

# 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）。

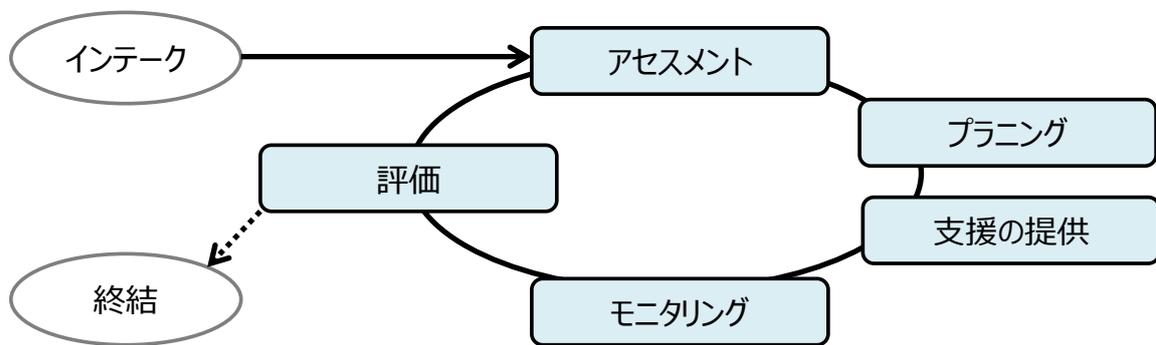


図 1 包括的支援マネジメントの流れ（多職種で実施）

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。

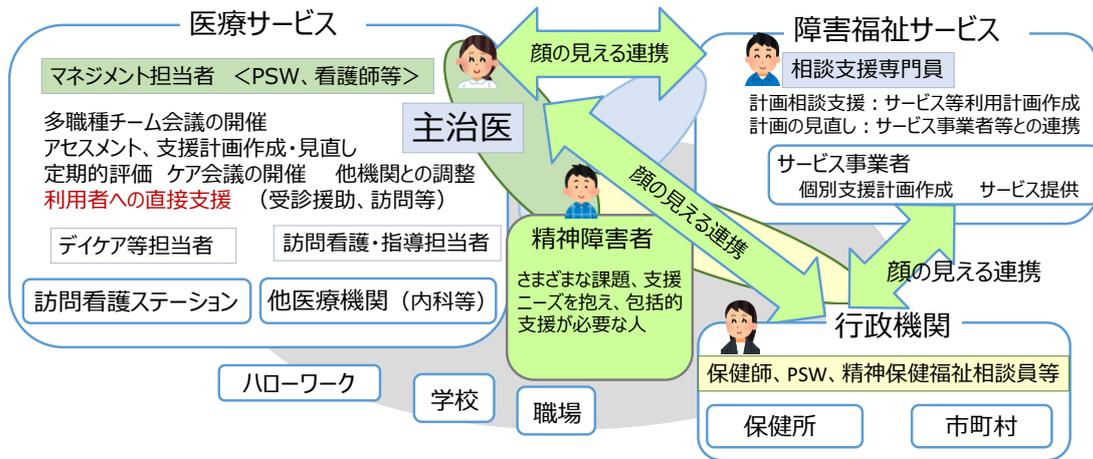


図2 包括的支援マネジメントによる連携構築のイメージ

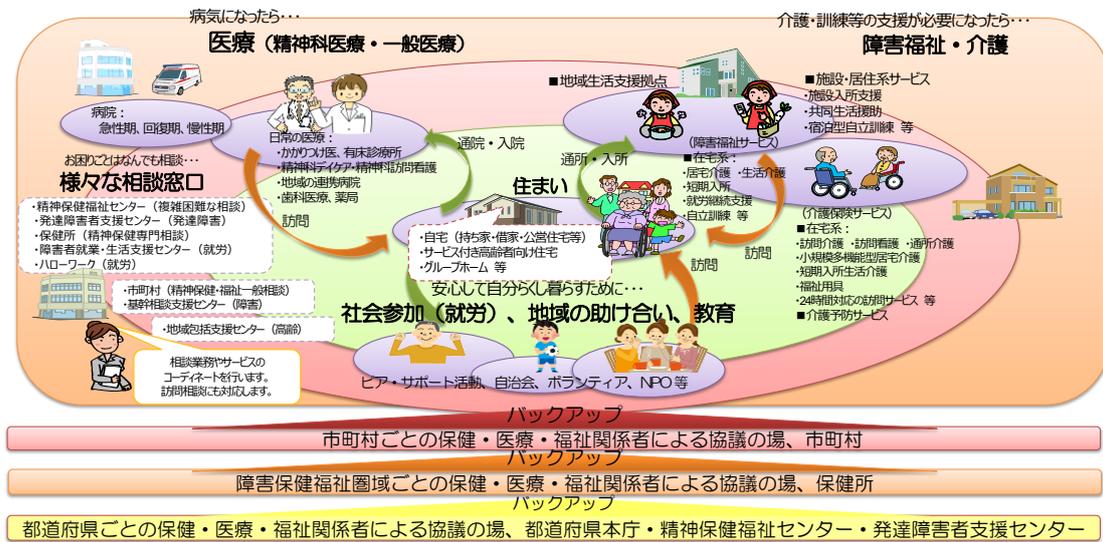


図3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのイメージ  
(厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」資料より)

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
	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
E	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	<input type="checkbox"/>										
A2	経済的援助	<input type="checkbox"/>										
A3	親しい関係者	<input type="checkbox"/>										
A4	子供の世話	<input type="checkbox"/>										
A5	介護	<input type="checkbox"/>										
B1	食事	<input type="checkbox"/>										
B2	生活環境の管理	<input type="checkbox"/>										
B3	セルフケア	<input type="checkbox"/>										
B4	電話	<input type="checkbox"/>										
B5	移動	<input type="checkbox"/>										
B6	金銭管理	<input type="checkbox"/>										
B7	基礎教育	<input type="checkbox"/>										
C1	日中の活動	<input type="checkbox"/>										
C2	交流	<input type="checkbox"/>										
D1	精神病症状	<input type="checkbox"/>										
D2	身体的健康	<input type="checkbox"/>										
D3	心理的苦痛	<input type="checkbox"/>										
D4	性的な問題	<input type="checkbox"/>										
E1	処遇・治療情報	<input type="checkbox"/>										
E2	治療・支援への動機づけ/ 疾病の自己管理	<input type="checkbox"/>										
F1	アルコール	<input type="checkbox"/>										
F2	薬物	<input type="checkbox"/>										
F3	自分に対する安全	<input type="checkbox"/>										
F4	他者に対する安全	<input type="checkbox"/>										
F5	その他の行動上の問題	<input type="checkbox"/>										
O1	その他 1 ( )	<input type="checkbox"/>										
O2	その他 2 ( )	<input type="checkbox"/>										

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無い、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 ( )	
<b>参加者と外部機関の参加状況</b>				
<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	支援者 (機関名・担当者名・連絡先)	

\* 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「○」、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 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
<b>住まい系</b>		
グループホーム	住居	
ショートステイ	住居	
<b>生活のお手伝い</b>		
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	
<b>就労のお手伝い</b>		
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	
<b>経済的な支援</b>		
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		
<b>その他</b>		