

私のリハビリプラン

利用者名:

ケースマネージャー:

日付: 年 月 日

大きな目標
6ヶ月後に達成したい目標
目標達成のための私の長所

優先順位	小さな目標 (6ヶ月後の目標に近づけるために)	私の役割 (目標達成のために責任を持ってすること)	ACT-Jチームの役割 (チームが私にしてくれること)	友人・家族の役割 (ほかの人が私にしてくれること)	振り返る日付
1					

利用者署名	(年 月 日)	チームリーダーの署名	(年 月 日)
ケースマネージャー署名	(年 月 日)	利用者が信頼している人の署名	(年 月 日)

小さな目標についての評価

ケースマネージャー：

利用者名：

日付	達成・変更のメモ (利用者はそれぞれのメモについて署名をしよう)	署名
	[]	
	[]	
	[]	
	[]	
	[]	

これからACTと一緒にしていく予定

年 月 日 利用者名 ケースマネージャー:

大きな目標	
6ヶ月後に達成したい目標	

週間予定 (ACTチームとの関わりなど)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

※ ACTとの関わりだけでなく、普段していることも記入してみましよう

予定の変更などありましたら [047-373-4433](tel:047-373-4433)(ACT-J オフィス)へご連絡ください。

ご家族のリハビリプログラム

利用者名: ご家族名: ケースマネージャー: 日付: 年 月 日 (見直し予定日: 年 月 日)

大きな目標	
6ヶ月後に達成したい目標	
ゴール達成のための私の長所	

優先順位	小さな目標 (6ヶ月後の目標に近づけるために)	ご家族の役割 (目標を達成するために責任を持ってすること)	ACT-Jチームの役割 (チームがご家族にすること)	利用できる資源 (目標を実現するために使える資源)	振り返る日付

ご家族署名	(年 月 日)	チームリーダー署名	(年 月 日)
ケースマネージャー署名	(年 月 日)		

小さな目標についての評価(ご家族版)

利用者名: ご家族名: ケースマネージャー:

日付	達成・変更のメモ (ご家族にそれぞれのメモについて署名してもらうこと)	署名

クライシスプラン

名前： _____

日付：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

1. 私の早期の警告サイン（症状）／状況は：

2. 上記のサインのどれかに気づいたら、私は

3. 私が上記のサインを示すときに、支援者（家族・ACT-J スタッフなど）にしてもらいたいこと

4. 私が上記のサインを示すときに、支援者にしてもらいたくないこと

ACT-Jの担当： _____ 電話番号： _____

主治医： _____ 電話番号： _____

家族： _____ 電話番号： _____

その他： _____ 電話番号： _____

ACT-J 登録者シート

登録年月日 年 月 日

ふりがな 氏名		性別		生年月日		
住所						
家族連絡先	Tel:		入院形態	告知	あり なし	
家族構成 (ジェノグラム)	(同居家族を○で囲む) キーパーソン:			収入源		
				精神医学的診断		
				主たる診断		
				従たる診断		
				身体合併症		
病歴	入院までの経過 (日中の活動など)					
入院目的	主訴					
現在の様子						
処方内容	ACTチームへの要望など					
				主治医サイン		
			プライマリ看護師	ACTプライマリ		

ACT 業務マニュアル(案)

ACT-J 業務マニュアル（案）

目次

1. 一日の流れ
2. 当番の日課と役割
3. 各種ミーティングの手順と内容
4. 支援の手順と方法
5. 記録類
6. 守秘義務
7. リスク管理
8. 保険加入の内容・範囲について
9. 車両・自転車の使用・管理
10. 電話の区分と使い方
11. 病院カルテの閲覧
12. 組織図
13. 緊急連絡網
14. 勤務表
15. 病棟用・オフィス用の鍵
16. 総務事項
17. データベース入力

18. その他

1. 一日の流れ

1) 月曜日～金曜日

8:45 分出勤完了

8:45 ～ 9:00 情報交換の時間

9:00 ～ 10:00 朝のミーティング (終了後訪問等へ)

17:00 ～ 17:15 夕刻の申し送り (事前に訪問から帰所)

17:30 ～ 17:35 病院当直ミーティング (救急外来)

17:15 ～ 21:00 準夜帯対応

21:00 ～ 翌朝 8:45 夜間電話対応 (土・日・祝の朝は 9:00 まで)

- ・勤務時間 8:45～17:15・準夜当番 (一名) は 13:00～21:00 勤務
- ・夜間はその日のシフトマネジャー (一名) が 21:00 以降自宅待機にて対応 (電話に対応できる状況にしておく)
- ・21:00 に準夜当番から夜間対応者に電話にて申し送り
- ・月曜 15:00 ～ 15:30 チーム・ミーティング
15:30 ～ 17:00 ケース・カンファレンス (月は原則全員出勤)
- ・第月曜 17:30 ～ 19:00 臨床・研究合同ミーティング
- ・その他 適時勉強会 (主に月曜 その際はチーム・ミーティング時間等調整)

2) 土曜・祝日

早番＝シフトマネジャー (一名) 8:45 ～ 17:15

遅番 (一名) 10:45 ～ 19:15

8:45 ～ 8:50 病院当直ミーティング (救急外来)

9:00 ～ (夜間電話対応者業務終了)

10:45 ～ 遅番業務開始

17:15 早番業務終了 (帰宅して夜間対応に備える)

21:00 遅番業務終了 (夜間電話対応開始)

3) 日曜日

9:00 ～ 翌朝 8:45 自宅電話対応

※勤務の引継等を確実に言い、チームで対応しているという意識を持つように心がけること。

2. 当番の日課と役割

ACT-J チームではスタッフ皆が担当ケース以外の情報とケアを把握しつつチームの責任を共有することが大切である。

責任の共有やリーダーシップについても同様である。当番でシフトマネージャーを担当し、1日のチーム、ケースマネージャーのスケジュールについての責任を持つ。

1) シフトマネージャー (月～金)

- ・朝出勤時、留守番電話を解除
- ・朝、夕のチームミーティングの司会進行
- ・前日のシフトマネージャーから利用者の情報を引き継ぐ
- ・スタッフのスケジュールの確認と調整
- ・車や携帯電話の割り振りの確認
- ・全体での連絡事項の確認
- ・業務日誌の記載（勤務者数、登録者数、訪問・来所・電話対応件数、連絡事項など）
- ・準夜勤帯出勤者への申し送り
- ・21時から翌朝8時45分までの電話当番
- ・翌日のシフトマネージャーへの引継ぎ

(土・祝)

- ・平日と同じシフトマネージャー業務
- ・8時45分、外来急患室で行われる病院当直ミーティングに出席
- ・19時15分から翌朝9時までの電話当番
- ・オフィス・面会室の掃除
- ・office@act-j.jpに届いたメールチェック (9:00・12:00・17:00)

(日)

- ・終日（9時から翌朝8時45分）自宅にて利用者からの電話対応
- ・翌日、業務日誌に記載

2) 準夜勤帯出勤者 (月～金)

- ・13時から21時までの勤務
- ・17時30分、外来急患室で行われる病院当直ミーティングに出席
- ・21時、シフトマネージャーに電話で引き継ぎ、オフィスの電話は留守番電話に設定
- ・翌日のスケジュールをホワイトボードに記入し、車や携帯電話を割り振る

- ・ゴミ袋の取替え
- ・湯沸しポット、コーヒーマーカーの片付け
- ・業務日誌への追加事項の記入（電話対応件数など）
- ・書類・カーデックスの保管場所への施錠
- ・コンピューターのシャットダウン、消灯、戸締りなど

※この時間帯はオフィスに一人で勤務することが多いため戸締まりを強化するほか、緊急の連絡先等について事前に確認しておく必要あり。

3) 遅番（土）

10時45分から19時15分までの勤務

- ・翌週の週間予定表をプリントアウト
- ・シフトマネージャーと共にオフィス・面会室の掃除
- ・平日の準夜勤帯出勤者の業務に準じる（ただし夕方の病院当直ミーティングはなし。シフトマネージャーへの電話引き継ぎは19時15分）。

4) バックアップ（セカンド・コール）

緊急の事態に備えて、いつでも相談ができるようバックアップのスタッフが待機。

- ・対応の責任を1人のケースマネージャーが負うことをなくす（特に非常事態や対応に苦慮した時には、決して1人で抱え込まずに相談）
- ・勤務表に記載されるセカンド・コールのスタッフに電話で連絡をとり指示を仰ぐ。

3.各種ミーティングの手順と内容

訪問を中心に行うACTの支援において、実際にスタッフが情報を交換したり利用者について議論を交わす機会としてミーティングは重要なものである。ミーティングには様々なかたちがあるが、ACT-Jで行われているミーティングは以下の通りである。

1) 朝のミーティング（モーニングミーティング）

毎朝8：45から約1時間行われる。

このミーティングの最初に、15分程度の時間を利用者や他の資源等との訪問の確認や、情報交換・ITT 同士の短時間のミーティングなどを行う。この時間を持つことでモーニングミーティングの時間をさらに有意義に使うことができる。

全体の司会はシフトマネージャーが行う。

①利用者の報告と今後の関わりについて

司会はカーデックスの順番（日によって変更）にそって利用者の名前を呼び上げる。チ

ームスタッフはその利用者に対して前 24 時間(前日が休日等の場合はその前の日の含む)についてコンタクトした内容や、これからのプラン等について発言する。ここで大切なのはただ単に「やったことの報告」ではなく、スタッフが議論できる時間を持つことも大切である。プランの修正やチームとしてどのように関わっていくかなど、お互いが意見を交わすような雰囲気づくりを心がけるようにする。また、議論が長引く場合はそのケースについて「いつ話す時間をつくるのか」を決め、議論が中途半端にならないようにしておく。

②ヒヤリハット(注1)報告と対策

訪問等であったヒヤリハットについて全体に挙げ、スタッフの心の整理や対策について議論をする。 ・ヒヤリハット報告 ・その時の状況 ・今後の対策

③チーム全体の動きの確認と調整

その日のスタッフの動きについてボードを中心にして確認する。誰が誰のどこへ訪問するのか?場所は?全体として漏れてることはないか?今日緊急に訪問すべきケースはないか?車や携帯電話の割り振りは?など、シフトマネージャーを中心として調整する。

その他の報告事項などを確認して終了とする。

2) 夕刻の申し送り

17時から 10 分程度行う。

ケースマネージャーはこのミーティングに間に合うようにオフィスに帰ってくることを基本としている。また時間までに帰ることのできないスタッフは、シフトマネージャーへ連絡をして報告をするようにする。

シフトマネージャーはこの時間になったらスタッフを集めミーティングを始める。このミーティングは司会をシフトマネージャーが行い、遅番と夜間宅直(シフトマネージャー)への引継や、他のスタッフと共有しておかなければならないことなどを報告する。特に記録用紙等はないが、特記すべき点があれば業務日誌(申し送り欄等)へ記載する。

3) ケースカンファレンス

毎週月曜日 15:30~17:00 基本的にはケース対応を入れず全員がカンファレンスに参加することとする。

カンファレンスは「新規ケースの紹介」「プランの確認」「個別のケース対応」「IT ミーティング」などいくつかの時間の使い方がある。司会と板書は毎月交換して行う。

ケースカンファレンスは文字通りケースについてスタッフ全体で議論する場であるが、ケースの事だけでなく関わっているケースマネージャーの視点(関わり)で進むことが大切である。とかくカンファレンスはケースの状況や報告になってしまうことが多くなってしまふことがあるが、ケースマネージャーの利用者との関わりに焦点をあて、言いっぱな

しではなく「これからどのように関わりを持っていくのか・対応していくのか」が得られるように心がける。

カンファレンスで取りあげるケースは基本的には個別のケースマネージャーや ITT が、スタッフ全員で共有したり議論をしていきたいケースを提出する。また、チームリーダー等から提出することもある。

* 〈新規ケースの紹介〉

新規ケースが登録されると ITT とプライマリーが決まる。(別項にて記述) ITT はカルテや主治医、その他の関係者から情報を得て登録者シートを作成する。カンファレンスではそのシートを基にケースを全体で共有できるようにする。質問等の時間を持つこともあるが、それぞれの視点から「もっとこの点を調べた方がいい」「こんな関わりが大切になるのではないか」などの意見交換を多くもてるように心がける。

* 〈プランの確認〉

イニシャルプランやリカバリープランなど、プライマリーを中心に作成した後に全体で確認できるような場を持たせに行う。ACT では ITT 以外のケースに関してはあまり交流がないような事もあるが、すべてのスタッフがすべてのケースについて、どのようなプランで支援が進められているかを知ることが大切なことである。

カンファレンスではプランを紹介するだけでなく、他のスタッフと議論を持つことでよりよいプランにしていくことが大切である。(とは言っても、利用者の意見が一番であるが)

* 〈個別ケースのこと〉

手順としてまずはプライマリーを中心とした ITT で事前に「カンファレンスで話したいこと」とある程度まとめておき、カンファレンスに出すことが望ましい。ただ、困っているからではなく、「こんな風に考えている・関わりを持っていきたい」ということを他のスタッフに告げられるようにしておくことも大切である。

資料等の作成も大切であるが、もっと気楽に話せるような場であることが望ましく、また、同じ人が意見をずっと述べているということではなく、すべてのスタッフが意見を述べられるようにしていかなければならない。

個別ケースでは議論だけでなく、ロールプレイなどを用いて自分たちの関わりを確認したり、これからの関わりについて体を使って確認していくこともある。

※カンファレンスの記録は板書役が責任を持って、ファイルする。また、個人情報などの扱いに注意する。

4) チームミーティング

月曜日 16時から 1 時間・勉強会の時は 15 時から 30 分

チームミーティングはケース以外のことでチームを運営していくことを中心として報告

や議論をする場である。司会や板書は毎月変更し、流れは用紙（別紙参照）を用いて行う。チームミーティングを行う前にその時の司会者は用紙を用いて、その日にどのような事を話すのかを把握しておく。スタッフはその日に話したいことなどを用紙に記入しておくようにする。

5) ITTミーティング

プライマリーを中心とした利用者に関わる個別チームで行う会議である。

6) ケア会議

地域や病院内など利用者に関わる人たちやご家族・ご本人を含めたかたちで行うことを基本とした利用者との関わりについて情報を共有したり、プランを進めるための役割を確認する会議のひとつのかたちである。（進め方等については別紙参照）

7) 臨床・研究合同ミーティング

毎月第一もしくは第二月曜日の 17 時 30 分から 2 時間程度行う。参加者は ACT プロジェクトに関わるすべての者が対象である。ACT-J プロジェクトに関わるすべての人たちがそれぞれの報告をしたり、調査に基づき臨床チームが更に利用者との関わりを検討していく場である。

8) 運営ミーティング

毎週月曜日の 10 時から 11 時を予定としている。このミーティングはチームの運営等について議論する場であると共に、チームミーティングの準備を兼ねている。

参加者はディレクター・精神科医・リーダー・サブリーダーなどチーム運営について責任を持つ者であり、内容により役割を持つスタッフが参加することもある。

ここで決定したことや議論されたことは、その日の午後に予定されているスタッフミーティングやメーリングリストなどを利用してスタッフへ伝達をする。

9) 就労ミーティング

週に 1 回～2 回を目安に実施する。参加者は就労の専門家とスーパーバイザー（現在はディレクター）で構成される。

①現在の取り組み

- ・構成：就労の専門家とスーパーバイザー（現在はディレクター）
- ・実施頻度：週 1 回を目指しているが、現時点では月 1 回程度実施。

・内容：就労に関連するシステム面のコンサルテーションと臨床面のコンサルテーション

②これからの予定として

・構成：IPSコーディネーター1名・就労の専門家2名

・実施頻度：週1～2回

内容：

【臨床面】

- a) 良かったことの報告
- b) 直面している問題の対処法・その後の進展報告
- c) 新たなケースのアセスメントの検討
- d) ITTとの連携状況
- e) その他

【システム面】

- a) 職場開拓状況の共有
- b) 事業所とのネットワーク状況
- c) その他

10) データベース委員会

月に1回、参加者は研究者の一部と臨床チームの代表からなる。

ACT-Jのデータベースについて議論する場である。臨床チームからは使い勝手等を報告してよりよいデータベースとして活用できるように研究者との共同理解をしていくように心がけている。

11) その他

*家族教室

ACT-Jでは利用者のご家族を対象として家族教室を行っている。この家族教室は心理教育を基本として行う家族支援のひとつであり、ACT-Jの中でも家族支援は非常に重要な支援のひとつと考える。個別に行う家族への支援もあるが、グループで行うこのような支援をACT-Jでは大切にしている。

対象者はACT-Jを利用している方のご家族なら誰でも対象とする。スタッフはその時々によって変更することもあるが、家族担当を中心として運営している。教室のかたちは精神障害や薬の作用副作用・ご家族の受けれる支援などを中心とした講義の時間と、参加者同士で問題解決志向型のグループワークを行う。平成16年度は参加者を区切って年に3クール程度の実施だったが、今年度からはいつでも参加できるという事を掲げ、毎月開催ができるように計画している。

4.支援の手順と方法

1). はじめに

ACT-Jの到達目標は、「重い精神障害を持つ精神医療の頻回利用者が、できるだけ質の高い安定し自立した生活を、地域で送り続けられるように支援することである」とされている。これを実現するための方法論としては、①ストレングスを重視した支援であること、②個別のニーズに応じたサービスであること、③早期介入・疾病の自己管理トレーニングが必要であること、④家族への支援も重要であること、⑤地域資源の開発などが挙げられるが、こうした方法論が実際の現場でどう具現化されていくのか、それを支える柱になるのが「ACT-Jにおけるケアマネジメント」の考え方である。

ACT-Jは、訪問を中心とした精神医療保健福祉サービスを24時間365日行う多職種からなるチームである。そのサービスは、病気と服薬を利用者が自己管理するための支援や危機介入に加え、入退院に関わる支援や身体的な健康に関する支援、そして住居支援や就労支援などのあらゆる日常生活場面での支援のみならず、家族支援や社会的ネットワークのため支援など様々な領域にわたる。以下、ACT-Jが重い精神障害を持つ方とどのように関わり、そのケアと情報をチームが共有しつつ、そうしたサービスが提供されていくまでのプロセスを述べることにする。

2). ACT-Jにおけるケアマネジメント

まずは、加入基準を満たした利用者に対しプログラムについての説明を行いながら、信頼関係作りと同時に最初の協働作業の目標を作ることからケアプロセスは始まり、このイニシャルアセスメントを通じて利用者のモチベーションを高めながら、利用者のニーズを反映したイニシャルプラン「はじめの一歩として」（添付資料参照）が実施される。その後の基本的な流れは、①包括的アセスメント「私のしたいこと」⇒②退院から1ヵ月後を目処にケア計画「リカバリープラン」の作成⇒③ケア計画の実施⇒④モニタリングと「小さな目標についての評価」⇒⑤ケア計画の見直しとなり、通常のケアマネジメントと同じようになる。（書式については添付資料参照）しかし、通常のケアマネジメントとの違いは、こうした支援計画をチームが作成すること（他のケアマネジメントモデルでは主にケースマネージャーが作成する）や重い精神障害を持つ方への関わりとして契約と信頼関係作りを大切にしていることなどが挙げられる。

ACT-Jが「包括型地域生活支援プログラム」と称されるように、「私のしたいこと」にあるそのアセスメントの領域は、①利用者のニーズ、②精神症状・薬物コンプライアンス

ス・副作用、③身体疾患・歯科などの医療ニーズ、④住まいや環境条件、⑤「できるADL」と「しているADL」、⑥職業や教育に関するニーズ、⑦友好関係や対人関係も含む社会的支援、⑧収入や金銭管理などの経済状態、⑨趣味・楽しみ・スポーツなど多岐にわたる。

障害ばかりに着目しその人のできない側面から支援しようとする、どうしてもサービス等で補う発想になりがちになるが、アセスメント上忘れていけないことは、障害を持っている方々が望む生活というのは、単に日常生活上の自立だけが目的ではなく、自分らしい暮らしを実現していくことにあるという点である。

ACT-Jでは、アセスメントの際、まずは「あなたのしたいことは何か？」から始まって、「私の今の状況」と「そのために使えるものは（何か）？」を聞くこととしている。なぜならば、ACT-Jでは、欠陥モデルのように『～ができない』ことを課題とするのではなく、ストレングスモデルを重視した「リカバリープラン」を目指しているからである。

「リカバリープラン」の「リカバリー」という言葉に注目して欲しい。ACT-Jで頻繁に使われているこの言葉は、たんに治療や回復を指す言葉ではない。ある人が二度と精神病の症状を体験しなくなるというよりはむしろ、障害を抱えながらも希望や自尊心を持ち、可能な限り自立した生活をおくる術を学ぶことを意味するのである。

3). ケアプロセスの留意点

さて、技法としてのケアマネジメントが滞りなく行われていれば十分なのかというと、ケアプロセスとしては決してそうではないのである。ケアマネジメントの進め方によっては、「したいこと（ニーズ）」を浮き彫りにするといっても、あまりにも遠すぎるゴールが「できていない今の自分」をも浮き彫りにしてしまい、それが利用者にとってプレッシャーやストレスになってしまう可能性がある。

当然のことながらACT-Jでも、「大きなゴール」のために、まずは確実に達成できる小さな目標設定を利用者と一緒に考え、その積み重ねを一緒に行っていくことを大切にしている。その上でより重要なことは、「リカバリープラン」に基づいてサービスが計画通りに実施されているかの確認、いわゆる「モニタリング」なのである。

これまでの精神医療保健福祉サービスの潮流では、「まずは施設で準備を整えてから」自らの望む地域へ移行することが主流だったのに対し、ACT-Jの哲学は、「人は、重い精神障害を抱えながらも、自らの望む地域において、自らの望む生活を実現し、人間としての尊厳を全うすることが出来る」ことを信ずることにある。上述のようにACT-Jでは、「あなたのしたいこと」が実現できるように利用者のチャレンジを最大限許容し、自らの望む地域で生活を維持するための視点を大切にしている。例えば、『まずはチャレンジ（退院とか就労とか）してみましよう。』でも、実際には不安や緊張が一杯あるであろう。そこを多職種チームによって支えていくのが、ACT-Jの「ハイリスク＝ハイサポート」な支援のあり方なのである。

4). おわりに～クライシス対応～

利用者の「したいこと」を尊重し、その方のストレングスに焦点をあてながら支援を進めていたとしても、重い精神障害を持つ方との日常では、クライシスを無視して通ることはできないであろう。しかし、クライシス対応を必要とする事例の多くは、何日も前から悪化のサインが現れていることが多いので、その前兆が現れた時点での適切な対処が可能となれば、再発・再燃に至らずに地域での生活を維持できることができるのである。

このような状況を想定して、ACT-Jにおけるケアプロセスでは、「クライシスプラン」を活用して、①「症状悪化のサイン」は何であるのか、②「その際に自分でできる対処法」は何なのか、③「悪化時に ACT-J にしてもらいたいこと」は何なのか、そして④「悪化時でも ACT にしてもらいたくないこと」は何なのかを、事前に利用者やそのご家族などと取り決めておくようにしている。症状がある程度安定している時期に心理教育などを通じて再発のサインを知り、その対処法を利用者やそのご家族とともに取り決めておくことによって、侵襲的な関わりにならないようクライシスを回避し、不必要な入院を減らすことができるようアプローチするのである。クライシスであっても、アドボカシーの観点からは、自己決定機会を尊重することはとても重要で、上述したモニタリング同様、この「クライシスプラン」でも、1 回作ったものを継続的に使うのではなく随時修正し、そうしたプロセスの中で利用者の自己管理能力の向上を図っていくことが一義的な課題となるのである。

【支援過程】（アセスメント書式資料参照）

利用者の加入

↓ 加入基準を満たしプログラム参加の同意が得られたもの

関係作り

↓

初期アセスメント・初期支援計画（はじめの一步）

↓ 当面の利用者の最初のニーズと目標を明確にする。

包括的アセスメント

↓ ITT（個別援助チーム）が中心となり、30日以内に行う。

支援計画（リカバリープラン）・クライシスプラン

↓ 包括的アセスメントに基づき長期・短期目標と支援計画を作成する。

↓ 個別週間計画を作成する。

↓ クライシスプラン：危機のサイン、私のする対処、支援者にしてほしいこと、支援者にしてほしくないこと

支援の実施とモニタリング

↓ 適切に実施されているかモニタリングする。

評価・修正

支援計画は少なくとも半年毎に見直しする。

終了（ステップダウン・プログラムに移行）

1) ファーストコンタクト

加入基準（ACT-J スタンダート参照）を満たした人に対して、研究チームが、研究に対する十分な説明の後、研究参加に対する同意を得る。さらに、無作為抽出によって選ばれた人が ACT-J の利用者として朝のミーティングで紹介される。

リーダーとサブリーダーが本人に、臨床チームとして挨拶に行き、カルテ閲覧および医療スタッフとの情報交換の同意を得る。その後、本人の希望も考慮しながら速やかに ITT を決定し、朝のミーティングで発表する。

ITT は速やかに、本人とコンタクトをとり、自己紹介および ACT の支援について具体的に説明する。ACT-J パンフレット等を利用する。

Q1：いきなり本人に会いに行っても良いですか？

A1：医療スタッフとの情報交換の同意が得られている場合、主治医やプライマリ看護師から紹介してもらうと良いでしょう。見知らぬ人と初めて話すのは緊張するものです。本