

きる摂食障害の診療 I 脳の科学から見た摂食障害. 精神科臨床サービス. 2015; 15:293-299.

- 3) 佐藤康弘, 福土 審. 特集 知っておきたい摂食障害の基本 COLUMN 摂食障害における中枢神経系の変化 (脳機能画像) 臨床栄養. 2015; 127:891-894.

2. 学会発表

- 1) 福土 審, 遠藤由香, 佐藤康弘, 庄司知隆, 田村太作, 町田貴胤, 町田知美, 阿部麻衣, 佐々木彩加 摂食障害の診療をいかに進めるか. シンポジウム: 治療センター. 第19回日本摂食障害学会学術集会. 福岡, 10月25日, 2015.
- 2) 佐藤康弘, 福土 審 第19回日本摂食障害学会学術集会 摂食障害患者の認知柔軟性と意思決定, シンポジウム: 摂食障害の脳画像 福岡, 10月25日, 2015
- 3) 佐藤康弘, 相澤恵美子, 関口 敦, 遠藤由香, 庄司知隆, 田村太作, 町田知美, 町田貴胤, 福土 審 第56回日本心身医学会総会 神経性やせ症患者的放線冠前部における白質線維統合性の低下, 一般演題 東京, 6月26日, 2015

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 なし

分担研究報告書

7. 精神科病院における診療体制の明確化

森 則夫 (浜松医科大学医学部医学科精神医学講座)

精神科病院における診療体制の明確化

分担研究者 森 則夫 浜松医科大学 精神医学講座 教授
研究協力者 竹林 淳和 浜松医科大学 精神医学講座 講師
栗田 大輔 浜松医科大学 精神医学講座 助教

研究要旨

神経性やせ症 (AN) はエビデンスの確立された治療法に乏しく、しばしば高度な身体合併症を有する。そのため、我が国の精神病床の大半を占める単科精神科病院では AN の入院治療はほとんど行われていない。その結果、患者は遠方の医療機関受診を余儀なくされている。浜松医科大学精神科では独自に作成した AN 身体治療プログラムを導入したことにより、身体合併症の頻度が大幅に減少した。当施設の治療プログラムを他施設の精神科治療スタッフに周知することにより単科精神科病院を含めた多くの医療機関で AN の入院治療が可能になると考えられた。静岡県内の単科精神科病院 3 施設(沼津中央病院、こころの医療センター、好生会 三方原病院)で摂食障害診療に関する研修会を行ったところ、各施設における平成 27 年 11 月現在の AN 入院件数は増加傾向が認められた。

A. 研究目的

神経性やせ症(AN)はエビデンスの確立された治療法に乏しく、しばしば高度な身体合併症を有する。そのため、その入院治療は総合病院の精神科に集中してきた。しかしながら、平成 26 年現在、本邦の精神科病床全体に対する総合病院の割合は 25%に過ぎない(病床数・医療施設調査)。そのため、AN 患者は遠方の医療機関を受診せざるを得ず、入院治療開始までの期間が非常に長い。

浜松医科大学医学部附属病院(以下、当院)精神科では、平成 22 年に AN に特化した身体治療プログラムを開発した。これにより、AN の治療中の合併症が大きく減少した。本プログラムにより、これまで治療経験のない単科精神科病院においても AN の入院治

療を行うことが可能と考えた。本研究では、治療経験の異なる総合病院、単科病院の精神科に本 AN 身体治療プログラムを導入し、施設間での治療成績や安全性に差がないことを検証することを目的とする。

B. 研究方法

本研究は、過去に AN の入院診療実績のある静岡県内の精神科有床総合病院 3 施設(菊川市立総合病院、聖隷三方原病院、浜松医科大学附属病院)と、AN の入院診療実績に乏しい単科精神科病院 3 施設(静岡県立こころの医療センター、沼津中央病院、好生会 三方原病院)で調査を行う。対象は平成 26 年 4 月から平成 29 年 3 月の間に各施設を受診する AN を含む痩を伴う摂食障害患者と

する。本プログラムの導入に際して、各医療施設で医師、看護師、心理士、管理栄養士、精神保健福祉士、作業療法士等を対象に本プログラムに関する研修会を実施する。単科精神科病院では主に Body mass index (BMI) 14 以上、かつ重篤な身体合併症のない患者を担当する。

上記 6 施設におけるプログラム導入前後の AN の入院治療患者数の変化を比較する。

(倫理面への配慮)

被験者が各施設での入院治療を開始する際に、本研究の内容について説明し、同意を得て行う。

C. 研究結果

平成 27 年 12 月までに 6 施設で摂食障害診療に関する研修会を行った。

平成 26 年度の入院治療患者数は沼津中央病院 0 件、こころの医療センター 14 件、好生会 三方原病院 5 件であった。また平成 27 年 4 月から同年 11 月末までの 8 ヶ月間では沼津中央病院 6 件、こころの医療センター 13 件、好生会 三方原病院 6 件であった。

D. 考察

本研究において、身体治療プログラムおよび多職種のスタッフを対象とした研修会を行うことで、単科精神科病院で入院治療患者数が増加した。これにより、従来困難と考えられてきた単科精神科病院で AN の入院診療が可能であることが示された。

今後、総合病院精神科の入院治療者数のデータを加え、AN 身体治療プログラム導入前後の入院患者治療数について、総合病院精神科と単科精神科病院との間で比較検討する必要がある。さらに、患者の BMI、精神症状尺

度等の臨床データを集積し、過去に治療実績のある総合病院精神科と単科精神科病院との比較検討を行う。これにより、治療実績のない単科精神科病院における AN 治療の有効性についても検討する。

E. 結論

身体治療プログラムを導入することで従来困難と考えられてきた単科精神科病院での AN の入院診療が可能であることが示された。単科精神科病院が AN の診療を行うことで、総合病院に集中している AN 患者がより早期に重症化することなく治療を受けることが可能となると考えられる。

F. 健康危険情報

本研究による健康危険は考えられない。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 栗田大輔: 摂食障害の身体治療一. 脳 21, 18 巻 2 号, 40-44 頁, 2015 年
- 2) 栗田大輔: 危機介入—精神科病棟における神経性やせ症の身体治療一. 精神科臨床サービス, 15 巻 4 号, 465-469 頁, 2015 年
- 3) 竹林淳和: 摂食障害治療支援センター. 精神科, 28 巻 1 号, 40-45 頁, 2016 年

2. 学会発表

- 1) 第 111 回 日本精神神経学会学術総会
➤ シンポジウム「摂食障害の診療体制とネットワーク」摂食障害治療支援センターの役割; 精神科医もできる! 神経性やせ症の身体治療、栗田大輔, 和久田智靖, 竹林淳和, 森 則夫
- 2) 第 19 回 日本摂食障害学会学術総会

- シンポジウム「治療センター」
『摂食障害治療支援センター』-浜松医科大学精神科における取り組み-竹林淳和, 栗田大輔, 森 則夫
 - シンポジウム「摂食障害のチーム医療」
拒食症身体治療マニュアル導入がもたらした看護介入の変化:大場香里, 杉山裕子, 池本理恵, 飯田妙子, 深谷文香, 栗田大輔, 竹林淳和, 大石智津子, 岩田泰秀, 森 則夫
 - 一般演題「浜松医大精神科における神経性無食欲症患者に対する身体管理マニュアル導入の試みとその効果(第3報)」
栗田大輔, 竹林淳和, 和久田智靖, 岩田泰秀, 鈴木勝昭, 森 則夫
- 3) 第 174 回 東海精神神経学会
- 一般演題「浜松医大方式摂食障害包括的治療プログラムによる入院治療の効果」
黒宮 恵, 竹林淳和, 栗田大輔, 森 則夫
 - 教育講演「摂食障害の包括的治療」
竹林淳和

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 なし

分担研究報告書

8. 精神科におけるチーム医療

宮岡 等 (北里大学医学部精神科学)

**精神科におけるチーム医療
- 神経性無食欲症におけるクリニカルパスの作成 -**

分担研究者 宮岡 等 北里大学医学部精神科学 主任教授

研究協力者 高橋恵理¹⁾ 有井浩一¹⁾ 土屋貴裕¹⁾ 田岡優美子²⁾ 野村美紀²⁾

1) 北里大学医学部精神科学 2) 北里大学東病院看護部

研究要旨

【背景と目的】わが国の神経性無食欲症に対する精神疾患治療施設における治療は、標準化が不足しており入院治療が可能な施設も限られている状況にある。より多くの精神疾患治療施設において、神経性無食欲症の治療に取り組めるようになることを期待し、本疾患患者を対象とした入院および外来通院における治療手技の確立を目的とする。

【研究方法】当施設では重症例に対応することが多いため、その治療経験をもとにして、重症例への対応可能な入院治療クリニカルパス及びクリニカルパス医師用マニュアルを作成した。さらに通院治療の標準化を目的に通院行動療法プログラムのクリニカルパス作成を念頭に置き、通院行動療法プログラムの治療転帰について診療録をもとに後方視的な調査を実施した。

【結果】神経性無食欲症を対象とした入院治療クリニカルパスと医師用マニュアルが作成され、平成 27 年 12 月から運用開始された。平成 24 年～27 年の間に通院行動療法プログラムが導入された症例 35 例を対象に転帰調査を実施した。プログラム導入時の平均体重は 61%IBW、終了時の平均体重は 79%IBW だった。目標体重に到達し終診にいたったのが 16 例 (46%)、入院へ移行したものは 15 例 (43%)、ドロップアウト (治療中断・転医) は 4 例 (11%) だった。目標体重に到達し終診にいたった 14 例の平均通院期間は 316 日 (最短 71 日、最長 771 日) だった。

【考察】入院治療クリニカルパスは運用間もないため、運用を重ねその効果の検証が必要である。通院行動療法プログラムの転帰調査の結果については、本調査の評価項目を体重のみとしたため先行研究との比較は困難であり、本プログラムの効果を判断することはできないが、少なくとも生命予後の悪い重症例の場合、入院に移行あるいは治療中断にいたることが臨床的に多い中で、約半数が通院治療のみで目標体重に到達していることは、本プログラムに有効性があることを示しているといえよう。神経性無食欲症の通院治療の質を高め標準化する上では、通院治療プログラムのクリニカルパス開発が求められる。その上で示唆に富む結果を得ることができた。

A. 研究目的

神経性無食欲症 (Anorexia nervosa, 以下 AN) は、重度の低栄養状態に至る可能性があり、生命予後の不良な精神障害である。身体的な治療が必須であるが、肥満恐怖などの「こだわり」や過活動性など、独特の精神症状のため、精神科的な治療介入も必要な疾患と言える。

しかしわが国では、AN 患者が呈する精神症状のコントロールの困難さ、飢餓状態の身体管理の困難さなどから、治療に取り組んでいる精神疾患治療施設が極めて少ないと言わざるをえない。治療関係を作るのが難しく、治療中断も多いとされ¹⁾、残念ながら精神科医にとっては苦手意識を抱く者も少なくない。重症例は入院治療が長期化するため、医療経済的にも治療の制約を受けることが多い。

このようにわが国における AN は、その治療や回復に多くの困難さを伴う精神障害であり、いまだ治療手技の標準化も不十分な状況にある。

我々の施設では平成 14 年から、入院治療のプロトコルを統一した。平成 22 年からは通院治療における行動療法プログラムを作成し実施している (図 1)。

入院においては年間 15~20 症例の重症例を対象とする治療を行っている。しかし治療に取り組む精神疾患治療施設が乏しいため、当院のような施設に患者が集中する傾向がある。だが診療に対応する医師数も少ないため、現時点では重症低体重症例のみを治療対象として受け入れている現状にある。

こうした現状を解決し、AN に対する通院、入院治療を標準化、均てん化するための取り組みが求められている。

本研究では、当院での診療実績を生かし、入院、通院のクリニカルパスを開発すること

を目的とする。平成 27 年度は 1) 入院治療プログラムのクリニカルパス開発、2) 通院治療プログラムのクリニカルパス開発のために通院治療プログラムの有効性評価、以上の二点を目的に研究を実施した。

B. 研究方法

1. 入院治療プログラムのクリニカルパス開発

クリニカルパス開発は医師、看護師、栄養士ら多職種による会議体を設置し、ディスカッション、オーバービュー作成、電子化クリニカルパス開発、医師用マニュアル作成の順に実施した。

2. 通院治療プログラムの有効性評価

北里大学東病院では神経性無食欲症専門外来を設置し著しい低体重を呈している AN を対象に外来における行動療法プログラムを実施している。対象は 65%IBW 以下の症例に限定し、通院間隔は 1~2 週間隔である。3 か月おきに効果の評価を体重測定によって実施している。55%IBW 以下になった場合には入院による行動制限療法に移行する。外来における行動療法プログラムは原則学校、仕事を休み自宅療養をすること、食事、日常生活行動を記録し、体重が増加したら日常生活行動を増やすことを原則としている。著しい低体重に至れば長期間の入院治療に至りやすい AN の場合、より効果的な外来における治療プログラムが開発され、普及・均てん化されることが求められる。通院治療プログラムのクリニカルパス開発を念頭に、まず現在行われている通院治療プログラムの転帰を中心に調査した。調査は診療録から得られた情報をもとに後方視的に実施した。

1) 調査対象

北里大学東病院精神神経科神経性無食欲症専

門外来において、平成 24 年～27 年の期間に通院治療プログラムが導入された症例を調査対象とした。

2) 調査項目

基本的な患者属性、プログラム導入時体重(%IBW)、平均通院期間、転帰を調査項目とした。

(倫理面への配慮)

本研究に際し患者調査などを行う場合は匿名性を重視し、個人情報の取扱いには十分注意する。調査については原則として倫理委員会の審議を経るものとする。

C. 研究結果

1. 入院治療プログラムのクリニカルパス開発

これまで使用されてきた入院プロトコルをもとに入院治療のフェーズ分けを行った。さらに各フェーズにおけるアウトカムを設定し、アウトカム達成のために必要なタスクを明確化した。これらを総括したオーバービューを作成し、電子化クリニカルパスを作成した(資料 1, 2, 3)。またクリニカルパスが適切に運用されること、医師の治療への理解が深まることを目的に医師用マニュアルが作成された(資料 4)。

2. 通院治療プログラムの有効性評価

詳細は表 1、2 の通りである。平成 24 年～27 年の期間に通院治療プログラムが導入されたのは 35 例だった。

導入時の平均体重は 61%IBW、終了時の平均体重は 79%IBW だった。

その転帰は目標体重に到達し終診となったのは 16 例(46%)、目標体重に至らず入院へ移行したのは 15 例(43%)、ドロップアウト(治療中断・転医)となったのは 4 例(11%) だった。

目標体重に到達し通院治療を集結した 14 例の最短通院期間は 71 日、最長通院期間は 771 日、平均通院期間は 316 日だった。

D. 考察

1. 入院治療プログラムのクリニカルパス開発

入院治療クリニカルパスが、AN 入院治療の標準化・均てん化に寄与するかは、今後の評価が必要である。しかし少なくともその開発過程は意義深いものがあった。クリニカルパス開発過程は多職種で自らの入院治療を振り返ることになる。長期化しやすい AN 入院治療をフェーズ分けし各フェーズでの目標を明確にし、各職種に求められるタスクをあぶり出すという過程だけでも、病棟内での職種間連携を深めることに寄与したと感じている。

2. 通院治療プログラムの有効性評価

通院治療プログラムの有効性に関しては、本調査が体重を主要評価項目と設定したため、評価項目を複数設定している先行研究との比較は困難である。このため結論は導出しがたい。しかし、北里大学東病院の神経性無食欲症外来が対象とする症例が 65%IBW 以下の超低体重症例に限定しているという点を考慮すると、入院にいたらないまま外来治療のみで、平均通院期間 1 年弱のうちに約半数が目標体重に到達したという点は、本プログラムの有用性を示唆していると言えよう。

3. 本研究の限界と今後の課題

入院治療クリニカルパスが開発され、平成 27 年 12 月から運用開始されているが、その有用性については効果検証されていない。運用開始前後の入院期間、転帰等を評価項目に設定し有効性の検証が求められる。

通院治療プログラムの有効性については、1 医療機関における評価にとどまっている。

また症例数が少ない。このため有効であるという判断には慎重さが求められ、今後、さらに症例を重ね検証する必要がある。

本調査では神経性無食欲症の転帰をあらゆる主要評価項目を体重とした。神経性無食欲症の転帰の指標は体重だけではない。これまでの神経性無食欲症の転帰調査²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾では、月経、食行動、体重や体型へのこだわり、社会的状況等が評価指標として設定されている。しかし今回の調査は転帰に関連する要因を分析することを目的としたわけではなく、外来治療プログラムにクリニカルパスを導入することを検討する資料を得るために、診療録から得られる情報を後方視的に検討することが目的だったため、詳細な情報を抽出することはできなかった。

E. 健康危険情報

本研究による健康危険は考えられない。

F. 研究発表

1. 論文発表
 - 1) 高橋恵理：【明日からできる摂食障害の診療Ⅱ】一般救急、他科に入院してきた場合の精神科医のかかわり。精神科臨床サーベイス. 15(4), 436-441, 2015.
2. 学会発表
 - 1) 山角 圭, 橋本 昌靖, 有井 浩一, 櫻井 秀樹, 高橋 恵理, 井上 勝夫, 斎藤 正範, 宮岡 等：北里大学東病院における神経性無食欲症の入院行動制限療法の実態. 第111回日本精神神経学会学術総会, 大阪, 2015.6.4
 - 2) 北麻希子, 有井浩一, 高橋恵理, 宮岡等：精神病症状を合併した重症神経性やせ症の2症例. 第19回日本摂食障害学会学術集会. 2015.10.24

G. 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 なし

H. 参考文献

- 1) 西園マーハ文：摂食障害の初期治療. 臨床精神医学 43(4): 493-496, 2014
- 2) Bardone-Cone AM, Harney MB, Maldonado CR, et al: Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. Behav Res Ther 48: 194-202, 2010
- 3) Morgan HG, Russell GF: Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four-year follow-up study of 41 patients. Psychol Med 5:355-371, 1975
- 4) Nakai Y, Nin K, Noma S, et al: Outcome of eating disorders in a Japanese sample: A 4- to 9-year follow-up study. Eur Eat Disorders Rev 2:206-211, 2014
- 5) Herzog DB, Sacks NR, Keller MB, et al: Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32:835-842, 1993

【第 I 期; 治療導入期 (~55%IBW) 】							
	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
アウトカム	食事が摂取できる						
	安静が守られている						
	決められた行動を守る事ができる						
	肝機能による症状・所見がない						
	意識障害の症状・所見がない						
	感染の兆候がない						
	循環状態が安定している						
	逸脱行為がなく過ごせる						
	目標の体重比に到達できる						
アセスメント	食事摂取量						
	症状で安静が守られている						
	指示が守られている						
	検査値が正常範囲内である						
	意識レベルの低下がない						
	痙攣がない						
	バイタルサイン値						
	食べ物の破棄、隠蔽がない						
	自己誘発嘔吐がない						
標準体重比【適正值: 55%IBW以下】							
治療	行動制限表						
	採血						
	腹部・胸部レントゲン						
タスク	食事摂取量(主食)毎日3回						
	食事摂取量(副食)毎日3回						
	INTAKE合計(ml)						
	OUTPUT合計(ml)						
	尿回数(回/日)						
	便回数(回/日)						
	身長(cm)						
	体重(kg毎週月曜日10時測定)						
	腹囲(cm)毎日1回						
	SPO2(%)毎日3回						
	体温(度)毎日3回						
	脈拍(回/分)毎日3回						
	呼吸(回/分)毎日3回						
	収縮期血圧(mmHg)毎日3回						
	拡張期血圧(mmHg)毎日3回						
血糖値(mg/dl)毎日4回							
自己誘発嘔吐 (毎日3回)							
コメント	栄養・処方: ワークシート参照 行動制限: 行動制限表参照						

【第Ⅱ期;治療導初期 (55~60%IBW)】

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
アウトカム	食事が摂取できる						
	安静が守られている						
	決められた行動を守る事ができる						
	循環状態が安定している						
	逸脱行為がなく過ごせる						
	目標の体重比に到達できる						
アセスメント	食事摂取量						
	症状で安静が守られている						
	指示が守られている						
	バイタルサイン値						
	食べ物の破棄、隠蔽がない						
	自己誘発嘔吐がない						
標準体重比【適正值:55~60%IBW】							
治療	行動制限表						
	採血						
タスク	食事摂取量(主食)毎日3回						
	食事摂取量(副食)毎日3回						
	INTAKE合計(ml)						
	OUTPUT合計(ml)						
	尿回数(回/日)						
	便回数(回/日)						
	身長(cm)						
	体重(kg毎週月曜日10時測定)						
	SPO2(%)毎日3回						
	体温(度)毎日3回						
	脈拍(回/分)毎日3回						
	呼吸(回/分)毎日3回						
	収縮期血圧(mmHg)毎日3回						
	拡張期血圧(mmHg)毎日3回						
	自己誘発嘔吐 (毎日3回)						
コメント	栄養・処方:ワークシート参照 行動制限:行動制限表参照						

【第Ⅲ期：治療導中期①（60～65%IBW）】

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
アウトカム	食事が摂取できる						
	安静が守られている						
	決められた行動を守る事ができる						
	循環状態が安定している						
	逸脱行為がなく過ごせる						
	目標の体重比に到達できる						
アセスメント	食事摂取量						
	指示が守られている						
	バイタルサイン値						
	食べ物の破棄、隠蔽がない						
	自己誘発嘔吐がない						
	標準体重比【適正值：60～65%IBW】						
治療	行動制限表						
	採血						
タスク	食事摂取量(主食)毎日3回						
	食事摂取量(副食)毎日3回						
	尿回数(回/日)						
	便回数(回/日)						
	身長(cm)						
	体重(kg毎週月曜日10時測定)						
	SPO2(%)毎日3回						
	体温(度)毎日3回						
	脈拍(回/分)毎日3回						
	呼吸(回/分)毎日3回						
	収縮期血圧(mmHg)毎日3回						
	拡張期血圧(mmHg)毎日3回						
	自己誘発嘔吐（毎日3回）						
コメント	栄養・処方：ワークシート参照 行動制限：行動制限表参照						

【第Ⅳ期;治療導中期② (65~70%IBW)】

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
アウトカム	食事が摂取できる						
	病棟内で安静が守られる						
	入院生活について理解ができる						
	循環状態が安定している						
	逸脱行為がなく過ごせる						
	目標の体重比に到達できる						
アセスメント	食事摂取量						
	不安が表出できる						
	指示が守られている						
	病棟内で過ごしている						
	バイタルサイン値						
	食べ物の破棄、隠蔽がない						
	自己誘発嘔吐がない						
標準体重比【適正值:65~70%IBW】							
治療	行動制限表						
	採血						
タスク	食事摂取量(主食)毎日3回						
	食事摂取量(副食)毎日3回						
	尿回数(回/日)						
	便回数(回/日)						
	身長(cm)						
	体重(kg毎週月曜日10時測定)						
	SPO2(%)毎日3回						
	体温(度)毎日3回						
	脈拍(回/分)毎日3回						
	呼吸(回/分)毎日3回						
	収縮期血圧(mmHg)毎日3回						
	拡張期血圧(mmHg)毎日3回						
	盗食(毎日3回)						
	自己誘発嘔吐 (毎日3回)						

【第Ⅴ期：治療導後期①（70～75%IBW）】							
	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
アウトカム	食事・間食が摂取できる						
	入院生活について理解が得られる						
	病棟内で安静が守られている						
	逸脱行為がなく過ごせる						
	循環状態が安定している						
	目標の体重比に到達できる						
アセスメント	食事摂取量						
	食事摂取行動に関する指示が守られる						
	指示が守られている						
	病棟内で過ごしている						
	不安が表出できる						
	バイタルサイン値						
	食べ物の破棄、隠蔽がない						
	自己誘発嘔吐がない 標準体重比【適正值：70～75%IBW】						
治療	行動制限表						
	採血						
タスク	食事摂取量(主食)毎日3回						
	食事摂取量(副食)毎日3回						
	尿回数(回/日)						
	便回数(回/日)						
	身長(cm)						
	体重(kg)毎週月曜日10時測定)						
	SPO2(%)毎日3回						
	体温(度)毎日3回						
	脈拍(回/分)毎日3回						
	呼吸(回/分)毎日3回						
	収縮期血圧(mmHg)毎日3回						
	拡張期血圧(mmHg)毎日3回						
	盗食(毎日3回)						
	自己誘発嘔吐(毎日3回)						
コメント	栄養・処方：ワークシート参照 行動制限：行動制限表参照						

【第Ⅵ期;治療導後期② (75%IBW以上)】

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目
アウトカム	自宅で食事が摂取できる						
	自宅で安静が守られている						
	入院生活について理解ができる						
	循環状態が安定している						
	逸脱行為がなく過ごせる						
	目標の体重比に到達できる						
	自宅で指示が守られている						
	不安が表出できる						
	バイタルサイン値						
	食べ物の破棄、隠蔽がない						
	自己誘発嘔吐がない						
	標準体重比【適正值:75%IBW以上】						
治療	行動制限表						
	採血						
タスク	食事摂取量(主食)毎日3回						
	食事摂取量(副食)毎日3回						
	尿回数(回/日)						
	便回数(回/日)						
	身長(cm)						
	体重(kg毎週月曜日10時測定)						
	SPO2(%)毎日3回						
	体温(度)毎日3回						
	脈拍(回/分)毎日3回						
	呼吸(回/分)毎日3回						
	収縮期血圧(mmHg)毎日3回						
	拡張期血圧(mmHg)毎日3回						
	盗食(毎日3回)						
自己誘発嘔吐 (毎日3回)							
コメント	栄養・処方:ワークシート参照 行動制限:行動制限表参照						

資料 2

		I	II	III	IV	V	VI
食事		食事はすべて、1時間以内に食べる。	食事はすべて、1時間以内に食べる。	食事はすべて、1時間以内に食べる。	食事はすべて、1時間以内に食べる。	食事はすべて、1時間以内に食べる。	食事はすべて、1時間以内に食べる。
カロリー		()kcal	()kcal	()kcal	()kcal	()kcal	()kcal
		食事の残りはかくさずに、そのままお膳におく。	食事の残りはかくさずに、そのままお膳におく。	食事の残りはかくさずに、そのままお膳におく。	食事の残りはかくさずに、そのままお膳におく。	食事の残りはかくさずに、そのままお膳におく。	食事の残りはかくさずに、そのままお膳におく。
間食		間食はしない。	間食はしない。	間食はしない。	間食はしない。	<ul style="list-style-type: none"> ・1日()個 ・1日1種類、食べ物は看護師が管理してもらう ・食べ物は看護師が管理してもらう(品数に制限はありません) ・食べ物は自分で管理する(品数に制限はありません) 	<ul style="list-style-type: none"> ・1日()個 ・食べ物は自分で管理する(品数に制限はありません)
安静		歩かない。	歩かない。	<ul style="list-style-type: none"> ・歩かない。 ・歩くのはお部屋の中だけにする。 	歩くのは30分、病棟の中だけにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・歩くのは病棟の中だけにする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・歩くのは病棟の中だけにする。 ・歩くのは病院の中だけにする。
						<ul style="list-style-type: none"> ・作業療法に参加できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・作業療法に参加できる

時間帯					<ul style="list-style-type: none"> ・朝食の後から昼食の前まで ・朝食の後から夕食の前まで ・1日のうちいつでも 	
病棟の外(診療)	検査は医師を含めて2名が付き添ってもらい、車椅子で行く。	検査は医師を含めて2名が付き添ってもらい、車椅子で行く。	検査は医師を含めて2名が付き添ってもらい、車椅子で行く。	検査は医師を含めて2名が付き添ってもらい、車椅子で行く。 ・1名に付き添ってもらい、歩いて行く。	<ul style="list-style-type: none"> ・検査は医師を含めて2名が付き添ってもらい、車椅子で行く。 ・1名に付き添ってもらい、歩いて行く。 	・1名に付き添ってもらい、歩いて行く。 単独で可
病棟の外(その他)					<ul style="list-style-type: none"> ・売店に買い物に行くときは付き添ってもらい、グループで行く。 	・売店に買い物に行くときは自分で行く。
トイレ	ベッド上でする。	ベッド上でする。 ポータブルトイレを使う。	ポータブルトイレを使う。 お部屋のトイレを使う。	トイレ歩行可		
	トイレのあとはウェットティッシュを使える。	トイレのあとはウェットティッシュを使える。	トイレのあとはウェットティッシュを使える。			
入浴	週1回、ベッドバスで髪を洗う。	週1回、ベッドバスで髪を洗う。	週1回、ベッドバスで髪を洗う。	シャワー浴(週1回～3回)	シャワー浴(週1回～3回)	制限なし
洗面	<ul style="list-style-type: none"> ・朝・夕に配る蒸しタオルで行う。 ・クリームや化粧水を使う場合は、洗面後に貸し出します 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝・夕に配る蒸しタオルで行う。 ・クリームや化粧水を使う場合は、洗面後に貸し出します 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝・夕に配る蒸しタオルで行う。 ・洗面台を使う。 ・クリームや化粧水を使う場合は、洗面後に貸し出します 			
菌磨き	毎食後の1日3回までにする。	毎食後の1日3回までにする。	毎食後の1日3回までにする。			
着替え	1日1回する。(必要時は随時できます)	1日1回する。(必要時は随時できます)	1日1回する。(必要時は随時できます)	1日1回する。(必要時は随時できます)		1日1回する。(必要時は随時できます)

通信	<ul style="list-style-type: none"> ・家族との面会は、週1回30分にする。 ・手紙を書く時は、看護師に付き添ってもらい、1日15分までにする。 ・電話はしない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族との面会は、週1回30分にする。 ・手紙を書く時は、看護師に付き添ってもらい、1日15分までにする。(許可があれば、付き添いなしで娯楽の時間に書く) ・電話はしない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族との面会は、週1回30分にする。 ・手紙を書く時は、看護師に付き添ってもらい、1日15分までにする。(許可があれば、付き添いなしで娯楽の時間に書く) ・電話はしない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族との面会は、週1回30分にする。 ・手紙を書く時は、看護師に付き添ってもらい、1日15分までにする。(許可があれば、付き添いなしで娯楽の時間に書く) ・電話はしない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族との面会は、週1回30分にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族との面会は、週1回30分にする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族との面会は、週1回30分にする。
	<ul style="list-style-type: none"> ・音楽鑑賞や読書などの娯楽は、許可なく行わない。 ・音楽鑑賞や読書などの娯楽は、()時間以内にする。 ・処置中以外、カーテンは閉めない。 ・個室の場合、ドアは閉めない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・音楽鑑賞や読書などの娯楽は、1日()時間以内にする。 ・処置中以外、カーテンは閉めない。 ・個室の場合、ドアは閉めない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・音楽鑑賞や読書などの娯楽は、1日()時間以内にする。 ・処置中以外、カーテンは閉めない。 ・個室の場合、ドアは閉めない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・音楽鑑賞や読書などの娯楽は、1日()時間以内にする。 ・処置中以外、カーテンは閉めない。 ・個室の場合、ドアは閉めない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・処置中以外、カーテンは閉めない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・処置中以外、カーテンは閉めない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・処置中以外、カーテンは閉めない。

資料 3

