厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
分担研究報告書

救命救急センターへ搬送された自殺企図患者の退院後ケアに関する研究
- 多職種連携クリニカルパスの開発に向けて -

研究分担者　三宅 康史
昭和大学医学部救急医学　教授

研究要旨

研究目的: 専門職としての保健師、精神保健福祉士、臨床心理士による退院後の日常生活中における対象者への精神症状の変化、日常生活上の問題点などを早期に発見し対処するためにクリニカルパスを作成する。これに関連して、それを使うケースマネージャーへの教育コースの開発にも着手する。

研究方法: クリニカルパス第 1 版を作成する。同時に、自殺未遂者ケア研修(厚労省主催)、PEEC 研修（日本臨床救急医学会）など多職種を含む救急医療スタッフ向けの教育コースを開発する。

結果: 日常生活で使用するクリニカルパス第 1 版を作成した。今年度は 4 回の PEEC コース準備委員会と 3 回のトライアルコースを開催した。厚労省主催の自殺未遂者ケア研修（一般救急版）を共催し、東京、名古屋、福岡で開催した。

まとめ: 研究を通し、自らできること、他職種にお願いすべきことを知り、準備する必要がある。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

有賀徹	昭和大学病院　病院長
松月みどり	日本看護協会　常任理事
秋山恵子	日本赤十字社医療センター
大塚耕太郎	岩手医大神経精神科　教授
岸泰宏	日本医大武蔵小杉病院　教授
坂本由美子	関東労災病院 HCU
東岡宏明	関東労災病院　救急部長
守村洋	札幌市立大学看護学部　准教授
山田朋樹	樹診療所　院長
柳澤八重子	聖路加国際病院救命救急センター
伊藤弘人	国立精神・神経センター　部長
河西千秋	横浜市立大学保健管理センター教授
河嶌譲	厚労省社会・援護局

A. 研究目的

自殺企図により身体的損傷を負った傷病者の大多数は、身体治療と精神科的治療の双方を施す必要がある。身体的ダメージが重症かつ緊急を要する場合には、患者の多くは救命救急センターにまず搬送され、初療から転院・退院まで総合的な治療を施される。自殺の再企図予防には、身体的、精神科的問題がある程度整理された後の日常生活中における生活面でのサポートに加え精神科的フォローアップが特に重要であることは、海外の研究や本邦における ACTION-J の経過などから明らかである。ただ、それを誰が、何に基づいて担っていくのかについては、明確な指針はない。今後開示が予定されている本邦におけるケースマネージャーによる効果的な介入（ACTION-J）の結果にもよるが、まずは、専門職としての保健師、精神保健福祉士、臨床心理士による退院後の日常生活中における対象者への精神症状の変化、日常生活上の問題点などを早期に発見して、具体的に対処するためのツールとしてクリニカルパス（プロトタイプ）を作成し、試験的運用を通して何段階かのフィードバックを行い、最終的に現場で利用できる最終バージョンの作成を 3 年計画の目的とする。これに関連して、それを使いこなすキーパースンとしての、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士への教育コースの開発についても着手予定である。

B. 研究方法

救命救急センターに搬送される自殺企図患者を含む身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、標準的な初療と精神症状の評価、入院中の問題点を把握したうえで、多職種でその評価と実際のケアを行い、外来通院、日常生活に安全につなぐための教育コースの開発を行った。

更に、実際に外来、日常生活での安全なケアにつなげるためのクリニカルパス（プロトタイプ）作成を試みた。

また、厚労省主催の「自殺未遂者ケア研修」を日本臨床救急医学会として共催し、地域救急医療機関における自殺未遂者ケアに関する啓発を行った。

（倫理面への配慮）

特に必要としない。

C. 研究結果

救急医療における精神症状評価と初期診療に関するコース開発については、Psychiatric Evaluation in Emergency Care の頭文字を取って PEEC™（ピーク）コースと命名し、商標として登録した。前年より執筆と編集が進んでいたガイドブック（日本臨床救急医学会監修、同『自殺企図者のケアに関する検討委員会』編集、へする出版）が、2012 年 5 月に上梓され、これを公式テキストとして、具体的なコース開発については開催準備ワーキンググループ（以下 WG）委員会を設置した（委員長：東岡宏明関東労災病院救急部長を）。24 年度内に 4 回の WG 委員会を開催し、プログラム、講義資料、ワークショップの内容確認、症例提示用パワーポイントの作成など準備を行ったうえで、1 月から 3 回にわたり、昭和大学臨床研修センターにおいてクローズドで受講生を募集し、トライアルコースを開催しブラッシュアップを行う予定である（12 月末現在）。2014 年第 16 回日本臨床救急医学会（会長：日本大学医学部附属板橋病院丹正勝久病院長）において本コースの第 1 回目を開催予定とし学会事務局（日本大学医学部附属板橋病院救命救急センター内）と詳細を調整中である。

また自殺企図者が救命救急センターを退院した後、精神科的な問題にとどまらず、日常生活

における生活面、人間関係、経済面、仕事上の悩みについても気軽に相談できるキーパーソンの設定とそのキーパーソンが使用する外来カルテともいうべきクリニカルパス（Version0.1）を策定した。

平成 24 年度自殺未遂者ケア研修（1 月 20 日東京、2 月 17 日名古屋、3 月 10 日福岡）については、委託業者、会場が決定し講義内容、ワークショップで使用する 3 症例の内容検討、使用するアンケート、テキストの確認など厚労省との調整が終わり、ファシリテーターの参加調整、受講生の募集が 12 月末現在進行中である。

D. 考察

今回開発中の PEEC コースは、自殺企図患者を含む身体疾患を合併する精神疾患患者に対し、標準的な初療と精神症状の評価、入院中の問題点を把握したうえで、その評価と実際のケアを行い、外来通院、日常生活に安全につなぐことを目標にしており、救急外来や救命救急センターの医師、看護師のみならず、臨床心理士、精神保健福祉師、薬剤師、そして救急隊員までを対象としている。コンセプトとして多職種で同じ問題を共有し、議論することで、自らできること、他職種にお願いできることを理解し、単独では簡単ではない精神科＋身体科救急患者と自殺企図患者のケアとそのフォーローを、多職種、多機関によるチーム医療によって安全に行うことを想定している。教育コースの開発はまだその緒についたばかりであるが、成人教育の特徴である“必要とするものを自ら支弁し手に入れる”熱意にこたえるためのリソースとなるべく、今後内容のブラッシュアップ、ファシリテーターの養成などの課題に取り組む必要がある。

更に、実生活に戻った精神疾患患者や自殺企図患者が一切の支援を受けないまま生活していくといったそれまでと同じ状況では、精神症状の再悪化からの救急要請や、自殺の再企図を招く危険性は免れない。そのために、今後日常生活を安全に送るために必要なケアを標準化して実施するためのクリニカルパス（プロトタイプ）の利用は大きな意味を持つ。今後の試験的運用を通して、改訂版の作成を継続していく必要がある。

また、厚労省が主催する「自殺未遂者ケア研修」は、日本臨床救急医学会が共催するようになってから 5 年目を迎えるが、1 月～3 月の間に 3 回の開催で約 150 人の救急医療スタッフに研修が行えるだけでは十分ではない。前述の PEEC コースを基本形として、自殺未遂者に症例を絞った PEEC 自殺未遂者ケアコースを開発し、一年を通して全国展開すれば、さらの多くの受講が可能となると考えられる。

E. 結論

日常生活中の精神疾患＋身体症状の患者向けクリニカルパスを開発した。またそのケアを担うキーパースンとしてのケアマネージャーへの教育コースの開発（PEEC コース）にも着手した。

今後はクリニカルパスのブラッシュアップ、PEEC コース、自殺未遂者ケア研修のさらなる充実が重要である。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

○三宅康史、他：自殺対策．三宅康史編、救急医学 36 巻 7 号；へるす出版、2012.

○三宅康史、他：PEEC ガイドブック-チーム医療の視点からの対応のために-．日本臨床救急

医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」編、へるす出版、2012..

2. 学会発表

○三宅康史、他：自殺総合対策大綱改定への提言．第 15 回日本臨床救急医学会総会・学術集会（熊本)、2012 年 6 月 17 日.

○三宅康史、他：自殺未遂者の初療と再企図予防-日本臨床救急医学会/見本救急医学会-．日本心理臨床学会第 31 回秋季大会、職能委員会企画シンポジウム「自殺予防に対する学会同士の連携に向けて」（愛知)、2012 年 9 月 14 日.

○三宅康史：救急医療の立場から「救急現場で経験する精神症状の評価とその対応-より良いチーム医療の実現を目指して-」．平成 24 年度東海大学医学部精神･身体医学寄附講座公開講演会（神奈川)、2012 年 12 月 3 日.

○三宅康史：自殺企図者への救急現場での標準的な対処法-より良いチーム医療の実現を目指して ACTION-J ケースマネージャーに期待すること-．厚労省科研費補助金「自殺対策のための効果的な介入手法の普及に関する研究」研究班会議【特別講演】（東京)、2012 年 12 月 16 日.

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

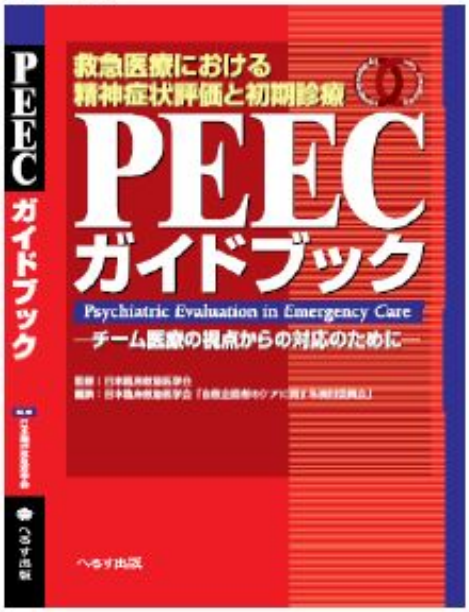
なし

3. その他

PEEC（ピーク）という呼称については商標として登録した。

コースの一般目標(*p124*)

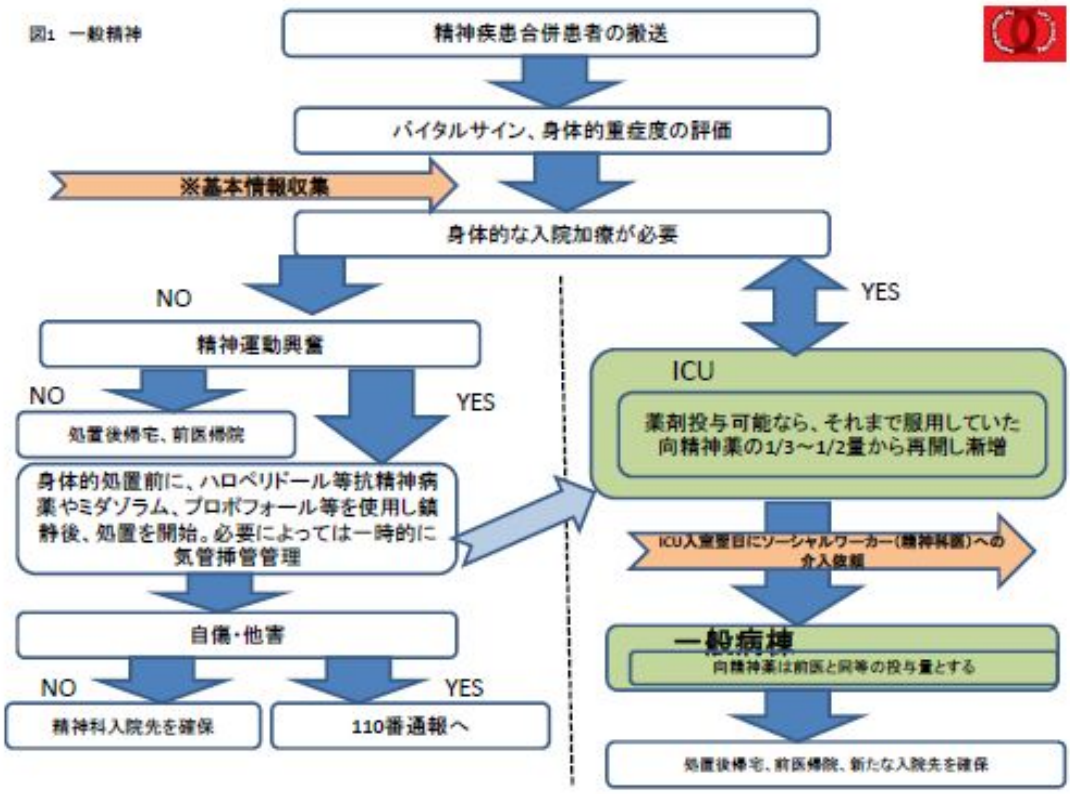
- 精神科的問題を有する救急患者に、標準的な
- 初期診療を提供するために、救急医療スタッフ
- として必要な医学的知識、接遇法、入院管理、
- リソースの有効活用、外来フォローアップへの
- つなぎ方をコースを通して身につける。



本体価格2600円＋税
B6版215ページ

コースの行動目標(*p124*)

- 既往歴、持参薬、現病歴から、ある程度の精神科的背景を推察できる。
- 適切な距離を維持しつつ医療面接ができる。
- 短時間で必要な医療情報を収集できる。
- 診療中の患者の安全、医療者側の安全を確保する方法がわかる。
- 器質的(身体的)な問題を鑑別できる。
- 症状に応じた薬剤の選択、投与方法、副反応への対応がわかる。
- 外来帰宅か、入院加療の必要性を正しく判断できる。
- 自殺企図患者に対し、再企図を予防しつつ安全な入院管理ができる。
- 違法薬剤の使用、薬物依存への法的問題に正しく対処できる。
- 患者の社会的背景の理解とその問題への対処に他職種のスタッフと協力しつつあたれる。
- 安全に外来フォローアップへの道筋をつけることができる。
- 自死遺族への具体的な援助の方法を知っている。
- 自施設での問題点とその解決方法について考察できる。
- 地域における問題点とその解決窓口を指摘できる。



具体的な症例と検討内容①

症例1. 自殺目的の大量服薬のパーソナリティ障害

- ✓ 自殺企図患者の入院適応の判断
- ✓ 治療の拒否や過度な要求への対応
- ✓ 再企図に対する予防
- ✓ 帰宅させる場合の注意点

症例2. パニック発作で頻回受診が問題となる例

- ✓ パニック発作への接し方
- ✓ パニック発作の病態の把握
- ✓ パニック発作への薬物治療
- ✓ 精神科医療機関との連携法

具体的な症例と検討内容②

症例3. 統合失調症で、ICUでの不隠・興奮を呈する例

- ✓ 基本的な対応法
- ✓ 不隠・興奮時に使用する薬物処方と副反応への対応、安定した後の薬物療法
- ✓ 抑制の適応
- ✓ 医療保護入院・措置入院の必要性

症例4. 覚醒剤などの違法薬物の中毒例

- ✓ 違法薬物の使用が疑われた時の対処法
- ✓ 警察との連携
- ✓ 生活支援の必要性と依存症治療のためのリソース

PEECコース時間割

時間	内容
1時間前 20分前	スタッフ打ち合わせ、会場準備 受付開始
10分	コース開催挨拶（司会）、スタッフ紹介、トイレ案内 プレテスト
20分	講義：精神症状を呈する患者の初療アルゴリズムと精神科の現状
ワークショップ 45分×4症例 (休憩5分×3回)	症例1 症例2 症例3 症例4 （グループ全員で協力しつつ対処法を考えている）
10分	講義：まとめと質疑応答
10分	ポストテスト、アンケート記入 修了証授与、解散
20分	反省会、後始末

目次

Ⅰ.自殺未遂者ケアの現状

ガイドライン、保健所、地域、診療所、消防機関など

Ⅱ.精神科・救急医療施設における自殺未遂者ケアの実際と問題点

身体科医療機関、精神科病院

Ⅲ.多職種で関わる自殺未遂者ケア：ポイントと課題

看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、精神科医

Ⅳ.自殺未遂者対策：これまでの成果と今後の展開

総合病院精神医学会、精神科救急学会、ACTION-J、自死遺族支援、国立精神・神経センター、厚労省、内閣府

厚生労働省主催

「自殺未遂者ケア研修（一般救急版）」

自殺未遂者への対応にお困りになられたことはありませんか？
本研修は、初期対応から継続的な支援まで、臨床現場で役立つ自殺未遂者ケアのポイントを、日本臨床救急医学会が厚生労働省と共に作成したガイドラインに沿って体系的に学んでいただくと共に、モデル症例によるワークショップを通じケアのあり方を実践的に修得していただく内容です。
講師とファシリテータは、自殺未遂者のケアを実践している専門家・専門職が務めます。
奮ってご参加のほどお願い申し上げます。

- ●主　催：厚生労働省
- ●共　催：一般社団法人　日本臨床救急医学会
- ●参加費：無料（定員50名）
- ●対象者：救急医療に従事する医師、看護師、その他コメディカルスタッフなど
- ●会場・開催日：

【東京会場】　平成25年1月20日（日）　9:50～16:45
タイム24ビル　2階202研修室　〒135-8073 東京都江東区青海 2-4-32

【名古屋会場】　平成25年2月17日（日）　9:50～16:45
IMYホール・4階大会議室　〒461-0004 愛知県名古屋市東区葵 3-7-14

【福岡会場】　平成25年3月10日（日）　9:50～16:45
リファレンス駅東ビル7階D会議室　〒812-0013 福岡市博多区博多駅東 1-16-14

●プログラム

9:30	開場		司会　三宅康史
9:50～10:00	事前アンケート		
10:00～10:10	開会挨拶	三宅康史（昭和大学医学部救急医学）、厚生労働省	
10:10～10:30	講演1	「自殺未遂者対策がなぜ必要か」	東　京：杉本達哉(関西医科大学附属枚方病院 精神神経科) 名古屋：杉本達哉 福　岡：山田朋樹(樹診療所)
10:30～10:50	講演2	「自殺未遂者ケア・モデルと地域自殺対策」	東　京：大塚耕太郎(岩手医科大学 災害・地域精神医学講座) 名古屋：苅田千秋(横浜市立大学 健康福祉科学) 福　岡：大塚耕太郎
10:50～11:05	講演3	「国と地方自治体の自殺対策の取組み」	東　京：苅萱 謙 (厚生労働省　社会・援護局障害保健福祉部　精神・障害保健課) 名古屋：苅萱 謙 福　岡：苅萱 謙
11:05～11:35	「自殺未遂者ケアガイドラインとワークショップの説明」		東　京：大塚耕太郎 名古屋：大塚耕太郎 福　岡：衛藤暢明(福岡大学病院 精神神経科)
11:35～12:35	昼休み		
12:35～16:05	「ワークショップ、成果物発表とディスカッション」 （途中休憩2回あり）		<司会>三宅康史 <コメント> 東　京：大塚耕太郎 名古屋：大塚耕太郎 福　岡：衛藤暢明
16:05～16:25	講義4	「自死遺族への対応と支援」	東　京：大塚耕太郎 名古屋：大塚耕太郎 福　岡：大塚耕太郎
16:25～16:35	事後アンケート		
16:35～16:45	閉会挨拶		

※ワークショップはモデル症例について救急医療施設における自殺未遂者への対応をグループで討議します。

＜自殺企図　退院後共通連携クリニカルパス　～Ver.00.1～＞

入院日:H　年　月　日　開始日時:H　年　月　日（　：　）

患者氏名:　　様　（男・女　身長:　cm　体重:　kg）

（IDNo.　　）

	担当氏名	連絡先①	連絡先②	職種
キーパーソン	①	（　　）（　　）（　　）：		
	②	（　　）（　　）（　　）：		
	③	（　　）（　　）（　　）：		
かかりつけ精神科		（　　）（　　）（　　）：		
かかりつけ身体科		（　　）（　　）（　　）：		
ご家族連絡先		（　　）（　　）（　　）続柄:		
		（　　）（　　）（　　）		

退院後の問題点	日常生活中に期待される結果	月　日　時:定時□緊急□	月　日　時:定時□緊急□	月　日　時:定時□緊急□	月　日　時:定時□緊急□	月　日　時:定時□緊急□	継続中
#1. 身体合併症の状態							
①高次脳機能	1) 日常生活に支障がない	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
②呼吸障害	1) 日常生活で呼吸 苦なし	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
③循環障害	1) 致死的不整脈がない	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
④外傷など	1) 日常生活に支障がない	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	2) 痛み、感染などがない	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
⑤	1)	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	2)	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
⑥	1)	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	2)	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
⑦	1)	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	2)	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
#2. 再企図のリスク状態							
	1)希死念慮がない	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	2)原疾患がコントロールされている	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	3) 定期的に内服薬を飲んでいる	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	4)定期的に精神科受診ができている	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	5)その他の問題がない	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	6)	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
#3. 生活の安定度の状態							
	1)金銭的問題がない	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	2)住居の問題がない	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	3)食事の問題がない	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	4)嗜好品の過剰がない	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	5)その他の問題がない	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	6)家族との関係に問題がない	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	7)キーパーソンと連絡を取っている	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	8)	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
#4. その他の状態							
	1)	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	2)	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	3)	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
#3.非効果的対人コーピング	1) 一人で安全に生活できる	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	達成・未達成（　/　）	
	評価者サイン(職種)	（　　）	（　　）	（　　）	（　　）	（　　）	

緊急時にはSOA/P/DCAサイクルにそって説明し観察を継続する必要がある

1)発生月	Subjective	Objective	Assessment→	Plan→	（　/　）Do→	Check→	Assessment→	Plan→	（　/　）Do→	Check→	Assessment→	Plan→	（　/　）Do→
/ /													

発生日	Subjective	Objective	Assessment→	Plan→	(/)Do→	Check→	Assessment→	Plan→	(/)Do→	Check→	Assessment→	Plan→	(/)Do→
/													

発生日	Subjective	Objective	Assessment→	Plan→	(/)Do→	Check→	Assessment→	Plan→	(/)Do→	Check→	Assessment→	Plan→	(/)Do→
/													

発生日	Subjective	Objective	Assessment→	Plan→	(/)Do→	Check→	Assessment→	Plan→	(/)Do→	Check→	Assessment→	Plan→	(/)Do→
/													

緊急診察/入院時の記入欄

アセスメント

★以下の項目をフローシート・経過観察表・経過表に記載

□○バイタルサイン

30分間毎（ / ）□（ ）○（ ） 4検（ / ）□（ ）○（ ）

1時間毎（ / ）□（ ）○（ ） 3検（ / ）□（ ）○（ ）

3時間毎（ / ）□（ ）○（ ）

□○蓄尿 要（ / ）□（ ）○（ ） 不要（ / ）□（ ）○（ ）

・意識レベル
・瞳孔/対光反射
・痙攣の有無
・外傷程度
・出血程度
・ECG(QTcの延長)
・不整脈の有無
・活性炭便の有無
・腹壁
・腸蠕動音
・腹部X-P所見
・嘔気・嘔吐の有無
・褥瘡好発部位の皮膚（発赤・表皮剥離）
・抑制部位の皮膚(発赤)
・挿入物の長さ
・危険行動の有無
・肺音(左右 差・雑音)
・痰の性状
・呼吸音
・ABGデータ
・胸部X-P所見

《Dr. Call条件》
・ 100 ＞Bp＞
・ ＞HR＞
・SpO_2 ＜ %
・ /h ＞尿量＞ /h

日付	《追加指示》	Dr	Ns

治療処置

□○酸素投与【Inspiron & %】（ / ）□（ ）○（ ）【Inspiron & %】（ / ）□（ ）○（ ）

【Mask・Nasal &】（ / ）□（ ）○（ ）【Mask・Nasal &】（ / ）□（ ）○（ ）○呼（ / ）□（ ）○（ ）

検査

□○12誘導 3時間毎（ / ）□（ ）○（ ）4時間毎（ / ）□（ ）○（ ）6時間毎（ / ）□（ ）○（ ）1検（ / ）□（ ）○（ ）12誘導不要・中止（ / ）□（ ）○（ ）

□○胸部レントゲン（ / ）□（ ）○（ ） □血ガス □血液検査 □○喀痰培養

セルフケア活動

□○安静度Ⅰ（ / ）□（ ）○（ ）安静度 Ⅱ-2（ / ）□（ ）○（ ） 安静度Ⅲ（ / ）□（ ）○（ ） 安静度Ⅴ（ / ）□（ ）○（ ）

○清潔:清拭・陰洗 洗面介助

○体位変換 ○吸引

○保温・保冷

□○危険行動に対して抑制帯の使用開始(抑制の開始、解除に関しては経過記録表を参照)

□○排泄介助 床上（ / ）□（ ）○（ ）トイレ歩行付き添い（ / ）□（ ）○（ ）

指導教育

□○身体抑制使用時の説明・同意書（有・無 □○活性炭便の説明(本人・家族)

□○身体への装着・挿入物説明(本人・家族)

□○安静度の説明（本人・家族）

□○肺塞栓症の予防 説明書・同意書(AVインパルス・コンプリネット・メドマ)(本人・家族)

専門的助言

□○△服用薬剤チェック

□○ 他院への診療情報提供書

□○ 精神神経科依頼(本人・家族の同意 有・無)

日付	（ / ）	ﾊﾞﾘｱﾝｽｺｰﾄﾞ	（ / ）	ﾊﾞﾘｱﾝｽｺｰﾄﾞ	（ / ）	ﾊﾞﾘｱﾝｽｺｰﾄﾞ	（ / ）	ﾊﾞﾘｱﾝｽｺｰﾄﾞ	（ / ）	ﾊﾞﾘｱﾝｽｺｰﾄﾞ	（ / ）	ﾊﾞﾘｱﾝｽｺｰﾄﾞ	（ / ）	ﾊﾞﾘｱﾝｽｺｰﾄﾞ
日勤	ｻｲﾝ（ ）	（ ）	ｻｲﾝ（ ）	（ ）	ｻｲﾝ（ ）	（ ）	ｻｲﾝ（ ）	（ ）	ｻｲﾝ（ ）	（ ）	ｻｲﾝ（ ）	（ ）	ｻｲﾝ（ ）	（ ）
夜勤	ｻｲﾝ（ ）	（ ）	ｻｲﾝ（ ）	（ ）	ｻｲﾝ（ ）	（ ）	ｻｲﾝ（ ）	（ ）	ｻｲﾝ（ ）	（ ）	ｻｲﾝ（ ）	（ ）	ｻｲﾝ（ ）	（ ）

備考欄

1
2
3
4
5
6
7
8