

リスト記入方法

- ・ 退院が決定した、統合失調症または大うつ病性障害の患者さんを、全員リストアップしてください。
- ・ 患者 ID(各施設でのカルテ番号等)、患者名、退院日、診断(統合失調症=S、大うつ病性障害=D)、主治医 ID を記入してください。
- ・ 同意が得られた場合は同意欄に○をつけてください。
- ・ 本調査の初発の定義を満たす場合は「初発」に○をつけてください。

【初発の定義】入院日からさかのぼって1ヶ月以内に主治医の診察をはじめて受けた、今回が初発エピソードである患者。もしくは初発エピソードではないが、6ヶ月以上治療を中断していた患者。

調査終了時に、ここから切り取り、右側の部分のみ、他の調査票と一緒に調査事務局に郵送してください。 左側は、調査事務局からの問い合わせの際に ID で確認しますので、調査終了後1年間保存してください。

<貴院での保存部分>

主治医名 ○田×雄 (ID:01)
 主治医名 △川@子 (ID:02)
 主治医名 \$山○彦 (ID:03)
 主治医名 _____ (ID:04)

<調査事務局への郵送部分>

あらかじめ主治医一人一人に ID をふります。
 患者のIDをここに記入します。

| 患者ID | 患者名 | 調査用患者ID | 退院日 | 診断 | 同意 | 主治医 ID | 初発 | 調査用患者 ID |
|---------|------|---------|------|----|----|--------|----|----------|
| 4256347 | ○藤△久 | 01 | 9/2 | S | ○ | 01 | | 01 |
| 6027968 | 田△一○ | 02 | 9/7 | D | ○ | 03 | ○ | 02 |
| 9536671 | △山●美 | 03 | 9/10 | D | | 02 | | 03 |
| 2034961 | 木&○子 | 04 | 9/13 | S | ○ | 01 | | 04 |
| 7951443 | △島 □ | 05 | 9/19 | S | ○ | 03 | ○ | 05 |
| 4853216 | △田△夫 | 06 | 9/2 | | | | | 06 |
| 6982648 | △林○郎 | 07 | 9/2 | | | | | 07 |
| | | 08 | | | | | | 08 |
| | | 09 | | | | | | 09 |
| | | 10 | | | | | | 10 |

このIDが、対象患者の調査用IDとなります。

貴院の病院IDは

番です。

所定の病院ID記入欄には、上記番号をお書きください。

〒272-8516 千葉県市川市国府台 1-7-1
国立精神・神経センター 国府台病院 院長 樋口輝彦

調査事務局・連絡先:

〒351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6

TEL: 048-458-6139 FAX: 048-451-7711

国立保健医療科学院 経営科学部

伊藤弘人・小山・中西

疑問点、調査票の不足などがございましたら、調査事務局までご連絡ください。

—調査担当者の方へ—

調査が終了しましたら、この用紙を同封のうえ、
返信用封筒にて調査事務局まで郵送してください。

| | |
|----------|---|
| 調査対象患者数: | 名 |
|----------|---|

調査対象患者分のすべての調査票が揃っているかどうかご確認ください。

| 調査票 | チェック欄 |
|----------------------------------|-------|
| A 対象患者リスト (切り取って右半分のみ) | |
| C 患者調査票(医師記入) | |
| D 患者調査票(看護師記入) | |
| 施設調査票(クリニカルパス調 査に参加していない病棟のみ) | |

| |
|---------|
| 貴院の名称: |
| 調査担当者名: |
| 電話番号: |

お忙しいところをご協力誠にありがとうございました。
貴院のますますのご発展をお祈りいたします。

施設調査票

クリニカルパス調査にご協力いただいていない施設、もしくはクリニカルパス調査の対象外であった施設のみご記入ください。

問1. 対象病棟のスタッフ数：

| | 常勤人数 (うち他病棟との兼任者数) |
|------------------------------------|-------------------------|
| 医師 | 人 (人) |
| 看護師 | 人 (人) |
| 準看護師 | 人 (人) |
| 看護助手 | 人 (人) |
| | スタッフの有無 (他病棟との兼任も含む) |
| 対象病棟に常に配置されている PSW (精神保健福祉士等) が | いる・いない |
| 対象病棟に常に配置されている CP (臨床心理技術) が | いる・いない |

問2. 2003年11月1日現在、対象病棟に入院しておられる患者様の人数：

| 診断 | 20歳未満 | 20歳以上 40歳未満 | 40歳以上 65歳未満 | 65歳以上 |
|-------------------------------|-------|----------------|----------------|-------|
| 統合失調症圏 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 大うつ病性障害圏 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 双極性障害圏 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 人格障害圏 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 不安障害・神経症圏 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 器質性精神障害圏 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 精神作用物質による障害圏 (アルコール、覚醒剤など) | 人 | 人 | 人 | 人 |
| その他 | 人 | 人 | 人 | 人 |

A 対象患者リスト

調査マニュアル「調査方法とお願い」のリスト記入方法をご参照のうえ、
ご記入ください。

調査票 A

< 貴院での保存部分 >

主治医名 _____ (ID:01)
 主治医名 _____ (ID:02)
 主治医名 _____ (ID:03)
 主治医名 _____ (ID:04)
 主治医名 _____ (ID:05)
 主治医名 _____ (ID:06)
 主治医名 _____ (ID:07)
 主治医名 _____ (ID:08)
 主治医名 _____ (ID:09)
 主治医名 _____ (ID:10)
 主治医名 _____ (ID:11)
 主治医名 _____ (ID:12)
 主治医名 _____ (ID:13)
 主治医名 _____ (ID:14)
 主治医名 _____ (ID:15)

キリトリ

< 調査事務局への郵送部分 >

病院ID: _____

| 患者ID | 患者名 | 調査用患者ID | 退院日 | 診断 | 同意 | 主治医 ID | 初発 | 調査用患者 ID |
|------|-----|---------|-----|----|----|--------|----|----------|
| | | 01 | | | | | | 01 |
| | | 02 | | | | | | 02 |
| | | 03 | | | | | | 03 |
| | | 04 | | | | | | 04 |
| | | 05 | | | | | | 05 |
| | | 06 | | | | | | 06 |
| | | 07 | | | | | | 07 |
| | | 08 | | | | | | 08 |
| | | 09 | | | | | | 09 |
| | | 10 | | | | | | 10 |
| | | 11 | | | | | | 11 |
| | | 12 | | | | | | 12 |

B 同意書

病棟を退院される患者様へのお願い

このたび精神科急性期の在り方等に関する厚生労働科学研究班では、薬についての調査を行うことになりました。治療のうえで、薬はとても重要です。そのために、この調査では、どのような患者様にどのような薬が処方されているのかを調査します。

皆様のプライバシーは完全に守られます。個人が特定されたり、個人の情報が外部に漏れたりすることは決してありません。

患者様が調査にご協力いただける場合は、入院中に処方された薬の種類や量、入院期間や年齢、カルテや看護記録に記載されている情報などの調査に必要な最低限の情報を、病院のスタッフが、決められたアンケート用紙に記入します。患者様ご自身が記入する必要はありません。

調査の趣旨に賛同いただき、調査に協力していただけるのであれば、以下の署名欄にご署名下さい。ご協力のほどをよろしくお願いいたします。

調査の内容について説明を受けた上で、調査への参加に同意します。

平成 年 月 日

氏名 _____

この同意書は各病院で6ヶ月間保存してください。

B' 同意書

病棟を退院される患者様のご家族の方へのお願い

このたび精神科急性期の在り方等に関する厚生労働科学研究班では、薬についての調査を行うことになりました。治療のうえで、薬はとても重要です。そのため、この調査では、どのような患者様にどのような薬が処方されているのかを調査します。

患者様のプライバシーは完全に守られます。個人が特定されたり、個人の情報が外部に漏れたりすることは決してありません。

患者様が調査にご協力いただける場合は、入院中に処方された薬の種類や量、入院期間や年齢、カルテや看護記録に記載されている情報などの調査に必要な最低限の情報を、病院のスタッフが、決められたアンケート用紙に記入します。患者様ご自身が記入する必要はありません。

調査の趣旨に賛同いただき、調査に協力していただけるのであれば、以下の署名欄にご署名下さい。患者様ではなくご家族の方の名前を記入して下さい。ご協力のほどをよろしくお願いいたします。

調査の内容について説明を受けた上で、調査への参加に同意します。

平成 年 月 日

氏名 _____

この同意書は各病院で6ヶ月間保存してください。

| | |
|--------|--------|
| 病院 ID: | 患者 ID: |
|--------|--------|

(調査担当者の方がご記入ください)

C 患者調査票(主治医記入)

調査票C

問1. 入院時の症状及び入院期間中に見られた症状で、あてはまるものすべてに○をつけてください。

| | |
|---|--|
| <p>(以下、1ヶ月以上の持続)</p> <p>1 妄想: 奇異な妄想</p> <p>2 妄想: 奇異でない妄想</p> <p>3 幻覚: 患者の行動や思考を逐一説明したり、2つ以上の声が会話するような幻聴</p> <p>4 幻覚: 上記以外</p> <p>5 解体した会話</p> <p>6 ひどく解体したまたは緊張病性の行動</p> <p>7 陰性症状、すなわち感情の平板化、思考の貧困、または意欲の欠如</p> <p>(期間は問わない)</p> <p>8 重症混迷</p> <p>9 重症興奮</p> | <p>(以下、2週間以上の持続)</p> <p>1 抑うつ気分</p> <p>2 興味・喜びの著しい減退</p> <p>3 著しい体重減少・体重増加</p> <p>4 不眠・睡眠過多</p> <p>5 精神運動性の焦燥または制止</p> <p>6 易疲労性または気力の減退</p> <p>7 無価値感または過剰、不適切な罪責感</p> <p>8 思考力や集中力の減退または決断困難</p> <p>9 死についての反復思考、自殺年慮、自殺企図</p> |
|---|--|

問2. 入院に至る経緯

| | |
|------------------|--------------|
| 1. 貴院外来からの継続 | 2. 他院外来からの紹介 |
| 3. 貴院他病棟から転棟 | 4. 他院病棟から転院 |
| 5. 初診後即日入院(救急含む) | 6. その他() |

問3. 退院後転帰

| | |
|-----------|---------------------------|
| 1. 自宅退院 | 2. 地域施設(グループホーム・援護寮など)へ退院 |
| 3. 転棟 | 4. 転院 |
| 5. その他() | |

問4. 以下のうち、入院中に見られた副作用と思われる症状をすべて選んでください。

| | | | |
|------------|--------------|-------------|----------|
| 1. 筋固縮 | 2. 無動 | 3. 振戦 | 4. アカシジア |
| 5. ジストニア | 6. 遅発性ジスキネジア | | 7. 便秘 |
| 8. 流涎 | 9. 口内乾燥 | 10. 起立性低血圧 | 11. 排尿困難 |
| 12. 性機能障害 | 13. 無月経 | 14. 急激な体重変化 | |
| 15. その他() | | | |

調査票C

問5. 服薬に対する必要性の認識について、入院時と退院時の状況としてあてはまるものを番号で記入してください。

| |
|--|
| <p>1. 服薬を受け入れている 患者が服薬について質問したとしても、その内容は適切なものであり、特に服薬に拒否的な様子はない。</p> |
| <p>2. 言葉や感情面での拒薬傾向 与薬時、診察時などに服薬について不服そうだったり、はっきりと嫌そうな言動がある。</p> |
| <p>3. 実際の拒薬行為 説得しても明らかに服薬を拒もうとする。意識的に服薬を忘れる。服薬を引き延ばすために質問を続けるなど。</p> |

| | |
|------|------|
| 入院時: | 退院時: |
|------|------|

問6. 入院時と退院時の機能の全体的評定尺度(GAF)得点を記入してください。
(調査票最終頁をご参照ください)

| | | | |
|------|---|------|---|
| 入院時: | 点 | 退院時: | 点 |
|------|---|------|---|

問7. 入院中に受けた治療を以下からすべて選んでください。

| | |
|-----------|-------------|
| 1. 服薬指導 | 2. 作業療法 |
| 3. SST | 4. 心理検査 |
| 5. 心理面接 | 6. 電気けいれん療法 |
| 7. 心身医学療法 | 8. 入院集団精神療法 |
| 9. 退院指導 | 10. 退院前訪問指導 |

問8. 合併症、初発、入院歴についてそれぞれご記入ください。

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 合併症の有無: | 有 (具体的に: _____) ・ 無 |
| 初発年齢又は初発年(歳、元号、西暦いずれかのみで可): | _____ 歳 / T・S・H _____ 年 / 西暦 _____ 年 |
| 入院歴: | 1. 1回目 2. 2回目以降 |

調査票 C

機能の全体的評定尺度 (Global Assessment of Functioning; GAF) (DSM-IVより抜粋)

精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体にそって、心理的、社会的、職業的機能を考慮してください。身体的（または環境的）制約による機能の障害は含めないでください。また、たとえば45、68、72のように、それが適切ならば、中間のコードを用いてください。

| | |
|---------|--|
| 91～100点 | 広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない |
| 81～90点 | 症状が全くないか、ほんの少しだけ（例：試験前の軽い不安）、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない（例：たまに、家族と口論する） |
| 71～80点 | 症状があったとしても、心理的社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である（例：家族と口論した後の集中困難）、社会的職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない（例：学校で一時遅れをとる） |
| 61～70点 | いくつかの軽い症状がある（例：抑うつ気分と軽い不眠）、または社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難がある（例：時にずる休みしたり、家の金を盗んだりする）が、全般的には機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。 |
| 51～60点 | 中等度の症状（例：感情が平板敵で、会話がまわりくどい、時に、恐慌発作がある）、または社会的、職業的、または学校の機能における中等度の障害（例：友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤） |
| 41～50点 | 重大な症状（例：自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しょっちゅう万引きする）、または社会的、職業的または学校の機能において何か重大な障害（友達がいない、仕事が続かない） |
| 31～40点 | 現実吟味か意志伝達にいくらかの欠陥（例：会話は時々、非論理的であいまい、または関係性がなくなる）、または仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面で粗大な欠陥（例：抑うつ的な男が友人を避け家族を無視し仕事ができない。子供が年下の子供を殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない） |
| 21～30点 | 行動は妄想や幻覚に相当影響されている、または意志伝達や判断に粗大な欠陥がある（例：時々、破裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている）、またはほとんどすべての面で機能することができない（例：1日中、床についている、仕事も家庭も友達もない） |
| 11～20点 | 自己または他者を傷つける危険がかなりあるか（例：死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮）、または時には最低限の身の清潔維持ができない（例：大便を塗りたくる）、または意志伝達に粗大な欠陥（例：ひどい破裂か無言症） |
| 1～10点 | 自己または他者をひどく傷つける危険が続いている（例：何度も暴力を振るう）または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能または死をはっきり予測した重大な自殺行為 |
| 0点 | 情報不十分 |

D 患者調査票(看護師記入)

| | |
|---|-----------|
| 病院 ID: | 調査用患者 ID: |
| 年齢: 歳 | 性別: 男・女 |
| 医療保険: 1. 国民健康保険 2. その他の健康保険 3. 生活保護 4. その他自費等 | |
| 入院時の形態: 1. 任意入院 2. 医療保護入院 3. 措置入院 4. その他 | |
| 入院日: H 年 月 日 | |

問1. AからDについて、入院中に観察された頻度でもっとも近いものに1つ○をつけてください。2から4の間に○をつけた場合は、その程度について、一番重かったときに近いものに1つ○をつけてください。

A. 言葉による攻撃

| | | | |
|-------------|------------|-----------|----------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. たまにあった | 4. よくあった |
|-------------|------------|-----------|----------|

程度:

1. 何かを拒否されたり、要求されたりするなどの刺激に反発して暴言を浴びせる

2. 人の顔をみると暴言を浴びせる

3. 誘因なしにほぼ常時叫び続ける

B. 他人への身体的接触を伴う攻撃

| | | | |
|-------------|------------|-----------|----------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. たまにあった | 4. よくあった |
|-------------|------------|-----------|----------|

程度:

1. 何かを拒否されたり、要求されたりするなどの刺激に反発して暴力行為をする

2. 人の顔をみると暴力行為をする

3. 誘因なしに暴力が突発する

調査票D

C. 物への物理的な攻撃

| | | | |
|-------------|------------|-----------|----------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. たまにあつた | 4. よくあつた |
|-------------|------------|-----------|----------|

程度:

1. 何かを訴えたり要求したりするときに、ドアを叩くなどする
2. 物を投げる、壊れない程度に備品を蹴る、壁に跡をつける
3. 物を壊す、窓を打ち壊す

D. 自傷・自殺

| | | | |
|-------------|------------|-----------|----------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. たまにあつた | 4. よくあつた |
|-------------|------------|-----------|----------|

程度:

1. 怪我をしないもしくは小さい怪我をする自傷行為
2. 切り傷、打撲、火傷など中程度以上の怪我をする自傷行為
3. 生命の危険を伴う重度の自傷行為

問2. 入院期間中の行動制限の有無についておうかがいします。AとBについて、「1. なかった」か「2. あつた」かのどちらかに1つ○をつけてください。「2. あつた」に○をつけた場合は、回数を記入し、一番長かったときの期間に近いものに1つ○をつけてください。

A. 隔離

| | | | | |
|---------|--------|---|-----|--------------|
| 1. なかった | 2. あつた | ⇒ | 期間: | 1. 12時間以内 |
| | | | | 2. 12時間～1日以内 |
| | | | | 3. 1日～4日 |
| | | | | 4. 5日～7日 |
| | | | | 5. 8日以上 |

B. 身体拘束

| | | | | |
|---------|--------|---|-----|-------------|
| 1. なかった | 2. あつた | ⇒ | 期間: | 1. 4時間以内 |
| | | | | 2. 4時間～1日以内 |
| | | | | 3. 1日～4日 |
| | | | | 4. 5～7日 |
| | | | | 5. 8日以上 |

調査票D

問3. 入院中の処方についておうかがいします。

A. 患者さんの処方について、投与量を増やしてほしいと感じることがありましたか。

- | | | | |
|------------------------|------------|-----------|----------|
| 1. まったくなかった (問4に進む) | 2. あまりなかった | 3. たまにあった | 4. よくあった |
|------------------------|------------|-----------|----------|



B. そう感じた理由は何ですか。もっとも近いものに1つ〇をつけてください。

- | |
|-----------------------------------|
| 1. 患者さんの症状が改善しないから |
| 2. 患者さんの症状が悪化しているから |
| 3. 患者さん自身が希望しているから |
| 4. 看護の関わりでは限界があるから |
| 5. 夜勤体制時など、病棟運営上、患者さんの鎮静が必要と考えるから |

C. 投与量を増やしてほしいと感じたときに、医師に情報を伝えたり相談することがありましたか。

- | | | | |
|------------------------|------------|-----------|----------|
| 1. まったくなかった (問4に進む) | 2. あまりなかった | 3. たまにあった | 4. よくあった |
|------------------------|------------|-----------|----------|



D. そのやりとりの後に患者さんへの処方に変更されたことがありましたか。

- | | | | |
|-------------|------------|-----------|----------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. たまにあった | 4. よくあった |
|-------------|------------|-----------|----------|

問4. 入院中の処方についておうかがいします。

A. 患者さんの処方について、投与量を減らしてほしいと感じることがありましたか。

- | | | | |
|------------------------|------------|-----------|----------|
| 1. まったくなかった (問5に進む) | 2. あまりなかった | 3. たまにあった | 4. よくあった |
|------------------------|------------|-----------|----------|



B. そう感じた理由は何ですか。もっとも近いものに1つ〇をつけてください。

- | |
|---------------------|
| 1. 患者さんの症状が安定しているから |
| 2. 患者さんの副作用が強いから |
| 3. 患者さん自身が希望しているから |
| 4. 患者さんが過鎮静になっているから |

調査票 D

C. 投与量を減らしてほしいと感じたときに、医師に情報を伝えたり相談することがありましたか。

| | | | |
|------------------------|------------|-----------|----------|
| 1. まったくなかった (問5に進む) | 2. あまりなかった | 3. たまにあった | 4. よくあった |
|------------------------|------------|-----------|----------|



D. そのやりとりの後に患者さんへの処方に変更されたことがありましたか。

| | | | |
|-------------|------------|-----------|----------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. たまにあった | 4. よくあった |
|-------------|------------|-----------|----------|

問5. 入院中の処方についておうかがいします。

A. 患者さんの処方について、薬を変更してほしいと感じることがありましたか。

| | | | |
|------------------------|------------|-----------|----------|
| 1. まったくなかった (問6に進む) | 2. あまりなかった | 3. たまにあった | 4. よくあった |
|------------------------|------------|-----------|----------|



B. そう感じた理由は何ですか。もっとも近いものに1つ○をつけてください。

| |
|-----------------------------------|
| 1. 患者さんの症状が改善しないから |
| 2. 患者さんの症状が悪化したから |
| 3. 患者さん自身が希望しているから |
| 4. 看護の関わりでは限界があるから |
| 5. 夜勤体制時など、病棟運営上、患者さんの鎮静が必要と考えるから |
| 6. 患者さんの症状が安定しているから |
| 7. 患者さんの副作用が強いから |
| 8. 患者さんが過鎮静になっているから |

C. 薬を変更してほしいと感じたときに、医師に情報を伝えたり相談することがありましたか。

| | | | |
|------------------------|------------|-----------|----------|
| 1. まったくなかった (問6に進む) | 2. あまりなかった | 3. たまにあった | 4. よくあった |
|------------------------|------------|-----------|----------|



D. そのやりとりの後に患者さんへの処方に変更されたことがありましたか。

| | | | |
|-------------|------------|-----------|----------|
| 1. まったくなかった | 2. あまりなかった | 3. たまにあった | 4. よくあった |
|-------------|------------|-----------|----------|

調査票D

問6. あなたご自身について、以下の項目にお答えください。

| | |
|-------------------------|--------------------|
| 性別： 1. 男性 2. 女性 | 年齢： _____ 歳 |
| 看護師免許取得後年数： _____ 年 | 精神科勤務合計年数： _____ 年 |
| 正看護師 ・ 准看護師 (どちらかに○) | |

問7. 病棟での看護方式はどうなっていますか。それぞれの説明を読んで、もっとも近いものに1つ○をつけてください。

| |
|--|
| <p>1. プライマリーナーシング 1人の看護師が、患者さんが入院してから退院するまでの全期間を受け持ち、看護計画、ケアの実施、評価を行う。</p> <p>2. モジュールナーシング 看護師をいくつかの単位に分け、それぞれの看護師が数人の患者さんの入院から退院までの全期間を通してケアする。プライマリーとチームの混合方式もこれに当てはまる。</p> <p>3. チームナーシング 数人が1つの看護チームを組み、チームリーダーが中心となって看護計画を立て、カンファレンスを開き、業務遂行の監督を行う。</p> <p>4. 受け持ち制 その日その日の担当看護師が、患者さんのケアを受け持つ。</p> <p>5. 機能別看護 注射など、業務ごとに看護師を割り当てる。</p> |
|--|

処方について

—ご担当の看護師または薬剤師の方へ—

以下の4時点での処方内容を調査します。

- ① 入院日の処方
- ② ①の処方(入院日の処方)がはじめて変更されたときの処方
(副作用止めの追加や睡眠薬の追加、精神科治療薬以外の薬の変更などは含まず、最初に抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬などの変更・追加・増量・減量が行われた際の処方を意味します)
- ③ 入院日と退院日の中間日の処方
- ④ 退院日の処方

この4時点での処方について、「患者調査票(C)」の処方記入欄に薬剤名と用量を記入するか、もしくは処方箋をコピーして薬剤調査票に貼付してください。

※商品名、一般名いずれでも構いません。1日分の処方量を記入してください。副作用に伴う薬剤、睡眠薬などもすべて記入してください。風邪薬、合併症治療の薬剤などは記入してもしなくても結構です。

※経口投与以外の場合も同様に記入してください。その際、可能な限り、筋注・静注などがわかるように薬剤名のあとに(IM)(IV)(DIV)など記入してください。

※処方箋が電子化されていて、下の例のように入院から退院までのすべての処方が見えるようになっている場合は、それをプリントアウトして処方記入欄に貼付してください。4時点での処方について記入する必要はありません。

(例)

| | 入院時 | 2日目 | 3日目 | 4日目 | 5日目 | 6日目 | 7日目 | 8日目 | 9日目 | 10日目 | 11日目 | 12日目 | 13日目 | 14日目 | 15日目 |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|
| ゾピクロン | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 |
| クロルプロマジン | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| オランザピン | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| リスペリドン | | | | | | | | | | | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| バルプロ酸 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 | 400 |
| ジステグミン | 0 | 10 | 10 | 10 | 10 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| ピペリデン | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |

※コピー物を貼付する場合は、プライバシー保護のため患者名・主治医名はすべてマジックペンなどで消してください。

処方記入欄

<処方箋やカルテのコピーを処方記入欄部分に貼付>

| | |
|------------------|-----------------------|
| ① 入院日 | ② ①の処方をはじめて変更されたときの処方 |
| ③ 入院日と退院日の中間日の処方 | ④ 退院日の処方 |

協力施設礼状

先生

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度はご多忙の折、厚生労働科学研究「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」研究班（薬剤調査）の調査票をご返送いただき、誠にありがとうございました。

入力と分析をすすめ、調査結果がまとまり次第、ご報告致します。その過程で調査内容等に関する確認のためにご連絡差し上げる場合もあるかもしれませんが、どうぞよろしくお願い致します。また、ご不明な点などございましたら、調査事務局までご連絡下さい。

貴院のますますのご発展をお祈り致します。とりいそぎお礼のみにて失礼致します。

敬具

2004年1月16日

「精神科急性期・リハビリテーション病棟等の在り方に関する研究」研究班
主任研究者 樋口輝彦
(国立精神・神経センター)

調査事務局：

〒351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6

国立保健医療科学院 経営科学部

伊藤弘人・小山明日香・中西三春

TEL: 048-458-6139 FAX: 048-451-7711