

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

分担研究報告書

従来対応が難しいとされた複雑事例に対する心理社会的介入方法に関する研究

研究分担者 今村 扶美 国立精神・神経医療研究センター病院

研究要旨：

平成24年度より実施された厚生労働省「心神喪失者等医療観察法医療水準向上等事業（通称、ピアレビュー事業）」では、各指定入院医療機関の長期入院者の多くが、統合失調症に加え、発達障害等の重複障害を持つ対象者であることが判明している。こうした治療が複雑な事例においては、薬物療法だけではなく多職種チーム（Multi-Disciplinary Team：以下、MDT）による心理社会的治療の強化が求められている。本研究では、入院が長期化しがちな複雑事例に対して、指定入院医療機関同士で継続的なコンサルテーションを行い、治療や退院の促進を図ることを目的とした。指定入院医療機関を、コンサルトチームを派遣する側（以下、派遣施設）と、受け入れる側（以下、受入施設）に分け、ピアレビュー事業とも連携しながら、効果的かつ効率的に複雑事例の継続的なコンサルテーションを実施するための各種ツールや手順を開発・試行し、その効果を検証した。令和2年度は、新たに7施設が派遣施設、7施設が受入施設となり、計7事例（男性5名、女性2名）に対してコンサルテーションを実施した。主診断は統合失調症が5名、統合失調感情障害が1名、中等度知的障害が1名であった。そのうち1名に広汎性発達障害の副診断が付き、また7名中5名は軽度から中等度知的障害域の知能水準だった。平成30年度～令和2年度のに実施したコンサルテーションから得られた各種評価項目を統計解析したところ、実施前後で入院対象者の治療状況を評価する共通評価項目の合計点、社会復帰関連指標に改善が見られ、また多職種チームの機能を評価するCPAT-Jの得点が向上したことが示された。

研究協力者（順不同、敬称略）

| | |
|-------|-------------------|
| 鈴木敬生 | 国立精神・神経医療研究センター病院 |
| 島田明裕 | 同上 |
| 村田雄一 | 同上 |
| 村田昌彦 | 国立病院機構榊原病院 |
| 野村照幸 | 国立病院機構さいがた医療センター |
| 川上美代子 | 東京都立松沢病院 |

| | |
|------|-----------------|
| 塘 祐樹 | 国立病院機構久里浜医療センター |
| 小澤篤嗣 | 神奈川県立精神医療センター |
| 妹尾栄一 | 茨城県立こころの医療センター |
| 平澤克己 | 愛知県立精神医療センター |
| 山本哲裕 | 国立病院機構東尾張病院 |

| | |
|------|-------------------|
| 倉石 立 | 国立病院機構やまと精神医療センター |
| 大串悠佑 | 静岡県立こころの医療センター |
| 山村 卓 | 国立病院機構花巻病院 |
| 岩崎友明 | 国立病院機構菊池病院 |

A. 研究目的

平成 17 年 7 月 15 日に医療観察法が施行され、平成 21 年 2 月現在、指定入院医療機関は全国に 33 施設設置されている¹⁾。平成 24 年度からは、施設間の医療の均てん化を図ることを目的に、厚生労働省「心神喪失者等医療観察法医療水準向上等事業(通称、ピアレビュー事業)」が開始されている。同事業は、全国の指定入院医療機関を受入施設と派遣施設に分け、相互にピアレビューを行うものである。ピアレビュー事業を行う中で、各指定入院医療機関の長期入院者の多くが、統合失調症に加え重複障害(知的障害、発達障害、物質使用障害等)を持つ対象者であることが判明している。このような事例に対しては、薬物療法のみならず、MDT による心理・社会的治療の強化が求められている。

本研究では、入院が長期化しがちな複雑事例に対して、指定入院医療機関同士で継続的なコンサルテーションを行い、治療の促進を図ることを目的としている。ピアレビュー事業とも連携しながら、効果的かつ効率的にコンサルテーションを実施するための各種ツールやコンサルテーションの実施手順の開発、試行を行う。

なお、本研究は平成 30 年 11 月 5 日付で国立精神神経医療研究センター倫理委員会より承認を得た(承認番号 A2015-067)。

B. 研究方法

1. 調査対象

令和 2 年度は、7 か所の指定入院医療機関(国立病院機構さいがた医療センター、国立病院機構久里浜医療センター、茨城県立こころの医療センター、国立病院機構東尾張病院、静岡県立こころの医療センター、国立病院機構花巻病院、国立病院機構菊池病院)において、医療観察法による入院処遇を受けている対象者のうち、治療が困難で、入院期間が厚生労働省による指定入院医療機関運営ガイドラインに示されている標準的な入院期間の概ね 18 ヶ月を超過し長期入院となっている者および長期入院となる可能性がある者を研究対象とした。

また、本研究では研究対象となった医療観察法対象者の担当 MDT のスタッフにアンケートを実施することから、該当スタッフも研究対象とした。

なお、本研究の研究期間は平成 30 年 4 月 1 日より令和 3 年 3 月 31 日までである。

2. 同意

対象者に対しては、各指定入院医療機関の担当 MDT が、文書を用いて説明を行った。また、担当 MDT により、研究同意に関する一定の判断・同意能力があると判断される者のみを対象とした。担当 MDT のスタッフに対しては、各施設の共同研究者が説明文書を用いて説明を行った。いずれも、データを連結不可能匿名化するまでは随時同意を撤回できること、それによる不利益のないことも併せて伝えた。

3. 調査項目

以下の評価尺度の記入を各該当対象者の担当 MDT に依頼した。

1) 精神科リハビリテーション行動評価尺度(REHAB)²⁾

精神科リハビリテーションの効果を判定する、多目的の行動評定尺度。23 項目の評

定からなる評価用紙に、対象者の「逸脱行動」「全般行動」を記入して評価する。

2) 日本語版精神科 MDT 医療アセスメントツール (CPAT-J)³⁾

スタッフが参加している MDT の過去 1 ヶ月間の機能や状態について、5 つの下位項目から評価する。

3) 共通評価項目⁴⁾

医療観察法の鑑定、入院、通院の各局面において、全国で統一して用いられている、治療必要性や治療の進展を測る尺度である。

4) コンサルテーションに関するアンケート

コンサルテーションの形式や有用性についての意見を問うアンケート。

なお、各評価尺度については、介入前後の得点を分散分析または対応のある *t* 検定により比較を行い、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とした。解析には SPSS® Statistics ver. 25 を用いた。

4. 情報収集システムの構築

本研究の研究方法は以下の通りである。

1) 被験者のリクルート方法

受入施設となった各指定入院医療機関において、選択基準に合致する医療観察法対象者を 1 名程度選定した。研究に関する説明を行い、同意が得られた対象者および担当 MDT スタッフを被験者とした。

2) 介入方法・介入期間や調査方法

派遣施設の担当 MDT が、受入れ施設の該当対象者に関して、心理社会的介入として、おおむね 1 カ月ごとに全 4 回、コンサルテーションを実施した。第 1 回目はピアレビューの機会を用いて直接カンファレンスを行い、2 回目以降はテレビ会議システムや電話会議システム等を用いて実施した。

a. 第 1 回コンサルテーション

受入施設の MDT は、事前に資料を作成し、

派遣施設の MDT と情報共有を行った。また、介入前の評価尺度を実施した。その上で、該当対象者の担当 MDT と派遣施設の MDT でカンファレンスを実施した。カンファレンスは以下の手順で行われた。

a) 「フェイスシート」(資料 1) を用いて該当対象者の現在の状態や問題、これまでの介入や本人の強み等について概観し、コンサルテーションで検討すべき問題について事前に情報共有する。

b) 「ケースフォーミュレーションシート」(資料 2) を用いて対象行為や最近の問題行動について、要因や介入方法について検討する。

c) 担当 MDT はカンファレンスを受けて次回までに試みる具体的な介入プランを立て、次回のカンファレンスまでの間に実践する。

b. 第 2~3 回コンサルテーション

実施した介入プランの結果について、うまく行った部分、うまく行かなかった部分を含めて話し合われた。必要であれば介入プランの修正が検討された。

c. 第 4 回コンサルテーション

全 4 回のまとめを行った。介入後の評価尺度を実施した。また、カンファレンスを行って良かった点、悪かった点を共有し、今後のコンサルテーションの方法・体制についても振り返りを行った。

5. 倫理面への配慮

1) 匿名化の方法

「フェイスシート」、「ケースフォーミュレーションシート」等のツール、「評価尺度」には個人を識別できる情報(氏名、住所、生年月日、電話番号など)を記載せず、独自の符号を付して識別した。個人と符号の対応表は個人情報管理者が保管した。

2) 試料と臨床情報、解析結果の保存、管理方法、管理期間について

評価尺度に記入された、個人識別情報を含まないデータは研究責任者のもとに回収し、解析は医療観察法病棟の執務室内で外部と連結していないコンピュータにおいて行った。電子情報のファイルはパスワードで管理し、一部をメモリースティック等の外部記憶装置に保存し、同執務室内の金庫等、アクセスの制限される場所に保管した。病棟、執務室への入室は、警備員による確認、指紋認証により管理されている。

3) 研究者が保有する個人情報の開示

被験者から結果の開示希望があった場合には原則はそれに応じるようにした。ただし、開示が被験者の治療に影響を与える可能性があるとして担当 MDT が判断したものについては、開示の範囲またはその有無について検討することとした。

4) 試料と臨床情報、解析結果の廃棄方法について

研究終了時には、原則として全ての評価シートやデータファイルと情報は速やかに破棄する。その廃棄方法については、評価シートはシュレッダーにて裁断する。データファイルは削除する。ただし、将来的に他の研究で集計結果を使用する場合は事前に倫理委員会に申請し審査を受けること、同意取得後も本人からの同意撤回があれば直ちに研究対象から外し情報を廃棄することとする。

5) 研究成果の公表における個人情報への配慮

研究結果は、個人を特定されない形式で学会発表や雑誌投稿を行う。被験者から研究結果について説明を求められた場合は、全ての対象者に対しプライバシーに十分な配慮をしたうえで説明を行う。

C. 研究結果

1. コンサルテーションの実施

令和 2 年度は 7 施設が派遣施設、7 施設が受入施設となり、コンサルテーションを実施した。具体的な実施施設は、コンサルテーションチームの派遣施設が榊原病院、受入施設がさいがた医療センター、以下同様に、東京都立松沢病院－久里浜医療センター、神奈川県立精神医療センター－茨城県立こころの医療センター、愛知県精神医療センター－東尾張病院、やまと精神医療センター－静岡県立こころの医療センター、国立精神・神経医療研究センター（8 病棟）－花巻病院、国立精神・神経医療研究センター（9 病棟）－菊池病院という組み合わせで行った。

なお、COVID-19 の影響により、令和 2 年度はピアレビューが中止となる施設が複数みられた。そのため、ピアレビューは中止されたがコンサルテーションの実施希望がある施設に関しては、全てオンラインによるコンサルテーションの実施も可能にしたところ、上記 7 ペアのうち 3 ペアについてはオンラインのみでの実施となった。

令和 2 年度にコンサルテーションの対象となったのは 7 事例であった。7 事例の内訳は、男性 5 例、女性 2 例であり、平均年齢は 46.6 歳（34～59 歳）、平均入院期間は 41.7 ヶ月（2～99 ヶ月）、治療ステージは急性期 3 名、回復期 3 名、社会復帰期 1 名であった。主診断は統合失調症が 5 名、統合失調感情障害が 1 名、中等度知的障害が 1 名であった。そのうち 1 名に広汎性発達障害の副診断がつき、また 7 名中 5 名は軽度から中等度知的障害域の知能水準だった。

2. 各種調査項目の回答の分析

平成 30 年度から令和 2 年度の 3 年間の調査で 16 事例分の各種評価項目とコンサルテーション実施記録を回収した。また、担当 MDT を対象とした評価項目は 91 名分、アンケートは 92 名分を回収した。

コンサルテーション実施前と後で各種評価項目に差が生じるかどうかを分析した。

対象者に対する評価項目として、共通評価項目の合計点および社会復帰関連指標の分散分析の結果を表 1 に、共通評価項目の中項目の Friedman 検定の結果を表 2 に、REHAB の t 検定の結果を表 3 に示す。分析の結果、共通評価項目の合計点 ($f(2, 24)=6.45, p<.01$) と社会復帰関連指標 ($f(2, 24)=5.50, p=.01$) においてコンサルテーションの効果が有意であった。Tureky を用いた多重比較によれば、「コンサルテーション実施前」と「コンサルテーション実施後」および「コンサルテーション実施半年後」の間に有意差があり、コンサルテーションが実施された後の方が対象者の治療状況が良好に評価されており、半年後もそれが維持されていることが示唆された。また、共通評価項目の中項目については「アドヒアランス」($p=.02$) と「コミュニティ要因」($p=.02$) に有意差があり、コンサルテーション実施後に対象者のアドヒアランスと通院先、居住先、社会資源の調整に関する評価が上がっていることが示された。対象者自身の精神科リハビリテーションに関する行動を評価する REHAB では有意差がみられなかった。

多職種チームの機能に対する評価項目として、CPAT-J の t 検定の結果を表 4 に示す。分析の結果、全項目の合計点 ($t(90)=-4.65, p<.01$) およびすべての中項目の合計点において、「コンサルテーション実施前」よりも「コンサルテーション実施後」の方が有意に高くなっており、多職種チームの機能が向上したことが示唆された。

受入施設としてコンサルテーションに参加しアンケートを回収できた 92 名の MDT スタッフの内訳は、実際の MDT の構成（医師 1 名、看護師 2 名、作業療法士 1 名、心

理技術者 1 名、精神保健福祉士 1 名）とほぼ同等の割合であった（図 1）。コンサルテーションの役立った度合いを 5 件法（役立った、やや役立った、どちらでもない、あまり役立たなかった、役立たなかった）で尋ねたところ、「役立った」および「やや役立った」の回答の割合が 95.5% であった（図 2）。さらに、コンサルテーションの実施が事例の問題解決にどの程度つながったかを 5 件法（解決した、やや解決した、どちらともいえない、あまり解決しなかった、解決しなかった）で尋ねたところ、「解決した」および「やや解決した」の回答が 63.3% であった（図 3）。

D. 考察

1. 本研究の対象となった複雑事例について

本研究の対象者の属性を見てみると、統合失調症に加え、知的・発達面の問題を抱え、病識の獲得や内省力、本人の対処スキルの向上に限界があるケースがほとんどであった。治療上の限界がある中で、本人の改善をどこまで求めるか、また、どのような形で帰住先や退院地の調整を行っていくか苦慮するケースが多いようであった。

2. 複雑事例に対するコンサルテーションの実施方法について

本研究のコンサルテーションでは、入院が長期化しがちな複雑事例に対して、ケースカンファレンスを行い、派遣チームの提案に従って Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）の 4 段階からなる PDCA サイクルを繰り返した。約 4 か月間にわたって、PDCA サイクルを継続することで、従来のピアレビューで生じがちであった単回の助言のみで実践に結びつきにくいという問題を解消し、治療の具体的な進展を促進した。

また、ケースカンファレンスに際しては、各種ツールを活用することにより、どのような要因が関係して問題が生起、維持されているのか、本人の強みや弱みは何か、どのような介入ができそうか、といった視点からケースフォーミュレーションを共有し、より効果的にコンサルテーションを進めることができるように方向付けた。治療が難渋している事例の治療を促進する上では、事例を見立て直し、介入可能な事柄やその手順を整理していくプロセス、すなわちケースフォーミュレーションが不可欠であるが、これまでの医療観察法医療の中では、こうした試みは系統立てては行われてこなかった。本研究では、こうした試みに慣れていない多職種スタッフにとっても一定の形でケースフォーミュレーションを行うことができるように、簡便なツールを作成するとともに、平成30年度より毎年実施されている職員研修の中で講義と演習を行い、理解の促進や普及に努めた。

3. 複雑事例で課題となっているテーマと介入について

各事例で課題として挙げられたテーマは個別性が高く厳密には一般化することは困難であるが、主には病状や病識に関するもの、暴力および逸脱行動に関するもの、対象行為の内省に関するもの、ストレス対処および生活能力に関するもの、退院調整に関するもの、チームとの関係性に関するものが挙げられていた。

これらの課題に対して、コンサルテーションでは外部機関からMDTが入ることで複雑事例に対する再アセスメントが行われ、種々の問題を整理する作業が行われた。その上で、必要に応じて薬剤調整の検討や基本的な治療的枠組みの確認と修正（例、定期的なMDT会議や地域ケア会議の開催、対象者も含めてのMDT面接の実施等）が行わ

れた。また、暴力リスクの高い事例では行動制限が長期に及んでいることがあり、このような場合は行動制限の解除に向けた取り組みが検討された。心理社会的介入については、通常提供されているグループプログラムが適用とならない事例が多く、個別プログラムの導入の検討やセルフモニタリングシートなどのツールの見直しと活用が検討された。

このような新たな治療的な取り組みの他、これまでに実施され、有効であった介入や治療上の工夫を確認・再評価し、担当MDTのエンパワメントが行われた。さらに、膠着した治療状況で対象者に対するネガティブなフィードバックが先行しがちな場合には、対象者の向治療的・社会的行動を褒めて強化するといったポジティブフィードバックの活用も積極的に検討された。

コンサルテーション実施前後において、治療の全体的な進展の度合いを示す共通評価項目の合計点の改善が見られていることから、上述したコンサルテーションの取り組みが治療困難性の高い複雑事例の治療を促進したことが考えられる。その内容に関しては、退院申請時における通院処遇移行後の暴力および問題行動のリスクを予測する社会復帰関連指標が下がっていること、対象者の「アドヒアランス」と社会復帰に向けての地域の準備状況を示す「コミュニティ要因」の改善が見られていることから、医療観察法の趣旨に則した治療が展開され、効果が表れているといえる。また、半年後の追跡調査においても治療状況の改善が維持されていることから、担当MDTの機能を回復あるいは向上させるコンサルテーションの効果は一定の持続性があると考えられる。対象者の生活上の行動を評価するREHABに変化が見られなかったが、課題を絞って実施されるコンサルテーションが対

象者の行動全般の変容に与える影響については、より長期的な評価が必要と考えられる。

受入施設の MDT に対するコンサルテーションのアンケート結果からは、複雑事例を抱える MDT スタッフのほとんどがコンサルテーションを受けることが治療に役立ったと捉えており、また 6 割以上の事例で具体的な問題解決につながったことが示唆された。用紙の使いやすさや有用性についても肯定的な感想が聞かれており、ケースフォーミュレーションを活用した一連の治療の見直しと取り組みが治療促進的に作用したことが考えられる。

4. オンラインのみでのコンサルテーションの実施可能性について

令和 2 年度は、COVID-19 の影響で複数の施設でピアレビューが中止となった。そのため、ピアレビューが中止になった施設の中で、希望する施設に関しては、全 4 回全てオンラインでコンサルテーションを行うこととし、3 ペアで試行した。本報告書作成時点では、令和 2 年度のコンサルテーションがまだ終了していないため、最終的な実施結果は明らかになっていないものの、経過をヒアリングした範囲では、オンラインのみであってもコンサルテーションが順調に進み、有意義な時間となっていることが推察される。現地で直接施設の雰囲気を感じ取ることが難しいというデメリットはあるものの、距離や時間、交通費等の負担が少ない中でコンサルテーションができることのメリットは大きいと思われ、今後の施設間コンサルテーションの実施方法として、新たな選択肢となっていく可能性が考えられる。

5. 研究としての限界

複雑事例に対するコンサルテーションは、研究として実施されており研究参加には対

象者からの同意取得が必須とされた。MDT が治療上の困難からコンサルテーションが必要と判断しても、対象者の同意が得られず、本研究の対象から除外された症例が存在した。真にコンサルテーションが必要な対象者が含まれていない可能性が挙げられる。

また、本研究における介入は、通常の臨床業務としての側面もあるため、純粋な統制群を設けることは困難であった。今後は MDT により本研究の対象として適していると判断されながらも実際には参加しなかった群との比較を行うことなども検討したい。

E. 結論

令和 2 年度は、令和元年度に引き続き、平成 30 年度に整備したフェイスシートやケースフォーミュレーションシートといった各種ツールを用いて、入院が長期化しがちな複雑事例に対する継続的かつ効果的なコンサルテーションを実施した。新たに 14 施設の指定入院医療機関がコンサルトチームの派遣施設と受入施設に分かれ、計 7 事例に対してコンサルテーションを実施した。

対象となった事例の特徴を見ると、統合失調症に加えて知的、発達の問題を抱え、本人のスキル向上や病識・内省の深化に困難がある対象者が複雑事例となりやすい傾向がうかがえた。

コンサルテーション実施前後で対象者の治療状況および担当 MDT のチーム機能を評価する評価項目の得点に有意な向上が見られた。このことから、本研究で開発したコンサルテーションの手順や各種シート類の活用、そうしたツールを用いての継続的なコンサルテーションの実施は、複雑事例の治療促進に有効と考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

鈴木敬生, 今村扶美, 山口まりこ, 網干舞: 『従来対応が難しいとされた複雑事例に対する心理社会的介入方法に関する研究』～複雑事例で課題となるテーマと介入、そのPDCAサイクル. 2020年度医療観察法病棟における複雑事例へのフォーミュレーション研修, Web開催, 2020.9.4

度. 三輪書店, 1994

- 3) Tomizawa R, Yamano M, Osako M, Misawa T, Hirabayashi N, Oshima N, Sigeta M, Reeves S: The Development and Validation of an Interprofessional Scale to Assess Teamwork in Mental health Settings. J Interprof Care 2885): 485-4, 2014
- 4) 壁屋康洋, 砥上恭子, 高橋昇, 西村大樹ら: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【若手育成型】医療観察法指定医療機関ネットワークによる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 平成 25~27 年度総合研究報告書. 2016.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた法務省保護局、全国保護観察所の皆様、および全国の医療観察法病棟スタッフの皆様のご協力に深謝致します。

参考文献

- 1) 厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougai/ihoken/sinsin/nyuin.html>
- 2) Roger Baker、John N. Hall (著) 田原明夫、藤 信子、山下俊幸 (訳) : Rehab 精神科リハビリテーション行動評価尺

コンサルテーション用 フェイスシート

初回カンファレンスの2週間前までに、記入したシートを派遣施設に送付してください

派遣施設： _____ 病院

受入施設： _____ 病院

受入施設対象者担当 MDT： Dr _____ 主Ns _____ 副Ns _____

CP _____ OT _____ PSW _____

◆対象者（コンサルテーション開始時の情報）

ニックネーム： _____ 年齢： _____ 歳 性別： 1.男性 2.女性

入院決定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 入院期間の合計： _____ 年 _____ ヶ月（転入後 _____ 年 _____ ヶ月）

治療ステージ： 1.急性期 2.回復期 3.社会復帰期

主診断： _____ 副診断： _____ IQ： _____

対象行為の概要： _____

その他（何かあれば）： _____

◆現在の本人の状態

（病状、病識、内省、対人関係、家族関係、生活スキル、治療プログラム、地域調整等について）

◆現在課題や問題となっていること

◆これまでに比較的うまくいった介入とあまりうまくいかなかった介入

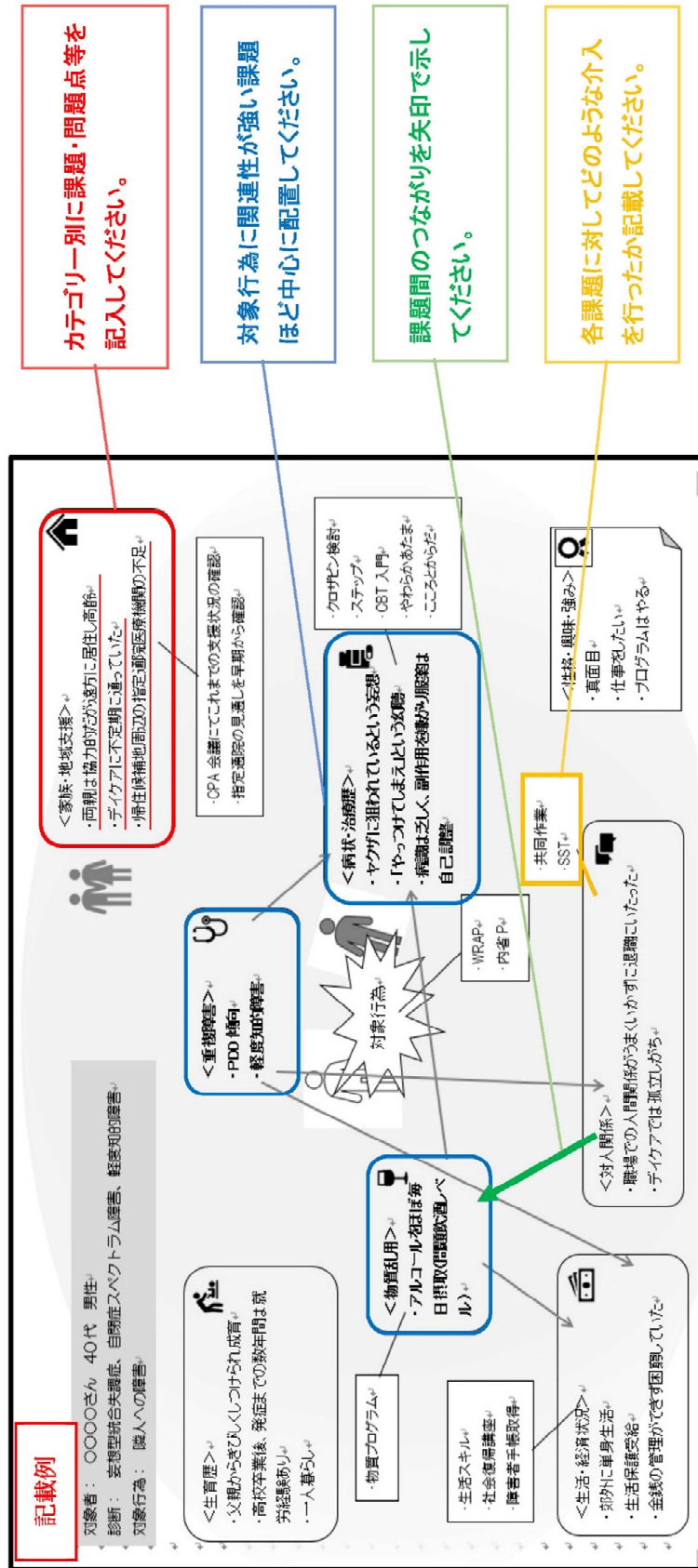
◆本人の強みとなること、好きなこと

◆コンサルテーションに期待すること

★ケースフォアミュレーションの作り方★

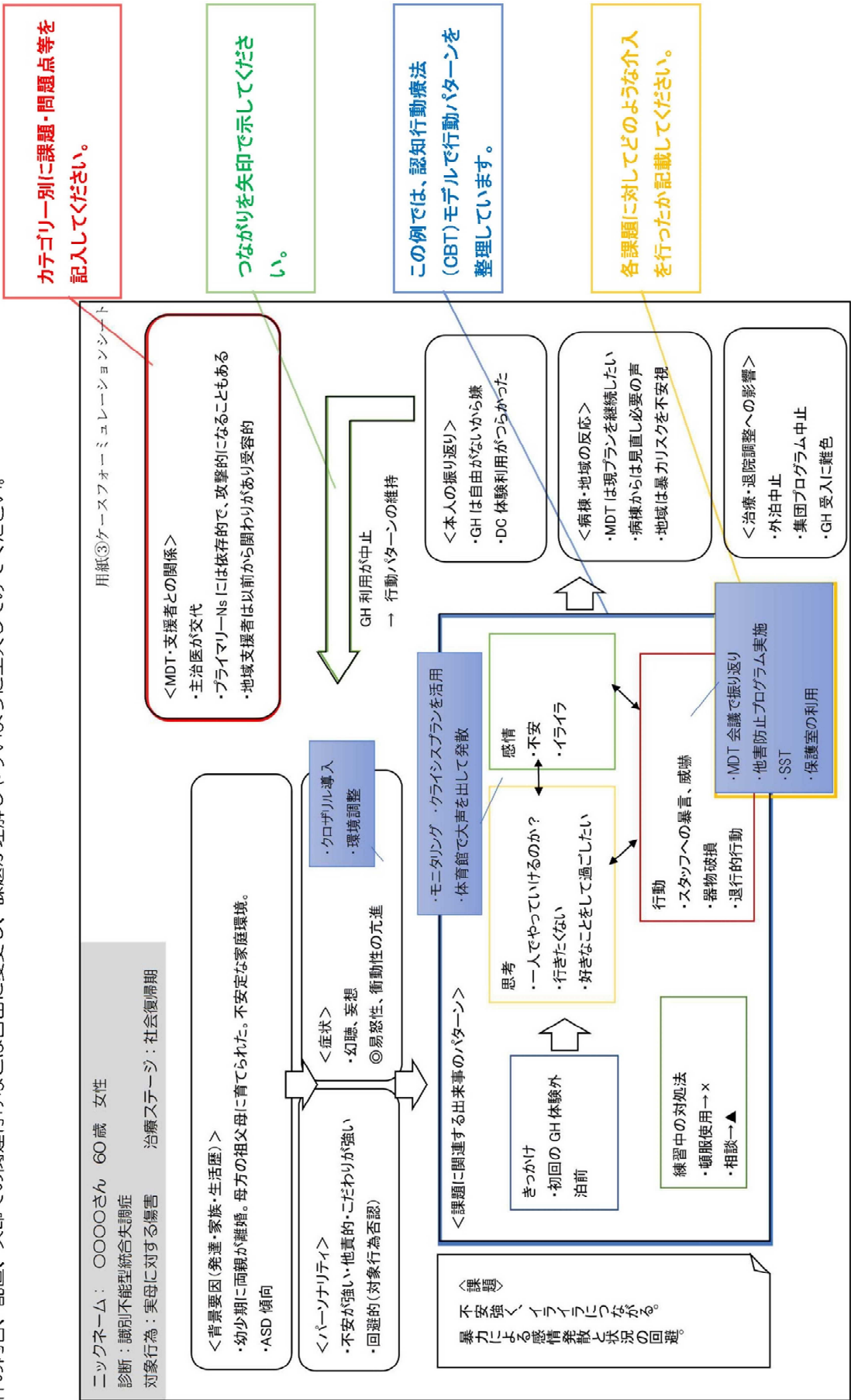
対象者の問題・課題がどのような要因で生じているか、これまでにある程度取り組めたところはどこで、今後の課題は何か、見落としていた本人の強みはないか、これまでの見立てに関して修正した方がよい点はないかなどをご検討ください。
事前に派遣施設に送付の上、第 1 回目のカンファレンスの際に改めて共有し、話し合いを進めてください。

- 図式化するカテゴリー、課題の枠を適宜設定してください。
- 円環の図式（記載例）、時系列の図式（上→下、左→右）など、直感的に理解しやすい書式にしましょう。
- まずは対象行為について作成してください。コンサルテーションの課題となる事柄に関するも、必要に応じて別途作成してください。



資料 2

1つの課題に焦点を絞ったケースフォーミュレーションの例です。
 枠の内容、配置、配置、矢印での関連付けなどは自由に変更し、課題が理解しやすいように工夫してみてください。



この例では、認知行動療法 (CBT) モデルで行動パターンを整理しています。

つながりを矢印で示してください。

各課題に対してどのような介入を行ったか記載してください。

カテゴリー別に課題・問題点を記入してください。

表1 共通評価項目の平均値・標準偏差と反復測定による分散分析の結果

| | Mean(SD) | | | f(df) |
|----------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|
| | pre | post1 | post2 | |
| n=13 | | | | |
| 合計点 | 20.62(3.62) | 18.46(4.70) | 17.85(5.44) | f(2, 24)=6.45, p<.01 ** |
| 社会復帰関連指標 | 6.15(2.19) | 5.00(2.71) | 4.92(2.75) | f(2, 24)=5.50, p=.01 * |

* p<.05 ** p<.01

表2 共通評価項目(中項目)の平均値・標準偏差とFriedman検定の結果

| | Mean(SD) | | | 有意確率 |
|--------------|------------|------------|------------|--------|
| | pre | post1 | post2 | |
| n=13 | | | | |
| 1.精神症状 | 1.54(0.78) | 1.46(0.78) | 1.31(0.85) | 0.29 |
| 2.内省・洞察 | 1.62(0.65) | 1.62(0.65) | 1.54(0.66) | 0.37 |
| 3.アドヒアランス | 1.23(0.60) | 0.92(0.64) | 0.92(0.64) | 0.02 * |
| 4.共感性 | 1.15(0.38) | 1.08(0.28) | 1.15(0.55) | 0.72 |
| 5.治療効果 | 1.15(0.38) | 1.00(0.00) | 0.92(0.64) | 0.50 |
| 6.非精神病症状 | 1.54(0.52) | 1.23(0.60) | 1.31(0.48) | 0.07 |
| 9.活動性・社会性 | 1.31(0.48) | 1.31(0.48) | 1.15(0.38) | 0.45 |
| 10.衝動コントロール | 1.46(0.66) | 1.23(0.83) | 1.23(0.60) | 0.42 |
| 11.ストレス | 1.54(0.52) | 1.54(0.52) | 1.46(0.66) | 0.82 |
| 12.自傷・自殺 | 0.15(0.38) | 0.08(0.28) | 0.08(0.28) | 0.37 |
| 13.物質乱用 | 0.38(0.77) | 0.38(0.77) | 0.31(0.63) | 0.37 |
| 14.反社会性 | 0.69(0.85) | 0.54(0.78) | 0.38(0.77) | 0.08 |
| 15.性的逸脱行動 | 0.31(0.63) | 0.15(0.38) | 0.23(0.60) | 0.72 |
| 16.個人的支援 | 1.00(0.58) | 0.85(0.69) | 0.92(0.64) | 0.22 |
| 17.コミュニティ要因 | 1.77(0.44) | 1.62(0.65) | 1.38(0.77) | 0.02 * |
| 18.現実的計画 | 1.92(0.28) | 1.69(0.63) | 1.77(0.60) | 0.10 |
| 19.治療・ケアの継続性 | 1.85(0.38) | 1.77(0.44) | 1.77(0.44) | 0.72 |

* p<.05 ** p<.01

表3 REHABの平均値・標準偏差と対応のあるt検定の結果

| | Mean(SD) | | t(df) |
|----------------|--------------|--------------|-------------------|
| | pre | post | |
| n=12 | | | |
| Part1 | 1.83(1.99) | 1.00(1.13) | t(11)=1.65, p=.13 |
| 社会的活動 | 25.17(11.83) | 25.75(11.51) | t(11)=-.24, p=.82 |
| ことばの わかりやすさ | 6.08(4.87) | 5.00(4.22) | t(11)=1.16, p=.27 |
| セルフケア | 12.75(10.49) | 11.83(10.23) | t(11)=.53, p=.61 |
| 社会生活の技能 | 11.42(4.80) | 10.67(6.51) | t(11)=.55, p=.60 |
| Part2 | 62.17(23.52) | 59.33(22.37) | t(11)=.56, p=.59 |

REHAB=精神科リハビリテーション行動評価尺度

表4 CPAT-Jの平均値・標準偏差と対応のあるt検定の結果

| | Mean(SD) | | t(df) |
|-------------------------|---------------|---------------|-----------------------|
| | pre | post | |
| n=91 | | | |
| 合計得点 | 104.58(16.61) | 110.43(14.95) | t(90)=-4.65, p<.01 ** |
| 患者/地域中心の ケア | 30.02(5.94) | 32.47(4.84) | t(90)=-4.86, p<.01 ** |
| チームワークのための コミュニケーション | 21.75(3.67) | 22.53(3.49) | t(90)=-2.69, p<.01 ** |
| 専門職間の葛藤 | 17.71(4.19) | 18.92(3.93) | t(90)=-3.61, p<.01 ** |
| 役割の明確化 | 20.85(3.03) | 21.53(2.74) | t(90)=-2.56, p=.01 * |
| チームを取り巻く 環境 | 14.25(3.70) | 14.98(3.16) | t(90)=-2.28, p=.03 * |

* p<.05 ** p<.01

CPAT-J=日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール

図1 コンサルテーションに参加した受入MDTの内訳

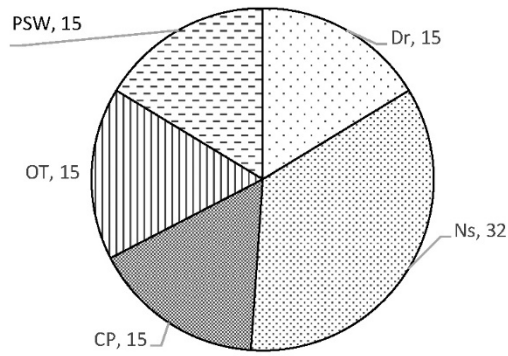


図2 コンサルテーションが役に立った度合い

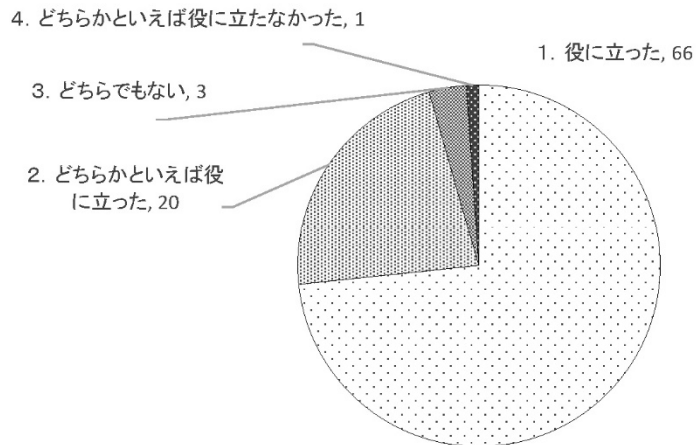


図3 コンサルテーションによる問題解決の度合い

