A.診療計画表

記入者＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名	（性別　　）	生年月日	
		身長･体重	cm　　kg

急性期病院予約･連絡先	
急性期病院主治医･連絡先	
かかりつけ医･連絡先	

時期 項目	入院時 （～1週間）	（～2週間）	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年		10年
治療目標 アウトカム	【目標】 ☐ 不穏･興奮状態の改善 ☐ 安全の確保 ☐ 睡眠･休息の確保 ☐ 栄養状態の改善 ☐ 治療の必要性について理解できる･協力が得られる ☐ 静かな環境で落ち着いて過ごせ、隔離解除となる ☐ 病棟の環境に慣れる ☐ 入院の目標･退院時の目標を共有する 【評価】 ☐ 精神･身体状態 ･安定度 ･活動性 ･食欲 ･睡眠 ･排泄 ･保清 ☐ 服薬 ･コンプライアンス ･作用･副作用の評価		【目標】 ☐ 状態（症状）の安定、病的体験の改善 ☐ 生活リズムを整える （睡眠･休息の量･質的な確保） ☐ 入院の目標･退院時の目標の再確認と目標の共有 ☐ 対人交流の増加、集団への参加 ☐ 一般病床での生活への適応 ☐ 主治医の診察に応じることができる･服薬ができる ☐ スタッフに自分のことが話せる ☐ 病棟内（大部屋）レベルでの自立 ☐ 家族との良好な関係の構築 ☐ 食事･洗面･入浴･洗濯自立 ☐ 入院時エピソードの振り返り ☐ ADLの向上 【評価】 ☐ 刺激･症状の増減の評価 ☐ 服薬 ･コンプライアンス ･作用･副作用の評価 ☐ 院外生活の評価	【目標】 ☐ 服薬の必要性を理解し自己管理する	【目標】 ☐ 退院する ☐ 退院の準備に向けて行動できる ☐ 単独で外出･外泊する ☐ 服薬を継続することの必要性がわかる ☐ 通院の必要性を理解する ☐ 治療に主体的･積極的に参加することができる ☐ 薬以外の対処方法を身につける ☐ 病識･対処方法の獲得 ･悪化するとき徴候の認識 ･不調のとき誰に相談をするか ☐ 家族の受け入れ態勢が整う 【評価】 ☐ 服薬 ･コンプライアンス ･作用･副作用の評価	【目標】 ☐ 安定して地域生活が送れる ☐ 定期的な外来通院ができる ☐ デイケアに通う ☐ 短期的な服薬の自己管理ができる ☐ 再発･再燃の予防 ☐ 就業など将来の目標設定ができる 【評価】 ☐ 精神･身体状態 ･安定度 ･活動性 ･食欲 ･睡眠 ･排泄 ･保清	【目標】 ☐ 精神症状の安定 ☐ 定期的な外来通院ができる ☐ 安定した地域生活が送れる ☐ 服薬の自己管理ができる ☐ 自ら希望する生活に向かう準備をする（就労の準備） ☐ 就労のステップアップ		【目標】 ☐ 精神症状が落ち着いて自立した生活ができる ☐ 症状悪化時に早期の対処ができる ☐ 定期的な外来通院ができる ･障害者枠での就労
治療行為 タスク	【医師】 ☐ 薬物療法 ☐ 行動制限の指示 ☐ 精神療法 ☐ OTの検討 ☐ 入院時カンファレンス 【看護師】 ☐ 看護面接 ☐ 各検査（血液、尿、Xp、ECG等）の実施 ☐ 入院治療計画書 ☐ 薬剤の調整 ☐ 制限内容の理解 ☐ 身体管理 ☐ 入院時の診療、説明、告知 ☐ 精神症状、問題行動の把握及び観察 ☐ 身体状況･生活状況の確認 ☐ 睡眠状況の確認 ☐ 家族への説明 ☐ 危険物･貴重品の確認	☐ カンファレンス（治療方法の確認）	【医師】 ☐ 薬物療法 ☐ 精神療法 ☐ 家族面接 （治療について今後の本人･家族の希望確認） ☐ 中間カンファレンス ･退院に向けた今後の治療方針説明（本人･家族） ☐ 退院前訪問検討 ☐ デイケア検討 【看護師】 ☐ 【看護師】看護面接 ☐ 退院前訪問（看護師＋PSW） 【心理士】 ☐ 心理検査 ☐ 心理面接 【OT】 ☐ 病棟OT参加 ☐ 行動制限見直し ･診断、入院形態の変更 ☐ 服薬指導･確実な与薬 ☐ 心理教育 ☐ 薬物療法の評価、実施（副作用のチェック） ☐ 疾患教育 ☐ 家族教育 ☐ 諸検査（EEG、胸部Xp、心理） ☐ 精神症状の評価 ☐ 治療計画･治療チームへの指針 ☐ SST等の検討（処方箋の記入） ☐ 入院時の振り返り	【医師】 ☐ 家族面接 ☐ 服薬自己管理検討 【看護師】 ☐ 外泊･外出 ☐ 服薬の調整と副作用の観察	☐ 外出･外泊訓練 ☐ 服薬自己管理 ☐ 服薬指導 ☐ 薬物療法の薬効と副作用の観察 ☐ 作業療法 ☐ 退院前ケースカンファレンス（患者、家族に退院後の方向性を説明） ☐ 家族面談 ☐ 再発予防についての教育（心理教育） ☐ 退院前訪問 ☐ 治療の状況の確認と対処 治療反応性･行動の評価	【医師】 ☐ 薬物療法 ☐ 外来診察 ･通院（＿回／月） ☐ デイケア ☐ 疾病教育 ☐ 訪問看護 ･継続（＿回／週） ☐ 精神状態の評価	【医師】 ☐ 外来診察 ･通院（＿回／月） ☐ 精神療法の実施 ☐ デイケア ☐ 薬物療法 ☐ 症状改善の評価		【医師】 ☐ 外来診察 ･通院（＿回／月）
かかりつけ医	☐ 情報提供書の依頼 ☐ 情報収集 ･他科受診歴		☐ 診療情報提供書を準備する	☐ 退院後の通院先の調整	☐ 診療情報の提供 ･入院中の経過と治療方針の共有 ･継続診療の依頼	☐ 患者とかかりつけ医、入院時の医師、コメディカルによるカンファレンス	☐ 対象者のニーズに合わせ協議 ･通院する医療機関の見学		
社会資源の利用	【PSW】 ☐ 制度の利用状況を確認する ☐ 経済状況確認 ☐ 保護者制度説明 ☐ 限度額適応認定証の説明		【PSW】 ☐ 生活支援に関する情報収集･提供 ☐ 障害区分認定調査･検討 ･デイケア ･訪問看護 ･家族会	【PSW】 ☐ 障害程度区分認定･障害者手帳の申請を検討 ･デイケア ･家族会	☐ 自立支援医療の説明 ☐ 訪問看護導入 ☐ デイケア導入 ･ピアサポーターの活用	☐ 日中の活動場所利用（デイケアなど） ☐ 福祉制度の利用･見直し ･訪問看護 ･障害年金 ･就労支援学校 ･家族会 ･OT	【PSW】 ☐ 就労支援 ･職業訓練プログラム利用 ･作業所等の就労支援 ･福祉施設等の同伴見学 ･家族会		☐ アルバイト等の就労 ☐ 福祉制度の利用･見直し ･必要時に訪問看護を継続 ☐ 家族との連携 ･家族会
その他	患者や家族メンバーの長期ゴール： 患者や家族メンバーの一番の心配事：								

B.診療経過表

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

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

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

入院中の経過
使用薬剤とその投与による治癒過程の概要

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