

多職種連携による包括的支援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（竹田綜合病院）、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（医療法人社団 ほっとステーション）、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包括的支援マネジメント（ICM）について、対象患者の臨床特性とマネジメント担当者により提供されているサービスの実態を明らかにするため、精神科診療所において1週間の全受診患者にスクリーニング調査を実施してICMあり群・なし群に分け、ICM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った。

ICMあり群（233例）はなし群（316例）に比較して物質使用障害が多く、入院歴が多く、機能障害がより重症であり、重複障害及び身体疾患の合併が多かった。ICMあり群に2ヵ月間に提供されたサービスの支援対象者1人当たり合計時間は平均905分、1対1換算で平均1568分だった。サービス提供日数は22.2日、対面サービスに限ると17.3日だった。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。

昨年度及び今年度の調査の結果を踏まえ、ICMを医療機関に普及させるためのガイドライン骨子及びICMに使用するツール類の原案を作成した。来年度は、ツール類の実行可能性を検証し、ガイドラインを作成する。

A.研究の背景と目的

平成28年1月から平成29年2月まで、1年余にわたって実施された「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。例えば、365日24時間体制で多職種によって提供される「ACT（Assertive Community Treatment）」や、利用者のストレングスに着目しながらアセスメントとプランニングを実施する「ストレングスモデル」

などは、包括的支援マネジメントの例であると考えられる。

包括的支援マネジメント（以下、ICM（intensive case management）という。）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 ACT に関しては、入院日数が減少することや、高い患者満足度が得られることが知られている。しかしながら、ACT は導入基準が厳密に定められており、マネジメント担当者 1 人あたりの担当患者数は 10 人以下、365 日 24 時間体制など、現在わが国の一般的な精神科医療機関で実施するには困難も多い。一方、中重度の精神障害者に必要に応じて ICM を提供し、再入院の予防などの効果を上げている精神科医療機関は少数ながら存在することが知られているものの、ICM が必要な精神障害者の属性や、ICM の支援内容の詳細については明らかになっていない。

昨年度の研究においては、総合病院国保旭中央病院において調査を実施し、ICM 実施患者の臨床特性と支援内容の詳細を明らかにした。今年度は、同様の調査を、病床を持たない精神科診療所で実施した。また、調査を実施した医療機関において実施している ICM を参照し、包括的支援マネジメントガイドラインの原案を作成した。

B.方法

本調査の対象となった医療法人社団 ほととステーションは、精神科診療所を母体として、精神科デイケア、障害者グループホーム、生活訓練事業、就労支援等を運営している。医療観察法指定通院医療機関でもあり、積極的なアウトリーチを含む ICM の提供により、依存症患者や服役経験者を含む、中重度の精神障害者の地域生活を支えている。

1) ICM 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）同診療所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：①2016年12月10日～16日に同診療所外来で同科医師の診察を受けた者、デイケア等の治療活動を利用した者、及び医療機関の職員による訪問支援を受けた者、②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、③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：①20歳未満で児童精神科専門医が担当している者、②主病名が認知症等の老年期精神疾患である者、③主病名がてんかん等で他の精神疾患や障害を併発していない者、④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（ケアマネジメント担当者。以下、CMer）が記入する。利用者の基本属性については、別紙1、2の通り。

全般的機能については、Global assessment of functioning (GAF)、および Personal and Social Performance scale (PSP)により評価した。

（ICMの定義）以下の(a)～(e)を満たす場合にICM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（マネジメント担当者；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自身がデイケア等、訪問支援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) ICM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 ICM の実態に関する調査 (調査 2)

(対象) 同診療所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①及び②、③前述の判定基準に基づいて ICM を実施していると判定された者、④主治医がほっとステーション所属の医師であること、⑤ $GAF \leq 40$ かつ ICM 導入基準に 3 つ以上当てはまる者、⑥本研究の参加について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同意が得られた者。

除外基準: 研究 1 の除外基準と同一の①～④

(方法) 介入を伴わない前向き観察研究。
2017 年 5 月 15 日～7 月 14 日の 2 ヶ月間サービスコード票調査 (別紙 3) を記入することによって、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、マネジメント担当者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)。収集したサービスコード表より、各利用者に実施されたサービス量をサービス内容ごとに算出した。

(倫理的配慮) 調査 1、調査 2 のいずれも、

医療法人社団ほっとステーション倫理審査委員会において実施の承認を得た。

C. 結果

1) ICM 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。ICM あり群 (233 例) は ICM なし群 (316 例) に比較して物質使用障害 (ICM あり群 16%、ICM なし群 7%) が多く、GAF 値、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)。ICM あり群では重複診断を有する者が有意に多く (ICM あり群 24%、ICM なし群 9%)、身体疾患を合併している者も有意に多かった (ICM あり群 9%、ICM なし群 3%)。ICM あり群と ICM なし群の基本属性については図 3 に示す。生活状況では役割遂行、自傷・他害の有無など、「外来受診をしないことが 2 か月以上あった」「直近の入院は措置入院である」以外の項目で有意に課題が多かった (図 4、5)。

2) 通院患者に実施されている ICM の実態 (調査 2)

図 6 に対象者の選定フローを示す。2 ヶ月間で 1 人当たりサービスを提供した合計時間の平均は 905 分、職員一人当たり換算した場合は平均 1568 分であった。移動時間は 162 分、サービス提供日数は 22.2 日、対面サービスに限ると 17.3 日であった。このうち、診療報酬外のサービスが 83% を占めていた。

内容別の延べ時間では服薬・症状の自己管理の援助 (精神症状) が多く (38%)、次いで関係性の構築・不安の傾聴 (21%)、日常生活自立支援 (16%) であった (図 7)。図 8 に、サービス提供時間のヒストグラムを示す。

D. 考察

ほっとステーションは、札幌市の中心部に

位置する精神科診療所であり、精神科デイケア、障害者グループホーム、生活訓練事業、就労支援等を実施する、いわゆる多機能型精神科診療所である。医療観察法に基づく指定通院医療機関であり、物質関連障害の患者や触法精神障害者など、支援ニーズが非常に高い患者に数多く対応していることが特徴のひとつである。

同クリニックでは、ICM あり群に物質使用障害の患者が有意に多かったが、これは昨年度調査を実施した旭中央病院には認められなかった傾向である。物質使用障害の患者は、医療継続にあたって困難を生じることが知られており、ICM の必要性は高いと推察されるが、旭中央病院では通院患者全体に占める物質使用障害の患者が少ないことから、有意差が認められなかったものと推察される。

ICM 導入基準からは、ICM あり群には生活上の課題に困難を抱える者、暴力の既往、行政介入歴、家族支援が期待できない者が多い状況が認められており、旭中央病院における調査結果と同様の傾向が認められた。

ICM のサービス提供時間は、1 対 1 換算で 1568 分/2 ヶ月であり、旭中央病院の 346 分/2 ヶ月と比較して長時間のサービスを提供していた。これは、図 8 に示した通り、2000 分/2 ヶ月以上という長時間のサービスを、診療報酬外のサービスとして提供している支援対象者が含まれていることが影響したものと考えられる。

サービス内容では、危機介入を含む、服薬・症状の自己管理の援助に最も多くの時間を費やしていた。これは、当該診療所に通院する者に行動障害を有する者が多く、支援対象者がトラブル等を引き起こした際でも入院による治療は適応ではないことから、地域での危機介入に長時間を費やさざるを得ない実態を反映しているものと考えられた。これらの介入の 83%は診療報酬外のサービスであり、多くの課題を抱える精神障害者を地域で

支える上では、現在の診療報酬体系では不十分であることが示唆される。次年度は、長時間の診療報酬外のサービスを提供した支援対象者の臨床特性や、サービス内容の詳細について、別途検討する予定である。

<ICM 実施ツール及びガイドライン骨子の作成>

昨年度及び今年度の調査結果を踏まえ、ICM を医療機関に普及させるためのガイドライン骨子及び ICM に使用するツール類の原案を作成した（別添 1）。来年度は、医療機関においてツール類の実行可能性を検証し、包括的支援マネジメントガイドラインを作成する予定である。

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

藤井千代，川副泰成：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における医療と行政の役割．第 113 回日本精神神経学会学術総会，愛知，2017.6.23.

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

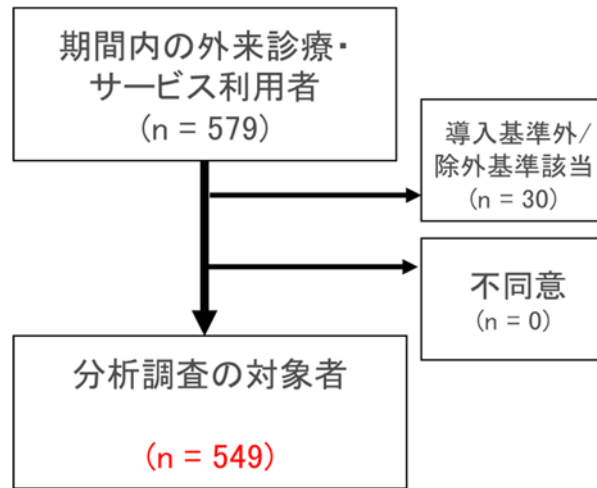
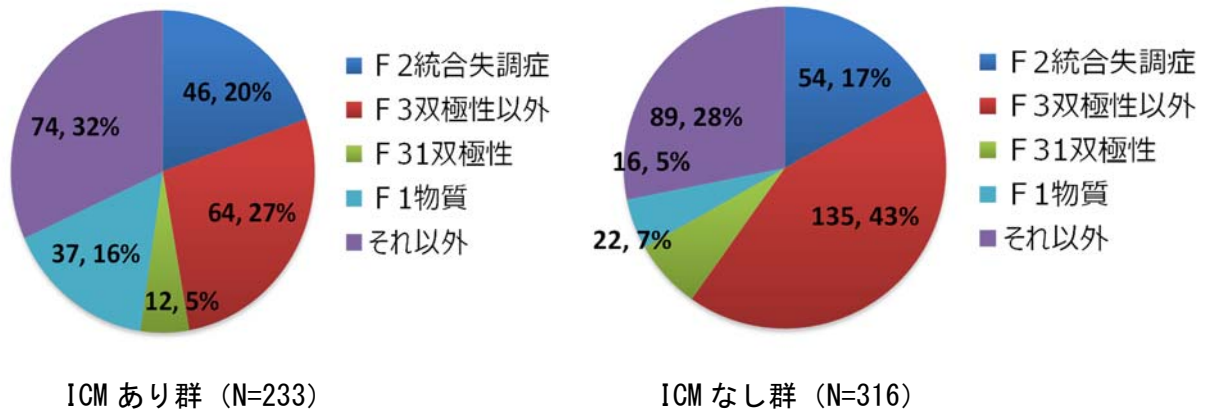


図1 対象者の選定フロー（調査1）

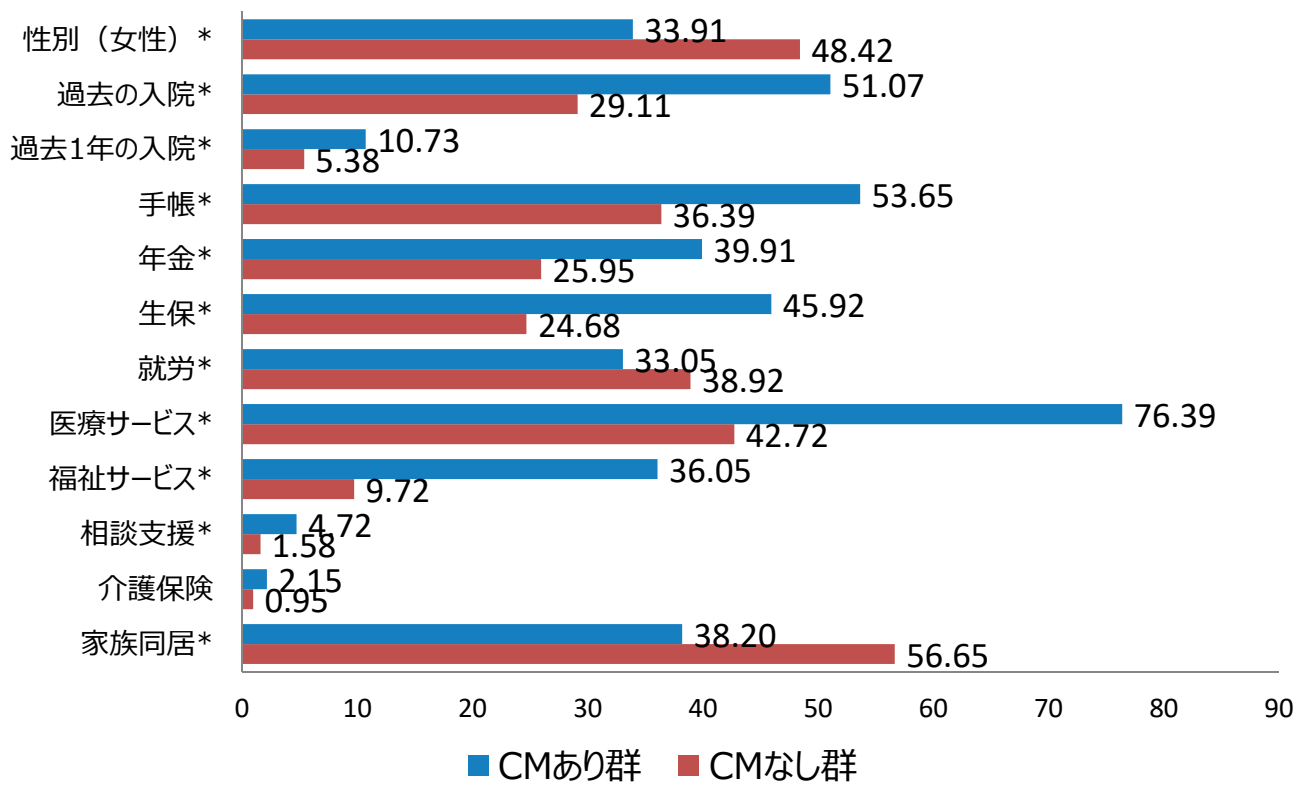


$\chi^2 = 39.120, P < 0.001$

図2 診断

表1 年齢と機能

	ICMなし群 (n = 316) (内部医師 231)		ICMあり群 (n = 233) (内部医師 165)		
GAF	65.18	11.87	60.22	12.71	$t = 3.978, P = 0.001$
PSP セルフケア	0.99	0.96	1.44	0.98	$t = 4.514, P < 0.001$
社会的に有利な活動	1.35	1.07	1.68	1.20	$t = 2.866, P = 0.004$
個人的・社会的関係	1.30	0.97	1.82	1.01	$t = 5.248, P = 0.001$
不穏な・攻撃的な行動	0.35	0.67	0.58	0.81	$t = 2.959, P = 0.003$
総合得点	67.22	12.50	60.83	13.44	$t = 4.856, P < 0.001$
年齢	45.08	14.22	42.63	11.76	$t = 2.147, P = 0.032$



*p<0.001

図3 ICMの有無と基本属性の割合

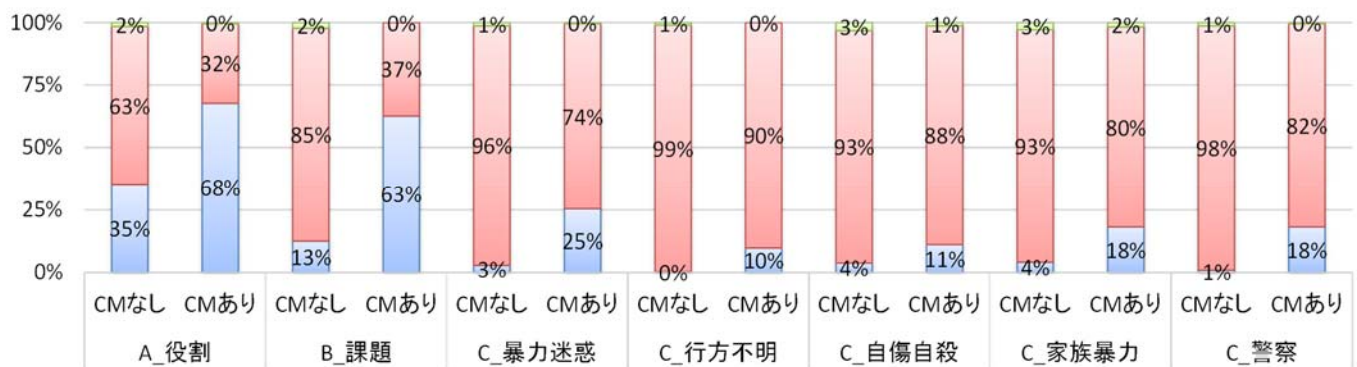


図4 地域生活の困難度1

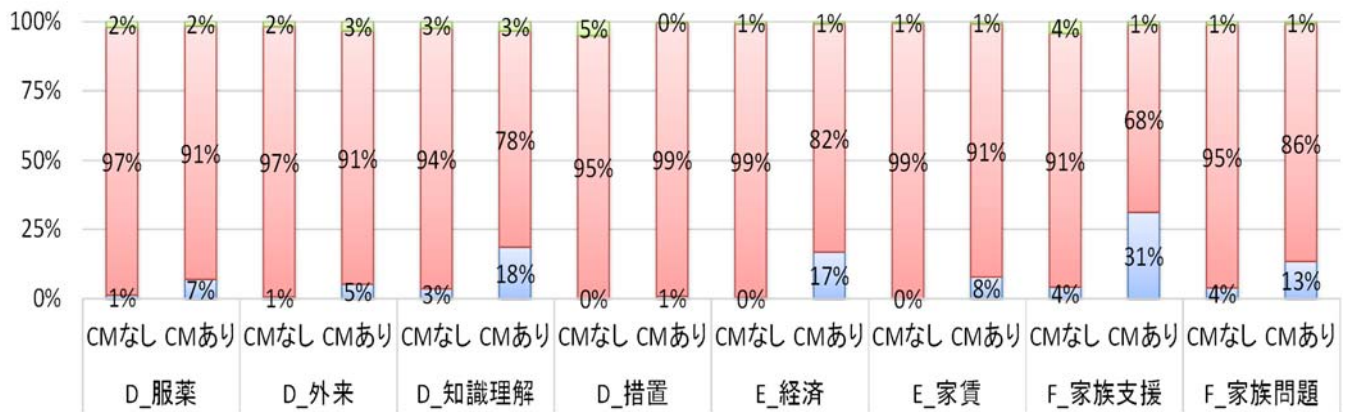


図5 地域生活の困難度2

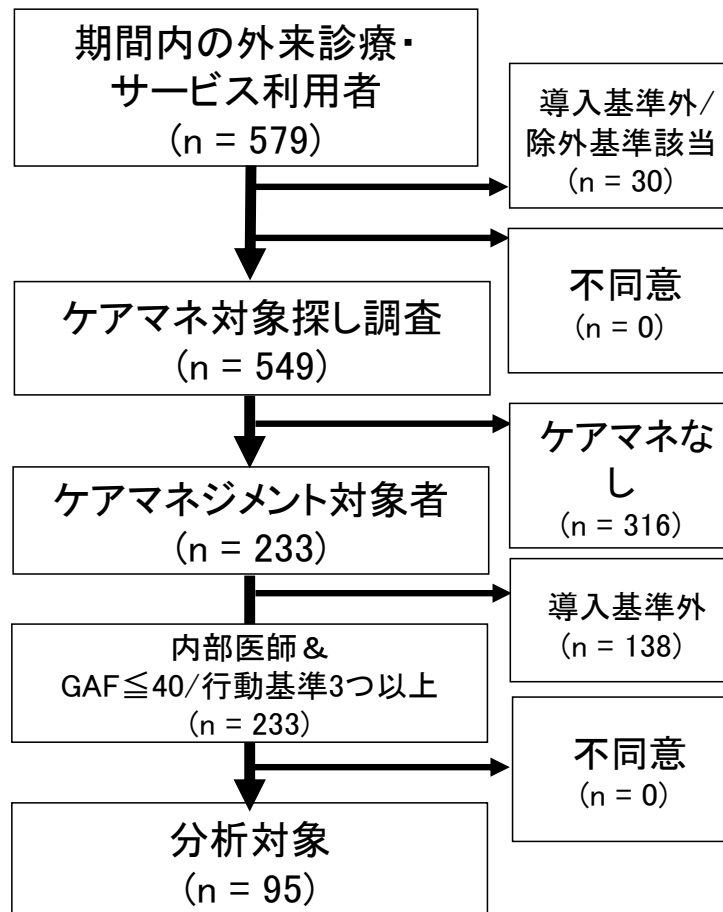


図6 対象者の選定フロー（調査2）

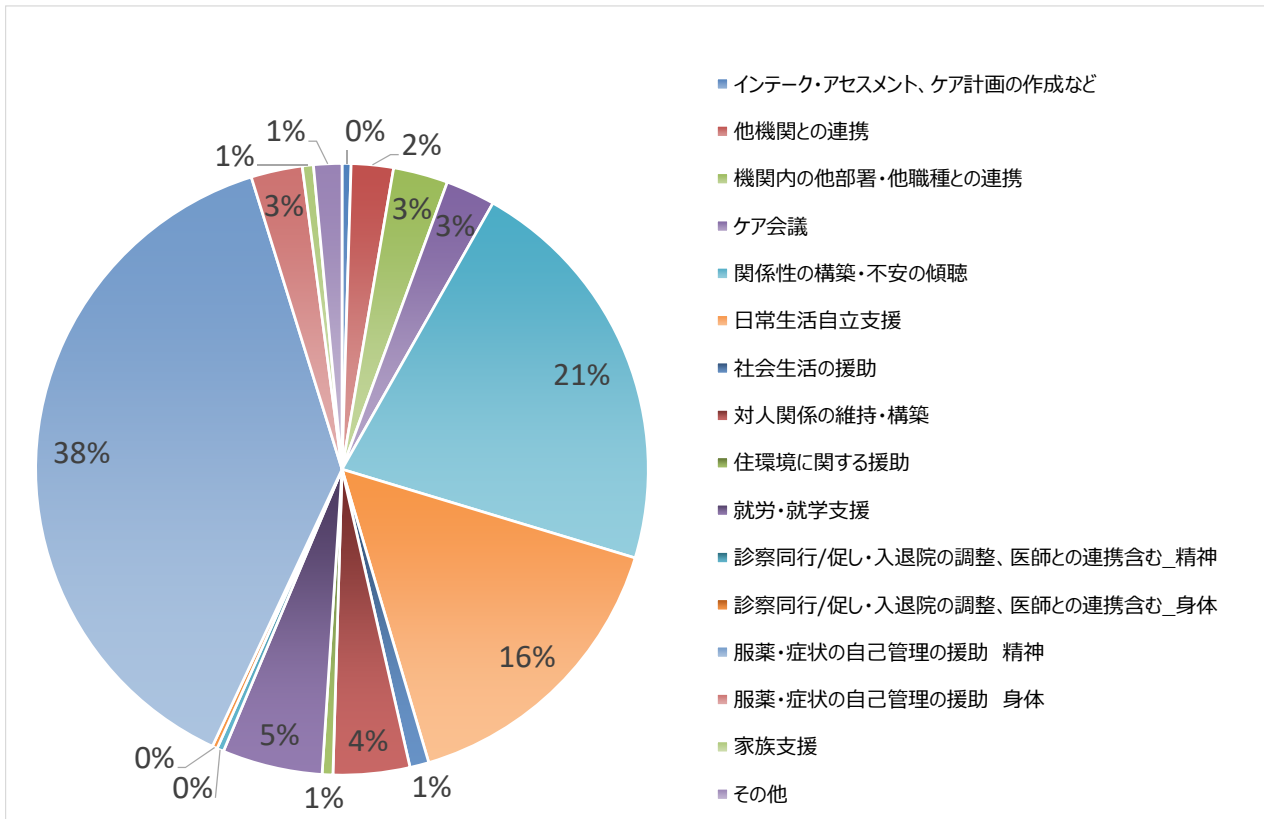


図7 各サービスコードの割合（1対1換算サービス提供時間）

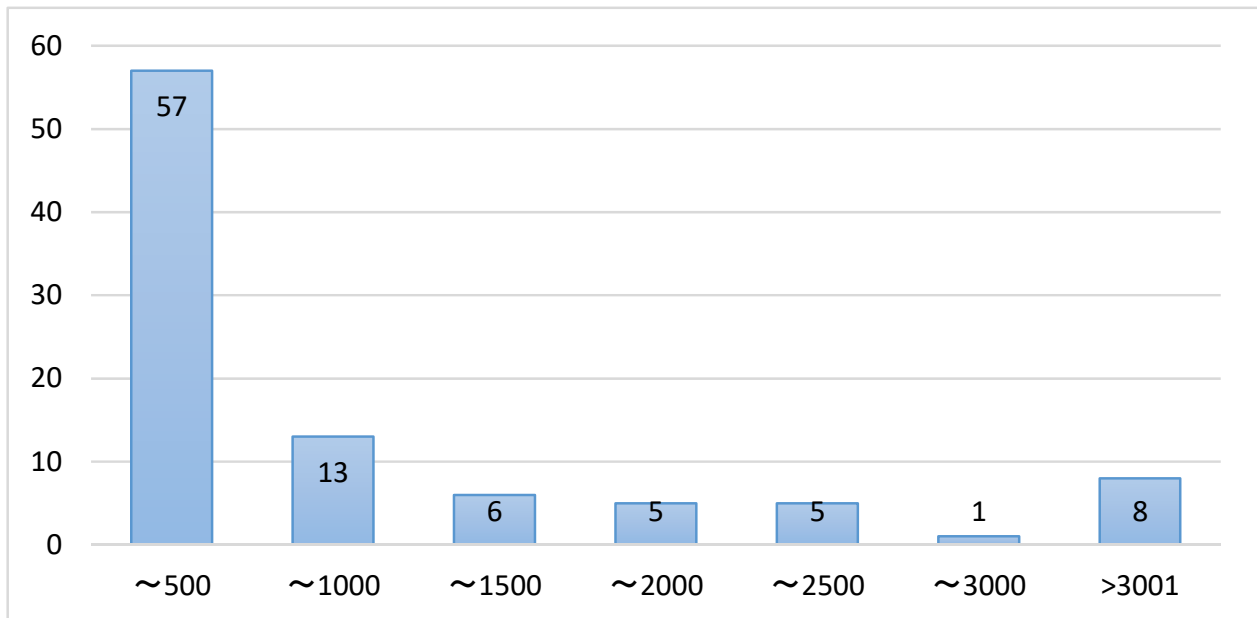


図8 サービス量の分布（1対1換算サービス提供時間）

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、1-31 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 : _____		
【 I 】 対象者の基本属性：情報が無い場合には「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 3) <input type="checkbox"/> 有 →「有」の場合：ケアマネージャーの所属 1) <input type="checkbox"/> 訪問看護 2) <input type="checkbox"/> デイケア 3) 外来相談室 4) <input type="checkbox"/> その他 ケアマネジメント導入日：_____年____月____日				
7. アセスメント表：1) <input type="checkbox"/> 無 2) <input type="checkbox"/> 有	8. ケア計画表：1) <input type="checkbox"/> 無 2) <input type="checkbox"/> 有			
9. 年齢：（____才）	10. 性別：1) <input type="checkbox"/> 女性 2) <input type="checkbox"/> 男性			
11. 過去の入院回数：_____回（うち過去1年：_____回）	12. 直近の入院：_____年____月____日～_____年____月____日			
13. 現住地の市区町村：_____	14. 精神保健福祉手帳：1) <input type="checkbox"/> 無 2) <input type="checkbox"/> 有（____級）			
15. 障害年金受給：1) <input type="checkbox"/> 無 2) <input type="checkbox"/> 有（____級）	16. 生保受給：1) <input type="checkbox"/> 無 2) <input type="checkbox"/> 有			
17. 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				
18. 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）				
19. 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（_____）				
20. 日常的（週1回以上）に利用している日中の地域福祉サービス：1) <input type="checkbox"/> 無 2) <input type="checkbox"/> 有 →「有」の場合（複数回答）： <input type="checkbox"/> 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（_____）				
21. 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（_____）				
追加項目： <input type="checkbox"/> 相談支援事業を利用している <input type="checkbox"/> 介護保険を利用している				
【 II 】 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	17. 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	18. 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	19. 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
	20. 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
	21. 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
	22. 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	23. 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
	24. 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
	25. 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
	26. 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
E	27. 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
	28. 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
	29. 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	30. 支援をする家族がない（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
	31. 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、1-31 の全ての選択肢についてご回答ください。**

ケアマネージャー/生活支援員 サービス・コード票

利用者 ID :	支援日 : 年 月 日	担当者名 :	院外支援の合計移動時間 : 分
----------	-------------	--------	-----------------

☆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☆

	活動内容	活動場所	① 計 時間	①のうち 診療報 酬内	①のうち 夜間/休 日対応	スタッフ 人数	スタッフの内訳					
							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)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
14	その他 <input type="checkbox"/> 危機介入 (内容 :) 利用者 (1.あり 2. なし)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 ^(^)	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人

入院中に対応した場合は、院内と 院内^(^) の両方に✓をいれてください。

包括的支援マネジメントの進め方（ガイドライン骨子）

1. 支援対象者

- 地域生活を送る上で、医療、福祉、その他のサービスによる包括的支援が必要であると認められる精神障害者のうち、本人が包括的支援マネジメントサービスを受けることに同意した者。
- 入院中の患者、外来患者のいずれも支援の対象となる。
- 本人、家族その他の支援者（※ 1）の希望、医療スタッフ、福祉関係者、行政職員（保健師等）からの提案を受け、主治医が支援対象者を決定（※ 2）する。

（※ 1）「家族その他の支援者」とは、本人を支援している家族、支援への関与を本人が希望する友人等の支援者をいう。

（※ 2）様式 1 の「包括的支援マネジメント導入基準」の各項目に 3 つ以上該当した場合、包括的支援を必要とする可能性が高くなる。警察・保健所等、行政の介入歴がある場合は、特に包括的支援が必要となる可能性が高いことに留意する。

2. マネジメント担当者と支援チーム構成員の選任

- 支援対象者 1 名につき、1 名のマネジメント担当者を選任する。
- 1 名のマネジメント担当者の受け持ち患者上限は 20～25 人以内とすることが望ましい。他の職務と兼任する場合は、他の職務の業務量を考慮し、受け持ち患者数を決定する。
- マネジメント担当者は、精神保健福祉士が最も適任と考えられるが、看護師、作業療法士、公認心理師についても、マネジメント担当者として選任することが考えられる。
- 支援チームは、主治医及びマネジメント担当者を必須構成員とする。支援対象者のニーズに応じて、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、公認心理師、薬剤師、栄養士、ピアスタッフ等を支援チームに含むことを考慮する。すでに行政機関や地域援助事業者等の支援を受けている支援対象者については、医療機関外の担当者が早期から支援チームの構成員としてアセスメントや支援に参加することも想定される。

3. アセスメント

- アセスメントは、支援チームで実施する。
- マネジメント担当者が、インテークシート（様式 1）を作成する。この段階では、不明の項目があっても差し支えない。
- 主治医は、医師用シート（様式 2）を記入し、支援チームと共有する。
- 支援チームの話し合いにより、支援ニーズアセスメント（様式 3）を実施する。
 - 領域 A～F の各項目のアセスメント基準については、「支援ニーズアセスメント評価マニュアル」を参照のこと。
 - スタッフ評価と本人評価に乖離がある項目については、支援ニーズに関する本人の考えを十分に確認すること。

- 支援チームの話し合いにより、総合アセスメント（様式 4）を実施する。
 - 入院中又は直近に入院歴がある場合は、「入院中の状態」について記入する。
 - 医学的所見は、身体疾患に関する所見を含む。
 - 領域 A～F について、支援ニーズアセスメントに基づき、支援ニーズ及び課題を整理する。
 - 各領域について、本人の希望を、可能な限り本人の言葉で記入する。
 - ストレngthsを本人とともに検討する。

4. 支援ネットワークの構築

- アセスメントに基づき、医療機関において本人の支援を担当するスタッフ、医療機関外の担当機関（担当者）につき検討する。
- 既に利用している障害福祉サービス、介護サービス等があれば、原則として継続するが、必要に応じて見直しを検討する。
- 行政介入歴がある場合など、必要に応じて行政との連携を考慮する。
- インフォーマルサービスの活用についても考慮する。

5. チームミーティング

- 本人の病状や課題、支援ニーズ等については、支援チーム内で日常的に共有し、意見交換を行う。
- 治療・支援方針については、支援チームの話し合いにより決定する。頻度や参加者については、臨床的な必要性に応じてマネジメント担当者が柔軟に設定し、ミーティングの開催について支援関係者に連絡をとる。
- 支援計画の作成及び見直しの際のミーティングには、本人が参加することを原則とする。可能な限り、家族その他の支援者が参加できるように配慮する。
- 状況に応じて、インターネットを用いたミーティングの活用を考慮する。

6. 支援計画の作成

- 本人と支援チームが話し合い、支援計画（様式 5）を作成する。
- サービス等支援計画など、他の計画が作成されている場合には、既存の計画で対応できていない課題及び支援ニーズについての計画を作成する。
- 計画作成にあたっては、本人が居住する地域で利用できるサービス・社会資源一覧（様式 7）を活用する。

7. クライシスプランの作成

- クライシスプラン（様式 6）の作成に先立ち、本人に対し、疾病や治療に関する情報提供（心理教育）を行う。
- 自分で対処する場合のプランのみとするか、周りの人の支援を必要とする場合のプランについても作成するかは、臨床的な必要性と本人の希望に応じて決める。
- 本人と支援チームが話し合い、クライシスプランを作成する。
- クライシスプランは、本人が目にしやすい場所に貼っておくように助言する（例：居室の壁、お薬カレンダーの横、冷蔵庫、トイレのドアなど）。
- クライシスプランは、数か月に 1 回程度の見直しを行うことが望ましい。

8. マネジメント担当者の役割

- マネジメント担当者は、本人の外来受診日等に、本人と月に 1 回以上の面談を行い、支援チーム内で情報を共有する。
- 支援関係者に、医療その他の支援サービスの利用状況を確認し、必要な連絡調整を行う。
- 介護保険サービスにおけるケアマネジャーや、障害福祉サービスにおける相談支援専門員等、ケアマネジャーが医療サービス以外に指定されている場合であっても、マネジメント担当者は医療サービスの連携窓口として、他のサービスのケアマネジャーと密に連携しつつ、サービス全体の調整役を担う。
- 必要に応じて、アウトリーチによる支援の提供や他機関との連携を行う。
- 定期的又は必要に応じて、ミーティングを開催する。

9. モニタリングと評価

- モニタリング経過記録（様式 8）により、支援実施状況をモニタリングする。
- 支援計画は一定期間ごとに見直し、本人とともに計画の実施状況を評価する。

10. 支援の継続/終了の判断

- 支援継続の必要性については、本人の希望を重視し、6 ヶ月毎に支援チームで検討する。
- 本人から支援終了の申し出があった場合は、原則として支援を終了する。ただしその場合でも、病状の増悪によって終了を申し出る場合もあることに留意し、病状評価を慎重に行ったうえで、必要に応じて再アセスメントを実施する。
- 本人からの支援終了の申し出にもかかわらず、支援チームが支援継続の必要があると判断した場合には、十分な時間をかけて本人の考えを傾聴したうえで、本人に支援継続の必要性につき、丁寧に説明し、本人の理解と納得が得られるように努める。そのうえでなお本人が支援終了を希望する場合には、包括的支援マネジメントについては終了とするが、本人が医療その他の必要な支援を継続できるよう、保健所等の行政機関や家族その他の支援者との協力体制を見直すなど、十分な対策を講じる。

様式 1 (補助) インテークシート/フェイスシート

フリガナ		性別	
利用者氏名		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：)		
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"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 () → 級 → 級 → 級 → 級		
年金	<input type="checkbox"/> 障害基礎 or 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"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他の制度・サービスの利用	要介護認定： 要支援 1 / 2, 要介護 1 / 2 / 3 / 4 / 5 (年 月まで) 障害支援区分： 非該当, 区分 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 (年 月まで)		
	<input type="checkbox"/> 相談支援事業 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 医療観察法の対象 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 精神科訪問看護 <input type="checkbox"/> その他の医療サービス ()		
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 生活訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続 A 型 <input type="checkbox"/> 就労継続 B 型 <input type="checkbox"/> その他の福祉サービス ()		
これまでの経緯			

家族等の関係

氏名	年齢	続柄	本人との関係性	住居地
エコマップ				

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	□ 不明	□ 無	□ 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）	□ 不明	□ 無	□ 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	□ 不明	□ 無	□ 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	□ 不明	□ 無	□ 有
	5. 自傷や自殺を企てたことがある	□ 不明	□ 無	□ 有
	6. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	□ 不明	□ 無	□ 有
D	7. その他の警察・保健所介入歴がある	□ 不明	□ 無	□ 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」）	□ 不明	□ 無	□ 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」）	□ 不明	□ 無	□ 有
	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	□ 不明	□ 無	□ 有
E	11. 直近の入院は措置入院である	□ 不明	□ 無	□ 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	□ 不明	□ 無	□ 有
	13. 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	□ 不明	□ 無	□ 有
F	14. 支援をする家族がない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	□ 不明	□ 無	□ 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）	□ 不明	□ 無	□ 有

様式 2. 包括的支援マネジメント 医師用シート

患者名 _____ 記入日：_____年__月__日 医師名：_____	
【Ⅰ】 診断	
1.1. 精神科主診断*	診断名： _____ F <input type="checkbox"/>
1.2. 精神科副診断	診断名： _____ F <input type="checkbox"/>
1.3. 精神科副診断	診断名： _____ F <input type="checkbox"/>
2.1. 重複診断*	<input type="checkbox"/> 精神作用物質使用 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 認知症
2.2. 管理が必要な 身体疾患*	代表的な身体疾患： (_____) (_____) (_____)
【Ⅱ】 機能等評価	
3.1. Global Assessment of Functioning (GAF) *	_____ 点
3.2. その他の尺度 (_____)	_____ 点
3.3. その他の尺度 (_____)	_____ 点
【Ⅲ】 医師の所見 0=支援（治療）の必要なし, 1=問題があるが、効果的な支援（治療）を受けている, 2=問題があり、効果的な支援（治療）を受けていない, 9=不明	
	0 1 2 9 特記
D1*	精神病症状：幻覚、妄想、思考障害等 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>機能・症状</u>
D2*	身体的健康：身体疾患、副作用を含む身体症状 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D3*	心理的苦痛：不安、抑うつ、悩みごと等 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D4	性的な問題：性嗜好の問題、性機能障害等 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E1*	処遇・治療情報：処遇・治療に関する情報提供とその理解 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>治療・処方</u>
E2*	治療・支援への動機づけ/疾病の自己管理 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F1*	アルコール：アルコールに関連する問題全般 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>行動障害</u>
F2*	薬物：処方薬依存・乱用を含む薬物関連の問題全般 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F3*	自分に対する安全：自殺関連行動等、セルフネグレクト等 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F4*	他者に対する安全：暴力、威嚇行動等 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F5*	その他の行動上の問題：衝動性や強迫行為、嗜癖等 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
O1	(_____) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
総合評価（生活面での特記を含む）*	

*記載が必要な項目

様式 3. 包括的支援マネジメント ニーズアセスメント（現状のアセスメント）

評価日 _____（次回予定日 _____）	本人氏名 _____	支援マネージャー氏名 _____
------------------------	------------	------------------

直近の退院日*： _____ 直近の行政機関等（例：警察/保健所）の介入日*： 無 有： _____

*直近 3 年について記載

評価項目	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	本人				スタッフ				特記事項 ※ストレングス（強み・できること）を含む
		0	1	2	9	0	1	2	9	
A1	住居：退院後の居住先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A2	経済的援助：生活保護等の経済的援助の必要性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A3	親しい関係者：家族、パートナー等との関係性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A4	子供の世話：18歳以下の子供の養育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A5	介護：高齢者、障害者の介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B1	食事：料理、外食、適切な食事の購入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B2	生活環境の管理：自室や生活環境を整えること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B3	セルフケア：入浴、歯磨き等の清潔保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B4	電話：電話の有無、電話使用の可否	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B5	移動：公共交通機関、車等の移動手段の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B6	金銭管理：金銭の管理と計画的な使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B7	基礎教育：読み書き、計算等の基礎学力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C1	日中の活動：適切な日中の時間の過ごし方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C2	交流：家族以外との社会的交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D1	精神病症状：幻覚、妄想、思考障害等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D2	身体的健康：身体疾患、副作用を含む身体症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D3	心理的苦痛：不安、抑うつ、悩みごと等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D4	性的な問題：性嗜好の問題、性機能障害等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E1	処遇・治療情報：処遇・治療に関する情報提供とその理解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E2	治療・支援への動機づけ/疾病の自己管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F1	アルコール：アルコールに関連する問題全般	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F2	薬物：処方薬依存・乱用を含む薬物関連の問題全般	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F3	自分に対する安全：自殺関連行動等、セルフネグレクト等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F4	他者に対する安全：暴力、威嚇行動等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F5	その他の行動上の問題：衝動性や強迫行為、嗜癖等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O1	その他 1（ _____ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O2	その他 2（ _____ ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

0=支援の必要なし, 1=問題があるが、効果的な支援を受けている, 2=問題があり、効果的な支援を受けていない,
9=不明

様式 4. 総合アセスメント（今後の可能性も含めたアセスメント）

入院中の状態			
医学的所見： 精神・身体の状態			
地域生活			
A: 環境要因	ニーズ・課題	希望	ストレングス（強み、できること）
B: 生活機能 （活動）	ニーズ・課題	希望	ストレングス（強み、できること）
C: 社会参加	ニーズ・課題	希望	ストレングス（強み、できること）
D: 心身の状態	ニーズ・課題	希望	ストレングス（強み、できること）
E: 支援継続に関する課題	ニーズ・課題	希望	ストレングス（強み、できること）
F: 行動に関する課題	ニーズ・課題	希望	ストレングス（強み、できること）
その他			
アセスメントの まとめ			

様式 5. 包括的支援マネジメント 支援計画

作成日 ____年__月__日	次回見直し予定時期： ____年__月__日	本人氏名 _____	支援マネージャー氏名 _____
-----------------	------------------------	------------	------------------

私の長期の目標（主語を「私」にすること）	今回の支援計画における短期目標
----------------------	-----------------

支援ニーズアセスメント / 総合アセスメントの項目からの具体的な課題と解決

No	総合アセスメント ニーズ課題	具 体 策				評価*
		何を（ご自身）	何を（支援者）	期間や順番	他の関係者（機関名・担当者名・連絡先）	
1						
2						
3						
4						
5						

* 支援計画見直し時に、利用者と一緒に評価する：達成できたものには「○」、現在取組中のものは「△」、取り組み中止/サービス提供困難等は「×」

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 祇肢 イ: 父母 □: きょうだい ハ: 妻/夫 ニ: それ以外の家族/親族 ホ: 友人等 ヘ: 同僚 ト: 医療機関の職員 チ: 地域援助事業者 リ: 行政機関の職員 () ヌ: その他 ()					

支援場所と頻度	支援場所: 最も頻繁な支援場所: <input type="checkbox"/> 医療機関内 <input type="checkbox"/> 自宅訪問 <input type="checkbox"/> 職場・活動場訪問 <input type="checkbox"/> その他 () 医療機関内の支援頻度: <input type="checkbox"/> 週 ____ 回 or <input type="checkbox"/> 月 ____ 回 訪問支援の頻度: <input type="checkbox"/> 週 ____ 回 or <input type="checkbox"/> 月 ____ 回
----------------	--

医療サービス等を受けることが難しくなった場合...	スタッフがしても良いこと:
	連絡しても良い人 1: _____ 連絡先: _____
	連絡しても良い人 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
介護保険 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
その他 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

署名	本人 _____ : 記載日 年 月 日
	支援マネージャー _____ : 記載日 年 月 日 医師 _____ : 記載日 年 月 日

様式 6 (選択可) . 緊急受診・相談面接のプラン



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 :

自分でわかるサイン

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの方が気づくサイン

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・



サインに気づいたときにすること :

自分がすること

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの方がすること

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

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



まわりの人の支援を必要とする程度のも【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 7. (補助) 利用できるサービス・社会資源一覧

(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		

様式 8. アセスメント・支援計画 モニタリング経過記録

本人氏名 _____

支援マネージャー _____

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、場所および特記
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<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 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 (名) <input type="checkbox"/> 友人 (名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<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 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 (名) <input type="checkbox"/> 友人 (名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<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 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 (名) <input type="checkbox"/> 友人 (名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<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 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 (名) <input type="checkbox"/> 友人 (名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<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 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 (名) <input type="checkbox"/> 友人 (名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <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)				

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、場所および特記
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<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 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 (名) <input type="checkbox"/> 友人 (名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<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 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 (名) <input type="checkbox"/> 友人 (名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<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 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 (名) <input type="checkbox"/> 友人 (名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<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 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 (名) <input type="checkbox"/> 友人 (名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<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 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 (名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 (名) <input type="checkbox"/> 友人 (名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <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)				