

表 3: かかりつけ医

入院時 (~1 週間)	1 ヶ月	2 ヶ月	3 ヶ月	6 ヶ月	1 年	10 年
情報提供書の依頼 7	診療情報提供書を準備する	退院後の通院先の調整	診療情報提供 3	患者とかかりつけ医、入院時の医師、 コメディカルでのカンファレンス→	対象者のニーズに合わせ協議	
情報収集 2			入院中の情報提供	(希望時連携→1 年)	通院する医療機関の見学	
他科既往や受薬の有無の確 認			転送予定の場合は情報提供	定期受診		
エピソード聴取			退院時情報提供	再発の予兆がないか		
身体疾患情報提供			治療経過の報告			
			入院中経過と治療方針の共有			
			退院前に再受診を検討			
			継続診療依頼			

表 4:社会資源の利用

	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
経済状況確認 5	【PSW】生活支援に関する情報収集・提供 8	【PSW】障害程度区分認定・障害者手帳申請検討 2	自立支援医療の説明 4	自立支援医療の説明 4	日中の活動場所利用(デイケアなど)5	【PSW】就労支援 職業訓練プログラム利用 作業所等の就労支援 6	地域サービス導入の検討	(必要時、訪問看護継続)
【PSW】制度利用状況確認 3	【PSW】障害区分認定調査・検討 4	【PSW】自立支援医療申請	自立支援などの経済状況により調整 2	訪問看護 2				家族会
保護者制度説明 2			訪問看護導入 2			福祉施設等の同伴見学		アルバイト等の就労
限度額適応認定証の説明 3	退院先の情報提供	【PSW】サービス利用確認	デイケア導入 2		かかりつけに PSW 等不在時フォロー	退院に向けての社会生活、経済上の諸問題について解決、援助する		福祉制度の利用・見直し。家族との連携。地域資源の利用。
	地域連携バス利用の検討	家族会			社会復帰、福祉関連の知識、手続方法等の習得を援助する	【PSW】支援会議		地域活動支援センター
【PSW】家族に相談先の情報提供(地域生活支援センター等)	家族教室の紹介	家族調整	支援者と本人の顔合わせ		【PSW】支援会議(退院後の振り返り)	家族会		障害者雇用
医療保険制度説明	体験デイケア	経済問題の調整	ピアサポーター活用		【PSW】就労支援	就労準備に関する社会資源の情報提供		
生活保護等、入院初期に必要な外部機関との調整	訪問看護検討	退院後の通所先の選定(デイケアなど)	退院時カンファレンス		家族会	定期的な通院		
【PSW】入院時面接	家族会		連携箇所への情報提供		在宅プログラム参加	精神症状の安定		
精神保健福祉法上の調整	連携(申請など)		診断書等の相談		定期的な通院	他者との良好な関係		
情報収集	住環境の確認		自宅から通所可能なプログラムの検討、紹介、訪問		精神症状の安定	福祉制度の利用・見直し。家族との連携。地域資源の利用。		
諸手続きを開始			就労支援		他者との良好な関係	訪問看護		

住居の現在状況と期限の調整。活用中だった関係機関への連絡調整。

施設利用

障害年金

連携

OT

障害福祉窓口案内

就労支援学校

家族との退院調整。関係機関との退院調整。退院後のフォローアップ(外来等での)。福祉制度の手続き。

福祉制度の利用・見直し。家族との連携。地域資源の利用。

表 5:その他

	入院時 (～1週間)	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年	10年		
	(～2週間)						入院 2 週間 目～退院 10 日前	退院 10 日前 ～退院	
SDM 精神症状評価	第 1 回カンファレンス	SDM 精神症状評価	ピアサポート	SDM 精神症状評価	家族面会 →	ピアサポート	第 2 回カンファレンス	第 3 回カンファレンス	ピアサポート
持参薬チェック		地域との連携→		ケア会議	ピアサポート				
入院時検査		家族支援(→1年)		生活基盤の確立					
心理検査		家族心理教育		自立支援法活用準備					
ADL 介助		障害区分認定申請		ヘルパー導入					
家族面接		(院内)OT、デイケア参加→3ヶ月		退院先の調整状況。外来 OT 指示。デイケア体験参加。服薬自己管理指示。外出・外泊の実施。退院前訪問指示。退院前ケースカンファレンス。退院後の問題点・対策を確認。必要時訪問看護指示。					
多職種での入院時カンファレンス		退院先の調整(単身・同居・その他)。中間ケースカンファレンスの実施。パス用調査票の記入(別紙)。作業療法指示。集団精神療法指示。SST 指示。服薬指導指示。栄養指導指示。メタボリック・栄養教室参加。運動レク療法参加。		パスからの逸脱(1.転院 2.重症合併症の発症 3.急遽の退院)					
【PSW】退院先についての検討→		パスからの逸脱(1.転院 2.重症合併症の発症 3.急遽の退院)							
必要に応じ m-ECT 保護者専任									

ケア会議、担当スタッフのカンファを各時期に定期的に行う

褥瘡計画。肺塞栓予防計画。  
転倒転落予防パス。初期看護  
計画立案。栄養管理計画書の  
記載(BMIの算定)。

バスからの逸脱(1.転院 2.重症  
合併症の発症 3.急遽の退院)

---

表 6:入院時の情報

社会資源利用の確認	12
入院前の生活歴	7
家族情報(同居可能親族、支援能力を含む)	7
治療歴(入通院先と治療期間)	5
職歴	5
ADL評価	4
生育歴、発育歴	4
現病歴	4
経済状況(年金、生保の有無、手帳の有無)	5
家族歴	4
家族構成	3
キーパーソン	3
教育歴	3
診断(入院時)	3
服薬、処方内容	3
診断名(前医も含め)	2
結婚歴	2
本人・家族の病識	2
入院前の生活状況(生活保護受給の有無)	2
身体状況(外傷、合併症、VS、睡眠、食事等)	2
宗教	2
本人・家族の希望	2
障害者手帳の有無	2
セルフケア	
行動制限情報	
作業療法導入状況	
薬剤アレルギー	
睡眠障害	
食欲不振	
父親の協力体制	
父親の全体の意向	
栄養状態	
エコマップ	
違法薬物の使用歴	
通院歴	
外出泊状況(許可状況)	
副診断(知的障害、発達障害、物質乱用、人格障害等)	
行動障害(自傷他害行動の既往、現症)	
症状評価尺度(GAF、BPRS、PANSS)	
外来での処置	

病前性格

嗜好歴

入院時の本人の気持ち

治療環境の選択

日中の過ごし方

入院時所見

重篤な副作用

リスクアセスメント

主訴

治療方針

家族病理と心理教室(家族面談)

徴候学症候論的評価

化学療法、m-ECTのための指標

家族貧困の有無

---

表 7:退院時の情報

退院後の通院先について7
ADL評価3
社会資源の利用状況6
経済状況3
家族の協力体制5
キーパーソン2
服薬自己管理能力評価6
訪問看護利用の有無3
幻覚、妄想の訴えの減少2
病識、治療への協力2
退院処方、注射(LAI)2
検査値が正常範囲内2
デイケア利用の有無4
入院時の情報
社会資源利用の確認12
入院前の生活歴7
家族情報(同居可能親族、支援能力を含む)7
治療歴(入通院先と治療期間)5
職歴5
ADL評価4
生育歴、発育歴4
現病歴4
経済状況(年金、生保の有無、手帳の有無)5
家族歴4
家族構成3
キーパーソン3
教育歴3
診断(入院時)3
服薬、処方内容3
診断名(前医も含め)2
結婚歴2
本人・家族の病識2
入院前の生活状況(生活保護受給の有無)2
身体状況(外傷、合併症、VS、睡眠、食事等)2
宗教2
本人・家族の希望2
障害者手帳の有無2
セルフケア
行動制限情報
作業療法導入状況



薬剤アレルギー  
睡眠障害  
食欲不振  
父親の協力体制  
父親の全体の意向  
栄養状態  
エコマップ  
違法薬物の使用歴  
通院歴  
外出泊状況(許可状況)  
副診断(知的障害、発達障害、物質乱用、人格障害等)  
行動障害(自傷他害行動の既往、現症)  
症状評価尺度(GAF、BPRS、PANSS)  
外来での処置  
病前性格  
嗜好歴  
入院時の本人の気持ち  
治療環境の選択  
日中の過ごし方  
入院時所見  
重篤な副作用  
リスクアセスメント  
主訴  
治療方針  
家族病理と心理教室(家族面談)  
徴候学症候論的評価  
化学療法、m-ECTのための指標  
家族貧困の有無

---

## 表 8:退院時の指導

継続服薬の指導(家族も含め指導)11

定期的な通院8

症状悪化時の対応5

SOSを出せる場所の提示・出し方3

安定した生活の指導(食事、睡眠、排泄など、規則的な生活を指導)3

困ったときの相談窓口について2

訪問看護の確認2

規則正しい生活習慣2

家族への疾病教育

金銭管理

通院、通所方法

支援センターの利用

支援者の活用方法

退院指導の理解を言語で表現する。

重要他者が支援の強化や急性の症状増悪を避けるためのストレスの現象に関する知識を言語で表現する

表 9: 退院時の経過観察の要点

服薬状況と外来受診状況 <sup>3</sup>
不調前のサイン <sup>3</sup>
外来の受診状況 <sup>3</sup>
日常生活(食事、睡眠、他者との交流、生活リズム等) <sup>5</sup>
症状 <sup>3</sup>
睡眠および休息が取れているか <sup>2</sup>
服薬状況 <sup>3</sup>
サービス利用状況 <sup>2</sup>
近隣との関係
居宅の状態
言動、表情の変化
地域、対人関係の変化
退院時の残遺症状(精神+行動)
デイケア、就労支援への参加状況
家族からの評価の査定
デイ・ナイトケアのスタッフの評価(対人関係、治療プログラムへの参加の質的評価)
治療の問題について周囲の人間とかかわる意思を示す
被害妄想の出現、行動化
訪問看護での評価
本人・家族に対して心理教育的かわりが必要
家族との関係
家族:いつもと違う患者の変化に気づく
感情
家族や職場での人間関係
病感が低下しているとき、治療中断への注意が必要
食欲
幻聴の状態
家族や他の人間関係からくるストレス

## 表 10: 自由回答

### Q4.精神科におけるパスについて課題と思われること、ご意見など

- 
- ・ 時間的な制約のある中で、パス実施徹底のためのスタッフの意識統一が困難である。治療の質向上と診療報酬が伴えば実施しやすい
  - ・ 活用において多職種を巻き込めない
  - ・ 電子カルテでパスを試行しているが、一般科のようにルーチンワークや検査類の詳細目的を設定しにくい。そのため、スタッフに対し電子カルテでパスを使用するメリットをアピールするのが難しく、スタッフの受け入れや効果的な運用が困難になっている
  - ・ パスをどのように地域支援者と共有していくかが鍵になると思う
  - ・ 地域での支援者と一緒に作成していくとさらに良い話し合いになったと思う
  - ・ 同疾患であっても事例それぞれの症状に違いが多く、また、症状改善する時間時の大きくばらつきがある。したがって、パスに乗りにくいところもあり、ばらつきがあるがゆえに「コストに反映できるパス」が作成しにくい。パスを使用することで、記録物が増えてしまった、ということになりかねないこともある。これらの課題をクリアにしなければ、有効に使うためには難しいところもあると思われる
  - ・ 一般科と違い症状の経過など個人差が大きくパス通りに進まない事例も多く、スタッフと患者の評価のズレなどバリエーションが生じることが多い
  - ・ 治癒過程が個人の病状に影響を受けるため、バリエーションになりやすいと感じる
  - ・ 他科疾患に比べて個人のパーソナリティや家族構成・サポート力等の個別的な事情が入院期間に大きく影響する
  - ・ 急性期症状を呈する患者に効果的な段階的な治療環境を保障し、入院期間を1ヵ月半から2ヶ月にしていく
  - ・ 症状の回復が3ヶ月以内になかなかかった際のパスの見直しをどう盛り込むか
  - ・ 疾患特性の違いや病状の程度によって入院治療期間が長期化することがあり、パスという形式がなじみにくい
  - ・ 一般科と異なり特定の期間が定まらない。なかなか期間を区切るのが困難な項目があった
  - ・ 退院から通院へ移行する際の治療の連続性をどう確保するか
  - ・ 身体合併症が生じた際の対応をどうするか
-

## 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

貴院の名称等： \_\_\_\_\_

貴院の名称等につきまして、ご記入は任意です。

(ご回答の内容についてお問い合わせを差し上げることがございます。また、調査結果の報告をご希望の場合は、恐れ入りますがご記入いただきますようお願い申し上げます。)

ご回答の扱いについて、匿名を希望（結果の発表等で貴院の名称等の記載をしない）される場合は下の□にチェック（✓）を入れて下さい

 匿名を希望する

つぎの質問にお答え下さい。

Q 1. 貴院にてクリニカルパス（クリティカルパス）は使用されていますか？

はい ・ いいえ

Q 2. Q 1で「はい」とお答えになった場合、どのようなパスを使用されていますか？ 当てはまるものすべてに○をお付け下さい。

(1) 疾患別 （統合失調症，うつ，気分障害，認知症，その他（ ））

(2) 目的別 （治療の管理，退院促進，地域連携，m-ECT 実施，その他（ ））

Q 3. つぎのページにあるような事例が貴院に入院された状況を想定して、

A 票：診療計画表	退院を目標に設定してそれぞれの時期にどのような対応（医療、看護、その他のケア）を行うか
B 票：診療経過表	診療経過を記録するという観点から必要と思われる項目

を、それぞれご記入ください。

## ご記入の方法について

※ A・B票それぞれの様式につきましては、本調査用紙を参考例として提示いたしますので、貴院でご使用のパス等がございましたら、適宜、様式を追加・修正をしてご記入ください。

※ ご回答はA・B票に直接ご記入ください。ご記入いただきやすいよう、電子データ（ワード）の用意もございます。お手数ですが電子メールでお申し付けください。電子メールでお届け致しますのでお手数ですがご請求下さい： horigti@ncnp.go.jp)

(この事例は架空のものであり、実在する人物や団体とは一切関連がありません)

#### ➤ 事例

24歳男性。身長185cm、体重80kg。大学では空手部に所属していたことがあり、上腕骨骨折の既往があるが、後遺症はない。体系は筋肉質で大柄。部活を引退後、就職活動の時期を迎えるが、周囲の就職先が決まっていく中、たびたび面接を受けたが内定が決まらなかった。結局、大学卒業後、フリーターとなったが、徐々にアルバイトも休みがちとなり、家族の仕送りに頼るようになった。

仕事で行き詰るたびに、仕送りをする父母が事情を聞いたが、店長が自分に嫌がらせをするから、同僚が自分のプライドを傷つけたなどを理由に挙げるだけで、詳しい事情は語らなかった。このような生活が1年ほど続いたが、リストカットなどを繰り返すようになって近医メンタルクリニックを受診した。うつ病の診断で半年ほど治療がなされたが、主治医と会うと心を見透かされているようで緊張する、主治医と相性が悪いといった理由で治療を中断していた。5ヶ月ほど前より、サングラスをかけて帽子を目深にかぶって昼夜問わず行き先も告げずに外出することが続いたが、ある日突然、「国家からみんなはマインドコントロールされているんだよ」「ようやくそれを読み取れるようになったんだ」「これまでの試練も全部仕組まれてたのさ」と幼なじみの友人に打ち明けた。その友人から報告を受けた両親が問い詰めると、「やっぱりみんな国家とつながっていたんだな」と一人で納得したような様子で、家を飛び出した。翌朝、近所家の写真を撮ったり、双眼鏡をもって電柱の影に隠れているところを近隣の住民に通報された。警察官の姿を見るなり、フィルムを抜き取り逃げだしたため保護された。「俺は1人で戦う」「国家権力には屈しない」と職務質問に対してもとりつくしまのない状況であり、興奮して怒鳴り出すようになったため、警察官通報から措置診察となった。

#### ➤ 受け入れ

診察室で医師があいさつすると「ハロー？ ボンジュール？ パードン・ミー？」などとわざとらしく質問をはぐらかす。このため両親に事情を聞き、話が国家権力云々の話題になると、「どうせ、先生も国家の手先なんですよ」「もう、これ以上試練をうけたって平気なんだよ」と述べる。長いこと国家からの嫌がらせに耐えていて苦しいことはないかと共感的に接すると「苦しいよ、俺だってさ」「こんなに俺ばかり攻撃されてちゃ、気も休まらないね」と若干の病感はある様子。これを糸口に診察をすすめることができ、これまでの経緯を本人から聞くことができた。休養と治療をすすめるが、いざ入院という話になると「それは困る」「こんなところじゃ危なくてしょうがない」と頑なとなった。不要措置、医療保護入院と判断し、告知をするが、書面を投げ捨て、「何で同意したんだよ」と父に食ってかかった。

#### ➤ 病棟への移動

5分ほど男性看護師に囲まれ、ようやく渋々、病棟へ続く廊下を歩き出すが、時に看護師に向かって空手の構えを見せたり、突然しゃがみこんで屈伸を始めたりと度々、周囲を緊張させる場面がみられた。保護室に入室し、文句を言いながらも血圧測定などをすませ、看護師に促され水分も摂った。

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

ご記入下さった方の職種： \_\_\_\_\_ (←※個人名は記載なさないでください) 合計 \_\_\_\_\_ 名

**A. 診療計画表**

網掛けの部分へのご記入は不要ですが、診療経過の記録に必要な情報としてパスに加筆・修正すべき事項がございましたらお願い申し上げます。

患者氏名	生年月日 (年齢)・性別	○年○月○日 (24 歳)・男	急性期病院外来予約・連絡先	
	身長・体重	185cm 80kg	急性期病院退院時主治医・連絡先	
			かかりつけ医・連絡先	

以下の欄について、提示した事例について想定される指導の内容等をご記入ください。

時期 項目	入院時 (~1 週間)	1 ヶ月	3 ヶ月	6 ヶ月	1 年	10 年
治療目標 アウトカム						
治療行為 タスク						
かかりつけ医						
社会資源 の利用						
(その他)						

## B. 診療経過表

網掛けの部分へのご記入は不要ですが、診療経過の記録に必要な情報としてパスに加筆・修正すべき事項がございましたらお願い申し上げます。

基本情報				アレルギー歴	急性期病院予約・連絡先
患者氏名		禁忌薬			急性期病院主治医・連絡先
職業	アルバイト	身長・体重	185cm・80kg	禁忌薬	かかりつけ医・連絡先

以下の欄について、診療経過の記録に必要な情報としてパスに設定することが必要と思われる項目の内容（例：入院前の生活歴等）をご記入ください。

入院時の情報		
入院日	○年○月○日	(項目)
発症日	○年○月○日	(項目)
既往歴	上腕骨骨折 (○歳)	(項目)
	(項目)	(項目)
	(項目)	(項目)
	(項目)	(項目)

### 入院中の経過

以下の欄について、診療経過の記録に必要な情報としてパスに設定することが必要と思われる項目の内容と、提示した事例について想定される指導の内容等をご記入ください。

退院時の情報			
退院日	○年○月○日	退院時指導	
(項目)			
(項目)			
(項目)			
(項目)		退院後の経過 観察の要点	
(項目)			
(項目)			

Q 4. 精神科におけるパスについて課題と思われること、ご意見などお聞かせ下さい（ご回答者全体のご意見として扱い、貴院単独のご意見としては扱いません）

ありがとうございました。貴院にてご使用中の地域連携パス等がございましたらご寄贈ください。（対象となる疾患は限定いたしません）



## 資料2

## A.診療計画表

記入者

患者氏名	(性別)	生年月日		身長・体重		急性期病院予約・連絡先		急性期病院主治医・連絡先		かかりつけ医・連絡先		
				cm	kg							
時期 項目	入院時 (~1週間)	(~2週間)	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年	10年				
治療目標 アウトカム	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不穏・興奮状態の改善</li> <li>安全の確保</li> <li>睡眠・休息の確保</li> <li>栄養状態の改善</li> <li>治療の必要性について理解できる・協力が得られる</li> <li>静かな環境で落ち着いて過ごせ、隔離解除となる</li> <li>病棟の環境に慣れる</li> <li>入院の目標・退院時の目標を共有する</li> </ul> <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神・身体状態</li> <li>安定度</li> <li>活動性</li> <li>食欲</li> <li>睡眠</li> <li>排泄</li> <li>保清</li> <li>服薬</li> <li>コンプライアンス</li> <li>作用・副作用の評価</li> <li>身体管理がなされている</li> </ul>		<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>状態(症状)の安定、病的体験の改善</li> <li>生活リズムを整える(睡眠・休息の量・質的な確保)</li> <li>入院の目標・退院時の目標の再確認と目標の共有</li> <li>対人交流の増加、集団への参加</li> <li>一般病棟での生活への適応</li> <li>主治医の診察に応じることができる・服薬ができる</li> <li>スタッフに自分のことが話せる</li> <li>病棟内(大部屋)レベルでの自立</li> <li>家族との良好な関係の構築</li> <li>食事・洗面・入浴・洗濯自立</li> <li>入院時エピソードの振り返り</li> <li>ADLの向上</li> </ul> <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>刺激・症状の増減の評価</li> <li>服薬</li> <li>コンプライアンス</li> <li>作用・副作用の評価</li> <li>院外生活の評価</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>服薬の必要性を理解し自己管理する</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院する</li> <li>退院の準備に向けて行動できる</li> <li>単独で外出・外泊する</li> <li>服薬を継続することの必要性がわかる</li> <li>通院の必要性を理解する</li> <li>治療に主体的・積極的に参加することができる</li> <li>薬以外の対処方法を身につける</li> <li>病識・対処方法の獲得</li> <li>悪化するとき微候の認識</li> <li>不調のとき誰に相談をするか</li> <li>家族の受け入れ態勢が整う</li> </ul> <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>服薬</li> <li>コンプライアンス</li> <li>作用・副作用の評価</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>安定して地域生活が送れる</li> <li>定期的な外来通院ができる</li> <li>デイケアに通う</li> <li>短期的な服薬の自己管理ができる</li> <li>再発・再燃の予防</li> <li>就業など将来の目標設定ができる</li> </ul> <p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神・身体状態</li> <li>安定度</li> <li>活動性</li> <li>食欲</li> <li>睡眠</li> <li>排泄</li> <li>保清</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神症状の安定</li> <li>定期的な外来通院ができる</li> <li>安定した地域生活が送れる</li> <li>服薬の自己管理ができる</li> <li>自ら希望する生活に向かう準備をする(就労の準備)</li> <li>就労のステップアップ</li> </ul>	<p>【目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神症状が落ち着いて自立した生活ができる</li> <li>症状悪化時に早期の対処ができる</li> <li>定期的な外来通院ができる</li> <li>障害者枠での就労</li> </ul>				
治療行為 タスク	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法</li> <li>行動制限の指示</li> <li>精神療法</li> <li>OTの検討</li> <li>入院時カンファレンス</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護面接</li> <li>各検査(血液、尿、Xp、ECG等)の実施</li> <li>入院治療計画書</li> <li>薬剤の調整</li> <li>制限内容の理解</li> <li>身体管理</li> <li>入院時の診察、説明、告知</li> <li>精神症状、問題行動の把握及び観察</li> <li>身体状況・生活状況の確認</li> <li>睡眠状況の確認</li> <li>家族への説明</li> <li>危険物・貴重品の確認</li> </ul>	<p>カンファレンス(治療方法の確認)</p> <p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法</li> <li>精神療法</li> <li>家族面接</li> </ul> <p>(治療について今後の本人・家族の希望確認)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>中間カンファレンス</li> <li>退院に向けた今後の治療方針説明(本人・家族)</li> <li>退院前訪問検討</li> <li>デイケア検討</li> </ul> <p>【看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>看護面接</li> <li>看護師)看護面接</li> <li>退院前訪問(看護師+PSW)</li> </ul> <p>【心理士】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>心理検査</li> <li>心理面接</li> </ul> <p>【OT】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>病棟OT参加</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>行動制限見直し</li> <li>診断、入院形態の変更</li> <li>服薬指導・確実な与薬</li> <li>心理教育</li> <li>疾患教育</li> <li>家族教育</li> <li>諸検査(EEG、胸部Xp、心理)</li> <li>精神症状の評価</li> <li>治療計画・治療チームへの指針</li> <li>SST等の検討(処方箋の記入)</li> <li>入院時の振り返り</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>家族面接</li> <li>服薬自己管理</li> <li>服薬指導</li> <li>薬物療法の薬効と副作用の観察</li> <li>外泊・外出</li> <li>作業療法</li> <li>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)</li> <li>家族面談</li> <li>再発予防についての教育(心理教育)</li> <li>退院前訪問</li> <li>治療の状況の確認と対処</li> <li>治療反応性・行動の評価</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外泊・外泊訓練</li> <li>服薬自己管理</li> <li>服薬指導</li> <li>薬物療法の薬効と副作用の観察</li> <li>作業療法</li> <li>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)</li> <li>家族面談</li> <li>再発予防についての教育(心理教育)</li> <li>退院前訪問</li> <li>治療の状況の確認と対処</li> <li>治療反応性・行動の評価</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法</li> <li>外来診察</li> <li>通院(____回/月)</li> <li>精神療法の実施</li> <li>デイケア</li> <li>疾病教育</li> <li>訪問看護</li> <li>継続(____回/週)</li> <li>精神状態の評価</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来診察</li> <li>通院(____回/月)</li> <li>精神療法の実施</li> <li>デイケア</li> <li>薬物療法</li> <li>症状改善の評価</li> </ul>	<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来診察</li> <li>通院(____回/月)</li> </ul>					
かかりつけ 医	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報提供書の依頼</li> <li>情報収集</li> <li>他科受診歴</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>診療情報提供書を準備する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の通院先の調整</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療情報の提供</li> <li>入院中の経過と治療方針の共有</li> <li>継続診療の依頼</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者とかかりつけ医、入院時の医師、コメディカルによるカンファレンス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者のニーズに合わせ協議</li> <li>通院する医療機関の見学</li> </ul>					
社会資源 の利用	<p>【PSW】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>制度の利用状況を確認する</li> <li>経済状況確認</li> <li>保護者制度説明</li> <li>限度額超過認定証の説明</li> </ul>		<p>【PSW】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>生活支援に関する情報収集・提供</li> <li>障害区分認定調査・検討</li> <li>・デイケア</li> <li>・訪問看護</li> <li>・家族会</li> </ul>	<p>【PSW】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援医療の説明</li> <li>訪問看護導入</li> <li>デイケア導入</li> <li>ピアサポーターの活用</li> <li>・デイケア</li> <li>・家族会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日中の活動場所利用(デイケアなど)</li> <li>福祉制度の利用・見直し</li> <li>訪問看護</li> <li>障害年金</li> <li>就労支援学校</li> <li>・家族会</li> <li>・OT</li> </ul>	<p>【PSW】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>就労支援</li> <li>職業訓練プログラム利用</li> <li>作業所等の就労支援</li> <li>福祉施設等の同伴見学</li> <li>・家族会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>アルバイト等の就労</li> <li>福祉制度の利用・見直し</li> <li>必要時に訪問看護を継続</li> <li>家族との連携</li> <li>家族会</li> </ul>					
その他	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:											

基本情報			
患者氏名	( 歳 男・女 )	禁忌薬	
職業		身長・体重	cm kg

アレルギー歴		急性期病院予約・連絡先	
禁忌薬		急性期病院主治医・連絡先	
		かかりつけ医・連絡先	

入院時の情報				
入院日		生育歴、発育歴		家族構成
発症日		教育歴		
既往歴		職歴		
治療歴 (入通院先と治療期間)		婚姻歴		家族情報 (同居可能親族、支援能力を含む)
現病歴		入院前の生活歴		
前医の診断		入院前の生活状況		
入院時診断		経済状況	年金 生保の有無 手帳の有無	キーパーソン
服薬、処方内容				家族歴
身体状況	(外傷の有無、合併症等)	社会資源利用の確認		本人・家族の病識
ADLの評価		宗教		本人・家族の希望

入院中の経過	
使用薬剤とその投与による治療過程の概要	

退院時の情報				
退院日		退院時指導	<input type="checkbox"/> 継続服薬の指導(家族も含め指導) <input type="checkbox"/> 定期的な通院 <input type="checkbox"/> 症状悪化時の対応 <input type="checkbox"/> SOSを出せる場所の提示・出し方 <input type="checkbox"/> 困ったときの相談窓口 <input type="checkbox"/> 訪問看護の確認 <input type="checkbox"/> 安定した生活の指導(食事、睡眠、排泄など、規則的な生活を指導)	
陽性症状の軽減の度合い				
病状評価尺度	GAF BPRS PANSS			
検査値				
ADLの評価		退院後の経過 観察の要点	<input type="checkbox"/> 症状 <input type="checkbox"/> 服薬の状況 <input type="checkbox"/> 外来の受診状況 <input type="checkbox"/> 日常生活(食事、睡眠、他者との交流、生活リズム等) <input type="checkbox"/> 不調前のサイン <input type="checkbox"/> サービス利用状況	
病識、治療への協力				
服薬自己管理能力の評価				
退院時の処方				
退院後の通院先				
社会資源の利用状況	自立支援医療の有無 訪問看護利用の有無 デイケア利用の有無			
経済状況				
家族の協力体制				
退院後のキーパーソン				

研究分担報告

研究分担者：立森久照

独立行政法人

国立精神・神経医療研究センター

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）

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

重症入院患者の評価方法の開発と統計処理方法に関する研究

研究分担者 立森久照 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究協力者 竹島正 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：【目的】既存調査のデータを用いて、精神病床に1年以上にわたり継続して入院した者の特徴を分析した。この一部が「重度かつ慢性」に相当する者と考えられるので、1年以上継続入院者がどのような特徴を持つ者から構成されているかを示すことは、今後の重度かつ慢性の基準の検討に資する資料となると考えた。【方法】「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究班」が行った調査データを許可を得て二次的に分析した。【結果】BPRS45点以上を基準とした場合に、精神症状が重度であった（=45点以上）者は全体の6割程度であることが分かった。症状のどれかが高度（6点以上）であることも考慮に加えるとさらに全体の6%が上乘せされ、全体の約65%が精神症状が重度であったと考えられるだろう。精神症状、問題行動、ADLおよびiADLの何れの点でも一定以上の症状もしくは困難性を有していたが、ある程度のバラツキは存在した。それらの情報を用いて、対象者の区分を試みたが明確なクラスターが観察できず区分は困難であった。主治医評価による今後の退院可能性の回答から、1年以上長期在院者の6割弱が査時点で退院が困難でその理由が精神症状か身体合併症による、すなわち医療的な問題に理由があると答えていた。ただしこの回答の妥当性は評価できていないので、その点に留意が必要である。【結論】既存調査のデータを用いて、長期在院者の特徴を検討した。既存調査は重度かつ慢性の基準を定める目的で実施されていないため、そのデータから重度かつ慢性の基準について検討を行うには限界がある。今後本研究班で実施予定の調査を分析することで、基準の検討に資する情報を提供したい。

#### A. 研究目的

平成24年6月の精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会（以下「検討会」と略す）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。ここで「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ており、精神科病院における長期入院患者の実態を把握することを目的とした実態調査を行い、「重度かつ慢性」の基準作成に活用す

ることになった。

これを受けて平成24年度に「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究班」（主任研究者：安西信雄）にワーキングチーム（WT）を設け、精神科病院における長期入院患者に関する調査が実施された（以下24年調査と称す）。これは全国の精神病床に1年以上在院中の患者から無作為に約1/10を抽出して調査を実施する大規模調査であったが、長期在院患者の全体像を把握し、そこから重度かつ慢性患者を抽出するための手がかりを得ることを目的とした実態調査であった。