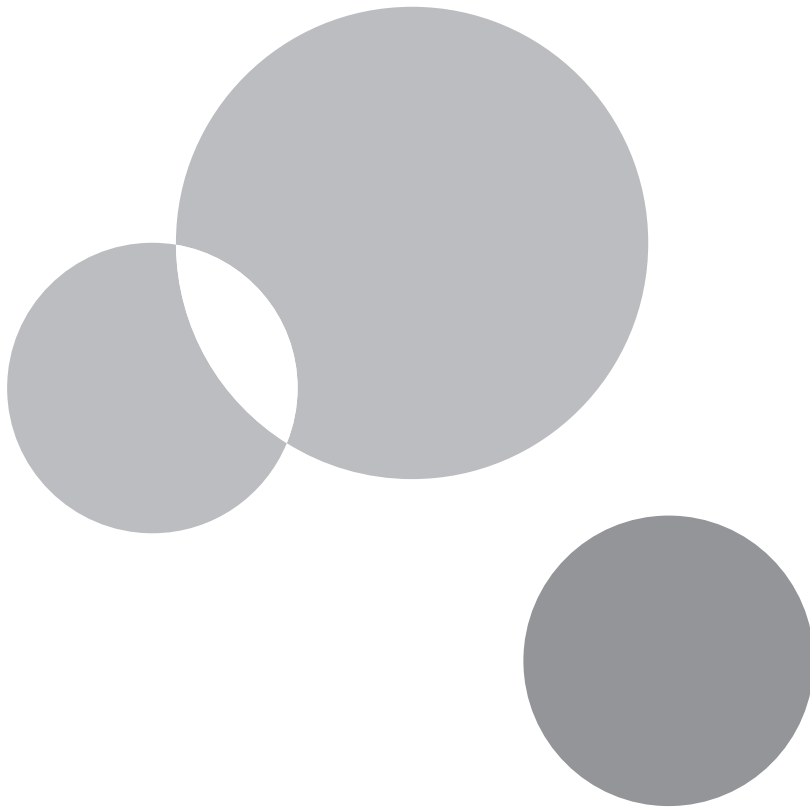


メンタルヘルスの課題を有する人の 理解と支援

—フォーミュレーションとリスクマネジメントを手がかりに—

第1版



2025年11月

一般社団法人 全国精神保健福祉連絡協議会

ごあいさつ

全国精神保健福祉連絡協議会（以下、「本会」という。）は、昭和38年11月に福岡市で開催された第11回精神衛生全国大会の際に発足しました。本会は、各都道府県等の精神保健福祉協会間の連携を図るとともに、精神保健福祉の普及啓発に資することを目的として活動を行っています。

令和元年度以降の主要な活動を振り返ると、トラウマインフォームドケア（TIC）研修、精神保健アーカイブズの構築支援、日本における第二次世界大戦の長期的影響に関する学際的シンポジウムの開催協力、統計数理研究所公募型共同利用研究集会の開催協力、アートをとおしてのメンタルヘルスの啓発等を行い、2023年度からは、総会記念行事として、「スピリチュアルケアとメンタルケアー揺れ動く社会の中で」（2023年度）、「優生学と人間社会－科学史を糸口に」（2024年度）、「こどもと家庭をまもる－メンタルヘルスは何ができるか－」（2025年度）を開催してきました。

本会は、2024年7月に定款を変更し、定款第3条に事業を明示しました。その事業は(1) 地方協会等の活動支援、設立支援及び連携の促進、(2) 精神保健福祉に関する調査研究、情報発信、ネットワーク構築、組織・人材育成、(3) その他必要な事業です。

この冊子は本会の定款変更後のはじめての調査研究の成果をまとめたものです。この冊子が地域の精神保健活動の発展に役立つことを願っております。この研究にご協力いただいた全国精神保健福祉センター長会データ分析・地域分析検討委員会、自治体の職員の皆様に感謝します。

2025年11月

一般社団法人 全国精神保健福祉連絡協議会
会長 竹島 正

目次

要旨	3
はじめに	4
I. フォーマーミュレーションの理解と活用	5
II. ソーシャルワークとリスクマネジメント	10
III. 事例	15
IV. フォーマーミュレーションへの期待と課題	19

要旨

2022年精神保健福祉法改正により、自治体の相談支援の対象が、精神障害者だけでなく、日常生活を営む上での精神保健に関する課題を抱える者に拡大された。また、相談支援は、心身の状態に応じた保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として行わなければならないこととされた。これらは、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の理念に係るものであり、市町村においては、精神保健に関し複合的なニーズを抱えた地域住民に対する相談支援等の取組をこれまで以上に積極的に担っていくことが求められている。本研究は、このニーズに応えるため、精神保健の問題を含む困難事例への支援方針の検討のためのフォーミュレーション（formulation）の普及のための資料開発を目的とした。

全国精神保健福祉センター長会データ分析・地域分析検討委員会（2024年10月7日開催）や自治体の精神保健実務者、研究者等の意見を得て、2025年6月に「メンタルヘルスの課題を有する人の理解と支援－フォーミュレーションの活用－（案）」（以下、「成果物案」という。）を作成した。成果物案のブラッシュアップのため、2025年6月から2025年8月にかけて全国精神保健福祉センター長会データ分析・地域分析検討委員会メンバーを含め、自治体等の精神保健福祉業務に詳しい者20か所（個人または組織）に、成果物案の改訂意見、自治体や医療の現場での活用可能性についてのコメントを依頼し、その改訂意見をもとに「メンタルヘルスの課題を有する人の理解と支援－フォーミュレーションとリスクマネジメントを手がかりに－」（第1版）を開発した。

開発された資料は、「フォーミュレーションの理解と活用」「ケースワークとリスクマネジメント」を主に、フォーミュレーションの事例、フォーミュレーションへの期待と課題も掲載した。第1版は、実際に現場で利用されるなかで磨かれて改訂されてこそ、利用価値の高いものになっていく。開発された資料が、版を重ね、支援方針検討と支援の質の向上に寄与することを願っている。

はじめに

令和4年精神保健福祉法改正により、自治体の相談支援の対象が、精神障害者だけでなく、日常生活を営む上での精神保健に関する課題を抱える者（以下、本冊子においては「メンタルヘルスの課題を有する人」という。）に拡大された。また、相談支援は、心身の状態に応じた保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として行わなければならないこととされた。これらは、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の理念に係るものであり、市町村においては、精神保健に関し複合的なニーズを抱えた地域住民に対する相談支援等の取組をこれまで以上に積極的に担っていくことが求められている。

自治体の業務の精神保健のつながりを例に挙げると、高齢・介護（認知症、高齢者虐待防止、介護保険サービス提供等）、生活福祉（生活保護、生活困窮者自立支援、ひきこもり等）、障害（相談支援事業、障害者虐待防止、障害者差別解消、意思決定支援等）、妊娠出産・子育て（母子保健、子育て包括、子育て総合支援、成育等）等がある。また、複合的な支援ニーズを抱えるケースは、8050問題、セルフネグレクト、虐待、DV、ゴミ屋敷、詐欺被害等のかたちで表面化することがあるが、そこにはメンタルヘルスの課題を有する人への支援が含まれていることが多い。

このように、精神保健は、自治体の業務と深くつながるが、自治体の職員がメンタルヘルスの課題を有する人のことを理解し、支援に取り組むには、表1に挙げた5点を理解することが重要である。

表1. 自治体の職員がメンタルヘルスの課題を有する人のことを理解し、支援に取り組むための重要事項

- 1) 精神疾患の診断分類は一般の病気と異なり、操作的診断基準による。
- 2) メンタルヘルスの課題を有する人の支援には、理解（understanding）と説明（explanation）の両面が重要である。
- 3) メンタルヘルスの課題を有する人の支援には、生物－心理－社会（bio-psycho-social）モデルという多角的な視点が役立つ。
- 4) メンタルヘルスの課題を有する人の支援には、相談や訪問から得られた情報の要約作成と、それを利用した生物－心理－社会の多角的な視点によるフォーミュレーション（formulation）が役立つ。
- 5) アセスメントを繰り返しながら支援を継続するには、ソーシャルワークとリスクマネジメントが重要である。

この手引きは、上記の5点を踏まえ、メンタルヘルスの課題を有する人の理解と支援に役立つよう、「フォーミュレーションの理解と活用」と「ケースワークとリスクマネジメント」を軸にまとめた。

なお、フォーミュレーション（formulation）の定義と活用は多様であるが、この冊子においては、地域精神保健の現場において、系統的・包括的な情報収集により、多職種による支援の仮説を立て、支援を行いながら、仮説を組み立てなおしていくことと定義する。

I. フォーマレーションの理解と活用

1) 精神疾患の診断分類は一般の病気と異なり、操作的診断基準による

身体疾患は、多くの場合、病気の原因によって病名がつけられている。例えば、結核は結核菌による慢性感染症、糖尿病はインスリンの作用が低下して血糖値が慢性的に高くなる病気である。しかし、精神疾患にはまだ病気の原因が解明されていないものも多い。このため操作的診断基準（operational diagnostic criteria）が開発された。操作的診断基準とは、原因不明であり、臨床症状に依拠して診断せざるを得ない精神疾患に対し、信頼性の高い診断を与えるために、明確な基準を設けたものである。操作的診断基準を用いることによって、病態解明の研究や疫学研究が進み、治療成績や転帰の比較検討も可能になると考えられている。国際的に使用される操作的診断基準には、WHO（世界保健機関）によるICD（疾病及び関連保健問題の国際統計分類）とAPA（アメリカ精神医学会）によるDSM（精神疾患の診断・統計マニュアル）がある。

2) メンタルヘルスの課題を有する人の支援には、理解（understanding）と説明（explanation）の両面が重要である

私たちは、ある人の過去の経験、習慣的な感じ方や考え方、現在の状況等を考慮に入れ、その人の立場に立って、その気持ちを想像することができる。これは理解（understanding）である。これによって、その人のある出来事への反応を、こころのプロセスとして辿ることができる。しかし、幻覚、妄想、強迫観念等、繰り返し現れて、パターンとして観察される出来事は、本人に寄り添う理解（understanding）だけでは捉えることができない。この場合、客観的な説明（explanation）の視点が必要になる。

アルコールや薬物の依存症を例にとると、依存症を有する人の経験から、私たちは、「孤立の病」という視点を得ることができる。依存症を有する人がアルコールや薬物を繰り返し使用するようになった背景には、薬によって紛らわさなくてはならない辛い感情があり、それを癒すために乱用し、依存症になったという視点である。これは本人に寄り添う理解（understanding）である。一方、飲酒を繰り返すことで脳の機能に変化が起き、特定の回路が徐々に強化され、飲酒へのブレーキがきかなくなっていく。これは科学的な視点による説明（explanation）である。私たちは、この2つの視点をもつことによって、その人をより深く知って援助できるようになる。

3) メンタルヘルスの課題を有する人の支援には、生物－心理－社会（bio-psycho-social）モデルという多角的な視点が役立つ

生物－心理－社会（bio-psycho-social）モデルは精神医学の歴史から生まれた。1960年代に始まる反精神医学（anti-psychiatry）は、伝統的な精神医学が身体病にならって築きあげられてきた疾病論とそれに基づいて患者を収容・治療することへの異議を唱え、精神医学とは単に社会の仕組みに過ぎない（精神科医は社会の代理人に過ぎない）と主張するまでに至った。この主張は、精神医学に、精神医学の役割の複雑さや、誰のために働くかという倫理的難問を考えさせ、精神疾患を生物－心理－社会モデルという広い視点からとらえるアプローチに道を拓いた。生物－心理－社会モデルは、メンタルヘルスの課題を有する人を、単に診断やレッテル貼りを超えて、全

体的な視点から捉える学際的な方法である。

生物－心理－社会モデルにおける、生物的要因、心理的要因、社会的要因には次のものがある（表2）。

表2．生物－心理－社会モデルにおける生物学的、心理的、社会的要因

生物的要因	遺伝、知的能力、身体疾患、精神疾患、治療（医学的管理）
心理的要因	愛着、分離、幼少時の逆境、現在進行中の人間関係のストレス、コーピングスキル ^{註1)} 、パーソナリティスタイル、自尊心、心理社会的治療への指向性
社会的要因	貧困等の経済的問題、死別・離別、差別・社会的抑圧、ジェンダー、労働環境、住居、孤立して安全でない環境、ソーシャルキャピタル ^{註2)} 、コミュニティとのつながり

註1）コーピングとは人生の課題に対処するための問題解決の努力である。熟練したコーピングでは柔軟かつ合理的に対処する。例として「気を逸らすか、一時的にひきこもるかして、ストレスの原因を現実的に回避する」「家族、友人、専門家などに適切な助けを求める」「リラクゼーションによって、緊張やその他のストレスに関連する不快な感情を軽減する」「問題解決方法の適用－問題を特定し、その性質を明確にし、可能な選択肢をマッピングし、最も適切なものを選択し、その効果をモニタリングする」「過去の関連する経験を活用する」などがある。

註2）人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴をいう。

4）メンタルヘルスの課題を有する人の支援には、相談や訪問から得られた情報の要約作成と、それを利用した生物－心理－社会の多角的な視点によるフォーミュレーションが役立つ

地域精神保健活動の現場では、限られた情報の範囲で支援方針を検討し、即座に実行しなければならないこともある。実行された支援は、不足している情報を得る機会になり、よりよい支援につながっていく。このような現場のアプローチには、生物－心理－社会モデルの多角的な視点による要約の作成とフォーミュレーションによる検討が役立つ。

地域精神保健活動の現場で、相談や訪問によって情報収集するにあたって、本人が中等度または重度の精神症状を有する場合は、家族や親しい友人、身近な支援者等からも話を聞いておきたい。支援のために知りたいことを、現病歴、身体疾患の既往歴、個人史にまとめた。

現病歴：主要な問題と関連する症状について、始まった時期、どのように進行してきたか、そして現在何が起こっているかを時系列順にまとめる。過去の治療があった場合には、どこで誰がどのような治療を行ったか、どのような効果があったかを記述する。過去の疾患エピソード、過去の精神科入院歴、外来または地域ケアの詳細、治療への自発性についても記述する。

身体疾患の既往歴：精神症状に関連する可能性のある神経疾患やその他の医学的疾患を重視する。精神疾患に影響する可能性のある病歴は特定されなければならない。また、精神機能に影響を与えることが知られている薬に焦点を当てて治療薬を記録する。

個人史：パーソナリティ特性の発展、人間関係のパターン、病気の危険因子、大きな喪失体験や感情的なトラウマは、現在の問題につながっている可能性が高い。これらの情報を記録するのは手間がかかるかもしれないが、それは支援に大いに役立つものとなる。あくまでも目安である

が、以下の点に留意して、情報を得ていく。

- ・初期の発達：妊娠中の合併症、栄養の問題、発達指標の達成
- ・幼少期：多動性、夜尿、恐怖症、友人関係と遊び方、幼少時の疾患
- ・学校：学業成績、仲間関係、情緒的問題、懲罰
- ・思春期：適応の困難さ、性行動、非行、対人関係、薬物の使用
- ・職業：職歴と満足度、なりたかったもの
- ・月経：初潮年齢、月経症状と問題、閉経時の年齢と特徴
- ・性に関すること：性に関する姿勢、経験、過去のパートナー、性的指向
- ・婚姻：配偶者やパートナーの有無や関係の状況、過去の結婚歴や離婚歴
- ・子ども：名前、年齢、患者との関係
- ・社会的ネットワーク：家族、友人、支援者
- ・習慣：アルコール、タバコ、薬物の使用または乱用
- ・娯楽：興味範囲、趣味
- ・犯罪歴：過去の犯罪、有罪判決、刑罰、反社会的行動
- ・予期せぬ人生の出来事とそれへの対応

これらの要素を組み合わせることで、ひとつの個人史ができる。個人史は慎重に扱わなければならない。個人史と現病歴、身体疾患の既往歴を合わせて要約とする。要約はA4用紙1枚(1,000字)以内が望ましい。

作成された要約をもとに、フォーミュレーションのマトリックス表（行と列で構成された二次元のチャート）を作成する。

マトリックス表は、横軸に、生物ー心理ー社会モデルの生物的要因、心理的要因、社会的要因を置く。縦軸に、背景要因、発症要因、持続要因、保護要因を置く。前者はすでに表に示したので、後者を表3に示す。

表3. フォーミュレーションの検討における背景要因、発症要因、持続要因、保護要因

背景要因	家族歴（精神疾患、精神症状に関連する神経疾患やその他の医学的疾患）、幼少期、学校生活、家庭の状況など、現病歴の背景をなす、人生の早期における、生物学的、心理的、社会的要因である。本人の力ではどうにもならないものと言ってもよい。
発症要因	現在の主要な問題と関連する症状の始まった時期、どのように進行してきたかに関連する、生物的要因、心理的要因、社会的要因である。発症のきっかけや転機と言ってもよい。
持続要因	発症要因に記載した状態を持続または悪化させている、生物的要因、心理的要因、社会的要因である。本人の回復を妨げる要因と言ってもよい。
保護要因	回復や癒しに寄与する、あるいは寄与する可能性のある、生物的要因、心理的要因、社会的要因（資源）である。本人や本人を支える要因と言ってもよい。

要約とフォーミュレーション（事例紹介）

要約とフォーミュレーションの例（表4）を紹介する（『共生社会のための精神医学』（シドニー・ブロック他編集（竹島正監訳）、中央法規、2024）にあるジャーニンの事例を一部改変）。

【事例要約】

Aさんは21歳の女性です。彼女が3歳のときに父親が家を出て行き、母親が彼女を育てました。Aさんの子供の頃、母親はうつ病の治療を受けていました。Aさんは1人で家にいることが多く、母親の友人の家に預けられることもありました。その後、母親は数人の男性と親密になりましたが、どれも長続きせず、しかも、その男性たちは母親に心理的・身体的に虐待を行いました。Aさんは、知的能力は高いのですが、臆病に育ち、学校ではうまくいかず、友人も少なかったとのこと。Aさんは18歳のときに付き合った男性によって妊娠しました。その後、母親のもとを離れて、子供を育てるのに苦労してきました。Aさんの娘は病気がちで入院することも多く、児童相談所の介入を余儀なくされました。Aさんの娘の父親はたまに來ますが、Aさんと娘を支える力にはなりません。児童相談所のソーシャルワーカーは、Aさんを助けようと努力してきましたが、Aさんは、1人のソーシャルワーカーを除いて、「自分を貶めている」と感じ、「悪い親だ」と言われているように感じていました。Aさんは、3か月前から全身の不調、涙もろさ、気分の落ち込み、不眠、食欲不振、身の回りのことができないなどの症状が出ています。昨日夜には市販薬を過量服用し、救急搬送されました。Aさんは妊娠しているかもしれません。

表4. Aさんのフォーミュレーションのマトリックス

	生物的	心理的	社会的
背景要因	うつ病の既往歴のある母親	自己評価の低さ、自信のなさ、一貫した親密な関係のなさ、不信任感	家族の崩壊、安定した親の不在、ロールモデルの不在、性的搾取
発症要因	妊娠？	子どもに対して無能だと感じている	頼りにならない娘の父親
持続要因	身体健康不良	他人への信頼感の欠如	児童相談所による「監視」の目
保護要因	高い知的能力	子どもに対する粘り強さと献身	1人のソーシャルワーカーとの良好な関係

【要約とフォーミュレーションを踏まえた解説】

Aさんの母親はうつ病を患っており、おそらくAさんの遺伝的な脆弱性を高めている。幼少期は一貫した発育に適した環境になかったため、見捨てられたという感覚をもつようになった。母親が何人もの男性に虐待を受けるのを見て、自分もそのような経験をするのではないかと不安になったのかもしれない。このような不安定な愛着と、虐待被害者である母とその加害者との関係を目撃してきたことが、彼女の学校での対人関係や親密な人間関係での苦悩のもとになったであろう。Aさんの子育てスキルの低さは、彼女自身の子育て経験のなさを反映しているが、それを認めることで、子供を手放さなければならなくなることを恐れている。そのため、援助を提供されても距離を置いてしまい、事態を悪化させてしまう。子供の養育を手放すことになるかもしれないという恐怖感が自殺未遂につながったかもしれない。

【支援の考え方と方針】

支援者を受け入れることが苦手で、虐待を受けてきたAさんが、児童相談所等を信頼して支援を受け入れることはきわめて重要なことである。彼女は「見下される」ことに敏感であるため、治療について慎重に話し合うことが重要である。支援者がすることは、Aさんの育児スキルの向上、適切な支援サービスの利用、高い知的能力の活用を支援することであり、Aさんの自尊心を高めることだ。後者は、満足のいく仕事に就く訓練の機会になるかもしれない。また、世代を超えた虐待の影響を断ち切るためには、Aさんの娘のニーズにも目を向ける必要がある。

Aさんがうつ病である場合、うつ病の治療には、認知行動療法がある。これによって現実を変えていく力があると彼女が感じるかもしれない。必要があれば、抗うつ薬による治療を検討することもできる。

「Ⅲ．事例」として、Aさんの要約とフォーミュレーションのマトリックスを再掲すると共に、相談情報をもとにした要約作成とフォーミュレーションの例を掲載したので参照されたい。

Ⅱ．ソーシャルワークとリスクマネジメント

生物－心理－社会モデルは、現状分析と支援方針の検討を、生物的要因、心理的要因、社会的要因をもとに多角的に行うものであり、支援においても、多職種の連携・協働が望まれる。また、フォーミュレーションの仮説と支援方針は、可能な限り、当事者と共有されることが望ましい。

1) ソーシャルワーク

地域でいきいきと暮らしていくためには、その人の力を引き出しながら自立を支援するとともに、家族や地域住民、社会資源、制度などに働きかけて、本人との間の調整や地域づくりを行っていくソーシャルワークが必要不可欠である。川崎市では、ソーシャルワークを実践するにあたっての「コツ」や「経験則」を「パターン・ランゲージ」の手法を用いてまとめている。

「パターン・ランゲージ」とは、〈状況〉〈問題〉〈解決〉をセットにして記述する知識記述・共有の方法であり、問題発見から問題解決の一連のプロセスをセットにしてコンパクトにまとめたものである。パターン・ランゲージは、課題を解決するための考え方を抽象的に示すことで、対面している状況や背景、また支援者の個性などを考え合わせて、具体的な支援行動をつくっていく支えとなる。

川崎市の「ソーシャルワーク実践のためのパターン・ランゲージ～ともに未来をつくる30のヒント～Ver.1.0」は、ソーシャルワーク業務に従事する方の視点に立って、ソーシャルワークを実践するために大切なことを30個の「ことば」にまとめている。30個の「ことば」は、「ともに暮らしをつくる」「自分と仲間を大切にする」「つながり合う地域をつくる」の3部構成になっており、メンタルヘルスの課題を有する人の理解と支援にも役立つ（表5）。

表5. 「ソーシャルワーク実践のためのパターン・ランゲージ
～ともに未来をつくる30のヒント～ Ver.1.0」の3部構成と30個の「ことば」

部	パターン	ことば
ともに暮らしをつくる	信頼関係をつくる	1. はじめましてのメッセージ
		2. まずは心の動くことから
		3. とともに過ごす
	人となりを知る	4. 「実は…」のサイン
		5. 生きてきた日々
		6. ニーズの発掘
	ありたい姿を思い描く	7. 小さな一歩から
		8. 「やりたい」の発見
		9. 思いの代弁
	本人が決める	10. 「決める」を支える
		11. その時々 of 気持ち
		12. 待つことも支援
自分と仲間を大切にする	心のメンテナンス	13. 見え方の変換
		14. 思い切って話す
		15. 実践と学びのサイクル
	学びを重ねる	16. 気づきの後押し
		17. リアルに感じる
		18. 未知への扉
つながり合う地域をつくる	チームで支える	19. 言葉のすり合わせ
		20. チームのデザイン
		21. 多職種のハーモニー
	切れ目のない支援	22. つながる工夫
		23. 「のりしろ」の重ね合い
		24. 頼れる仲間
	つながりをつくる	25. Weで支える
		26. 受け止めつなぐ
		27. 話したくなる存在
	支え合う地域をつくっていく	28. 暮らしのいろどり
		29. ゆるやかな支え合い
		30. ともにつくる未来

詳細は下記を参照されたい。

<https://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000149753.html>

2) リスクマネジメント

実際の支援においてリスクマネジメントは欠くことができない。川崎市総合リハビリテーション推進センターでは、職場の環境改善の取り組みとして「明るい職場づくりガイドライン」を作成し、その中にアウトリーチを中心にしたリスクアセスメントと安全配慮のフローをまとめている。その概要を紹介する。

1. リスクマネジメントにおける基本的な考え方

①基本的人権の尊重

- ・当事者及び職員を含むすべての人々の基本的人権を尊重する。
- ・暴力などは基本的人権を脅かすものであり、防ぐ必要がある。

②日頃からのリスクマネジメント

- ・平時の対応や事前準備が重要である。
- ・職場環境の整備（面接室や事務室）、業務管理（1人の職員に負担を集中させないなど）、職員間の円滑なコミュニケーションの確保などを行う。
- ・リスクに関する情報収集、対応時の留意事項、発生時の対応手順、警察・消防との連携などについて確認・共有しておく。
- ・アセスメント・支援実施・モニタリング、被害を受けた職員へのフォローを、トラウマインフォームドケアの視点で実施する（トラウマインフォームドケア；トラウマが個人に与える深刻な影響を理解し、その影響を踏まえて支援をおこなうアプローチのこと）。

③質の高い支援・市民サービスの提供

- ・当事者中心の考え方に立ち、適切で質の高い支援や市民サービスを提供する。
- ・多職種の専門性を最大限活用して連携する。

2. 暴力・ハラスメントの定義

危害を加える要素をもった行動（言語的なもの、自己への攻撃も含まれる）で、容認できないと判断される、すべての脅威を与える行為を言う。種類と具体例を表6にまとめた。

表6. 暴力・ハラスメントの種類と具体例

暴力の分類	例
身体的暴力（未遂含む）	つねる、唾を吐く、手をひっかく、たたく、蹴るなど
精神的暴力	怒鳴る、威圧的な態度で文句を言い続けるなど
セクシャルハラスメント	手を握る、腕を引っ張り抱きしめるなど
その他：悪質クレーム ストーカー行為	理不尽な苦情により対応に時間を要して業務に支障をきたす、 特定の職員に個人的な相談を毎日2時間以上するなど

（兵庫県看護協会「訪問看護師・訪問介護員が受ける暴力等対策マニュアル（2018）」を一部改変）

3. 組織（管理職）と職員の取り組むこと

組織（管理職）

暴力のリスクへの気づきを高め、適切な対処を向上させるため、係（職員）が参加しやすいかたちで、管理職と職員が共に参加する研修と意見交換を開催する。

過去に暴力歴・攻撃性エピソードのある事例や、暴力のリスクが考えられながら情報が不足している事例の直接支援においては、事前ミーティングを開催して、暴力を防ぐための備え、暴力発生時の対応を検討し、直接支援の体制を強化する。そして、リスクを回避することが難しい場合は、直接支援のための訪問の中止を指示する。また、振り返りの機会を持ち、必要に応じて部内にその内容を共有する。このようにして職員がひとりでつらい気持ちをかかえないようにする。

直接支援時における暴力の回避や発生した場合の対応などについて、研修等を通じて周知する。また必要な資材を整備する。

重大事故（アクシデント）の連絡を受けた場合、速やかに警察署や消防署の出動を依頼する。暴力の場合、警察署に対応を依頼する。また、組織内に必要な報告を行うとともに、職員の健康回復のための支援を進める。さらに、早期に正しい情報の共有と話し合いの場をもつ。

職員

暴力の危険への適切な対処のための研修と意見交換において、気付いた課題を伝え、共有する。

暴力のリスクや自らの対応に不安がある場合は、速やかに組織（管理職）に報告する。またつらい出来事に遭遇した場合は、上司や同僚に心理的負荷が大きいことを伝え、ひとりで抱えこまないようにする。

直接支援時における暴力の回避と発生した場合の対応などの基本を学習するとともに、暴力のリスクが予想される場合には報告する。

重大事故（アクシデント）があった場合には、その影響や気がかりなことについて報告する。

4. 平時の対応

（１）職場環境づくり

①基本的な考え方を踏まえた環境の整備

②組織の風土づくり（日頃から同僚、上司と円滑なコミュニケーションを図り、業務について率直に話し合える機会や雰囲気をつくる。適切な情報収集をもとにした暴力のリスクを含めたケース全体のアセスメントを深め、支援方針の検討・実施、対応後の評価を組織として実施する）

③ガイドラインの周知・活用（管理職を含む全職員に実施）

（２）リスクへの対応

①環境整備（面接室・待合室などには、凶器として使用される可能性があるものは置かない）

②体制の確認（緊急時の対応手順、連絡体制及び応援体制を確立し、共有する）

③業務管理（業務量、業務手順を適切に管理し、特定の個人に過度な負担がかからないようにする。「女性である」「若い」「経験が浅い」ことは危険につながる可能性があることを認識するとともに後輩職員へ伝えていく）

④情報収集・アセスメント・支援方針検討（「アセスメントシート」及び「リスクアセスメントシート」「訪問前確認表」を活用する。「訪問前確認表」は出入口もしくはデスク近くに設置し、職員が意識できるようにする。日頃から職場内コミュニケーションを円滑に図り、個別ケースの状況について適宜共有し、暴力等のリスクを含むアセスメントや支援方針等について検討する。特に、精神症状が悪化している場合、職場で日頃から情報共有していく。事例検討等の機会を活用して、アセスメントや支援方針の助言を得る。当事者と担当職員の関係性に問題が生じて支援が適切に進まない場合には、担当変更も検討する）

（３）当事者への対応時

①事前に取り組むこと（訪問目的及びその日の目標を確認するとともに、相手方の反応を予測し、それに応じて必要な対応を想定しておく。精神疾患の未治療や病状が悪化している人に関わる場合や、支援者に不満を訴えている場合などは、訪問する前に、同行する他の支援者と、訪問先の間取り、室内の状態、座る場所などを考慮して、どのような危険が想定されるのか、危険な状況になった場合にどのように対応するか、誰に連絡するか等を事前に検討する。精神状態や前後の会話、経過や他機関からの情報等から、リスクを把握し、それを回避する手段を考慮して対応する。リスクを回避することが難しい場合は、同僚及び上司と相談し、他機関を含む複数人体制で対応することや訪問の中止等を検討する）

②来所面接・訪問時に取り組むこと（避難する際の動線や出口を確認しておく。相談室等に緊急ボタンが設置してある場合は、その位置を確認しておく。室内に、凶器として使用される可能性があるものがないか確認しておく。不穏の様子を感じたら、室内に入らず、玄関先で早めに切り上げる。室内に入った場合でも、立ち話で短時間のうちに済ませるようにする。さらに、相手の手足の届く範囲には入らないようにする。身の危険を感じた場合には、直ちに退避して自分自身の安全を確保するとともに、必要場合は躊躇することなく110番通報、119番への連絡や職場への連絡等を行う）

５．事故発生時の対応

（１）来所時

①被害者の対応（行為者から一定の距離を保つ（避難するなど）。一人で対応せず応援を呼ぶ。）

②組織（管理職）の対応（事実を確認し、職員及びその場にいる市民を安全な場所に避難させる。必要に応じて警察及び救急へ通報する。被害者に受診が必要な場合は調整する。受診には職員（上司・同僚）が付き添う）

③同僚の対応（被害者への対応（必要に応じて受診同行）、行為者への対応、市民の誘導、連絡調整の役割に分かれて行動する。行為者に対応する場合は、一定の距離を保ち、複数人で行う）

（２）訪問時

①被害者の対応（訪問先の部屋、家から出る等して、身の安全を確保する。身体的暴力が発生した場合は、警察へ通報する。身体的暴力の被害が大きい場合は救急車を要請する。上司に報告し、その後の対応について相談する）

②組織（管理職）の対応（役割分担を指示し、複数名の職員を現場に急行させる（現場対応、被害者対応等）。その他、必要な報告・連絡調整等を行う）

６．事故発生後の対応

（１）被害者への対応

状況の確認、傾聴、十分な休養、就業上の配慮、警察への被害届／法的対応、対応の報告

（２）行為者への対応

状況の確認（被害者の安全を確保したうえで暴力に至った経緯を整理、言葉による説明と警告／書面による警告、症状や病状に起因する場合の検討（症状や病状改善に向けた支援、引き金となりうる要因の除去、担当交代、必要に応じて組織として法的対応の検討））

（３）組織的な対応

組織全体への影響の把握と支援、暴力のリスク要因の検討、対応の評価、リスクの再アセスメント、情報の共有（事例の概要と対応、その評価、評価から導いた改善策などについて全職員と情報を共有等）

（４）早期の正しい情報の共有

Ⅲ. 事例

Aさんの要約とフォーミュレーションのマトリックスを再掲すると共に、相談情報をもとにした要約作成とフォーミュレーションの例を掲載する。

事例A（再掲）

【要約】

Aさんは21歳の女性です。彼女が3歳のときに父親が家を出て行き、母親が彼女を育てました。Aさんの子供の頃、母親はうつ病の治療を受けていました。Aさんは1人で家にいることが多く、母親の友人の家に預けられることもありました。その後、母親は数人の男性と親密になりましたが、どれも長続きせず、しかも、その男性たちは母親に心理的・身体的に虐待を行いました。Aさんは、知的能力は高いのですが、臆病に育ち、学校ではうまくいかず、友人も少なかったとのこと。Aさんは18歳のとき、短期間情熱的に付き合った男性によって妊娠しました。その後、母親のもとを離れて、子供を育てるのに苦労してきました。Aさんの娘は病気がちで入院することも多く、児童相談所の介入を余儀なくされました。Aさんの娘の父親はたまに来ますが、Aさんと娘を支える力にはなりません。児童相談所のソーシャルワーカーは、Aさんを助けようと努力してきましたが、Aさんは、1人のソーシャルワーカーを除いて、「自分を貶めている」と感じ、「悪い親だ」と言われているように感じていました。Aさんは、3か月前から全身の不調、涙もろさ、気分の落ち込み、不眠、食欲不振、身の回りのことができないなどの症状が出ています。昨日夜には市販薬を過量服用し、救急搬送されました。Aさんは妊娠しているかもしれません。

表7. Aさんのフォーミュレーションのマトリックス

	生物学的	心理的	社会的
背景要因	うつ病の既往歴のある母親	自己評価の低さ、自信のなさ、一貫した親密な関係のなさ、不信感	家族の崩壊、安定した親の不在、ロールモデルの不在、性的搾取
発症要因	妊娠？	子どもに対して無能だと感じている	頼りにならない娘の父親
持続要因	身体健康不良	他人への信頼感の欠如	児童相談所による「監視」の目
保護要因	高い知的能力	子どもに対する粘り強さと献身	1人のソーシャルワーカーとの良好な関係

事例B（地域の相談事例をもとに作成）

【介入の背景】

- ・近隣住民からの相談。「近所に気になる家がある。数年前に引っ越してきた家庭で、近隣づきあいはない。女性が住んでいるようだが、窓が割れていて家の周りもゴミがあり、生活ができているのか心配である」との内容。
- ・相談を受けた職員が訪問すると、本人、母、娘の3人暮らしで、家はゴミ屋敷状態。何度か訪問を継続して得られた3人の情報は以下の通り。

【本人・母・娘の情報】

本人（50歳代）

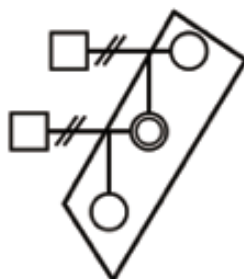
- ・娘が乳児の頃に離婚し、現在の母宅で暮らし始めた。
- ・以前は就労移行支援利用して就労移行支援事業所で働いていたこともあるが、うつ病を発症・悪化し、就労も困難となり、精神科受診も中断した。母や娘の世話もほとんどできなくなっており、精神科入院が必要な状態。しかし入院を勧めても、自身が入院した場合、「母と娘だけでは生活ができない」、「母と娘が支援サービスを利用することも不安」と混乱している。
- ・広汎性発達障害があり、先の見通しや適切な判断がすぐできない（精神障害者保健福祉手帳3級所持していたが更新せず）。
- ・母は本人に高圧的で、本人から意見が言えない関係性である。

母（80歳代）

- ・体調不良と歩行困難あり。オムツを着用している。
- ・認知機能低下疑いもあり。
- ・行政に頼ることはしたくないとの考えが強く、支援を拒否する。介護保険の利用なし。
- ・収入は母の年金のみであり、3人は年金や貯金を切り崩して暮らしている。

娘（20歳代）

- ・知的障害。療育手帳A所持していたが更新せず。
- ・支援学校に通っていた頃からひきこもりがち。療育フォロー後は支援につながらず、本人が食事や排泄等の世話をしている。
- ・娘はここ半年で5kgほど体重減少している。本人が精神科入院を必要とする状況であり、娘も施設入所の必要性があるものの、娘は家で本人・母と一緒に3人で暮らしたいと言う。



【情報をもとにした要約】

Bさんは50歳代の女性です。Bさんの母親（80歳代）、Bさんの娘（20歳代）と3人で、Bさんの母の家で暮らしています。Bさんは、Bさんの娘が乳児の頃に離婚し、Bさんの母の家で暮らすようになりました。Bさんは、広汎性発達障害があり、先の見通しや適切な判断がすぐできません。精神障害者保健福祉手帳3級を所持していたが更新していません。以前は就労移行支援を利用して就労移行支援事業所で働いていたこともありますが、うつ病が発症・悪化して就労困難

となり、精神科受診も中断しました。母や娘の世話もほとんどできなくなりました。精神科入院が必要な状態ですが、入院治療を勧めても、自身が入院した場合、「母と娘だけでは生活ができない」、「母と娘が支援サービスを利用することも不安」と混乱しています。Bさんの母親は、体調不良と歩行困難があり、オムツを着用しています。認知機能低下の疑いもあります。行政に頼ることはしたくないとの考えが強く、支援を拒否しており、介護保険も利用していません。Bさんの母親はBさんに高圧的で、Bさんは意見が言えない関係性です。Bさんの娘は、知的障害があり、療育手帳Aを所持していましたが更新していません。支援学校に通っていた頃からひきこもりがちで、療育フォロー後は支援につながらず、Bさんが食事や排泄等の世話をしています。Bさんの娘はこの半年で5kgほど体重が減少しています。Bさんの娘については、施設入所の必要性があるのではないかと考えられていますが、Bさんの娘は、Bさんの母宅で、3人で暮らしたいとのことです。収入はBさんの母の年金のみであり、3人は母の年金と貯金の切り崩しで暮らしています。Bさんと家族のことについて、近隣住民から、「近所に気になる家がある。数年前に引っ越してきた家庭で、近隣づきあいはない。女性が住んでいるようだが、窓が割れていて家の周りもゴミがあり、生活ができているのか心配である」との内容でした。相談を受けた職員が訪問すると、本人、母、娘の3人暮らしで、家はゴミ屋敷状態でした。

【行われた支援の概要】

支援目標

- ・世帯員それぞれの意向を尊重しながら、安心安全な暮らしが保たれるよう分野ごとの支援者に繋がり、多機関協働でチーム支援を行う。

行われた支援

- ・多機関協働でチーム支援を行うために、関係機関集まりケース会議実施
- ・配食サービスの導入
- ・近隣に住む兄夫婦にも見守りを協力していただく
- ・地域包括支援センターにて、母の見守り・介護保険申請・介護サービスの導入の調整
- ・障がい福祉課にて、娘の療育手帳更新等を支援し、本人が入院中の娘入所先施設を調整
- ・保健所にて本人の精神科入院調整
- ・支援の体制を整えたうえで、本人・母・娘らが医療や支援につながるよう説得
- ・本人入院と同時に娘施設入所
- ・母は本人・娘がいない間、独居となるので、地域包括支援センターや兄夫婦で見守りを実施。本人と同居していたころよりADLの向上みられ、歩行もできるようになり、医療機関受診もでき、関係機関の支援を受け入れるようになった。

本人の退院後

- ・娘が施設から帰って来るまでに、居住支援事業所の力を借りて、新しい家に引っ越し、ゴミ屋敷状態の家は解約した。
- ・娘は施設での生活を経て栄養状態改善し、自宅に戻れるようになった。
- ・母も新しい家に転居し、ADLは維持できており、本人に頼ってばかりではなくなった。
- ・本人は精神科入院したことが自分の体調を優先的に考える機会となり、関係機関に頼ることができるようになった。退院はしたが、すぐに仕事ができる状態ではなく、生活福祉課の相談につながっている。
- ・複合的な三世代の生活課題を抱えた事例だが、関係機関のネットワークを生かして、それぞれが連携してサポートする中で、本人らの望む形での生活改善ができた。

表 8. Bさんのうつ病の発症・悪化を中心としたフォーミュレーション

	生物学的	心理的	社会的
背景要因	広汎性発達障害 うつ病		
発症要因	うつ病の治療中断	母（認知機能低下）の 体調不良と歩行困難 娘（知的障害）の食事 や排泄等の世話	母の制度利用なし（介護 保険の利用なし） 娘の制度利用なし（療育 手帳Aの更新なし）
持続要因	うつ病について精神 科入院が必要な状態 であるが、混乱して 受け入れられない	高圧的で本人が意見を 言えない関係性	孤立状態
保護要因	母、娘と3人の暮ら しを守ってきた		近隣に住む兄夫婦

IV. 域精神保健福祉領域への使用可能性

フォーミュレーションへの期待と課題

辻本哲士（滋賀県精神保健福祉センター）

○期待されること

1. 包括的かつ多角的なアセスメントの促進
生物－心理－社会モデルは、複合的な支援ニーズを抱える対象者の問題を、単一の原因で捉えるのではなく3要因の相互作用としての理解し、包括的にアセスメントする助けとなる。効率的で質高い情報収集と要約作成の指針は実践的である。

2. 支援の個別化と継続性の確保

対象者個々の背景や状況、強みを理解することで、個別化された支援計画の立案が可能になる。支援を継続するPDCAサイクルの重要性も強調されている。

3. 多職種連携とチーム支援の強化

「多職種チームの必要性和当事者参加」の明記は、地域包括ケアシステムが推進される中で重要になる。生物-心理-社会モデルは、専門職が自身の視点だけでなく他職種の視点も理解し、共有する基盤作りに役立つ。情報共有の促進と役割分担の明確化が進み、効果的なチーム支援ができる。

4. ソーシャルワーク実践の質の向上

経験の浅いあるいは異動してきた職員にとって、川崎市の「ソーシャルワーク実践のためのパターン・ランゲージ」のような実践的な「コツ」や「経験則」は、ソーシャルワーク業務への抵抗感を下げることに役立つ。

5. 職員の安全確保とリスクマネジメント

平時からの職場環境づくり、情報共有、体制確認、発生時の具体的な対応手順が示されており、職員の安全配慮義務を果たす上でも不可欠な内容となっている。

○課題となること

1. フォーミュレーション活用の定着と専門性の確保

フォーミュレーションの作成や更新には、対象者の情報を分析し、多角的な視点から統合する高い専門性が求められる。知識が十分でないスタッフに対して、継続的な研修やOJT、SV体制の整備が不可欠になる。研修だけでは賄いきれない専門職の配置も必要になりえる。

2. 多職種連携における情報共有の難しさ

異なる機関や職種間での情報の共有方法やルール、共通認識の構築は容易ではない。個人情報保護や各機関の業務プロセスの違いなど、現実的な障壁が存在する。

3. 人力的時間的制約

市町村の精神保健福祉業務は、限られた人員と予算の中で遂行される。現状の人員体制で、この取組を高いレベルで実践し続けることは、現場負担を増大させる可能性がある。業務量の見直しや人員の増強、外部機関との連携強化などが求められる。限られた期間で定着させるには、相当のエネルギーが必要となる。

4. 地域資源の不足と限界

利用可能な社会資源が不足している地域もある。現場で支える体制構築の課題解決には、適切な資源開発や連携強化に向けた具体的な戦略が求められる。

5. リスクアセスメントの実践と職員のメンタルヘルス

暴力等の事案が発生してしまった場合の組織対応や職員への精神的ケア体制が整備されていない現場も少なくない。日常的継続的な職場の風土づくりが必要になる。

フォーミュレーションの普及のための資料開発の協力についての意見

西畑陽介（堺市こころの健康センター）

精神保健福祉センターにおける実践、とりわけひきこもり、薬物やギャンブル等の依存症、自殺未遂者といった複雑な背景をもつ方々への支援場面において、本資料は非常に頼りがいのある内容となっている。このようなメンタルヘルスの課題を有する人々の多くは、精神疾患という枠組みにとどまらず、生育歴における困難、家庭や地域社会からの孤立、経済的困窮、対人不信、被虐待経験など、複数の要因が絡み合った多面的な課題を抱えている。したがって、こうした背景を踏まえると、個別支援において画一的な支援方針では対応しきれない場面が少なくない。

本資料では、生物－心理－社会モデルを基盤とした「要約」と、それをふまえた「フォーミュレーション」という二段階の思考枠組みを導入することにより、複雑なケースの背景を多角的に理解し、それに基づいて支援の方向性を検討・整理することが可能となっている。また、事例にはストーリー性があり、対象者の生い立ちや関係性の変遷、心情の揺らぎといった背景理解を深める構成となっており、支援者がその人らしさに即した支援方針を考える際に必要な立体感を与えてくれる。

さらに、マトリクス表を用いた脆弱性・リスク要因・保護要因の整理は、支援者がそれぞれ抱えている理解を照合し、共通の土台を築くうえで大きな助けとなる。複雑ケースほど、支援者間で見えている景色が微妙に異なるが、それを一枚の構造の中で確認できる点は、実務的にも極めて有用である。

中盤のソーシャルワークの章では、実践のコツや経験則が「パターン・ランゲージ」の手法で30個の言葉として紹介されており、支援者の手をすすめやすくする工夫が凝らされている。

後半のリスクアセスメントでは、支援者が直接支援にあたる場面での安全配慮や組織的

体制の整備に関する視点が示されており、自傷や他害のリスクが高まるケースにおいても実践的に活用できる内容となっている。精神保健福祉センターに限らず、多職種の連携や行政判断が求められる局面においても、拠り所として使える内容になっている。

全体として、現場の複雑さに真正面から向き合いながらも、支援者がひとつ上の視点で状況を見つめ直せるよう、手触りのある道具が随所に配置されている。

日常業務における活用可能性と課題

柴崎聡子（川崎市総合リハビリテーション推進センター）

行政による地域の精神保健活動では、介護福祉、障害者福祉、児童福祉、生活困窮者支援など多岐にわたる相談窓口で、メンタルヘルスの課題を有する市民と出会うこととなる。更には専門技術もそれぞれである多職種による連携、民間事業所等との連携の必要性が、日々求められている。医療・介護・福祉、その他支援機関が共通認識をもって支援にあたるための簡易ツールとして、フォーミュレーションのマトリックスは、有用である可能性がある。

地域で生活し、メンタルヘルスに課題を抱える人は、精神保健の専門家が集う精神科医療機関の門をくぐるものがゴールではなく、通学や通勤が行えることがゴールというわけでもなく、それらは考えられる通過点の一つとして、その人のウェルビーイングがゴールとなるだろう。ある側面のみからアセスメントするのではなく、多軸でアセスメントするマトリックスは、地域の精神保健福祉活動に向けた手法であると言える。

フォーミュレーションを活用にあたっては、事例に関する情報収集が必要十分に行えていることが望ましい。フォーミュレーションを広く普及させていくためには、多軸で情報収集するという技術の普及こそが必要となってくるだろう。

精神保健福祉センター業務における フォーミュレーション活用可能性

野口正行（岡山県精神保健福祉センター）

精神保健福祉センターでは、ひきこもり、依存症、自殺などの専門性が高い相談に加えて、市町村や保健所が対応に困難を感じる、「精神保健に課題を抱える人たち」の相談支援に対する技術援助という役割がある。このような人たちへの支援においては、ただ単に精神医学的診断ができればよいわけではなく、生活全体にわたる重要な課題を包括的に評価し、適切な支援を組み合わせていくことが必要になる。もちろんその際には、単にばらばらの課題チェックリストを確認して、それらに対する対応を一对一で結びつけるというやり方ではなく、それぞれの問題が全体としてその人の生きづらさ、生きていく上での困難にどのように結びついているのか、また、本人が持っている力や強みがどのように本人を支えてきているのか、という総合的な視点も必要になる。こうした全体的把握と個々の領域の課題の把握とがバランスよく理解されていることが適切な支援にとっては重要だろう。

フォーミュレーションの使用により、多機関の多職種が情報を共有することが行いやすくなることは重要である。その一方で、このような包括的なフォーミュレーションが効果的に活用されるためには、その使用方法のマニュアルや研修など習得のための一定の準備段階が必要になると思われる。特に精神保健福祉の相談に慣れていない支援者にとっては、フォーミュレーションを作成することにより、包括的な視点を見につけるトレーニングになるだろう。もちろん、忙しい相談支援の現場では、すべての事例についてきちんとしたフォーミュレーションを作成することはハードルが高い可能性がある。しかし、例えば事例検討会の際にフォーミュレーションを用いた事例呈示を行うことで、より効果的な事例の理解が得られることが期待される。ま

た日頃の支援に行き詰まったときにはフォーミュレーションを利用して、重要な情報の漏れがないかどうかをチェックすることは状況打破のための契機になりうるだろう。

フォーミュレーションに沿った支援方法については、「ソーシャルワークの実践のコツ」が分かりやすい道筋を提供してくれる。それに加えて、フォーミュレーションのマトリックスに沿った形での支援プラン作成のガイドが今後提供されれば、多機関での支援の合意形成が一層行いやすくなると推測される。今後の研究の発展を期待したい。

保健所での活用可能性

石井美緒（横浜市立大学附属病院精神科、川崎市総合リハビリテーション推進センターこころの健康課）

1. 包括的支援を必要とする保健所業務と フォーミュレーション

今日の保健所業務では、精神疾患・精神障害に限らず、知的・身体障害者支援、母子保健、児童福祉、生活困窮者支援、虐待やDV相談、高齢・介護など、さまざまな領域でメンタルヘルスの課題を有する人と向き合うことが求められている。

支援の「入り口」としての役割を担う保健所では、一人ひとりの当事者を適切な支援へとつなぐために、効率的かつ質の高いアセスメントが欠かせない。

フォーミュレーションは、当事者を「生物・心理・社会」の三つの側面から多角的に捉え、支援方針の整理や多職種との情報共有をスムーズにする実践的な手法である。メンタルヘルスの課題を包括的に理解し、適切な支援につなげるうえで、保健所に求められる「橋渡し機能」を支える有力なツールとなる。

2. 当事者理解を深める「ストーリーとしてのアセスメント」

フォーミュレーションの最大の利点は、「診断名」や「問題点の列挙」ではなく、その人の生きてきた背景や現在の困難を一つのス

トリーとして理解する視点を提供する点にある。これは、当事者中心の支援、トラウマインフォームドケアの観点からも非常に重要である。実際の支援の現場では、当事者の語る経験と各所で提供される支援とが分断されやすく、ときに断片化された支援がかえって当事者に新たな苦痛を与えることもある。フォーミュレーションは、多領域・多職種にわたる支援者が、当事者の一人の人間のストーリーとして、支援を共有・継続していくための共通基盤となる。

3. 組織的支援の質の向上と職員育成への効果

フォーミュレーションは、保健所内部での支援検討や記録共有、引継ぎにおいても力を発揮する。特に経験の浅い職員でも、「どのような情報を聞き取り、整理するか」の明確な指針として機能し、実践力の底上げやOJTにも資するツールとなりうる。組織として「支援の見立て方」や「方針の立て方」を共通化することで、相談対応の質が安定し、支援の継続性も確保されやすくなる。

4. 保健所の「つなぎ役」としての責任に込める

メンタルヘルスの課題を有する人たちは、福祉、医療、就労、教育、司法など多領域にまたがる支援ニーズを抱えている。保健所は、その中で「誰を」「どこに」「どのように」つなげるかという重要なハブの役割を担っており、そのためのアセスメント力が問われる。フォーミュレーションは、支援の最前線である保健所の現場に、実効性ある「つなぐ力」を与えるツールとして、今後広く活用されるべきものである。

群馬県の保健所における精神保健業務でのフォーミュレーション活用可能性について

佐藤浩司（群馬県こころの健康センター）

保健所の業務は多岐に渡るが、精神保健業務はその中でも主要業務として位置付けられている。一方で現場での取組みの内容は、属人的要素も色濃く、十分な均てん化が図られているとは言い難い。

さて、群馬県ではどうか。2004年にこころの健康センター（精神保健福祉センター）内に精神科救急情報センターが設置され、警察官通報を中心とした措置移送業務を主体に多くの精神保健事業が保健所よりこころの健康センターに人員も含め移譲された。そのため群馬県では、精神保健業務全般のこころの健康センターへの依存度が高くなり、それとともに保健所での精神保健業務の重要性の認識の減衰が続いた。その結果、群馬県では一カ所に業務が集中することによる求心性と深化という優位が生まれた一方、その偏りによる県全体で幅広く精神保健業務を共有するという遠心性が閉じられてしまった。そのような状況下、2017年より「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」事業が開始された。この事業の肝の一つが「精神保健行政の強化」であり、行政職員数の増加を望めない現状からは如何に県（障害政策課・こころの健康センター）―圏域（保健所）―基礎自治体（市町村）の協働体制を強化するかが重要な課題となった。また2022年12月の精神保健福祉法改正、2023年11月27日の「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」発出により、保健所及び市町村の精神保健相談業務の強化が示された。即ち2004年以降続いたこころの健康センター依存状態を脱する好機と考えられる。

このような状況下で、保健所の精神保健福祉相談業務の構造化を検討することは極めてタイムリーと考えられる。現行は、精神保健担当職員の属人と慣習からなり、嘱託精神科

医の役割に関するアセスメントも十分になされていない。それに対して、精神保健業務にフォーミュレーションを活用するということは、まず、支援者個人の経験の重視であり、次に「生物－心理－社会モデル」を基礎に置く考え方からは客観性、エビデンス重視にも繋がり、その二つを重視することは必然的に多くの職種支援者の参加が必要となる。以上よりフォーミュレーションの活用は開放系のシステム構築に繋がり、事例検討を主体に様々な精神保健福祉業務に生かされることが期待される。

保健所におけるフォーミュレーションの活用

中村征人（愛知県春日井保健所）

現代のメンタルヘルス課題は複雑多様化しており、保健所で対応する精神保健相談や警察官通報等の背景には、子育て、介護、貧困、恋愛、家庭不和、いじめ、ハラスメントなど生活課題が複雑に絡み合っている場合がある。このような事例では、保健、医療、福祉、教育、司法など幅広い分野の対応が求められる。そのため、公衆衛生機関であり精神保健福祉の専門機関である保健所職員には、多角的な視点で相談者や被通報者等の全体像を理解する力が求められる。

ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health, 国際生活機能分類）モデルは、精神障害やメンタルヘルス課題の有無に関わらず人の全体像を捉え、障害や健康に関する情報を整理し、異なる専門分野の人々の間での共通理解を促進する役割を果たすため、保健所の現場で活用できるモデルの一つといえる。

「フォーミュレーション」は、ICFモデルの概念基礎をなす生物・心理・社会モデルの枠組み（フレーム）を用いて個人的要因を抽出・整理・統合する手法である。個人的要因の統合とは、人の全体像を理解することであ

り、「なぜこの時期にこのような病気になったのか」「なぜ問題が維持されているのか」ということを、物語（ストーリー）として理論や共感を織り交ぜて包括的に捉えることである。

保健所は、地域における精神保健福祉行政の第一線機関であり、県機関として市町村等をバックアップする役割がある。そのため、保健所には、家族や関係機関から複雑な背景を持つ近隣苦情、未治療・治療中断、障害者と高齢者世帯の家庭内暴力、虐待などの相談が寄せられる。このような事例では、家族や関係機関職員が疲弊し万策尽きた状態となっている。家族や関係機関の訴えは、入院がゴールであり「いかに入院させるか」「誰がどのように病院に連れて行くか」の話が中心となる。そこには、最も大切な視点である当事者主体や多角的理解は抜け落ちている。

保健所が、現代の精神保健福祉課題やメンタルヘルス課題に対応していくためには、「フォーミュレーション」は有用な手法の一つである。困難事例における支援の行き詰まりを打開し、次の一手を打ち出すためにも、「フォーミュレーション」をとおして「なぜこの時期にこのような病気になったのか」「なぜ問題が維持されているのか」ということを包括的に理解し、精神障害者等のリカバリーを効果的にサポートすることが大切である。「フォーミュレーション」の普及により、住民ひとりひとりが安心して暮らせる地域づくりの一助となることを願っている。

保健所精神保健相談などでの活用可能性

東京都北区健康部健康政策課保健師

メンタルヘルスに課題を有している人を包括的に理解し、その人にとっての自立に向けた支援をどのように行っていくか、保健師に必要な対人援助の基本的スキルです。看護職として疾患や障害の把握は重要ですが、生活歴、親族や友人等の関係性といった本人を取

り巻く社会的な背景を知ることによってその人全体を理解することに役立ちます。当事者に関わる支援者の職種も増え、それぞれのベースとなる学びが違ふことから、共通理解するためのわかりやすいツールがあることが望ましいです。

保健相談では、相談者の主訴をとらえるのはもちろんのこと、対話の中で情報を得て、アセスメントし、どのような支援が必要か相談者と一緒に考えていきます。

相談における情報の整理、要約するスキルは、関係機関との連携や支援担当者が交替する際の引き継ぎに活用することで、相談者や当事者にとって途切れない支援につながり、有用と考えます。

多職種連携によるカンファレンス・支援会議などにおいて、主要な問題を明確にし、多面的・包括的な理解を深めていくことに可能性を感じています。現在も実施されているが、支援チームのなかでアセスメント等が共有され統一した支援方針となることは重要であり、活用方法が明確になることで相談者や当事者の利益につながると考えられます。

区役所での活用可能性

東京都文京区保健衛生部予防対策課保健師

少子化の進展や超高齢社会の到来により、新たな保健医療福祉関連の事業が地方自治体に課せられ、その新たな事業については、保健医療福祉に精通している保健師が担うことが多くなってきている。さらに、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、保健師の新規採用枠が拡大し、自治体の保健師数が急激に増加している。特別区においても、常勤保健師数は増加し続け、10年間で43%増加、勤務年数10年未満の職員数が全職員数の半数を超えている（令和6年度現在）。このような状況下において、業務の専門性や効率性を重視して、保健師が担当分野ごとに分担・配置されている都市部などの規模が大きい自治

体では、複数の中堅職員が新人を育てるような体制を取ることができず、知識や技術の伝承が難しくなっている。対人援助の質向上に向けて、保健師のキャリアに沿って、本資材を活用し、精神保健に対する理解を深めることは効果的であると考えます。

新任期においては、対人援助職としての経験が少なく、どのように対象者と関わっていけば良いのか、その具体的な手法が分からず、関わり方に自信が持てない支援者も多い。本資材で紹介されている「ソーシャルワーク実践のためのパターン・ランゲージ」のようなものを参考にし、日々の関わり方のヒントがあると良いと思われる。

中堅期以降の保健師について、新任期で多くの事例を経験した後に、困難事例を受け持つ際や、新任保健師のサポートとして事例に向き合うにあたり、本資材を用いて精神保健の学びなおしをすることは、対象者をより深く理解し、対象者にとってのより良い支援につながると思われる。また、精神保健施策を推進するにあたり、フォーミュレーションのマトリックスにそって、対象者がどのように変化するか、どの部分の効果を期待するか、などの検討を行うことにより、事業評価にも活かせるのではないかと考えた。

管理期については、重大事故に対する対応や平時からの職場の環境づくりなど、年度当初や職場の体制を考える際の参考になると共に、専門職以外の管理職に対し、体制整備の必要性を説明する上でも役立つと思われる。

保健師の人材育成、対人援助の質向上を図るにあたり、本資材を保健師人材育成ガイドライン等に精神保健の参考図書として記載しておく等、必要な時期に確認できるようにしておきたい。

精神医療におけるケースフォーミュレーションの活用

島田達洋（栃木県精神保健福祉センター）

ここに示されているケースフォーミュレーションの手法は様々な側面から成り立つ複雑なケースのあり様を、生物－心理－社会（bio-psycho-social）というそれぞれ違った次元から、また、背景要因、発症要因、持続要因という時間軸の視点から情報を整理し、包括的なケース理解を得ること、そしてその包括的な理解と保護要因に基づいて適切な支援方針を立ててゆくことを目的としていると考えられる。

多忙な現場では、どうしても限られた目立つ要因からケースを理解し、対応方針を立ててしまいがちである。それでも概ねよい結果が得られることもあるだろう。しかし、ときに支援が行き詰まったりした場合、あらかじめケースの複雑性がうかがわれる場合、この方法でケースを評価することはとても有用であるだろう。そして、この事情は、相談支援の現場も精神医療の現場も同じであるはずである。精神医療の現場においては、多職種の協働は既にデフォルトとなっており、多面的な視点をケース理解と治療方針につなげるために、このケースフォーミュレーションの手法は最適なものである。

すでに医療観察法医療においては、多職種チームのミーティングにおいて共同でケースフォーミュレーションを行う実践がなされている。医療観察法医療で対象となるケースは精神障害により重大な他害行為を行っており、疾患の難治性、発達障害や複雑な生育歴などの背景要因を持つ複雑困難なケースも少なくない。こうしたケースに対して、他害行為につながる様々な直接的・間接的要因を列挙し、それぞれの関係性を明らかにし、ストレングスをも見いだして、回復・社会復帰に向けての効果的な介入点と包括的な戦略を探ってゆく。

今回紹介されているケースフォーミュレー

ションの手法は要因相互の関係性こそ示されないが、時間軸の視点が導入され、3×4のマトリックスとなっており、より立体的、系統的な理解が得られる利点があると思われる。そして、保護要因はストレングスと言い換えてもよいものであろうが、複雑困難な事例であればこそこれを見いだし、解決に向けての糸口、推進力にしてゆくことが必要であるのは相談支援においても精神医療においても同じであろう。

このケースフォーミュレーションの手法が精神医療の場においても積極的に活用されることを願ってやまない。

精神科救急情報センターにおけるフォーミュレーションの活用

齋藤真哉（埼玉県立精神保健福祉センター）

埼玉県精神科救急情報センターは、夜間・休日の精神科救急医療相談と精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「法」という）第23条に基づく措置入院業務を行っている。

これらの業務では、限られた情報と時間の中で、生物心理社会モデルに基づき、疾病性と事例性を踏まえた緊急性の判断が求められる。こういった状況下では、「得られた情報」から「どのように見立てたか」を簡潔に説明するフォーミュレーションが重要となる。

以下に、当センターにおけるフォーミュレーションの具体的な活用場面を4点述べる。

1. 疾病性（病状・思考・病識・行動因子・既往歴・希死念慮・他害行為等）

疾病性は、精神症状により自身の思考や行動が制御不能な状態を指し、その度合いが高いほど緊急性が考慮される。例えば、幻覚妄想に支配され衝動的な行動が顕著な場合は疾病性が高いと判断される。対照的に、精神症状を伴わない単なる粗暴な性格や、知的障害・

発達特性に起因する対処能力の低さに起因する興奮等は、疾病性が低いと判断されることがある。

精神科医療機関での入院治療や薬物療法により症状の軽減・消退が見込めるか否かも、疾病性を測る上で重要な指標となる。

2. 事例性（保護因子・時間帯・治療関係因子等）

事例性が高まる状態を「事例化」と呼び、家族からのサポートが脆弱な場合や単身生活者である場合、事例化のリスクは高まる可能性がある。トラブルや困りごとに関する第一報が本人以外の相談者から入るケースも少なくない。具体的な状況として、被害妄想による対人トラブルの継続、無為自閉状態での食事摂取困難、あるいは支援者不在による日常生活の破綻等が挙げられる。事例性の評価は、地域における生活支援の必要性や介入の緊急度を判断するために不可欠である。

3. 緊急性

緊急性の判断は、疾病性と事例性の両面に鑑み、「危機が差し迫っている状態か」、「このまま放置した場合どうなるか」、「今すぐの入院治療を検討すべきか」といった仮説を立てる。疾病性および事例性の双方が高い場合、緊急性が高いと判断し、危機介入や精神科救急医療の導入を最優先で検討することとなる。このステップは、安全確保と速やかな精神科医療提供に直結する重要なプロセスである。

4. 平時からの地域生活支援・他機関連携

緊急性が低いと判断された事例であっても、本人・家族が地域で安定した生活を送るために、他機関による平時からの継続的な支援が必要とされる場合がある。この場合は、法第47条第1項または第2項に基づき、地域の支援者への丁寧な橋渡しが求められる。

得られた情報を取捨選択し、「どのような支援が」「なぜ必要か」を包括的に見立て、関係機関へ簡潔かつ明確に伝えることが重要である。

<参考文献>

竹島正：共生社会のための精神医学，中央法規，第4章，第6章，2024

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知：「措置入院の運用に関するガイドライン」について

精神保健福祉研究会：「五訂 精神保健福祉法詳解」，2024

令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」（研究代表者：国立精神・神経医療研究センター 藤井千代）分担研究「自治体における包括的ケアの推進に関する研究」（研究分担者：岡山県精神保健福祉センター 野口正行）

若者支援の現場から

根本隆洋（東邦大学医学部精神神経医学講座・社会実装精神医学講座）

東邦大学医学部精神神経医学講座・社会実装精神医学講座が運営する一般社団法人SODAは、東京都足立区の事業として委託を受け医療法人財団厚生協会が運営するあだち若者サポートテラスSODA（東京都足立区）および埼玉県川口市の事業として受託したこころサポートステーションSODAかわぐち（埼玉県川口市）にて若者を対象とした「地域のよろず相談所」として臨床型ケースマネジメントを提供している。

SODAでは医師、公認心理師、精神保健福祉士を中心とした多職種チームが、生物、心理、社会の各軸にそった課題および保護因子の抽出を全例に対して行っている。

精神保健に課題を抱える若年者は、成長に合わせて精神、身体だけでなく所属するコミュニティも変化することから、生活環境を含む背景を縦断的に理解し支援方針を組み立てる必要がある。若年者に対するワンストップ・ケアの実現のためには、多種多様な課題整理を行うことができるフォーミュレーション

ンの手法は有効である。

一方で現在の課題として、実際にフォーミュレーションが用いられている支援現場は多くはない。実装を阻害する要因として、多職種が定期的集まり、対象者全員のアセスメントを行うことが時間的な制約を伴うだけでなく、フォーミュレーションを理解し実践するためには一定の指導や研修が必要であることが考えられる。

若者支援では子ども家庭支援センターや児童相談所、学校関係者など担当者が機関を跨いで大人数になることもあり、フォーミュレーションを実装すれば、職種に関わらず情報の要約や支援の組み立てを簡単に行うことができ、適切な課題整理を行うことで会議時間の短縮や、情報収集に係る時間を節約できることもある。支援者がフォーミュレーションの有用性を理解し、重点的に学ぶ機会を積極的に設けることで、誰もが十分習得できる支援手法と言える。

参考資料

- 1) Campbell W, Rohrbaugh R: The Biosocial Formulation Manual-A Guide for Mental Health Professionals. Routledge. 2006
- 2) 一般財団法人日本公衆衛生協会：我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）令和6年度版. 2025
- 3) 林直樹、下山晴彦編（妙木浩之監修）：ケースフォーミュレーションと精神療法の展開. 精神療法増刊第6号. 金剛出版. 2019
- 4) 小林陵、東啓悟編著：実践力動フォーミュレーション. 岩崎学術出版社. 2022
- 5) シドニーブロック他編集（竹島正監訳）：共生社会のための精神医学. 中央法規. 2024

本研究は公益財団法人大同生命厚生事業団2024年度「地域保健福祉研究事業」の助成を受けて実施した。

メンタルヘルスの課題を有する人の理解と支援
—フォーミュレーションとリスクマネジメントを手がかりに—

2025年11月 発行

編集者 竹島 正

発行者 一般社団法人 全国精神保健福祉連絡協議会

発行所 一般社団法人 全国精神保健福祉連絡協議会

<https://renraku-k.jp/>

office.jlcmhw@gmail.com

デザイン 織田デザイン事務所