

精協版しやかいふつきとして日精協に提案し、障害程度区分調査にも利用されている（表4）³⁾。

社会復帰にとって必要だと述べてきたこの「しやかいふつき」の7項目と、今回3事例に対して本研究に参加した15施設が、優先的にどのような課題を社会復帰のために必要な要素ととらえているかが、どのような関係にあるか、また各施設が考える退院への予想期間について調べた。

B. 研究方法

本調査に協力を得た民間病院9病院、国公立病院3病院、大学病院3病院から、調査で提示した3事例について退院に向けた課題の優先順位をどのように考えているかを整理し抽出した。3事例は病識・コンプライアンス・社会復帰への意欲等を課題として含んだ例とされている。また社会復帰病棟（またはそれに類する機能を果たしている病棟）において退院に向けたパスを作った場合に想定される平均在院期間を各施設について調べた。

C. 研究結果

1) 退院に向けた課題の優先順位

各事例の特徴を表5に示した。そして退院に向けた課題の優先順位を各事例について、通院・服薬の継続、日常生活能力の向上、自立した、地域での生活への意欲の向上、周囲の人々とのトラブルがない関係、日中の活動への意欲向上、就労、家族との良好な関係、その他とあげられた9項目について各施設が優先順位をつけた結果を表6（6-1から6-3）に一覧にした。

事例1は服薬への無理解に最も注目され1

3施設が最優先に上げている。やりくりが2位で6施設が挙げている。大学はやりくりを5位、6位に挙げている。そのほかは施設群で特徴は見られないがその他として心理教育が1施設、ヘルパーが1施設であった。

事例2は対人関係についてあげていない施設が2施設あったが、最も優先にやりくりを挙げた施設が6施設であった。次は意欲であったが3施設に過ぎない。

事例3は活動を最優先に挙げた施設が5施設であったが大学では挙げた施設はなかった。次は服薬が4施設であった。その他で心理教育が3施設で、家族調整・家族教育・家族教室・環境調整が挙げられ各1施設ずつであった。

2) 想定される平均在院期間

3事例の退院までの想定期間（月）について表7に示した。1病院のみが24ヶ月としているが、他の14施設では平均3.3ヶ月であった。また対象病棟を病院全体の在院日数についての回答から表8を得たが、対象病棟のみを見ても、民間で85日から1371日、国公立で21日から217日、大学でも48日から131日と大きくばらついた。

D. 考察

今回、リハ病棟でのパス調査の3想定事例で出された退院に向けた課題の優先順位を見ると第3事例以外はしやかいふつきの7項目以外のものはほとんどなかった。第3事例でその他として、心理教育が3施設、家族調整・家族教育・家族教室・環境調整が各1施設ずつであったが、広くとれば服薬と対人関係の中に入ると考えられる。優先順位については特に第1事例では服薬に注目する施設が多かったが、

全体を通じては優先順位を上げにくいことが分かった。そしてむしろ全項目が均等に重要で、しかもこの項目ではほぼ網羅すること、そしてそれが筆者および日精協で作った改訂版のしやかいふつきがこれに一致することがわかった。

その結果しやかいふつきの7項目に従って退院計画を立てることが妥当であり、7万人余の退院、あるいは7万床余の減床にもこの評価ツールは重要であると考えられた。これはすでに自立支援法の障害程度区分決定に当たって、医師の意見書に生活障害評価として取り入れられており、今後現場で精神障害者の社会復帰を促進する上で大きな貢献が期待される。

退院までの在院期間については、病棟の在院日数にばらつきがあるので、対象病棟は超長期在院患者が主の施設と亜急性期患者が主の施設が混在している可能性があり、サブグループ作成の必要があるかもしれないと考えられた。また在院日数か在棟日数か病院によってカウントの仕方が異なっている点も見られ、今回のデータからは分析が難しいと考えられた。

E. 結論

筆者および日精協で考案したアセスメントツール「しやかいふつき」は、今回の3想定事例を通じての退院に向けての課題抽出分析から、精神障害者の社会復帰、退院促進に大きく寄与することが分かった。

F. 健康危険情報

なし

文献

- 1) 澤 温：社会復帰施設と福祉、日本精神病院協会雑誌、14：24-29、1995
- 2) 澤 温：社会復帰と住居問題—ゲリラの

共同住居の展開一、日本精神病院協会雑誌、11：44-53、1992
3) 澤 温：相談支援事業について、日本精神病院協会雑誌、25：(印刷中)、2006

G. 研究発表

1. 論文発表
 2. 学会発表
- なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

表1 精神障害者が地域生活を送るための4つの要素

- 住まう場
社会復帰施設、グループホーム、アパートなど
- 活動する場とプログラム
デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、グループワーク、作業所、授産施設、福祉工場、一般就労
- サポートする人—とその連携
専門家、ボランティア
- 地域の理解と受容
自然なふれ合いの中でできる
小さなトラブルは役立つが、大きなトラブルは後退させる

表2 「障害ある人が地域で生活するための6要素」

今後地域で障害ある人が生活するには：

- ① 栄養管理(食事)
- ② 経済管理(金銭の管理)
- ③ 生活リズム管理(睡眠と日中の過ごし方—もともとテレビを見たりごろごろしている人はそれもよしとして)
- ④ 保清(掃除、洗濯、入浴)
- ⑤ 治療管理(服薬)
- ⑥ 対人関係(自閉なら自閉なりにその人なりの対人距離を認めたとして)

の6項目を考える。

表3 “しやかいふつき”の構成

- し:しやかいた的行動(非社会的行動と反社会的行動を意味し、これがないことが前提条件)
- や:やりくりを意味する経済管理
- か:かつどうを意味する生活リズム管理
- い:いんしょくを意味する栄養管理
- ふ:ふくやくを意味する治療管理
- つ:つきあいを意味する対人関係
- き:きれいさを意味する保清(掃除、洗濯、入浴)

表4 日精協版ケアアセスメント（日精協版しやかいふつき）

項目	評価	内容
1.食事	1	適量の食事を適時にとることができる。（外食、自炊、家族・施設からの提供を問わない）
	2	時に施設からの提供を必要とする場合があるが、「1」がだいたい自主的にできる。
	3	時に助言や援助がなければ、偏食したり、過食になったり、不規則になったりする。
	4	いつも同じものばかりを食べたり、食事内容が極端に貧しかったり、いつも過食になったり、不規則になったりする。強い助言や援助を必要とする。
	5	常に食事へ目を配っておかないと不食に陥ったり、偏食、過食など問題の食行動があり、健康を害す。
2.生活リズム	1	一定の時刻に自分で起きることができ、自分で時間の過ごし方を考えて行動できる。 ※一般的には午前9時には起きていることが望まれる
	2	時に寝過ぎることがあるが、だいたい自分なりの生活リズムが確立している。夜間の睡眠も1時間以内のばらつき程度である。生活リズムが週1度以内の崩れがあってもすぐに元に戻る。
	3	時に助言がなければ、寝過ぎすが、週に1度を超えて生活リズムを乱すことがあっても元に戻る。夜間の睡眠は1～2時間程度のばらつきがある。
	4	起床が遅く、生活のリズムが週1回を超えて不規則に傾きがちですぐには元に戻らない。強い助言や援助を必要とする。
	5	臥床がちで、昼夜逆転したりする。
3.保清	1	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等を自主的に問題なく行っている。必要に応じて（週に1回くらいは）、自主的に掃除やかたづけができる。TPOに合った服装ができる。
	2	洗面、整髪、ひげ剃り、入浴、着替え等がある程度自主的に行っている。回数は少ないが、自室の清掃やかたづけをだいたい自主的にできる。
	3	個人衛生を保つためには、週1回程度の助言や援助が必要である。自室の清掃やかたづけについて、週1回程度助言がなければ、ごみがたまり、部屋が乱雑になる。
	4	個人衛生を保つために、強い援助や助言を必要とする。自室の清掃やかたづけを自主的にはせず、いつもごみがたまり、部屋が乱雑になり、強い助言や援助を必要とする。
	5	助言や援助をしても、個人衛生を保つことができず、自室の清掃やかたづけを、助言や援助をしてもしないか、できない。
4.金銭管理	1	1ヵ月程度のやりくりが自分でできる。また、大切な物を管理できる。
	2	時に月の収入を超える出費をしてしまい、必要な出費（食事等）を控えたりする。ときおり大切な物を失くしてしまう。
	3	一週間程度のやりくりはだいたいできるが、時に助言を必要とする。また大切な物をなくしたりするために時として助言が必要になる。
	4	3～4日に一度手渡して相談する必要がある。大切な物の管理が一人では難しく、強い助言や援助を必要とする。
	5	持っているお金をすぐに使ってしまう。大切な物の管理が自分ではできない。
5.服薬管理	1	薬の必要性を理解しており、適切に自分で管理している。
	2	薬の必要性は理解しているいないにかかわらず、時に飲み忘れることもあるが、助言が必要なほどではない。（週に1回以下）
	3	薬の必要性は理解しておらず、時に飲み忘れるので助言を必要とする。（週に2回以上）
	4	飲み忘れや、飲み方を間違えたり、拒薬、大量服薬をすることがしばしばある。強い助言や援助（場合によりデポ剤使用）、さらに、薬物血中濃度モニター管理を必要とする。
	5	助言や援助をしても服薬しないか、できないため、ケア態勢の中で与薬を行ったり、デポ剤が中心となる。さらに、薬物血中濃度モニターは不可欠である。
6.対人関係	1	あいさつや当番などの最低限の近所づきあいが自主的に問題なくできる。近所、仕事場、社会復帰施設、病棟等で、他者と大きなトラブルをおこさずに行動をすることができる。必要に応じて、誰に対しても自分から話せる。同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができる。
	2	「1」が、だいたい自主的にできる。
	3	だいたいできるが、時に助言がなければ孤立的になりがちで、他人の行動に合わせられなかったり、挨拶や事務的なことでも、自分から話せない。また助言がなければ、同世代の友人を自分からつくり、継続してつきあうことができず、周囲への配慮を欠いた行動をとることがある。
	4	「1」で述べたことがほとんどできず、近所や集団から孤立しがちとなる。「3」がたびたびあり、強い助言や介入などの援助を必要とする。
	5	助言・介入・誘導してもできないか、あるいはしようとして、隣近所・集団とのつきあい・他者との協調性・自発性・友人等とのつきあいが全くなく孤立している。
7.社会的適応を妨げる行動	1	周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動が見られない。
	2	この1か月に、「1」のような行動は見られなかったが、それ以前にはあった。
	3	この1か月に、そのような行動が何回もあった。
	4	この1週間に、そのような行動が数回あった。
	5	そのような行動が毎日のように頻回にある。

表5 3想定事例の特徴

	事例1	事例2	事例3
年齢	35	36	22
性	男性	女性	男性
発病後の経過年数	13	14	5
今回の入院期間	1年	4年	4ヶ月
学歴	大学卒？中退？	短大卒	高校卒
職歴	記載なし	卒後1年余あり；退院後は内職	卒後家業
過去の単身生活歴	なし	なし	なし
再発要因	服薬中断、病識欠如	母の死後通院中断？	多忙で通院服薬が不規則
家族との折り合い	姉とよくない、母はサポート希望	4年前母の死後単身？	特に悪くない
病気への態度	病識欠如	幻聴があっても気にならない	幻聴をある程度無視できる
服薬への態度	外泊中薬を捨ててあった	自己管理可能	記載なし
想定される住居	自宅近くのアパート	生活訓練施設	自宅で父母妹と同居
社会復帰への意欲・自信	一人暮らしして働きたい	自信がないと泣く	やる気が出ず自信がない
医療へのアクセス	病院にはバスで近い	生活訓練施設も自宅も可能	病院にはバスで近い

表6-1 退院に向けた課題の優先順位(事例1)

民間	1	服薬－社会的行動－やりくり－意欲－活動－対人－就労
	2	服薬－意欲－対人－やりくり－活動－社会的行動－就労
	3	服薬－意欲－やりくり－対人－社会的行動－就労－その他資源
	4	やりくり－服薬－社会的行動－対人－活動－意欲－就労
	5	服薬－対人－やりくり
	6	服薬－やりくり－対人－活動－社会的行動－意欲－就労
	7	服薬－社会的行動－対人－やりくり－意欲－活動－就労
	8	服薬－やりくり－活動－社会的行動－対人－意欲－就労
	9	服薬－やりくり－活動－意欲－対人－社会的行動－ヘルパー－就労
国公	10	やりくり－活動－意欲－心理教育－服薬－対人－社会的行動－就労
	11	服薬－やりくり－意欲－社会的行動－活動－対人－就労
	12	服薬－対人－就労－意欲－社会的行動－やりくり－意欲
大学	13	服薬－社会的行動－対人－やりくり－活動－意欲－就労
	14	服薬－対人－社会的行動－活動－やりくり－意欲－就労
	15	服薬－活動－対人－意欲－就労－やりくり－社会的行動

表6-2 退院に向けた課題の優先順位(事例2)

民間	1	やりくり-活動-意欲-服薬-社会的行動-対人-就労
	2	やりくり-活動-意欲-服薬-対人-社会的行動-就労
	3	活動-対人-やりくり-意欲-社会的行動-服薬-就労- <i>その他資源</i>
	4	やりくり-服薬-活動-対人-社会的行動-意欲-就労
	5	対人-社会復帰施設利用
	6	やりくり-意欲-活動-服薬-社会的行動-対人-就労
	7	服薬-社会的行動-対人-やりくり-意欲-活動-就労(1と同じ)
	8	服薬-やりくり-活動-社会的行動-意欲-就労- <i>(対人無)</i>
	9	意欲-活動-やりくり-社会的行動-服薬-対人- <i>保との連携</i> -就労
国公	10	活動-やりくり- <i>出会い拡大</i> -服薬-意欲-対人-社会的行動-就労
	11	やりくり-意欲-活動-社会的行動-対人-服薬-就労
	12	意欲-やりくり-活動-服薬-社会的行動-就労- <i>(対人無)</i>
大学	13	意欲-活動-やりくり-服薬-社会的行動-対人-就労
	14	やりくり-活動-服薬-意欲-社会的行動-対人-就労
	15	意欲-活動-服薬-やりくり-就労-社会的行動-対人

表6-3 退院に向けた課題の優先順位(事例3)

民間	1	活動-対人-服薬-やりくり-就労-社会的行動-意欲
	2	活動-服薬-やりくり-対人-社会的行動-意欲-就労
	3	服薬-対人- <i>家族教室</i> -社会的行動-活動-やりくり-就労-意欲
	4	やりくり-服薬-対人-活動-社会的行動-意欲-就労
	5	<i>環境調整・リラックス</i> -やりくり-対人
	6	活動-対人-服薬-意欲-やりくり-社会的行動-就労
	7	服薬-社会的行動-対人-やりくり-意欲-活動-就労(1と同じ)
	8	服薬-やりくり-活動-社会的行動-意欲-対人-就労
	9	<i>心理教育</i> -活動-対人-服薬-やりくり-社会的行動-意欲-就労
国公	10	活動-服薬-やりくり- <i>家族調整</i> -意欲-対人-社会的行動-就労
	11	活動-やりくり-服薬-対人-社会的行動-意欲-就労
	12	対人- <i>家族教育</i> -活動-服薬-やりくり-社会的行動-意欲-就労
大学	13	服薬-活動- <i>心理教育</i> -対人-社会的行動-やりくり-意欲-就労
	14	<i>心理教育</i> -対人-服薬-活動-社会的行動-やりくり-意欲-就労
	15	対人-社会的行動-意欲-活動-就労-服薬-やりくり

表7 3事例の退院までの期間(月)

		事例1	事例2	事例3
民間	1	3	6	3
	2	3	6	3
	3	2	2	3
	4	3	6	3
	5	4	4	4
	6	3	3	3
	7	24	24	—
	8	2. 25	2. 25	2. 25
	9	5	5	1. 75
国公	10	2	3	1. 25
	11	3	6	3
	12	2	2	2
大学	13	3	3	2
	14	4	3	3
	15	6	6	2

表8 病院別の平均在院日数(全体と対象病棟)

	全体	ALOS	対象病棟	ALOS
民間	378	253	54	85
	637	145	60	255
	460	270	57	1371
	300	171	60	688
	210	244	60	607
	620	281	60	223
	267	156	60/52	203/222
	219	212	60	269
	229	186	60	103
国公	50	35	29	21
	560	140	55	73
	150	164	50	217
大学	237	240	60	107
	129	122	61	131
	750	21	51	48

分担研究報告書

—精神科急性期病棟・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究—

精神科社会復帰病棟における治療内容と施設環境に関する研究

分担研究者 笥淳夫 国立保健医療科学院 施設科学部長

研究要旨：本研究では、精神科社会復帰病棟における具体的な診療プロセスを概観し、患者の社会復帰において必要となる課題を明らかにした上で、必要となる病棟内・病院内における施設環境のあり方を明らかにすることを目的としている。**研究方法**：本研究の対象は社会復帰病棟（またはそれに類する機能を果たしている病棟）を有する病院であり、調査内容は、対象病棟を受け持つ医師が、病識・コンプライアンス・社会復帰への意欲等を課題として含んだ3つの想定例について現在施設で行われている標準的な治療計画・活動計画をパス形式で記入するというものである。研究方法は、回答のあった17病院を研究対象病院とし、最初に病棟規模、病室構成に関する情報、退院に向けた課題の優先順位、社会復帰プログラムや付属施設などに関する情報の分析を行った。クリティカル・パスの分析に関しては、期間や記載内容の表現にばらつきのある各病院のクリティカル・パスの記載内容から、患者の社会復帰を可能にする条件や治療・ケアの項目によって整理した「治療・ケア内容表」を作成して記載内容の把握を行うことにより、「標準のパス」を作成した。そして、治療・ケア内容表において患者の社会復帰に重要とされる項目に着目し、施設環境のあり方をコメントした。**結果**：対象施設において3つの優先課題を持った想定例ごとに、患者に社会復帰を可能にする条件を整理し、標準のパスにおいて特に重要と思われる治療・ケアの内容に対する施設環境のあり方を整理することができた。**まとめ**：患者に社会復帰を可能にする治療・ケアに必要なと思われる施設環境のあり方を、病棟内・病棟外・病院外（社会環境）に分類して整理したが、今後社会復帰に関する具体的な治療・ケアの内容の詳細な研究を進めることで、より具体的な施設環境への要求性能を明らかにする必要があるものとする。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

工藤真人 国立保健医療科学院研究生

を目的としている。

A. 研究目的

本研究では、精神科社会復帰病棟における具体的な治療・ケアの内容を分析することで、患者の社会復帰において必要となる課題を明らかにし、そのために必要となる病棟内・病院内における施設環境のあり方を明らかにすること

B. 研究方法

回答された3つの想定例「服薬継続に問題がある症例」「生活能力に問題がある症例」「家族を含めた心理教育に問題がある症例」のいずれについても17病院のクリティカル・パスを対象として分析を行った。

分析においては、各病院のクリティカル・パスに記載されている内容について、調査対象の病院ごとに治療・ケアの内容の表現方法が異なる点や、繰り返して記載している場合とそうでない場合が見受けられる点、同一の治療・ケアの内容が複数の項目に記載されていることで、患者の社会復帰に関して重要な項目を整理することが難しくなっている点などを考慮して、①まず始めに、クリティカル・パスの記載内容を以下の方針で整理した「治療・ケア内容表」を作成した。(表-4参照)

1) 回収したクリティカル・パスは医療側から見た治療・ケアの内容と時間軸にて記載されているが、患者の社会復帰に求められる条件や治療・ケアの内容と時間軸に置き換える。

2) 上記の患者の社会復帰に求められる条件や治療・ケアの内容については、本研究の分担研究者である澤先生(さわ病院)より提示された日本精神科病院協会:ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方-各項目の個別評価基準-の項目と、各病院のクリティカル・パスを概観して、本研究の調査内容の解釈については追加する必要があると思われる内容によって構成する。

3) 各病院のクリティカル・パスにおいて最初に記載されている時期の欄に1とカウントし、再掲のカウントは行わない。よって、17病院のクリティカル・パスから抽出した患者の社会復帰に求められる条件や治療・ケアの内容の最大カウント数は17となる。

4) 退院後のサービス内容の解答欄においても同様の治療・ケアの内容の記載が見受けられ、患者の社会復帰が達成されるには、入院から退院に至る継続的な課題解決が必要であることを考慮し、これについても、同様にスコア化する。

5) 作成した「治療・ケア内容表」の分析では、多くの病院が重要視している項目はどれか、各病院が初めて各々の治療などをコメントした時期がどのような時期にあるのか、3つの想定症例で重要視している項目や、治療・ケアを開始する時期に差異があるか、などに着目する。

②次に上記分析結果を把握した上で、「標準的なクリティカル・パス」になりえると思われるものを作成する。(表-4参照)

③最後に、「標準的なクリティカル・パス」に対し、「治療・ケア内容表」から導き出された特に重要視されている項目に着目して、精神科社会復帰病棟において重要とされる治療・ケアの内容に対する施設環境のあり方をコメントする。(表-6~8参照)

C. 研究結果

1. 調査対象病院の概要

調査対象病院の施設・設備的な概要を分析したものを以下に示す。(表-1~4)

- 1) 病床数
- 2) 個室率
- 3) 病室構成
- 4) パスの設定日数
- 5) 平均在院日数
- 6) 病棟プログラム
- 7) 社会復帰付属施設
- 8) 課題の優先順位

2. 服薬継続に問題がある症例の場合

1. 治療・ケア内容表(表-5参照)

調査対象病院から集まった「服薬継続に問題がある症例」のクリティカル・パスの治療・ケアの内容を「1. 過去のエピソード」「2. アセスメント」「3. 自立生活能力」「4. 緊急時の対応」「5. 配慮が必要な社会行動」「6. 家族

の対応・退院先」について整理を行った。各項目の概要は以下となる。

1) 過去のエピソード：これまでの治療の反応、最良時の心理社会的能力の再確認をする。

(対人関係、社会的役割、教育、職業能力、余暇レクリエーション、親密度、生活)

2) アセスメント：①機能障害：病状及び病状がどの程度日常生活や行動に影響しているか把握する。(病的体験の有無、病状悪化の兆候、服薬履歴→病識、病状の獲得へ)、②心理的能力

(認知過程、情緒的反応、日常生活上の目標行動能力)や問題解決能力、病識、服薬コンプライアンスを把握し、病棟外生活における予測する。③社会的不利：社会的・人間的支援、仕事・居住の有無、経済状態、交通・生活の環境を把握する。

3) 自立生活能力：①身の回りのこと(パーソナルケア)、②安全の管理、③健康の管理、④制度・サービス・社会資源の利用、⑤対人関係、⑥社会的役割・時間の活用。

4) 緊急時の対応：①心配事の相談、②悪化時の対応などであるが、回収した病院の各クリティカル・パスにおいては、入院期間よりも退院後のサービス内容に多く記載されている。

5) 配慮が必要な社会行動：①会話の不適切さ、②マナー、③自殺ないし自傷の念慮や行動、④その他の社会的適応を妨げる行動などであるが、これらのことに問題が無いことが社会復帰の前提となっていることもあり、回収した病院の各クリティカル・パスにおいてはほとんどコメントされていない。

6) 家族の介入・退院先：①家族の役割、②家族との相談・協力、③退院先の決定、④試泊や外泊の実施。

これらの中で、スコアが高く特に重要と思わ

れる項目について以下にコメントする。抽出した項目における治療・ケアの詳細なコメントに関しては、最初の「服薬継続に問題がある症例」に関してのみ行い、残り2つの「生活能力に問題がある症例」「家族を含めた心理教育に問題がある症例」に関しては、特に追加してコメントが必要と思われる場合以外は、最初の症例との差異を中心にコメントする。

2. 身の回りのこと(パーソナルケア)

「治療・ケア内容表」のスコアは15。社会復帰開始時点が最も多く、1ヶ月以内にコメントされている。食事・清掃・金銭管理などについては、具体的に記載されている場合がある。加えて、食事や調理に関するコメントは入院後期にも少々存在している。

・施設環境のあり方(表-6参照)

「標準的なクリティカル・パス」においては、退院先をアパートと想定し、精神科デイケア・地域生活支援センター・訪問看護などのサービスを受けながら地域生活が出来ることが退院への目標となっている。これらのことから施設環境のあり方を、病棟内・病棟外・病院外(社会環境)に分類して考えてみると、始めに、病棟内においては病棟で患者の生活能力の把握・評価や、病棟内OT活動などにおける対人関係の把握・評価が可能な空間や設備・備品などのしつらいを整えることが必要となる。次に、病棟外に空間を拡大して捉えた場合についても同様で、アパートなどの退院先を準備しながら、退院後の生活を想定した病棟外OT活動などにおける対人関係の把握や、料理などアパートでの生活能力の向上を行うことが可能な空間や設備・備品などのしつらいを整えることが必要となる。最後に、アパートなどでの試泊などが始まる入院後期においては、外出や試泊などにより社会

環境との関わりが多くなるが、病院内においては退院後の生活をより具体的に想定したプレデイケアなどを実施するようになるため、精神科デイケア部門の充実や退院後サービス部門との連携が行いやすい施設環境のあり方が求められる。

3. 健康の管理

スコアは10～17。社会復帰開始時点もしくは1ヶ月以内にコメントされている。服薬の管理に関することは全病院が記載し、薬物の種類・量の決定と、患者の病識獲得に関することについても10以上の病院がコメントしており重要な項目であると言える。

・施設環境のあり方（表－6参照）

「標準的なクリティカル・パス」においては、薬物治療や精神療法、心理教育・服薬指導の項目に重複して記載されている。これらのことから施設環境のあり方を、病棟内・病棟外・病院外（社会環境）について考えてみると、薬物の種類・量および服薬指導に関しては、始めに、病棟内においては薬物の種類、維持量の決定および検討を行い、服薬コンプライアンスや薬剤の自己管理についての把握、評価を行うために必要な空間や設備・備品などのしつらいを整えることが求められる。病棟外においても病棟内同様のことが求められる。そして、アパートなどでの試泊などが始まる入院後期においては、退院後の服薬状態など生活状態をどのように把握するかを想定・準備しておくことが重要であり、訪問看護部門の充実や退院後サービス部門との連携による患者の生活の把握が行いやすい施設環境のあり方が求められる。またもう一つの項目である患者の病識の獲得に関しても、病棟内および病院内に、病識や退院準備のアセスメントが行うことが可能な空間や設備・備品などのしつらいを整えることが必要となり、入院

後期においても服薬指導の場合と同様に、訪問看護部門の充実や退院後サービス部門との連携を充実させ、患者の生活の把握が行うことで、退院後に病状が悪化した場合の対処方法などに対してもアセスメントできるような施設環境を準備しておくことが求められる。

4. 制度・サービス・社会資源の利用

スコアは15。患者の経済状態の把握や利用可能な制度の調査・手続きに関しては、そのほとんどが社会復帰開始時点にコメントされており、精神科デイケア・地域生活支援センター・訪問看護などのサービスの利用について入院中から準備しておくことに関しては、1ヶ月から2ヶ月の時期に大半がコメントされているが、パーソナルケアや健康の管理の項目と比較すると、必ずしも社会復帰開始時点もしくは1ヶ月以内という早い時期のみに限られている訳ではない。

・施設環境のあり方（表－6参照）

「標準的なクリティカル・パス」においては、院内および院外手続きや、生活技能などの項目に重複して記載されている。これらのことから施設環境のあり方を、病棟内・病棟外・病院外（社会環境）について考えてみると、患者の経済状態の把握や利用可能な制度の調査・手続きに関しては、病棟内および病棟外に、退院後の外来医療費や利用可能な制度について患者および患者家族と話し合うことの出来る空間や設備・備品などのしつらいを整えることが必要となり、入院後期では具体的な手続き業務を行える場所をしつらえることが必要になる。またもう一つの項目である精神科デイケア・地域生活支援センター・訪問看護などのサービスの利用については、社会復帰後の生活を想定した病棟内や病棟外で行われる様々な生活プログラムなどと連動してプレデイケアや、スタッフ間の連

動などが想定される為、社会復帰開始時点から退院日に至るまで、患者に対するプログラムや退院後のサービスの連続性が実現されるように、各部門の連携が可能になるような空間や設備・備品などのしつらいを整えることが必要である。

5. 家族の介入・退院先

スコアは10～16。家族の病識獲得のスコアは10で、社会復帰開始時点を中心に1ヶ月以内までにはコメントされている。家族の意向確認など相談・依頼行為のスコアは16と多く、そのほとんどが社会復帰開始時点で行われている。アパートなど退院先の決定のスコアも16と多く、社会復帰開始時点から3ヵ月後と分散しているが、1ヵ月後に最もコメントが多い。決定した退院先への外泊の実施は14であり、1ヵ月後から3ヵ月後に平均的に分散している。

・施設環境のあり方（表－6参照）

「標準的なクリティカル・パス」においては、家族介入を中心に、生活技能・その他の項目などに重複して記載されている。これらのことから施設環境のあり方を、病棟内・病棟外・病院外（社会環境）について考えてみる。

家族の病識獲得および家族への相談・協力に関して、また退院先の決定に至るまでの相談行為は、社会復帰開始時点から早い段階で、患者と家族と医療側の合同会議などを持ちながら、意向確認や社会復帰への治療を理解してもらう必要があるのと同時に、病識に関するアセスメントを行う際は、家族の不安を傾聴しながら、患者生活の観察の指導をすることになる。よって、プライバシーに配慮したゆっくり安心できる空間や設備・備品などのしつらいを、必ずしも病棟内である必要性はないと思われるが、少なくとも病棟外のどこかにに整えることが必要となる。また、入院後期においても退院先での

生活を控えてより具体的な相談行為やアセスメントを行う為に、退院後のサービス部門のスタッフ参加を想定してしつらえる必要がある。

次に、外泊や試泊の実施に関しては、実施前の指導や実施後の振り返りを行える空間が病棟の内・外に関わらず準備する必要がある。退院先のアパートなどが病院に近いなどの周辺環境は望ましいが、職員が退院先の生活環境などを把握できるように、退院後のサービス部門の連携がとりやすいような配慮が必要である。

6. 退院後サービスの内容（表－5参照）

社会復帰病棟における重要な項目と同様に「身の回りのこと」「健康の管理」「制度・サービス・社会資源の利用」「家族の介入・退院先」にコメントが多く見られるが、退院後の生活における病状管理や、心配事の相談・悪化時の対応についてもコメントが見られる。

3. 生活能力に問題がある症例の場合

1. 治療・ケア内容表（表－5参照）

調査対象病院から集まった「生活能力に問題がある症例」のクリティカル・パスの治療・ケアの内容を再整理し、これらの中で、スコアが高く特に重要と思われる項目について以下にコメントする。

2. アセスメント

スコアは13。社会復帰開始時点もしくは1ヶ月以内に多くの病院がコメントしている。過去のエピソードの確認と併記して、検査・診断および生活技能の項目に記載されている。

・施設環境のあり方（表－7参照）

「標準的なクリティカル・パス」においては、自立的生活への援助を目的として、患者の機能障害・能力障害・社会的不利の3つの側面から現状把握を行い、社会復帰への具体的なアセスメントを行うことを主旨としていると思われる。

これらのことから施設環境のあり方を、病棟内、病棟外、病院外（社会環境）に分類して考えてみると、始めに、病棟内においては主治医の情報や過去のエピソードをもとに現在の患者症状の把握をして、社会復帰へのプログラムを策定するために必要な病棟スタッフの為の空間や設備・備品などのしつらいを整えることが必要になる。併せて、患者および患者家族へのアセスメントを行い、評価をしながら今後のスケジュールを検討することが可能なしつらいを病棟内に求められる。次に、病棟外に空間を拡大して捉えた場合についても同様で、病棟内に上記の空間や設備・備品が設置不可能な状況であれば病棟外に整えておかなければならない。最後に、生活訓練施設などの社会復帰入所施設などでの体験などが始まる入院後期においては、社会環境との関わりや生活訓練施設などにおける具体的に予測される問題点を提起し、対応するために必要な空間を確保しなければならない。

3. 身の回りのこと（パーソナルケア）

スコアは11～16。「服薬継続」の場合と同様に、社会復帰開始時点もしくは1ヶ月以内にコメントされているが、開始時点と1ヶ月以内が同数程度である。また、想定症例の内容が「生活能力」を問題にしていることもあり、具体的な生活能力の項目にコメントが多く見られる。生活リズム、個人衛生・身だしなみ、清掃やかたづけ・洗濯、金銭管理など1ヶ月後にコメントされているが、必要な食事をとることに関する、買出しや調理実習については開始時点から退院時まで幅広い時期に分散してコメントされている。

・施設環境のあり方（表－6参照）

「標準的なクリティカル・パス」においては、退院先を生活訓練施設と想定し、地域生活支援

センターなどのサービスを受けながら地域生活ができることが退院生活に向けた社会復帰の目標となっている。これらのことから施設環境のあり方を、病棟内、病棟外、病院外（社会環境）に分類して考えてみると、基本的にはどの領域においても「服薬継続」の場合と同様な空間や設備・備品などのしつらいが求められるものの、より具体的で基本的な生活能力の向上を目的としたプログラムに対応できるようなしつらいを整えなくてはならない。

4. 健康の管理

スコアは11～15。コメントの時期や数は「服薬継続」の場合と基本的に同様であるが、病識の獲得に関してはスコアが8と少々少ない。

・施設環境のあり方（表－7参照）

「服薬継続」の場合と同様と考えられる。

5. 制度・サービス・社会資源の利用

スコアは13～15。コメントの時期や数は「服薬継続」の場合と同様である。

・施設環境のあり方（表－7参照）

「服薬継続」の場合と同様と考えられる。

6. 家族の介入・退院先

スコアは13～15。コメントの時期や数は「服薬継続」の場合と基本的に同様であるが、家族の病識の獲得が、健康の管理の項目と同様にスコアが5と少ないことと、外泊や試泊の実施のコメントの時期が、1ヵ月後から5ヶ月以降まで広範囲に分散していることが見て取れる。

・施設環境のあり方（表－7参照）

「服薬継続」の場合と同様と考えられる。

7. 退院後サービスの内容（表－5参照）

社会復帰病棟における重要な項目と同様に「身の回りのこと」「健康の管理」「制度・サービス・社会資源の利用」「家族との相談・協力」にコメントが多く見られるが、退院後の生活に

おける病状管理や、心配事の相談についてもコメントが見られる。

4. 心理教育に問題がある症例の場合

1. 治療・ケア内容表（表－5 参照）

調査対象病院から集まった、家族を含めた「心理教育に問題がある症例」のクリティカル・パスの治療・ケアの内容を再整理し、これらの中で、スコアが高く特に重要と思われる項目について以下にコメントする。

2. アセスメント

スコアは11。「生活能力」と同様のスコア数であり、社会復帰開始時点もしくは1ヶ月以内に多くの病院がコメントしているが、特に開始時点で集中している。過去のエピソードの確認と同時に、検査・診断および生活技能の項目に記載されている。

・施設環境のあり方（表－8 参照）

基本的には「生活能力」の場合とどうようであると考えられるが、生活能力に問題があることから退院先を生活訓練施設とし、地域生活支援センターの支援を受けながら自立生活への訓練に向けプログラムを立てている「生活能力」の場合と異なり、「心理教育」の場合は自宅に戻ることが前提に、就労の準備などを行いながら元の生活に戻れるよう環境整備をしていくことになる。よって、自宅生活を想定したアセスメントに必要な空間および設備・備品などのしつらいを病棟内もしくは病棟外で整えておく必要がある。

3. 身の回りのこと（パーソナルケア）

スコアは15。「服薬継続」の場合と同様に、社会復帰開始時点もしくは1ヶ月以内にコメントされているが、「生活能力」の場合と異なり、具体的な生活能力の項目へのコメントが少ない。必要な食事をとることに1つ、金銭管理に2つ

のスコアがあるのみである。

・施設環境のあり方（表－8 参照）

アセスメントの項目でも書いたように、自宅に戻れることを前提に、就労の準備などを行いながら元の生活に戻れるよう環境整備をしていくことを目標としているため、具体的で多様な自立生活に関するプログラムは少なく、自宅という具体的に想定された生活に対してどのように準備していくかについて対応していくことになる。しかしながら生活における家族の援助のみを頼りにすることは目標にするべきではなく、「服薬管理」の場合と同様の空間おとび設備・備品をしつらえておく必要がある。

4. 健康の管理

スコアは12～17。コメントの時期や数は「生活能力」の場合と同様である。

・施設環境のあり方（表－8 参照）

「服薬継続」および「生活能力」の場合と同様と考えられる。

5. 制度・サービス・社会資源の利用

スコアは11～13。「服薬継続」および「生活能力」の場合と異なり、自宅への生活に戻れることを前提にしているため、コメントの数は同程度だが、制度の把握・手続きは社会復帰開始時での確認がほとんどであり、サービスの導入・利用についても、精神科デイケア、地域生活支援センター、訪問看護などの利用を想定して1ヵ月後から2ヵ月後には大半がコメントされている。

・施設環境のあり方（表－8 参照）

しかしながら、施設環境のあり方については、「服薬継続」および「生活能力」の場合と同様のしつらいを準備しておくべきと考えられる。

6. 家族の介入・退院先

スコアは11～12。コメントの数や時期は、家

族の病識および家族との相談・協力に関しては、「服薬継続」の場合と同様である。コメントを見ると自宅に戻ることを目標としている為、特定の家族との関係や、就労についての家族の理解が記載されている。退院先の決定に関しては、自宅に戻ることを想定して「服薬継続」および「生活能力」の場合と異なりスコアが4とかなり少ない。同様の理由で、外泊や試泊の実施に関しても1ヶ月後という早い段階からのコメントが半数以上を占めている反面、退院時に初めて行うという記載も存在する。

・施設環境のあり方（表－8参照）

しかしながら、施設環境のあり方については、「服薬継続」および「生活能力」の場合と同様のしつらいを準備しておくべきと考えられる。

6. 退院後サービスの内容（表－5参照）

社会復帰病棟における重要な項目と同様に「身の回りのこと」「健康の管理」「制度・サービス・社会資源の利用」「家族の病識、家族の相談・協力」にコメントが多く見られるが、退院後の生活における病状管理や、心配事の相談・悪化時の対応についてもコメントがあり、症例の内容から仕事を持つという就労に関しての記載も見られる。

E. 結論

本研究においては、患者に社会復帰を可能にする治療・ケアに必要と思われる施設環境のあり方を、病棟・病院・社会環境に分類して整理することができたが、今後、社会復帰に関する具体的な治療・ケアの内容の詳細な研究を進めることで、より具体的な施設環境への要求性能を明らかにする必要があるものと考えられる。

本研究により、精神科の社会復帰病棟においては治療内容と建築空間に一定の関連が見られたものの、急性期病棟に見られるような具体的で強い関連を見出すことはできないと考えられた。すなわち、社会復帰病棟の施設環境のあり方を明らかにしていくためには、患者の生活環境をどのように整備していくかという観点から、入院医療を支える病棟内のしつらいのみならず病棟外の施設環境や退院後のサービス部門との連携のあり方がどうあるべきなのかという視点を持って調査・研究を行っていくことが重要であると考えられる。

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

1) 中山茂樹、笥淳夫、工藤真人：行動範囲・場所に着目した治療プロセスに関する研究－精神科急性期病棟における治療段階と施設環境に関する研究1－病院管理 41 (suppl.) : 226,2004

2) 工藤真人、笥淳夫、中山茂樹：治療プロセスという視点からみた施設環境のあり方に関する研究－精神科急性期病棟における治療段階と施設環境に関する研究2－病院管理 41 (suppl.) : 227,2004

3) 工藤真人、笥淳夫：精神科急性期病棟における施設環境と薬剤処方量推移との関係に関する研究 病院管理 42 (suppl.) : 133,2005

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

◆ 調査対象病院および病棟の病床数・個室率・病室構成・平均在院日数・パスの設定日数 (表-1)

病院ID	総病床数	ALOS (全体)	ALOS (対象病棟)	病室構成								期間: 症例1 (服薬継続パス)	期間: 症例2 (生活能力パス)	期間: 症例3 (心理教育パス)
				病床数	個室率	1床	2床	3床	4床	5床	6床			
1	8	214	138.0	219.0	54	7.4	4	2		4		5	6	5
2	17	378	253.2	85.2	54	25.9	14	10		5		3	6	3
3	20	637	145.3	225.1	65	1.5	1	14		9		3	6	3
4	22	460	270.0	1371.0	63	6.3	4		3	1	6	2	2	3
5	27	300	171.0	687.5	60	6.7	4			14		3	6	3
6	28	210	244.0	607.0	60	3.3	2	7		11		4	4	4
7	36	620	281.0	223.0	60	0.0		3		1	10	3	3	3
8	43	267	156.0	203.0	60	0.0		2		14		24	24	-
9	63	219	211.5	269.2	60	0.0		4		13		9week	9week	9week
10	74	229	186.0	103.0	60	13.3	8	2		12		5	5	7week
11	114	50	35.1	20.9	29	17.2	5			6		2	3	5week
12	123	280	197.8	207.8	50	20.0	10			10		3	3	3
13	125	560	140.3	72.8	55	12.7	7			12		3	6	3
14	127	150	164.1	216.5	50	8.0	4			7		2	2	2
15	145	237	239.8	107.2	60	6.7	4				8床×7	2	3	3
16	164	129	121.6	130.5	61	8.2	5			14		4	3	3
17	198	751	20.7	47.8	51	5.9	3	10		2	4	6	6	2
平均値		320.7	175.0	282.1	56.0	8.4						4.5	5.3	2.8

◆ 調査対象病院および病棟の社会復帰プログラム (表-2)

病院ID	入院 精神療法	入院 集団療法	標準型 精神分析療法	心身医学療法	対象病棟で行われている入院中の社会復帰プログラム							
					精神科 遠隔療法	精神科 通院前訪問療法	精神科 作業療法	入院生活 技能訓練療法	精神科デイケア 精神科デイケア	精神科 デイケア	精神科 訪問看護・指導	
1	8	○	○	○		○	○	○				
2	17	○				○	○	○	○	○	○	○
3	20	○	○			○	○	○	○	○	○	○
4	22	○	○			○	○	○	○	○	○	○
5	27	○				○	○	○	○	○	○	
6	28	○				○	○	○	○	○	○	
7	36	○	○	○		○	○	○	○	○	○	
8	43	○				○	○	○	○	○	○	
9	63	○				○	○	○		○	○	○
10	74	○				○	○	○		○	○	
11	114	○				○	○			○	○	○
12	123	○		○		○	○	○	○	○	○	○
13	125	○				○	○	○		○	○	○
14	127	○	○			○	○	○		○	○	○
15	145	○							○			
16	164	○	○			○	○	○	○	○	○	
17	198	○				○						
実施率		100.0%	35.2%	17.6%	0.0%	94.1%	88.2%	76.4%	58.8%	58.8%	47.0%	

◆ 調査対象病院の社会復帰付属施設 (表-3)

病院ID	退院後利用可能なサービスおよび施設 (同一法人は○、下記整備率上段は同一法人のみ、下段は全体)											
	デイナイトケア	グループホーム	福祉ホーム	生活訓練施設	入所施設	小規模作業所	通所授産施設	福祉工場	地域生活 支援センター	訪問看護 ステーション	訪問施設	
1	8	○	○		○				○	○		
2	17	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
3	20	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
4	22	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
5	27	○	○		○				○	○		
6	28	○	○	○	○	○	○			○		
7	36	○	○	○	○		○	○	○	○	○	
8	43	○	○						○	○		
9	63	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
10	74	○	○	○	○	○	○			○	○	
11	114	○				○						
12	123	○	○		○		○		○	○	○	
13	125	○				○				○		
14	127	○		○								
15	145	○			○		○		○			
16	164	○	○		○	○	○		○	○		
17	198											
実施率		74.7%	35.2%	17.6%	11.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	23.5%	41.1%	0.0%
		84.1%	70.5%	47.0%	70.5%	35.2%	64.7%	64.7%	17.6%	70.5%	82.3%	41.1%

◆ 調査対象病院および病棟の社会復帰における課題の優先順位

(表-4)

病院ID	優先順位	症例1: 服薬継続に問題がある症例								
		通院服薬	生活能力	地域生活	周囲調和	日中活動	就労	家族関係	その他	
1	8									
2	17	○	1	3	4	2	5	7	6	
3	20	○	1	4	2	6	5	7	3	
4	22	○	1	3	2	6	4	7	5	0 就労教育、作業所、生活支援センター
5	27	○	2	1	6	3	5	7	4	
6	28	○	1	3					2	
7	36	○	1	2	6	5	4	7	3	
8	43	○	1	4	5	2	6	7	3	
9	63	○	1	2	6	4	3	7	5	
10	74	○	1	2	4	6	3	8	5	7 ヘルパー導入
11	114	○	5	1	3	7	2	8	6	4 病棟理解、医療への不信感軽減
12	123									
13	125	○	1	2	3	4	5	7	6	
14	127	○	1	6	4	5	7	3	2	
15	145	○	1	4	6	2	5	7	3	
16	164	○	1	5	6	3	4	7	2	
17	198	○	1	6	4	7	2	5	3	
合計			20	48	61	62	60	94	58	19
平均			1.33	3.20	4.36	4.43	4.29	6.71	3.87	6.33
順位			①	②	⑤	⑥	④	⑧	③	⑦

病院ID	優先順位	症例2: 生活能力に問題がある症例								
		通院服薬	生活能力	地域生活	周囲調和	日中活動	就労	家族関係	その他	
1	8									
2	17	○	4	1	3	5	2	7	6	
3	20	○	4	1	3	6	2	7	5	
4	22	○	5	3	4	5	1	7	2	0 SST、HH・訪問看護、グループホーム
5	27	○	2	1	6	5	3	7	4	
6	28	○		1					2	グループホーム、共同生活実現へ
7	36	○	4	1	2	5	3	7	6	
8	43	○	1	4	5	2	6	7	3	
9	63	○	1	2	5	4	3	6		
10	74	○	5	3	1	4	2	8	6	7 保健所との運動
11	114	○	4	2	5	7	1	8	6	3 当事者の交流・情報交換、施設の見学
12	123									
13	125	○	6	1	2	4	3	7	5	
14	127	○	4	2	1	5	3	6		
15	145	○	4	3	1	5	2	7	6	
16	164	○	3	1	4	5	2	7	6	
17	198	○	3	4	1	6	2	5	7	
合計			51	30	43	68	35	96	62	20
平均			3.64	2.00	3.07	4.86	2.50	6.86	5.17	5.00
順位			④	①	③	⑤	②	⑧	⑦	⑥

病院ID	優先順位	症例3: 家族を含めた心理教育に問題がある症例								
		通院服薬	生活能力	地域生活	周囲調和	日中活動	就労	家族関係	その他	
1	8									
2	17	○	3	4	7	6	1	5	2	
3	20	○	2	3	6	5	1	7	4	
4	22	○	1	6	8	4	5	7	2	3 家族教室、個別家族セッション
5	27	○	2	1	6	6	4	7	3	
6	28	○		2					3	1 静養環境、父親理解・自殺リスク・自我待ち
7	36	○	3	5	4	6	1	7	2	
8	43	○	1	4	5	2	6	7	3	
9	63	○	1	2	6	4	3	7	5	
10	74	○	4	5	7	6	2	8	3	1
11	114	○	2	3	5	7	1	8	6	4 本人・家族の意向確認、病棟・治療の説明
12	123									
13	125	○	3	2	6	6	1	7	4	
14	127	○	4	5	7	6	3	8	1	2 家族教育
15	145	○	1	6	7	5	2	8	4	3 家族への心理教育
16	164	○	3	6	7	5	4	8	2	1 家族の疾患の理解と協力
17	198	○	5	7	3	2	4	5	1	
合計			36	61	84	68	38	99	45	15
平均			2.57	4.07	6.00	4.86	2.71	7.07	3.00	2.14
順位			①	⑤	⑦	⑥	③	⑧	④	②

◆「治療・ケアの内容表」：調査対象病院の3つの想定症例における、精神科社会復帰病棟のクリティカル・パスの内容(N=17)

※各病院のパスにおいて最初にコメントしている時期の欄に「1」とカウントしている。よって、各欄の最大のカウン数は17となるが、退院後サービスについては回答の無い病院も存在している。

(表一5)

クリティカルパスの内容 (社会復帰を可能にする条件と治療・ケア)	1: 服薬継続に問題がある症例						2: 生活能力に問題がある症例						3: 心理教育に問題がある症例						
	開始時	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	以降	開始時	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	以降	開始時	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	以降	
1. 薬物のポイント	7						6	2					5	2					
2. アセスメント	2						10	3					3						
3. 2-1. 機能障害 (disease)																			
4. 2-2. 能力障害 (disability)																			
5. 2-3. 社会的不利 (handicap)																			
3. 自立生活能力																			
6. 3-1. 身の回りのこと (パーソナルケア)	11	4					7	3	1				10	5					
7. 3-1-1. 必要な服装を着ること																			
8. 3-1-2. 生活リズム																			
9. 3-1-3. 個人衛生: 身だしなみ																			
10. 3-1-4. 履物やかたむしり洗濯																			
11. 3-1-5. 金銭管理																			
3-2. 安全の管理																			
12. 3-2-1. 火の始末																			
13. 3-2-2. 大切な物の管理																			
3-3. 健康の管理																			
14. 3-3-1. 薬物の種類と量の決定	5	2					6	4					11	1					
15. 3-3-2. 服薬の管理	12	5					8	5					6	7	1				
16. 3-3-3. 医師の選定	5	1																	
17. 3-3-4. 身体機能の管理: 清潔予防																			
3-4. 制度・サービス・社会資源の利用																			
18. 3-4-1. 交通機関の利用																			
19. 3-4-2. 公共機関: 金融機関の利用																			
20. 3-4-3. 電話の利用																			
21. 3-4-4. 制度の把握: 手続き	13																		
22. 3-4-5. サービスの導入: 利用	1	7	4				11	1	1	1			6	2	6	1			
23. 3-5. 貸入郵便																			
24. 3-5-1. 随働性																			
25. 3-5-2. 自給性																			
26. 3-5-3. となり近所との付き合い																			
27. 3-5-4. 友人等との付き合い																			
3-6. 社会的役割・時間の活用																			
28. 3-6-1. 自分만의社会的役割を持つ																			
29. 3-6-2. 趣味: 思いやり活動の過ごし方																			
30. 3-6-3. 仕事を待つ																			
4. 緊急時の対応																			
31. 4-1. 心療室の相談																			
32. 4-2. 変化時の対応																			
5. 配慮が必要な社会行動																			
33. 5-1. 金銭の不適切さ																			
34. 5-2. フォン																			
35. 5-3. 自殺がいし: 自傷の準備や行動																			
36. 5-4. その他の社会的適応を妨げる行動																			
6. 家族の介入・退院先																			
37. 6-1. 家族の病棟	2						2	3					7	3	1				
38. 6-2. 家族との相談: 協力	14	1					9	4					10	2					
39. 6-3. 退院先の決定	2	6	4	2	1	1	1	5	2	2	1		1	2					
40. 6-4. 沐浴や結核の受診	4	3	6	1	1	1	4	4	3	2	1	3	7	1	2				
計	95	47	12	11	4	8	71	71	6	11	4	7	84	45	10	4	2	2	3

日本精神科病院協会「クリティカル・パス」に基づき、精神障害者ケアマニュアルの進め方、各項目の開始時期を算出

想定症例におけるクリティカル・パスを概観して、必要と思われる治療・ケアの内容および項目

