

クライシス・プランによる協働的な病状管理 ——リカバリーに向かう協働計画——

野村 照幸

2005年に施行された『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)における処遇では、社会復帰と再他害行為防止を目的に多職種チームによるさまざまな取り組みが行われている。特に入院処遇においては、疾病教育や心理教育、内省・洞察の促進への取り組みから、対象行為に至るまでの病状悪化のプロセスをまとめ、再他害行為を防ぎ、社会復帰を進めるために病状の段階に応じた適切な自己対処や支援者の対応を対象者と協働してまとめる。そうした計画は「クライシス・プラン」と呼ばれ、全国の医療観察法入院医療機関において作成されるようになり、対象者の疾病自己管理や効果的な支援者の対応に役立てられるようになった。クライシス・プランは医療観察法対象者に限らず、一般精神科医療における患者にも応用できることから、近年では『改正精神保健福祉法』における退院支援や長期入院患者の地域移行、措置入院患者への支援に関しても重要なツールとして注目されている。背景には統合失調症や双極性障害のような慢性精神疾患は、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することがあったりするため、適切な対処がとれないことがあり、患者自身や周囲の支援者が精神症状の変化に気づいて協働的に対処、対応することが重要であることが挙げられる。また、病状悪化時の対処や対応を決めておくことは病状管理にとどまらず、権利擁護にもつながる。クライシス・プランを当事者と支援者が協働して作成し、活用するプロセスは支援方法の共同意思決定といえるものである。当事者と支援者が協力しながら当事者が主体的に希望や目標に向かうためのリカバリーのための手段として、広く精神医療保健福祉のなかで活用されることが期待される。

索引用語

クライシス・プラン、セルフモニタリング、共同意思決定、リカバリー

はじめに

統合失調症や双極性障害といった精神疾患を抱える方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がある¹⁶⁾。クライシス・プラン(crisis plan: CP)とは、そうした慢性的な精神疾患を抱えた当事者や周囲の支援者が精神症状の変化に気づいて予防的に対処するため、また病状が悪化した場合でも予め定めた計画

著者所属：さいがた医療センター

編注：本特集は第118回日本精神神経学会学術総会シンポジウムのもとに田口寿子(神奈川県立精神医療センター)を代表として企画された。doi: 10.57369/pnj.23-150

に従って当事者と支援者が協力して対処するための計画書である¹⁴⁾。CPによって安定した病状を継続でき、もし病状悪化がみられた場合でも予め決めておいた患者自身の対処や支援者の対応によって悪化を予防することが可能になる。特に多職種、多機関が連携するようなケースではそれぞれの立場によって状態や病状の評価や対応がばらつくことがある。そうしたばらつきを統一し、連携の際に情報共有しやすくなる。加えて、CPによって病状悪化時の対処や対応を決めておくことは適切な意思表示ができない状態に陥る可能性がある当事者の権利擁護という面でも重要である。

Ⅰ. クライシス・プランの内容

CPの大まかな内容としては「安定した状態」「注意状態」「要注意状態」といった段階に分け、それぞれの状態に応じた当事者の自己対処と支援者の対応をまとめる(表1)。他には「(リカバリーの)目標」「自分で気づける病状・状態」「周囲の人が気づく状態・病状」「自己対処」「支援者の対応」「ストレス」「病状悪化時の希望」などがある。これらは支援者が一方的に作成するものではなく、当事者と十分に話し合い、合意を得ながら作成していく。そのプロセスによってCPが支援者のプランではなく、当事者と支援者が協働するためのプランになり、当事者にとって重要なツールになりうる。このような取り組みは近年重要性が叫ばれている共同意思決定(shared decision making: SDM)の取り組みといえる。SDMについては薬物療法などの治療選択を患者と話し合う状況で用いられることが多いが、Farrelly, S.ら²⁾が「CPの作成プロセスはSDMの促進的な方法である」と述べているように、CPは患者自身の対処や支援者の対応について尊重し合い、目標を共有して病状管理に取り組んでいくことから、治療方針や薬剤選択よりも広範囲にわたる「協働的病状管理」についてのSDMといえる。なお、CPの作成においてはセルフ・モニタリング表(以下、SM表)を併せて作成することが多い(表2)。SM表とは自覚できる状態や症状を表にし、日々確認するものである。SM表を作成することで、当事者は自分の状態変化を日々確認することができるだけでなく、診察や面談の際に自分の状態を伝えやすくなる。さらに、自分の状態を日々確認することで自分の状態を客観的にみる視点(メタ認知)が涵養され、状態変化に気づきやすくなる。つまり、状態・病状の確認だけでなく、伝

達ツールでもあり、メタ認知を育てるツールでもある。

CPは疾病教育や心理教育などのさまざまな心理社会的治療プログラムと併せて使用することができ、現在行っている通常の治療や支援のなかに組み込むことができる。また、CPが当事者にかかわるどの職種でも、どのような機関でも作成できるようにするため、著者らは大日本住友製薬(現・住友ファーマ)株式会社と協力し、ワークブック「クライシス・プラン」を作成し、普及に努めている(同社より無料で入手可能)。なお、元気回復行動プラン(Wellness Recovery Action Plan: WRAP)にもCPが含まれるが、WRAPは1997年にCopeland, M. E.を中心としたアメリカの精神的な困難を抱える当事者らによって作られたセルフケアのためのツールで、リカバリーの潮流のなかで注目されてきた⁷⁾。WRAPは当事者自身の心身の状態を把握し、自分に合った対処プランでつらい症状を軽減・予防し、目標に向かって取り組む系統だった手法であり、本稿で記載しているCPと重なる部分があるが、成り立ちの違いがある。そして、最も異なっているのはWRAPのCPはセルフケアのためのツールであり、他者と共有することはない。一方で、本稿で紹介しているCPは医療や福祉の支援者と協働して作成し、共有する。つまり、WRAPが当事者の「I(私)」のプランであるのに対して、本稿におけるCPは当事者と支援者の「We(私たち)」のプランと位置づけることができ、CPを当事者と家族や支援者と共に確認し、状態に応じた対処や対応を行う。

Ⅱ. 医療観察法におけるクライシス・プラン

わが国において、2005年に『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)がスタートしたことで臨床的な必要性からCPが全国の医療観察法病棟で作成されるようになった。医療観察法とは、精神疾患による心神喪失や心神耗弱の状態での重大な他害行為(殺人、傷害、放火など)を行った者に対して、医療と司法の協力体制に基づく専門的かつ継続的な医療と福祉、行政などの支援を確保することにより、社会復帰と再他害行為の防止を目的とする法律である。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、対象行為の内省などのさまざまな心理社会的プログラムが行われる¹²⁾。医療観

表1 クライシス・プランの例

Aさん 仕事に向けて頑張るぞプラン
(クライシス・プラン)

【Aさんの強み・長所】
・真面目、思いやりがある、穏やか

【私の今後の目標】
★デイケアに継続的に通える
★デイケアの次のステップは就労

状態	自分で気づける状態・症状	周囲が気づける状態・症状	Aさんが行う対処	支援者が行う対応	相談する人
安定した状態	にこやかに生活できる 元気(「不思議な声」が聞こえても無視できる) 0時前に眠れる(たまに夜更かしする程度)	笑顔がある 規則正しい生活 清潔面が整っている(着替え、風呂、歯磨きなど)	通院・服薬を欠かさず行う 気分転換をする(散歩、音楽、読書など)	セルフ・モニタリングを確認 生活リズムを整える援助 通院・服薬の確認 ストレスとその対処の確認	◇◇訪問Ns 通院のときにDrと
注意状態	毎日「不思議な声」が聞こえる 0時を過ぎてても眠れない(4~5日続く) イライラする	身だしなみが乱れる(風呂の回数が減るなど) 怒りっぽくなる(口調が強くなる) 話をしているにも注意がそれる 薬の飲み忘れがある	①軽い運動をする ②ベットで横になって音楽(カーペンターズの静かめの曲)を聴く ③ベッドで休む(休養を取る) ④部屋から出て過ごす ⑤呼吸法	①運動を勧める ②対処法を確認する(音楽を聴く、休養をとるなど) ③追加薬を勧める	①◇◇訪問Ns 必要に応じて ②病院スタッフ 日中:△△PSW 夜間:当直師長
要注意状態	「不思議な声」が命令してきて、従ってしまう 全然眠れない日が2日続く 計画通りにお金を使えない	眠らなくても平気と言う 怯えた表情で「怖い」「不安」と言う 薬を飲まなくなる	①呼吸法 ②相談する ③追加薬を使う ④臨時の受診(入院を検討)	①呼吸法を勧める ②追加薬を勧める ③生活リズムを立て直す ④臨時の受診を勧める(自力で行けない場合には支援者が同伴する)	【すぐに相談】 ①◇◇訪問Ns ↓ ②病院スタッフ 日中:△△PSW 夜間:当直師長
病状悪化時の希望	①医療スタッフに希望すること(合意済) 無理やり病院に連れていかず、クライシス・プランと一緒に見て状態を確認してから臨時受診や入院を考える ②避けたい薬や治療(合意済) ○○という薬は勧めない	③以前病状安定に役立ったこと 「不思議な声」に左右されそうときには人と話したり、運動することで一時的に和らいだ ④入院が必要なタイミング(合意済) 「不思議な声」の言うことを聞かなきゃいけないと思うようになったら	注意ストレスとストレス対処 良い状態を保つために役立つこと	【気をつけたほうがいいストレス】 苦手な人と話すこと、環境が変わること 【ストレス対処】 タバコ、CD、飲食、本(ゲーム系)、運動 【良い状態を保つために役立つこと】 ・CD、タバコ、ジュースが買えるだけの金銭的余裕 ・環境やスケジュールの変更は十分話し合い、変更する場合は段階的に少しずつ変えていく	同意した人 担当医療チーム ○○ Dr ◇◇ Ns □□ CP △△ PSW ご家族 デイケア ●● Ns

察法処遇において、病状管理が社会復帰と再他害行為防止に大きく関係することから、指定入院医療機関では担当多職種チームが対象者と話し合いながらCPを作成する⁵⁾。作成されたCPは社会復帰調整官(保護観察所職員)や医療的なかかわりを担当する指定通院医療機関、福祉サービス事業所などの通院処遇関係者に引き継がれ、診察や面談などでCPを用いて病状の確認や病状に応じて対象者自身と支援者が協働して対処、対応することで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ている¹³⁾。野村¹⁵⁾による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では、CPが通院処遇で役立った場面に関して「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」「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」などの回答があった。なお、通院処遇中の医療観察法再入院となった事例の背景要因を検討した田口¹⁷⁾の研究では「入院処遇中に有効なクライシス・プランを作成できていなかった」が20.5%、「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%であったとしており、有効なCPを作成すること、また活用できるような支援体制を作ることによって再入院を防ぐことにも寄与できる可能性がある。このようにCPは医療観察法医療において対象者と支援者が協力して病状管理をしていくうえで重要なツールとなっている。

しかしながら、CPすべてが有効なツールとして機能す

表2 セルフ・モニタリング表の例

状態	項目	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	つけ方
安定した状態	にこやかに生活できる									項目に ✓ あてはまる
	元気（「不思議な声」があっても無視できる）									
	0時前に眠れる（たまに夜更かしする程度）									
注意状態	毎日「不思議な声」が聞こえる									0 (なし)
	0時を過ぎても眠れない（4～5日続く）									
	イライラする									
要注意状態	「不思議な声」が命令してきて、従ってしまう									3 (強い)
	全然眠れない日が2日続く									
	計画通りにお金を使えない									
服薬の有無										あれば○
対処法実施の有無（追加薬など）										あれば○
睡眠時間										時間
ストレス（苦手な人と話すこと、環境が変わること）										あれば○
総合評価（青，黄，赤）										状態の色

るわけではない。医療観察法医療の目的は社会復帰と再他害行為防止であるが、後者に力点がかけられるとCPは「再他害行為を防ぐためのツール」になってしまい、管理的な色彩が強い内容になってしまうこともある。対象者は再他害行為を防ぐことが求められているのは確かであるが、再他害行為を防ぐために生きているのではない。対象者の再他害行為を防ぐため、リスクマネジメントに焦点をあてすぎると支援者は対象者の人生の目標や希望よりもできるだけ問題が起きないことを優先させてしまい、患者の主体性が軽視されてしまいかねない。このようなCPは対象者と支援者の協力的な「We」のプランではなく、支援者側のプランになってしまい、対象者は管理されるツールのようになってしまうため、有効に機能しない可能性が考えられる。医療観察法医療という強制医療のなかで、対象者の社会復帰、つまりはリカバリーをいかに支援するかといった文脈のなかでCPを作成し、活用することがきわめて重要である。リカバリーについては大きく分けて病気の寛解をめざす「臨床的リカバリー」と希望する人生の到達をめざす「パーソナルリカバリー」があるが¹⁹⁾、CPは対象者の臨床的リカバリーだけでなく、パーソナルリカバリーを支援することが重要である。そのプロセスにおいて対象者は自分の目標や希望のためには安定した状態を維持し、病状悪化に素早く対応することが重要であるという考えが自然と受け入れられるようになる。そして、主体的な病状管理

への動機づけが高まることで臨床的リカバリーも促進されると考えられる。また、医療観察法医療は本人が望んで受けるわけではない強制医療だからこそ、対象者の権利は最大限に配慮されるべきであろう。特に病状悪化が進行した状態においては非自発的入院が選択されることもありうるが、できる限り対象者の希望に沿った対応を準備しておくことは対象者の権利を尊重するだけでなく、その後の治療関係にも影響すると考えられる。

ここまで述べてきたのは医療観察法におけるCPについてであるが、リカバリーを支援するために当事者と支援者が協働して病状管理をしていくためのツールは一般精神科医療においても役立つであろう。

Ⅲ. クライシス・プラン研究の状況

海外の研究では、統合失調症、または双極性障害に罹患し、なおかつ過去2年に入院歴がある者において、CPを作成した患者の非自発的入院が作成しなかった患者の2分の1になったという報告⁴⁾や同様の対象に対してRCTを行い、その結果として医療費が減少する可能性が78%に及ぶこと³⁾、治療関係が向上するといった報告などがある¹⁸⁾。近年ではBone, J. K.ら¹⁾が非自発的入院の減少をアウトカムとした介入研究のメタアナリシスを行い、ACT (assertive community treatment) や精神病への早期介入 (early

intervention services for psychosis), 精神病への認知行動療法 (cognitive behavioral therapy for psychosis), 精神病への家族介入 (family intervention for psychosis), そしてアドヒアランス療法 (adherence therapy) などと比較して, CP が最も有望な介入方法の1つであると結論づけている。これらの研究結果から, CP は統合失調症患者の非自発的入院の減少に寄与し, 治療関係を向上させ, さらに医療費の削減にもつながる可能性があり, 患者のみならず支援者にとっても, また医療経済学的な観点からも重要な意味をもつ。わが国においては, 狩野ら⁶⁾がCPを用いて支援した経験を有するソーシャルワーカーに対して調査を行った結果, CPを作成することで患者との関係性が有意に向上し, 患者だけでなく関係機関と協働で作成することで, 関係機関同士の連携状況が有意に向上することが示された。

IV. 一般精神科医療における クライシス・プランの広がり

わが国において医療保護入院や措置入院といった非自発的入院は1998年に年間の届け出数が10万人を超え, 近年は18万人ほどで推移している¹⁰⁾。こうした非自発的入院をいかに減少させるかということはわが国の大きな課題になっていることから, CPは重要ツールになりうると思われる。また, 近年CPは『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)における退院支援や長期入院患者の地域移行といった一般の精神科医療においても重要なツールとして注目されるようになってきている。例えば, 2014年に施行された改正精神保健福祉法において, 退院後生活環境相談員が創設され, その役割の1つに患者の退院に向けた不安解消と自ら問題解決できる能力を高めるために, 地域援助事業者と連携してCPを作成することが提案されている⁸⁾。また, 日本医師会による「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」の答申では, 退院した当事者の地域生活における病状の揺らぎに対してCPを作成し, これを参考に乗り切ることの必要性と診療報酬化することが重要であると言及している¹¹⁾。加えて, 2018年に通知された「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」⁹⁾では, 主に措置入院患者を対象とした「退院後支援に関する計画」の作成が示され, 実質的にCPととらえられる「病状が悪化した場合の対処方針」の項目

を作成することが推奨されている。これは名称こそ異なるが, 内容はCPそのものである。さらには2020年の診療報酬改定で追加された「精神科退院時共同指導料」や「療養生活環境整備指導加算」, そして2022年の診療報酬改定で追加された「療養生活継続支援加算」では指導や支援計画作成において「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすることになっているが, そのなかにもCPは含まれている。

このようにCPへの注目は高まっており, 一般精神科医療のなかにおいても有用なツールとして期待されている。

V. 有効なCPを作成・活用するうえでのポイント

大前提として「CPはリカバリーのための手段」ということである。支援者がCPを目的化してしまうと, CP通りに実行することを患者に求めてしまいやすい。例えば病状悪化が疑われる患者に対して「あなたは具合が悪いから, CPにあるように頓服を飲んでください」などと管理的に対応してしまうと対立的な関係に陥ることもある。一方で, CPをリカバリーの手段と考えると, 「私からみると注意サインの睡眠時間が5時間以下の日が3日続くという項目があてはまるように思うんだけど, どう思う?」といった言葉かけや「作業所をめざすのであれば, 睡眠時間が安定状態のときくらいに戻せたほうが良いと思うんだけど, どう思う?」などと患者の主体性を尊重し, リカバリーのためにできたほうがよいことはなにかという視点で一緒に考えることができる。

作成・活用するうえでの1つ目のポイントは「完璧をめざさないこと」である。特にCP作成の経験のない支援者が陥りやすいこととして, 「しっかりしたものを作成しよう」と意気込んでしまうことである。CPは活用しながら加筆, 修正していくことでバージョンアップしていく。患者のなかには病状悪化のサインを「睡眠」でしか理解できない方もいる。そのような場合はまず睡眠を日々モニタリングし, コミュニケーションをとるなかで必要に応じて他の項目を見つけていけばよい。例えば日中に対人関係でストレスがあった日に寝つきが悪く, 活動をした日は眠れる日が多いなどがわかれば, ストレスとして対人関係という項目が見つかるし, 安定状態の維持には日中活動が重要であることを項目として加えることができる。

2つ目は患者自身が納得できているかを確認しながら作成することである。支援者の考えをもとに作成してしまう

と CP は「支援者のためのプラン」になってしまいかねない。「We」のプランを作るために対話のなかで本当に納得できているかを確認しながら進めるやりとりは SDM そのものであり、治療関係も向上する。

3つ目は患者本人の言葉を大切にすることである。医療関係者はついつい患者の言葉を翻訳してしまうことがある。例えば「不思議な声がある」と患者が述べると、頭のなかでは「ああ幻聴だな」などと考えるだろう。考えること自体は自然なことであるが、医療者の言葉を CP に載せてしまうと患者の表現からは離れてしまい、支援者のプランに軸足が動いてしまう。どちらかといえば患者から支援者が教えてもらうようなスタンスで作成していくことが重要であり、そうすることで CP を用いたコミュニケーションをとりやすくなる。

4つ目は日常的に活用することである。診察や面談、訪問看護など、さまざまな場面で日常的に CP を使ったやりとりをすることで、それが習慣化される。習慣化されるからこそ病状悪化に素早く気づいて対処、対応することができる。日常的に使っていない CP はいざとなったときにうまく機能しないため、病状にかかわらず CP を使ってコミュニケーションをとることが重要である。

5つ目は病状悪化や入院対応を「失敗」ととらえないことである。「クライシス (crisis)」の語源は「決定」や「分岐点」という意味である。何らかの判断をくださなければならない状況であり、その判断による結果を伴う分かれ道に位置するということである。著者はこれまでの臨床経験から、病状悪化というクライシスを経験し、その経験を生かして病状管理が階段を一步一步登るようになくなっていった患者を多くみてきた。このように病状悪化の経験はより賢くなるチャンスに変えることができ、患者と支援者にとって成長するための分岐点にすることができるということである。CP はそうした経験を継ぎ足しながら、バージョンアップしていくことが望ましい。

おわりに

わが国において医療観察法から広がっていった CP は当事者と支援者の病状管理や支援者同士の連携、医療費の削減、非自発的入院の減少など、精神保健福祉をよりよいものにしていくための有用なツールとして、ますます注目をされていくと思われる。特に今後は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における医療保健福祉と当事

者、家族、その他の支援者の連携による病状管理と権利擁護のためのツールとして用いられることも期待される。そのうえで CP が患者のリハビリのための手段として用いられることが重要であることは言うまでもない。今後はわが国においてエビデンスレベルの高い研究方法でその有用性を証明していくことが課題である。

利益相反

大日本住友製薬（現・住友ファーマ）株式会社より、ワークブック「クライシス・プラン」について、監修料を得ている。

紹介

クライシス・プランについて学びたい方のために「クライシス・プラン研究会」を立ち上げている。入会希望者は「クライシス・プラン研究会 HP」(<https://www.crisis-plan-japan.page>)より、入会案内にそって登録していただくか、crisisplannetwork@gmail.com（クライシス・プランネットワーク事務局）までご連絡ください。

文献

- 1) Bone, J. K., McCloud, T., Scott, H. R., et al. : Psychosocial interventions to reduce compulsory psychiatric admissions : a rapid evidence synthesis. *EClinicalMedicine*, 10 ; 58-67, 2019
- 2) Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., et al. : Barriers to shared decision making in mental health care : qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expect*, 19 (2) ; 448-458, 2016
- 3) Flood, C., Byford, S., Henderson, C., et al. : Joint crisis plans for people with psychosis : economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ*, 333 (7571) ; 729, 2006
- 4) Henderson, C., Flood, C., Leese, M., et al. : Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry : single blind randomized controlled trial. *BMJ*, 329 (7458) ; 136, 2004
- 5) 平林直次 : 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, 2011
- 6) 狩野俊介, 野村照幸 : 精神科病院と地域援助機関におけるクライシス・プラン項目の重要性認識に関する研究. *精神科治療学*, 36 (11) ; 1335-1342, 2021
- 7) 小林 (清重) 知子 : Wellness Recovery Action Plan (WRAP) のプログラムメカニズムの探査. *社会福祉*, 55 ; 151-171, 2014
- 8) 厚生労働省 : 改正精神保健福祉法における医療と福祉の連携. 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. 日本能率協会総合研究所, 東京, p.37-64, 2016
- 9) 厚生労働省 : 「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」について. 2018 (https://www.html.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1) (参照 2023-10-18)
- 10) 厚生労働省 : 令和 2 年度衛生行政報告例の概況. 2022 (https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/20/dl/gaikyo.pdf) (参照 2022-11-02)
- 11) 日本医師会 : 精神保健委員会 (プロジェクト) 答申. 2016

- (http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20160608_5.pdf) (参照 2022-11-02)
- 12) 日本精神科病院協会, 精神・神経科学振興財団編: 司法精神医療等人材養成研修会教材集. p.66, 2006
 - 13) 野村照幸, 狩野俊介: 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, 2013
 - 14) 野村照幸: 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, 2014
 - 15) 野村照幸: 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 年度筑波大学博士論文. p.88-89, 2018
 - 16) 菅原 (阿部) 裕美, 森 千鶴: 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, 2011
 - 17) 田口寿子: 再び重大な他害行為を行った対象者及び再入院者に関する調査. 日本医療研究開発機構受託研究「医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究」(研究代表者: 平林直次) 平成 25 年総括・分担研究報告書. p.119-150, 2014
 - 18) Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., et al.: Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet*, 381 (9878); 1634-1641, 2013
 - 19) 山口創生, 熊倉陽介: 統合失調症患者における共同意思決定—新しいアプローチとシステム—. 医学のあゆみ, 261 (10); 941-948, 2017

Collaborative Illness Management Based on Crisis Plans : Collaborative Plan for Recovery

Teruyuki NOMURA

National Hospital Organization Saigata Medical Center

Under the Medical Treatment and Supervision Act (MTSA), 2005, various types of treatment are provided by a multidisciplinary team for social rehabilitation and prevention of reoccurrence of serious harmful acts. In particular, in the inpatient treatment, the process of deterioration of a patient's condition leading up to the target behavior is summarized through disease education, psychoeducation, and efforts to promote reflection and insight. Appropriate self-help and support person responses are also developed in accordance with the stage of the patient's condition through dialogue with the patient to prevent the repetition of harmful behavior and promote social reintegration. Such plans, called "Crisis Plans", are now being prepared at medical institutions for inpatients throughout the country under the MTSA ; they are used to help the subject self-manage his/her illness and to help his/her support system effectively cope with the illness.

Crisis plans are not limited to subjects of the MTSA but can also be applied to patients in general psychiatric care. In recent years, they have been attracting attention as an important tool for discharge support under the revised Mental Health Welfare Law, community transition for long-term hospitalized patients, and support for patients under compulsory hospitalization. The background is that chronic mental illnesses such as schizophrenia and bipolar disorder are sometimes difficult to be monitored by the patients themselves, and as the illness worsens, the patient's insight of the illness declines, making it difficult to take appropriate coping. The patients and their support system must be aware of the changes in psychiatric symptoms and cooperatively cope and respond to them. Additionally, deciding what to do and how to respond when the patient's condition worsens is not limited to disease management but also involves the protection of the patient's rights.

The process of creating and utilizing a crisis plan in cooperation with the patient and supporters can be regarded as a shared decision-making process to support the patient. It is expected to be widely used in psychiatric treatment as a means of recovery for the concerned parties and their support system to work together to achieve their own hopes and goals of life.

Author's abstract

Keywords crisis plan, self-monitoring, shared decision making, recovery