

きだす、元気づけるといった手法が目立つ、5) それに比べて地域と連携した活動の報告は少ないと言える。このように退院促進に特化した組織的な活動が少ないことや家族への接近が乏しいことは24年度研究の所見と符合する。その中で、退院への意欲が乏しく働きかけが困難な個々の患者を対象として、さまざまな工夫で退院につなげている。特に看護師による個別の働きかけで成功する事例が多く報告されている。これら個々のケースを詳細に分析していけば、重度慢性の心理社会的治療を考案するうえで重要なヒントが得られるかもしれない。

心理社会的治療には社会生活技能訓練、家族心理教育、認知行動療法、包括型地域生活支援、援助付き雇用といったエビデンスが確立された手法が存在する。これらの手法が重度慢性の患者に効果的かどうかは、もちろん確認されなければならないだろうが、これらの手法は重度慢性に特化したものではなく、本来は地域精神医療で活用されるようなものである。すなわち再発・再入院の予防、地域生活の維持と発展、自律生活の発展を目指したものである。したがって、入院した場合でも地域とのつながりを意識し、早期退院を目指すとき、これらの手法は最も効果を発揮するかもしれない。入院早期から積極的に用いることで、むしろ重度慢性化の予防に資するところが大きいかもしれない。

E. 結論

長期入院患者に対する退院促進のための組織的活動は乏しく、家族への関わりも少ない。その中で患者の意欲・動機づけに

注目し個別的に働きかけた成功事例が数多く報告されている。これらを詳細に分析していけば、わが国の長期入院患者に特化した心理社会的治療が見いだせるかもしれない。

エビデンスが確立している心理社会的治療が重度慢性の患者に効果的かどうかは不明である。むしろ、入院早期から適応することで重度慢性化を予防することができるかもしれない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Morokuma I, Shimodera S, Fujita H, Hashizume H, Kamimura N, Kawamura A, Nishida A, Furukawa TA, Inoue S.: Psychoeducation for major depressive disorders: a randomised controlled trial. *Psychiatry Res.* 2013 Nov 30;210(1):134-9.
- 2) Hatada S, Sawada K, Akamatsu M, Doi E, Mineo M, Yamashita M, Thornton AE, Honer WG, Inoue S.: Impaired musical ability in people with schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci.* 2013 Oct 15;38(5):120207.
- 3) 井上 新平: 家族心理教育はなぜ有効か. *統合失調症 7 巻* Page10-17(2014. 01)

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

別添資料

別添資料に入院治療指針をまとめた。本治療指針は精神医学講座担当学会が監修した統合失調症治療ガイドライン第2版をもとに作成したもので、エビデンスの確立した心理社会的治療が含まれている。今後予定されている前向き研究に役立てば幸いである。

表1 長期入院患者の心理社会的治療(1)

スタッフの専門性	アセスメントツール	注目したもの
看護師	退院困難尺度	退院意欲
精神科認定看護師	退院準備評価尺度	内発的動機づけ
精神保健福祉士	社会復帰レディネス尺度	ストレングス
精神科ソーシャルワーカー	退院アセスメント用紙	患者のニード
退院支援コーディネーター	退院に対する意識調査	エンパワメント
退院支援チーム	地域移行評価スケール	自己効力感
多職種連携	リハビリテーション行動評価尺度	地域生活に対する自己効力感・職業歴
ピアサポーター	生活技能自己評価	役割と自己決定
	内服自己管理スコアシート	自己認識(思い、体験、加齢、将来・・・)
	自己効力感尺度	日常生活活動(患者セルフケア能力、化粧)
	SECL	参与観察(世話・金銭・物を媒介とした互助システム)
	回復支援環境	
	看護におけるinvolvement概念	
	自殺リスクアセスメント	

表2 長期入院患者の心理社会的治療(2)

手法	家族とのかかわり	退院先・地域連携	スタッフの意識
退院支援プログラム(退院準備プログラム)	個別家族支援	援護寮	看護スタッフの態度
クリニカルパス	家族教室	共同住居	看護者の意欲
多職種連携ケアプラン作成	家族交流会	老人福祉施設	看護師の陰性感情
患者参加型カンファレンス	家族調整	地域移行型ホーム	病棟スタッフの意識
ディスチャージマネジメント	意識調査		
心理教育	半構造化面接	精神科診療所	
SST		病病連携	
Illness Management and Recovery		行政との連携	
トークンエコノミー			
行動療法			
レクリエーション			
作業療法			
小集団作業療法			
集団でのコラージュ			
フットサル			
グループワーク			
小グループ活動			
患者参加型看護			
問題行動への看護アプローチ			
問題解決法			
服薬自己管理			
肥満に対する支援			
起立訓練			
個別のかかわり			
自己決定			
生活体験			
患者の語り			
訪問看護介入			
包括型地域生活支援			
地域移行支援事業			
共同住居体験入居			
退院者との交流会			
Basic Communication Training			
看護におけるリフレクション			
看護のケアリング			

項目	評価時期	評価ツール/評価項目
病状評価	入院時, 3ヶ月, 12ヶ月	BPRS(カットオフ, 特異的項目)
行動評価	入院時, 3ヶ月, 12ヶ月	現在のハイリスク要因 過去のハイリスク要因 著しいADL, IADLの低下 暴行, 治療拒否(拒薬・抵抗), 希死念慮, 多数水, 器物破損等 今回入院が措置入院から開始, 過去に重大な暴力が危険行為歴 著しい不適合・まとまりのなさ
治療内容の評価	入院時	入院時治療計画の策定ができていますか 1) 診断とその根拠 2) 病状評価 3) 行動特性(ハイリスク要因)の評価 4) 薬物療法等実施計画 5) 心理社会的治療実施計画 6) 退院調整・地域生活支援* *家族調整・地域生活に向けての計画・入院中からの訪問チームとの連携・ケア会議開催・退院後の訪問支援計画
	3ヶ月	入院から3ヶ月間の急性期治療は, 入院の契機となった問題に対し, 退院後の安定した地域生活の条件をつくり視点から適切であったか 薬物身体療法 ①処方された薬物は, 診断に対応したものになっているか ②多剤大量になっていないか ③副作用の評価はされているか ④本人に投薬内容と効果の説明が行われているか ⑤必要な患者にクロザピンが投与されているか ⑥必要な患者にm-ECTが実施されているか 心理社会的治療 ①個人面接は週1回以上, 30分以上実施されているか ②退院に向けての改善目標と計画が適合しているか ③作業療法, 社会生活技能訓練(SST), 本人の心理教育, 家族支援, 生活指導が必要な患者に実施されているか 退院調整・地域生活支援 ①退院調整・退院先確保の準備(家族調整や地域生活に向けての計画づくり) ②本人への退院・地域生活移行支援(服薬や症状自己管理教育, 退院後の生活の計画, クライシスプラン作成等) ③退院に向けてのケア会議の開催 ④退院前訪問指導の実施 現時点での治療計画の策定ができていますか 1) 診断とその根拠 2) 病状評価 3) 行動特性(ハイリスク要因)の評価 4) 薬物療法等実施計画 5) 心理社会的治療実施計画 6) 退院調整・地域生活支援* *家族調整・地域生活に向けての計画・入院中からの訪問チームとの連携・ケア会議開催・退院後の訪問支援計画
	12ヶ月	入院3ヶ月～12か月間の治療は, 入院の契機となった問題に対し退院後の安定した地域生活の条件を作る視点から適切であったか 薬物身体療法 ①診断に対応したものになっているか ②多剤大量になっていないか ③副作用の評価はされているか ④本人に投薬内容と効果の説明が行われているか ⑤必要な患者にクロザピンが投与されているか ⑥必要な患者にm-ECTが実施されているか 心理社会的治療 ①個人面接は週1回以上, 30分以上実施されているか ②退院に向けての改善目標と計画が適合しているか ③作業療法, 社会生活技能訓練(SST), 本人の心理教育, 家族支援, 生活指導が必要な患者に実施されているか 退院調整・地域生活支援 ①退院調整・退院先確保の準備(家族調整や地域生活に向けての計画づくり) ②本人への退院・地域生活移行支援(服薬や症状自己管理教育, 退院後の生活の計画, クライシスプラン作成等) ③退院に向けてのケア会議の開催 ④退院前訪問指導の実施 現時点での治療計画の策定ができていますか ⑤必要なケースについて地域連携への努力が行われているか 1) 診断とその根拠 2) 病状評価 3) 行動特性(ハイリスク要因)の評価 4) 薬物療法等実施計画 5) 心理社会的治療実施計画 6) 退院調整・地域生活支援* *家族調整・地域生活に向けての計画・入院中からの訪問チームとの連携・ケア会議開催・退院後の訪問支援計画
治療反応性評価	3ヶ月 12ヶ月	BPRS 現在のハイリスク要因 著しいADL, IADLの低下 BPRS 現在のハイリスク要因 著しいADL, IADLの低下
その他の退院困難要因の評価	3ヶ月 12ヶ月	

研究分担報告

研究分担者：堀口寿広

独立行政法人

国立精神・神経医療研究センター

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））
精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究

分担研究報告書

退院を目標に設定した精神疾患の地域連携クリニカルパスに対する意見の調査

研究分担者 堀口寿広 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 室長

研究要旨:「重度かつ慢性」の基準に該当するものの医療に資するよう、退院を目標に設定した精神疾患の地域連携パスを作成することを目標として、2つの研究を実施した。研究1では、医療計画に関連した都道府県によるパスの整備状況に関する調査として、全都道府県担当課を対象としてパスの策定の有無をたずねた。34団体から回答があり、退院に関連したパスを導入している公立病院を有するという団体が1団体、精神疾患について今後作成する予定については検討中が1団体、検討予定が2団体あった。研究2では、退院を目標に設定した精神疾患の地域連携クリニカルパスに対する意見の調査の調査として、全国の精神科救急入院料認可施設114か所を対象としてパスの使用の有無と、架空の事例を提示しパスに盛り込むべき事項をたずねた。25病院から回答があり、複数の回答に見られた項目を抽出してパスを試作した。

研究協力者

伊藤弘人 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 部長

院における長期在院患者の実態調査」が行われた（国立精神・神経医療研究センター倫理委員会承認番号：A2012-106）。本研究班はそれを引き継ぐ形で、「重度かつ慢性」に該当するものの医学的な基準から、該当するものに向けた医療福祉のあり方について研究を開始した。

A. 研究目的

平成24年6月、精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会において、精神科入院医療の今後の方向性として、「精神科の入院患者は、「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療へ移行させる仕組みを検討する」との方針がまとめられた。その際に、「重度かつ慢性」の患者の基準については、「調査研究等を通じて明確化していく」こととされた。

これを受ける形で、平成25年2月に、国立精神・神経医療研究センター病院 安西信雄 副院長（当時）が代表となり、「精神科病

精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会において、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針案」と題した資料（平成25年12月18日とりまとめ）では、「重度かつ慢性」の患者に対して医療を提供するための機能と、同患者以外の入院期間が1年を超える長期在院者に対して医療を提供するための機能の確保が項目立てされ、その中で、「既に1年を超える入院をしている重度かつ慢性以外の長期在院者については、退院支援や生活支援等を通じて地域移行を

推進し」「多職種による退院支援を推進する」と書かれている。

ここで、全ての患者に向けて、地域生活を送る姿を目標として描きつつ、医療と福祉（ケア）の計画（プラン）を立案するとき、地域連携クリニカルパス（クリティカルパス）（以下、パスと略記）を導入することが考えられる。下村¹⁾は、「多くの精神科病院で取り組まれている地域移行プログラムを「退院支援パス」として作成可能であろう」と述べ、パスの作成が必要であるとともに関係者にとっては未知の作業ではないことを説明している。しかし、わが国では精神疾患についてパスを導入することに対してはさまざまな立場や意見があり、大学や病院単位、あるいは地域単位で作成が行なわれてはいるものの、退院を目標に設定しその後の地域連携を視野に入れたパスを作成し、さらに全国レベルで標準化することにはさらなる議論が必要と思われる。パスとして文献等をもとに作成したものを配布して普及を図るといった、ともすると一方的と受け取られかねない方法を採用のではなく、まずは現状においてどのような実践があるのか、また、改善に向けてどのような課題が提起されているのか意見を収集することが必要であろう。精神疾患以外の疾患におけるパスについて、地域医療計画に基づき疾患ごとに地域連携パスを作成し共有を推進している地域もある中で、精神疾患について一定のパスを作成することは、わが国の地域医療に資するところが大きい。

そこで、当分担研究では、退院を目標に設定した精神疾患の地域連携パスを作成することを目標とし、そこに向けて、関係者間の知見を集積して一定の合意（experts' consensus）が得られるようにつぎの研究を実施した。

研究 1. 医療計画に関連した都道府県によるパスの整備状況に関する調査

平成 25 年 11 月に開催された第 67 回国立病院総合医学会では、「地域連携クリティカルパスの現状と課題」と題したシンポジウムが開かれた²⁾。精神疾患に関するパスは取り上げられなかったが、都道府県単位で共通したパスを導入する取り組みの重要性が言及され、千葉県の取り組みが先進的なものであると述べられた。

地域医療計画に精神疾患が新たに記載されたことから、がんや脳卒中をはじめとする各種疾患において活用され地域医療体制の確立に成果を上げている地域連携パスは、今後精神疾患においても活用が大いに期待されるものと考えた。そこで、都道府県によるパスの整備状況について情報を収集することを目的とした。

研究 2. 退院を目標に設定した精神疾患の地域連携クリニカルパスに対する意見の調査

退院を目標とした地域連携クリニカルパスを精神疾患について作成することを目標として、精神科救急医療を実施する医療機関の職員を対象とし、提示した架空事例に対して実施する医療・ケアの内容を回答してもらうことによって、作成すべきパスに対する意見を収集することを目的とした。

B. 方法

1. 対象と方法

研究 1. 医療計画に関連した都道府県によるパスの整備状況に関する調査

全都道府県の医療計画担当課を対象として、次の 2 点を質問するアンケート調査を実

施した。

【問 1.】県独自のものとして、①精神科疾患について、もしくは、②精神疾患にも使用し得る疾患共通型のものをすでに作成しているか

【問 2.】今後、作成の予定はあるか

調査の主旨を説明し回答を依頼する文面を、各都道府県の開設するホームページから、担当課の用意した質問受け付けフォームもしくは質問用電子メールアドレスを利用して送信した。

依頼文では、調査への協力は任意であり、集計結果のみ扱うこととし、団体ごとの回答の有無ならびに団体が特定される情報を用いないことを明記した。

平成 25 年 10 月から順次送信し、回答の〆切は平成 26 年 2 月末までとした。回答を返送することで調査への協力を同意したものとみなした。

研究 2. 退院を目標に設定した精神疾患の地域連携クリニカルパスに対する意見の調査

対象は、日本精神科救急学会がまとめた全国データをもとに、全国の精神科救急入院料認可施設 114 施設とした。

本研究課題の関心の対象である「重度かつ慢性」の患者像を構成する要件の一つとして、その語が示す通り一定程度の重症度を有するということがある。そのような患者は、医療機関が最初に関わる時点では救急入院を要する程度の状態にあると推定される。精神科救急入院料認可施設である医療機関は、そういった「救急入院を要する程度の状態にある、ある程度の重症度を有すると思料される患者」について経験を豊富に有していると考えたため、調査の対象として選定した。

各対象施設の総務課宛てに、調査への協力を求める依頼状と調査用紙、公告文書、返信

用封筒を同封して郵送した（平成 25 年 11 月）。

質問した内容（資料 1）は、パスに関する情報の収集として、Q1.パスの使用の有無、Q2.使用しているパスの種類とした。加えて、Q3.として、「幻覚妄想状態にあり医療保護入院となった架空の事例」³⁾を提示して、(ア)どのような項目を設定すべきか、(イ)当該患者に対し退院に向けてどのような医療ケアの実施を計画するかについて自由な記載を求めた。パスは、「千葉県共用地域医療連携パス」等の先行事例を参考に、A 票として診療計画表、B 票として診療経過表を用意した。Q4.では自由意見を求めた。

なお、回答は無記名としたが、さまざまな立場の職員の意見を収集することを目的として、回答の記入は複数の職員で実施するものとし、記入に当たり関与した職員の職種と人数を記入することを依頼した。

回答を返送することで調査への協力を同意したものとみなした。回答の〆切は平成 26 年 1 月 31 日とした。

調査に当たりどのような取り組みがなされているか詳細な情報を収集することを目的として、使用しているパス等について各施設が作成したものがあれば回答の返送時に寄贈していただくよう依頼した（任意）。

本調査は一定の基準で選択した病院等を対象とした、医療・看護・その他のケアの内容に関する調査であり、当該施設を利用する患者や職員個人を対象としたものではない。回答する病院等は、病院等の名称について記入の有無を選択することができることとした。調査の実施者は、本調査の実施によって患者の個人情報は一切収集していない。

調査の実施に先立ち独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会より実施の承認を得た（承認番号：A2013-101）。

C. 研究結果

研究 1. 医療計画に関連した都道府県によるパスの整備状況に関する調査

34 団体（回答回収率：72.34%）から回答があり、退院に関連したパスを導入している公立病院を有するという団体が 1 団体、精神疾患について今後作成する予定については検討中が 1 団体、検討予定が 2 団体あった。

調査の対象とした各担当課へは調査結果の報告として資料 2 を寄贈した。

研究 2. 退院を目標に設定した精神疾患の地域連携クリニカルパスに対する意見の調査

25 施設（回答回収率：21.93%）から回答があった。

(Q1.)パスの使用の状況（図 1）

使用の有無については、「はい」が 20 施設（80.00%）であった。

(Q2.)使用しているパスの種類（図 2）

パスを使用していると回答のあった 20 施設のうち 18 施設で、2 種類以上のパスをしていた。

疾患別（複数回答）で見ると、統合失調症が 11 施設、うつが 8 施設、気分障害が 4 施設、認知症が 4 施設、その他が 13 施設であった。その他の内訳は、思春期（3 施設）、アルコール（3 施設）、結核、PTSD、小児などであった。

目的別（複数回答）で見ると、退院促進が 12 施設、m-ECT が 9 施設、治療の管理が 8 施設、地域連携が 7 施設、その他が 19 施設であった。その他の内訳は、急性期（2 施設）、医療観察法（2 施設）などであった。

今回、調査を通して、4 病院からパスの見本等の寄贈があった。

(Q3.)架空事例についてのパスの試作

それぞれの回答が複数の職員による記入

であったが、職種別にまとめると、医師（5 人）、看護師（32 人）、PSW（7 人）等のべ 81 人が記入した。

(A 票)診療計画表について

質問紙に項目を設けた時期は、「入院時（～1 週間まで）」、「1 ヶ月」、「3 ヶ月」、「6 ヶ月」、「1 年」、「10」年であったが、「～2 週間」、「2 ヶ月」、「入院 2 週間目～退院 10 日前」、「退院 10 日前～退院」といった時期の設定があった。

治療目標としては、入院時には「不穏・興奮状態の改善」が 9 件、1 ヶ月は「生活リズムを整える（睡眠・休息の量・質的確保）」が 9 件、3 ヶ月は「退院」が 11 件、6 ヶ月は「定期的な外来通院」が 6 件、1 年は「定期的な通院」が 3 件、10 年は「症状悪化時早期対処ができる」が 4 件あった。（表 1）

治療行為としては、入院時には「薬物療法」が 11 件、1 ヶ月は「服薬指導・確実な与薬」が 8 件、3 ヶ月は「外出・外泊訓練」が 8 件、6 ヶ月は「外来診察」が 5 件、1 年は「外来診察」が 5 件、10 年は「外来診察」が 2 件あった。（表 2）

かかりつけ医の項目では、入院時には「情報提供書の依頼」が 7 件 3 ヶ月は「診療情報提供」が 3 件あった。（表 3）

社会資源の利用としては、入院時には「経済状況確認」が 5 件、1 ヶ月は「生活支援に関する情報収集・提供」が 8 件、3 ヶ月は「自立支援医療の説明」が 4 件、6 ヶ月は「日中の活動場所利用（デイケアなど）」が 5 件、1 年が「作業所等の就労支援」が 6 件あった。（表 4）

(B 票)診療経過表について

・入院時の情報について

項目として設けるべき事項として、多かった順に並べると、「社会資源利用の確認」が 12 件と最も多かった。（表 5）

・入院中の経過

重複した複数の回答はなかった。「使用薬剤とその投与による治癒過程の概要」という回答があった。

・退院時の情報（表 6, 7, 8, 9）

「退院後の通院先について」が 7 件と最も多かった。

(Q4.)自由意見について

パスに関する意見として表 10 の通りにまとめた。

調査の対象とした各施設へは調査結果の報告として資料 2 を寄贈した。

D. 考察

本分担研究では、「重度かつ慢性」の基準に該当する精神疾患を有するものの医療に資するべく、退院を目標に設定した精神疾患の地域連携パスを作成することを目標とした調査を実施した。

研究 1. 医療計画に関連した都道府県によるパスの整備状況に関する調査

すべての都道府県から回答を得たものではないが、地域医療計画に基づいて行政が主導する形で都道府県単位でのパスの開発普及の活動は途上にあると考えられた一方で、調査の実施時点において検討を始めた団体のあることを確認した。

今回の調査で得られた、公立病院において退院に関連したパスを導入しているという回答について、見本等の寄贈はなかったことから、対象となった施設への協力の依頼を検討したい。

研究 2. 退院を目標に設定した精神疾患の地域連携クリニカルパスに対する意見の調査

今回、退院を目標としたパスを導入してい

るとの回答はなかった。しかし、「対象とする疾患を特定していない」パスを利用しているとの回答もあり、さまざまな目的に応じてパスが導入されていることが確認できた。

架空の事例を提示してパスを試作するといった手法を用いた調査からは、パスを作成する場合に参考にするべき事項について多くの意見を収集することができた。

まず、診療計画表では 3 カ月を、退院を目標とする時期に設定した回答が複数得られた。在院期間が 1 年を超えることのないように取り組もうとする施設および職員の意識が複数の施設間で共有されていることの表れと考えた。

また、治療目標には、入院早期の安静や休養から、入院後 6 カ月頃からの安定した通院、1 年後からの就労を目指した支援等へと、地域生活につながろうとする、着実な方向性が見られた。

E. 結論

「重度かつ慢性」の基準は本研究班において今後策定されることとなるが、各職種からの意見を収集して実情に即して作成するパスは、同基準に該当するものの医療に資するものとなる。

地方公共団体および医療機関を対象とした調査から、精神医療におけるパスの整備状況、および、地域医療計画に関連した地域共用型のパスの作成に向けた取り組みについて情報を得ることができた。情報のもたらす社会的な貢献を考慮し、引き続き情報法を収集していくことが必要と考えた。

参考文献

- 1) 下村裕見子. 精神科地域連携クリティカルパス開発に向けて. 精神医療 62 ; 33-43, 2011.
- 2) 井口厚司. 地域連携クリティカルパ

スの現状と課題. 第 67 回国立病院総合医学会, 石川, 2013.11.8.

- 3) 泉田信行, 野田寿恵, 杉山直也, 伊藤弘人. 精神科急性期治療導入時の資源投入量に関する調査・検討. 精神医学 52(8) ; 773-782, 2010.

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし
3. 書籍
なし

4. その他

H. 知的所有権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

謝辞

調査にご協力下さった多くの団体ならびに個人の皆様方に深謝申し上げます。

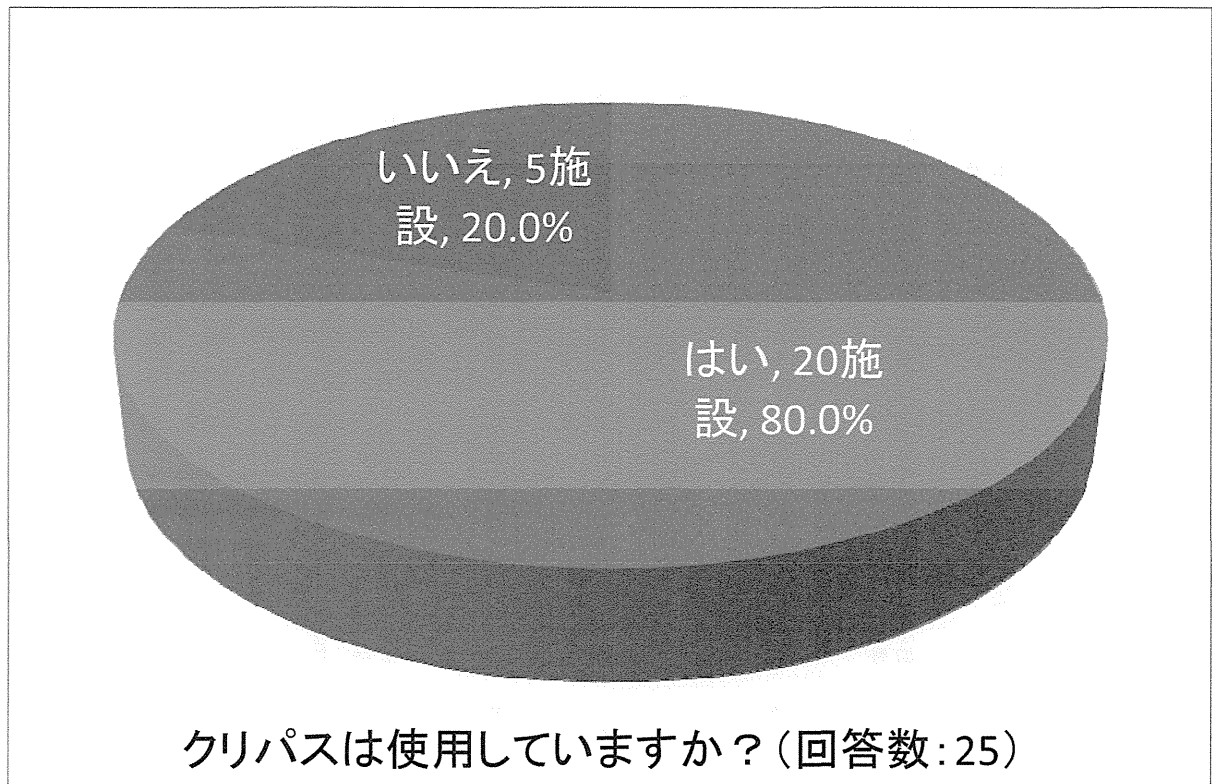


図 1: クリニカルパス(クリティカルパス)の使用の状況

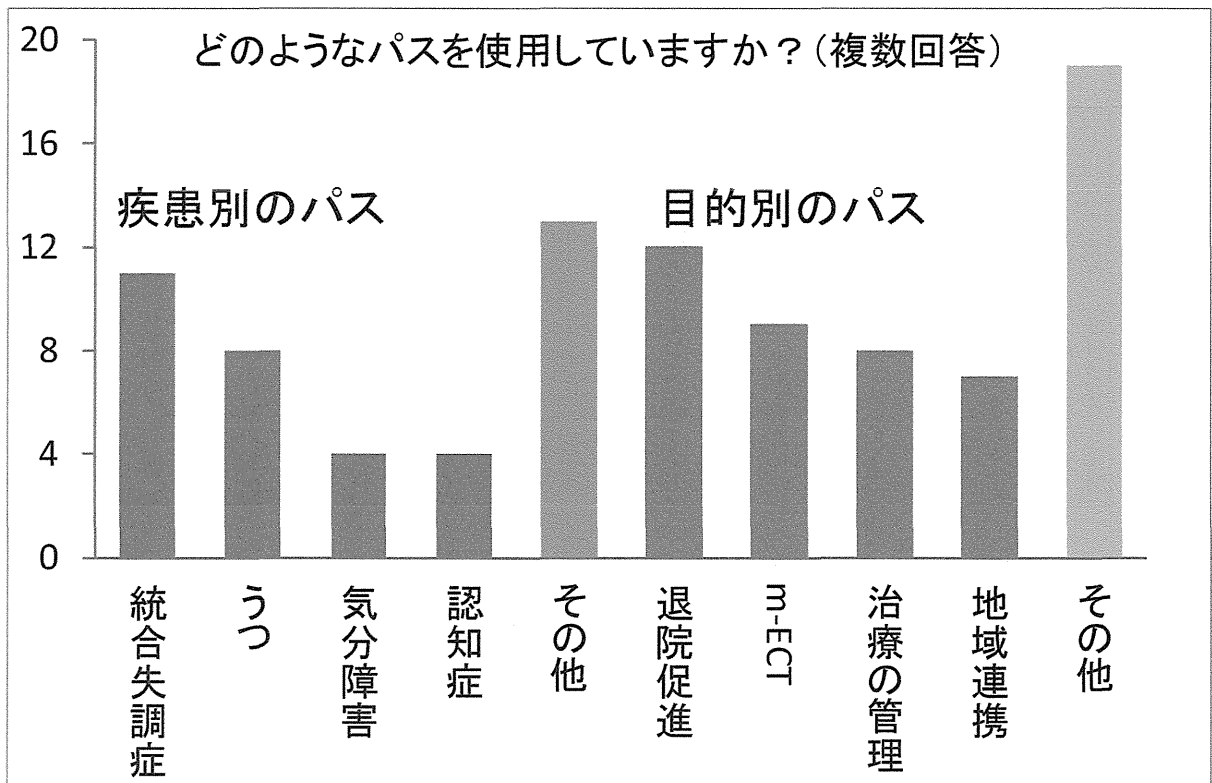


図 2: どのようなパスを使用しているか

表 1: 治療目標アウトカム

入院時 (~1 週間)	1 ヶ月	2 ヶ月	3 ヶ月	6 ヶ月	1 年	入院 2 週間目~退院 10 日前	10 年	
不穏・興奮状態の改善 9	行動の制限最小化に向けた検討	生活リズムを整える(睡眠・休息の量・質的確保)9	服薬の必要性理解→服薬自己管理	退院 11	定期的な外来通院 6	定期的な通院 3	治療疾病、薬剤の理解度	症状悪化時早期対処ができる 4
安全確保 7	症状の把握	入院目標・退院時目標の再確認と目標共有 7	入院目標・退院時目標の再確認と目標共有	服薬継続の必要性がわかる 4	安定して地域生活が送れる 6	安定した地域生活 3	内服管理	治療目標:精神症状が落ち着いて生活できる 4
睡眠・休息確保 7	ADL の把握	対人交流の増加 集団への参加 6	退院後の生活を具体的に考える(外出・外泊の安定)	退院の準備を行い、社会復帰に向けて行動できる退院計画についての知識を言語で示す等 4	デイケア通所 3	自ら希望する生活に向かう準備をする(就労準備)2	ADL の査定	定期的な通院 2
静かな環境で落ち着いて過ごせ、隔離解除となる 4	二次自律性(セルフケア)の回復	刺激・症状の増減評価 5	退院決定	薬以外の対処方法を身につける 3	短期的な服薬の自己管理ができる 3	就労のステップアップ 2	(地域サービス導入の援助)	
治療の必要性について理解できる・協力が得られる 5		一般病床での生活への適応 4	人のアドバイスを受け入れられる	単独外出・外泊 2	再発・再燃の予防 2	服薬の自己管理ができる 3		自立した生活
精神・身体状態(安定度/活動性/食欲/睡眠/排泄)/保清 3		主治医の診察に応じることができる・服薬ができる 5	少しずつ生活範囲が広がっても気分が安定している	継続治療への理解 2	就業など将来の目標設定ができる 2	精神症状の安定 2		就労(障害者枠)
病棟環境に慣れる 2		状態(症状)安定=病的体験の改善 3	自分にあたりハビリが開始できる	治療に主体的・積極的に参加することができる 2	精神・身体状態(安定度/活動性/食欲/睡眠/排泄)/保清 2			他者との良好な関係
入院目標・退院時目標の共有 2		スタッフに自分のことが話せる 3	薬の飲み心地を相談できる	通院の必要性の理解 2		病状再発の兆候を理解できる		服薬(コンプライアンス/作用・副作用の評価)
服薬(コンプライアンス/作用・副作用の評価)2		病棟内(大部屋)レベルでの自立 3	身の回りのことができ、規則正しい生活が送れる	家族の受け入れ態勢が整う 2	継続治療必要性の理解	退院に向けた具体的な準備をする		精神・身体状態(安定度/活動性/食欲/睡眠/排泄)/保清
身体管理がなされている 2		患者家族との良好な関係構築 2	任意入院への切り替え	服薬(コンプライアンス/作用・副作用の評価)管理下で持続的に薬物を服用する。3	自分の病気について考えることができる	デイケア参加		内科検査
栄養状態の改善 2		食事・洗面・入浴・洗濯自立 2	病識・対処方法の獲得(悪化徴候の認識、不調を誰に相談する) 3		自分の気持ちをコントロールできる	他者との良好な関係		本人・家族への病状説明と治療確認

	入院時エピソードの振り返り ²		他者との良好な関係	治療目標:精神症状が落ち着いて生活できる	患者や家族メンバーの長期ゴール:
不安の軽減	服薬(コンプライアンス/作用・副作用の評価) ²	社会的能力の再獲得	訪問看護利用	内科検査	患者や家族メンバーの一番の心配事:
抑うつ気分の改善 希死念慮の軽減	院外生活評価 ²	入院に至った経緯の回顧	社会活動への参加→1年	本人・家族への病状説明と治療確認	再発の予防
入院期間の最小化	ADLの向上 ²	さまざまな人と出会ったり活動しても気分が安定している 在宅ケアの条件整備	服薬(コンプライアンス/作用・副作用の評価) 内科検査	患者や家族メンバーの長期ゴール: 患者や家族メンバーの一番の心配事:	
治療目標:精神症状が落ち着いて退院できる 内科検査	体力回復を図る	退院・社会復帰を目標に外泊し作業療法に加わる	本人・家族への病状説明と治療確認	安定した地域生活が送れる。 自分の状態、心配事や困っていることを言語化でき相談者と話し合える。 解決策を講じることができる。	
本人・家族への病状説明と治療確認	すべてのケアやスタッフへの不信感が減弱する	モニタリング 地域への移行(質の高い生活の維持)	患者や家族メンバーの長期ゴール:	病識の獲得	
患者や家族メンバーの長期ゴール:	治療の状況の確認と対処	デイケア通所訓練	患者や家族メンバーの一番の心配事:		
患者や家族メンバーの一番の心配事:	食欲が戻る	精神・身体状態(安定度/活動性/食欲/睡眠/排泄)/保清	病識の獲得		
	短期入院 プランニング→実行(漏れのない支援) 心理教育	内科検査 本人・家族への病状説明と治療確認 患者や家族メンバーの長期ゴール:			
	精神・身体状態(安定度/活動性/食欲/睡眠/排泄)/保清 内科検査 本人・家族への病状説明と治療確認	患者や家族メンバーの一番の心配事:			

患者や家族メンバー
の長期ゴール:

患者や家族メンバー
の一番の心配事:
病感の獲得

【 】は、職種を指定した回答を示す

→は、同一の内容が退院まで継続されたとした回答を示す

回答の後の数字は同一と分類した回答の件数を示す(表 2 以降も同一)

表 2: 治療行為タスク

入院時 (~1 週間)	1 ヶ月	2 ヶ月	3 ヶ月	6 ヶ月	1 年	退院 10 日前~退院	10 年
【医師】薬物療法 11 各検査(血液、 尿、Xp、ECG 等) 10	カンファレンス (治療方法の確認) 2 服薬指導・確実な与薬 8	【看護師】外泊・外出 2	外出・外泊訓練 8	【医師】外来診察通院 (回/月)5	【医師】外来診察(回 /月)5	地域サービス調整	【医師】外来診察(回 /月)2
入院治療計画書 8	環境調整(安全 確保) 【OT】病棟 OT 参加 8	行動制限見直し 診断、入院形態の変更 6	【医師】服薬自己管理検討 2	服薬自己管理 4	【医師】デイケア 3	症状改善の評価 2	退院前訪問
【医師】指示、行 動制限 6	セルフケアの援 助	心理教育 6	服薬の調整と副作用の観 察 2	薬物療法の薬効と副作 用の観察 3	精神状態の評価 2	【医師】精神療法 2	家族やキーパーソ ンのサポート状況の 確認
薬物調整 5	服薬援助	【医師】家族面接(治療 について今後の本人・家 族の希望確認) 5		作業療法 3	【医師】薬物療法 3	【医師】薬物療法 2	退院後の生活(活動 場所の設定)や通院 間隔の確認など
制限内容の理解 4	【医師】OT 処方	薬物療法の評価、実施 (副作用のチェック) 5	【医師】退院時カンファレン ス	退院前ケースカンファレ ンス(患者、家族に退院 後の方向性を説明) 3			【薬剤師】薬指導
【医師】精神療法 5	【OT】OT 面接	疾患教育 5	【医師】指示、行動制限検 討	家族面談 2	生活指導, デイ(ナイト) ケア参加	本人の希望を再確認	【デイケア】デイケア終 了
身体管理 3	【OT】初期評価	【心理士】心理検査 3	【医師】精神療法	再発予防についての教 育(心理教育) 2	改善されない症状の検 討	退院に向けての評価	精神状態の評価
入院時診療、説 明、告知 3	【OT】サマリー 作成	【心理士】心理面接 3	【医師】薬物療法	退院前訪問 2	問題点の整理	外出、外泊の評価	内科検査。栄養指導。 カンファレンスの実施 (/)。
【医師】入院時カ ンファレンス 3	情報収集	家族教育 4	【医師】薬指導(オーダー)	治療の状況の確認と対 処 治療反応性・行動の評 価 2	外出・外泊の検討	服薬の自己継続の評 価	ヘルパー(回/週)。 訪問看護(回/週)。
精神症状、問題 行動の把握及び 観察 3		【医師】薬物療法 4	【医師】栄養指導(オーダ ー)	疾病教育 2	対人スキル等の向上に 関する支援	【薬剤師】薬指導	日中活動(家事・病院・ 保健所・作業所・OT・ デイケア・支援センタ ー・就労)。
身体状況・生活状 況確認 3		【医師】中間カンファレン ス 今後の治療方針説明 (退院に向けた)(本人・ 家族) 3	【医師】デイケア(オーダ ー)		【医師】精神療法	内科検査。栄養指導。 カンファレンスの実施 (/)。	

睡眠状況の確認 2	諸検査 (EEG、胸部 Xp、 心理)3	【医師】訪問看護検討	SST	【薬剤師】薬指導 2	ヘルパー(回/週)。 訪問看護(回/週)。
【看護師】看護面 接 2	【医師】精神療法 3	【医師】退院前訪問検討	治療中断、悪化時の役 割設定	医師面接	日中活動(家事・病院・ 保健所・作業所・OT・ 支援センター・就労)。
家族への説明 3	精神症状の評価 3	【医師】退院検討・決定	急性期治療・病識に対 する評価	CP の面接	
危険物・貴重品の 確認 2	治療計画・治療チーム への指針 2	【看護師】看護計画更なる 展開	退院環境の調整	OT の面接	
【医師】OT 検討 2	【医師】退院前訪問検討 【看護師】退院前訪問 (看護師+PSW)2	【看護師】退院期振り返り と退院期目安再設定(患 者・家族とともに)	診断、入院形態の検討	生活状況の確認	
	SST 等の検討(処方箋 の記入)2	【看護師】看護面接	身体合併症の検査	内科検査。栄養指導。カ ンファレンスの実施 (/)。	
退院前訪問によ る自宅環境アセス メント	【医師】デイケア検討 2	【看護師】転倒転落チェッ ク	在宅薬物療法検討(回 数減、LAI 等)	ヘルパー(回/週)。	
【医師】薬指導(オ ーダー【薬剤師】)	【看護師】看護面接 2	【看護師】退院前訪問(看 護師+PSW)	デイケア、OT 参加練習	日中活動(家事・病院・ 保健所・作業所・OT・支 援センター・就労)。	
【医師】栄養指導 (オーダー【管理 栄養士】)	入院時の振り返り 2	【看護師】服薬自己管理	訪問チームとの面接	(必要時)認知行動療法	
【看護師】看護介 入設定		【看護師】家族調整	内服調整		
m-ECT	退院前訪問(1~3 回) (→3ヶ月)	【薬剤師】薬指導	心理検査		
【看護師】転倒転 落チェック	計画の見直し→	【薬剤師】疾病プログラム	患者スタッフミーティング		
【看護師】褥創チ ェック	本人の希望確認	【管理栄養士】栄養指導	社会復帰フォーラム		
【看護師】うつ病 教室の説明	情報収集	【管理栄養士】栄養スクリ ーニング	治療プログラム		

【看護師】家族会の説明(看護師+PSW)	【医師】心理検査(オーダー)	【OT】院内 OT 参加	デイケア見学
【管理栄養士】栄養スクリーニング	【医師】指示、行動制限検討	【OT】OT 評価	SDM/BACS-J、PANSS
行動範囲	身体状態確認	【デイケア】デイケア体験	精神状態の評価
メディカルスタッフ全員による毎日回診	【医師】薬指導(オーダー)	【デイケア】デイケア面接	ADL の評価
SDM、クライアントパス提示	【医師】栄養指導(オーダー)	【デイケア】デイケア評価	睡眠チェック
評価 PANSS-EC,DAI-10,DIEPSS,PANSS	【看護師】看護計画展開	診断、入院形態の検討	医師・看護師面接
ADL の評価	【看護師】行動範囲拡大・対応	身体合併症の有無と検査	CP・OT の介入
医師・看護師面接	【看護師】転倒転落チェック	行動範囲の拡大	退院前訪問
入院前の生活状況確認	【看護師】外泊・外出	カンファレンス(5 週間目)	利用する関係機関とのカンファ
摂食状況の確認	【薬剤師】疾病プログラム		退院時記録・退院療養計画書記載 薬剤指導
皮膚科、歯科、内科、整形、理学療法(リハビリ)診察 →必要時	【管理栄養士】栄養指導		精神療法
	【管理栄養士】栄養スクリーニング		
	家族への説明		
	ストーリー再構成のための面接		
	不穏、不眠時の対応		
	患者スタッフミーティング		
	新患ミーティング		
	社会復帰フォーラム		

メディカルスタッフ全員
による毎日回診

SDM

ADLの評価

睡眠チェック

社会資源の紹介
