

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

平成30年度～令和2年度 総合研究報告書

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：

1. 指定入院医療機関における長期入院者の特徴として、統合失調症に加え、知的障害・発達障害等の重複障害を持つ対象者であることが明らかになっている。このような入院が長期化しやすい複雑事例においては、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る。本研究では、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うことで治療や退院の促進を図るとともに、効果的なコンサルテーションの実施方法を開発し、その効果を検証することを目的とした。
2. 平成30年度～令和2年度にかけて、23事例に対してコンサルテーションが実施された。その結果、実施前後で入院対象者の治療状況を示す共通評価項目の合計点と通院後の暴力や問題行動を予測する社会復帰関連指標に改善を認めた。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、MDTの機能の向上が示された。さらに、MDTからはコンサルテーションの有用性に対して高い評価を得た。以上より、施設間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効果的であることが示された。
3. 本研究の成果物として、コンサルテーションの標準的な実施手順、複雑事例のケースフォーミュレーションの作成手順およびひな形を整備した。また、コンサルテーションにおいて取り上げられた課題を整理し、介入事例をまとめた。

研究協力者（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
山村 卓	国立病院機構花巻病院
大鶴 卓	国立病院機構琉球病院
白石 潤	国立病院機構北陸病院
村杉謙次	国立病院機構小諸高原病院
石津すぐる	岡山県精神科医療センター
三上智子	埼玉県立精神医療センター
倉石 立	国立病院機構やまと精神医

療センター

野村照幸	国立病院機構さいがた医療センター
梅本愛子	大阪精神医療センター
久我政利	国立病院機構肥前精神医療センター
吉牟田泰史	鹿児島県立始良病院
塘 祐樹	国立病院機構久里浜医療センター
村山大佑	国立病院機構鳥取医療センター
平澤克己	愛知県精神医療センター
加藤幸行	栃木県立岡本台病院

鷺村芳人	滋賀県立精神医療センター
三井由美子	長野県立こころの医療センター駒ヶ根
川上美代子	東京都立松沢病院
山本哲裕	国立病院機構東尾張病院
小澤篤嗣	神奈川県立精神医療センター
松尾洋一	長崎県精神医療センター
岩崎友明	国立病院機構菊池病院
中根 潤	国立病院機構下総精神医療センター
高尾 碧	島根県立こころの医療センター
磯村信治	山口県立こころの医療センター
藤井康男	山梨県立北病院
妹尾栄一	茨城県立こころの医療センター
須貝孝一	山形県立こころの医療センター
大串悠佑	静岡県立こころの医療センター

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

ピアレビュー事業で受入施設となった指定入院医療機関において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. 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、多目的の行動評価尺度。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) 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。

3. 手続き

本研究の研究方法は以下の通りである (資料 1)。

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 MDT が、受入れ施設の該当対象者に関して、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、事前に対象者の治療経過と課題を概観するための「フェイスシート」(資料 2) と「ケースフォーミュレーションシート」(資料 3) 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、対象行為や最近の課題とその要因、および介入方法について検討した。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した。

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。

(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た。

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ため担当 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

平成 30 年 4 月令和 3 年 3 月の間に、延べ 23 施設が派遣施設、23 施設が受入施設となり、コンサルテーションを実施した。

コンサルテーションの対象となった 23 事例の内訳は、男性 19 例、女性 4 例であり、平均年齢は 46.8 歳 (21~71 歳)、平均入院期間は 37.3 ヶ月 (2~108 ヶ月)、治療ステージは急性期 5 名、回復期 9 名、社会復帰期 9 名であった。主診断は統合失調症が 19 名、統合失調感情障害が 1 名、覚せい剤使用による精神病性障害が 1 名、知的障害が 2 名であった。そのうち 5 名に広汎性発達障害の副診断がつき、また 23 名中 10 名は知能検査による IQ が 60 台以下の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

令和 3 年 2 月時点で 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たことが示された。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、MDTの機能が向上したことが示唆された。

コンサルテーションの役立った度合いを受入施設の MDT を構成するスタッフに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1)。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2)。

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. 複雑事例で扱われた課題と介入について

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、ストレス対処に関するもの、治療関係に関するもの、地域調整に関するものが挙げられていた(表5)。

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

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。実際に取り扱われた課題と実施された介入を表6～9に示す。

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、効果が表れたといえる。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ったと考えられる。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。

3. コンサルテーションの意義と課題

コンサルテーションの中で、ケースフォーミュレーションを軸として複雑事例の見立てと治療戦略を見直し、4カ月間の中で具体的な治療目標の設定と実施を繰り返していく取り組みは、医療観察法の医療の中で入院の長期化が懸念される事例に対して、一定の治療促進的な役割を果たす可能性があると考えられる。

複雑事例を抱えたMDTは、治療に対して手詰まり感を抱き、チームの動機付けや機能が低下している場合が少なくない。コンサルテーションを行う中で、担当MDTのモチベーションが改善したとの感想が多く聞かれた。コンサルチームが院外からのサポーターとして、担当MDTが抱えている困難感に共感を示し、支持的な言葉をかけることが、複雑事例を抱えるチームのエンパワメントにつながったことが考えられる。

また、コンサルチームからの具体的な助言により、担当MDTが関わりの際の目標や、新たな方策を見出す契機となったようである。複雑事例では、対象者本人の治療動機の低さや、セルフモニタリング能力の乏しさ、病識や内省の困難さが話題になることが多い。各病院で使われている様々なツールや治療プログラム、その他の工夫点などについて情報交換することにより、MDTの介入手段の拡充や自信の向上につながったものと思われる。

さらに、コンサルテーションは、対象者とチームとの相互作用・力動を俯瞰し、再考する機会となっていることが考えられる。例えば、担当MDTが、対象者の自発性や意欲を引き出すことよりも、直面化や指導的な態度を示しがちであったり、対象者に対する陰性感情が治療の進展に影響を及ぼし

ていたりする場合があります。また、MDT あるいは病棟の構造や力動によって、本来のチーム医療の機能が十分に発揮されにくくなっていることもある。このような、内部では気づきにくいチームの特徴や傾向に関し、外部から助言を受けることにより、チームの方針を修正するなどしてより高次のチーム医療を実現する可能性が開けたと考えられる。

一方、実施施設を拡大する中で、開棟して比較的年月の浅い指定入院医療機関、あるいは、規模の小さい指定入院医療機関によっては、コンサルトチームを組むことが困難であるとの意見も聞かれた。また、施設やチームによってコンサルテーションに対するモチベーションやニーズ、資料作成のスキルに差があることも示唆された。これらのことから、今後のコンサルテーションのあり方として、経験豊かで各種スキルの伝達役を担うことができるコンサルトチームをいくつか選定し、各指定入院医療機関のニーズに応じて適宜コンサルテーションを実施できるような仕組みが整備されることが望まれる。

本研究のコンサルテーションでは、標準的な医療の提供について助言・確認されるとともに、各施設で培われてきた知見や独自の臨床実践が相互に紹介される機会となっている。コンサルテーションによって全国の指定入院医療機関の医療の均てん化が促進され、さらに各施設の創造性の高いオリジナルの試みを共有していくことが今後必要となっていくと考えられる。

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実施に際しては、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少なからず存在した。そのため、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ある。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により適用が望ましい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

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. 研究発表

1. 論文発表

今村扶美, 松本俊彦: 物質使用障害のケースフォーミュレーション. 精神療法増刊6号, 161-170, 2019

2. 学会発表

- 1) 今村扶美, 蟹江絢子, 出村綾子: シンポジウム 10 潤滑油ではなく、治療の核として: コミュニケーション介入から再考する治療抵抗性疾患 「自閉症スペクトラム障害に対する対人関係のスキル向上を目的とした認知行動療法」. 第 114 回日本精神神経学会

学術総会，神戸，2018.6.21

- 2) 鈴木敬生, 今村扶美: 「重複精神障害を持つ対象者の心理社会的治療の開発と導入に関する研究」とケースフォーミュレーション. 2018年度医療観察法MDT研修, 東京, 2018.10.18
- 3) 今村扶美, 鈴木敬生: シンポジウム「ケースフォーミュレーション ～外来および病棟での実践例～」. 平成30年度医療観察法心理士ネットワーク研究会, 神奈川, 2018.11.30
- 4) 鈴木敬生, 今村扶美: 「重複精神障害を持つ対象者の心理社会的治療の開発と導入に関する研究」とケースフォーミュレーション. 2019年度医療観察法MDT研修, 東京, 2019.10.10
- 5) 鈴木敬生, 今村扶美, 山口まりこ, 平林直次: 医療観察法におけるケースフォーミュレーションひな形作成の試み. 第73回国立病院総合医学会, 名古屋, 2019.11.9
- 6) 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

G. 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/shougaihoken/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.

複雑事例に対する施設間のコンサルテーションの流れ

1. 概要

コンサルテーションは計 4 回、月 1 回の頻度を目安として実施する*1。うち第 1 回目は派遣施設が受入施設を訪問し、対面で対象者との面談および MDT 間の検討を行うことが望ましい*2。直接訪問が難しい場合は、第 1 回目から遠隔コンサルテーションを実施する。2 回目以降は月 1 回程度、テレビ会議システムや Web 会議（Zoom、Teams など）、電話会議システム等を用いて遠隔でコンサルテーションを進めていく。なお、コンサルテーションに用いる資料を作成する際は、個人を特定できないよう配慮する。氏名は記載せずニックネームや記号等を用いる。

※1 実施する回数、空ける期間は状況に応じて調整する。

※2 ピアレビューの組み合わせで実施する場合は、ピアレビュー時に第 1 回目を設定する。

2. 実施方法

<事前準備>

第 1 回目の 2 週間前までには下記準備を終えておく。

手順	派遣施設	受入施設
1	5 職種 5 名のコンサルトチームを作る。 ただし、5 職種が難しい場合は、状況に応じて 3～4 職種で構成する。	治療が難渋している困難・複雑事例の対象者を 1 名選定する。対象者との面談を実施する場合には、説明を行い承諾を得る。
2	派遣施設と受入施設で、初回コンサルテーションの日程を調整する。	
3	2 回目以降の遠隔コンサルテーションの方法について派遣施設・受入施設間で検討する。 実施方法は、テレビ会議システム、Web 会議、電話会議システム等を用いる。	
4	受入施設から送られてきた資料に事前に目を通しておく。 当日までに司会、板書、議事録等の係を決め、進行の流れも確認しておく。	第 1 回の 2 週間前までに、対象者に関する情報提供のための資料（概要、ケースフォーミュレーション、治療経過、検討課題等）を作成し、派遣施設に送付する。

<第 1 回コンサルテーション>

派遣施設のコンサルトチームと対象者の面談（MDT 会議の陪席、病棟内での行動観察等を含む）、受入施設の担当 MDT とのケースカンファレンスを実施する（目安の時間：90～120 分）。コンサルテーション終了時までの目標と介入プランを設定し、次回コンサルテーション実施までの取り組みを明確化する。必要に応じて議事録等を共有する。

<第 2～4 回コンサルテーション>

実施した介入の結果について、うまく行った部分とうまく行かなかった部分話し合う。必要であれば介入プランの修正を行う。対象者との遠隔面談の有無については必要に応じて検討する。必要に応じて議事録等を共有する。最終回はケースのまとめを行い、コンサルテーションを行って良かった点、悪かった点を共有するなどして、振り返りを行う。

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）

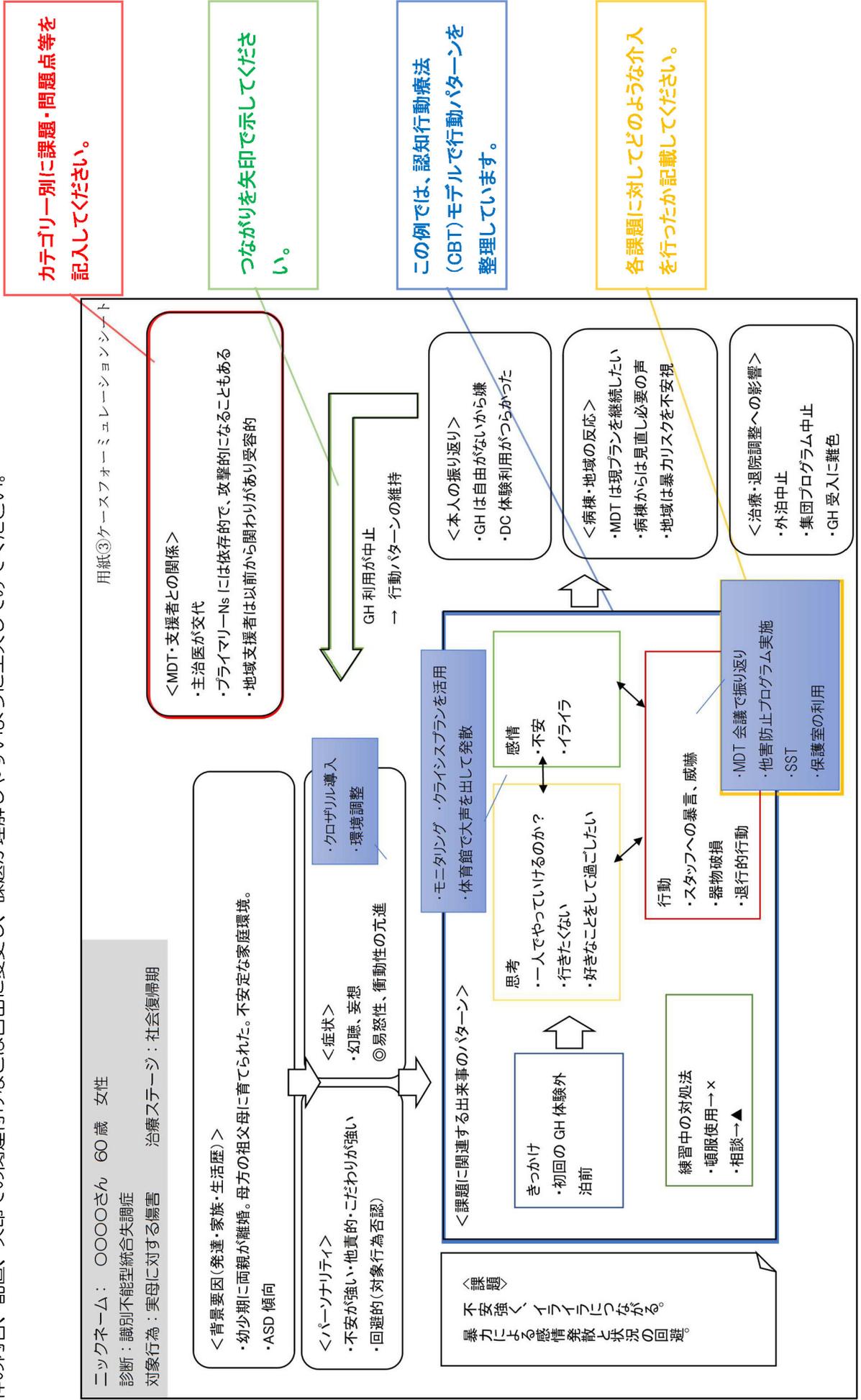
◆現在課題や問題となっていること

◆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

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、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。



カテゴリ一別に課題・問題点を記入してください。

つながりを矢印で示してください。

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。

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。

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が役に立った度合い

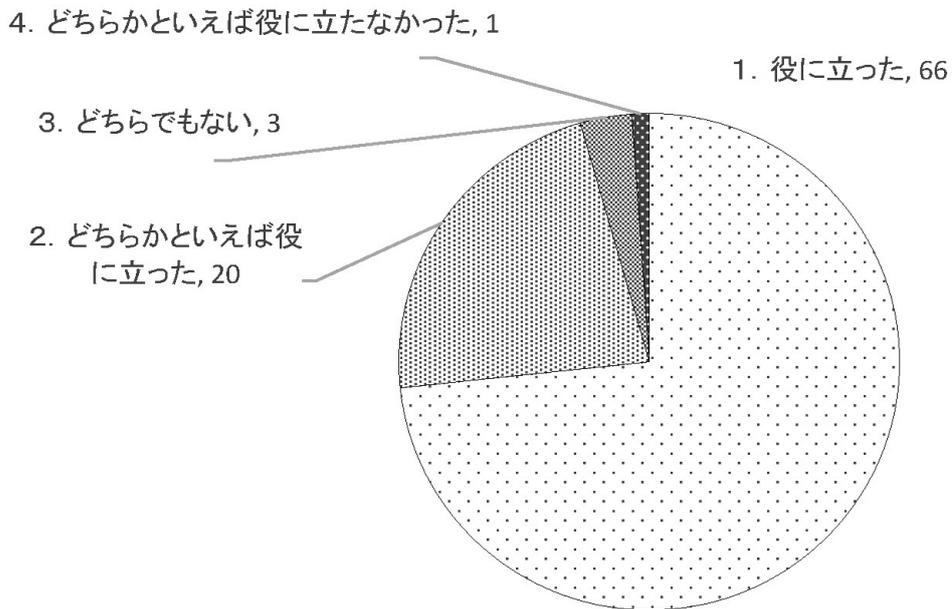


図2 コンサルテーションによる問題解決の度合い

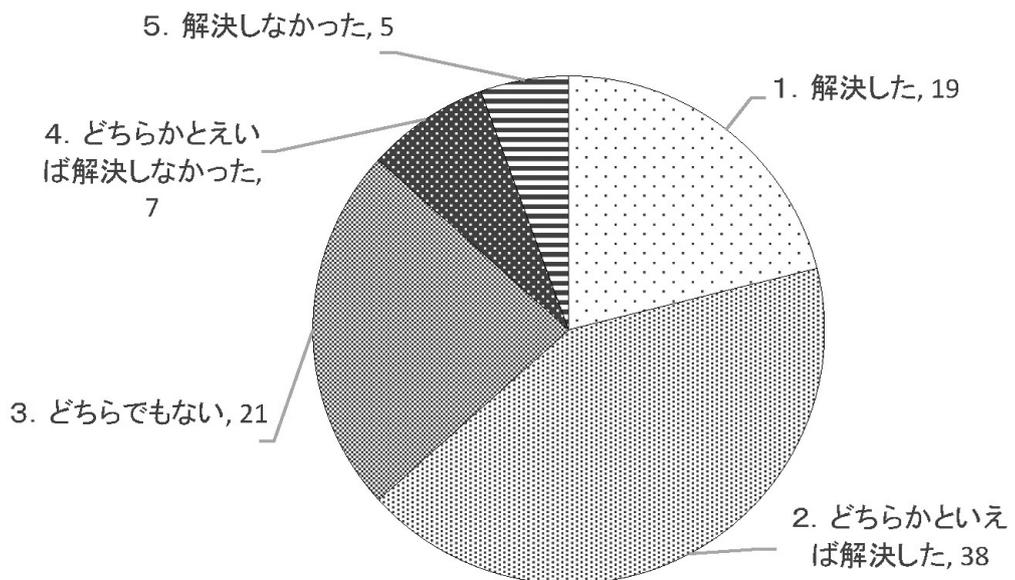


表5 コンサルテーションにおける検討内容および確認ポイント

	検討内容	確認ポイント
1 症状・病識	<ul style="list-style-type: none"> ・病状コントロールの困難 ・併存疾患による症状(コミュニケーション障害、こだわり等) ・易怒性・衝動性 ・病識の乏しさ ・服薬のコンプライアンスの不足 ・対象行為の否認、内省の乏しさ ・治療動機の乏しさ 	<p>Q: クロザピンの導入・再導入の可能性はありますか？</p> <p>Q: 目標設定は対象者の能力や特性に合っていますか？</p> <p>Q: 行動制限を実施している場合、段階的な解除計画と評価方法はどのようになっていますか？</p> <p>Q: 問題行動の背景要因、維持要因についてはどのように検討されていますか？(ケースフォーミュレーション)</p> <p>Q: 本人を含めた定期的なMDT会議はどのように活用していますか？</p> <p>Q: これまでに行われたMDTの介入について、評価や継続がされていますか？</p>
2 ストレス対処	<ul style="list-style-type: none"> ・変化や刺激への弱さ ・自己対処スキルの乏しさ、限界 ・自分の課題と向き合うことが難しく、回避、身体化しやすい傾向 	<p>Q: 対象者のストレス耐性へのアセスメントはどのようにしていますか？</p> <p>Q: アセスメントに基づいたペース配分、行動目標が対象者本人とスタッフで共有されていますか？</p> <p>Q: 刺激への反応や揺れをある程度許容した上で、目標や環境を設定していますか？</p> <p>Q: 強化子(褒める)を積極的に活用していますか？</p> <p>Q: 問題行動に対して、本人の特性に合わせたアプローチを検討していますか？(制限と解除による学習、反省の機会、再発予防への焦点化、本人の特徴をつかむetc.)</p>
3 治療関係	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者とMDTとの対立 ・スタッフとの陰性感情 ・MDTと病棟の対立 ・MDT・病棟スタッフの疲弊 	<p>Q: 対象者の意見や希望を取り入れながら、対象者とMDTと一緒に治療目標を立てていますか？</p> <p>Q: 対象者とMDTによる協働作業(MDT会議、ロードマップの作製・共有など)を導入していますか？</p> <p>Q: ケースフォーミュレーションを用いた問題行動の背景について、病棟全体で共有していますか？</p> <p>Q: 特定のスタッフが疲弊しないように、チーム内の役割分担や距離感の調整をしていますか？</p>
4 地域調整	<ul style="list-style-type: none"> ・地域、調整官との意見の相違 ・調整の停滞 ・対象者と保護者の依存関係 ・家族の機能不全 	<p>Q: CPA会議を定期的実施し、関係者と共通認識を得るために活用していますか？</p> <p>Q: 対象者と地域関係者の面談を実施していますか？</p> <p>Q: 地域関係者と各種資料を共有していますか？(ケースフォーミュレーション、クライシスプラン、取り扱い説明書etc.)</p> <p>Q: 調整官にもコンサルテーションに参加してもらうことはできますか？</p> <p>Q: 標準的な進め方と地域ならではの進め方のバランスはとれていますか？</p> <p>Q: 家族と対象者の適切な距離感について関係者で共有していますか？</p> <p>Q: 家族の支えになる地域資源の活用、紹介をしていますか？</p>

MDT: Multi-Disciplinary Team
CPA: Care program approach

表6 1「症状・病識」に関する課題と実際の介入例

キーワード	課題	実施された介入
症状	病状のコントロールが困難で、隔離解除ができないでいる。	→感覚のアセスメントを行い、リラクゼーション活動および休息方法を本人とMDTとで検討、導入する。
症状	本人と症状を共有し、頓服などの対処を提案することが難しい。	→症状について本人の言葉でラベリングしたクライシスプランを作成する。
病識	疾病を一貫して否定し、自分の正当性を訴え、薬物調整に応じる様子のない対象者に対してスタッフの落胆や無意味感が募る。	→ケースフォーミュレーションをし直し、患者側の要因を再確認する。対象者に関わるスタッフを分け、関わらない時間や日を設定することで看護スタッフの負担を軽減する。
病識	再入院処遇だが、知的な問題、ストレス耐性の低さ、病識のなさから入院の目的を理解できない。	→入院目的をしっかりと持つために調整官面談を定期的に行ってもらおう。 →試していない薬物調整は実施する。
内省	内省プログラムの中で被害者への謝罪の意を述べるようになったが、発言は表面的で、スタッフの評価を気にする様子もあり、本意がつかめない。	→内省の結果を日常生活へ般化することを目的に、家族への感謝を伝える、他者とのトラブル後は謝罪する機会を持つ、といった機会を作る。
内省	疾病理解に乏しく、退院後の通院・服薬を拒否しており、対象行為(わいせつ)も否認している。	→性的思考や対象行為についての介入は必須。本人の思い、困り感、希望などから介入のしどころを探る。プログラム、外出、裁判所の文書などを活用する。
内省	対象行為、暴力行為への内省が不十分であり、再発予防に関して不確定な部分が多い。	→集団プログラムに参加済みであっても、改めて個別プログラムを実施する。 →対象行為の要因への理解が限定的であっても、謝罪の気持ちや暴力防止の動機の高まりを捉え、再発予防に繋げる。
問題行動	特定の女性看護師を追いかけたり、自分の股間を触ったりする行為がある。	→女性看護師への行動をただ制限するだけでなく、対象者の特性に似た事例を振り返る機会をもうけ、看護師にかっこよかったと褒められることを強化子に性について話す場をもつ。
共感性	共感性の乏しさ、他者の気持ちを考えることができない。	→相手の気持ちを考える練習として、本人が興味を持ってそうな書籍を活用したり、MDTでDVD鑑賞を行う機会を設けるなどして対人交流を増やす中で、本人の気づきを促していく。 →対象者の再アセスメントを実施し、他者の気持ちを考えられない背景にある要因を分析し、表層的にでも相手の気持ちを考える力があるのかどうかを評価する。
治療動機	ロードマップ作成後の対象者のモチベーション維持が難しい。	→定期的にロードマップ見直しの機会を設ける。

MDT: Multi-Disciplinary Team

表7 2「ストレス対処」に関する課題と実際の介入例

キーワード	課題	実施された介入
暴力	長い経過の中で暴力が繰り返され、隔離・時間開放の状態が続いている。	→過去の暴力エピソードを洗い直し、パターンを整理、ケースフォーミュレーションを行う。 →暴力後の不安定さおよび沈静までの期間を査定し、この時期を目的に行動制限を開放していく。 →退院先として知的障害者の入所施設を検討する。 →抗てんかん薬による強制正常化による興奮の可能性を考慮し、抗てんかん薬の減量を行う。 →イライラ時のクライシスプランを本人と作成する。 →本人の行動特性、特徴に合わせた小まめな開放時間の調整。 →暴力が発生する前のサインに気付けるようにし、スタッフの関わりによって予防を図っていく。
パーソナリティ	他者を介してスタッフに物事を訴えたり、高齢者など特定の他対象者を見下したりするなど、パーソナリティの問題がみられる。	→本人に役割を担ってもらい、自己肯定感の獲得につなげる。 →他対象者への攻撃は防衛による行動化であると捉え、支持的な関わりを意識する。 →MDT以外のスタッフにMDTへの不満などを正直に話せる場を意図的に設定する。 →MDTに不満を言えたことを支持し、本人が自身の気持ちを伝えても支援者は離れていかないことを経験してもらう。
ストレス脆弱性	知的機能が弱く、ストレス耐性が低いことから、教育的な介入に被害的になりやすく、菓子へのこだわりなど表面的なやりとりに終始しがちになる。	→本人にレベルに合わせた疾病教育の枠組みや内容を検討する(例:短い時間、トークンの活用)。
ストレス脆弱性	刺激に脆弱であり、活動に乗りづらい。	→本人のちょうどよい活動時間を作業療法プログラムで模索する。 →対象者の活動のペースが把握できたら、本人に合う環境を整えて活動を継続していく。
ストレス脆弱性	妄想と心気的不安によって外出泊が思うように進まない。	→薬物調整と並行してまずは外出泊を進めてみて、本人の自信をつける。
対処スキル	ストレスコーピングに乏しく、容易に病的な思考に変化する。	→医療への信頼を獲得してもらうための関わりを優先する。スタッフとの良好な関係を築き、医療は自分に興味を持ってきている、医療が受けた方が得だという気持ちの変化を促す。 →ほめるフィードバックを治療的に活用する。 →対象行為への介入の中で病状的にかたくなさが残存しているようであればクロザピンの導入をはじめとした薬物療法の見直しを行う。 →本人が達成できる範囲を見極め、それを地域と共有できるように外出泊を通じた関わりを行う。
余暇の過ごし方	余暇時間を有効に過ごすことができず、暇を持て余すと他対象者にちょっかいを出してトラブルに発展することがしばしばある。	→本人が望む余暇時間を過ごすためのSSTを実施し、対人スキルを向上させる。 →スタッフの要求に達していなかったとしても、望ましい行動の変化はほめて強化する(他者への悪口を公言→ひそひそ話になった)。
余暇の過ごし方	本人が心からやりたいと思えることが見つからない。	→もともとギターを練習していたのであれば、ギター演奏を他の対象者の前で行うなどの体験を行うことで、今後やりたいことのへ模索に繋げてみる。
ストレスイベント	刺激が少ない環境を調整してやってきた対象者に対して、キーパーソンである家族の死去をどう取り扱えばよいか。	→たとえ本人が揺れるとしても、家族の死去という現実と向き合うことが大事だという判断であれば、体制を整え葬儀に出席しに行く外出を組む。 →遺影を受け取ったり、偲ぶ会をMDTで実施するなどして、本人と一緒に喪の作業を行う。

MDT: Multi-Disciplinary Team
SST: Social Skills Training

表8 3「治療関係」に関する課題と実際の介入例

キーワード	課題	実施された介入
関係構築	スタッフに対して被害妄想を抱きやすく、治療関係の構築が困難。	<ul style="list-style-type: none"> → 自室に物を置かない、開放時のエリアでの活動方法を明確にするといった工夫により、休息と活動を分ける。 → 審判期日で合議体と協力して治療関係の再構築に役立てる。 → 本人の困り事を解決できるような外出(例: 入れ歯の作成)や、本人が希望する活動を実施し、関係構築を進める。 → 個別プログラムの茶話会など、本人が楽しめる活動を行う。 → 過去の成育歴と病状悪化時を整理し、再アセスメントに役立てる。 → リラクゼーション活動前後に呼吸数や脈拍数などの客観的なデータを取り、実際と感覚とを意味付けする。 → モニタリングシート、クライシスプランの活用。
関係構築	本人のニーズに寄り添うアプローチでは病識が獲得されず、暴力をきっかけにMDT・病棟ともに管理的な方針へと切り替えたところ、隔離解除が進まず対象者との対立構造が固定化した。	<ul style="list-style-type: none"> → 治療方針(薬を飲む、暴力をしない、プログラムに参加する)を維持しつつ、暴力の内省や謝罪は隔離開放の条件から切り離し、治療関係の再構築に取り組む。
関係構築	自身の考えにそぐわない治療や介入に対して拒否的、攻撃的な態度をとり、治療関係を結びにくい。	<ul style="list-style-type: none"> → 反発的、尊大な態度の背景にある本人の自信のなさ、本来的な臆病さ、怖がりな性格傾向をスタッフ間で把握、共有する。 → 本人の特徴(損得勘定はできる、退院のためには評価される必要があると認識している)を踏まえ、一方的に課題を課すのではなく、一緒に退院までの道筋を立てる場を設ける(ロードマップを作る)。MDT会議で対象者の意見や希望を治療に反映させたり、一緒に今後の治療を考える。 → 注意・指導するよりも、小さなできていることや良いことをほめることをMDTや病棟全体で心がける → MDTの中で課題を出す人、寄り添う人の役割分担をする。
スタッフの疲弊	MDTが疲弊し、モチベーションが低下している。	<ul style="list-style-type: none"> → マンネリ化を防ぐために、栄養士や薬剤師などMDT以外の他職種にかかわってもらう。 → MDTの変更についても検討する
関わりの困難さ	MDT、病棟スタッフが対象者との関わりに苦慮している	<ul style="list-style-type: none"> → 対象者の特性、MDTの大変さへ共感、関わりの良い点などについて話し合い、有効であった関わりに目を向け、反応だけではなく状況も見えていく。 → 対象者に期待を持ちすぎず、現状の強み、継続できていることを評価。うまくいく状況を確認し積み重ねていく。 → チームが対象者の特性を発信して、病棟もかかわり方を習得できるようにし、病棟全体でケースを抱えていく。
関わりの困難さ	医療者への依存の傾向が強く、職員に構ってほしいとの思いからヒステリー症状が生じ退行することが多い。	<ul style="list-style-type: none"> → 対象者の特徴や問題点をつかむためケースフォーミュレーションを行い、全体像や問題を整理・把握。 → 医療者が先に手助けすることで依存形成を助長させてしまう場合は、あえて「ほっておく」ことをして、ひとりの時間を作るなど自立を促す。自立できたときにポジティブに評価して継続する。
MDT内の関係性	病棟内暴力行為に対する内省や謝罪を求めるスタッフの声と、本人の治療を考えるMDTの方針がぶつかる。	<ul style="list-style-type: none"> → 内省や謝罪を強要しても本人が受け入れられない限り治療が行き詰まることが多いため、暴力の防止という共有できる目標を設定する方が建設的に治療を進めていける。

MDT: Multi-Disciplinary Team

表9 4「地域調整」に関する課題と実際の介入例

キーワード	課題	実施された介入
家族関係	保護的な父親の影響が強く、自主性や自発性が乏しい。	→本人、父親の双方に適切な距離を図れることを目標に設定する。
家族関係	退院後の父親との関係性の懸念	→父親との関係性を再評価する。父親の支援者や警察とも情報交換しながら連携するなど、体制を構築するように努める。
家族関係	父親の疾病理解が不十分であり、調整官に対して協力的でない。	→本人が院内でできていることを父親に伝えたり、父親に家族会への参加を促す。 →本人ができる役割を与えたり、病棟内の催し物や外出を通して本人の自主性を引き出す。その中で、本人の希望や気持ちを引き出し、本人および父親に伝えていく。 →退院先として想定している施設を実際に見学して、生活面で必要なスキルアップを検討する。生活能力を評価し、グループホーム見学の結果と併せて課題を整理する。 →父親に本人の成長や変化を伝え、自立が目標となることを説明する。面会の頻度を徐々に少なくしていくことを提案する。
地域からの理解	病識に乏しく、少しでも困ったことが生じると「呪い」のせいと認識し、自傷行為におよぶために周囲からの理解が得られにくい。	→通院先や地域資源に受入打診をする際に、診療情報提供書のみでの情報だけでなく、本人とMDTとで作成した「私の取扱説明書」も送付し、本人からも直接説明する。 →受け止める地域支援者の理解が得ることで、それを退院促進につなげていく。
意見の相違	退院先をどこにするかで調整官との意見に相違があった。	→活用できる資源、サポート体制や薬物依存の経過などの情報提供にて調整官には理解を得る方向で働きかけていく。 →本人の可能性を広げる関わりを継続しつつ、その関わりを通してアセスメントを積み上げ、通院スタッフや地域関係者に情報提供。本人の不得意な面を補ったり、入院中に受けた治療的介入を地域生活で般化していくサポート体制を決め、早目に本人ならびに両親に提示していくという提案を行う。
意見の相違	地域側は入院継続、病院側は退院申し立てを進めており、相違があるとき。	→調整官を含めたTV会議日程調整、退院に向けた意見交換及び方針の確認をする。 →地域の不安感をぬぐうためにも医療側に残された課題の実践をするよう努める(例:外泊訓練の実施等)。 →裁判所のカンファレンスやコンサルトチームなど第三者が仲介することで方向性がまとまりやすい。社会復帰調整官もMDTに参加して、調整官側の不安に対する意見も伝えることで、両者の考えに沿ってすすめる。医療者同士だけでなく地域支援者(調整官)を含めたコンサルテーションの実施も重要である。
外泊訓練	居住候補が他県の施設で長期の外泊が求められるが、遠方であるため厳しい。	→施設入所に対する外泊の準備が整うのであれば転院を検討する。CPA会議を開催して話し合う。
生活能力	退院後の金銭管理	→入院中に出入帳をつけて練習を行う。退院後はその出入帳を訪問看護(地域支援者)で確認してもらう。

MDT: Multi-Disciplinary Team
CPA: Care program approach