

# アウトリーチマニュアル

アウトリーチを行う人のために

令和5年2月

三重県こころの健康センター

## はじめに

三重県こころの健康センター  
所長 楠本みちる

平成 28 年から国は、精神保健医療分野において「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という概念を提示しています。これは、精神障害の有無や程度にかかわらず、安心して暮らすことができるよう、医療、障害福祉、介護、社会生活などが包括的に確保されたシステムの中で、市区町村が中心として構築を進めることが期待されています。保健所や精神保健福祉センターなどの県の機関は、主に後方支援を担うという役割を持っています。

主に令和 6 年度から施行される改正精神保健福祉法では、都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談対象が、「精神障害者とその家族」から「精神保健に関する課題を抱えるもの」に拡大されます。これは日本の精神保健医療福祉分野での大きな転換点となることを意味しています。

三重県では平成 23 年度から三重県精神障がい者アウトリーチ体制構築事業を開始しており、県内精神科医療機関が実施してきた歴史があります。また、アウトリーチと標榜しなくても、保健所や訪問看護や地域包括支援センターなど、対象者やその家族に対する訪問を日常的に業務の中で実施してきた機関も多数あると思われます。

三重県こころの健康センターは、令和 4 年度からひきこもり多職種連携チームを設置しました。三重県のひきこもり事業の発展に伴い、新たに設置されたものですが、実は対象とする当事者やその家族は、ひきこもり状態の方に限られません。精神疾患やその疑いのある方など広範囲の方を対象としています。

当センターが正式にアウトリーチを開始したのは、令和 4 年度からです。当センターでアウトリーチを開始してみて、精神保健や支援一般についての基本的事項が十分に理解されていなかったり、不適切に解釈されている場合も散見されました。精神保健医療に基盤を置く精神保健福祉センターである当センターが、倫理面も含めた基本的事項をまとめて関係機関の皆様と共有することを目的として、アウトリーチマニュアルを発行することになりました。記載内容は、他分野の方にとっても参考になるように、基本的なしかし重要な事項に限定しました。また、読みやすさを考慮して Q & A 形式の記載にしました。

今後は、医療機関内や施設内だけでなく、ますます多くの精神保健に課題を抱える人を在宅で支える時代になっていきます。精神保健医療以外の多くの分野でのアウトリーチも実施されていくことが予想されます。アウトリーチを行う人が、このマニュアルを活用され、活動を発展されていくことを希望しています。

## 目 次

### 1. アウトリーチの考え方と「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」…P 1

- Q1 国が示しているアウトリーチの基本的な考え方とはどのようなものですか。
- Q2 精神障害者アウトリーチ推進事業とはどのようなものですか。
- Q3 三重県における医療的アウトリーチはどのような状況ですか。
- Q4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとアウトリーチの関係はどのようなものですか。
- Q5 アウトリーチの効果にはどのようなものがありますか。

### 2. アウトリーチにおけるアセスメント ……………P 3

- Q6 アウトリーチにもアセスメントは必要ですか。
- Q7 なぜアセスメントが必要なのですか。
- Q8 支援に関わる関係機関が、医療、保健、介護、福祉など多分野にわたることがありますが、その際のアセスメントの方法はどのようにしたらよいのですか。
- Q9 スtrenグスアセスメントはどのようなものですか。

### 3. アウトリーチの手順 ……………P 5

- Q10 精神保健医療サービスが必要な人はどのように分類できますか。また、どのような人がアウトリーチの対象ですか。
- Q11 アウトリーチはどのような手順で進めるのですか。
- Q12 包括的支援マネジメントとはどのようなものですか。
- Q13 なぜ包括的支援マネジメントがアウトリーチに必要なのですか。
- Q14 ケースマネジメントやケアマネジメントという言葉を使いますが、どのように違うのですか。
- Q15 家族から自宅訪問の希望がありましたが、当事者は拒否しています。どうしたらよいのでしょうか。
- Q16 自宅を訪問しましたが当事者には会えませんでした。家族のみに会うために訪問したほうがよいのでしょうか。
- Q17 アウトリーチをしているのですが、複数の支援機関が関わる場合、どのようなことに気をつける必要がありますか。

4. アウトリーチにおける倫理 .....P 9

- Q18 医療倫理の四原則とはどのようなものですか。なぜこれがアウトリーチにおいて必要なのですか。
- Q19 Jonsen らの四分割表とはどのようなものですか。
- Q20 インフォームド・コンセント（説明と同意）については、どのような点に留意する必要がありますか。
- Q21 共同意思決定（shared decision making : SDM）とはどのようなものですか。
- Q22 プライバシーについてはどのような点に留意する必要がありますか。
- Q23 当事者の同意が得られていないのに関係機関から情報開示することを求められているのですが、どうしたらよいのでしょうか。
- Q24 家族をアウトリーチチームの一員と考えてよいのでしょうか。
- Q25 精神保健サービスの実践に携わるすべての人に求められる 10 の基本（Hope R. The Ten Essential Shared Capabilities 2004）とはどのような内容ですか。

5. 精神保健医療分野での役割分担 .....P 14

- Q26 三重県こころの健康センター（精神保健福祉センター）、保健所、精神科医療機関（訪問看護を含む）の違いはどのようなものですか。

6. 資料 .....P 15

- 包括的支援マネジメント 実践ガイド  
包括的支援マネジメントツール

7. 参考文献

## 1. アウトリーチの考え方と「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」

**Q1** 国が示しているアウトリーチの基本的な考え方とはどのようなものですか。

厚生労働省「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」（平成 20 年 4 月～平成 21 年 9 月）の報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（平成 21 年 9 月）を受けて立ち上げられた「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」における議論（第 4 回、平成 22 年）の中で、アウトリーチの基本的な考え方は示されています。すなわち、「地域で生活すること」を支えるために、医療面の支援のみならず家族も含む生活面の支援が必要で、それを多職種で支え、さらに当事者のみならず家族の自尊心も尊重する関わり方が基本とされるというものです（藤井千代、日精協誌、2017 年 4 月）。

**Q2** 精神障害者アウトリーチ推進事業とはどのようなものですか。

このような考え方に基づくアウトリーチ支援を推進するため、平成 23 年度から「精神障害者アウトリーチ推進事業」が始められました。その後も医療・保健など様々な基盤に基づくアウトリーチが行われるようになっていきます。公的機関のみに注目すると、アウトリーチを行う自治体は、岡山県、京都府、福島県、東京都、仙台市、静岡市などと増えています。特に、岡山県、福島県については、保健所、医療機関やその他の地域の機関間と情報共有や同行訪問などを通じてネットワークを形成し、連携体制構築や人材育成にも寄与することを目標とする、ネットワークアウトリーチを標榜しています。

**Q3** 三重県における医療的アウトリーチはどのような状況ですか。

三重県では、平成 23 年度から、鈴鹿・亀山地域においてまずは国のモデル事業として、アウトリーチを開始しました。平成 28 年度からは、津地域が追加され、2 地域体制となりました。令和 2 年度 7 月から伊賀地域が加わり、令和 4 年度現在、鈴鹿・亀山地域、津地域、伊賀地域の 3 地域で三重県精神障がい者アウトリーチ体制構築事業として実施されています。

---

**Q4** 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとアウトリーチの関係はどのようなものですか。

---

厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（平成 28 年 1 月～平成 29 年 2 月）において、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という概念が提示されました。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは、当初は、精神障害者が、地域で安心して生活するために、医療、障害福祉、就労、住居、教育などが包括的に確保された体制を目指すというものでした。従来の契約型支援に必ずしもつながっていない当事者に対しても包括的な支援を届けるという目標を掲げています。その後、その対象者は、精神障害者から「精神保健に関して課題を抱える方」へと拡大しています。主に令和 6 年度から施行される改正精神保健福祉法において、都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談対象が、「精神障害者とその家族」から「精神保健に関する課題を抱えるもの」に拡大することを踏まえたものです。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築のためにアウトリーチが有用であることはわかりかと思えます。

---

**Q5** アウトリーチの効果にはどのようなものがありますか。

---

先進諸国では、多職種アウトリーチ支援は精神科医療における標準的な支援として位置づけられています。その医療的アウトリーチに関するエビデンスでは、専門職で構成される、アウトリーチを中心としたケアを提供する **community mental health team(CMHT)**のケアと通常のケアを比較すると、**CMHT** によるケアは、治療継続性や入院を減らす効果が示唆されています。また、アウトリーチ支援を含む **intensive care management(ICM)**は標準的ケアと比較して、入院期間を減らし、ケアをより継続させる可能性があることが示されています。**ICM** では、当事者 1 名につきケースマネジメント担当者 1 名が配置され、当事者のニーズアセスメント、ケア計画の作成、サービス調整、継続的にコンタクトをとる等を行います（藤井千代、精神科治療学、2021 年 4 月）。

## 2. アウトリーチにおけるアセスメント

---

### Q6 アウトリーチにもアセスメントは必要ですか。

---

アウトリーチを実施する際に、とにかく当事者の自宅を訪問することを最優先と考えている支援者の方に時々遭遇します。通常、精神保健サービスの対象者に対して支援を実施する前に、まず対象者やその家族の状況、周囲の状況等について情報を得て、見立てを行い、支援を実施した場合あるいは実施しない場合の結果の予測等を行う必要があります。これらをアセスメントと呼びます。サービスの1つであるアウトリーチを行う際にも、同様の手順を踏みます。精神保健医療分野のアウトリーチにおいては、巻末の包括的支援マネジメントツールの中に、アセスメントシートが含まれていますので、利用することができます。

---

### Q7 なぜアセスメントが必要なのですか。

---

以下のような理由があると考えられます。

- ①なるべく正確で適切な情報を得て、適切な方針を決定するため  
当事者、家族、近隣の住民、支援者やその所属機関等、関係者に関する安全管理も含めた利害の検討が必要です。
- ②当事者やその家族等の希望や価値観等を適切に支援方針に反映するため
- ③精神保健サービスの配分に関して、また経済的な面に関しても、効率的で重複のない支援を行うため

---

### Q8 支援に関わる関係機関が、医療、保健、介護、福祉など多分野にわたることがありますが、その際のアセスメントの方法はどのようにしたらよいのですか。

---

各分野の専門職は、学んできた知識や技術、思想、経験等が異なっています。その相違を「専門性」と呼びます。当事者やその家族の希望を尊重して、現代の倫理や経済的な枠組みにもかなう支援を目指すという点は共有できると思いますが、全てを同じ土俵で論じられないという限界が生じる時もあるでしょう。まずは、支援者自身が基盤とする分野や姿勢を明確にして、そのうえで他分野との情報共有、議論等を行う必要があります。それを「連携」と表現できるでしょう。アセスメントを実施する目的は、Q6と

Q7 で示した通りです。支援者の都合ではなく、当事者やその家族等の利益のためにサービスを提供することが目的であるということは忘れてはならないことです。

---

**Q9** ストレングスアセスメントはどのようなものですか。

---

サービスの対象者を病気の人、問題を抱えた人ととらえ、その人の主に課題をアセスメントの項目とする、問題志向のアセスメントがあります。一方、地域で生活する1人の人と捉えた時には、その人の希望する生活に注目して、長所・強みとなる条件を挙げていくという方法もあります。後者をストレングスアセスメントと呼びます。支援者の分野や支援状況等の条件にもよりますが、前者の問題志向のアセスメントと後者のストレングスアセスメントの両者を併用する必要があるでしょう。

○ ストレングスの種類（例）

**個人の性格** : 正直である、感性が豊かである

**個人の能力** : 野球の経験がある、自動車の運転ができる

**環境** : 自宅を所有している、親切な隣人がいる

**個人の関心や希望** : 釣りが好き、遠方にいる兄弟を訪問したい



### 3. アウトリーチの手順

Q10 精神保健医療サービスが必要な人はどのように分類できますか。また、どのような人がアウトリーチの対象ですか。

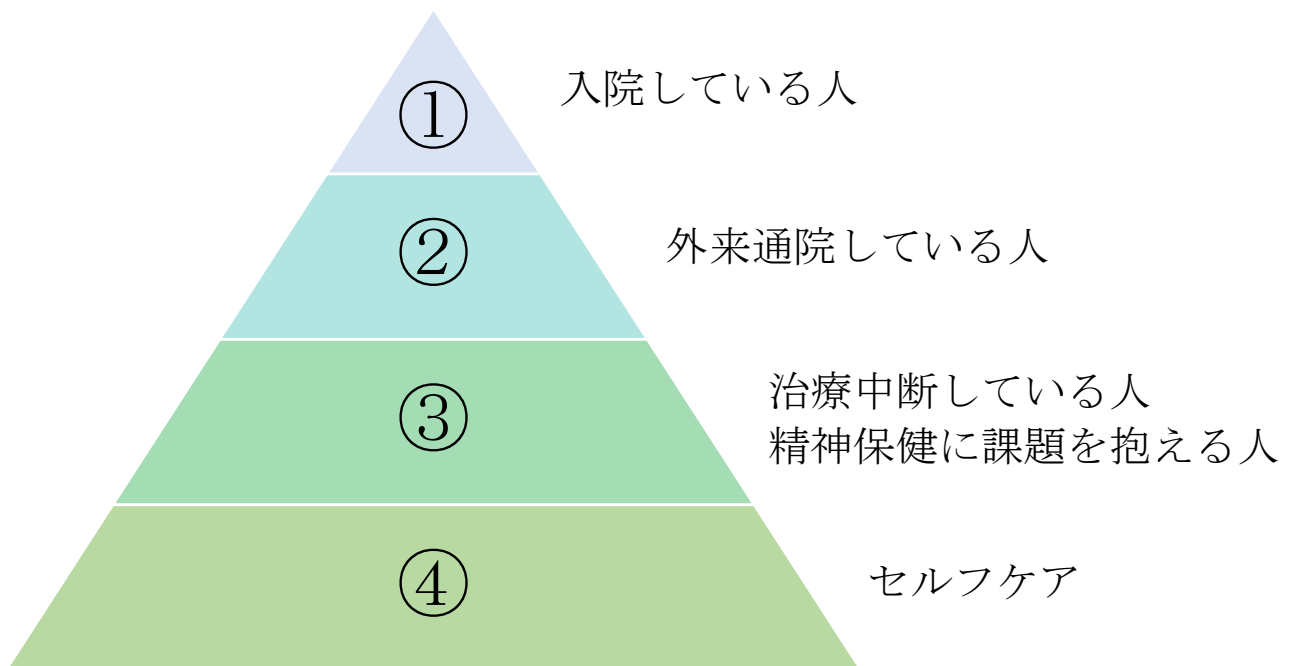


図1 精神保健医療サービスの必要な人

精神保健医療サービスの必要な人は図1の主に①②③に含まれます。その中で、アウトリーチの対象となるのは主に②③の範疇の人です。支援が必要であるにもかかわらず、自発的に支援を求めるのが難しい人に対して、支援機関が積極的に働きかけて、必要な情報や支援を届ける点が、アウトリーチの特色です。主に当事者の生活の場に足を踏み入れるため、当事者や当事者を取り巻く周囲の人々との、より丁寧な関係作りが重要となります。

①②③④のどの範疇に属するかは固定的なものではなく、移動する場合があります。

---

**Q11** アウトリーチはどのような手順で進めるのですか。

---

基本的にはケースマネジメントの手法を用いて実施します。多くは当事者、家族、近隣住民、関係機関からの連絡により当事者を把握することから開始されることが多いと思われま

---

**Q12** 包括的支援マネジメントとはどのようなものですか。

---

「包括的支援マネジメント」とは、様々な社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結び付けて調整を図り、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り、多職種によるアセスメントと計画、介入を包括した集中的なケースマネジメントを意味します。「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（平成 28 年 1 月～平成 29 年 2 月）の報告書において、「長期入院精神障害者をはじめとする中重度の精神障害者の地域生活支援を支えていくためには、多職種協働による包括的支援マネジメントを機能させていく必要」があると指摘されています。それを受けて、精神障害者の地域生活を推進する政策研究（平成 28 年 藤井千代ら）として、包括的支援マネジメント実践ガイドが作成されました。巻末に資料として添付しましたので、参考にして下さい。

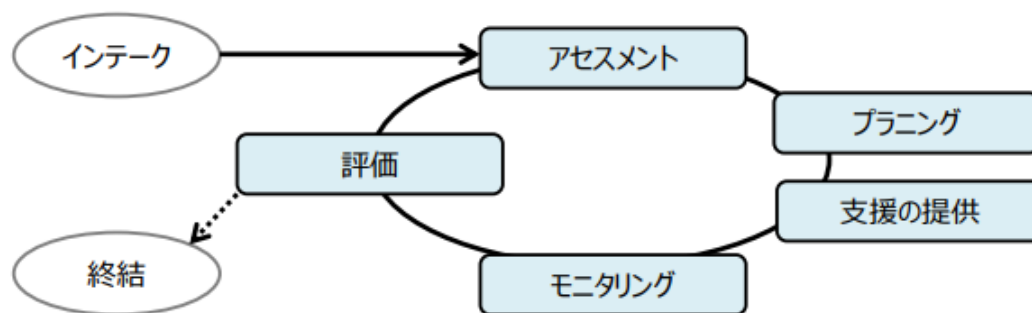


図 2 包括的支援マネジメントの流れ（包括的支援マネジメント実践ガイド より）

---

**Q13** なぜ包括的支援マネジメントがアウトリーチに必要なのですか。

---

医療機関や施設での生活では、サービスがその中に一貫性を保って集中されています。しかし、自宅を中心とした地域での生活では、1つのサービスで完結することは極めて少なく、多くのサービスを組みあわせて利用することになります。アウトリーチの対象となる人の多くは、Q10で述べたように自ら支援を求めない人ですので、種々のサービスが重複なく、効率的に実施されるように、マネジメントを行う必要があります。

---

**Q14** ケースマネジメントやケアマネジメントという言葉を使いますが、どのように違うのですか。

---

ケースマネジメントもケアマネジメントも、内容的には、Q12で述べた包括的支援マネジメントとほぼ同じことを意味していると考えて支障がないと思います。国際的にはケースマネジメントと呼ばれることが一般的です。一時、イギリスではマネジメントするのはケース（症例）ではなく、ケアであるとの考えから、ケアマネジメントの呼称が用いられました。その時期の考えから、日本ではケアマネジメントと呼ばれることが多いようです。

---

**Q15** 家族から自宅訪問の希望がありましたが、当事者は拒否しています。どうしたらよいのでしょうか。

---

当事者が同意している場合に訪問や他の支援を行うのが原則です。しかし、自分は支援者に会いたくないが、家族のみが会うのは構わないという場合があります。その際は、家族のみに会う訪問を実施し、問題がないならば継続することも可能でしょう。

---

**Q16** 自宅を訪問しましたが当事者には会えませんでした。家族のみに会うために訪問したほうがよいのでしょうか。

---

当事者が了承しているならば、家族のみに会うための自宅訪問にも効果があると考えられます。自宅や自宅周辺の様子を実際に見ることで、当事者について理解を深めるための情報を得ることができます。また、他人である支援者が自宅を訪れて会話することで、家族が変わり、家の中の空気が変わり、そしてそれは当事者の変化をもたらすことも少なくありません。精神科訪問看護において、当事者のみならず家族等も訪問の対象となっていることを考えてみると、家族を訪問する効果について理解ができると思います。

---

**Q17** アウトリーチをしているのですが、複数の支援機関が関わる場合、どのようなことに気をつける必要がありますか。

---

中心となって支援を行う機関が決まっているのが望ましいでしょう。複数の支援機関が関わる場合は、役割分担等が明確になっていること、支援機関間で必要な情報共有がされていること、支援方針が統一されていること等が必要です。これらに不備がある状態で、重複したり、適切でない支援が行われるのは、当事者や家族の利益にはならないでしょう。

☛ 参照 Q12 の包括的支援マネジメント

## 4. アウトリーチにおける倫理

**Q18** 医療倫理の四原則とはどのようなものですか。なぜこれがアウトリーチにおいて必要なのですか。

1979年、BeauchampとChildressは、『生物医学・医療倫理の諸原則』の中で、以下の四原則を提示しました。

医療倫理の四原則

- ① 自立尊重原則：本人の意思、自己決定を尊重する
- ② 善行原則：治療・支援による効果を最大にする
- ③ 無危害原則：治療・支援による危害を避ける。避けられない場合は最小にする
- ④ 正義原則：利益と負担を公正に配分する

医療倫理とありますが、医療以外の分野においてもこの四原則は適用できると思われ  
ます。特にアウトリーチは、医療機関や施設・事業所の外で、1～2人など少人数でサー  
ビスが実施されることが多く、支援者個人の裁量が大きかったり、他の支援者から細部  
が見えにくいことも多い分野です。支援者の高い倫理意識が要求されます。

**Q19** Jonsenらの四分割表とはどのようなものですか。

実際の事例に遭遇した時に、Q18の医療倫理の四原則のみでは、具体的にどのように  
方針を決定したらよいのか判断に迷うことも予想されます。Jonsenらは1997年に、  
円滑な問題解決を導くためのチェックシートとして、四分割表を考案しました。医学的  
適応、当事者の意向、QOL、周囲の状況の4点についてチェックするものです。本マニ  
ュアルでは、「患者」とあるところを「当事者」と改変しています。

## Jonsen らの四分割表 (改変)

### 医学的適応

- ・ 診断と予後
- ・ 治療目標の確認
- ・ 医学の効用とリスク
- ・ 無益性

### 当事者の意向

- ・ 当事者の判断能力と対応能力
- ・ インフォームド・コンセント
- ・ 治療の拒否
- ・ 事前の意思表示
- ・ 代理決定

### QOL (Quality of Life)

- ・ QOL の定義と評価  
(心理・身体・社会的側面から)
- ・ 誰がどのような基準で決めるか
- ・ QOL に影響を及ぼす因子

### 周囲の状況

- ・ 家族等他者の利益
- ・ 守秘義務
- ・ コスト・経済的側面
- ・ 希少資源の配分
- ・ 法律
- ・ 公共の利益
- ・ 施設の方針
- ・ その他あらゆる問題

---

**Q20** インフォームド・コンセント (説明と同意) については、どのような点に留意する必要がありますか。

---

地域における精神保健サービスは、家族や地域社会からの要請で介入することも多く、当事者の同意が得られていないことがあります。当事者の同意が得られていない場合の介入は、法律上そして倫理上許容できるか否かを確認した上で方針を決定する必要があります。法律上そして倫理上許容できない状況では、当事者の同意を得られないアウトリーチ (支援) は実施すべきではありません。

インフォームド・コンセントが成立するためには、

- ① 必要な情報が当事者に対して開示されていること
- ② 当事者の判断能力
- ③ 当事者の自発的な (他から強制されない) 決定

の 3 つの条件が必要です。

---

**Q21** 共同意思決定（shared decision making：SDM）とはどのようなものですか。

---

インフォームド・コンセントを更に進めた考え方で、近年精神医療保健分野でもその重要性が言及されています。共同意思決定とは、治療者（支援者）によるパターナリスティック paternalistic（父権主義的）な方針決定ではなく、当事者の意思・希望・価値観を尊重しながら説明を行い、双方向の意見交換を経て治療方針（支援方針）を決定するというものです。「障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省 平成 29 年）も参考にして下さい。

---

**Q22** プライバシーについてはどのような点に留意する必要がありますか。

---

アウトリーチを実践する上で、当事者と家族のプライバシーについては十分配慮する必要があります。アウトリーチは当事者の自宅を訪問することが多く、当事者や家族の中には、疾患について、そしてアウトリーチ支援を受けていることやその他の個人情報を、近隣住民やその他の関係者に知られたくないと考えている場合もあると考えられます。また、時間の経過に伴って考えが変化することもあります。当事者や家族の希望を常に正確に把握する努力が求められます。

---

**Q23** 当事者の同意が得られていないのに関係機関から情報開示することを求められているのですが、どうしたらよいでしょうか。

---

アウトリーチチームが地域で活動する際に、当事者の同意が得られていないのに関係機関や地域から情報を開示することを要求される場合があるかもしれません。当事者・家族や第三者に差し迫った危険が及ぶような緊急事例が想定される場合がそうです。しかし、この場合に守秘義務を優先するべきなのか、守秘義務を解除すべきなのかの判断は、法律上そして倫理的な面からの慎重な吟味を経る必要があります。また、そのような重要な判断はなるべく単独で行わず、チーム内や所属組織内の上位の者への相談後に行う方が賢明です。

---

**Q24** 家族をアウトリーチチームの一員と考えてよいのでしょうか。

---

当事者の同意が得られない場合は、家族との情報共有に関しても倫理的な検討の余地があります。

---

**Q25** 精神保健サービスの実践に携わるすべての人に求められる10の基本  
(Hope R. The Ten Essential Shared Capabilities 2004) とはどのような内容  
ですか。

---

「精神保健サービスの実践に携わるすべての人に求められる10の基本」  
(Hope R. The Ten Essential Shared Capabilities 2004) は、英国で専門職のトレーニングに使用されているものです。国によって制度や政策は異なりますが、日本においても参考になると思われますので紹介します。

①関係を築き協働できる

サービス利用者、ケアラー(当事者を無償で支える人たち)、家族、同僚、一般の人々、更には地域社会と、建設的な協力関係を築きそれを持続できる。利害や目標の違いから関係者の間に緊張が生じた時に、その緊張を生かす前向きな取組ができる。

②多様性を尊重できる

年齢、人種、文化、障害、性別、信仰や信念などについての多様性について、その価値を認め、尊重し、多様性が生きるケアや治療を提供できるよう、利用者、ケアラー、家族、同僚と協働できる。

③倫理を尊重した実践ができる

利用者や家族の権利と希望を常に忘れず、立場により強さに格差があることを認めて、—その差をなくしていけるよう努める。提供する治療やケアが、ガイドライン、法律、自治体などが定める倫理規定に沿っていることを利用者やケアラーに責任をもって説明できる。

④不平等に挑んでいける

利用者・ケアラーや精神保健サービスについての偏見や差別、社会的な不平等や排除について、その原因とそれがもたらす影響をなくす取り組みができる。利用者が暮らす地域社会で、その一員としての役割を見出し、発展させ、持続でき、それによって尊重されるよう支援する。



⑤リカバリーを促進できる

利用者やケアラーが、精神保健の問題に対して希望をもって前向きに取り組むことができるよう、また精神保健の問題による困難があってもそれを乗り越えて価値ある人生が送れるよう、協働してケアや治療を提供できる。

⑥利用者のニーズを明らかにし、ストレングス（持っている力）を見出すことができる

利用者、家族、ケアラー、友人と協働して、健康と生活のケアについての情報を集め、希望する人生と夢をかなえるという視点から、そのニーズについて一致できる。

⑦利用者中心のケアを提供できる

利用者と家族の視点に基づいて、達成が可能で意義のある目標を話し合い、合意できた目標については、それを可能にして実現する方法、そのためのそれぞれの支援者の責任、支援の成果や達成できたことの意義を幅広く評価する方法を明確にできる。

⑧本当に役立つサービスを提供できる

利用者、家族、ケアラーのニーズを満たし希望を実現するために、健康と生活について科学的根拠に基づきしかも価値観を尊重した最良のケアへのアクセスを容易にし、実際のサービスとして提供する。

⑨安全の確保とリスクへのチャレンジを両立して促進できる

健康や安全についてのリスクにどこまでチャレンジするかを、利用者自身で決められるよう支援する。利用者、家族、ケアラー、地域社会が負うことになるかもしれないリスクの可能性とそれに備えた対応を十分吟味したうえで、安全を図ることとチャレンジを尊重することの間の緊張に取り組める。

⑩自己啓発と学習を進める

精神保健・医療の最新の進歩を積極的に取り入れる。自分の実践について、指導を受け、互いに評価し、自ら振り返ることを通じて、自分自身や仲間が人間としても専門家としても成長するよう努め、生涯学習を進める。

○ その他、各職能団体において倫理綱領が公表されているので、それらも参照してください。

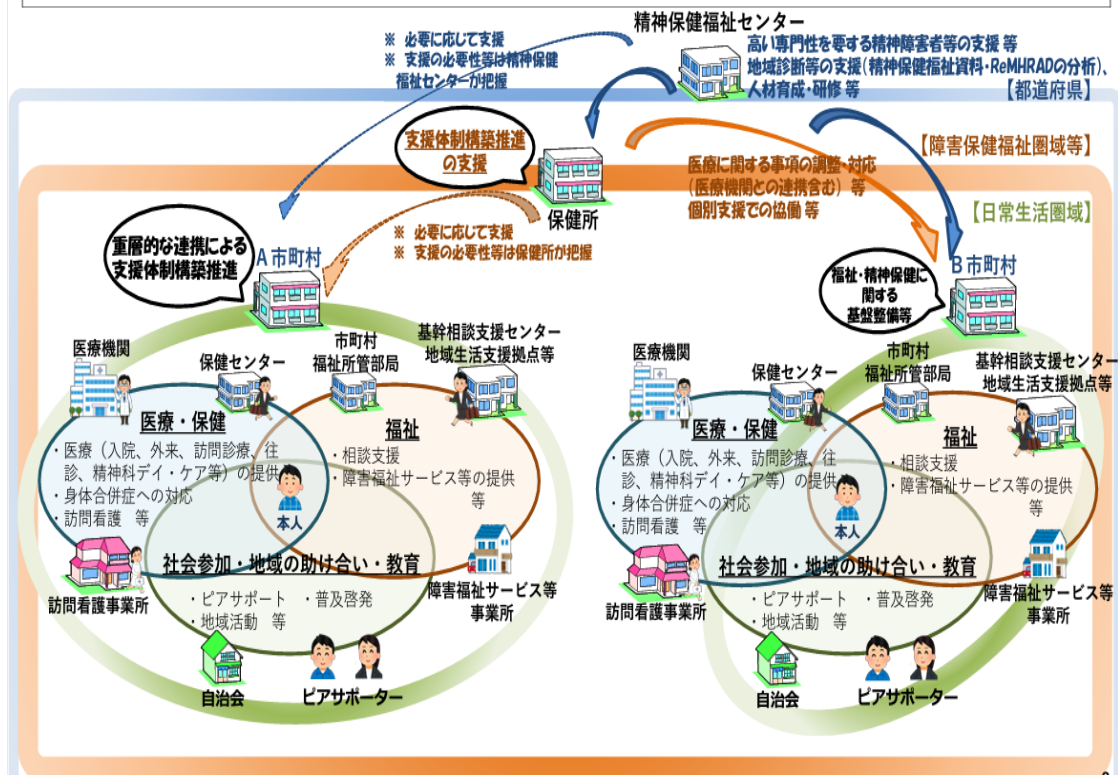
## 5. 精神保健医療分野での役割分担

Q26 三重県こころの健康センター（精神保健福祉センター）、保健所、精神科医療機関（訪問看護を含む）の違いはどのようなものですか。

三重県こころの健康センター（精神保健福祉センター）は、精神保健に関する相談（救急事例ではない）を実施しています。同時に、精神障害者や精神保健に課題を抱える人に関する相談援助を行っている保健所・市町・関係機関の後方支援や人材育成を行っています。全県域が対象です。保健所は、保健所圏域内の精神保健福祉法第23条通報を主とした危機介入及び退院後支援、地域ネットワークの構築、市町や関係機関の後方支援、精神保健福祉相談を実施しています。精神科医療機関（訪問看護を含む）は、入院治療、通院治療による医療の提供、訪問看護等を実施しています。

### 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る各機関の役割の整理

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向かっていく上では、欠かせないものであり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、重層的な連携による支援体制を構築することが適当。
- 構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。



(厚生労働省 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書 2021年 より)

## 6. 資料

# 包括的支援マネジメント 実践ガイド

厚生労働行政調査推進補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究（H28－精神－指定-001）

## 1 包括的支援マネジメントの概要

近年、わが国においても精神科地域ケアの発展が認められ、「入院治療中心から地域生活中心」への理念はいっそう推し進められつつある。一方で、平成 29 年 2 月に提出された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告書においては、「長期入院精神障害者をはじめとする中重度の精神障害者の地域生活を支えていくためには、多職種協働による包括的支援マネジメントを機能させていく必要」があると指摘され、「包括的支援マネジメントの運用の実態を分析しながら、多職種で効果的かつ効率的に活用できる包括的支援マネジメント手法を開発する研究を推し進める」ことの必要性についても言及された。

ここで言う「包括的支援マネジメント」とは、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り、多職種によるアセスメントとプランニング、介入（マネジメント担当者自身による直接サービスの提供）を包括した集中的なケースマネジメントを意味する（図 1）。

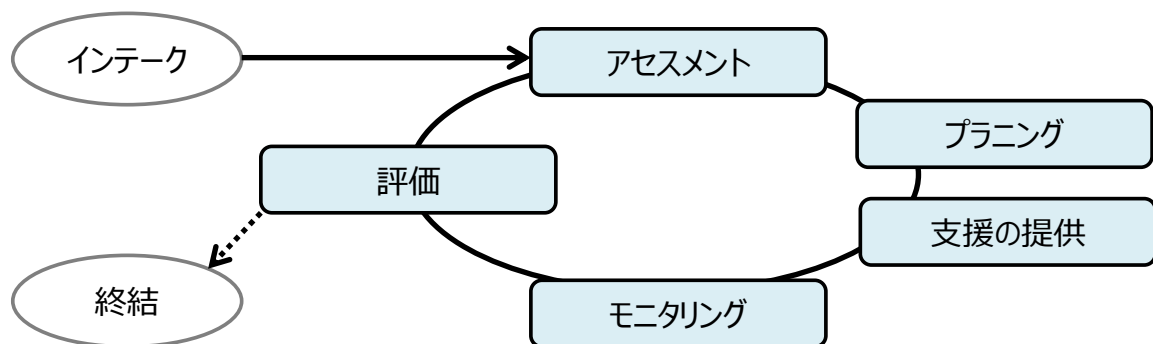


図 1 包括的支援マネジメントの流れ（多職種で実施）

この手法は、インテンシブ・ケースマネジメント（Intensive Case Management: ICM）とほぼ同義であり、図 2 のような支援体制を構築することを意図している。これにより、精神障害者が地域で生活するうえでのさまざまな課題、支援ニーズに対応し、本人が地域で安心して自分らしく生活できるように支援を提供する。包括的支援マネジメント（以下、ICM（intensive case management）という。）は、平成 29 年に新たな政策理念として提示された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（図 3）の構築においても重要である。個々のケースに対する ICM の実践を通じて、地域における支援関係者の顔の見える連携が促進され、地域全体の支援力の向上が期待される。

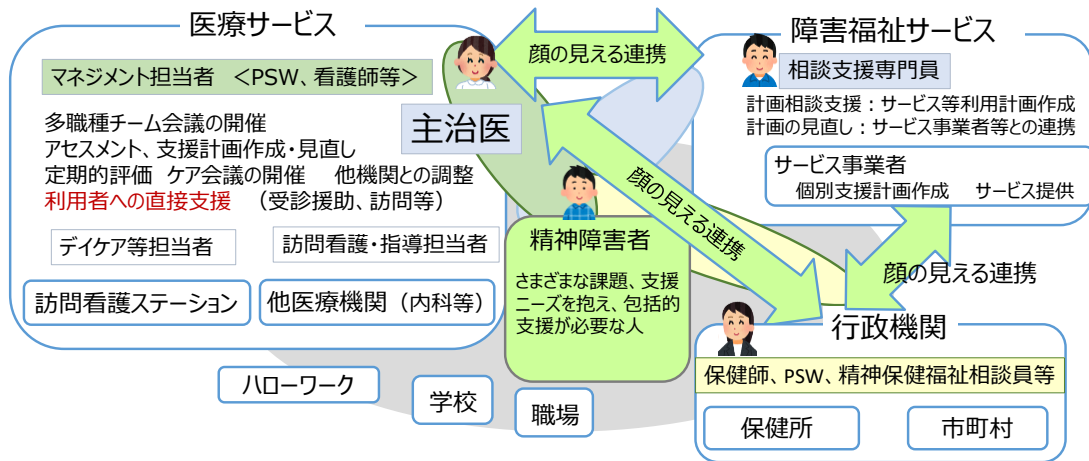


図2 包括的支援マネジメントによる連携構築のイメージ

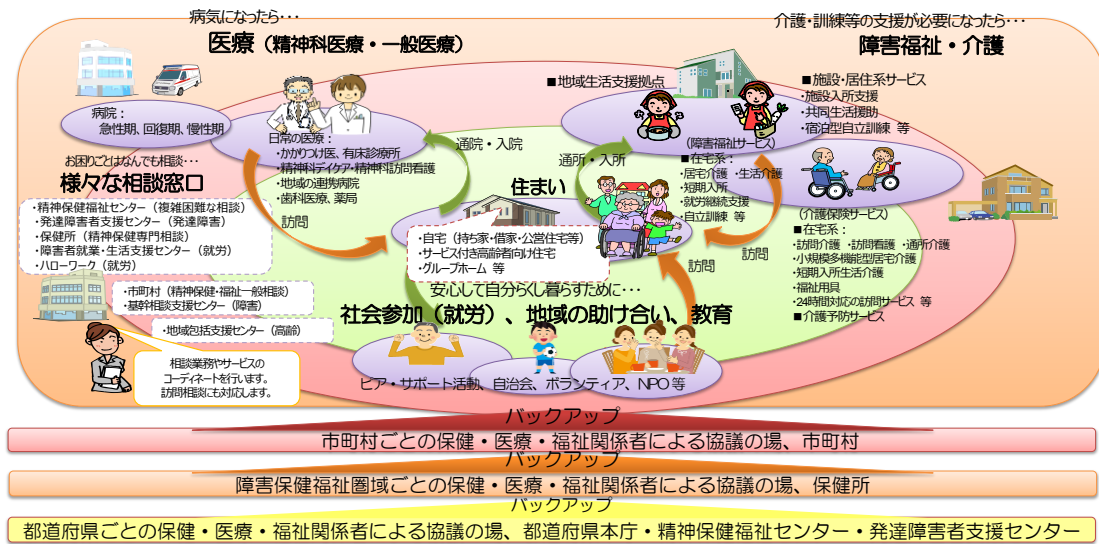


図3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのイメージ  
(厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」資料より)

ICM の効果については、Cochrane review において示されており、わが国においても中重度の精神障害者に必要に応じて ICM を提供し、再入院の予防や精神科救急利用者数の減少、地域連携体制の構築などの効果を上げている精神科医療機関が少数ながら存在することが知られている。この実践ガイドは、そのような医療機関の取り組みの検証に基づき作成されたものである。

## 2 包括的支援マネジメントの支援対象者

様式 1-3 の「包括的支援マネジメント導入基準」の3項目以上が該当する場合には ICM を導入することが望ましい。ただし、C 領域については、1項目でも該当すれば ICM の必要性が高くなる。この導入基準の該当状況を参照しつつ、本人や家族の希望を踏まえて、主治医が ICM 導入の必要性を判断する。

## 3 包括的支援マネジメント担当者の役割

各 ICM 支援対象者に対し、ケアマネジメント担当者（以下、「ICM 担当者」という。）1名を選任する。ICM 担当者は、本人との関係性構築を重視し、本人の意向を踏まえて主治医及び他の支援関係者との情報共有や連絡調整を行うとともに、表 1 に例示するような本人への直接支援の一部を提供する。特に、支援計画の作成、ケア会議の実施にあたっては、ICM 担当者が中心的役割を担う。

表 1 本人に対する直接支援の例

- 
- ・ インテーク・アセスメント
  - ・ 関係性の構築・不安の傾聴
  - ・ 支援計画の作成
  - ・ 他機関（障害福祉サービス、行政機関等）との連携
  - ・ 医療機関内の他部署・他職種との連携
  - ・ ケア会議の実施
  - ・ 日常生活自立支援
  - ・ 社会生活の援助
  - ・ 対人関係の維持・構築の援助
  - ・ 住環境に関する援助
  - ・ 就労・就学（復職・復学）支援
  - ・ 診察同行/診察の促し・入退院の調整
  - ・ 服薬・症状の自己管理の援助
  - ・ 家族支援
  - ・ 危機介入
- 

ICM 担当者の職種は、精神保健福祉士が最も適任と考えられるが、看護師、准看護師、作業療法士、公認心理師、社会福祉士として精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者を選任することも考えられる。ICM 担当者は外来に所属することが想定されるが、デイケア、訪問看護等を兼務する

場合もある。また、入院中の退院後生活環境相談員が、外来で引き続き ICM 担当者として選任され、病棟と兼務することも考えられる。ICM 担当者 1 名が担当する支援対象者は 20～30 名程度が適当である。ただし他の業務と兼務する場合は、勤務状況に応じて担当する支援対象者数を減じる必要がある。

#### 4 包括的支援マネジメントの進め方

##### 1) 同意の取得と包括的支援マネジメント担当者の選任

主治医が ICM 導入の必要性があると判断した場合、ICM の提供につき、主治医が本人の同意を得る。その際、ICM の目的、支援計画の作成と定期的なモニタリングを実施すること、アセスメント結果や支援計画、モニタリング内容等につき支援関係者間で情報共有を行うことについて十分に説明し、本人が理解できていることを確認したうえで同意を取得し、その旨を診療録に記載すること。

主治医は、支援対象者 1 名につき ICM 担当者 1 名を選任する。ICM 担当者選任にあたっては、可能な限り本人の希望を尊重する。

##### 2) 支援チームの構築とケア会議の調整

主治医は、ICM 担当者と協働し、本人の意向を確認しつつ、支援チームの構成員の候補者につき検討する。その際には、様式 5（補助ツール）を参照することも考えられる。ICM 担当者は、各構成員候補者と連絡をとり、本人の支援計画作成に関するケア会議の日程調整を行う。

##### 3) インテーク

ケア会議（5）ケア会議 参照）に先立ち、ICM 担当者は、支援対象者の連絡先、病名や就労状況等の基本情報、家族情報、現在利用中のサービス、ICM 導入基準等につき記入する（様式 1-1～3）。様式 1-1、様式 1-2 については、同様の項目が含まれていれば、既存の様式を使用しても差し支えない。主治医は様式 2-1 の各項目につき記入する。必要に応じて GAF その他の尺度（BPRS、PSP、HAM-D 等）の評価を行う。

##### 4) 支援ニーズアセスメント

ICM 担当者は、可能な限り他の支援関係者との協働により、本人の支援ニーズにつき様式 2-2 を用いてアセスメントを実施する。支援ニーズの各項目のアセスメント方法については、様式 6 を参照すること。本人の希望については、支援者から見て実現不可能と思われるような希望であっても、本人の考えを尊



重し、本人自身の言葉で記入するよう留意する。（具体的な支援目標については、支援計画作成の際に検討する。）アセスメントの際には、本人の考える支援ニーズと支援者（スタッフ）が考える支援ニーズの双方につき評価することが望ましい。本人評価とスタッフ評価に乖離がある項目については、無理に評価を揃える必要はないが、なぜ評価に乖離があるのかについて本人と話し合うことが望ましい。本人に支援ニーズを評価してもらう際には、必要に応じて支援ニーズに関するアンケート（様式 2-3）を活用する。本人のストレングス（強み・長所）については、本人の性格・性質や、環境、関心・意欲、技能・才能等、多方面から検討する。様式 2-2 の総合アセスメントについては、ケア会議の際に記入することも考えられる。

現在の生活状況を本人と共に確認し、どのような生活を望むのかを本人と十分協議することで、実現可能な計画を作成することが望まれる。

#### 5) ケア会議

ケア会議は、本人及び支援関係者が一堂に会して行う。インターネット会議の設備がある場合には、必要に応じてオンラインケア会議とすることも差し支えない。

初回のケア会議では、本人及び支援関係者の話し合いにより、支援ニーズアセスメント（様式 2-2）の加筆修正を行い、支援計画（6）支援計画の作成 参照）を作成する。緊急受診・相談面接のプラン（7）緊急受診・相談面接のプラン（クライシスプラン）の作成 参照）についても、併せて作成することが望ましい。2 回目以降は、モニタリング（8）モニタリングと評価 参照）を実施し、必要に応じた支援ニーズアセスメント、支援計画、緊急受診・相談面接のプランの見直しを行う。

ケア会議の開催は 3 カ月に 1 回程度を目安とするが、必要に応じてより頻回に開催したり、臨時のケア会議を開催することも考えられる。ケア会議終了時に次回のケア会議の予定時期について決定する。

#### 6) 支援計画の作成

##### ① 支援計画作成の目的

ICM の支援計画は、本人が望む生活実現のために必要な支援を提供するため、本人の希望や支援ニーズに応じて、ICM 担当者の主導により本人と支援関係者が協働で作成するものである。支援計画を作成することにより、支援体制や支援関係者の役割、本人自身で行うことが明確化され、円滑な支援が行われるとともに、本人のエンパワメントを高めることも期待される。

##### ② 支援計画作成の手順

包括的支援マネジメント 支援計画シート（様式 3-1）を使用する。まず、本人の「～したい」という

希望を踏まえて、「私の長期目標」を設定する。この長期目標は、支援者から見て実現が困難と思われるような目標であっても差し支えない。「今回の支援計画における短期目標」は、様式 2-1～2 に示されたアセスメント結果を踏まえて、数か月で実現可能な目標を設定する。

「ニーズ/課題への対応」では、支援ニーズアセスメントの各領域（A：環境要因 B：生活機能（活動） C：社会参加 D：心身の状態 E：支援継続に関する課題）の評価をもとに、現状で対応すべき課題と、それらへの対応策について本人と支援者関係者が検討し、合意した事項について記載する。支援者が 4 名以上になる場合は、様式 3-2 を使用する。補助ツール（様式 3-3）を用いて本人が頼りにしている人や機関、主な支援場所や頻度を確認することで、具体的な支援をイメージしやすくなる。必要に応じて、家族も支援計画作成に参加する。

支援計画シートの内容につき関係者が合意したら、本人、マネジメント担当者、主治医が署名し、支援計画シートのコピーを関係者全員が保持する。計画作成時に設定した見直し予定日には、本人と生活支援に関わる関係機関の担当者が顔を合わせ協議できる場の設定が速やかにできるよう、計画作成時に次回ケア会議の日程調整を行っておくことが望ましい。ただし、生活状況の変化等、支援の見直しが必要な時は見直し予定日前でも随時協議を行う。

### ③ その他の留意点

すでに障害福祉サービスを利用している人については、サービス等利用計画を優先とする。適宜様式 3-3 を活用し、障害福祉サービスや介護サービスにおける計画や、その利用状況について支援者間で共有し、ICM の支援計画と齟齬のないように注意する。支援計画作成時のみならず、その後のケア会議や日頃の連携を通じて支援者それぞれが他機関の機能を知り、役割を整理する作業を重ねて、円滑な支援が行えるように心がけることが重要である。

## 7) 緊急受診・相談面接のプラン（クライシスプラン）の作成

様式 4-1～2、又は各医療機関における同様の様式を活用し、病状が悪化した場合等の対応につき、本人及び支援関係者間で情報共有をしておくことが望ましい。プランの作成については、別添「緊急受診・相談面接プラン」の作成に関するマニュアルを参照すること。

## 8) モニタリングと評価

### ① モニタリングとは

モニタリングは、本人が希望する生活に向けて、支援計画に基づく支援が適切に進んでいるか、支援の実施において問題が生じていないか、状況が変化していないかなどを適宜把握し、新たな課題を明

確にし、次の支援計画に結びつけていくものである。

## ② モニタリングの実施

モニタリングは、ICM 担当者が主導し、通常はケア会議を開催して実施するが、本人の状況等に応じて、本人との個別面談の形でモニタリングを実施することも考えられる。

支援計画シート（様式 3-1）の「モニタリング」の欄に、実施日、参加者、セッティング等を記入する。支援計画シート（様式 3-1～2）「ニーズ/課題への対応」の各ニーズ/課題に対して、円滑に取り組みが進んでいる場合は「○」、取り組み中であるが、何らかの課題がある場合は「△」、取り組みが困難であったり中止していたりした場合には「×」、目標が達成され取り組みを終結する場合には「◎」で評価する。そのうえで、設定した短期目標が達成されているかどうかを評価し、達成されていない場合はその原因を検討し、次の計画がより適切なものとなるよう話し合う。この際、必要に応じて支援ニーズの再評価、緊急受診・相談面接のプランの見直しを行う。基本的には本人の評価と語りを中心に支援の進捗状況について評価を行うが、本人の評価と支援者の評価が異なる場合、各支援者がそれぞれの評価の理由を説明した上で、本人と評価結果に関して合意が得られるよう十分に話し合うことが大切である。あくまでも本人を中心としたチームで支援を進めていることに留意する。

モニタリングの結果、「◎」の項目については支援計画シートから削除し、「○」「△」の項目は修正すべき点があれば修正し、新計画書に記載する。また、アセスメントの結果、新たなニーズ/課題が明らかになった場合は、新たに支援計画を立案する。

モニタリングで話し合った内容については、支援計画シートの「具体的内容、場所、特記、前回の評価内容など」に簡単に記載する。

## ③ モニタリングの時期

モニタリングの実施時期としては、定期的に期間を決めて行う方法と、状況が変化した場合（本人を取り巻く環境や本人の病状が変わった場合など）、目標が予定より早く達成された場合、支援のミスマッチが生じていること把握した場合など、必要に応じて行う方法がある。原則的には、支援計画シート作成時に定めた次回見直し予定時期にモニタリングを行う。

予定されたモニタリングの時期に先立ち、各支援者や支援機関は計画の進捗状況を確認するとともに、新たな課題が発生していないか総合アセスメントシートを活用するなどして情報収集を行っておくことが望ましい。事前に支援ニーズに関するアンケートを本人に記載してもらうことも推奨される。

モニタリングの時期がくる前に、本人や家族、もしくは支援機関の担当者等から、本人の状態の変化、特に精神症状の悪化のリスクが高まるなどの状況変化に関する情報提供があった場合、速やかに ICM

担当者が各支援者または支援機関から情報収集を行った上で、主治医と何らかの対応（受診勧奨、支援チームでの対応、臨時ケア会議の開催等）の必要性を相談する。

#### 9) 支援の終了

モニタリングの結果、ICM なしでもニーズ/課題への対応が可能であると判断された場合には、ICM を終了する。ただし、その場合でも医療や障害福祉サービス、介護サービス等の個々の治療・支援は必要に応じて継続される。支援関係者が ICM 継続の必要性があると判断しているにもかかわらず、本人から ICM 終了の申し出があった場合には、支援終了を希望する理由を十分に傾聴し、支援継続の意義について十分に話し合うことが必要である。

## 作成者一覧

研究代表者 藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

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（五十音順）

岩上 洋一（特定非営利活動法人じりつ）

上島 雅彦（一般財団法人竹田健康財団 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（医療法人崇徳会 田宮病院）

齋藤 研一（社会福祉法人会津療育会 会津若松市障がい者総合相談窓口）

小池 純子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

鈴木 浩太（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

鈴木 孝典（高知県立大学社会福祉学部）

田村 綾子（聖学院大学人間福祉学部人間福祉学科）

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（医療法人孝栄会 前沢病院）

三澤 孝夫（国際医療福祉大学医療福祉学部医療福祉・マネジメント学科）

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精神保健研究所）

# 包括的支援マネジメントツール（アセスメント・計画書ツール）

## 1. インテークシート/フェイスシート

様式 1-1.	基礎情報	補助ツール
様式 1-2.	家族関係・利用中のサービス・制度	補助ツール
<b>様式 1-3.</b>	<b>ケースマネジメント導入基準シート</b>	<b>必須ツール</b>

## 2. 包括的支援マネジメント アセスメント

様式 2-1.	主治医用シート	必須ツール
様式 2-2.	支援ニーズアセスメントシート	必須ツール
様式 2-3.	支援ニーズに関するアンケート	補助ツール

## 3. 包括的支援マネジメント 支援計画

様式 3-1.	支援計画シート（基本項目）	必須ツール
様式 3-2.	支援計画シート（追加項目）	補助ツール
様式 3-3.	支援計画シート（追加項目）	補助ツール

## 4. 緊急受診・相談面接のプラン（クライシスプラン）

様式 4-1.	日常レベルのプラン	補助ツール
様式 4-2.	緊急レベルのプラン	補助ツール

## 5: 利用できるサービス・社会資源

様式 5.	利用できるサービス・社会資源一覧シート	補助ツール
-------	---------------------	-------

### ノート：

補助ツールは必ず記述を求めるものではない。また、補助ツールは自機関や各地域の既存の様式やシート、パンフレット、その他のツールで代替可能である。

様式 1-1. インテークシート/フェイスシート：基礎情報（補助ツール）

フリガナ		性別	
本人氏名		生年月日 年齢	年 月 日（才）

連絡先など			
住所	〒	電話	
		メール	
住居	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> グループホーム等 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
緊急時の 連絡先	電話： （氏名： ）（続柄 ）		
主な通所の 手段	<input type="checkbox"/> 自動車/バイク等 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ）	所要時間	分

基本情報			
診断名		精神科 主治医名	
その他の 診断			
現在の仕 事	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（会社名： ）	就労収入/月	円
	勤務時間 週 日 時間 勤務		
手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 級） <input type="checkbox"/> その他（ _____ 級）		
年金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害基礎/厚生年金 級 <input type="checkbox"/> その他の年金（ ） 級		
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年金・生活保護等の合計額	円
後見人等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
入院	過去の入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 直近の退院日： _____		
行政機関 の介入	過去の行政機関等（例：警察/保健所）の介入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 直近の介入日： _____		
介護・障害 程度	<input type="checkbox"/> なし 要介護認定：要支援 1 / 2, 要介護 1 / 2 / 3 / 4 / 5（ 年 月まで） <input type="checkbox"/> なし 障害支援区分：非該当, 区分 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6（ 年 月まで）		
これまでの 経緯			

## 様式 1-2. インテークシート/フェイスシート：家族関係（補助ツール）

### 家族等の関係

氏名	年齢	続柄	本人との関係性	住居地
自由記述（エコマップや家族図など）				

### 現在利用中の通所・訪問系サービスや制度など

サービス利用なし

医療サービス

精神科デイケア  精神科訪問看護  医療観察法の対象  その他の医療サービス（ ）

障害福祉系サービス

計画相談支援  重度訪問介護  居宅介護  行動援護  重度障害者等包括支援  生活介護  
 療養介護  施設入所  短期入所（ショートステイ）  生活/自立訓練（通所・訪問）  自立生活援助  
 就労移行支援  就労支援定着支援  就労継続 A 型  就労継続 B 型  生活/自立訓練（宿泊）  
 共同生活援助（グループホーム）  地域移行支援  地域定着支援  地域活動支援センター  
 障害者・就業生活支援センター  住宅入居等支援事業  日常生活自立支援事業  成年後見制度  
 その他の福祉サービス（ ）

高齢者福祉系サービス

居宅介護支援（ケアマネジメント）  訪問入浴  訪問介護（ホームヘルプ）  訪問看護  
 訪問リハビリ  夜間対応型訪問介護  定期巡回・随時対応型訪問介護看護  通所介護（デイサービス）  
 通所リハビリ  地域密着型通所介護  療養通所介護  認知症対応型通所介護  
 小規模多機能型居宅介護  複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）  短期入所療養介護  
 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）  介護老人保健施設（老健）  介護療養型医療施設  
 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等）  認知症対応型共同生活介護（グループホーム）  
 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  地域密着型特定施設入居者生活介護  
 その他（ ）



**様式 1-3. インテークシート/フェイスシート：包括的支援マネジメント 導入基準シート**

評価日	年 月 日	氏名	記入者
-----	-------	----	-----

包括的支援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	1	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	2	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	3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	4	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
	5	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
	6	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
D	7	警察・保健所介入歴がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	8	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
	9	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
E	10	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
	11	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
	12	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
F	13	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
	14	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
	15	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



様式 2-2. 包括的支援マネジメント 支援ニーズアセスメントシート

評価日	年 月 日 (次回予定日	年 月 日)	氏名	マネジメント担当者
-----	--------------	--------	----	-----------

本人の希望 (本人の言葉でかくこと)

A:環境要因, B:生活機能(活動), C:社会参加, D:心身の状態, E:支援継続に関する課題, F:行動に関する課題

評価項目	本人				スタッフ				総合アセスメント		
	0	1	2	9	0	1	2	9	ニーズ/課題	本人の希望	ストレンクス(強み・長所)
A1	住居										
A2	経済的援助										
A3	親しい関係者										
A4	子供の世話										
A5	介護										
B1	食事										
B2	生活環境の管理										
B3	セルフケア										
B4	電話										
B5	移動										
B6	金銭管理										
B7	基礎教育										
C1	日中の活動										
C2	交流										
D1	精神病症状										
D2	身体的健康										
D3	心理的苦痛										
D4	性的な問題										
E1	処遇・治療情報										
E2	治療・支援への動機づけ/ 疾病の自己管理										
F1	アルコール										
F2	薬物										
F3	自分に対する安全										
F4	他者に対する安全										
F5	その他の行動上の問題										
O1	その他 1 ( )										
O2	その他 2 ( )										

アセスメントのまとめ (医学的な所見や入院中の状態を含む)

様式 2-3. 包括的支援マネジメント 支援ニーズに関するアンケート（補助ツール）

記入日：	氏名：
------	-----

生活上の希望または困っていることは何ですか

下の A1 から O2 までの項目について、左の選択肢からあてはまる内容を選び、○をつけてください		0 支援は特に いらない	1 支援を受けて いる	2 支援を受けて いるが または まだ困って いる	9 わからない
A1	住居のことで悩んでいる・困っている				
A2	経済的に悩んでいる・困っている				
A3	家族、パートナー等との関係で悩んでいる・困っている				
A4	18 歳以下の子供の養育のことで悩んでいる・困っている				
A5	高齢者、障害者の介護のことで悩んでいる・困っている				
B1	食事のこと（料理、外食、食事の購入など）で悩んでいる・困っている				
B2	自室や生活環境の整理整頓のことで悩んでいる・困っている				
B3	入浴、歯磨き等の清潔保持のことで悩んでいる・困っている				
B4	電話の有無、電話使用のことで悩んでいる・困っている				
B5	公共交通機関、車等の移動手段の利用のことで悩んでいる・困っている				
B6	お金の管理や計画的な使用ができないことで悩んでいる・困っている				
B7	読み書き、計算等のことで悩んでいる・困っている				
C1	適切な日中の時間の過ごし方（仕事や学校のことを含む）で悩んでいる・困っている				
C2	家族以外との社会的交流のことで悩んでいる・困っている				
D1	幻覚、妄想、考えがまとまらない等のことで悩んでいる・困っている				
D2	体の病気、副作用を含む体の症状のことで悩んでいる・困っている				
D3	不安、抑うつ、悩みごと等で悩んでいる・困っている				
D4	性に関係する問題で悩んでいる・困っている				
E1	治療や処遇について情報がなく、または理解が難しく悩んでいる・困っている				
E2	病気の自己管理（薬の管理や症状への対処など）で悩んでいる・困っている				
F1	アルコールに関連することで悩んでいる・困っている				
F2	処方薬依存・乱用を含む薬物関連のことで悩んでいる・困っている				
F3	自殺に関連する行動や自傷のことで悩んでいる・困っている				
F4	他者に対する暴力、威嚇行動等のことで悩んでいる・困っている				
F5	衝動性や強迫行為、こだわりが強すぎる等のことで悩んでいる・困っている				
O1	その他 1 （ ）で悩んでいる・困っている				
O2	その他 2 （ ）で悩んでいる・困っている				

様式 3-1. 包括的支援マネジメント 支援計画シート (基本項目)

作成番号: \_\_\_\_\_

作成日: 年 月 日	次回見直し予定時期: 年 月 日	本人氏名	マネジメント担当者
------------	------------------	------	-----------

私の長期目標 (本人の希望を「～したい」という表現で記述することが推奨される)	今回の支援計画における短期目標
---	-----------------

モニタリング (初回は不要)

実施日 & 評価時期	表種別	更新/モニタリング	セッティング	具体的内容、場所、特記、前回の評価内容など
<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院 ヵ月後 <input type="checkbox"/> CM 導入時 <input type="checkbox"/> CM ヵ月後	<input type="checkbox"/> アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 作成/更新 <input type="checkbox"/> 微修正 <input type="checkbox"/> モニタリング (内容の確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> ケア会議等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	参加者と外部機関の参加状況 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( 名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 ( 名) <input type="checkbox"/> 友人 ( 名) <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当該医療機関職員 ( 名) <input type="checkbox"/> 地域援助事業者 ( 名) <input type="checkbox"/> 行政機関の職員 ( 名) <input type="checkbox"/> その他 ( 名)			

CM = ケースマネジメント

ニーズ/課題への対応

No	総合アセスメント ニーズ/課題	具 体 策			評価*
		何を (本人)	何をどこで (支援者)	期間や順番	

\* 支援計画見直し (モニタリング) 時に、本人と一緒に評価: 終結「◎」、円滑に取り組みができている「○」、取り組み中だが課題がある「△」、取り組み中止/取り組み困難等「×」

署名	本人	: 記載日	年 月 日
	マネジメント担当者	: 記載日	年 月 日
			主治医
		: 記載日	年 月 日

様式 3-2. 包括的支援マネジメント 支援計画シート（「ニーズ/課題への対応」の追加分：補助ツール）

No	総合アセスメント ニーズ/課題	具 体 策				評価*
		何を（本人）	何をどこで（支援者）	期間や順番	支援者（機関名・担当者名・連絡先）	
自由記載欄						

様式 3-3. 包括的支援マネジメント 支援計画シート (追加項目：補助ツール)

私が頼りにしている人、 私を応援してくれる人	氏名	関係性 ( )	氏名	関係性 ( )	氏名	関係性 ( )
	関係性の選択 イ：父母 ト：医療機関の職員	□：きょうだい □：医療機関の職員	ハ：妻/夫 チ：地域援助事業者	ニ：それ以外の家族/親族 リ：行政機関の職員	ホ：友人等 ヌ：その他	ハ：同僚 ヌ：その他

主な支援場所と頻度	主な支援場所： □ 医療機関内 □ 自宅訪問 □ 職場・活動場訪問 □ その他 ( ) 医療機関内の支援頻度： □ 週 ___ 回 or □ 月 ___ 回 □ 週 ___ 回 or □ 月 ___ 回
-----------	--

医療サービス等を受けることが 難しくなった場合…	支援者にしてほしいこと/してもよいこと：  連絡してもよい人 1： _____ 連絡先： 連絡してもよい人 2： _____ 連絡先：
-----------------------------	--

その他のケアマネジメント	機関名 (担当者名)	具体的な内容および特記
相談支援 □ 有 □ 無		
介護保険 □ 有 □ 無		
その他 □ 有 □ 無		

様式 4-1. 緊急受診・相談面接のプラン（日常レベルのプラン 補助ツール）



ふだんの生活の中で、自分で対処できる程度のもの【日常レベル】

**調子が悪くなってきたサイン：**

<p style="text-align: center;"><b>自分でわかるサイン</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>まわりの人が気づくサイン</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul>
---	--



**サインに気づいたときにすること：**

<p style="text-align: center;"><b>自分がすること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>まわりの人がすること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul>
---	--

**日常的なサポーター（援助者・支援者）や相談先：**

名前・機関	連絡先	関係・役割



様式 4-2. 緊急受診・相談面接のプラン（緊急レベルのプラン 補助ツール）



まわりの人の支援を必要とする程度のもの【緊急事態】

まわりの人の支援が必要な状況のサイン：

自分でわかるサイン

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの人が気づくサイン

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

サインに気づいたときにすべきこと：

自分ができること

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの人がすること

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの人にしてほしくないこと

- ・
- ・



緊急時のサポーター（援助者・支援者）や相談先：

名前	連絡先	関係・役割

## 様式 5. 利用できるサービス・社会資源一覧シート（補助ツール）

（各地区の特性に合わせて改定してください）

事業名・制度名	サービス種別	内容
住まい系		
グループホーム	住居	
ショートステイ	住居	
生活のお手伝い		
精神科訪問看護	訪問	
精神科デイケア	通所	
生活介護	訪問、通所	
生活訓練	訪問、通所	
自立生活援助	訪問	
地域生活支援センター	通所	
就労のお手伝い		
精神科デイケア	通所	
精神科作業療法	通所	
就労移行支援	通所、訪問	
定着支援	通所、訪問	
就労継続 A 型	通所	
就労継続 B 型	通所	
障害者就業・生活支援センター	通所、訪問	
経済的な支援		
障害者年金		
生活保護		
失業保険		
自立支援医療		
自治体特別給付金		
その他		

## 7. 参考文献

- 1) G・ソーニクロフト他著.岡崎祐士他監訳：精神保健サービス実践ガイド.日本評論社.2012年
- 2) 山口大樹：アウトリーチにおける医療倫理と医療安全.精神科治療学 Vol.36 No4 2021年
- 3) 赤林朗：入門・医療倫理 I .勁草書房.2005年
- 4) C・A・ラップ他著.田中秀樹監訳：ストレングスモデル第3版ーリカバリー志向の精神保健福祉サービス.金剛出版.2014年
- 5) メンタルセンター岡山（岡山県精神保健福祉センター）：アウトリーチマニュアルー地域支援の実際（第3版）ー令和2年4月

