

平成 25 年度 厚生労働省 障害者総合福祉推進事業

「統合失調症患者への入院早期からの多職種による
地域移行支援の標準化に関する調査」

報告書

平成 26 年 3 月

公益社団法人 日本精神科病院協会

目 次

1. 事業概要	3
2. 事業目的	5
3. 対象と方法	6
4. 「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」全体調査報告	8
5. 日精協版クリティカルパス（案）の作成経緯とその特徴について	34
6. 「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」クリティカルパス実施調査報告	41
7. 急性期クリティカルパスの原案・マニュアル・クライアントパスについて	104
8. おわりに	117
9. 検討委員会等実施状況	118
10. 検討委員会委員等名簿	120
11. 参考資料	121

1. 事業概要

事業名	統合失調症患者の入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査について
事業目的	<p>過去の先行調査では、精神疾患患者の地域移行について効果をあげている精神科病院では、入院早期から多職種の体系的な関わりを実践していることが分かった。また、平成 23 年患者調査では、精神病床に入院する患者の半数以上は統合失調症であり、平均在院日数が 561.1 日と長期入院となりやすいため、精神病院における統合失調症の効果的な地域移行の在り方を検討する必要がある。また、入院のほとんどが再入院と考えられるため、再発の原因となる要因を検討する必要がある。</p> <p>そこで本事業では、統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行の体系的な関わりの実態について調査し、今後、入院早期からの多職種による地域移行支援の一体標準化を検討することを目的とする。加えて再発の原因を調査し入院当初から地域連携を含めたクリティカルパス等媒体を通して早期退院と再発防止を考える。</p>
事業概要	<p>事業概要は以下の通りである。</p> <p>①事業企画、進捗管理、報告書等の全体の取りまとめを行う検討委員会を設置し、調査結果に基づくクリティカルパス使用の現状と課題を分析した。</p> <p>②クリティカルパス現状の把握と今後の検討の基礎資料を得るために、日本精神科病院協会会員病院（1,205 病院）への実態調査（アンケート調査）を実施した。</p> <p>③日本精神科病院協会で作成した日精協版クリティカルパス（案）を 10 病院にて実施した。また、実施病院の担当者よりクリティカルパス導入事例に関するヒアリングを行なった。</p> <p>④アンケート調査の結果を分析し、またヒアリングを参考にして、「統合失調症クリティカルパス原案」を作成し、日本精神科病院協会会員病院に配布した。</p>

<p>事業実施結果</p>	<p>事業実施結果は以下の通りである。</p> <p>①事業企画、進捗管理、報告書等の全体の取りまとめを行う検討委員会を4回、クリティカルパス導入事例に関するヒアリング意見交換会を1回、報告書作成のための臨時委員会を2回開催することが出来た。</p> <p>②日本精神科病院協会会員病院（1,205 病院）への実態調査（アンケート調査）を実施し、クリティカルパス現状の把握と今後の検討の基礎資料を得る事が出来た。</p> <p>③日本精神科病院協会で作成した日精協版クリティカルパス（案）を10病院にて実施した。また、実施病院の担当者よりクリティカルパス導入事例に関するヒアリングを実施し、導入事例における問題点、日精協版クリティカルパス（案）の改善点を把握することが出来た。</p> <p>④アンケート調査の結果を分析し、またヒアリングを参考にして、「統合失調症クリティカルパス原案」を作成し、日本精神科病院協会会員病院に配布した。</p>
<p>考 察</p>	<p>クリティカルパスは精神科病院においてはまだ普及が少なく、使っているクリティカルパスもまちまちである。しかしながら、統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行の体系的な関わりは入院治療のみならず、退院以後の多くの医療についても有意義であることが考えられる。今回、クリティカルパスを初めて使った病院の意見をまとめ、アンケート調査を実施したが、今後は共同で標準化された治療、疾病教育、環境調整を行う意味からもモデルとなるクリティカルパスを作成し、多くの精神科病院で広げてゆくことが大切だと考えられる。</p>

2. 事業目的

患者調査では、精神病床に入院する患者の半数以上は統合失調症であり、平均在院日数が 561.1 日であった（平成 23 年調査）。精神病院における統合失調症の効果的な地域移行の在り方を検討する必要がある。精神疾患患者の地域移行について効果をあげている精神科病院では、入院早期から多職種の体系的な関わりを実践していることが、認識されている。本指定課題の目的は、統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行の体系的な関わりの実態について調査し、今後、入院早期からの多職種による地域移行支援の一体標準化を検討することである。特に入院当初から地域連携を含めたクリティカルパス等の関わりと早期退院や再発防止との関連に焦点を当てる。

3. 対象と方法

本事業では、会員病院における全体調査（施設調査・患者調査）およびクリティカルパス実施調査を実施した。

（1）全体調査

調査の対象者

対象は、日本精神科病院協会に所属する全病院 1205 病院のうち、参加に協力した 716 病院（59.6%）である。施設調査と患者調査のうち、患者調査の対象者は、参加病院から平成 22 年 4 月 1 日以降に退院した統合失調症患者の連続 20 人である。除外基準は、他の精神病院・他科病院への転院、死亡退院は除く。平成 23 年 3 月 31 日までに 20 名に達しない場合は、打ち切りとし、それまでに退院した患者を対象とした。調査対象者に関して、図 1 に概要を示す。

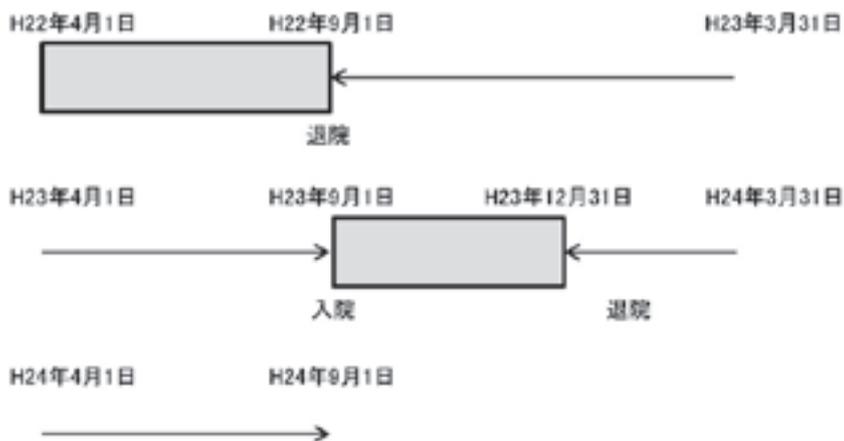


図 1. 「患者調査」における対象患者

（2）全体調査の調査内容

調査内容は、「施設調査」と「患者調査」から構成されている。施設調査は、平成 22 年度の①退院患者数、②統合失調症退院患者数、③在院機関 1 年未満の統合失調症退院患者数、④クリティカルパス使用の有無である。クリティカルパスを使用している場合は、①パスの名称、②対象疾患、③導入年月の記載を依頼した。

「患者調査」は、①性別、②年齢、③退院年月日、④退院時病棟、⑤退院先、⑥入院前の入院回数、⑦退院後の再入院回数、⑧再入院した場合の合計日数、⑨多職種（三職種以上）によるクリティカルパスの利用の有無、⑩多職種（三職種以上）によるケースカンファレンス実施の有無、⑪退院後の利用サービスから構成されている。

(3) クリティカルパス実施調査

日本精神科病院協会に属する病院の中でクリティカルパスを使用していない 10 の病院を選んで平成 25 年 10 月 1 日から平成 25 年 12 月 31 日の間新たに入院した統合失調症患者の患者に今回日精協で作ったクリティカルパスを使った治療を依頼した（最高 4 人まで）。クリティカルパスを使用して困った点や問題と思われる点を集約した。

さらに、統合失調症に対する独自のクリティカルパスを使用している 2 つの病院で、クリティカルパスの使用前と使用後の平均在院、入院回数、BPRS、その他困った点や問題の提示を依頼した。

4. 「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」全体調査報告

一般財団法人江原積善会積善病院 理事長 江原良貴

(1) 全体調査（施設調査）

参加した、716 病院中、クリティカルパスを使用しているのは 108 病院（15.1%）、使用していないのは 587 病院（82.0%）、不明は 21 病院（2.9%）であった。使用しているクリティカルパス数は、1 種類が 53 病院（49.1%）、2 種類が 13 病院（12.0%）、3 種類が 19 病院（17.6%）、4 種類が 12 病院（11.1%）、不明が 11 病院（10.2%）であった。

(2) 全体調査（患者調査）

患者調査に対して、11543 人の回答があり、欠損などを除外した結果、有効回答数は 9363 人であった。

男女別を見ると男 4211 人（45.0%）女 5152 人（55.0%）で女性がやや多かった。年齢別にみると、40 代が最も多く、50 代、30 代と続き正規分布でもみてもきれいであった。最高齢は 97 歳で最年少は 11 歳であった。

退院時の病棟を見ると、精神一般病棟入院基本料 5609 人（59.9%）、精神療養病棟入院料 1817 人（19.4%）、精神科急性期治療病棟入院料 1・2 は 1607 人（17.2%）、精神科救急入院料 1・2 は 276 人（2.9%）と続いた。退院先を見てみると、自宅 7510 人（80.2%）が最も多く、家族・親類宅 683 人（7.3%）、障害福祉サービスによる入所施設 680 人（7.3%）が続いた。

今回の入院前の入院回数を見ると、今回が初回の患者 3485 人（37.2%）、1 回入院が 1536 人（16.4%）2 回以上の人が 4342 人（46.4%）だった。

今回の退院後 2 年間に入院が無かった人が 4851 人（51.8%）、1 回が 2254 人（24.1%）2 回が 1238 人（13.2%）と徐々に減少している。入院日数を見てみると、無しが 4851 人 51.8%、1～99 が 2021 人（21.6%）その後は徐々に減っている。

クリティカルパスを受けた人は 733 人（7.8%）、受けなかった人は 8630 人（92.2%）だった。今回の入院中にケースカンファレンスを受けた人は 4226 人（41.1%）、受けなかった人は 5137 人（54.9%）そのうち 1～2 回を受けた人は 2837 人（30.3%）、複数回受けた人は 1389 人（14.8%）だった。

退院後にどのような医療を利用したか見ると、（複数回数）外来医療 8648 人（92.4%）、デイケア 2095 人（22.4%）、訪問看護 1874 人（20.0%）、障害福祉サービス 1411 人（15.1%）、介護保険サービス 387 人（4.1%）だった。

(3) 全体調査 (患者調査) : クリティカルパス使用の有無による分析

今回の入院以前の入院回数とクリティカルパスの有無を見ると、今回初回はクリティカルパス有りが 275 人 (37.5%) クリティカルパス無しが 3210 人 (37.2%) と有意な差は無かった。2 回、3 回以上でも有意な差は無かった。

今回の退院後 2 年間の入院回数とクリティカルパスの有無を比較すると、入院無しでクリティカルパス有り 368 人 (50.2%) クリティカルパス無し 4483 人 (51.9%) と有意な差は無かった。1 回、2 回それ以上でも有意な差は無かった。

今回退院後 2 年間の入院日数とクリティカルパスの有無を比較すると、入院無しでクリティカルパス有りが 368 人 (50.2%)、クリティカルパス無しが 4483 人 (51.9%) と有意な差は無かった。1~99 日、100~199 日でも大きな差は無かった。

クリティカルパス有りと退院時の病棟を見ると、精神科救急入院料 1.2 と精神科急性期治療病棟入院料 1.2 の比率が無しに比べて高かった。クリティカルパス有りの退院先は障害福祉サービスによる入所施設で無しに比べてやや多かった。

クリティカルパスの有無と外来医療はクリティカルパス有り 685 人 (93.5%)、無し 7970 人 (92.4%)、訪問看護は有り 147 人 (20.1%)、無し 1727 人 (20.0%)、介護保険サービスは 32 人 (4.4%)、無し 355 人 (4.1%) と有意な差は無かった。しかしながら、デイケアは有り 184 人 (25.1%)、無し 1866 人 (21.6%)、障害福祉サービスは有り 140 人 (19.1%)、無し 1235 人 (14.3%) と有意な差が見られた。

(4) 全体調査 (患者調査) : ケースカンファレンスの有無による分析

ケースカンファレンスを受けた人と今回の入院以前の入院回数を見てみると、今回が初回入院でケースカンファレンス無しが 2044 人 (39.8%) 有りが 1441 人 (34.1%) 3 回以上の入院歴有ってケースカンファレンス無しが 2242 人 (43.6%) 有りが 2100 人 (49.7%) だった。

ケースカンファレンス無しで今回の退院後 2 年間入院無し 2753 人 (53.6%) ケースカンファレンス 1~2 回のは 1460 人 (51.5%) ケースカンファレンス複数回のは 638 人 (45.9%) だった。1 回以上の入院とケースカンファレンスの関係は特に差は無かった。

ケースカンファレンスと入院日数も同じで入院無し以外では差が見られなかった。

ケースカンファレンスの有無と退院後にどのような医療を利用したか見てみると、外来医療は無し 4718 人 (91.8%)、1~2 回 2636 人 (92.9%)、複数回 1302 人 (93.7%) で有意な差は無かったが、デイケアは無し 860 人 (16.7%) 1~2 回 767 人 (27.0%) 複数回 423 人 (30.5%)、訪問看護は無し 755 人 (14.7%) 1~2 回 700 人 (24.7%) 複数回 420 人 (30.2%)、障害福祉サービスは無し 591 人 (11.5%) 1~2 回 450 人 (15.9%) 複数回 334 人 (24.0%) とケースカンファレンスの多い人が多くの医療を利用していた。

(5) クリティカルパスとケースカンファレンスの関係

クリティカルパスを受けた 733 人のうち、ケースカンファレンスを受けた人は 545 人 (74.4%)、受けてない数は 188 人 (25.5%) であった。

考察

精神科単科病院の入院患者の約 6 割を統合失調症の患者が占めている。最近では新たに入院した患者のほとんどは一年以内に退院している。しかしながら回転ドア現象と呼ばれる入退院を繰り返す患者が多いと考えられていた。今回の結果を見れば、退院後半分以上の統合失調症の患者は少なくとも 2 年以上入院していないことが解った。

年齢を見てみると、日本精神科病院協会総合調査の結果に比べて入院中の統合失調症の年齢構成より若い、退院した患者に限定したからだと考えられる。退院先も自宅もしくは家族・親戚宅がほとんどであった。これらの結果は我々が目指している病院から地域での医療が進んでいることの一つの証明になると考えられる。

クリティカルパスの普及はまだまだ少なく 7.8%で内容もまちまちであると考えられる。クリティカルパスが行われている率の高い病棟は精神科救急病棟や精神科急性期治療病棟だった。今回クリティカルパスが早期退院に影響しているかどうかは解らなかつたが、再入院については有意な差は認められなかつた。しかしながらクリティカルパスが退院後のデイケア、障害福祉サービスの利用に影響していることが考えられる。障害福祉サービス施設に退院してゆく患者の率もクリティカルパスを受けている方が高かつた。これはクリティカルパスが入院中から退院後の生活を考えて行われているのではないかと思う。

ケースカンファレンスは受けた人が 45.1%で今回入院以前の入院回数、今回の退院以後の入院回数・入院日数などから考えて、ケースカンファレンスを多く必要とされた人は難治な患者であることが考えられる。また、ケースカンファレンスを多く必要とした人は退院後デイケア、訪問看護、障害福祉サービスの利用する人が多く、これらの医療が必要であることが示唆されていた。

今回の調査では使用したクリティカルパスの規定があいまいで、一定の基準は設けられていなかった。クリティカルパスにはケースカンファレンスがつきものであるが、約四分の 1 は行われてない結果がでた。したがって今回使用したクリティカルパスは病院によって様々で、統一がとられて無かつた可能性も示唆される。今回我々はクリティカルパスの一定の基準を設けた、これによってクリティカルパスのより確かな影響が示されることを望んでいる。

統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の
標準化に関する調査＜全体調査＞

回答は全て回答票へ記載下さい。

I ＜施設調査＞

問1 施設名（会員番号）、調査担当者様を記載下さい

問2 平成22年度の①退院者数、②統合失調症患者退院者数、③在院期間1年未満の統合失調症患者退院数を記載下さい

問3 貴院ではクリティカルパスを使用しているかご回答下さい

1. 使用している 2. 使用していない

＜問3で「1. 使用している」と回答した病院のみご回答下さい＞

問4 貴院で使用しているクリティカルパスについて①パスの名称、②対象疾患、③導入した年月を記載下さい。複数導入されている場合については、各々について記載下さい。

II ＜患者調査＞

（対象患者）

平成22年4月1日～平成23年3月31日以内に退院した在院期間1年未満の統合失調症患者で、死亡退院・転院（他科・他院等）は除き、退院した順に20名までを対象とする。なお、上記患者で既に死亡されている場合には対象から除いて下さい。

問1 性別についてご回答下さい。

1. 男性 2. 女性

問2 年齢についてご回答下さい。（調査日時点）

問3 退院年月日をご回答下さい。

問4 退院時の病棟をご回答下さい。

1. 精神一般病棟 入院基本料
2. 精神科救急入院料 1・2
3. 精神科急性期治療病棟入院料 1・2
4. 精神科救急・合併症入院料
5. 精神療養病棟入院料
6. 医療観察法病棟
7. その他 ()

問5 退院先をご回答下さい。

1. 自宅
2. 家族・親類宅
3. 障害福祉サービスによる入所施設
4. 介護保険サービスによる入所施設
5. 不明
6. その他 ()

問6 調査対象期間以前（平成22年4月1日～平成23年3月31日内の退院も含め）の入院回数をご回答下さい。

1. 1回（今回初回）
2. 2回
3. 3回以上

問7 調査対象期間（退院後2年間）の入院回数をご回答下さい。

問8 調査対象期間（退院後2年間）に自院で入院した日数をご回答下さい。

問9 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるクリティカルパスを受けていたかどうかをご回答下さい。

1. 有り
2. 無し

問10 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるケースカンファレンスを受けていたかどうかをご回答下さい。

1. 無し
2. 1～2回
3. 複数回

問11 退院後にどのような医療を利用したか、当てはまるもの全てをご回答下さい。

1. 外来医療
2. デイケア
3. 訪問看護
4. 障害保健福祉サービス
5. 介護保険サービス
6. 不明
7. その他 ()

以上、ご回答ありがとうございます。

統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査<全体調査>

回答票

<施設調査>

問1	施設名	問3	クリティカル・パス使用有無
	会員番号		クリティカル・パス名称
	調査担当者		①
問2	H22退院者数	問4	②
	H22統合失調症退院者数		③
	内、在院期間1年未満者		④

<患者調査>

番号	問1 性別	問2 年齢	問3 退院日 (和暦記載)	問4 退院時の病棟 その他	問5 退院場所 その他	問6 調査対象 期間以前 の入院回 数	問7 退院後2 年間の入 院回数	問8 退院後2 年間の入 院日数	問9 クリティカ ルパス使 用	問10 カンファレ ンス実施 回数	問11 退院後の利用サービス その他
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」

＜全体調査＞集計結果

調査対象：日本精神科病院協会会員病院 1205 病院

回答数：716 病院

回答率：59.4%

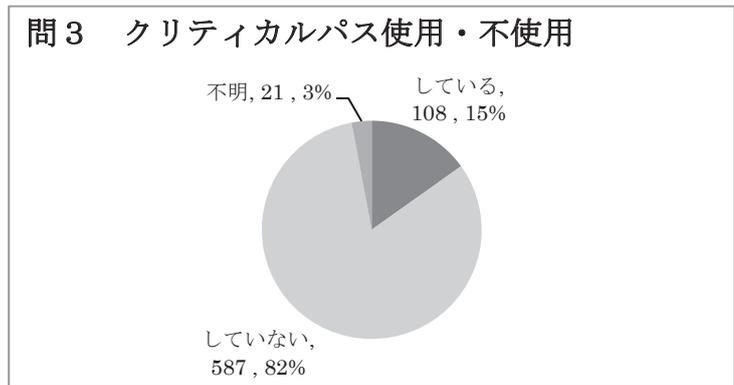
I ＜施設調査＞

問2 平成 22 年度の①退院者数、②統合失調症患者退院者数、③在院期間 1 年未満の統合失調症患者退院数を記載下さい

	①退院者数	②統合失調症患者退院者数	③在院期間 1 年未満の 統合失調症患者退院者数
有効回答数	708	706	705
合計人数	169,268	62,429	49,853
最多	2,310	895	895
最少	0	0	0
平均	239.4	88.7	70.8
不明・該当なし	1	2	2

問3 貴院ではクリティカルパスを使用しているかご回答下さい

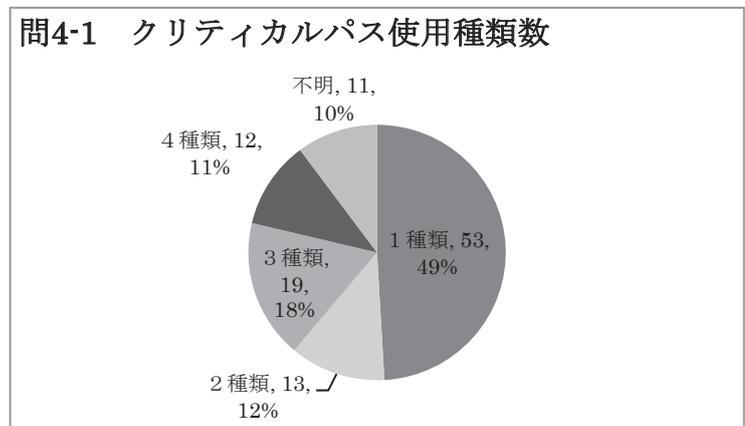
	回答数	構成割合
合計	716	100.0%
有効回答数	695	-
している	108	15.1%
していない	587	82.0%
不明	21	2.9%



<問3で「1. 使用している」と回答した病院のみご回答下さい>

問4 貴院で使用しているクリティカルパスについて①パスの名称、②対象疾患、③導入した年月を記載下さい。複数導入されている場合については、各々について記載下さい。

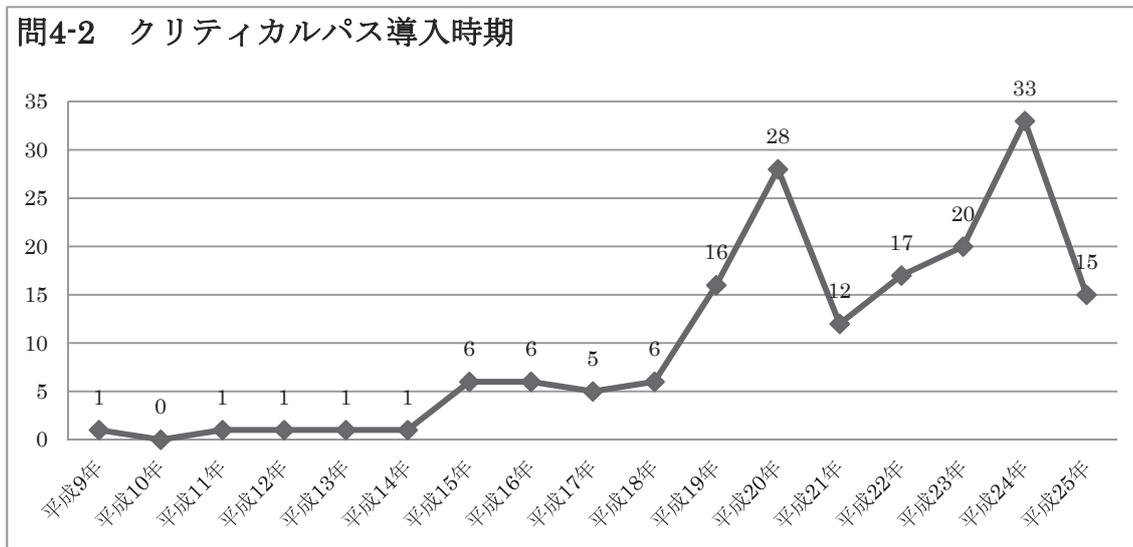
	回答数	構成割合
合計	108	100.0%
有効回答数	97	-
1種類	53	49.1%
2種類	13	12.0%
3種類	19	17.6%
4種類	12	11.1%
不明	11	10.2%



	回答数	構成割合
有効回答数	186	100.0%
統合失調症	50	26.9%
複数	47	25.3%
認知症	35	18.8%
依存症	21	11.3%
気分障害	20	10.8%
行動制限	2	1.1%
急性期	2	1.1%
胃瘻	1	0.5%
合併症	1	0.5%
睡眠時無呼吸症候群	1	0.5%
脳卒中	1	0.5%
肥満症	1	0.5%
長期入院者	1	0.5%
服薬管理	1	0.5%
短期入院	1	0.5%
人格障害	1	0.5%

	回答数	構成割合
有効回答数	169	100.0%
平成9年	1	0.6%
平成11年	1	0.6%
平成12年	1	0.6%
平成13年	1	0.6%
平成14年	1	0.6%
平成15年	6	3.6%
平成16年	6	3.6%
平成17年	5	3.0%
平成18年	6	3.6%
平成19年	16	9.5%
平成20年	28	16.6%
平成21年	12	7.1%
平成22年	17	10.1%
平成23年	20	11.8%
平成24年	33	19.5%
平成25年	15	8.9%

問4-2 クリティカルパス導入時期



II <患者調査>

(対象患者)

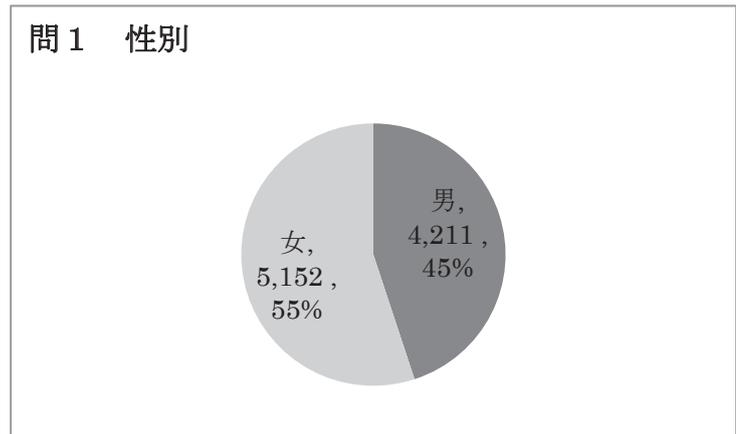
平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 3 月 31 日以内に退院した在院期間 1 年未満の統合失調症患者で、死亡退院・転院（他科・他院等）は除き、退院した順に 20 名までを対象とする。なお、上記患者で既に死亡されている場合には対象から除いて下さい。

回 答 数 : 11,543

有効回答数 : 9,363

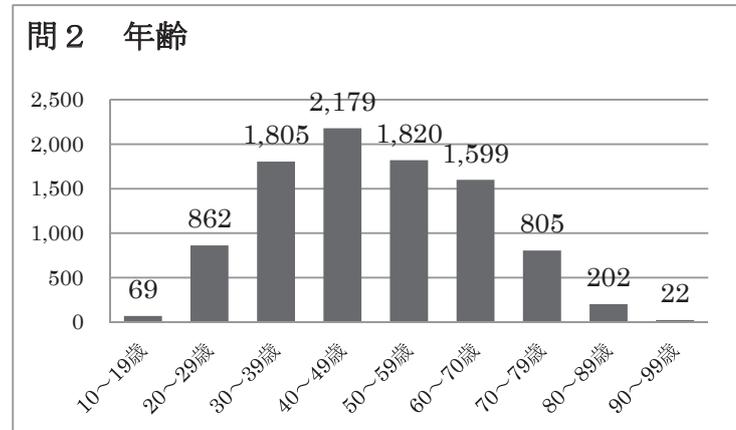
問 1 性別についてご回答下さい。

	回答数	構成割合
回答数	9,363	100.0%
男	4,211	45.0%
女	5,152	55.0%



問 2 年齢についてご回答下さい。(調査日時点)

	年齢
回答数	9,363
最年少	11
最高齢	97
平均年齢	49.34

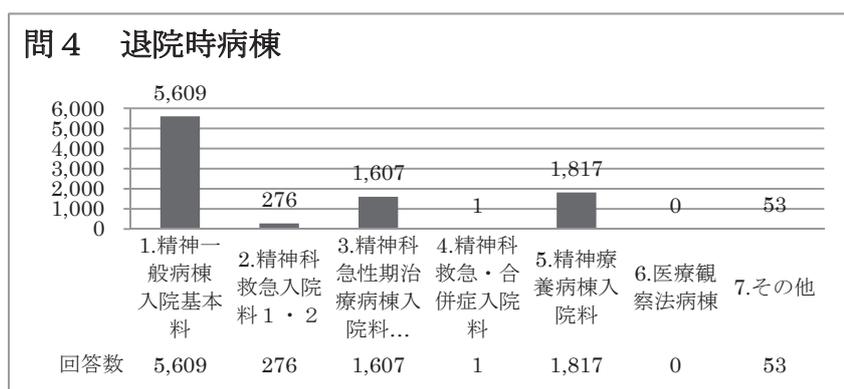


	回答数	構成割合
有効回答数	9,363	100.0%
10～19歳	69	0.7%
20～29歳	862	9.2%
30～39歳	1,805	19.3%
40～49歳	2,179	23.3%
50～59歳	1,820	19.4%
60～70歳	1,599	17.1%
70～79歳	805	8.6%
80～89歳	202	2.2%
90～99歳	22	0.2%

問4 退院時の病棟をご回答下さい。

	回答数	構成割合
回答数	9,363	100.0%
1. 精神一般病棟 入院基本料	5,609	59.9%
2. 精神科救急入院料1・2	276	2.9%
3. 精神科急性期治療病棟入院料1・2	1,607	17.2%
4. 精神科救急・合併症入院料	1	0.0%
5. 精神療養病棟入院料	1,817	19.4%
6. 医療観察法病棟	0	0.0%
7. その他	53	0.6%

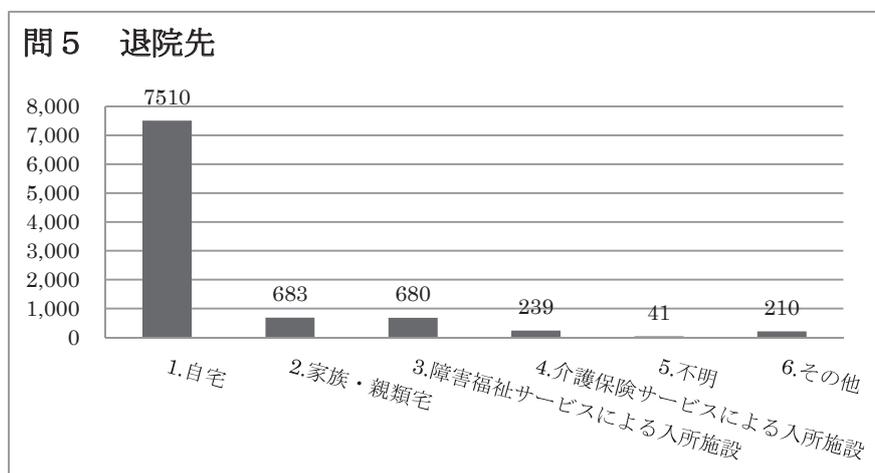
その他：特殊疾患病棟、内科療養病棟、特別入院基本科、児童・思春期精神科入院医療管理科等



問5 退院先をご回答下さい。

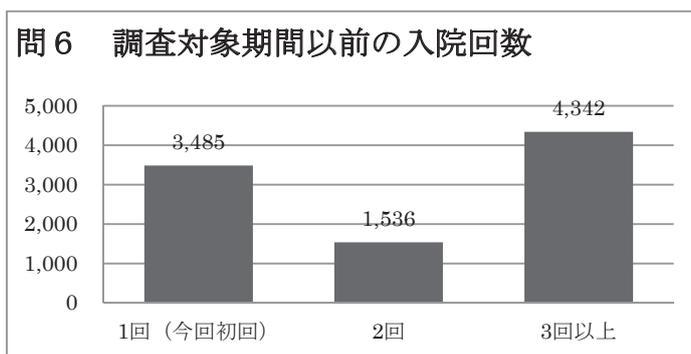
	回答数	構成割合
回答数	9,363	100.0%
1. 自宅	7,510	80.2%
2. 家族・親類宅	683	7.3%
3. 障害福祉サービスによる入所施設	680	7.3%
4. 介護保険サービスによる入所施設	239	2.6%
5. 不明	41	0.4%
6. その他	210	2.2%

その他：会社の寮、アパート、簡易宿泊所、下宿、刑務所、軽費老人ホーム、原爆養護ホーム、拘置所、更生施設、高齢者下宿等



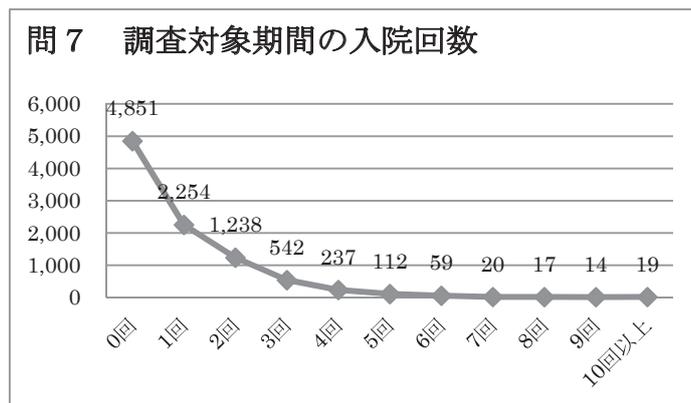
問6 調査対象期間以前（平成22年4月1日～平成23年3月31日内の退院も含め）の入院回数をご回答下さい。

	回答数	構成割合
回答数	9,363	100.0%
1回（今回初回）	3,485	37.2%
2回	1,536	16.4%
3回以上	4,342	46.4%



問7 調査対象期間（退院後2年間）の入院回数をご回答下さい。

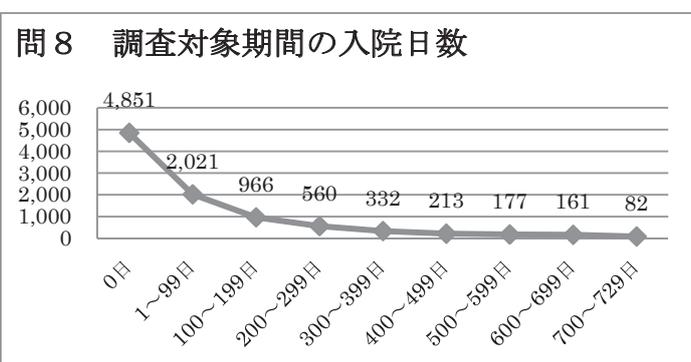
	回数
回答数	9,363
最少	0
最多	75
平均	0.95



	回数	構成割合
0回	4,851	51.8%
1回	2,254	24.1%
2回	1,238	13.2%
3回	542	5.8%
4回	237	2.5%
5回	112	1.2%
6回	59	0.6%
7回	20	0.2%
8回	17	0.2%
9回	14	0.1%
10回以上	19	0.2%

問8 調査対象期間（退院後2年間）に自院で入院した日数をご回答下さい。

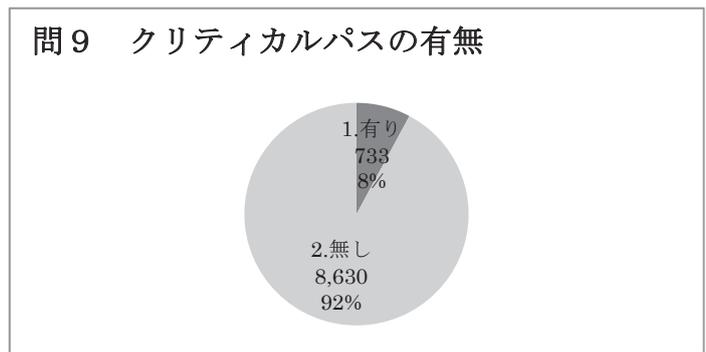
	回数
回答数	9,363
最少	0
最多	729
平均	89.36



入院日数	回数	構成割合
0日	4,851	51.8%
1～99日	2,021	21.6%
100～199日	966	10.3%
200～299日	560	6.0%
300～399日	332	3.5%
400～499日	213	2.3%
500～599日	177	1.9%
600～699日	161	1.7%
700～729日	82	0.9%

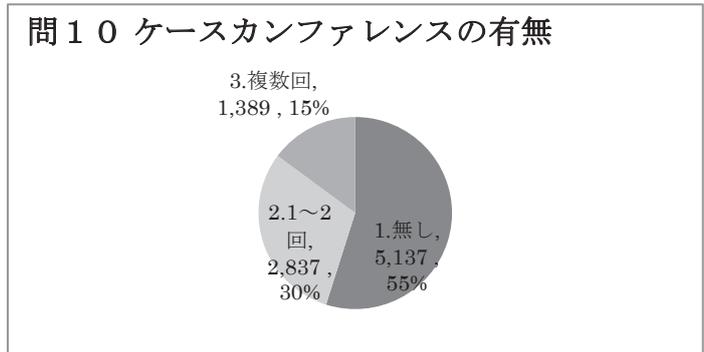
問9 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるクリティカルパスを受けていたかどうかご回答下さい。

	回答数	構成割合
回答数	9,363	100.0%
1. 有り	733	7.8%
2. 無し	8,630	92.2%



問10 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるケースカンファレンスを受けていたかどうかご回答下さい。

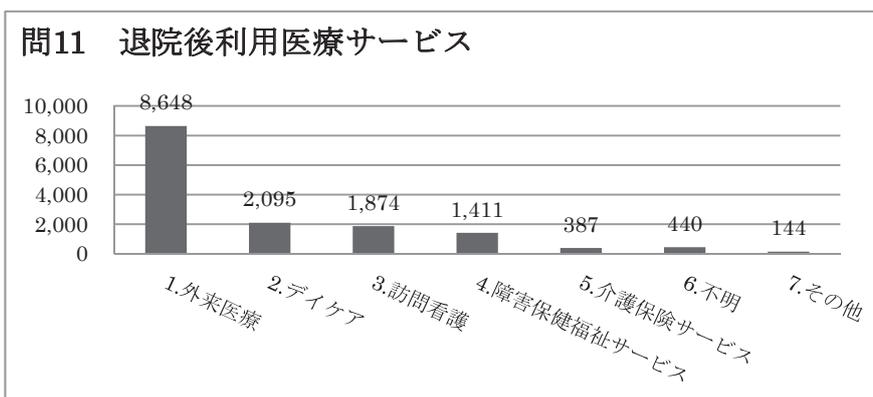
	回答数	構成割合
回答数	9,363	100.0%
1. 無し	5,137	54.9%
2. 1～2回	2,837	30.3%
3. 複数回	1,389	14.8%



	回答数	構成割合
回答数	9,363	100.0%
1. 無し	5,137	54.9%
2～3. 有り	4,226	45.1%

問11 退院後にどのような医療を利用したか、当てはまるもの全てご回答下さい。（複数回答）

	回答数	構成割合：総回答数 (n=15102)	構成割合：回答人数 (n=9363)
総回答数	14,999	-	-
1. 外来医療	8,648	57.7%	92.4%
2. デイケア	2,095	14.0%	22.4%
3. 訪問看護	1,874	12.5%	20.0%
4. 障害保健福祉サービス	1,411	9.4%	15.1%
5. 介護保険サービス	387	2.6%	4.1%
6. 不明	440	2.9%	4.7%
7. その他	144	1.0%	1.5%



Ⅱ＜患者調査＞クロス集計結果（クリティカルパス関連）

問4 退院時の病棟をご回答下さい

問9 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるクリティカルパスを受けていたかどうかご回答下さい

	1. 精神一般病棟 入院基本料	2. 精神科救急入院料 1・2	3. 精神科急性期治療病棟入院料 1・2	4. 精神科救急・合併症入院料	5. 精神療養病棟入院料	6. 医療観察法病棟	7. その他	合計
1. 有り	302	87	227	0	114	0	3	733
2. 無し	5,307	189	1,380	1	1,703	0	50	8,630
合計	5,609	276	1,607	1	1,817	0	53	9,363

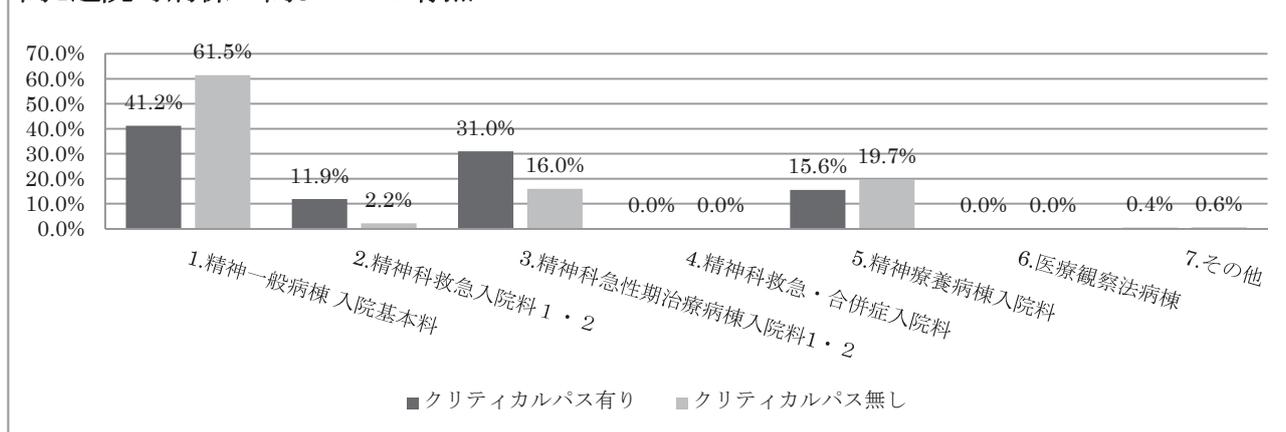
(1. 有り群)

	1. 精神一般病棟 入院基本料	2. 精神科救急入院料 1・2	3. 精神科急性期治療病棟入院料 1・2	4. 精神科救急・合併症入院料	5. 精神療養病棟入院料	6. 医療観察法病棟	7. その他	合計
回答数	302	87	227	0	114	0	3	733
構成割合	41.2%	11.9%	31.0%	0.0%	15.6%	0.0%	0.4%	100.0%

(2. 無し群)

	1. 精神一般病棟 入院基本料	2. 精神科救急入院料 1・2	3. 精神科急性期治療病棟入院料 1・2	4. 精神科救急・合併症入院料	5. 精神療養病棟入院料	6. 医療観察法病棟	7. その他	合計
回答数	5,307	189	1,380	1	1,703	0	50	8,630
構成割合	61.5%	2.2%	16.0%	0.0%	19.7%	0.0%	0.6%	100.0%

問4退院時病棟×問9パスの有無



問5 退院先をご回答下さい

問9 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるクリティカルパスを受けていたかどうかご回答下さい

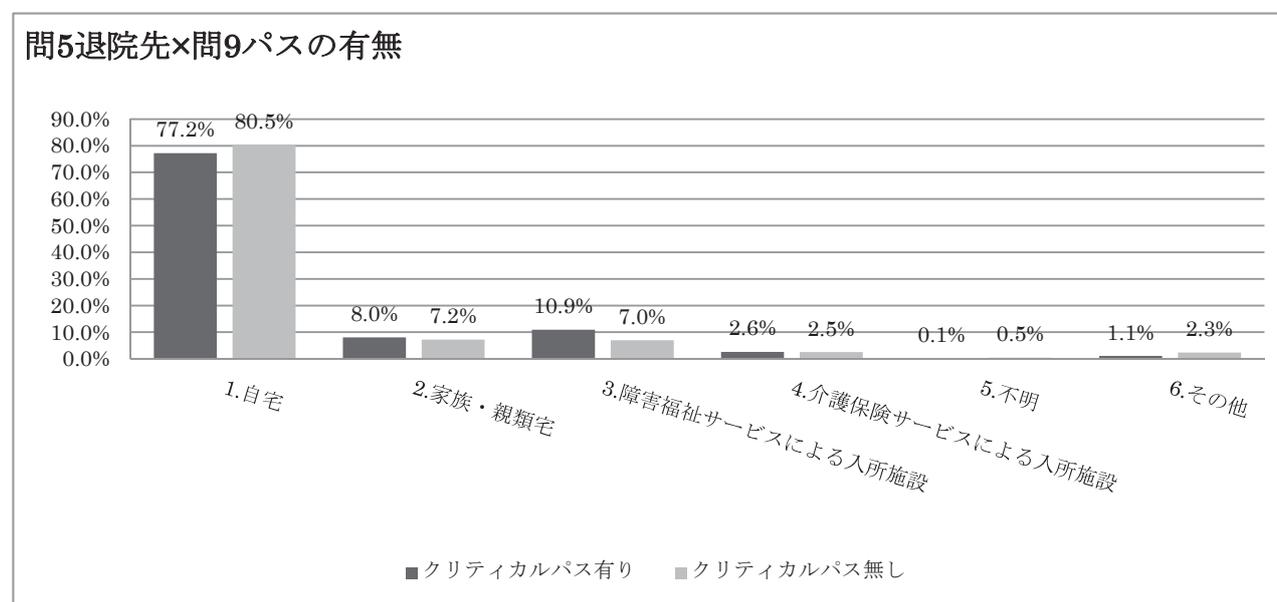
	1. 自宅	2. 家族・親類宅	3. 障害福祉サービスによる入所施設	4. 介護保険サービスによる入所施設	5. 不明	6. その他	合計
1. 有り	566	59	80	19	1	8	733
2. 無し	6,944	624	600	220	40	202	8,630
合計	7,510	683	680	239	41	210	9,363

(1. 有り群)

	1. 自宅	2. 家族・親類宅	3. 障害福祉サービスによる入所施設	4. 介護保険サービスによる入所施設	5. 不明	6. その他	合計
回答数	566	59	80	19	1	8	733
構成割合	77.2%	8.0%	10.9%	2.6%	0.1%	1.1%	100.0%

(2. 無し群)

	1. 自宅	2. 家族・親類宅	3. 障害福祉サービスによる入所施設	4. 介護保険サービスによる入所施設	5. 不明	6. その他	合計
回答数	6,944	624	600	220	40	202	8,630
構成割合	80.5%	7.2%	7.0%	2.5%	0.5%	2.3%	100.0%



問6 調査対象期間以前（平成22年4月1日～平成23年3月31日内の退院も含め）の入院回数をご回答下さい

問9 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるクリティカルパスを受けていたかどうかご回答下さい

	回答数	構成割合
回答数	9,363	100.0%
1. 有り	733	7.8%
2. 無し	8,630	92.2%

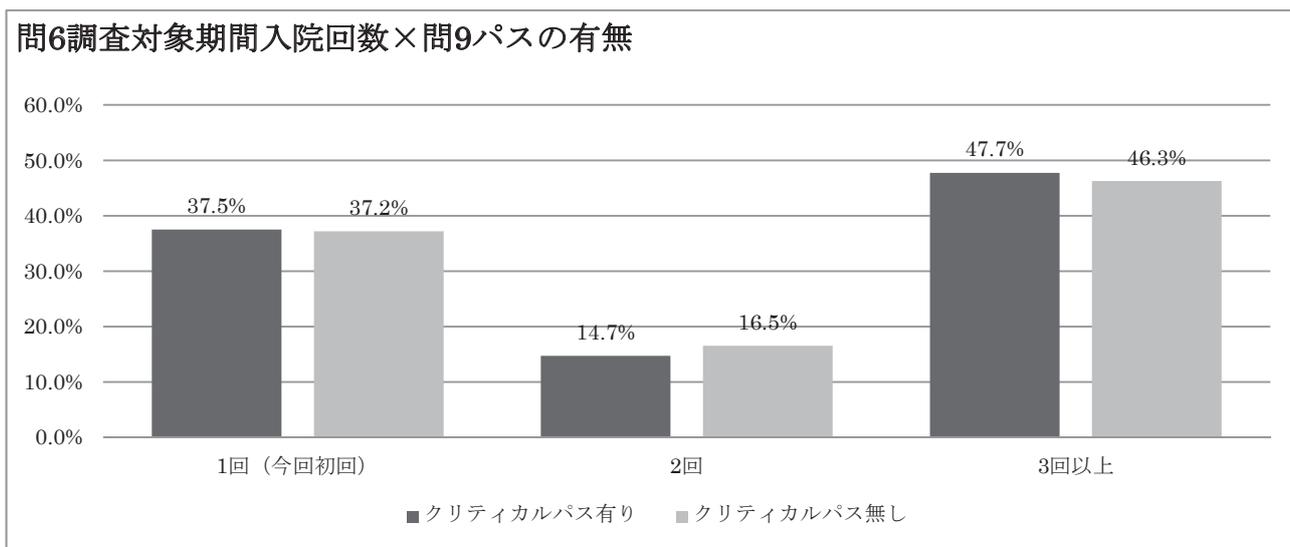
		調査対象期間以前の入院回数			
		1回（今回初回）	2回	3回以上	総計
クリティカルパス使用	1. 有り	275	108	350	733
	2. 無し	3,210	1,428	3,992	8,630
	総計	3,485	1,536	4,342	9,363

（クリティカルパス使用「1. 有り」群）

		回答数	構成割合
		733	100.0%
調査対象期間以前の入院回数	1回（今回初回）	275	37.5%
	2回	108	14.7%
	3回以上	350	47.7%

（クリティカルパス使用「2. 無し」群）

		回答数	構成割合
		8,630	100.0%
調査対象期間以前の入院回数	1回（今回初回）	3,210	37.2%
	2回	1,428	16.5%
	3回以上	3,992	46.3%



問7 調査対象期間の入院回数をご回答下さい

問9 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるクリティカルパスを受けていたかどうかご回答下さい

	1. 有り	2. 無し
回答数	733	8,630
最少	0	0
最多	15	75
平均	1	1

		クリティカルパス使用				総計	
		1. 有り		2. 無し			
		回答数	構成割合 (n=733)	回答数	構成割合 (n=8630)	回答数	構成割合 (n=9363)
調査対象 期間内(退 院後2年 間)の入院 回数	0回	368	50.2%	4,483	51.9%	4,851	51.8%
	1回	185	25.2%	2,069	24.0%	2,254	24.1%
	2回	104	14.2%	1,134	13.1%	1,238	13.2%
	3回	50	6.8%	492	5.7%	542	5.8%
	4回	14	1.9%	223	2.6%	237	2.5%
	5回	7	1.0%	105	1.2%	112	1.2%
	6回	1	0.1%	58	0.7%	59	0.6%
	7回	0	0.0%	20	0.2%	20	0.2%
	8回	1	0.1%	16	0.2%	17	0.2%
	9回	1	0.1%	13	0.2%	14	0.1%
	10回	1	0.1%	6	0.1%	7	0.1%
	11回	0	0.0%	2	0.0%	2	0.0%
	12回	0	0.0%	4	0.0%	4	0.0%
	15回	1	0.1%	0	0.0%	1	0.0%
	17回	0	0.0%	1	0.0%	1	0.0%
	19回	0	0.0%	1	0.0%	1	0.0%
	20回	0	0.0%	1	0.0%	1	0.0%
	29回	0	0.0%	1	0.0%	1	0.0%
	75回	0	0.0%	1	0.0%	1	0.0%
	総計	733	100.0%	8,630	100.0%	9,363	100.0%

問 8 退院後 2 年間の間に自院で入院した日数をご回答下さい

問 9 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるクリティカルパスを受けていたかどうかご回答下さい

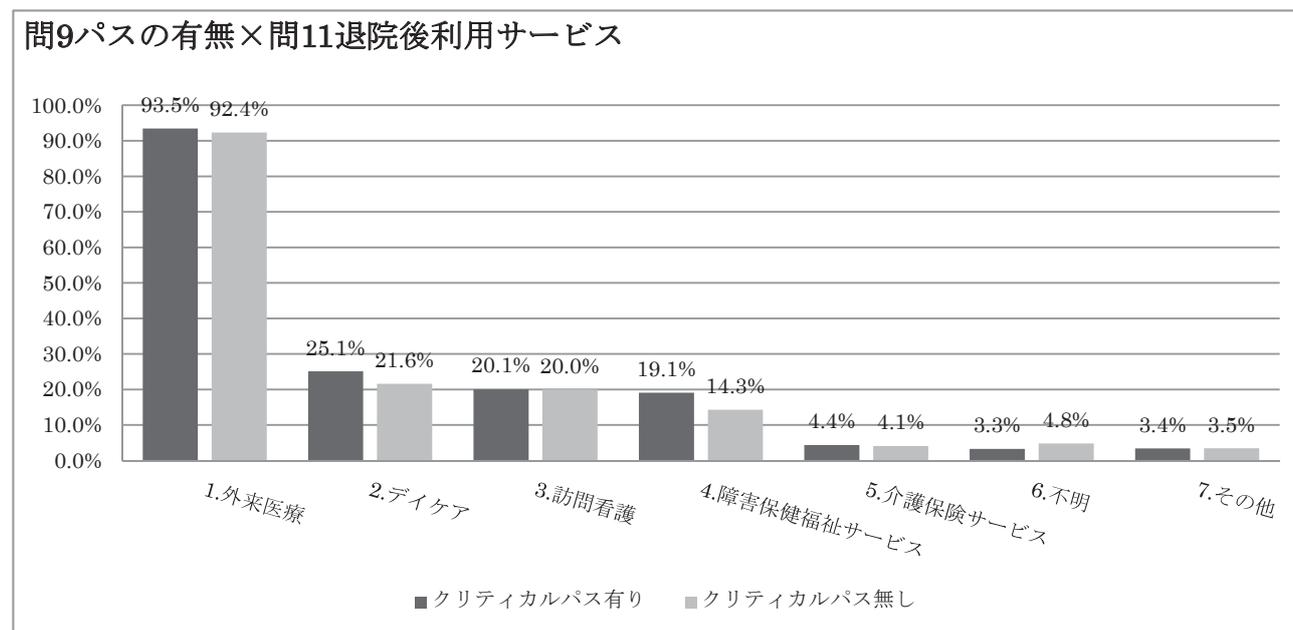
	1. 有り	2. 無し
回答数	733	8,630
最少	0	0
最多	722	729
平均	83.32	89.87

		クリティカルパス使用				総計	
		1. 有り		2. 無し			
		回答数	構成割合 (n=733)	回答数	構成割合 (n=8630)	回答数	構成割合 (n=9363)
調査対象 期間内(退 院後 2 年 間)の入院 日数	0 日	368	50.2%	4,483	51.9%	4,851	51.8%
	1～99 日	182	24.8%	1,839	21.3%	2,021	21.6%
	100～199 日	70	9.5%	896	10.4%	966	10.3%
	200～299 日	47	6.4%	513	5.9%	560	6.0%
	300～399 日	24	3.3%	308	3.6%	332	3.5%
	400～499 日	15	2.0%	198	2.3%	213	2.3%
	500～599 日	10	1.4%	167	1.9%	177	1.9%
	600～699 日	12	1.6%	149	1.7%	161	1.7%
	700～729 日	5	0.7%	77	0.9%	82	0.9%
	総計	733	100.0%	8,630	100.0%	9,363	100.0%

問9 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるクリティカルパスを受けていたかどうかご回答下さい

問11 退院後にどのような医療を利用したか、当てはまるもの全てご回答下さい

		回答数	構成割合 (n=15102)	構成割合 (n=9363)	構成割合 (n=各群 の回答数)	構成割合 (n=各群 の回答人数)
		15,102	-	-	-	
クリティカルパス 使用「1. 有り」群	1. 外来医療	685	4.5%	7.3%	55.4%	93.5%
	2. デイケア	184	1.2%	2.0%	14.9%	25.1%
	3. 訪問看護	147	1.0%	1.6%	11.9%	20.1%
	4. 障害保健福祉サービス	140	0.9%	1.5%	11.3%	19.1%
	5. 介護保険サービス	32	0.2%	0.3%	2.6%	4.4%
	6. 不明	24	0.2%	0.3%	1.9%	3.3%
	7. その他	25	0.2%	0.3%	2.0%	3.4%
クリティカルパス 使用「2. 無し」群	1. 外来医療	7,970	52.8%	85.1%	57.5%	92.4%
	2. デイケア	1,866	12.4%	19.9%	13.5%	21.6%
	3. 訪問看護	1,727	11.4%	18.4%	12.5%	20.0%
	4. 障害保健福祉サービス	1,235	8.2%	13.2%	8.9%	14.3%
	5. 介護保険サービス	355	2.4%	3.8%	2.6%	4.1%
	6. 不明	414	2.7%	4.4%	3.0%	4.8%
	7. その他	298	2.0%	3.2%	2.1%	3.5%



問9 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるクリティカルパスを受けていたかどうかご回答下さい

問10 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるケースカンファレンスを受けていたかどうかご回答下さい

	クリティカルパス実施				総計	
	1. 有り		2. 無し			
	回答数	構成割合	回答数	構成割合	回答数	構成割合
カンファレンス実施回数「1. 無し」	188	25.6%	4,948	57.3%	5,136	54.9%
カンファレンス実施回数「2. 1～2回」	304	41.5%	2,533	29.4%	2,837	30.3%
カンファレンス実施回数「3. 複数回」	241	32.9%	1,148	13.3%	1,389	14.8%
総計	733	100.0%	8,629	100.0%	9,362	100.0%

	クリティカルパス実施				総計	
	1. 有り		2. 無し			
	回答数	構成割合	回答数	構成割合	回答数	構成割合
カンファレンス実施回数「1. 無し」	188	25.6%	4,948	57.3%	5,136	54.9%
カンファレンス実施回数 「2. 1～2回」 + 「3. 複数回」	545	74.4%	3,681	42.7%	4,226	45.1%
総計	733	100.0%	8,629	100.0%	9,362	100.0%

Ⅱ <患者調査>クロス集計結果（ケースカンファレンス関連）

問6 調査対象期間以前（平成22年4月1日～平成23年3月31日内の退院も含め）の入院回数をご回答下さい

問10 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるケースカンファレンスを受けていたかどうかをご回答下さい

		調査対象期間以前の入院回数	回答数	構成割合 (n=9363)	構成割合 (n=各群の回答人数)
			9,363	100.0%	
カンファレンス実施回数	1. 無し	1回（今回初回）	2,044	21.8%	39.8%
		2回	851	9.1%	16.6%
		3回以上	2,242	23.9%	43.6%
		小計	5,137	54.9%	100.0%
	2. 1～2回	1回（今回初回）	982	10.5%	34.6%
		2回	463	4.9%	16.3%
		3回以上	1,392	14.9%	49.1%
		小計	2,837	30.3%	100.0%
	3. 複数回	1回（今回初回）	459	4.9%	33.0%
		2回	222	2.4%	16.0%
		3回以上	708	7.6%	51.0%
		小計	1,389	14.8%	100.0%

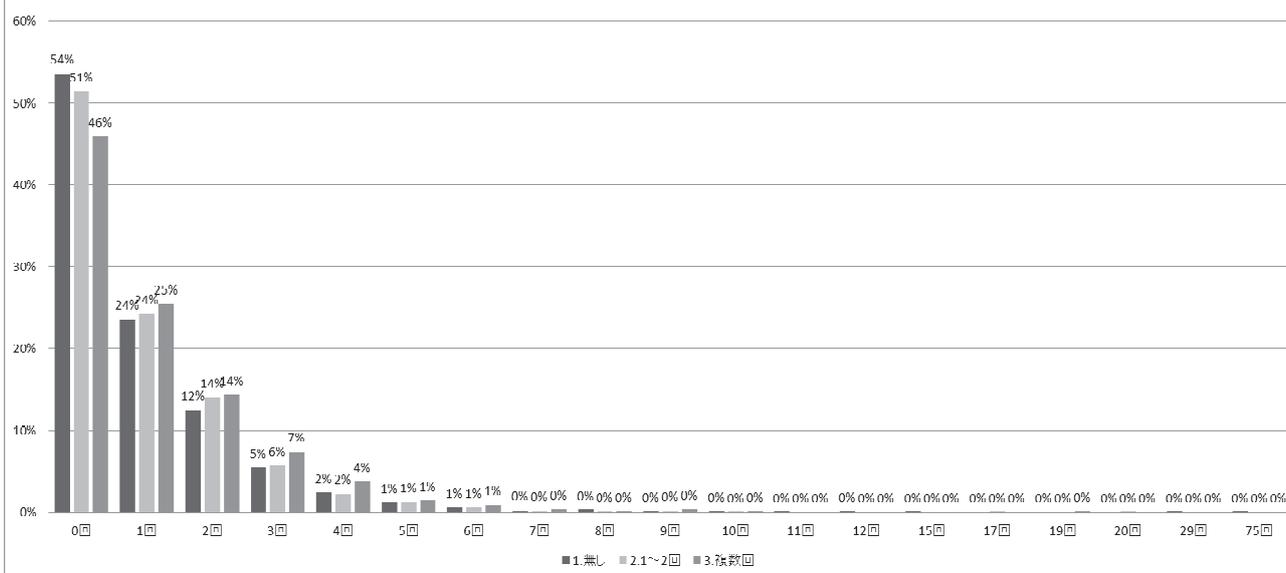
		調査対象期間以前の入院回数	回答数	構成割合 (n=9363)	構成割合 (n=各群の回答人数)
			9,363	100.0%	
カンファレンス実施回数	1. 無し	1回（今回初回）	2,044	21.8%	39.8%
		2回	851	9.1%	16.6%
		3回以上	2,242	23.9%	43.6%
		小計	5,137	54.9%	100.0%
	有り（2.1～2回+3.複数回）	1回（今回初回）	1,441	15.4%	34.1%
		2回	685	7.3%	16.2%
		3回以上	2,100	22.4%	49.7%
		小計	4,226	45.1%	100.0%

問7 調査対象期間の入院回数をご回答下さい

問10 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるケースカンファレンスを受けていたかどうかご回答下さい

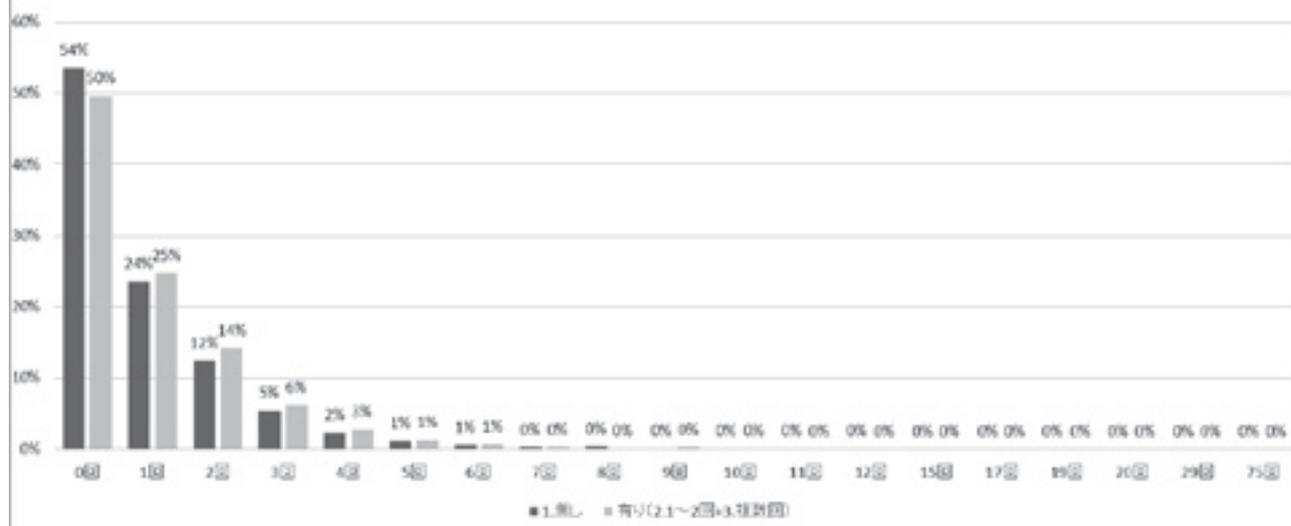
		カンファレンス実施回数							
		1. 無し		2. 1~2回		3. 複数回		総計	
		回答数	構成割合 (n=5137)	回答数	構成割合 (n=2837)	回答数	構成割合 (n=1389)	回答数	構成割合 (n=9363)
調査対象 期間内の 入院回数	0回	2,753	53.6%	1,460	51.5%	638	45.9%	4,851	51.8%
	1回	1,211	23.6%	689	24.3%	354	25.5%	2,254	24.1%
	2回	640	12.5%	398	14.0%	200	14.4%	1,238	13.2%
	3回	279	5.4%	161	5.7%	102	7.3%	542	5.8%
	4回	121	2.4%	64	2.3%	52	3.7%	237	2.5%
	5回	58	1.1%	35	1.2%	19	1.4%	112	1.2%
	6回	31	0.6%	16	0.6%	12	0.9%	59	0.6%
	7回	11	0.2%	5	0.2%	4	0.3%	20	0.2%
	8回	14	0.3%	2	0.1%	1	0.1%	17	0.2%
	9回	5	0.1%	4	0.1%	5	0.4%	14	0.1%
	10回	5	0.1%	1	0.0%	1	0.1%	7	0.1%
	11回	2	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.0%
	12回	4	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	4	0.0%
	15回	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
	17回	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
	19回	0	0.0%	0	0.0%	1	0.1%	1	0.0%
	20回	0	0.0%	1	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
	29回	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
	75回	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
	総計	5,137	100.0%	2,837	100.0%	1,389	100.0%	9,363	100.0%

問7調査期間の入院回数×問10カンファレンスの実施回数



		カンファレンス実施回数					
		1. 無し		有り(2. 1~2回+3. 複数回)		総計	
		回答数	構成割合 (n=5137)	回答数	構成割合 (n=4226)	回答数	構成割合 (n=9363)
調査対象期間内の入院回数	0回	2,753	53.6%	2,098	49.6%	4,851	51.8%
	1回	1,211	23.6%	1,043	24.7%	2,254	24.1%
	2回	640	12.5%	598	14.2%	1,238	13.2%
	3回	279	5.4%	263	6.2%	542	5.8%
	4回	121	2.4%	116	2.7%	237	2.5%
	5回	58	1.1%	54	1.3%	112	1.2%
	6回	31	0.6%	28	0.7%	59	0.6%
	7回	11	0.2%	9	0.2%	20	0.2%
	8回	14	0.3%	3	0.1%	17	0.2%
	9回	5	0.1%	9	0.2%	14	0.1%
	10回	5	0.1%	2	0.0%	7	0.1%
	11回	2	0.0%	0	0.0%	2	0.0%
	12回	4	0.1%	0	0.0%	4	0.0%
	15回	1	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
	17回	0	0.0%	1	0.0%	1	0.0%
	19回	0	0.0%	1	0.0%	1	0.0%
	20回	0	0.0%	1	0.0%	1	0.0%
	29回	1	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
	75回	1	0.0%	0	0.0%	1	0.0%
		総計	5,137	100.0%	4,226	100.0%	9,363

問7調査機関の入院回数×問11カンファレンスの実施回数②



問8 退院後2年間の間に自院で入院した日数をご回答下さい

問10 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるケースカンファレンスを受けていたかどうかご回答下さい

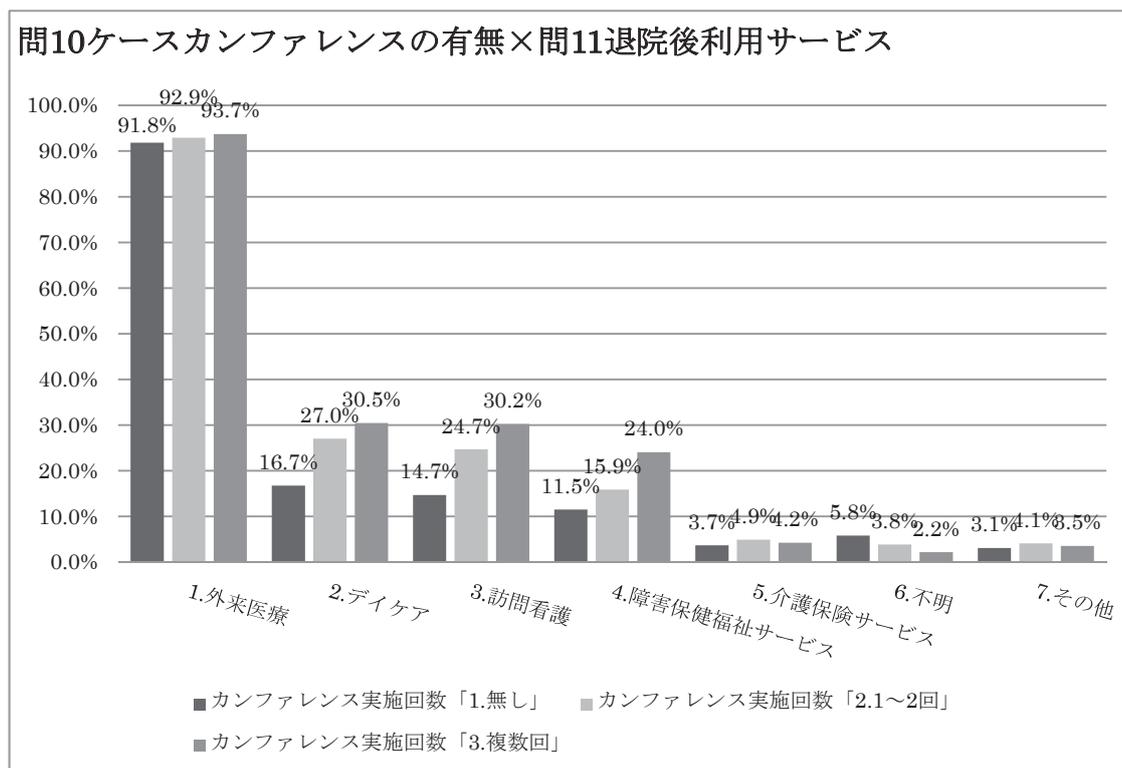
		カンファレンス実施回数						総計	
		1.無し		2.1~2回		3.複数回			
		回答数	構成割合 (n=5137)	回答数	構成割合 (n=2837)	回答数	構成割合 (n=1389)	回答数	構成割合 (n=9363)
調査対象期間内（退院後2年間の入院日数	0日	2,753	53.6%	1,460	51.5%	638	45.9%	4,851	51.8%
	1~99日	1,125	21.9%	607	21.4%	289	20.8%	2,021	21.6%
	100~199日	515	10.0%	292	10.3%	159	11.4%	966	10.3%
	200~299日	277	5.4%	170	6.0%	113	8.1%	560	6.0%
	300~399日	161	3.1%	105	3.7%	66	4.8%	332	3.5%
	400~499日	104	2.0%	67	2.4%	42	3.0%	213	2.3%
	500~599日	92	1.8%	57	2.0%	28	2.0%	177	1.9%
	600~699日	64	1.2%	59	2.1%	38	2.7%	161	1.7%
	700~729日	46	0.9%	20	0.7%	16	1.2%	82	0.9%
	総計	5,137	100.0%	2,837	32.9%	1,389	100.0%	9,363	100.0%

		カンファレンス実施回数				総計	
		1.無し		有り(2.1~2回+3.複数回)			
		回答数	構成割合 (n=5137)	回答数	構成割合 (n=2837)	回答数	構成割合 (n=9363)
調査対象期間内（退院後2年間の入院日数	0日	2,753	53.6%	2,098	49.6%	4,851	51.8%
	1~99日	1,125	21.9%	896	21.2%	2,021	21.6%
	100~199日	515	10.0%	451	10.7%	966	10.3%
	200~299日	277	5.4%	283	6.7%	560	6.0%
	300~399日	161	3.1%	171	4.0%	332	3.5%
	400~499日	104	2.0%	109	2.6%	213	2.3%
	500~599日	92	1.8%	85	2.0%	177	1.9%
	600~699日	64	1.2%	97	2.3%	161	1.7%
	700~729日	46	0.9%	36	0.9%	82	0.9%
	総計	5,137	100.0%	4,226	100.0%	9,363	100.0%

問10 退院までの間に、多職種（三職種以上）によるケースカンファレンスを受けていたかどうかご回答下さい

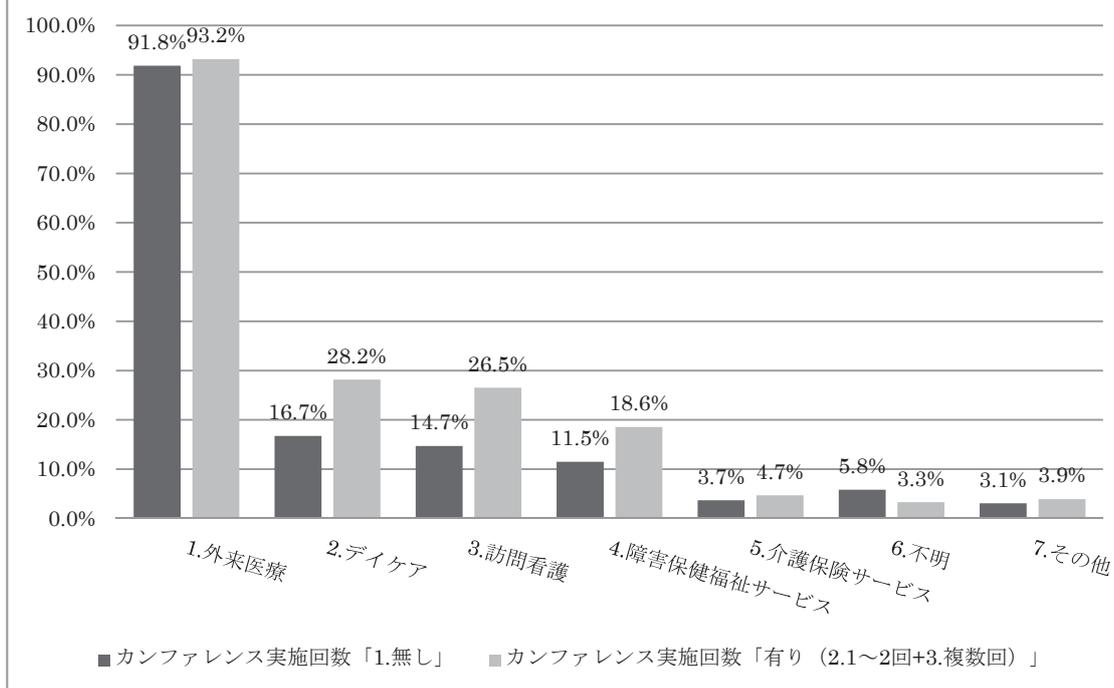
問11 退院後にどのような医療を利用したか、当てはまるもの全てご回答下さい

		回答数	構成割合 (n=15102)	構成割合 (n=9363)	構成割合 (n=各群 の回答 数)	構成割合 (n=各群 の回答人 数)
		15,102	-	-	-	-
カンファ レンス実 施回数 「1.無 し」	1. 外来医療	4,718	31.2%	49.0%	62.3%	91.8%
	2. デイケア	860	5.7%	8.9%	11.4%	16.7%
	3. 訪問看護	755	5.0%	7.8%	10.0%	14.7%
	4. 障害保健福祉サービス	591	3.9%	6.1%	7.8%	11.5%
	5. 介護保険サービス	189	1.3%	2.0%	2.5%	3.7%
	6. 不明	299	2.0%	3.1%	3.9%	5.8%
	7. その他	158	1.0%	1.6%	2.1%	3.1%
カンファ レンス実 施回数 「2.1～2 回」	1. 外来医療	2,636	17.5%	27.4%	53.6%	92.9%
	2. デイケア	767	5.1%	8.0%	15.6%	27.0%
	3. 訪問看護	700	4.6%	7.3%	14.2%	24.7%
	4. 障害保健福祉サービス	450	3.0%	4.7%	9.2%	15.9%
	5. 介護保険サービス	139	0.9%	1.4%	2.8%	4.9%
	6. 不明	109	0.7%	1.1%	2.2%	3.8%
	7. その他	116	0.8%	1.2%	2.4%	4.1%
カンファ レンス実 施回数 「3.複数 回」	1. 外来医療	1,302	8.6%	13.5%	49.8%	93.7%
	2. デイケア	423	2.8%	4.4%	16.2%	30.5%
	3. 訪問看護	420	2.8%	4.4%	16.0%	30.2%
	4. 障害保健福祉サービス	334	2.2%	3.5%	12.8%	24.0%
	5. 介護保険サービス	59	0.4%	0.6%	2.3%	4.2%
	6. 不明	30	0.2%	0.3%	1.1%	2.2%
	7. その他	49	0.3%	0.5%	1.9%	3.5%



		回答数	構成割合 (n=15102)	構成割合 (n=9363)	構成割合 (n=各群の 回答人数)	構成割合 (n=各群の 回答人数)
		15,102	-	-	-	-
カンファレンス実施回数「1.無し」	1. 外来医療	4,718	31.2%	49.0%	62.3%	91.8%
	2. デイケア	860	5.7%	8.9%	11.4%	16.7%
	3. 訪問看護	755	5.0%	7.8%	10.0%	14.7%
	4. 障害保健福祉サービス	591	3.9%	6.1%	7.8%	11.5%
	5. 介護保険サービス	189	1.3%	2.0%	2.5%	3.7%
	6. 不明	299	2.0%	3.1%	3.9%	5.8%
	7. その他	158	1.0%	1.6%	2.1%	3.1%
カンファレンス実施回数「有り (2.1～2回+3.複数回)」	1. 外来医療	3,938	26.1%	40.9%	80.1%	93.2%
	2. デイケア	1,190	7.9%	12.3%	24.2%	28.2%
	3. 訪問看護	1,120	7.4%	11.6%	22.8%	26.5%
	4. 障害保健福祉サービス	784	5.2%	8.1%	15.9%	18.6%
	5. 介護保険サービス	198	1.3%	2.1%	4.0%	4.7%
	6. 不明	139	0.9%	1.4%	2.8%	3.3%
	7. その他	165	1.1%	1.7%	3.4%	3.9%

問10ケースカンファレンスの有無×問11退院後利用サービス②



5. 障害者総合福祉推進事業（16番事業）で使用された日精協版クリティカルパス（案）の作成経緯とその特徴について

医療法人梁風会こころの医療たいようの丘ホスピタル 院長 原田俊樹

当事業に参加するのに先立ち、原田は平成24年度日精協政策委員会精神科治療標準化検討部会（委員長：敦賀温泉病院 玉井 顕院長）に日精協看護コメディカル委員会より当部会委員として参加した。当部会の目的はすでに統合失調症や気分障害のクリティカルパスを採用している病院もいくつかはあるが、実際には精神科救急病棟、精神科急性期病棟などを有する病院に限られており、殆どの病院では手つかずの状態であることを鑑み、日精協版クリティカルパス（案）を作成し、すべての病院でそのパスを使用し治療内容の標準化を目指すとともに病院間の情報共有や連携を可能にする事であった。

同部会では桶狭間病院藤田こころケアセンター理事長・院長 藤田 潔先生をはじめ、すでにパスの実践を行っている病院の先生方に講演を依頼し、日精協版クリティカルパス（案）作成を模索した。特に桶狭間病院藤田こころケアセンターのパスは統合失調症、気分障害それぞれのパスを作成し、いずれもスタッフ用、患者用（クライアントパス）の2種類が揃えられて、特に優れている点はスタッフ用のパスは各職種ごとになすべき事柄が明確に示されており、また同院のホームページからダウンロード可能で、各施設でその特徴にあわせてアレンジして用いれば多くの施設で使用可能な点であった。

同部会では藤田 潔先生の承諾を得て同院のスタッフ用の統合失調症、気分障害クリティカルパスをダウンロードし、より般化した形で日精協版クリティカルパス（案）を作成した（図2）。同院のパスとの違いは同院のパスが救急、急性期を前提としているのに対し精神一般治療病棟でも行えるよう、少し緩めのタイムスケジュールに変え、特に第2期（回復期）、第3期（退院準備期）の期間設定は各施設で任意に行えるようにした点である。その後、日精協高齢者医療・介護保険委員会委員長である田口真源先生（大垣病院院長）より「認知症とうつ病の合併が多く両者を併せて評価できるパスが望ましい」という指摘があり、日精協版クリティカルパス（案）として、精神科病院で最低限必要なパス事項のみを残した形として、統合失調症、気分障害、認知症のいずれでも行え、各疾患ごとに個々の施設がオプションとして追加できるパス項目を示した、いわゆる二階建て方式のものとした。

今回、平成25年度に障害者総合福祉推進事業（16番事業）においてこの日精協版クリティカルパス（案）を新規に10病院で実践してもらった。そして平成26年1月25日、パス使用について各施設よりヒアリングを行った（ヒアリングのまとめについては「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」クリティカルパス実施調査の

分析報告書クリティカル使用調査報告書を参照下さい)。

また平成 26 年度診療報酬改定で統合失調症と気分障害の急性期クリティカルパスに診療報酬が新設(院内標準診療計画加算)されたが、今回の調査・分析を基に藤田 潔先生が標準化されたパスを作成されているのでその内容については藤田 潔先生の報告書(「急性期クリティカルパスの原案・マニュアル・クライアントパスについて」)をご参照下さい。

図2. 日精協版クリティカルパス(案)

期間	I 期(入院初期)			II 期(回復期)			III 期(退院準備期)		
	入院当日	1週	2週	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	(/ ~ /)	退院時
医師	<input type="checkbox"/> GAF <input type="checkbox"/> 患者・家族と治療方針の決定			<input type="checkbox"/> GAF <input type="checkbox"/> 患者・家族と治療方針の見直し	<input type="checkbox"/> GAF <input type="checkbox"/> 患者・家族と治療方針の見直し	<input type="checkbox"/> GAF <input type="checkbox"/> 患者・家族と治療方針の見直し	<input type="checkbox"/> GAF	<input type="checkbox"/> 患者・家族と退院後の治療方針を決定	<input type="checkbox"/> GAF <input type="checkbox"/> 退院時指導
	<input type="checkbox"/> 身体疾患の確認 <input type="checkbox"/> 身体疾患治療限界設定と急変時の同意取得 <input type="checkbox"/> 他科医師との連携	<input type="checkbox"/> 身体管理・他科医師との連携	<input type="checkbox"/> 身体管理・他科医師との連携	<input type="checkbox"/> 身体管理 <input type="checkbox"/> 身体疾患への対応方法の確立	<input type="checkbox"/> 身体管理 <input type="checkbox"/> 身体疾患への対応方法の確立	<input type="checkbox"/> 身体管理 <input type="checkbox"/> 身体疾患への対応方法の確立	<input type="checkbox"/> 身体管理 <input type="checkbox"/> 退院後の身体疾患の治療連携(要時)	<input type="checkbox"/> 身体管理 <input type="checkbox"/> 退院後の身体疾患の治療連携(要時)	<input type="checkbox"/> 身体管理 <input type="checkbox"/> 退院後の身体疾患の治療連携(要時)
	<input type="checkbox"/> 入院形態の告知 <input type="checkbox"/> 入院治療・行動制限についての同意書		<input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 医療保護入院者の退院届
									<input type="checkbox"/> 退院療養計画書 <input type="checkbox"/> 退院証明書
看護師	<input type="checkbox"/> オリエンテーション <input type="checkbox"/> 既往歴聴取 <input type="checkbox"/> 身体合併症の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤のアレルギー・重篤な副作用								
	<input type="checkbox"/> 身体症状観察	<input type="checkbox"/> 身体症状観察 <input type="checkbox"/> 身体拘束時の身体症状観察	<input type="checkbox"/> 身体症状観察	<input type="checkbox"/> 身体症状観察	<input type="checkbox"/> 身体症状観察	<input type="checkbox"/> 身体症状観察	<input type="checkbox"/> 身体症状観察	<input type="checkbox"/> 身体症状観察	
	<input type="checkbox"/> 精神症状観察	<input type="checkbox"/> 精神症状観察	<input type="checkbox"/> 精神症状観察	<input type="checkbox"/> 精神症状観察	<input type="checkbox"/> 精神症状観察	<input type="checkbox"/> 精神症状観察	<input type="checkbox"/> 精神症状観察	<input type="checkbox"/> 精神症状観察	
			<input type="checkbox"/> アセスメント		<input type="checkbox"/> アセスメント				<input type="checkbox"/> アセスメント
	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 食事の促し・介助、拒食時の援助 <input type="checkbox"/> 排泄コントロール <input type="checkbox"/> 保清(洗面、入浴、更衣)	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 食事の促し・介助、拒食時の援助 <input type="checkbox"/> 排泄コントロール <input type="checkbox"/> 保清(洗面、入浴、更衣)	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 食事の促し・介助、拒食時の援助 <input type="checkbox"/> 排泄コントロール <input type="checkbox"/> 保清(洗面、入浴、更衣) <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 自己決定への支援(IADL)	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 自己決定への支援(IADL) <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 自己決定への支援(IADL)	<input type="checkbox"/> 生活援助	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 自己決定への支援(IADL) <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック	<input type="checkbox"/> 退院時生活指導
<input type="checkbox"/> 睡眠(環境調整)	<input type="checkbox"/> 睡眠(環境調整)	<input type="checkbox"/> 睡眠(環境調整) <input type="checkbox"/> 病棟カンファレンス	<input type="checkbox"/> 睡眠(環境調整)	<input type="checkbox"/> 睡眠(環境調整) <input type="checkbox"/> 病棟カンファレンス	<input type="checkbox"/> 睡眠(環境調整)	<input type="checkbox"/> 睡眠(環境調整)	<input type="checkbox"/> 睡眠(環境調整) <input type="checkbox"/> 病棟カンファレンス		
精神保健福祉士		<input type="checkbox"/> フェイスシートの作成 <input type="checkbox"/> 担当PSWへの申し送り		<input type="checkbox"/> 面談(本人・家族)				<input type="checkbox"/> 面談(本人・家族)	
	<input type="checkbox"/> 関係機関への連絡	<input type="checkbox"/> 支援計画立案						<input type="checkbox"/> 関係機関との連携	
作業療法士					<input type="checkbox"/> OT実施形態の確認			<input type="checkbox"/> 退院後の具体的支援の確認	<input type="checkbox"/> 退院時報告書
		<input type="checkbox"/> 入院時OT評価 <input type="checkbox"/> 実施計画立案							
薬剤師	<input type="checkbox"/> 入院時患者・家族聞き取り <input type="checkbox"/> 持参薬チェック	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導スタート(薬の説明、副作用の有無確認)	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導、	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 退院時患者・家族服薬指導
臨床心理士		<input type="checkbox"/> 心理検査			<input type="checkbox"/> 心理検査			<input type="checkbox"/> 心理検査	
臨床検査技師	<input type="checkbox"/> 入院時検査(生化学、末血、尿)				<input type="checkbox"/> 定期採血			<input type="checkbox"/> 定期採血	
放射線技師	<input type="checkbox"/> 胸部レントゲン <input type="checkbox"/> 頭部CT								
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 食事箋受付			<input type="checkbox"/> 栄養指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導		<input type="checkbox"/> 栄養指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導	
医事	<input type="checkbox"/> 保険証確認 <input type="checkbox"/> 入院保証書 <input type="checkbox"/> 保険外サービス同意書 <input type="checkbox"/> 減額認定書説明								<input type="checkbox"/> 退院精算 <input type="checkbox"/> 預かり金精算
	<input type="checkbox"/> 家族状況確認 <input type="checkbox"/> 患者・家族への情報提供		<input type="checkbox"/> 患者・家族への情報提供		<input type="checkbox"/> 患者・家族への情報提供			<input type="checkbox"/> 患者・家族への情報提供	
チーム共通	医師 看護師 精神保健福祉士 全職種	<input type="checkbox"/> 入院前の生活環境把握 <input type="checkbox"/> 入院時カンファレンス	<input type="checkbox"/> 情報の共有、計画立案	<input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス		<input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス		<input type="checkbox"/> サービス関係者会議 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導 <input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス <input type="checkbox"/> 退院後の具体的環境調整	

	I 期	II 期	III 期
到達目標 (アウトカム) 施設ごと 改変可能	<input type="checkbox"/> 自傷他害・器物破損の兆候が見られない <input type="checkbox"/> 食事・水分がとれる <input type="checkbox"/> 夜間十分な睡眠がとれる <input type="checkbox"/> 診察・内服・検査への協力が得られる <input type="checkbox"/> 患者・家族は医師やスタッフと良好な関係を築くことができる <input type="checkbox"/> 長期の服用を前提とした薬剤選択	<input type="checkbox"/> 服薬の自己管理ができる <input type="checkbox"/> ADLのセルフケア能力が高まる <input type="checkbox"/> 症状悪化の原因を知ることができる <input type="checkbox"/> 気分の変調を他者へ伝えることができる <input type="checkbox"/> 治療に参加することができる <input type="checkbox"/> 退院後の生活を具体的にイメージできる <input type="checkbox"/> 家族は症状を理解し、対応方法を知ることができる	<input type="checkbox"/> 治療に主体的に参加することができる <input type="checkbox"/> 服薬継続の必要性がわかる <input type="checkbox"/> 気分変調時の対処法がわかる <input type="checkbox"/> 余暇時間の過ごし方がわかる <input type="checkbox"/> 退院後の生活への不安が解消する <input type="checkbox"/> 家族は、退院後の患者の生活をサポートすることができる

推奨するスケール

統合失調症にて使用する 尺度	<input type="checkbox"/> BPRS <input type="checkbox"/> BVC (Broset Violence Checklist) (6項目評価合計点による暴力予測) <input type="checkbox"/> BACS-J/WCST慶應版(統合失調症認知機能評価) <input type="checkbox"/> PANSS <input type="checkbox"/> MS(マンチェスター・スケール)
気分障害にて使用する 尺度	<input type="checkbox"/> HAM-D <input type="checkbox"/> MADRAS <input type="checkbox"/> C-SSRS <input type="checkbox"/> SDS <input type="checkbox"/> POMS
認知症にて使用する 尺度	<input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> ADAS-J cog <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> FAST
原則薬剤師が評価	<input type="checkbox"/> DAI-10(薬に対する態度評価) <input type="checkbox"/> SAI-J(病識評価) <input type="checkbox"/> DIEPSS(錐体外路症状評価) <input type="checkbox"/> CP換算
原則作業療法士が評価	<input type="checkbox"/> REHAB (Rehabilitation Evaluation of Hall and Baker)(精神科リハビリテーション行動評価尺度) <input type="checkbox"/> LASMI(Life Assessment Scale for the Mentally III)

6. 「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」クリティカルパス実施調査報告

医療法人社団和敬会谷野呉山病院脳と心の総合健康センター 宮部 真弥子

(1) 調査の目的

日精協加入病院のうち、クリティカルパス未実施の10病院にて、日精協政策委員会精神科治療標準化検討部会で作成した「統合失調症クリティカルパス」を対象患者に使用し支援を行う。その結果をヒアリング調査することで、クリティカルパス導入に際しての問題点や、より良いクリティカルパスの項目等について把握する。

(2) 調査内容

1) 実施病院

1	積善病院	岡山市津山市
2	青和病院	石川県金沢市
3	千曲荘病院	長野県上田市
4	大口病院	鹿児島県大口市
5	田中病院	長野県北群馬郡
6	三善病院	福岡県福岡市
7	札幌花園病院	北海道札幌市
8	成仁病院	東京都足立区
9	浜寺病院	大阪府高石市
10	こころの医療たいようの丘ホスピタル	岡山県高梁市

2) 実施対象患者

平成25年10月1日以降12月16日までに入院した統合失調症の患者のうち4名（4名以下の場合全員）

3) 調査対象期間

平成25年10月7日から平成26年1月10日

4) 使用したクリティカルパス

日精協政策委員会精神科治療標準化検討部会作成「統合失調症パス」（図2 37頁参照）

5) 調査方法

ヒアリングシートの提出、各病院パス実施担当者の代表への聞き取り調査

(3) 調査結果

1) ヒアリングシート

(48頁参照)

2) 聞き取り調査実施日

平成26年2月16日

3) 聞き取り調査対象

実施病院よりの代表13名(医師3名、看護師7名、保健師2名、精神保健福祉士1名)に聞き取り調査を行った。またオブザーバーとして既にクリティカルパス導入をしている桶狭間病院、西峡病院のスタッフにも参加いただいた。

4) 聞き取り調査の結果

①「クリティカルパス」の導入について

a. 導入にあたり行った取り組み

クリティカルパスに関する基本的学習会や各部署に説明会などを開催し、周知徹底を図る取り組みを多くの病院で行っていた。

また、クリティカルパスの実施においては、カンファレンスがどのようにおこなわれるのかということも重要となるが、開催日程の調整役を決めたり、カンファレンスシートを用意し、事前に配布するなどの開催にあたっての工夫をしたり、多職種での検討をスムーズにするために、アセスメント票の作成、アウトカムチェックシートの充実を図るなどの取り組みも見られた。また、患者用のクライアントパスの検討を行った病院もあった。

多職種カンファレンスの充実のために、参加職種を増やすことを試みた病院もある。

b. 導入時の問題点

今回のパスの試行調査に関して、導入マニュアルや運用の基準がなく、スタッフ間での統一が図りにくかった。すでに各病院で持っている様式との混乱が生じたなどの準備不足であるという意見が聞かれたと同時に、クリティカルスの知識がない、必要性を感じていない、あるいは面倒だと感じているスタッフもいたなどの状況も語られた。

各職種がカンファレンスに参加できるようにするための時間調整が難しく、医師や担当看護師が不在のときにカンファレンスがうまく進まないと感じた病院もある。

また、多職種連携については、職種間でどのように連携を図っていけばいいのか戸惑いがあった。電子カルテではなく、病棟でパスシートを管理しているため、看護以外の職種の情報共有、情報統一が難しく、スムーズにいかない部分もあった。

看護職のみが中心となりがちとなり、看護部門以外の職種から、介入のポイントが分からない、退院後の生活がイメージできないという意見が聞かれ、クリティカルパスを使うことで、職種としての捉え方の違いや、連携の必要性が再認識された。

c. 実施に必要なだと考えられる職種

医師、看護師、精神保健福祉士はどの病院も共通して必要と答えている。加えて・作業療法士、薬剤師・臨床心理士・管理栄養士保健師、放射線技師臨床検査技師。事例によっては、理学療法士、言語聴覚士、訪問看護師、外来看護師、デイケア職員、当院関連グループホーム職員、保健師、関係機関の職員、地域の民生委員や地域の代表者などを挙げている病院もある。

②個別の取り組みについて

a. 取り組みの課題

対象患者の症状等の問題としては、病状の改善がなかなかみこめない状況がある以外に病識がなく疾病教育が必要な患者は、服薬指導を行っても効果が低く、時間を要する傾向にあり、また、統合失調症の症状以外の課題（異性関係等）がある患者等は対応に苦慮している。また、m-ECTが導入となった場合のパスの内容不足であり、急性期は共通の期間（2週間）であるが、カンファレンスのタイミングを変えざるを得なかった。また、主治医の方針で病名告知がされてなく治療が焦点づけられなかった等々の諸要因が取り組みの課題として挙げられている。

さらに、社会・環境要因として、家族のキーパーソンが不在、あるいは非協力的であると、病状が軽快しても生活環境の準備に時間を要することがある。また、障害福祉サービスを新規に利用申請すると、支給決定まで時間がかかることや退院後の生活を見越して、調理や服薬などの体験や練習に関しては、内容不足であるとの意見も聞かれた。

b. 順調に支援が進む事例とそうでない事例の比較

支援が進まない事例としては、患者に病識がない、問題行動がある、高齢、身体合併症の併存、パスの実施に関して主治医の協力が得られない、家族の協力が得られない連携がとりにくい、地域での受け入れが困難あるいは地域資源の選択が制限されるなどの事例が挙げられた。

③支援職員の役割について

a. 退院支援調整役（コーディネーター）の職種

看護師、精神保健福祉士が圧倒的に多い。

b. コーディネーターに関して苦勞した点

カンファレンスの日程調整、各職種間のコーディネート、家族への関わりや支援、短い期間での退院調整、クリティカルパスの重要性・必要性の普及などが挙げられた。

c. 具体的な調整内容

多職種カンファレンスの実施、チームでの支援方針の決定、支援の進捗状況の管理、職

種間の情報共有、家族調整、退院後利用するサービスの体験実施と利用などの調整を行う。

④多職種連携のありかたについて

a. 病院内

毎日の病棟申し送りに精神保健福祉士が参加。定期的に精神保健福祉士や作業療法士によるミーティング実施。必要時にショートカンファレンスを実施。多職種によるカンファレンスなどを「連携」として取り上げている。また、服薬指導や栄養指導など各職種独自の支援も各職種の役割として捉えている。

b. 病院外

障害福祉サービス事業者、相談支援事業所相談支援専門員、生活保護担当者、民生委員、などとの連携やカンファレンス。

また、デイケアや訪問看護、外来スタッフなど外来の各部門など機関との連携を挙げている病院も多い。

⑤「退院後の福祉サービスの利用状況」について

a. 実際に利用するサービス

グループホーム・ケアホーム、特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、老人保健施設、有料老人ホーム、ホームヘルパー、就労継続支援B型移行支援事業、就労継続支援A型、自立訓練（生活訓練）、相談支援事業、認知症対応型グループホーム、重度認知症デイケア、デイサービス、地域活動支援センター、ホームヘルプ、自立支援医療、精神障害者福祉手帳、障害年金などが挙げられた。

また、福祉サービスではないが、外来作業療法、精神科デイケア、訪問看護、デイケアなど医療サービスも回答には含まれていた。

b. 退院のために必要なサービス

A C Tや緊急時・不調時に対応できる何らかの支援体制、ショートステイ、神疾患があっても入所できる知的障害者施設、あるいは身体障害者、介護保険サービス、高齢者施設、グループホーム等の増設、移動支援、送迎サービス、通院の見守り、復職支援、家族会など家族支援、保健所との連携など今後の地域移行支援にとって重要なサービスが挙げられている。

⑥クリティカルパスについての意見

a. 導入のメリット

・役割・問題点が明確で共通認識がはかることができ、時系列で、今何をすべきかが分かる。

- ・多職種間で支援の全体が把握しながら、計画的に支援を行うことが、早期退院に繋がる。
- ・個々のスタッフの能力的な左右されにくい標準的な援助・援助計画ができ、医療の質の標準化がはかれる。
- ・これまで連携がとりにくかった職種とも、連携が図れるようになった。
- ・同じ目標に向かって、患者の支援が現在どのような時期であるか確認しやすく、各職種の役割が明確になった。
- ・他の職種の仕事内容や考え方が、理解できるようになった。
- ・多職種カンファレンスがタイミング逃さず開催されるようになるため、協議課題がはっきりして、目標が明確になった。
- ・支援課題がより個々の患者の状況に沿ったものとなった。
- ・各職種が実施すべきことと時期が可視化されることで、多職種での治療がどの程度まで実施されているかが把握されやすく、情報の共有につながった。
- ・患者の現在の状況と、今後の治療方針の確認ができた。
- ・期間内の目標があるため、計画性のある治療や支援となった。また、支援の漏れがチェックしやすい。
- ・多職種が患者にアプローチしやすくなり、患者の満足度も上がった。
- ・他職種間や部署でスタッフ同士気軽に声をかけやすくなり、相互に信頼できるようになった。

など、クリティカルパスを導入することによって、治療方針の共有をしながら、各職種で役割分担をし、目標にむかった支援の実施状況を、確認し合うことでスタッフ間の情報共有、地域移行、患者の満足度においてメリットがあるという評価があった。

b. 導入のデメリット

導入のデメリットとしては、クリティカルパスに対しての理解不足があり、「効率性が追及されすぎるのではないか」「電子カルテではないため、チェックがもれるがもれるのではないか」、「運用の仕方が不明瞭」、「記録が増える」、「カルテの記録との関係が煩雑」、「作業量が増える」、また、「項目をクリアするという方向性に傾きがちとなり、「どのように関わるか」といった治療の本質的部分が疎かになる恐れが高い」「患者と関わる時間が減った」などをデメリット捉えている。

また、多職種連携において重要となるカンファレンスについて、「時間調整が難しかった」「ミーティングやカンファレンスが増え、部署の業務が停滞する」など、多職種カンファレンスのあり方に関わる意見を出している病院もある。

患者の個々の状況や病状などの個別性に対応することが難しい、また、症状悪化などのバリエーションへの対応などクリティカルパスの予定通りにはなかなか進まないなどの問題を挙げており、問題別や症状別のパスの必要性にもつながる意見が聞かれた。

さらに、「回復期、退院準備期の日数は目途としてある程度決めて置く方が良い」という

意見がある一方、「1期が3つに区切られているため、細かすぎる。使いにくい。」など、シートの設計に関わる意見も挙げられている。

c. 本クリティカルパスの改善点

- ・期間の設定が細かく、もっとシンプルになっていたほうがよい。
- ・職種だけではなく、部署としての項目があってもよい。
- ・職種としては、栄養士としての区分を作ってはどうか
- ・入院初期の退院前訪問、心理教育、栄養スクリーニング・栄養管理計画書など
- ・アウトカムの記入欄
- ・退院後も見越した連携パスがあってもよい
- ・各職種の支援計画作成時期の変更
- ・平成26年からの精神保健福祉法一部改正に対応した内容などが挙げられた。

d. その他意見

- ・除外基準、運用基準・運用手順等をのせたマニュアルがあるとよい。
- ・患者用のパスがないと、導入の意味が半減する。
- ・地域移行支援を行うのであれば、アウトリーチ関連の職種をパスの中に入れ、退院後の生活支援に関する調整を行う必要があると考える。
- ・「項目をクリアしてチェックする」という形式だけに束縛されないよう、治療がどうあるべきかという視点を盛り込んでほしい。

(4) **実施調査のまとめ**

クリティカルパス実施調査のヒアリング結果から、クリティカルパスを導入することで、入院時から退院を目標に、多職種が役割分担をし、治療・支援にあたることができる、また、パスによって治療・支援の進行チェックを行い、タイムリーに多職種カンファレンスを実施することで、計画的な支援となり、退院後の各種サービスにつなぐことができることが明らかになった。

一方、クリティカルパスについての理解不足があり、記録が煩雑になる、多職種カンファレンス開催の日程調整が困難、チェックにとらわれ個別の対応がしにくいなどのデメリットも指摘された。マニュアルの作成、クリティカルパス進行管理ミーティングと多職種カンファレンスのすみわけ、バリアランスへの対応、状況・症状に応じた個別パスの導入などが今後必要となろう。

さらにパスの普及と継続のためには、今後も導入検討施設、導入開始施設に対してのコンサルテーションとモニタリングが必要であることも明らかになった。

また、聞き取り調査の結果、調査に使用した「統合失調症クリティカルパス」に「通常

行っている業務項目（身体症状・精神症状観察など）は外してシンプルにする」、「退院後の支援については入院時からのアセスメントを行う」、「入院当初に社会資源のチェックを行いフェイスシートの作成をし、情報共有を行う」などの項目を入れ込む修正を行うこととした。

また、聞き取り調査より作成した「クリティカルパス導入・実施にむけてのQ&A」を巻末に掲載する。

平成25年度障害者総合福祉事業「統合失調症への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」

ヒヤリングシート

会 員 番 号	3307
---------	------

病 院 名	一般財団 法人 江原積善会 積善病院
-------	-----------------------------

クリティカルパス事例数 _____ 4 件

1. 今回の「クリティカルパス」の導入についてお答えください

① 今回のクリティカルパス導入にあたり貴院で行った取組

看護師～入院時のカンファレンスに用いる為のプレゼンシート作成し使用してみました。

カンファレンス開催前にレジュメを配布しカンファレンスの進行をスムーズにしてみました。

薬剤師～入院時に聞き取り調査シートの作成し使用。その他、シートを作成し利用してみました。

② クリティカルパス導入時の問題点

専門職の役割が一部違う職種が担っている為、各病院毎で作成が必要でないでしょうか。

マニュアルがない為、多少なりとも個人差が生じたと感じています。

③ クリティカルパス実施に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師・看護師 精神保健福祉士・作業療法士 薬剤師・臨床心理士・管理栄養士	

④ その他

--

②個別の取組の課題

4例とも入退院を繰り返している患者さんにて急性期での取組を行えていない為、見当がつかないです。

各職種の担当者達の動きが分かりにくかった部分もありました。

退院先への情報提供として各職種のシートがあればいいのではないかと思います。

③順調に支援が進む事例とそうでない事例の比較

4例の事例のうち、2例は施設へ退院予定の為、スムーズに流れていくが、在宅・地域へ退院を検討している

2例のうち、1例は地域との入退院を繰り返しているが、地域での受け入れが困難を要しているにも関わらず本人は地域へ退院を望んでいる。地域の受け入れ困難をどのように解消していくかが、難しいです。

④その他

--

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役(コーディネーター)の職種

看護師・精神保健福祉士

②コーディネーターに関して苦勞した点

カンファレンスの日時設定

(次回の日時予定を設定していますが、患者さんの状態によって変更をしたり、部署によっては勤務職員数が少なく、業務の進行によって不参加もありました)

③具体的な調整内容

病院内	病院外
多職種カンファレンス	社会復帰施設担当者とのケースカンファレンス

7. クリティカルパスに対するご意見等を記載ください

①本クリティカルパス導入のメリット

他職種の見解を参考にしながら、次のステップの指標になりました。

役割・問題点が明確で共通認識がはかれ、指針になりました。

②本クリティカルパス導入のデメリット

パス使用も患者さんの個人差があり、あてはめにくいこともあり、不要項目もありました。

ない項目を見落としやすいかもしれません。

各部署との連携を図る上で時間調整の難しさがあり、部署によって、業務が停滞することもあります。

精神症状が再燃した際、患者さん本人からまた、最初から行うのかと不安になられた事もありました。

③本クリティカルパスの改善点(追加すべき項目・不要な項目等)

臨床心理士の区分もしくはチーム共通の部分で患者家族への情報提供の部分を心理教育に置き換えてもいいのではないのでしょうか。

管理栄養士の区分で栄養スクリーニング・栄養管理計画書が追加されていると良いのではないのでしょうか。

④その他クリティカルパスについてのご意見

本人用のパスがあった方がよいのではないのでしょうか。

ご協力ありがとうございました

平成 25 年度障害者総合福祉事業「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」

ヒヤリングシート

会 員 番 号	1 7 1 3
---------	---------

病 院 名	医療法人社団青樹会 青和病院
-------	-------------------

クリティカルパス事例数 4 件

1. 今回の「クリティカルパス」の導入についてお答えください

① 今回のクリティカルパス導入にあたり貴院で行った取組

勉強会を実施している。

② クリティカルパス導入時の問題点

当院書式のクリニカルパスを導入した時期と、同時期であったため混乱が生じた。

③ クリティカルパス実施に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師、看護師、P S W	作業療法士、管理栄養士、薬剤師

④ その他

2. 「個々の事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

患者情報	事例
<p>事例番号：1 性別：女 年齢：41歳 入院回数：5回 入院日：11月8日 退院日：11月30日</p>	<p>平成3年短大入学頃より、幻覚妄想、連合弛緩あり総合病院精神科初診。仕事はせず家に引きこもりがちの生活となっていた。平成19年10月下旬頃から、自分の考えではないような考えがふつふつとわいてきたり、家の中に霊がいると言って怖がるようになり、12月に入ってから不眠や裸足で家を飛び出すなどの衝動行為が見られ、19年12月5日～20年3月21日当院に入院。退院後は自宅へ戻り定期的に通院し、不定期ながらデイケアに参加していた。その後も被害妄想が増強し、母親との関係も悪化。平成23年11月～平成24年2月まで当院に任意入院。退院後、グループホーム入所しデイケアに通所していた。平成24年12月に退所し在宅で母親との生活を再開。今回、母親が入院することとなり、陰性症状により生活能力が低下しているため、入院を希望し入院となった。母親の入院先医療機関の相談員や母親と連絡を取り合い、母親の退院に伴いご本人も退院となった。</p>
<p>事例番号：2 性別：女 年齢：78歳 入院回数：5回 入院日：11月14日 退院日：12月28日</p>	<p>養子となり、その後嫁いだが、昭和51年に発症し、離婚となった。他精神科病院へ4回の入院歴があり、最終入院は平成12年2月。以降、外来通院を行っていた。</p> <p>40歳時に再婚したが、精神症状は安定せず、日常的に口論が絶えず、警察による介入も認めていた。訪問看護や訪問介護を利用しながら地域生活を行っていた。</p> <p>平成23年9月に脱水症、尿路感染症で入院となり、退院後12月より老健へ入所した。入所後も『目に砂が入っている』『電波が入った』との体感幻覚が持続し、洗面所で目を洗う行為や点眼薬購入への執着が見られていたが、他入所者とのトラブルもなく、生活も自立して行っていた。</p> <p>その後有料老人ホームへ生活拠点を移し、平成25年8月</p>

	<p>頃より妄想が増悪。石鹸水や化粧水で目を洗う様になった。腫脹しているにも関わらず、洗う事を止められなかった。また、入浴拒否が強くなり、暴言、暴行も認めるようになった。施設生活が困難となり、平成25年11月14日、かかりつけ医より紹介され、当院入院となった。入院後も有料老人ホームと連絡を取り合い、退院前にカンファレンスを実施。有料老人ホームへ退院となった。</p>
<p>事例番号：3 性別：男 年齢：45歳 入院回数：1回 入院日：11月21日 退院日：月 日</p>	<p>大学4年頃より失恋のショックや就職活動等の将来への不安が高まり、食欲の減退、意欲低下が見受けられクリニックを受診。卒業後、実家に戻り仕事に就くも、どれも長くは続かなかった。いくつかの病院を転々としていたが幻覚妄想状態悪化し、まとまりのない言動や、易刺激性も亢進してきた為平成19年2月20日、当院初診し通院を継続していた。平成20年6月より、地域活動支援センターを利用するも、被害的となり3か月程でやめている。言動もまとまらず、中学校から聞こえてくるチャイムが自分を誹謗する、自分は前田家の祖先だ、等と訴え思考は滅裂であり、幻聴、妄想も持続していた。平成25年に入り、以前に増して疎通がとれなくなり、隣家に向かって怒鳴ったりする等の行動も認められたため、平成25年11月15日当院に医療保護入院となった。家族と連絡を取り合い、本人の意向を伺い、日中活動の場を確保することとなった。就労継続支援B型職員とカンファレンスを行い、現在、体験利用中である。1月下旬退院し正式に利用予定となっている。</p>
<p>事例番号：4 性別：男 年齢：44歳 入院回数：4回 入院日：11月27日 退院日：月 日</p>	<p>大学在学中に発症。不眠、身体的違和感、暴力、自閉等が出現し、昭和63年～平成3年まで入院。退院後も父親と口論となり、父親を殺してしまうのではないかという不安が高まり入退院を繰り返していた。父親との同居が困難となったため、平成17年5月10日～平成18年1月23日まで当院に入院となった。退院後、グループホームに入居した後、アパートで生活を送っていた。日中は就労継続支援B型を利用していたが、特定の利用者やアパートの隣人等に対し被害妄想、関係付けを抱き、大声を出したりすることもあった。平</p>

	<p>成 25 年 5 月頃からは呼吸を意識しすぎて息苦しくなったり、突然「うるさい!」「ふざけるな!」などの大声を出すことが増え、トラブルが目立ち始めた。また、「ナイフで刺したくなる」などと言うこともあり、本人も身体を休めたいと希望したため平成 25 年 11 月 27 日入院となった。就労継続支援 B 型職員とカンファレンスを行っており、状態安定次第、体験利用を行う予定。</p>
--	---

②個別の取組の課題

上記 4 件の事例では見受けられなかったが、キーパーソンが不在、あるいは非協力的であると、生活状況の課題が見えてこず、病状が軽快しても生活環境の準備に時間を要することがある。また障害福祉サービスを新規に利用申請すると、支給決定まで 1 ヶ月以上を要することもある。

③順調に支援が進む事例とそうでない事例の比較

ご家族や支援者と、どの程度連絡・連携が図れるか。その際、ご本人やご家族、支援者に病気の特性や理解をどれだけ促すことができるか。

④その他

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

P S W

②コーディネートに関して苦労した点

家族や支援者、病棟の方針がそれぞれで食い違う場合。

③具体的な調整内容

病院内	病院外
医師、看護師、作業療法士、P S Wでのカンファレンスの実施。他職種による退院前訪問の実施。	関係機関との連絡調整。ご家族や支援者などとのカンファレンスの実施。生活状況の把握と課題の整理。課題の助けとなるような社会資源の紹介。

④その他

--

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎日の病棟申し送りにP S Wが参加。 ・ 月に一度病棟にて作業療法士によるミーティング実施。 ・ 週に1度、P S Wによるミーティングの開催。 ・ 退院前に家族、関係機関、他職種によるカンファレンスの実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害福祉サービス事業者、生活保護ケースワーカー、民生委員、相談支援事業所担当者などとのカンファレンス。 ・ 障害福祉サービスやデイケアなどの体験利用。 ・ 退院前に家族、関係機関、他職種によるカンファレンスの実施。 ・ 地域ケア会議への参加。

5. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

（実際の取り組みにより退院となった患者について）

① 実際利用するサービスの一覧（すべて）

グループホーム・ケアホーム	訪問看護
特別養護老人ホーム	自立訓練（生活訓練）
サービス付き高齢者住宅	外来作業療法
老人保健施設	相談支援事業

有料老人ホーム	精神科デイケア
ホームヘルパー	就労移行支援事業
就労継続支援B型	就労継続支援A型
認知症対応型グループホーム	デイサービス
重度認知症デイケア	地域活動支援センター

② 退院のために必要なサービス（現在ないサービスも含める）

精神疾患があっても入所できる知的障害者施設、あるいは身体障害者、高齢者施設。

6. 「退院につながった事例」がございましたらお答えください

上記4事例は、全て退院につながっている（つながる見込み）となっている。

7. クリティカルパスに対するご意見等を記載ください

①本クリティカルパス導入のメリット

時系列で、今何をすべきかが分かる。

計画的に行い、多職種としても全体が把握出来、早期退院に繋がる。

医療の質の標準化。

②本クリティカルパス導入のデメリット

③本クリティカルパスの改善点（追加すべき項目・不要な項目等）

- ・回復期、退院準備期の日数は目途としてある程度決めて置く方が良い。
- ・入院初期の退院前訪問看護

③ その他クリティカルパスについてのご意見

当院では病棟機能別のクリニカルパスを使用している。疾患別で患者さまの状態に応じて作成できればよいと思うが、その分病棟の負担などもあるのではないかと感じる。

ご協力ありがとうございました

平成 25 年度障害者総合福祉事業「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」

ヒヤリングシート

会 員 番 号	20-15
---------	-------

病 院 名	千曲荘病院
-------	-------

クリティカルパス事例数 4 件

1. 今回の「クリティカルパス」の導入についてお答えください

① 今回のクリティカルパス導入にあたり貴院で行った取組

- ・各部署代表者およびに医局会にて全常勤医師に今回の趣旨を説明し、協力を依頼。入院担当病棟にはカンファレンス等にて周知。4 ケースについては、それぞれ別の医師のケースとし、また担当看護チームもそれぞれ別になるよう配慮。

② クリティカルパス導入時の問題点

- ・病棟にてパスの用紙を管理しているため、用紙内の項目について多職種の情報共有・情報統一がしにくい
- ・クリティカルパスの必要性をあまり感じていない。

③ クリティカルパス実施に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
<ul style="list-style-type: none">・ 医師・ 看護師・ 精神保健福祉士	<ul style="list-style-type: none">・ 作業療法士・ 薬剤師・ 臨床心理士・ 臨床検査技師・ 管理栄養士・ 医事

④ その他

2. 「個々の事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

患者情報	事例
事例番号：1 性別：女性 年齢：35歳 入院回数：4回 入院日：10月31日 退院日：12月20日	平成9年に発症。情動不安定、被害関係妄想がみられ、これまでに当院に3回の入院歴あり。前回退院以後、グループホームに入所。外来通院にてまずまず安定していたが、次第にグループホーム内の人間関係に疲弊し、抑うつ状態が悪化。休息目的で今回の入院となる。
事例番号：2 性別：男性 年齢：70歳 入院回数：6回 入院日：10月17日 退院日：12月18日	32歳頃、意欲低下などの症状で発病。思考伝播などもみられた。当時、4回程の入院歴あり。平成8年5月に当院初診。平成8年9月～平成9年3月まで入院歴あり。以後、外来通院していたが平成20年頃より幻聴体験が悪化。平成25年9月頃より幻覚妄想症状が悪化し、10月17日より入院となる。(単身生活を送っていた)
事例番号：3 性別：女性 年齢：37歳 入院回数：6回 入院日：11月2日 退院日：月日	平成9年頃、幻覚妄想状態で発症。複数の病院に入院歴あり。当院は平成18年に2回受診後、平成23年2月から通院していた。平成25年10月から言動まとまらなくなり、怠薬もみられ、11月2日に外来にて暴力行為も出現し、同日医療保護入院となる。

事例番号： 4	平成19年2月頃より活発な幻覚妄想状態、精神運動興奮状態にて発症。同年3月～6月当院入院。退院後は入所施設を利用しながら外来通院を行っていた。その後、施設は退所し、福祉関係者の支援のもと、単身生活を送っていた。平成24年3月、薬物調整の過程で症状再燃し、平成24年8月～平成25年5月まで入院。8月より受診中断し、10月に興奮状態で保護され、当院入院となる。
性別： 男性	
年齢： 31歳	
入院回数： 2回	
入院日： 10月 19日	
退院日： 月 日	

②個別の取組の課題

- ・統合失調症の症状以外の課題（異性関係等）があり、対応に苦慮した。

③順調に支援が進む事例とそうでない事例の比較

- ・年齢が若い方と高齢の方では基本的な生活能力の違いがあり、支援の進み方が違う。
- ・病識の有無。
- ・統合失調症だけではなく、身体合併や他の問題行動（今回の対象者については異性関係や、病識がないことに伴う誇大的な思考等）がある方は、支援の進み方に違いが出る。

④その他

- ・本人にあまり病識がなく、現実検討能力に欠ける患者さんだと、病識がないため支援がなかなか受け入れられず、医療側も安心して退院し地域に送り出すことが難しい。

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

- ・看護師
 - ・精神保健福祉士
- （※ケースによって、主導するのが担当の看護師であったり、外部との調整が多い場合は精神保健福祉士であったり・・・というようにケースによって調整役が違うことが実情）

②コーディネーターに関して苦労した点

- ・医療的なもの以外の課題（元々の家族関係の不良等）の調整。
- ・医療的には退院可能でも、退院後の受け入れ側の意向と沿わない場合は退院調整に労を費やす。

③具体的な調整内容

病院内	病院外
<ul style="list-style-type: none"> ・職種間の情報共有 ・家族調整 ・退院後の日中活動の検討に伴う、デイケア等との調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・各関係者との情報共有（ケア会議の実施） ・退院後の生活に必要なサービス調整 ・支援体制の確認

④その他

--

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内	病院外
具体的な連携方法（すべて） <ul style="list-style-type: none"> ・ショートカンファレンス ・診察時の同席（適宜、必要な職種） ・ケースカンファレンス 	地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点 <ul style="list-style-type: none"> ・関係者が予定外に訪ねてきて、状況をよく把握している担当者の対応ができない。 （※基本的には日頃から各関係機関と連携できている）

5. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

（実際の取り組みにより退院となった患者について）

① 実際利用するサービスの一覧（すべて）

<ul style="list-style-type: none"> グループホーム 就労継続支援B型 ホームヘルプ（介護保険） 訪問看護 	
---	--

②退院のために必要なサービス（現在ないサービスも含める）

- ・グループホーム ・ケアホーム ・ホームヘルプ ・ショートステイ ・介護保険施設
- ・訪問看護 ・デイケア ・作業療法 ・就労支援事業所 ・地域活動支援センター
- ・復職支援 ・通院支援、通院の見守り
- ・緊急時、不調時に対応できる何らかのサービス

6. 「退院につながった事例」がございましたらお答えください

事例1：病状安定に伴い、グループホームに退院。

事例2：入院の理由となった症状の改善がみられ、退院となる。（その後は単身生活）

7. クリティカルパスに対するご意見等を記載ください

①本クリティカルパス導入のメリット

- ・標準的な援助・援助計画ができる。（職員の能力的な個人差に左右されにくい）
- ・全職種の一対対応がしやすい。

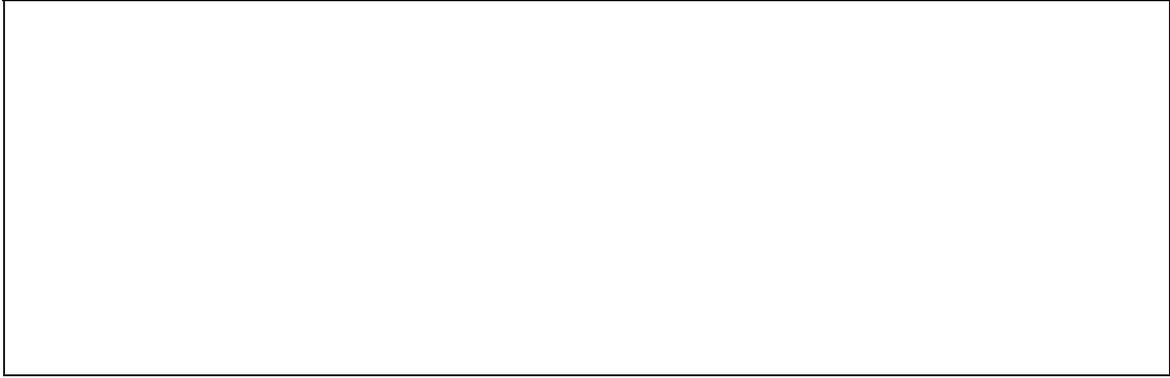
②本クリティカルパス導入のデメリット

- ・用紙が1部署（病棟）で管理されることとなるため、1部署に情報が集約せざるを得なくなる。
- ・同じ統合失調症の患者さんでも個別性の違いの幅が大きく、病状以外のことの対応の方が多い場合もあり、パス通りにはなかなかいかない。

③本クリティカルパスの改善点（追加すべき項目・不要な項目等）

- ・職種のくくりだけではなく、部署としての項目があっても良いのではないか？
- ・退院後、デイケアにつなげるケースもあり、デイケアとの連携ができるような項目がも良いのではないか？
- ・行動範囲の評価ができる項目があっても良いのではないか？（外出、外泊等々）
- ・管理しているもの（日常生活上の物や服薬等）の見直しをかけられるような項目があってもよいのではないか？
- ・職種別で分けるのではなく項目別（例えば、基本的生活の支援、身体管理、家族支援・・・等々）に分けても良いのではないか？

④その他クリティカルパスについてのご意見



ご協力ありがとうございました

平成 25 年度障害者総合福祉事業「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」

ヒヤリングシート

会 員 番 号	
---------	--

病 院 名	医療法人慈和会 大口病院
-------	-----------------

クリティカルパス事例数 4 件

1. 今回の「クリティカルパス」の導入についてお答えください

① 今回のクリティカルパス導入にあたり貴院で行った取組

- ・ 合同カンファの充実
- ・ カンファレンスを計画的にアセスメント表の制作
- ・ アウトカムチェックシートの充実

② クリティカルパス導入時の問題点

当院のオリジナルのクリニカルパスがあるが、現在あまり使用されていない現状がある。クニティカルパス自体に対する理解不足と面倒だという意見も多い中導入。

③ クリティカルパス実施に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師、看護師、精神保健福祉士 作業療法士、薬剤師	臨床心理士 栄養士

④ その他

2. 「個々の事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

患者情報	事例
事例番号：1 性別：女 年齢：63歳 入院回数：5回 入院日：10月 7日 退院日：12月 25日	自宅で一人暮らし 深夜や早期に徘徊、コンビニに行く、不眠もあり気分高揚で他者とのトラブルあり、発生しそうな時もあり 任意入院 スポーツや調理 約2kgのダイエットにも成功 試験外泊もうまくいき 80日で退院 CP75 DIEPSS BPRS 10/18 15点
事例番号：2 性別：男 年齢：41歳 入院回数：4回 入院日：10月 8日 退院日：12月 5日	両親と同居 デイケアへ通っていたが、アルコールを飲むようになって生活が不規則となり、言語異常など出現 任意入院 入院中、自殺念慮が強く、身体拘束 医療保護入院へ入院形態変更したが、落ち着き任意入院へ変更 バンドが趣味で入院中にデイケアメンバーとバンド練習 59日で退院 CP700 DIEPSS BPRS 10/17 21点 12/2 1点
事例番号：3 性別：女 年齢：67歳 入院回数：2回 入院日：10月 15日 退院日：1月 15日	同居していた母親が他界 一人暮らしとなり 身体的不調 不眠が続いて 任意入院 入院後 薬剤調整 OTリラクゼーション 入院中にデイケア体験など行って 93日で退院 CP450 DIEPSS BPRS 10/23 7点 12/5 2点

事例番号： 4	グループホームで生活していたが、怠薬あり
性別： 男	不眠、恐怖心、意欲低下などあり 任意入院
年齢： 28 歳	薬剤師と一緒に服薬カレンダーに服用する薬剤を入れて
入院回数： 26 回	服薬指導
入院日： 11 月 13 日	30 日で退院
退院日： 12 月 12 日	CP3359 D I E P S S
	BPRS 12/6 18 点

②個別の取組の課題

- ・ 自宅で一人暮らしのため、退院に向けての調理訓練、自己服薬訓練を行い、試験外泊を行っていく。
- ・ 入院中からデイケア体験
- ・ 確実に服薬できるように服薬カレンダーを使用しての自己服薬訓練

③順調に支援が進む事例とそうでない事例の比較

精神症状の悪化に伴い、入院形態の変更した場合 勧める支援内容の変更となり順調にいかなくなる

④その他

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

精神保健福祉士
看護師（地域移行支援委員）

②コーディネートに関して苦労した点

病気に関して知識、理解が低い患者家族への退院に向けての試験外泊の説明

③具体的な調整内容

病院内	病院外
グループホームへの退院調整、試験外泊、環境調整 デイケア見学体験	自宅への試験外泊 福祉への連絡調整

④その他

--

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内	病院外
具体的な連携方法（すべて）	地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
薬剤師による自己服薬訓練 栄養士による栄養指導 OTRによる調理訓練 Ns環境調整、試験外泊、自己服薬訓練 PSW Dr、Ns、OTR、薬剤師、栄養士、デイケア、支援センター、外来 Ns、臨床心理士へのカンファレンスの連絡調整	特に苦労はなかったが、福祉事務所、グループホームとの連携は行った。 患者家族から、一般就職で、障害者枠でどこか入職することができないかと相談されたが、現状して入職口はみつからなかった。

5. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

（実際の取り組みにより退院となった患者について）

①実際利用するサービスの一覧（すべて）

訪問看護、デイケア、外来OT 支援センター 作業所 グループホーム	自立支援医療費 限度額認定 障害者福祉サービス
--------------------------------------	-------------------------------

②退院のために必要なサービス（現在ないサービスも含める）

ショートステイ
ホームヘルプサービス
生活訓練施設

6. 「退院につながった事例」がございましたらお答えください

4 事例共にクリニカルパスを使用することで定期的なカンファレンス、治療、ケアが行うことができた結果 1~3 ヶ月の入院で退院することができた。

7. クリティカルパスに対するご意見等を記載ください

①本クリティカルパス導入のメリット

心理検査など臨床心理士との意見交換がしやすかった。
同じ目標にしたがって、他職種それぞれが現在どのような時期であるか確認しやすかった。
医事との連携がとれやすかった。
介入のタイミングが掴みやすかった。

②本クリティカルパス導入のデメリット

1 期が3つに区切られているため、細かすぎる。使いにくい。
誰が何をするかチェックするのか電子カルテに入っていればみんながどこでも確認することできチェックすることができるが、紙ベースであれば、チェックが漏れることがある。
紙ベースであれば職種別より治療ごとのクリニカルパスのほうがにチェックの抜けも少なくなるのでは、ないだろうか。

③本クリティカルパスの改善点（追加すべき項目・不要な項目等）

細かく期間の設定がされており、もっとシンプルになっていたほうが使いやすいのではないだろうか
アウトカムが同じ用紙の上段部分にあれば、確認しやすいのではなからうか。
入院の目的が明確だと適切な指導、支援ができる。
事務に書かれている。保険外サービス、減額認定書、小遣い銭の同意については当院では PSW が行っているので役割変更。
PSW のフェイスシートは、入院時のインテークとして入院当日に実施。
自宅にスムーズに退院することができるように 退院前訪問指導を追加。

④その他クリティカルパスについてのご意見

当院でも、クリニカルパスは存在している。クリニカルパスを使用することで、入退院時の検査、書類、確認事項等の漏れが少なくなり、入院期間設定をしやすくなり・入院時のコメディカルの動きが把握することができ、共通の目標に向かってお互いに協力して支援していくことができるので、クリニカルパスはとても素晴らしいと思います。

計画通りの心理的評価ができないこともあった。

積極的な心理検査の提案など、場合によって事例への介入指導・支援をもう少しやっていくべきであった。今まで使用したことがない心理検査をすることになり、勉強になった。入院の目的、その人の現状にあった心理検査を使用することでもっと支援介入することができたのでは。BPRSをもう少し共有することができれば良かった。

薬局 今回、計画的に行うことで入りやすかった。CP換算、DIEPSSを利用したが今後も使用していきたい。

栄養科 特食の人やOTで自炊の訓練が入っていれば指導もしやすかったが、今回はそのような対象者でなかったが計画的に指導ができ、入りやすかった。

OTR もう少し大まかにしたほうが社会資源の活用しやすいのでないだろうか。

ご協力ありがとうございました

平成 25 年度障害者総合福祉事業「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」

ヒヤリングシート

会員番号	1010
------	------

病院名	医療法人 群栄会 田中病院
-----	------------------

クリティカルパス事例数 3 件

1. 今回の「クリティカルパス」の導入についてお答えください

① 今回のクリティカルパス導入にあたり貴院で行った取組

本クリティカルパスに基づき他職種と連携し、情報の共有を図り、患者の症状や様々な問題を解決できるよう病棟カンファレンスを行い、早期退院に繋がられるよう取り組んだ。

② クリティカルパス導入時の問題点

自分自身もそうだが、精神科でのクリティカルパスをどのように進めていけば良いのか、他職種とどのように連携を図っていけば良いのか戸惑いがあった。

また、クリティカルパス自体を知らない職種もあったので、導入前に説明を行う必要があった。

③ クリティカルパス実施に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、臨床心理士、医事	理学療法士、言語聴覚士

④ その他

--

2. 「個々の事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

患者情報	事例
事例番号：1 性別：女性 年齢： 42 歳 入院回数： 1 回 入院日： 10 月 23 日 退院日： 月 日	<p>高校卒業後、市役所に就職したが、1年で退職した。上京し、介護福祉士になると話して横浜の病院で看護助手をしていた。就労し1～2年で幻聴や被害妄想が出現した。平成16年に他医院を初診し、統合失調症との診断で治療開始するも、病識乏しく1年で中断となる。その後、徐々に病態が悪化していった。平成25年10月18日に幻覚・妄想状態にて母親に暴力を振るったため、警察が介入し入院を勧めるも、本人は入院拒否。母親、警察に伴われて当院受診し、入院となった。</p> <p>また「母は実の親ではない。」「名前を変える。」「住所を変える。」「戸籍を抜く。」等の妄想があり、「そのため30万円費用がいる。」と母に言ったところ、母が断ったため、暴力をふるい顔面に傷を負わせた。戸を閉めて、母を家に入れなかったこともあった。</p>
事例番号：2 性別：男性 年齢： 41 歳 入院回数： 6 回 入院日： 11 月 1 日 退院日： 月 日	<p>平成24年7月31日に当院退院後、当院併設グループホームに入所となる。入所直後は、多飲水や混乱など見られ、洗濯なども自分で行うことができない状態。周囲への干渉、イライラ感などあり、時に大声を出すこともあった。平成24年11月頃からは落ち着いて、病棟生活を送ることができるようになった。その後も、日中の眠気、幻聴に基づく大声など聞かれたが、比較的落ち着いて過ごせていた。平成25年10月20日の父親の一周忌頃より幻聴が再燃。頭痛や多飲水、億劫さなども強まり、本人の希望もあり、入院となった。</p>
事例番号：3 性別：男性 年齢： 37 歳 入院回数： 2 回 入院日： 10 月 23 日 退院日： 12 月 6 日	<p>平成25年9月9日に当院退院後、当院併設グループホームに入所となる。入所当初より、多飲水による体重増加あり、幻聴・妄想も変わらず活発な状態が続いていた。同年9月下旬からは、他の利用者におがむ行為あり、急に走り出すなど言動がまとまらず、自らの行為も否認し、指示に従えず、独語、空笑、飲水も更に目立つ様になり、グループホームでの対応困難となり、入院となった。</p>

②個別の取組の課題

電子カルテならば、他職種との連携も容易に行うことができるが、本クリティカルパスは書類や言葉でのやりとりでしか情報共有が図れないため、スムーズにいかない部分もあった。

初めてのパス実施のため、パスにとらわれがちになってしまい、なかなか個別性を見出すことができなかった。

③順調に支援が進む事例とそうでない事例の比較

症状がパス実施中に、改善していけば、比較的支援の流れを作っていけるが、そうではないケースが多く、Ⅲ期(退院準備期)に結びつけることが難しかった。

事例1と事例2、3とでは主治医が違ったのだが、若い医師は積極的にパスに参加してもらえたが、もう1人の医師は自身の医療方針が強く、パスへの参加に対する声掛けが難しかった。

④その他

--

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役(コーディネーター)の職種

医師、看護師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士

②コーディネートに関して苦労した点

- ・各日程調整
- ・職種間での相違
- ・家族の理解、協力
- ・本人の病状、自己決定
- ・生活指導
- ・自立の促し
- ・各目標設定
- ・生活リズム
- ・ストレスへの対処法
- ・他者との関わりでの状況把握
- ・飲水行為に対する対処法の検討
- ・各関係機関、職種での情報共有及び連携した支援体制作り

③具体的な調整内容

病院内	病院外
-----	-----

<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族間調整 ・ 職種間調整 ・ デイケア見学や体験の調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設見学や体験の調整 ・ 支援会議調整
--	--

④その他

--

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

<p>病院内</p> <p>具体的な連携方法（すべて）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 電話 ・ 面談 ・ 書面 ・ 支援会議 ・ カンファレンス ・ 医師からの治療内容を他職種に口頭で伝達した 	<p>病院外</p> <p>地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の意向との違い ・ 勤務体制
--	---

5. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

（実際の取り組みにより退院となった患者について）

① 実際利用するサービスの一覧（すべて）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 自立支援医療 ・ 障害者手帳 ・ 障害年金 ・ 福祉医療

② 退院のために必要なサービス（現在ないサービスも含める）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 自立支援医療 ・ 障害者手帳 ・ 訪問介護 ・ 障害年金 ・ 生活保護 ・ 短期入所 ・ 共同生活援助 ・ 介護保険 ・ 自立訓練 ・ 就労移行支援 ・ 就労継続支援 ・ 移動支援 ・ 高額療養費 ・ 限度額認定 ・ 障害認定区分 ・ 家族会 ・ 地域活動支援センター ・ 保健所 ・ 福祉医療

6. 「退院につながった事例」がございましたらお答えください

事例3においては、クリティカルパス実施中に退院することができた。この事例に関しては、入院し、服薬コントロールや環境調整を行うことにより、精神症状を緩和することができた。入院中期からは、服薬を自己管理とし、アドヒアランスの向上に繋げることができた。また、その中で他機関(グループホーム)との連携も、円滑に行うことができ、退院に至った。

7. クリティカルパスに対するご意見等を記載ください

①本クリティカルパス導入のメリット

- ・ 漠然としていたルーティン業務を排し、目標が明確な業務の組み立てに変わる。
- ・ チームでの課題・情報が伝達され共有される。
- ・ 定期的なカンファレンスでの討議素材になる。
- ・ 類型化できない課題の抽出により、個別支援が豊かになる。
- ・ 「標準のパス」を作成し、急性期病棟では、治療段階ごとに、社会復帰病棟では重要な治療・ケアの内容ごとに施設環境のあり方をコメントできる。

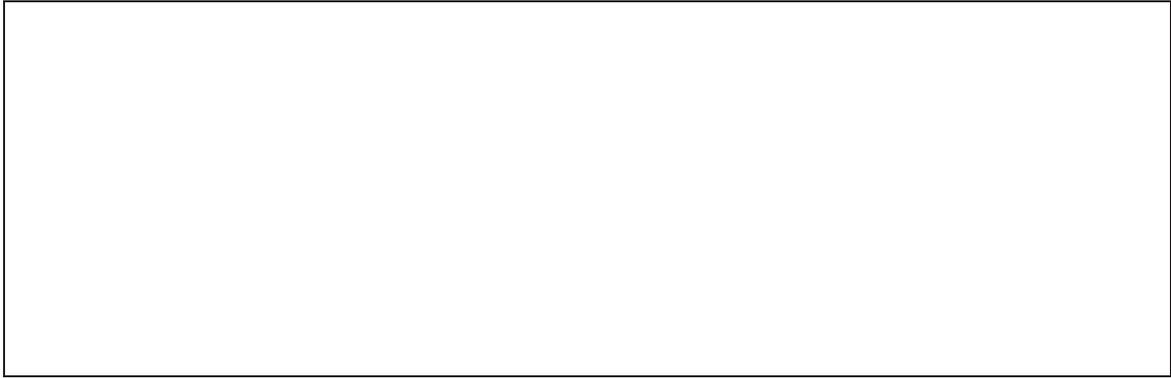
②本クリティカルパス導入のデメリット

- ・ 業務がパターン分類される。
- ・ 患者の個別性が反映されにくい。
- ・ パス中心で記録業務が増える。
- ・ 効率性が追及されすぎると、他部署との連携がスムーズにいかなくなる。
- ・ 新しい職員は、パスに入っていけるが、昔から働いている職員は、なかなか新しいことに順応できない。

③本クリティカルパスの改善点(追加すべき項目・不要な項目等)

- ・ 患者様のクリティカルパスもあると、患者に対し、説明しやすいのではないかと。
- ・ 看護師のアセスメント方式を組み入れてもらいたい。
- ・ 当院では、心理検査としてPOMS、バウムテスト、FABを使用し進めていったが、何を使用するのか明確に提示してもらおうと進めやすい。

④その他クリティカルパスについてのご意見



ご協力ありがとうございました

平成 25 年度障害者総合福祉事業「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」

ヒヤリングシート

会員番号	
------	--

病院名	三善病院
-----	------

クリティカルパス事例数 4 件

1. 今回の「クリティカルパス」の導入についてお答えください

①今回のクリティカルパス導入にあたり貴院で行った取組

--

②クリティカルパス導入時の問題点

クリティカルパスとはどういうものなのかからの勉強が必要。

--

③クリティカルパス実施に必要だと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師 薬剤師 看護師 心理士 PSW 検査 OT 管理栄養士 事務	

④その他

--

2. 「個々の事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

患者情報	事例
<p>事例番号：1 性別：男性 年齢：36歳 入院回数：10回 入院日：H25年11月14日 退院日：月 日 (任意)</p>	<p>病名：統合失調症 多弁、多動、不眠の訴えあり任意入院。不眠訴え強い ため医師へ報告。薬剤調整、他患とのトラブルが発生 しないよう介入。作業療法参加時の情報共有。母親と 同居。11/20 退院前訪問指導。病状悪化の原因把握。 12/25、2 回目の訪問指導、落ちつきがみられるよう になり、外出泊検討しているとのこと。その際問題な ければ退院も考えていると話される。</p>
<p>事例番号：2 性別：女性 年齢：72歳 入院回数：29回 入院日：H25年11月20日 退院日：H25年12月30日 (任意)</p>	<p>病名：統合失調症 拒薬、妄想、独言あり。訪問スタッフに入院させてと 訴えあり入院される。入院時検査拒否、拒薬あり夫が 面会にみえるも拒否あり。終日臥床傾向。12/5 夫への 退院前訪問指導。現在の状態を夫にわかる様に説明す ると納得される。作業療法には拒否的だが、気分が良 い時は自ら参加できる。12/28、2 回目の訪問指導。食 事の心配をされている。退院後は自立支援を使つての ヘルパー訪問、当院からの訪問看護。</p>
<p>事例番号：3 性別：女性 年齢：64歳 入院回数：6回 入院日：H25年11月20日 退院日：月 日 (任意)</p>	<p>病名：統合失調症 幻聴・妄想があり、独居生活が不安なため入院を希望。 入院後は「安心して眠れました」等話され落ちつかれ ているが、幻聴は続いている。内服、食事は拒否ない が、作業への参加は拒否。12/4 家族への退院前訪問指 導実施。ヘルパーや作業所、家事等の負担軽減、退院 前外泊をくりかえし、独居対応できるかをみていき たいとのこと。</p>
<p>事例番号：4 性別：男性 年齢：38歳 入院回数：3回 入院日：H25年11月27日 退院日：月 日 (任意→医療保護)</p>	<p>病名：統合失調感情障害 多弁・多動・不眠・嘔気の訴えあり任意入院するも、 携帯電話を家族へ預けた事に立腹。看護師への威嚇が 続き、興奮状態となる。入院翌日医療保護入院となり 保護室隔離開始。家族への情報提供、医師との面談実 施。時間開放時より作業療法参加、心理検査実施。12/23 隔離解除、外出泊検討中。</p>

②個別の取組の課題

--

③順調に支援が進む事例とそうでない事例の比較

家族の受け入れ、病気への理解が良いと支援が進む。

--

④その他

--

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

医師

P S W

--

②コーディネートに関して苦勞した点

--

③具体的な調整内容

病院内	病院外

④その他

--

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦勞した点
多職種参加での申し送り （Ns、PSW、OT）情報の共有	

5. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

（実際の取り組みにより退院となった患者について）

①実際利用するサービスの一覧（すべて）

--	--

②退院のために必要なサービス（現在ないサービスも含める）

--

6. 「退院につながった事例」がございましたらお答えください

--

7. クリティカルパスに対するご意見等を記載ください

①本クリティカルパス導入のメリット

多職種の検査、指導、訪問などがいつ必要なのかわかりやすい。
また、患者さんの現状把握をしやすい。

②本クリティカルパス導入のデメリット

精神科は個別性が大きいので、症状・退院の目度がさまざまなので難しいのではないかと。

③本クリティカルパスの改善点（追加すべき項目・不要な項目等）

- ・期間記入以外に、行った日付けを入れた方がわかりやすい。
- ・回復期の期間設定はどのくらいの期間が妥当か。
- ・退院準備期は、どの段階での設定から入れるのか。
- ・保護室隔離になると、検査や指導などがずれてくる。その時のパスはどのように使用したらいいのか。
- ・入院当日チーム共通のところに入院診療計画書は入らないのか。

④その他クリティカルパスについてのご意見

ご協力ありがとうございました

平成 25 年度障害者総合福祉事業「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」

ヒヤリングシート

会員番号	01-27
------	-------

病院名	特定医療法人社団 慶愛会 札幌花園病院
-----	------------------------

クリティカルパス事例数 4 件

1. 今回の「クリティカルパス」の導入についてお答えください

① 今回のクリティカルパス導入にあたり貴院で行った取組

パスに従い各期毎に多職種カンファレンスを行い、患者の情報の共有、治療方針の確認などを行った。カンファレンスの調整役 1 名（看護師）を決め、全症例において同じ調整役が各職種間の調整を行った。

② クリティカルパス導入時の問題点

パスの運用基準・運用手順が定まっておらず、使用方法が明確でなかった。入院時に介入ポイントが明確でないケース等はどうのようにカンファレンスに参加してよいのかわからなかったという意見が一部職種でかかれた。

③ クリティカルパス実施に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師、看護師、薬剤師。 上記に加えて精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士も必須という意見もあった。	精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士、訪問看護スタッフ

④ その他

特になし

2. 「個々の事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

患者情報	事例
事例番号：1 性別：女 年齢： 45 歳 入院回数： 2 回 入院日： 10 月 15 日 退院日： 未定 月 日	大学生の頃に発症。平成 24 年に 3 カ月間当院に入院。その後怠薬し、言動がまとまらない状態が続いていた。同居中の母親が認知症で入院し、生活が困難になり今回の入院となった。人格水準の低下が著しく、病識は不十分であり、服薬指導を行っても理解が出来ない状態であったため、持効性注射剤の導入とグループホームへの入所を検討。現在入所先を探している。
事例番号：2 性別：女 年齢： 47 歳 入院回数： 2 回 入院日： 10 月 28 日 退院日： 12 月 7 日	平成 3 年 1 月～2 月に 1 回目の入院治療。退院後から平成 25 年 10 月末まで治療を受けておらず。幻覚妄想状態、精神運動興奮状態になり今回 2 回目の入院となった。夫がほぼ全盲である事より、管理がしやすいように薬剤の単一化と服薬回数を減らすよう処方の変更を行った。入院早期より本人・家族への疾患教育を行い、治療を継続出来る様な指導を行った。
事例番号：3 性別：女 年齢： 46 歳 入院回数： 1 回 入院日： 11 月 6 日 退院日： 12 月 18 日	平成 25 年 9 月頃よりストレスが強まり、徐々に妄想、幻聴が出現。易怒性も強くなり、家族に対する暴力も出現したため、平成 25 年 11 月 6 日に当院を初診し、同日入院となった。抗精神病薬による薬物療法を開始したところ症状は速やかに改善。疾患教育、服薬指導、作業療法を早期から導入した。退院までの間、カンファレンスで現在の状態を全担当者で確認し、各々が次にすべき事を確認するよう心がけた。

事例番号：4 性別：男 年齢：31 歳 入院回数：1 回 入院日：11 月 9 日 退院日：未定 月 日	平成 21 年に発症。他院で 2 回の入院歴がある。平成 25 年 9 月より服薬中断し、10 月 23 日より行方不明になる。同年 11 月 8 日、小樽市内で保護され、翌日帰宅途中にタクシーから飛び降りようとするなど認め、救急当番病院であった当院を受診。疎通不良で奇異な行動を繰り返しており、同日入院となった。薬物療法にて落ち着いたが、現在も幻聴が続いている。今後は家族を含め服薬指導、疾患教育を取り入れていく予定。
---	--

②個別の取組の課題

精神症状自体の改善

疾患教育を行い病識を獲得し、早期退院および再入院の防止を目指す。
疾患教育がされていないと服薬指導を行っても理解が困難な事があり、服薬指導の時期を検討する必要がある。

③順調に支援が進む事例とそうでない事例の比較

患者の病識の程度によって服薬指導の進行具合が異なる。
家族の受け入れ・支援を得られるケースの方が順調に支援が進む。

④その他

特になし

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

現在は医師が中心。ケースによっては精神保健福祉士が加わる。

②コーディネートに関して苦労した点

特になし

③具体的な調整内容

病院内	病院外
	家族が遠方のため、連絡を取り合う事に苦勞したケースがあった。

④その他

特になし

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内	病院外
具体的な連携方法（すべて）	地域の関係機関との調整・連携に関して苦勞した点
カンファレンス 毎日行っている申し送り、引き継ぎ 病棟回診 退院促進会議	前医からの情報を得ること

5. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

（実際の取り組みにより退院となった患者について）

① 実際利用するサービスの一覧（すべて）

精神障害者福祉手帳（予定） 障害者年金の申請（予定）	
-------------------------------	--

②退院のために必要なサービス（現在ないサービスも含める）

6. 「退院につながった事例」がございましたらお答えください

症例2…弟、夫の協力を得られた事が大きな要因であったと思われる

症例3…薬物療法が奏効した事ももちろんであるが、家族に対する疾患教育・服薬指導を行い家族の理解を得られた事で、早期退院に結びついたと思われる。

7. クリティカルパスに対するご意見等を記載ください

①本クリティカルパス導入のメリット

多職種間で情報を共有でき、現在の状態や、今後の治療方針を確認出来た。

患者さんの事をより深く知ることが出来、それがケアの質の向上につながった。

ケースによっては無駄を省き退院促進につながる。

期間を決める事で、治療の進め方に計画性が生まれる。

②本クリティカルパス導入のデメリット

時間軸の取り方、バリエーション、除外基準等が示されておらず、運用の仕方が不明瞭。

ケースによって会議の時期を臨機応変に変更できるようになっているとよかった。

③本クリティカルパスの改善点（追加すべき項目・不要な項目等）

運用基準・運用手順を決め、関係者に周知した上でパスを使用開始する必要がある。

作業療法担当者が入院時のOT評価、計画立案をする事が難しい場合もあるので、その時期を検討してもらいたい。

PSWの支援計画立案は1週目では早すぎる。

薬剤管理指導・服薬指導の開始時期を再検討する必要があると思われる（早すぎる）。

薬剤師の入院当日の入院時患者・家族聞き取りは不要。

医師のI期の欄で、“身体管理・他科医師との連携“を取らなければならない様な症例は、除外基準に該当すると思われ、パスの利用から外すべきである。

患者用パスがないと、クリニカルパスを使用する意義が半減する。

④その他クリティカルパスについてのご意見

クリニカルパスを適切に運用する事で、医療の均質化、チーム医療の推進、業務の改善、インフォームド・コンセントの充実などに寄与する可能性が高いが、十分な効果をもたらす為には、関係スタッフへのクリニカルパスについての教育が重要であり、スタッフを教育するための資料などを作成して頂けると、よりパスの効果が得られるようになると思う。

ご協力ありがとうございました

平成 25 年度障害者総合福祉事業「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」

ヒヤリングシート

会 員 番 号	1380
---------	------

病 院 名	医療法人社団 成仁病院
-------	----------------

クリティカルパス事例数 4 件

1. 今回の「クリティカルパス」の導入についてお答えください

① 今回のクリティカルパス導入にあたり貴院で行った取組

患者担当を実施する看護師に対して、クリティカルパスに関する基本的知識の普及、及び各カンファレンスの調整・開催方法などの連携方法についての指導・教育した。

② クリティカルパス導入時の問題点

看護部門への導入はスムーズにできたが、看護部門以外の職種（作業療法士、管理栄養士）に対してのクリティカルパス使用に関する調整に時間を要した。

栄養部門などは院内での連携などはスムーズに実施できたが、退院後の生活を想定した連携というものはイメージすることが難しかったのではないかと考える。

③ クリティカルパス実施に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
・ 医師 ・ 保健師、看護師 ・ 作業療法士 ・ 薬剤師 ・ 医事 ・ 放射線技師 ・ 臨床検査技師	・ 精神保健福祉士 ・ 管理栄養士（栄養管理が必要な場合） ・ 訪問看護 等アウトリーチに関する職種 ・ 臨床心理士（当院では設置しておらず）

④ その他

--

2. 「個々の事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

患者情報	事例
事例番号：1 性別：女性 年齢：36 歳 入院回数：2 回 入院日：11 月 13 日 退院日：月 日	<p>平成25年10月より被害妄想が出現、他院へ任意入院となるも被害妄想著明のため11月6日より医療保護入院へ切り替え、症状改善目的のため当院へ転院となる。</p> <p>当初 m-ECT 導入予定であったが、薬物療法が十分に行われていない状態であったため、薬物療法の効果を確認したうえで導入を検討した。入院当初は、被害妄想、焦燥感が強かったが、薬物療法にて被害妄想は軽減、m-ECT は行わず薬物療法を継続。焦燥感が残存しているが概ね穏やかに生活している。現在、退院に向けて試験外泊など行い、精神症状を観察中である。</p>
事例番号：2 性別：女性 年齢：54 歳 入院回数：1 回 入院日：11 月 22 日 退院日：1 月 10 日	<p>47歳頃より身体愁訴があり自律神経失調症と診断されていたが、52歳頃より幻聴・被害妄想出現し統合失調症の診断を受けた。在宅にて薬物治療継続しながら生活を続けたが、平成25年10月頃より症状再燃し当院へ任意入院となった。パスに基づき多職種による介入を開始、薬物調整及びm-ECT を施行、症状改善したため在宅退院となる。</p>
事例番号：3 性別：女性 年齢：50 歳 入院回数：3 回 入院日：11 月 24 日 退院日：月 日	<p>32歳頃から被害妄想・興奮が出現し、精神科通院開始。その後、治療と中断を繰り返していた。平成25年11月、被害妄想が活発となったことで当院受診、医療保護入院となる。パス導入し多職種による介入を実施したが、強固な妄想を認め、薬物療法も著効みられず経過。そのため、m-ECT 導入が決定し、現在も加療中である。</p>
事例番号：4 性別：女性 年齢：27 歳 入院回数：2 回 入院日：11 月 30 日 退院日：月 日	<p>24歳時発症。発症時に1カ月程度の入院歴あり。退院後はクリニックに通院継続していたが、症状安定に伴い受診の必要性感じなくなり平成25年2月に自己中断。</p> <p>同年11月、興奮・減裂言動が認められたため当院へ救急搬送され医療保護入院となる。パス導入し多職種による介入を開始した。入院直後は連合弛緩、関係妄想を認めたが薬物療法にて2週間後には症状軽減。面会、外出などの行動拡大を図ることが可能な状態まで改善した。</p>

②個別の取組の課題

事例 1 : m-ECT 導入検討時の段階でのパスの適応に関する困難

事例 2 : m-ECT が導入となった場合のパスの内容不足

事例 3 : 当初の治療内容が効果不十分であった際の、対応に関するパスへの反映

事例 4 : 行動拡大など地域生活への移行のための訓練に関するパスの内容不足

③順調に支援が進む事例とそうでない事例の比較

患者背景（家族協力、病歴 等）により、退院後の生活に関するケースワーク業務の進捗状況に差が認められた。また、身体合併症が認められた患者は精神科治療と並行して身体治療が行われるため、退院支援が遅れる傾向にあった。

④その他

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

患者担当の保健師・看護師。

当院は急性期を主体とする病院なので、迅速なケースワークを行うため担当の保健師・看護師がコーディネーター役を担い、調整業務を行っている。

②コーディネートに関して苦労した点

職種ごとに患者状態の評価について異なる視点を持っており、それによる評価が異なる場合に、その調整に苦慮した事例もあった。

③具体的な調整内容

病院内	病院外
<ul style="list-style-type: none">・ チームでの治療方針の決定・ 退院後の療養生活の相談・ 多職種（医師、作業療法士、薬剤師、看護師）カンファレンスの調整	<ul style="list-style-type: none">・ 退院後の医療機関の調整・ 退院後の家族関係の調整・ 入院中の家族との調整・ 退院先の地域資源の調整

④その他

--

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
<ul style="list-style-type: none">・ 症例カンファレンス・ 処遇に関するカンファレンス・ 処方内容に関するカンファレンス・ 社内メール及び電子カルテを用いた情報共有	今回事例では使用せず 自治体によっては調整に温度差が認められるため調整に苦労することがある。

5. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

（実際の取り組みにより退院となった患者について）

① 実際利用するサービスの一覧（すべて）

<ul style="list-style-type: none">・ 外来通院・ 未来院時の来院促し・ ドロップアウトした際の病院、クリニック、保健所等の関係機関リストアップ	
--	--

② 退院のために必要なサービス（現在ないサービスも含める）

<ul style="list-style-type: none">・ 外来通院・ 訪問診療・ 訪問看護・ デイケア、ナイトケア

6. 「退院につながった事例」がございましたらお答えください

幻覚・妄想状態にて入院。パス適応となり治療開始。服薬調整及びm-ECTを実施し症状改善したため、退院となる。
--

7. クリティカルパスに対するご意見等を記載ください

①本クリティカルパス導入のメリット

- ・各職種が考える問題点を、その職種以外の職員も把握しチームでの治療を促進する
- ・各職種が実施すべきことが可視化されることで、多職種での治療がどの程度まで実施されているかが把握されやすい。
- ・患者への治療方針が明確化され、多職種にたいして周知される

②本クリティカルパス導入のデメリット

- ・症状悪化、再燃などによるバリエーションへの対応
- ・若年、老年や初発、再発などのバリエーションが必要であると思われる。

③本クリティカルパスの改善点（追加すべき項目・不要な項目等）

- ・「統合失調症」とひとくくりにしてしまうのではなく、患者背景・病歴などからいくつかのパターンを検討することで、バリエーションの発生が減少するのではないかと考えられる。

④その他クリティカルパスについてのご意見

- ・地域移行支援を行うのであれば、アウトリーチ関連の職種をパスの中に入れ、退院後の生活支援に関する調整を行う必要があると考える。
- ・今回のクリティカルパスを幹とし、各病院の特徴に合わせた職種配置のパスを作成していくことが望ましいと考える。

ご協力ありがとうございました

平成 25 年度障害者総合福祉事業「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」

ヒヤリングシート

会 員 番 号	27-32
---------	-------

病 院 名	微風会 浜寺病院
-------	-------------

クリティカルパス事例数 _____ 3 件

1. 今回の「クリティカルパス」の導入についてお答えください

① 今回のクリティカルパス導入にあたり貴院で行った取組

- ・多職種でのカンファレンス
- ・患者用のクリティカルシートの検討
- ・クリティカルパスについて学習会実施と情報の共有

② クリティカルパス導入時の問題点

- ・多職種でのカンファレンスの調整が困難
- ・不慣れなため、各項目のチェックの確認が困難

③ クリティカルパス実施に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
・ 医師、看護師、薬剤師、臨床心理士 精神保健福祉士、	・ 作業療法士、管理栄養士

④その他

・病識の乏しい患者にクリティカルシートを示して治療段階、見通し等の説明を行っても理解が困難。患者・家族にむけての解りやすい、あるいは症状に応じたクリティカルパスの検討が必要。
 今回、当院は医療者のみのチェックシートとして使用

2. 「個々の事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

患者情報	事例
事例番号：1 (A・M) 性別：男性 年齢： 42 歳 入院回数： 初回 入院日： 10 月 18 日 退院日： 月 日(入院中) 入院形態：医療保護→任意	高卒後、2年ほど鉄工所で働く。以降は定職に就かず、H10～引きこもりとなった。H11～15まで診療所に通院、以降、治療歴なし、半年ほど前から、壁にむかっての空笑・怒声や近隣トラブルになった。警察、保健所、母、兄同伴で受診後入院。入院の必要性や症状の理解はできない。家族の受入れが期待できず、本人の現実検討能力が乏しい。基本的な生活援助が必要だが拒否的で受け入れられない。長期的精神科治療が必要、家族の受入れがむずかしく、元の家に戻るのには困難。
事例番号：2 (M・T) 性別：女性 年齢： 46 歳 入院回数： 初回 入院日： 11 月 8 日 退院日： 12 月 9 日 入院形態：任意入院	高校卒業後、事務職やアパレル関連の仕事に就く。24歳で結婚、挙子1名、別居後31歳で離婚、別居時より現在の実家で両親・息子と同居。就労を試みるが抑うつ状態、被害妄想等の症状の出現により引きこもりがちとなる。当院に平成13年2月13日初診、以来外来通院中であつたが、肥満、眠気等の理由で薬を自己調節しては症状が徐々に悪化。外来での内服調節が困難となり、入院での内服調整し服薬指導を行う。
事例番号：3 (M・I) 性別：女性 年齢： 57 歳 入院回数： 3 回 入院日： 10 月 9 日 退院日： 月 日 (入院中) 入院形態：医療保護入院	大卒後、25歳ごろに結婚し挙子1名、東京に転居。S59年ごろ、幻覚妄想状態となり実家に戻される。S62年3月5日、他院初診2回の入院歴あり。娘は実母と妹に育てられる。その後離婚し30代後半に再婚、1・2年で離婚。現在親族と同じマンションに住む。部屋はちらかり、入浴もあまりせず、ガスを止められたりしている。見かねて妹が世話をするが、攻撃的で、妹に不法侵入といって警察をよぶ。近医通院開始し服薬するが、病識なく治療にのらず、家族に攻撃的。

事例番号：	
性別：	
年齢： 歳	
入院回数： 回	
入院日： 月 日	
退院日： 月 日	

②個別の取組の課題

事例1・・・本人の病識が得られない。現実検討能力がないという治療自体に難渋する症例である。家族機能が脆弱の上に、母親の高齢化が加わり、多くを期待することができない。

事例2・・・外来主治医と入院主治医が違い、12年間通院していたが、外来主治医が病名告知をしていなかった。家族には入院後告知、本人にはしていない、治療のメインともいべき疾患教育、服薬指導が症状についてのみとなる。

事例3・・・病識がなく病名告知しても全く受け入れられず、治療参加できない。現実検討能力がなく、治療に参加してもらえない。

③順調に支援が進む事例とそうでない事例の比較

事例1・・・病識が得られない事例では、支援自体を拒否するためになかなか進捗しない。家族機能が脆弱である場合、地域の資源を活用していくことになるが、地域の資源の選択肢が限定されており、支援体制の構築が難しい面がある。

事例2・・・1か月で退院、任意入院であり、病識があり、ある程度の入院の目的（被害妄想という症状の改善）がはっきりとしていた。症状と服薬指導、退院後の生活指導にしぼってサポートした。

事例3・・・病識が全くなく、家族の受入れも良くないためⅢ期に進めない。

④その他

--

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師

②コーディネートに関して苦勞した点

<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種でのカンファレンスをするのに日時の調整や時間的なゆとりがない ・ クリティカルパスの重要性・必要性の理解が浸透していない、また、それぞれの業務を最優先してしまう
--

③具体的な調整内容

病院内	病院外
<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種カンファレンスの設定とそれぞれの事例の進捗状況の把握 	

④その他

--

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦勞した点
<ul style="list-style-type: none"> ・ 指示箋 ・ 口頭指示 ・ カンファレンス ・ 現状では定期的に全職種を集めて頻回にカンファレンスを行うことは簡単ではなく、個々の職種間の風通し、疎通の向上に頼らざるを得ない。その中で努力しているのが実情 	

5. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

(実際の取り組みにより退院となった患者について)

① 実際利用するサービスの一覧 (すべて)

--	--

② 退院のために必要なサービス (現在ないサービスも含める)

--

6. 「退院につながった事例」がございましたらお答えください

- ・事例2は、1カ月で退院したが、これは症例的にパスがなくても短期で退院予定であった。就労を考えており、病名告知ができなかったこともあり、デイケア、ヘルパーにはつながらなかった。

7. クリティカルパスに対するご意見等を記載ください

① 本クリティカルパス導入のメリット

- ・どのような時期に、どのような項目を扱うかということが確認しやすく、漏れを防ぐという点でのメリットは大きい
- ・現在の治療の進み具合の確認
- ・多職種でのカンファレンスのタイミングの確認
- ・バリエーションの分析がし易い
- ・チーム間での情報共有がし易い

② 本クリティカルパス導入のデメリット

- ・「パスの項目をクリアする」という方向性に治療が傾きがちとなり、“どのように関わるか”といった治療の本質的部分が疎かになる恐れが高い
- ・経過の長期性、個別性はふまえていない
- ・事務作業の増加 (オーダーメイド的に手直しすることになるため)
- ・チェック項目以外の部分 (個別性) が見落とされるのではないか?
- ・パス主体で、他の記録が煩雑になる恐れ

③本クリティカルパスの改善点（追加すべき項目・不要な項目等）

- ・「治療の質」に関わる項目を追加すべきと考える（どのように追加するのがよいか難しい）
- ・個別性をつける（主治医が症例で都度改善していく）
- ・とくにアウトカムについて
患者用を解り易くつくる
退院が終了ではなく、退院後のステージⅣを作るべき。また、再発時対応を考える。
Ⅱ期～Ⅲ期への移行ができる事例と出来ない事例がある。出来ない事例をどうしていくか？（Ⅱ期のアウトカムが達成出来ない）

④その他クリティカルパスについてのご意見

- ・どうしても形式に束縛されてしまうので、「チェック項目をクリアしているから良い」という風に流されていく事を懸念します。治療がどうあるべきかという視点が盛り込まれることを望みます。
- ・統合失調症については、1つのみのクリティカルパスでの対応は困難
- ・病識がない場合はどうしていくか？患者が参加してこそ意味があるのではないか（事例3の場合、疾患教育、服薬指導をしても病気ではないと工程表は他人事であった。）

ご協力ありがとうございました

平成 25 年度障害者総合福祉事業「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」

ヒヤリングシート

会員番号	3308
------	------

病院名	こころの医療たいよ うの丘ホスピタル
-----	-----------------------

クリティカルパス事例数 4 件

1. 今回の「クリティカルパス」の導入についてお答えください

① 今回のクリティカルパス導入にあたり貴院で行った取組：
医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士によるカンファレンスはこれまでも行っていたが、それ以外の薬剤師、管理栄養士、臨床心理士、事務職員などの職種も加わったカンファレンスを初めて行った。

② クリティカルパス導入時の問題点

- ・初めてのパス導入にあたり、すべての職種で基本的な段取りが難しかった。
- ・看護職のみが主体的で中心的になりがち傾向がみられた。
- ・医師の時間調整が難しかった。
- ・担当看護師が中心となったが担当看護師が不在のときは担当者以外ではわかりにくく会議を行いにくかった。

③ クリティカルパス実施に必要なだと考えられる職種

必須職種	事例によっては必要な職種
医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士	薬剤師、管理栄養士、臨床心理士、事務職員（特に医事課）、訪問看護師、外来看護師、デイケア職員、当院関連グループホーム職員、その他にも保健師、関係機関（介護施設や作業所など）の職員、地域の民生委員や地域の代表者など。

④ その他

--

2. 「個々の事例」についてお答えください

①個々の事例の概要や具体的取組

患者情報	事例
<p>事例番号：1</p> <p>性別：男性</p> <p>年齢： 49 歳</p> <p>入院回数： 1 回</p> <p>入院日： 10月 10日</p> <p>退院日： 月 日</p>	<p>主訴：自殺企図（リストカット）、イライラ</p> <p>病歴、入院目的：高校中退後トラック運転手、人付き合いが苦手。高齢の母と2人暮らし。20歳代前半、幻聴らしきもの自覚。平成14年、総合病院精神科受診。同年2月、果物ナイフで右頸部を切る自殺企図で福山市の病院へ入院（～同年7月）。約9年間の治療中断。平成25年10月9日、包丁で左手首を切る自殺企図、総合病院救急搬送、創部処置し、10月10日、当院へ転入院。合併症：高血圧、糖尿病、肥満。</p> <p>具体的取組：医師・看護師による精神症状のチェック、イライラへの対応（薬物調整）、身体管理として傷の処置→抜糸、痛み止め、血圧測定、作業療法士による軽い運動・左手の握力訓練（ボール握り）、栄養士による食事コントロール（マンナンごはんなど）、薬剤師による副作用チェック（DIEPSS）、服薬への態度（DAI-10）・服薬指導、臨床心理士による疾理解への支援、精神保健福祉士による経済面の調査、退院後の生活の相談（今後の就労への意欲など）。</p>
<p>事例番号：2</p> <p>性別：男性</p> <p>年齢： 56 歳</p> <p>入院回数： 11 回</p> <p>入院日： 11月 1日</p> <p>退院日： 12月 9日</p>	<p>主訴：不眠、気分の落ち込み</p> <p>病歴、入院目的：自宅より通所施設へ通っている。兄と2人暮らし。平成25年10月10日、おじが亡くなり、以後徐々に調子を崩す。10月26日、不眠（眠りが浅い）、食欲低下、気分の落ち込みの訴えあるが、なんとか頑張ると帰宅。しかし限界に達し、11月1日、入院。</p> <p>具体的取組：看護師により安静・休息のため静かな部屋を用意。医師・薬剤師により不眠、抑うつ気分に対する薬物調整及び服薬管理。看護師による症状チェック。作業療法士による気分改善に向けたOTメニューの提供。栄養士による食べやすいメニューへの変更。精神保健福祉士による経済面の支援とキーパーソンとの密な連絡による安心できる退院後の生活の保障。</p>

<p>事例番号： 3</p> <p>性別： 女性</p> <p>年齢： 44 歳</p> <p>入院回数： 1 回</p> <p>入院日： 11月 11日</p> <p>退院日： 月 日</p>	<p>主訴：タクシーで黙って遠方へ、まとまらない言動、不眠。</p> <p>病歴、入院目的：17～18歳頃発症、受診するも中断。美術系短大入学後中退後東京の美術専門学校へ入学。東京で病状悪化し東京の精神科病院へ入院歴あり。その後帰郷し岡山県の他の精神科病院へ数回入院歴あり。その後岡大病院へ自らかわり通院するも薬の味があわないといって抗精神病薬は拒薬し睡眠薬のみ服薬。この状態が数年続いた後通院も途切れ、平成25年6月、姉が保健所相談を経て当院へ相談に来院。11月11日、姉・父とともに来院し入院となる。</p> <p>具体的取組：数年来の未治療期間がありキーパーソンである姉に父も自分も騙されて入院させられたという思いが強く疾病理解や病識をつけることが難しい。医師・看護師への拒絶や警戒心がつよくまずは担当看護師による傾聴し良好な関係づくりからスタート。同時に保清・衛生面も管理。一方的な会話から次第に会話ができるようになる。保護室（個室）から開始して次第に時間開放、デイルームにでる機会を増やすが引きこもりがちな状態は続く。姉（キーパーソン）との面会は希望しない。警戒心の少ない父とは面会する。主として医師・看護中心の関わりで他職種との関わりはまだ少ない状態。精神保健福祉士より家族連絡は繰り返している。またカンファレンスで他職種と情報共有している。現在も不眠はよくなったので病気は治ったと病識欠如。</p>
<p>事例番号： 4</p> <p>性別： 男性</p> <p>年齢： 46 歳</p> <p>入院回数： 1 回</p> <p>入院日： 11月 18日</p> <p>退院日： 月 日</p>	<p>主訴：イライラ、興奮に伴う通所、近所とのトラブル</p> <p>病歴、入院目的：中学時代は明るく友人も多かった。高卒後就職したが人間関係がうまくいかず転職を繰り返す。平成14年、アパートのボイラーがうるさい、車の音が気になるといい、易怒的になり、ガラスを割り、近所より苦情がでて同年実家へ戻る。自宅では昼夜逆転、兄嫁とうまくいかず暴力。他院へ入退院後もイライラ、近所とのトラブルが続き11月18日、母と来院、入院となる。</p> <p>具体的取組：イライラが強いため看護師により静かな部屋を用意して対応。医師・薬剤師による薬物調整、不眠時の対応、服薬指導。看護師・作業療法士による運動、保清、衛生の指導、支援を行い、かなり疾病理解や日常生活動作の向上ができるようになった。精神保健福祉士による退院受け入れの家族調整を行っている。平成26年1月末～2月頃退院見込み。</p>

②個別の取組の課題

個々の症例ごと家族背景や社会性、既往歴、合併症、受診歴、受診態度、疾病の理解や服薬への態度などが異なり、当然重症度（GAFや症状評価点：BPRS）にも開きがあった。急性期は共通の期間（2週間）であるが、これら諸要因を考慮しながら回復期以後は症例ごと評価やカンファレンスのタイミングを変えた。

③順調に支援が進む事例とそうでない事例の比較

特に症例1、3のように長期にわたり治療中断している例では病識もつきにくく、薬物反応性も悪かった。従ってまだ退院の目処はついておらず、Ⅱ期（回復期）の過程にある。症例2、4では入室する部屋など環境調整もうまくいき早期の退院が期待できた（症例2はすでに退院、症例4も入院3か月以内で退院の見込み）。

④その他

3. 「支援職員の役割」についてお答えください

①病院内での退院調整役（コーディネーター）の職種

基本的に精神保健福祉士（地域医療連携室に所属）が行っている。今回は対象ではないが長期入院患者の退院については病床運営管理室（看護部長を室長として精神保健福祉士と医局秘書（事務職）3名）が中心となって医師と当院関連グループホーム施設長も交えて退院可能患者について相談し、定期的にカンファレンスを行っている。

②コーディネートに関して苦労した点

今回は期間も短く本人、家族も含め十分にコーディネートしづらかった。家族のもとに帰る場合はよいが、それが難しい場合の調整は不十分であった。

③具体的な調整内容

病院内	病院外
<ul style="list-style-type: none">・社会資源のお知らせ、利用方法などを患者・家族に伝える。・退院前訪問指導などを通して退院後の治療継続や方法（訪問看護、デイケアなど）を伝える。・家族情報などの他職種との情報共有。	<ul style="list-style-type: none">・関係機関への連絡、連携。・保健所・市役所の保健師への連絡・連携。・関連グループホーム職員との情報共有や連絡・連携。・作業所通所する場合にはその職員への連絡・連携。

④その他

--

4. 「多職種連携のあり方」についてお答えください

病院内 具体的な連携方法（すべて）	病院外 地域の関係機関との調整・連携に関して苦労した点
頻回に多職種が集まれるカンファレンスを開き、情報共有、パス内容の確認、進捗状況の確認を行う。特に医師には治療内容、方針の説明をしてもらい、すべての職種で理解を深める。	保健所や当院関連グループホームとの連絡に時間がかかったり、期待通りに話が進まないことが多い。しかし今回は比較的スムーズに行えた。

5. 「退院後の福祉サービスの利用状況」についてお答えください

（実際の取り組みにより退院となった患者について）

① 実際利用するサービスの一覧（すべて）

当院関連：当院デイケア、訪問看護、当院関連グループホームへの入所及び生活指導・就労支援など、外来通院時の自立支援医療。	当院外：当院外の通所施設（作業所など）、保健所・市役所の保健師による訪問指導、当院ではまだ対象者はないが県内にはACTサービスもある。
---	---

② 退院のために必要なサービス（現在ないサービスも含める）

入院中の退院前訪問指導、入院中のデイケアの体験利用 さらに当院は山間部で交通手段が乏しく（バス会社があるが便数少なく、バス停を降りて当院までやや急な坂道がある）、現在デイケア患者のみ送迎を行っているが、今後は外来患者の多くも利用できるようなミニバスなど検討中である。
--

6. 「退院につながった事例」がございましたらお答えください

症例2が約1か月で退院できた。もともと定期的に外来に通院中の方で本人も治療に協力的であった。カンファレンスによって入院早期から他職種で情報共有ができ、それぞれの職種が早期介入できた。その結果スムーズな退院に至った。

7. クリティカルパスに対するご意見等を記載ください

① 本クリティカルパス導入のメリット

- ・パスにより多職種が患者にアプローチしやすくなり、患者の満足度も上がった。
- ・多職種の情報共有ができたこと。
- ・他の職種の仕事内容や考え方が理解できたこと。
- ・職場の人間関係が片寄らず良くなってきて気軽に声もかけやすくなった（これまでは他の職種の名前も十分わからなかったが声かけしあい相互信頼ができるようになった）。

③ 本クリティカルパス導入のデメリット

- ・時間調整が難しかった（今後慣れていけるものとするが・・・）。
- ・記録が増えて患者と関わる時間が短くなった。
- ・まだパスに対して理解不足がある。
- ・責任のなすり合いが僅かではあるが見られた。

④ 本クリティカルパスの改善点（追加すべき項目・不要な項目等）

- ・パス開始に際し、多職種全部署に連絡して集まってもらったが、その治療病期（急性期、回復期、退院準備期）によって必要な職種のみが集まって行ったり、治療途中から入る職種（たとえば途中で糖尿病がみつかれば管理栄養士の参加要請など）もあってよいかと考えた。
- ・平成26年度改正後の医療保護入院制度に対応できる項目の追加（たとえば医療保護入院者退院支援委員会、退院後生活環境相談員、地域援助事業者などの文言をどこかへ入れる、医療保護入院の場合の追加オプションでもよいが・・・）

⑤ その他クリティカルパスについてのご意見

ご協力ありがとうございました

7. 急性期クリティカルパスの原案・マニュアル・クライアントパスについて

医療法人静心会 桶狭間病院 藤田こころケアセンター 理事長・院長 藤田 潔

平成 26 年度診療報酬改定で統合失調症と気分障害の急性期クリティカルパスに診療報酬が新設され、その名称は「院内標準診療計画加算」となった。入院初期の急性期統合失調症と急性期気分障害に対して、医師、看護師、精神保健福祉士等の多職種チームが共同で標準化された治療、疾患教育、環境調整を行い 60 日以内の早期退院した場合に加算される。また今回の院内標準診療計画には、入院治療だけではなく患者家族に対する心理教育も含まれており、これが規則的な外来加療の継続につながり再入院を予防できると考えられる。

また今回のクリティカルパスの調査、分析に使用されたパスは、当院で作成し使用してきたパスを参考として障害者総合福祉推進事業（16 番事業）の企画委員により作成されたものを用いておこなわれた。今回の調査・分析ではパスの使用有無での明らかな有意差は認められなかったが、パスは使い込んで慣れなければ、その効用は得られない。当院でのパスも年を重ねるごとに入院期間が短縮し再入院までの期間が延長してきている。

今回の調査・分析を基に、統合失調症と気分障害のクリティカルパスとマニュアルを作成したので、報告する。また、参考として当院で用いているクライアントパスを紹介する。

（1）クリティカルパス原案

これらの調査・分析を基に、さらに修正したクリティカルパスを以下に示す（図 3、図 4）。変更点としては、医師、看護師、精神保健福祉士以外の職種には等を付け、他の職種でも行えるようにした。薬剤師、臨床心理技術者、作業療法士は、病院によって人数に差があるためである。また横軸は、今回の院内標準診療計画加算で 60 日以内の退院が必要であるため、パス内に「2 カ月で退院する場合」（60 日以内）と「3 カ月で退院する場合」とに記載に分けた。全ての急性期統合失調症と急性期気分障害が 60 日以内で退院できる訳ではなく、それらを全てバリエーションにしない為であり、救急病棟や急性期病棟は 3 カ月まで加算が取れる事を考慮したためである。クリティカルパスは横軸が時間軸、縦軸は職種別となっているが、各職種の実施内容については職種間の連携に必要なもののみを示してあるので、パスに記載されていない朝の検温や通常の診察等はパスとは別に行っていただきたい。

（2）クリティカルパスの使用マニュアルについて

パス上で内容の説明を必要とする項目について※印を付けた。以下に、その※印につい

て解説するが、実施するにあたっての担当職種については各医療機関で再度検討していただきたい。

① 統合失調症クリティカルパス

- ※1：原則は薬剤師が好ましいが、病識や副作用ができれば他の職種でも可。
- ※2：原則は作業療法士が好ましいが、作業遂行機能評価ができれば他の職種でも可。
- ※3：隔離を必要とする期間は、看護師も PANSS-EC 等の客観的判断基準が明確化されたものの、またはこれに準じた評価を用いて精神状態を把握し、行動制限最小化のための看護計画の立案・評価・修正を行う。
- ※4：生活自立度チェックとは、看護師がオレム・アンダーウッドのなどの看護理論を用い、生活上の問題点が精神症状によるものか身体症状・薬剤性によるものなのかをアセスメントをし、看護計画を立て、看護介入をすることによって食事・睡眠・排泄・保清・身体状態・精神状態・対人関係等におこる患者の変化を評価するもので、患者自身が評価を表現できるもの。
- ※5：関係機関とは入院での療養や、退院後の生活に支障が出ないように、患者と関わりのある、医療機関、行政機関、各事業所等への連絡調整を行う。
- ※6：社会資源チェックリストとは、年金、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療、障害福祉サービス、介護保険サービス等の利用状況を確認し、必要な社会資源の案内を行うことを目的とする。
- ※7：退院支援チェックリストとは、帰住先の患者受け入れ体制の確認、通院医療機関の確認、自立支援医療の確認及び案内、その他必要な社会資源の確認及び案内、キーパーソンを含めた家族等の協力体制の確認、必要な関係機関との協力体制の確認等を行うことを目的とする。
- ※8：DAI-10、SAI-J、DIEPSS 等を用いて、薬の飲み心地や、病識、副作用の有無等を確認する。
- ※9：PANSS や BPRS 等、これらに準じた評価ができるものを用いて評価する。
- ※10：PANSS や BPRS 等に加えて、必要に応じて MMSE、JART 等、これらに準じた評価ができるものを用いて評価する。
- ※11：BACS-J、COGNISTAT、FAB 等、これらに準じた評価ができるものを対象者の状態に合わせて選択し評価を行う。
- ※12：作業遂行機能評価表、活動（日常生活）機能観察リスト、対人パターンチェックリスト、基本的な社会参加能力観察リスト等、これに準じた評価が出来るものを対象者の状態に合わせて選択し評価を行う。
- ※13：退院前訪問指導では、地域移行支援カンファレンスにおいて患者の実情に合った支援の方向性が定められるよう、事前に患者の生活実態（住居環境、家族等との関係

性、生活の様子等)を把握する。

- ※14：地域移行支援カンファレンスとは、症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の利用状況、退院前訪問指導で得た情報等を多職種間で共有し、退院に向けて地域移行支援計画を立案することを目的とする。尚、4週目のカンファレンスにおいては、その計画の評価及び再立案を目的とする。また、入院後1ヶ月で退院を予定する患者においては、※16の内容に準じたカンファレンスとする。
- ※15：疾患に対する教育は、患者・家族に対して4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育を行う。
- ※16：地域移行支援カンファレンスとは前回のカンファレンスで作成した計画の評価及び、直近に行った退院前訪問指導を踏まえ、地域移行支援計画の作成を行う。退院後の利用を考えたプレデイケア、訪問看護等の必要性も検討する。必要に応じて当該職員の参加も検討する。
- ※17：退院前訪問指導では※14であがった課題に対して、必要な指導及び助言をおこなう。
- ※18：退院前訪問指導では退院後の具体的環境調整を行う。
- ※19：自己管理への支援を含む。(金銭管理、内服管理、症状管理等)

② 気分障害クリティカルパス

- ※1：原則は薬剤師が好ましいが、病識や副作用ができれば他の職種でも可。
- ※2：原則は作業療法士が好ましいが、作業遂行機能評価ができれば他の職種でも可。
- ※3：隔離を必要とする場合は、看護師もHAM-D、YMRS等、客観的判断基準が明確化されたもの、またはこれに準じた評価を用いて精神状態を把握し、行動制限最小化のための看護計画の立案・評価・修正を行う。
- ※4：生活自立度チェックとは、看護師がオレム・アンダーウッドのなどの看護理論を用い、生活上の問題点が精神症状によるものか身体症状・薬剤性によるものなのかをアセスメントをし、看護計画を立て、看護介入をすることによって食事・睡眠・排泄・保清・身体状態・精神状態・対人関係等におこる患者の変化を評価するもので、患者自身が評価を表現できるもの。
- ※5：関係機関への連絡・調整とは入院での療養や、退院後の生活に支障が出ないように、患者と関わりのある、医療機関、行政機関、各事業所等への連絡調整を行う。
- ※6：社会資源チェックリスト作成とは、年金、精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療、障害福祉サービス、介護保険サービス等の利用状況を確認し、必要な社会資源の案内を行うことを目的とする。尚、4週目に関しては、2週目に実施した案内を踏まえて本人が利用を希望する社会資源を確認し、必要な支援を行う。
- ※7：退院支援チェックリストとは、帰住先の患者受け入れ体制の確認、通院医療機関の確認、自立支援医療の確認及び案内、その他必要な社会資源の確認及び案内、キーパー

ソンを含めた家族等の協力体制の確認、必要な関係機関との協力体制の確認等を行うことを目的とする。尚、退院後の週間スケジュール確認（本人・家族）とは、帰宅先での生活リズムや本人・家族の役割等を確認することを指す。これは退院直後の過度な負担や、役割が無いことでの症状悪化が起こらないようスケジュールを立て、再発を予防することを目的とする。

- ※8：DAI-10、SAI-J、DIEPSS等を用いて、薬の飲み心地や、病識、副作用の有無等を確認する。
- ※9：HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度、SCID-II等、これらに準じた評価ができるものを用いて評価する。ただしSCID-IIな入院時以外も可。
- ※10：HAM-D、YMRS、MADRS等、これらに準じた評価ができるものを用いて評価する。
- ※11：HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度、SCID-II（入院時で出来なかった場合）等、これらに準じた評価ができるものを用いて評価する。
- ※12：HAM-D、YMRS、MADRS、SCID-II（入院時で出来なかった場合）等、これらに準じた評価ができるものを用いて評価する。
- ※13：作業能力評価、WCST、作業遂行機能評価表、基本的な社会参加能力観察リスト等、これに準じた評価が出来るものを対象者の状態に合わせて選択し評価を行う。
- ※14：退院前訪問指導では、地域移行支援カンファレンスにおいて患者の実情に合った支援の方向性が定められるよう、事前に患者の生活実態（住居環境、家族等との関係性、生活の様子等）を把握する。
- ※15：地域移行支援カンファレンスとは、症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の利用状況、退院前訪問指導で得た情報等を多職種間で共有し、退院に向けて地域移行支援計画を立案することを目的とする。尚、4週目のカンファレンスにおいては、その計画の評価及び再立案を目的とする。また、入院後1ヶ月で退院を予定する患者においては、※17の内容に準じたカンファレンスとする。
- ※16：疾患に対する教育は、患者・家族に対して4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育を行う。
- ※17：地域移行支援カンファレンスとは前回のカンファレンスで作成した計画の評価及び、直近に行った退院前訪問指導を踏まえ、地域移行支援計画の作成を行う。退院後の利用を考えたブレディケア、訪問看護等の必要性も検討する。必要に応じて当該職員の参加も検討する。
- ※18：退院前訪問指導では※15であがった課題に対して、必要な指導及び助言をおこなう。
- ※19：退院前訪問指導では退院後の具体的環境調整を行う。
- ※20：自己管理への支援を含む。（金銭管理、内服管理、症状管理等）

Ⅲ) クライアントパスについて

当院で用いているクライアントパスを示す。（図5、図6）。クライアントパスの目的は、患者自身が自己の病態を把握でき、治療の重要性を理解するところにある。もちろん、このパスの内容も各医療機関で検討していただきたい。

図3 統合失調症クリティカルパス原案

患者氏名	様(男・女)		(M・T・S)		年 月 日生(歳)		身体疾患 既往歴						
	主治医	看護師	精神保健福祉士	作業療法士	その他の担当者		入院形態						
担当者サイン													
目標													
	入院1週目 実施項目	入院2週目 実施項目	入院3週目 実施項目	入院4週目 実施項目	入院5週目 実施項目	入院6週目 実施項目	入院7週目 実施項目	入院8週目 実施項目	入院9週目 実施項目	入院10週目 実施項目	入院11週目 実施項目	入院12週目 実施項目	
医師 (通常の診察は 除く)	<input type="checkbox"/> 身体疾患の確 認 (他科医師との連 携) <input type="checkbox"/> 入院治療・行 動制限の同意取 得 (行動制限は必 要時) <input type="checkbox"/> 治療状況の確 認と対処 <input type="checkbox"/> 身体症状の評 価 <input type="checkbox"/> 精神症状の評 価※3	<input type="checkbox"/> 入院形態・行 動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行 動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行 動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行 動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行 動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行 動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行 動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行 動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行 動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行 動制限の見直し	<input type="checkbox"/> 入院形態・行 動制限の見直し	
看護師	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自 己チェック※4	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自 己チェック※4	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自 己チェック※4	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自 己チェック※4	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自 己チェック※4	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自 己チェック※4	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自 己チェック※4	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自 己チェック※4	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自 己チェック※4	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自 己チェック※4	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自 己チェック※4	<input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自 己チェック※4	
精神保健福祉 士	本人、家族等より 下記事項を確認 し、その評価を行 う <input type="checkbox"/> 関係機関への 連絡・調整※5 <input type="checkbox"/> 経済状況 <input type="checkbox"/> 生活環境	<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作 成※6	<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作 成※6	<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作 成※6	<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作 成※6	<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作 成※6	<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作 成※6	<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作 成※6	<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作 成※6	<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作 成※6	<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作 成※6	<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作 成※6	<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作 成※6
薬剤師等※1	<input type="checkbox"/> 入院患者・家 族から服薬状況 について聞き取り <input type="checkbox"/> 持参薬チェッ ク <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用 等の評価※8	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	
臨床心理技術 者	<input type="checkbox"/> 精神症状の評 価※9 <input type="checkbox"/> 認知機能の評 価※11	<input type="checkbox"/> 精神症状の評 価※9	<input type="checkbox"/> 精神症状の評 価※9	<input type="checkbox"/> 精神症状の評 価※9	<input type="checkbox"/> 精神症状の評 価※9	<input type="checkbox"/> 精神症状の評 価※9	<input type="checkbox"/> 精神症状の評 価※9	<input type="checkbox"/> 精神症状の評 価※9	<input type="checkbox"/> 精神症状の評 価※9	<input type="checkbox"/> 精神症状の評 価※9	<input type="checkbox"/> 精神症状の評 価※9	<input type="checkbox"/> 精神症状の評 価※9	
作業療法士等 ※2	<input type="checkbox"/> 作業療法のオ リエンテーション <input type="checkbox"/> 作業療法実施 計画立案 <input type="checkbox"/> CP換算を行 い、処方量の確 認 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用 等の評価※8	<input type="checkbox"/> クロレプロマジ ン(OP)換算を行 い、処方量の確 認を行う <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用 等の評価※8	<input type="checkbox"/> CP換算を行 い、処方量の確 認 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用 等の評価※8										
チーム 共通	<input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19 <input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19 <input type="checkbox"/> 患者に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源に ついて) <input type="checkbox"/> 疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源に ついて)	<input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19	<input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19	<input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19	<input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19	<input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19	<input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19	<input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19	<input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19	<input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19	<input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19	<input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19	<input type="checkbox"/> 患者・家族と共 に治療方針の決 定※19
全職種	<input type="checkbox"/> 入院前訪問指 導※13	<input type="checkbox"/> 入院前訪問指 導 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 カンファレンス※ 14	<input type="checkbox"/> 入院前訪問指 導 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 カンファレンス※ 14	<input type="checkbox"/> 入院前訪問指 導 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 カンファレンス※ 14	<input type="checkbox"/> 入院前訪問指 導 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 カンファレンス※ 14	<input type="checkbox"/> 入院前訪問指 導 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 カンファレンス※ 14	<input type="checkbox"/> 入院前訪問指 導 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 カンファレンス※ 14	<input type="checkbox"/> 入院前訪問指 導 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 カンファレンス※ 14	<input type="checkbox"/> 入院前訪問指 導 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 カンファレンス※ 14	<input type="checkbox"/> 入院前訪問指 導 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 カンファレンス※ 14	<input type="checkbox"/> 入院前訪問指 導 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 カンファレンス※ 14	<input type="checkbox"/> 入院前訪問指 導 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 カンファレンス※ 14	

図4 気分障害クリニックパス原案

患者氏名	様(男・女)			(M・T・S)			年 月 日生(歳)			身体疾患 既往歴	
	主治医			看護師			精神保健福祉士			作業療法士	
担当者 サイン										その他の 担当者	

目標	入院形態											
	入院1週目 実施項目	入院2週目 実施項目	入院3週目 実施項目	入院4週目 実施項目	入院5週目 実施項目	入院6週目 実施項目	入院7週目 実施項目	入院8週目 実施項目	入院9週目 実施項目	入院10週目 実施項目	入院11週目 実施項目	入院12週目 実施項目
医師の診察は (通常の診察は 除く)	□身体疾患の確 認(他科医師との連 携)	□入院形態・行 動制限の見直し		□入院形態・行 動制限の見直し			□入院形態・行 動制限の見直し					
看護師	□隔離している 場合、精神症状 の評価※3 □睡眠(自己・看 護師評価) □生活自立度自 己チェック※4	□隔離している 場合、精神症状 の評価※3		□生活自立度自 己チェック※4			□生活自立度自 己チェック※4 □退院後の生活 について(2か月 で退院する場合)				生活援助 □生活自立度自 己チェック※4 □退院後の生活 について(3か月 で退院する場合)	
精神保健福祉 士	本人、家族等より 下記事項を確認 し、その評価を行 う □関係機関への 連絡・調整※5 □経済状況 □生活環境 □職場・家族との 調整	□社会資源 の活用 □セルフヘルプ の活用(本人・家 族) □関係機関との 連携		□社会資源 の活用 □セルフヘルプ の活用(本人・家 族) □関係機関との 連携			□関係機関との 連携				□関係機関との 連携	
薬剤師等※1	□入院時患者・ 家族等から服薬 状況を聞き取り	□服薬指導(薬 の説明・副作用 の有無確認)		□服薬指導			(2ヶ月で退院す る場合) □退院支援 チェックリスト □退院後の習慣 スケジュール確 認(本人・家族)				(3ヶ月で退院す る場合) □退院支援 チェックリスト □退院後の習慣 スケジュール確 認(本人・家族)	
臨床心理技術 者	□持参薬チェック □薬剤の副作用 等の評価※8	□薬剤の副作用 等の評価※8 □処方内容/量 の確認 □抗精神病薬を 処方されている 場合は、クロナ ゾラム(OP)換 算を行い処方量 を確認		□薬剤の副作用 等の評価※8			□薬剤の副作用 等の評価※8 □処方内容/量 の確認 □抗精神病薬を 処方されている 場合は、OP換算 を行い処方量 を確認				□薬剤の副作用 等の評価※8 □処方内容/量 の確認 □抗精神病薬を 処方されている 場合は、OP換算 を行い処方量 を確認	
作業療法士等 ※2	□作業療法法のオ リエンテーション □作業療法実施 計画立案	□作業療法法のオ リエンテーション □作業療法実施 計画立案	集団作業療法導 入への説明、段 階的導入				精神科リハビリ テーションの確認				精神科リハビリ テーションの確認	
医師・看護師 臨床心理 士・PSW・ 看護師・薬 剤師	□患者・家族と共 に治療方針の決 定※20	□患者・家族と共 に治療方針の決 定※20		□患者・家族と共 に治療方針の決 定※20			□患者・家族と共 に治療方針の決 定※20				□患者・家族と共 に治療方針の決 定※20	
子 一 人 共 通	家族への家族教 育 □退院前訪問指 導 ※14	会社・家族への 心理教育 □地域移行支援 カンファレンス※ 15	家族への心理教 育 □退院前訪問指 導 (2ヶ月で退院す る場合)※18	会社・家族への 心理教育 □地域移行支援 カンファレンス 15	会社・家族への 心理教育 □退院前訪問指 導 (2ヶ月で退院す る場合)※17		会社・家族への 心理教育 □退院前訪問指 導 (3ヶ月で退院す る場合)※17				会社・家族への 心理教育 □地域移行支援 カンファレンス (3ヶ月で退院す る場合)※17	□退院前訪問指 導(3ヶ月で退院 する場合)※19

図5 統合失調症クライアントパス

様

入院中の目標『病気を理解し生活リズムを整えましょう』

考えや気持ちがまとまらなくなる症状が続く精神疾患から、生活リズムが乱れてしまい今回入院となりました。病気を理解し症状に向き合い治療を受けることで症状は改善し病気とお付き合いすることができます。退院後の生活が少しでも円滑に送れるようすべてのスタッフで治療チームを組んでいます。入院中はうまくいかないことがあっても、そこから気づき今後活かせるよう積極的に取り組みましょう。

	I 期 状態の把握 入院1週目	II 期 生活の安定 入院2週目	III 期 退院に向けて 入院4週目	IV 期 退院に向けて 入院8週目 or 退院前
入院日 / 治療	医師と面談し治療方針を確認しましょう			通院先を決めましょう
薬	今までの薬の整理と症状に合わせた薬物療法を始めます	薬剤師から薬の内容の説明をききましょう 症状の変化を評価し薬を調整します 内服の自己管理を始めましょう		退院後も継続的な服薬が必要です。 服薬内容の疑問があれば入院中に解決しましょう
自己管理	STEP (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)	STEP (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)	STEP (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)	STEP (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)
行動と入院生活	十分な休息を心がけましょう 身体がだるいときや気分がすぐれない時はNsに伝えましょう	休息を続けましょう 気分の良い時には積極的に作業療法に参加し、生活のリズムを整えましょう	⇒ 外出・外泊を始めましょう	外泊で退院後の生活を体験し、日常生活での不安な点を確認・相談しましょう
作業療法	見学をしながら、作業療法とはどんなものかを把握しましょう。	作業を通じて、他の患者さまとコミュニケーションをとったり、何かに集中したりする時間を作り、気分転換を図りましょう 今後、自身がどのような生活を送っていきたいかをスタッフと一つの様式を用いて話し合い、共通目標を作りましょう		今後自身の送りたいと思う生活を送るためには、これからどうしていくことが望ましいかを考えましょう
病気の理解	パンフレットで統合失調症について知りましょう 採血・心電図・胸部レントゲン等の検査をします	心理教育に参加しましょう PANSS 点	心理教育に参加しましょう PANSS 点	自分の症状悪化時に対処しましょう PANSS 点 BACS-J DAI-10 SAI-J DIEPSS
検査	PANSS 点 BACS-J DAI-10 SAI-J			
家族 退院に向けて	パンフレットで統合失調症について知りましょう 「福祉ナビ」と「社会資源チェックリスト」をお渡しします	心理教育に参加し対処方法を理解しましょう 「社会資源チェックリスト」をチェックしましょう	心理教育に参加し対処方法を理解しましょう 必要時、ケースワーカーに相談しましょう	継続的な関わりの必要性を理解しましょう 相談相手、利用サービスの確認をしましょう
食事	食事はきちんと食べてますか？ 食べられない 毎食全部食べている →	食事はきちんと食べてますか？ 食べられない 毎食全部食べている →	食事はきちんと食べてますか？ 食べられない 毎食全部食べている →	家事 食事の用意はできますか？ (誰かがやってくれますか？) できない できる →
排泄	排泄は自分でコントロールできますか？ できない できている →	排泄は自分でコントロールできますか？ できない できている →	排泄は自分でコントロールできますか？ できない できている →	掃除はできますか？ (誰かがやってくれますか？) できない できる →
保清	お風呂は入っていますか？ 入っていない 入っている →	お風呂は入っていますか？ 入っていない 入っている →	お風呂は入っていますか？ 入っていない 入っている →	買い物はできますか？(誰かがやってくれますか？) できない できる →
生活 自立度 チェック	洗濯はしていますか？ できていない している →	洗濯はしていますか？ できていない している →	洗濯はしていますか？ できていない している →	金銭管理 金銭管理はできますか？(誰かがやってくれますか？) できない できる →
身体状態	整理整頓はできていますか？ できていない できている →	整理整頓はできていますか？ できていない できている →	整理整頓はできていますか？ できていない できている →	就労(就学)について不安はないですか？ ある なる →
精神症状	着替えはしていますか？ していません している →	着替えはしていますか？ していません している →	着替えはしていますか？ していません している →	余暇を過ごす方法がありますか？ ない ある →
睡眠	身体の状態はどうか？ 調子悪い 調子良い →	身体の状態はどうか？ 調子悪い 調子良い →	身体の状態はどうか？ 調子悪い 調子良い →	人間関係 家族や周りの人との関係に不安はないですか？ ある ない →
人間関係	精神的な調子はどうですか？(不安、恐怖、イライラなど) 調子悪い 調子良い →	精神的な調子はどうですか？(不安、恐怖、イライラなど) 調子悪い 調子良い →	精神的な調子はどうですか？(不安、恐怖、イライラなど) 調子悪い 調子良い →	困ったときに相談できる人がいますか？ いない いる →
	夜は眠れていますか？(寝つきが悪い、途中で目が覚めるなど) 眠れていない 眠れている →	夜は眠れていますか？(寝つきが悪い、途中で目が覚めるなど) 眠れていない 眠れている →	夜は眠れていますか？(寝つきが悪い、途中で目が覚めるなど) 眠れていない 眠れている →	対処 調子が悪い時に対処方法がわかりますか？ わからない わかる →
	眠れない時の対処はできますか？ できない できている →	眠れない時の対処はできますか？ できない できている →	眠れない時の対処はできますか？ できない できている →	今後の治療について不安はないですか？ ある ない →
	人間関係で困っていませんか？(他の患者さん、スタッフ、家族など) 困っている 困っていない →	人間関係で困っていませんか？(他の患者さん、スタッフ、家族など) 困っている 困っていない →	人間関係で困っていませんか？(他の患者さん、スタッフ、家族など) 困っている 困っていない →	
	治療やケアで、不安や疑問に思うことはないですか？ ある ない →	治療やケアで、不安や疑問に思うことはないですか？ ある ない →	治療やケアで、不安や疑問に思うことはないですか？ ある ない →	

※当てはまるところに線で印をつけてください

図6 うつ病クライアントパス

		様		入院中の目標『ストレス免疫力を高める』	
		II期 生活の安定		III期 退院に向けて	
		入院2週目	入院4週目	入院8週目 or 退院前	
入院日 / 治療	I期 状態の把握 入院1週目 医師と面談し治療方針を確認しましょう	入院2週目	入院4週目	入院8週目 or 退院前	
薬	今までの薬の整理と症状に合わせた薬物療法を始めます	薬剤師から薬の内容の説明をききましょう 症状の変化を評価し薬を調整します 内服の自己管理を始めましょう		退院後も継続的な服薬が必要です。 服薬内容の疑問があれば入院中に解決しましょう	
自己管理	STEP (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)	STEP (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4) 休息を続けましょう	STEP (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)	STEP (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4)	
行動と入院生活		気分の良い時には積極的に作業療法に参加し、生活のリズムを整えましょう ⇒ 外出・外泊を始めましょう		外泊で退院後の生活を体験し、日常生活での不安な点を確認・相談しましょう	
作業療法	十分な休息を心がけましょう 身体がだるいときや気分のすぐれない時はNsに伝えましょう	月 サポート() () () () 火 スッキリ() () () () 水 会話と休養() () () () 木 心理教育() () () () 金 軽スポーツ() () () () ※()の中に参加した日付を記入しましょう		月 () () () () 火 () () () () 水 () () () () 木 () () () () 金 () () () ()	
病気の理解	パンフレットでうつ病について知りましょう	月曜日の作業療法に参加しましょう		自分の症状悪化のサインを考えてみましょう	
検査	HAM-D / 点 SCID / 点 フリッカー値 / 点 TCI / 点 採血・心電図・胸部レントゲン・POMS・WCST等の検査をします	HAM-D / 点 フリッカー値 / 点 POMS・WCST等の検査をします	HAM-D / 点 フリッカー値 / 点 POMS・WCST等の検査をします	HAM-D / 点 SCID / 点 フリッカー値 / 点 TCI / 点 POMS・WCST等の検査をします	
家族 退院に向けて	パンフレットでうつ病について知りましょう 「福祉ナビ」と「社会資源チェックリスト」をお渡しします	「社会資源チェックリスト」をチェックしましょう		退院前にスタッフがご自宅を訪問します 相談相手、利用サービスの確認をしましょう	
食事	食欲はありますか？ ←いいえ → はい →	食欲はありますか？ ←いいえ → はい →		家事 食事の用意はできますか？ (用意してくれる人はいますか？) ←できない → できる →	
睡眠	よく眠れますか？ ←いいえ → はい →	よく眠れますか？ ←いいえ → はい →		掃除・洗濯はできますか？ (してくれる人はいますか？) ←できない → できる →	
保清	洗面・着替えはできますか？ ←できない → できる →	洗面・着替えはできますか？ ←できない → できる →		余暇 一人で外出はできますか？ ←できない → できる →	
生活自立度 チェック	身体状態 頭痛・腹痛などがありますか？ ←ない → ある →	頭痛・腹痛などがありますか？ ←ない → ある →		リラククス方法がありますか？ ←ない → ある →	
精神症状	普段とくらべて今の体力は？ ←動きにくい → 動きやすい →	普段とくらべて今の体力は？ ←動きにくい → 動きやすい →		楽しみはありますか？ ←ない → ある →	
	疲れやすいですか？ ←はい → いいえ →	疲れやすいですか？ ←はい → いいえ →		体調管理 調子が悪くなる前兆はわかりますか？ ←分からない → 分かる →	
	イライラすることがありますか？ ←ある → ない →	イライラすることがありますか？ ←ある → ない →		調子が悪い時の対処法はわかりますか？ ←分からない → 分かる →	
	集中力・決断力の低下がありますか？ ←ある → ない →	集中力・決断力の低下がありますか？ ←ある → ない →		服薬管理 服薬の必要性は理解できましたか？ ←いいえ → はい →	
	自分のことを好きですか？ ←いいえ → はい →	自分のことを好きですか？ ←いいえ → はい →		人間関係 困った時に相談できる人はいますか？ ←いいえ → はい →	
	死にたいと思うことはありますか？ ←いつもある → ない →	死にたいと思うことはありますか？ ←いつもある → ない →		周囲の人との関係に不安はありますか？ ←いいえ → はい →	
人間関係	周囲の人との関係に不安はありますか？ ←ある → ない →	周囲の人との関係に不安はありますか？ ←ある → ない →		周囲の人との関係に不安はありますか？ ←ある → ない →	
※当てはまるところに線で印をつけてください					

8. おわりに

今年度おこなわれた精神保健福祉法改正に新たに盛り込まれ策定された「精神障害者の医療の提供を確保するための指針」においては、「在院期間が1年を超えないうちに退院できるよう、多職種による質の高いチーム医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。」「1年以上の長期在院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。」といった多職種協働とチーム医療の推進が掲げられている。これからの精神医療の現場では、随所にこのような体制の確立が求められていくことになる。一方で、標準的な治療法についても検討が進み普及されていくことが時代の要請でもある。これらの治療改革の方向の中で、クリティカルパスは根幹的な役割を担うものと期待されている。

クリティカルパスは、いわば治療の実行管理表ともいうべきものであり、多職種協働の「扇の要」の役割を果たすものと考えられる。各職種においても、個々の領域分野で行われる治療介入は、評価に基づいて検討・考案がなされ計画を立案し実行するという繰り返し（PDCA サイクル）により進行しているのであるが、それらを整然と管理しつつ、多職種との接合や整合そして統合化を図る目的で、クリティカルパスが活用される。パス管理のためのチームミーティングや治療方針などを定めていくミーティング（SDM：当事者参加型ミーティング・・・なども含む）も、クリティカルパスの進行管理下で適切にタイミングを計りながら実施されていくことが、治療の平準化・高密度化・焦点化といった進化を促し、効率的かつ効果的な治療アプローチを可能としていくと期待される。

本研究は、これらのクリティカルパスを用いた多職種連携の成果判定とその導入実施にあたっての課題等の抽出を目的として行われた。前者については、新たにクリティカルパスを導入した施設での比較検討（実施対象外患者との比較）であることから、検定上の有意さを得るような結果は出ていない。しかし、既にクリティカルパスの運用が軌道に乗っている病院では、入院期間の短縮などの成果が出ていることが知られていることから、「パスの運用に習熟していない」といった要素が調査結果に色濃く反映しているものと推察されている。一方で、はじめてクリティカルパスを導入し運用した病院現場からの種々の意見や感想については、今後のクリティカルパスの普及にあたっての多くの示唆と知見を得ることが出来た。さらに本研究と類似的課題での継続的な調査と研究を行い、「多職種協働による精神科チーム医療のあり方」や「標準的クリティカルパスの導入と運用のあり方」および「それらの習熟と普及のための講習や研修の方法」といった内容の研究事業がおこなわれることを望んでいる。

本研究に多大な協力をいただいた病院のスタッフの皆様と病院管理者、そして調査研究の取り纏めに御苦勞をおかけした日本精神科病院協会スタッフの方々に感謝いたします。

9. 検討委員会等実施状況

第1回検討委員会

日時：平成25年9月6日 10時～13時

会場：日本精神科病院協会 会議室

検討内容

- ・事業目的、年間スケジュールの確認
- ・アンケート調査項目等確認
- ・クリティカルパス実施調査

第2回検討委員会

日時：平成25年12月19日 17時～19時

会場：日本精神科病院協会 会議室

検討内容

- ・アンケート調査集計速報の分析
- ・ヒアリング意見交換会ヒアリング内容の検討
- ・クリティカルパス既実施病院（オブザーブ参加病院）の選定

第3回検討委員会

日時：平成26年1月25日 10時～12時

会場：日本精神科病院協会 会議室

検討内容

- ・アンケート調査集計分析
- ・ヒアリングシート内容確認

ヒアリング・意見交換会

日時：平成26年1月25日 13時～16時

会場：日本精神科病院協会 会議室

検討内容

- ・クリティカルパス導入事例に対する意見交換

臨時委員会

日時：平成26年2月14日 17時～18時

会場：ザ・プリンスパークタワー東京

検討内容

- ・アンケート調査追加集計確認

第4回検討委員会

日時：平成26年3月1日 10時～12時

会場：日本精神科病院協会 会議室

検討内容

- ・報告書の作成について
- ・統合失調症入院患者の実態調査結果について
- ・ヒアリング調査結果について
- ・クリティカルパス（案）の確認

臨時委員会

日時：平成26年3月20日 13時～14時

会場：第一ホテル東京

検討内容

- ・報告書印刷前最終確認

10. 検討委員会委員等名簿

検討委員会委員

- 河崎 建人（日本精神科病院協会 副会長/水間病院 理事長・院長）
千葉 潜（日本精神科病院協会 常務理事/青南病院理事長・院長）
江原 良貴（日本精神科病院協会 地域移行推進委員会委員長/積善病院 理事長）
櫻木 章司（日本精神科病院協会 政策委員会委員長/桜木病院 理事長・院長）
藤田 潔（日本精神科病院協会 医療経済委員会委員/桶狭間病院藤田こころケアセンター 理事長・院長）
原田 俊樹（日本精神科病院協会 看護・コメディカル委員会委員/こころの医療たいよの丘ホスピタル 院長）
伊藤 弘人（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所社会精神保健研究部部長）
宮部 真弥子（日本精神保健福祉士協会 副会長/谷野呉山病院脳と心の総合健康センター）
香山 明美（日本作業療法士協会 常務理事/宮城県立精神医療センター）
吉野 百合（日本精神科看護技術協会/松山記念病院 看護部長）

研究協力者

- 近藤 秀樹（積善病院）
辨谷 啓（青和病院）
遠藤 謙二（千曲荘病院）
丁野 雪子（大口病院）
星野 正明（田中病院）
浦野 弘（田中病院）
中田 優子（三善病院）
松原 良次（札幌花園病院）
野田 実希（札幌花園病院）
田中 直美（成仁病院）
和田 直也（成仁病院）
廣田 峰子（浜寺病院）
秋庭 順子（こころの医療たいよの丘ホスピタル）
塩沢 健雄（峡西病院）
輿水 陽（峡西病院）
野中 英雄（桶狭間病院藤田こころケアセンター）

1 1. 参考資料

クリティカルパス導入にむけてのQ&A

Q 1. クリティカルパスを導入したいのですが、何から始めたらよいのでしょうか？

A 1. まずは、クリティカルパス導入のための委員会等を立ち上げ、多職種を対象にパスに関わる学習会などを開催しましょう。スタッフが「やる！」と決めて始めることが大切です。

Q 2. どのような患者さんを対象にすればよいのでしょうか？

A 2. 導入時は、まずはスタッフがクリティカルパスの実施に慣れることを目標にし、退院をめざすという治療方針がはっきり立てることができ、ある程度の病識のある患者さんを対象にしてみてもよいでしょう。

Q 3. クリティカルパスを導入すると、記録が煩雑になりそうなのですが？

A 3. パスシートは、治療や支援の進行管理チェックのためのツールであり、記録のためのものではありません。提示したパスシートはチェック項目も通常業務をはずし、各期のポイントとなる業務を項目としてシンプルなものになっています。

Q 4. クリティカルパスを導入すると、カンファレンスばかりで、患者さんに関わる時間がなくなるのではないのでしょうか？

A 4. 導入当初は、パス進行管理のカンファレンスと個別の治療・支援のための多職種カンファレンスは分けて考えましょう。進行管理のカンファレンスは、朝の申し送りに組み込むと導入しやすくなります。

Q 5. 全職種が参加できるようにカンファレンスの日程調整が難しそうです。

A 5. 全員がそろわなくても2名でもカンファレンスに行いましょう。参加できなかったスタッフには、報告し情報共有しながら、次に進めていくことができます。各職種が患者の状態を共通理解するために評価尺度を利用するなど、カンファレンスのやり方の工夫が必要です。

Q 6. 患者さんの病状や状況は様々なのに、同じパスでよいのでしょうか？また、カンファレンスも決められた時期に行わなければなりませんか？

A 6. すべての患者さんに同じものを実施する必要はありません。個別の状況にあわせて変更していくことも可能です。

Q 7. クリティカルパスで示された各職種の役割が当院の役割と違うのですが？

A 7. 各職種の役割や、カンファレンスの開催頻度などは、変更可能です。導入にあたっては各々の病院の事情にあわせて検討していく必要があります。

Q 8. 患者さんの退院までの期間、パスを継続して実施していく自信がありません。

A 8. 1週間や2週間単位のパスの簡略版を作成し、慣れていく方法もあります。

Q 9. 統合失調症パスの他に、どんなパスがありますか？

A 9. 気分障害、アルコール依存症、保護室退室、ダイエットなど、病名、状態に応じたパスがあります。

「統合失調症患者への入院早期からの多職種による
地域移行支援の標準化に関する調査」

報告書

発行日：平成 26 年 3 月

発 行：公益社団法人 日本精神科病院協会

会 長 山崎 學

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

電話 03 (5232) 3311 FAX 03 (5232) 3309

<http://www.nisseikyo.or.jp/>

