

精神科クリティカルパスの現状と 今後の展望

～精神科医療の質向上へ向けて～

国際医療福祉総合研究所長
国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹



国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学三田病院
2月13日(月)新装オープン!

目次

- パート1
 - 日本の精神科医療の現状と
精神科医療改革
- パート2
 - 精神科クリティカルパス

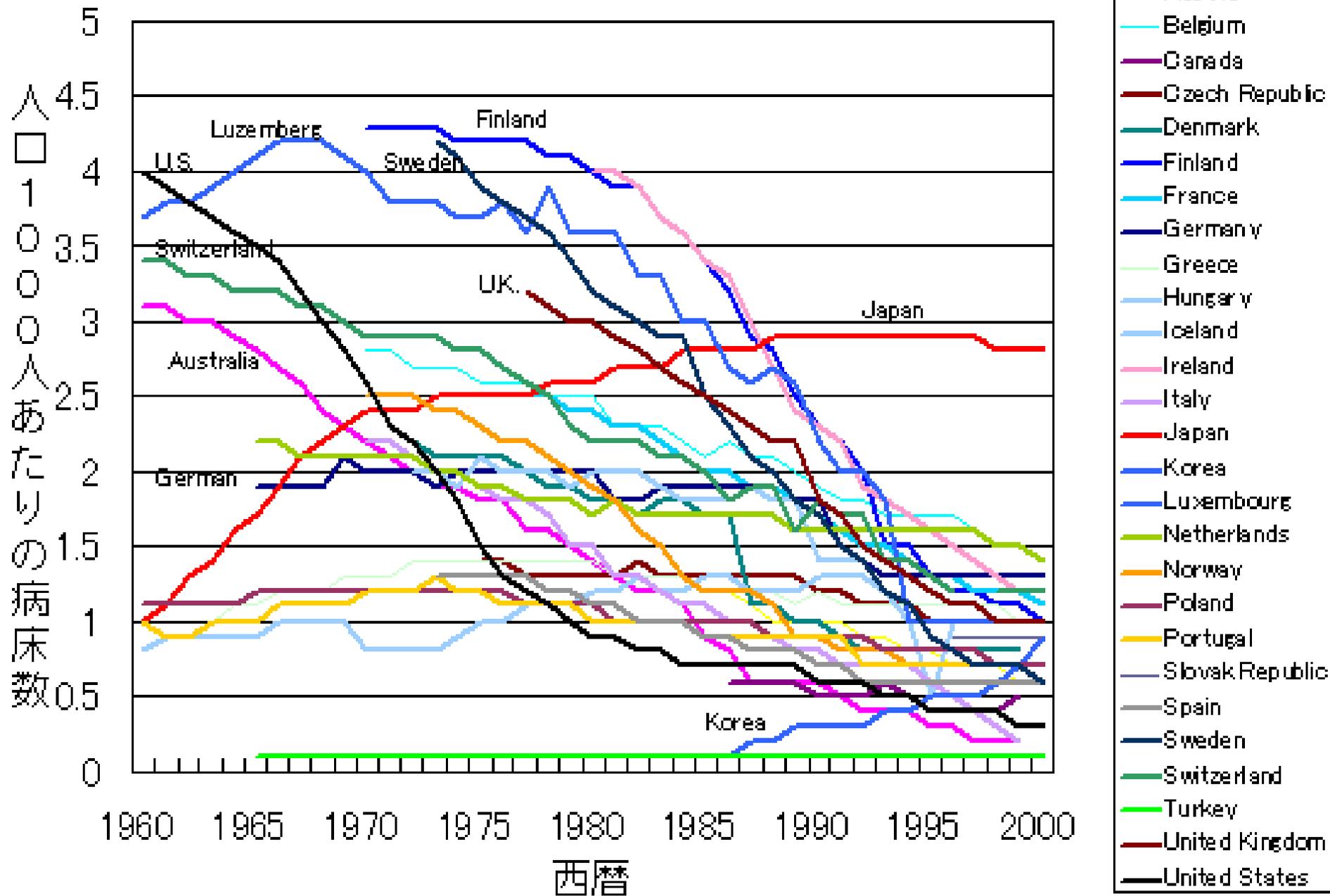


パート1

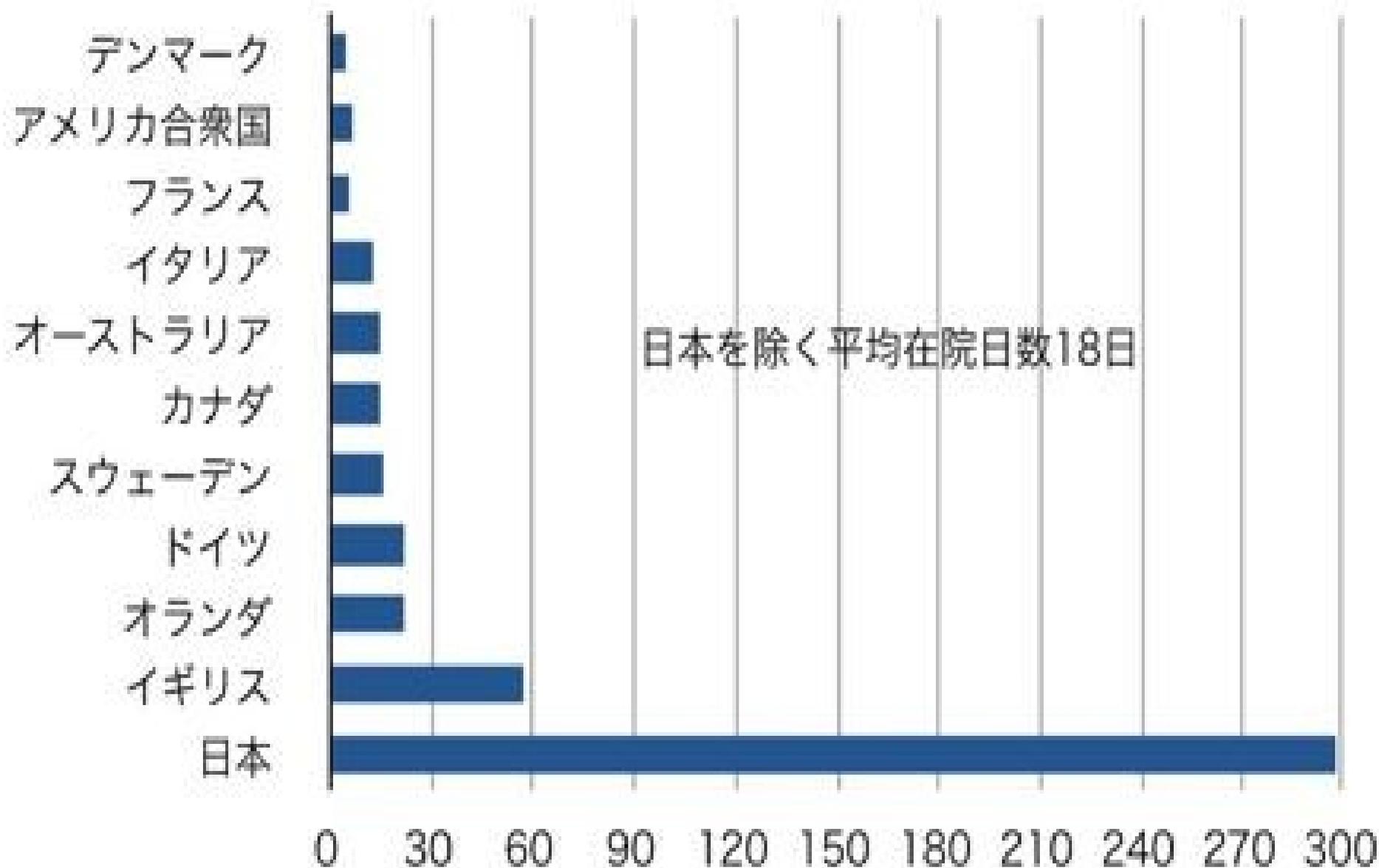
日本の精神科医療の 現状と精神科医療改革

精神科医療の国際比較

OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



2005年退院者平均在院日数



精神科医療改革



2000年以降、加速する精神科医療改革

医療計画に精神科疾患が加わる!



医療計画は「医療法」に規程された 医療提供体制の基本計画

医療計画の見直し(2008年)

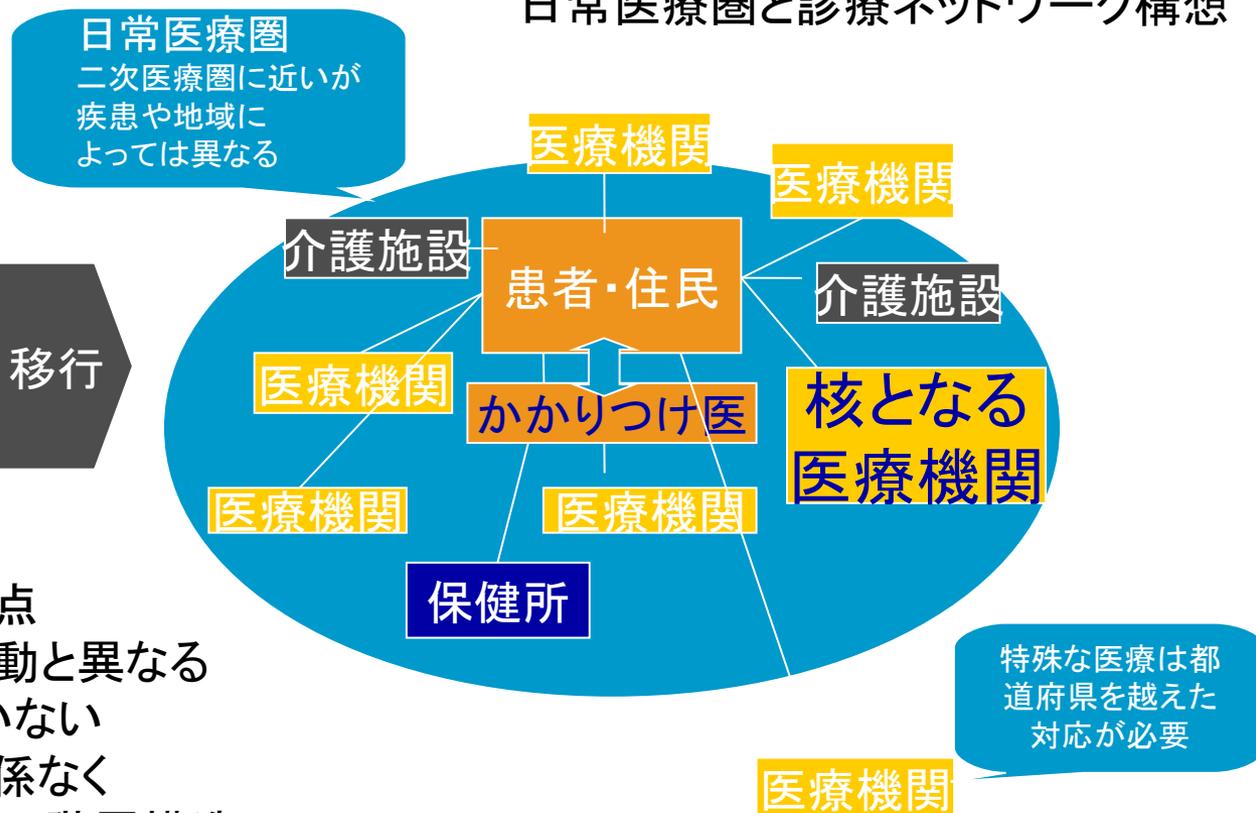
疾病別・事業別の診療ネットワーク構想

これまでの医療計画の考え方



移行

日常医療圏と診療ネットワーク構想



現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病動向を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく

結果として大病院重視の階層構造

疾病別、事業別(がん、脳卒中、糖尿病、小児救急など)

4疾患5事業

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

疾病別・事業別の医療提供体制と連携体制の構築

医療計画作成指針(07年7月通知)

- 医療計画における医療連携の考え方
 - 各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施する。
 - 関係者すべてが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する
 - 医療連携の必要性について認識の共有
 - 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有
 - 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有
- 状況に応じて、**地域連携クリティカルパス**導入に関する検討を行う

医療計画見直しスケジュール(案)



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



2010年12月～2011年12月
10回にわたって行った

4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

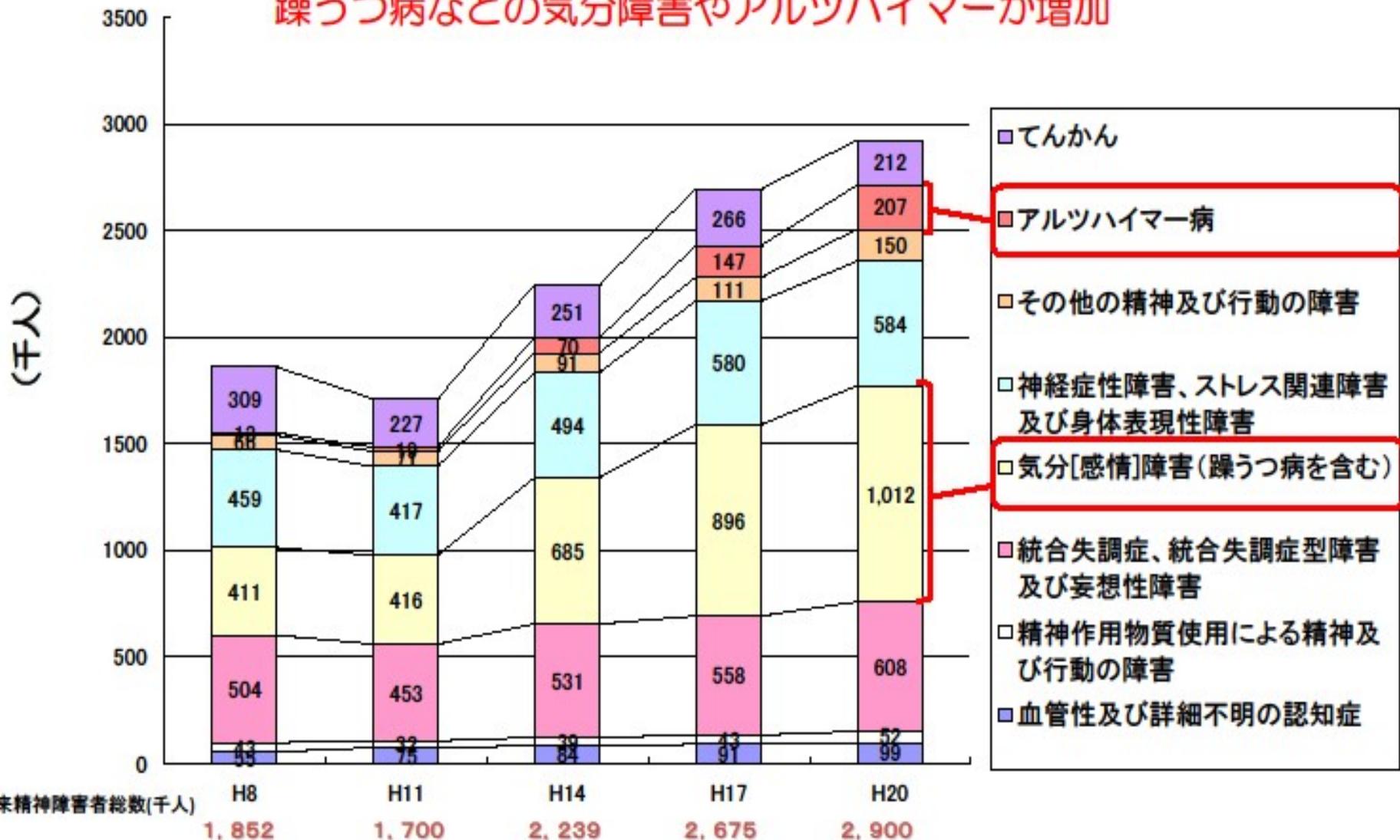
2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

精神疾患外来患者の疾病別内訳

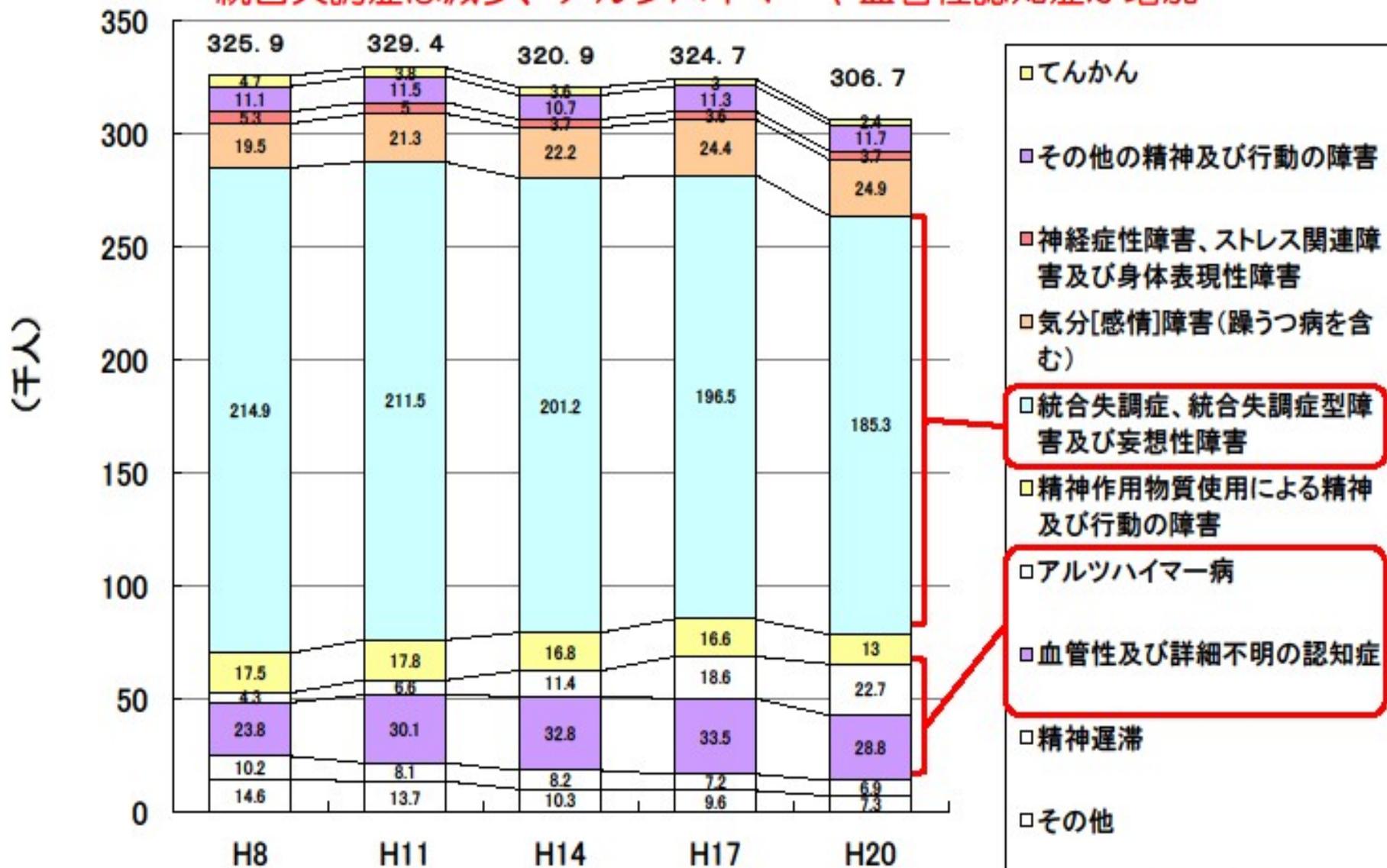
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向(案)

精神疾患患者やその家族等に対して、

1. 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
2. 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制
3. 症状がわかりにくく、変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
4. 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制
5. 医療機関等が、提供できるサービスの内容や実績等についての情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービスを利用しやすい環境

を、提供することを目指す。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、事業報告）
- ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 訪問看護ステーション数、薬局数（「在宅医療」を参照）
- ・ 精神科救急医療施設数（事業報告）
- ・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）
- ・ 医療観察法指定通院医療機関数
- ・ 地域連携クリティカルパス導入率
- ・ GP（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携会議の開催地域数及び、紹介システム構築地区数
- ・ 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬）の薬剤種類数
- ・ 抗精神病薬の単剤率

地域連携クリティカルパス導入率（推奨）

最近10年の 精神科医療改革の流れを振り返る



精神医療改革の流れ①

- 厚生労働省社会保障審議会
障害者部会精神障害分会（2002年12月）
 - 精神保健医療福祉施策
 - 今後10年のうちに「受け入れ条件が整えば退院可能」な7.2万人の退院・社会復帰を目指す
- 厚生労働省精神福祉対策本部（2004年9月）
 - 「**精神保健医療福祉の改革ビジョン**」
 - 「入院医療中心から地域生活中心へ」
 - ①国民の理解の深化
 - ②立ち後れた精神医療の改革
 - ③地域生活支援の強化など、精神保健福祉体系の再編と基盤強化

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み2002年

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。

国民の理解の深化

「こころのバリアフリー宣言」の普及等を通じて精神疾患や精神障害者に対する国民の理解を深める

精神医療の改革

救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現できる体制を整備する

地域生活支援の強化

相談支援、就労支援等の施設機能の強化やサービスの充実を通じ市町村を中心に地域で安心して暮らせる体制を整備する

基盤強化の推進等

- ・精神医療・福祉に係る人材の育成等の方策を検討するとともに、標準的なケアモデルの開発等を進める
- ・在宅サービスの充実に向け通院公費負担や福祉サービスの利用者負担の見直しによる給付の重点化等を行う

「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健福祉施策の基本的方策の実現

2012年が目標年

精神医療改革の流れ②

- 「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」
(2009年9月)
 - ①精神保健医療体系の再構築
 - ②精神医療の質の向上
 - ③地域生活支援体制の強化
 - ④普及啓発
- 厚生労働省「新たな精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」(2010年5月)
 - アウトリーチ体制の具体化
 - 認知症と精神科医療
 - 保護者制度と入院制度

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（座長：樋口輝彦 国立精神・神経センター）～

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月から概ね10年間）の中継点において、後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ① 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ② 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ③ 依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省。



- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
 - ・質の高い医療
 - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

- 人員の充実等による医療の質の向上

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

地域生活支援体制の強化

精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民として暮らしていけるような、精神障害に関する正しい理解の推進

普及啓発の重点的实施

目標値

- 統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率等に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進。

- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を視点とする共生社会の実現

精神保健医療の充実に関する検討

平成24年2月

障害者制度改革の推進のための基本的な方向について(平成22年6月29日閣議決定)(抜粋)

(4) 医療

- 精神障害者に対する**強制入院**、強制医療介入等について、いわゆる「**保護者制度**」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。
- 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する**退院支援**や**地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備**について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内にその結論を得る。
- **精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策**について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。

退院支援
地域生活支援

強制入院
保護者制度

人員体制の充実

平成23年以内に概ね検討済み

- ・病院からの退院に関する目標値の設定
- ・アウトリーチ(訪問支援)の充実
- ・精神科救急医療体制の充実
- ・医療計画への精神疾患の追加
- ・相談支援の充実
(地域移行支援・地域定着支援)
- ・宿泊型自立訓練の充実
- ・認知症と精神科医療 等

精神障害者毎に1人決められる「保護者」(主に家族)だけが支える仕組みから地域全体で支える仕組みへの転換に向け、
・「保護者」のみに課せられた責務の廃止
・「保護者」の同意によらない入院手続きの検討

- ・医療法上の精神病床の医師、看護師等の人員配置基準は、一般病床より低くなっている。
- ・人員体制の検討に当たっては、精神病床の機能の将来像も考慮した検討が必要。

「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」(主担当:厚生労働大臣政務官)で、**平成24年6月をめぐりに検討中**

精神科医療の機能
分化と質向上検討会

「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」

- 精神科病床の機能分化と人員配置を検討
 - 手薄だった精神科病床の人員配置
 - 一般病床に比べて医師は3分の1、看護師は4分の3
 - 患者状態像に応じた人員配置



「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」(座長:武藤)
2012年3月23日～6月28日まで
厚労省において4回の検討会を行った

精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 構成員

天賀谷 隆 (日本精神科看護技術協会 副会長)

伊澤 雄一 (全国精神障害者地域生活支援協議会 代表)

小川 忍 (日本看護協会 常任理事)

門屋 充郎 (日本相談支援専門員協会 代表理事)

川崎 洋子 (全国精神保健福祉会連合会 理事長)

菅間 博 (日本医療法人協会 副会長)

佐々木 一 (医療法人爽風会佐々木病院 院長)

千葉 潜 (医療法人青仁会青南病院 院長)

中沢 明紀 (全国衛生部長会 会長(神奈川県保健福祉局保健医療部長))

中島 豊爾 (全国自治体病院協議会 副会長(岡山県精神科医療センター理事長))

長野 敏宏 (NPO法人ハートinハートなんぐん市場 理事)

野澤 和弘 (毎日新聞社 論説委員)

○ 樋口 輝彦 (国立精神・神経医療研究センター 総長)

平安 良雄 (横浜市立大学付属市民総合医療センター 院長)

広田 和子 (精神医療サバイバー)

福田 敬 (国立保健医療科学院研究情報支援研究センター 上席主任研究官)

堀江 紀一 (一般社団法人日本ケアラー連盟 共同代表)

三上 祐司 (日本医師会 常任理事)

◎ 武藤 正樹 (国際医療福祉総合研究所 所長)

山崎 學 (日本精神科病院協会 会長)

山本 輝之 (成城大学法学部 教授)

医療法上の精神科病床人員配置

		一般 病床	療養 病床	精神科病床		感染症 病床	結核 病床	外来 患者
				※1	※2			
人員 配置 基準	医師	16:1	48:1	16:1	48:1	16:1	16:1	40:1
	看護職員※3	3:1	4:1 ※4	3:1	4:1 ※2	4:1	3:1	30:1
	看護補助者	-	4:1 ※4	-	-	-	-	-
	薬剤師	70:1	150:1	70:1	150:1	70:1	70:1	処方せん 75枚:1

※1 内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院並びに大学附属病院

※2 ※1以外の病院は、当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1でも可

※3 看護職員（看護師、准看護師） ※4 平成24年3月30日までは、6:1でも可

現状のポイント

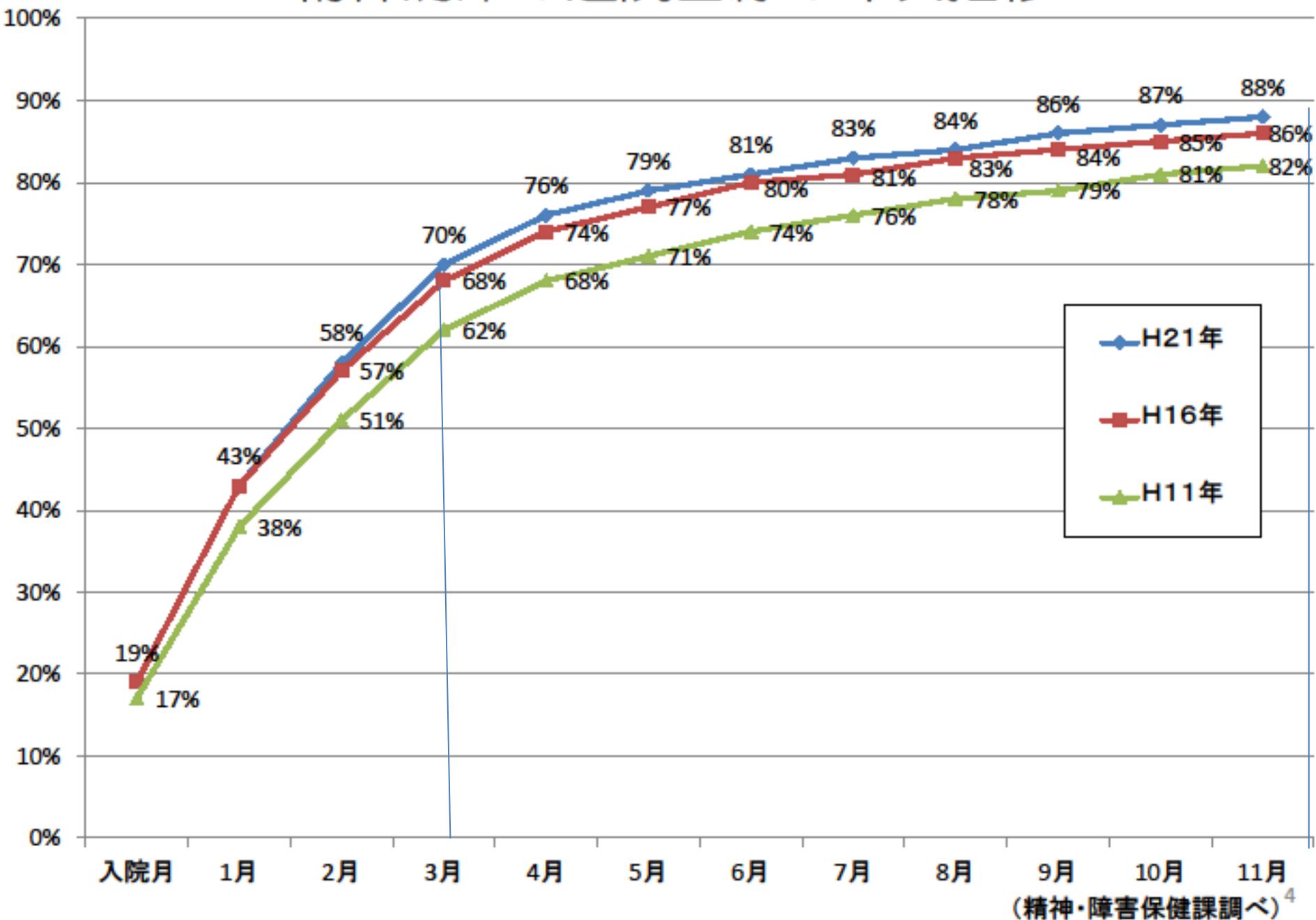
- 精神病床の入院患者については、新規入院の約9割の患者が1年未満で退院している。
- 精神病床の人員配置について、診療報酬の入院料別に機能分化が進んできており、精神病床のうち、約半数は看護職員3：1以上の配置となっている。
- 一方で、在院期間が長期の患者が、精神科の急性期病棟以外に、相当数^(※)存在しており、患者像は異なっている。

※ 平成21年6月30日現在の精神病床の在院患者数

在院期間	1年未満	1～5年未満	5～10年未満	10～20年未満	20年以上	計
在院患者数	103,396	88,765	43,220	36,835	38,522	310,738
割合(%)	33.3%	28.6%	13.9%	11.9%	12.4%	100%

1カ月未満	1～3カ月未満	3～6カ月未満	6カ月～1年未満
26,349	29,407	21,366	26,274

精神病床の退院曲線の年次推移



精神病床における患者の動態の年次推移



診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床
(平成22年7月1日現在)

特定入院料
(155,392床)

看護配置3:1以上
169,771床

精神病棟入院基本料
(178,102床)

特定機能病院
入院基本料
(3,282床)

精神科救急入院料 (77医療機関 3,977床) 2:1

精神科救急・合併症入院料 (6医療機関 276床) 2:1

精神科急性期治療病棟
入院料1 (274施設 13,794床) 入院料2 (22施設 1,122床)
2.5:1
3:1

認知症治療病棟
入院料1 (433施設 30,077床) 4:1
入院料2 (33施設 2,709床)

精神療養病棟
(836施設 103,437床) 6:1

2:1 10:1 (34病棟、1,361床*)

2.5:1 13:1
(平成22年から導入)

3:1
15:1
(2,710病棟、145,959床*)

18:1 (303病棟 17,655床*)

20:1 (153病棟 9,265床*)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床*)

1.5:1 7:1
(7病棟 220床*)

2:1 10:1
(8病棟 261床*)

2.5:1 13:1
(平成22年から導入)

3:1 15:1
(84病棟 2,971床*)

医療観察法に定める
指定入院医療機関数
28か所 666床**3

急性期入院対象者
入院医学管理料

回復期入院対象者
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者
入院医学管理料

小児入院医療管理料5
(360床**2)

特殊疾患病棟入院料
58病棟 3,059床**

精神科身体合併症管理加算
(1,001施設)

精神病棟入院時医学
管理加算
(251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)

※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数

※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床
(平成22年7月1日現在)

特定入院料
(155,392床)

精神病棟入院基本料
(178,102床)

特定機能病院
入院基本料
(3,282床)

精神科救急
精神科救急
入院料1(2床)

統合失調症+気分障害
50±17歳
3カ月未満

認知症治療

入院 **認知症、77±14歳**
入院

精神療養病棟
(836施設 103,437床)

統合失調症
62±14歳
1年以上8割

10:1 (34病棟、1,361床*)

13:1
(平成22年から導入)

15:1
(2,710病棟、145,959床*)

統合失調症
58±16歳
1年以上6割

18:1 (303病棟 17,655床*)

20:1 (153病棟 9,265床*)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床*)

7:1
(7病棟 220床*)

13:1
(平成22年から導入)

15:1
(84病棟 2,971床*)

医療観察法に定める
指定入院医療機関数
28か所 666床**3

急性期入院対象者
入院医学管理料

回復期入院対象者
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者
入院医学管理料

小児入院医療管理料5
(360床**2)

特殊疾患病棟入院料
58病棟 3,059床**

精神科身体合併症管理加算
(1,001施設)

精神病棟入院時医学
管理加算
(251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)
 ※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数
 ※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在
 上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

論点（案）

現状を踏まえつつ、患者の状態像に応じた精神病床の人員配置を考える場合、以下のような論点が考えられるのではないかと。

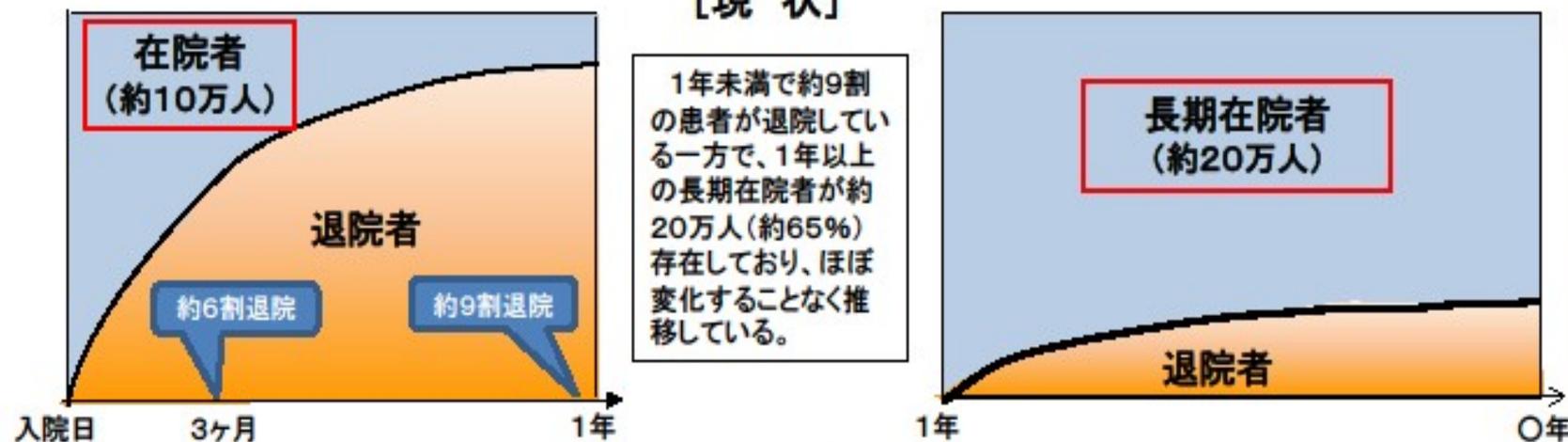
- 1) 症状が重度の患者について、必要な精神医療を提供するためには、どのような人員配置が必要か。
 - 1-1) 急性期（3カ月未満）で退院するには、医師、看護師、精神保健福祉士等はどのくらいの配置が必要か。
 - 1-2) 重度・慢性の患者には、医師、看護師、精神保健福祉士等はどのくらいの配置が必要か。
- 2) 急性期後の患者の早期退院に必要な支援を提供するためには、どのような職種で、どのくらいの配置が必要か。
（例えば、1年未満で退院する場合）
- 3) 長期高齢入院者については、どのように対応すべきか。

精神病床の現状と今後の方向性

精神病床の今後の方向性

- 精神科医療へのニーズの高まりに対応できるよう、精神科入院医療の質の向上のため、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進める。
- 機能分化にあたっては、退院後の地域生活支援を強化するため、アウトリーチ（訪問支援）や外来医療などの入院外医療の充実も推進する。
- 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行をさらに進める。結果として、精神病床は減少する。

[現状]



今後の新たな入院患者への精神科医療

- ・精神科入院医療の人員体制を充実する
- ・退院支援のための人員体制を充実する
- ・重度かつ慢性の患者を除き、できるだけ早期に退院し、新たな長期入院者をつくらない

- ・重度かつ慢性の患者には、質の高い医療を提供する

現在の長期入院者への対応

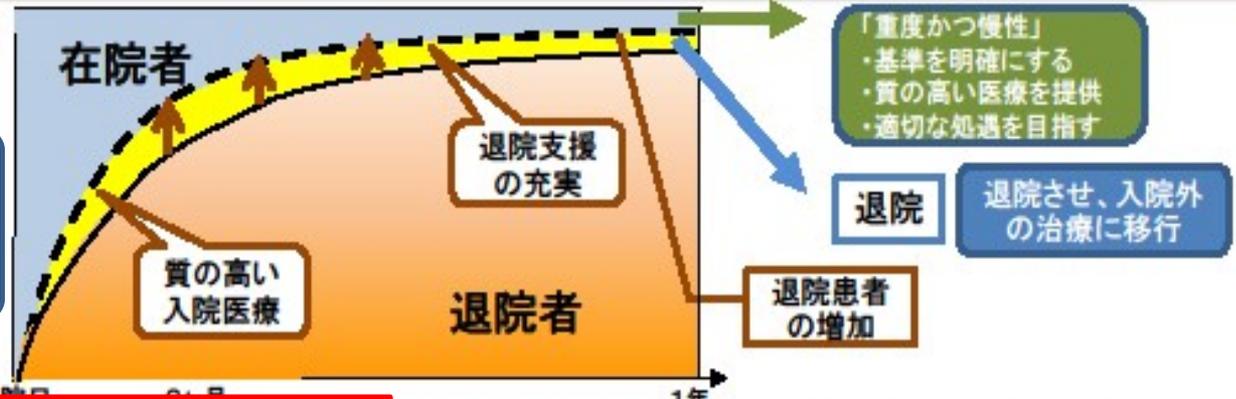
- ・住居の整備等、地域移行の取組を重点的に推進する
- ・退院支援、生活支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域移行を進めるため、より地域生活に近い療養環境とする

上記の機能分化を着実に進めていくことにより、今後、精神科医療の中心となる急性期では一般病床と同等の人員配置とし、早期退院を前提としたより身近で利用しやすい精神科医療とする

新たな入院患者への精神科医療

[今後]

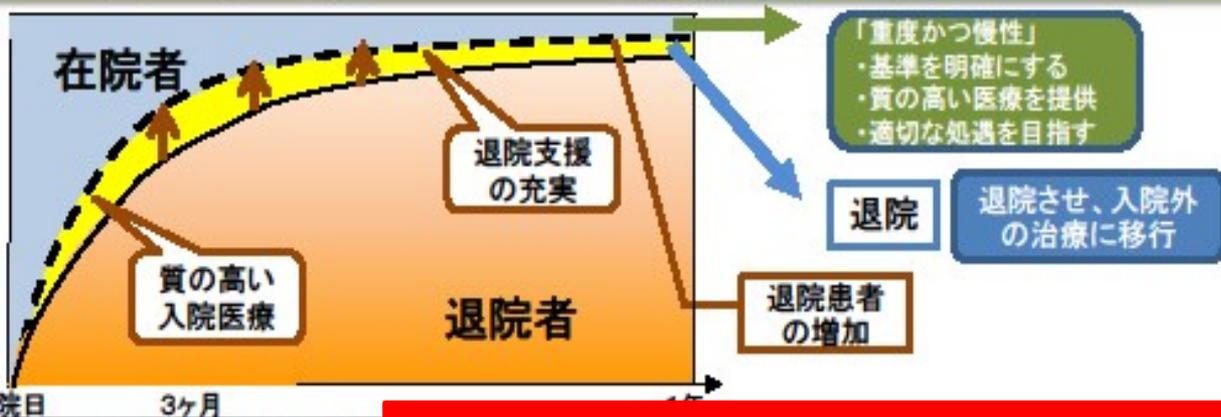
3か月未満
一般病床並み、
退院支援にPS
W、OT配置



	3か月未満(精神症状が活発で入院治療が必要な患者)	3か月～1年未満(急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者)
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> ○安全で質の高い入院医療を提供できるようにするため、チーム医療を前提とした上で、医療法施行規則上、 ・医師・看護職員について一般病床と同等の配置とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床と同等の配置とする ・看護職員で3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する
	重度かつ慢性 (地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な患者)	
	<ul style="list-style-type: none"> ○「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化するとともに、新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする ○「重度かつ慢性」の患者については、質の高い医療を提供し適切な処遇を目指すとともに、新たな治療やアウトリーチ(訪問支援)などにより地域移行を可能にするモデルを検討する ○人員体制については、①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべきとの意見、②多職種で3対1の人員配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見、があった 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○機能分化は、実現可能な方策を講じながら、地域の状況を考慮しつつ、段階的に進めていく ○機能分化を進みやすくするため、一つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能となるような仕組みを検討する ○アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来医療の充実や、医療と福祉の複合的なサービスや、入院中から退院後の準備を地域と連携して始める方法など、新たな1年以上の長期在院者を作らないための取り組みを推進する。併せて、新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、「重度かつ慢性」を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る ○機能分化については状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していく 	

新たな入院患者への精神科医療

[今後]

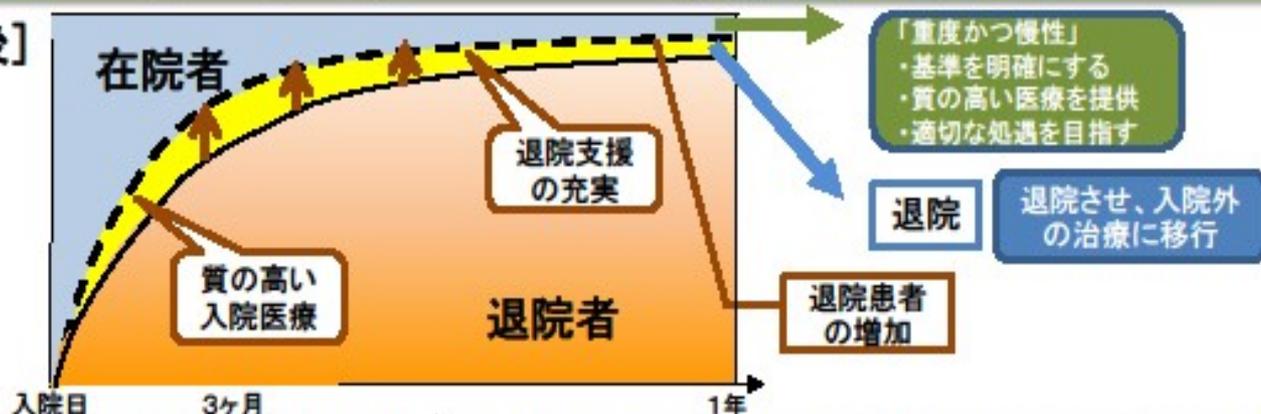


	3か月未満(精神症状が活発で入院治療が必要な患者)	3か月～1年未満(急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者)
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> ○安全で質の高い入院医療を提供できるようにするため、チーム医療を前提とした上で、医療法施行規則上、 ・<u>医師・看護職員について一般病床と同等の配置とする</u> ・<u>精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、 ・<u>医師は、現在の精神病床と同等の配置とする</u> ・<u>看護職員で3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする</u> ・<u>精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する</u>
	<p>重度かつ慢性 (地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な患者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○「<u>重度かつ慢性</u>」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化するとともに、新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする ○「<u>重度かつ慢性</u>」の患者については、質の高い医療を提供し適切な処遇を目指すとともに、地域移行を可能にするモデルを検討する ○人員体制については、①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見、があった 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○機能分化は、実現可能な方策を講じながら、地域の状況を考慮しつつ、段階的に進め ○機能分化を進みやすくするため、一つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能 ○アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来医療の充実や、医療と福祉の複合的なサービスや、入院中から退院後の準備を地域と連携して始める方法など、新たな1年以上の長期在院者を作らないための取り組みを推進する。併せて、新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、「<u>重度かつ慢性</u>」を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る ○機能分化については状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していく 	

3か月から1年未満
看護師で3対1、そのうち
一定割合はPSW、OT

新たな入院患者への精神科医療

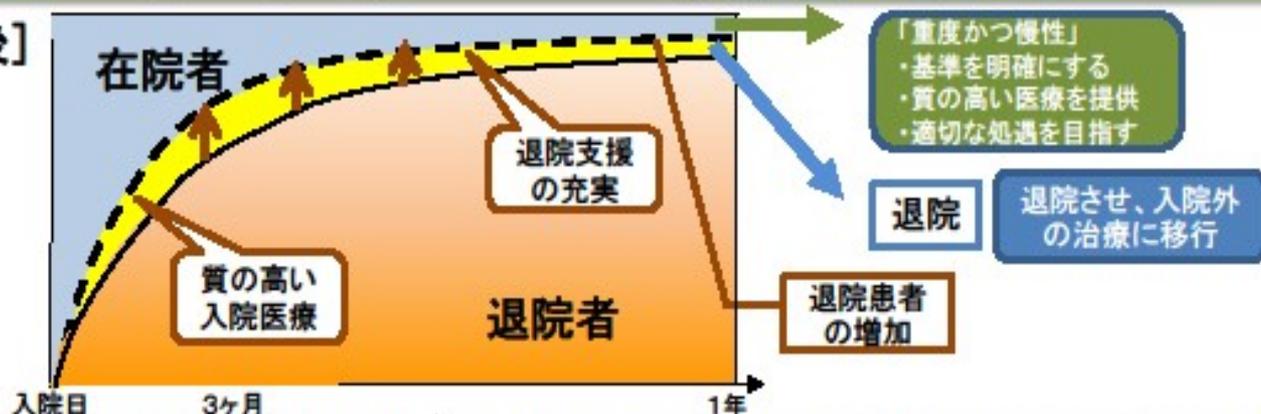
[今後]



	3か月未満(精神症状が活発で入院治療が必要な患者)	3か月～1年未満(急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者)
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> ○安全で質の高い入院医療を提供できるようにするため、チーム医療を前提とした上で、医療法施行規則上、 ・医師・看護職員について一般病床と同等の配置とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床と同等の配置とする ・看護職員で3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する
その他	<p>重度かつ慢性（地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な患者）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化するとともに、新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする ○「重度かつ慢性」の患者については、質の高い医療を提供し適切な処遇を目指すとともに、新たな治療やアウトリーチ（訪問支援）などにより地域移行を可能にするモデルを検討する ○人員体制については、①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべきとの意見、②多職種で3対1の人員配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見、があった 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○機能分化は、実現可能な方策を講じながら、地域の状況を考慮しつつ、段階的に進めていく ○機能分化を進みやすくするため、一つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能となるような仕組みを検討する ○アウトリーチ（訪問支援）やデイケアなどの外来医療の充実や、医療と福祉の複合的なサービスや、入院中から退院後の準備を地域と連携して始める方法など、新たな1年以上の長期在院者を作らないための取り組みを推進する。併せて、新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、「重度かつ慢性」を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る ○機能分化については状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していく 	

新たな入院患者への精神科医療

[今後]

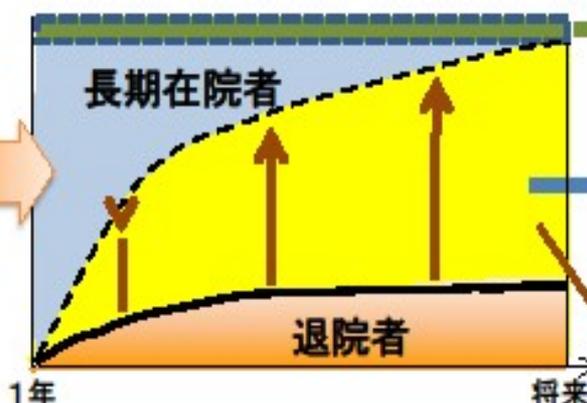


	3か月未満(精神症状が活発で入院治療が必要な患者)	3か月～1年未満(急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者)
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> ○安全で質の高い入院医療を提供できるようにするため、チーム医療を前提とした上で、医療法施行規則上、 ・医師・看護職員について一般病床と同等の配置とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する 	<ul style="list-style-type: none"> ○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、 ・医師は、現在の精神病床と同等の配置とする ・看護職員で3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする ・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する
	<p>重度かつ慢性（地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な患者）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化するとともに、新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする ○「重度かつ慢性」の患者については、質の高い医療を提供し適切な処遇を目指すとともに、新たな治療やアウトリーチ（訪問支援）などにより地域移行を可能にするモデルを検討する ○人員体制については、①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべきとの意見、②多職種で3対1の人員配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見があった 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○機能分化は、実現可能な方策を講じながら、地域の状況を考慮しつつ、段階的に進めていく ○機能分化を進みやすくするため、一つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能となるような仕組みを検討する ○アウトリーチ（訪問支援）やデイケアなどの外来医療の充実や、医療と福祉の複合的なサービスや、入院中から退院後の準備を地域と連携して始める方法など、新たな1年以上の長期在院者を作らないための取り組みを推進する。併せて、新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、「重度かつ慢性」を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る ○機能分化については状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していく 	

現在の長期在院者への対応

[今後]

- ・地域移行の取組を推進する
- ・生活支援、退院支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域生活に近い療養環境とする



「重度かつ慢性」へ分類

適切な処遇を目指す

退院

地域移行の取り組みをより一層促進する

退院患者の増加

現在の長期在院者(「重度かつ慢性」を除く)(精神症状や行動障害はある程度落ち着いており医療の必要性は高くないが、生活機能障害が重い等により、必要なサービス支援や適切な退院先が地域にないなどのためこれまで退院できなかった患者)

地域移行の取組

- 長期在院者の地域移行を推進するため、
 - ・できる限り、退院、地域移行が進むような取組を重点的に行う
 - ・アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する
 - ・高齢者で要介護度が高い場合に、精神疾患のある人でも、退院して介護サービス等が使いやすくなるような方策を検討する

人員体制

- 退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるよう、医療法施行規則上、
 - ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする
 - ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者(介護職員)等の多職種で3対1の配置基準とする

その他の意見

- 地域移行を進めるためには、医療、福祉、介護などでできるだけ選択肢が多い方がよい
- 地域の受け皿として、医療と福祉のサービスを複合的に提供できるような新たな仕組みを検討すべき
- 長期高齢の在院者の受け皿として、精神病床でも介護老人保健施設に転換できるようにすべきとの提案があった。これに対して、精神疾患がある人でも、介護保険の対象かどうか状態像に応じて個別に判断すべき、介護保険の対象にならない者は引き続き医療や障害福祉サービス等に対応すべきとの意見があった。
- 地域移行を進めるためには、退院しても安心して暮らせる住居の確保が極めて重要である
- 長期在院者の地域移行の状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していくべき

療養環境

- 長期の療養や地域移行のためには、より地域生活に近い環境が適切であるとの観点から、
 - ・開放的な環境を確保する
 - ・外部の支援者との関係を作りやすい環境とする
 - ・長期在院者のための病棟では、原則として、隔離や身体拘束は行わないこととする

今後の対応～医療法施行規則～

- 入院期間別の人員配置を医療法施行規則に書き込む。
- 精神保健福祉法に書き込んで、それを引用する？

精神病床の医師・看護職員の配置標準

現行	今後の方向性	
医師 48 対 1	【入院 3 か月未満】 医師 16 対 1	【入院 3 か月以上 1 年未満】 医師 48 対 1
看護職員 4 対 1	看護職員 3 対 1	看護職員 基本的に 3 対 1 ※一定割合は、PSW や OT などを含めることができる

厚労省の資料などを基に作成

パート2

精神科クリティカルパス



私とクリティカルパスとの出会い



それは1995年3月のシカゴ

クリティカルパスとの出会い

- 1995年3月
- JCAHOで病院機能評価の10日間研修
- 病院訪問
 - シカゴ郊外のコミュニティホスピタルを訪問
 - クリティカルパスに出会う！！



JCAHO本部

シカゴの病院で・・・パスに出会う (1995年)

- 研修最終日にシカゴ郊外の病院見学(1995年3月)
 - 整形病棟で、「クリティカルパスを発見！」
 - 最初の印象「へ～、これまで、なんでこんなことに気づかなかったんだらう？」
 - 看護師さんにインタビュー
 - 「年配のアテンディング・ドクターの中には、こんな定型的なプログラムで縛られるのはかなわないという人もいるけど、レジデントには好評ですよ」
 - 「それにアウトカムも明確になっているので、みんなが目標を共有できる。それで看護師はみんな熱心にとりくんでいるのよ」
 - 業務改善委員会(PI委員会)で作成していた

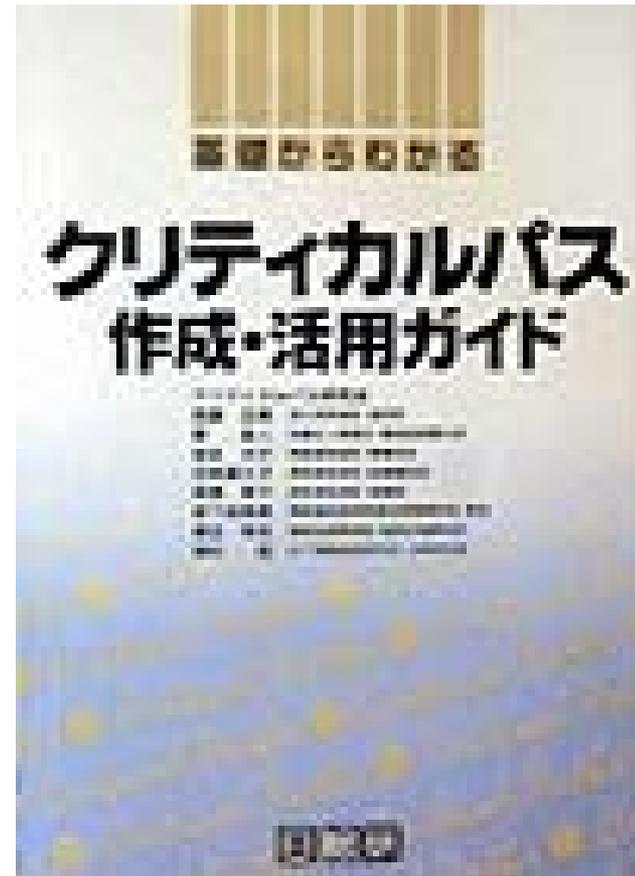
はじめてのクリティカルパスの エッセーを書く(1996年)

- 「PI委員会とクリティカルパスー米国病院看護部の新しい取り組みー」(「看護部門」Vol.9,No.1 日総研出版1996年)
- このときに用語を「クリティカルパス」にしようか、「クリニカルパス」にしようかと迷う・・・
- たまたま築地のがんセンターの看護師さんと、江戸銀でビールを飲みながら話していたら、
「それはクリティカルパスよ！」の一言で決まる
クリティカルパス研究会発足(1998年)→日本医療マネジメント学会となる

「基礎からわかるクリティカルパス作成・活用ガイド」(1997年)

• 目次

- 第1章 クリティカルパスの基本的知識の理解
- 第2章 クリティカルパスを活用して、病院の経営管理はどのように行う
- 第3章 臨床でのクリティカルパス導入と活用の実際
- 第4章 バリエーションとクリティカルパスの評価
- 第5章 クリティカルパスと看護記録・電子化
- 第6章 クリティカルパスの現在、そして未来
- 第7章 資料集 10のクリティカルパス
- 第8章 本書を理解するための用語集



1997年日経研出版

全国の病院に広がるクリティカルパス



2000年ごろから全国で
クリティカルパスブームが巻き起こる

大腸ポリープ切除のクリティカルパス

東京都立駒込病院 患者様用入院診療計画書(クリティカルパス) 担当医 自署又は押印 担当看護師 担当薬剤師 設

大腸内視鏡ポリープ切除術

項目	外来～入院前	入院日・手術前日	手術当日			手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目 退院日	退院後	
			術前	術中	術後					
食事	入院の2日前から、海藻やきのこ類、牛乳やごぼうなどは食べないで下さい。 (腸の中を空っぽにしておくことが大切です)	入院当日の朝は朝食を摂って下さい。朝食は摂らないで下さい。朝食は摂らないで下さい。朝食は摂らないで下さい。	朝食は摂らないで下さい。朝食は摂らないで下さい。朝食は摂らないで下さい。							
内服薬	点滴を服用している薬(抗生剤等)の内服薬は、入院の1週間前から内服を中止して下さい。 (手術後に再開する場合があります)	通常通り内服して下さい。抗生剤等は内服できません。内服している薬は全て中止して下さい。	通常通り内服して下さい。							
点滴	入室できます。	入室できません。	入室できません。	入室できません。	入室できません。	入室できません。	入室できません。	入室できません。	入室できません。	
活動	制限はありません。	室内は自由に歩けます。外出時は許可が必要ですが。	室内は自由に歩けます。内服薬には歩いて行っていただきます。							
検査・検査	超音波・心電図・心電図検査を行います。	13時に血400cc検査します。 21時に血200cc以上検査を行います。	6時から下痢(30分2時間かけて飲みます。検査室に到着します。10時より手術に入室を行います。内服薬から呼吸器までお持ち下さい。							
排便	排便をしないように、排便を助けてあげて下さい。	下痢を助けてあげて下さい。排便を助けてあげて下さい。	下痢を助けてあげて下さい。排便を助けてあげて下さい。	下痢を助けてあげて下さい。排便を助けてあげて下さい。	下痢を助けてあげて下さい。排便を助けてあげて下さい。	下痢を助けてあげて下さい。排便を助けてあげて下さい。	下痢を助けてあげて下さい。排便を助けてあげて下さい。	下痢を助けてあげて下さい。排便を助けてあげて下さい。	下痢を助けてあげて下さい。排便を助けてあげて下さい。	
説明	入院後に担当医師から手術について説明があります。入院後は手術の準備が完了した時点で手術室へ入室して下さい。この説明を忘れずに実施して下さい。	担当医師より手術の説明があります。手術の準備が完了した時点で手術室へ入室して下さい。	下痢は約2時間かけて内服します。内服を完了したら、排便を助けてあげて下さい。排便を助けてあげて下さい。	下痢は約2時間かけて内服します。内服を完了したら、排便を助けてあげて下さい。排便を助けてあげて下さい。						
症状			腹痛、嘔吐などの症状があるときは医師、看護師に知らせ下さい。							
目標		手術の方法がわかり、準備ができる	1日下痢400cc以下で排便が止まる							

● 口説明用紙を持参して下さい

● 口内服薬を持参して下さい

この入院診療計画書について十分な説明を聴取しました。(本人・家族) _____ 自署又は押印

胃切除のクリティカルパス

《 入院診療計画書 》

11

テスト

様

テスト病棟 1206号室

病名	幽門側胃切除術(患者様用クリカルパス)						
経過日付	入院日(手術前日)	手術当日(術前)	手術当日(術後)	術後1日目	術後2日目	術後3日目	術後4日目
食事	昼より、お食事は食べられません。夜10時まで、お水やお茶は飲むことができます。	食べたり飲んだりしないでください。				お水やお茶は飲むことができます。	治療食流動食を食べていただきます。
安静度		ベッド上でなるべく安静にしてください。	ベッド上でなるべく安静にしてください。	90度まで起こしましょう。可能ならたって歩けます。	ベッドに腰かけていただきます。		自由に動いていただけます。どんどん動きましょう。
清潔	入浴していただきます。			状況に応じて体を拭きます。			シャワー浴をしていただけます。
内服	午前10時より下剤を、夜10時に胃薬を飲んで頂きます。希望の方に眼刺を処方します。	朝7時に胃薬を飲んでいただきます。					
注射	絶食のため点滴を行います。*抗生剤のテストを行います*	手術前の点滴を行います。	手術後の点滴を24時間行います。	点滴を24時間行います。			
検査				レントゲン撮影と採血を行います。		レントゲン撮影と採血を行います。	
処置	おへその処置を行います。			創傷被覆剤へ変更します。			
排泄			手術中にお小水の管が入ります。		お小水の管を抜きます。	お小水をためていただきます。	
説明	手術前の説明を看護婦より行います。		手術後の説明を医師より行います。			食事の説明を看護婦より行います。	

特定・特別医療法人 慈泉会 相澤病院 外科

※病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わることがあります。
 ※入院期間については、現時点で予想されるものであり、変わることがあります。

備考							
説明医		担当看護師		主治医	スーパーユーザー (印)	本人・家族	

クリティカルパスとは？

- クリティカルパスはもともと製造業における工程管理手法からきた用語
- クリティカルパス critical path
 - 臨界経路 (あるプロジェクトの開始から終了までの最短経路)
 - 1950年代に米国の産業界にてプロジェクト完遂の工程を合理的に管理するために考案されたのが原型
 - 医療のクリティカルパスはガント・チャートに近い

クリティカルパスの名称

- クリティカルパスの別名
 - クリニカルパス
 - クリニカルパスウェイ
 - クリニカル・プログレッション
 - アンティシベイデッド・リカバリー・プラン
 - ケア・マップ
 - ターゲット・トラック
 - コーディネイティッド・ケア・プラン

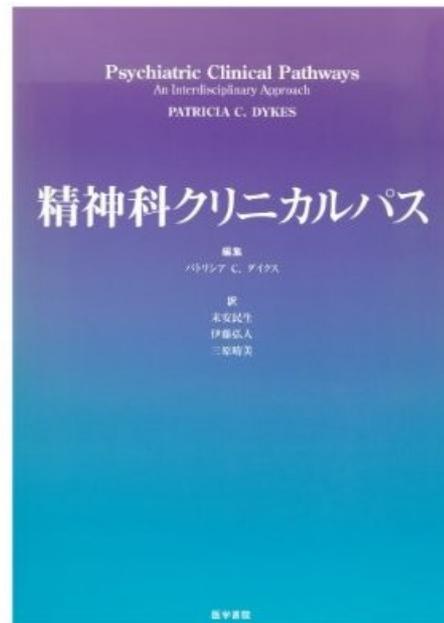
医療におけるクリティカルパスとは？

- 1986年、看護師カレン・ザンダー氏によって臨床に導入
- 疾患別・処置別に、ケアに係る医療チーム全員で作成する診療計画表
- アウトカム(達成目標)に向かってできる限り無駄を削減して在院日数を短縮した診療計画によってケアをおこなう



カレン・ザンダーさん

精神科クリティカルパス



精神科クリティカルパスが必要なわけ

- 急性期精神疾患のクリティカルパスがまず必要
- もちろん、精神疾患は、一人一人の症状がとても多彩なので、クリティカルパスの導入にあたり、患者の個別性を尊重することが重要
- しかし、精神疾患についても、他の疾患と同様、診断基準や診療ガイドラインに基づいて作成する
- その治療についてもEBMに基づいて行うことが求められている
- また、患者の疾患理解が治療成績の「かぎ」を握るので、患者用パスも必要
- そして、精神疾患領域には治療薬の理解、心理社会教育を通じた患者の疾患理解を促す工夫など、チームアプローチが求められている
- そして、今、精神科治療にはなによりも安全性と人権配慮が求められている

精神科クリティカルパス作成の 10のポイント

- ポイント1 疾病分類別・プログラム別に作る
- ポイント2 エビデンス、ガイドライン、アルゴリズムをもとに作成する
- ポイント3 多職種チームで作成する
- ポイント4 横軸に時間軸、縦軸にケアカテゴリーをとり展開する
- ポイント5 アウトカム(期待される成果)を設定する
- ポイント6 バリエーションを収集する
- ポイント7 患者用パスを作る
- ポイント8 患者安全を図る
- ポイント9 パスを電子化する
- ポイント10 地域連携パスを作る

10のポイント



ポイント1. 疾病分類別、 プログラム別にする

- 定型的な臨床コースをたどる疾病別、診断群別プログラム別につくる
 - 疾病分類(ICD10)を用いる？
 - プログラム別にする？
- 短期プログラムからはじめては？
 - 統合失調症やうつ病の急性期
 - 薬物やアルコールに関連した障害に関する2～3週間の短期入院などのプログラムからはじめては？
- 患者数が多い、コストがかかる、リスクが多いところもパスの適応となる

ICD10

- 国際傷害疾病分類第10版 (ICD-10)
 - 1 感染症および寄生虫症 (A00-B99)
 - 2 新生物(C00-D48)
 - 3 血液および造血器の疾患
ならびに免疫機構の生涯 (D50-D89)
 - 4 内分泌、栄養および代謝疾患 (E00-E90)
 - 5 精神および行動の障害 (F00-F99)
 - 6 神経系の疾患 (G00-G99)
 - 7 眼および付属器の疾患 (H00-H59)
 - 8 耳および乳様突起の疾患 (H60-H95)
 - 9 循環器系の疾患 (I00-I99)
 - 10 呼吸器系の疾患 (J00-J99)
 - 11 消化器系の疾患 (K00-K93)
 - 12 皮膚および皮下組織の疾患 (L00-L99)
 - 13 筋骨格系および結合組織の疾患 (M00-M99)
 - 14 尿路性器系の疾患 (N00-N99)
 - 15 妊娠、分娩および産じょく (O00-O99)
 - 16 周産期に発生した病態 (P00-P96)
 - 17 先天奇形、変形および染色体以上 (Q00-Q99)
 - 18 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの (R00-R99)
 - 19 損傷、中毒およびその他の外因の影響 (S00-T98)
 - 20 傷病および死亡の外因 (V01-Y98)
 - 21 健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用 (Z00-Z99)

ICD10における精神領域コード

- 精神および行動の障害(F00-F99)
- 症状性を含む器質性精神障害(F00-F09)
- 精神作用物質使用による精神および行動の傷害(F10-F19)
- 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害(F20-F29)
- 気分[感情]障害(F30-F39)
- 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害(F40-F48)
- 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群(F50-59)
- 成人の人格および行動の傷害(F60-F69)
- 精神遅滞(F70-F79)
- 心理的発達の障害(F80-F89)
- 小児<児童>期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害(F90-F98)
- 詳細不明の精神障害(F99)

プログラム別に作成

- 精神療法プログラム
- 行動療法プログラム
- 精神科リハビリプログラム
- 精神科デイケアプログラム
- 精神科退院支援プログラム
- その他

既存の定型化された、入院プログラム(マニュアル)を基礎に作成する

病棟入院マニュアル

入院科別	内科	1FA	3F	2FA	A-2
患者氏名	様				
病室	様				

保険の確認
 入院形態の確認
 診断書記載必要か(有・無)
 処方箋(有・無)
 他科からの持参薬(有・無)
 情報提供書(有・無)
 内服薬法指示(有・無)

主治医 | 受検医 | PSM

※外来担当から外来用の入院マニュアルに換いし送り受ける
 ※患者さんの入院申請はPSM全員が、仕事の手を止められて声かけし受け入れるストロークをおくる。

1 患者の受け入れと準備

① 入院目的と理由、関連点の情報収集
 ② 病室の決定 (← ケアワーク → 導引) 必要 不要
 ③ ベッドメイキング(ケアワーク) → 枕、ギャジ 必要 不要
 ④ 受付待ちの対応 (← 待機 → 入室)
 ⑤ 各科(作前)と取付 [来院必要か] (S・S・病室入りロ・ベット)
 ⑥ 高血圧、私物持ち物のチェックとホディチェック
 ⑦ 私物と情報収集 (家族と本人が確認の上で実施)
 ⑧ スタッフ紹介 → 看護士 (ICP・PSM・CP・OT 内職担当者)
 ⑨ 受付待ちの紹介 → 看護士使用にて
 ⑩ その日の病室担当 S・S 及び PSM 専攻の説明
 ⑪ バイタルチェックと状態観察
 ⑫ 情報収集後記載 (OT 指示票、服薬管理記録、看護 1 号紙)

2 オリエンテーション入院のおしりごぼって

① 入院部署の再確認 → 入院に納得されているか (いる・いない)
 ② 主治医、受付待ち看護士、PSM 紹介
 ③ 居室 (ベッド・トイレ)、面会、電話、給湯、プライバシーの説明
 ④ 危険物神時に関する事
 ⑤ 情報持ち込み禁止について
 ⑥ 現金の管理、小遣い金 (家族へ金、本人所持) (円)
 ⑦ 私室に関する説明
 ⑧ 病室使用確認 → 共通管理室の電気器具使用 @ TV 使用は 4.5 以下
 → 電気器具使用 → 一室実用内容確認 (記載)
 ⑨ 家族、本人、ベテランスタッフ (2 名) の説明と使用の確認
 ⑩ 病室で洗濯した場合 1 枚 100 円利用する @ 1 日 100 円利用する @ 家族が洗濯する)
 ⑪ カムコ (テレビ) 利用と代金説明 (昼 1 日 250-600 円)
 ⑫ カンセキは金庫利用口 1 日の稼働日 1 日 100 円稼働時間
 ⑬ 服薬機の種類 → 稼働 → 利用時間 @ 稼働稼働時間
 ⑭ 服薬機について 日中夜、洗濯機は看護士が病室に行きと薬
 ⑮ 実地での導入方法 (開店日・時間・場所)
 ⑯ 洗濯機について (時間・場所)
 ⑰ 入浴日の説明 (時間・場所)
 ⑱ 外来日の説明 (家族会入会と参加、禁止持ち込み物、面会時間、外
 出、外出、情報提供書について)

3 治療スケジュールの活用

① 指示の入院時検査の説明 → 指示後一指示
 ② 指示の各種検査の説明 (← 検査結果への指示も指示防止)
 ③ 指示の注射、点眼の説明 → 指示後一指示
 ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿
 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

※当日のリスト → 1 日数回にチェック項目を確認し、どうしてもその日の内に処理できなかった項目は申請して翌日から実施する
 ※朝の項目が処理できるまでカーテンは閉まらせない

外来入院マニュアル(平日・休日)

新規入院 新規外来入院 平日入院 休日入院 緊急入院

主治医 | 外来担当 | PSM

入院年月日 | 年 | 月 | 日 | 予約入院

入院病棟 | 内科 | 3F | 1FA | 2FA | 2A | 2B

入院番号

患者氏名 | 姓 | 名 | 性別 | 年齢 | 生年 | 月 | 日 | 入室 | 退室 | 予約 | 他科 | 予約 | 他科 | 予約

1. 書類・情報等の確認
 2. 入院保証金入金 (2 万円・現金・手配)
 3. 家族持ち寄り金
 4. 持参品の確認 (有・無) → 薬品・処方箋・検査結果 → 検査内容の確認 (有・無)
 5. 医師 (有・無) → 情報提供書 → 家族持ち寄り → 貴重品・薬物持ち込み (保証書・印鑑)
 6. 紹介状 (有・無) → 処方箋 (有・無) → 既往症 (有・無) → 既往症 (有・無) → 既往症 (有・無)

① 入院時検査
 ② 入院時検査
 ③ 入院時検査
 ④ 入院時検査
 ⑤ 入院時検査
 ⑥ 入院時検査
 ⑦ 入院時検査
 ⑧ 入院時検査
 ⑨ 入院時検査
 ⑩ 入院時検査
 ⑪ 入院時検査
 ⑫ 入院時検査
 ⑬ 入院時検査
 ⑭ 入院時検査

連絡・処理事項

1. 病室へ情報提供
 2. 病室へ情報提供
 3. 病室へ情報提供
 4. 病室へ情報提供
 5. 病室へ情報提供
 6. 病室へ情報提供
 7. 病室へ情報提供
 8. 病室へ情報提供
 9. 病室へ情報提供
 10. 病室へ情報提供
 11. 病室へ情報提供
 12. 病室へ情報提供
 13. 病室へ情報提供
 14. 病室へ情報提供

外来看護士からの情報提供及び指示

PSMからの情報

オリエンテーション情報

月 | 日 | 良い | 悪い | 両方必要

月 | 日 | 良い | 悪い | 両方必要

入院治療計画書

患者氏名 | 年齢 | 性別 | 病室 | 病棟

入院理由 (有・無、担当科、病棟) | 入院日 | 退院予定日

医師 | 看護師 | 薬剤師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 | 臨床検査技師 | 放射線技師 | 臨床工学技士 | 臨床栄養士 | 臨床社会福祉士 | 臨床心理士 | 臨床検査技師 | 臨床工学技士 | 臨床栄養士 | 臨床社会福祉士 | 臨床心理士

1. 病室へ情報提供
 2. 病室へ情報提供
 3. 病室へ情報提供
 4. 病室へ情報提供
 5. 病室へ情報提供
 6. 病室へ情報提供
 7. 病室へ情報提供
 8. 病室へ情報提供
 9. 病室へ情報提供
 10. 病室へ情報提供
 11. 病室へ情報提供
 12. 病室へ情報提供
 13. 病室へ情報提供
 14. 病室へ情報提供

① 1. 病室へ情報提供
 ② 2. 病室へ情報提供
 ③ 3. 病室へ情報提供
 ④ 4. 病室へ情報提供
 ⑤ 5. 病室へ情報提供
 ⑥ 6. 病室へ情報提供
 ⑦ 7. 病室へ情報提供
 ⑧ 8. 病室へ情報提供
 ⑨ 9. 病室へ情報提供
 ⑩ 10. 病室へ情報提供
 ⑪ 11. 病室へ情報提供
 ⑫ 12. 病室へ情報提供
 ⑬ 13. 病室へ情報提供
 ⑭ 14. 病室へ情報提供

退院促進 クリテイカルパス

	退院導入期	退院準備期	退院時
医師	<input type="checkbox"/> 診察・面接 <input type="checkbox"/> 退院支援に関して本人の意志確認 <input type="checkbox"/> 退院への不安の確認	<input type="checkbox"/> 診察・面接 <input type="checkbox"/> デイ・ケア見学	<input type="checkbox"/> 診察・面接
OT・看護部			
自立生活能力の援助	(身の回りのこと) <input type="checkbox"/> 生活リズムを整える <input type="checkbox"/> 1か月のやりくりができる <input type="checkbox"/> 入浴準備ができる (時間の活用) <input type="checkbox"/> 趣味をみつける <input type="checkbox"/> 自転車の練習	(対人関係) <input type="checkbox"/> 挨拶ができる (社会資源の利用) <input type="checkbox"/> 銀行・図書館の利用 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 携帯電話の使用 (安全管理) <input type="checkbox"/> 服薬遵守の方法 <input type="checkbox"/> 火の後始末の方法	<input type="checkbox"/> 私物確認 <input type="checkbox"/> 最終評価 <input type="checkbox"/> 受診日確認 <input type="checkbox"/> 看護計画評価
精神面の対応	<input type="checkbox"/> 心配事を話せる	<input type="checkbox"/> 心配事を話せる <input type="checkbox"/> 安定した生活が送れる	
緊急時対応	<input type="checkbox"/> 不安なときの対応 <input type="checkbox"/> 災害時の対応	<input type="checkbox"/> 対人トラブル時対応 <input type="checkbox"/> 病院への対応	

*西紋病院(2009)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

精神科デイケア クリテイカルパス *

	試験通所	開始時	～1週間	～1か月	～半年	～1年
書類	<input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 週間プログラム <input type="checkbox"/> 試験通所指示 (主治医)	<input type="checkbox"/> 通所申込書 <input type="checkbox"/> 本人・家族の記録 <input type="checkbox"/> 開始指示 (主治医)		<input type="checkbox"/> 個別評価表	<input type="checkbox"/> 個別評価表 <input type="checkbox"/> 継続/退所指示	<input type="checkbox"/> 個別評価表 <input type="checkbox"/> 継続/退所指示
支援内容	<input type="checkbox"/> 説明 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス	<input type="checkbox"/> 施設案内 <input type="checkbox"/> ルール確認 <input type="checkbox"/> 食事説明 <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認 <input type="checkbox"/> 本人の意向の確認	<input type="checkbox"/> 居場所の確保 <input type="checkbox"/> 場への慣れ <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認	<input type="checkbox"/> 面接及び評価 <input type="checkbox"/> 問題点の明確化 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> 個別アプローチの検討 <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認		
確認事項	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援医療制度 <input type="checkbox"/> 通所方法 <input type="checkbox"/> 関係機関との調整 <input type="checkbox"/> 退院予定 <input type="checkbox"/> 通所意思 <input type="checkbox"/> 家族の意向	<input type="checkbox"/> 障害者手帳の提示 <input type="checkbox"/> 自立支援医療カードの確認	<input type="checkbox"/> 通所意思の確認 <input type="checkbox"/> 関係機関との調整			

再入院防止 クリテイカルパス

	退院当日～ 2週目	～1か月目	～3か月目	3か月～
目標	<input type="checkbox"/> 通院・服薬ができる <input type="checkbox"/> 作った生活リズムを崩さない	<input type="checkbox"/> 生活ペースに慣れる <input type="checkbox"/> 外来スタッフと話せる	<input type="checkbox"/> 生活ペースの確立 <input type="checkbox"/> 通院・服薬の必要性を理解 <input type="checkbox"/> 外来スタッフに自発的に相談	<input type="checkbox"/> 生活の幅の拡大 <input type="checkbox"/> 通院・服薬の必要性を理解 <input type="checkbox"/> 外来スタッフに自発的に相談
基本的生活の援助	<input type="checkbox"/> ADLの変化の確認 <input type="checkbox"/> 生活状況を把握			
通院・服薬の援助	<input type="checkbox"/> 通院・服薬の重要性の説明 <input type="checkbox"/> 服薬時間の適切性を把握	<input type="checkbox"/> 服薬に支障をきたす要因に対応 <input type="checkbox"/> 受診状況の把握		<input type="checkbox"/> 処方変更に伴う不安への対応 <input type="checkbox"/> 単独での通院可能性の検討
社会生活の援助	<input type="checkbox"/> 自立支援医療制度の申請の検討 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳の申請の検討 <input type="checkbox"/> 障害年金申請の検討	<input type="checkbox"/> ケアカンファレンスの開催 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡	<input type="checkbox"/> 社会参加の状況を把握 <input type="checkbox"/> 社会参加に向けた社会資源の検討	<input type="checkbox"/> 社会参加の状況の再評価
家族への援助	<input type="checkbox"/> 不安の傾聴 <input type="checkbox"/> 家族の本人への接し方を評価		<input type="checkbox"/> 本人への対応についてのアドバイス	<input type="checkbox"/> 家族機能の変化に対応して生じる問題の解決

*揖保川病院(2009)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

ポイント2 エビデンス、ガイドライン、 アルゴリズムをもとに作成する

- エビデンス
- 診療ガイドライン
- アルゴリズム
 - 疾病や病態の診断、治療指針
 - 合理的な薬物選択のアルゴリズム

エビデンスをさがす

- Center for Evidence - based Mental Health

精神科領域のための
EBMウェブサイト.

- Department of
Psychiatry
University of Oxford
Warneford Hospital
Oxford OX3 7JX



- <http://ktclearinghouse.ca/cebm/syllabi/mental>

精神科疾患ガイドライン

ガイドライン名	作成機関	出版社（所蔵情報）、雑誌
精神科救急医療ガイドライン 2003年9月9日版	日本精神科救急学会	日本精神科救急学会 2003 (M3.72/N) <i>HOLD</i>
災害時地域精神保健医療活動ガイドライン [PDF] (2003)	平成13年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)「学校内の殺傷事件を事例とした今後の精神的支援に関する研究」班 主任研究者:金吉晴	
アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン (2002)	アルコール・薬物依存症の病態と治療に関する研究会 白倉克之(厚生労働省精神・神経疾患研究班 主任研究者)ほか編	じほう 2003 (M3.78/Sh) <i>HOLD</i>
気分障害治療ガイドライン (2004)	編集:上島国利編、監修:精神医学講座担当者会議	医学書院 2004 (M3.76/Ka) <i>HOLD</i>
統合失調症治療ガイドライン 第2版 (2007)	佐藤光源 丹羽真一編集、精神医学講座担当者会議 監修	医学書院 2008 (3.76/Sa) <i>HOLD</i>

ガイドライン名	作成機関	出版社（所蔵情報）、雑誌
摂食障害・治療のガイドライン (2002)	切池信夫編(平成14年度厚生労働科学研究研究費補助金「摂食障害の標準的治療法の開発とそのガイドライン作成と治療体制のあり方について」研究班 主任研究者)	医学書院 2002 (M3.09/Ki)
摂食障害の診断と治療：ガイドライン 2005	石川俊男[ほか]編(厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「摂食障害の新たな診断・治療ガイドライン作成と臨床的実証研究」班)	マイライフ社 2005 (M3.09/I/05) <i>HOLD</i>
心的トラウマの理解とケア (2002)	厚生労働省精神・神経疾患研究委託費外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班	じほう 2002 (M3.72/Ko) <i>HOLD</i>
高齢者うつ病診療のガイドライン (2002)	World Psychiatric Association	南江堂 2003 (M3.76/B) <i>HOLD</i>
単極性うつ病性障害の生物学的治療ガイドライン (2002) WFSBP (生物学的精神医学会世界連合)版	World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)	星和書店 2003 (M3.76/B) <i>HOLD</i>

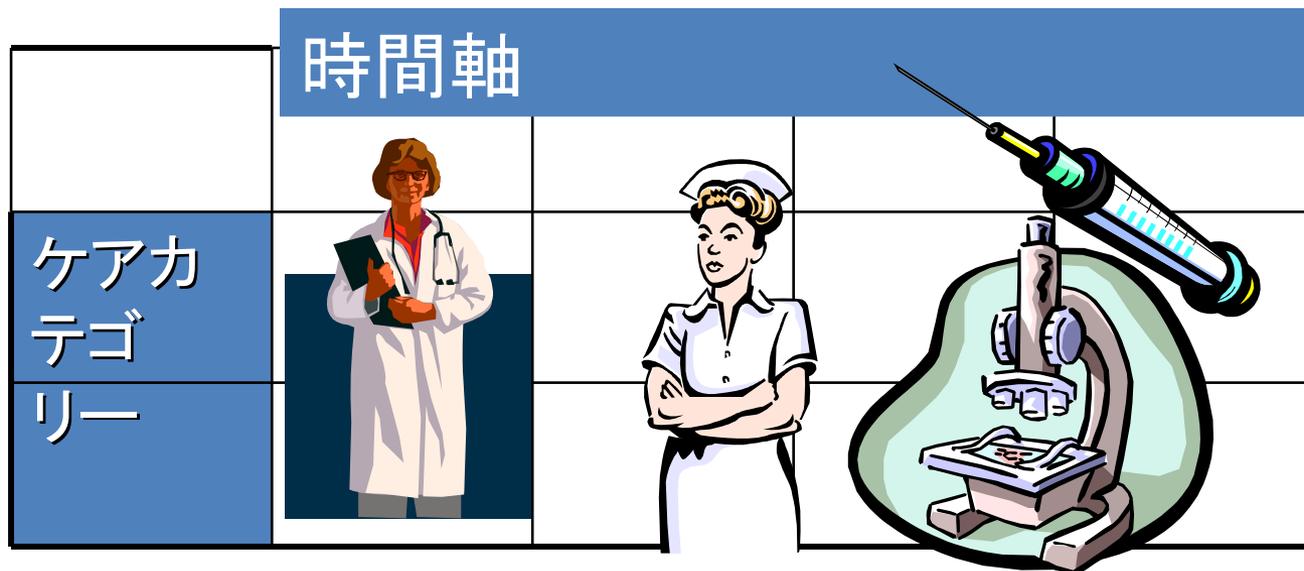
ガイドライン名	作成機関	出版社（所蔵情報）、雑誌
境界性人格障害(BPD)の個人精神療法ガイドライン (2005)	厚生労働省「精神・神経疾患研究委託費」境界性人格障害の新しい治療システムの開発に関する研究班 主任 研究者：牛島定信	平成14年度-16年度研究報告書 p.179-192, 2005（精神神経・Ky/02-04） 1階厚労省コーナー <i>HOLD</i>
米国精神医学会治療ガイドライン：精神分裂病	American Psychiatric Association	医学書院 1999 (M3.76/A) <i>HOLD</i>
米国精神医学会治療ガイドライン：パニック障害	American Psychiatric Association	医学書院 1999 (M3.76/A) <i>HOLD</i>
米国精神医学会治療ガイドライン：アルツハイマー病と老年期の痴呆	American Psychiatric Association	医学書院 1999 (M3.68/A) <i>HOLD</i>
米国精神医学会治療ガイドライン：物質使用障害	American Psychiatric Association	医学書院 2000 (M3.78/A) <i>HOLD</i>
米国精神医学会治療ガイドライン：大うつ病性障害	American Psychiatric Association	医学書院 2000 (M3.76/A) <i>HOLD</i>
米国精神医学会治療ガイドライン：摂食障害	American Psychiatric Association	医学書院 2000 (M3.09/A) <i>HOLD</i>
米国精神医学会治療ガイドライン：精神医学的評価法	American Psychiatric Association	医学書院 2000 (M3.72/A) <i>HOLD</i>
米国精神医学会治療ガイドライン：せん妄	American Psychiatric Association	医学書院 2000 (M3.73/A) <i>HOLD</i>

ポイント3 多職種チームで 作成する

- 多職種チームでつくる(医師、看護師、薬剤師、OT, PSW,臨床心理士、栄養士など)
- 精神疾患領域におけるチームアプローチ
 - 精神疾患領域にはチーム医療が必要
 - 医師、看護師、精神科ソーシャルワーカーによる家族を含めた社会的援助
 - 臨床心理士による心理的相談
 - 作業療法士による病状回復の為の作業療法
 - 薬剤師による服薬指導
 - 栄養士による糖尿病などの合併症に対する指導
 - 社会復帰、社会参加に関しては以上のチーム医療に加えて、地域の保健所、福祉事務所、職親家族会などが必要

ポイント4 横軸に時間軸、 縦軸にケアカテゴリーをとり展開する

- 横軸に時間軸を設定（ステージを設定）
- 縦軸にケアカテゴリーを設定



時間軸とケアカテゴリーの設定

- 時間軸の設定
 - 臨床ステージ別に設定
 - 導入期、安定期、退院準備期などステージ別に設定する
- ケアカテゴリーの設定
 - 疾病ごと、プログラムごとに異なる
- 統合失調症パスの例
- 横軸(時間軸)
 - 入院期、安定期、退院期
- 縦軸(ケアカテゴリー)
 - 臨床アセスメント
 - 検査
 - 患者・家族の教育と患者権利
 - 退院計画
 - 精神的援助
 - 薬物治療
 - 栄養、水分補給、排泄
 - 活動

時間軸の決定～入院期間決定～

- 入院期間

- ステージ別に設定

- 過去の臨床経過から
 - ガイドラインに基づいて設定
 - 医療チームでコンセンサス

- (例) 隔離室期間の設定

- 個室隔離期間を決定する因子は？

隔離室における 行動制限・薬剤処方のばらつき

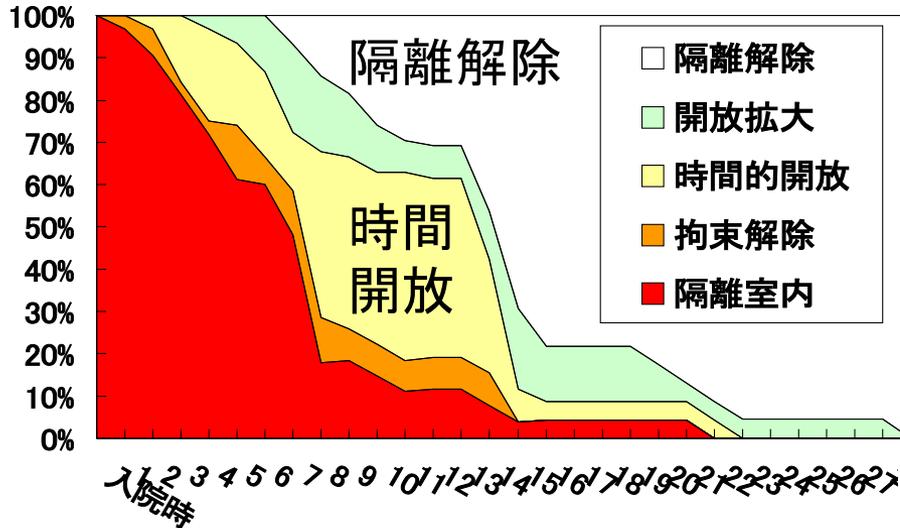


図1. 隔離室使用日数のばらつき

小山、中西、沢村、伊藤、樋口。
日本病院管理学会、2004.

樋口、原田、計見、他
平成15年度厚生労働科学研究、2004

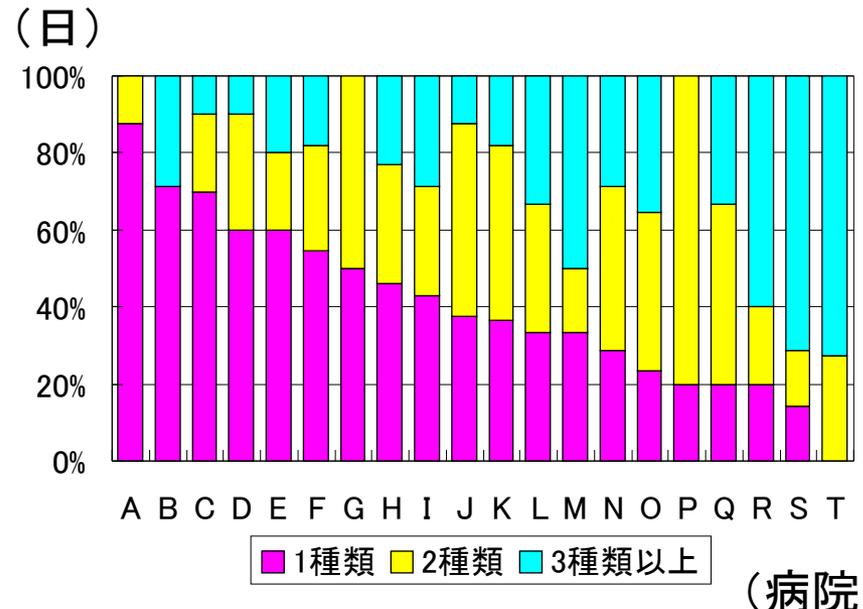


図2. 抗精神病薬使用のばらつき

興奮状態による隔離室使用パス

	ステージ1-2 (隔離)	ステージ3-4	ステージ5-6	ステージ7-8 (解除)
行動範囲	隔離室 (拘束・施錠)	隔離室 (施錠のみ) 隔離室 (施錠・解放検討)	隔離室 (食事・入浴時解放) 隔離室 (短時間解放)	
薬物療法	<input type="checkbox"/> 投薬 (初回量) <input type="checkbox"/> 薬物の種類・投与経路の決定	<input type="checkbox"/> 非経口の場合は経口に切り替え <input type="checkbox"/> 薬物継続 (量・種類を随時検討)		
身体療法		<input type="checkbox"/> E-ECTの検討 (問題行動時・衰弱時)		
精神療法		<input type="checkbox"/> 受容的対応 <input type="checkbox"/> 安心感と保証の提供	行動制限の理解獲得	
看護ケア		<input type="checkbox"/> 共感的傾聴 <input type="checkbox"/> セルフケアレベルのチェック		
生活療法		<input type="checkbox"/> 隔離室にて洗面 <input type="checkbox"/> テレビ・新聞	<input type="checkbox"/> (可能であれば) 服薬指導	
アウトカム		<input type="checkbox"/> 摂食・睡眠の確保 <input type="checkbox"/> ナース援助で服薬可能	<input type="checkbox"/> 簡単な言葉のやりとり <input type="checkbox"/> 観察下の更衣・入浴 <input type="checkbox"/> 排泄の自立	

(出典: 宮本病院)

ポイント5 アウトカム設定

- アウトカムとは？
 - 到達目標、ゴールなど
- 退院基準もアウトカム
 - 統合失調症の退院基準
 - アセスメント(表情、気分、理論的な会話、幻覚・妄想の訴え、MMSEスコア)
 - 検査値(正常範囲)
 - 患者家族の教育(外来治療へのコンプライアンスの計画を言語表現できる、報告可能な再発時の症状や兆候を明らかにできる、退院指導の理解の言語表現、薬物療法の理解と言語表現、食事指導の理解の言語表現)

統合失調症急性期の入院医療パス(例)*

	入院時	1週目	2~3週	4~6週	7~10週	アウトカム
検査 診断	血液検査			血液検査		
治療ケ ア方針	治療計画策定 家族への説明	治療チームへの 指針の策定	作業療法導入の 検討、家族面談	治療計画・治療チ ームへの指針、家族面 談、服薬指導導入や デイケア導入検討		自立的な生活
薬物 療法	非定型抗精神病 薬初回量投与	効果を見て投 与量を上げる	効果を見て抗精 神病薬変更	不必要な薬の整理 薬物の効果を見て ECT検討	薬物継続	維持量
看護 ケア	自殺・興奮リス ク、睡眠食事把 握	同左	睡眠食事把握 不安への傾聴 他患との関係援 助	入院経緯の振り返り 外出・外泊の振り返り	服薬指導	服薬 自己管理
行動 範囲	病棟内静養	同左（興奮等 があれば一時 隔離室使用）	同伴外出	単独外出 外泊	退院日決定	自由
アウトカ ム	安全性確保	睡眠・休息 確保	睡眠/休息の量 的・質的確保、 食事・洗面入 浴・洗濯自立	外出・外泊の安定		退院

*土佐病院パス(2003)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

精神科クリティカルパスにみられるアウトカムの例

到達度アウトカム	入院初期	<ul style="list-style-type: none"> ● 自己の安全確保 ● 睡眠・休息の確保 ● 摂取状況の改善 ● 入院目的・退院時目標の共有 	<ul style="list-style-type: none"> ● 抑うつ気分の改善 ● 希死念慮の軽減 ● 興奮状態の改善
	中期以降	<ul style="list-style-type: none"> ● 病的体験の改善 ● 生活のリズムを整える <ul style="list-style-type: none"> ➢ 入浴・洗濯の自立、整容 ● 病棟内生活・大部屋レベルの自立 ● 入院目的・退院時目標の共有 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 入院に至る経緯の振り返り ➢ 入院している意味がわかる ● 服薬の必要性が理解できる 	<ul style="list-style-type: none"> ● 対人交流の増加 <ul style="list-style-type: none"> ➢ スタッフとの会話ができる ➢ スタッフと意味ある会話ができる ● 退院後の生活を具体的に考える
到達度の過程	<ul style="list-style-type: none"> ● 治療・ケア方針の共有 ● 副作用の早期発見 	<ul style="list-style-type: none"> ● 転院先・アパートの確保 	
退院時アウトカム (≡退院基準)	<ul style="list-style-type: none"> ● 服薬管理ができる ● 病状増悪の前兆を知り対処法を身につける ● 症状の安定 	<ul style="list-style-type: none"> ● 外泊時の自宅での安定した状態 ● 家族の受け入れ準備の完了 	

アウトカムから 逆にケアプロセスを構築する

- 入院
 - 行動制限最小化
- 退院
 - 入院短期化、長期在院者の退院支援
- 「しゃかいふつき」
- 再入院の防止・遅延
 - 特に退院後早期の再入院（欧米1カ月、日本3カ月）
- 就労
 - 一般就労をめざす

参考：社会復帰のための簡便スケール

し：社会的行動(対人関係)

や：やりくり(経済管理)

か：活動(生活リズム)

い：飲食(栄養管理)

ふ：服薬(服薬管理)

つ：つきあい

き：きれい(保清)

①よくできる

～

⑤ほとんどできない

REHABとの相関： $r = .633, p < .001$. (澤ほか、1999)

コパスも使う

- コパス

- 一定の在院期間中、特定の併発症や問題に対して、考慮すべき基本的な患者アウトカムに関してまとめられた計画書

- クリティカルパスと併用するために、「コパス」と呼ばれる

服薬自己管理コパス*

	開始前	開始	...	開始6週目
管理日数		1日分・3～4日分・ 1週間分	1日分・3～4日 分・1週間分	1日分・3～4日 分・1週間分
薬の種類		<input type="checkbox"/> 就寝薬 <input type="checkbox"/> 日中薬 <input type="checkbox"/> 他科薬 <input type="checkbox"/> 頓服薬	<input type="checkbox"/> 就寝薬 <input type="checkbox"/> 日中薬 <input type="checkbox"/> 他科薬 <input type="checkbox"/> 頓服薬	<input type="checkbox"/> 就寝薬 <input type="checkbox"/> 日中薬 <input type="checkbox"/> 他科薬 <input type="checkbox"/> 頓服薬
看護	オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 精神状態観察 <input type="checkbox"/> 内服確認 <input type="checkbox"/> 自己管理による負 担有無	<input type="checkbox"/> 精神状態観察 <input type="checkbox"/> 内服確認 <input type="checkbox"/> 自己管理による 負担有無	<input type="checkbox"/> 精神状態観察 <input type="checkbox"/> 内服確認 <input type="checkbox"/> 自己管理による 負担有無
バリエーション		・精神状態悪化 ・拒薬・自己コントロール ・飲み残し・忘れ ・飲み間違い・ ・過量服薬(要報告)	・精神状態悪化 ・拒薬・自己コントロール ・飲み残し・忘れ ・飲み間違い・ ・過量服薬(要報告)	・精神状態悪化 ・拒薬・自己コントロール ・飲み残し・忘れ ・飲み間違い・ ・過量服薬(要報告)
評価				
薬局	薬剤指導	薬剤指導	薬剤指導	薬剤指導

*平松記念病院のパスを簡略化

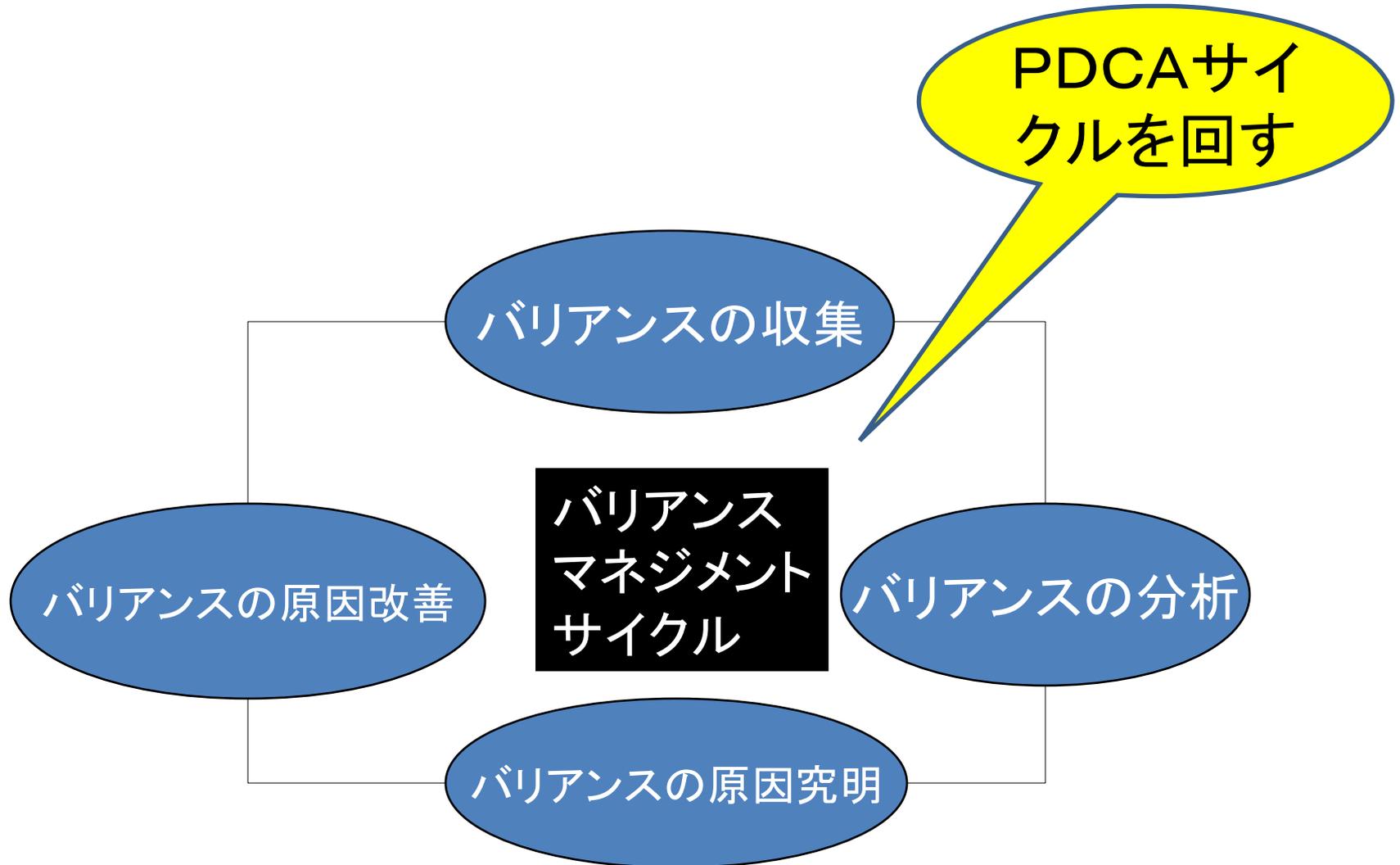
自傷・他傷性のコパス例

- 患者氏名
- 看護診断
- 長期的な目標
 - 患者の自傷・他傷性がなくなる
- 患者アウトカム
 - 今度自殺したくなかったときに実行しないと署名する
 - 自殺の気持ちに陥る要因を3つあげる
 - 運動やヨガなどの怒りや不安をとりのぞく方法を挙げて行う
 - 主要なストレス源をあげて、対処する仕組みを言葉で表現する
 - 自分で対処できないときの支援や援助を受けられる3つの相談場所をしめす
 - 自殺ホットラインの目的を示す
 - 自殺ホットラインを利用したいと言葉にしめす
- アウトカムコードとバリエーション
- コメント

ポイント6 バリエーションを収集する

- バリエーション
 - パスの定型的コースからの変動、逸脱、合併症や有害事象など
- バリエーションチェックシート
 - 例 アルコール離脱療法
 - クリテイカルパスを使用したか？
 - 開始時期は？
 - 記載の率は？
 - 合併症
 - 発熱、頻脈、高血圧
 - 振戦、発作、吐き気、嘔吐、心室性不整脈

バリエーション・マネジメント



バリエーションを収集・分析してケアプロセスの改善につなげる

初心者のためのクリティカルパスバリエーション・マネジメントガイド

- ロバート・J.ラットマン/
著 武藤正樹/
監訳 池田俊也/[ほか]訳
- ビイニング・ネット・プレス
2003年4月発行



ポイント7 患者用パス

- 患者とのラポールづくり
- 患者の治療への参加
 - 患者がケアパートナーとなること
 - 治療のゴール設定の共有
- 患者にカスタマイズされた治療計画
 - 患者に予測される入院期間
 - 患者に予測される治療計画
- 治療法の簡潔な提示

	<p>第Ⅰ期 「安全が必要な時期」</p>
	<p>個室での治療は、第Ⅰ期から第Ⅱ期の2つの段階を経ていきます。</p> <p>各期の目標を達成すると次の段階へとステップアップしていきます。</p> <p>私たちスタッフ一同、一日も早い回復を願い、少しでもお手伝いできたら、と考えております。</p> 
<p>現在の目標</p>	<p>現在の目標は、次の4つです。これらの目標を達成すると、次のステップへ進みます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ◎自分を傷つけない。暴力を振るわない。 ◎十分な睡眠をとる。 ◎きちんと薬を飲む。 ◎水分・食事を摂ることができる 
<p>入院生活のポイント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・心と体の回復のために、まずは安全を最優先します。 ・睡眠を十分にとり、安静にしてください。 ・今はあせらず、しっかりと休息してください。
<p>薬について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬を飲むことは、大切な治療のひとつです。主治医の指示どおりに、お飲みください。 ・点滴・注射で薬を投与することもあります。
<p>エコノミークラス症候群</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・エコノミークラス症候群（肺塞栓症）を予防するために、各種検査・処置を行います。 ・具体的には、ストッキングを着用し、足の運動や水分を摂るようにします。

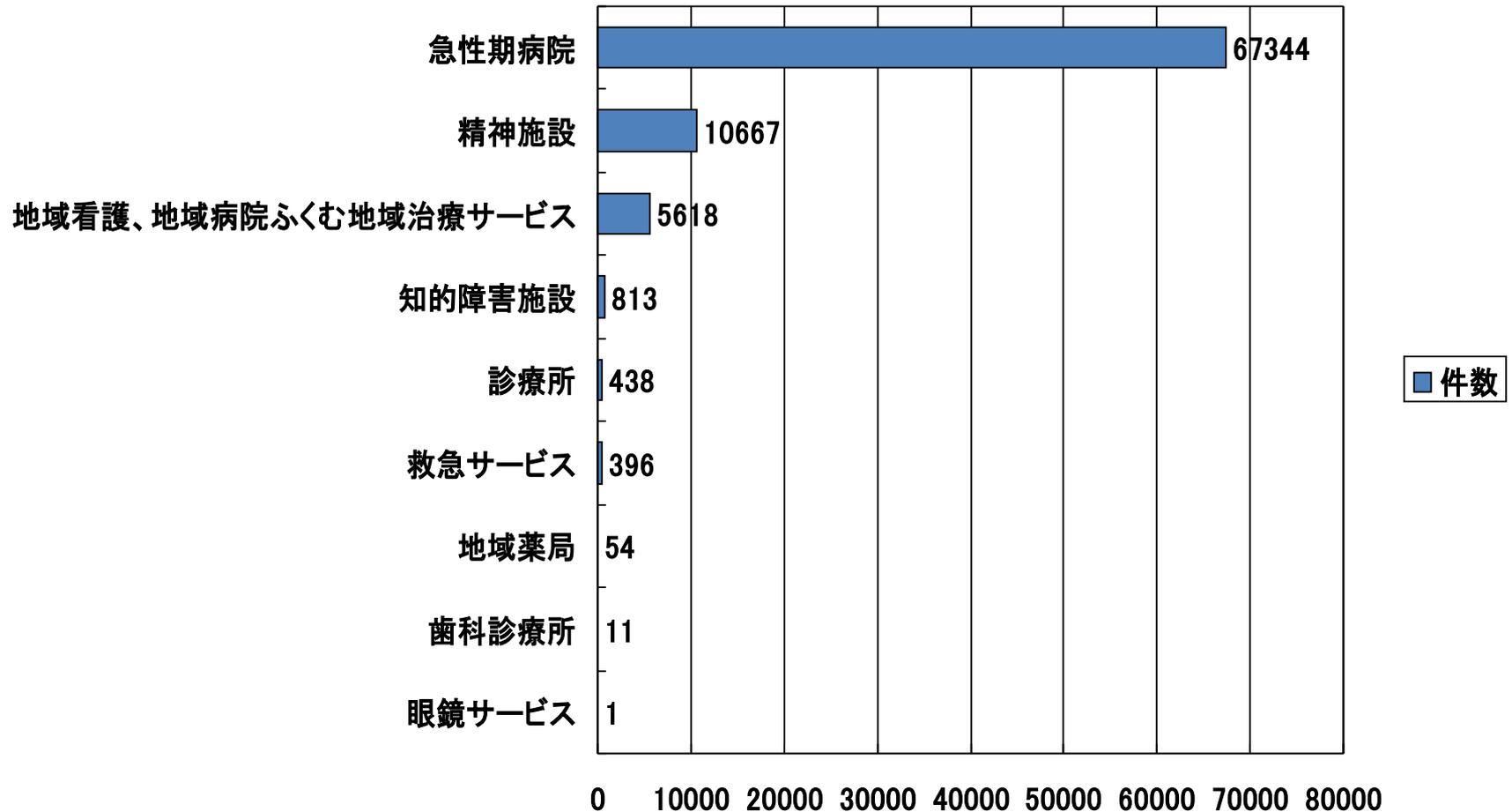
※ わからない点がございましたら、いつでも遠慮なく、スタッフへおたずね下さい。

精神科救急入院の患者パス

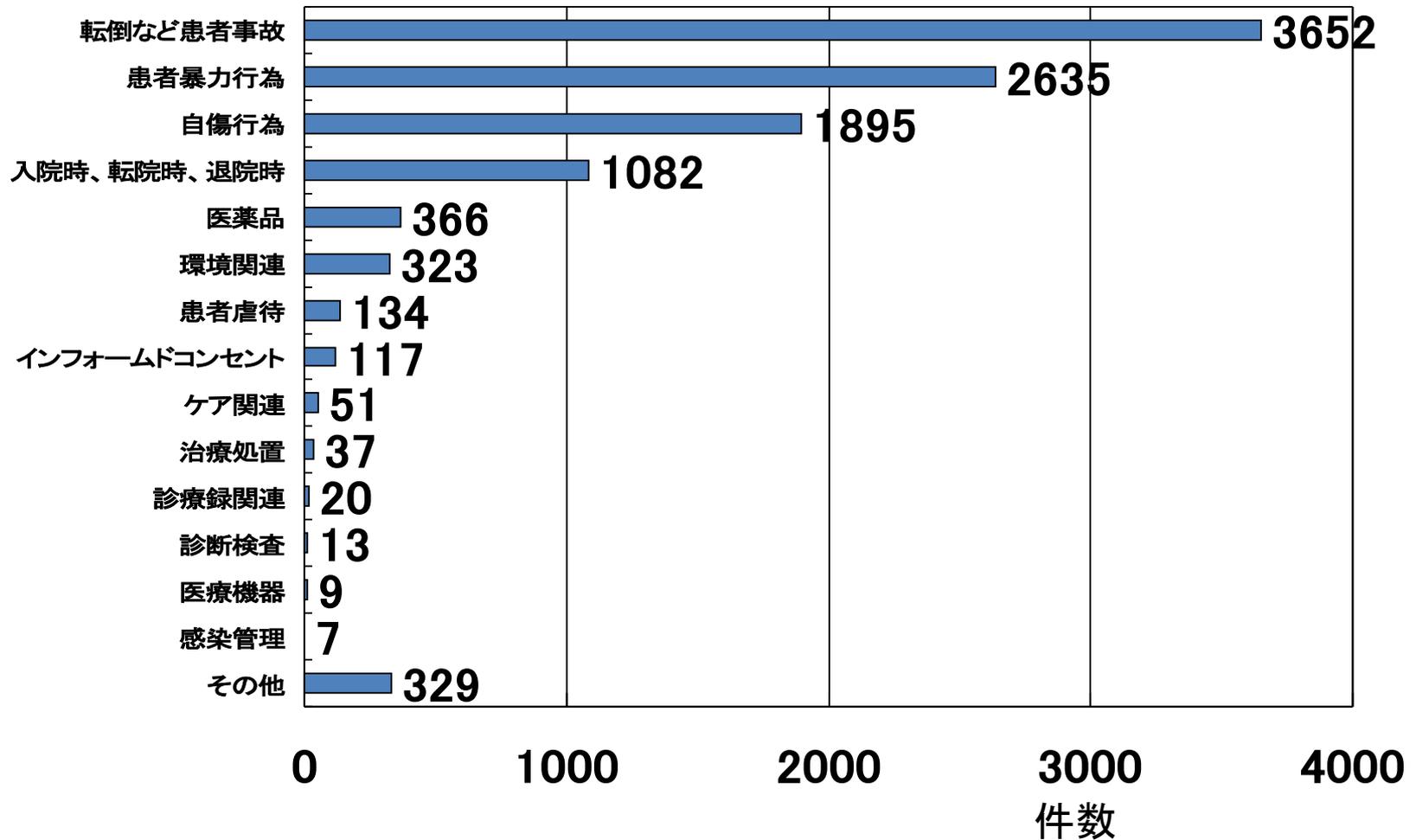
ポイント8 患者安全を図る

- 精神科パスには患者安全のカテゴリーが重要
 - 自傷、他傷の予防
 - 自殺企図
- 個室隔離、抑制にともなう患者安全
- 精神科事故
 - 自傷、転倒
 - 医薬品関連
 - 無断離院
- 患者安全対策プログラムをパスに盛り込む

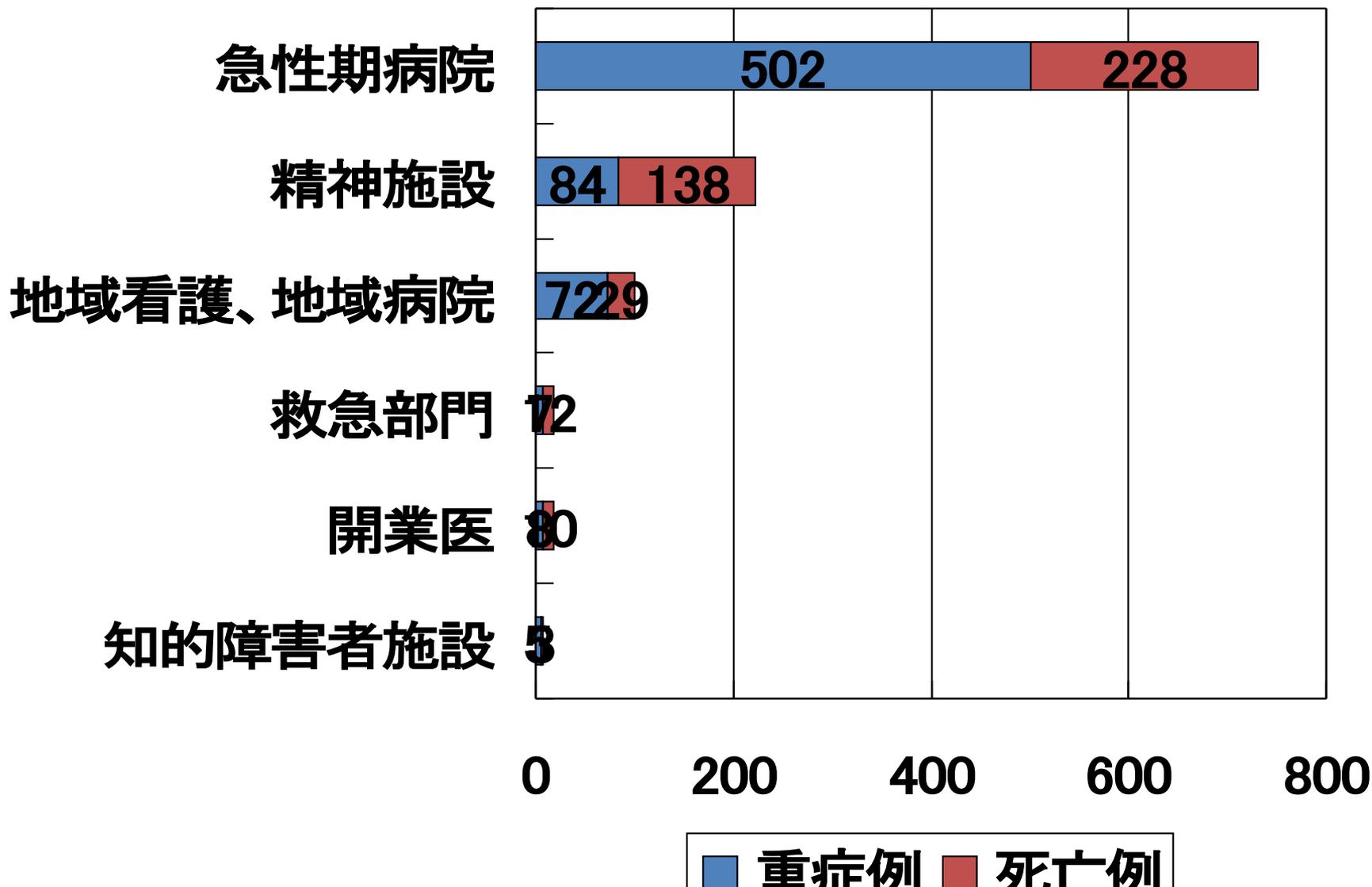
英国患者安全庁のインシデント報告報告 (2003年3月～2005年3月までの累積)



精神施設でのインシデント内容



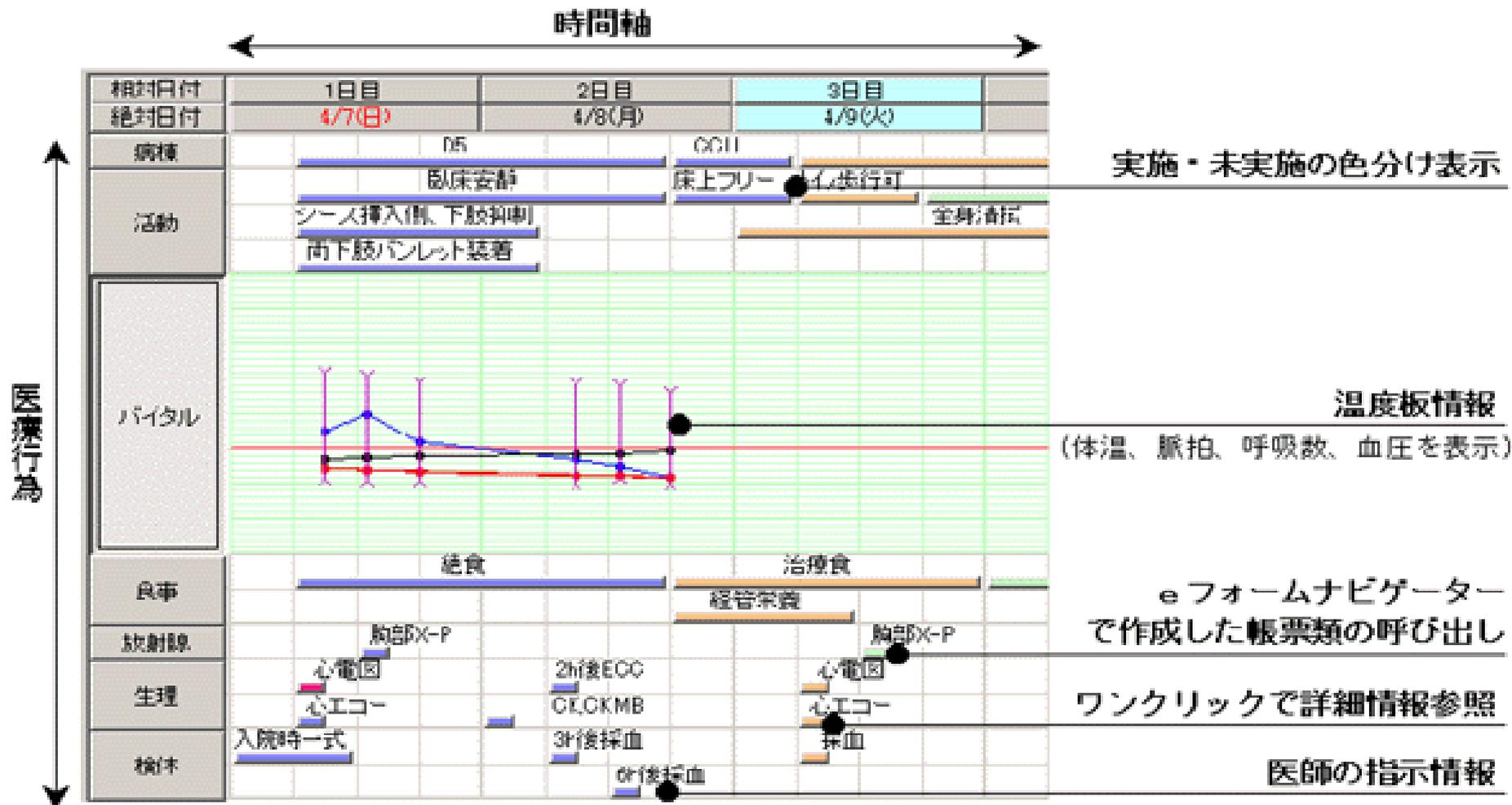
施設種別の死亡例・重症例件数



ポイント9 パスを電子化する

- 電子パス仕様
 - 電子カルテはクリティカルパス仕様でなければ、使えない！
 - オーバービューパス画面と患者カスタマイズ画面
 - ワンクリックオーダーが可能なこと
 - 実施済みパスのDBをもつこと
 - パスDBと実施済みパスのDBの再検定(バリアンス検定)ができること
 - 患者パスがあること

N社の電子カルテシステム



ワンクリックでオーダー

2000年	9/8	9/11	10/2	10/3	10/4	10/5	10/6	10/7	10/9	10/10	10/11
(データ未取得期間)											
(入院期間)											
- 処方	○							○	○	○	○
シナール顆粒(1g/包)	6包										3包
アリナミン錠25mg	6錠										3錠
ガスター錠20mg	1錠										1錠
オイグルコン錠2.5mg	4錠										4錠
マーズレン-S顆粒(0.5g/)	3包										3包
コントロール錠5mg	3錠										3錠
ベイスン錠0.2mg	3錠										3錠
リピトール錠10mg	2錠										1錠
ボルタレン坐剤25mg											
グリセリン浣腸液60ml											
ブルゼニド錠12mg											
- 検査オーダー	◎	◎									
血液	[00:00]	[00:00]									
全血	00:00										
鼻腔内分泌		00:00									
- 注射											
シリター-T3号注											

時系列でカルテ情報の
サマリを表示

フローシート詳細

2000/10/27 検査結果

【2000/10/27】
《検査結果一般》 外来 消化器外科 医師 一郎
採取日:2000/10/27
クレアチニン 0.7
γ-GT 325 H
ALP 246 H
AST 25
ALT 60 H
CHE 2519 L
T-Cho 159
TP 6.6
Alb 3.6
Glob 3.0

【2000/10/27】
《検査結果一般》 外来 消化器外科 医師 一郎
採取日:2000/10/27
PT-% 82
PT-INR 1.10
HPT 111

【2000/10/27】
《検査結果一般》 外来 消化器外科 医師 一郎
採取日:2000/10/27
WBC 8.78
RBC 4.69
Hb 15.8
Ht 47.2
MCV 100.7 H
MCH 33.8 H
MCHC 33.5
PLT 170
Neu(機械法) 65.8
Ly(機械法) 23.5
Mo(機械法) 6.1
Eo(機械法) 3.5
Ba(機械法) 1.0
Blast(目視法) ナシ
Pro(目視法) ナシ
My(目視法) ナシ
Met(目視法) ナシ

必要に応じて
詳細情報を表示

ポイント10 地域連携パスを作る

- 医療連携
 - 地域における精神疾患のケアマネジメントが重要
 - 地域パスが必要
 - 医療計画にも必要
- 精神科領域における連携
 - 施設ケアから地域ケアへの移行
 - 在院日数の短縮
- 連携パスとは？

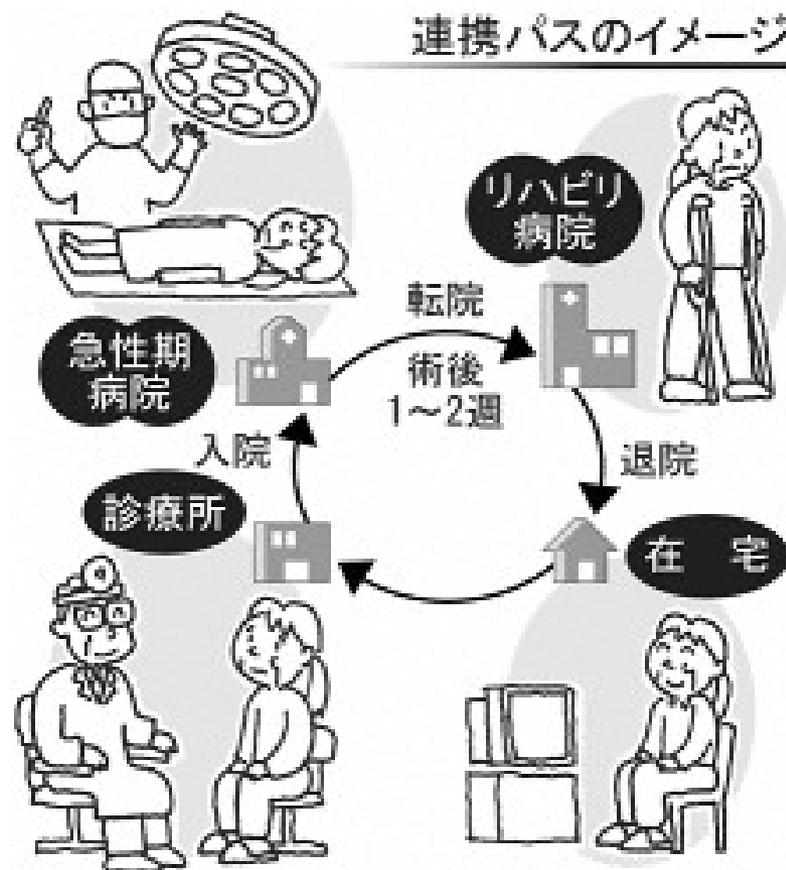
地域連携クリティカルパスとは？

- 地域連携クリティカルパス

- 疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画

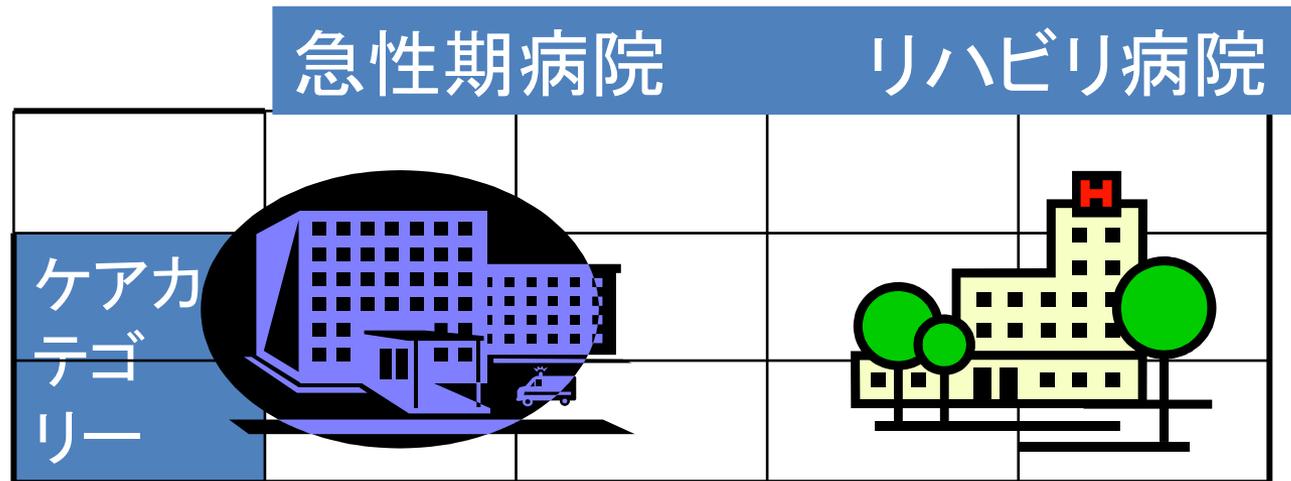
- 連携パスの目的

- ガイドラインに基づく医療の普及
- 地域の医療機関の機能分化と役割分担



連携パス—病病連携—

- 急性期病院とリハビリ病院と一緒に作るパス、使うパス



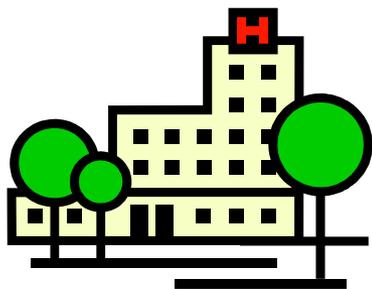
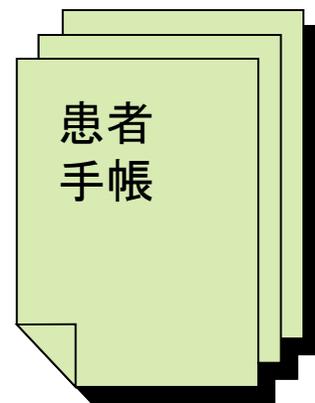
2000年ごろから整形疾患領域から始まった

連携パス(地域パス)

—病診連携—

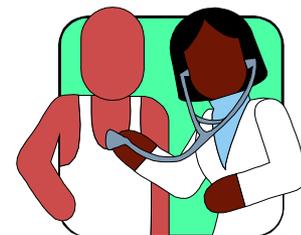


+



病院

退院後の治療計画や
経過記録



診療所

精神科地域連携パスのモデル例

- 1: 典型的うつ病を想定した入院治療希望
- 2: 典型的統合失調症を想定した入院治療希望
- 3: プライマリケア医からのうつ病疑い精査加療希望
- 4: 認知症が疑われる高齢者の精査加療希望
- 5: アルツハイマー型認知症のBPSDを想定した入院治療希望
- 6: 基礎疾患のある高齢者のせん妄精査加療希望

精神科地域連携クリティカルパス（北里東病院）

適応基準：うつ病 反復性うつ病

除外基準：認知症を含む器質性・薬剤性精神障害、統合失調症、神経症性障害

再紹介基準：うつ病再発の特徴がみられ、かつ薬物調整で改善傾向を示さない

1. 強いうつ気分, 2. 興味や喜びの喪失, 3. 食欲の障害, 4. 睡眠の障害
5. 精神運動の障害(制止または焦燥), 6. 疲れやすさ、気力の減退, 7. 強い罪責感
8. 思考力や集中力の低下, 9. 死への思い

	家庭内安定期 退院から3ヶ月後 (月日)	地域安定期 退院から6ヶ月後 (月日)	社会参加検討期 退院から9ヶ月後 (月日)	社会参加安定期 退院から12ヶ月後 (月日)	治療終結検討期 退院から24ヶ月後 (月日)
アウトカム	病状悪化をもたらす困難やストレスがない 睡眠や生活リズムが保たれている 服薬自己管理が出来る 精神症状が安定している 家族等と良好な関係が保っている 支援が必要な際の自覚がもてる 支援が必要な際の救助方法(電話、相談)が理解出来ている 自宅での活動を自発的に行える 通院が可能である 近所を中心に外出できる	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 単独で地域住民や親戚 とつきあえる 単独で遠方へ外出できる	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 仕事への復帰を検討で きる	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 制限を設けず就労できる 睡眠薬を服用せずとも熟睡 感が得られる 抗不安薬を漸減中止できる	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 抗うつ薬を漸減中止できる 治療終結を楽観的に捉えられる
生活能力評価	1. 精神状態(安定、ほぼ安定、要援助) 2. 症状管理(自立、ほぼ自立、要援助) 3. 服薬管理(自立、ほぼ自立、要援助) 4. 睡眠コントロール(自立、ほぼ自立、要援助) 5. 排泄(自立、ほぼ自立、要援助) 6. 食事、健康管理(自立、時々偏向あり、要援助) 7. 個人衛生、清潔(自立、ほぼ自立、要援助) 8. 金銭管理(自立、ほぼ自立、要援助) 9. 対人関係(良好、時々偏向あり、不良)	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左
タスク	<input type="checkbox"/> 通院(月日)(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 服薬自己管理の教育 <input type="checkbox"/> かかりつけ医への情報提供書作成	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 職場担当者と面接 <input type="checkbox"/> 産業医への情報提供	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 再発サインと対処法に関する 教育

認知症パス：認知症を早期に診断し、専門医に紹介・治療を開始しかかりつけ医に再度紹介するパス

(一般開業医→診断→専門医に紹介(診断治療)→再紹介)

<目的> 早期に認知症の知識を得ることで、地域で安心して生活することができ

<対象者> 家人と同居されていて、かかりつけ医に通院している患者

<適応基準> 検討中

<除外基準> 検討中

1. かかりつけ医(通院)

2. 専門医療機関受診時

3. かかりつけ医(通院)

アウトカム

・専門医療機関へ受診を納得できる

・診断を受け、治療を開始できる
 ・介護支援体制・医療保険サービスの情報が得られる
 ・家族が患者への接し方を理解できる

・治療を継続できる
 ・必要時介護支援が受けられる
 ・予防支援が受けられる

評価項目

・家人と本人と一緒に受診できる
 ・専門医療機関が決められる

・検査を受けられる
 ・診断・治療の説明を受け同意する
 ・介護支援体制・医療保険サービスの情報の説明が受けられる
 ・説明に対して患者家族から具体的な質問をする
 ・かかりつけ医での継続受診に同意する

・定期的な受診ができる
 ・地域包括・居宅介護支援事業所に連絡できる
 ・介護保険の申請に行く

タスク

・家人と本人と一緒に受診するするように説明する
 ・専門医へ受診のメリットを説明する
 ・専門医への診療情報提供書を書く
 ・専門医療機関に関する情報を伝える
 ・専門医療機関の外来予約をする
 ・可能であれば簡易検査を行う

・検査を行う(医師・臨床心理士・放射線科)
 ・診断をする
 ・病状・治療計画・接し方の説明を行う
 ・介護支援・医療保険サービスの説明(PSW・MSW・ケアマネ・保健師)
 ・必要な指導を行う(栄養士・薬剤師・看護師・作業療法士)
 ・かかりつけ医への診療情報提供書を書く

・治療を継続する
 ・予防支援のICを行う
 ・介護保険の意見書を提出する
 ・ケアマネの紹介する(地域包括・居宅介護支援事業所)

認知症地域連携クリティカルパス

認知症の地域医療計画には
精神科連携パスが必須
「世田谷区もの忘れ連携パス」

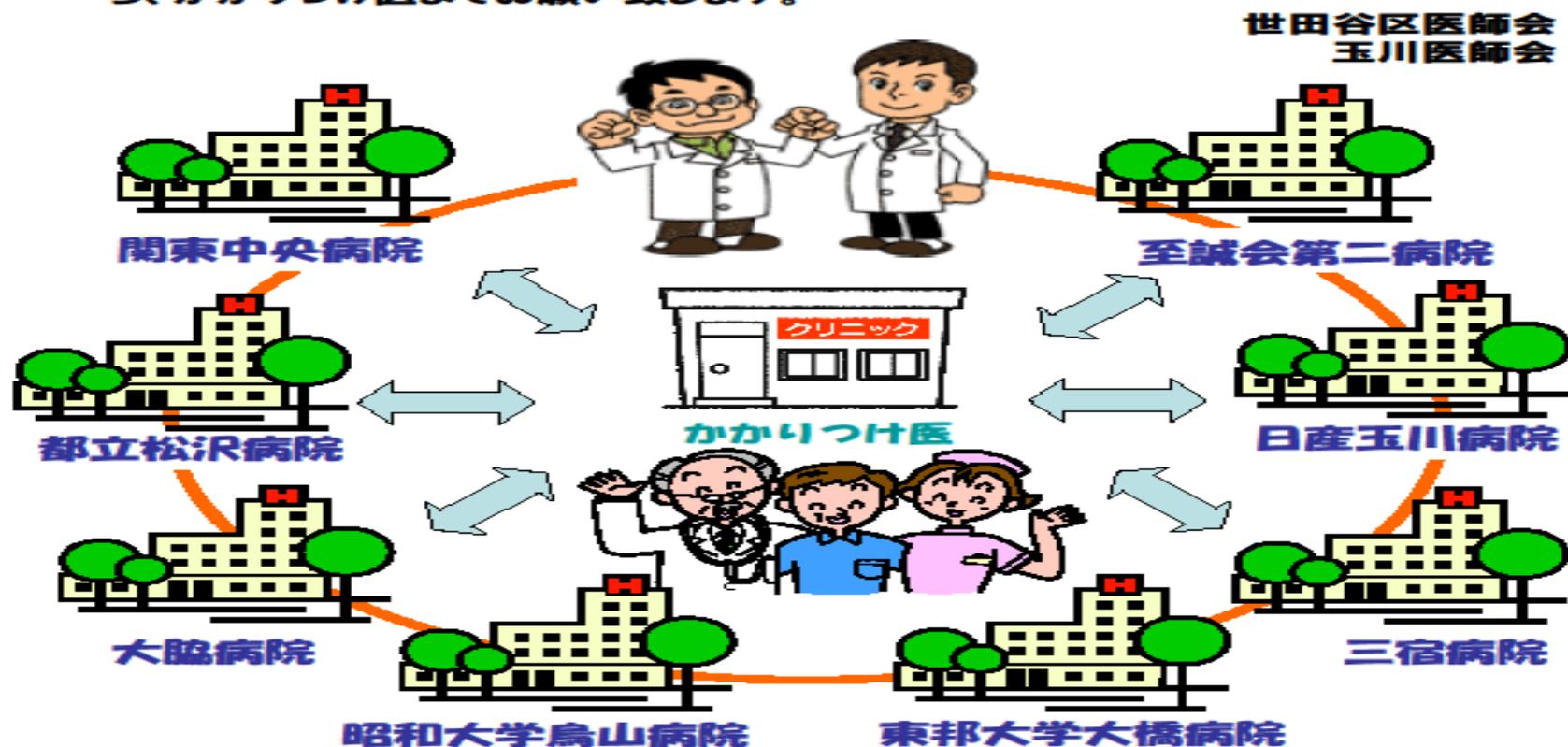


世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

世田谷区医師会・玉川医師会では地域の医療機関が連携して、もの忘れ患者様が安心して診断・治療・療養を継続できる環境づくりに努めて参りました。

今回ご案内する「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」は患者様の診断方法や受診予定を患者様とご家族、かかりつけ医、病院で共有するためにつくりましたもの忘れ患者様の治療計画です。

※ 「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」に関するお尋ねやご意見がございましたら、かかりつけ医までお願い致します。



世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病 院:

紹介時
月 日

初診～1ヶ月
月 日

定期受診
月 日

半年又は1年後
月 日

その後の
定期受診

FAX
予約

FAX
予約



ご紹介

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

各種検査等

各種検査等

- MMSE
- 神経学的所見

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



病院への紹介の
際は事前に予約
をお取り致します

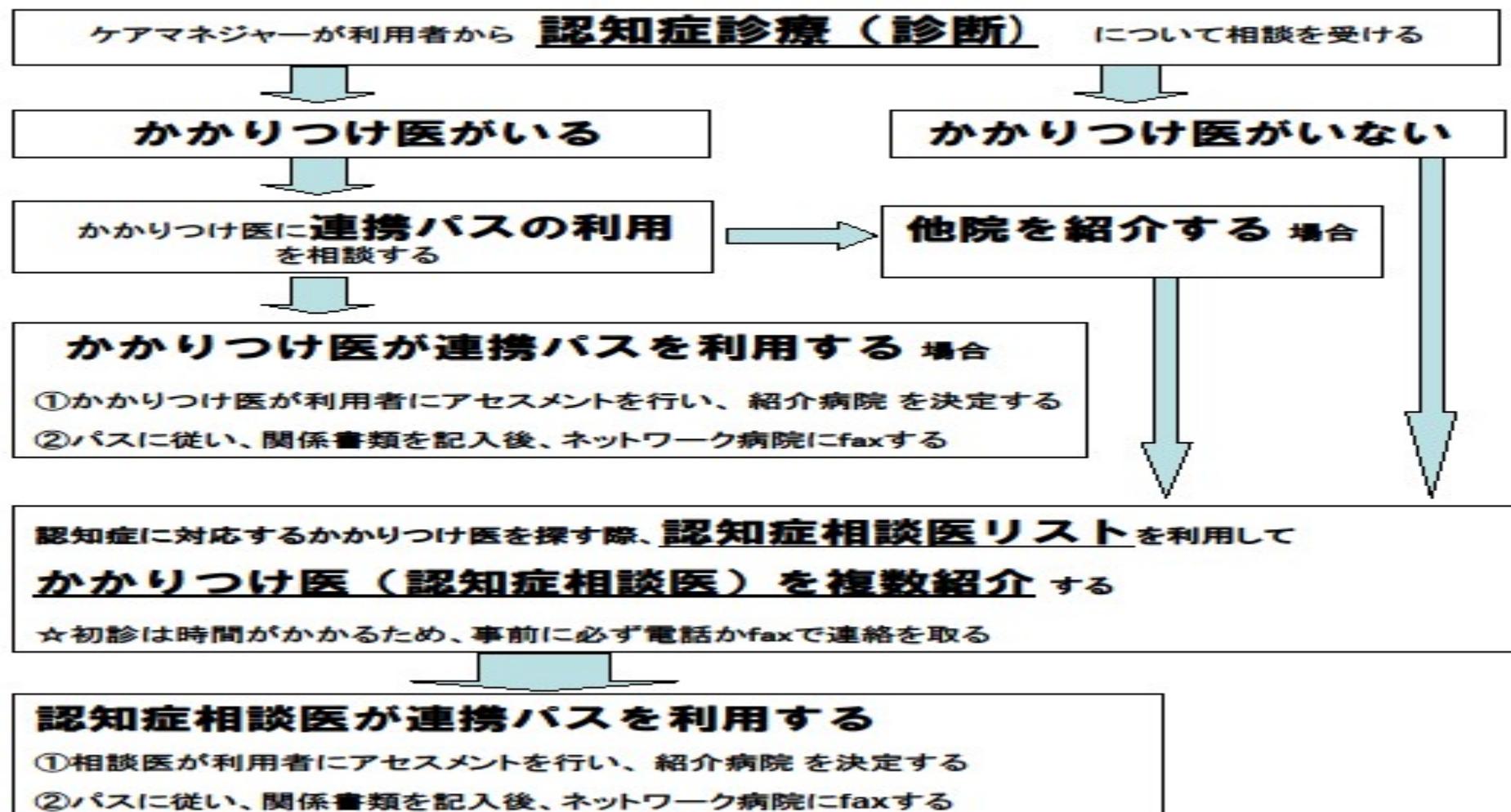


検査前には事前に
病院予約を取って下さい



病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

世田谷区認知症診断地域連携クリティカルパス ケアマネジャー用 使用例

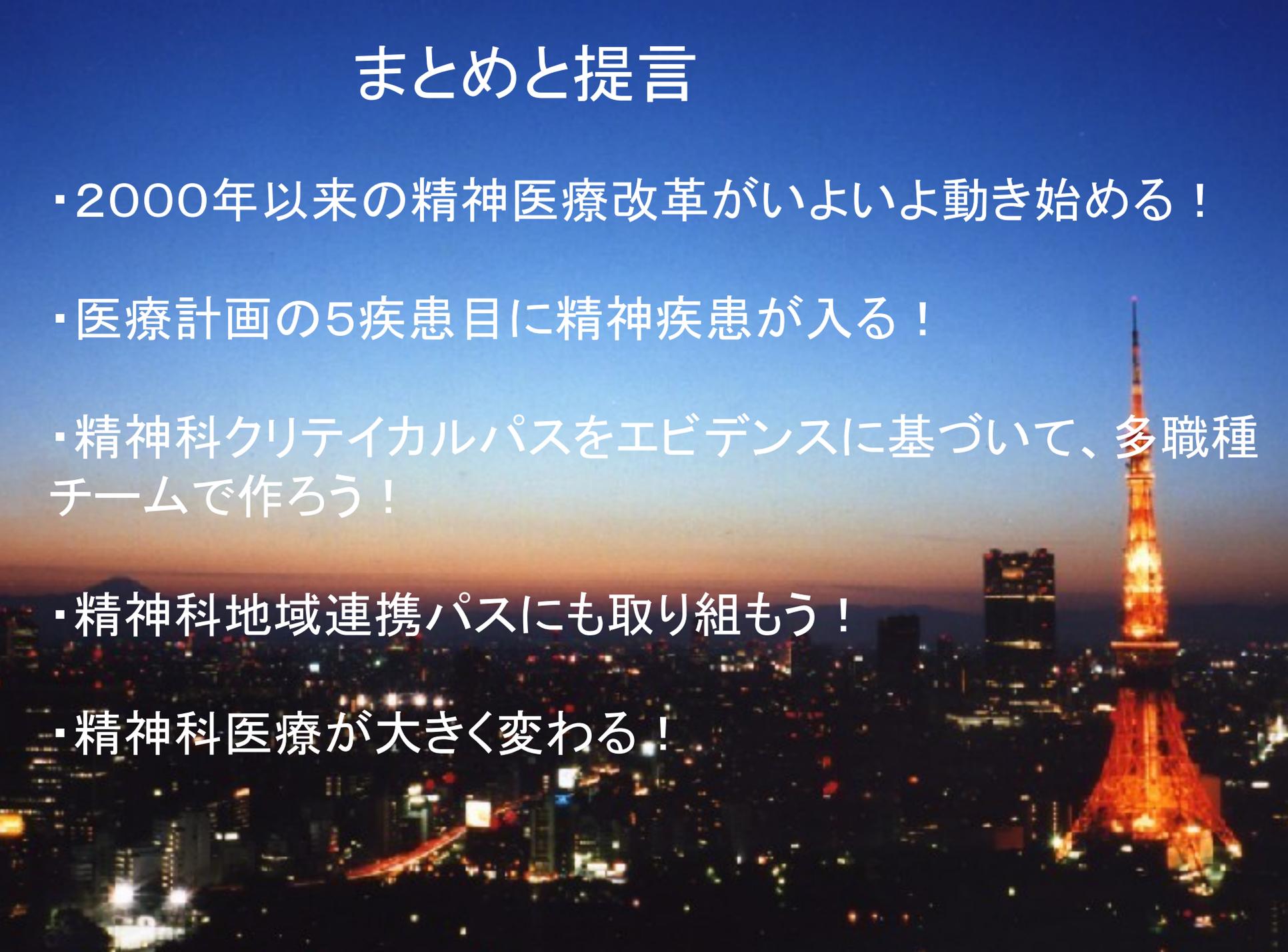


注1 かかりつけ医と連携で認知症の治療に当たるためかかりつけ医は必ず必要。
認知症ネットワーク病院の直接の受診は基本的に控える。

注2 世田谷認知症診断地域連携クリティカルパスについては医師会から会員へ資料配布済み

まとめと提言

- ・2000年以来の精神医療改革がいよいよ動き始める！
- ・医療計画の5疾患目に精神疾患が入る！
- ・精神科クリティカルパスをエビデンスに基づいて、多職種チームで作ろう！
- ・精神科地域連携パスにも取り組もう！
- ・精神科医療が大きく変わる！



医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 5月発売
- A5判 320頁、2400円
- DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, etc
- 好評発売中



ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp