

5. 就労に直結すること以外の生活上の課題への対処方法も関連づけて学習できる機会を提供することが重要である。
6. セッション中に自己効力感や自己肯定感を育む機会を作ることが重要である。
7. セッション中に職業センターのカウンセラーなどの外部講師から話を聞く機会の提供を検討する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

- 1) 厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部：身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査の調査結果について，2008.
- 2) 永田貴子：医療観察法入院処遇対象者の予後と予後に影響を与える因子に関する研究．厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 重大な他害行為を起こした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究 平成23年度 総括・分担研究報告書，2012；157-168.
- 3) Finn P: Job Placement for Offenders in Relation to Recidivism. Journal of Offender Rehabilitation,1998; 28: 9-106.
- 4) 大橋秀行：医療観察法による入院患者に対する就労準備プログラムの臨床的有用性第2報．平成24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 重大な

他害行為を起こした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究 平成24年度分担研究報告書,2013; 161-167.

5) 松井信雄：IPS のもたらしたもの．職業リハビリテーション，2012；26(1)：52-55.

8) 伊東由賀，山村礎：地域で生活する統合失調症者の自己効力感の研究．日保学誌，2006；9(2)：112-119.

6) 山崎修道：デイケアでの就労支援；就労支援ネットワークにおける医療デイケアの役割．Schizophrenia Frontier, 2009; 10 (4) : 287-292.

7) 廣江仁：精神障害者の一般就労支援．精リハ誌，2003；7(2)：164-169.

7. 入院期間の短縮と治療プログラムの効果的実施に関する研究

研究分担者 村杉 謙次

独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院

平成 25 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）
医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究
分担研究報告書

入院期間の短縮と治療プログラムの効果的実施に関する研究

研究分担者 村杉 謙次 独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院

研究要旨：

全国の医療観察法指定入院医療機関において、医療観察法の目的を達成するために、様々な治療プログラムが開発・実施されている。しかし、それらの治療プログラムの有効性についての検証は不十分であり、どのような治療プログラムを、どのようなタイミングで導入すべきかといった明確な指針も得られていない。また、入院期間に関しても、全国的に短縮傾向にはあるものの、依然、施設間の格差が大きい状況である。本研究の最終目的は、入院期間の短縮化につながるような、治療プログラムの効果的な実施方法について検討し、必要な治療プログラムの必要なタイミングでの導入を促進できるような入院診療マニュアル（案）を作成することである。

本研究では、全国の指定入院医療機関の 31 病棟を対象に、治療プログラムの内容や実施状況などに関するアンケート調査を行った（研究①）。また、入院診療マニュアル（案）の土台となるような、統合失調症事例に対するクリティカルパスを作成するために、当院医療観察法病棟において入院処遇を行なった統合失調症事例の治療状況を振り返り、各治療プログラムの実施時期についてのデータを解析した（研究②）。

研究①からは、下記の結論を得た。

- ・ 全国の指定入院医療機関において、治療プログラムの内容や実施状況に明らかな差異は認められず、推定入院日数の短い施設と長い施設との比較においても、同様の結果が得られた。
- ・ 統合失調症の疾病教育や問題解決に関する治療プログラムについては、各施設が独自色を出しつつ、工夫した治療プログラムを実施している一方で、統合失調症と物質関連障害以外の疾患に対する疾病教育や対象行為別プログラムなどは実施している施設が少なかった。
- ・ 外泊プログラムや CPA(Care Programme Approach) 会議の回数や頻度が多いほど、入院期間が短くなる傾向が示唆された。

研究②からは、下記の結論を得た。

- ・ 各治療プログラム間の連動性や導入時期、集団プログラムと個別プログラムの実施状況が入院日数に影響している可能性が示唆された。

研究協力者（五十音順）

国立病院機構 小諸高原病院

阿部成彰

市川千鶴

瓶田貴和

坂口絵里

竹渕幸子

原田聡

眞瀬垣実加

横田聡子

A. 研究目的

全国の医療観察法指定入院医療機関において、「再他害行為防止を踏まえた社会復帰」という医療観察法の目的を達成するために、様々な治療プログラムが開発・実施されている。しかし、それらの治療プログラムの有効性のエビデンスは不足しており、またどの治療プログラムが必要不可欠であり、どのようなタイミングや順序で導入すべきか、などの知見も得られていない。また、入院期間に関しても、全国的に短縮傾向にはあるものの、平成25年度時点で、推定入院日数が最短の医療機関と最長の医療機関とでは、3倍近い日数差が認められる（601.157日～1890.182日）など、依然として施設間の格差が大きい状況である。各指定入院医療機関には処遇困難事例も含め概ね同質の医療観察法入院処遇対象者（以下、対象者）が入院しており、各都道府県の地方裁判所における入院継続・退院・処遇終了等の判断基準は概ね一致している、と仮定するならば、入院期間を短縮する、すなわちなるべく早く地方裁判所が退院の許可を出すレベルまで対象者の変化を効率良く促すことは、有限の指定入院医療機関の病床を有効活用する上で重要とも考える。そこで、必要な治療プログラムの必要な

タイミングでの導入が促進できるような入院診療マニュアル（案）を作成することを最終目標として、入院期間の短縮化につながるような、治療プログラムの効果的な実施方法について検討するため、全国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などに関するアンケート調査を行なった（研究①）。また、入院診療マニュアル（案）の土台となるような統合失調症事例に対するクリティカルパスを作成するために、当院医療観察法病棟において入院処遇を行なった統合失調症事例の治療状況を振り返り、各治療プログラムの実施時期についてのデータを解析した（研究②）。

B. 研究方法

1. 対象

研究①：全国の医療観察法指定入院医療機関の計31病棟（独立行政法人1病院・2病棟、国立病院機構14病院・15病棟、自治体立病院14病院・14病棟）を調査対象とした。

研究②：当院医療観察法病棟に入院となった統合失調症事例のうち、標準的な治療プログラムが整備された平成18年9月以降に入院し通院処遇への移行という形で退院となった事例で、IQが境界域以上、併存診断がない、といった条件を満たした10例の統合失調症事例を対象とした。

2. 調査内容

研究①：1.治療プログラム全般、2.治療評価会議、3.MDT（Multiple Disciplinary Team：多職種チーム）会議・MDT面接、4.疾病教育、5.服薬に関するプログラム、6.問題解決に関するプログラム、7.セルフモ

ニタリング、8.クライシスプラン、9.内省深化のための治療プログラム、10.対象行為別プログラム、11.ミーティング、12.日常生活技能に関する治療プログラム、13.退院準備プログラム、14.外出・外泊プログラム、15.家族支援・地域移行、16.その他、の全16分野の治療プログラムの整備状況や実施状況について、アンケート調査を行った。

研究②：対象となった10例の統合失調症事例に導入した全70治療プログラムについて、治療プログラムの開始・終了時期を調査した。

3. 調査方法

研究①：平成25年6月に開催された第9回医療観察法関連職種研修会において、全国の指定入院医療機関に対し、研究の趣旨説明と調査依頼を行い、同研修会の場でアンケートを配布した。アンケートの記入に関しては、一定の客観性と多職種による他覚的な視点を担保することを目的に、3職種以上での記入を依頼した。また、平成25年度の推定入院日数が算出されている21施設に関しては、アンケートの回答内容と推定入院日数の関連について統計的に検討した。検定には、t検定と1要因の分散分析を行い、有意水準は5%として2群、3群間の比較を行った。

研究②：当院医療観察法病棟内の診療支援システム内に保存されている診療録から、10例の対象事例に導入された全70治療プログラムを抽出し、10例の平均入院日数を100とし、治療プログラムの開始から終了まで平均値を帯状に可視化し、当院の傾向を調査した。

4. 倫理面への配慮

本研究は新たな治療介入を伴わない後方視的な医療機関向けのアンケート調査と診療録調査であり、対象者を特定できる個人情報を含んでいないため、対象者に対し不利益は及ばないものと判断した。

C. 研究結果

研究①：調査依頼29病院（31病棟）に対し、回答は29病院（31病棟）から得られ、回答率は100%であった。以下に、全16分野のアンケートについて、特徴的と考えられた結果について記す。

1. 治療プログラム全般について

結果を概観したところ、治療プログラム担当者・担当者会議の有無や治療プログラムの般化・補完に対するシステム、治療プログラムのプレ・アフターミーティングの有無、など治療プログラムの基本的な構造については、施設間の明らかな差異は認められなかった。また、ほぼ全ての施設（28施設：90%）で個々の対象者のレベルに応じた治療プログラム内容の修正を行っており、治療プログラムの内容を、「MDT面接・個別面接での振り返り（18施設）」「ホームワーク（5施設）」「看護計画への反映（5施設）」などの形で般化したり、「看護面接・MDT面接（20施設）」「プログラムへのOBとしての参加（5施設）」などの形で補完したりしていることが明らかとなった（図1-9,15,17、問1-10,16,18）。

2. 治療評価会議について

治療評価会議については、各施設とも多職種（特に看護師）が参加しやすくなるような工夫がなされており（問2-4）、また会議の時間に関しても、病棟規模は関係なく、

24施設（78%）が2時間以内で実施するなど、毎週実施していく上で無理のない時間設定がなされていた（図 2-5）。会議の運用に関しても、「専用シートの活用（17施設）」「事前入力（4施設）」「社会復帰調整官の出席」「重点的に評価をする対象者を決めている」など施設ごとに工夫している点が認められた（問 2-11）。

3. MDT 会議・MDT 面接について

MDT 会議の1か月あたりの回数は23施設（75%）が1～2回であり、MDT 面接の1か月あたりの回数は24施設（77%）が1～2回であった（図 3-1,2）。MDT 会議・MDT 面接を行う際の職種数は、ほとんどの施設（25施設：81%）は3職種以上を最低ラインとして意識しており、5つの施設は全職種が参加できるよう努めていた（図 3-3）。また、予定されていなくても必要時に実施している施設は、「よく行っている」と「時々行っている」を合わせて30施設となっており、多くの施設（24施設：77%）は一覧表などでMDT 会議・MDT 面接の実施状況を把握できるようなシステムを持っていることも明らかとなった（図 3-6,7、問 3-8）。

4. 疾病教育について

疾病教育の種類としては、全ての施設において統合失調症の疾病教育は整備されており、併存することの多い物質関連障害のプログラムもほとんどの施設（28病棟）で整備されているものの、その他の疾病に関するプログラムは、整備されていない施設も多かった（図 4-1）。疾病教育の導入時期については、全施設において回復期前半までには導入されており、導入の目安としては、「病状の安定（17施設）」「治療計画への同意（7施設）」などが挙げられた（図

4-2、問 4-11）。疾病教育については、各施設で対象者のレベルに応じた工夫や修正がなされており、各施設が特に力を入れている点であることが窺えた（問 4-9）。

5. 服薬に関するプログラムについて

服薬の自己管理に向けたプログラムや服薬教育はほぼ全施設が看護師中心に標準的に行っているものの、服薬中断プログラムが導入されている施設は6施設（20%）のみであった。また、服薬中断プログラムに関しては多職種が関わっており、担当MDTで実施していることも明らかとなった（図 5-1,2,3,5,6,7）。

6. 問題解決に関するプログラムについて

SST、アングーマネジメント、CBT 入門などの代表的な治療プログラムはほぼ全施設において整備されており、その他にも「メタ認知トレーニング（5施設）」「認知機能リハビリテーション（2施設）」など、施設ごとに多くの治療プログラムが実施されており、各施設が独自色を出しつつ、力を入れている点であることが窺えた（図 6-1,2,3、問 6-4）。

7. セルフモニタリングについて

セルフモニタリング能力を向上させるような個別の取り組みは全施設が実施しており（図 7-1）、ほぼ全ての施設（30施設）が回復期前半までに導入していた（図 7-4）。また、各施設が対象者とのモニタリングの共有に時間をかけ（図 7-5, 6）、「本人の言葉を用いる（17施設）」「イラストの多用（9施設）」「モニタリングシート・トークンの利用」「見た目で×のない工夫」など、創意工夫していることも明らかとなった（問 7-2,8）。

8. クライシスプランについて

クライシスプランは全ての施設において作成されていた（図 8-1）。各施設においてばらつきはみられるものの、概ね回復期の院外外出前から社会復帰期の外泊前に作成が開始され、暫定版のクライシスプランは 27 施設（87%）において外泊前までに作成されていた（問 8-4、図 8-5）。

9. 内省深化のためのプログラムについて

内省プログラムは 29 施設（93%）で実施されているものの、その実施方法は集団と個別とで半数の 15 施設ずつに分かれていた（図 9-1）。被害者について考える会と自分史プログラムは実施していない施設も多く、実施していても個別プログラムの形で行なわれている施設が多かった（図 9-2, 3）。また、いずれのプログラムも、主に臨床心理技術者と看護師が担当していた（図 9-4, 5, 6）。各プログラムの開始時期については、少数ながら急性期前半という早い段階で開始されている施設もみられるが、多くの施設では回復期の段階で開始されていた（図 9-7, 8, 9）。導入が困難な対象者に対する理解や同意を得るための工夫については、「MDT が必要性や意義を繰り返し説明する（4 施設）」「個別対応での実施（3 施設）」「人手を増やす（2 施設）」「文章を本人の代わりにスタッフが記入」「心理的な抵抗を弱めるための予備的なプログラムの実施」などが挙げられた（問 9-14）。

10. 対象行為別治療プログラムについて

性暴力と放火以外の対象行為別プログラムはほとんどの施設で行なわれておらず、性暴力に関しても 19 施設（61%）、放火に関しても 12 施設（37%）の施設でのみ実施

されていた（図 10-1, 2, 3, 4, 5）。両プログラムの実施方法としては、性暴力が個別での実施が多い（個別 17 施設、集団 2 施設）のに対し、放火では集団が 8 施設、個別が 4 施設と逆の割合となっていた（図 10-1, 2）。これは、性暴力のプログラムにおいて考慮している点として挙げられている「対象行為が他対象者に分からないように工夫をしている」といった倫理的配慮が主な理由と考えられた（問 10-12）。

11. ミーティングについて

病棟全体のミーティングやユニットミーティングは多くの施設で実施されており、「コミュニケーション能力の向上」「対象者間の交流」「問題解決能力の向上」などがミーティングの主目的として挙げられていた（図 11-1, 2, 3, 4, 5）。2 施設のみではあるが、対象者の主体性を育むプログラムとしてのミーティングも行なわれていた。

12. 日常生活技能に関するプログラムについて

各施設において様々な生活技能訓練が実施されているが、特に多いのは買い物（31 施設）、金銭管理（31 施設）、調理（30 施設）、掃除（29 施設）、洗濯（28 施設）であった（図 12-1）。対象者のインターネット利用に関しては、利用できない施設が 19 施設（61%）と多く、利用できる施設においても病棟内で自由に使える環境がある施設は 3 施設のみであった（図 12-3, 4）。

13. 退院準備プログラムについて

退院準備プログラムは、主に回復期後半（11 施設：44%）に、権利擁護や日常生活技能、緊急時の連絡先の確認といった内容で実施されていることが多く、その他の内

容としては、就労準備性プログラムや社会資源見学プログラム、審判シュミレーションなどが挙げられた（図 13-1,2）。

14. 外出・外泊プログラムについて

対象者 1 名あたりの外泊プログラムの実施回数は、12 施設（40%）が 4～5 回、11 施設（36%）が 2～3 回という回数であった（図 14-4）。外泊の実施頻度については、多くの施設（21 施設：72%）が 1 か月に 1 回であったが、2 か月に 1 回の施設が 5 施設（17%）、3 か月に 1 回の施設が 2 施設（7%）となっていた（図 14-7）。

15. 家族支援・地域移行について

家族教室を実施している施設は約半数の 16 施設（52%）であり、その内訳をみると交通の便の良い地域に限定されているわけではなかった（図 15-1）。一方で家族支援に関してはほぼ全ての施設（30 施設）で実施されており、支援には社会復帰調整官も含め多職種が様々な手段を用い、関わっていることが明らかとなった（図 15-5,6,7）。初回の CPA 会議はほとんどの施設で急性期中に行なわれ（図 15-11）、以後の開催頻度は 21 施設（68%）が 3 か月に 1 回となっていた（図 15-12）。

16. その他について

飼育や園芸など、情緒・共感性を育むことを目的とした治療プログラムはほぼ全ての施設で実施されており（図 16-1）、心理面接は全施設で、基本的には全対象者に、入院期間を通して実施されていた（図 16-5,7）。WRAP (Wellness Recovery Action Plan; 元気回復行動プラン)のような総合的な治療プログラムに関しては、実施していない施設が 21 施設（68%）と多く、全国的

にはまだ浸透していないことが明らかとなった。

研究②: 研究対象事例 10 例の入院日数は、平均値 788.8 日、中央値 774.5 日、最大値 1,058 日、最小値 562 日であった。ステージ内訳としては、急性期 16.1%、回復期 40.0%、社会復帰期 43.9%であり、社会復帰期が比較的長期間を占めていた（表 18-1）。

全 70 治療プログラムの実施状況に関して、対象事例 10 例の平均入院日数を 100 とし、治療プログラム開始から終了まで平均値を帯状に可視化したものを表 19-1 に示す。当院では、統合失調症の疾病教育を全 4 コースに分け実施している。急性期初期より、医療観察法による入院や治療の理解を深める内容の疾病教育である「基礎コース 1」を開始し、統合失調症に関しての基本的な情報提供となる「基礎コース 2」は急性期後期から回復期初期に、幻聴・妄想に関する認知行動療法的要素を取り入れた心理教育である「基礎コース 3」は回復期中期には終了している。症状の悪化のサインや再発防止等に関する総仕上げ的な疾病教育である「基礎コース 4」は社会復帰期初期に実施しているが、基本的な疾病教育は回復期中期頃までに終了することになる（表 20-1）。内省深化のためのプログラムは、被害者への共感性を養うプログラムとして、犯罪被害者の手記や犯罪被害者・加害者を描いた映画等を集団で輪読・視聴し、被害者の心情を考える「被害者について考える会」を回復期中期より開始し、退院時まで継続している。また、より一層の内省深化を促すための「内省プログラム」を疾病教育が終了する社会復帰期前期に行っている（表 20-2）。「セルフモニタリング」は「基礎コース 2（統合失調症の基本的疾

病教育)」が終了した回復期初期より開始し、「基礎コース 3 (幻聴・妄想に関する認知行動療法的要素を取り入れた心理教育)」の終了時期である回復期中期に「クライシスプラン」の作成を開始しているケースが多かった (表 20-3)。「セルフモニタリング」「クライシスプラン」に関しては、退院直前まで行い、外泊等も含めた治療プログラムで行われた内容を盛り込むことで、日常生活への一般化や地域の実情に合った修正が行われている。

また、全治療プログラムの実施状況において、集団プログラムと個別プログラムの割合をみると、入院日数が短期の 2 名では 55% 以上が集団プログラムで行われており、長期の 2 名では、55% 以上が個別プログラムで行われているとの差異が認められた (表 20-4)。「MDT 会議・MDT 面接」においては、入院日数が長期であるほど、数多く開催される傾向にあり、綿密な MDT による検討が為されていることが窺えた (表 20-5)。

D. 考察

1) 研究の限界と意義

研究①のアンケートの回収率は 100% であり、3 職種以上で検討・記入されているが、あくまで自記式のアンケートであり、データの客観性には一定の限界がある。先行研究であるピアレビュー研究における各施設のチェックシートの結果や講評スライドの内容も参照し、客観性を担保しようと試みたが、細かな検討事項の照合は困難であった。また、推定入院日数が算出されている施設が 21 施設のみであり、アンケートの回答内容と推定入院日数の関連についての統計的検討の意義は不十分なものと考えられる。また、研究②ではあくまで当院の

10 事例のみでの検討であり、現時点では研究結果の一般化や他施設との比較はできない状況にある。

一方で、全国的な治療プログラムの内容・構造における傾向について概観できたことや当院の統合失調症事例に対する治療プログラムの実施状況や導入時期などについて詳細なデータを抽出できたことは、一定の意義があったものとする。また、本研究では入院日数と関連の強いプログラムの内容や構造については統計的に明らかにすることはできなかったが、今後の研究の方向性を具体化できたことについては、十分に意義があったものとする。

本研究の結果から、入院日数に影響を及ぼしていることが示唆される治療プログラムの構造・内容について考察し、今後の研究の方向性について言及したい。

2) 研究①の結果より

・治療プログラム全般について

今回の調査結果からは、治療プログラムの基本的な構造については、施設間の明らかな差異は認められなかった。入院期間に影響を及ぼすことを想定していた、「入院治療の見通しを対象者と共有するようなプログラムやシステムの有無 (図 1-21)」についても、「ある」と回答し推定入院日数が算出されている 14 施設の平均入院日数は 970.76 ± 317.88 日であり、「ない」と回答し推定入院日数が算出されている 7 施設の平均入院日数は 867.45 ± 114.08 日となっており、平均値の有意な差は認められなかった。さらに、「ある」と回答した施設で行われている「入院治療の見通しを対象者と共有するようなプログラムやシステム」から、標準的に全施設で実施されている MDT 会議・MDT 面接、急性期ステージや入院治療

導入時のみに実施されているプログラムやクリティカルパスなどを除いて検定し直しても、「ある」と回答した9施設の平均入院日数（ 1002.78 ± 392.71 日）と「ない」と回答した12施設の平均入院日数（ 886.49 ± 112.08 日）との間に有意差は認められなかった。

・クライシスプランについて

クライシスプランは全施設で作成（図8-1）されているように、再被害行為防止を念頭においた社会復帰を目指していく上では、必要不可欠なプログラムとなっている。その作成には、対象者が自身の疾病の特徴を理解し、病状悪化時のサインやその対処法を明確化していく過程が必要となり、病識の獲得度合い、すなわち治療の進捗状況と作成の進捗状況は密接に関係するものと考えられる。クライシスプランは退院時点で完成を迎え、通院処遇中に地域の状況や病状の変化を加味し、適宜修正されていくものである。よって、入院期間と関連があるのはクライシスプランの暫定版の完成時期と考え、回復期までに完成し推定入院日数が算出されている6施設と、社会復帰期以降に完成し推定入院日数が算出されている15施設の平均入院日数を比較してみたが、それぞれ 975.05 ± 208.78 日と 920.84 ± 294.10 日となっており、統計的に有意差は認められなかった。

・内省深化のためのプログラムについて

内省プログラムは対象行為に至った人生を振り返り、自己の責任を考え、今後同様の行為を起こさない未来を迎えるための具体的なプランを検討する、といった入院治療の総仕上げ的な意味合いを持ったプログラムであると考え。アンケート結果か

ら、内省プログラムの実施方法は、集団と個別とで15施設ずつに分かれ、内省プログラムの開始時期は施設によってばらつきが認められる（図9-1,7）。内省プログラムを集団で実施し推定入院日数が算出されている12施設の平均入院日数は 924.64 ± 340.32 日であり、内省プログラムを個別で実施し推定入院日数が算出されている8施設の平均入院日数は 967.64 ± 144.34 日となっており、両者の間で統計的に有意差は認められなかった。また、入院期間を急性期から回復期前半までと回復期後半から社会復帰までの2つに分けると、内省プログラムを回復期前半までに開始し推定入院日数が算出されている13施設と、回復期後半以降にプログラムを開始し推定入院日数が算出されている7施設の平均入院日数は、それぞれ 899.22 ± 165.80 日と 1020.99 ± 156.71 日となっており、こちらも統計的に有意な差は認められなかった。

・外出・外泊について

外泊プログラムは退院に直結するものであり、その実施状況は入院期間に大きな影響を及ぼすものとする。外泊の実施回数が1~3回で推定入院日数が算出されている11施設の平均入院日数（ 1001.98 ± 335.13 日）に比べ、外泊の実施回数が4回以上で推定入院日数が算出されている10施設の平均入院日数（ 864.10 ± 155.91 日）は、統計的に有意ではないものの短い傾向にあった（ $p=0.25$ ）。また、外泊の実施頻度が1か月に1回で推定入院日数が算出されている15施設の平均入院日数（ 851.40 ± 141.30 日）は、外泊の実施頻度が2か月に1回で推定入院日数が算出されている4施設の平均入院日数（ 1233.89 ± 477.86 日）に比べて有意に短いとの結果が得られた（ $p=0.02$ ）。これを上

記の1か月に1回の施設と2~3か月の7施設とで同じように比較すると、 851.40 ± 141.30 日と 1148.64 ± 395.81 日となり、統計的に有意ではないもののやはり1か月に1回の頻度の施設の方が入院日数が短い傾向が認められた($p=0.12$)。これらの結果から、外泊の回数を増やし、間隔を短くすることで、地域への順応を早め、地域から与えられる課題に継続して取り組むことが可能となり、入院期間が短くなるのでは、との推論が考えられる。

・家族支援・地域移行について

CPA会議も外泊プログラム同様、退院に直結する治療プログラムであり、入院期間に大きな影響を及ぼすものと考えられる。初回のCPA会議の実施時期については、急性期前期に実施し推定入院日数が算出されている7施設の平均入院日数(1013.99 ± 400.06 日)と急性期後期以降に実施し推定入院日数が算出されている14施設の平均入院日数(897.49 ± 179.29 日)との間で統計的に有意な差は認められなかった。CPA会議の開催頻度が1~3か月に1回で推定入院日数が算出されている15施設の平均入院日数(879.01 ± 171.76 日)は、CPA会議の開催頻度が4~6か月に1回で推定入院日数が算出されている6施設の平均入院日数(1079.61 ± 413.78 日)に比べ、統計的に有意ではないものの短い傾向が認められた($p=0.13$)。これらの結果から、上述した外泊における推論と同様、短い間隔で地域から治療課題を与えられる場面を通して、入院中の治療課題が早期に明確化し、入院期間の短縮につながるのでは、との推論が考えられる。

3) 研究②の結果より

・疾病教育と内省プログラム、集団プログラムと個別プログラムの関係について

当院の治療プログラムの実施状況の特徴として、早期より疾病教育を導入し、回復期中期には基本的な疾病教育は終了していることが挙げられる。対象者の病識が概ね深まったと考えられる回復期中期の段階で「被害者について考える会」が導入され、被害者への共感性を養うためのアプローチを行っている。社会復帰期初期に導入する総仕上げ的な疾病教育である「基礎コース4」とほぼ並行する形で導入される「内省プログラム」によって更なる内省深化を促し、外出・外泊プログラムと連動させ、事件地に行くことや関係者に謝罪するなどの直面化を行っているケースも多い。また、「セルフモニタリング」や「クライシスプラン」についても「基礎コース2(統合失調症の基本的疾病教育)」や「基礎コース3(幻聴・妄想に関する認知行動療法的要素を取り入れた心理教育)」の終了時期を指標に導入しており、全体を通してプログラム間の連動性を意識した実施状況となっている。

グループダイナミクスを期待した集団プログラムの実施状況については、入院が長期化する対象者ほど集団プログラムの実施が難しく(集団45%、個別55%)、他の対象者との協調性や共感性が乏しい傾向が示唆され、それらの傾向が内省深化を阻害し、入院期間の長期化要因となっているものと考えられる。

4) 今後の課題

本研究を通し、今後の研究課題として、以下のものが具体化した。

・全国の指定入院医療機関における各治療プログラムの実施時期や集団・個別プログラムの実施状況についての量的調査。

・上記により抽出されたデータと本研究で得られた当院のデータを比較することでの入院期間に影響を及ぼす因子の明確化。

・全国の指定入院医療機関における各治療プログラムの連動性・効率性の意識やそれらを担保するシステムについての質的・量的調査。

・各医療機関の「強み」となっている治療プログラムを全国の指定入院医療機関で共有できるようにするための道筋作り。

・上記課題を検討した上での入院診療マニュアル（案）の作成。

E. 結論

本研究により以下のことが明らかとなった。

・全国の指定入院医療機関において、治療プログラムの内容や実施状況に大きな差異は認められず、推定入院日数の短い施設と長い施設との比較においても、同様の結果が得られた。

・統合失調症の疾病教育や問題解決に関するプログラムについては、各施設が独自色を出しつつ、工夫したプログラムを実施している一方で、統合失調症と物質関連障害以外の疾患に対する疾病教育や対象行為別プログラムなどは実施している施設が少なかった。

・外泊プログラムやCPA会議の回数や頻度が多いほど、入院期間が短くなる傾向が示唆された

・各治療プログラム間の連動性や導入時期、集団プログラムと個別プログラムの実施状況が入院日数に影響している可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) 論文発表

なし

2) 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

平成 24 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

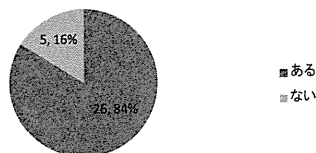
「医療観察法の向上と関係機関の連携に関する研究」総括・分担研究報告書

1-1. 病棟専任の人数と兼任の人数

	専任(名)	兼任(名)
医師	55	65
看護師	1014	20
臨床心理 技術者	52	29
作業療法 士	44	29
精神保健 福祉士	46	30
事務職員	29	19
その他職 種	5	5

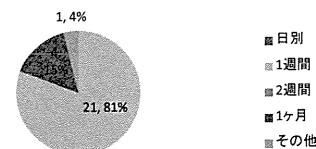
1-2. スケジュール表の有無

2. 対象者に渡すスケジュール表に該当するものはありますか？



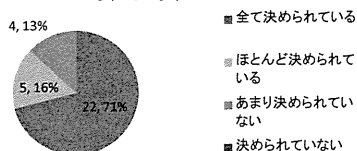
1-3. スケジュール表の期間

3. 2.で「ある」の場合には、どのくらいの期間で区切っていますか？



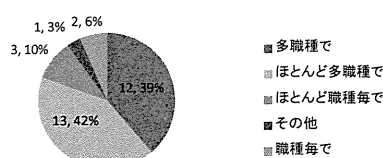
1-4. 各プログラムの担当者の有無

4. 各プログラムにおいて、内容(時間、曜日、回数、参加対象者など)を検討する担当者は決められていますか？



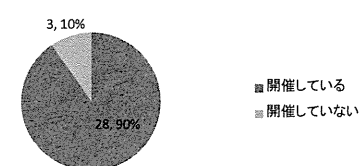
1-5. 担当者の構成

5. その担当者は多職種(2職種以上)で構成されていますか？ 職種毎で構成されていますか？



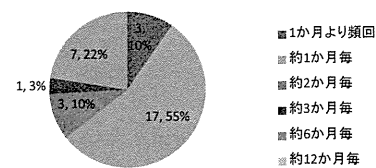
1-6. 各プログラムにおける担当者会議の有無

6. 各プログラムにおいて、担当者会議は開催していますか？



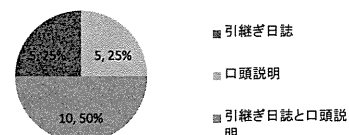
1-7. 担当者会議の頻度

7. 6.で「開催している」の場合には、その頻度について教えてください。



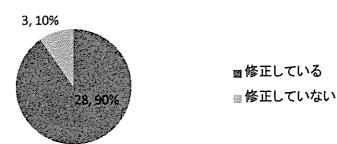
1-8. 担当者への引継ぎ

8. プログラム担当者が毎回参加出来ない治療プログラムにおいて、次回の担当者への引継ぎはどのように行っていますか？



1-9. 個々の対象者のレベルに応じたプログラムの修正の有無

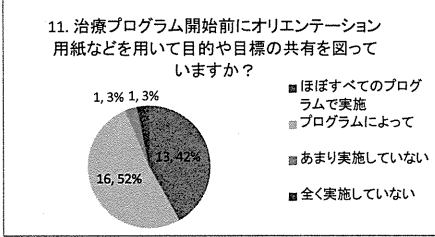
9. 個々の対象者のレベル(発達レベルや疾患の重篤度など)に応じたプログラム内容の修正などの工夫は行なっていますか？



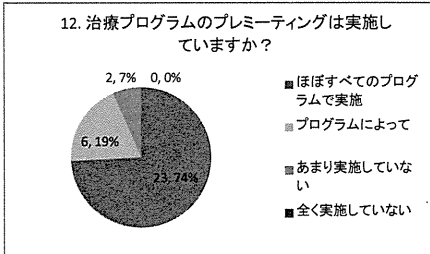
1-10. 9.で「修正している」の場合の修正内容

- ・内省等(レベルに合わせ、内容や回数を調整)
- ・ステップ(疾患教育)-疾患別、レベルに合わせて・内省-個別・どのプログラムにも、集団が無理な場合は個別にしたり、合併症に合わせた対応をしている
- ・ロードマップ・アンガー・内容の簡素化・用語を日常語に近づける
- ・ユニットミーティングや疾患プログラムは、MRの人にフリガナをつける
- ・外国人には簡易な表現にする
- ・生活能力が低い人は、追加してプログラムを行うなどした
- ・内省P、発見P
- ・疾病教育(S,薬物、AI)・簡単バージョン・ワークシートを平易な言葉におきかえる
- ・就労準備P→体験内容を変更する
- ・心理導入P→振りかたをふる、強調点をかえる
- ・いってみようやってみよう→参加者に応じて内容を考慮
- ・ストレス対処P→簡易版テキスト作成
- ・アンガー→回数を減らし練習を増やす
- ・疾病教育→内容をやさしくしている
- ・疾病教育：言葉のレベルを変更、具体的な症状を整理するフォーマットを使用
- ・思考スキル：テキストを一部割愛し、ボリュームダウンさせる
- ・クライシスプラン：対処法、具体例を提示して選択方式にする
- ・心理社会教育
- ・疾病教育を個別に行う
- ・理解度に応じてテキストを修正する
- ・SST、感情コントロール
- ・ボディワーク、CBT
- ・個別OTや個別SSTなど、対象者の状態に応じて個別対応を行っている
- ・SMARPPなど、理解度に応じた説明を行っている
- ・疾病教育、SST、アンガーマネジメント、ストレッチ
- ・主に認知のレベルに合わせて修正
- ・「権利擁護講座」「疾病心理教育」対象者の知的レベルに合わせて短時間で回数を増やす。分かりやすい言葉を使用。スライド等テキスト以外も使用している。
- ・CBT、内省、疾病教育、全てのプログラムについて対象者別にフォローしている。
- ・ほとんど全てのプログラムで内容(テキスト、ふりがな、イラスト、図、量、実施回数)を修正している。
- ・疾病教育：知的能力に合わせて個別に分かりやすくする。
- ・プログラムテキストの修正は積極的には行っていない(振り仮名等)が視覚的教材を多く用いることで理解しやすくしている。進行ペースやフォローアップを工夫することで対応している。
- ・心理教育、内省プログラム、パラレルOTなど全て個別に修正しています
- ・共通しているもの：ルビを振る
- ・権利擁護講座：言葉の言い換え、担当職員を増員しマンツーマンに近い対応を行う
- ・内省プログラム：テキストを修正、図等の視覚的情報を付加する、言葉を平易なものに言い換える
- ・アサーション：言葉、内容を平易にする、枠組みをはっきりする
- ・疾病教育、パラレル、月命日、中庭活動、内服自己管理、スポーツ、歳時期
- ・説明する際に、理解度に合わせて平易な言葉を用いる。
- ・権利擁護と社会復帰セミナーは、対象者の知的レベルに合わせて修正している。
- ・疾病教育(本人の知的レベルに合わせて分かりやすくしている)
- ・服薬プログラム→個別の目的に合わせた管理方法
- ・基礎コース2・3・4→知的水準に合わせて内容をシンプルにした、対象者の疾患に合わせてテキスト作成
- ・家族支援

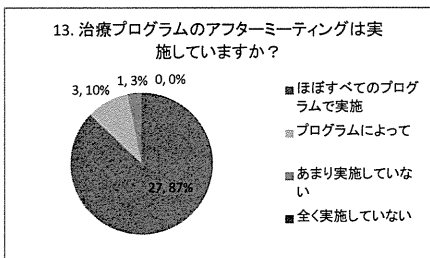
1-11. 治療プログラム開始前の目的や目標の共有



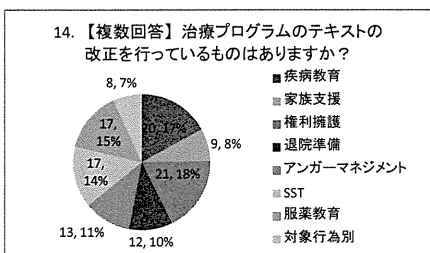
1-12. 治療プログラムのプレミーティング



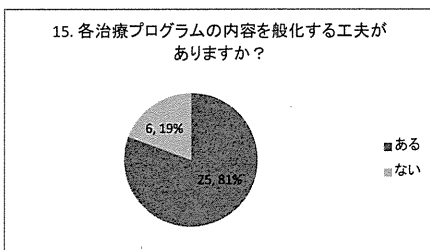
1-13. 治療プログラムのアフターミーティング



1-14. 【複数回答】治療プログラムのテキストの改正



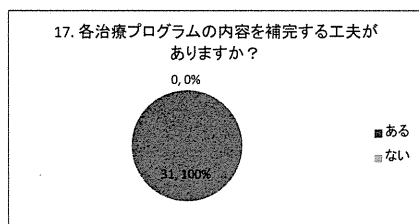
1-15. 各治療プログラムの内容を般化する工夫



1-16. 15.で「ある」の場合、般化する工夫

- ・クライシスプランへの反映など
- ・SSTなどの課題を反映する
- ・semi structuredの設定の共同集団プログラムの計画・実施
- ・対象者の個々の課題として表示
- ・モジュールで確認
- ・MDT面接・個別面接での振り返り(18施設)
- ・院外外出での実践(3施設)
- ・看護計画にて般化している(5施設)
- ・治療計画への立案。セルフモニタリング・アンガーダイアリーのプログラム後の継続
- ・出席表、インフォメーションやチームにお知らせ、振り返りシートの活用
- ・ホームワーク(5施設)、般化そのものをプログラムとして実施
- ・課題復習など
- ・日常生活場面での振り返り
- ・トラブル発生時の対応
- ・ITT会議、高頻度でプログラムを繰り返す。
- ・外部講師を呼んでの講演会(プログラムの総括、振り返りとして実施)
- ・個別で振り返り、再学習(再参加も含む)
- ・トラブルが起きた際、個別で内省の振り返り
- ・アフターミーティングで対象者の状況に応じた工夫を検討
- ・MDTへの報告カードを作成し、PNS、ANSIに報告してコメントをカードに記入してもらった。
- ・フラッシュカード作成

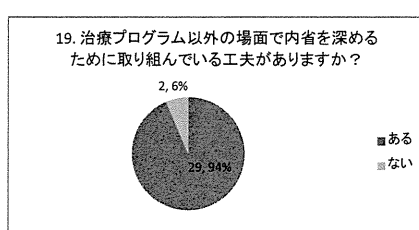
1-17. 各治療プログラムの内容を補完する工夫



1-18. 17.で「ある」の場合の補完する工夫

- ・補習や面接など、疾病教育、対処スキル、(リラクゼーション、ストレスマネジメント)、CBTなどの内容を自己の問題として再構成する(WRAPなど)
- ・個別でフォローしている(3施設)
- ・看護面接、多職種面接(20施設)
- ・MDTへの報告会
- ・宿題を出してその後の看護面接、心理面接等で利用する
- ・プログラムへの複数回の参加(2施設)
- ・退院者のピア講和
- ・MDT面接、マイウェイプログラム
- ・必要時にユニットミーティングの開催
- ・物質使用障害Pを繰り返す行
- ・各プログラムの内容を内包した「すぐろくプログラム」
- ・復習プログラム、就労支援プログラム
- ・外出・外泊を体験した対象者から、他の対象者に体験したことを語って頂く。
- ・プログラムへのOBとしての参加、補習(5施設)

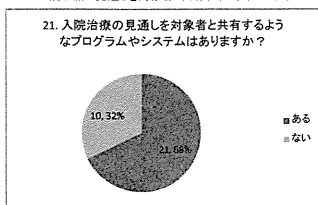
1-19. 内省を深めるために取り組んでいる工夫



1-20. 19.で「ある」の場合の取り組んでいる工夫

- ・事件現場への外出(22施設)
- ・お墓参り(22施設)
- ・病棟内で起きた他者トラブルなどを扱うことによって
・急業etc...問題行動が起きたときの対処や振り返り
- ・被害者家族の写真を部屋におき、日々折りをささげる
- ・喪の作業(2施設)
- ・対象行為以外の暴力の謝罪(手紙などを用いて)
- ・謝罪の手紙(2施設)
- ・被害者(第3者)への謝罪(11施設)、警察消防への協力依頼(6施設)
- ・現場の写真を見る、法話会の実施
- ・宗教講和
- ・祈りの間の使用(月命日、命日、お盆、希望日など)
- ・内省プログラム後にスタッフが内省に関する質問をするなどして関わる
- ・火事のDVDを見てもらう、調整官を通じて被害者のその後の様子を聞く、事件で使用した物品を使ってみる、新聞(事件の)を見てもらう、事件時に似た状況を設定し、振り返ってもらう
- ・家族への手紙
- ・祭壇を準備し定期的に線香をあげる。
- ・ITT会議(特に家族)
- ・対象行為の被害者(福祉事務所のケースワーカー)のCPA会議への出席
- ・位牌を取りに行く
- ・新盆(被害者の)のセレモニーを病棟内にて実施(個別)
- ・命日に花をいけたりしている。
- ・裁判所の有効活用、CPA会議、家族を含めた振り返り、COMBOの本「こころの元気+」を設置

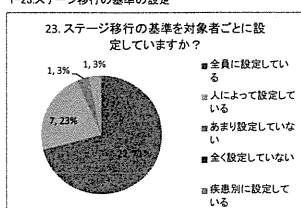
1-21. 入院治療の見直しを対象者と共有するようなプログラム・システム



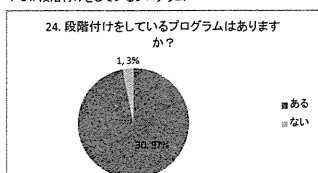
1-22. 21.で「ある」の場合のプログラム・システム

- ・クリティカルパス(4施設)
- ・MDT面接(5施設)
- ・ナビゲーションプログラム
- ・パス(服薬自己管理、身体管理など)
- ・モチベーションプログラム
- ・マイウェイ時、治療ステージ目標を共有する(2施設)
- ・今後の課題である
- ・入院時のオリエンテーションプログラム(3施設)
- ・ITT会議、個別面接
- ・権利擁護
- ・ケアマップ、ロードマップ(4施設)
- ・治療計画(2施設)

1-23. ステージ移行の基準の設定



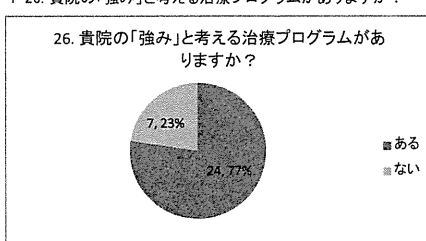
1-24. 段階付けをしているプログラム



1-25. 24.で「ある」場合のプログラム

- ・疾病教育Ⅰ→Ⅱ→Ⅲ
- ・疾病教育Ⅱ→CBT
- ・服薬自己管理A(Na管理)→B1→B2→B3(1日分→3日分→7日分Naと確認し内服)→C(7日分自己管理)
- ・パラレルⅠ→Ⅱ
- ・パラレル、個人OT、ボディワーク(個別)→園芸、協同作業グループ(グループ)
- ・OTⅠ自己認識・身体感覚(パラレルⅠ、sensory、Body work)→OTⅡ日常生活技能 coping skill(課題遂行集団、パラレルⅡ、Relaxation stress management、NEAR、生活スキル)→OTⅢ社会適応技能の定着(共同作業グループ、生活スキル、就労準備、WRAP)
- ・疾病教育Ⅰ→2→CBT→疾病教育3→内省
- ・パラレルⅠ→2
- ・疾病教育Ⅰ→2
- ・社会後期学習支援プログラム→退院準備プログラム
- ・ロードマップⅠ→2→3
- ・心理教育①(観察法の理解)
- ・権利擁護講座
- ・心理教育②(疾患教育)
- ・SST(疾患・服薬自己管理モジュール)、生活技能講座、社会資源講座
- ・内省
- ・調整
- ・服薬自己管理
- ・服薬心理プログラム(Na)→疾病教育(Dr)→服薬心理プログラム
- ・疾病教育→再発予防
- ・服薬自己管理プログラム
- ・疾病教育→セルフパートナーP 心理導入→CBT→内省P 服薬自己管理Ⅰ→6
- ・服薬自己管理(プレ→A→G)
- ・クラブ導入→自立、疾病教育(急)→回→CBT、個別調理→生活訓練
- ・病棟：疾病教育(体験型)→疾病教育(テキスト)→自己研究
- ・内省：感情理解(基礎編)→感情理解(応用編)→被害プログラム
- ・入院時権利擁護→疾患教育→SST→内省
- ・医療観察法の理解を3ステップで行っている
- ・疾病教育、CBT
- ・服薬自己管理
- ・服薬自己管理プログラム→ステップ1からステップ8まで
- ・疾患教育A→B
- ・ステップ1,2,3→CBT→内省Pなど
- ・疾病教育、服薬自己管理、ストレッチ
- ・疾病心理教育→服薬プログラム→服薬自己管理プログラム(ステップ1～ステップ7)
- ・服薬→自己管理、
- ・CBT→やらわかせプログラム
- ・疾病教育、服薬自己管理プログラム、内省プログラム
- ・はじめましてP(導入)→疾病教育(症状編)→再発予防編→生活編
- ・退院準備PG(認知機能障害、疾患、症状、薬物療法、セルフモニタリング、再発予防、緊急時の対応)
- ・正体不明の声
- ・WRAP
- ・社会復帰講座基礎編→応用編
- ・MP(服薬管理プログラム)Ⅰ→2→3
- ・疾病学習Ⅰ→2
- ・ゆづりミーティング(集団精神療法)→あいあいミーティング(より・SST要素の強いグループ)
- ・調理(簡単→レベル1→レベル2)
- ・個人OT→パラレル
- ・自分史P→内省P→内省発表→疾病教育
- ・おだやかクラブ、
- ・パラレルⅠ→パラレルOTⅡ、
- ・SSTファースト→SSTセカンド
- ・看護心理教育、サクラソウ(医療観察法の理解)、ケヤキ(疾患・服薬教育)、シロコハト(SOS-クライシスプランについて)
- ・疾病教育
- ・基礎コースⅠ→基礎コース2→基礎コース3→内省プログラム→基礎コース4
- ・服薬プログラムⅠ→3
- ・おすずり倶楽部Ⅰ→2
- ・退院準備プログラムⅠ→2
- ・セルフモニタリング→クライシスプラン

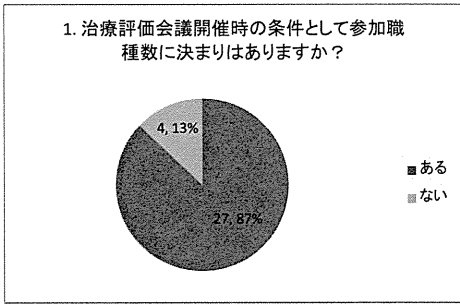
1-26. 貴院の「強み」と考える治療プログラムがありますか？



1-27. 26.で「ある」場合の概要

- ・SMARRP
- ・プログラムの効果を多様にoverlapしていること
- ・心理教育-CBT→内省-WRAP→OTなど焦点は異なっているが重複し関連づけする中で、個別化されたものに再構成されている
- ・全て、立ち上げ病棟として、どのプログラムにも力を入れている。特に家族相談会。
- ・ロードマップ：ロードマップ導入編(オリエンテーション、内省、当事者の声、被害者、加害者、ロールプレイ)→個別編(自分史)→退院準備編(外泊体験報告、退院準備プログラム)
- ・やわらかあたま教室(メタ認知トレーニング)
- ・SST(ビューティフルマインドの映画を用いている)
- ・疾病教育
- ・発見P
- ・プレディケアプログラム：病棟内で疑似デイケア様のプログラムを実施中
- ・マインドマッププログラム、マインドマップをツールとして使用するプログラム
- ・アルコール、MDT面接、薬物の認知行動療法
- ・アルコールプログラム
- ・ピアサポートP→対象者自らが考えて行動する
- ・就労準備P→退院後の生活スキルの自己評価
- ・「被害者について考える時間」：回復期ステージ以上の対象者全員に犯罪被害者の受ける被害について知識を提供し考えてもらう
- ・「スマイルプログラム」：対象者自ら自分の力・強さを実感し、自分らしさやこれからの人生について考えられるようにしていく
- ・生活訓練室、クロザリルP、コンコーディンススキル
- ・感情理解：体験を通して自分の感情を理解する、応用編では自分の感情だけでなく他者の感情も理解する
- ・さくら(放火防止プログラム)、家族相談会、アンガーマネジメント
- ・退院準備プログラム(Happy life program)
- ・就労準備プログラム
- ・アニバーサリーの介入、歳時記、家族ゼミを含む家族へのアプローチ、火の用心PG(対象行為別PG)
- ・個別対応のプログラムが多い。
- ・外泊準備の為に生活訓練室を利用したプログラムがある。
- ・審判シミュレーション(合議体の面接の頻度が高いので成立する。リアリティがある。)
- ・知的レベルに合わせた内省を深めるための個別プログラムを行なっている。
- ・認知リハ(機能回復、維持)を土台とし、心理教育等とセットにしたPGをほぼ毎日実施。心理教育も急性期から動機付けセッションとして位置付け、疾患で区別せず共通性・多様性を共有しながら脳の疾患という身体的な側面と治療についての情報提供を多く取り入れている。
- ・地元の人ばかりなので外出など行いやすい点
- ・セルフモニタリング(シートを用いた面接を全対象者に毎日実施)
- ・ニュース・プログラム
- ・レクリエーション、就労準備P、社会復帰P
- ・服薬中断プログラム：薬の効果を確認しアドヒアランスを高めるために、計画的に断薬を行う

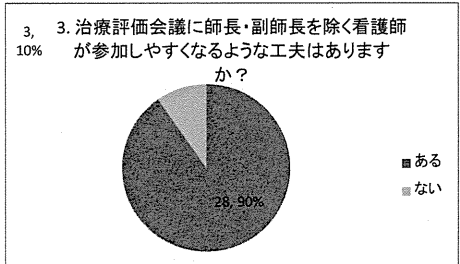
2-1. 治療評価会議開催時の参加職種数



2. 1で「ある」の場合の内容

- ・看護師は各モジュールから1名以上参加(6施設)
- ・全職種。(14施設)
- ・看護師長及び副師長 or モジュール各1名の看護師。
- ・看護師は師長と各モジュールから1名以上
- ・3職種以上(10施設)
- ・看護師長は毎回参加(5施設)
- ・医師は絶対参加(2施設)
- ・その日勤務している看護師は、自分の受け持ち対象者の検討時は必ず参加する
- ・看護は師長に加え各ユニットのリーダーが参加

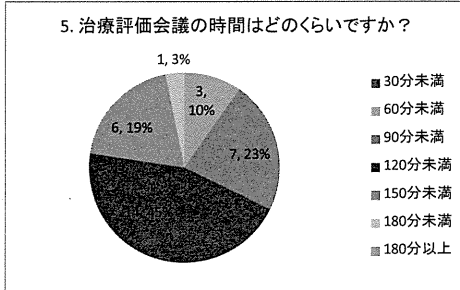
2-3. 師長・副師長を除く看護師が参加しやすくなるような工夫



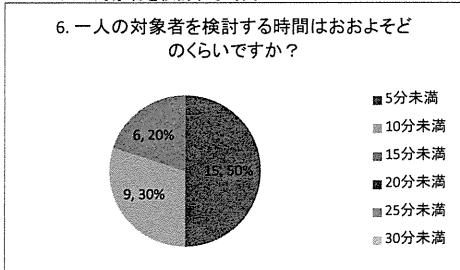
2-4. 3で「ある」の場合の工夫の内容

- ・治療評価会議の時間帯にはプログラムがない(18施設)
- ・勤務表で予定を組む(特に当院はPNsを計画する。3ヶ月の評価を週1回実施しているため。)
- ・日勤者数を増やす(6施設)
- ・業務分担表に記入してスケジュール調整する(2施設)
- ・参加の担当をつけている(2施設)
- ・司会、書記の役割も当番制にしている
- ・プライマリーナースがサマリーを作成し、報告する
- ・併設の為、一般病棟Nsがフォロー
- ・治療評価記録、司会(副師長)はNsが実施している

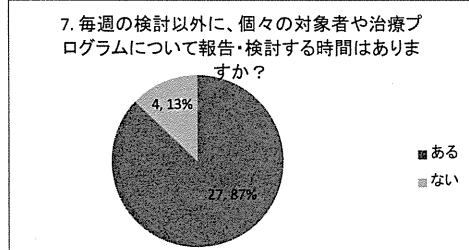
2-5. 治療評価会議の時間



2-6. 一人の対象者を検討する時間



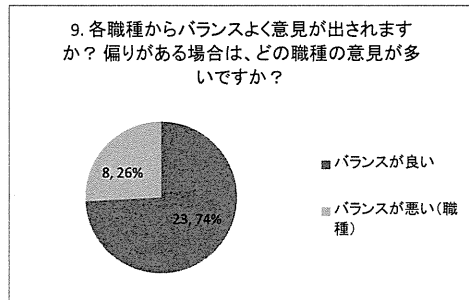
2-7. 毎週の検討以外に報告・検討する時間



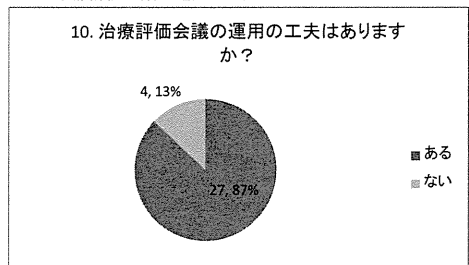
2-8. 7で「ある」の場合の内容

- ・毎月1回治療プログラムについて検討する会議を他職種でもっている
- ・拡大MDT会議(病棟会議)
- ・治療プログラム会議(2施設)
- ・3ヶ月の治療計画評価(7施設)
- ・MDTによる共通評価項目の評価
- ・治療計画をMDT以外のスタッフも交えて再検討する
- ・新規導入プログラムの紹介(11施設)
- ・新しい提案や疾病管理のことなど、必要に応じて
- ・処遇困難事例の検討(2施設)、新規入院対象者の紹介
- ・1ヶ月に1回、ケースカンファレンス(4施設)
- ・プログラム会議 2回/月、園芸、デイケアを運営会議
- ・外出の検討
- ・個別プログラムの結果報告(5施設)
- ・ステージ変更時の治療計画や見直し
- ・朝の全体引継の場で個別のMMPでの内容をざっと報告する。
- ・随時やっている。朝の申し送り後
- ・3ヶ月の治療サマリー
- ・半年ごとの入院継続の検討
- ・毎月第4曜日ロング治療評価会議を設け、1ケース30分で3名のカンファレンスを実施
- ・月別予定計画表
- ・MDT会議、MDT面接
- ・毎日多職種カンファレンスを実施(13:30~14:00)

2-9. バランスよく意見が出ているか？ 偏りがある場合の職種？



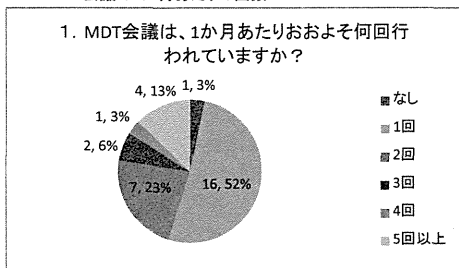
2-10. 治療評価会議の運用の工夫



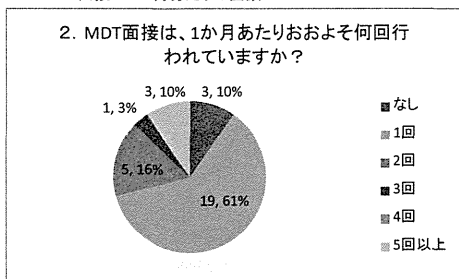
2-11. 10で「ある」の場合の工夫の内容

- ・重点的に評価をする対象者を決めていく
- ・各モジュールの対象者情報として入力をしてその場で作っている
- ・専用シートに記載したものを、病棟事務が事後に支援システムにコピーする(2施設)
- ・事前に書いている(4施設)
- ・司会、初期を輪番制にしている。会議での発言内容を記録し、全員が閲覧できる
- ・専用シートの活用(17施設)
- ・副師長が司会を行い、看護師の交代など調整している
- ・記入方法を統一(3施設)
- ・各職種輪番で司会・書記担当
- ・各職種に必ず意見が振られる。
- ・ほぼ毎週、社会復帰調整官が出席。常に情報交換。
- ・プロジェクター
- ・検討事項の事前準備
- ・治療評価会議情報シートへの記載

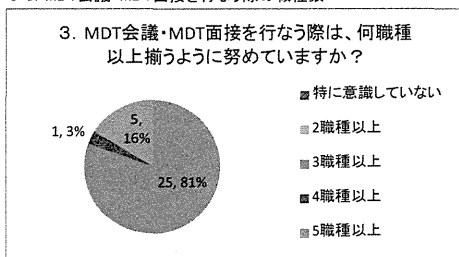
3-1. MDT会議の1か月あたりの回数



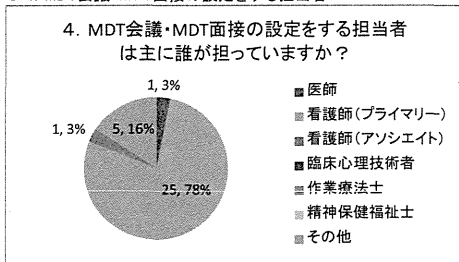
3-2. MDT面接の1か月あたりの回数



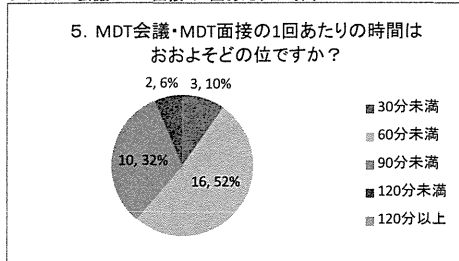
3-3. MDT会議・MDT面接を行なう際の職種数



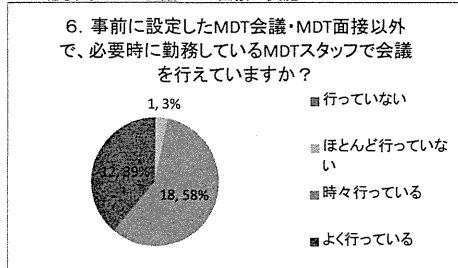
3-4. MDT会議・MDT面接の設定をする担当者



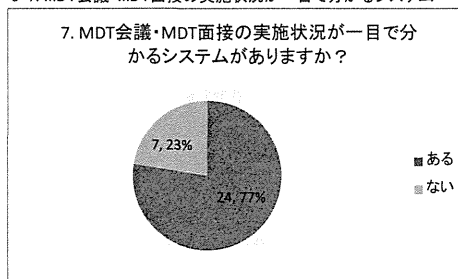
3-5. MDT会議・MDT面接の1回あたりの時間



3-6. 必要時のMDT会議・MDT面接の実施



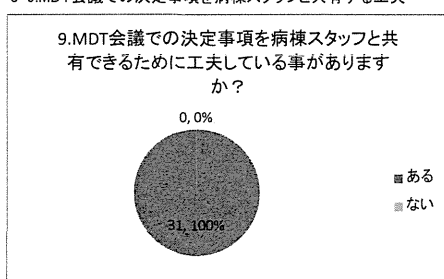
3-7. MDT会議・MDT面接の実施状況が一目で分かるシステム



3-8. 7で「ある」の場合のシステムの内容

- ・一覧表を作成している(10施設)
- ・スケジュール管理(共有フォルダ内)している(2施設)
- ・月間予定表(3施設)
- ・カンファレンスシート
- ・システムに自動的に反映するように入力している
- ・支援システムへの入力(2施設)
- ・支援システム上のサマリーから
- ・診療システムの施設予約(2施設)
- ・スケジュールボードの活用
- ・スケジュールウォッチャー
- ・毎回のMDT会議議事録の支援システムへの貼りつけ
- ・別にシートを作成している。
- ・共用予定表
- ・実機用のVer.MDT

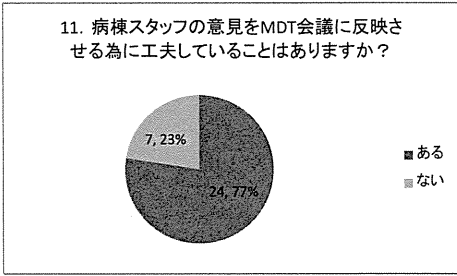
3-9. MDT会議での決定事項を病棟スタッフと共有できるために工夫している事がありますか？



3-10. 9で「ある」の場合の工夫の内容

- ・個別対応表の作成(11施設)
- ・モジュールファイルの使用
- ・個人ごとに約束事のバインダーを使用している
- ・リーダーNsが看護一覧表に記載
- ・申し送りにとばすようにしている(3施設)
- ・サマリー入力。(3施設) 必要時印刷。
- ・情報共有掲示板(パソコン内)
- ・各モジュールカンファノートに記入し共有している(看護)
- ・カンファレンスの共有(3施設)、シートの活用(4施設)
- ・申し送り表(4施設)
- ・記録の充実・工夫(3施設)
- ・毎回のMDT会議議事録の支援システムへの貼りつけ
- ・治療評価会議での共有
- ・ケアプラン・責任観察レベル(システム内)・リスクの共有ファイル
- ・個別ファイル作成
- ・翌月のスタッフミーティングで速やかに情報共有する。
- ・システム上の掲示板(2施設)
- ・個別での責任観察シートの作成
- ・申し送り(9施設)

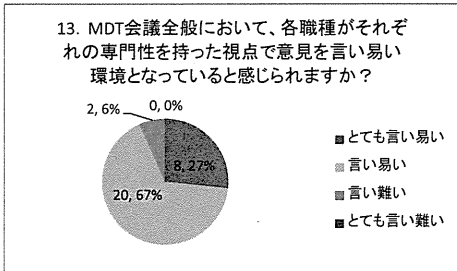
3-11. 病棟スタッフの意見をMDT会議に反映させる工夫



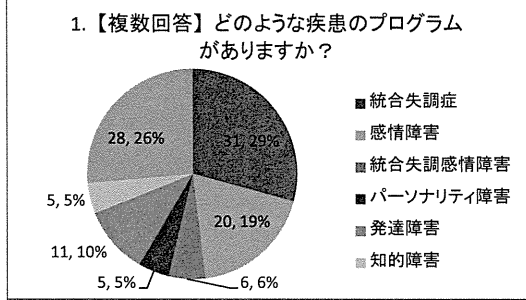
3-12. 11.で「ある」の場合の工夫の内容

- ・モジュールカンファレンス資料(データ)の活用
- ・MDT会議について、朝、情報を流す
- ・各モジュールカンファノートより意見を抽出する
- ・カンファの内容をサマリーへ記載
- ・朝の申し送りで検討、共有
- ・カンファレンスシートの活用
- ・情報共有シート
- ・毎回のMDT会議議事録の支援システムへの貼りつけ
- ・MDT会議にエリアスタッフ(副師長やチームリーダー)に入ってもら(2施設)
- ・各職種ごとの所見、評価をシートに記録し、それを元に議論している
- ・必要時対象者個別にノートを作成し、スタッフの意見や観察内容を書いたこともあった。
- ・スタッフ数が少なくスタッフステーションで話し合いを持つと他病棟スタッフとの情報が共有され易い。併設病棟Nsから対象者への対応について質問もあり、それがカンファレンスにつながる事もある。
- ・話し合いたい内容を取りまとめPCで共有している
- ・治療評価会議毎昼の情報交換の時間をういた話し合い
- ・申し送り
- ・スタッフ間での口頭での情報共有
- ・個別対応ファイル
- ・カンファレンスでの検討(9施設)
- ・モジュールカンファレンスで検討し、結果をMDTに返す。(2施設)
- 治療評価会議での意見

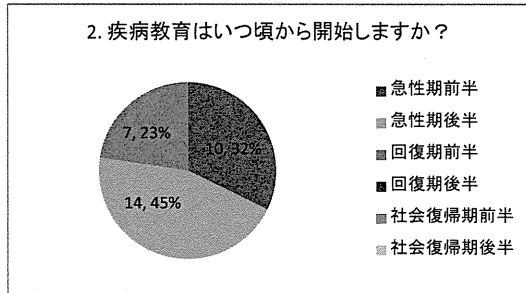
3-13. MDT会議における発言しやすさ



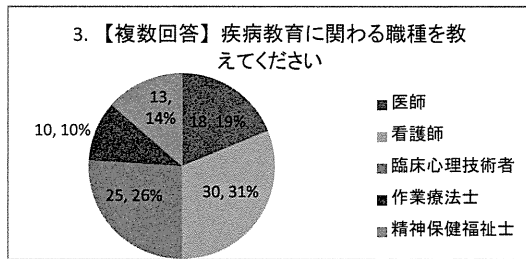
4-1. 疾病教育の疾患の種類



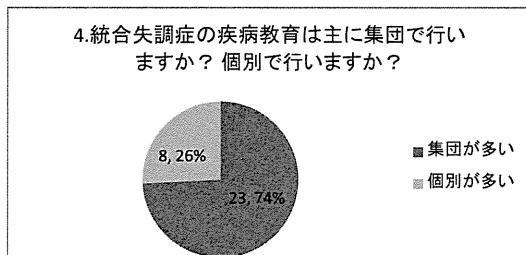
4-2. 疾病教育の開始時期



4-3. 疾病教育に関わる職種



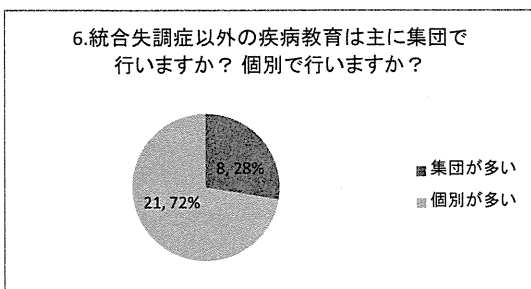
4-4. 統合失調症の疾病教育の実施方法



4-5. 4.で回答した理由

- ・初期段階は個別、その後集団で行い、患者さん同士の力働の効果を目的としている
- ・集団で実施し、個別のフォローを活かす
- ・効率が良い
- ・プログラムの共有体験
- ・統合失調症の対象者が多いため(2施設)
- ・基本的な部分を個別で行い、その後集団でバスのひとつになっている
- ・他の人の体験をきくなどで自分の症状を客観視している
- ・ノーマライジングやグループダイナミクスを考慮しているため(13施設)
- ・個別に対応した方が教育内容が入りやすいため
- ・個別で対応するが、対象者の体験、対処法を共有すること。それを通して自身を振り返ることが集団と考えているため。
- ・対象となる人数が少ないため、グループでの実施が難しい(4施設)
- ・個別性の為(5施設)
- ・自分たちの体験を話す事で、意見交換ができ、共有することができる。
- ・体験を語ってもらうことで、病気を自覚することが出来る。
- ・集団も個別も行っている(2施設)

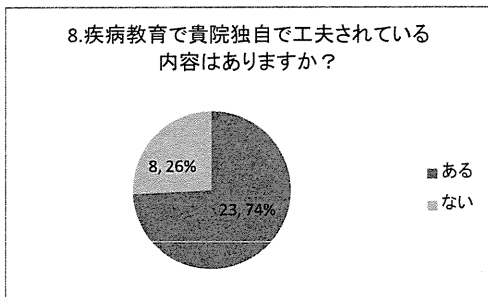
4-6.統合失調症以外の疾病教育の実施方法



4-7.6.で回答した理由

- ・物質は集団で気分障害は個別
- ・物質-5と同じ
- ・個別-人数が少ないため(10施設)
- ・能力の差に開きがある
- ・導入のタイミングがずれる(3施設)
- ・Pt間の共有化
- ・参加者の相互理解につながる
- ・まとまった人数のとき集団の可能性もある
- ・PDD,妄想性障害、気分障害は個別対応
- ・相性も含め、一緒に組める人がいない
- ・グループダイナミクスを期待している(2施設)
- ・グループが作りにくい
- ・同じ疾患の対象者が少なく入院時期もまちまちなので個別とならざるを得ない。
- ・意見交換と、自分だけではないということが分かる。
- ・疾患別でのプログラムを作成していない為統合失調症以外は個別で対応している

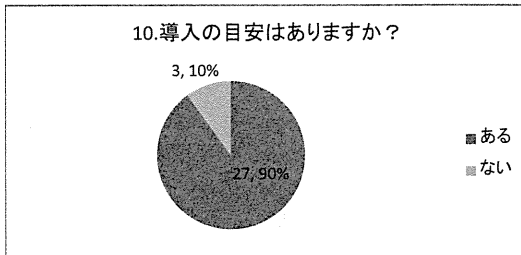
4-8.疾病教育での施設独自の工夫の有無



4-9.8.で「ある」の場合の工夫の内容

- ・対象者のレベルに応じてテキストを個別に作成している(10施設)
- ・対象者によっては個別疾病教育を行ったあとに集団疾病教育に参加
- ・一度集団疾病教育を終了した者でも再度参加していただいている
- ・ワークブック形式のオリジナルテキスト
- ・トークンエコノミー
- ・修了証書授与式
- ・ピアサポートの内容が疾病教育の中に組み込まれている
- ・ビデオなどを教材に使用、小グループを2つ
- ・段階的に実施
- ・映画
- ・看護面接で予習・復習をしている
- ・標準化されたテキストを使用『統合失調症を理解する心理教育テキスト 当事者版 あせらず・のんびり・ゆっくりと』
- ・対象者の知的レベル、理解度、認知パターン等に応じて内容を調整している。(2施設)
- ・疾患別にせず共通課題として実施(退院準備PG)。各(疾患の枠を超え、共通する症状・対応が多い。幻覚・妄想、認知機能障害、CBT対応等)
- ・回復期ステージに移行してから検討する
- ・視覚的に理解しやすいような工夫をしている(3施設)
- ・ワークシートにコメントを記入するなどフィードバックを毎日行っている
- ・理解度に合わせて繰り返し実施している。
- ・紙芝居を使用
- ・『伝わる服薬コミュニケーション』
- ・対象者に応じてクールごとに見直しとテキスト変更をしている

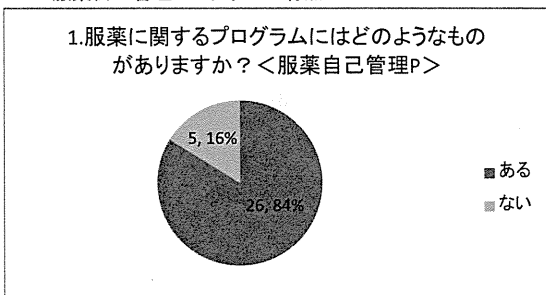
4-10.疾病教育導入の目安



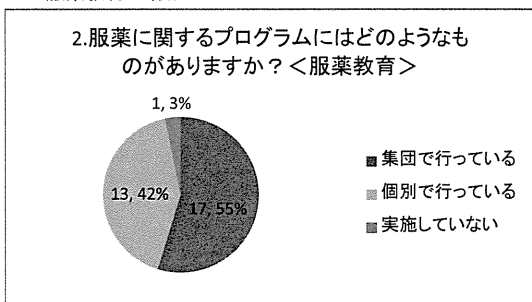
4-11.で「ある」の場合の目安

- ・病状が安定している(17施設)
- ・入院したら全員
- ・回復期ステージ移行後
- ・発見プログラム終了者
- ・病棟生活になじんだ頃から
- ・治療計画に同意している(7施設)
- ・入院2W後～開始
- ・各プログラム、ステージごとに目安をついている
- ・回復期ステージ移行後(2施設)
- ・急性期の治療課題を達成している
- ・入院初期から、出来るだけ行おうとしている。
- ・はじめましてP(導入)終了後。
- ・プログラムの目的に同意できる状態。
- ・集団精神療法で集中力などの状態を確認して学習に取り組める状態になったところで導入
- ・第一段階である心理教育を終えている方と目安を設定している。大体回復期以降となる。
- ・関係構築されている

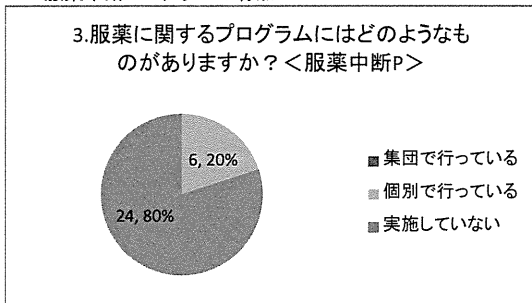
5-1 服薬自己管理プログラムの有無



5-2 服薬教育の有無



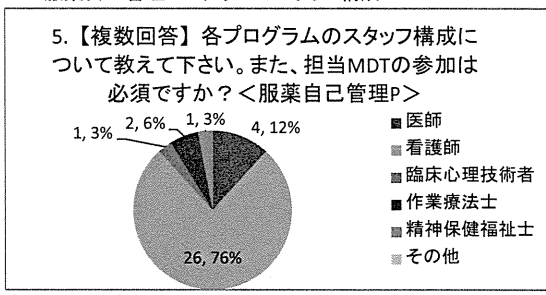
5-3.服薬中断プログラムの有無



5-4 その他のプログラム

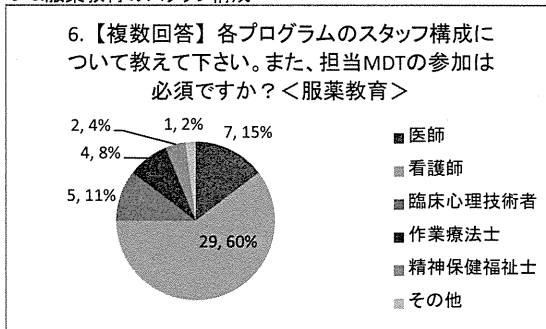
- ・コンコーダンススキルを用いたP:集団
- ・お薬知っ得コーナー(上記の服薬教育の集団バージョン。加えてなかなか服薬自己管理や服薬教育にのれない方、認知能力の問題などコンプライアンスが悪い対象者に合わせて薬に馴染んでもらおうと簡単にまとめたもの。また、知っていたためになるようなコラム的なものも企画している:集団)
- ・すごろく(疾病、社会資源、日常生活など総合的な内容を扱うプログラムで服薬に関する内容も含む:集団)

5-5.服薬自己管理プログラムのスタッフ構成



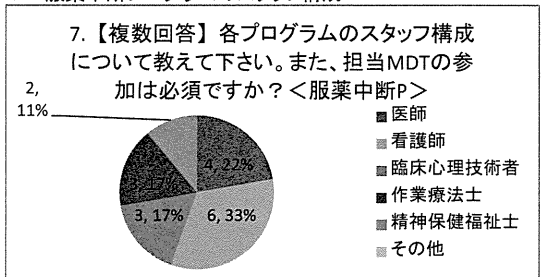
担当MDTの参加:必須10、必須ではない16

5-6.服薬教育のスタッフ構成



担当MDTの参加:必須8、必須ではない20

5-7.服薬中断プログラムのスタッフ構成



担当MDTの参加:必須5、必須ではない1