

精神障害者の地域移行における 多職種連携によるケアマネジメントに関する研究

研究分担者：川副泰成（総合病院国保旭中央病院）

研究協力者：岩上洋一（特定非営利活動法人じりつ）、上島雅彦（竹田総合病院）、岡部正文（一般社団法人ソラティオ）、香山明美（みやぎ心のケアセンター）、菊入恵一（田宮病院）、齋藤研一（社会福祉法人会津療育会）、鈴木孝典（高知県立大学）、田村綾子（聖学院大学）、名雪和美（総合病院国保旭中央病院）、長谷川直実（大通公園メンタルクリニック）、前沢孝通（前沢病院）、三澤孝夫（国際医療福祉大学）、村井千賀（石川県立高松病院）、山口創生（国立精神・神経医療研究センター）

要旨

医療機関において提供されているケアマネジメント（CM）について、対象患者の臨床特性と援助の実態を明らかにするため、郡部の有床総合病院精神科において1週間の全受診患者にスクリーニング調査を実施してCMあり群・なし群に分け、CMあり群については2ヵ月間のサービスコード表によるプロセス調査を行なった。

CMあり群（144例）はなし群（371例）に比較して統合失調症が多く、入院歴が多く、より重症で、生活状況で課題が多かった。CMあり群に2ヵ月間に提供されたサービスの1人当たり合計時間は平均277.3分、複数職員が対応した場合を含めて延べ345.8分だった。サービス提供日数は8.6、対面サービスに限ると6.1だった。内外の調整業務のみならず、患者本人に対する直接支援にかかる時間が長かった。

CMを医療機関に普及させるためには人員配置、ケースロードの設定、重症患者を援助する体制の整備、計画と定期的評価等を要件として、診療報酬化が重要である。次年度以降は他の医療機関で同様に調査するとともに、CMのガイドライン案を作成し、多施設調査を準備する。

A. 研究の背景と目的

「精神障害者ケアガイドライン」（2004）によれば、ケアマネジメント（以下、CM）とは福祉・医療・保健・就労・教育など、人々の生活ニーズと、地域にあるさまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて、調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法である。

CMが必要と判断される多数の通院患者に対して、実際に提供している医療機関の報告は、本邦では見当たらない。本分担研究の初年度は、この条件に相当する1医療機関において、多数のCM実施患者の臨床特性と援助の実態を明らかにし、2年目のCMガイドライ

ン案の作成に備える。

B. 方法

総合病院国保旭中央病院は千葉県北東部に位置する基幹総合病院であり、精神科（以下、同科）では近年の病床削減を通じて、重症患者の地域移行とその定着を図ってきた。CMはデイケア（以下、DC）、訪問支援チーム（Community Mental Health Team、以下、CMHT）、通常外来診療（医療連携室）において実施されている。

1. CMを利用している通院患者の臨床的特性に関する調査（調査1）

（対象）同科外来に通院中の患者で、以下の

選択基準を全て満たし、除外基準のいずれにも該当しない者。

選択基準： 2016年10月1日～7日に同科外来または救命救急センター外来で同科医師の診察を受けたか、DCまたはCMHTを利用した者、同年10月1日時点で6ヵ月以上同科に通院を継続してきたか、または通算で1年以上同科または他の精神科医療機関で通院もしくは入院の治療が継続して来た者、情報公開方式による説明が行なわれた後、不参加あるいは参加中止の申し出がなかった者。
除外基準： 20歳未満で児童精神科専門医が担当している者、主病名が認知症等の老年期精神疾患である者、主病名がてんかんで他の精神疾患や障害を併発していない者、高齢者施設または障害者施設に入所している者（グループホーム等の居宅はここに含めない）

（方法）介入を伴わない横断研究。上記の1週間に対象患者について、CMの有無（アウトカム）と基本属性や機能状態（曝露）について調査し、CMの利用者と非利用者の変数を比較する。全ての情報は医師並びに精神保健福祉士（以下、PSW）等の担当者（ケアマネジャー。以下、CMer）が記入する（別紙1、2）

利用者属性：識別コード、性別、生年月日、年齢、入院・外来の別、身長、体重、合併症、既往歴、就労状態、生保、年金、手帳、診断生活状況アセスメント：就労・就学の可能性、家事、暴力・自死、セルフケア（病識）、経済問題、家族関係

機能状態：Global assessment of functioning (GAF)、Personal and Social Performance scale (PSP)

（CMの定義）以下の(a)～(e)を満たす場合にCMを実施していると判定する。

(a)精神保健福祉士(PSW)等の1名の専門職(CMer)が、通院医療の利用者の地域生活を包括的に支援することを、利用者自身（被後見者等の場合は後見人等）が十分認識してい

る。

(b)CMerは、利用者が主体的に自分の生活を再構成し、自己実現を図るために支援する。

(c)CMerの支援には、所属する医療機関以外（他機関）が提供するものを含む、複数のサービスの調整等が含まれている。

(d)CMer自身がDC、CMHT等のように直接サービスを提供していてもよいが、その場合でも他機関のサービスの調整等を行なっている。

(e)上記の(c)及び(d)にある他機関のサービスの調整等には、過去にその都度必要に応じて実施され、今後もしばしば実施が見込まれる場合も含まれる。

（統計解析）CM実施の有無を従属変数、基本属性や機能状態の程度を独立変数とするロジスティック分析等を実施する。

2. 通院患者に実施されているCMの実態に関する調査（調査2）

（対象）同科外来に通院中の患者で、以下の選択基準を全て満たし、除外基準のいずれにも該当しない者。

選択基準：研究1の選択基準と同一の及び、前述の判定基準に基づいてCMを実施していると判定された者、本研究の参加にあたり繰り返し説明を受けた後、理解の上で本人の自由意思による文書同意が得られた者
除外基準：研究1の除外基準と同一の～

（方法）介入を伴わない前向き観察研究。2016年11月1日～12月31日の2ヵ月間サービスコード票調査を実施することによって、どのようなサービスが提供されているかを把握する。サービスコード表調査とは、ケアマネジャーが対象者を支援した際に、毎回、どのようなサービスを提供したかについてサービス内容をコード化したカテゴリーを選択し、サービス提供時間などを記入するものである（別紙3）。

なお、1年後と2年後に研究1と同一の評価項目を実施し、CMの効果を検証する（2

年目以降)。

(統計解析)単純集計を行い、DC、CMHT、医療連携室で提供されるCMの利用者間などでサービス内容やサービス量を比較する。

(倫理的配慮)調査1、調査2のいずれも、総合病院国保旭中央病院倫理審査委員会において実施の承認を得た。

C. 結果

1. CMを利用している通院患者の臨床的特性(調査1)

対象者選定フローを図1に示す。CMあり群(144例)はCMなし群(371例)に比較して統合失調症(80.6%)が多く、GAF値(平均値47.4)、PSPの各領域の評価がいずれも有意に重症だった(図2、表1)。同様に基本属性で有意差があったのは、年齢が若く、過去の入院歴、障害者手帳の交付や障害年金の受給が多く、中でも1級が多かった。また、生活保護が多く、就労が少なく、通常診療以外の医療サービス、地域福祉サービス、相談支援の利用が多く、家族の同居が少なかった(図3)。生活状況では役割遂行、自傷・他害の有無など、外来診療を除くほとんどの項目で有意に課題が多かった(図4、5)。

なお、CMが本来は必要だがマンパワー等の理由で実施できていないのは80例で、必要な通院患者の64.3%に提供できていた。CMerの1名当りの実際のケースロードを別途確認したところ、概ね10~20例だった。

2. 通院患者に実施されているCMの実態(調査2)

図6に対象者の選定フローを示す。2ヵ月間(61日間)で1人当たりサービスを提供した合計時間の平均は277.3分、複数の職員が対応した場合を含めて延べ345.8分で、うち通常業務時間外は7.1分だった。移動時間は112.1分だった。サービス提供日数は8.6、対面サービスに限ると6.1だった。

内容別の延べ時間では関係性の構築・不安

の傾聴、服薬・症状の自己管理の援助(精神症状)が多く(それぞれ20%)、次いでケア会議(11%)、日常生活自立支援(9%)、他機関との連携(8%)、機関内の他部署・他職種との連携(7%)の順だった(図7)。

基本属性では導入基準の該当項目数(3項目以上)、過去1年以内の入院(あり)、PSP(総合評価50以上)の順に有意差が認められた(提供時間が多かった)。その他の項目では、相談支援の有無やGAF値(40以下)では有意差がなかった(図8)。

D. 考察

1. 精神障害者に対するCMの現況

精神障害者の地域生活支援において重要な医療と福祉、行政との連携を推進するためには、仲介型のCMではなく、インテンシブ・ケアマネジメント(ICM)が必要とされる(Thornicroft Gら, 2011)。翻ってわが国では、必要に応じて通院患者にCMを提供している精神科医療機関があるが、現時点では制度的な基盤がないままであり、援助の現場の実態は明らかになっていない。

本調査は、CMが必要と判断される多数の通院患者に対して実際に提供している医療機関において、CM実施患者の臨床特性と援助の実態を明らかにした、本邦初の報告と考えられる。

2. 本調査の対象施設の概況

総合病院国保旭中央病院は千葉県北東部の農山漁村部に位置し、診療科数38、総病床数989である。稼働精神病床数は長く237だったが、地域医療の危機的な状況の中で2006年に病床削減を開始した。当初は「社会的入院」に該当する長期在院患者の地域移行や転院を図ったが、その進行とPSW等の増員によってCMerのケースロードが適正化し、医学的により重症な患者の地域移行とその定着が可能になり、最近では稼働病床数は42となっている。

本調査の対象となった CM は、当初は必要に迫られて自然発生的に普及し、PSW ら各職種の業務分担の再編を経て、現在では DC、CMHT、医療連携室において実施されている。例えば入院患者については、週 1 回定例で開催される多職種の入院患者カンファレンスで入院直後と 1 ヶ月後の時点で全入院患者について担当医が診療経過を提示し、PSW が実質的に CMer として援助するかどうかが決められている。

3 . CM を利用している通院患者の臨床的特性

同科で CM が提供されている通院患者は、統合失調症が多いなど CM なし群との比較で有意差があるだけでなく、他の指標からも重症群を含んでいる (GAF 値の mean ± SD : 33.5 ~ 61.2)。また、手帳の取得 (77.1%)、年金の受給 (66.0%) が多く、中でも 1 級が多かった。デイケア、訪問看護などの医療サービス (76.4%)、相談支援 (54.9%) と福祉サービス (37.5%) を利用し、それらを CMer が調整して地域生活を維持していることが明らかになった。

CMer が一定数のケースロードの範囲で同科の通院患者を援助することが可能になったため、「重度かつ慢性」に相当する長期在院患者の地域移行が可能になり、さらに以前よりも重症の通院患者の地域生活を維持できるようになったことは前項で触れた。

4 . 通院患者に実施されている CM の実態

同科で CM を利用している通院患者 1 人に提供されているサービスの合計時間は、平均で 2 ヶ月に延べ約 346 分だった。1 ヶ月当りにならせば 3 時間弱、週当りでは 40 分弱になる。それ以外に移動時間が 112 分だったが、郡部のため、比較的近接した地域に集中している可能性がある。

内容を見ると、他機関との連携やケア会議などの調整業務のみならず、患者本人に対す

る関係性の構築・不安の傾聴、服薬・症状管理、日常生活支援等の直接支援にかかる時間が長いことが明らかになった。直接サービスの提供があり、アウトリーチや多職種支援を現に提供していることから、同科の CM は ICM に相当することが示された。

障害者総合支援法による相談支援の有無によってサービス提供時間に差はなく、精神障害者に対する CM は、医療側からの接近も必要であることが示唆された。退院後 1 年間、および生活障害、行動障害が重度の症例では、サービス提供時間が長くなる傾向があった。前項でも触れたが、「重度かつ慢性」に該当する患者群を含む、多くの重症患者の地域生活を支援する実情が示されたと言える。

5 . CM 普及に必要な課題

同科では精神病床数が現在の約 5 倍だった時期に看護師、PSW、作業療法士 (OT)、心理職が多数配置された。病床削減に伴い、看護師の一部は訪問看護に従事するようになり、多くは院内の他科病棟に移動した。CP は児童・思春期患者の診療などに手を割くようになり、PSW と一部の OT は CM に従事するようになった。こうした人員配置が診療報酬等で下支えされることが、CM の普及と病院の構造改革、ひいては長期在院患者の地域移行のために何よりも重要である。

仮に診療報酬化される際に論点として考えられるのは、例えば以下のようなものである。

医師、看護師、PSW 等の適切な配置。
量的、質的に CM が十分提供されるための、CMer のケースロードの設定。
地域生活が困難な重症患者の地域移行と定着の支援を担保するための、利用者の重症度評価と訪問支援、クロザピン治療等の十分な提供。

必要な援助を必要な期間のみ提供するための、支援ニーズアセスメントと支援計画、定期的な評価と、実情に合った多職

種と院外関係者によるカンファレンス等の開催。

6. 本研究の限界と展望

本調査の対象施設は郡部の総合病院精神科1施設であり、地域特性や医療機能が異なるわが国の他の精神科医療機関において追試される必要がある。初年度の後半において大都市部の精神科診療所で調査1、調査2と同一の調査が開始され、次年度における集計結果が待たれる。

加えて、次年度は同科のCM利用者の追跡調査を実施し、CMの効果を検証する。また、これら両施設の結果を踏まえてCMガイドライン(案)を作成し、それを基に多施設で実施する前向き研究を準備する。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 川副泰成, 名雪和美, 山口創生, 青木勉, 藤井千代: 精神科医療機関におけるインテグレーション・ケアマネジメントの提供に関連する要因: クロスセクショナル調査. 第36回日本社会精神医学会, 東京, 2017.3.4.

- 2) 藤井千代, 山口創生, 名雪和美, 青木勉, 川副泰成: 精神科医療機関において通院患者に実施されているインテグレーション・ケアマネジメントの実態に関する研究 第36回日本社会精神医学会, 東京, 2017.3.4.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) 川副泰成: ある「地方型総合病院精神科」の医師・技術職の配置数と医療機能の推移. 病・地域精医, 53: 160-161, 2010.
- 2) 名雪和美, 中山達也, 伊藤綾香, 他: 地域移行支援がなぜ進まないのか - 退院後の支援環境構築の視点から -. 精神科治療学, 29: 85-90, 2014.
- 3) 渡邊博幸: アウトリーチ - アウトリーチの概念と多職種チームで行うアウトリーチの実践 -. 臨床精神医学, 40: 667-674, 2011.

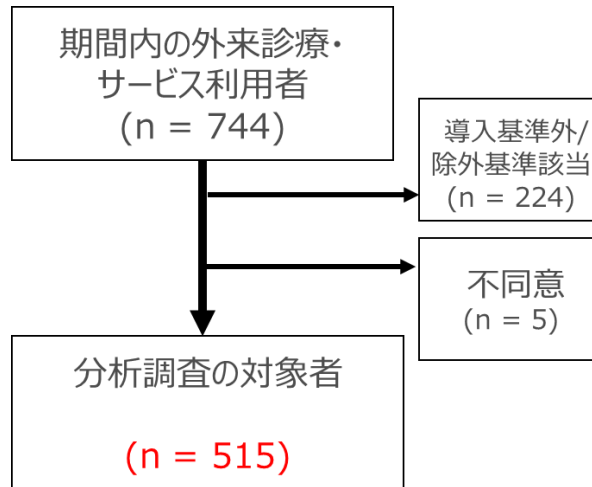


図1 対象者の選定フロー（調査1）

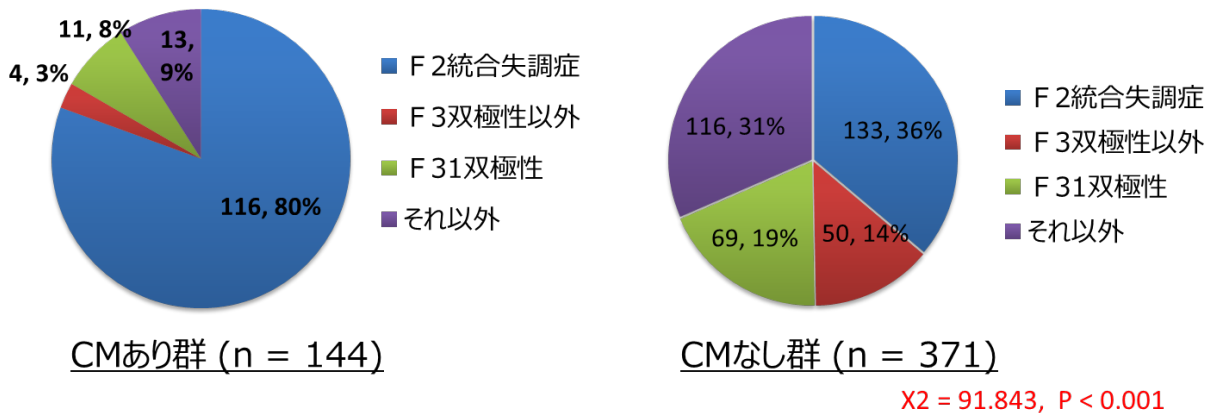


図2 診断

表1 年齢と機能

	CMなし群 (n = 371)		CMあり群 (n = 144)		t	P
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
GAF	55.28	14.46	47.35	13.83	5.649	P < 0.001
PSP セルフケア	0.87	1.09	1.19	1.01	2.986	P = 0.003
社会的に有利な活動	1.91	1.22	2.39	0.92	4.306	P < 0.001
個人的・社会的関係	1.77	1.13	2.13	0.99	3.414	P < 0.001
不穏な・攻撃的な行動	0.37	0.74	0.67	1.00	3.641	P < 0.001
総合得点	60.72	16.67	52.79	14.49	5.015	P < 0.001
年齢	51.19	16.30	47.34	12.32	2.665	P = 0.011

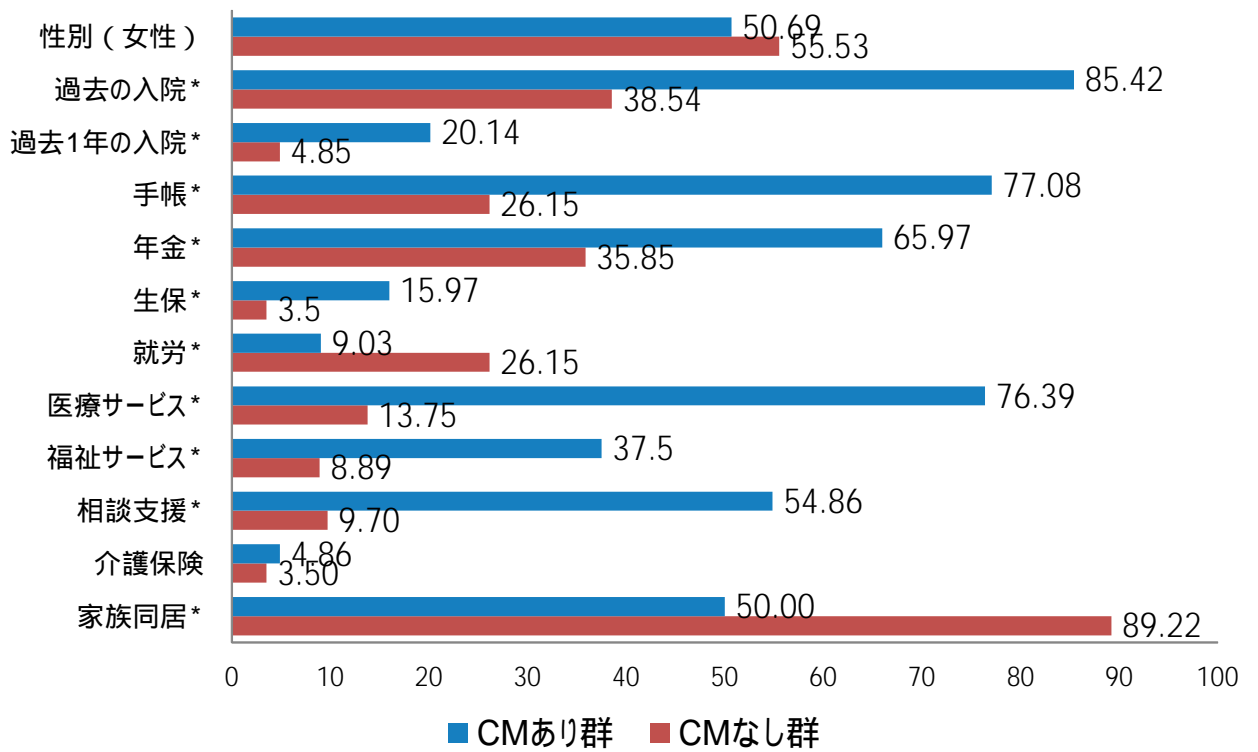


図3 CMの有無と基本属性の割合

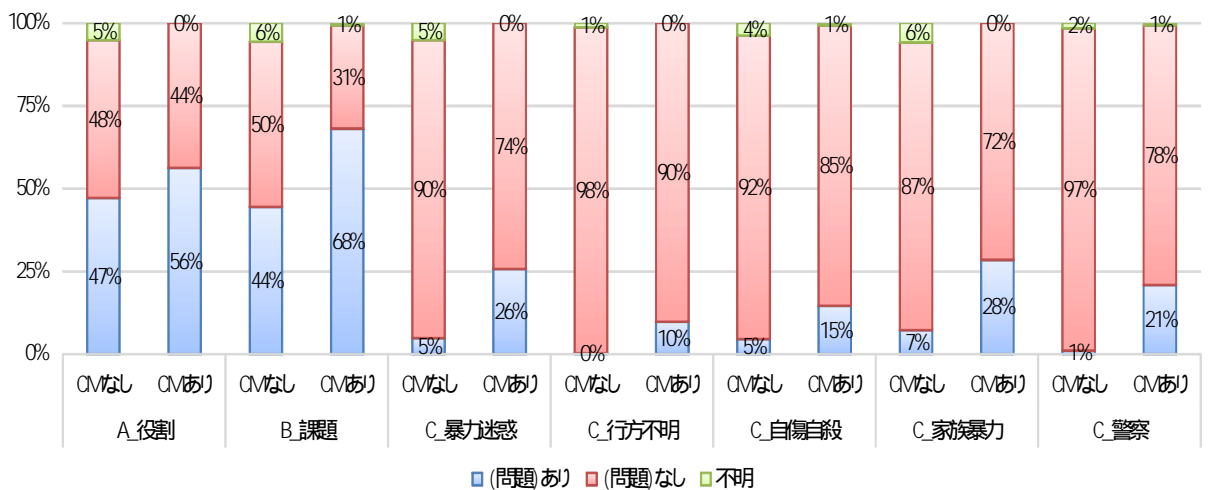


図4 地域生活の困難度1

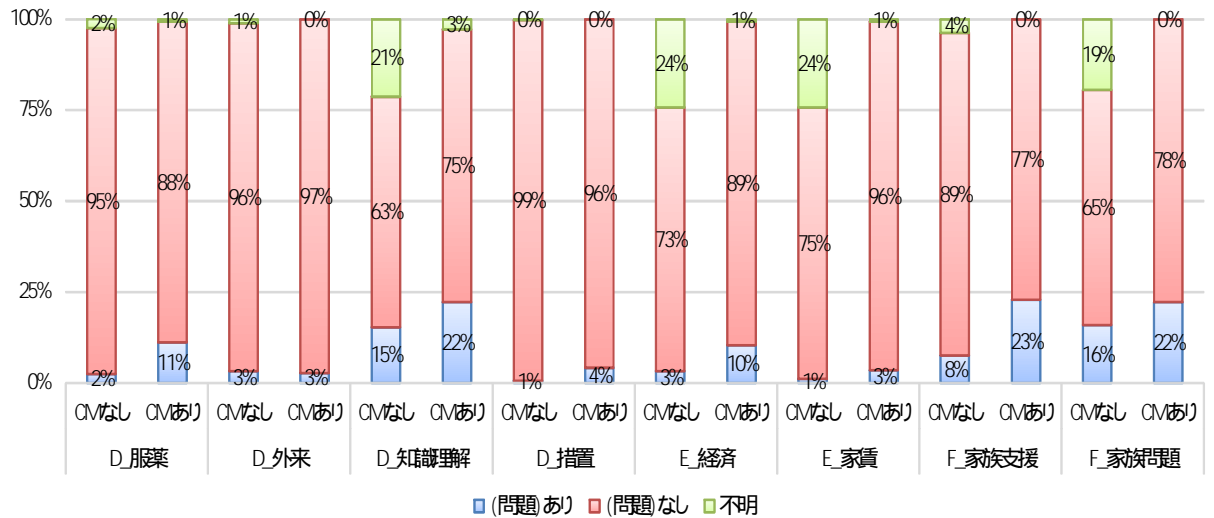


図5 地域生活の困難度2

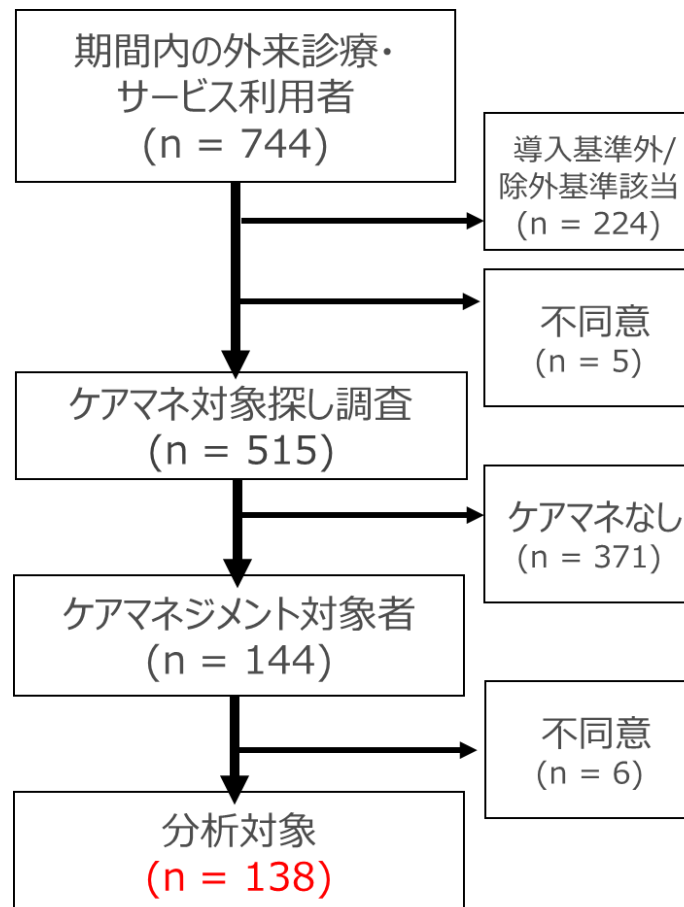


図6 対象者の選定フロー（調査2）

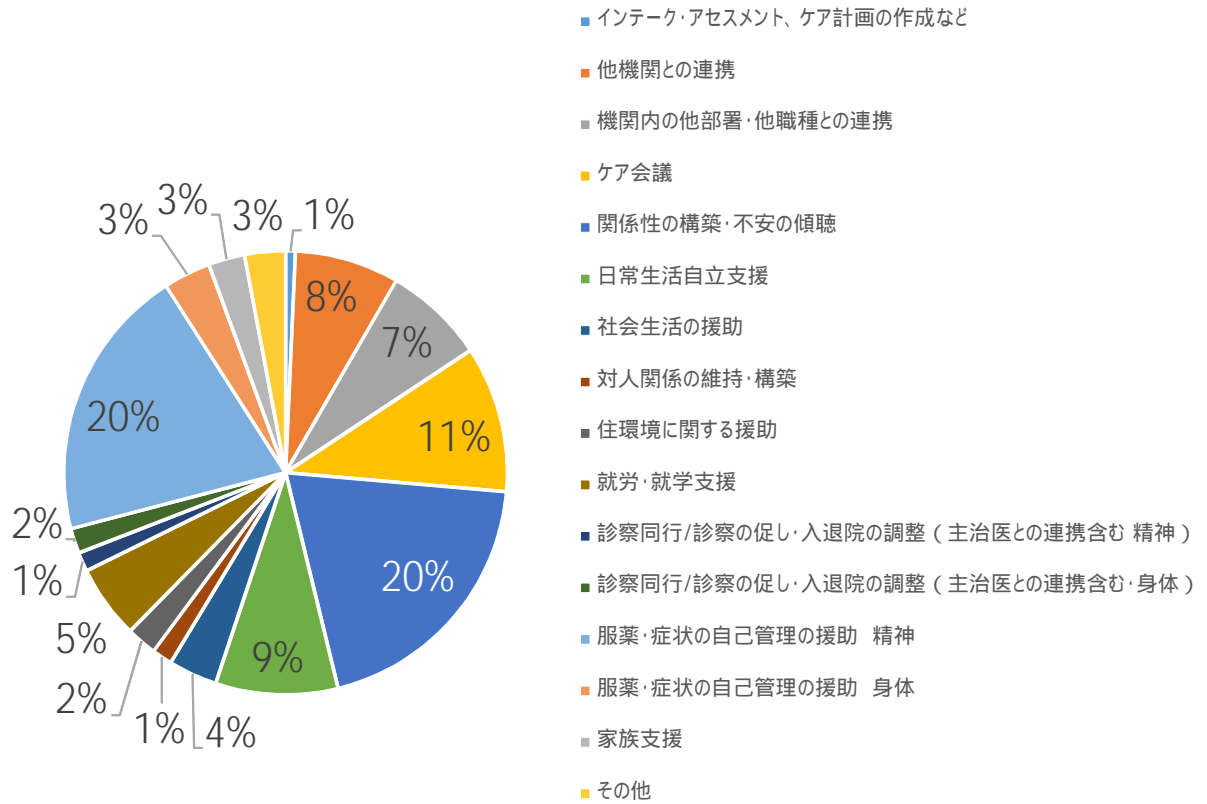


図7 各サービスコードの割合 (1対1換算サービス提供時間)

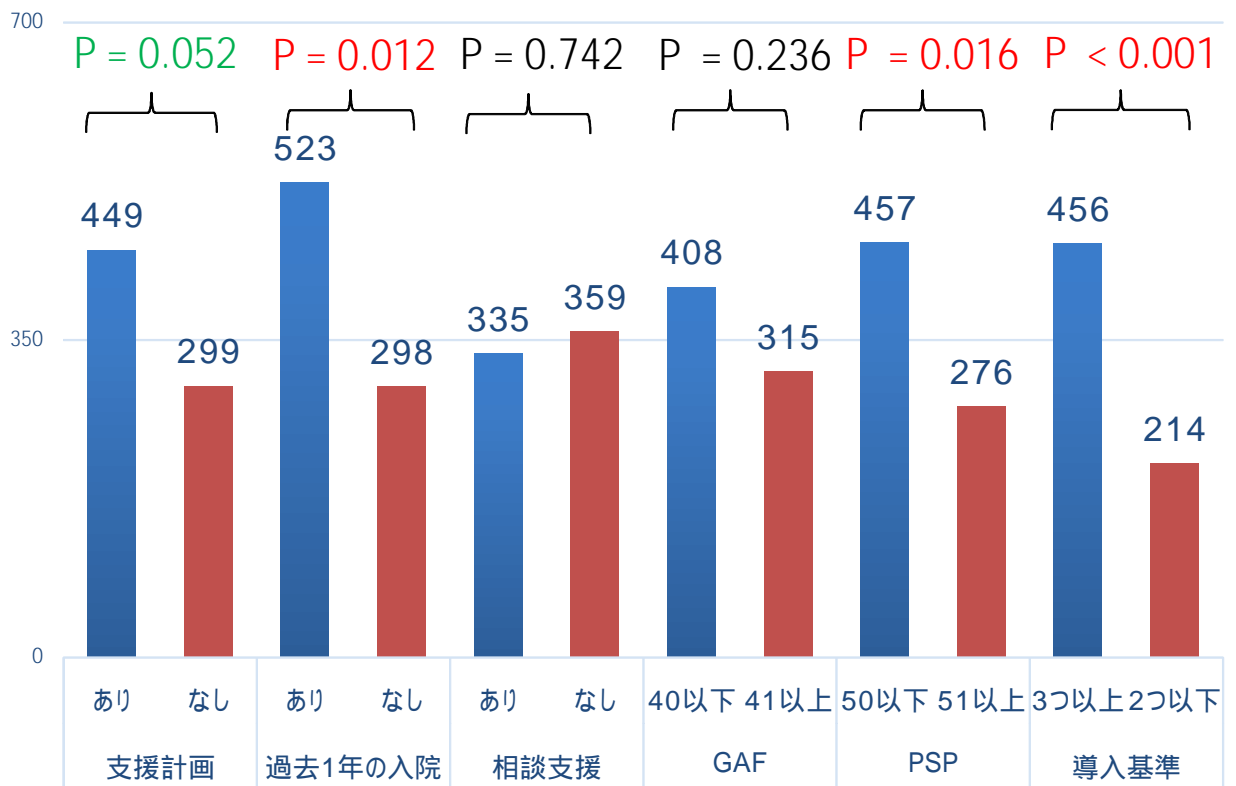


図8 基本属性とサービス量の比較 (1対1換算サービス提供時間)

外来患者ケアマネジメント スクリーニングシート（ケースマネージャー用）

ことわりのない場合は、当てはまるもの 1 つに✓をつけてください。

1 つでも欠損（空欄）があるとデータとして使えなくなりますので、1-29 の全ての選択肢についてご回答ください。

ID : _____		記入日 : _____年____月____日		記入者 : _____	
【 】対象者の基本属性：情報がない場合には「無」に✓をつけてください。					
6. ケアマネージャー：1) <input type="checkbox"/> 無 2) <input type="checkbox"/> 本来は必要であるがマンパワーの問題等で現在は無 2) <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合：ケアマネージャーの所属 1) <input type="checkbox"/> CMHT 2) <input type="checkbox"/> デイケア 3) 地域生活支援室 4) <input type="checkbox"/> その他 ケアマネジメント導入日：_____年____月____日					
7. 生年月日： _____年____月____日		8. 性別：1) <input type="checkbox"/> 女性 2) <input type="checkbox"/> 男性			
9. 過去の入院回数：_____回（うち過去1年：_____回）		10. 直近の入院：_____年____月____日～_____年____月____日			
11. 現住地の市区町村 or 郵便番号：_____		12. 精神保健福祉手帳：1) 無 2) 有（_____級）			
13. 障害年金受給：1) 無 2) 有（_____級）		14. 生保受給：1) 無 2) 有			
15. 仕事（最賃以上）：1) <input type="checkbox"/> 無 2) <input type="checkbox"/> 就労継続 A 型 3) <input type="checkbox"/> 特例子会社 4) <input type="checkbox"/> 一般企業や NPO 法人等					
16. 雇用形態：1) <input type="checkbox"/> 正規職員 2) <input type="checkbox"/> 非正規職員（アルバイト、パート、派遣社員、契約社員等）					
17. 日常的（週1回以上）に利用している医療サービス：1) <input type="checkbox"/> 無 2) <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合（複数回答）： <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他（_____）					
18. 日常的（週1回以上）に利用している地域福祉サービス：1) 無 2) 有 3) 不明 「有」の場合（複数回答）： <input type="checkbox"/> 就労継続 B 型 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 生活訓練 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> その他（_____）					
19. 住居形態：1) <input type="checkbox"/> 家族同居 2) <input type="checkbox"/> 一人暮らし 3) <input type="checkbox"/> グループホームなどの地域施設 4) <input type="checkbox"/> その他（_____）					
【 】ケアマネジメント導入基準：特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい					
A	15. 6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
B	16. 自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
C	17. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	18. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	19. 自傷や自殺を企てたことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	20. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	21. その他の警察・保健所介入歴がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
D	22. 定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	23. 外来受診をしないことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	24. 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	25. 直近の入院は措置入院である	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
E	26. 日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	27. 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
F	28. 支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
	29. 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	

1 つでも欠損（空欄）があるとデータとして使えなくなりますので、1-29 の全ての選択肢についてご回答ください。

た n	活動内容	活動場所	計 時間	の うち 診 療 報 酬 内	の うち 夜 間 / 休 日 対 応	ス タ フ 人 数	ス タ フ の 内 訳					
							Ns	PSW	OT	心理	他	Dr
1	インテーク・アセスメント、ケア 計画の作成など 利用者（1.あり 2. なし）	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
2	他機関との連携 利用者（1.あり 2. なし）	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
3	機関内の他部署・他職種との 連携 利用者（1.あり 2. なし）	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
4	ケア会議 利用者（1.あり 2. なし）	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
5	関係性の構築・不安の傾聴 利用者（1.あり 2. なし）	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
6	日常生活自立支援 (家事・食事・金銭管理・余暇等) 利用者（1.あり 2. なし）	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
7	社会生活の援助 (移動・銀行・役所の利用等) 利用者（1.あり 2. なし）	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
8	対人関係の維持・構築 利用者（1.あり 2. なし）	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
9	住環境に関する援助 (アパート探し、大家との調整) 利用者（1.あり 2. なし）	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
10	就労・就学支援 利用者（1.あり 2. なし）	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
11	診察同行/診察の促し・入退院 の調整（主治医との連携含む） 利用者（1.あり 2. なし） 対象症状(1.精神 2. 身体)	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
12	服薬・症状の自己管理の援助 利用者（1.あり 2. なし） 対象症状(1.精神 2. 身体)	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
13	家族支援 家族（1.あり 2. なし） 利用者（1.あり 2. なし）	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
14	その他 危機介入 (内容：) 利用者（1.あり 2. なし）	院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		院内(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人

サービスを提供した場合は、該当する欄に必要事項をご記入ください

入院中に対応した場合は、院内と(^)の両方に✓をいれてください。