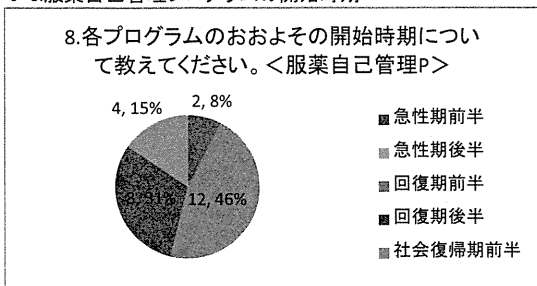
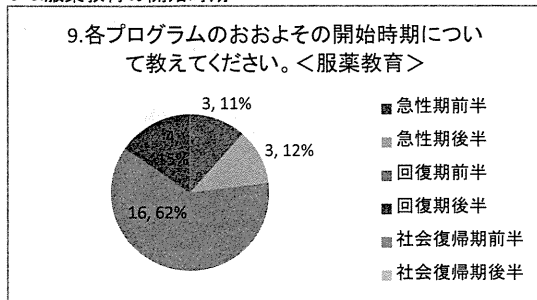


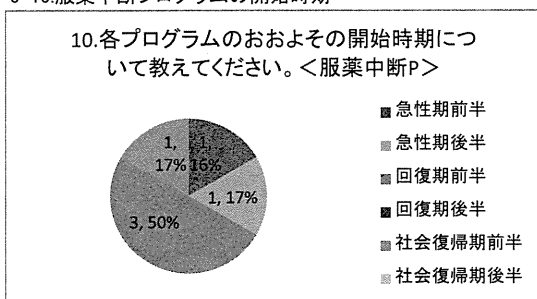
5-8.服薬自己管理プログラムの開始時期



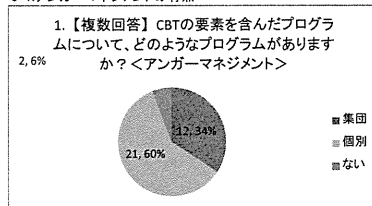
5-9.服薬教育の開始時期



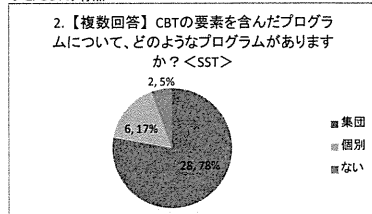
5-10.服薬中断プログラムの開始時期



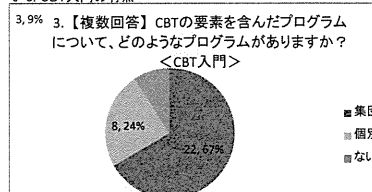
6-1.アンガーマネジメントの有無



6-2. SSTの有無



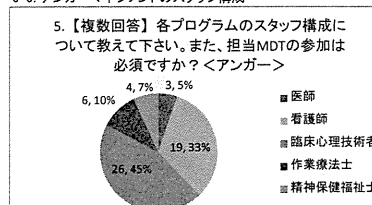
6-3. CBT入門の有無



6-4. その他のプログラム

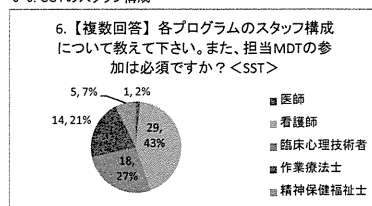
- ・やわらか頭教室(メタ認知トレーニング: 集団) (5施設)
- ・問題解決プログラム(心理面接内で実施。テキストを用いた問題解決法のトレーニング) (触法精神障害者への心理的アプローチ) (9章を参照ください): 個別)
- ・気分のお話(気分セルフモニタリング: 集団)
- ・G-TMACK(アルコール問題の認知行動療法: 集団)
- ・心理導入(ストレスマネジメント: 集団)
- ・自分研究プログラム(メタ認知: 集団)
- ・CBT応用(認知再構成法の習得: 集団)
- ・養生のコツ(休息、リラクスのコツを掴む: 集団)
- ・他害防止プログラム(問題解決技法、かたより思考、コミュニケーションスキル: 個別)
- ・正体不明の声(陽性症状(特に幻聴)へのノーマライズ、正体不明の声への対処法)
- ・アサーション(アサーティブコミュニケーション技術の獲得: 集団)
- ・物質使用障害(SMARPP: 集団) (2施設)
- ・他害防止プログラム(再害行為を防ぐために思考の修正や強化を目的としたプログラム: 集団)
- ・幻聴グループ(幻聴についての教育: 集団)
- ・やわらか頭教室②(問題解決スキル向上トレーニング: 集団)
- ・物質使用障害P(物質使用障害の教育的プログラム: 個別)
- ・ETS(問題解決技法を用いた衝動コントロール: 個別)
- ・性犯罪防止プログラム(個別)
- ・SCIT(表情認知、原因帰属、結論への飛躍などへアプローチ: 集団)
- ・認知矯正リハビリテーション(NEAR)(認知機能をパソコンソフトを使用し、矯正プログラム: 個別) (2施設)

6-5. アンガーマネジメントのスタッフ構成



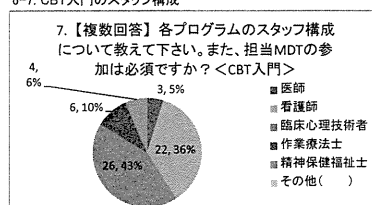
担当MDTの参加: 必須7、必須ではない22

6-6. SSTのスタッフ構成



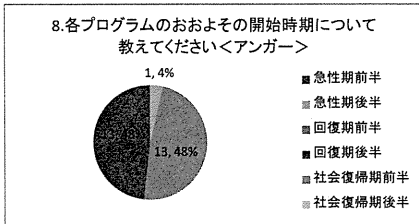
担当MDTの参加: 必須4、必須ではない25

6-7. CBT入門のスタッフ構成

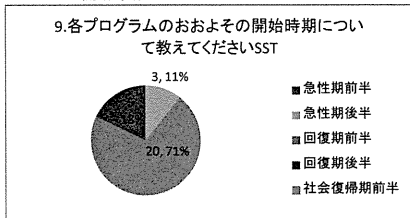


担当MDTの参加: 必須3、必須ではない24

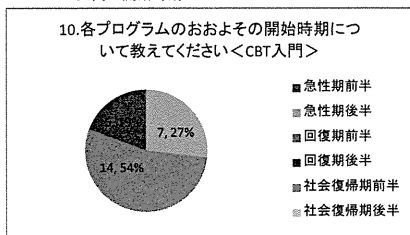
6-8. アンガーマネジメントの開始時期



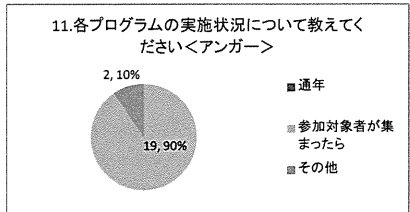
6-9. SSTの開始時期



6-10. CBT入門の開始時期

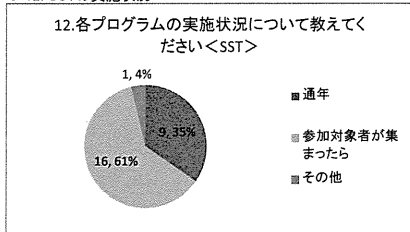


6-11. アンガーマネジメントの実施状況



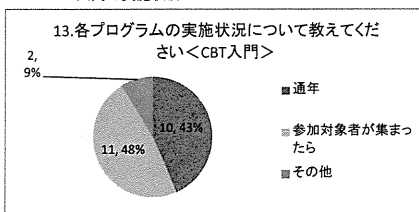
その他(アンガー)
・必要な人に個別に
・個別対応が必要時期
・個別実施
・個別にその都度実施する
・個別実施
・現状では未実施

6-12. SSTの実施状況



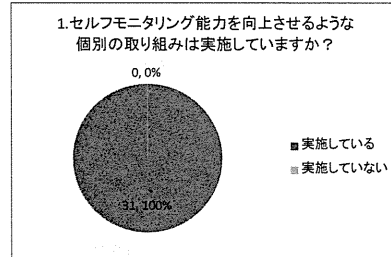
その他(SST)
・3ヶ月1クール
・現状では未実施

6-13. CBT入門の実施状況



その他(CBT)
・現状では未実施

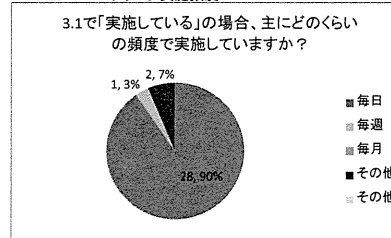
7-1. セルフモニタリング能力向上の取り組みの有無



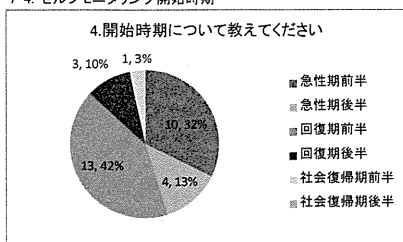
7-2. セルフモニタリング能力向上を目指した取り組みの内容

- ・心理面接での取り扱い
- ・MDT面接でモニタリングシートの評価、改善を行っている
- ・朝の会で自身の調子について言う
- ・ボディーワークで心身の状態へ目を向ける練習を入院初期に行う
- ・日々のプログラムや日常生活で本人の状態をフィードバックする
- ・感覚調整技法
- ・日々生活の中でのモニタリングの確認
- ・回復期の朝のミーティングでは自分の体調を伝えていくことを経験してもらい、他者の体調も聞くことでモニタリングの必要性の理解
- ・プログラムごとに実施あり
- ・チェックリスト
- ・注意サイン表を作成、社会復帰期ミーティングで振り返り実施している
- ・検温の際に看護師よりモニタリング
- ・OPないしNsが中心となって、対象者とモニタリングを作成。対象者ごとに異なった様式・内容で作成し、対象者に毎日記入を求めます。対象者によっては毎日スタッフがチェックする場合もあれば、毎日記入を促すこともあります。
- ・朝の集いでの気分の発表
- ・スタディ3(服薬心理教育:Ns)
- ・クライシスプラン作成面接
- ・スタッフのフィードバック
- ・トークンを用いる
- ・コメント記入
- ・モニタリングシートを作成している
- ・個別で一部の対象者に実施している。幻聴や気分の安定度などその対象者固有の内容について10段階のスケール等で毎日検温時に報告を受けるなどしている
- ・心理面接での取り扱い(2施設)
- ・MDT面接でモニタリングシートの評価、改善を行っている(4施設)
- ・朝の会で自身の調子について言う(5施設)
- ・ボディーワークで心身の状態へ目を向ける練習を入院初期に行う
- ・感覚調整技法
- ・日々生活の中でのモニタリングの確認
- ・回復期の朝のミーティングでは自分の体調を伝えていくことを経験してもらい、他者の体調も聞くことでモニタリングの必要性の理解
- ・プログラムごとに実施あり
- ・チェックリスト(3施設)
- ・注意サイン表を作成、社会復帰期ミーティングで振り返り実施している
- ・検温の際に看護師よりモニタリング
- ・OPないしNsが中心となって、対象者とモニタリングを作成。対象者ごとに異なった様式・内容で作成し、対象者に毎日記入を求めます。対象者によっては毎日スタッフがチェックする場合もあれば、毎日記入を促すこともあります。
- ・スタディ3(服薬心理教育:Ns)
- ・クライシスプラン作成面接
- ・スタッフのフィードバック(2施設)
- ・トークンを用いる
- ・コメント記入
- ・個別プログラムとして対象者のスケジュールに組み込んでいる
- ・個別で一部の対象者に実施している。幻聴や気分の安定度などその対象者固有の内容について10段階のスケール等で毎日検温時に報告を受けるなどしている
- ・セルフモニタリングのシートを個別で作成し実施(7施設)
- ・クライシスプラン般化のプログラム
- ・急性期セルフモニタリング
- ・クライシスプランを個別に作成
- ・症状自己管理 面接
- ・セルフモニタリングのシートを個別で作成し実施
- ・クライシスプラン般化のプログラム
- ・急性期セルフモニタリング
- ・クライシスプランを個別に作成
- ・症状自己管理、チェックリスト、面接
- ・各患者に合わせたセルフモニタリングチェック表の作成・活用
- ・モニタリング用紙を作成、記入してもらい、担当MDTがフィードバック
- ・個別でシート使用(2施設)
- ・エリアNsとの振り返り
- ・毎朝の振り返り
- ・気分の確認
- ・衝動行為等についての個別の振り返りプログラム
- ・個別にモニタリングシートを振り返りシートを記入し、介入している。
- ・退院準備P(自己評価用紙、注意サイン評価記録用紙)
- ・「セルフモニタリング表、クライシスプラン」作成につながる。
 - ENT後に活用。
 - 日記を記入させ、スタッフからのコメントをつけている
 - 自己評価表
 - MDTが個別で対応している。
- ・セルフモニタリングを毎日つける。スタッフに報告し確認し合う(2施設)

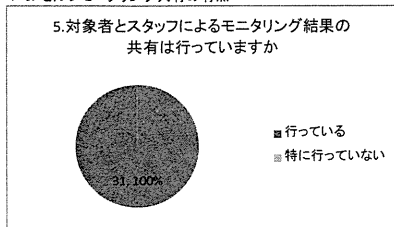
7-3. セルフモニタリング実施頻度



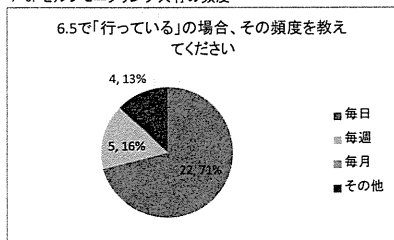
7-4. セルフモニタリング開始時期



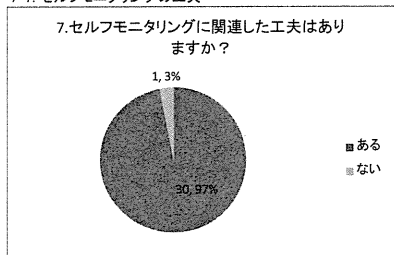
7-5. セルフモニタリング共有の有無



7-6. セルフモニタリング共有の頻度



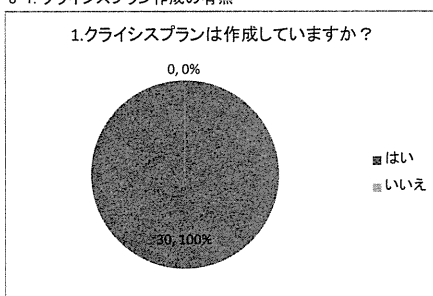
7-7. セルフモニタリングの工夫



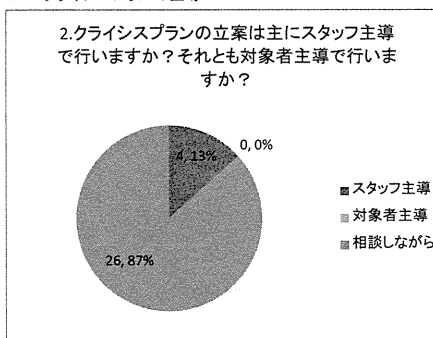
7-8. セルフモニタリングの工夫の内容

- 自己感覚を認識するための半構造的な枠組みー感覚調整技法など
- 言語化するための身体感覚的入力を用いること
- 本人の言葉を用いる (17施設)
- イラストを多用する (9施設)
- 表の作成 (2施設)
- 事例ごとに作成
- トークン
- 入院中に起こった事柄を基にセルフモニタリング用紙を随時修正する (2施設)
- 患者と共に作成し、患者が分かりやすい方法で行う
- 能力別でモニタリング項目量を調整
- 行動面にフォーカスを当てたり対処行動の有無の振り返りを行う。
- フェイススケールの利用 (2施設)
- 感情の表出ではスケールクエスチョン。ツールとしてカードやグラフ化、可視化する。
- 見た目での工夫をする
- 対象者に合わせた形を採用 (表・色・記号など)
- 導入前に心理面接やMDT面接を通して対象者毎に検討している
- 回復過程図に記入しながら振り返る。
- 急性期前半から継続して実施。
- 日記を用いて振り返りの経過が分かるようにする (2施設)
- 個別シートの作成「日付、天気、心のエネルギー (100点中何点か)、体のエネルギー (100点中何点か)、気分を色で表すと、コメント」が共通のシートですが、必要性に応じて睡眠や怒りなど、個別に項目を足したり視覚的な工夫を行なっています
- キーワード表
- テーマ
- ツールを用いる。(金シール、赤シール等)

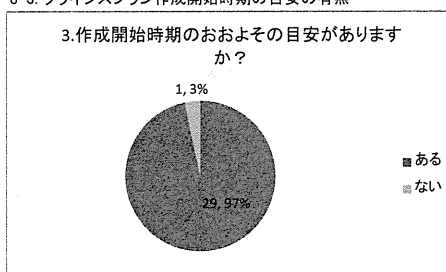
8-1. クライシスプラン作成の有無



8-2. クライシスプランの主導



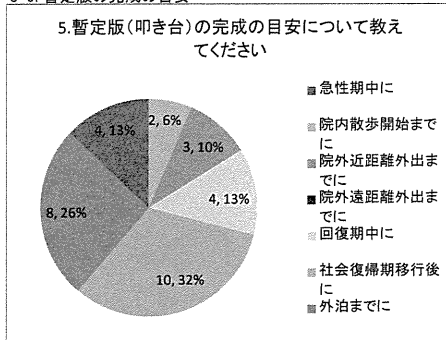
8-3. クライシスプラン作成開始時期の目安の有無



8-4. クライシスプラン作成開始時期の目安

- 回復期に入り内省が開始となつてから
- 回復期後半 (3施設)
- 個人の病歴の詳細な振り返り終了後
- 心理教育2終了後
- 回復期の院内散歩前
- 社会復帰期移行前後
- 内省・病識の一定の獲得が達成されたとき
- 回復期後半～社会復帰前期 (2施設)
- 再発予防グループ終了後
- 回復期中期～後期
- 社会復帰期の外泊前 (8施設)
- 退院が明確になった。社会復帰期が多い (2施設)
- 回復前半に作成を始め、社会復帰期になる前に完成を目指す
- 疾患教育 (学Bee) の中で作成していく
- 社会復帰期に入ったら (4施設)
- 回復期の院外外出前に作成している事が多い
- 社会復帰前に内省Pを行いたき台を作っていく。
- 回復期の院内散歩前、疾病教育、おくすり倶楽部 I など病気に関する基礎知識を学習し終えたら。対象者の準備性が高まって来たら

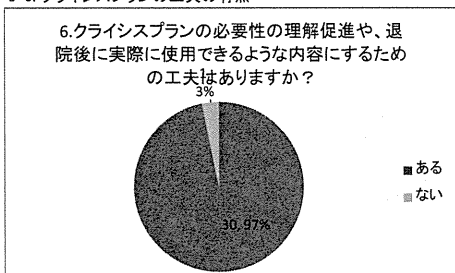
8-5. 暫定版の完成の目安



その他

- 個別性に合わせている、院内宿泊施設利用までに
- 指定通院期間受診前
- 1回目のケア会議まで
- 外泊をしながらという時期 (社会復帰中期ごろ)

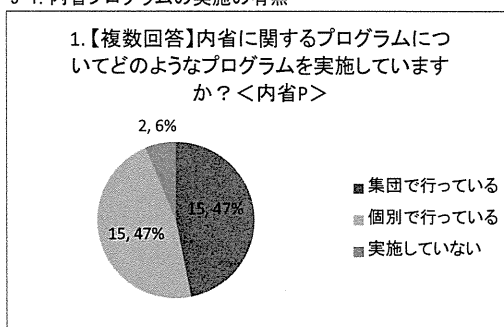
8-6. クライシスプランの工夫の有無



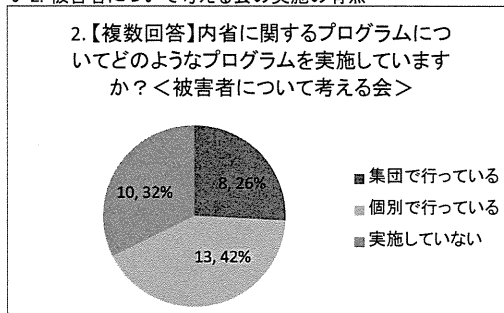
8-7. クライシスプランの工夫の内容

- ・入院中から日常生活の中で利用するために、単に状態悪化に伴うプランをたてるだけでなく、普段の生活で、回復を促進するツールとして用いる（WRAPなどを通して）ような個別化、動機付けを働きかける
- ・社復においては、普段の生活とリンクさせている
- ・モニタリングとの関連付
- ・WRAPなどのプログラムで自主性に重きをおいた形でのクライシスプランの作成を行う場合もあり
- ・グリーンカードの作成（財布に入れられるようなサイズ）
- ・通院時に利用できる内容としている
- ・内容をシンプルにする
- ・チェックリストにする
- ・院内ケア会議
- ・通院先、関係機関へのデータ提供（電子媒体で）
- ・対象者に合わせたプランを作成している（治療の進み具合、地域の意見）（4施設）
- ・外泊での振り返り、対象者用は平易な言葉や図を使って表現する
- ・本人の言葉を用いる（2施設）、疾病教育の中で他の内容に関連させて作成し始めている
- ・携帯できるもの、ラミネートする（2施設）、生活訓練室の訓練の中でクライシスプランを用いている
- ・先輩（OB）のクライシスプランの発表会をみる
- ・毎日その表を使ってチェックする（2施設）
- ・作成段階で自分自身持っていて役立つプランを作る事を説明する
- ・外出泊時に使用（5施設）
- ・イラスト（信号色）の使用（2施設）
- ・本人用と職員、家族用に分けている（3施設）
- ・疾病プログラム時にクライシスプランの説明を行っている
- ・対象者からの通院先st等への説明
- ・まだ準備が多い、壁に貼って目やすい様に入院中から使用
- ・地域支援者、家族の意見ももらい作成する。
- ・支援者の名前を記入
- ・ケア会議、CPA会議で内容を共有（6施設）
- ・退院後についてはMDTスタッフの他にかかわる人物を規定しより詳しく細かく対応策を検討している。
- ・視覚的になじみやすいような工夫
- ・退院チームへの引継ぎ。
- ・退院後に目の着く所に掲示出来るようバウチする。
- ・自己評価用紙、注意サイン評価記録用紙によるモニタリングと対処法の実践をベースにする。
- ・実際にプランに従って練習を行う
- ・審判シミュレーションでの確認及び復習
- ・MDT面接を通して、見通しを立てられるよう行っている。
- ・指定通院病院との確認と修正
- ・治療評価会議での確認と修正
- ・退院後の生活に近付けたプランニングをしている。・個別にMDTが対応している。
- ・小さく作成。繰り返し使用、修正を行う。

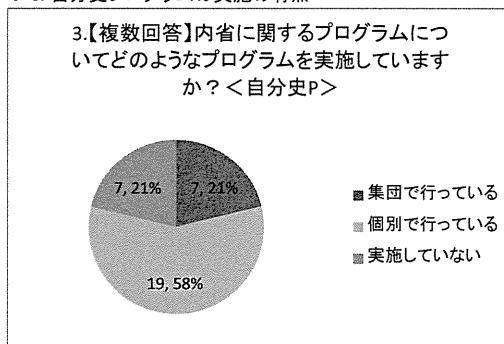
9-1. 内省プログラムの実施の有無



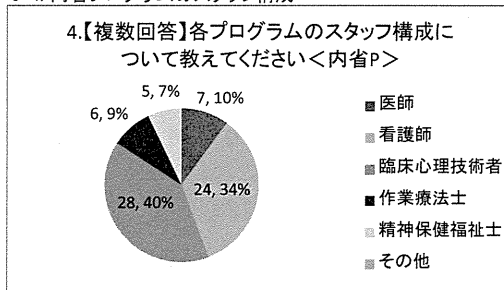
9-2. 被害者について考える会の実施の有無



9-3. 自分史プログラムの実施の有無

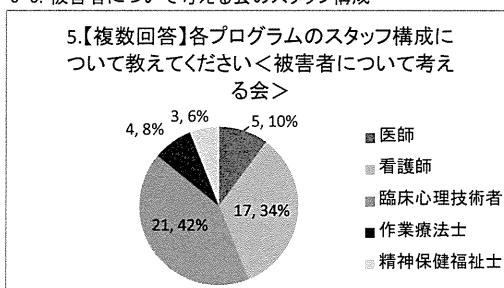


9-4. 内省プログラムのスタッフ構成



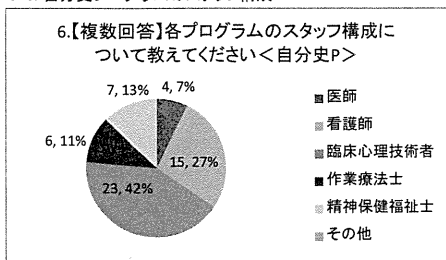
担当MDTの参加：必須8、必須ではない18

9-5. 被害者について考える会のスタッフ構成



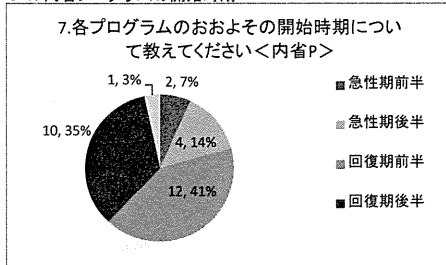
担当MDTの参加：必須7、必須ではない13

9-6. 自分史プログラムのスタッフ構成

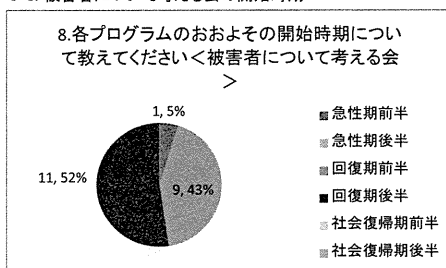


担当MDTの参加: 必須11, 必須ではない10

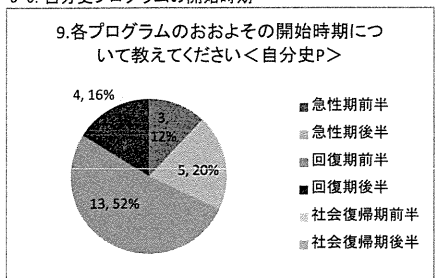
9-7. 内省プログラムの開始時期



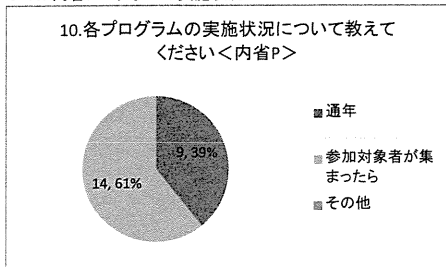
9-8. 被害者について考える会の開始時期



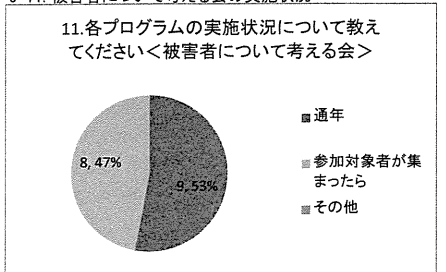
9-9. 自分史プログラムの開始時期



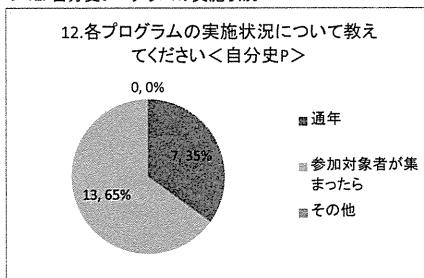
9-10. 内省プログラムの実施状況



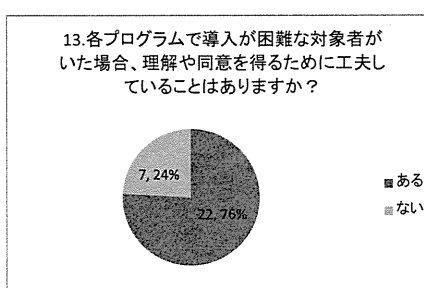
9-11. 被害者について考える会の実施状況



9-12. 自分史プログラムの実施状況



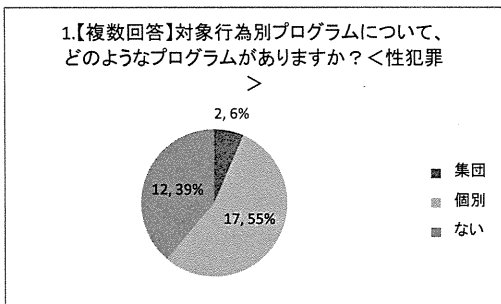
9-13. 導入困難な対象者に対する理解や同意を得るための工夫の有無



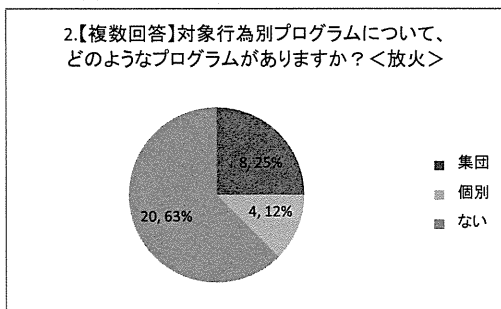
9-14. 13で「ある」の場合の工夫の内容

- ・集団にのらない人は個別対応で実施している(3施設)
- ・CPAで話題にする
- ・面談の中で話を進める(4施設)
- ・治療プログラムを表にして提示する
- ・本人が理解しやすい言葉で治療計画を作り話し合い共有する
- ・個別やチームで導入、参加できたらたくさんほめる
- ・主体的に理解して取り組めるように話し合いを重ねる
- ・プログラムの施行方法を変更する(文章を本人の代わりにスタッフが記入するなど)・withP
- ・るびを付ける
- ・予習、復習をしてもらう
- ・人手を増やす(2施設)
- ・非言語的なアプローチ、アニバーサリーやこれまでの本人の体験を活用する
- ・見学、お試など仮参加の段階を設ける
- ・内省P導入前に対象行為に触れられることの心理的な抵抗を弱めるための予備的なPを行っている。
- ・MDTが必要性和意義を繰り返し説明する。(4施設)
- ・落ち着いた生活を送って欲しいこととご自身の希望が実現する(たとえば働きたい、結婚したい、のんびりしたい等)ためにも必要になる。」というメッセージを伝えていく。
- ・スタッフ側が「内省とは相手にとって嫌なものである」ことを自覚していてそのメッセージを伝えることで、相手の抵抗が減っていく。
- ・関係性作りを目的としたお茶会の実施
- ・テキストの工夫:表現を平易にしたりテーマを省いたり、足したり
- ・第三者の意見を聞く:厚生局の面接、調整官面接
- ・本人の同意が得られてから開始。焦らず本人のペースに合わせている
- ・拒否する理由をとことん聴く。落ち着くのを待つのみ

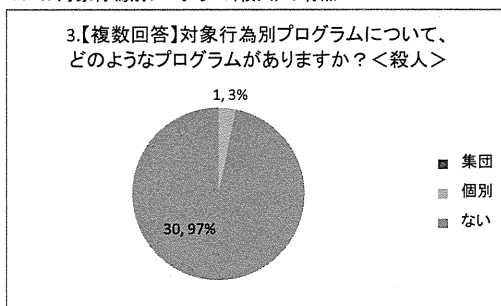
10-1. 対象行為別プログラム(性犯罪)の有無



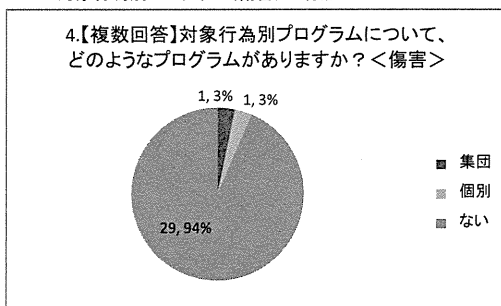
10-2. 対象行為別プログラム(放火)の有無



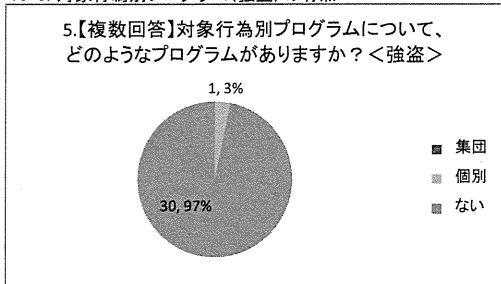
10-3. 対象行為別プログラム(殺人)の有無



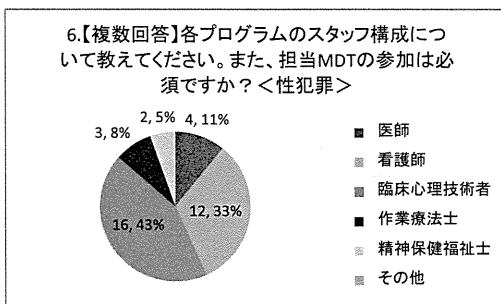
10-4. 対象行為別プログラム(傷害)の有無



10-5. 対象行為別プログラム(強盗)の有無

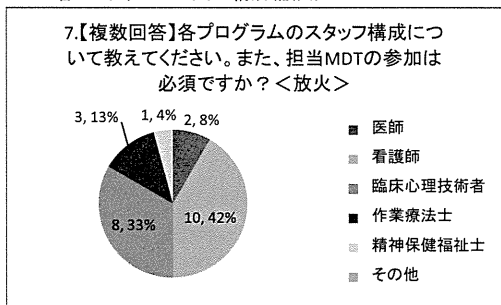


10-6. 各プログラムのスタッフ構成(性犯罪)



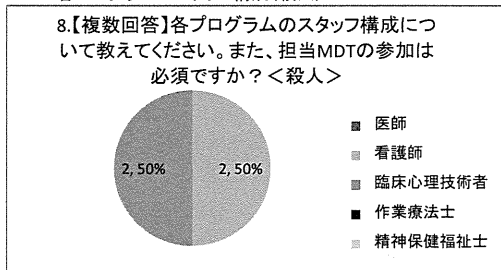
担当MDTの参加：必須7、必須ではない11

10-7. 各プログラムのスタッフ構成(放火)



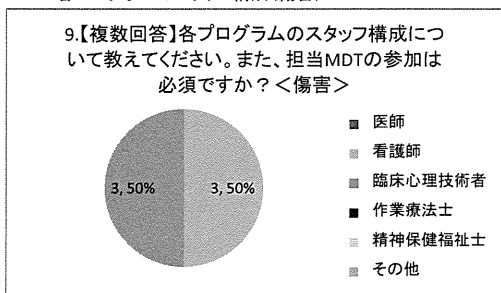
担当MDTの参加：必須5、必須ではない5

10-8. 各プログラムのスタッフ構成(殺人)



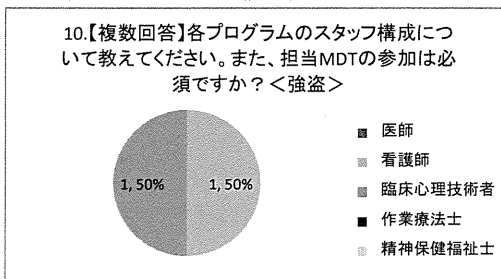
担当MDTの参加：必須1、必須ではない1

10-9. 各プログラムのスタッフ構成(傷害)



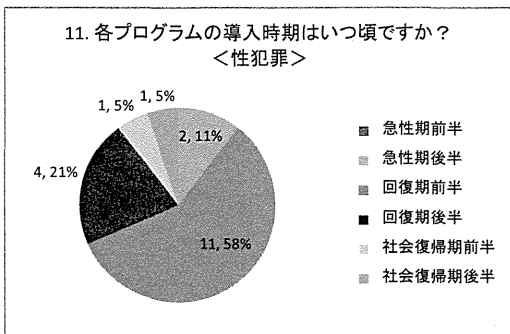
担当MDTの参加：必須1、必須ではない2

10-10. 各プログラムのスタッフ構成(強盗)



担当MDTの参加：必須1、必須ではない0

10-11. 各プログラムの導入時期(性犯罪)



10-12. 参加対象者の選定ポイントや、考慮している点(性犯罪)

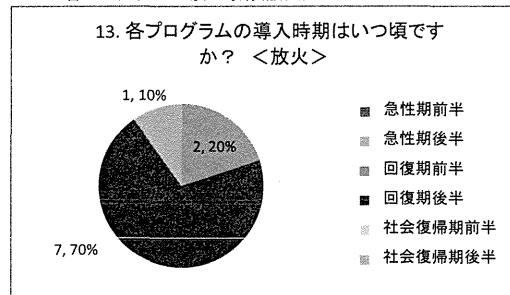
【参加者選定のポイント】

- ・性犯及び性的な認知に偏りがある対象者を選定している(2施設)
- ・該当者は全員
- ・病状が安定している、病識がある、問題意識がある
- ・対象行為が性犯(2施設)
- ・個別に異なる
- ・自ら検討する力が乏しい患者
- ・必要に応じ個別で実施している
- ・本人の同意、行為を認めている事
- ・対象者は1名のみ
- ・個別

【考慮している点】

- ・知的能力が低い者は内容を簡素化(2施設)
- ・対象行為が他対象者に分からないように工夫している
- ・症状がある程度落ち着いている人
- ・男性スタッフが担当することで話をしやすい環境を作る(4施設)
- ・対象者が自らの言葉で考えられるよう受動的にならない、関わりをしている
- ・対象者の準備性が整うのをまつ

10-13. 各プログラムの導入時期(放火)



10-14. 参加対象者の選定ポイントや、考慮している点(放火)

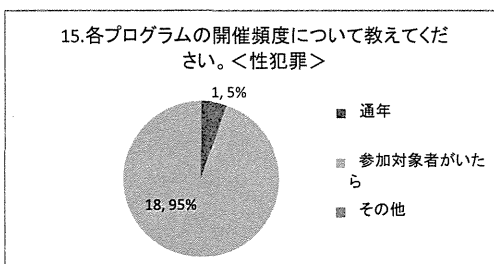
【参加者選定のポイント】

- ・病状安定している
- ・自殺目的で放火を行い、放火が他害行為である事に乏しい患者
- ・放火歴のある人、過去に放火があった人、1人暮らしを始める人
- ・対象行為に触れられることの心理的抵抗が強い者
- ・個別

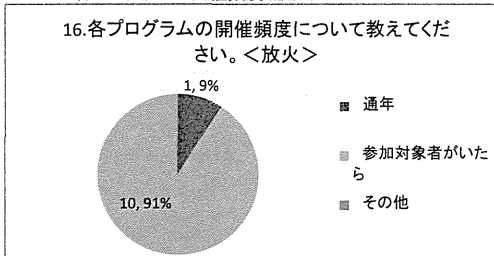
【考慮している点】

- ・メンバーの組み合わせ(相性)
- ・対象行為が他患者に分からないように工夫している
- ・放火の対象者と放火歴の無い人を一緒に行う
- ・プログラム導入前に予備的なプログラムを実施

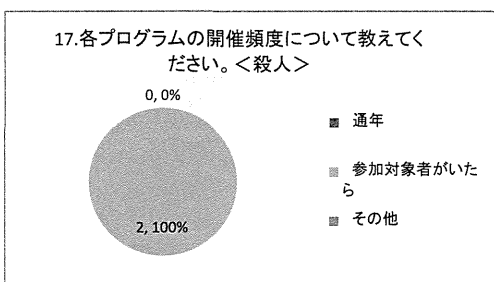
10-15. 各プログラムの開催頻度(性犯罪)



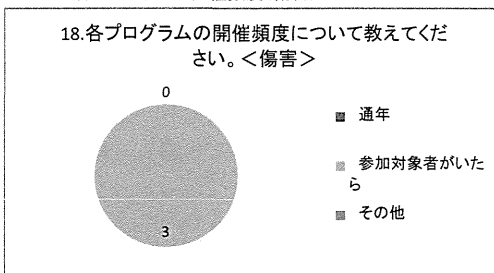
10-16. 各プログラムの開催頻度(放火)



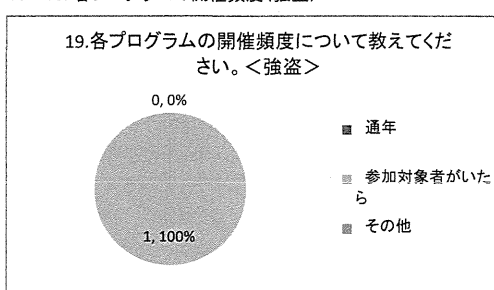
10-17. 各プログラムの開催頻度(殺人)



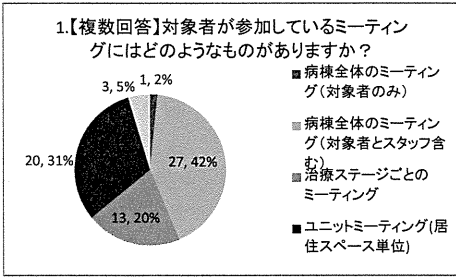
10-18. 各プログラムの開催頻度(傷害)



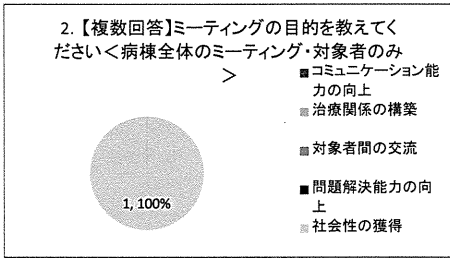
10-19. 各プログラムの開催頻度(強盗)



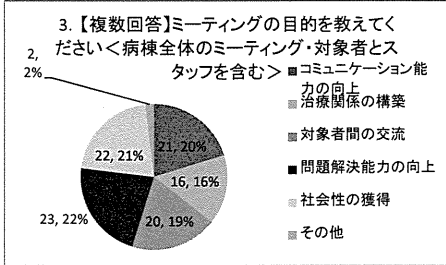
11-1.対象者が参加しているミーティングの種類



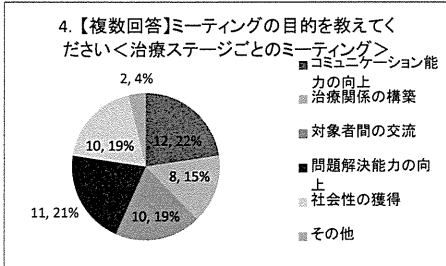
11-2. ミーティングの目的(病棟全体のミーティング・対象者のみ)



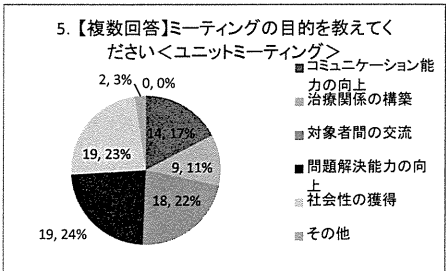
11-3. ミーティングの目的(病棟全体のミーティング・対象者とスタッフを含む)



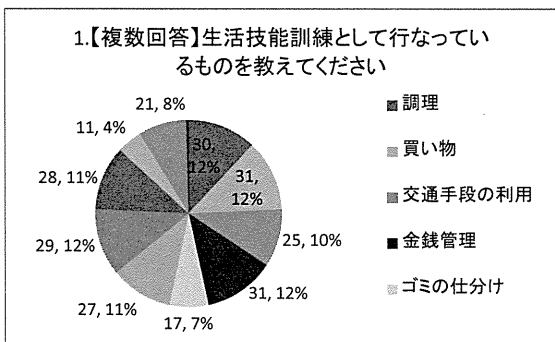
11-4. ミーティングの目的(治療ステージごとのミーティング)



11-5. ミーティングの目的(居住スペース単位のミーティング)



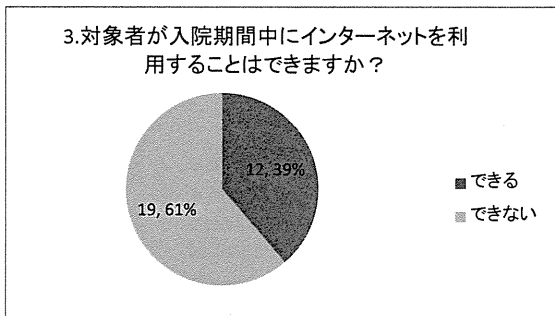
12-1.生活技能訓練として行なっているもの



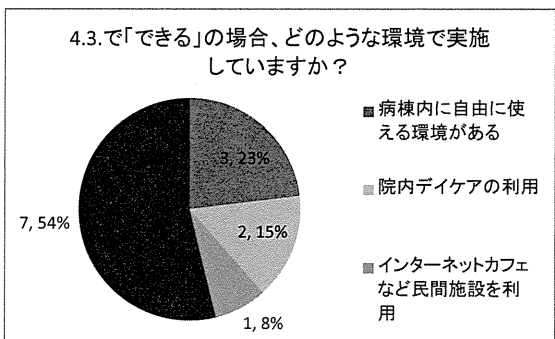
12-2.生活技能訓練のテキスト

- ・生活スキルプログラムのテキスト(調理、買い物、金銭管理、ごみの仕分け)
- ・生活スキルプログラム(調理、金、ゴミ、住居)
- ・調理、買い物、金銭管理、ゴミの分別
- ・生活プログラムのテキストあり
- ・疾病教育
- ・厚生労働科学研究『就労準備プログラム』
- ・ゴミの仕分け、金銭
- ・金銭管理、ゴミの仕分け、掃除、洗濯、インターネットの利用、携帯の利用
- ・社会復帰講座の中で扱っているものが多い
- ・金銭管理、ごみの仕分け、公共機関の利用、掃除、洗濯
- ・金銭管理、調理(3施設)
- ・生活技術プログラム
- ・調理、金銭管理
- ・生活技術プログラム

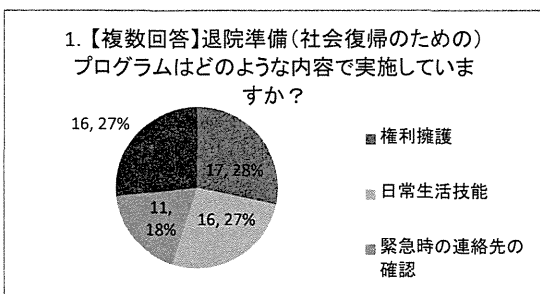
12-3.入院期間中のインターネットの利用



12-4.インターネットの利用環境

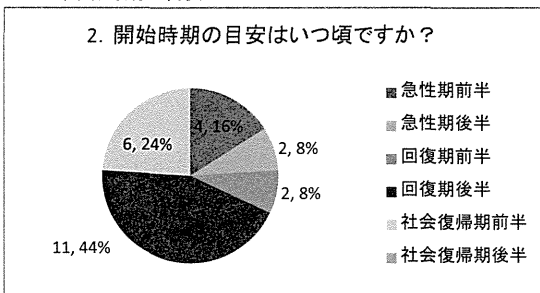


13-1. 退院準備のためのプログラム内容



その他: 就労準備性プログラム、社会復帰講座、社会資源見学プログラム、審判シミュレーションなど

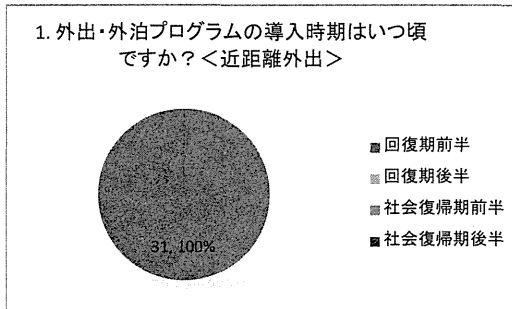
13-2. 開始時期の目安



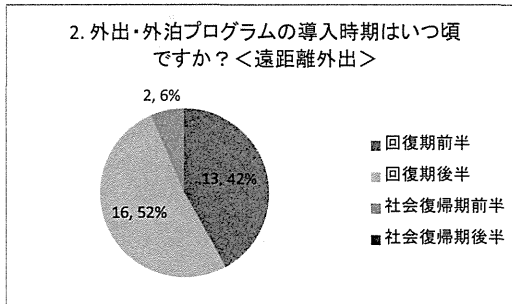
13-3. 退院準備プログラムにおける工夫の内容

- ・生活訓練室における評価(病棟内)(2施設)
- ・講座にとりあげるテーマを対象者に募る。調理室にて調理実習
- ・講座の他2回/月PSWのグループワーク。社会復帰のための知識、悩み解決支援
- ・就労準備Pで実体験を通して自分に不足している部分を自己評価する
- ・最終回から2回目の回でモデルケース(Sで医観法入院処遇となった人)を上げ、その人にどのような退院後のケアプランが必要か、グループにわかれ検討してもらう。最終回で各グループにプランを発表してもらう。その後自分のプランをたててもらう。対象者はモデルケースをつうじ、自分のプランも客観的に立てることができるようになる。
- ・権利擁護講座を急性期と回復期前期に分けて実施している(2施設)
- ・社会復帰調整官の講義。直接審判のロールプレイ
- ・DC通所者を講師として来てもらい、地域生活の話聞く
- ・外部講師に依頼。病棟外スタッフ(栄養士、訪問看護)、病棟退院者を招いてやる。DC等に見学に行く。複数名の対象者を連れて行っている
- ・対象者のニーズや能力に合わせ実施
- ・個別的就労プログラムを実施している
- ・就労実体験、病棟内でカフェの経営(運営)体験をしている
- ・疾病教育を基に対処の練習が組み込まれている

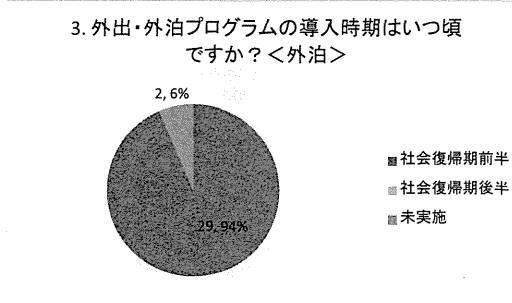
14-1. 近距離外出の導入時期



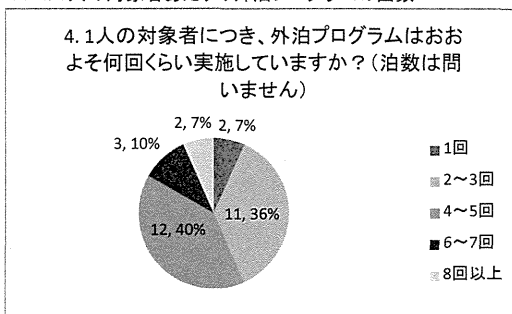
14-2. 遠距離外出の導入時期



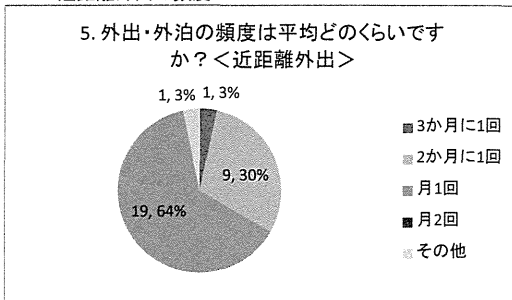
14-3. 外泊の導入時期



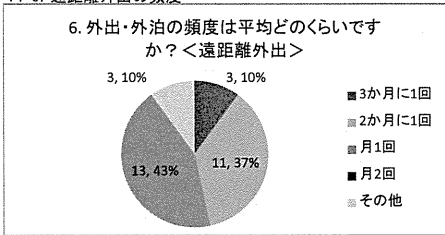
14-4. 1人の対象者あたりの外泊プログラムの回数



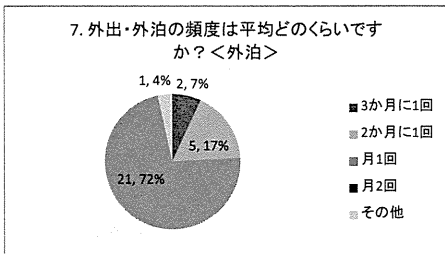
14-5. 近距離外出の頻度



14-6. 遠距離外出の頻度



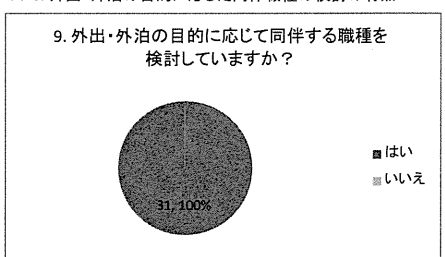
14-7. 外泊の頻度



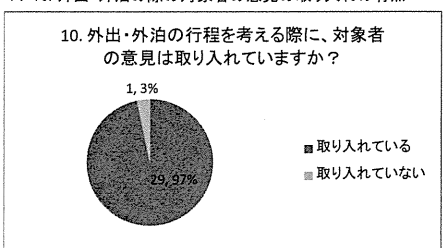
14-8. 外出・外泊の日程調整方法

- ・MDT内で相談・調整（10施設）
- ・社会復帰調整官との調整（地域調整）
- ・MDT（PSW）→師長
- ・予定表で調整
- ・PSW・師長でコーディネートしている
- ・病棟師長がコーディネート。PSWが外部と調整。（2施設）
- ・MDTと師長でコーディネートする
- ・PSWと社会復帰調整官で調整する
- ・計画に応じて必要があればPSWが調整
- ・PNs、PSW
- ・外出・泊のコーディネーターが日程調整を行っている。
- ・MDT内で相談後、PNsが病棟師長と調整
- ・病棟師長への報告。
- ・フリーの「スケジュール管理ソフト」を支援システムPCIにインストールして外出が重ならないようにMDTで調整する。
- ・近距離：MDTで相談。遠距離・外泊：PSWがコーディネート
- ・MDT内で相談した上で、看護科長、副科長が調整。（6施設）
- ・MDT内で相談後、病棟スケジュールと照合し重複しないようにする。（2施設）
- ・病棟としては治療評価会議で最終的な調整、決定をしています。
- ・外出はMDTと師長との相談。外泊はPSWが外部の機関と連携をとり師長やNsと相談してきまる

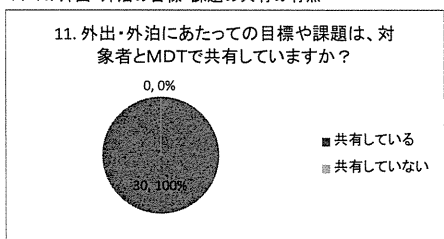
14-9. 外出・外泊の目的に応じた同伴職種の検討の有無



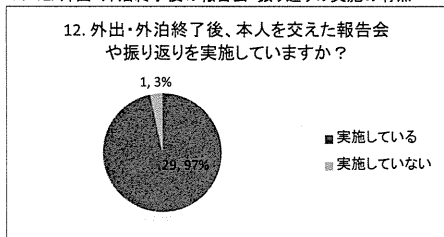
14-10. 外出・外泊の際の対象者の意見の取り入れの有無



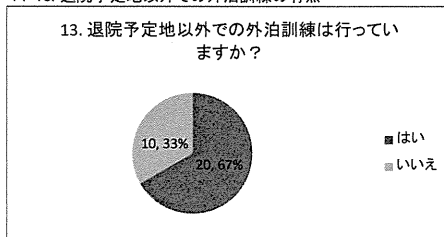
14-11. 外出・外泊の目標・課題の共有の有無



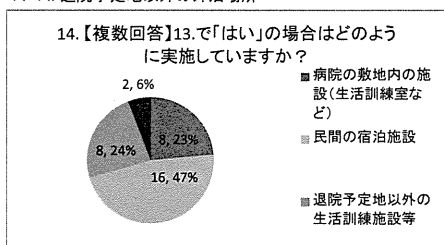
14-12. 外出・外泊終了後の報告会・振り返りの実施の有無



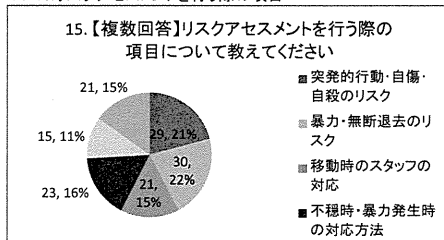
14-13. 退院予定地以外での外泊訓練の有無



14-14. 退院予定地以外の外泊場所



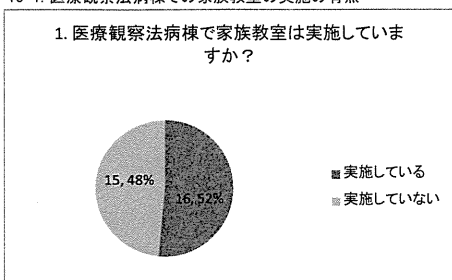
14-15. リスクアセスメントを行う際の項目



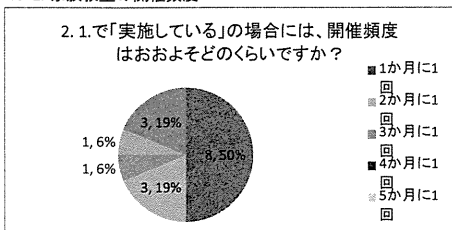
14-16. 危機管理のために整備している工夫の内容

- ・無断退去時の捜索願の書類をあらかじめ記載して持参している
- ・外出時・無断退去時のマニュアルを持参している（11施設）
- ・無断退去を想定した訓練を行っている（10施設）
- ・対象者にGPS機能付き携帯電話を渡している（2施設）
- ・安全マニュアルに則って
- ・同伴スタッフが携帯電話を所持。公用車を使って外出・泊を行っている
- ・当直スタッフ（当直医）にもマニュアルを渡し対応出来る様に工夫している。
- ・緊急時に対応する待機人員・車を確保。（2施設）緊急時の連絡方法の事前の確認。（2施設）
- ・外出・外泊時、リスクマネジメント用紙（事前に記載）を持参している。
- ・1時間ごとに病棟に定期連絡を入れる。
- ・外出計画書に捜索候補地を明記している。病棟スタッフの居住地域ごとに東京都内を3ブロックに分けて連絡網を整備している。
- ・スタッフへ一斉メールを送信する。

15-1. 医療観察法病棟での家族教室の実施の有無



15-2. 家族教室の開催頻度



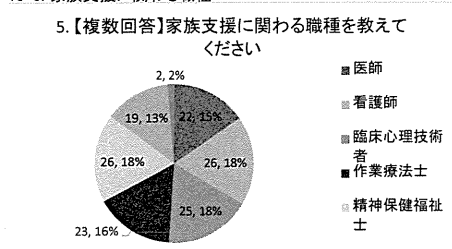
15-3. 家族に参加を促す際の工夫の内容

- ・家族会の内容をまとめた記事を入れたお便りを、毎月1回郵送している(2施設)
- ・毎月教室前にお知らせを郵送(2施設)、面会・外出時などにも声かけする(2施設)
- ・クローズで実施。
- ・入院時オリエンテーションと共に家族会のお知らせを送付。(2施設)
- ・参加、不参加家族の月1回の手紙の郵送
- ・MDTで検討し差し支えない対象者家族に手紙を郵送する
- ・毎回案内とお便りを送付し、返信用封筒を同封している。PSWから家族への呼び掛け手紙など(2施設)
- ・MDTより個別に対応
- ・病棟通信を送る、チームから家族にアナウンス、日曜日に行っている

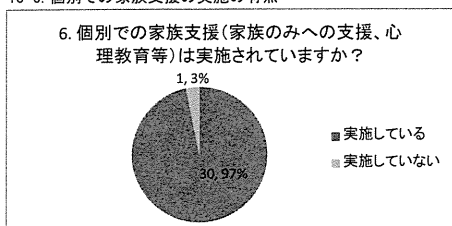
15-4. 支援が困難なケースの支援方法

- ・テレビ会議を行っている(5施設)
- ・当院は県外の入院者が多いため、対象者の家族が居住する保護観察所や自宅訪問時
- ・できるだけ参加できるように、土曜日午後に行っている
- ・ビデオレター、スタッフのみの訪問
- ・電話をまめに行う(2施設)
- ・院内宿泊施設の利用。弁当の準備
- ・チームの方から出向いていく
- ・手紙(3施設)
- ・来院が交通手段などの問題で困難な家族の場合、社会復帰調整官と一緒に来院してもらう
- ・時々であるが家庭訪問をしている。ほとんど県内の対象者です
- ・外泊時の家族面接と疾病教育。テキストの郵送

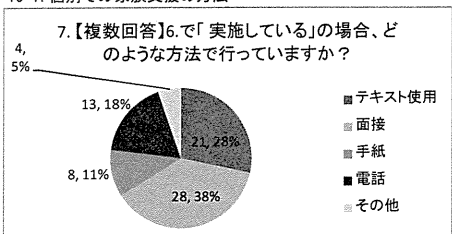
15-5. 家族支援に関わる職種



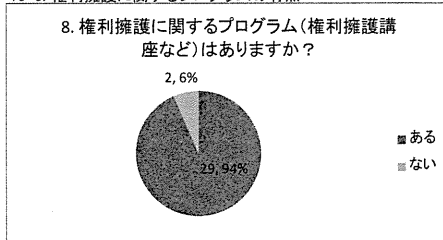
15-6. 個別での家族支援の実施の有無



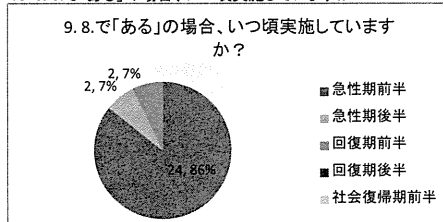
15-7. 個別での家族支援の方法



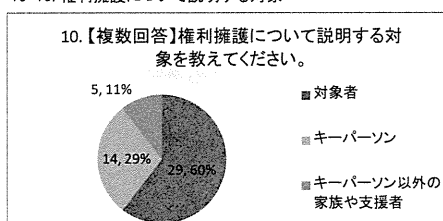
15-8. 権利擁護に関するプログラムの有無



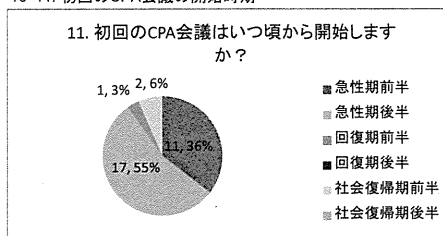
15-9. 8.で「ある」の場合、いつ頃実施していますか？



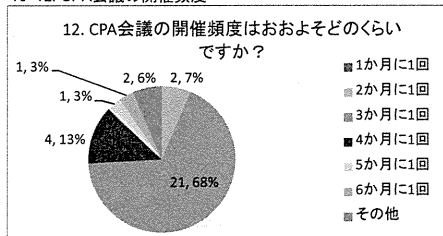
15-10. 権利擁護について説明する対象



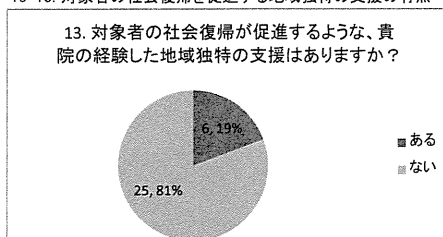
15-11. 初回のCPA会議の開始時期



15-12. CPA会議の開催頻度



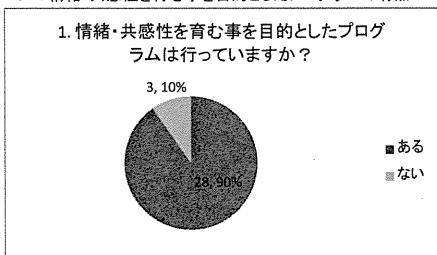
15-13. 対象者の社会復帰を促進する地域独特の支援の有無



15-14. 13.で「ある」の場合の内容

- ・江戸川区: ゆうゆう社の取組み。目黒区: 就労支援
- ・地域制ではないが、相談支援専門員による面接や外泊時の付き添いは、社会復帰を促進していると感じる
- ・横須賀市: ツールド横須賀。社会資源見学ツアーの定期開催
- ・ツールド横須賀(社会復帰施設の見学会)
- ・千葉県全域: 中核地域生活支援センター: サービスコーディネーター、相談事業、24時間365日体制で行ってくれる。連携協力を依頼している
- ・関西地方: 住宅幹旋事業「Nフィールド」
- ・牧方市: 地域移行事業の施設、グループホームでの無料宿泊訓練

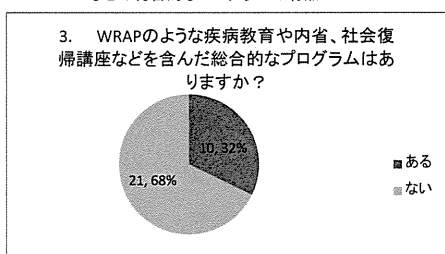
16-1. 情緒・共感性を育む事を目的としたプログラムの有無



16-2. 1.で「ある」の場合のプログラムの内容

- ・協同作業グループ(3施設)
- ・女性グループ(2施設)
- ・グループ活動(OTが主体となり、対人交流による対人関係の向上を目指している。患者主体になり取り組むもの(園芸、料理など)を決める。)
- ・園芸で収穫したもので、収穫祭を行っている
- ・係活動(小グループ)、病棟レク(2施設)
- ・大人のためのプログラム、音楽プログラム(5施設)
- ・感情理解(2施設)
- ・余暇プログラム
- ・園芸(21施設)
- ・飼育(4施設)
- ・AAT
- ・ダンスセラピー、お茶会(2施設)
- ・休日P(ゲーム等)
- ・季節行事(3施設)、スキッド
- ・歳時記
- ・ニュースプログラム
- ・レクリエーション(月1回)バーベキュー、スイカ割り、映画、運動会、など。
- ・他者視点に立った意見を書き出す

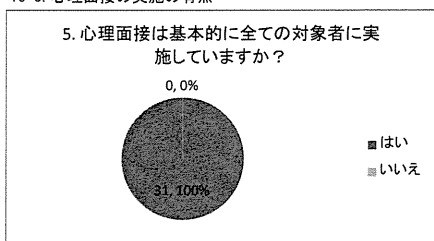
16-3. WRAPなどの総合的なプログラムの有無



16-4. 3.で「ある」の場合のプログラムの内容

- ・現在、心理教育2(再発防止プログラム)でWRAPのシートを用いてプログラムを構成しはじめたところです
- ・社会復帰のためのグループワーク
- ・自分の病状や対処方法について考える
- ・ストレス対処プログラム
- ・自己研究
- ・就労準備プログラム(3施設)
- ・WRAP(5施設)

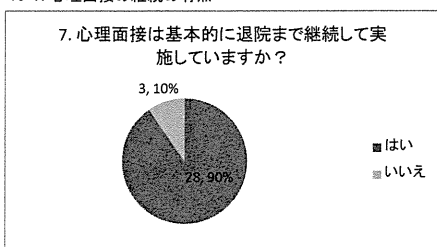
16-5. 心理面接の実施の有無



16-6. 5.で「いいえ」の場合の理由

- ・いいえは0

16-7. 心理面接の継続の有無



16-8. 7.で「いいえ」の場合の実施方法

- ・継続するケースとそうでないケースがあります。継続しないケースについては、心理面接で何を話し合うのかゴールを決めているから、退院まで継続する必要がない
- ・対象者の特性により、頻度等も個性を持たせながら実施する(定期または不定期)

18-1. 研究対象者の平均入院日数と治療ステージの割合

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	合計	平均	中央値	最大値	最小値	割合
在院日数	562	694	708	720	761	788	794	872	921	1058	7878	787.8	774.5	1058	562	100.0%
急性期日数	90	74	86	91	172	136	183	129	137	167	1265	126.5	132.5	183	74	16.1%
回復期日数	210	360	278	292	268	250	245	367	276	606	3152	315.2	277	606	210	40.0%
社会復帰期日数	262	260	344	337	321	402	366	376	508	285	3461	346.1	340.5	508	260	43.9%

20-1. 疾病教育の実施状況

疾病教育1(入院・治療について)

開始				終了			
平均値	中央値	最大値	最小値	平均値	中央値	最大値	最小値
2.9	2.0	9.0	0.0	6.9	6.0	15.0	4.0

疾病教育2(統合失調症とは)

開始				終了			
平均値	中央値	最大値	最小値	平均値	中央値	最大値	最小値
11.7	9.5	29.0	5.0	17.3	14.0	35.0	9.0

疾病教育3(幻聴と妄想について)

開始				終了			
平均値	中央値	最大値	最小値	平均値	中央値	最大値	最小値
27.8	29.0	37.0	16.0	39.0	39.0	55.0	21.0

疾病教育4(悪化のサイン・服薬・再発防止)

開始				終了			
平均値	中央値	最大値	最小値	平均値	中央値	最大値	最小値
60.1	57.0	85.0	47.0	66.2	63.0	93.0	52.0

20-2. 内省深化に関するプログラムの実施状況

内省プログラム

開始				終了			
平均値	中央値	最大値	最小値	平均値	中央値	最大値	最小値
58.5	63.5	80.0	36.0	70.2	75.5	96.0	43.0

被害者を考える会

開始				終了			
平均値	中央値	最大値	最小値	平均値	中央値	最大値	最小値
35.9	35.0	70.0	18.0	99.1	99.0	100.0	99.0

20-3. セルフモニタリングとクライシスプランの実施状況

セルフモニタリング

開始				終了			
平均値	中央値	最大値	最小値	平均値	中央値	最大値	最小値
27.0	29.0	48.0	7.0	94.9	100.0	100.0	54.0

クライシスプラン

開始				終了			
平均値	中央値	最大値	最小値	平均値	中央値	最大値	最小値
40.9	35.0	83.0	16.0	98.0	100.0	100.0	92.0

20-4. 集団プログラムと個別プログラムの割合

在院日数	集団	個別	合計	割合(集団)	割合(個別)
562	18	12	30	60.0%	40.0%
694	20	15	35	57.1%	42.9%
708	13	15	28	46.4%	53.6%
720	23	16	39	59.0%	41.0%
761	20	20	40	50.0%	50.0%
788	21	18	39	53.8%	46.2%
794	22	19	41	53.7%	46.3%
872	27	16	43	62.8%	37.2%
921	18	23	41	43.9%	56.1%
1058	12	16	28	42.9%	57.1%
	平均			53.3%	46.7%

20-5. MDT会議及び面接回数と入院日数

項目	①	②	③	⑩	⑦	⑨	⑧	⑥	④	⑤	合計
在院日数	562	694	708	720	761	788	794	872	921	1058	7878
MDT会議	30	27	21	22	25	37	40	48	37	38	325
本人入りMDT会議	14	20	15	19	47	27	30	24	45	107	348
MDT会議合計	44	47	36	41	72	64	70	72	82	145	673
回数/在院日数	7.8%	6.8%	5.1%	5.7%	9.5%	8.1%	8.8%	8.3%	8.9%	13.7%	8.5%

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
平林直次	医療観察法による医療－入院医療	精神保健福祉白書編集委員会	精神保健福祉白書2014年度版	中央法規	東京	2013年	156
平林直次, 清水研, 岸泰宏	日本総合病院精神医学会症例報告	臨床精神医学編集委員会	精神科診療に必要な書式マニュアル[第3版]	株式会社アークメディア	東京	2013年	344-348

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
平林直次	医療観察法病棟での取り組み	精神科治療学	28巻10号	1363-1368	2013年
須田哲史, 益田裕介, 重村 淳, 大森まゆ, 平林直次, 桑原達郎, 吉野相英, 野村総一郎	医療観察法病棟入院処遇中にclozapineによる無顆粒球症を併発した治療抵抗性統合失調症の1例	臨床精神薬理	16巻10号	1499-1503	2013年
大鶴 卓, 木田直也, 高江洲 慶, 村上 優	医療観察法病棟におけるclozapineの位置づけ	臨床精神薬理	16巻4号	495-501	2013年

IV. 研究成果の刊行物・別刷

8-1-6 医療観察法による医療—入院医療

2012年12月31日現在、全国の医療観察法による指定入院医療機関は28施設、707床である。その内訳は、国関係15施設、478床、都道府県関係13施設、229床である。医療観察法審判の終局処理数は2011（平成23）年12月31日までで2339件であり、その内訳は入院決定1462件、通院決定386件、不処遇決定390件、申立却下84件、取り下げ17件であった¹⁾。

指定入院医療機関の病棟は、その病床数から標準型（33床）、小規模病棟（17床程度）、小規格病床（2から6床程度）の3型に分類される。国関係では標準型または小規模病棟が多く全国から広域的に入院対象者を受け入れている。都道府県関係では小規模病棟や小規格病床が多く都道府県内からの受け入れを原則としている。

法施行時から2012年7月15日までにおける累積入院対象者1555名（男性1233名、女性322名）（指定入院医療機関への転院を除く）の主な診断内訳は、認知症等（F0）：40名（2.6%）、薬物依存症等（F1）：103名（6.6%）、統合失調症等（F2）：1246名（80.1%）、気分障害等（F3）：71名（4.6%）となっており、法施行当初から診断割合に大きな変化は認められない。入院対象者の主な転帰は、表に示したとおりである。また、抗告退院許可、病死、処遇終了を除いた推計入院日数の中央値および平均値は、それぞれ763日（95%信頼区間：740-785日）、912日（95%信頼区間：871-952日）であった²⁾。2008年7月15日における同調査によると、中央値603日（95%信頼区間：577-629）、平均値620日（95%信頼区間：591-650）であり、入院期間の長期化が続いており、長期入院対策が重要である。さらに、今後の課題としては、指定入院医療機関の地域偏在、再び同様の他害行為を行った者や再入院事例の検討と臨床へのフィードバック、入院および通院医療における一貫したモニタリング体制の構築など、があげられる。

2012年7月15日現在の転帰（指定入院医療機関28施設）

入院中	退院（895）												転院	不明	計
	抗告退院	死亡（10）		処遇終了（170）			通院処遇（699）				処遇不明	計			
		自殺	病死	医療なし	通院	入院	家族同居	施設入所	単身	入院					
648	7	7	3	13	48	109	237	186	159	117	9	895	327	12	1,882人
34.4	0.4	0.4	0.2	0.7	2.6	5.8	12.6	9.9	8.4	6.2	0.5	47.6	17.4	0.6	100.0%

法施行5年後の国会報告が2010年11月26日に行われた。また、法務省と厚生労働省による医療観察法関係者からのヒアリングが進められ、2012年7月、医療観察法の施行の状況についての検討結果が提出され、医療観察法による医療の現状や課題が明らかとなった³⁾。

●参考文献

- 1) 厚生労働省 HP (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sinsin/index.html)
- 2) 平林直次：分担研究 指定入院医療機関に関する基礎的調査と医療の向上に関する研究。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）医療観察法の向上および関係機関の連携に関する研究 報告書 主任研究者 中島豊爾、岡山、2013。
- 3) 厚生労働省 HP (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gk01.html>)

（平林直次）

日本総合病院精神医学会症例報告

平林 直次¹⁾ 清水 研²⁾ 岸 泰宏³⁾

KEY WORDS

専門医, コンサルテーション・リエゾン, 総合病院精神医学

1 目的

日本総合病院精神医学会の専門医制度の目的は、「総合病院精神医学に関する優れた学識と高度の技能及び倫理観を備えた臨床医を養成し、良質の医療を提供すること」である。同専門医制度においては、要件を満たす者に対して「一般病院連携精神医学専門医(通称:精神科リエゾン専門医)」「一般病院連携精神医学指導医」「一般病院連携精神医学特定指導医」を認定する。

2 背景

平成25年4月22日に厚生労働省の専門医のあり方に関する検討会から報告書が提出された。その報告書によると、専門医とは「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師である」と定義された。また、従来からの学会認定専門医制度から、中立的な第三者機関を設立し、研修プログラムの評価・認定を統一的に実施し認定する制度に

移行することが示された。その第三者機関が日本専門医制評価・認定機構である。現在82学会が所属し、学会の専門医は基本領域の専門医と subspecialty 領域の専門医に分類されている。専門医を目指す者は、まず基本領域の専門医を取得し、次に subspecialty 領域の専門医を取得する。

精神科の基本領域における学会は日本精神神経学会であり、同学会の認定する「精神科専門医」が基本領域の専門医である。日本総合病院精神医学会は、日本専門医評価・認定機構の会員学会であり、すでに同機構のヒアリングを受け、 subspecialty 領域の学会としての準備を進めている。

当学会の「一般病院連携精神医学専門医(以下、通称:精神科リエゾン専門医)」は、厚生労働省から広告することが許可された精神科領域における唯一の専門医資格であった(届出受年月日:平成21年11月10日)。その後、上記のとおり「精神科専門医」が平成25年5月31日に認められ、現在、精神科領域では広告可能専門医は2資格である。2年に一度保健所に提出する医師届け出表にも、当学会の専門医は広告可能

Subspecialty of the Japanese Society of General Hospital Psychiatry

¹⁾HIRABAYASHI Naotsugu 国立精神・神経医療研究センター病院〔〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1〕²⁾SHIMIZU Ken 国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科³⁾KISHI Yasuhiro 日本医科大学武蔵小杉病院精神科