果の評価」という5つの段階を設定した。なお、1回目のプログラムと2回目のプログラム間に期間を空け、ホームワークを用意した。これは前述の対象者との協働的な作成のためのスキルトレーニングを定着させるためであり、できる限り実施することを推奨した。

進め方については一方的な知識伝達のような形式ではなく、所々にディスカッションテーマを設定し、参加者全体、あるいは数名のグループごとに話し合ってもらった時間を作った。こうした取り組みを入れることでプログラムを活性化させ、これまでの取り組みを振り返ったり、内容をより定着させたりすることに繋がると考えられた。

以上から、図 5-1 に示すようにクライシス・プランを取り巻く課題や Joint Crisis Plan 研究による成果と課題、司法・矯正分野で注目されているストレングスの視点、そして今回の実態調査の結果を踏まえたプログラムの内容構成と現場のスタッフに配慮した実施方法、そして講義やディスカッション、ロールプレイ、ホームワークなどを通じて、参加した医療観察法病棟スタッフのクライシス・プラン作成に関する理解度の向上や権利擁護、ストレングスなどの項目を取り入れる必要性の認識の向上、そしてそれらの項目を取り入れる効力感の向上、さらには対象者や対象者が通院処遇移行後に関わる支援者との協働的なクライシス・プラン作成に関する効力感や通院処遇移行後に有用に機能するクライシス・プランを作成するための効力感の向上、対象者の意見やニーズを反映させながら作成することにつながるコミュニケーションスキルに関する効力感の向上につながると想定される。なお、本プログラムの研修を通じて学んだことを取り入れた結果として作成が期待されるクライシス・プランの例(統合失調症の対象者を想定)を図 5-2 に示す。ただし、

あくまで一例であり、実際にはそれぞれの対象者の合わせた内容やフォーマットを選択することの重要性もプログラムの中で扱う。

第4節 プログラムにおけるクライシス・プランに関する課題への対応

プログラムはこれまで述べてきたクライシス・プランに関する課題にも対応するよう配慮した。以下にそれぞれの課題と対応を記す。

- (1) クライシス・プランの目的を果たすような作成や活用の実態調査と実態調査に基づく、より適切な作成と活用への取り組み

クライシス・プランの目的として、「再被害行為のリスクの低減」、「安定した状態の維持と病状悪化のリスクの低減」、「対象者の主体的な疾病自己管理」、「対象者と支援者との協力関係（コミュニケーション）」、「支援者における対象者についての理解の促進」、「支援者間の連携」、「権利擁護」が挙げられる。それらについて、指定通院医療機関や社会復帰調整官は一定の有用性を認識しているが、医療観察法病棟スタッフが予測するほど有用とは認識しておらず、そこにはギャップがある。また、活用についても指定通院医療機関や社会復帰調整官において、十分に活用されているはいいがたいことが示された。このことから、指定通院医療機関や社会復帰調整官の活用に影響を与える要因に働きかけられるよう、作成上のポイントや取り入れる項目に権利擁護を含むことなど、クライシス・プランの目的を果たせるような機能を持ったクライシス・プランを作成することに関する効力感を高められるよう働きかける。

- (2) 問題行動や病状悪化を防ぐためのリスク・マネジメントと対象者自身の回復の動機づけをつなぐことへの取り組み

リスク・マネジメントについてはこれまでもクライシス・プランに取り入れられてきており、今回の研修では重点を置いていない。それよりも、対象者自身の回復の動機づけを尊重することに重点を置き、クライシス・プランが回復の動機づけにつながり、自分を守ってくれるプランとして機能するためにストレングスや権利擁護を取り入れることの重要性、またその方法について扱った。

- (3) 指定入院医療機関における作成プロセスと対象者の意見やニーズの反映、また担当スタッフと対象者の意見やニーズのすり合わせ（対象者との協働的な作成）

対象者と医療観察法病棟の担当スタッフとの間で協働的な作成が行えるよう、段階的な作成方法や対象者とのコミュニケーションのスキルトレーニングに重点を置いた。具体的

には支援者が一方的に作成するようなプロセスにならないよう、対象者がオープンに話せるような言葉かけを行い、どのような発言であっても肯定的に対応し、対象者に価値観に合わせながら進め、発言内容を適宜要約しながら対象者が納得いくプランになっているのかを確認しながら進められることを目標とし、そのための効力感が高まるような内容にした。

(4) 指定入院医療機関での作成段階における通院処遇の支援者の意見やニーズのすり合わせ（対象者と支援者全体での協働的な作成）

対象者と作成したクライシス・プランを通院処遇移行後の支援者とも検討する機会は必ずあるが、医療観察法病棟スタッフが一方的にクライシス・プランを提示し、通院処遇移行後の支援者に「プラン通りに実行させる」といったやり方では通院処遇移行後の支援体制や現状を踏まえたものにならない。そのため、通院処遇移行後の支援者の意見やニーズ、疑問について「通院処遇移行後に実行可能か」ということをすり合わせていくことが重要であり、対象者と作成したクライシス・プランを通院処遇移行後の支援者とも検討し、意見やニーズすり合わせるための会議の進め方やコミュニケーションスキルに重点を置いた。

第5節 小括

本章では実態調査から得られた知見に加えて、これまでのクライシス・プラン研究、司法・矯正領域で注目されているストレングスの視点、医療観察法を巡る課題を踏まえ、医療観察法病棟スタッフを対象とした「クライシス・プラン作成研修プログラム」を開発した。本プログラムは多くの医療観察法病棟スタッフが継続して参加できるよう、90分の講義が2回で構成されている。本プログラムを通じて、クライシス・プランの課題を補強し、医療観察法病棟スタッフのクライシス・プランに関する理解度を高め、目的に沿ったクライシス・プランを作成するための効力感を高めることを狙っている。本プログラムによって医療観察法病棟スタッフの作成に関する効力感が高まることで、より有効なクライシス・プラン作成につながる可能性がある。

第6章 プログラムの効果測定

本章では前章で作成した「クライシス・プラン作成研修プログラム」の効果測定を行い、プログラムの効果と課題について検討する。

第1節 目的

開発したプログラムの効果について検討する。なお、プログラムの効果測定についても日本医療研究開発機構研究費補助金：障害者対策総合研究事業「医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究」（研究開発代表者：平林直次）における、「医療観察法の諸ガイドラインの見直しに関する研究」（研究開発分担者：村杉謙次）と協力して進める運びとなった。その中で、「医療観察法の諸ガイドラインの見直しに関する研究」に参加しているさいがた医療センターの研究班メンバーと本学の森田展彰（研究責任者）、野村照幸（学生分担者）とが協力して進めることとなった。

第2節 方法

2.1 研究デザイン

本研究では医療観察法指定入院医療機関のスタッフに対する「クライシス・プラン作成研修プログラム」の効果を検討する。そのための研究デザインとして、対照群を設定しない前後比較研究デザインを採用した。本来であればエビデンスレベルがより高い対照群を設定したデザインを採用する方が望ましいが、そのようにしなかったのは以下の理由からである。

1つ目はそれぞれの病棟スタッフを介入群と対照群に振り分けると想定した場合、実際の臨床場面では5職種がチームで動くため、チーム内に介入群に振り分けられたスタッフと対照群に振り分けられたスタッフが混在すると予想される。そうした状況で研修の1回目と2回目の間にクライシス・プラン作成の局面があった場合、介入群に振り分けられたスタッフと対照群に振り分けられたスタッフが一緒に取り組むことから、介入群が研修で学んだことを活かそうと思うと、対照群のスタッフにも介入スタッフのみが研修を受けた内容を伝えることになり、介入効果に影響する可能性が考えられた。

2つ目はチームごとに介入群と対照群を設定する方法を考えた場合、看護師以外のスタッフ（医師、心理師、作業療法士、精神保健福祉士）は1人が複数のチームを掛け持って

いる。そのため、そうした職種が介入群、あるいは対照群のチームに所属するような振り分け方は極めて困難と考えられた。

3つ目は介入群となる病棟と対照群となる病棟を分けてしまう方法を考えた場合、クライシス・プランは作成手順が明確ではなく、バラつきの大きい状況であり、それぞれの病棟の風土や文化の影響も受けるだろう。そのため、病棟ごとに介入群と対照群を設定しても、前述のような変数が絡んでしまうため、比較が困難と予想された。こうした理由から、本研究では対照群を設定せず、前後比較を綿密に行うこととした。

今回の介入で用いる研修プログラムは90分×2回で構成されているため、介入の1回目の開始直前と2回目の終了直後にアンケート調査を実施し、介入前後の尺度得点を比較することもできるが、それだけではアンケートへの回答の変動が介入効果なのか、あるいは時間経過による変動なのかが不明である。また、研修による介入効果が一時的なものか、あるいはある程度持続するものなのかもわからない。そこで、介入1回目の開始直前アンケートの前に介入1回目と2回目の間隔と同じだけの間隔を空けて、アンケートを実施することとした。また、同じように介入2回目の終了直後のアンケートから介入1回目と2回目と同じ間隔を空けてアンケートを実施することとした。このようなデザインを採用することで、時間経過におけるアンケートへの回答の変動を考慮することができ、介入前の2回のアンケート結果を用いて、尺度の再検査信頼性も検討することが可能となる。

2.2 対象

指定入院医療機関の医療観察法病棟に勤務する多職種スタッフ（医師、看護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士）とし、年齢や性別、クライシス・プランの作成経験等を問わないこととした。なお、介入研究であるため、有意差と効果量の両方が重要な意味を持つ。サンプル数が大きすぎると統計的な検定力が大きくなりすぎ、少なすぎると検定力が下がってしまう可能性があるため、適切なサンプル数を算出し、その上で有意差の有無と効果量を検討することが重要である。そこで、統計処理に適切なサンプル数を統計処理ソフトのG power（Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007 : <http://www.psych.uni-due sseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/>）を用いて算出した。その結果、適切なサンプルサイズは45名（効果量=.25、 α エラー=.05、検出力=.08）、であることが示された。このGpowerとはFaulら（2007）によって作成されたソフトであり、有意水準（ α ：第1種の誤り）と検出力（ $1-\beta$ ：第2種の誤り）、効果量を用いて統計的に適切なサンプルサイ

ズを算出することが可能である。これは有意水準と検出力、効果量、サンプルサイズのうち、3つを設定すれば残りの1つが計算できる関係にあるからである。今回の研究では有意水準 (α) を医学、心理学領域の慣例に基づき、.05 (5%水準) とし、検出力 ($1 - \beta$) を Cohen (1988) に従い、.8 とした。効果量については先行研究を元に判断することが望ましいが、今回の研究については先行研究がない。水本・竹内 (2010) は先行研究がなく、効果量の設定が困難な場合には中程度の効果量を便宜的に設定することを提案しているため、今回の研究では *effect size* $f=.25$ (効果量中) とした。

2.3 方法

作成したプログラムをさいがた医療センターの研究担当メンバーで予備的に試行し、プログラムの加筆、修正を行なった上で、本研修プログラムへの同意の得られた医療観察法指定入院医療機関の研修実施可能な会場において、本研修プログラム (90分を2回) 実施することとした。なお、2回の介入の間隔については介入の同意の得られた医療観察法病棟の責任者と検討し、1ヶ月程度 (前後1週間) 空けて実施することとした。

アンケートの実施は研究デザインに従い、図 6-1 に示すように、介入の1ヶ月前、介入直前、介入終了直後、介入の1ヶ月後の4点で行う計画とした。なお、4回分のアンケートは研究概要や説明文書、テキスト、返信用封筒とともにファイルに閉じて研修1ヶ月前に間に合うよう各スタッフに配布し、研究に同意する場合はアンケートに回答するよう依頼することとした。また、無記名調査とするため、研修1ヶ月後に4回分のアンケートが全て回答された時点で全てのアンケートを返信用封筒に入れ、封をして病棟の代表者に手渡してもらい、病棟の代表者に一括して返信してもらうこととした。

介入と評価は3つの医療観察法病棟において2017年3月中旬から5月中旬までの間に設定した。

2.4 効果測定のためのアンケート作成

アンケートについては医療観察法全般についての理解の深い精神科医とともに項目を作成した。また、医療観察法入院処遇に従事したことがあり、なおかつクライシス・プラン作成に関わった経験のある多職種からアンケート内容や質問項目の表現について意見や助言を受け、内容の妥当性を検討した。加えて、医療観察法に直接関係しない精神科医や心理学者とともに、アンケート内容や質問項目の内容や表現についても検討した。

2.5 アンケート項目

(1) 介入約1ヶ月前のアンケート

a. デモグラフィック要因等

年齢、性別、職種、精神科経験年数、医療観察法病棟勤務年数、担当ケース数、クライシス・プランに関する研修受講の有無、研修への関心について回答を求めた。

b. クライシス・プランの作成経験

まず、クライシス・プランの作成過程への関与の経験を理解するため、「あなたはこれまで担当する対象者のクライシス・プランの作成過程（紙面にまとめていくこと）にどの程度関わった経験がありますか（一度でも構いません）？」と教示し、「主担当ケースがなかった」、「主担当ケースがなかった」、「主担当ケースはあったが、関わらなかった（他の職種に全て任せていた）」、「少し関わった（MDT 会議などでの検討で意見を述べるなどした）」、「ある程度関わった（MDT 会議などでの検討で積極的に意見を述べるなどした）」、「とても関わった（対象者と作成のための面接をするなど、作成の中心となった）」の中から選択するよう求めた。また、クライシス・プラン作成の中心的な作成経験について把握するため、「あなたはこれまでにクライシス・プランを MDT（担当他職種チーム）の中心となって、何ケース（対象者数）で作成した経験（紙面にまとめていくこと）がありますか？」と教示し、「作成経験はない」、「10 ケース未満」、「10 ケース以上」、「複数の職種で行うことになっているため、そもそも中心となる人物はいない」の中から選択するよう求めた。

c. クライシス・プラン作成に関する理解度尺度

クライシス・プランを対象者や支援者と協働的に作成することはクライシス・プランに関する課題の1つである。プログラムによってクライシス・プラン作成における、対象者や通院処遇で関わる支援者と協働的に作成するための進め方や通院処遇開始後の地域生活に即したクライシス・プラン作成に関する知識の変化を検討するため、「作成を始めるための対象者に対するクライシス・プランの説明」や「対象者の考えや希望を確認しながら作成するための進め方」などの9項目からなる尺度を作成し、「クライシス・プランの作成に関する理解度についてお尋ねします。以下のそれぞれの項目についてどの程度、知っていますか？「1」（全く知らない）～「4」（とてもよく知っている）の中で、最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください。」と教示し、回答を求めた。

d. クライシス・プランに取り入れる項目に関する必要性尺度と効力感尺度

クライシス・プランにおいて、リスク・マネジメントは非常に重要な目的である。しかしながら、同時に回復への動機づけを高めるものでなければ、対象者にとって活用につながりにくいだろう。プログラムによるクライシス・プランに取り入れる項目についての必要性と取り入れることについての効力感の変化を検討するため、「対象者の病状の段階（安定・注意など）に応じた症状を取り入れること」や「対象者の病状の段階に応じた支援者の対応を取り入れること」といったリスク・マネジメントに関する項目の他に、「病状悪化時の治療・対応に関する対象者の希望を取り入れること」や「対象者の強み（ストレングス）や長所を取り入れること」といった権利擁護やストレングスに関する項目も取り入れた8項目尺度を作成した。「MDTの中であなたが中心となって対象者とクライシス・プランを作成することになった場合、最終的に取り入れる項目について、必要だと思うかどうかを「1」（全く必要ではない）～「7」（絶対に必要）の中で、また取り入れることができる自信について「1」（全く自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください」と教示し、回答を求めた。

e. クライシス・プラン作成に関する効力感尺度

クライシス・プランを対象者や支援者と協働的に作成することは重要な課題であり、そうしたプロセスを実行できそうかどうかはその後の実践に関係すると思われる。プログラムによるクライシス・プラン作成に関する効力感の変化を検討するため、「作成を始めるために対象者にクライシス・プランを説明すること」や「対象者とMDTで意見を出し合いながら合意を得ること」などの9項目を作成した。「クライシス・プランの作成に関するあなたにとっての「実行できる自信」について「1」（全くできる自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください」と教示し、回答を求めた。

f. クライシス・プランの有用な機能に関する効力感尺度

クライシス・プランが目的に沿った機能を持ち、活用されることは重要な課題である。そして、目的に沿った機能を持たせることができるという効力感はその後の実践に関係すると思われる。そこで、プログラムによるクライシス・プラン作成において、通院処遇での活用を促進する影響を与えうる有用な機能を持たせることに関する効力感の変化を検討

するため、権利擁護や対象者の自己対処などの機能に関する項目に加えて、指定通院医療機関と社会復帰調整官への実態調査においてデモグラフィック要因と「クライシス・プランの活用上の問題尺度」の因子分析によって得られた因子、「クライシス・プランの有効性尺度」の因子分析によって得られた因子の下位尺度得点を独立変数とし、「クライシス・プランの日常的活用尺度得点」と「クライシス・プランの病状悪化時活用尺度得点」を従属変数とした重回帰分析で有意な影響を認めた「支援者と対象者の協働的な病状管理（指定通院医療機関）」と「適切な対応のための支援者間の情報共有（社会復帰調整官）」に含まれる項目を加えて作成した。クライシス・プランの活用に影響を与える要因に関する機能を高める効力感を向上させることができれば、指定通院医療機関や社会復帰調整官における活用を促進するようなクライシス・プラン作成につながる可能性があると考えたためである。「クライシス・プランが通院処遇移行後に持つさまざまな機能について、あなたは実際にどの程度それらに役立つプランを作成する自信がありますか？「1」（全く自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください」と教示し、回答を求めた。

g. クライシス・プラン作成におけるコミュニケーションスキルに関する効力感尺度

対象者と協働的に作成するためには対象者の意見やニーズが出やすくなるようなコミュニケーションが重要であり、そのための効力感が高まることはその後の実践にも関係すると思われる。そこで、プログラムによるクライシス・プラン作成に関するスキルの変化を検討するため、「対象者が自分の考えを話しやすいようにオープンクエッション（Yes か No で答えられる質問ではなく、自由に話してもらう質問）を使うことができる」、「対象者の話した内容について肯定的に対応することができる」などの4項目の尺度を作成した。「あなたはクライシス・プラン作成に関するスキルについて、どの程度実行する自信がありますか？「1」（全く自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください」と教示し、回答を求めた。

（2）介入直前のアンケート

- a. クライシス・プラン作成に関する理解度尺度
- b. クライシス・プランに取り入れる項目に関する必要性尺度と効力感尺度
- c. クライシス・プラン作成に関する効力感尺度

- d. クライシス・プランの有用な機能に関する効力感尺度
 - e. クライシス・プラン作成におけるコミュニケーションスキルに関する効力感尺度
- これらは1ヶ月前アンケートで用いたものと同様の尺度である。

(3) 介入直後のアンケート

- a. クライシス・プラン作成に関する理解度尺度
 - b. クライシス・プランに取り入れる項目に関する必要性尺度と効力感尺度
 - c. クライシス・プラン作成に関する効力感尺度
 - d. クライシス・プランの有用な機能に関する効力感尺度
 - e. クライシス・プラン作成におけるコミュニケーションスキルに関する効力感尺度
- これらは1ヶ月前アンケートで用いたものと同様の尺度である。
- f. クライシス・プラン作成研修の満足度尺度

参加者の研修に対する満足度を検討するため、日本語版 **Client Satisfaction Questionnaire** (立森・伊藤, 1999) を参考に、今回のプログラムに合うよう設問を修正したものを使用した。「あなたが受けた研修の質は高かったですか」、「研修プログラムはあなたが必要としていたものでしたか」などの8項目からなり、「各項目を読んで、以下の文章にどの程度そう思うかを「1」(当てはまらない)～「4」(あてはまる)の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください」と教示し、回答を求めた。

(4) 介入後約1ヶ月のアンケート

- a. クライシス・プラン作成に関する理解度尺度
 - b. クライシス・プランに取り入れる項目に関する必要性尺度と効力感尺度
 - c. クライシス・プラン作成に関する効力感尺度
 - d. クライシス・プランの有用な機能に関する効力感尺度
 - e. クライシス・プラン作成におけるコミュニケーションスキルに関する効力感尺度
- これらは1ヶ月前アンケートで用いたものと同様の尺度である。
- f. クライシス・プラン作成研修の満足度尺度
- 研修直後のアンケートで用いたものと同様の尺度である。
- g. 研修後における研修で学んだ内容を生かした場面の有無

研修プログラムを終了してから約1ヶ月間の間に研修プログラムの内容を生かす場面について、「あった」、「クライシス・プラン作成に関わる場面はあったが、生かせるものはなかった」、「クライシス・プラン作成に関わる場面がなかった」の中から選択するよう求め、「あった」の回答者については具体的にどのような場面を自由記述で回答を求めた。

2.6 統計的解析

本研究はクライシス・プラン作成研修プログラムの効果を検討することを目的としている。統計解析は以下の方針で行う。

- (1) 尺度として扱うものについては内的一貫性を信頼性係数によりチェックした上で、尺度合計得点を算出し、項目数で割った尺度項目平均得点を使用する。そうすることで数値が回答の選択肢のどのあたりに位置しているのかが分かりやすくなると考えられるためである。
- (2) 研修開始1ヶ月前、研修開始直前、研修終了直後、研修終了1ヶ月後の4点における各尺度の尺度項目平均得点を反復測定分散分析によって検討する。
- (3) それぞれの尺度において、研修修了直後の数値から研修開始直前の数値を引くことで変化量を算出し、変化量の大きい群（高群）と少ない群（低群）でどのようなデモグラフィック要因等の違いがあるのかを検討する。

なお、統計的解析には SPSS for windows version 23.0 を用い、両側検定にて $p<0.10$ を有意傾向、 $p<0.05$ を有意水準とする。

2.7 仮説

本研修プログラムの開始1ヶ月前と開始直前においては各尺度に有意な変化はなく、それらと研修直後、また1ヶ月後においては有意な変化がみられると考える。加えて、研修直後と1ヶ月後に有意な変化はみられず、効果は維持される。

2.8 倫理的配慮

指定入院医療機関においては研究に先立って、医療観察法病棟の管理的立場にある医師に対して連絡を取り、口頭で研究の説明と協力の依頼を行った。そして、研究への関心が確認できた場合には研究概要と説明文書を用いた説明を行い、同意書への同意取得を行うこととした。なお、病院長の同意も必要であると判断された場合には病院長に対しても同

様の手続きを行うこととした。研究の目的については研究概要に記載し、説明文書では研究への参加が任意であること、研究に参加しなくても研修プログラムを受講できること、アンケートは無記名であること、結果は統計的に処理されること、個人が特定されることや不利益が生じることはないこと、研究への同意はアンケートの回答を持って代えることについての説明等を記載した。

医療観察法病棟の管理的立場にある医師、あるいは病院長の同意が得られた医療観察法病棟のスタッフには介入の約1ヶ月前には研修参加者全員に研究概要と説明文書、4回分のアンケート、返信用封筒が行き渡るように配布した。なお、研究の目的については研究概要に記載し、説明文書では研究への参加が任意であること、研究に参加しなくても研修プログラムを受講できること、アンケートは無記名であること、結果は統計的に処理されること、個人が特定されることや不利益が生じることはないこと、研究への同意はアンケートの回答を持って代えることについての説明等を記載した。初回の介入開始前に改めて研究概要と説明文書による口頭での説明を行うこととした。

以上の配慮をもって、さいがた医療センター倫理審査委員会（承認番号：16-12）と筑波大学医の倫理審査委員会の承認（承認番号：1139）を得て、調査の実施と分析を行った。

第3節 結果

3.1 対象の概要

（1）デモグラフィック要因等

デモグラフィック要因等については表6-1に示した。3つの指定入院医療機関の医療観察法病棟が研究に同意し、介入研究への同意が得られ、アンケートに協力したのは58名であった。それぞれの病棟の医療観察法病棟の開棟からの年数はそれぞれ10年が2病棟、9年が1病棟であった。

回答者の性別は男性が27名（46.6%）、女性が31名（53.4%）であった。年齢の平均値は40.1歳（標準偏差9.8）、また、精神科経験年数の平均値は10.6年（標準偏差8.4）であり、年月に直すと10年7ヶ月（標準偏差8年5ヶ月）、医療観察法病棟勤務年数は5.6年（標準偏差3.9）であり、年月に直すと5年7ヶ月（標準偏差3年11ヶ月）であった。加えて、職種は医師が3名（5.2%）、看護師43名（74.1%）、心理士5名（8.6%）、作業療法士4名（6.9%）、精神保健福祉士3名（5.2%）であった。

担当ケース数の平均値は6ケース（標準偏差15.0）であり、研修受講の有無は「経験あ

り」が、14名（24.1%）、「経験なし」が44（75.9%）であった。加えて、研修への関心については「どちらとも言えない」が1名（1.7%）、「少し関心がある」が21名（36.2%）、「とても関心がある」が36名（62.1%）であった。

なお、3つの指定入院医療機関において、年齢や精神科経験年数、医療観察法病棟勤務年数、担当ケース数、研修への関心について分散分析を行ったところ、有意差は認めなかった。また、各病院と性別、研修経験について χ^2 検定の実施を検討したが、研修経験については経験者が極端に少ない病院があったため、実施しなかった。性別については有意な偏りは見られなかった（ $\chi^2=4.38, p=.139$ ）。

（2）クライシス・プランの作成経験

作成への関与と作成経験については表 6-2 に示した。まず、作成への関与については「主担当ケースがなかった」が12名（20.7%）、「主担当ケースはあったが、関わらなかった」が4名（6.9%）、「少し関わった」が16名（27.6%）、「ある程度関わった」が12名（20.7%）、「とても関わった」が14名（24.1%）であった。

中心的な作成経験については「作成経験はない」が30名（52.6%）、「10 ケース未満」が21名（36.8%）、「10 ケース以上」が3名（5.3%）であった。なお、10 ケース未満と回答した人における具体的ケース数は1 ケースが6名（28.6%）、2 ケースが5名（23.8%）、3 ケースが4名（19.0%）、4 ケースが2（9.5%）であった。

3.2 介入効果の検討

（3）クライシス・プラン作成に関する理解度尺度

クライシス・プランの作成に関する理解度尺度の平均値や標準偏差については表 6-3 に示した。まず、内的一貫性の検討のため、信頼性係数を算出した。4回の調査結果、 $\alpha=.94 \sim .96$ であり、尺度としての十分な内的一貫性を有していると判断した。また、アンケートの再調査による信頼性を検討するため、長内（2015）を参考に、介入前のベースラインとなる研修1ヶ月前と研修直前の尺度項目平均得点の級内相関係数を求めた結果、 $ICC(1, 2)=.90$ と十分な値が得られた（表 6-4）。

次に、研修の研修1ヶ月前と研修直前、研修直後、研修終了後1ヶ月の4点（時期）における尺度項目平均得点について反復測定分散分析を行った。なお、クライシス・プラン作成に関する理解度に影響を与える要因として、今回のアンケート項目では「精神科経験

年数」と「医療観察法病棟従事年数」、「担当ケース数」が考えられた。これらのうち、「精神科経験年数」と「医療観察法経験年数」はピアソンの積率相関係数が $r=.71$ と高かったため（表 6-5）、「医療観察法経験年数」と「担当ケース数」を共変量として投入した。その結果、時期による主効果を認めた ($F(2.02,96.81)=21.32, p<.001$)。bonferroni 法による多重比較の結果、研修 1 ヶ月前と研修直後、研修 1 ヶ月後、研修直前と研修直後、研修 1 ヶ月後との間に有意な得点の向上が見られた（それぞれ $p<.001$ ）。また、水本（2011）を参考に、多重比較で有意差の見られたペアについて t 検定を行い、それを元に効果量を算出した。効果量については $r=.63\sim.71$ であり、Cohen（1988）の効果量の指標を参考にしたところ、効果量大と判断された。これらについては表 6-6、図 6-2 に示した。

（4）クライシス・プランに取り入れる項目についての必要性尺度と効力感尺度

クライシス・プランに取り入れる項目に関する必要性尺度の平均値と標準偏差については表 6-7 に示した。まず、内的一貫性の検討のため、信頼性係数を算出した。4 回の調査結果、 $\alpha=.82\sim.92$ であり、尺度としての十分な内的一貫性を有していると判断した。また、アンケートの再調査による信頼性を検討するため、介入前のベースラインとなる研修 1 ヶ月前と研修直前の尺度項目平均得点の級内相関係数を求めた結果、 $ICC(1, 2)=.66$ であり、ある程度の信頼性が確認された（表 6-4）。

次に、研修の研修 1 ヶ月前と研修直前、研修直後、研修終了後 1 ヶ月の 4 点（時期）における尺度項目平均得点について反復測定分散分析を行った。なお、今回の分析においても、結果に影響を与える可能性のある「医療観察法経験年数」と「担当ケース数」を共変量として投入した。その結果、時期による主効果を認めた ($F(3,141)=2.85, p<.05$)。しかし、bonferroni 法による多重比較の結果、有意差は見られなかった。これらについては表 6-6、図 6-3 に示した。

さらに、実態調査において取り入れられることが少ないことが示され、Joint Crisis Plan 研究において重視されている権利擁護に関する項目である、「病状悪化時の治療・対応に関する対象者の希望を取り入れること」の必要性についても時期による主効果を認めた

($F(3,147)=6.05, p<.001$)。bonferroni 法による多重比較の結果、研修直前と研修直後、研修終了後 1 ヶ月後において有意差が見られた（それぞれ $p<.05$ ）。効果量を算出したところ、それぞれ $r=.40$ と $.34$ であり、Cohen（1988）の指標を参考にしたところ、効果量中と判断された。これらについては表 6-6、図 6-4 に示した。同様に、実態調査において取

り入れられることが少ないことが示され、司法・矯正領域において近年重視されているストレングスに関する項目である、「対象者の強み(ストレングス)や長所を取り入れること」の必要性についても時期による主効果を認めた ($F(3,147)=3.15, p<.05$)。しかし、bonferroni 法による多重比較の結果、有意差は見られなかった (表 6-6、図 6-5)。

クライシス・プランに取り入れる項目に関する効力感尺度の平均値と標準偏差は表 6-8 に示した。まず、内的一貫性の検討のため、信頼性係数を算出した。4 回の調査の結果、 $\alpha=.89\sim.97$ であり、尺度としての十分な内的一貫性を有していると判断した。また、アンケートの再調査による信頼性を検討するため、介入前のベースラインとなる研修 1 ヶ月前と研修直前の尺度項目平均得点の級内相関係数を求めた結果、 $ICC(1, 2)=.83$ であり、と十分な値が得られた (表 6-4)。

次に、研修の研修 1 ヶ月前と研修直前、研修直後、研修終了後 1 ヶ月の 4 点 (時期) における尺度合計得点について反復測定分散分析を行った。なお、今回の分析においても、結果に影響を与える可能性のある「医療観察法経験年数」と「担当ケース数」を共変量として投入した。その結果、時期による主効果を認めた ($F(2.29,105.44)=11.07, p<.001$)。bonferroni 法による多重比較の結果、研修 1 ヶ月前と研修直後、研修 1 ヶ月後、研修直前と研修直後、研修 1 ヶ月後との間に有意な得点の向上が見られた (それぞれ $p<.001$)。また、効果量を算出したところ、 $r=.49\sim.61$ であり、Cohen (1988) の効果量の指標を参考にしたところ、効果量中から大と判断された。これらについては表 6-6、図 6-6 に示した。

さらに、実態調査において取り入れられることが少ないことが示され、Joint Crisis Plan 研究において重視されている権利擁護に関する項目である、「病状悪化時の治療・対応に関する対象者の希望を取り入れること」を取り入れることの効力感についても時期による主効果を認め ($F(3,147)=6.04, p<.001$)。bonferroni 法による多重比較の結果、研修 1 ヶ月前と研修直後、研修 1 ヶ月後 (それぞれ $p<.05$)、研修直前と研修直後、研修 1 ヶ月後 (それぞれ $p<.001$) との間に有意な得点の向上が見られた。また、効果量を算出したところ、 $r=.39\sim.61$ であり、Cohen (1988) の効果量の指標を参考にしたところ、効果量中から大と判断された。これらについては表 6-6、図 6-7 に示した。同様に、実態調査において取り入れられることが少ないことが示され、司法・矯正領域において近年重視されているストレングスに関する項目である、「対象者の強み(ストレングス)や長所を取り入れること」を取り入れることに関する効力感についても時期による主効果を認めた ($F(3,147)=3.15, p<.05$)。bonferroni 法による多重比較の結果、研修 1 ヶ月前と研修直後、研修 1 ヶ月後、

研修直前と研修直後、研修1ヶ月後との間に有意な得点の向上が見られた（それぞれ $p<.001$ ）。また、効果量を算出したところ、 $r=.47\sim.60$ であり、Cohen（1988）の効果量の指標を参考にしたところ、効果量中から大と判断された（表 6-6、図 6-8）。

（5）クライシス・プラン作成に関する効力感尺度

クライシス・プランの作成に関する効力感尺度の平均値と標準偏差については表 6-9 に示した。まず、内的一貫性の検討のため、信頼性係数を算出した。4回の調査の結果、 $\alpha=.96\sim.98$ であり、尺度としての十分な内的一貫性を有していると判断した。また、アンケートの再調査による信頼性を検討するため、介入前のベースラインとなる研修1ヶ月前と研修直前の尺度項目平均得点の級内相関係数を求めた結果、 $ICC(1, 2)=.88$ と十分な値が得られた（表 6-4）。

次に、研修の研修1ヶ月前と研修直前、研修直後、研修終了後1ヶ月の4点（時期）における尺度合計得点について反復測定分散分析を行った。なお、今回の分析においても、結果に影響を与える可能性のある「医療観察法経験年数」と「担当ケース数」を共変量として投入した。その結果、時期による主効果を認めた（ $F(2.38, 119.12)=22.30, p<.001$ ）。bonferroni法による多重比較の結果、研修1ヶ月前と研修直後、研修1ヶ月後、研修直前と研修直後、研修1ヶ月後との間に有意な得点の向上が見られた（それぞれ $p<.001$ ）。また、効果量を算出したところ、 $r=.49\sim.70$ であり、Cohen（1988）の効果量の指標を参考にしたところ、効果量中から大と判断された。これらについては表 6-6、図 6-9 に示した。

（6）クライシス・プランの有用な機能に関する効力感尺度

クライシス・プランの作成に関する効力感尺度の平均値と標準偏差については表 6-10 に示した。まず、内的一貫性の検討のため、信頼性係数を算出した。その結果、 $\alpha=.96\sim.99$ であり、尺度としての十分な内的一貫性を有していると判断した。また、アンケートの再調査による信頼性を検討するため、介入前のベースラインとなる研修1ヶ月前と研修直前の尺度項目平均得点の級内相関係数を求めた結果、 $ICC(1, 2)=.89$ と十分な値が得られた（表 6-4）。

次に、研修の研修1ヶ月前と研修直前、研修直後、研修終了後1ヶ月の4点（時期）における尺度合計得点について反復測定分散分析を行った。なお、今回の分析においても、結果に影響を与える可能性のある「医療観察法経験年数」と「担当ケース数」を共変量と

して投入した。その結果、時期による主効果を認めた ($F(2.00,84.10)=22.69, p<.001$)。bonferroni 法による多重比較の結果、研修 1 ヶ月前と研修直後、研修 1 ヶ月後、研修直前と研修直後、研修 1 ヶ月後との間に有意な得点の向上が見られた (それぞれ $p<.001$)。また、効果量を算出したところ、 $r=.54\sim.73$ であり、Cohen (1988) の効果量の指標を参考にしたところ、効果量大と判断された。これらについては表 6-6、図 6-10 に示した。

さらに、指定通院医療機関における実態調査で、「支援者と対象者の協働的な病状管理(クライシス・プランの有用性尺度因子)」が活用により有意な影響を与えたことから、この機能を持たせることについての効力感の変化を検討することとした。上記因子に含まれる項目に関する効力感を尋ねる「対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えることに役立つプランを作れる」、「対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談することに役立つプランを作れる」、「支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握することに役立つプランを作れる」、「対象者と支援者のそれぞれの対処・対応を明確にすることに役立つプランを作れる」、「支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解することに役立つプランを作れる」の 5 つの項目を「支援者と対象者の協働的な病状管理に役立つための効力感尺度」とした。まず、内的一貫性の検討のため、4 回の調査結果について信頼性係数を算出したところ $\alpha=.95\sim.98$ であり、尺度としての十分な内的一貫性を有していると判断した。また、アンケートの再調査による信頼性を検討するため、介入前のベースラインとなる研修 1 ヶ月前と研修直前の尺度項目平均得点の級内相関係数を求めた結果、 $ICC(1, 2)=.87$ と十分な値が得られた (表 6-4)。次に、研修の研修 1 ヶ月前と研修直前、研修直後、研修終了後 1 ヶ月の 4 点 (時期) における尺度合計得点について反復測定分散分析を行った。なお、今回の分析においても、結果に影響を与える可能性のある「医療観察法経験年数」と「担当ケース数」を共変量として投入した。その結果、時期による主効果を認めた ($F(2.00,84.10)=22.69, p<.001$)。bonferroni 法による多重比較の結果、研修 1 ヶ月前と研修直後、研修 1 ヶ月後、研修直前と研修直後、研修 1 ヶ月後との間に有意な得点の向上が見られた (それぞれ $p<.001$)。また、効果量を算出したところ、 $r=.47\sim.70$ であり、Cohen (1988) の効果量の指標を参考にしたところ、効果量中から大と判断された。これらについては表 6-6、図 6-11 に示した。

加えて、社会復帰調整官における実態調査で、「適切な対応のための支援者間の情報共有(クライシス・プランの有用性尺度因子)」が活用により有意な影響を与えたことから、この機能を持たせることについての効力感を検討することとした。上記因子に含まれる項目に関

する効力感を尋ねる「対象者の病状・状態の評価に関する支援者間の情報共有に役立つプランを作れる」、「支援者が対象者の病状悪化に早期に対応できることに役立つプランを作れる」、「支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解することに役立つプランを作れる」、「支援者が対象者の病状悪化のサインを理解することに役立つプランを作れる」の4つの項目を「適切な対応のための支援者間の情報共有に役立つための効力感尺度」とした。まず、内的一貫性の検討のため、信頼性係数を算出したところ $\alpha=.95$ であり、尺度としての十分な内的一貫性を有していると判断した。また、アンケートの再調査による信頼性を検討するため、介入前のベースラインとなる研修1ヶ月前と研修直前の尺度項目平均得点の級内相関係数を求めた結果、 $ICC(1, 2)=.89$ と十分な値が得られた(表6-4)。次に、研修の研修1ヶ月前と研修直前、研修直後、研修終了後1ヶ月の4点(時期)における尺度合計得点について反復測定分散分析を行った。なお、今回の分析においても、結果に影響を与える可能性のある「医療観察法経験年数」と「担当ケース数」を共変量として投入した。その結果、時期による主効果を認めた($F(2.00, 84.10)=22.69, p<.001$)。bonferroni法による多重比較の結果、研修1ヶ月前と研修直後、研修1ヶ月後、研修直前と研修直後、研修1ヶ月後との間に有意な得点の向上が見られた(それぞれ $p<.001$)。また、効果量を算出したところ、 $r=.48\sim.69$ であり、Cohen(1988)の効果量の指標を参考にしたところ、効果量中から大と判断された。これらについては表6-6、図6-12に示した。

(7) クライシス・プラン作成におけるコミュニケーションスキルに関する効力感尺度
クライシス・プラン作成のスキルに関する効力感尺度の平均値と標準偏差は表6-12に示した。まず、内的一貫性の検討のため、信頼性係数を算出した。4回の調査の結果、 $\alpha=.93\sim.98$ であり、尺度としての十分な内的一貫性を有していると判断した。また、アンケートの再調査による信頼性を検討するため、介入前のベースラインとなる研修1ヶ月前と研修直前の尺度項目平均得点の級内相関係数を求めた結果、 $ICC(1, 2)=.93$ と十分な値が得られた(表6-4)。

次に、研修の研修1ヶ月前と研修直前、研修直後、研修終了後1ヶ月の4点(時期)における尺度合計得点について反復測定分散分析を行った。なお、今回の分析においても、結果に影響を与える可能性のある「医療観察法経験年数」と「担当ケース数」を共変量として投入した。その結果、時期による主効果を認めた($F(2.03, 99.44)=26.60, p<.001$)。bonferroni法による多重比較の結果、研修1ヶ月前と研修直後、研修1ヶ月後、研修直前

と研修直後、研修1ヶ月後との間に有意な得点の向上が見られた（それぞれ $p < .001$ ）。また、効果量を算出したところ、 $r = .64 \sim .74$ であり、Cohen（1988）の効果量の指標を参考に示したところ、効果量大と判断された。これらについては表 6-6、図 6-13 に示した。

（8）クライシス・プラン作成研修の満足度尺度

クライシス・プラン作成研修の満足度尺度の平均値と標準偏差については表 6-12 に示した。まず、内的一貫性の検討のため、信頼性係数を算出した。その結果、研修終了直後が $\alpha = .89$ 、研修終了後1ヶ月後が $.90$ であり、尺度としての十分な内的一貫性を有していると判断した。項目の平均値は研修直前が 3.68 （標準偏差 $.46$ ）であり、研修1ヶ月後は 3.69 （標準偏差 $.38$ ）であった。 t 検定の結果、有意差はみられなかった（ $t = -.82$ ）。

（9）研修後における研修で学んだ内容を生かした場面の有無と具体的な場面

研修プログラムを終了してから約1ヶ月間の間に研修プログラムの内容を生かす場面について、「あった」と回答したのは18名（40.0%）、「クライシス・プラン作成に関わる場面はあったが、生かせるものはなかった」3名（5.6%）、「クライシス・プラン作成に関わる場面がなかった」が32名（60.4%）であった。なお、クライシス・プラン作成に関わる場面があった者の中で、「研修プログラムの内容を生かす場面」が「あった」と回答したのは85.7%であった。

「あった」と回答した18名のうち、17名が自由記述に回答した。内容からカテゴリを作成し、分類したところ、「権利擁護」が5名であり、「対象者とのやりとりにおけるスキルの活用」と「地域支援者との会議での実践（説明）」がそれぞれ3名、「通院処遇移行後を見据えた作成」と「加筆・修正」、「対象者への説明」がそれぞれ2名であった。職種と内容、カテゴリ分類については表 6-13 に示す。

権利擁護には「出来上がっているものを修正する際に役立った」などの意見に加え、「権利擁護の視点を追加したり、対象者の能力や理解力に合わせたプランの作成を意識したりした」、「対象者ができていることを評価したうえで希望を聞くことができた」などの権利擁護を加えたり、強化したといった内容が含まれていた。

「対象者とのやりとりにおけるスキルの活用」には「対象者の発言を受け止めたり、まとめて返すことを意識した」、「患者さんとのコミュニケーション場面で、今回学んだことを取り入れている」などの対象者とのコミュニケーションで活用したことが含まれていた。

「地域支援者との会議での実践（説明）」には「ケア会議で研修の際のクライシス・プランの説明資料を利用した」、「研修内容を含めて対象者はもちろん、関係者に説明をすることができたこと。少し自分でも自信をもって説明できるようになった」など、会議場面の説明に関する内容が含まれていた。

「通院処遇移行後を見越した視点」には「退院後を据えた情報収集の取り方についてはクライシス・プランを意識して行うようにはなっただと思う」といった内容が含まれた。

「加筆・修正」には「出来上がっているものを修正する際に役立った」といった内容が含まれた。

「対象者への説明」には「今までクライシス・プランを作っていた対象者に『クライシス・プランってなんだい？』と質問され、クライシス・プランの説明が自信を持って言えた。今までクライシスが何か、対象者には伝わっていなかったことを実感した」といった内容が含まれた。

(10) 介入前後の尺度得点変化量による対象の特性

これまで記述したように、ほとんどの尺度において研修1ヶ月前と研修直前の数値と比較し、研修直後と研修1ヶ月後の数値の方が有意に高かった。このことから、研修プログラムによる介入効果である可能性が高いと考えられるが、介入効果が現れやすい対象と現れにくい対象を把握することは今後、介入を効果的に行う上で重要と考えられる。そこで、各尺度における研修直後の数値から研修直前の数値を引き、その数値を介入による変化量とした。そして、その変化量の分布に基づき、回答者を下位 1/3、中位 1/3、上位 1/3 の3群に分け、下位 1/3 を「変化量低群」、中位 1/3 を「変化量中群」、上位 1/3 を「変化量高群」とした。

次に各尺度の変化量低群と変化量高群との間にどのような差異があるのかを検討するため、「年齢」、「精神科経験月数」、「医療観察法病棟勤務月数」、「担当ケース数」、「研修への関心」といった量的な変数については Mann-Whitney の U 検定を行い、「性別」、「研修受講経験の有無」は χ^2 検定を行った（表 6-16～6-21）。なお、尺度得点については項目の合計得点を算出し、項目数で割った尺度項目平均得点を使用した。その結果、量的変数について、「作成に関する理解度尺度」においては「年齢」（ $Z=-3.18, p<.001$ ）、「精神科経験月数」（ $Z=-2.38, p<.05$ ）、「医療観察法病棟勤務月数」（ $Z=-1.98, p<.05$ ）に有意差を認めた。これは、変化量高群は低群と比較して、年齢が低く、また精神科経験月数や医療観察法病

棟勤務月数が短いことを示す。次に、「取り入れる項目についての効力感尺度」において、「精神科経験月数」($Z=-1.98, p<.05$)に有意差を認めた。これは、変化量高群は低群と比較して精神科従事月数が短いことを示す。そして、「有用な機能に関する効力感尺度」についても「精神科経験月数」($Z=-2.44, p<.05$)に有意差を認めた。つまり、変化量高群は低群と比較して精神科従事月数が短いことを示す。質的変数についてはどの尺度の変化量低群と高群においても性別と研修経験の人数の有意な偏りは認めなかった ($p=.45\sim 1.00$)。

上記の結果から、介入前後の尺度得点の変化量の低群と高群において、年齢や精神科経験月数、医療観察法病棟勤務月数に有意差を認めた。しかし、この結果は年齢や精神科経験月数、医療観察法病棟勤務月数が短いほど、尺度得点が低く、変化する余地が大きく残されていた可能性もあることから、介入直前のアンケートにおける各尺度の得点と年齢などのデモグラフィック要因との相関を検討した(表 6-22)。その結果、前述の有意差のあったそれぞれの尺度について、「作成に関する理解度尺度」では「年齢」($r=.35, p<.01$)、「精神科経験月数」($r=.42, p<.01$)、「医療観察法病棟勤務月数」($r=.51, p<.01$)の全てにおいて有意な正の相関を認めた。「項目を取り入れることについての効力感尺度」では「精神科経験月数」($r=.31, p<.01$)、「医療観察法病棟勤務月数」($r=.42, p<.01$)、「担当ケース数」($r=.30, p<.05$)、「研修への関心度」($r=.44, p<.05$)に有意な正の相関を認めた。「有用な機能に関する効力感尺度」については「精神科経験月数」($r=.34, p<.05$)と「医療観察法病棟勤務月数」($r=.43, p<.01$)、「担当ケース数」($r=.34, p<.05$)に有意な正の相関を認めた。

上記の相関によって「年齢や精神科経験月数、医療観察法病棟勤務月数が短いほど、尺度得点が低く、変化する余地が大きく残されていた可能性」が示唆されたが、介入によって得点が向上する、あるいは得点に変化しなかったり、低下したりする対象についてより詳細に検討するため、「作成に関する理解度尺度」については介入前後の変化量の高群・低群において有意差の見られた「年齢」、「精神科経験月数」、「医療観察法病棟勤務月数」、そして「項目を取り入れることについての効力感尺度」と「有用な機能に関する効力感尺度」については「精神科経験月数」を平均値で高群と低群の2群に分け、各尺度の介入前後の変化量を0以下群と0超群の2群に分けて検討した(表 6-23)。その結果、「作成に関する理解度尺度」については変化量0以下群14名のうち、「年齢」の低群が4名、高群が10名であった。変化量0超群の44名では低群が25名、高群が19名であった。これらについて χ^2 検定を行った結果、有意差は見られなかった ($p=.12$)。また、変化量0以下群14

名のうち、「精神科経験月数」の低群が8名、高群が6名であり、変化量0超群の44名のうち、低群が28名、高群が16名であった。これらについて χ^2 検定を行った結果、有意差は見られなかった ($p=.76$)。加えて、変化量0以下群14名のうち、「医療観察法病棟勤務月数」の低群が6名、高群が8名であり、変化量0超群の44名のうち、低群が24名、高群が20名であった。これらについて χ^2 検定を行った結果、有意差は見られなかった ($p=.45$)。「項目を取り入れることについての効力感尺度」については変化量0以下群16名のうち、「精神科経験月数」の低群が8名、高群が8名であった。変化量0超群の42名のうち、低群が28名、高群が14名であった。これらについて χ^2 検定を行った結果、有意差は見られなかった ($p=.24$)。「有用な機能に関する効力感尺度」については変化量0以下群7名のうち、「精神科経験月数」の低群が5名、高群が2名であった。変化量0超群の51名のうち、低群が31名、高群が20名であった。これらについて χ^2 検定を行った結果、有意差は見られなかった ($p=.45$)。このことから、年齢や精神科の勤務期間、医療観察法病棟の勤務期間の高群・低群における介入効果の統計的な差異は認めなかったが、年齢が高く、精神科の勤務期間や医療観察法病棟の勤務期間が長いスタッフの中でもは介入による尺度得点が向上する者がいる一方で、年齢が若く、精神科勤務期間や医療観察法病棟の勤務期間が短いスタッフでも介入による尺度得点に変化しなかったり、低下したりする者もいることが示された。

これらの結果を総括すると、「作成に関する理解度尺度」においては年齢が若く、精神科勤務期間や医療観察法病棟の勤務期間が短いほど、介入の効果が出やすく、「項目を取り入れることについての効力感尺度」と「有用な機能に関する効力感尺度」においては精神科勤務期間が短いほど、介入の効果が出やすいことが示された。ただし、それは年齢や精神科勤務期間、医療観察法病棟勤務期間が短い人のほどが介入前の尺度得点が低いため、変化の余地が多く残されていたと考え、介入開始直前のアンケート結果における各尺度とそれらのデモグラフィック要因との相関を求めた。その結果、「作成に関する理解度尺度」においては上記3つのデモグラフィック要因が有意な正の相関を示し、「項目を取り入れることについての効力感尺度」と「有用な機能に関する効力感尺度」においては「精神科勤務月数」と「医療観察法病棟勤務月数」との有意な正の相関を示した。このことから、各尺度において効果の出やすいとされたデモグラフィック要因については全て正の相関を示し、介入前の尺度得点の低さによる介入による変化の余地が大きいことが裏付けられた。しかしながら、各尺度における介入による変化量が0以下であった対象者について、それぞれ

のデモグラフィック要因を平均値で低群と高群の2群に分け、介入前後の尺度得点の変化量をグラフ化して検討したところ、統計的な有意差はないものの、年齢や精神科勤務期間、医療観察法病棟勤務機関の短い対象でも介入による変化が見られない、あるいは低下する対象もいることが示された。

第4節 考察

4.1 全体的考察

本研究はこれまで手順や方法が明確ではない中で試行錯誤してきた指定入院医療機関の医療観察法病棟スタッフに対して、実態調査の分析結果や海外における Joint Crisis Plan 研究における権利擁護、司法・矯正分野で近年注目されているストレングスを取り入れて、「クライシス・プラン作成研修プログラム」を作成し、その介入効果を検討した。

介入の結果、クライシス・プラン作成に関する知識や項目を取り入れる効力感、作成に関する効力感、有用な機能に関する効力感、コミュニケーションスキルに関する効力感が研修1ヶ月前と研修直前よりも研修直後、研修1ヶ月後の方が有意に向上していた。研修1ヶ月前と研修直前においてどの尺度も有意な変化は見られず、級内相関係数も概ね高かったことから、尺度の信頼性が示された。その尺度によって、研修1ヶ月前、研修直前と研修直後、研修1ヶ月後に有意差が見られたことは介入の効果である可能性が極めて高いと言えるだろう。また、研修直後と研修1ヶ月後の結果の間に有意差は認められず、研修プログラムの効果は1ヶ月が経過するまで効果が維持されていたと考えられる。この結果は研修プログラムに取り入れた情報やスキルトレーニングのためのワークがこれらの面に働きかける上で有用であったといえるだろう。この点については研修1ヶ月後のアンケートで本研修プログラムを臨床現場で生かす場面があったと回答した参加者の中で、対象者との面接やケア会議の場面に応用できたなどの意見があったことから裏付けられる。さらに、Cohen (1988) の効果量の指標を参考にしたところ、多重比較で有意差の見られたペアにおいて、効果量が中から大と判断されたことから、本研修プログラムは医療観察法病棟スタッフにとって介入効果の高いプログラムであるといえよう。これは医療観察法病棟スタッフがこれまでクライシス・プランに関する研修を受講した経験に乏しく、作成の知識やスキルがわからない中で作成に取り組んできたため、全般的に「クライシス・プランに取り入れる項目の必要性尺度」以外の平均値が低く、変化が生じる余地が十分あったこと、また「作成」に関する研修のニーズが高く、今回の参加者の研修への関心も高かつ

たことが関係すると思われる。

クライシス・プランに取り入れる項目に関する必要性尺度の反復測定分散分析において主効果は見られたが、多重比較では有意差が見られなかった。これは研修1ヶ月前の段階から回答の平均値が高く、7件法（1「全く必要ではない」～7「絶対に必要」）で6.40と高かったため、変化する余地がほとんどなかったと考えられる。なお、その尺度の中の「権利擁護」に関する項目では時期の主効果が見られ、多重比較からは研修直前と研修直後、研修終了後1ヶ月後の間に有意差を認めた。権利擁護についてはプログラム内で重点的に扱っているため、今回の研修によって権利擁護についての必要性については若干高まった可能性がある。「クライシス・プラン作成に関する知識や項目を取り入れる効力感尺度」における権利擁護やストレングスに関する項目については研修1ヶ月前と研修直前よりも研修直後、研修1ヶ月後の方が有意に向上し、研修直後の数値が研修1ヶ月後まで維持されていた。特に権利擁護については本研修が役立った場面についての自由記述でも権利擁護に関する記述が多かったこととも関連し、実際の場面に取り入れることにつながったかもしれない。今回の研修プログラムでは権利擁護とストレングスを重要な内容として扱っており、そのことが反映されたと考えられる。

「クライシス・プランの有用な機能に関する効力感」における「支援者と対象者の協働的な病状管理に役立つための効力感尺度」と「適切な対応のための支援者間の情報共有に役立つための効力感尺度」については実態調査において、それぞれ指定通院医療機関と社会復帰調整官のクライシス・プランの日常的な活用、病状悪化時の活用共に影響を与えた因子に含まれる項目に関する効力感を測定したものである。それらについても研修1ヶ月前と研修直前よりも研修直後、研修1ヶ月後の方が有意に向上し、研修直後の数値が研修1ヶ月後まで維持されていた。今回の研修を通じて、「どのような要因が指定通院医療機関と社会復帰調整官にとって通院処遇移行後の活用につながるのか」といったテーマを研修参加者と共有し、対象者や通院処遇支援者との協働的な作成をポイントとして、取り入れる項目と作成プロセスの両方が重要であることへの理解を促したことで、クライシス・プラン有用な機能を持たせることへの自信が高まったと考えられる。ただし、指定入院医療機関のスタッフにとって有用な機能を持たせることができたと思っても、指定通院医療機関と社会復帰調整官が同じように受け取るとは限らない。その限界を踏まえながら、齟齬が小さくなるように入院処遇中からディスカッション重ね、外泊などの実践を通じて加筆・修正を加えていく必要があることは言うまでもない。

研修の満足度は4件法（4「あてはまらない」～4「あてはまる」）で研修直後が 3.68、研修1ヶ月後は 3.69 であり、満足度は高かったことから、今回の研修は参加者のニーズに合ったものであったと推測される。実態調査でもクライシス・プランの作成に関する研修のニーズが高かったこと、また実践的な内容にしたこと、一方的な知識伝達ではなく、ディスカッションを取り入れたことなどが奏功した可能性がある。

介入効果の出やすい対象と出にくい対象について検討するため、介入直前と介入直後の尺度得点の変化量の大きい群（高群）と低い群（低群）におけるデモグラフィック要因等の比較を行ったところ、「作成に関する理解度尺度」では低群よりも高群の方が「年齢」と「精神科経験月数」、「医療観察法病棟従事月数」において有意に低い数値を示し、「取り入れる項目に関する効力感尺度」と「有用な機能に関する効力感尺度」では低群よりも高群の方が「精神科経験月数」において有意に低い数値を示した。「作成に関する理解度尺度」については研修によってクライシス・プランを対象者や通院処遇に関わる支援者と協働的に作成することに関する知識をどの程度理解できたかを示し、他の尺度のように効力感ではなく知識獲得の程度を測定している。今回の結果から、年齢が若く、精神科の経験や医療観察法病棟での経験が短いスタッフほど、それらが長いスタッフよりもクライシス・プランに関する知識や経験が少ないため、効果が得られやすかったと考えられる。また、年齢が若い方が知識獲得に関する意欲が高く、この尺度のみ有意な差が見られた可能性がある。「取り入れる項目に関する効力感尺度」と「有用な機能に関する効力感尺度」について精神科勤務月数が短いスタッフほど、長いスタッフよりも介入による変化量が大きいことが有意に示されたが、年齢や医療観察法病棟従事月数は有意差がなかった。これは医療観察法病棟に配属されるスタッフはある程度、精神科での経験を積んでいることが多く、配属されるまでに蓄積した経験が上記の尺度で測定しているようなクライシス・プラン作成に関する効力感につながっており、介入前の数値が高かったために経験の長い人ほど変化しにくかった可能性がある。その裏付けとして、介入前の尺度得点と精神科勤務月数との間に正の相関がみられたことが挙げられる。逆にいえば精神科勤務の短いスタッフは全般的に経験が乏しく、業務に関する様々な効力感も低いために尺度得点変化量が低く、変化の余地が大きかったため、効果が出やすかったことが考えられる。このことは、精神科勤務月数と上記尺度が正の相関を示し、精神科勤務の期間が短いほど尺度得点は低いことから裏付けられる。ただし、介入前後で尺度得点が少しでも向上した群と変化しない、あるいは低下した群の比較から、必ずしも年齢が若く、精神科勤務や医療観察法病棟勤務の

期間が短いほど介入効果の出る人数の割合が多いわけではないため、介入の出づら対象に関して、どのような特徴や要因が影響しているのかを検討する必要がある。

各尺度得点変化量の高・低群との間に、研修経験の有無の偏りは見られなかったことから、これまでにクライシス・プランの研修を受講した経験は、介入前後の尺度得点の高・低には影響を与えない可能性がある。このことは本研修プログラムの独自性を示す一つの指標になりうる。今回の結果から、年齢的に若く、精神科の経験や医療観察法病棟の従事経験の短いスタッフに対して、積極的に本研究で介入に用いた研修プログラムを取り入れることが効果的と考えられる。一方で、介入効果の出にくかった、年齢が高く、精神科勤務や医療観察法に従事する期間の長いスタッフに対するより効果的な研修のあり方を検討すること、また年齢が若く、精神科勤務や医療観察法に従事する期間が短くても介入による変化が起きにくい対象の特徴や要因を把握し、それに応じた研修のあり方を検討することも重要であろう。特に、年齢が高く、精神科や医療観察法の経験も豊富なベテランのスタッフについてはこれまでの経験によってある程度、業務に関する効力感が高く、研修へのニーズも経験の浅いスタッフとは異なっている可能性がある。今回はクライシス・プランの「作成」に焦点を当てたが、ベテランにとってはより実務的な面を理解したい可能性もあり、そのような場合には講義的な内容の研修よりもディスカッションやケーススタディを中心とした研修の方が効果的かもしれない。そのような、対象に応じた研修の方法、スタイルについても検討していくことが望ましいであろう。

4.2 プログラムによるクライシス・プランに関する課題への取り組み

本研究を通じて検討してきた、クライシス・プランに関する課題への取り組みについて検討する。

- (1) クライシス・プランの目的を果たすような作成や活用の実態調査と実態調査に基づく、より適切な作成と活用への取り組み

本研究では「クライシス・プランの有用な機能に関する効力感尺度」において、実態調査で指定通院医療機関や社会復帰調整官のそれぞれの活用に影響を与えた有用性尺度の因子に含まれる項目からなる「支援者と対象者の協働的な病状管理に役立つための効力感尺度」と「適切な対応のための支援者間の情報共有に役立つための効力感尺度」が介入によって有意に向上していた。これはプログラムの中で、十分活用されていない実態を共有し、活用につながるためのチェックポイントを確認するなど、重点を置いたことが奏功したと

考えられる。このことから、今後はより活用されやすいクライシス・プランを作成することにつながる可能性がある。また、「取り入れる項目に関する効力感尺度」の「権利擁護」の項目についての効力感も高まっていた。権利擁護は取り入れる方法やそのためのシートの紹介など、具体的に扱ったことによると考えられる。クライシス・プランの目的における「権利擁護」は実態調査においてあまり取り入れられていないことが示されたことから、今後は権利擁護の機能を持ったクライシス・プランに取り入れることができるようになる可能性がある。

(2) 問題行動や病状悪化を防ぐためのリスク・マネジメントと対象者自身の回復の動機づけをつなぐことへの取り組み

今回の研修では重点を置いた対象者自身の回復の動機づけを尊重することについて、「取り入れる項目に関する効力感」の結果から、ストレングスや権利擁護の項目をクライシス・プランに取り入れることの効力感も高まっていた。これは特にこれらについて重点を置いて扱った結果と考えられる。今後、リスク・マネジメントだけでなく、ストレングスを生かし、病状悪化時の自分の希望を理解してもらえようようなクライシス・プランにしていける可能性があり、それはリスク・マネジメントだけではなく、対象者の自己決定力の回復や動機づけを高めることに資する可能性がある。

(3) 指定入院医療機関における作成プロセスと対象者の意見やニーズの反映、また担当スタッフと対象者の意見やニーズのすり合わせ（対象者との協働的な作成）

対象者との協働的な作成とそのためスキルについては「クライシス・プランの作成に関する効力感尺度」において支援者との協働的な作成とともに総合的に扱った。また、「クライシス・プラン作成におけるコミュニケーションスキルに関する効力感尺度」において協働的な作成のためのスキルに関する効力感を扱った。それぞれ、尺度全体として介入によって有意に向上しており、今回のプログラムでのスキルトレーニングが奏功した可能性がある。今後はこれまで以上に対象者を作成に巻き込み、意見やニーズを取り入れながら、対象者と支援者双方が納得できるクライシス・プラン作成につながる可能性がある。

(4) 指定入院医療機関での作成段階における通院処遇の支援者の意見やニーズのすり合わせ（対象者と支援者全体での協働的な作成）

支援者との協働的な作成については「クライシス・プランの作成に関する効力感尺度」において、対象者との協働的な作成とともに総合的に扱った。尺度全体として介入によって有意に向上しており、今回の協働的な作成のための会議場면을想定したスキルトレーニングによって、どのように通院処遇移行後の支援者から地域の状況や支援体制を率直に話し合い、実用的なクライシス・プランにするための意見やニーズを取り入れるための方略についての理解が深まった可能性がある。今後、通院処遇移行後の支援体制や環境に即したクライシス・プランの作成につながる可能性がある。

第5節 研究の限界と今後の課題

本研究では統計処理に十分なサンプルを用いて、尺度の再検査信頼性や時間経過による尺度結果の変動を考慮した研究デザインにより、介入効果を検討した。その結果としてクライシス・プランに関する知識や効力感が向上したことは、介入による効果と言えるだろう。ただし、今回の研究における限界とそれを改善するための今後の課題も残されている。以下にそれらについて述べる。

1つ目に、今後は今回の研修プログラム独自の介入効果を検討することが課題であり、対照群を設定し、介入効果の比較を行うことが望ましい。比較については、介入対象となる病院数を増やし、地域性や医療観察法病棟の開棟時期、規模、クライシス・プラン作成に対する取り組み状況などから、類似した特徴のある病棟を介入群と対照群に割り付けする方法などが考えられる。

2つ目に、2回目の介入から1ヶ月経過した後のアンケートではクライシス・プラン作成に関わる場面があった参加者において、研修プログラムの内容が役立ったと回答したのは85.7%という高い割合を示した。しかし、クライシス・プラン作成に関わる場面がなかったと回答した参加者が60.4%と過半数を超えていたため、介入終了から1ヶ月という期間ではクライシス・プラン作成に関わる機会のないスタッフが多くいることが示された。なお、今回の研究参加者において、看護スタッフが74.1%と割合の多くを占めていた。看護スタッフの場合、担当する対象者が1人か2人であるため、治療ステージが「急性期」の対象者を担当していると、クライシス・プラン作成の段階に至るまでは様々なステップが残されており、数ヶ月の時間を要する。入院処遇における標準的な治療期間は急性期ステージが3ヶ月、回復期ステージが6ヶ月となっており、クライシス・プランは回復期ステージから社会復帰期ステージにかけて作成されることが多いことを考えると、半年の時

点や1年の時点と期間を空けて、より長期的にアンケート調査による介入効果の検討を行うことが望ましいと考える。なお、介入効果の検討についてはスタッフ側の視点からだけでなく、対象者側の視点も入れた方が望ましいだろう。具体的にはクライシス・プラン作成前後での対象者から見た支援者との協働関係や自己決定を支援してもらっている程度などは一つの指標になるだろう。

3つ目に、ほとんどの尺度において効果測定によって介入効果が示されたが、介入後の尺度項目平均はあくまで介入前の尺度項目平均との比較によって有意差と効果量が示されたに過ぎない。介入後の尺度項目平均の数値が参加スタッフの行動変化につながる上で十分と言えるかどうかは不明である。これらについては前述の長期的な介入効果の調査とも関連し、介入終了後に多くの参加者が実際のクライシス・プラン作成に関わる場面を経験できるような時間間隔を空けた上で再度調査し、今回の介入がどう活かされたのかを検討する必要がある。

4つ目に、今回の介入により、作成されるクライシス・プランがどのように介入前と変化するかについては不明である。研修の効果測定の1つとして、架空事例を提示し、介入前と後でクライシス・プランを作成してもらい、介入の前後でクライシス・プランの内容にどのような変化があるのかを検討することも重要であろう。また、研修後に作成されたクライシス・プランの質について、「病状悪化のサインが記載されているか」、「病状に応じた対処が記載されているか」、「権利擁護に関する記述があるか」などの評価ポイントを用いた検討を行い、クライシス・プランの質が処遇に与える影響についての予後調査も行えると良いだろう。

5つ目に、各尺度において今回の介入による変化の大きかった群と小さかった群を比較したところ、年齢や精神科経験月数、医療観察法病棟従事月数に有意な差が見られた。一方で、尺度によっては今回扱ったデモグラフィック要因などの変数で差異が出ないものもあったことから、今後も介入効果の出やすい群、出にくい群を検討すると同時に、それらを踏まえて介入による独自の効果について検討することが望ましい。

第6節 小括

クライシス・プラン作成研修プログラムによって、クライシス・プラン作成に関する知識や関連する効力感の多くが向上し、研修の1ヶ月後も維持されていることが示唆された。また、研修終了から1ヶ月間の間に実際の臨床場面で研修を生かすことができたスタッフ

が3割程度いた。このことから、本研修プログラムにより、医療観察法病棟のスタッフがクライシス・プランをこれまで以上に理解を深め、対象者や通院処遇支援者と協働的に作成し、権利擁護やストレングスの視点も取り入れる自信が高まり、臨床場面に活かすことにつながったことが示唆される。ガイドラインやマニュアルのない状況の中で、通院処遇移行後に活用されやすいクライシス・プラン作成を進めていく上で本研修プログラムは一助になると考えられる。今後、本研修プログラム独自の効果を検討することや多くの参加者がクライシス・プラン作成に関われるよう、介入終了後から十分な期間を空けて介入効果についての調査を行うこと、実際に作成するクライシス・プランがどのように変化するかといったことについても検討する必要がある。

第7章 総合考察

本章ではこれまでのクライシス・プランに関する実態調査と研修プログラムの開発、その効果測定について外観し、本研究で得られた知見とその意義、また課題と今後の方向性について検討する。

第1節 本研究のまとめと意義

医療観察法処遇においてクライシス・プランは「社会復帰」と「再被害行為防止」という法の目的を果たす上で重要な役割を担っている。クライシス・プランの目的は「再被害行為のリスクの低減」、「安定した状態の維持と病状悪化の予防」、「対象者の主体的な疾病自己管理」、「対象者と支援者との協力関係（コミュニケーション）」、「支援者における対象者についての理解の促進」、「支援者間の連携」、「権利擁護」が挙げられる。しかし、クライシス・プランはガイドラインやマニュアルがない中で作成されてきた。特に医療観察法の対象者の約8割は入院処遇となるため、医療観察法処遇におけるクライシス・プラン作成の中心は指定入院医療機関といえる。作成されたクライシス・プランは対象者にとって入院処遇よりも多くの刺激に晒され、病状悪化の可能性が増大する通院処遇で有効に活用されることが期待されており、活用の中心は通院処遇に関わる指定通院医療機関や社会復帰調整官などの支援者、そして対象者自身である。そのため、通院処遇で活用されやすいクライシス・プランを作成することは医療観察法処遇において非常に重要な課題である。しかし、クライシス・プランについては全国の指定入院医療機関で作成されており（村杉，2014）、作成されることが当然視されているにも関わらず（平林，2012）、作成の実態は不明であった。また、指定通院医療機関や社会復帰調整官、対象者にとってどの程度活用されているのか、また活用にはどのような要因が影響を与えるのかといったことについても明らかにされていなかった。こうしたことから、本研究では「クライシス・プランの目的を果たすような作成や活用の実態調査と実態調査に基づく、より適切な作成と活用への取り組み」、「問題行動や病状悪化を防ぐためのリスク・マネジメントと対象者自身の自己決定力や回復の動機づけをつなぐことへの取り組み」、「指定入院医療機関における作成プロセスと対象者の意見やニーズの反映、また担当スタッフと対象者の意見やニーズのすり合わせ（対象者との協働的な作成）」、「指定入院医療機関での作成段階における通院処遇の支援者の意見やニーズのすり合わせ（対象者と支援者全体での協働的な作成）」の4つの課題

を念頭に研究を行った。

本研究ではまず、実態調査を行なった（第4章）。指定入院医療機関の医療観察法病棟スタッフへの調査からはクライシス・プランの作成において、内容にストレングスや権利擁護に関する項目が含まれないものも多く、リスク・マネジメントに関する項目に偏っている傾向が示された。また、作成における困難を抱えることとして「知的能力に応じたものを作成すること」や「対象者に重要なものとして認識してもらうこと」、「地域にフィットしたものにする」ことが挙げられた。そして、クライシス・プランの研修についてニーズは非常に高く、中でも「作成」に関する希望が5割を超えていた。一方、指定通院医療機関への調査からはクライシス・プランが通院処遇で活用されるためには、対象者と支援者との協働的な病状管理をするために役立つツールとして機能することや対象者や支援者におけるクライシス・プランの重要性が影響し、社会復帰調整官への調査からは適切な対応のための情報共有に役立つツールとして機能すること、クライシス・プランが活用しやすいものであること、支援者側がクライシス・プランの重要性を認識していることが影響した。通院処遇に移行した対象者においては概ねクライシス・プランを肯定的に捉えているものの、「見ることへの面倒さ」も多少感じていること、また日常的に活用する傾向があるものの、病状悪化時ほど活用しにくくなる傾向が示された。

こうした実態調査の結果に加え、治療関係をよりよくする可能性のある **Joint Crisis Plan** の介入（例えば **Thornicroft et al., 2013**）や司法・矯正分野で近年注目されているストレングス（小寺, 2011）についても取り入れ、指定入院医療機関の医療観察法病棟スタッフを対象とした「クライシス・プラン作成研修プログラム」を作成した。このプログラムは実態調査の結果を踏まえ、通院処遇での活用につながるよう、「対象者と支援者との協働的な病状管理」に役立つものにし、対象者や支援者の「重要性の低さ」を改善するため、まずは対象者にクライシス・プランの重要性の認識を高めてもらうために対象者へのクライシス・プランの導入説明の方法やスキル練習を取り入れた。これは指定入院医療機関のスタッフが困難に感じている「対象者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと」にも対応している。そして、対象者との協働的な作成のための手続きやスキル練習を取り入れ、対象者のニーズや意見を取り入れながら作成することを促進した。さらに、「適切な対応のための情報共有」や「支援者側の重要性の認識」に役立つものにするため、作成したクライシス・プランを指定通院医療機関や社会復帰調整官といった通院処遇の支援者と十分に意見交換しながらそれぞれの機関や地域にあったものにするための検討を行う

ための手続きやスキル練習を取り入れた。これは指定入院医療機関のスタッフが困難に感じている「対象者の地域生活に即したものにすること」にも対応している。加えて、「クライシス・プランの活用困難」を改善するため、クライシス・プラン作成におけるチェックリストを取り入れた。

こうして作成した「クライシス・プラン作成研修プログラム」を3カ所の医療観察法病棟で実施し、介入効果を検討した。その結果、クライシス・プラン作成に関する知識や効力感、権利擁護やストレングスを取り入れることについての効力感、有用な機能に関する効力感、作成上のコミュニケーションスキルに関する効力感を有意に高め、研修終了後1ヶ月後もその効果が維持されていた。

今回設定した4つの課題については、まず「クライシス・プランの目的を果たすような作成や活用の実態調査と実態調査に基づく、より適切な作成と活用への取り組み」に関しては実態調査を行い、クライシス・プランが目的に沿った有用な機能をしているのかということについて検討した。その結果、指定通院医療機関と社会復帰調整官はクライシス・プランの目的に沿った機能に一定の有効性を感じていることが示されたが、その有効性は医療観察法病棟スタッフの予測よりも有意に低かった。また、クライシス・プランは指定通院医療機関や社会復帰調整官において、十分活用されているとは言い難いことが示されたため、クライシス・プラン作成研修プログラムの中で活用に関連する要因をより補強するような内容を盛り込んだ。その結果、医療観察法病棟スタッフは指定通院医療機関や社会復帰調整官の活用を促進するような有用な機能を備えたクライシス・プランを作成することに関する効力感が高まった。

次に「問題行動や病状悪化を防ぐためのリスク・マネジメントと対象者自身の回復の動機づけをつなぐことへの取り組み」であるが、回復の動機づけを高めるようなストレングスを発揮する視点や権利擁護があまり含まれていないことが示されたことから、研修プログラムではそれらを改善するべく、ストレングスや権利擁護の重要性や取り入れるための方法、質問項目などを具体的に取り入れた。介入研究の結果、それらを取り入れることに関する効力感の有意な向上がみられたのはそうしたプログラム内容が奏功したと考えられる。

3つ目に「指定入院医療機関における作成プロセスと対象者の意見やニーズの反映、また担当スタッフと対象者の意見やニーズのすり合わせ（対象者との協働的な作成）」であるが、実態調査からは医療観察法病棟スタッフは対象者との協働的な作成は概ねできている

という認識が示されたが、協働的な作成の前提となる「対象者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと」に多少の困難感があることが示された。このことから、協働的な作成に関して何らかの不安や疑問を抱えながら取り組んでいるものと考えた。そこで、研修プログラムでは対象者の意見やニーズを取り入れながら協働的に作成するための方法やスキルトレーニングを取り入れた。介入の結果、協働的な作成に関する理解度が有意に高まり、効力感も高まった。

最後に、「指定入院医療機関での作成段階における通院処遇の支援者の意見やニーズのすり合わせ（対象者と支援者全体での協働的な作成）」であるが、実態調査における医療観察法病棟スタッフのアンケートにおける協働的な作成尺度では、通院処遇移行後に関わる支援者とも概ね協働的に作成している認識であることが示された。しかしながら、「地域生活に即したクライシス・プランを作成すること」に困難さを抱えていた。通院処遇後に関わる支援者と協働的に作成できているのであれば地域生活に即したプランを作成することにそれほど困難を感じないのではないかと考え、実際には通院処遇移行後に関わる支援者との協働的な作成に疑問や不安があるものと考えた。そこで、研修プログラムにおいて、通院処遇移行後に関わる支援者の意見やニーズを取り入れながら協働的にクライシス・プランを作成するための方法やスキルトレーニングを取り入れた。介入の結果、協働的な作成に関する理解度が有意に高まり、効力感も高まった。

こうしたことから、今回設定した課題について、医療観察法病棟スタッフにポジティブな変化を与えることができたと思われる。ただし、これらは実際の臨床場面に活かされることが重要である。今回は研修終了後にクライシス・プラン作成に関わったスタッフの85%が研修を生かす事ができたと述べており、その点では介入効果が臨床場面でも活かされたと考えられるが、より長期的に、多面的に検討する必要がある。

本研究により、これまで試行錯誤しながらクライシス・プランを作成してきた指定入院医療機関において、本研修プログラムは作成手続きや方法、対象者や支援者との協働的な作成についての理解を深め、通院処遇移行後の活用につながる、より質の高いクライシス・プラン作成のための一助となると考えられる。ただし、今回の介入によってクライシス・プラン作成に関する理解度や効力感において介入効果の見られなかった対象もいることから、そのような対象に対するアプローチについては今後も検討が必要である。また、本研究では介入研究による研修後に対象者に対してどのように働きかけ、そしてどのようなクライシス・プランが作成され、それが通院処遇移行後に関わる支援者とどのように共有さ

れ、そして実際に通院処遇で活用されたのかという点については調査できていない。今後取り組むべき点として、参加スタッフとその受け持ちの対象者にとってどのような効果が得られたのか、また、どのようなクライシス・プランが作成され、それらが通院処遇でどのように活用されているのかを検討するような、長期的な介入計画を立案し、研究を進めていくことが望まれる。そして、個々のスタッフの取り組みだけでなく、病棟全体が有用なクライシス・プラン作成に取り組むためにはクライシス・プランのマニュアルやガイドラインを作成し、全国で統一的な基準に基づいて運用されることが期待される。

ところで、医療観察法の附則第三条三項には、政府が医療観察法の対象とならない、精神障害者全般に対する医療保健福祉の水準の向上を図る必要があることが記されている。今後に向けて、今回の研究で取り組んだクライシス・プランに関してさらに研究を進め、一般精神科医療へと般化されていくことで、患者と治療者、支援者がより協働的な病状管理を行うことにつながりうる。特に2014年に改正された改正精神保健福祉法において退院促進が医療保護入院を受け入れる入院医療機関に義務づけられ、厚生労働省の関連資料に記載されているが（厚生労働省、2016）、具体的な作成方法や共有の仕方についての説明は全くない。また、2016年に相模原市で発生した「やまゆり園」における障害者殺傷事件の加害者に措置入院経験があったことから、「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」が結成され、再発防止のための検討が行われた。その報告書の中で、今後は措置入院中から退院後支援計画が作成され、保健所設置自治体が退院後支援全体を調整していく提言がなされている（厚生労働省 online：「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」報告書について.html）。そのことから、多機関、多職種連携が必須になると考えられ、クライシス・プランが貢献できる点は多分にあると思われる。特に、このような社会を震撼させた事件については社会の安全という観点から、「監視」や「強制力」をベースとした議論が生じやすいと考えられる。今回の研究ではクライシス・プランが医療観察法の目的である「再他害行為防止」と「社会復帰」に含まれる「強制力」や「監視」と「主体性」や「支援」という対立しやすい概念をつなぐための機能するツールになるために、リスク・マネジメントに偏ることなく、ストレングスなどの保護要因や権利擁護を取り入れながら患者と支援者との協働的な病状管理に役立つクライシス・プランにしていくことを目指した。クライシス・プランがこのような機能を持つことで、今後の措置入院においも重要なツールになりえるだろうし、なるべきであろう。

第2節 本研究の全体的な限界と今後の課題

本研究の全体的な限界として、1つ目はクライシス・プランについての統一的な定義や基準がない中で、今回の研究は独自に定義を作成し、Joint Crisis Plan 研究や司法・矯正分野の動向も参考にしながらクライシス・プランの作成方法や手続きについて検討し、研修プログラムを作成した。この定義や作成方法等が「正しい」というわけではなく、今後とも検討されうるべき提案といえるものである。そのため、今回の介入研究では独自の尺度を用いて測定したが、クライシス・プラン作成に関して、定義や方法が変われば必要となる知識やスキルも変わってくる。また、医療観察法処遇はクライシス・プラン作成のみ協働的に行えば良いものではなく、処遇全体を通じて対象者と協働的に行われるものである。そのため、より通院処遇移行後に役立つクライシス・プランを作成するためには処遇を通じて対象者と支援者とが課題に対して協働的に取り組み、権利擁護やストレングスを尊重する関係が重要である。ただし、今回の研修プログラムをきっかけにそのような姿勢や取り組みがクライシス・プラン作成以外にも波及していく可能性もある。何れにせよ、有用なクライシス・プランの作成や活用は部分的な介入のみで完結するものではないといえるだろう。

2つ目として、今回は作成後の「活用」については研修プログラム内の一部で扱っているが、主には「作成」について扱っている。これは作成段階で対象者や通院処遇で対象者に関わる支援者と協働的に作成することが有効なクライシス・プランにするためには重要と考えたからである。しかしながら、「作成」しても「活用」されなければ意味がない。特に、危機時に有効に活用するには日常的に活用することが不可欠である。日常的に活用するからこそ、危機時にも違和感なくクライシス・プランを使って話し合えると考えられるが、指定入院医療機関スタッフへの実態調査では日常的な活用の平均値は選択肢の「少し」を下回るものであり、当然のように活用されているわけではないと推測される。入院処遇中から支援者も対象者も活用習慣をつけ、それを通院処遇移行後にも引き継ぐことが重要と思われる。そうした活用に関する方法やコミュニケーションスキルについても今後は研修を行うことが望ましいであろう。なお、クライシス・プランを活用する上で、多くの医療観察法病棟ではセルフ・モニタリング表というクライシス・プランに記載されている状態・症状を抜き出して一定の期間（1週間程度）の表にしたものを用いることが多い。クライシス・プランの活用を考える上で、セルフ・モニタリング表を有効に活用し、クライシス・プランと連動させていくことも重要なポイントである。なぜなら、対象者の抱える

疾患の大半を占めるのは統合失調症や双極性障害であり（河野ら，2016）、それらは慢性精神疾患といえるため、多くの対象者は疾患を抱えながら生活していくことになる。安定した病状を保つには糖尿病などの慢性身体疾患と同様に、状態をモニタリングし、状態に応じた適切な対処が求められる。今回の研修は作成に関して焦点を絞ったが、総合的な疾病教育や心理教育によって対象者が自身の抱える精神疾患を理解し、主体的に病状管理できるようになることがクライシス・プランの目的の1つである。今回の対象となった医療観察法病棟スタッフは上記に挙げたような慢性身体疾患のような考え方をについて疾病教育や心理教育を通じて対象者に理解を促すことが重要である。そのような取り組みにより、対象者がセルフ・モニタリング表を日々確認する意味を理解することができ、病状に応じて対処する際にクライシス・プランを活用することにつながりうる。

3つ目として、前述のようにクライシス・プラン作成と同様に入院処遇中から活用し、そして対象者が通院処遇に移行した後も活用を継続することが重要であるが、通院処遇に引き継がれた後には支援体制の変化や対象者の症状の変化などに応じて加筆・修正されることも重要である。入院処遇中は限られた刺激の中で生活するが、退院後は様々な刺激に晒されるため、病状も変化しやすくなり、場合によっては入院中に見られなかった症状が発現することもありうる。そうした場合には対象者と話し合いながら、クライシス・プランに新たな症状を加筆していくことが求められる。なぜなら、対象者の症状の変化に対応しないクライシス・プランは重要性が低下し、活用されなくなったり、有効に機能しなくなったりする可能性があるためである。この点については通院処遇移行後に関わる支援者が加筆・修正するための方法やスキルを身につけることが重要であり、そのためにはクライシス・プランの活用や加筆・修正に関する方法やスキルの研修も必要であろう。

4つ目として、今回の研究では実態調査において、指定通院医療機関と社会復帰調整官、対象者の3者を対象とした。これは医療観察法の処遇の核となる存在だからである。しかしながら、保健師などの行政担当者や相談支援事業所などの障害福祉サービス機関、そして家族も通院処遇で関わる重要な支援者であることには変わらない。原田ら（2016）は全国494の保健所に対するアンケートを実施し、保健所から見た医療観察法の効用や課題などについて調査を行った。その結果、医療観察法の効用として「クライシス・プランの活用」が挙がっており、保健師にとってもクライシス・プランが重要なツールとして認識されつつあるといえるだろう。クライシス・プランは再他害行為防止と社会復帰という医療観察法の目的を果たす上で、多職種が連携するためのツールでもあることから、今後は調

査対象をより広げて研究を進めていくことがクライシス・プランを包括的に検討する上で重要であろう。

5つ目として、クライシス・プランが今後、ガイドラインに明記され、マニュアル等を通じて一定の基準に基づいて作成されるようになれば、クライシス・プランが対象者や地域支援者にどのように捉えられ、そして用いられているのか、また再他害行為にどう影響しているかといったなどについての予後調査を行うこともできるだろう。特に再他害行為防止と社会復帰という医療観察法の目的に対していかに寄与しているかを明確にすることは医療観察法処遇におけるクライシス・プランの重要性を検討する上で重要である。

6つ目として、今回の介入で用いた「クライシス・プラン作成研修プログラム」はどのような疾患を抱えた対象者においても共通して重要になる作成手順やスキルを扱っており、汎用性のあるプログラムとなっている。しかしながら、実際にはアルコールや薬物などの物質使用障害や発達障害が合併しているケースも存在し、そのようなケースほど対応上で留意すべき点が多いため、困難が伴いやすい。例えば、統合失調症に加えて物質使用障害が合併しているケースでは、クライシス・プランにおいて統合失調症に関する症状と対処、対応に加え、物質使用の引き金となる刺激やその時の対処、対応も必要になるだろう。また、発達障害については本人の特性や混乱につながる環境などについても扱う必要がある可能性がある。このように、疾患や特性に応じた有効なクライシス・プラン作成についても検討することが望ましい。

最後に、医療観察法の処遇は当初審判において、入院処遇が適応される事例が8割程度で大部分を占めるが、残りの2割は通院処遇が適応される。当初審判で通院処遇の決定下った事例については、今回の研究のように入院処遇から通院処遇にシフトするわけではなく、裁判所の決定から間もなく通院処遇が開始されることになる。そのため通院処遇に関わる支援者は入院処遇から通院処遇に移行する対象者を引き受けるよりも時間的な余裕がなく、その中で準備を進めることになる。そうした中でクライシス・プランを作成する必要があり、少ない情報と限られた時間の中で作成するとなれば、多くの困難を伴うと予想される。今後はそのような通院処遇決定の下った対象者における有効なクライシス・プラン作成についての研究を進め、効率的にクライシス・プランを作成するための手続きやスキルを習得できる研修を提案することが望まれる。

第3節 政策への提言

本研究を通じて得られた結果から、政策面への提言を行う。

1つ目はガイドラインとマニュアルの整備である。実態調査から、クライシス・プランに関するガイドラインやマニュアルについて、指定入院医療機関の病棟スタッフの50.2%、指定通院医療機関の53.2%、社会復帰調整官の50.1%が「とても必要」と回答しており、それぞれ「少し必要」を合わせると9割以上が必要性を感じていた。村杉ら(2014)の調査から、全国の指定入院医療機関において事実上、クライシス・プランは作られていることが示されていることから、均霑化するためにも入院処遇ガイドライン(厚生労働省, 2005)と通院処遇ガイドライン(厚生労働省, 2005)への記載、また作成や活用、加筆・修正などのためのマニュアルが整備されることが望ましい。ただし、入院処遇ガイドラインについては日本医療研究開発機構研究費補助金: 障害者対策総合研究事業「医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究」(研究開発代表者: 平林 直次)における、「医療観察法の諸ガイドラインの見直しに関する研究」(研究開発分担者: 村杉 謙次)において目下、取り組まれているところである。今回の研修プログラムにおいて提案した、クライシス・プランの定義や作成手順、取り入れるべき項目などはマニュアル作成に貢献できるものと思われる。

2つ目に、指定通院医療機関における医療観察法担当者数を増やすことである。指定通院医療機関の活用に影響を与える要因において、「日常的な活用尺度」に対して「(医療観察法) 担当メンバー数」が正の影響を与えていた。通院処遇における指定通院医療機関は入院処遇のような5職種6名で担当する必要はなく、最低でも医師と精神保健福祉士がいれば制度上、問題はない。特に指定通院医療機関は一般精神医療の傍で医療観察法の対象者を受け入れ、治療を行なっていることから、多くの人員を割くことができない場合があり、診療報酬も十分ではないという指摘もある(小西・外間, 2011)。こうした背景は理解できるが、多くの対象者を受け入れている病院もあり、指定通院医療機関によってばらつきがある。医療観察法において、クライシス・プランが活用されやすくなることだけでなく、チーム医療が精神科医療に広がる上でも多職種が通院処遇に関わることは重要と考えられることから、積極的に多職種が関わることを望ましい。そのためには現状は担当メンバー数によらず、診療報酬は一定であるが、多職種の参加による診療報酬上のメリットを設けることができると良いだろう。また、多職種で治療することの医療上のメリットを周知していくことも望ましいと考えられる。

3つ目に、入院処遇と通院処遇との連携の途切れを少なくすることである。医療観察法入院処遇から通院処遇に移行すると、指定入院医療機関はその後の対象者について基本的には知る手立てがない。一方、指定通院医療機関も対象者を引き受けた後に指定入院医療機関の担当者と顔を合わせる機会がない。今回の調査では指定入院医療機関の医療観察法病棟スタッフにおいて、担当対象者が通院処遇に移行した後のクライシス・プランの活用について知る機会が「全くない」が41.2%、あるいは「あまりない」と回答したスタッフが37.3%に上り、意見交換する機会も「全くない」が53.5%、「あまりない」と回答したスタッフが26.3%に上ることからも、連携が途切れていることが裏付けられる。一方、担当対象者が通院処遇に移行した後のクライシス・プランについての関心は「とてもある」が65.5%「少しある」と回答したスタッフが32.7%であり、ほとんどのスタッフが関心を持っており、意見交換の必要性も感じている。このことから、医療観察法病棟スタッフは入院処遇から通院処遇に対象者が移行した後も、指定入院医療機関と指定通院医療機関との間でクライシス・プランに関する連携を取ることにについてのニーズがあることを示している。こうした実態から、指定入院医療機関は作成したクライシス・プランについてのフィードバックを得ることができないため、工夫や課題の修正ができず、質の向上に繋がりにくい。一方、指定通院医療は通院処遇が始まってからクライシス・プランの内容や活用方法に疑問が生じた際に指定入院医療機関と改めて会議の場を持つことが困難である。これはクライシス・プランに限ったことではなく、指定入院医療機関は入院処遇から通院処遇に移行した対象者の予後を知ったり、治療や支援に関するフィードバックを受けたりすることで、治療や支援のあり方を再検討する機会になり得るため、より質の高い医療を目指す上で重要であると考えられる。また、指定通院医療機関にとっては通院処遇が開始され、対象者の特徴が分かってくるから情報交換できることで、より効果的な治療や支援が行える可能性がある。ところで、実態調査の分析結果から、「クライシス・プランの有用性の認識」に関して、医療観察法病棟スタッフは自分たちが作成したクライシス・プランが通院処遇に引き継がれた後に役立つだろうと予測しているが、指定通院医療機関や社会復帰調整官は医療観察法病棟スタッフが思うほど有用性を感じていないことが統計的に示された。このことについても、医療観察法病棟スタッフが指定通院医療機関などからのフィードバックを得る機会がなく、より通院処遇で役立つものに変えていくことに繋がっていない可能性が考えられる。以上から、入院処遇から通院処遇に移行する前、そして移行した後も指定入院医療機関と指定通院医療機関をはじめとする通院処遇支援者との連携が

取りやすいような制度設計にすることが重要と考えられる。

第4節 全体総括

本研究において、これまで定義や作成手順、作成方法が明確ではなかったクライシス・プランについて、クライシス・プランをめぐる課題や定義、対象者や支援者との協働的な作成方法や手続き、また実践的なスキルトレーニングも含めた研修プログラムを開発し、その効果を認めたことについては現場における有用性も高いものと思われる。有用なクライシス・プランの作成のためには対象者と支援者とが協働的に話し合いながら作成を進めること、また権利擁護やストレングスの視点を持ちながら支援することがクライシス・プランをより質の高いものにしていく上で重要と考えられる。そして、そのような点に留意しながら作成したクライシス・プランは医療観察法の目的である再他害行為防止と社会復帰に含まれる「強制力」や「監視」と「主体性」や「支援」の対立的な概念をつなぐ機能を果たすことができうる可能性がある。クライシス・プラン作成が入院処遇のガイドラインとして定められ、そうした機能を果たすようなクライシス・プラン作成を行う手順や手続きがマニュアル等によって整備されることが重要であろう。これらについては医療観察法病棟スタッフの実態調査においてクライシス・プランに関するマニュアルやガイドラインが整備されることへのニーズが非常に高いことから重要性が裏付けられる。そして、マニュアル作成においては本研究で用いた研修プログラムの内容が貢献できる部分は多くあると思われる。

医療観察法の開始当初におけるクライシス・プランはリスク・マネジメントに関する項目を多く含んでおり、どちらかと言えば支援者にとっての“クライシス”、つまり再他害行為につながりうる病状悪化や状態変化をマネジメントするためのツールとしての意味合いが強かったと思われる。徐々に本人の意見やニーズ、ポジティブな面を尊重したクライシス・プランも作成されるようになってきたと思われるが、実態調査からはストレングスや権利擁護といった項目があまり含まれていないことが示された。クライシス・プランが機能するためには対象者と支援者とが共有した“クライシス”をマネジメントするためのツールになる必要があり、そのためには対象者自身が自分の疾病を理解し、良い状態を保つ努力をし、ストレングスを発揮できるようにすること、病状に応じた主体的な対処ができるようになること、そしてそれを支援者もサポートして協働的に病状管理していくこと、さらには権利擁護として病状悪化時の対応についてあらかじめ合意を得ておくことが重要

であり、今回の研修プログラムではそうした対象者と支援者が共有した“クライシス”について対処や対応を検討するための一助になるであろう。しかし、入院処遇から通院処遇に移行する段階におけるクライシス・プランはそれが固定化されたものであり続ける必要はなく、通院処遇続ける中で徐々に変化していくことが望ましいと考えられる。具体的には入院処遇から通院処遇に移行する段階において必要だったリスク・マネジメントに関する項目（例えば注意症状として“命令する幻聴が聞こえる”など）の中で、通院処遇を通じてクライシス・プランを用いながら病状管理する中で、通院処遇の中期から終盤にかけては病状管理や良い状態を保つために必要な項目と、プランに取り入れずとも対処できるようになるなどして、不必要と感じる項目を対象者自身が取捨選択すること、また通院処遇の中で見つけたストレングスを書き加えていくような取り組みができることが理想と考えられる。つまり、“クライシス・プラン”が通院処遇を通じて、より対象者の主体のものになり、対象者にとってのリカバリーをサポートするプランに変化していくことこそが、医療観察法の処遇を終了し、一般の精神保健福祉法の中での医療に移行する上での準備として重要であろう。それは精神障害を抱え、なおかつ重大な他害行為を行い、社会の中でスティグマに晒されやすい対象者が医療観察法を終えて、特別な支援を受けずに再び社会の中で生きていく上での有益なツールとなる可能性がある。

このように、医療観察法処遇を入院処遇から通院処遇、そして処遇終了という流れで捉えたと、クライシス・プランを有効なものにするためには作成を中心的に行う指定入院医療機関とそれを活用し、加筆・修正していく通院処遇移行後の支援者の双方が共にクライシス・プランについて共通の認識を持ち、それぞれの取り組みの質を向上させることが重要である。今回は指定入院医療機関におけるクライシス・プラン作成に焦点を当てたが、今後は指定通院医療機関や社会復帰調整官などによるクライシス・プランの活用や加筆・修正についての方法の理解やスキルアップを図ることが重要であり、研修プログラムを開発することも重要である。特に今回の実態調査からは指定通院医療機関におけるクライシス・プランに関する研修の受講者は3割以下であることが示されたことから、研修の機会は必要と考えられる。また、通院処遇においてもガイドラインにクライシス・プランが位置づけられことが重要であり、同時にマニュアルも整備していくことが期待される。入院処遇から通院処遇の流れにおいてクライシス・プランの概念や手続き、スキルが共有され、作成から活用、加筆・修正とスムーズに流れていくことが理想である。

今後は、そのような取り組みを目指し、対象者の処遇にどのような影響を与えるか、再

他害行為防止と社会復帰に寄与しているのか、また支援者側の連携などにおいて有用に機能するのかなどについて可能な限りエビデンスの高い研究方法によって検討していくことが望ましい。

引用文献

- 赤林朗・甲斐一郎・伊藤克人・津久井要（1997）. アドバンス・ディレクティブ(事前指示)の日本社会における適用可能性：一般健常人に対するアンケート調査からの考察 *生命倫理* 7(1), 31-40.
- 安藤久美子（2016）. 医療観察法における指定通院医療機関モニタリング調査研究 平成27年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業 - 障害者政策総合研究事業 精神障害分野 -) 観察法制度分析を用いた観察法医療の円滑な運用に係る体制整備・周辺制度の整備に係る研究, 27-46.
- 安西信雄・伊藤順子（2011）. 安全・安心の精神科臨床サービスー基本的な考え方と技術ー *精神科臨床サービス*, 11 (3), 308-312.
- 青木裕見・渡邊衡一郎（2015）. 精神科治療における双方向性の意思決定 shared decision making の実現可能性 (特集 精神科治療学創刊 30 周年記念特集 (1) 精神科医療技術の将来). *精神科治療学*, 30(1), 99-104.
- Borschmann, R., Barrett, B., Hellier, J. M., Byford, S., Henderson, C., Rose, D., & Hogg, J. (2013). Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 357-364.
- Campbell, L. A., & Kisely, S. R. (2009). Advance treatment directives for people with severe mental illness. The Cochrane Library.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, 44(5), 681-692.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates, 2.
- Copeland, M E. (2002). *Wellness Recovery Action Plan*. West Dummerston, VT: Peach Press.
- Cowger, C. D. (1994) Assessing Client Strengths: Clinical Assessment for Client Empowerment. *Social Work*, 39(3), 262-268.
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., &

- Thornicroft, G. (2015). Improving therapeutic relationships: joint crisis planning for individuals with psychotic disorders. *Qualitative health research*, 25(12), 1637-1647.
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., & Thornicroft, G. (2016). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expectations*, 19(2), 448-458.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175–191. Retrieved from <http://www.psych.uniduesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/>
- Flood, C., Byford, S., Henderson, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szumukler, G. (2006). Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 333(7571), 729.
- Fraser, M. W., Kirby, L. D., and Smokowski, P. R. (2004). Risk and resilience in childhood. *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective*, 2, 13-66.
- 藤井千代 (2011). 事前指示 臨床精神医学, 40(5), 683-690.
- 原田小夜・辻本哲士・角野文彦・中原由美 (2016). 医療観察法対象者の地域支援の現状と課題 日本公衆衛生誌, 63(10), 618-626.
- 原田隆之 (2014). 認知行動療法・禁煙ワークブック-Re-Freshプログラム 金剛出版.
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szumukler, G. (2004) Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 329(7458), 136.
- Henderson C, Swanson JW, Szumukler G, Thornicroft G & Zinkler M.(2008). A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatric Services*, 59(1), 63-71.
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szumukler, G. (2009). Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(5), 369-376.
- 平林直次 (2011). クライシスプランの作り方: 医療機関 精神科臨床サービス, 11 (3), 393-397.

- 平林直次 (2012). 疾患セルフマネジメントー疾病教育とクライシス・プラン 日本社会
精神医学会雑誌, 21, 518-522.
- 法務省保護局 (2006). 心神喪失者等医療観察法による地域処遇ハンドブック.
- 法務省保護局 (2005). 地域社会における処遇のガイドライン.
- 五十嵐定人 (1998). 触法精神障碍者の処遇ーその現状と問題点 風祭 元 山上 皓 (編)
臨床精神医学講座 司法精神医学・精神鑑定 中山書店, pp406-420.
- 今村扶美・松本俊彦・藤岡淳子. (2010). 重大な他害行為に及んだ精神障害者に対する「内
省プログラム」の開発と効果測定 司法精神医学, 5(1), 2-15.
- 石川正興 (2008). 精神障害と保安処分 第1回日中犯罪学学術シンポジウム報告書『精
神障害者による危害行為の対策』, pp1-19.
- 伊藤順一郎 (2012). 精神科医療機関に必要なアウトリーチサービスのスキルと研修 精
神神経学雑誌, 114(1), 26-34.
- 伊藤順一郎 (2015). 研究から見えてきた、医療機関を中心とした多職種アウトリーチチ
ームによる支援のガイドライン. 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社
会復帰研究部, 14-20.
- 岩成秀夫 (2012). 医療観察法における地域処遇からみた「治療反応性」について 司法
精神医学, 7(1), 86-91.
- 岩尾俊一郎 (2008). 指定通院医療機関からみた通院処遇の実情 精神神経学雑誌, 110(12),
1150-1155.
- Joshi G (2003). Psychiatric advance directives. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(4),
303-306.
- 壁屋康洋 (2011). 医療観察法病棟におけるアンガーマネジメントの適用. 司法精神医
学, 6(1), 21-29.
- 壁屋康洋・高橋昇・西村大樹・砥上恭子・野村照幸・古村健・箕浦由香・前上里泰史・朝
波千尋・宮田純平 (2013). 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究(6)収束妥当性
の検証 司法精神医学, 8(1), 20-29.
- 壁屋康洋 (2014). 医療観察制度に関わって 臨床心理学, 14 (1), 291-294.
- 垣田宜邦・寺田晴美 (2013). 境界性人格障害患者の退院支援 - クライシスプランを明ら
かにすることで行動変容が起こった事例 - 日本精神科看護学術集会誌, 56(1),
450-451.

- 狩野俊介・野村照幸 (2013). デイケアにおける心理教育プログラムの育成－医療観察法における支援の応用－ *デイケア実践研究*, 17 (2), 12-17.
- 河野稔明 (2016). 医療観察法における指定入院医療機関モニタリング調査研究 平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業 - 障害者政策総合研究事業 精神障害分野 -) 観察法制度分析を用いた観察法医療の円滑な運用に係る体制整備・周辺制度の整備に係る研究, 4-26.
- 河野稔明・菊池安希子・安藤久美子 (2014). 医療観察法施行から 8 年間の研究の概観 *精神保健研究*, 60, 81-88.
- 萱間真美 (2016). リカバリー・退院支援・地域連携のためのストレングスモデル実践活用術 医学書院.
- 菊池安希子, 美濃由紀子 (2010). 国立精神・神経センター・医療観察法病棟が、そのプログラムとノウハウを公開します①「まずは治療プログラムの枠組みを紹介します」*精神看護*, 13(1), 69-74.
- 来住由樹 (2017). 治療抵抗性統合失調症に対する効果的かつ安全な治療法の確立に関する研究 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) 研究開発分担報告書 医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究, 55-65.
- 小西吉呂・外間淳也 (2011). 医療観察法における通院医療について *沖縄大学法経学部 紀要*, 17, 25-33.
- 厚生労働省 医療観察法の地方裁判所の審判の終局処理の状況 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sinsin/kettei.html (アクセス日, 2017 年 6 月 5 日)
- 厚生労働省 (2005). 医療観察法入院処遇ガイドライン.
- 厚生労働省 (2005). 医療観察法通院処遇ガイドライン.
- 厚生労働省 指定通院医療機関の指定状況 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sinsin/iryokikan_sitei.html (アクセス日, 2017 年 6 月 5 日)
- 厚生労働省 (2005). 指定通院医療機関運営ガイドライン.
- 厚生労働省 指定入院医療機関の整備状況 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/>

- bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sinsin/iryokikan_seibi.html (アクセス日, 2017年6月5日)
- 厚生労働省 (2005). 指定入院医療機関運営ガイドライン.
- 厚生労働省 (2016). 改正精神保健福祉法における医療と福祉の連携充実と 都道府県の人材育成推進のためのテキスト 第2章 株式会社日本能率協会総合研究所, 37-64.
- 厚生労働省 (2016). 報告書～再発防止策の提言～ 相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000145258.pdf> ((アクセス日, 2017年9月1日)
- 熊地美枝・高崎邦子・佐藤るみ子 (2007). 指定入院医療機関における対象行為についての話し合いの実際 (特集 触法精神障害者のアセスメントと治療) *臨床精神医学*, 36(9), 1153-1161.
- 黒田治 (2006). 精神医療と心神喪失者等医療観察法の運用 指定入院医療機関 松下正明、山内俊雄、山上皓、中谷陽二 (編)、*司法精神医学* 5 司法精神医療 中山書店, pp217-219.
- 桑原純一郎・渡邊理・藤井千代・佐久間啓 (2015). クライシスプラン作成により地域生活の継続が可能となった症例の検討 *日本社会精神医学会雑誌*, 24(3), 297-298.
- 町野朔 (2004). 精神保健福祉法と心神喪失者等医療観察法: 保安処分から精神医療へ. *ジュリスト増刊 精神医療と心神喪失者等医療観察法* 有斐閣, pp69-73.
- 前上里泰史・大鶴卓・村上 優 (2013). clozapine により社会復帰が促進された 5 症例の考察—各症例のクライシスプランの比較— *司法精神医学* 8(1), 146-147.
- Marlatt, G. A, & Dennis M. D,(Eds) (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press. (G・アラン・マーラット・デニス・M・ドノバン (編) 原田隆之 (訳) (2011). *リラプス・プリベンション 依存症の新しい治療*, 日本評論社.
- 真先剛史 (2007). 医療観察制度の現状と課題-司法精神医療の在り方 *立法と調査*, 264, 93-100.
- 松原良次 (2015). 医療観察法医療が一般精神科医療に及ぼした効果 - 指定通院医療機関の立場から *司法精神医学*, 10(1), 95-100.
- 松田光信 (2009). 統合失調症患者に対する心理教育を用いた介入研究の文献レビュー *神*

- 戸常盤大学紀要, 1(1), 17-30.
- 松本俊彦・小林桜児・今村扶美 (2011). 薬物・アルコール依存症からの回復支援ワークブック 金剛出版.
- Miller WR, & Rollnick S. (1991). Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior. The Guildford Press, New York.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing second edition, The Guilford Press, (ミラー, W. R. & ロルニック, S. 松島義, 博後藤恵訳 (2007). 動機づけ面接法, 星和書店)
- 水本篤・竹内理. (2008). 研究論文における効果量の報告のために—基本的概念と注意点—. 英語教育研究, 31, 57-66.
- 水本篤・竹内理. (2011). 効果量と検定力分析入門—統計的検定を正しく使うために—. より良い外国語教育のための方法— 外国語教育メディア学会 (LET) 関西支部メソドロロジー研究部会 2010 年度報告論集—, 48, 47-73.
- 宮田 量治・小口 芳世・藤井 康男・小林 幸恵 (2009). 医療観察法による遠隔地入院処遇のもたらす指定入院医療機関の負担について 精神神経学雑誌, 111, 1485-1498.
- 村上優 (2009). 鑑定ガイドラインの開発 臨床精神医学, 38 : 557-561.
- 村上優 (2011). 医療観察法の存続は可能か—指定入院医療機関より— 精神神経学雑誌, 113(5), 468-476.
- 村杉謙次 (2014). 入院期間の短縮と治療プログラムの効果的实施に関する研究 平成 25 ~26 年総括・分担研究報告書 医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究, 83-88.
- 村杉謙次 (2015). 入院期間の短縮と治療プログラムの効果的实施に関する研究 平成 26 年総括・分担研究報告書 医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究, 119-150.
- 永田貴子・平林直次・立森久照・高橋昇・野村照幸・今井淳司・崎川典子・前上里泰史・大鶴卓・村田昌彦・中根潤・西岡直也・村杉謙次・眞瀬垣実加・山本哲裕・山本暢朋・須藤徹・松尾康志・谷所敦史・山本紗世・島田達洋・山田竜一・竹林宏・小澤篤嗣・仲田明弘・柏木直子・花立鈴子・磯村信治・安藤幸宏・橋口初子・西中宏吏・予後調査グループ (2016). 医療観察法指定入院医療機関退院後の予後調査 精神医学, 58(7), 633-643.
- 長内優樹 (2015). 無気力状態測定尺度の再検査信頼性: 大学生を対象とした縦断調査によ

- る検証 モチベーション研究：モチベーション研究所報告書, 4, 22-26.
- 中島直 (2011). 医療観察法は即座に廃止されるべき 医療観察法の存続は可能か—5年後見直しを迎えて— 精神神経学雑誌, 113(5), 477-487.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2012). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide," 3rd ed., NIDA, Rockville, p. 56.
- 日本医師会 精神保健委員会 (プロジェクト) 答申 http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20160608_5.pdf (アクセス日, 2016年6月5日)
- 野村照幸・狩野俊介 (2013). セルフモニタリングシートとクライシスプランの作成を目的とした心理教育プログラムの開発とその有効性に関する研究—一般精神科医療における医療観察法に基づく医療の応用 司法精神医学, 8(1), 2-10.
- 野村照幸 (2014). 問題行動によって措置入院を繰り返す統合失調症患者におけるセルフモニタリングシートとクライシスプラン作成の実践 司法精神医学, 9(1), 30-35.
- 野村照幸 (2014). 一般精神科医療への医療観察法に基づく医療の応用—クライシス・プランによる疾病自己管理と医療の自己決定—. 臨床精神医学, 43(9), 1275-1284.
- 野村照幸・森田展彰・村杉謙次・大谷保和・平林直次. (2017). 医療観察法指定通院医療機関におけるクライシス・プランの活用に影響を与える要因について. 司法精神医学, 12(1), 2-10.
- 緒方あゆみ (2010). 心神喪失者等医療観察法の見直しに向けて 明治学院大学法学研究, 89, 63-85.
- 大江由香 (2015). 性犯罪加害者のエビデンスによって何が分かるか、何ができるか 犯罪心理学研究, 53, 238-239.
- 大野真由子 (2011). 難病者の「苦しみとの和解」の語りからみるストレングス・モデルの可能性-複合性局所疼痛性症候群患者の一事例を通して. 立命館人間科学研究, 23, 11-24.
- Rapp C. A. and Richard J. G. (2012). The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services, Third Edition, New York, Oxford university Press. (チャールズ・A・ラップ・リチャード・J・ゴスチャ. 田中秀樹監訳 (2014) ストレングスモデル—リカバリー志向の精神保健福祉サービス 第3版. 金剛出版.)
- 栄セツコ・岡田進一 (2004). 精神科ソーシャルワーカーのエンパワメント・アプローチに基づく精神保健福祉実勢活動 実践活動の実情とその活動を促進させる関連要因.

- 生活科学研究誌, 3, 206.
- 酒井道代 (2017). 地域移行・地域定着の実践-精神科病院の取り組み: チーム医療・地域連携を目指して *地域リハビリテーション*, 12(2), 104-110.
- 佐々木香月・牧聡 (2015). 牧病院 特徴 クライシスプランの要素を含んだ地域連携パス精神看護, 18(3), 286-290.
- 佐藤和也・日向悦二・池田美穂子 (2010) クライシスプラン作成過程における有効な看護師の介入-医療観察法入院対象者 3 事例の検討から- *司法精神医学*, 5(1), 1283.
- 精神・神経科学振興財団 (2005). 共通評価項目の解説とアンカーポイント ガイドライン集. 精神・神経科学振興財団, 170-188.
- 白澤政和 (2006). ストレングスモデルの考え方 *月刊ケアマネジメント*, 17(2), 35-36.
- Stanard, R. P. (1999). The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 35(2), 169-179.
- 菅原 (阿部) 裕美・森千鶴 (2011). 統合失調症の病識の構造 *日本看護研究学会雑誌*, 34(4), 11-22.
- Sutherby, K. & G. Szmukler (1998). Crisis cards and self-help crisis initiatives. *Psychiatric Bulletin*, 22(1), 4-7.
- Sutherby, K., Szmukler, G. I., Halpern, A., Alexander, M., Thornicroft, G., Johnson, C. & Wright, S. (1999). A study of crisis cards' in a community psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 56-61.
- Swanson J, Swartz M, Ferron J, Elbogen E, & Van Dorn R. (2006). Psychiatric Advance Directives Among Public Mental Health Consumers in Five U.S. Cities: Prevalence, Demand, and Correlates. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34 (1), 43-57.
- Swanson J, Swartz M, Elbogen E, Van Dorn R, Ferron J, Wagner R, McCauley B, & Kim M. (2006) . Facilitated Psychiatric Advance Directives: A Randomized Trial of an Intervention to Foster Advance Treatment Planning Among Persons with Severe Mental Illness. *The American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1943-1951.
- 立森久照, 伊藤弘人 (1999). 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性および妥当性の検討. *精神医学*, 41(7), 711-717.

- 立山龍彦 (1998). 自己決定権と死ぬ権利 東海大学出版会, 47.
- 田口寿子 (2015). 医療観察法対象者の社会復帰促進要因・阻害要因は何か? 司法精神医学, 10(1), 36-44.
- 武井満 (2008). 精神保健福祉法における医療の問題点と医療観察法成立の意義 武井満 (編) 医療観察法と事例シミュレーション 星和書店, pp1-6.
- 丹野義彦, 坂野雄二・長谷川寿一・熊野宏昭・久保木富房 (2004). 認知行動療法の臨床ワークショップ 2 アーサー & クリスティン・ネズとガレティの面接技法.
- 寺戸亮二 (2011). 保護観察対象者のストレングスに着目した処遇試論 (日本犯罪社会学会編 犯罪者の立ち直りと犯罪者処遇のパラダイムシフト). 現代人文社, pp78-101.
- Thomas P. & Cahill A. (2004). Compulsion and psychiatry—the role of advance statements. *British Medical Journal*, 329(7458), 122–123.
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., & Lester, H. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9878), 1634-1641.
- 鶴見隆彦 (2011). 「リスク」と「安全・安心」を支援者はどう考えるべきかーリスクマネジメントとストレングスモデルの融合ー 精神科臨床サービス, 11, 313-318.
- 植松俊典 (2008). 医療観察法指定通院医療機関における治療の現状と課題 精神神経学雑誌, 110(12), 1156-1160.
- 渡辺弘 (1995). 1994年触法精神障害者1108例の7年間の追跡調査-決定木を用いた再犯リスク分析と重大犯罪再犯者67例についての多角的な犯罪学的分析 犯罪学雑誌, 71, 133-163.
- Weston, L. P. & L. A. Lawson (1997). The mental health emergency card. *BMJ* 314(7080), 532-533.
- World Health Organization (1992). ICD-10 : The ICD-10 Classification of Mental & Behavioural Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization.
- 八木深 (2009). 医療観察法指定通院医療機関における治療の現状と課題 精神科治療学, 24 (9), 1057-1060.
- 山上皓 (2006). 医療観察法がめざすもの 臨床精神医学, 35(3), 245 -249.

- 山上皓・小西聖子・吉川和男・井上俊宏・謝麗亜（1995）. 触法精神障害者 946 例の 11 年間追跡調査（第一報）-再犯事件 487 例の概要 犯罪学雑誌, 61, 201-206.
- 山本 順子・北山愛・佐々木佳子・阿部芳美・沼尾信治・中村みゆき（2014）. 精神科急性期病棟におけるクライシスプランを活用した退院支援～症状再燃による危機的状況の発生予防～. 国立病院総合医学会講演抄録集, 68, 976.
- Yates P. M. & Prescott D. (2011) Building a Better Life: A Good Lives and Self-regulation Workbook. Safer Society Foundation. (パメラ・M・イエイツ・デビッド・S・プレスコット (著) 藤岡淳子 (訳) (2013) グッドライフ・モデル：性犯罪からの立ち直りとより良い人生のためのワークブック. 誠信書房.
- 吉川和男（2006）. 「医療の必要性」の判定基準と鑑定のあり方 臨床精神医学, 35(3), 251-257.
- Yoshikawa K, Taylor PJ, Yamagami A, Okada T, Ando K, Taruya T, Matsumoto T, & Kikuchi A. (2007). Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17(3), 137-151.
- 吉村雅世（2015）. 性非行・性犯罪加害処遇に犯罪心理学はいかに寄与するか-リスク・マネジメント・モデルとストレングス・モデルの観点から- 犯罪心理学研究, 53, 231-232.
- 財団法人精神・神経科学振興財団（2006）. 司法精神医療等人材養成研修会ガイドライン集 p66.

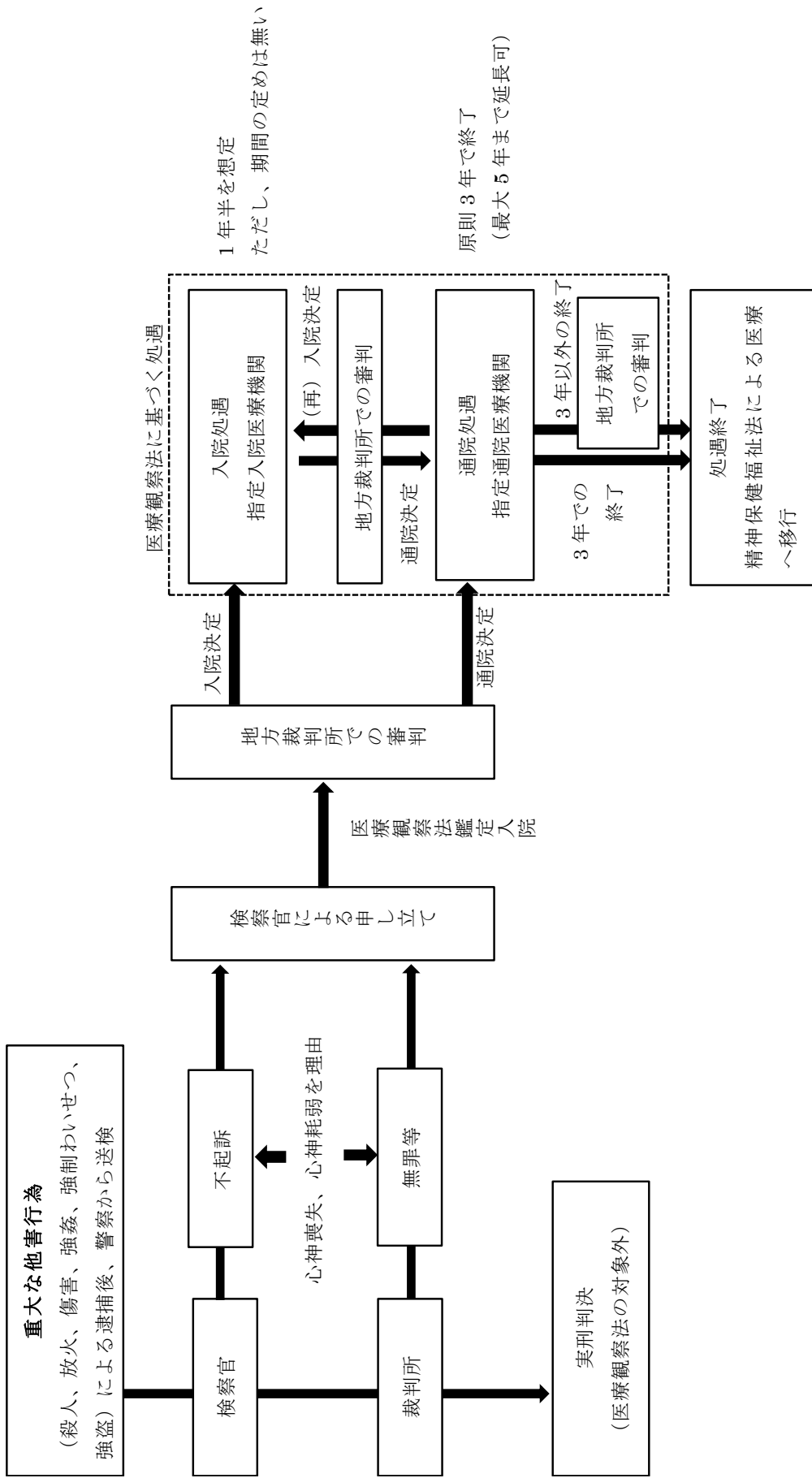


図 1-1 重大な他害行為から医療観察法の処遇終了までの流れ

Aさん クライシス・プラン		状態・症状		自己対処	家族・支援者の対応
		自分で気づける状態・症状	他の人が気づく状態・症状		
安定時	<p>状態</p> <p>安定した生活 が送れるレベル</p>	<p>自分で気づける状態・症状</p> <p>元気がある 楽観的で陽気 良く眠れている 食事がおいしく感じられる 服薬を継続できている</p>	<p>状態・症状</p> <p>他の人が気づく状態・症状</p> <p>表情が明るい 明るい話題が多い 冷静に話をすることができ 口調が穏やか 服薬が整っている</p>	<p>自己対処</p> <p>安定した生活リズムを心がける 欠かさず通院・服薬をする 訪問サービスを受け入れる</p>	<p>家族・支援者の対応</p> <p>医療：診察やカウンセリング で状態の確認 家族：状態確認 関係者：状態確認</p>
注意時	<p>注意したほうがよいレベル</p>	<p>自分で気づける状態・症状</p> <p>体を洗ったり、着替えるのが面倒 服装や髪型を気にしない 動作のスピードが遅くなる 集中が続かない 怒りっぽくなる 0時まで眠れない日が2日以上続く 家族と言い合いになる</p>	<p>他の人が気づく状態・症状</p> <p>同じ服装をしていることが多い ひどい腰痛がついている 動作がゆっくりになる 話がそれやすくなる 感情的になりやすい 目の下にクマができてくる 疑い深くなる</p>	<p>自己対処</p> <p>生活リズムを整える（夜更かししない） 出来る限り睡眠をとる（必要に応じて追加薬を使う） 気になることは関係者に相談する 追加薬を使う 気分転換をする（音楽など） 呼吸法（鼻から吸って、口からゆっくり吐く 3回は行う）</p>	<p>家族・支援者の対応</p> <p>医療：診察やカウンセリング での状態の確認 薬の調整 訪問看護の回数増加 家族：関係者と情報共有 対処法の確認 関係者：関係者と情報共有 訪問回数の増加</p>
要注意時	<p>必要になる検討レベル</p>	<p>自分で気づける状態・症状</p> <p>命令する声が増えてくる イライラして仕方なくなる 全く眠れない日が2日以上続く 大声を出してしまう 周囲の人に対して恐怖感がある 暴力</p>	<p>他の人が気づく状態・症状</p> <p>誰もいないのにキョロキョロする イライラした状態が続く 活動性が高まる 声が大きく、口調が強い アドバイスを聞き入れられない 物を壊す、家族に暴力を振るう</p>	<p>自己対処</p> <p>外出を控えて安静にする 追加薬を使う 病院（可能なら調整官にも）に連絡する 呼吸法（鼻から吸って、口からゆっくり吐く 3回は行う） 追加薬を使う</p>	<p>家族・支援者の対応</p> <p>医療：薬の調整 臨時訪問 入院による休養の検討 （同意を得られない場合） 医療保護入院 家族：緊急受診の検討 病院や関係者への連絡 関係者：病院との情報共有 臨時訪問</p>

【連絡先】 ①〇〇病院（平日日中…PSW〇〇さん、夜間・休日…当直師長）：×××-△△△△ ②社会復帰調整官（〇〇さん）：×××-△△△△ ③保健師（〇〇さん）：×××-△△△△

図 1-2 一般的なクライシス・プランの例

表 1-1 医療観察法処遇に関わる機関や専門職

		役割	
	名称	関わる時期	
対象者関係	対象者	処遇全体	処遇を受ける
	対象者の家族	処遇全体	生活面の支援や会議への参加により、社会復帰を支援する。ただし、家族への暴力など、対象行為によって支援者にならない（なれない）場合もある。
	付添人	処遇全体	医療観察法鑑定入院開始後に対象者にとり最も利益となる結論となるよう活動し、対象者自身の意見を裁判所に伝達する。場合によっては対象者の後見人的立場として、対象者の利益を守る。医療観察法の処遇開始後も抗告（裁判所の決定に対する異議申し立て）の際などに対応する。弁護士であり、有料で私選も可能であるが、それ以外は無料で国選の付添人がつく。
決定機関	裁判所	処遇全体	精神保健審判員との合議体により、医療観察法の鑑定命令や医療観察法の要否と内容の決定、入院処遇から通院処遇に移行する旨の決定、医療観察法終了の決定を行う。
	精神保健審判員	処遇全体	裁判所から選任された精神科医。裁判官との合議体により、医療観察法の鑑定命令や医療観察法の要否と内容の決定、入院処遇から通院処遇に移行する旨の決定、医療観察法終了の決定の検討を行う。
	精神保健参与員	処遇全体 ※必要に応じて	審判における合議体（裁判官と精神保健審判員）の対象者の処遇の決定に対し、合議体の必要に応じて精神保健福祉の観点から必要な意見を述べる。この職につくには精神保健福祉士で、精神保健福祉士法による相談援助業務に 5 年以上従事していることが条件となる。
	社会復帰調整官 （保護観察所職員）	処遇全体	精神障害者の保健及び福祉等に関する専門的知識に基づき、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った人の社会復帰を促進するため、鑑定入院中の生活環境の調査、生活環境の調整、通院処遇移行後の精神保健観察等の業務に従事する。この職につきには、医療保健福祉の領域で 8 年以上の経験を積んだ精神保健福祉士や看護師などの有資格者であることが条件となる。
支援者	指定入院医療機関・担当多職種チーム	入院処遇	指定入院医療機関における医療観察法病棟において、医師、看護師（2 名）、心理士、作業療法士、精神保健福祉士によるチーム医療を行う。最低でも必ず 5 職種 6 名で構成される。
	指定通院医療機関・担当多職種チーム	通院処遇	指定通院医療機関において、医師と精神保健福祉士、訪問看護師などによってチーム医療を行う。職種や人数の指定はなく、医師と精神保健福祉士のみでも運営可能。
	行政職員	通院処遇	ケースによって市の保健師や障害支援担当職員、保健所職員などが手帳申請や生活保護の受給など行政サービスの手続きや訪問援助を行う。
	相談支援事業所	通院処遇	福祉サービスの計画を立案し、必要なサービスを提供できるよう支援する。
	その他	通院処遇	作業所や就労支援事業などの利用に伴い、スタッフが支援者に加わることがある。

表 1-2 措置入院と医療観察法による入院処遇との比較

	措置入院	医療観察法入院処遇
法律	精神保健福祉法	医療観察法
入院の決定者	精神科医	裁判官と精神科医の合議体
入院施設	一般の精神科病院	指定入院医療機関の医療観察法病棟
施設面の特徴	一般的に隔離室以外は大部屋 作業療法や運動施設は病棟外がほとんど	全室個室 空間的なゆとりとアメニティー 作業療法や運動施設が併設
治療体制	基本的に医師と看護師による治療・ケア 1人の看護師が複数の患者に対応(3~4人の患者に1人) 作業療法士や心理士、精神保健福祉士は通常、複数の病棟を掛け持ち	多職種チームによる評価・治療・ケア 医師は対象者8名に対して1人、看護師は対象者の1.3倍の人数、作業療法士と心理士、精神保健福祉士は5名に対して1人という基準 全てのスタッフは基本的に専従(ただし、スモールスペック病棟のコメディカルは掛け持ち可)
医療内容	薬物療法や電気痙攣療法 個人・集団精神療法 看護ケア 作業療法 医師や精神保健福祉士による家族・環境調整 不定期のスタッフ会議やケア会議	薬物療法や電気痙攣療法 多職種チームによる様々な精神・心理療法(疾病教育や認知行動療法など)や看護ケア、作業療法 社会復帰調整官がコーディネーター役となり、綿密な社会復帰計画を立案 定期的な関係者会議
治療効果判定	医師、看護師、作業療法士、心理士、精神保健福祉士などの治療担当者による個別的・随時的評価	多職種チームによる定期的評価、定型的評価(共通評価項目など) 週1回の治療評価会議
人権への配慮	治療担当者による個別的なもの 弁護士の関与は可能だが、制度化されていない 精神医療審査会が中心的役割	入院決定に裁判官や弁護士(付添人)が関与 倫理会議による非同意治療等に関する外部評価
入院継続・退院決定	退院は最終的には担当医1人の判断に依拠	退院は裁判官と精神科医の合議体による決定 6か月ごとの合議体による入院継続の可否の判断
社会復帰の調整	各関係機関での個別的な努力に依拠	社会復帰調整官を軸に関連機関、関係者との連携 退院後、通院処遇への移行
入院費用(診療報酬)	自己負担なし 入院初日のみ2500点の加算 1日1271点(10対1看護)	自己負担なし 治療ステージ別の診療報酬体系 急性期は6680点 回復期は4920点 社会復帰期は5820点 ※所定の期間を超えると減算あり

第1章 はじめに
第2章 文献的検討
第3章 研究の問題と目的



第4章 医療観察法におけるクライシス・プランの実態調査（研究1）

指定入院医療機関
(医療観察法病棟スタッフ)

指定通院医療機関

社会復帰調整官

通院処遇移行
対象者



第5章 医療観察法入院処遇におけるクライシス・プラン作成研修プログラムの開発（研究2）

第6章 プログラムの効果測定（研究3）



第7章 総合考察

図 3-1 博士論文の構成

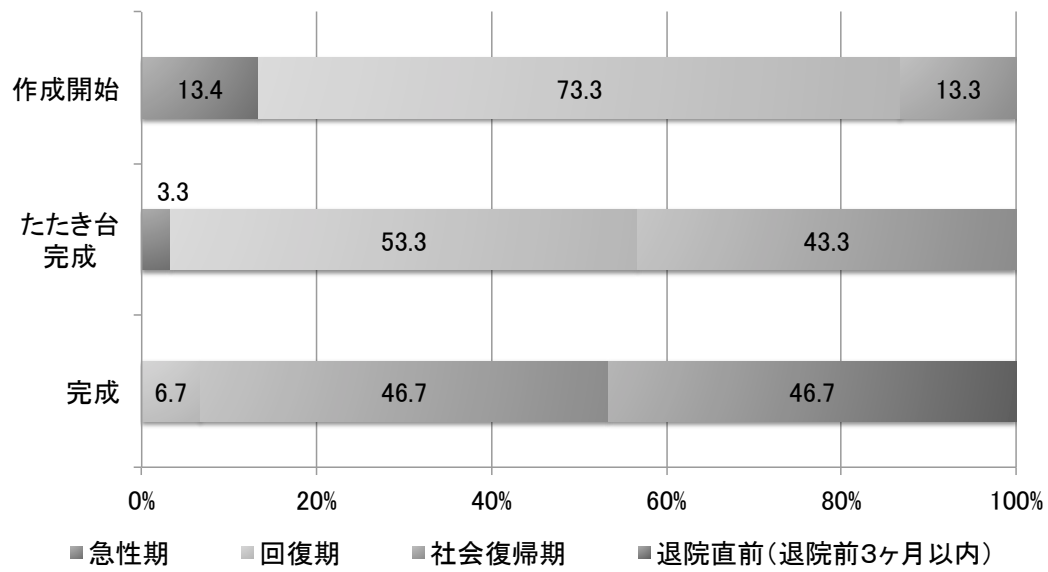


図 4-1 医療観察法病棟におけるクライシス・プランの作成開始、たたき台完成、完成時期

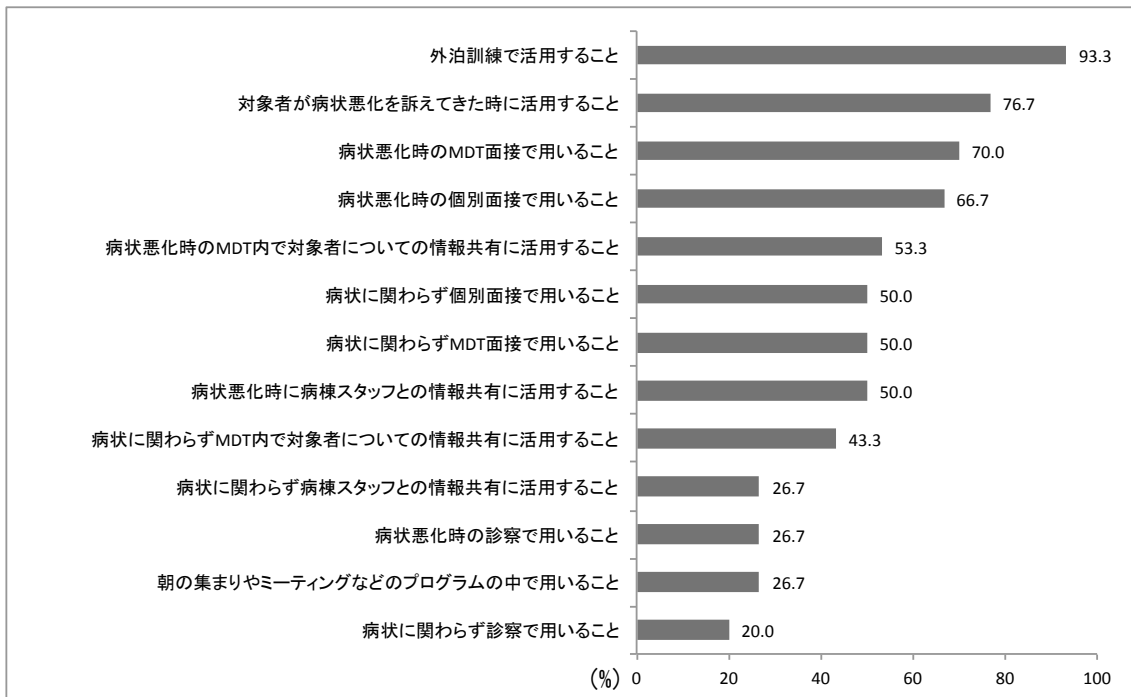


図 4-2 医療観察法病棟におけるクライシス・プランの活用に関する方針

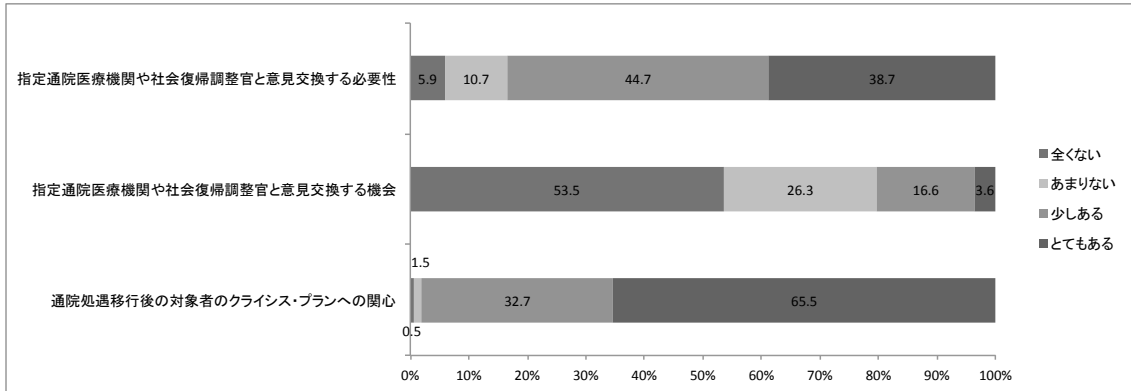


図 4-3 クライシス・プランについての考え

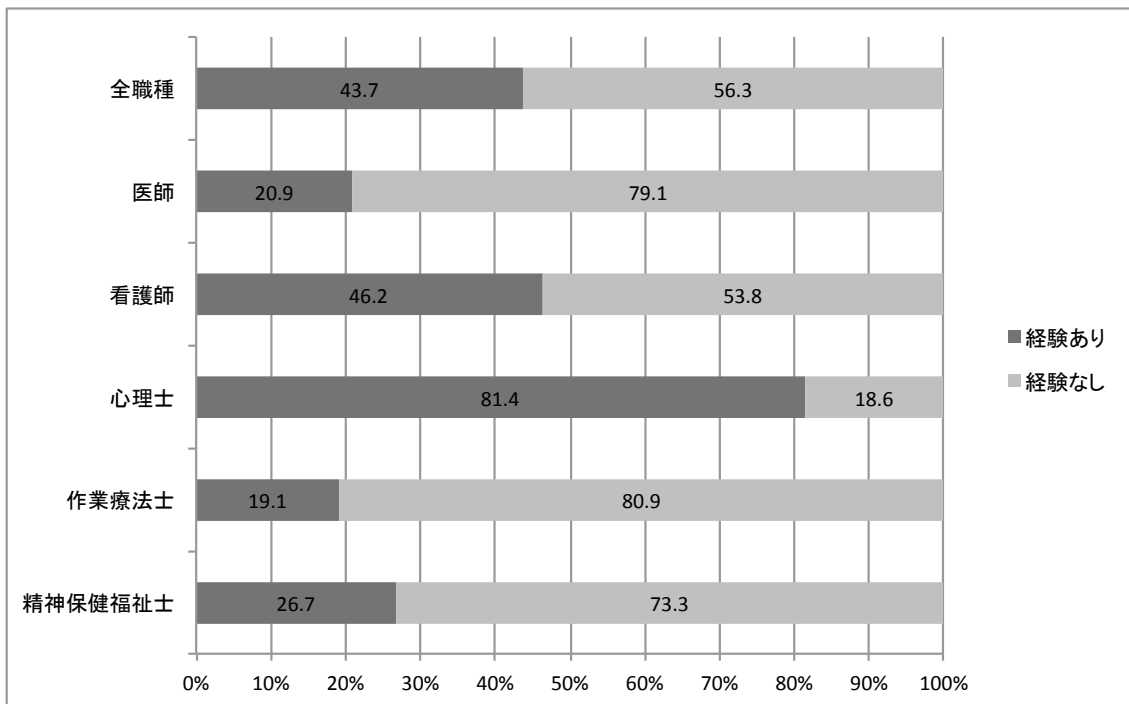


図 4-4 クライシス・プランの中心的な作成経験

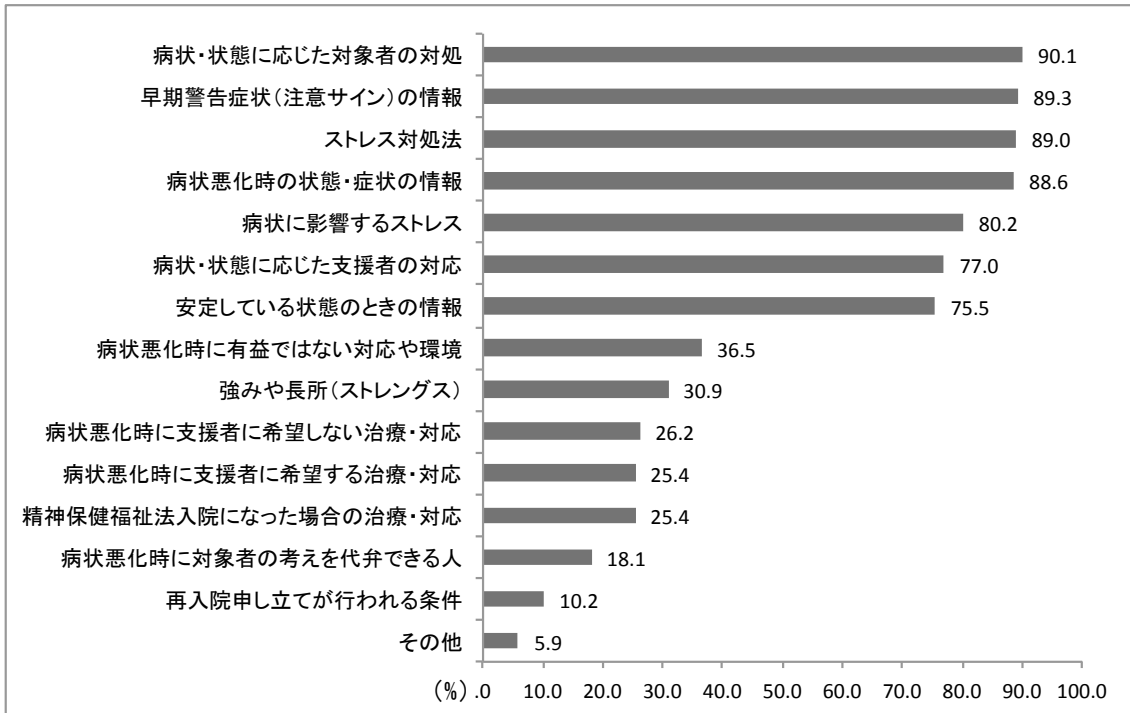


図 4-5 クライシス・プランに取り入れたことがある項目

表 4-1 医療観察法病棟の管理的立場のスタッフの内訳と医療観察法病棟のデモグラフィック要因

回答者		人数	%
性別	男性	19	63.3%
	女性	9	30.0%
	無回答	2	6.7%
立場	病棟師長	12	40.0%
	病棟医長	9	30.0%
	心理士	5	16.7%
	副師長	2	6.7%
	その他	2	6.7%

指定年数	平均値(標準偏差)	最大値-最小値
年数	7.1(2.3)	2-10

通院処遇に移行した対象者数	平均値(標準偏差)	最大値-最小値
対象者数	51.9(52.2)	5-250

表 4-2 医療観察法病棟スタッフの内訳とデモグラフィック要因等

回答者		平均値(標準偏差)	最大値-最小値
	年齢	41.0(8.7)	23-66
	精神科経験年数	12.1(7.6)	1年未満-42
	医療観察法経験年数	4.1(2.8)	1年未満-10
		人数	%
性別	男性	301	48.2%
	女性	323	51.7%
	無回答	1	0.1%
職種	医師	44	7.0%
	看護師	411	65.8%
	心理士	61	9.8%
	作業療法士	47	7.5%
	精神保健福祉士	60	9.6%
	無回答	2	0.3%
	主担当 通院処遇	21 ケース以上	65
移行ケース数	11~20 ケース	43	6.9%
	10 ケース以下	517	82.7%
	1 ケース	(200)	(32.0%)
	2 ケース	(108)	(17.3%)
	3 ケース	(70)	(11.2%)
	4 ケース	(50)	(8.0%)
	5 ケース	(35)	(5.6%)
	6 ケース	(12)	(1.9%)
	7 ケース	(17)	(2.7%)
	8 ケース	(17)	(2.7%)
	9 ケース	(2)	(0.3%)
10 ケース	(5)	(0.8%)	

※主担当通院処遇移行ケース数における 10 ケース以下についてはその数の合計を分母として%を算出

表 4-3 協働的な作成尺度における各項目の平均値と標準偏差

	n	平均値	標準偏差
対象者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと	612	3.6	.7
支援者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと	611	3.5	.8
対象者の意見や希望を確認しながら作成すること	612	3.6	.8
支援者の意見や希望を確認しながら作成すること	612	3.2	.8
対象者とMDT全員で合意を得ること	612	3.5	.7
MDTと対象者、支援者で合意を得ること	612	3.5	.7

1) 4 件法 (1「全くあてはまらない」～4「とてもあてはまる」)

表 4-4 医療観察法病棟スタッフにおけるクライシス・プランの活用尺度における各項目の平均値と標準偏差

	日常的活用			病状悪化時活用		
	n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差
対象者との個別面接(医師であれば診察)	600	2.8	.7	594	2.9	.9
対象者とのMDT面接	602	2.8	.7	598	2.9	.8
MDT内での対象者についての情報共有	600	2.9	.7	596	2.9	.8
MDT以外の病棟スタッフとの情報共有	598	2.6	.8	595	2.7	.9
対象者が病状悪化を訴えてきた時に活用する				598	3.0	.8

1)4 件法(1「全くしていない」～4「いつもしている」)

表 4-5 クライシス・プランの有用性予測尺度における各項目の平均値と標準偏差

	n	平均値	標準偏差
対象者の病状・状態の評価に関して支援者間で共有すること	604	3.7	.5
対象者の安定した状態を維持すること	603	3.4	.6
病状悪化時に対象者の希望が尊重されること	604	3.2	.7
対象者の状態・病状に関する支援者同士の話し合いのツールになること	605	3.5	.6
対象者と支援者が協力して治療を進めること	603	3.5	.6
対象者が自分の状態・病状に気づくこと	601	3.5	.6
対象者の非自発的入院(医療保護入院や措置入院)の回数が少なくなること	606	3.2	.7
対象者と支援者の信頼関係を促進すること	604	3.2	.7
支援者が対象者の病状悪化に早期に対応すること	606	3.6	.5
対象者が主体的に治療に関わるようになること	606	3.3	.7
支援者間の情報共有を促進すること	602	3.5	.6
対象者が自分の状態・病状に応じて自ら対処できること	606	3.4	.6
支援者が対象者の病状悪化時の対処を理解すること	601	3.6	.6
支援者の連携につながること	604	3.4	.7
対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えること	606	3.4	.6
支援者と対象者のそれぞれの対処・対応を明確にすること	603	3.5	.7
病状悪化時に対象者が希望する治療や対応を受けられること	605	3.2	.7
対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談できること	605	3.5	.6
支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握すること	605	3.4	.7
支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解すること	606	3.5	.6
再被害行為を防ぐこと	603	3.5	.6
病状悪化時に対象者が望まない治療や対応が少なくなること	602	3.0	.8
支援者が対象者の病状悪化のサインを理解すること	603	3.6	.6
病状悪化時に対象者の権利を守ること	595	3.0	.8

1)4 件法(1「全く役立たないと思う」～4「とても役立つと思う」)

表 4-6 クライシス・プラン作成と活用に関する困難についての各項目の平均値と標準偏差

		n	平均値	標準偏差
作成に関する 困難	知的能力の低い対象者のクライシス・プランを作成すること	601	3.5	.7
	対象者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと	601	3.2	.7
	支援者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと	602	2.5	.8
	対象者の意見や希望を確認しながら作成すること	599	2.9	.8
	支援者の意見や希望を確認しながら作成すること	599	2.8	.8
	対象者とMDT全員で合意を得ること	599	2.5	.9
	対象者とMDT、支援者全体で合意を得ること	602	2.8	.8
	対象者の地域生活に即したものにすること	601	3.2	.7
活用に関する 困難	対象者が活用する習慣を身につけること	603	3.3	.6
	病状に関わらず対象者との面接(医師は診察)で定期的に活用すること	596	2.6	.8
	病状に関わらず対象者とのMDT面接で定期的に活用すること	597	2.5	.7
	病状に関わらずMDT内での対象者についての情報共有に活用すること	593	2.3	.8
	病状に関わらず病棟スタッフとの情報共有に活用すること	598	2.6	.8
	対象者の病状悪化時の面接(医師は診察)で活用すること	597	2.7	.8
	対象者の病状悪化時のMDT面接で活用すること	601	2.6	.8
	病状悪化時にMDT内での対象者についての情報共有に活用すること	597	2.3	.8
	対象者の病状悪化時に病棟スタッフとの情報共有に活用すること	599	2.5	.8
	対象者が病状悪化を訴えてきた時に活用すること	601	2.5	.8
	対象者の外泊訓練で活用すること	598	2.4	.8
	セルフモニタリングと連動して活用すること	598	2.5	.9

1) 4 件法(1「全く難しくない」～4「とても難しい」)

表 4-7 指定通院医療機関の担当精神保健福祉士の内訳とデモグラフィック要因等

回答者		平均値(標準偏差)	最大値-最小値
年齢		38.6(8.0)	26-62 歳
精神科経験年数		11.2(6.6)	1-35 年
医療観察法経験年数		4.2(3.0)	1 年未満-10 年
所属機関			
指定年数		7.7	1-11 年

回答者		人数	%
性別	男性	27	41.5%
	女性	38	58.5%

所属機関		人数	最大値-最小値
受け入れ対象者数		5.1	1-19 名
担当メンバー数		5.3	1-6 名

※主担当通院処遇移行ケース数における 10 ケース以下についてはその数の合計を分母として%を算出

表 4-8 指定通院医療機関におけるクライシス・プランの活用尺度における各項目の
 平均値と標準偏差

	日常的活用			病状悪化時活用		
	n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差
面接で活用する	65	2.6	.8	62	2.9	.9
医師の診察で活用する	64	2.2	.9	61	2.6	1.0
担当チーム内での情報共有に活用する	65	2.8	.8	62	2.9	.9
ケア会議で活用する	65	2.9	.7	62	2.9	.9
他の支援者との情報共有において活用する	65	2.7	.7	62	2.8	.8
平均	61	2.6	.6	61	2.8	.8

1) 4件法(1「全くしていない」～4「いつもしている」)

表 4-9 指定通院医療機関におけるクライシス・プランの活用における問題尺度の各項目の
 平均値と標準偏差、歪度、尖度

	n	平均値	標準偏差	歪度	尖度
対象者の特性(知的能力や高齢者など)からクライシス・プランの活用が困難だった	63	2.3	1.0	.1	-.9
対象者がクライシス・プランを活用する習慣がなかった	63	2.5	.9	-.2	-.6
支援者がクライシス・プランを活用する習慣がなかった	63	2.4	.8	-.1	-.5
対象者がクライシス・プランに納得していなかった	63	1.9	.9	.7	-.2
支援者がクライシス・プランに納得していなかった	63	1.6	.7	.8	-.6
通院医療機関(自分たち)に時間的な余裕がなかった	63	2.4	.9	-.1	-.7
他の支援者(調整官や保健師など)に時間的な余裕がなかった	63	2.2	.8	.0	-.6
対象者の病状変化が急激だった	63	2.0	1.0	.5	-.9
クライシス・プランが支援者に実行できるものではなかった(頻繁な状態確認など)	63	1.8	.7	.2	-.9
クライシス・プランが詳細すぎて実行が困難だった	63	2.0	.7	.3	-.5
クライシス・プランに記載された症状と対象者の病状とが合っていなかった	63	2.0	.7	.0	-.9
対象者がクライシス・プランを重要視していなかった	63	2.4	.9	.0	-.7
通院医療機関(自分たち)がクライシス・プランを重要視していなかった	63	2.1	.8	.2	-.5
社会復帰調整官がクライシス・プランについて重要視していなかった	63	1.7	.7	.8	.7
地域の支援者がクライシス・プランについて重要視していなかった	62	2.0	.8	.2	-.7
支援者間のクライシス・プランを用いた情報共有がスムーズにできなかった	63	2.4	.7	.0	-.2

1)4 件法(1「全くあてはまらない」～4「とてもよくあてはまる」)

表 4-10 指定通院医療機関におけるクライシス・プランの活用における問題尺度 因子分析結果
(主因子法・プロマックス回転・3 因子推定)

	F1	F2	F3
F1 支援者側の活用困難 ($\alpha=.85$)			
項目平均2.1			
他の支援者(調整官や保健師など)に時間的な余裕がなかった	.80	.06	-.07
通院医療機関(自分たち)に時間的な余裕がなかった	.77	.01	-.08
クライシス・プランが詳細すぎて実行が困難だった	.72	-.06	.15
クライシス・プランが支援者に実行できるものではなかった(頻繁な状態確認など)	.71	-.10	.15
クライシス・プランに記載された症状と対象者の病状とが合っていなかった	.54	.02	.24
支援者間のクライシス・プランを用いた情報共有がスムーズにできなかった	.43	.37	-.14
F2 関係者における重要性の認識の低さ ($\alpha=.81$)			
項目平均2.2			
対象者がクライシス・プランを活用する習慣がなかった	-.17	.76	.12
対象者がクライシス・プランを重要視していなかった	-.16	.68	.29
支援者がクライシス・プランを活用する習慣がなかった	.08	.65	-.22
通院医療機関(自分たち)がクライシス・プランを重要視していなかった	.30	.62	-.10
社会復帰調整官がクライシス・プランについて重要視していなかった	.12	.61	.05
F3 関係者における実行のための合意不足 ($\alpha=.71$)			
項目平均1.9			
対象者がクライシス・プランに納得していなかった	-.01	.09	.71
支援者がクライシス・プランに納得していなかった	.09	-.11	.70
対象者の特性(知的能力や高齢者など)からクライシス・プランの活用が困難だった	.08	.06	.59
固有値	5.45	1.82	1.45
寄与率	38.91	12.99	10.35
因子間相関	F2	.59	
	F3	.33	.27

表 4-11 指定通院医療機関におけるクライシス・プランの有用性尺度における各項目の
 平均値と標準偏差、歪度、尖度

	n	平均値	標準偏差	歪度	尖度
対象者の病状・状態の評価に関して支援者間で共有すること	62	3.3	.7	-.7	.8
対象者の安定した状態を維持すること	62	3.0	.7	-.4	.0
病状悪化時に対象者の希望が尊重されること	61	2.8	.8	-.1	-.5
対象者の状態・病状に関する支援者同士の話し合いのツールになること	62	3.2	.8	-.7	-.3
対象者と支援者が協力して治療を進めること	62	3.0	.8	-.5	-.2
対象者が自分の状態・病状に気づくこと	62	3.0	.8	-.5	-.2
対象者の非自発的入院(医療保護入院や措置入院)の回数が少なくなること	62	2.8	.9	-.1	-.9
対象者と支援者の信頼関係を促進すること	62	2.7	.8	-.5	.2
支援者が対象者の病状悪化に早期に対応すること	61	3.2	.8	-.9	.2
対象者が主体的に治療に関わるようになること	62	2.7	.8	-.1	-.4
支援者間の情報共有を促進すること	62	3.0	.7	-.3	.1
対象者が自分の状態・病状に応じて自ら対処できること	62	2.9	.8	-.3	-.5
支援者が対象者の病状悪化時の対処を理解すること	62	3.2	.7	-.9	.9
支援者の連携につながること	61	2.8	.8	-.2	-.5
対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えること	62	2.9	.7	-.3	.2
支援者と対象者のそれぞれの対処・対応を明確にすること	61	2.9	.7	-.6	.9
病状悪化時に対象者が希望する治療や対応を受けられること	61	2.7	.8	.0	-.5
対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談できること	61	2.9	.8	-.1	-.7
支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握すること	62	2.9	.8	-.4	-.1
支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解すること	62	3.0	.7	-.4	.2
再被害行為を防ぐこと	62	3.0	.8	-.3	-.7
病状悪化時に対象者が望まない治療や対応が少なくなること	61	2.6	.8	-.2	-.3
支援者が対象者の病状悪化のサインを理解すること	62	3.2	.7	-.6	.3
病状悪化時に対象者の権利を守ること	61	2.6	.8	-.3	-.2

1) 4件法(1「全く役立たない」～4「とても役立つ」)

表 4-12 クライシス・プランの有用性尺度 因子分析結果(主因子法・プロマックス回転)

	F1	F2	F3	F4
F1:適切な対応のための情報共有 ($\alpha=.92$)	項目平均3.0			
支援者間の情報共有を促進すること	.90	-.25	.03	.06
対象者の病状・状態の評価に関して支援者間で共有すること	.81	.24	-.39	.07
支援者の連携につながること	.78	-.24	.27	-.03
支援者が対象者の病状悪化に早期に対応すること	.67	.14	.09	-.03
対象者の状態・病状に関する支援者同士の話し合いのツールになること	.66	.15	-.14	.19
病状悪化時に対象者の希望が尊重されること	.47	.15	-.13	.35
対象者と支援者の信頼関係を促進すること	.45	.06	.34	.03
対象者の非自発的入院(医療保護入院や措置入院)の回数が少なくなること	.43	.27	.28	-.04
F2:対象者の主体的な病状管理 ($\alpha=.93$)	項目平均3.0			
対象者が自分の状態・病状に応じて自ら対処できること	-.23	.98	-.04	.14
対象者が自分の状態・病状に気づくこと	.08	.90	.07	-.16
支援者が対象者の病状悪化時の対処を理解すること	.11	.73	.10	-.08
対象者が主体的に治療に関わるようになること	-.19	.69	.22	.22
対象者の安定した状態を維持すること	.28	.52	.10	.00
F3:対象者擁護 ($\alpha=.86$)	項目平均2.8			
病状悪化時に対象者が望まない治療や対応が少なくなること	-.09	.08	.75	.05
病状悪化時に対象者の権利を守ること	-.19	.10	.69	.18
対象者と支援者が協力して治療を進めること	.25	.39	.48	-.17
再被害行為を防ぐこと	.28	-.02	.46	.23
F4:支援者と対象者の協働的な病状管理 ($\alpha=.88$)	項目平均2.9			
対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えること	.14	-.14	.10	.70
対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談できること	.05	.33	-.08	.64
支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握すること	-.02	.09	.20	.61
支援者と対象者のそれぞれの対処・対応を明確にすること	.10	-.14	.32	.50
支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解すること	.26	.13	.07	.44
固有値	12.19	1.52	1.20	1.03
寄与率	55.42	6.95	5.46	4.69
因子間相関	F2	.67		
	F3	.63	.61	
	F4	.66	.67	.56

表 4-13 指定通院医療機関におけるクライシス・プランの活用への影響に関する重回帰分析結果

従属変数	独立変数	標準化係数 β	t	adj. R^2	VIF
日常的活用尺度得点	支援者と対象者の協働的な病状管理(有用性尺度因子)	.37	2.87 **	.38 **	1.28
	関係者における重要性の低さ(問題尺度因子)	-.34	-2.56 *		
	医療観察法担当メンバー数	.25	2.18 *		
病状悪化時活用尺度得点	支援者と対象者の協働的な病状管理(有用性尺度因子)	.49	4.01 ***	.32 **	1.00
	指定年数	.34	2.77 **		

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表 4-14 社会復帰調整官の内訳とデモグラフィック要因等

回答者		平均値(標準偏差)	最大値-最小値	
	年齢	41.9(5.5)	31-62 歳	
	経験年数	5.2(3.5)	1 年未満-11 年	
		人数	%	
性別	男性	122	69.3%	
	女性	54	30.7%	
担当人数	21 ケース以上	28	15.9%	
	11~20 ケース	56	31.8%	
	10 ケース以下	92	52.3%	
		1 ケース	(9)	(10.3%)
		2 ケース	(13)	(14.9%)
		3 ケース	(18)	(20.7%)
		4 ケース	(17)	(19.5%)
		5 ケース	(9)	(10.3%)
		6 ケース	(8)	(9.2%)
		7 ケース	(6)	(6.9%)
		8 ケース	(2)	(2.3%)
		9 ケース	(4)	(4.6%)
	10 ケース	(1)	(1.1%)	

※主担当通院処遇移行ケース数における 10 ケース以下についてはその数の合計を分母として%を算出

表 4-15 社会復帰調整官におけるクライシス・プランの活用尺度における各項目の
 平均値と標準偏差

	日常的活用			病状悪化時活用		
	n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差
面接で活用する	176	2.8	.6	168	3.2	.8
ケア会議で活用する	176	2.6	.7	169	3.1	.8
他の支援者との情報共有において活用する	171	2.8	.7	170	3.1	.8
平均	164	2.7	.5	164	3.1	.8

1)4 件法(1「全くしていない」～4「いつもしている」)

表 4-16 社会復帰調整官におけるクライシス・プランの活用における問題尺度の
各項目の平均値と標準偏差、歪度、尖度

	度数	平均値	標準偏差	歪度	尖度
対象者の特性(知的能力や高齢者など)からクライシス・プランの活用が困難だった	167	2.8	1.0	-.4	-.7
対象者がクライシス・プランを活用する習慣がなかった	168	3.0	.8	-.9	.5
支援者がクライシス・プランを活用する習慣がなかった	167	2.6	.9	-.3	-.5
対象者がクライシス・プランに納得していなかった	167	2.3	1.0	.1	-.9
支援者がクライシス・プランに納得していなかった	165	1.8	.8	.8	.1
社会復帰調整官(自分)に時間的な余裕がなかった	168	1.9	.8	.5	-.5
他の支援者(通院医療機関や保健師など)に時間的な余裕がなかった	168	2.1	.9	.4	-.7
対象者の病状変化が急激だった	168	2.3	1.0	.2	-.9
クライシス・プランが支援者の実情と合っていなかった(頻繁な状態確認など)	166	2.6	.9	-.3	-.7
クライシス・プランが詳細すぎて実行が困難だった	168	2.7	1.0	-.3	-.9
クライシス・プランに記載された症状と対象者の病状とが合っていなかった	168	2.1	.9	-.3	-.8
対象者がクライシス・プランについて重要視していなかった	166	2.6	.9	-.8	-.2
指定通院医療機関がクライシス・プランについて重要視していなかった	168	2.7	1.0	.0	-.9
社会復帰調整官(自分)がクライシス・プランについて重要視していなかった	167	2.6	.9	.5	-.7
指定通院医療機関以外の支援者がクライシス・プランについて重要視していなかった	168	3.1	.9	.1	-.7
支援者間のクライシス・プランを用いた情報共有がスムーズにできなかった	169	2.4	.9	-.3	-.6

1) 4件法(1「全くあてはまらない」～4「とてもよくあてはまる」)

表 4-17 社会復帰調整官におけるクライシス・プランの活用状の問題尺度 因子分析結果
(アルファ因子法・プロマックス回転)

	F1	F2	F3	F4
F1 支援者側の重要性の認識の低さ ($\alpha=.83$) 項目平均2.29				
地域の支援者がクライシス・プランについて重要視していなかった	1.01	-.05	-.13	-.02
支援者がクライシス・プランを活用する習慣がなかった	.80	-.01	.07	-.05
社会復帰調整官(自分)がクライシス・プランについて重要視していなかった	.57	.02	.03	.08
支援者間のクライシス・プランを用いた情報共有がスムーズにできなかった	.42	.14	.22	.07
F2 プランの活用困難 ($\alpha=.76$) 項目平均2.54				
クライシス・プランに記載された症状と対象者の病状とが合っていなかった	-.07	.84	.09	-.04
クライシス・プランが支援者に実行できるものではなかった(頻繁な状態確認など)	-.04	.82	-.14	.05
クライシス・プランが詳細すぎて実行が困難だった	.08	.66	.00	-.03
対象者の病状変化が急激だった	.03	.40	.03	.01
F3 対象者における重要性の認識の低さ ($\alpha=.71$) 項目平均2.82				
対象者がクライシス・プランを活用する習慣がなかった	-.07	-.14	.89	-.05
対象者がクライシス・プランを重要視していなかった	.02	.14	.59	-.02
対象者がクライシス・プランに納得していなかった	.07	.06	.55	.09
F3 支援者側の時間的余裕のなさ ($\alpha=.81$) 項目平均1.99				
社会復帰調整官(自分)に時間的な余裕がなかった	-.07	-.05	.01	1.04
他の支援者(通院医療機関や保健師など)に時間的な余裕がなかった	.11	.07	-.04	.65
固有値	4.73	1.45	1.42	1.17
寄与率	36.38	11.16	10.92	8.98
因子間相関	F2	.51		
	F3	.42	.44	
	F4	.44	.44	.31

表 4-18 社会復帰調整官におけるクライシス・プランの有用性尺度の各項目の平均値と標準偏差、

歪度、尖度

	度数	平均値	標準偏差	歪度	尖度
対象者の病状・状態の評価に関して支援者間で共有すること	171	3.3	.6	-.4	-.7
対象者の安定した状態を維持すること	170	3.0	.7	-.3	.3
病状悪化時に対象者の希望が尊重されること	171	2.7	.8	-.1	-.4
対象者の状態・病状に関する支援者同士の話し合いのツールになること	167	3.2	.7	-.6	.2
対象者と支援者が協力して治療を進めること	170	3.0	.7	.0	-1.0
対象者が自分の状態・病状に気づくこと	169	3.2	.7	-.5	-.2
対象者の非自発的入院(医療保護入院や措置入院)の回数が少なくなること	170	2.8	.7	.0	-.4
対象者と支援者の信頼関係を促進すること	171	2.5	.7	.1	-.3
支援者が対象者の病状悪化に早期に対応すること	171	3.2	.7	-.6	.0
対象者が主体的に治療に関わるようになること	170	2.8	.7	.0	-.5
支援者間の情報共有を促進すること	170	3.0	.7	-.3	-.2
対象者が自分の状態・病状に応じて自ら対処できること	170	3.0	.8	-.3	-.5
支援者が対象者の病状悪化時の対処を理解すること	169	3.2	.7	-.4	-.7
支援者の連携につながること	171	2.7	.8	-.1	-.5
対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えること	168	3.0	.7	-.1	-.6
支援者と対象者のそれぞれの対処・対応を明確にすること	171	3.0	.7	-.4	.0
病状悪化時に対象者が希望する治療や対応を受けられること	169	2.6	.7	.0	-.3
対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談できること	171	2.9	.8	-.4	-.5
支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握すること	171	2.9	.7	-.4	.2
支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解すること	171	3.1	.7	-.4	-.2
再被害行為を防ぐこと	170	3.0	.8	-.4	-.1
病状悪化時に対象者が望まない治療や対応が少なくなること	169	2.5	.8	.2	-.3
支援者が対象者の病状悪化のサインを理解すること	169	3.4	.6	-.4	-.7
病状悪化時に対象者の権利を守ること	169	2.6	.8	.1	-.6

1) 4 件法 (1「全く役に立たないと思う」～4「とても役立つと思う」)

表 4-19 社会復帰調整官におけるクライシス・プランの有用性尺度 因子分析結果
(アルファ因子法・プロマックス回転)

	F1	F2	F3	F4
F1:対象者の主体的な病状管理 ($\alpha=.86$)	項目平均2.89			
対象者が自分の状態・病状に応じて自ら対処できること	.87	-.11	-.10	.16
対象者が自分の状態・病状に気づくこと	.79	-.11	-.15	.19
対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談できること	.64	.10	.14	-.03
対象者が主体的に治療に関わるようになること	.64	.04	.18	-.13
対象者と支援者の信頼関係を促進すること	.43	.11	.34	-.19
支援者と対象者のそれぞれの対処・対応を明確にすること	.40	.31	-.06	.07
F2:協働関係の促進 ($\alpha=.83$)	項目平均2.99			
支援者間の情報共有を促進すること	-.11	.83	-.10	.00
対象者の状態・病状に関する支援者同士の話し合いのツールになること	-.17	.66	-.01	.19
対象者と支援者が協力して治療を進めること	.22	.64	-.03	-.07
支援者の連携につながること	.10	.63	.01	.04
対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えること	.25	.46	.04	-.07
支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握すること	-.03	.41	.26	.12
F3:対象者の権利擁護 ($\alpha=.84$)	項目平均2.58			
病状悪化時に対象者の権利を守ること	.00	-.10	.81	.08
病状悪化時に対象者が望まない治療や対応が少なくなること	-.08	.08	.79	-.06
病状悪化時に対象者の希望が尊重されること	-.12	-.02	.77	.10
病状悪化時に対象者が希望する治療や対応を受けられること	.26	-.14	.66	.04
F4:適切な対応のための支援者間の情報共有 ($\alpha=.82$)	項目平均3.23			
対象者の病状・状態の評価に関して支援者間で共有すること	-.03	.09	.05	.69
支援者が対象者の病状悪化のサインを理解すること	.12	.05	-.02	.67
支援者が対象者の病状悪化に早期に対応すること	.26	.00	.08	.49
支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解すること	-.01	.30	.12	.46
固有値	8.84	1.59	1.24	1.00
寄与率	44.21	7.97	6.21	5.00
因子間相関	F2	.64		
	F3	.67	.60	
	F4	.60	.67	.55

表 4-20 社会復帰調整官におけるクライシス・プランの活用への影響に関する重回帰分析結果

従属変数	独立変数	標準化係数 β	t	adj. R^2	VIF
日常的活用尺度得点	適切な対応のための情報共有(有用性因子)	.39	4.89 **	.14 **	1.00
	プランの活用困難(活用上の問題因子)	-.43	5.16 **		
病状悪化時活用尺度得点	適切な対応のための情報共有(有用性因子)	.30	3.80 **	.21 **	1.05
	支援者側の重要性の認識の低さ(活用上の問題因子)	-.20	-2.38 *		

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表 4-21 通院処遇対象者の内訳とデモグラフィック要因等

回答者		平均値(標準偏差)	最大値-最小値
	年齢	41.9 歳(5.5)	31-62 歳
	通院処遇期間	1.4 年(1.1)	4 ヶ月-3 年 10 ヶ月
		人数	%
性別	男性	12	80.0%
	女性	3	20.0%
病名	統合失調症	12	80.0%
	気分障害	2	13.3%
	物質使用障害	1	6.7%
対象行為	傷害	6	40.0%
	殺人・殺人未遂	4	26.7%
	放火	3	20.0%
	強盗未遂	1	6.7%
居住形態	施設	8	53.3%
	家族と同居	6	40.0%
	1 人暮らし	1	6.7%

表 4-22 通院処遇対象者におけるクライシス・プランの活用尺度における各項目の
 平均値と標準偏差

	日常的活用			病状悪化時活用		
	n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差
自分で状態や対処などを確認する	15	3.1	1.2	9	2.7	1.1
病院のスタッフと状態や対処などを確認する	15	3.1	1.0	9	3.0	1.0
調整官と状態や対処を確認などする	15	2.9	.9	9	2.4	.9
訪問支援者と状態や対処などを確認する	15	3.0	.9	9	2.9	1.2
家族、または施設職員と状態や対処などを確認する	15	2.8	.8	9	2.7	1.0
ケア会議でクライシス・プランを使って具合などを伝える	15	2.7	1.1	9	2.4	1.0
平均	15	2.9	.8	9	2.7	1.1

1)4 件法(1「全くしていない」～4「いつもしている」)

表 4-23 通院処遇対象者におけるクライシス・プランに対する認識尺度における各項目の
 平均値と標準偏差

	n	平均値	標準偏差
クライシス・プランは自分にとって必要なものだ	15	3.7	.5
クライシス・プランを使って話をしたくない	15	2.1	.9
自分のクライシス・プランの内容に納得している	15	3.7	.6
クライシス・プランを見るのは面倒だ	15	2.5	1.0
クライシス・プランを持っているだけで嫌な気持ちになる	15	1.8	1.0
クライシス・プランは自分にとって役立っている	15	3.7	.6
クライシス・プランは医療観察法が終わっても使い続けたい	15	3.1	1.0
クライシス・プランを何のために持っているのかわからない	15	1.5	.6

※4件法(1「全くしていない」～4「いつもしている」)

表 4-24 通院処遇対象者におけるクライシス・プランの有用性尺度における各項目の
 平均値と標準偏差

	n	平均値	標準偏差
支援者と精神的な具合について話しやすい	15	3.3	1.0
強制的な入院を避けられる	15	3.5	.6
自分の精神的な具合を支援者に相談できる	15	3.7	.5
精神的な具合が悪い時に自分の希望を大切にもらえる	15	3.5	.6
精神的な具合が悪い時に自分がしてほしい治療や対応を避けられる	15	2.9	.7
対象行為と同じような行為を防ぐことができる	15	3.8	.4
自分が対処することと支援者にしてもらうことがはっきりする	15	3.5	.5
精神的な具合が悪くなった時にすぐに対応してもらえる	15	3.5	.5
自分の精神的な具合に合った対処ができる	15	3.5	.5
精神的に具合のよい状態を続けられる	15	3.7	.5
支援者との信頼関係につながる	15	3.4	.5
自分で自分の精神的な具合を安定しようという気持ちになる	15	3.3	.7
自分の精神的な具合に気づける	15	3.6	.5
支援者と協力して治療を進められる	15	3.5	.6
精神的な具合が悪い時に自分がしてほしい治療や対応をもらえる	15	3.1	.7

1) 4 件法 (1「全くしていない」～4「いつもしている」)

表 4-25 医療観察法病棟スタッフと指定通院医療機関、社会復帰調整官におけるクライシス・プランの有用性(予測)尺度の平均値と標準偏差、ならびに Kruskal-wallis 検定の結果

		医療観察法病棟 スタッフ(n=625)	指定通院医療機関 (n=65)	社会復帰調整官 (n=176)	ペア比較
		(a)	(b)	(c)	
対象者の病状・状態の評価に関して支援者間で共有すること	平均値(標準偏差)	3.7 (.5)	3.27 (.7)	3.3 (.6)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (2-4)	3 (1-4)	3 (2-4)	
対象者の安定した状態を維持すること	平均値(標準偏差)	3.4 (.6)	3.1 (.7)	2.9 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	3 (2-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
病状悪化時に対象者の希望が尊重されること	平均値(標準偏差)	3.2 (.7)	2.8 (.8)	2.6 (.8)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	3 (2-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
対象者の状態・病状に関する支援者同士の話し合いのツールになること	平均値(標準偏差)	3.5 (.6)	3.2 (.8)	3.2 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (2-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
対象者と支援者が協力して治療を進めること	平均値(標準偏差)	3.6 (.6)	3.0 (.8)	3.0 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (1-4)	3 (1-4)	3 (2-4)	
対象者が自分の状態・病状に気づくこと	平均値(標準偏差)	3.5 (.6)	3.0 (.8)	3.1 (.8)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
対象者の非自発的入院(医療保護入院や措置入院)の回数が少なくなること	平均値(標準偏差)	3.2 (.7)	2.8 (.9)	2.7 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	3 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
対象者と支援者の信頼関係を促進すること	平均値(標準偏差)	3.2 (.7)	2.7 (.8)	2.5 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	3 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
支援者が対象者の病状悪化に早期に対応すること	平均値(標準偏差)	3.6 (.6)	3.3 (.8)	3.1 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (2-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
対象者が主体的に治療に関わるようになること	平均値(標準偏差)	3.3 (.7)	2.7 (.8)	2.7 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	3 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
支援者間の情報共有を促進すること	平均値(標準偏差)	3.5 (.6)	3.0 (.7)	3.0 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
対象者が自分の状態・病状に応じて自ら対処できること	平均値(標準偏差)	3.4 (.6)	2.9 (.8)	3.0 (.8)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
支援者が対象者の病状悪化時の対処を理解すること	平均値(標準偏差)	3.6 (.6)	3.2 (.7)	3.1 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (2-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
支援者の連携につながる	平均値(標準偏差)	3.4 (.7)	2.8 (.8)	2.7 (.8)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	3 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えること	平均値(標準偏差)	3.4 (.6)	2.9 (.7)	3.0 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (2-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
支援者と対象者のそれぞれの対処・対応を明確にすること	平均値(標準偏差)	3.5 (.7)	2.9 (.7)	2.9 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (2-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
病状悪化時に対象者が希望する治療や対応を受けられること	平均値(標準偏差)	3.2 (.7)	2.7 (.8)	2.6 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	3 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談できること	平均値(標準偏差)	3.5 (.6)	2.9 (.8)	2.9 (.8)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握すること	平均値(標準偏差)	3.4 (.7)	2.9 (.8)	2.9 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	3 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解すること	平均値(標準偏差)	3.5 (.8)	3.0 (.7)	3.1 (.7)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
再被害行為を防ぐこと	平均値(標準偏差)	3.5 (.6)	3.0 (.8)	3.0 (.8)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
病状悪化時に対象者が望まない治療や対応が少なくなる	平均値(標準偏差)	3.0 (.8)	2.6 (.8)	2.5 (.8)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	3 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
支援者が対象者の病状悪化のサインを理解すること	平均値(標準偏差)	3.6 (.6)	3.2 (.7)	3.4 (.6)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	4 (2-4)	3 (1-4)	3 (2-4)	
病状悪化時に対象者の権利を守ること	平均値(標準偏差)	3.0 (.8)	2.6 (.8)	2.6 (.8)	a>b,c ***
	中央値(範囲)	3 (1-4)	3 (1-4)	3 (1-4)	
平均	平均値(標準偏差)	3.4 (.6)	2.9 (.8)	2.9 (.7)	a>b,c ***

- 1) 医療観察法病棟スタッフにおいては通院処遇移行後の有用性の予測について「1(全く役立たないと思う)～4(とても役立つと思う)」の4件法
- 2) 指定通院医療機関と社会復帰調整官においては通院処遇における実際の有用性について「1(全く役立たない)～4(とても役立つ)」の4件法

表 4-26 指定通院医療機関の「クライシス・プランの有用性尺度」の4因子と対応する医療観察法病棟スタッフの「クライシス・プランの有用性予測尺度」の平均値と標準偏差、ならびにKruskal-wallis 検定の結果

	医療観察法病棟 スタッフ (a)			指定通院医療機関 (b)			ペア比較
	有用性予測			有用性			
	n	平均値(標準偏差)	中央値(範囲)	n	平均値(標準偏差)	中央値(範囲)	
適切な対応のための情報共有	590	3.4 (.4)	3.5 (2.0-4.0)	59	3.0 (.6)	3.0 (1.0-4.0)	a>b ***
対象者の主体的な病状管理	592	3.5 (.5)	3.6 (1.6-4.0)	62	3.0 (.7)	3.0 (1.0-4.0)	a>b ***
対象者擁護	586	3.3 (.5)	3.3 (1.8-4.0)	61	2.8 (.7)	2.8 (1.0-4.0)	a>b ***
支援者と対象者の協働的な病状管理	601	3.5 (.5)	3.5 (1.3-4.0)	60	2.9 (.6)	3.0 (1.0-4.0)	a>b ***

*** p<.001

- 1) 医療観察法病棟スタッフにおいては通院処遇移行後の有用性の予測について「1(全く役立たないと思う)~4(とても役立つと思う)」の4件法
- 2) 指定通院医療機関と社会復帰調整官においては通院処遇における実際の有用性について「1(役立たない)~4(とても役立つ)」の4件法

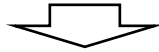
表 4-27 社会復帰調整官の「クライシス・プランの有用性尺度」の 4 因子と対応する医療観察法病棟スタッフの「クライシス・プランの有用性予測尺度」の平均値と標準偏差、ならびに Kruskal-wallis 検定の結果

	医療観察法病棟 スタッフ (a)			社会復帰調整官 (b)			ペア比較
	有用性予測			有用性			
	n	平均値(標準偏差)	中央値(範囲)	n	平均値(標準偏差)	中央値(範囲)	
対象者の主体的な病状管理	590	3.4 (.5)	3.5 (1.3-4.0)	59	2.9 (.6)	3.0 (1.3-4.0)	a>b ***
協働関係の促進	592	3.5 (.5)	3.5 (2.0-4.0)	62	3.0 (.5)	3.0 (1.7-4.0)	a>b ***
対象者の権利擁護	586	3.1 (.6)	3.0 (1.8-4.0)	61	2.5 (.6)	2.5 (1.0-4.0)	a>b ***
適切な対応のための支援者間の情報共有	601	3.5 (.5)	3.6 (1.6-4.0)	60	3.0 (.6)	3.0 (1.4-4.0)	a>b ***

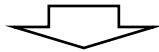
*** p<.001

- 1) 医療観察法病棟スタッフにおいては通院処遇移行後の有用性の予測について「1(全く役立たないと思う)~4(とても役立つと思う)」の 4 件法
- 2) 指定通院医療機関と社会復帰調整官においては通院処遇における実際の有用性について「1(全く役立たない)~4(とても役立つ)」の 4 件法

クライシス・プランをめぐる課題
Joint Crisis Plan 研究の成果と課題
司法・矯正分野におけるストレングス・モデル
実態調査に基づく課題や活用に影響する要因



実態調査の結果に基づく課題の共有（特に通院処遇における活用）
定義の明確化
クライシス・プランの重要性の理解を促すための導入説明の方法とスキル練習
権利擁護やストレングスの視点の提案
対象者の意見やニーズを反映させるための協働的な作成方法やスキル練習
通院処遇で対象者に関わる支援者との協働的な作成のための会議の進め方やスキル練習
活用しやすいクライシス・プランを作成する際のチェックポイントの提案



クライシス・プランの作成に関する理解度の向上
クライシス・プランに取り入れる項目（特に権利擁護やストレングス）に関する必要性の認識の向上
クライシス・プランに取り入れる項目（特に権利擁護やストレングス）に関する効力感の向上
クライシス・プラン作成に関する効力感の向上
クライシス・プランの有用な機能に関する効力感の向上
クライシス・プラン作成におけるコミュニケーションスキルに関する効力感の向上
研修プログラム研修後にプログラムで学んだ内容の実際の臨床場面における活用

図 5-1 クライシス・プラン作成研修プログラムに期待する介入効果

表 5-1 クライシス・プランに関する課題とプログラムへの反映

課題	プログラムへの反映
定義が不明確	定義の明確化
通院処遇におけるクライシス・プランの活用に関するフィードバックを得る機会がない	実態調査の結果に基づく課題を共有
<p>医療観察法病棟スタッフは「知的能力に応じたものを作成すること」、「対象者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと」に少し困難感あり</p> <p>指定通院医療機関の活用には支援者や対象者の「重要性の低さ」が負の影響</p>	<p>クライシス・プランの重要性の理解を促すための導入説明の方法やそのためのスキル練習</p>
内容がリスク・マネジメントに偏りがち	権利擁護やストレングスの視点の提案
<p>指定通院医療機関の活用には「対象者と支援者との協働的な病状管理」に役立つことが正の影響</p> <p>社会復帰調整官の活用には「適切な対応のための情報共有」に役立つことが正の影響、「支援者側の重要性の認識に低さ」や「プランの活用困難」が負の影響</p> <p>医療観察法病棟スタッフと指定通院医療機関、社会復帰調整官との間における有用性の認識のギャップあり</p> <p>医療観察法病棟スタッフは「対象者の地域生活に即したものにすること」に少し困難感あり</p>	<p>対象者の意見やニーズを反映させるための、協働的な作成の方法やスキル練習</p> <p>通院処遇で対象者に関わる支援者との協働的な作成のための会議の進め方やスキル練習</p> <p>活用されやすいクライシス・プランを作成する際のチェックポイントの提案</p>
その他	<p>実際の臨床場面で使用可能なクライシス・プランの説明文書などの資料の添付</p> <p>疑問に答えるための Q&A の付記</p>

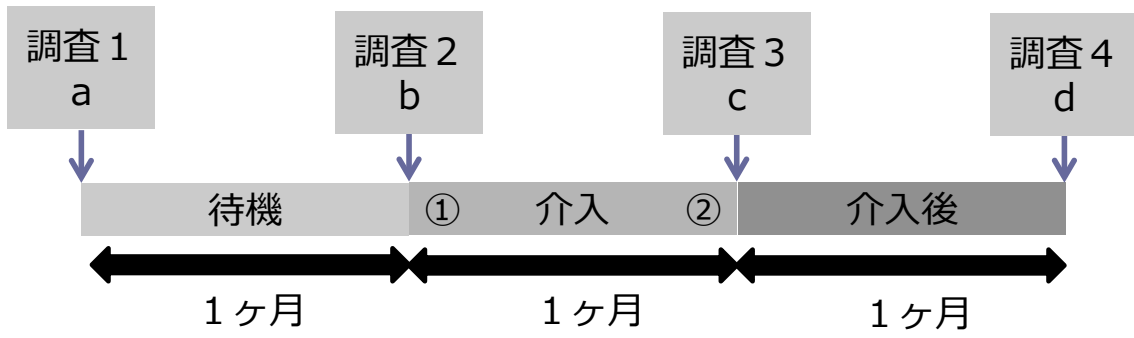


図 6-1 アンケート調査の実施時期

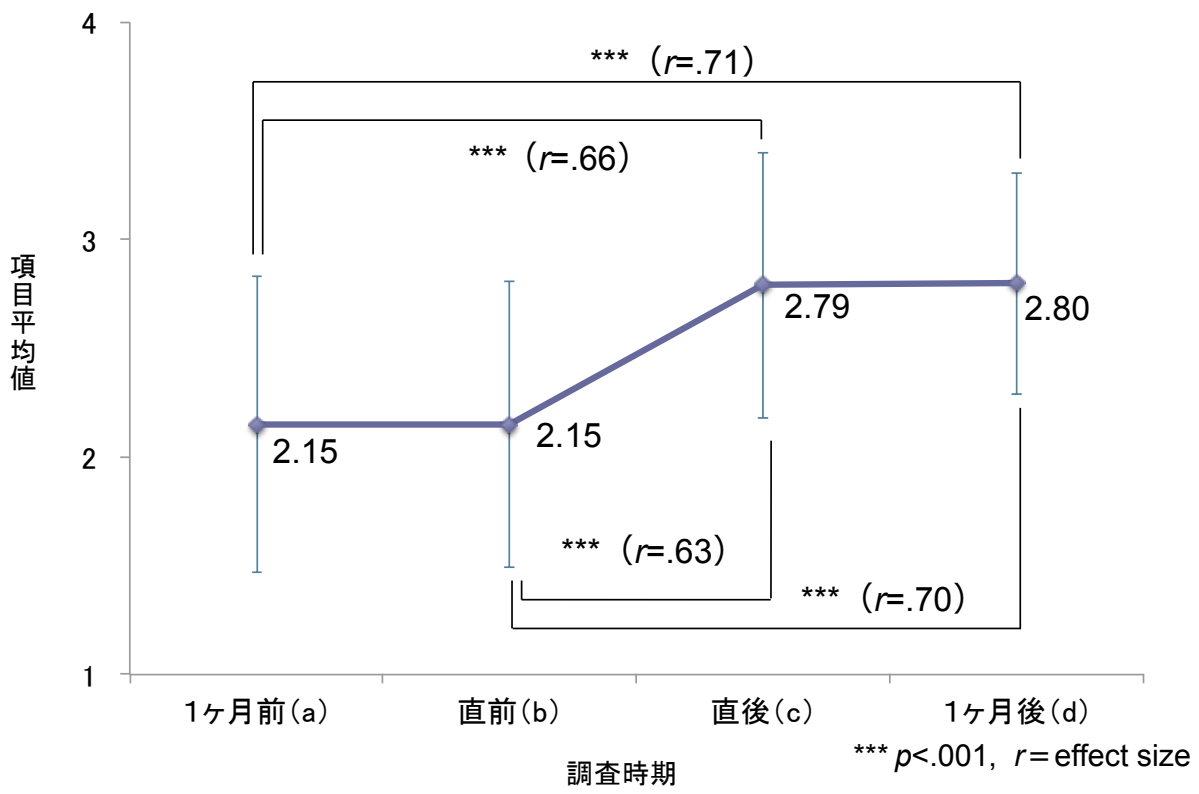


図 6-2 作成に関する理解度尺度の項目平均値と標準偏差

※回答方法については 4 件法 (1「全く知らない」～4「とてもよく知っている」)

※効果量について、Cohen(1988)は $r > .1$ 以上が小、 $r > .3$ 以上を中、 $r > .5$ 以上を大としている

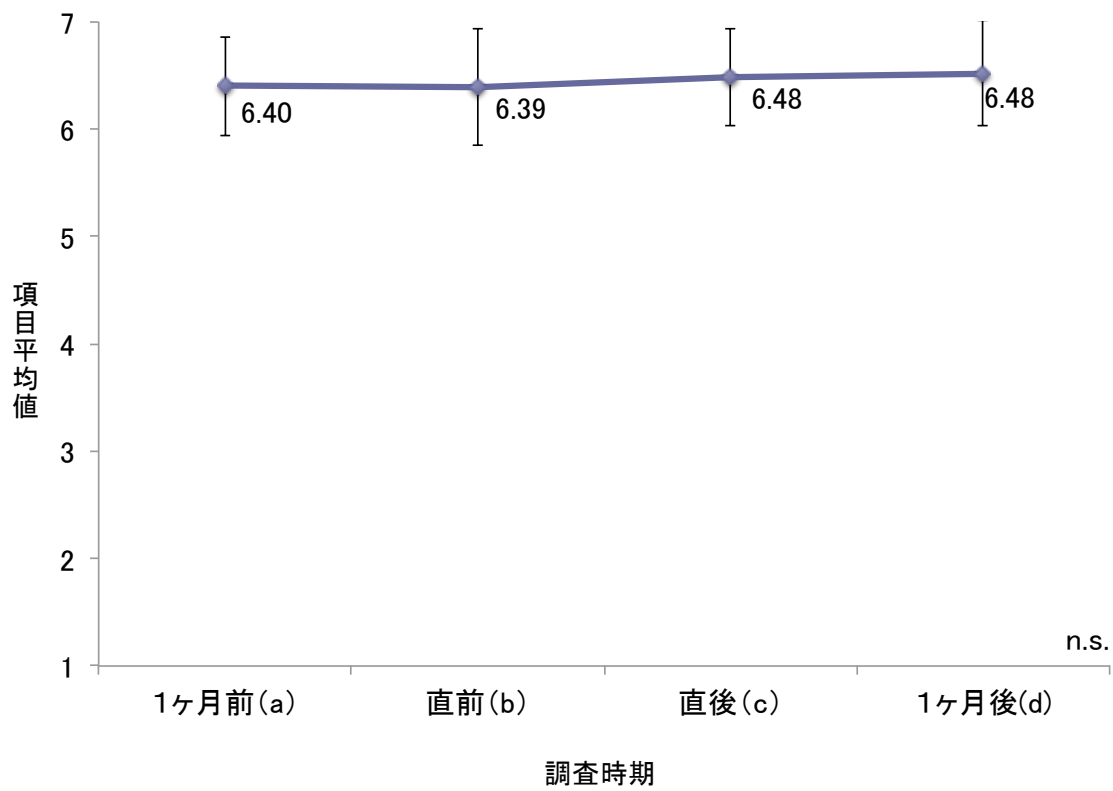


図 6-3 取り入れる項目についての必要性尺度の項目平均値と標準偏差

※回答方法については 7 件法 (1「全く必要ではない」～7「絶対に必要」)

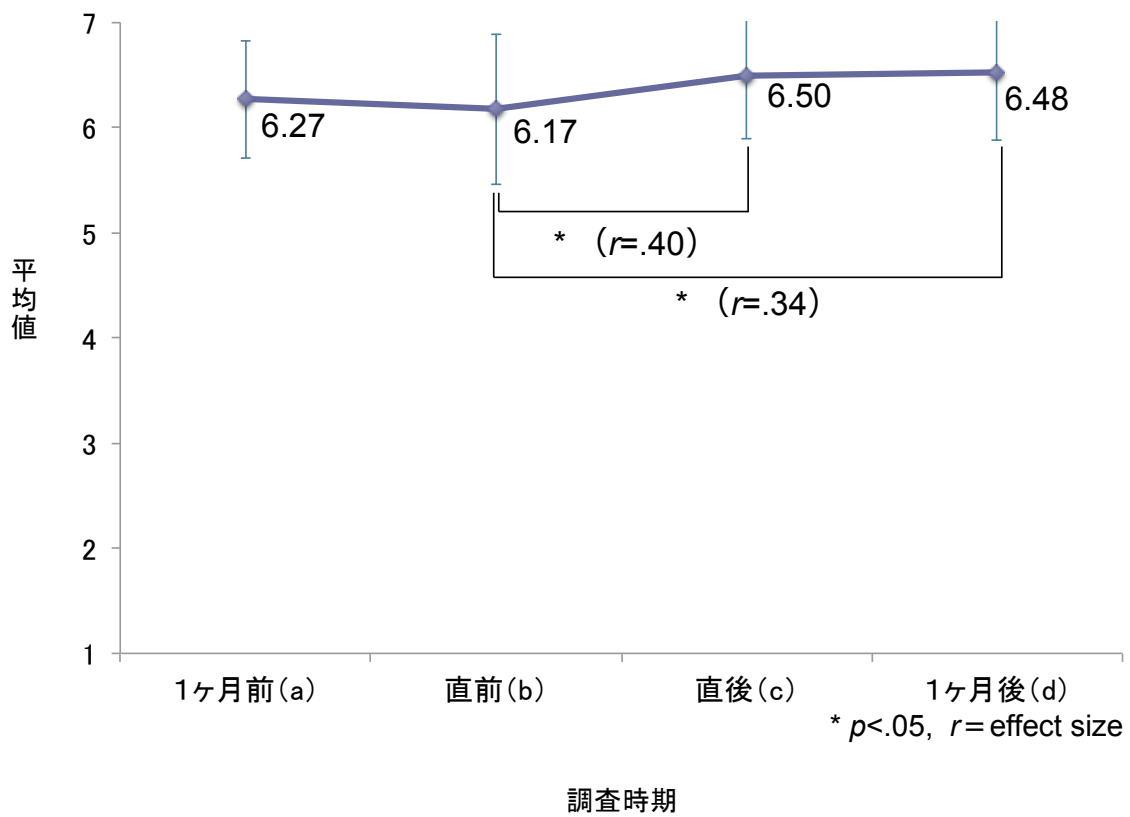


図 6-4 権利擁護に関する項目を取り入れる必要性の平均値と標準偏差

※回答方法については 7 件法 (1「全く必要ない」～7「絶対に必要」)

※効果量について、Cohen(1988)は $r > .1$ 以上が小、 $r > .3$ 以上を中、 $r > .5$ 以上を大としている

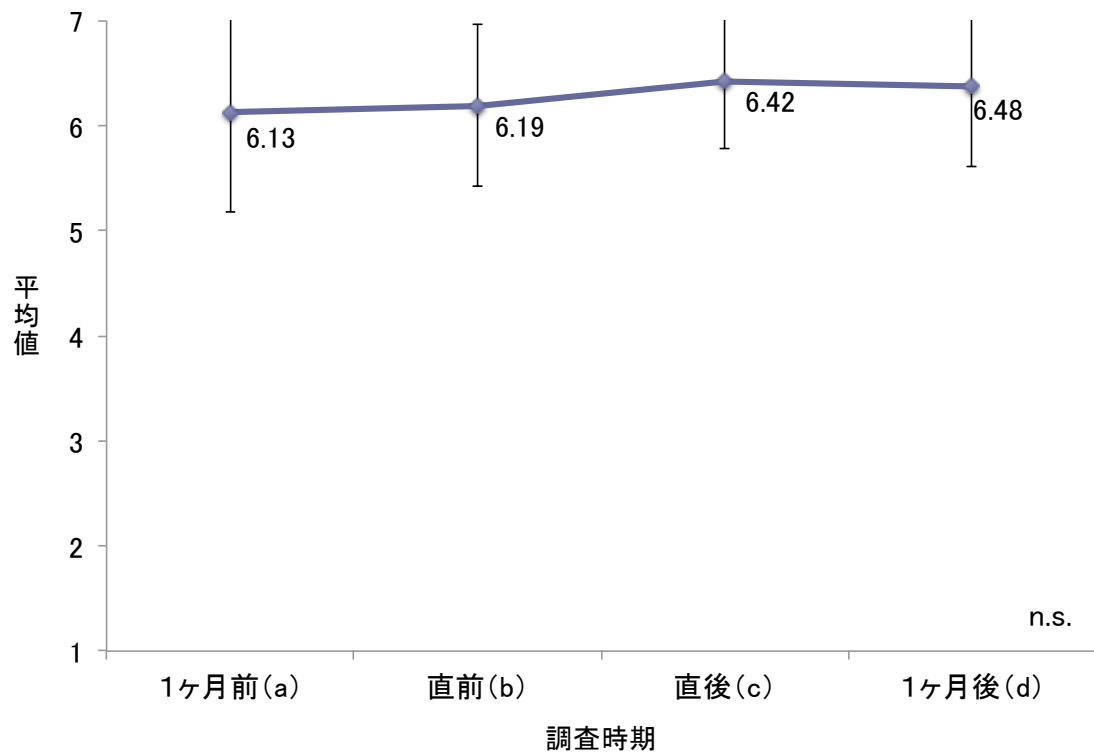


図 6-5 ストレngthsに関する項目を取り入れる必要性の平均値と標準偏差

※回答方法については 7 件法 (1「全く必要ない」～7「絶対に必要」)

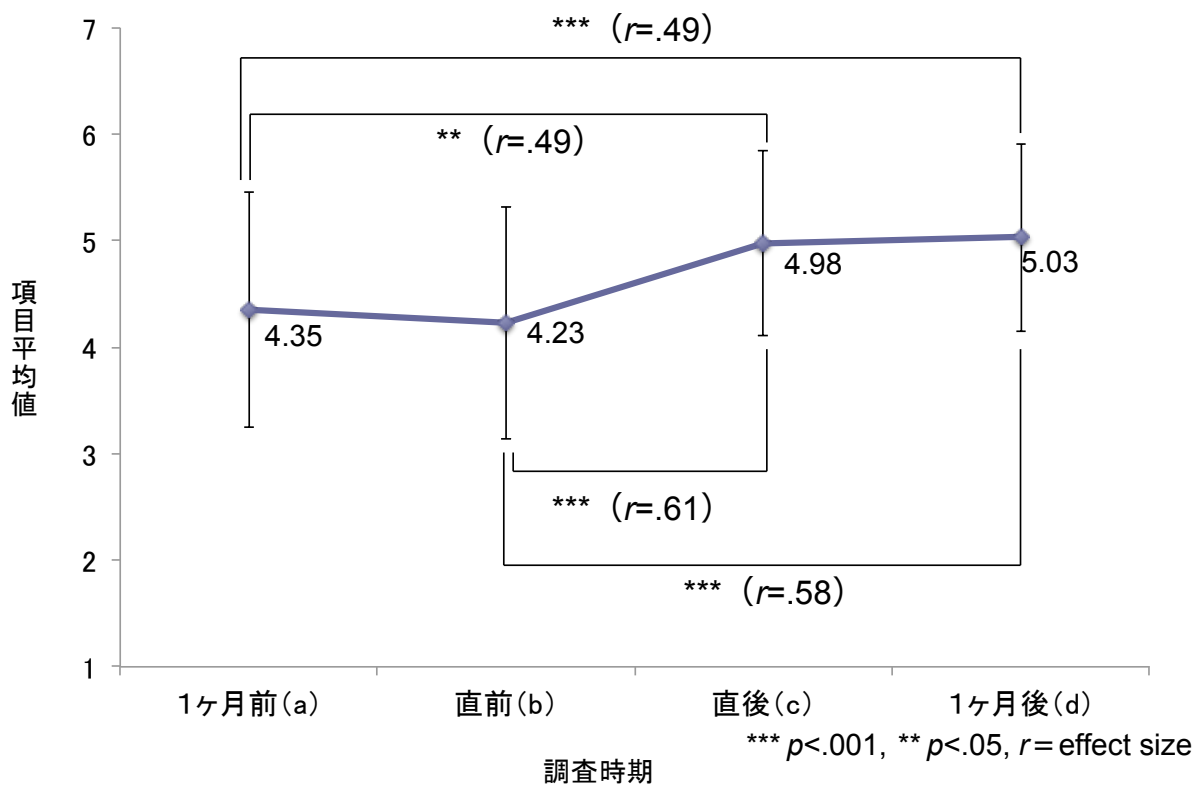


図 6-6 取り入れる項目についての効力感尺度の項目平均値と標準偏差

※回答方法については 7 件法 (1「全く自信がない」～7「とても自信がある」)

※効果量について、Cohen(1988)は $r > .1$ 以上が小、 $r > .3$ 以上を中、 $r > .5$ 以上を大としている

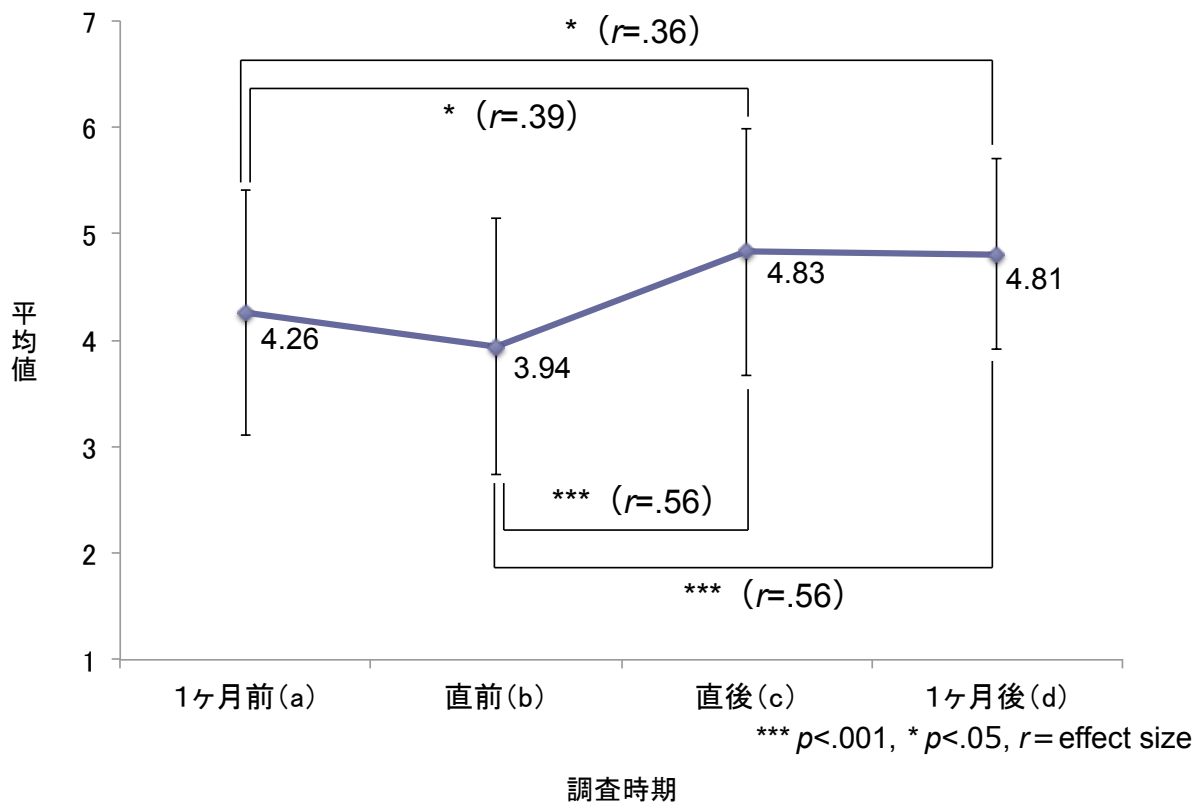


図 6-7 権利擁護に関する項目を取り入れる効力感の平均値と標準偏差

※回答方法については 7 件法 (1「全く自信がない」～7「とても自信がある」)

※効果量について、Cohen(1988)は $r > .1$ 以上が小、 $r > .3$ 以上を中、 $r > .5$ 以上を大としている

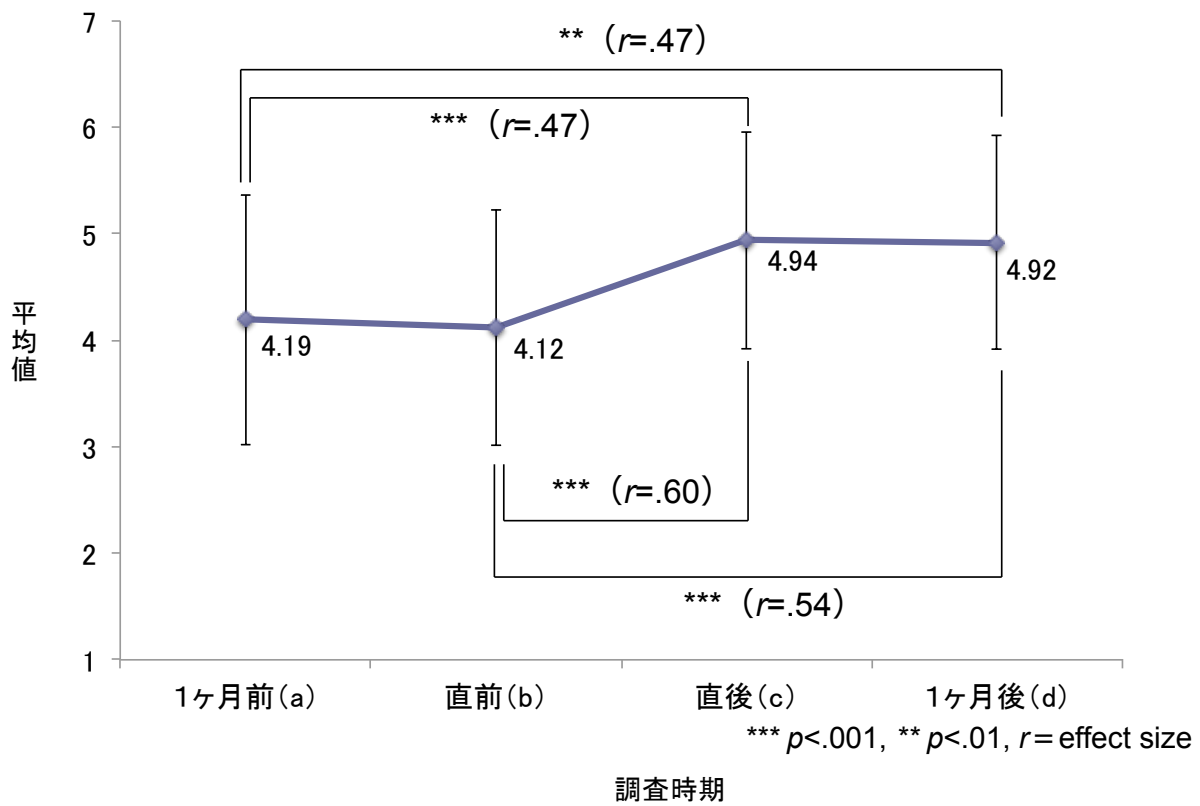


図 6-8 ストレングスに関する項目を取り入れる効力感の平均値と標準偏差

※回答方法については 7 件法 (1「全く自信がない」～7「とても自信がある」)

※効果量について、Cohen(1988)は $r > .1$ 以上が小、 $r > .3$ 以上を中、 $r > .5$ 以上を大としている

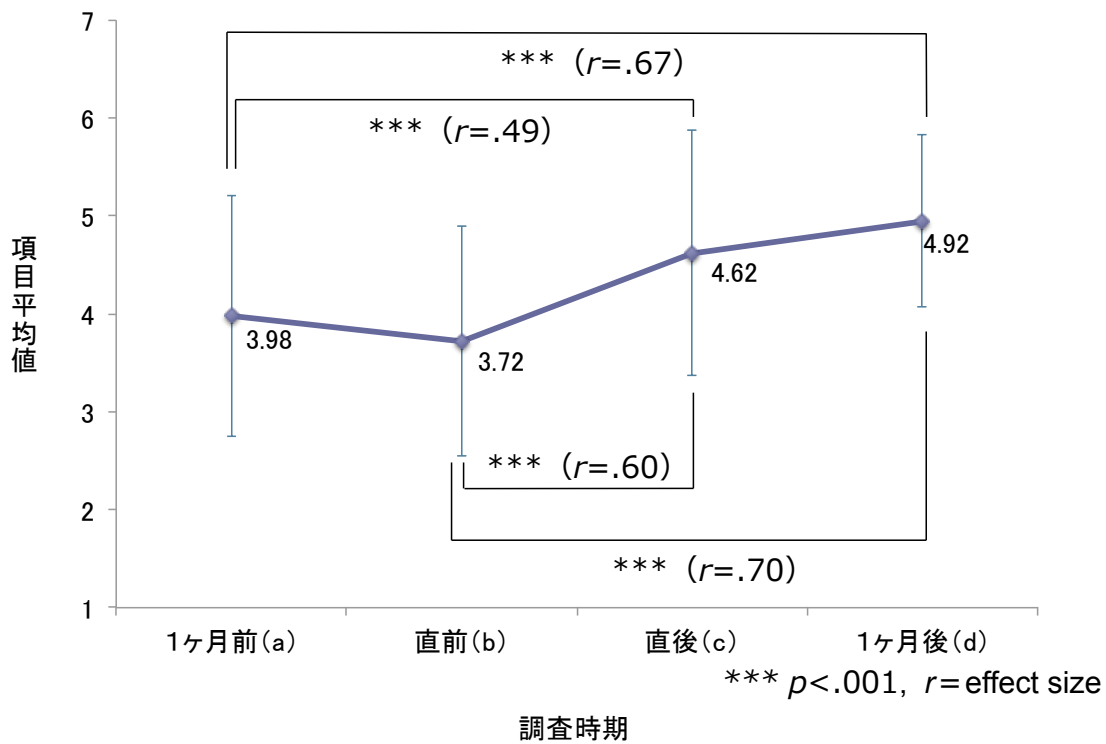


図 6-9 作成に関する効力感尺度の平均値と標準偏差

※回答方法については 7 件法 (1「全く自信がない」~7「とても自信がある」)

※効果量について、Cohen(1988)は $r > .1$ 以上が小、 $r > .3$ 以上を中、 $r > .5$ 以上を大としている

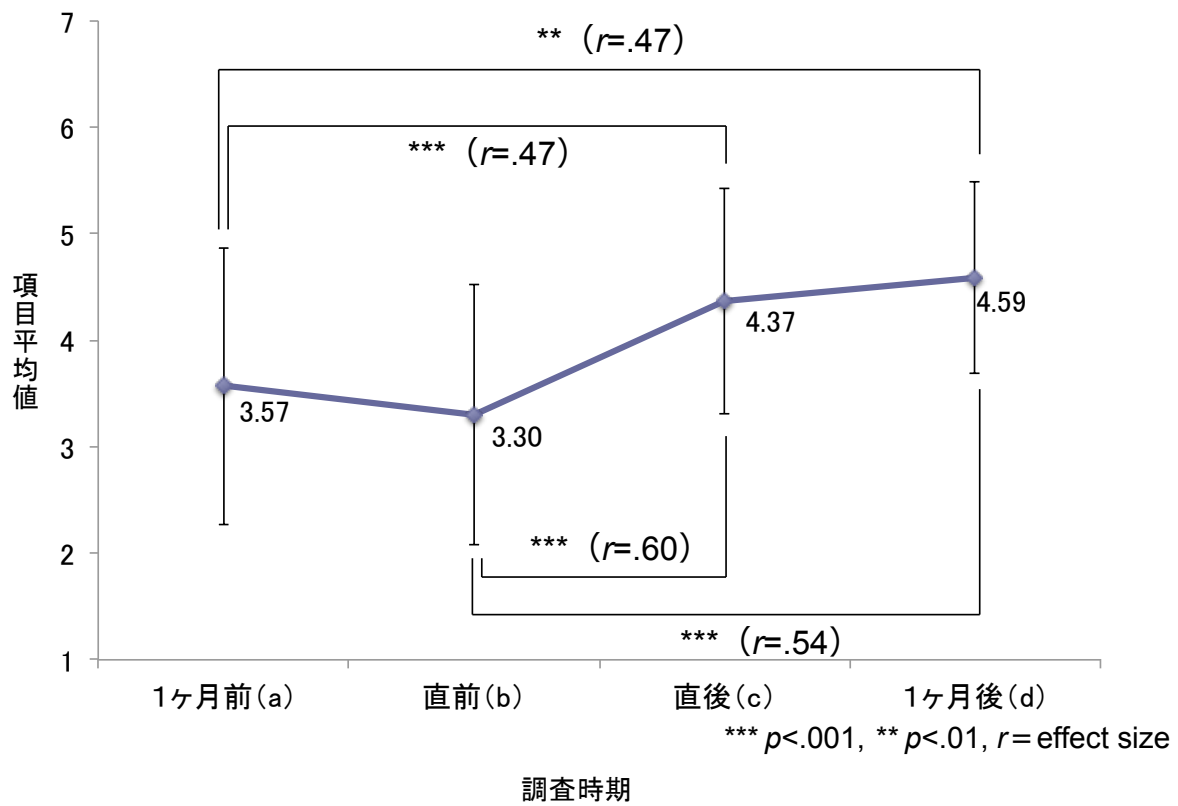


図 6-10 有用な機能に関する効力感尺度の平均値と標準偏差

※回答方法については 7 件法 (1「全く自信がない」～7「とても自信がある」)

※効果量について、Cohen(1988)は $r > .1$ 以上が小、 $r > .3$ 以上を中、 $r > .5$ 以上を大としている

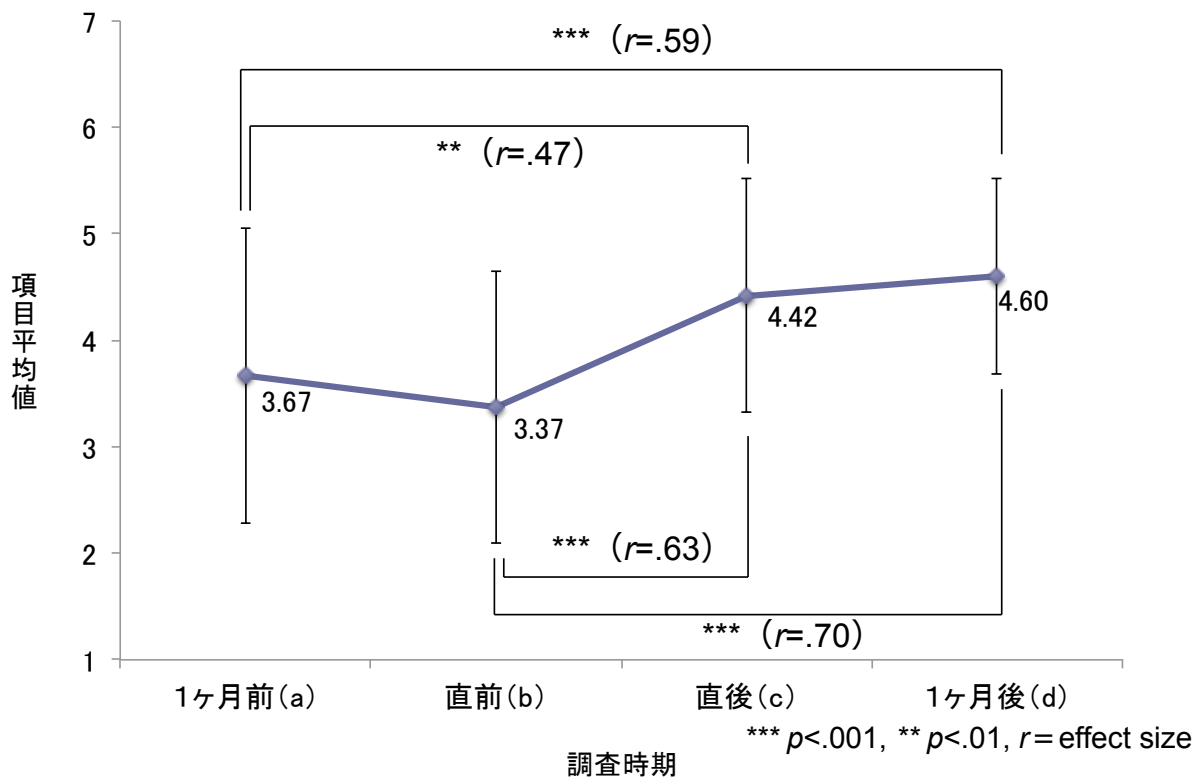


図 6-11 対象者と支援者の協働的な病状管理に関する効力感尺度の平均値と標準偏差

※回答方法については 7 件法 (1「全く自信がない」～7「とても自信がある」)

※効果量について、Cohen(1988)は $r > .1$ 以上が小、 $r > .3$ 以上を中、 $r > .5$ 以上を大としている

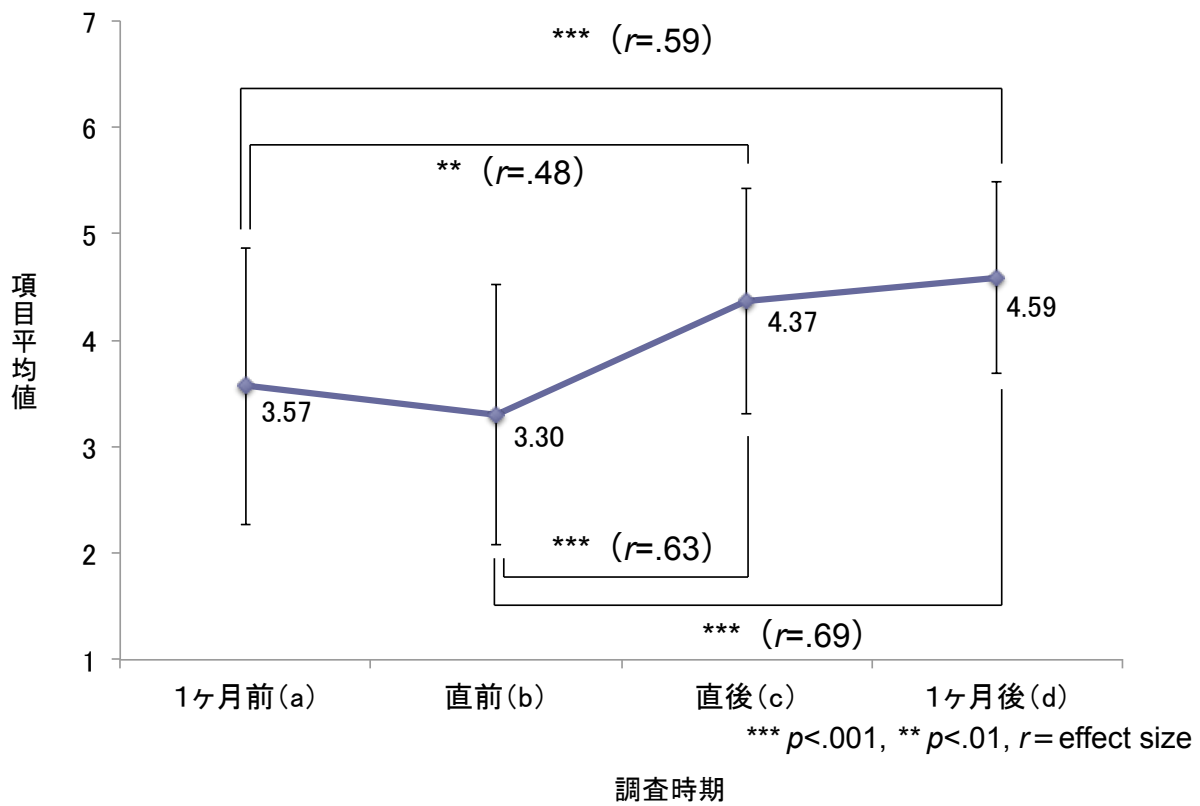


図 6-12 適切な対応のための支援者間の情報共有の効力感尺度の項目平均値と標準偏差

※回答方法については 7 件法 (1「全く自信がない」～7「とても自信がある」)

※効果量について、Cohen(1988)は $r > .1$ 以上が小、 $r > .3$ 以上を中、 $r > .5$ 以上を大としている

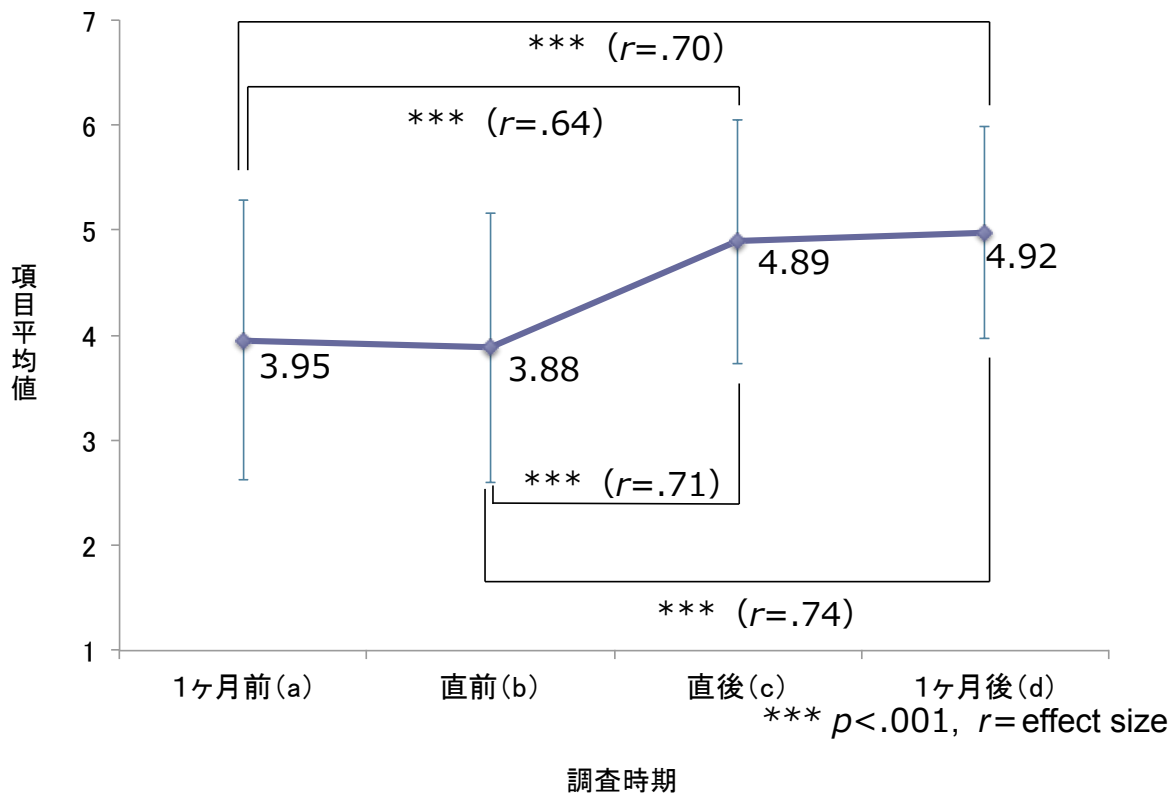


図 6-13 作成上のコミュニケーションスキルのための効力感尺度の項目平均値と標準偏差

※回答方法については 7 件法 (1「全く自信がない」~7「とても自信がある」)

※効果量について、Cohen(1988)は $r > .1$ 以上が小、 $r > .3$ 以上を中、 $r > .5$ 以上を大としている

表 6-1 医療観察法病棟スタッフの内訳とデモグラフィック要因等

回答者		平均値(標準偏差)	最大値-最小値
年齢		40.7(9.8)	1年未満-59
精神科経験年数		10.6(8.4)	1年未満-35
医療観察法経験年数		5.6(3.9)	1年未満-11
担当ケース数		6.0(15.0)	0-91
		人数	%
性別	男性	27	46.6%
	女性	31	53.4%
職種	医師	3	5.2%
	看護師	43	74.1%
	心理士	5	8.6%
	作業療法士	4	6.9%
	精神保健福祉士	3	5.2%
研修受講経験	あり	14	24.1%
	なし	44	75.9%

表 6-2 医療観察法病棟スタッフのクライシス・プラン作成への関与と中心的な作成経験

		人数	%
作成への関与	主担当ケースなし	12	20.7%
	関わりなし	4	6.9%
	ある程度関わった	12	20.7%
	とても関わった	13	24.1%
中心的な作成経験	作成経験なし	30	55.5%
	10 ケース未満	21	38.9%
	1 ケース	(6)	(35.3%)
	2 ケース	(5)	(29.4%)
	3 ケース	(4)	(23.5%)
	4 ケース	(2)	(11.8%)
	10 ケース以上	3	5.6%

表 6-3 作成に関する理解度尺度における各項目の平均値と標準偏差

	研修1ヶ月前		研修直前		研修終了直後		研修終了1ヶ月後	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
作成を始めるための対象者に対するクライシス・プランの説明	2.28	.87	2.33	.78	2.84	.72	2.89	.53
クライシス・プランを順序立てて作成する方法	2.07	.83	2.09	.80	2.71	.65	2.73	.62
対象者におけるクライシス・プランの重要性を高めるための対象者への関わり方	2.10	.83	2.17	.82	2.69	.68	2.84	.63
支援者におけるクライシス・プランの重要性を高めるための支援者への関わり方	2.02	.74	2.03	.72	2.69	.68	2.71	.65
対象者の考えや希望を確認しながら作成するための進め方	2.21	.81	2.22	.80	2.83	.65	2.91	.58
支援者の考えや希望を確認しながら作成するための進め方	2.14	.78	2.14	.74	2.72	.64	2.77	.57
対象者とMDTで意見を出し合いながら合意を得るための進め方	2.18	.85	2.19	.76	2.84	.70	2.86	.64
対象者とMDT、支援者全体で意見を出し合いながら合意を得るための進め方	2.09	.73	2.05	.71	2.74	.71	2.71	.62
対象者の退院後の地域生活に即したクライシス・プランにするための方法	2.12	.70	1.98	.71	2.76	.71	2.79	.59

1)4 件法(1「全く知らない」～4「とてもよく知っている」)

表 6-4 各調査時期における各尺度の α 係数と級内相関係数

尺度名	調査時期				調査時期1と2のアンケート における級内相関係数 ICC(1, 2)
	1ヶ月前	開始直前	終了直後	1ヶ月後	
クライシス・プラン作成に関する理解度尺度	.96	.96	.96	.94	.90
取り入れる項目についての必要性尺度	.82	.88	.86	.92	.66
取り入れる項目についての効力感尺度	.96	.97	.97	.89	.83
作成に関する効力感尺度	.96	.97	.98	.96	.88
有用な機能に関する効力感尺度	.99	.99	.99	.96	.89
対象者と支援者との協働的な病状管理に役立つための効力感尺度	.98	.98	.97	.95	.87
適切な対応のための支援者間の情報共有に役立つための効力感尺度	.95	.96	.96	.92	.89
作成上のコミュニケーションスキルに関する効力感尺度	.95	.93	.96	.98	.93

表 6-5 精神科経験年数、医療観察法経験年数、担当ケース数の相関分析結果

	精神科経験年数	医療観察法経験年数	担当ケース数
精神科経験年数	1		
医療観察法経験年数	.71 **	1	
担当ケース数	.30 *	.41 **	1

表 6-6 各尺度と下位項目における反復測定分散分析結果

尺度・項目名	n	調査時期				F	多重比較	効果量(r)
		1ヶ月前 a	開始直前 b	終了直後 c	1ヶ月後 d			
作成に関する理解度尺度	52	2.15(.68)	2.15(.66)	2.79(.61)	2.80(.51)	21.32 ***	a>c *** a>d *** b>c *** b>d ***	.66 .71 .63 .70
取り入れる項目についての必要性尺度	50	6.40 (.46)	6.39(.55)	6.48(.45)	6.52(.49)	2.85 *	n.s.	
権利擁護	52	6.27(.56)	6.17(.71)	6.50(.61)	6.52(.64)	6.05 ***	b<c * b<d *	.40 .34
ストレングス	53	6.13(.95)	6.19(.77)	6.42(.64)	6.38(.77)	3.15 *	n.s.	
取り入れる項目についての効力感尺度	49	4.35(1.10)	4.23(1.09)	4.98(.87)	5.03(.88)	11.07 ***	a>c *** a>d ** b>c *** b>d ***	.49 .49 .61 .58
権利擁護	53	4.26(1.15)	3.94(1.20)	4.83(1.26)	4.81(.90)	10.98 ***	a>c * a>d * b>c *** b>d ***	.39 .36 .56 .56
ストレングス	52	4.19(1.17)	4.12(1.11)	4.94(1.02)	4.92(1.01)	8.46 ***	a>c *** a>d ** b>c *** b>d ***	.47 .47 .60 .54
作成に関する効力感尺度	53	3.86(1.25)	3.63(1.17)	4.56(1.27)	4.83(.95)	22.30 ***	a>c *** a>d *** b>c *** b>d ***	.49 .67 .60 .70
有用な機能に関する効力感尺度	48	3.57(1.30)	3.30(1.22)	4.37(1.06)	4.59(.90)	22.69 ***	a>c *** a>d *** b>c *** b>d ***	.54 .64 .66 .73
対象者と支援者との協働的な病状管理に役立つための効力感尺度	51	3.67(1.39)	3.37(1.28)	4.42(1.10)	4.60(.92)	20.02 ***	a>c ** a>d *** b>c *** b>d ***	.47 .59 .63 .70
適切な対応のための支援者間の情報共有に役立つための効力感尺度	48	3.57(1.30)	3.30(1.22)	4.37(1.06)	4.59(.90)	20.69 ***	a>c ** a>d *** b>c *** b>d ***	.48 .59 .63 .69
作成上のコミュニケーションスキルに関する効力感尺度	52	3.95(1.33)	3.88(1.28)	4.89(1.16)	4.98(1.01)	26.60 ***	a>c *** a>d *** b>c *** b>d ***	.64 .70 .71 .74

*** $p<.001$, ** $p<.01$, $p<.05$

数値は尺度の項目平均値を使用

「作成に関する理解度尺度」のみ 4 件法(1~4)、それ以外は 7 件法(1~7)数値が高いほど、肯定的な意味を持つ

効果量について、Cohen(1998)は $r>.1$ 以上が小、 $r>.3$ 以上を中、 $r>.5$ 以上を大としている

表 6-7 取り入れる項目についての必要性尺度における各項目の平均値と標準偏差

	研修1ヶ月前		研修直前		研修終了直後		研修終了1ヶ月後	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
対象者の病状の段階(安定・注意など)に応じた症状を取り入れること	6.63	.49	6.55	.60	6.66	.51	6.66	.51
対象者の病状の段階に応じた支援者の対応を取り入れること	6.43	.63	6.45	.68	6.48	.54	6.45	.57
対象者の病状の段階に応じた対象者自身の対処を取り入れること	6.68	.47	6.67	.54	6.60	.56	6.67	.55
良い状態を維持するために対象者が行うことや注意点を取り入れること	6.42	.65	6.40	.77	6.53	.63	6.58	.66
良い状態を維持するために支援者が行うことや注意点を取り入れること	6.19	.77	6.21	.77	6.33	.69	6.33	.70
病状悪化時の治療・対応に関する対象者の希望を取り入れること	6.27	.56	6.17	.77	6.50	.61	6.52	.64
対象者の強み(ストレングス)や長所を取り入れること	6.13	.95	6.19	.77	6.42	.64	6.38	.77
対象者の状態・病状に影響するストレスを取り入れること	6.40	.46	6.28	.83	6.48	.45	6.48	.74

1) 7件法(1「全く必要ではない」～7「絶対に必要」)

表 6-8 取り入れる項目についての効力感尺度における各項目の平均値と標準偏差

	研修1ヶ月前		研修直前		研修修了直後		研修修了1ヶ月後	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
対象者の病状の段階(安定・注意など)に応じた症状を取り入れること	4.70	1.36	4.40	1.47	5.16	1.20	5.18	1.10
対象者の病状の段階に応じた支援者の対応を取り入れること	4.25	1.15	4.16	1.31	4.79	1.17	4.89	1.10
対象者の病状の段階に応じた対象者自身の対処を取り入れること	4.54	1.31	4.33	1.49	5.07	1.17	5.04	1.13
良い状態を維持するために対象者が行うことや注意点を取り入れること	4.44	1.17	4.21	1.29	5.02	1.08	5.07	1.08
良い状態を維持するために支援者が行うことや注意点を取り入れること	4.26	1.09	3.95	1.27	4.84	1.04	4.95	.98
病状悪化時の治療・対応に関する対象者の希望を取り入れること	4.26	1.15	3.94	1.20	4.83	1.16	4.81	.90
対象者の強み(ストレングス)や長所を取り入れること	4.19	1.17	4.12	1.11	4.94	1.02	4.92	1.01
対象者の状態・病状に影響するストレスを取り入れること	4.44	1.20	4.17	1.35	4.88	1.04	5.05	1.01

1)7 件法(1「全く自信がない」～7「とても自信がある」)

表 6-9 作成に関する効力感尺度における各項目の平均値と標準偏差

	研修1ヶ月前		研修直前		研修終了直後		研修終了1ヶ月後	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
作成を始めるために対象者にクライシス・プランを説明すること	4.21	1.41	3.95	1.43	4.84	1.35	5.12	1.12
クライシス・プランを順序立てて作成すること	3.65	1.48	3.52	1.40	4.59	1.44	4.82	1.18
対象者におけるクライシス・プランの重要性を高めること	3.74	1.40	3.59	1.26	4.59	1.31	4.86	1.01
支援者におけるクライシス・プランの重要性を高めること	3.63	1.38	3.50	1.25	4.41	1.30	4.56	1.02
対象者の意見や希望を確認しながら作成すること	4.07	1.40	3.86	1.32	4.83	1.26	5.07	1.10
支援者の意見や希望を確認しながら作成すること	4.00	1.39	3.76	1.26	4.41	1.35	4.68	1.04
対象者とMDTで意見を出し合いながら合意を得ること	4.23	1.38	3.93	1.32	4.69	1.31	5.02	1.09
対象者とMDT、支援者全体で意見を出し合いながら合意を得ること	4.00	1.32	3.71	1.21	4.53	1.39	4.68	1.04
対象者の退院後の地域生活に即したクライシス・プランにすること	3.68	1.39	3.57	1.24	4.45	1.26	4.72	.92

1) 7 件法 (1「全く自信がない」～7「とても自信がある」)

表 6-10 有用な機能に関する効力感尺度における各項目の平均値と標準偏差

	研修1ヶ月前		研修直前		研修終了直後		研修終了1ヶ月後	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
対象者の病状・状態の評価に関する支援者間の情報共有に役立つプランを作れる	3.55	1.44	3.50	1.38	4.39	1.10	4.61	1.04
対象者の安定した状態を維持することに役立つプランを作れる	3.65	1.34	3.45	1.32	4.42	1.12	4.64	.94
病状悪化時に対象者の希望が尊重されることに役立つプランを作れる	3.46	1.26	3.14	1.17	4.42	1.12	4.55	.85
対象者が自分の状態・病状に気づくことに役立つプランを作れる	3.80	1.41	3.43	1.29	4.40	1.07	4.71	.97
対象者の非自発的入院(医療保護入院等)の回数が少なくなることに役立つプランを作れる	3.23	1.32	3.07	1.29	4.18	1.18	4.27	1.04
支援者が対象者の病状悪化に早期に対応できることに役立つプランを作れる	3.68	1.47	3.36	1.30	4.39	1.15	4.59	.99
対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えることに役立つプランを作れる	3.63	1.38	3.41	1.29	4.32	1.21	4.48	1.01
対象者と支援者のそれぞれの対処・対応を明確にすることに役立つプランを作れる	3.64	1.46	3.43	1.31	4.40	1.10	4.66	.98
病状悪化時に対象者が希望する治療や対応を受けられることに役立つプランを作れる	3.55	1.32	3.25	1.18	4.33	1.12	4.64	.98
対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談することに役立つプランを作れる	3.57	1.35	3.29	1.29	4.37	1.16	4.57	1.09
支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握することに役立つプランを作れる	3.73	1.47	3.45	1.40	4.47	1.14	4.68	.99
支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解することに役立つプランを作れる	3.77	1.49	3.43	1.29	4.37	1.20	4.55	.95
病状悪化時に対象者の望まない治療や対応が少なくなることに役立つプランを作れる	3.18	1.32	3.21	1.20	4.16	1.15	4.32	1.01
支援者が対象者の病状悪化のサインを理解することに役立つプランを作れる	3.84	1.45	3.54	1.37	4.46	1.14	4.66	1.05
病状悪化時に支援者が対象者の権利を守ることに役立つプランを作れる	3.18	1.27	3.20	1.21	4.14	1.14	4.43	1.02

1) 7 件法(1「全く自信がない」～7「とても自信がある」)

表 6-11 作成上のコミュニケーションに関する効力感尺度における各項目の平均値と標準偏差

	研修1ヶ月前		研修直前		研修終了直後		研修終了1ヶ月後	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
対象者が自分の考えを話しやすいようにオープンエッション(YesかNoで答えられる質問ではなく、自由に話してもらう質問)を使うことができる	3.71	1.46	3.82	1.36	4.93	1.21	4.86	1.17
対象者の話した内容について肯定的に対応することができる	4.07	1.40	4.18	1.43	5.04	1.24	5.19	1.04
対象者の価値観に合わせ、対象者が役立つと思う対処や支援者の対応を取り入れることができる	3.96	1.33	3.73	1.20	4.72	1.15	4.88	1.04
対象者の話した内容の要点をまとめることができる	3.89	1.49	3.88	1.44	4.84	1.29	5.00	1.12

1)7 件法(1「全く自信がない」～7「とても自信がある」)

表 6-12 満足感尺度における各項目の平均値と標準偏差

	研修終了直後		研修終了1ヶ月後	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差
あなたが受けた研修の質は高かったですか	3.68	.51	3.87	.34
あなたが望んでいた研修は受けられましたか	3.70	.50	3.76	.47
研修プログラムはあなたが必要としていたものでしたか	3.60	.62	3.73	.49
もし知人(医観法病棟勤務と仮定)がクライシス・プラン作成の研修を必要としていたら、この研修プログラムを推薦しますか	3.75	.43	3.74	.44
困っていることに対して十分に時間をかけた研修を受けたと満足していますか	3.42	.57	3.44	.66
研修を受けたことで、あなたが効果的に作成できるよう役立ちそうですか	3.46	.60	3.35	.62
全体として、一般的にいて、あなたが受けた研修に満足していますか	3.74	.52	3.76	.43
クライシス・プラン作成で困った時、この研修プログラムのテキストを見返したいと思えますか	3.81	.40	3.76	.43

※4件法(1「あてはまらない」～4「とてもあてはまる」)

表 6-13 研修が役立った場面についての自由記述とカテゴリ分類

職種	記述内容	カテゴリ	回答数
1 精神保健福祉士	権利擁護の視点を追加したり、対象者の能力や理解力に合わせたプランの作成を意識したりした。		
2 医師	本人の権利擁護の部分をプラン上で強化した		
3 看護師	本人との面接で自身ができる対処を希望を聞きながら作成	権利擁護	5
4 看護師	対象者ができていることを評価したうえで希望を聞くことができた		
5 看護師	してほしくないことも加えることができた。面接時、してほしくない、いやだと思っていた本音が聞けた。		
6 心理士	対象者の発言を受け止めたり、まとめて返すことを意識した		
7 看護師	患者さんとの看護面接場面や肯定的にかかわるときに役立つ	対象者とのやりとりにおけるスキルの利用	3
8 作業療法士	患者さんとのコミュニケーション場面で、今回学んだことを取り入れている。		
9 心理士	ケア会議で研修の際のクライシス・プランの説明資料を利用した		
10 心理士	研修内容を含めて対象者はもちろん、関係者に説明をすることができたこと。少し自分でも自信をもって説明できるようになった。	地域支援者との会議での実践(説明)	3
11 看護師	会議で施設スタッフにクライシス・プランの説明をロールプレイでしてみたいにしたい。ロールプレイ役に立ちました！		
12 看護師	対象者とCPを使ってモニタリングする際に、地域で使える内容か、どうして行けばよいか、研修内容を生かして関わられた	通院処遇移行後を見据えた視点	2
13 看護師	退院後を見据えた情報収集の取り方についてはクライシス・プランを意識して行うようにはなったと思う。		
14 看護師	まだ作成・修正はしていないが、今後の見直しをしたり、受け持ち以外のクライシス・プランをみて、教えるきっかけになった。他のPtのプランに対して、質問しやすくなった。	加筆・修正	2
15 看護師	出来上がっているものを修正する際に役立った		
16 看護師	現在、モニタリングからクライシス・プランに移行段階であるが、対象者がクライシス・プランが受け入れられないため、必要性を伝えることができ、少し理解できるようになった	対象者への説明	2
17 看護師	今までクライシス・プランを作っていた対象者に「クライシス・プランってなんだい？」と質問され、クライシス・プランの説明が自信を持って言えた。今までクライシスが何か、対象者には伝わっていなかったことを実感した。		

表 6-14 介入前後における各尺度得点の変化量の平均値と標準偏差

	全体			変化量低群			変化量高群		
	n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差	n	平均値	標準偏差
クライシス・プラン作成に関する理解度尺度	58	.62	.78	19	-.20	.35	15	1.64	.36
取り入れる項目についての必要性尺度	58	.12	.51	30	-.23	.26	17	.66	.51
取り入れる項目についての効力感尺度	56	.80	1.06	22	-.15	.46	17	2.08	.76
作成に関する効力感尺度	58	.89	1.18	17	-.26	.47	23	2.02	.97
有用な機能に関する効力感尺度	55	1.02	1.17	20	.00	.63	18	2.30	.94
作成上のコミュニケーションスキルに関する効力感尺度	55	1.00	1.01	18	.04	.37	16	2.30	.70

1) クライシス・プラン作成に関する理解度尺度のみ 4 件法 (1「全く知らない」～4「とてもよく知っている」)、それ以外の尺度は 7 件法であり、取り入れる項目についての必要性尺度は (1「全く必要がない」～7「とても必要」)、その他は (1「全く自信がない」～7「とても自信がある」)

表 6-15 作成に関する理解度尺度における介入前後の尺度得点変化量高・低群の比較

	変化量低群					変化量高群					Z	p
	n	平均値	標準 偏差	中央値	範囲	n	平均値	標準 偏差	中央値	範囲		
年齢	18	43.28	7.69	44.00	24-54	14	33.50	7.21	32.50	23-45	-3.18	***
精神科勤務月数	19	146.89	100.64	122.00	22-370	15	73.27	46.38	82.00	10-151	-2.38	*
医療観察法従事月数	19	76.00	43.59	85.00	0-131	15	42.93	40.89	31.00	4-128	-1.98	*
担当ケース数	17	3.88	7.72	1.00	0-1	14	2.21	4.15	5.00	0-15	-.42	n.s.
研修への関心度	19	4.76	.56	5.00	3-5	15	4.54	4.54	5.00	4-5	-1.49	n.s.

* $p < .05$, *** $p < .001$

表 6-16 取り入れる項目についての必要性尺度における介入前後の尺度得点変化量

高・低群の比較

	取り入れる項目についての必要性尺度										Z	p
	変化量低群					変化量高群						
	n	平均値	標準 偏差	中央値	範囲	n	平均値	標準 偏差	中央値	範囲		
年齢	28	40.68	9.11	42.50	23-59	17	40.59	9.62	40.00	23-54	.00	n.s.
精神科勤務月数	19	133.97	98.95	114.00	21-419	15	131.88	113.31	82.00	10-370	-.41	n.s.
医療観察法従事月数	19	76.33	44.72	70.50	5-131	15	60.71	47.41	46.00	1-132	-1.10	n.s.
担当ケース数	17	8.68	19.50	1.50	0-91	14	4.44	9.74	1.50	0-40	-.62	n.s.
研修への関心度	19	4.75	.52	5.00	4-5	15	4.56	.51	4.00	4-5	-1.43	n.s.

表 6-17 取り入れる項目についての効力感尺度における介入前後の尺度得点変化量
高・低群の比較

	取り入れる項目についての効力感尺度										Z	p
	変化量低群					変化量高群						
	n	平均値	標準 偏差	中央値	範囲	n	平均値	標準 偏差	中央値	範囲		
年齢	21	41.86	9.29	44.00	22-58	17	36.76	9.07	36.00	23-53	-1.12	n.s.
精神科勤務月数	22	145.82	91.84	138.00	11-308	17	95.71	88.88	72.00	10-359	-1.98	*
医療観察法従事月数	22	79.86	47.10	89.00	0-131	17	51.24	44.38	34.00	1-132	-1.70	n.s.
担当ケース数	20	10.45	22.74	3.00	0-91	17	1.76	2.54	1.00	0-7	-1.51	n.s.
研修への関心度	19	4.68	.58	5.00	3-5	16	4.75	.45	4.00	4-5	-1.17	n.s.

* $p < .05$

表 6-18 作成に関する効力感尺度における介入前後の尺度得点変化量高・低群の比較

	作成に関する効力感尺度										Z	p
	変化量低群					変化量高群						
	n	平均値	標準 偏差	中央値	範囲	n	平均値	標準 偏差	中央値	範囲		
年齢	15	40.93	8.99	43.00	24-58	23	35.87	9.93	36.00	22-55	-.12	n.s.
精神科勤務月数	17	126.24	79.77	120.00	22-298	23	100.22	84.14	93.00	10-359	-1.98	n.s.
医療観察法従事月数	17	76.41	46.28	72.00	0-131	23	54.00	43.58	35.00	1-132	-1.70	n.s.
担当ケース数	15	4.27	8.26	1.00	0-33	22	2.27	3.53	1.00	0-15	-1.51	n.s.
研修への関心度	13	4.69	.63	5.00	4-5	22	4.73	.46	5.00	4-5	-.17	n.s.

表 6-19 有用な機能に関する効力感尺度における介入前後の変化量高・低群の比較

	有用な機能に関する効力感尺度										Z	p
	変化量低群					変化量高群						
	n	平均値	標準 偏差	中央値	範囲	n	平均値	標準 偏差	中央値	範囲		
年齢	19	44.47	9.47	47.00	24-58	18	36.00	9.83	36.00	22-53	-0.88	n.s.
精神科勤務月数	20	164.20	108.01	148.00	22-370	18	91.56	89.10	71.00	10-359	-2.44	*
医療観察法従事月数	20	79.45	47.64	95.00	0-131	18	47.39	44.12	32.00	10-132	-1.79	n.s.
担当ケース数	20	10.20	22.80	2.50	0-91	18	2.33	3.88	1.00	0-15	-1.20	n.s.
研修への関心度	18	4.61	.61	5.00	4-5	17	4.71	.47	5.00	4-5	-0.35	n.s.

* $p < .05$

表 6-20 作成上のコミュニケーションに関する効力感尺度における介入前後の尺度得点
変化量高・低群の比較

	作成上のコミュニケーションスキルに関する効力感尺度										Z	p
	変化量低群					変化量高群						
	n	平均値	標準 偏差	中央値	範囲	n	平均値	標準 偏差	中央値	範囲		
年齢	18	41.67	10.49	42.50	24-59	16	38.38	9.75	38.50	22-55	-0.83	n.s.
精神科勤務月数	18	150.17	116.65	138.00	22-419	16	94.75	59.53	93.50	11-229	-1.31	n.s.
医療観察法従事月数	18	77.28	50.99	84.50	0-131	16	53.31	41.10	42.00	11-132	-1.17	n.s.
担当ケース数	18	11.67	23.77	3.00	0-91	15	1.27	2.12	.00	0-7	-1.87	n.s.
研修への関心度	17	4.59	.62	5.00	4-5	15	4.73	.46	4.50	4-5	-0.61	n.s.

表 6-21 各尺度における介入前後の尺度得点の変化量高・低群における性別、研修経験の比較 (Fisher の正確確率検定)

	作成理解		項目必要性		項目効力感		作成効力感		機能効力感		スキル効力感		p
	変化量 低群	変化量 高群	変化量 低群	変化量 高群	変化量 低群	変化量 高群	変化量 低群	変化量 高群	変化量 低群	変化量 高群	変化量 低群	変化量 高群	
性別	9	6	15	9	10	7	8	10	9	8	9	5	.32
	10	9	15	8	12	10	9	13	11	10	9	11	
研修経験	5	3	6	4	8	3	4	6	6	3	4	4	1.00
	14	12	24	13	14	14	13	17	14	15	14	12	.45

表 6-22 デモグラフィック要因と介入直前の各尺度の得点との相関

	作成理解	項目必要性	項目効力感	作成効力感	機能効力感	スキル効力感
年齢	.35 **	.13 n.s.	.10 n.s	.14 n.s	.22 n.s	-.04 n.s
精神科勤務月数	.42 **	.21 n.s	.31 *	.28 *	.34 *	.17 n.s
医療観察法従事月数	.51 **	.44 **	.42 **	.46 **	.43 **	.28 *
担当ケース数	.30 *	.25 n.s	.30 *	.31 *	.34 *	.40 **
研修への関心度	.33 *	.25 n.s	.30 *	.20 n.s	.21 n.s	.21 n.s

* p<.05 , ** p<.01

n=58

作成理解：作成に関する理解度尺度

項目必要性：取り入れる項目についての必要性尺度

項目効力感：取り入れる項目についての効力感尺度

作成効力感：作成に関する効力感尺度

機能効力感：有用な機能に関する効力感尺度

スキル効力感：作成上のコミュニケーションスキルに関する効力感尺度

表 6-23 介入前後の尺度得点変化量の高群・低群においてデモグラフィック要因に有意差の
見られた尺度における介入前後の尺度得点変化量 0 以下群・0 超群と有意差の見られた
デモグラフィック要因の高群・低群との比較 (Fisher の正確確率検定)

		n	作成理解		p	項目効力感		p	機能効力感		p
			変化量 0以下群	変化量 0超群		変化量 0以下群	変化量 0超群		変化量 0以下群	変化量 0超群	
年齢	高群	29	10	19	.12						
	低群	29	4	25							
精神科 経験月数	高群	22	6	16	.76	8	14	.24	2	20	.45
	低群	36	8	28		8	28		5	31	
医療観察法病 棟勤務月数	高群	28	8	20	.45						
	低群	30	6	24							

作成理解：作成に関する理解度尺度

項目効力感：取り入れる項目についての効力感尺度

機能効力感：有用な機能に関する効力感尺度

※「項目効力感」と「機能効力感」における年齢、医療観察法病棟勤務月数については介入直後から介入直前の尺度合計得点を除した「変化量」の高群、低群において有意差を示さなかったため、分析は行わなかった

医療観察法処遇における有効なクライシス・プランの 実践について

主査：田宮 菜奈子教授

副査：岡本 智周 准教授，森田 展彰 准教授，平林 直次 医師

【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）が 2003 年に成立し、2005 年に施行された。この法律は心神喪失又は心神耗弱の状態で、重大な他害行為（殺人、傷害、放火など）を行った者に対して、適切な医療と支援者による支援を通じて「再他害行為防止」と「社会復帰」を目的としている。重大な他害行為により逮捕された後、不起訴、あるいは無罪の場合に鑑定入院を経て、裁判所が医療観察法の適応を判断するが、適応される場合には入院処遇か通院処遇のいずれかの決定となる。そして、その約 8 割は入院処遇決定となり、入院処遇を経てから通院処遇に移行する。入院処遇は指定された入院医療機関（以下、指定入院医療機関）の医療観察法病棟で行われ、薬物療法に加えて疾病教育や心理教育、認知行動療法、事件の内省などの様々な心理社会的プログラムが行われる。

対象者は精神疾患によって重大な他害行為を起こしたことから、病状管理は極めて重要な課題である。そのため、安定した状態の維持や病状悪化のサインが見られた時、また、病状悪化が進行した際の対象者の対処や支援者の対応をまとめた病状管理のための計画書である「クライシス・プラン」が入院処遇中に作成される。クライシス・プランには「再他害行為のリスクの低減」、「安定した状態の維持と病状悪化の予防」、「対象者の主体的な疾病自己管理」などの目的があるが、現場のニーズによって作成されるようになったため、ガイドラインへの記載がなく、マニュアルもない状況である。そのため、クライシス・プランの作成手順や方法は明確ではなく、各指定入院医療機関が試行錯誤しな

がら作成している状況である。

本研究ではこれまで明らかにされていなかったクライシス・プランの実態調査を行い、その結果をもとに通院処遇で活用されやすい有効なクライシス・プランを作成に役立つ、指定入院医療機関の医療観察法病棟に勤務するスタッフ向けの研修プログラムを開発し、その効果測定を行う。本研究によってプログラムの有効性が示されれば、医療観察法病棟スタッフにとってクライシス・プランの作成が円滑になり、通院処遇において活用されやすいクライシス・プランを作成できる可能性がある。そのことは対象者と通院処遇支援者との協働的な病状管理につながり、これまで以上に処遇を円滑に進めることに貢献できると考えられる。

【対象と方法】

【研究 1】クライシス・プランの実態調査

指定入院医療機関の医療観察法病棟スタッフ 625 名、指定通院医療機関の医療観察法担当精神保健福祉士 65 名、社会復帰調整官 176 名、入院処遇から通院処遇に移行した対象者 16 名から得られたアンケート結果を分析した。なお、アンケートでは作成や活用、有効性、問題点、また、医療観察法病棟スタッフにおいては研修受講経験や研修内容に関するニーズなどについて尋ねた。

【研究 2】医療観察法担当スタッフを対象にしたクライシス・プラン作成研修プログラムの開発

研究 1 の実態調査の結果に加え、クライシス・プランをめぐる課題や海外における関連領域の研究や実践を取り入れ、「クライシス・プラン作成研修プログラム」を作成した。

【研究 3】クライシス・プラン作成研修プログラムの介入効果

3 カ所の指定入院医療機関における医療観察法病棟スタッフ 58 名を対象に介入研究を行った。研修プログラムは 90 分×2 回で構成されており、1 回目と 2 回目の研修の間隔を 1 ヶ月ほど空けた。そして、介入効果の評価は研修開始

1ヶ月前と研修直前、研修直後、研修終了1ヶ月の4点で行い、それぞれの結果を反復測定分散分析によって検討することとした。アンケートについてはクライシス・プラン作成に関する理解度や取り入れる項目の必要性に関する認識、取り入れる項目に関する効力感、作成に関する効力感、有用な機能にするための効力感、作成におけるコミュニケーションスキルに関して尋ねた。また、研修終了後から研修1か月後の調査の間に本研修を実際の臨床場面で活かすことができたかどうかについても尋ねた。

【結果】

研究1の実態調査では、指定入院医療機関の医療観察法病棟スタッフにおいてはクライシス・プラン作成に関する研修を受けたことがない者が半数程度おり、「作成」に関する研修のニーズが高かった。作成に関しては「知的能力に応じたものを作成すること」、「対象者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと」、「対象者の地域生活に即したものにすること」に困難感を抱える傾向があった。また、指定通院医療機関と社会復帰調整官、通院処遇に移行した対象者のそれぞれが日常的・病状悪化時ともクライシス・プランを十分活用しているとはいいがたいことが示された。そして、指定通院医療機関の活用に影響を与える要因は「対象者と支援者との協働的な病状管理」と「医療観察法担当スタッフのメンバー数」、「(医療観察法の指定通院医療機関としての)指定期間」が正の影響、「関係者における重要性の認識の低さ」が負の影響を示した。社会復帰調整官の活用に影響を与える要因は「適切な対応のための情報共有」に役立つことが正の影響、「支援者側の重要性の認識に低さ」と「プランの活用困難」が負の影響を示した。

研究2では実態調査の結果を踏まえ、クライシス・プランをめぐる課題や海外における関連領域の文献研究 Joint Crisis Plan 研究の成果と課題、司法・矯正領域で近年注目されているストレングスの視点も取り入れ、クライシス・プランの定義や対象者や支援者との協働的な作成方法や手続き、また実践的なス

キルトレーニングも含めた 90 分×2 回で構成される「クライシス・プラン作成研修プログラム」を作成した。

研究 3 では研究 2 で作成したプログラムの効果測定を行った。それぞれの尺度については十分な信頼性が確認された。ほとんどの尺度で研修開始 1 か月前、研修直前と比較し、研修直後と研修 1 か月後の平均値が有意に向上していた。また、それらは効果量中～大が示された。加えて、実際の臨床場面での活用についてはクライシス・プラン作成に関わり場面のあった 85%のスタッフが「活用する場面があった」と回答し、通院処遇支援者とのケア会議等で活用できたといった回答が得られた。

【考察】

介入効果を評価するための尺度の信頼性が認められ、その尺度によって、研修 1 ヶ月前、研修直前と研修直後、研修 1 ヶ月後に有意差が見られたことは介入の効果である可能性が高いと言えるだろう。また、研修直後と研修 1 ヶ月後の結果の間に有意差は認められず、研修プログラムの効果は 1 ヶ月が経過するまで効果が維持されていたと考えられる。これらの結果から、研修プログラムに取り入れた情報やスキルトレーニングのためのワークがクライシス・プラン作成のための知識や効力感に働きかける上で有用であった可能性がある。この点については研修 1 ヶ月後のアンケートで本研修プログラムを臨床現場で生かす場面があったと回答した参加者の中で、対象者との面接やケア会議の場面に応用できたといった意見があったことから裏付けられる。さらに、効果量が中から大と判断されたことから、本研修プログラムは医療観察法病棟スタッフにとって介入効果の高いプログラムであるといえよう。これは医療観察法病棟スタッフがこれまでクライシス・プランに関する研修を受講した経験に乏しく、作成の知識やスキルがわからない中で作成に取り組んできたため、全般的に平均値が低く、変化が生じる余地が十分あったこと、また「作成」に関する研修のニーズが高く、今回の参加者の研修への関心も高かったことが関係すると思

われる。

本研究において、これまで定義や作成手続きが明確ではなかったクライシス・プランについて、現在の課題や定義、対象者や支援者との協働的な作成方法や手続き、また実践的なスキルトレーニングも含めた研修プログラムを開発し、その効果を認めたことについては本研修プログラムの効果が示唆され、現場における有用性も高いものと思われる。ただし、今回の研究では対照群は設定しておらず、本研修プログラムの独自の効果とは言い切れない。今後は他の方法（パンフレットのみなど）との比較により、本研修プログラムの効果を検討する必要がある。また、有用なクライシス・プランの作成のためには作成段階のみに焦点を当てるのではなく、処遇を通じて対象者と支援者とが協働的な取り組みを進めることが重要と考えられる。そのためには、個々のスタッフの知識や効力感、スキルも重要であるが、クライシス・プランの実践に関してガイドラインに位置づけられ、マニュアルも整備されることが望まれる。

今後は研修プログラムによって、実際の作成場面においてどのように有用か、また対象者側にとってはどのような体験か、そして作成されたクライシス・プランが通院処遇でどのように役立つかといったことを可能な限りエビデンスの高い研究方法によって、検討することが望ましい。

本研究と関連した自著論文・学会発表等

【論文】

- 野村照幸・狩野俊介（2013）. セルフモニタリングシートとクライシスプランの作成を目的とした心理教育プログラムの開発とその有効性に関する研究：一般精神科医療における医療観察法に基づく医療の応用. *司法精神医学*, 8(1), 2-10.
- 狩野俊介・野村照幸（2013）. デイケアにおける心理教育プログラムの育成－医療観察法における支援の応用－ *デイケア実践研究*, 17（2）, 12-17.
- 野村照幸（2014）. 一般精神科医療への医療観察法に基づく医療の応用：クライシス・プランによる疾病自己管理と医療の自己決定（特集 医療観察法とその周辺：症例と取り組み）. *臨床精神医学*, 43(9), 1275-1284.
- 野村照幸（2014）. 症例報告 問題行動によって措置入院を繰り返す統合失調症患者におけるセルフモニタリングシートとクライシス・プラン作成の実践. *司法精神医学*, 9(1), 30-35.
- 永田貴子・平林直次・立森久照・高橋昇・野村照幸・今井淳司・崎川典子・前上里泰史・大鶴卓・村田昌彦・中根潤・西岡直也・村杉謙次・眞瀬垣実加・山本哲裕・山本暢朋・須藤徹・松尾康志・谷所敦史・山本紗世・島田達洋・山田竜一・竹林宏・小澤篤嗣・仲田明弘・柏木直子・花立鈴子・磯村信治・安藤幸宏・橋口初子・西中宏吏・予後調査グループ（2016）. 医療観察法指定入院医療機関退院後の予後調査. *精神医学*, 58(7), 633-643.
- 野村照幸・森田展彰・村杉謙次・大谷保和・平林直次.（2017）. 医療観察法指定通院医療機関におけるクライシス・プランの活用に影響を与える要因について. *司法精神医学*, 12(1), 2-10.

【学会発表等】

- 野村照幸・狩野俊介（2012）. デイケアにおける心理教育とその効果－医療観察法医療の一般精神科医療への応用－. 第8回司法精神医学会
- 狩野俊介・野村照幸（2012）. 精神科デイケアにおける医療観察法医療を応用した心理教育プログラムの試みとその有用性 第17回日本デイケア学会
- 野村照幸（2013）. 措置入院事例におけるセルフモニタリングシートとクライシス・プラン

ン作成のプロセスとその有効性について. 第9回司法精神医学会

野村照幸・森田展彰・岩崎美沙・宮尾歩・間なつみ・藤崎直人・山岸美恵子・村杉謙次・平林直次 (2016). 医療観察法指定通院医療機関におけるクライシス・プランの実態調査. 第12回日本司法精神医学会

野村照幸・森田展彰・岩崎美沙・宮尾歩・中村幸恵・風巻由美子・間なつみ・藤崎直人・山岸美恵子・村杉謙次・平林直次 (2016). 医療観察法におけるクライシス・プランの実態調査. 第12回医療観察法関連職種研修会

【報告書】

村杉謙次・横田聡子・原田聡・高橋未央・新澤安江・池田美穂子・平林直次・大迫充江・瓶田貴和・村田雄一・村田昌彦・壁屋康洋・大鶴卓・久保彩子・野村照幸・澤恭弘・大下哲史・岩井邦寿 (2017). 医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究 平成27年度 総括・分担研究開発報告書, 87 - 14.

謝辞

医療観察法という特殊な領域の研究を進める上では多くの方の協力が無ければ成し得ませんでした。今、こうして博士論文を書き上げることができたのは多くの方々のおかげです。

まず、3年間に渡って指導して下さった森田展彰先生に心から感謝いたします。森田先生は私の研究に不足していること、研究とリンクする知識などを提示して、行き先にポツと明かりを灯してくださいました。また、森田先生は入学前から修了するまで、一貫して私を一人の人間として尊重して下さり、研究に対して自由に取り組みさせてくださいました。先生にご指導いただけたからこそ、この論文を書き上げることができました。そして、斎藤環先生からはオープンダイアログをはじめ、多くのことを教えていただきました。斎藤先生の研究室の一員であることが自分の誇りとなっています。それから、大谷保和先生はいつも真摯に対応して下さり、ポジティブな要素を必ず拾ってくださいました。先生方には感謝してもしつくせません。この研究室で本当によかったです。

次に主査の田宮菜奈子先生、副査の岡本智周先生、平林直次先生（国立精神・神経医療研究センター病院）に深謝いたします。田宮先生にはデータを扱うことの実務とローデータの傾向を自分の目で確認する重要性を教えてくださいました。岡本先生は論理的な矛盾点を的確に指導していただきました。平林先生にはクライシス・プランを慢性疾患の自己管理モデルとして捉えることの重要性やクライシス・プランに対して懐疑的であったり、否定的であったりする層に対してどのようにアプローチするかが重要であるといった、極めて臨床的で重要な視点をいただきました。医療観察法の分野で仕事を始めた時には雲の上の存在のように感じており、こうして私の研究を評価して下さったことは夢のようです。

そして、医療観察法の関係者への調査や介入を行う上で、村杉謙次先生（小諸高原病院）、平林直次先生、壁屋康洋先生（榊原病院）、武野興司さん（元法務省保護局）、根岸達也（法務省保護局）、高平大悟さん（金沢保護観察所）には深く御礼申し上げます。先生方の協力がなければ医療観察法の領域でこんなにもスムーズに調査をすることはできませんでした。

研究室では同期の金子多喜子さん、山上尚彦さんに感謝申し上げます。特に金子さんとは情緒的にも励ましあってきたことが今につながっています。また、山口玲子さん、大宮宗一郎さん、田中裕子さん、大橋洋綱さん、新田千枝さん、望月明美さん、道重さおりさんには大変お世話になりました。みなさんのおかげで、調査や介入をより良いものに練り上げることができました。

職場では心理士室の大原薫先生、松下亮先生、樋掛尚文先生に心より感謝申し上げます。

業務の負担をかけてしまう部分もあったかと思いますが、嫌な顔一つせず、応援してくださいました。先生方の協力があつてこそ、大学院に通い、研究を進めることができました。そして、さいがた医療センターの研究メンバー（岩崎美沙さん、金子歩さん、風巻由美子さん、塩谷幸祐さん、中村幸恵さん、藤崎直人さん、米山なつみさん、渡辺沙織さん、山岸恵美子さん）には実態調査、介入研究ともに進んで協力してくださり、本当にありがとうございました。

最後に最も支えてくれた妻と協力してくれた息子、妻の両親に心から「ありがとう」。そして、3年次に産まれた新しい命に「ありがとう」。大変なことも多かったけど、家族のおかげでこうして書き上げることができました。これからは私が家族それぞれに恩返しをしたいと思います。

決して平坦ではなく、苦しいことも多かったですが、私にとって素晴らしい時間を過ごさせていただきました。先生方、先輩、同僚、仲間、家族、私と妻の両親、関わってくださったすべての人に感謝の気持ちを伝えます。

本当に、本当に心からありがとうございました。

2018年2月

野村 照幸

様式 4

国立病院機構さいがた医療センター倫理審査委員会審査通知書

平成 27 年 12 月 3 日

倫理審査申請者
野村 照幸 様

国立病院機構さいがた医療センター
院長 下村 登規 夫



受付番号 15-10

課 題 名

医療観察法医療におけるクライシス・プランについての実態調査

代表者名 野村 照幸

平成 27 年 11 月 16 日の倫理審査委員会において審議し、条件付承認となった課題について、指摘された文章などが修正され、下記のとおり判定したので通知する。

記

判 定 承 認

様式3 (第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

通知番号 第 1041 号
平成 28 年 6 月 29 日

申請者 (研究責任者)

森田 展彰 殿

医学医療系長
原 晃



平成28年2月8日付けで審査申請 (新規) のありました研究の実施について、
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

- 1 研究題目 「医療観察法医療におけるクライシス・プランの実態についての検討」
- 2 判定
 - 承認
 - 条件付承認
 - 変更の勧告
 - 不承認
 - 中止
 - 非該当
- 3 理由 (判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等
- 4 その他

様式4

国立病院機構さいがた医療センター倫理審査委員会審査通知書

平成29年 2月 6日

倫理審査申請者
野村 照幸 様

国立病院機構さいがた医療センター
院長 下村 登規 夫



受付番号 16-12

課 題 名

医療観察法入院病棟スタッフにおけるクライシス・プラン作成研修プログラム
の効果について

代表者名 野村 照幸

平成29年1月16日の倫理審査委員会において審議し、条件付承認
となった課題について、指摘された箇所が修正されたので下記のとおり
通知する。

記

判 定 承認

様式3(第12条関係)

医の倫理委員会審査結果通知書

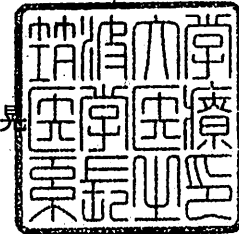
通知番号 第 1139 号

平成 28 年 12 月 22 日

申請者(研究責任者)

森田 展彰 殿

医学医療系長
原



平成28年12月6日付けで審査申請(新規)のありました研究の実施について、
審査の結果、下記のとおり判定しましたので通知します。

記

- 1 研究題目 「医療観察法入院病棟スタッフにおけるクライシス・プラン作成研修プログラムの効果について」
- 2 判定
 - 承認
 - 条件付承認
 - 変更の勧告
 - 不承認
 - 中止
 - 非該当
- 3 理由(判定が承認以外の場合)、留意点、改善点等
- 4 その他

医療観察法におけるクライシス・プランに関するアンケート

<記入上の注意点>

- ① 本アンケートは病棟全体についてお尋ねしており、病棟に1部配布しております。
- ② クライシス・プランに関して病棟の運営状況をご存知の方がお答えください。
- ③ ここでいう“クライシス・プラン”とは対象者と共有しているクライシス・プランを指します。
(関係者用のクライシス・プランが存在するケースもあるため)

Q1：以下の項目についてあてはまる数字を○で囲む、あるいは記入してください。

1. 記入者 : 1. 病棟医長 2. 病棟師長 3. その他 ()
2. 性別 : 1. 男性 2. 女性
3. 指定入院医療機関に指定されてからの年数 : _____ 年
4. 医療観察法通院処遇に移行した対象者の人数 : _____ 名

Q2：クライシス・プランの作成に関してお尋ねします。

1. クライシス・プランの作成開始時期は概ねいつ頃ですか？最もあてはまる数字に○をつけてください。なお、ここでいう“クライシス・プラン”とは“状態と対応が記載されているだけ”の簡素なものも含みます。

1. 急性期 2. 回復期 3. 社会復帰期 4. 作成しない 5. その他 ()

2. クライシス・プランの叩き台が完成するのは概ねいつ頃ですか？最もあてはまる数字に○をつけてください。なお、ここでいう“叩き台”とは加筆・修正を前提に病棟生活の中で使用するものを指します。

1. 急性期 2. 回復期 3. 社会復帰期初期 4. 作成しない 5. その他 ()

3. クライシス・プランはどの職種を中心に作成することが多いですか？最もあてはまる数字に○をつけてください。

1. 看護師 2. 心理士 3. 作業療法士 4. 精神保健福祉士 5. 医師 6. 作成しない
7. 中心となる職種はいるが、MDTによって異なる
8. 複数の職種で作成するので中心となる職種はいない
9. その他 ()

4. 共通で使用するクライシス・プランのテンプレート（定型の書式）がありますか？あてはまる数字に○をつけてください。なお、ここでの「テンプレート」とは“安定、注意、要注意に段階分けして症状と対処の記入欄がある”などを指します。

1. 決まったテンプレートはない
2. 安定・注意・要注意など段階分けされたもの
3. その他 ()

5. クライシス・プランはどのようなプログラムを通じて作成しますか？当てはまる数字全てを○で囲んでください。

1. クライシス・プラン作成のためのプログラム (WRAP やクライシス・プラン作成に関連したもの)
2. 個別面接 3. MDT 面接 4. その他 ()

医療観察法におけるクライシス・プランに関するアンケート
病棟スタッフ用

<記入上の注意点>

- ① 医療観察法入院医療に従事する医師、看護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士で、**医療観察法通院処遇に移行した対象者を主担当として受け持った経験がある方を対象**としております（途中交代を含む）。
- ② ここでいう“クライシス・プラン”とは**対象者と共有しているクライシス・プラン**を指します。（関係者用のクライシス・プランが存在するケースもあるため）
- ① 本調査における「支援者」とは**社会復帰調整官や通院医療機関、訪問支援者（保健師など）、施設職員、家族など対象者の支援に関わる関係者をまとめて**指します。

Q1：以下の項目についてあてはまる数字を○で囲む、あるいは記入してください。

- 1. 性別 : 1. 男性 2. 女性
- 2. 年齢 : _____ 歳
- 3. 職種 : 1. 医師 2. 看護師 3. 心理士 4. 作業療法士 5. 精神保健福祉士
- 4. 精神科経験年数 : 約 _____ 年 _____ ヶ月
- 5. 医療観察法病棟勤務年数 : 約 _____ 年 _____ ヶ月
- 6. 主担当として受け持った通院処遇移行ケース数（途中交代を含む）：
 - 1. 10 ケース以下（_____ ケース） 2. 11～20 ケース 3. 21 ケース以上

Q2：クライシス・プランの作成に関してお尋ねします。

1. あなたはこれまでにクライシス・プランを**中心となって作成したことはありますか？あてはまる数字に1つだけ○をつけてください。**

- 1. ない 2. ある

2. クライシス・プランの**作成**について、以下のそれぞれの項目は**あなたがこれまで担当したケースではどの程度、あてはまりますか？最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください。**

	全くあてはまらない	ほとんどあてはまらない	少しあてはまる	とてもあてはまる
1 対象者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと	1	2	3	4
2 支援者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと	1	2	3	4
3 対象者の意見や希望を確認しながら作成すること	1	2	3	4
4 支援者の意見や希望を確認しながら作成すること	1	2	3	4
5 対象者と MDT 全員で合意を得ること	1	2	3	4
6 MDT と対象者、支援者で合意を得ること	1	2	3	4

3. あなたがこれまで担当したケースのクライシス・プランには最終的にどのような項目を含みましたか？1度でも含んだことのある項目の数字全てを○で囲んでください

1	病状に影響するストレス	9	病状・状態に応じた対象者の対処
2	ストレス対処法	10	病状・状態に応じた支援者の対応
3	安定している状態のときの情報	11	対象者が病状悪化時に支援者に希望する治療・対応
4	強みや長所（ストレングス）	12	対象者が病状悪化時に支援者に希望しない治療・対応
5	早期警告症状（注意サイン）の情報	13	精神保健福祉法入院になった場合の治療・対応
6	病状悪化時の状態・症状の情報	14	病状悪化時に対象者の考えを代弁できる人
7	病状悪化時に有益ではない対応や環境	15	再入院申し立てが行われる条件
8	その他（ ）		

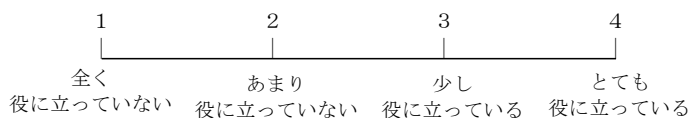
Q3：クライシス・プランの活用 に関してお尋ねします。

1. あなたはどのような時にクライシス・プランを活用していますか？最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください。

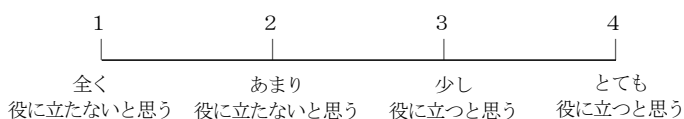
	全くしていない	ほとんどいない	時々している	いつもしている
1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	1	2	3	4
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	1	2	3	4
10	1	2	3	4
11	その他（ ）			

Q4：クライシス・プランの重要性と有用性（役立っているか） に関してお尋ねします。

1. 作成したクライシス・プランは入院中にどの程度、役立っていますか？



2. 入院中に作成したクライシス・プランは通院処遇移行後にどの程度、役立つと思いますか？



3. クライシス・プランの機能に関する**重要性**について、「1」（全く重要ではない）～「4」（とても重要）の中で、また**通院処遇移行後の有用性**について「1」（全く役立たないと思う）～「4」（とても役立つと思う）中で、**あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。**

例	(クライシス・プランの機能として) 対象者と協力関係を築くこと	重要性 重要だと思うかどうか				有用性 通院処遇移行後に役立つと思うかどうか							
		重要ではない	全く重要ではない	あまり重要ではない	少し重要	とても重要	役立たないと思う	全く役立たないと思う	あまり役立たないと思う	少し役立つと思う	役立つと思う	とても役立つと思う	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	対象者の病状・状態の評価に関して支援者間で共有すること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2	対象者の安定した状態を維持すること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
3	病状悪化時に対象者の希望が尊重されること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4	対象者の状態・病状に関する支援者同士の話し合いのツールになること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5	対象者と支援者が協力して治療を進めること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
6	対象者が自分の状態・病状に気づくこと	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
7	対象者の非自発的入院（医療保護入院や措置入院）の回数が少なくなること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
8	対象者と支援者の信頼関係を促進すること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
9	支援者が対象者の病状悪化に早期に対応すること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
10	対象者が主体的に治療に関わるようになること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
11	支援者間の情報共有を促進すること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
12	対象者が自分の状態・病状に応じて自ら対処できること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
13	支援者が対象者の病状悪化時の対処を理解すること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
14	支援者の連携につながる	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
15	対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
16	支援者と対象者のそれぞれの対処・対応を明確にすること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
17	病状悪化時に対象者が希望する治療や対応を受けられること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
18	対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談できること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
19	支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握すること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
20	支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解すること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
21	再被害行為を防ぐこと	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
22	病状悪化時に対象者が望まない治療や対応が少なくなる	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
23	支援者が対象者の病状悪化のサインを理解すること	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
24	病状悪化時に対象者の権利を守る	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

4. クライシス・プランが**医療観察法医療**においてより役立つものになるために**重要**と思われることがありましたら教えてください。

()

Q5：クライシス・プランの作成・活用に関する問題点についてお尋ねします。

1. クライシス・プランの作成と活用に関する**重要性**について、「1」（全く重要ではない）～「4」（とても重要）の中で、また**難しさ**について「1」（全く難しくない）～「4」（とても難しい）の中で、**あなたの実感に最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。**

	重要性 重要だと思うかどうか				難しさ 難しいと思うかどうか				
	重要ではない	全く重要ではない	あまり重要ではない	とても重要	難しくない	全難しくない	あまり難しい	とても難しい	
例	協力して作成すること	1	2	3	4	1	2	3	4
1	たたき台を回復期の間で作成すること	1	2	3	4	1	2	3	4
2	知的能力の低い対象者のクライシス・プランを作成すること	1	2	3	4	1	2	3	4
3	対象者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと	1	2	3	4	1	2	3	4
4	支援者にクライシス・プランの重要性を理解してもらうこと	1	2	3	4	1	2	3	4
5	対象者の意見や希望を確認しながら作成すること	1	2	3	4	1	2	3	4
6	支援者の意見や希望を確認しながら作成すること	1	2	3	4	1	2	3	4
7	対象者と MDT 全員で合意を得ること	1	2	3	4	1	2	3	4
8	対象者と MDT、支援者全体で合意を得ること	1	2	3	4	1	2	3	4
9	対象者の地域生活に即したものにすること	1	2	3	4	1	2	3	4
10	対象者が活用する習慣を身につけること	1	2	3	4	1	2	3	4
11	病状に関わらず対象者との面接（医師は診察）で定期的に活用すること	1	2	3	4	1	2	3	4
12	病状に関わらず対象者との MDT 面接で定期的に活用すること	1	2	3	4	1	2	3	4
13	病状に関わらず MDT 内での対象者についての情報共有に活用すること	1	2	3	4	1	2	3	4
14	病状に関わらず病棟スタッフとの情報共有に活用すること	1	2	3	4	1	2	3	4
15	対象者の病状悪化時の面接（医師は診察）で活用すること	1	2	3	4	1	2	3	4
16	対象者の病状悪化時の MDT 面接で活用すること	1	2	3	4	1	2	3	4
17	病状悪化時に MDT 内での対象者についての情報共有に活用すること	1	2	3	4	1	2	3	4
18	対象者の病状悪化時に病棟スタッフとの情報共有に活用すること	1	2	3	4	1	2	3	4
19	対象者が病状悪化を訴えてきた時に活用すること	1	2	3	4	1	2	3	4
20	対象者の外泊訓練で活用すること	1	2	3	4	1	2	3	4
21	セルフモニタリングと連動して活用すること	1	2	3	4	1	2	3	4

Q6：クライシス・プランに関する経験や考えについてお尋ねします。

1. 担当対象者のクライシス・プランが通院処遇移行後にどのように活用されているのかについてどの程度、関心がありますか？あなたにとって最もあてはまる数字1つに○をつけてください。

1	2	3	4
---	---	---	---

全く関心がない あまり関心がない 少し関心がある とても関心がある

2. あなたは担当対象者のクライシス・プランが通院処遇移行後にどのように活用されているのかを知る機会がありますか(自施設に通院することになった対象者を除く)？最もあてはまる数字1つに○をつけてください。

1	2	3	4
---	---	---	---

全くない あまりない 少しある とてもある

3. あなたは担当対象者が通院医療に移行した後で指定通院医療機関や社会復帰調整官とクライシス・プランに関して意見交換する機会がどの程度ありますか(自施設に通院することになった対象者を除く)？最もあてはまる数字1つに○をつけてください。

1	2	3	4
---	---	---	---

全くない あまりない 少しある とてもある

4. 対象者が通院医療に移行した後で指定通院医療機関や社会復帰調整官とクライシス・プランに関して意見交換する機会がどの程度必要だと思いますか？あなたの実感に最もあてはまる数字1つに○をつけてください。

1	2	3	4
---	---	---	---

全く必要ではない あまり必要ではない 少し必要 とても必要

5. あなたはこれまでにクライシス・プランに関する研修を受けたことがありますか？あてはまる数字1つに○をつけてください。

1. 病棟内・病院内の研修会・勉強会 2. 院外の研修会・勉強会 3. 受けたことがない

6. 今後、クライシス・プランに関する研修会で学びたいことはありますか？最もあてはまる数字1つに○をつけてください。

1 作成方法について	2 活用方法について
3 クライシス・プランを使った対象者とのコミュニケーションについて	4 学びたいことは特にない
5 その他 ()	

7. 医療観察法入院医療におけるクライシス・プラン作成と活用のためのマニュアル・ガイドラインほどの程度、必要だと思いますか？あてはまる数字1つに○をつけてください。

1	2	3	4
---	---	---	---

全く必要ではない あまり必要ではない 少し必要 とても必要

アンケートは以上になります。お忙しいところ、ご協力、本当にありがとうございました。

研究4 実態調査 指定通院医療機関用アンケート

医療観察法におけるクライシス・プランに関するアンケート

<記入上の注意点>

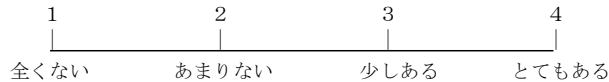
- ① 本調査は直接通院対象者ではなく、入院医療から通院医療に移行したケース全般についてお尋ねいたします。(さいがた医療センターからの退院対象者に限りません)
- ② “クライシス・プラン”とは病状悪化時の対象者と周囲の対応などについて記載した用紙を指します。ここでは**対象者と共有しているクライシス・プラン**を指します。(関係者用のクライシス・プランが存在するケースもあるため)
- ③ 本調査における「支援者」とは**社会復帰調整官や通院医療機関、訪問支援者(保健師など)、施設職員、家族など対象者の支援に関わる関係者をまとめて**指します。

Q1: 以下の項目についてあてはまる数字を○で囲む、あるいは記入してください。

1. 性別 : 1. 男性 2. 女性
2. 年齢 : _____ 歳
3. 精神科医療経験年数 : _____ 年 _____ 月
4. 医療観察法従事年数 : _____ 年 _____ 月 (医療観察法通院医療に関わってからの年数)
5. 指定通院医療機関に指定されてからの年数 : 約 _____ 年
6. 入院を経て通院医療に移行した対象者の受け入れ人数 : _____ 名
7. 医師と精神保健福祉士以外の担当チームの構成 (当てはまる全ての数字を○で囲んでください) :
 1. 外来看護師 2. 訪問看護師 3. 作業療法士 4. 心理士 5. 薬剤師
 6. その他 (_____)

Q2: クライシス・プランの作成・活用に関してお尋ねします。

1. 受け入れが決まった対象者がまだ**指定入院医療機関に入院している間(退院前)**にクライシス・プランについて**意見や希望を伝える機会**はありますか? **当てはまる数字1つに○をつけてください。**

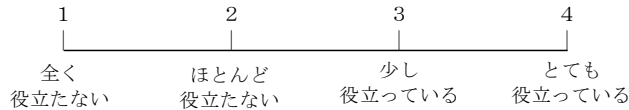


2. あなたの病院の医療観察法通院医療の担当メンバーはクライシス・プランを**対象者や支援者との間で、どの程度活用**していますか?**それぞれ当てはまる数字を○で囲んでください。**

		全くしていない	ほとんどしていない	時々している	いつもしている
1	病状に関わらず面接で活用する	1	2	3	4
2	病状に関わらず医師の診察で活用する	1	2	3	4
3	病状に関わらず担当チーム内での情報共有に活用する	1	2	3	4
4	病状に関わらずケア会議で活用する	1	2	3	4
5	病状に関わらず他の支援者との情報共有において活用する	1	2	3	4
6	病状悪化時に面接で活用する	1	2	3	4
7	病状悪化時に医師の診察で活用する	1	2	3	4
8	病状悪化時に担当チーム内での情報共有に活用する	1	2	3	4
9	病状悪化時にケア会議で活用する	1	2	3	4
10	病状悪化時に他の支援者との情報共有に活用する	1	2	3	4
11	その他 (_____)				

Q5：クライシス・プランの重要性と有用性（役立っているか）に関してお尋ねします。

1. 入院医療の中で作成されたクライシス・プランは通院医療において、どのくらい役立っていますか？最も当てはまる数字に○をつけてください。



2. クライシス・プランの機能に関する**重要性**について、「1」（全く重要ではない）～「4」（とても重要）の中で、また**有用性**について「1」（全く役立たない）～「4」（とても役立つ）の中で、**あなたの実感に最も当てはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。**

重要性 重要だと思うかどうか				有用性 実際に役立っているか					
重 要 で は な い	全 く 重 要 で は な い	あ ま り 重 要 で は な い	少 し 重 要	と て も 重 要	役 立 た な い	全 く 役 立 た な い	あ ま り 役 立 た な い	少 し 役 立 つ	と て も 役 立 つ

例	(クライシス・プランの機能として) 対象者と協力関係を築くこと	1	2	③	4	1	2	3	④
1	対象者の病状・状態の評価に関して支援者間で共有すること	1	2	3	4	1	2	3	4
2	対象者の安定した状態を維持すること	1	2	3	4	1	2	3	4
3	病状悪化時に対象者の希望が尊重されること	1	2	3	4	1	2	3	4
4	対象者の状態・病状に関する支援者同士の話し合いのツールになること	1	2	3	4	1	2	3	4
5	対象者と支援者が協力して治療を進めること	1	2	3	4	1	2	3	4
6	対象者が自分の状態・病状に気づくこと	1	2	3	4	1	2	3	4
7	対象者の非自発的入院（医療保護入院や措置入院）の回数が少なくなること	1	2	3	4	1	2	3	4
8	対象者と支援者の信頼関係を促進すること	1	2	3	4	1	2	3	4
9	支援者が対象者の病状悪化に早期に対応すること	1	2	3	4	1	2	3	4
10	対象者が主体的に治療に関わるようになること	1	2	3	4	1	2	3	4
11	支援者間の情報共有を促進すること	1	2	3	4	1	2	3	4
12	対象者が自分の状態・病状に応じて自ら対処できること	1	2	3	4	1	2	3	4
13	支援者が対象者の病状悪化時の対処を理解すること	1	2	3	4	1	2	3	4
14	支援者の連携につながること	1	2	3	4	1	2	3	4
15	対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えること	1	2	3	4	1	2	3	4
16	支援者と対象者のそれぞれの対処・対応を明確にすること	1	2	3	4	1	2	3	4
17	病状悪化時に対象者が希望する治療や対応を受けられること	1	2	3	4	1	2	3	4
18	対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談できること	1	2	3	4	1	2	3	4
19	支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握すること	1	2	3	4	1	2	3	4
20	支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解すること	1	2	3	4	1	2	3	4
21	再他害行為を防ぐこと	1	2	3	4	1	2	3	4
22	病状悪化時に対象者が望まない治療や対応が少なくなること	1	2	3	4	1	2	3	4
23	支援者が対象者の病状悪化のサインを理解すること	1	2	3	4	1	2	3	4
24	病状悪化時に対象者の権利を守ること	1	2	3	4	1	2	3	4

医療観察法におけるクライシス・プランに関するアンケート

<記入上の注意点>

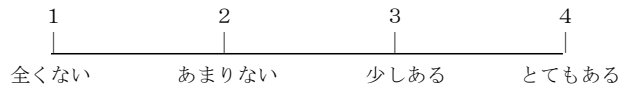
- ① 本調査は入院処遇から地域処遇に移行した対象者（直接通院対象者を除く）の精神保健観察に関してお尋ねいたします。
- ② ここでいう“クライシス・プラン”とは対象者と共有しているクライシス・プランを指します。（関係者用のクライシス・プランが存在するケースもあるため）
- ③ 本調査における「支援者」とは社会復帰調整官や通院医療機関、保健師、施設職員、家族など対象者の支援に関わる関係者をまとめて指します。

Q1：以下の項目についてあてはまる数字を○で囲む、あるいは記入してください。

1. 性別 : 1. 男性 2. 女性
2. 年齢 : _____ 歳
3. 社会復帰調整官勤務年数 : _____ 年 _____ ヶ月
4. 入院処遇から地域処遇に移行した対象者の担当数（途中から担当したケースを含む） :
 1. 10 ケース以下（_____ ケース）
 2. 10～20 ケース
 3. 21 ケース以上

Q2：クライシス・プランの作成・活用に関してお尋ねします。

1. 通院処遇に移行予定の対象者について、入院処遇中のクライシス・プランの作成段階でクライシス・プランについて意見や希望を伝える機会がありますか？当てはまる数字1つに○をつけてください。



2. あなたはクライシス・プランを対象者や支援者との間でどのように活用していますか？当てはまる数字を○で囲んでください。

	全くしていない	ほとんどしていない	時々している	いつもしている
1 病状に関わらず面接で活用する	1	2	3	4
2 病状に関わらずケア会議で活用する	1	2	3	4
3 病状に関わらずケア会議以外での他の支援者との情報共有において活用する	1	2	3	4
4 病状悪化時の面接で活用する	1	2	3	4
5 病状悪化時のケア会議で活用する	1	2	3	4
6 病状悪化時にケア会議以外での他の支援者との情報共有に活用する	1	2	3	4
7 その他 (_____)				

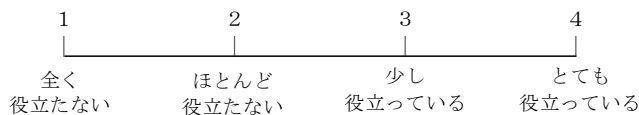
Q4：クライシス・プランの活用に関する問題点についてお尋ねします。

1. あなたが担当した対象者において、**クライシス・プランを活用できなかった場面**ではどのような理由がありましたか？以下のそれぞれの項目で**最も当てはまる数字を1つだけ**○で囲んでください。

		全く あては まらない	ほとん どあて はまら ない	少し あては まる	とて もあて はまる
1	対象者の特性（知的能力や高齢者など）からクライシス・プランの活用が困難だった	1	2	3	4
2	対象者がクライシス・プランを活用する習慣がなかった	1	2	3	4
3	支援者がクライシス・プランを活用する習慣がなかった	1	2	3	4
4	対象者がクライシス・プランに納得していなかった	1	2	3	4
5	支援者がクライシス・プランに納得していなかった	1	2	3	4
6	社会復帰調整官（自分）に時間的な余裕がなかった	1	2	3	4
7	他の支援者（通院医療機関や保健師など）に時間的な余裕がなかった	1	2	3	4
8	対象者の病状変化が急激だった	1	2	3	4
9	クライシス・プランが支援者の実情と合っていなかった（頻繁な状態確認など）	1	2	3	4
10	クライシス・プランが詳細すぎて実行が困難だった	1	2	3	4
11	クライシス・プランに記載された症状と対象者の病状とが合っていなかった	1	2	3	4
12	対象者がクライシス・プランについて重要視していなかった	1	2	3	4
13	指定通院医療機関がクライシス・プランについて重要視していなかった	1	2	3	4
14	社会復帰調整官（自分）がクライシス・プランについて重要視していなかった	1	2	3	4
15	指定通院医療機関以外の支援者がクライシス・プランについて重要視していなかった	1	2	3	4
16	支援者間のクライシス・プランを用いた情報共有がスムーズにできなかった	1	2	3	4
17	その他（ ）				

Q5：クライシス・プランの重要性と有用性（役立っているか）についてお尋ねします。

1. 入院処遇中に作成されたクライシス・プランは**精神保健観察**において、どのくらい役立っていますか？**最も当てはまる数字に○をつけてください。**



2. 精神保健観察においてクライシス・プラン（加筆・修正されたものを含む）が**役立った場面**について教えてください。

[]

3. クライシス・プランの機能に関する**重要性**について、「1」（全く重要ではない）～「4」（とても重要）の中で、また**有用性**について「1」（全く役立たない）～「4」（とても役立つ）の中で、**あなたの実感に最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。**

例	(クライシス・プランの機能として) 対象者と協力関係を築くこと	重要性 重要だと思うかどうか				有用性 実際に役立っているか					
		重要ではない	全く重要ではない	あまり重要ではない	少し重要	とても重要	役立たない	全く役立たない	あまり役立つ	少し役立つ	とても役立つ
		1	2	3	4	1	2	3	4		
		1	2	3	4	1	2	3	4		
1	対象者の病状・状態の評価に関して支援者間で共有すること	1	2	3	4	1	2	3	4		
2	対象者の安定した状態を維持すること	1	2	3	4	1	2	3	4		
3	病状悪化時に対象者の希望が尊重されること	1	2	3	4	1	2	3	4		
4	対象者の状態・病状に関する支援者同士の話し合いのツールになること	1	2	3	4	1	2	3	4		
5	対象者と支援者が協力して治療を進めること	1	2	3	4	1	2	3	4		
6	対象者が自分の状態・病状に気づくこと	1	2	3	4	1	2	3	4		
7	対象者の非自発的入院（医療保護入院や措置入院）の回数が少なくなること	1	2	3	4	1	2	3	4		
8	対象者と支援者の信頼関係を促進すること	1	2	3	4	1	2	3	4		
9	支援者が対象者の病状悪化に早期に対応すること	1	2	3	4	1	2	3	4		
10	対象者が主体的に治療に関わるようになること	1	2	3	4	1	2	3	4		
11	支援者間の情報共有を促進すること	1	2	3	4	1	2	3	4		
12	対象者が自分の状態・病状に応じて自ら対処できること	1	2	3	4	1	2	3	4		
13	支援者が対象者の病状悪化時の対処を理解すること	1	2	3	4	1	2	3	4		
14	支援者の連携につながる	1	2	3	4	1	2	3	4		
15	対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えること	1	2	3	4	1	2	3	4		
16	支援者と対象者のそれぞれの対処・対応を明確にすること	1	2	3	4	1	2	3	4		
17	病状悪化時に対象者が希望する治療や対応を受けられること	1	2	3	4	1	2	3	4		
18	対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談できること	1	2	3	4	1	2	3	4		
19	支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握すること	1	2	3	4	1	2	3	4		
20	支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解すること	1	2	3	4	1	2	3	4		
21	再他害行為を防ぐこと	1	2	3	4	1	2	3	4		
22	病状悪化時に対象者が望まない治療や対応が少なくなる	1	2	3	4	1	2	3	4		
23	支援者が対象者の病状悪化のサインを理解すること	1	2	3	4	1	2	3	4		
24	病状悪化時に対象者の権利を守ること	1	2	3	4	1	2	3	4		

4. クライシス・プランが**精神保健観察**において、より役立つものになるために**重要**と思われることがありましたら教えてください。

()

お忙しい中、ご協力本当にありがとうございました。

医療観察法におけるクライシス・プランに関するアンケート

「クライシス・プラン」とは入院中に作成した、「自分の精神的な具合・状態と自分の対処や周りの支援者（病院のスタッフや調整官など）の対応」をまとめた用紙のことです。もしよくわからない場合は担当の調整官にお尋ねください。

《回答の記入例》

例1. もしあなたが男性であれば以下のように、当てはまる数字に○をつけてください。
 性別 : ① 男性 2. 女性

例2. もし、あなたが現在30歳であれば、以下のように線の上に「30」と書いてください。
 年齢 : 30 歳

例3. もし、「当てはまる数字1つに○をつけてください」とある場合には次のように○をつけてください。

0a	0b	1	2	③	4
		_____	_____	_____	_____
○○○○	××××	全く△△	あまり△△	少し□□	とても□□

Q1: つぎの項目について当てはまる数字を○で囲む、あるいは記入してください。

1. 性別 : 1. 男性 2. 女性
2. 年齢 : _____ 歳
3. 現在の居住形態 : 1. 家族と同居 2. 一人暮らし 3. 施設（援護寮、グループホームなど）
4. その他（ _____ ）
4. 通院処遇期間 : _____ 年 _____ ヶ月（通院処遇になってからの期間）

Q2: 現在のクライシス・プランについてお尋ねします。

1. 現在、クライシス・プランを持っていますか？当てはまる数字に○をつけてください。
 1. 持っている 2. 無くした 3. 捨てた 4. 作っていない

Q3: さいがた医療センターに入院していた時のクライシス・プラン作成についてお尋ねします。

1. さいがた医療センターに入院中、クライシス・プランについての説明をどのくらい受けましたか？もっとも当てはまる数字1つに○をつけてください。

0a	0b	1	2	3	4
		_____	_____	_____	_____
クライシス・プラン を作っていない	わからない または忘れた	全く なかった	あまり なかった	少し あった	とても あった

2. さいがた医療センターに入院中、クライシス・プランを作る時にあなたの意見や希望はどのくらい聞かれましたか？あてはまる数字1つに○をつけてください。

0a 0b 1 2 3 4

| | |-----| | | | |

クライシス・プラン わからない 全く あまり 少し とても
 を作っていない または忘れた 聞かれなかった 聞かれなかった 聞かれた 聞かれた

Q4：クライシス・プランの活用についてお尋ねします。

1. さいがた医療センターから退院してから現在までの間で、精神的に具合が悪いときはありましたか？

1. 全くなかった 2. 少しあった 3. 何度もあった 4. 覚えていない

2. 現在、あなたはどのような時にクライシス・プランを活用していますか？それぞれの質問について、もっともあてはまる数字1つに○をつけてください。

		全くしていない	ほとんどいない	時々	いつも
例：内容を確認する		1	2	3	4
1	精神的な具合に関わらず自分で状態や対処などを確認する	1	2	3	4
2	精神的な具合に関わらず病院のスタッフと状態や対処などを確認する	1	2	3	4
3	精神的な具合に関わらず調整官と状態や対処を確認などする	1	2	3	4
4	精神的な具合に関わらず訪問支援者と状態や対処などを確認する	1	2	3	4
5	精神的な具合に関わらず家族、または施設職員と状態や対処などを確認する	1	2	3	4
6	精神的な具合に関わらずケア会議でクライシス・プランを使って具合などを伝える	1	2	3	4
7	精神的な具合が悪い時に自分で見て状態や対処などを確認する	1	2	3	4
8	精神的な具合が悪い時に病院のスタッフと一緒に見て、状態や対処などを確認する	1	2	3	4
9	精神的な具合が悪い時に調整官と一緒に見て、状態や対処などを確認する	1	2	3	4
10	精神的な具合が悪い時に訪問支援者と状態や対処などを確認する	1	2	3	4
11	精神的な具合が悪い時に家族、または施設職員と状態や対処などを確認する	1	2	3	4
12	精神的な具合が悪い時のケア会議でクライシス・プランを使って具合などを伝える	1	2	3	4
13	その他 ()				

3. 精神的に具合が悪いときにクライシス・プランの「支援者の対応（話を聞く、追加薬をすすめる、臨時の受診をすすめるなど）」をしてもらえましたか？あてはまる数字1つに○をつけてください。

0a 0b 1 2 3 4

| | |-----| | | | |

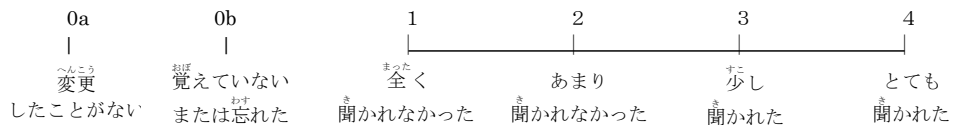
具合が悪くなった わからない 全く あまり 時々 いつも
 ことがない または忘れた なかった なかった あった あった

Q5: クライシス・プランの変更についてお尋ねします。

1. さいがた医療センターを退院してからクライシス・プランの内容を変更したことがありますか？あてはまる数字1つに○をつけてください。

1. 1度もない 2. 1度 3. 2度以上 4. クライシス・プランを持っていない 5. 覚えていない

2. さいがた医療センターを退院してからクライシス・プランの内容を変更した時にあなたの意見や希望はどのくらい聞かれましたか？



Q6: クライシス・プランが役立っているかをお尋ねします。

1. あなたはクライシス・プランについてどのように考えていますか？それぞれの質問について、もつともあてはまる数字1つに○をつけてください。

全く あてはまらない	ほとんど あてはまらない	すこし あてはまる	とても あてはまる
---------------	-----------------	--------------	--------------

例: クライシス・プランは大切だ	1	2	3	4
1 クライシス・プランは自分にとって必要なものだ	1	2	3	4
2 クライシス・プランを使って話をしたくない	1	2	3	4
3 自分のクライシス・プランの内容に納得している	1	2	3	4
4 クライシス・プランを見るのは面倒だ	1	2	3	4
5 クライシス・プランを持っているだけで嫌な気持ちになる	1	2	3	4
6 クライシス・プランは自分にとって役立っている	1	2	3	4
7 クライシス・プランは医療観察法が終わっても使い続けたい	1	2	3	4
8 クライシス・プランを何のために持っているかわからない	1	2	3	4
9 その他 ()				

2. クライシス・プランがどの程度役立つかについて、あなたの**実感**にもっともあてはまる数字に**1つだけ○**をつけてください。なお、ここでの「支援者」とは病院スタッフや社会復帰調整官、訪問支援者（保健師など）、家族、施設職員など、あなたの支援に関わる人をまとめて指します。

例	役に立 たない	全 く	役に立 たない	役に立 つ	少 し	役 に立 つ
安定した生活ができる	1	2	3	4	5	6
1 支援者と精神的な具合について話しやすい	1	2	3	4	5	6
2 強制的な入院を避けられる	1	2	3	4	5	6
3 自分の精神的な具合を支援者に相談できる	1	2	3	4	5	6
4 精神的な具合が悪い時に自分の希望を大切にもらえる	1	2	3	4	5	6
5 精神的な具合が悪い時に自分がしてほしい治療や対応を避けられる	1	2	3	4	5	6
6 対象行為と同じような行為を防ぐことができる	1	2	3	4	5	6
7 自分が対処することと支援者にしてもらうことがはっきりする	1	2	3	4	5	6
8 精神的な具合が悪くなった時にすぐに対応してもらえる	1	2	3	4	5	6
9 自分の精神的な具合に合った対処ができる	1	2	3	4	5	6
10 精神的に具合のよい状態を続けられる	1	2	3	4	5	6
11 支援者との信頼関係につながる	1	2	3	4	5	6
12 自分で自分の精神的な具合を安定しようという気持ちになる	1	2	3	4	5	6
13 自分の精神的な具合に気づける	1	2	3	4	5	6
14 支援者と協力して治療を進められる	1	2	3	4	5	6
15 精神的な具合が悪い時に自分がしてほしい治療や対応をしてもらえる	1	2	3	4	5	6

3. さいがた医療センターを退院後、クライシス・プランが**役立った場面**があれば教えてください

()

4. クライシス・プランが**今よりもっと役立つ**ものになるためにご意見がございましたら教えてください。

()

Q7：あなたの現在のご様子やお考えについてお尋ねします。

1. 以下のことがらについて、あなたはどれだけ自信がありますか。「0（全く自信が無い）から「10（絶対に自信がある）」の間で、それぞれ今のあなたの気持ちにもっともあてはまる数字1つに○をつけてください

	自信が ない	どちら でもない	自信が 絶対 にある								
例：定期的に運動をする	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 約束どおり病院へ通う	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2 処方されたくすりをきちんと飲む	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3 病気や治療、くすり、症状などについて、知りたい情報を得る	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4 くすりの副作用があらわれたとき、自分で気づく	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5 病気の状態が悪くなりかけたら、病院に行く	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6 自分にあった方法（おしゃべり・睡眠・好きなことをするなど）でストレスを解消する	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7 再発の注意サイン（不安・イライラ・眠れないなど）に自分で気づき、適切に対応する	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8 つかれたと感じたら、自分で適当に休む	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. さいがた医療センターでの入院医療について、役立ったことや役立たなかったことなど、ご自身の経験を振り返ってご意見があれば教えてください。

[]

3. 以下のそれぞれの項目についてあてはまる数字に○をつけてください。

- 病名： 1. 統合失調症 2. 気分障害（うつ病、双極性障害） 3. その他（ ）
 対象行為： 1. 殺人・殺人未遂 2. 傷害 3. 放火 4. 強制わいせつ

アンケートは以上になります。ご協力、本当にありがとうございました。

◎お疲れ様でした。2月29日までに同封した返信用封筒にてポストに入れていただければ幸いです。よろしくお願いたします。

研究6 介入研究 介入1ヶ月前アンケート

記入日：____年__月__日

「医療観察法入院病棟スタッフにおけるクライシス・プラン作成研修プログラム」
に関するアンケート

＜記入上の注意点＞

- ① 研究に参加しなくても研修には参加いただけます。
- ② ここでいう“クライシス・プラン”とは**対象者と共有するクライシス・プラン**を指します。（関係者用のクライシス・プランが存在するケースもあるため）
- ③ 本調査における「支援者」とは**社会復帰調整官や通院医療機関、訪問支援者（保健師など）、施設職員、家族など対象者の支援に関わる関係者をまとめて**指します。

Q1：以下の項目についてあてはまる数字を○で囲む、あるいは記入してください。

- 1. 性別 : 1. 男性 2. 女性
- 2. 年齢 : _____ 歳
- 3. 職種 : 1. 医師 2. 看護師 3. 心理士 4. 作業療法士 5. 精神保健福祉士
- 4. 精神科経験年数 : 約 ____ 年 ____ ヶ月
- 5. 医療観察法病棟勤務年数 : 約 ____ 年 ____ ヶ月
- 6. 主担当として受け持った医療観察法通院処遇移行ケース数（途中交代であっても退院時に主担当であったケースを含む）：
_____ ケース（数字をご記入ください）
- 7. クライシス・プランに関する研修の受講経験（院内、院外のどちらでも構いません）
1. ある 2. ない
- 8. 今回の研修について、どの程度関心がありますか？

1 2 3 4 5
|-----|-----|-----|-----|
全く あまり どちらとも 少し とても
関心がない 関心がない 言えない 関心がある 関心がある

裏面もあります

Q2：クライシス・プランの作成 に関してお尋ねします。

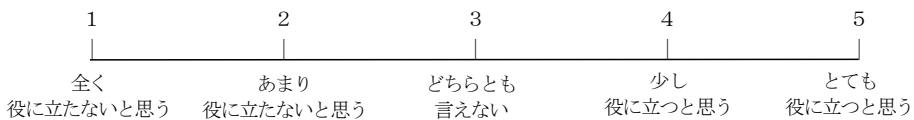
1. あなたはこれまで**担当する対象者のクライシス・プランの作成過程**（紙面にまとめていくこと）にどの程度関わった経験がありますか（一度でも構いません）？**あてはまる数字に1つだけ○をつけてください。**ここでいう「関わる」とは担当ケースの対象者と一緒に作成したり、MDT会議やCPA会議、ケア会議で内容を検討することなどを指します。



2. あなたはこれまでにクライシス・プランをMDT（担当他職種チーム）の中心となって、**何ケースで作成した経験**（紙面にまとめていくこと）がありますか？**あてはまる数字に1つだけ○をつけてください。**ここでいう「中心」とは、本人と面接して内容を検討するなど、作成の重要な部分を担当することを指します。

- 1. 作成経験はない
- 2. 10 ケース未満 (___ ケース)
- 3. 10 ケース以上
- 4. 複数の職種で行なうことになっているため、そもそも中心となる人物はいない

3. 医療観察法入院処遇で作成するクライシス・プランは一般的に、**通院処遇移行後にどの程度、役立つ**と思いますか？ここでいう「役立つ」とは対象者自身の活用や支援者の対応、情報共有などに活用されることを指します。



4. クライシス・プランの**作成に関する理解度**についてお尋ねします。以下のそれぞれの項目について**どの程度、知っていますか？**「1」（全く知らない）～「4」（とてもよく知っている）の中で、**最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください。**

	知らない	少し知っている	ある程度知っている	とてもよく知っている
例 協力して作成すること	1	2	3	4
1 作成を始めるための対象者に対するクライシス・プランの説明	1	2	3	4
2 クライシス・プランを順序立てて作成する方法	1	2	3	4
3 対象者におけるクライシス・プランの重要性を高めるための対象者への関わり方	1	2	3	4
4 支援者におけるクライシス・プランの重要性を高めるための支援者への関わり方	1	2	3	4
5 対象者の考えや希望を確認しながら作成するための進め方	1	2	3	4
6 支援者の考えや希望を確認しながら作成するための進め方	1	2	3	4
7 対象者とMDTで意見を出し合いながら合意を得るための進め方	1	2	3	4
8 対象者とMDT、支援者全体で意見を出し合いながら合意を得るための進め方	1	2	3	4
9 対象者の退院後の地域生活に即したクライシス・プランにするための方法	1	2	3	4

5. MDTの中であなたが中心となって対象者とクライシス・プランを作成することになった場合、最終的に取り入れる項目について、必要だと思うかどうかを「1」（全く必要ではない）～「7」（絶対に必要）の中で、また取り入れることができる自信について「1」（全く自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください。

	必要性 必要と思うかどうか							取り入れることができる自信 自分なら取り入れられる と思うかどうか						
	全く必要ではない	ほとんど必要ではない	あまり必要ではない	どちらともいえない	少し必要	ある程度必要	絶対に必要	全く自信がない	ほとんど自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
例 協力して作成すること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1 対象者の病状の段階（安定・注意など）に応じた症状を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2 対象者の病状の段階に応じた支援者の対応を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3 対象者の病状の段階に応じた対象者自身の対処を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4 良い状態を維持するために対象者が行うことや注意点を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5 良い状態を維持するために支援者が行うことや注意点を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6 病状悪化時の治療・対応に関する対象者の希望を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7 対象者の強み（ストレングス）や長所を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8 対象者の状態・病状に影響するストレスを取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

6. クライシス・プランの作成に関するあなたにとっての「実行できる自信」について「1」（全くできる自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	実行できる自信 自分なら実行できると思うかどうか						
	全く自信がない	ほとんど自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
例 協力して作成すること	1	2	3	4	5	6	7
1 作成を始めるために対象者にクライシス・プランを説明すること	1	2	3	4	5	6	7
2 クライシス・プランを順序立てて作成すること	1	2	3	4	5	6	7
3 対象者におけるクライシス・プランの重要性を高めること	1	2	3	4	5	6	7
4 支援者におけるクライシス・プランの重要性を高めること	1	2	3	4	5	6	7
5 対象者の意見や希望を確認しながら作成すること	1	2	3	4	5	6	7
6 支援者の意見や希望を確認しながら作成すること	1	2	3	4	5	6	7
7 対象者とMDTで意見を出し合いながら合意を得ること	1	2	3	4	5	6	7
8 対象者とMDT、支援者全体で意見を出し合いながら合意を得ること	1	2	3	4	5	6	7
9 対象者の退院後の地域生活に即したクライシス・プランにすること	1	2	3	4	5	6	7

裏面もあります

7. 以下に挙げているクライシス・プランが通院処遇移行後に持つさまざまな機能について、あなたは実際にどの程度それらに役立つプランを作成する自信がありますか？「1」（全く自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

		全く自信がない	ほとんど自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
例	対象者と協力関係を築くことに役立つプランを作れる	1	2	3	4	(5)	6	7
1	対象者の病状・状態の評価に関する支援者間の情報共有に役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
2	対象者の安定した状態を維持することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
3	病状悪化時に対象者の希望が尊重されることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
4	対象者が自分の状態・病状に気づくことに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
5	対象者の非自発的入院（医療保護入院等）の回数が少なくなることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
6	支援者が対象者の病状悪化に早期に対応できることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
7	対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
8	対象者と支援者のそれぞれの対処・対応を明確にすることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
9	病状悪化時に対象者が希望する治療や対応を受けられることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
10	対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
11	支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
12	支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
13	病状悪化時に対象者の望まない治療や対応が少なくなることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
14	支援者が対象者の病状悪化のサインを理解することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
15	病状悪化時に支援者が対象者の権利を守ることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7

8. あなたはクライシス・プラン作成に関するスキルについて、どの程度実行する自信がありますか？「1」（全く自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

		全く自信がない	ほとんど自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
1	対象者が自分の考えを話しやすいようにオープンクエッション（Yes か No で答えられる質問ではなく、自由に話してもらう質問）を使うことができる	1	2	3	4	5	6	7
2	対象者の話した内容について肯定的に対応することができる	1	2	3	4	5	6	7
3	対象者の価値観に合わせ、対象者が役立つと思う対処や支援者の対応を取り入れることができる	1	2	3	4	5	6	7
4	対象者の話した内容の要点をまとめることができる	1	2	3	4	5	6	7

9. クライシス・プラン作成に関する難しさや大変さがあれば教えてください。

()

研修1ヶ月前アンケートは以上になります。お忙しいところ、ご協力、本当にありがとうございました。
 なお、アンケートは4回あり、全てまとめてお送りいただくこととなりますので、付属の封筒に入れて保管しておいてください。

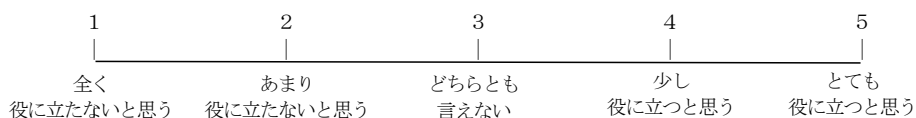
「医療観察法入院病棟スタッフにおけるクライシス・プラン作成研修プログラム」
に関するアンケート

<記入上の注意点>

- ① 研究に参加しなくても研修には参加いただけます。
- ② ここでいう“クライシス・プラン”とは**対象者と共有するクライシス・プラン**を指します。(関係者用のクライシス・プランが存在するケースもあるため)
- ③ 本調査における「支援者」とは**社会復帰調整官や通院医療機関、訪問支援者(保健師など)、施設職員、家族など対象者の支援に関わる関係者をまとめて**指します。

Q1: クライシス・プランの**作成**に関してお尋ねします。

1. 医療観察法入院処遇で作成するクライシス・プランは一般的に、**通院処遇移行後にどの程度、役立つ**と思いますか？ここでいう「役立つ」とは対象者自身の活用や支援者の対応、情報共有などに活用されることを指します。



2. クライシス・プランの**作成に関する理解度**についてお尋ねします。以下のそれぞれの項目について**どの程度、知っていますか**？「1」(全く知らない)～「4」(とてもよく知っている)の中で、**最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください**。

		全く知らない	少し知っている	ある程度知っている	とてもよく知っている
例	協力して作成すること	1	②	3	4
1	作成を始めるための対象者に対するクライシス・プランの説明	1	2	3	4
2	クライシス・プランを順序立てて作成する方法	1	2	3	4
3	対象者におけるクライシス・プランの重要性を高めるための対象者への関わり方	1	2	3	4
4	支援者におけるクライシス・プランの重要性を高めるための支援者への関わり方	1	2	3	4
5	対象者の考えや希望を確認しながら作成するための進め方	1	2	3	4
6	支援者の考えや希望を確認しながら作成するための進め方	1	2	3	4
7	対象者とMDTで意見を出し合いながら合意を得るための進め方	1	2	3	4
8	対象者とMDT、支援者全体で意見を出し合いながら合意を得るための進め方	1	2	3	4
9	対象者の退院後の地域生活に即したクライシス・プランにするための方法	1	2	3	4

裏面もあります

3. MDTの中であなたが中心となって対象者とクライシス・プランを作成することになった場合、最終的に取り入れる項目について、必要だと思うかどうかを「1」（全く必要ではない）～「7」（絶対に必要）の中で、また取り入れることができる自信について「1」（全く自信がない）～「7」（完全に自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください。

	必要性 必要と思うかどうか							取り入れることができる自信 自分なら取り入れられると思うかどうか						
	全く必要ではない	ほとんど必要ではない	あまり必要ではない	どちらともいえない	少し必要	ある程度必要	絶対に必要	全く自信がない	ほとんど自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
例 協力して作成すること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1 対象者の病状の段階（安定・注意など）に応じた症状を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2 対象者の病状の段階に応じた支援者の対応を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3 対象者の病状の段階に応じた対象者自身の対処を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4 良い状態を維持するために対象者が行うことや注意点を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5 良い状態を維持するために支援者が行うことや注意点を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6 病状悪化時の治療・対応に関する対象者の希望を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7 対象者の強み（ストレンクス）や長所を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8 対象者の状態・病状に影響するストレスを取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

4. クライシス・プランの作成に関するあなたにとっての「実行できる自信」について「1」（全くできる自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	実行できる自信 自分なら実行できると思うかどうか						
	全く自信がない	ほとんど自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
例 協力して作成すること	1	2	3	4	5	6	7
1 作成を始めるために対象者にクライシス・プランを説明すること	1	2	3	4	5	6	7
2 クライシス・プランを順序立てて作成すること	1	2	3	4	5	6	7
3 対象者におけるクライシス・プランの重要性を高めること	1	2	3	4	5	6	7
4 支援者におけるクライシス・プランの重要性を高めること	1	2	3	4	5	6	7
5 対象者の意見や希望を確認しながら作成すること	1	2	3	4	5	6	7
6 支援者の意見や希望を確認しながら作成すること	1	2	3	4	5	6	7
7 対象者とMDTで意見を出し合いながら合意を得ること	1	2	3	4	5	6	7
8 対象者とMDT、支援者全体で意見を出し合いながら合意を得ること	1	2	3	4	5	6	7
9 対象者の退院後の地域生活に即したクライシス・プランにすること	1	2	3	4	5	6	7

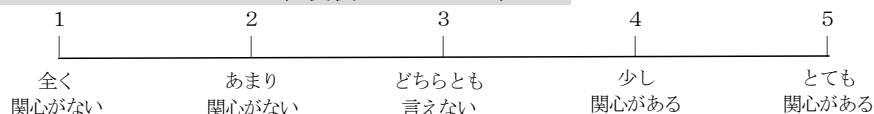
5. 以下に挙げているクライシス・プランが通院処遇移行後に持つさまざまな機能について、あなたは実際にどの程度それらに役立つプランを作成する自信がありますか？「1」（全く自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

		全く自信がない	ほとんど自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
例	対象者と協力関係を築くことに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
1	対象者の病状・状態の評価に関する支援者間の情報共有に役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
2	対象者の安定した状態を維持することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
3	病状悪化時に対象者の希望が尊重されることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
4	対象者が自分の状態・病状に気づくことに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
5	対象者の非自発的入院（医療保護入院等）の回数が少なくなることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
6	支援者が対象者の病状悪化に早期に対応できることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
7	対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
8	対象者と支援者のそれぞれの対処・対応を明確にすることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
9	病状悪化時に対象者が希望する治療や対応を受けられることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
10	対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
11	支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
12	支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
13	病状悪化時に対象者の望まない治療や対応が少なくなることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
14	支援者が対象者の病状悪化のサインを理解することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
15	病状悪化時に支援者が対象者の権利を守ることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7

6. あなたはクライシス・プラン作成に関するスキルについて、どの程度実行する自信がありますか？「1」（全く自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

		全く自信がない	自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	自信がある	とても自信がある
1	対象者が自分の考えを話しやすいようにオープンクエッション（Yes か No で答えられる質問ではなく、自由に話してもらう質問）を使うことができる	1	2	3	4	5	6	7
2	対象者の話した内容について肯定的に対応することができる	1	2	3	4	5	6	7
3	対象者の価値観に合わせ、対象者が役立つと思う対処や支援者の対応を取り入れることができる	1	2	3	4	5	6	7
4	対象者の話した内容の要点をまとめることができる	1	2	3	4	5	6	7

7. あなたは今回の研修について、どの程度関心がありますか？



研修直前のアンケートは以上になります。ご協力、本当にありがとうございました。なお、アンケートは4回あり、全てまとめてお送りいただくこととなりますので、付属の封筒に入れて保管しておいてください。

医療観察法入院病棟スタッフにおけるクライシス・プラン作成研修プログラムに関するアンケート

<記入上の注意点>

- ① 研究に参加しなくても研修には参加いただけます。
- ② ここでいう“クライシス・プラン”とは**対象者と共有するクライシス・プラン**を指します。(関係者用のクライシス・プランが存在するケースもあるため)
- ③ 本調査における「支援者」とは**社会復帰調整官や通院医療機関、訪問支援者(保健師など)、施設職員、家族など対象者の支援に関わる関係者をまとめて指します。**

Q1: クライシス・プランの作成に関してお尋ねします。

1. ホームワーク(1回目と2回目の間に自主的に取り組む課題)には取り組みましたか?

- 1. 取り組んだ
- 2. 取り組んでいない

2. クライシス・プランの作成に関する理解度についてお尋ねします。以下のそれぞれの項目についてどの程度、知っていますか? 「1」(全く知らない)～「4」(とてもよく知っている)の中で、最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください。

		全 く 知 ら な い	少 し 知 っ て い る	知 る 程 度	と て も よ く 知 っ て い る
例	協力して作成すること	1	②	3	4
1	作成を始めるための対象者に対するクライシス・プランの説明	1	2	3	4
2	クライシス・プランを順序立てて作成する方法	1	2	3	4
3	対象者におけるクライシス・プランの重要性を高めるための対象者への関わり方	1	2	3	4
4	支援者におけるクライシス・プランの重要性を高めるための支援者への関わり方	1	2	3	4
5	対象者の考えや希望を確認しながら作成するための進め方	1	2	3	4
6	支援者の考えや希望を確認しながら作成するための進め方	1	2	3	4
7	対象者とMDTで意見を出し合いながら合意を得るための進め方	1	2	3	4
8	対象者とMDT、支援者全体で意見を出し合いながら合意を得るための進め方	1	2	3	4
9	対象者の退院後の地域生活に即したクライシス・プランにするための方法	1	2	3	4

裏面もあります

3. MDTの中であなたが中心となって対象者とクライシス・プランを作成することになった場合、最終的に取り入れる項目について、必要だと思うかどうかを「1」（全く必要ではない）～「7」（絶対に必要）の中で、また取り入れることができる自信について「1」（全く自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください。

	必要性 必要と思うかどうか							取り入れることができる自信 自分なら取り入れられる と思うかどうか						
	全く必要ではない	ほとんど必要ではない	あまり必要ではない	どちらともいえない	少し必要	ある程度必要	絶対に必要	全く自信がない	ほとんど自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
例 協力して作成すること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1 対象者の病状の段階（安定・注意など）に応じた症状を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2 対象者の病状の段階に応じた支援者の対応を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3 対象者の病状の段階に応じた対象者自身の対処を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4 良い状態を維持するために対象者が行うことや注意点を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5 良い状態を維持するために支援者が行うことや注意点を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6 病状悪化時の治療・対応に関する対象者の希望を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7 対象者の強み（ストレングス）や長所を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8 対象者の状態・病状に影響するストレスを取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

4. クライシス・プランの作成に関するあなたにとっての「実行できる自信」について「1」（全くできる自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	実行できる自信 自分なら実行できると思うかどうか						
	全く自信がない	ほとんど自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
例 協力して作成すること	1	2	3	4	5	6	7
1 作成を始めるために対象者にクライシス・プランを説明すること	1	2	3	4	5	6	7
2 クライシス・プランを順序立てて作成すること	1	2	3	4	5	6	7
3 対象者におけるクライシス・プランの重要性を高めること	1	2	3	4	5	6	7
4 支援者におけるクライシス・プランの重要性を高めること	1	2	3	4	5	6	7
5 対象者の意見や希望を確認しながら作成すること	1	2	3	4	5	6	7
6 支援者の意見や希望を確認しながら作成すること	1	2	3	4	5	6	7
7 対象者とMDTで意見を出し合いながら合意を得ること	1	2	3	4	5	6	7
8 対象者とMDT、支援者全体で意見を出し合いながら合意を得ること	1	2	3	4	5	6	7
9 対象者の退院後の地域生活に即したクライシス・プランにすること	1	2	3	4	5	6	7

5. 以下に挙げているクライシス・プランが通院処遇移行後に持つさまざまな機能について、あなたは実際にどの程度それらに役立つプランを作成する自信がありますか？「1」（全く自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

		全く自信がない	ほとんど自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
例	対象者と協力関係を築くことに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
1	対象者の病状・状態の評価に関する支援者間の情報共有に役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
2	対象者の安定した状態を維持することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
3	病状悪化時に対象者の希望が尊重されることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
4	対象者が自分の状態・病状に気づくことに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
5	対象者の非自発的入院（医療保護入院等）の回数が少なくなることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
6	支援者が対象者の病状悪化に早期に対応できることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
7	対象者と支援者の状態・病状について話し合う機会が増えることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
8	対象者と支援者のそれぞれの対処・対応を明確化することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
9	病状悪化時に対象者が希望する治療や対応を受けられることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
10	対象者が自分の状態・病状を自ら支援者に相談することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
11	支援者が対象者の病状や状態を日常的に把握することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
12	支援者が個々の対象者特有の病状変化を理解することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
13	病状悪化時に対象者の望まない治療や対応が少なくなることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
14	支援者が対象者の病状悪化のサインを理解することに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7
15	病状悪化時に支援者が対象者の権利を守ることに役立つプランを作れる	1	2	3	4	5	6	7

6. あなたはクライシス・プラン作成に関するスキルについて、どの程度実行する自信がありますか？「1」（全く自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

		全く自信がない	ほとんど自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
1	対象者が自分の考えを話しやすいようにオープンセッション（Yes か No される質問ではなく、自由に話してもらう質問）を使うことができる	1	2	3	4	5	6	7
2	対象者の話した内容について肯定的に対応することができる	1	2	3	4	5	6	7
3	対象者の価値観に合わせ、対象者が役立つと思う対処や支援者の対応を取り入れることができる	1	2	3	4	5	6	7
4	対象者の話した内容の要点をまとめることができる	1	2	3	4	5	6	7

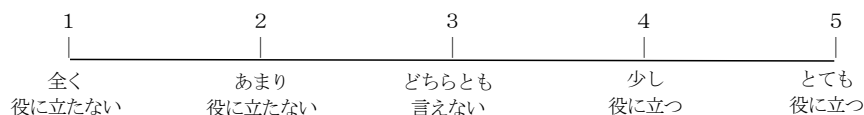
裏面もあります

Q2：今回の研修プログラムについてお尋ねします。

1. 以下に8個の項目があります。各項目を読んで、以下の文章に**どの程度そう思うか**を「1」（当てはまらない）～「4」（あてはまる）の中で、**あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○**をつけてください。

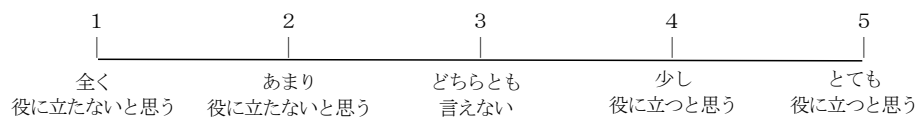
	あてはまらない	あまりあてはまらない	少しあてはまる	あてはまる
例 あなたの受けた研修は楽しかったですか？	1	2	3	4
1 あなたが受けた研修の質は高かったですか	1	2	3	4
2 あなたが望んでいた研修は受けられましたか	1	2	3	4
3 研修プログラムはあなたが必要としていたものでしたか	1	2	3	4
4 もし知人（医観法病棟勤務と仮定）がクライシス・プラン作成の研修を必要としていたら、この研修プログラムを推薦しますか	1	2	3	4
5 困っていることに対して十分に時間をかけた研修を受けたと満足していますか	1	2	3	4
6 研修を受けたことで、あなたが効果的にプランを作成できるよう役立ちそうですか	1	2	3	4
7 全体として、一般的にいて、あなたが受けた研修に満足していますか	1	2	3	4
8 クライシス・プラン作成で困った時、この研修プログラムのテキストを見返したいと思いませんか	1	2	3	4

2. 今回の研修はあなたにとってどの程度、**役立つものでしたか？**



よろしければ上記回答の理由を教えてください

3. 今回の研修を踏まえて作成したクライシス・プランは一般的に、**通院処遇移行後にどの程度、役立つ**と思いますか？
 ここでいう「役立つ」とは対象者自身の活用や支援者の対応、情報共有などに活用されることを指します。



よろしければ上記回答の理由を教えてください

4. 本研修プログラムに関するご意見や感想がございましたら、ぜひ教えてください（どのようなことでも構いません）。

研修直後アンケートは以上になります。お忙しいところ、ご協力、本当にありがとうございました。
 なお、アンケートは4回あり、全てまとめてお送りいただくこととなりますので、付属の封筒に入れて保管しておいてください。

医療観察法入院病棟スタッフにおけるクライシス・プラン作成研修プログラムに関するアンケート

<記入上の注意点>

- ① 研究に参加しなくても研修には参加いただけます。
- ② ここでいう“クライシス・プラン”とは**対象者と共有するクライシス・プラン**を指します。(関係者用のクライシス・プランが存在するケースもあるため)
- ③ 本調査における「支援者」とは**社会復帰調整官や通院医療機関、訪問支援者（保健師など）、施設職員、家族など対象者の支援に関わる関係者をまとめて**指します。

Q1：クライシス・プランの**作成**に関してお尋ねします。

1. クライシス・プランの**作成に関する理解度**についてお尋ねします。以下のそれぞれの項目について**どの程度、知っていますか？**「1」（全く知らない）～「4」（とてもよく知っている）の中で、**最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください。**

	知らない	少し知っている	ある程度知っている	とてもよく知っている
例 協力して作成すること	1	2	(3)	4
1 作成を始めるための対象者に対するクライシス・プランの説明	1	2	3	4
2 クライシス・プランを順序立てて作成する方法	1	2	3	4
3 対象者におけるクライシス・プランの重要性を高めるための対象者への関わり方	1	2	3	4
4 支援者におけるクライシス・プランの重要性を高めるための支援者への関わり方	1	2	3	4
5 対象者の考えや希望を確認しながら作成するための進め方	1	2	3	4
6 支援者の考えや希望を確認しながら作成するための進め方	1	2	3	4
7 対象者と MDT で意見を出し合いながら合意を得るための進め方	1	2	3	4
8 対象者と MDT、支援者全体で意見を出し合いながら合意を得るための進め方	1	2	3	4
9 対象者の退院後の地域生活に即したクライシス・プランにするための方法	1	2	3	4

2. あなたは**クライシス・プラン作成に関するスキル**について、**どの程度実行する自信がありますか？**「1」（全く自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、**あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。**

	全く自信がない	ほとんど自信がない	自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
1 対象者が自分の考えを話しやすいようにオープンクエッション（Yes か No で答えられる質問ではなく、自由に話してもらう質問）を使うことができる	1	2	3	4	5	6	7	
2 対象者の話した内容について肯定的に対応することができる	1	2	3	4	5	6	7	
3 対象者の価値観に合わせ、対象者が役立つと思う対処や支援者の対応を取り入れることができる	1	2	3	4	5	6	7	
4 対象者の話した内容の要点をまとめることができる	1	2	3	4	5	6	7	

裏面もあります

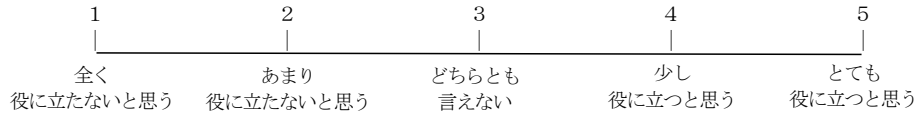
3. MDTの中であなたが中心となって対象者とクライシス・プランを作成することになった場合、最終的に取り入れる項目について、必要だと思うかどうかを「1」（全く必要ではない）～「7」（絶対に必要）の中で、また取り入れることができる自信について「1」（全く自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字に1つだけ○をつけてください。

	必要性 必要と思うかどうか							取り入れることができる自信 自分なら取り入れられると思うかどうか						
	全く必要ではない	ほとんど必要ではない	あまり必要ではない	どちらともいえない	少し必要	ある程度必要	絶対に必要	全く自信がない	ほとんど自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
例 協力して作成すること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1 対象者の病状の段階（安定・注意など）に応じた症状を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2 対象者の病状の段階に応じた支援者の対応を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3 対象者の病状の段階に応じた対象者自身の対処を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4 良い状態を維持するために対象者が行うことや注意点を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5 良い状態を維持するために支援者が行うことや注意点を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6 病状悪化時の治療・対応に関する対象者の希望を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7 対象者の強み（ストレンクス）や長所を取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8 対象者の状態・病状に影響するストレスを取り入れること	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

4. クライシス・プランの作成に関するあなたにとっての「実行できる自信」について「1」（全くできる自信がない）～「7」（とても自信がある）の中で、あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	実行できる自信 自分なら実行できると思うかどうか						
	全く自信がない	ほとんど自信がない	あまり自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	ある程度自信がある	とても自信がある
例 協力して作成すること	1	2	3	4	5	6	7
1 作成を始めるために対象者にクライシス・プランを説明すること	1	2	3	4	5	6	7
2 クライシス・プランを順序立てて作成すること	1	2	3	4	5	6	7
3 対象者におけるクライシス・プランの重要性を高めること	1	2	3	4	5	6	7
4 支援者におけるクライシス・プランの重要性を高めること	1	2	3	4	5	6	7
5 対象者の意見や希望を確認しながら作成すること	1	2	3	4	5	6	7
6 支援者の意見や希望を確認しながら作成すること	1	2	3	4	5	6	7
7 対象者とMDTで意見を出し合いながら合意を得ること	1	2	3	4	5	6	7
8 対象者とMDT、支援者全体で意見を出し合いながら合意を得ること	1	2	3	4	5	6	7
9 対象者の退院後の地域生活に即したクライシス・プランにすること	1	2	3	4	5	6	7

2. 先日の研修を踏まえて作成したクライシス・プランは一般的に、**通院処遇移行後にどの程度、役立つ**と思いますか？
 ここでいう「役立つ」とは対象者自身の活用や支援者の対応、情報共有などに活用されることを指します。



よろしければ上記回答の理由を教えてください

()

3. 先日の研修に関して、以下に8個の項目があります。各項目を読んで、以下の文章に**どの程度**そう思うかを「1」（あてはまらない）～「4」（あてはまる）の中で、**あなたの考えに最もあてはまる数字にそれぞれ1つだけ**○をつけてください。

		あてはまらない	あてはまらない	あまりあてはまる	少しあてはまる	あてはまる
例	あなたの受けた研修は楽しかったですか？	1	2	3	4	
1	あなたが受けた研修の質は高かったですか	1	2	3	4	
2	あなたが望んでいた研修は受けられましたか	1	2	3	4	
3	研修プログラムはあなたが必要としていたものでしたか	1	2	3	4	
4	もし知人（医観法病棟勤務と仮定）がクライシス・プラン作成の研修を必要としていたら、この研修プログラムを推薦しますか	1	2	3	4	
5	困っていることに対して十分に時間をかけた研修を受けたと満足していますか	1	2	3	4	
6	研修を受けたことで、あなたが効果的にプランを作成できるよう役立ちそうですか	1	2	3	4	
7	全体として、一般的にいて、あなたが受けた研修に満足していますか	1	2	3	4	
8	クライシス・プラン作成で困った時、この研修プログラムのテキストを見返したいと思いませんか	1	2	3	4	

4. **本研修プログラムを終えてから現在までに本研修プログラムの内容を生かす場面**はありましたか？

1. あった 2. クライシス・プラン作成に関わる場面はあったが、生かせるものはなかった
 ↓ 3. クライシス・プラン作成に関わる場面がなかった

よろしければ具体的にどのように生かすことができたかを教えてください（クライシス・プラン作成以外で生かしたことも含む）

()

5. 先日のクライシス・プラン作成研修プログラムに関する事で、数週間経過した現在、ご意見や感想がございましたら、教えてください（どのようなことでも構いません）。

()

アンケートは以上になります。**全てのアンケートを付属の封筒に入れ、回収担当の方にお渡し**ください。研究へのご協力、本当にありがとうございました。お疲れ様でした。

クライシス・プラン研修プログラムについては著作権の関係でインターネット
公開しておりませんので、tnomura.cp@gmail.com までお問い合わせください。