

令和7年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

精神科医療機関における包括的支援マネジメントの  
普及に関する実態把握、及び精神保健医療福祉の  
効果的な連携方策の検討に資する研究

(25GC1002)

令和7年度 総括・研究分担報告書

研究代表者：山口創生

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

令和8（2026）年3月

精神科医療機関における包括的支援マネジメントの  
普及に関する実態把握、及び精神保健医療福祉の  
効果的な連携方策の検討に資する研究  
(25GC1002)

令和7年度 総括・研究分担報告書

目次

1 章 総括研究報告

精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に関する実態把握、及び精神保健医療福祉の効果的な連携方策の検討に資する研究

研究代表者 山口創生 1

2 章 研究分担報告

1. 包括的支援マネジメントと療養生活継続支援加算に関する実態調査

研究分担者 木村大 9

2. ケースマネジメントの支援内容に関するスコーピングレビュー

研究分担者 佐藤さやか 15

3. 精神科医療における包括的支援に資するガイドの開発に関する研究

研究分担者 藤井千代 19

(別紙) 精神科入院医療における多職種・多機関連携による支援（連携支援）ガイド

3 章 研究成果の刊行に関する一覧

25

# 精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に関する実態把握、及び精神保健医療福祉の効果的な連携方策の検討に資する研究

## 総括研究報告書

研究代表者

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 地域精神保健・法制度研究部）

### 要旨

#### 【研究全体の目的】

本研究班は、地域精神科医療における包括的支援マネジメントの推進・普及、および療養生活継続支援加算を含む関連制度の改善に資する資料・データを作成することを目的とする。具体的には、①ヒアリング調査・後方視的横断調査を含む実態調査、②国内外の知見を整理するレビュー、③包括的支援マネジメントに関する実践ガイドの開発を通じて、制度的・実践的課題の整理に取り組む。

#### 【進捗】

2025年度は、包括的支援マネジメントに関するヒアリング調査を8医療機関に実施し、対象者像、支援内容、療養生活継続支援加算の運用上の課題を整理した。後方視的横断調査では708件のデータを回収し、欠損確認と最終データ回収を進めている。また、スコーピングレビューでは7,666編を抽出し、一次スクリーニングの結果、695編が二次スクリーニングの対象となった。今後はデータ抽出および質的統合を行う予定である。さらに、入院中の多職種支援、退院後の生活への移行を見据えた連続的支援、多職種・多機関による連携支援を骨子に据えた、「多職種・多機関による連携支援（連携支援）ガイドβ版」を作成した。

#### 【結論】

本年度は、当初計画に沿ってヒアリング調査を完了し、後方視的横断調査、スコーピングレビュー、連携支援ガイドβ版の作成を進めた。今後は、各調査・レビューを継続し、また外来における包括的支援マネジメントガイドβ版の作成を進める予定である。

### 研究分担者

木村大（医療法人学而会 木村病院 精神科、理事長）  
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 地域精神保健・法制度研究部、部長）  
佐藤さやか（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部、室長）

### A. 研究の背景と目的

包括的支援マネジメントは、地域精神科医療における中心的な支援技法の一つである。川副らのガイドによれば、包括的支援マネジメントは、「精神障害当事者が地域で生活するうえでさまざまな課題、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、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）を包括したケースマネジメントを意味する」と定義されている<sup>1)</sup>。実際、包括的支援マネジメントでは、不安等の傾聴を通じた関係形成、服薬支援、日常生活支援、就労支援、家族支援、多職種・多機関連携、ケア会議の開催など、多岐にわたる支援が提供される<sup>2)</sup>。また、これらの支援は、医療機関内外での対面支援や電話による対応など、さまざまな方法で提供される<sup>2)</sup>。このように、包括的支援マネジメントは、精神障害当事者の地域生活を、医療的側面を中心に総合的かつ継続的に支える支援手法である。

国内で整備・普及に向けた検討が進められている包括的支援マネジメントは、ケースマネジメントの類型の一つである。ケースマネジメントには、一般的に、仲介型、臨床型、リハビリテーション型、Assertive Community Treatment (ACT) を含む集中型 (intensive case management) などがある<sup>3)</sup>。地域精神科医療においては、仲介型ケースマネジメントの効果は必ずしも実証されていない。一方で、少数ケースロードや多職種チームを特徴とする集中型ケースマネジメントについては、長期入院から退院した患者や重篤な精神症状を有する当事者を対象に、入院日数の減少や生活の質の向上などの効果が報告されている<sup>4)</sup><sup>5)</sup>。各国の状況をみると、集中型ケースマネジメントは、医療・生活上のニーズがより高い当事者を対象とすることが多い。しかし、我が国の地域精神科医療は、重症度やニーズの多寡に応じて利用可能なサービスが明確に変わる制度設計にはなっていない。そのため、臨床現場では、当事者のニーズに応じて、支援者がさまざまなモデルのケースマネジメントを適宜実践しているのが現状である。こうした実情を踏まえ、当研究班では、包括的支

援マネジメントを、エビデンスが蓄積されてきた集中型ケースマネジメントに限定せず、多様なモデルを包含するケースマネジメントとして捉えている。

なお、本研究班のこれまでの取り組みの過程では、包括的支援マネジメントの対象となる者には入院経験者が少なくなく、その特徴として重複障害や身体合併症の課題もあったことから、入院中から退院後の生活を見据えた多職種・多機関連携が必要とされ、「入院ケースマネジメント」あるいは「入院型包括的支援マネジメント」として議論および調査が進められてきた。一方で、本来のケースマネジメントおよび包括的支援マネジメントは、地域ケアにおける支援技法である。このため国内外の概念との整合性を確保するとともに、国内の実情を考慮し、本研究班では、入院中から退院後の地域生活への移行期における継続的な支援を、「多職種・多機関協働支援（連携支援、Hospital-Based Transitional Discharge Intervention: HB-TDI）」と位置づけることとした（詳細は、藤井分担班報告書を参照）。

ケースマネジメントに関する国内制度に目を向けると、ケースマネジメントは、障害福祉サービス、特に障害者総合支援法の枠組みにおいて先行して整備されてきた。障害者総合支援法の相談支援は仲介型ケースマネジメントに主眼が置かれている<sup>6)</sup>。ケースマネジメントを提供し得るその他の障害福祉サービス、例えば委託相談支援においても、多職種ケアに関する規定やケースロードの上限は設けられていない。加えて、地域精神科医療では、精神科デイケアや訪問看護が中心的な役割を担っているものの、これらのサービスにおいてケースマネジメントの提供は義務づけられていない。以上を踏まえると、国内において包括的支援マネジメントを安定的に提供するための制度的基盤の整備は喫緊の課題であった。

これらの課題を背景として、近年、包括的支援マネジメントに関連する診療報酬が徐々に整備されてきた。なかでも、2022年に新設された療養生活継続支援加算は、包括的支援マネジメントを念頭に置いた加算である。具体的には、精神保健福祉士または保健師・看護師による面接や、多職種による包括的支援マネジメントに基づく相談・支援等を実施した場合に算定できる制度である。同加算は医師の診察と紐づいており、月1回算定することが可能である。算定期間は原則として「初回算定から1年」である。ただし、急性増悪や生活環境の著しい変化があり、再度重点的な支援が必要と認められる場合には、新たな計画書に基づき、再度1年を限度として継続的な支援を行うことが可能である。

療養生活継続支援加算は、創設当初から一定の柔軟性を有する制度として設計されているが、いくつかの課題も指摘されている。同加算に関する全国調査では、具体的な課題として、「月1回の支援・1回分の報酬では不足している」、「本人の承諾が得られない（重症度とも関連する）」、「外来専従の精神保健福祉士・看護師を配置できない」、「実際に現場で包括的支援マネジメントとして何を行えばよいかわからない」などが挙げられている<sup>7-10)</sup>。他方、これらの調査は、同加算が新設されて間もない時期に実施されたものであり、対象には、もともと包括的支援マネジメントあるいはケースマネジメントを提供していない機関も含まれていた。また、実際に包括的支援マネジメントや療養生活継続支援加算を利用した当事者像についても、その詳細は十分に明らかになっていない。したがって、今後の制度的・実践的検討を進めるためには、より踏み込んだ調査が必要である。同時に、包括的支援マネジメントのガイドは同加算の創設前に作成されたものであり、同加算の運用実態や現場での課題を踏まえた内容への修正・加筆が期待されていることも事実である。そ

のためには、国内の実践知に加えて、ケースマネジメントに関する国際的知見も参照する必要があると考えられる。そこで、本研究班は、包括的支援マネジメントの推進ならびに関連する診療報酬を含む制度改正に資する資料およびデータを作成することを全体的な目的とし、3つの分担班を設け、これらの課題に取り組んでいる。

## B. 研究の目的

2025年度における各分担班の具体的な目的は、以下3点であった。

### 1. 包括的支援マネジメントに関する実態調査

①包括的支援マネジメントを提供し、実際に療養生活継続支援加算を算定した経験のある医療機関のスタッフを対象として、包括的支援マネジメントによる支援状況や療養生活継続支援加算の運用上の課題を探索するためのヒアリング調査を実施すること、②包括的支援マネジメントの利用者像を明らかにすることを目的とした後方視的横断調査を実施すること（木村分担班）。

### 2. ケースマネジメントの対象や支援内容に関するレビュー

ケースマネジメントの対象者像や支援内容に関する国内外の知見を整理するために、スコーピングレビューを実施すること（佐藤分担班）

### 3. 実践ガイドの開発

多職種・多機関協働支援（連携支援）のガイドβ版（試作版）を作成すること（藤井分担班）。なお、外来における包括的支援マネジメントのガイドβ版は2026年度に作成し、両ガイドの最終版は2027年度に作成する予定である。

## C. 本年度の進捗状況

### 1. 包括的支援マネジメントに関する実態調査

#### ①ヒアリング調査

ヒアリング調査は、8 医療機関（6 精神科病院および 2 精神科診療所）を対象に実施された。分析の結果、包括的支援マネジメントに関わるスタッフは、包括的支援マネジメントの意義について、再入院の防止にとどまらず、日常生活の自立、社会生活の継続、ならびに家族を含む支援者との連携強化にあると認識していた。また、その結果として、支援者の負担軽減にも寄与すると捉えていた。支援対象者は、疾患名のみでは捉えきれず、日常生活の破綻の危機に瀕している層から、表面的には自立しているものの社会的に孤立している層まで、広範にわたっていた。後者については、一見安定しているように見えても症状の波があり、平時から支援とのつながりを維持する必要があると考えられていた。また、支援内容は、これまで包括的支援マネジメントの調査で示されてきたとおり、当事者のニーズに応じて多岐にわたっていた。他方、包括的支援マネジメントの実装に向けた診療報酬である療養生活継続支援加算については、月 1 回の算定という制限があり、急性増悪時や重層的な課題への対応には限界があることが示された。また、同加算では、患者への面接・同行などの直接支援だけでなく、膨大な連絡調整、書類作成、家族を含む支援者への支援が十分に評価されていないことが指摘された。さらに、重篤な精神症状の当事者や生活課題の多い当事者、契約が難しい当事者に対しては、算定が困難であることも報告された。

#### ②後方視的横断調査

後方視的横断調査は、6 医療機関（4 精神科病院および 2 精神科診療所）を対象に実施された。データ回収数は 708 件であった。現在、データ欠損の確認と各医療機関に参照を

行いながら最終データの回収を進めている。

### 2. ケースマネジメントの対象や支援内容に関するレビュー

精神障害をもつ成人を対象として、ケースマネジメントにおける支援内容、支援主体、支援頻度、支援場所などの特徴を整理するため、スコーピングレビューの Patient, Concept, and Context (PCC) に沿って組み入れ基準を設定した。具体的には、Patient を精神疾患・精神障害をもつ者とし、重症精神障害に限定せず、発達障害、摂食障害、パーソナリティ障害なども含めることとした。Concept については、集中型ケースマネジメントに限定せず、多様なケースマネジメントを組み入れることとした。Context については、英語圏の国々および日本において、地域や患者での支援、ならびに日常生活支援について調査した研究を対象とした。PCC に基づくキーワードを用いて、PsycINFO、MEDLINE、CINAHL、医中誌によるデータベース検索を行った。その結果、7,666 編を抽出し、重複除去後の 6,353 編を一次スクリーニングの対象とした。12 名のレビューワーによる選定の結果、695 編を抽出した。今後は、二次スクリーニング（フルテキスト・スクリーニング）を実施し、その後、データ抽出および質的統合を行う予定である。なお、本レビューのプロトコルは、Open Science Framework に登録済みである (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/ZQFXW>)。

### 3. 実践ガイドの開発

多職種・多機関による連携支援（以下、連携支援）のガイドβ版は、既存のガイドおよび国内の関連知見を基に作成された。ガイドの骨子には、①入院中の多職種支援、②退院後の生活への移行を見据えた連続的支援が含まれている。具体的には、①入院中の多職種支援として、「多職種による構造的かつ包括的な

アセスメントの実施と情報共有（会議体：多職種によるチームミーティング、および本人も参加するケア会議）」、「退院後の生活に向けた治療計画の作成、および計画に基づく支援の提供」が含まれている。また、②退院後の生活への移行を見据えた連続的支援として、「本人および入院中の支援者と退院後の支援者との間で行うケア会議」、「ケア会議とは別に、必要に応じて実施する医療・福祉の支援者間の情報交換」、「入院中に習得した技能を地域社会で活用できるようにするための個別支援」が、必須の支援として位置づけられている。今後は、本ガイドの内容を他の分担班で得られた知見と照合し、2027年度に最終版を作成する予定である。

#### D. 結論

本研究班は、包括的支援マネジメントの推進・普及ならびに療養生活継続支援加算を含む関連診療報酬を含む制度改革に資する資料およびデータを作成するため、実態調査、レビューの実施、およびガイド作成に取り組んでいる。本年度は、当初の計画どおりヒアリング調査を完了し、後方視的横断調査とスコアリングレビューを継続して実施している。また、多職種・多機関による連携支援（以下、連携支援）のガイドβ版も完成させた。来年度以降は、各調査およびレビューを進めるなかで得られた知見を整理し、既存ガイドのアップデートを行うとともに、外来における包括的支援マネジメントガイドβ版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

- 1) Yamaguchi S, Kawaguchi T, Iwanaga M, Usui K, Igarashi M, Shiozawa T, Koike

J, Sato S, Fujii C: Long-term vocational outcomes in low- and high-fidelity supported employment programs: A multi-site study with 6 years of follow-up. *Asian Journal of Psychiatry* 110:104572, 2025.

- 2) Iwanaga M, Usui K, Sato S, Nakanishi K, Nishiuchi E, Shimodaira M, So Y, Yamaguchi S, Fujii C: Service use patterns in community mental health outreach: A sequence analysis of the first 12-month longitudinal data. *PloS One* 20(9):e0332437, 2025.
- 3) Yamaguchi S, Kawaguchi T, Iwanaga M, Usui K, Igarashi M, Shiozawa T, Koike J, Sato S, Fujii C: Do individual placement and support (IPS) service users leave their jobs soon? A subgroup analysis of a long-term follow-up study and a comparison with other population groups' data. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 80(2):152-153, 2026.
- 4) 長谷川直実, 小池純子, 山口創生, 川副泰成, 藤井千代: サービス提供量の多いケースマネジメント対象者の特性とサービス内容 精神科外来医療における調査から. *精神科治療学* 40(6):651-660, 2025

#### 2. 学会発表

なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## 文献

- 1) 川副泰成：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：包括的支援マネジメント 実践ガイド。藤井千代（編）：平成 28-30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究。国立精神・神経医療研究センター，小平，2019。
- 2) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, et al: Core services of intensive case management for people with mental illness: A network analysis. *International Journal of Social Psychiatry* 65(7-8):621-630, 2019.
- 3) 山口創生，吉田光爾：ケースマネジメントの発展の歴史と概要。精神障害とリハビリテーション 28(2):125-139, 2024
- 4) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, et al: Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1:CD007906, 2017.
- 5) Lim CT, Caan MP, Kim CH, et al: Care management for serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services* 73(2):180-187, 2022.
- 6) 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部。相談支援の手引き。東京：厚生労働省，2005。URL：<https://www.mhlw.go.jp/top/ics/2005/04/tp0428-1h/04-2.html>。
- 7) 藤井千代，山口創生，石塚公太，他：精神科外来医療ケースマネジメントに関連する診療報酬（療養生活継続支援加算・精神科共同指導料）に関する実態調査。山口創生（編）：厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究（22GC1003）：令和 4 年度総括・分担研究報告書。国立精神・神経医療研究センター，小平， pp11-26, 2023。
- 8) 藤井千代，山口創生，岩永麻衣，他：精神科病院からの退院患者における外来ケースマネジメントに関連する診療報酬（療養生活継続支援加算・精神科共同指導料）についての実態調査。山口創生（編）：厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究（22GC1003）：令和 5 年度総括・分担研究報告書。国立精神・神経医療研究センター，小平， pp9-15, 2024。
- 9) 藤井千代，山口創生，岩永麻衣，他：精神科外来医療におけるケースマネジメントに関連する診療報酬（療養生活継続支援加算・精神科共同指導料）についての二次調査：療養生活継続支援加算に関する機関・個票調査。山口創生（編）：厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究（22GC1003）：令和 5 年度総括・分担研究報告書。国立精神・神経医療研究センター，小平， pp11-26, 2024。
- 10) 藤井千代，山口創生，岩永麻衣，他：精神科病院での入院期間 1 年以上の退院患者における外来ケースマネジメントと関連診療報酬に関する実態調査。山口創生（編）：厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究（22GC1003）：令和 6 年度総括・分担研究

報告書. 国立精神・神経医療研究センター, 小平, pp9-35, 2025.

## 包括的支援マネジメントと療養生活継続支援加算に関する実態調査

研究分担者：木村大（学会会木村病院）

### 要旨

国内外の研究報告や実践から得られた知見によると、精神障害により地域で孤立している者や社会資源と結びついていない者に対しては包括的支援マネジメントが有効であることが報告されている。近年では、療養生活継続支援加算といった関連診療報酬も制度化されてきた。しかし、これまでの調査において、包括的支援マネジメントを全国的に普及させるためには、現在の診療報酬に課題があることも判明している。そこで我々は、包括的支援マネジメントの実態とその活動を支える診療報酬体系、特に療養生活継続支援加算に関する課題を把握することを目的とした調査（後方視的横断調査）を実施した。さらに包括的支援マネジメントの適切な支援量や、臨床現場における工夫や療養生活継続支援加算の課題を明らかにするため活動の実践者にヒアリング調査（好事例ヒアリング調査）を実施した。

後方視的横断調査ではデータ回収数は708であり国内の包括的支援マネジメントの調査としては最大級の回収数となった。現在データ欠損を確認し、それぞれの医療機関に連絡し2次回収を進めている。

本報告書では主に好事例ヒアリング調査について報告する。好事例施設における包括的支援マネジメントの効果に対する報告は、国内外の報告や実践から得られた知見と一致しており、再入院の防止だけでなく、日常生活の自立と社会生活の継続および家族を含めた支援者との連携が強化され支援者の負担が軽減することが報告された。支援の対象者は疾患名のみでは捉えきれない日常生活の破綻の危機に瀕した層から表面的には自立しているものの社会的に孤立している層まで広範にわたる。後者においては、一見安定しているように見えても症状の波があり平時から支援とのつながりを維持する必要がある。支援者対象者の抱える課題は単一ではなく心理面、生活面および環境面における重層的な課題であり、それらは極めて個別性が高い。

医療機関は多岐にわたる支援ニーズに対し、現行の療養生活継続支援加算による月1回という算定制限下では個別性が高く、重層的な課題や急性増悪時に対応しきれない限界に直面している。また、支援を提供するための契約の壁などは現場の中で深刻な課題となっていた。加えて、現行の算定では患者の面接・動向などの直接支援だけでなく、膨大な連絡調整や書類作成、家族を含めた支援者の支援が評価されていない。

包括的支援マネジメントにより精神障害により地域で孤立している者や社会資源と結びついていない者に対する支援に留まらず、医療機関のスタッフが地域の連携不全を解消する「調整役」を担っていることや、医療・福祉間で計画書が乱立し、用語の不整合から患者の理解を妨げている現状に対して介入していることは、制度の谷間を埋めるマネジメント業務の重要性を裏付けるものである。

今後は、面接回数および時間制限の緩和や点数増額に加え、自宅外活動や家族支援の評価、さらには他算定項目との併算定制限の緩和が不可欠である。

## A. 研究の背景と目的

わが国には約 600 万人の精神科患者が存在するが、そのうちの 570 万人は外来患者である。一部の外来患者は年々整備されている地域の障害福祉サービスを必要に応じて活用している。一方で、精神障害の影響を受け地域で孤立しても、またはセルフケア能力が低下し日常生活に支障をきたしていても、地域の障害福祉サービスと結びついていない者も珍しくない。国内外の研究報告や実践から得られた知見によると、彼らに対しては包括的支援マネジメントが有効であることが報告されている<sup>1,2,3)</sup>。包括的支援マネジメントは医療機関（主に精神科外来・地域連携・医療相談部門）が行うケースマネジメントの一形態であり、大きな特徴は、マネジメント担当者がアセスメント・プランニング・サービスの仲介をするだけでなく、患者への直接的な支援やアウトリーチ支援を実施する点にある<sup>4)</sup>。

包括的支援マネジメントの重要性が高まる中、近年では、関連診療報酬も制度化されてきた。例えば、療養生活継続支援加算、退院時共同指導料、精神科在宅管理料などがあげられる。しかし、これまでの調査において、包括的支援マネジメントを全国的に普及させるためには、現在の診療報酬に課題があることも判明している<sup>5)</sup>。

そこで我々は、包括的支援マネジメントの実態とその活動を支える診療報酬体系、特に療養生活継続支援加算に関する課題を把握することを目的とした調査（後方視的横断調査）を実施した。さらに包括的支援マネジメントの適切な支援量や、臨床現場における工夫や療養生活継続支援加算の課題を明らかにするため活動の実践者にヒアリング調査（好事例ヒアリング調査）を実施した。本研究が、包括的支援マネジメントの実態や現状を調査することで、多様な障害程度の患者に対する包括的支援マネジメントの適切な支援量や、臨床現場における工夫や課題を明らかにすること

ができれば、同実践の制度改革に向けての基礎資料となる。また、地域で孤立していたり、社会資源に結びつかなかったりする患者の減少に貢献できる。なお、本報告書では主に好事例ヒアリング調査について報告する。

## B. 方法

### a) 目的

好事例調査を通して、包括的支援マネジメントの効果的な利用方法を模索すること、および包括的支援マネジメントを現場で実装する場合、現在の診療報酬体制での実態や課題を明らかにすることを目的とする。

### b) 調査機関

2025 年 12 月 25 日から 2026 年 3 月 31 日まで

### c) 参加医療機関

精神科病院：旭中央病院、岡山県立精神科医療センター、木村病院、桜ヶ丘記念病院、田宮病院、松沢病院、  
精神科診療所：ちはや ACT クリニック、三家クリニック

### d) 調査方法

#### d-1) 対象者の選定およびデータ収集

下記の手順で行った。

- ①包括的支援マネジメントを実施する機関を機縁法によって把握した。
- ②把握した機関に調査の依頼をし、選択基準に合致する者を紹介してもらった。
- ③対象者に対して調査の説明を行い、書面での同意を得た。
- ④ヒアリング（対面あるいは zoom）を実施し、内容は録音された。
- ⑤録音されたデータは、木村病院で集約された。
- ⑥録音データは逐語録にされた。
- ⑦データの分析のために国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域

精神保健・法制度研究部に送付され共有された。

#### d-2) 調査項目

- ① 機関調査票(各協力機関の病床数や外来患者数、スタッフ配置など)
- ② 包括的支援マネジメントの実施状況
- ③ 関連加算を算定する際の工夫と課題

### C. 結果

計画通り全8医療機関からのヒアリングを終えた。精神科病院と診療所からの報告は概ね共通していた。ヒアリングデータを8つのカテゴリーに分類した。

#### ① 包括的支援マネジメントの対象者

対象者は、疾患で測ることができず、精神疾患により主に日常・社会生活における課題を抱える患者であった。支援対象者が抱える課題は、単一ではなく複合的な課題で、個別性が高かった。具体的な特性は、下記の通りである。

##### 支援対象者に帰属する特性

- 被害的症狀や加害傾向、引きこもり傾向により孤立しやすい
- 症状に大きな波があるため継続的なモニタリングが必要
- 頻回入院、医療中断により外来医療が安定して継続できない
- 経済的な問題を抱えている
- 継続した就労ができない
- 生活における困りごと、または要望が適切に伝えられない

##### 支援者に帰属する特性

- 同居者が高齢であり家族に強度の支援が必要である
- 同居者の状態(過剰な干渉、無関心、重度または未治療の精神疾患)により支援が脆弱である
- 地域の支援者による支援に医療的なア

セスメントが不足しているため、支援の継続性が担保しにくいまたは支援者からの提案内容が、妥当性を欠いている。

#### ② 包括的支援マネジメントの導入過程

定期的に通院できること、本人や家族が支援を希望できることまたは入院治療から包括的支援マネジメントのスタッフが関わりを持っていることで包括的支援マネジメントを円滑に導入することができていた。また、外来主治医に施設内の包括的支援マネジメントの体制を周知すること、個別ケースについて同マネジメントの導入を精神保健福祉士が外来主治医に提案することで導入に至ることが複数報告された。

#### ③ 支援内容

支援ない内容は多岐にわたり、日常生活支援、住宅支援、就労支援、家族支援、経済的側面の支援や地域の事業所との情報共有と事業所への医療的なアセスメントによる提案が含まれていた。医療機関の包括的支援マネジメントのスタッフはケア会議の調整から会議の主要的役割を担っていた。さらに複数の事業所間の連携不全に対して調整役を担っていた。

#### ④ 連携機関

連携機関はさまざま障害サービス(共同生活援助、就労支援継続A型、B型、計画相談事業所、基幹相談支援センター)、介護サービス、医療サービス(訪問看護、外部医療機関、デイケア)、行政等(保健所、ハロワーク、生活困窮者の支援事業、生活保護の相談・申請窓口、日常生活自立支援事業)などのほかに、地域(学校、就労先)などが挙げられた。

## ⑤ 支援期間・頻度

支援期間は複数年にわたるが、療養生活継続支援加算の算定機関は1年から2年が多かった。また同算定では月に1回だが、支援頻度は多くは月1回以上だが、患者の状態に合わせて毎週から半月に1回となることもあった。

## ⑥ 包括的支援マネジメントの効果

再入院の防止だけでなく、日常生活の自立と社会生活の継続および家族を含めた支援者との連携が強化され支援者の負担が軽減することが複数報告された。また、地域の事業所等との連携が強化され地域ネットワークが強化され、別のケースでも円滑に支援が進むことも複数報告された。

## ⑦ 療養生活継続支援加算算定のための工夫

包括的マネジメントが必要な者のリスト化と導入手順の院内周知、特に医師に対しての周知を強化することにより医師による導入への判断基準が明確化され導入が進みやすくなることが報告された。初診時に医師以外の医療従事者が予診をとることにより医師との情報共有の過程で同支援が導入されることがあることも報告された。

## ⑧ 療養生活継続支援加算の課題

月1回程度の支援では対応しきれないことが全ての医療機関から報告された。この課題を踏まえ、回数制限を「年間30回かつ月4回以内」へ拡充する案が示された。あわせて、状態悪化時については、集中的な介入を可能とする回数制限の緩和に加え、病状ゆえに20分以上の対面維持が困難な場合でも柔軟に評価できるよう、時間要件の緩和が提案された。さらに面接・同行時間や面接・同行時以外の連絡調整や書類作成の労力に見合った算定点数ではな

いことも全ての医療機関から課題として挙げられた。

自宅以外でのアウトリーチ活動と、患者が不在時の家族支援が評価対象外となっていることも課題として挙げられた。

医療機関においては外来の専任または要件のため入院から外来、地域への連続性を保った支援に支障が出ることが数多く報告された。

訪問看護等、他の在宅支援、多職種支援との役割分担や共同の在り方が課題として報告された。

医療や障害サービスで個別の支援計画書が乱立し、用語や表現が統一されていないことが、患者の一貫した理解を妨げる要因となっていた。

現行の算定ルールでは、他の支援活動との同日併算定不可の制約により、包括的な支援を行っている医療機関が適切に評価されないケースがあることが課題として報告された。

上記の課題に対して、

病院、診療所ともに家族に対する支援への評価が算定に反映されていないことが課題として挙げられた。

包括的支援マネジメントを必要とする層ほど導入において、意思表示が困難で現行の加算のための契約手続きができないまたは遅延するという構造的課題があることが全ての医療機関から報告された。また同居者の状態(過剰な干渉、無関心、重度または未治療の精神疾患)が早期介入の障壁になることがあることも課題として挙げられた。

## D. 考察

支援者対象者の抱える課題は心理面、生活面および環境面における重層的な課題であり、それらは極めて個別性が高い。医療機関は多岐にわたる支援ニーズに対し、現行の療養生

活継続支援加算による月1回という算定制限下では個性が高く、重層的な課題や急性増悪時に対応しきれない限界に直面している。さらに、患者の面接・動向などの直接支援だけでなく、膨大な連絡調整や書類作成、家族を含めた支援者の支援が現行の算定では評価されていない。

包括的支援マネジメントにより地域で孤立している者や社会資源と結びついていない者に対する支援に留まらず、医療機関のスタッフが地域の連携不全を解消する「調整役」を担っていることや、医療・福祉間で計画書が乱立し、用語の不整合から患者の理解を妨げている現状に対して介入していることは、制度の谷間を埋めるマネジメント業務の重要性を裏付けるものである。

今後は、面接回数および時間制限の緩和や点数増額に加え、自宅外活動や家族支援の評価、さらには他算定項目との併算定制限の緩和が不可欠である。

## 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

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 文献

- 1) Killaspy H, Rosen A: Case management and assertive community treatment. Thornicroft G, Szukler G, Mueser KT, et al (eds) Oxford textbook of community mental health. Oxford University Press, pp142-151, 2011.
- 2) 竹澤翔, 小池純子, 酢野貢, 他: 精神科救急病棟における包括的支援マネジメントによる地域連携. 精神科救急 27:24-31, 2024.
- 3) Ito J, Oshima I, Nishio M, et al: The effect of assertive community treatment in Japan. Acta Psychiatrica Scandinavica, 123(5):398-401, 2011.
- 4) 川副泰成: 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: 包括的支援マネジメント 実践ガイド. 藤井千代 (編): 平成 28-30 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究. 国立精神・神経医療研究センター, 小平, 2019.
- 5) 藤井千代, 山口創生, 岩永麻衣, 他: 精神科病院からの退院患者における外来ケースマネジメントに関連する診療報酬 (療養生活継続支援加算・精神科共同指導料) についての実態調査. 山口創生 (編): 厚生労働科学研究費補助金 (障害者政策総合研究事業) 精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究 (22GC1003): 令和 5 年度総括・分担研究報告書. 国立精神・神経医療研究センター, 小平, pp9-15, 2024.

## ケースマネジメントの支援内容に関する スコーピングレビュー

○研究分担者:佐藤さやか<sup>1)</sup>

○研究協力者:小池純子<sup>1)</sup>, 松長麻美<sup>1)</sup>, 川口敬之<sup>1)</sup>, 白井 香<sup>1)</sup>, 河野稔明<sup>1)</sup>, 奈良麻結<sup>1)</sup>,  
久永文恵<sup>1)</sup>, 五十嵐百花<sup>1)</sup>, 羽田彩子<sup>1)</sup>, 小林 慧<sup>1,2)</sup>, 安間尚徳<sup>1,3)</sup>, 山口創生<sup>1)</sup>

1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部

2) 東京大学医学部精神医学教室

3) 上尾の森診療所

### 要旨

本研究の目的は精神科領域で実施されるケースマネジメントの具体的な支援内容を明らかにするためのスコーピングレビューを実施することであった。Joanna Briggs Institute(JBI)ガイドラインに基づき、精神障害をもつ成人を対象に、支援内容・主体・頻度・場所などの特徴を整理するためのPCC基準を設定し、OSFにプロトコルを登録した。PsycINFO、MEDLINE、CINAHL、医中誌より計7666編を抽出し、重複除去後6353編を一次スクリーニング対象とした。12名のレビューワーによる選定の結果、695編を抽出した。今後フルテキストレビューと質的統合を行い、CMの実践的構成要素を明らかにする予定である。

### A. 研究の背景と目的

ケースマネジメント(case management:CM)とは、医療・保健・福祉などの分野で用いられる支援技法で、主に地域において障害等の困難を抱える個人やその家族が抱える問題やニーズに対して、直接支援やサービスの調整を提供していくプロセスのことである。重症精神障害をもつ人を対象としたインテンシブケースマネジメント(intensive case management: ICM)に関するコクランレビューによればICMは通常の支援と比べて研究からの離脱や入院日数が少なくなることが示されており、利用者と支援者との関係づくりには有効であることが示唆されている<sup>1)</sup>。しかし、実際にCMとして行われている地域支援は対象も支援内容も多様であることが予想される。今後我が国でCMを広く実装していくために、具体的な支援内容を整理し、基礎的資料を得る必要がある。そこで本研究では、精神科領

域で実施されるケースマネジメントについてシステマティックレビューではわからない対象者、支援頻度、支援の主体、支援場所、関わる職種などについて具体的な内容を明らかにするためのスコーピングレビューを実施することを目的とする。

### B. 方法

スコーピングレビューの実施にあたってはJoanna Briggs Institute(以下JBI)のガイドラインを参照して実施した<sup>2)</sup>。JBIはオーストラリアのUniversity of Adelaideに拠点を置く国際的研究組織で、エビデンスに基づく医療(EBP: Evidence-Based Practice)を推進するための方法論・教育・ツールを提供しておりCochrane Collaborationと並ぶ代表的なレビュー機関である。

システマティックレビューにおけるPICO/PECOに対応するスコーピングレビュー

導入基準および除外基準である PCC を以下のように設定した。

・ Patient (誰について)

精神疾患/精神障害をもつ者、とし重症精神障害に限定せず、発達障害、摂食障害、パーソナリティ障害なども含めた。ケースマネジメントは基本的には地域で提供される支援であること、また小児や高齢者、認知症をもつ人の支援は国際的にも精神障害とは異なる枠組みであることが多いため認知症・高齢者、入院患者、子どもは除外することとした。

・ Concept (何について)

今後の幅広い社会実装につなげることを想定し、集中型ケースマネジメントに限定せずケースマネジメント、ケアマネジメント全般について組み入れることとした。他方で単発の危機介入、居住支援のみの支援は除外した。

・ Context (どのような文脈で)

地域、患者での支援、日常生活支援について英語圏および日本の実践を期間不問で組み入れることとした。すでにシステマティックレビューが出版されているため RCT、レビュー、メタアナリシスは除外した。

これらの計画について研究計画の事前登録が可能なプラットフォームである Open Science Framework (OSF) に “Population and contents in case management: A protocol for a scoping review” (Oct 11, 2025)

(10.17605/OSF.IO/ZQFXW) のタイトルで登録した。

## C. 結果

研究チームで PCC の各項目についてキーワードを検討し、検索式を作成した。PsycINFO、MEDLINE、CINAHL、医中誌の各データベースで 2 人の調査員が独立してキーワードを用いた検索作業を実施し文献を抽出した。

別添の検索式により PsycINFO から 3870 編、MEDLINE から 2142 編、CINAHL から 1118 編、医中誌から 536 編、合計 7666 編が抽出され、

重複していた 1313 編を削除して、最終的に 6353 編が一次スクリーニングの対象となった。これらの文献について 1 組 2 名、合計 6 組 12 名のレビューワーが一次スクリーニングを実施した。スクリーニングの過程でレビューワーとの議論により、より以下のように導入基準および除外基準が精緻化された。

### 一次スクリーニングにおけるルール

・ 組み入れ基準

- 1) 地域での支援が含まれていること (外来であっても医療機関、支援機関内だけの支援は含まない)
- 2) 支援の「対象」と「内容」が書いてあること (abstract だけで判断できない場合は組み入れ)
- 3) 支援内容について下記の表現があること (アウトリーチ、多職種、多機関連携、referral / linkage、care planning、ongoing monitoring / follow-up、case manager/care coordinator、community living support、housing support、engagement support、family coordination)
- 4) RCT でない介入研究、観察研究、シリアルケースレポートで質的な検討も行っているもの

・ 除外基準

- 1) 研究デザインがレビュー、RCT、ケースレポート (1 事例のみのレポート)
- 2) 対象者が入院患者、高齢者 (含む認知症)、子供 (Child)、知的障害であること
- 3) 心理療法のプロセスや効果が主たるテーマになっている
- 4) 単発の crisis prevention、housing service である
- 5) author、abstract がない
- 6) レターやコメントである

上記基準に基づき 695 編を抽出した (図: PRISMA flow diagram<sup>3)</sup>)。

## D. 考察

今後、一次スクリーニングを通過した文献の取り寄せとフルテキストスクリーニングを実施する。最終的に導入された論文の引用文献リストからも関連論文を探索し、得られた論文について質的手法によるデータ統合を行う予定である（表）。

## 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

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 文献

- 1) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, et al: Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 1:CD007906, 2017.
- 2) Joanna Briggs Institute. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Adelaide: JBI; 2020– [cited 2026 May 1]. Available from: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- 3) Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al: The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 372:n71, 2021. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>.

図 PRISMA フローチャート

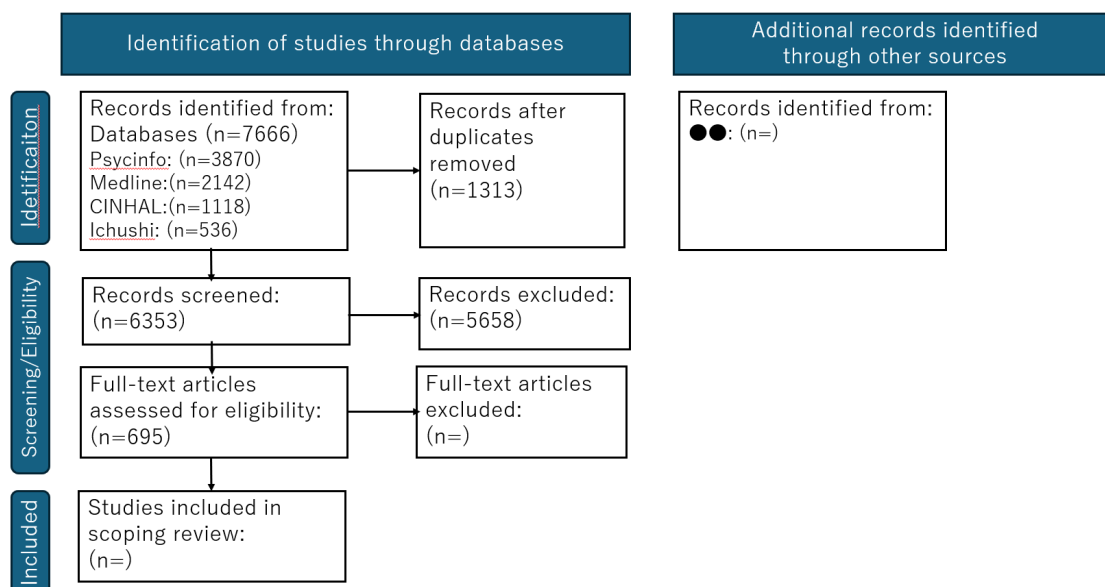


表 質的データ統合の例

	研究 1	研究 2	研究 3
著者	Miller et al.	Brown et al.	伊藤ら
国	アメリカ	イギリス	日本
出版年	1995	1990	2015
研究デザイン	準実験デザイン	観察研究	準実験デザイン
対象者数	n=50	n=180	n=15
診断	統合失調症	統合失調症およびうつ病	統合失調症、発達障害
主たる支援者の職種	SW	Ns, SW	Ns, SW, Dr
ケースマネジメントの型	臨床型	仲介型	集中型
利用者：スタッフの比率	1:15	1:20	1:10
支援頻度	1-2週間に1回	1か月に1回	1週間に1-2回
主たる支援の場所	利用者宅/機関内	機関内	利用者宅/職場等
アウトリーチの有無	あり	なし	あり
直接支援の有無	あり	なし	あり

## 精神科医療における包括的支援に資するガイドの開発に関する研究

研究分担者：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）

研究協力者：有馬晶子（医療法人学術会木村病院）、五十嵐百花（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、岩上洋一（社会福祉法人じりつ）、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（社会福祉法人ソラティオ）、川副泰成（地方独立行政法人 国保旭中央病院）、菊入恵一（社会医療法人崇徳会 田宮病院）、木村 大（医療法人学術会 木村病院）、黒岡真澄（地方独立行政法人 岡山精神科医療センター）、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）、河野稔明（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、相良真央（一般社団法人精神障害当事者会ポルケ）、佐藤さやか（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、澤田高綱、菅原 梓（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、竹澤 翔（石川県立こころの病院）、名雪和美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、西 宏隆（都立病院機構 東京都立松沢病院）、浜中利保（医療法人 三家クリニック）、長谷川直実（医療法人社団 ほっとステーション）、淵上奈緒子（医療法人社団光生会 平川病院）、牧野秀鏡（地方独立行政法人 岡山精神科医療センター）、水月琉凧、峰岸くみ（医療法人学術会 木村病院）、宮澤啓子、村井千賀（石川県立こころの病院）、吉田光爾（東洋大学）、渡邊真里子（ちはや ACT クリニック）

### 要旨

地域精神保健医療福祉施策のさらなる推進のためには、包括的支援マネジメントと連携支援の全国的な普及が不可欠である。そのため本研究班では、包括的支援マネジメントガイドを実装可能なものとするための研究を積み重ねており、本分担班においては、包括的支援マネジメントガイドの改訂と、連携支援の実装に資するガイドの開発を目的としている。3年目の初年度にあたる今年度は、入院中から退院後のケア体制への移行を円滑にする医療介入として入院医療機能を活用した移行期支援である、「多職種・多機関による連携支援（以下「連携支援」）、Hospital-based Comprehensive Transitional Discharge Intervention; HC-TDI」のガイドβ版を作成し、開発プロセスとガイドの内容を報告する。ガイドの重要な骨子は、①入院中の多職種支援と②退院後の生活への連続した支援が含まれていることであり、具体的に、①には「多職種による構造的かつ包括的なアセスメントの実施と情報共有（会議体：多職種のチームミーティングと、本人も参加するケア会議）」「退院後の生活に向けた治療計画の作成、計画に基づく支援の提供」が含まれた。また②には、「入院中の支援者と退院後の支援者間で行うケア会議」、「ケア会議とは別に、適宜、医療・福祉の支援に携わる者との情報交換」「入院中に習得した技能を地域社会で活用できるようにするための個別支援」が必須であった。本ガイドは、エビデンスに基づく移行期支援を提供できる期待がある一方で、普及に向けては複数の精神科病棟での実現可能性の検証や、実践的な活用が可能になるようさらなる工夫が求められる。

## A. 研究の背景と目的

わが国では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「にも包括」）の構築を進めている。「にも包括」の下では、中重度の精神疾患を有する精神障害者においても、継続的に地域で暮らすことができるよう、包括的支援マネジメントを機能させる必要性が指摘された<sup>1)</sup>。包括的支援マネジメントは実証的な研究が積み重ねられた結果、支援内容の一部が令和4年に療養生活継続支援加算として診療報酬化された。しかし、現在の診療報酬は、想定された対象に過不足のない支援を行うには十分な制度であるとは言い難い。本研究班全体としては、包括的支援マネジメントの実装に向けた課題への対応に向けて、さらなる研究を重ねている。

包括的支援マネジメントは、国際的な流れと同様に外来の文脈における支援技法である。国内の実態調査は、精神科外来において包括的支援マネジメントを必要とする者は、そうでない者と比較して、物質使用障害などの重複障害及び身体疾患の合併が多く、機能障害がより重症であり、過去の入院歴も多いことなどが明らかになった<sup>2)</sup>、加えて、入院中から退院後のケア体制への移行を円滑にする医療介入の必要性があることも指摘された。入院医療から地域ケアへの移行期における円滑なケアの連続性は国際的な課題であり、Transitional Discharge Interventions (TDI, 移行期支援) が注目されている。TDI はうつ状態の再燃や自殺、再入院のリスクの低減等に対する効果が示唆されている<sup>3-5)</sup>。ただし諸外国における TDI は、主に移行期の地域の支援を強化し、地域生活への連続性を担保している<sup>4)</sup>一方で、本邦においては、地域医療の未発展や、従来から入院医療が果たす役割が多かった固有の事情がある<sup>6)</sup>。このため入院医療機能を活用した移行期支援として、「多職種・多機関による連携支援（以下「連携支援」）、Hospital-based Comprehensive

Transitional Discharge Intervention; HC-TDI」(一部では入院ケースマネジメント Hospital based Inpatient Case Management: HICM)が発展してきた<sup>7-10)</sup>。連携支援は、構造的かつ包括的なアセスメントを含む入院中の多職種支援 (Multi-Disciplinary Team: MDT)<sup>11)</sup>と、TDI の要素を包括したわが国固有の実装戦略として、入院中から退院後の生活への移行期の連続的な多職種・多機関協働支援 (Hospital-Based Transitional Discharge Intervention: HB-TDI) を包括したサービス提供モデルである。

本邦の地域精神保健医療福祉施策のさらなる推進のためには、包括的支援マネジメントと連携支援の全国的な普及が不可欠であると考えられる。そこで本分担任では、3年間の研究期間において、実現可能性を考慮した包括的支援マネジメントガイドの改訂と、連携支援の実装に資するガイドの開発を行うことを目的としている。最終的には本研究班全体で蓄積される複数のエビデンスも踏まえた上で、診療報酬との関連性も示したガイドとしてとりまとめることを視野に入れている。本年度はその第一段階として、連携支援ガイドのβ版を作成したため、開発プロセスおよびガイドの内容を報告する。

## B. 方法

連携支援ガイドの開発に関し、研究班においてガイドの構成と具体的な内容に関する検討を行った。その際には、以下の既存研究「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（精神障害分野）精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究（研究代表者：藤井千代）」の分担任研究「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」（分担任研究者：川副泰成）<sup>12-14)</sup>および「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（障害者政策総合研究事業）地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する

政策研究（研究代表者：藤井千代）」の分担研究「精神科外来機能強化に関する研究（分担研究者：川副泰成）」<sup>7)</sup>、さらに、「厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究（研究代表者：山口創生）」の分担研究「入院ケアにおける包括的支援マネジメントとアウトカムとの関連についての検証（分担研究者：岡村泰）」<sup>10)</sup>で得られた知見を活用した。

## C. 結果

### 1. 連携支援ガイドの開発・作成手続き

連携支援ガイド開発の検討は、年に2回程度開催される分担班会議やコアメンバーでの月1回程度の会議で行われた。また、別にガイド作成のワーキング・グループを設けて、対面会議とweb会議を用いて実施した。参加者は、すでに精神科病棟において連携支援を実践している医師や看護師、作業療法士、精神保健福祉士等に加え、精神科外来で包括的支援マネジメントを行っている専門職、相談支援専門員、ケースマネジメントに関する有識者、精神障害当事者であった。

ガイドの開発過程では、前述の知見とともに、退院後に精神症状や生活機能等を維持しながら、地域平均生活日数の延長、再入院期間の短縮、再入院予防に効果が得られた支援内容をガイドに組み入れた。

### 2. 連携支援ガイドの骨子

本ガイドの重要な骨子は、①入院中の多職種支援と②退院後の生活への連続した支援が含まれていることであり、具体的には、①には「多職種による構造的かつ包括的なアセスメントの実施と情報共有（会議体：多職種のチームミーティングと、本人も参加するケア会議）」「退院後の生活に向けた治療計画の作成、計画に基づく支援の提供」が含まれた。ま

た②には、「入院中の支援者と退院後の支援者間で行うケース会議」「ケース会議とは別に、適宜、医療・福祉などの支援に携わる者との情報交換」「入院中に習得した技能を地域社会で活用できるようにするための個別支援」が必須であることが共有された。さらに、連携支援は、必ずしも入院患者全員に必要とは言えないことを考慮し、連携支援やケースマネジメントの必要性の考え方に基づく提供体制を図る記載に関しても検討された。

### 3. 連携支援ガイドの構成と特徴

開発された連携支援ガイドβ版（以下「ガイド」）を別紙に示した。目次は下記の通りである。

第1章：入院中の支援
第2章：退院支援
第3章：支援者の役割と支援の考え方

本ガイドは、これまでのエビデンスをより一般化した形で表現し、さまざまな医療機関の有する特性に応じて活用可能な記載とした。また、各職種の個々の計画・実施・評価についての記載は含めておらず、多職種協働支援と移行期支援の枠組を示す構成とした。さらには、令和4年の法改正の趣旨としての「退院促進措置」「権利擁護」に対応する形式で作成し、本ガイドとの関連を記載した。

### 4. 研究班におけるガイドへの意見

本ガイドに対し研究班からは、下記の意見も示された。

- ・ 提供する支援は個性が高いため、ガイドに一律に示せるものではないが、実際にどのような支援が提供されるかが見えにくい。
- ・ 診療報酬が組み込まれることで、より実践向きのガイドになる。
- ・ ガイドにおける説明と同意については、直接的な同意プロセスに着眼していないため、

入院後の関係作りのプロセスが書かれることが望ましい。

- ・特に非自発的入院を必要とする場合では、本ガイドに提示されている以外の方法やプロセスが必要になる場合が予測されるため、そのことも示されると良い。
- ・どのように実施するかとともに、現在指摘されている精神科医療提供に関する課題も記載することが望ましい。
- ・精神科医療における人材育成に関する課題や、求められる専門職的態度にも関連する内容であるため、さらに本ガイドの位置付けを明確にする必要がある。

#### D. 考察

本稿では、連携支援ガイドの開発に向けた作成過程を示した。連携支援は、多職種支援者の多角的な視点に基づき患者の支援ニーズを包括的に理解することや、入院/退院時の支援者間のコミュニケーション<sup>3)5)</sup>などを含め、TDI モデルの本邦への適用可能性が示された支援モデルであり、精神障害者が地域で安定した生活を送ることに寄与する入院医療である可能性が高い。このような連携支援について、研究班での話し合いを通して支援の要素を明確にし、諸外国と本邦の医療体制の差異を考慮しながらガイドを作成できたことで、実装に向けた足がかりを作ることができたと考えられる。

一方で連携支援は、一部の精神科病院や諸外国におけるエビデンスに基づいて作成されており、国内のほかの精神科病院においても同様の効果が得られるかについては、今後の検証が必要である。また、現段階のガイドに対し、具体的な支援内容の不明瞭さが指摘されている。このため、事例の提示や診療報酬との関連を示すことなどにより、実践の場でもよりイメージや活用のしやすいガイドとして完成させていくことが課題である。加えて、人材育成体制との連動や、次年度以降に改訂

予定である包括支援マネジメントガイドや、障害者総合支援法など、他の制度との連動可能性を考慮した検討が必要である。次年度以降はこれらの課題を踏まえ、より実効性の高いガイドへと発展させていく必要がある。

#### E. 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 長谷川直実, 小池純子, 山口創生, 川副泰成, 藤井千代: サービス提供量の多いケースマネジメント対象者の特性とサービス内容 精神科外来医療における調査から. 精神科治療学 40(6):651-660, 2025
- 2) 公的精神科病院急性期病棟における多職種・多機関連携支援の1年後評価(精神神経学雑誌 査読中)

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

#### 文献

- 1) 厚生労働省: これからの精神医療福祉に関するあり方検討会報告書, 2017(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihenfukushibu-Kikakuka/0000152026.pdf>)
- 2) 山口創生, 川副泰成, 名雪和美, 他: 精神科医療機関における CM サービス利用者と非利用者の特性の比較: 探索的外来患者調査. 精神医学 61(1):81-91, 2019.

- 3) Hegedüs A, Kozel B, Richter D, et al: Effectiveness of transitional interventions in improving patient outcomes and service use after discharge from psychiatric inpatient care: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry* 10:969, 2020.
- 4) Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis C-L, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, Seitz DP: Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *British Journal of Psychiatry* 202(3):187-194, 2013.
- 5) Storm M, Husebø AML, Thomas EC, et al: Coordinating mental health services for people with serious mental illness: a scoping review of transitions from psychiatric hospital to community. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 46(3):352-367, 2019.
- 6) 山口創生, 吉田光爾: ケースマネジメントの発展の歴史と概要. *精神障害とリハビリテーション* 28(2):125-139, 2024.
- 7) 川副泰成: 精神科外来機能強化に関する研究. 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(障害者政策総合研究事業) 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究(研究代表者: 藤井千代) 分担研究報告書, 69-101, 2020
- 8) 竹澤翔, 小池純子, 酢野貢, 他: 精神科救急病棟における包括的支援マネジメントによる地域連携. *精神科救急* 27:24-31, 2024.
- 9) 竹澤翔, 小池純子: 入院ケースマネジメント. *精神障害とリハビリテーション* 28(2); 180-183, 2024
- 10) 岡村泰, 小池純子, 藤井千代, 他: 入院ケアにおける包括的支援マネジメントとアウトカムとの関連についての検証. 令和4年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)「精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に関わるサービスの提供体制構築に資する研究」(研究代表者: 山口創生) 分担研究報告書. 65-83, 2022
- 11) Study Group on the Development of the Psychiatric Services: The psychiatric services – planning for the future: report of a study group on the development of the psychiatric service. 1984. Available at: <http://hdl.handle.net/10147/45556>
- 12) 川副泰成: 精神障害者の地域移行における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. 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(精神障害分野) 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究(研究代表者: 藤井千代) 分担研究報告書, 99-110, 2016.
- 13) 川副泰成: 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. 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(精神障害分野) 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究(研究代表者: 藤井千代) 分担研究報告書, 251-280; 2017.
- 14) 川副泰成: 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. 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(精神障害分野) 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究(研究代表者: 藤井千代) 分担研究(研究分担者: 川副泰成), 251-280; 2018.

# 精神科入院医療における多職種・多機関 連携による支援（連携支援）ガイド

Hospital-based Comprehensive  
Transitional Discharge Intervention (HC-TDI)

β版

精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に関する実態把握  
及び精神保健医療福祉の効果的な連携方策の検討に資する研究班

# 目次

はじめに

<b>第1章. 入院中の支援</b>		
1-1	入院中の支援の流れ	1
1-2	多職種支援の実際	3
1-2-1	入院の説明と同意	3
1-2-2	多職種によるアセスメント	3
1-2-2-1	本人のアセスメント	3
1-2-2-2	家族・地域援助事業者等のアセスメント	5
1-2-3	入院診療計画の作成・修正	5
1-2-4	退院支援計画の作成・修正	6
1-2-5	計画に基づく支援の実施	6
1-2-6	アセスメント・計画・支援の評価	7
1-3	各種会議	7
1-3-1	多職種会議（MDT 会議・スタッフミーティング）	9
1-3-2	ケア会議	9
<b>第2章. 退院支援</b>		
2-1	生活基盤を整える支援（環境・準備）	10
2-1-1	環境調整	10
2-1-2	退院前訪問	10
2-1-3	外出・外泊支援	10
2-1-4	サービス調整	11
2-1-5	退院後の相談先の確保	11
2-2	さまざまな支援者との情報共有・連携体制	12
2-2-1	家族・地域援助事業者等との情報共有	12
2-2-2	外来・他科との情報共有	12
2-2-3	緊急時の連携体制の構築	12
2-2-4	地域支援体制の継続的な調整	13
2-3	退院後の継続支援	13
2-3-1	退院後の入院 MDT による個別支援	13
2-3-2	退院後のケア会議の参加	13
2-3-3	当事者・ピアサポーターとの協働	13
<b>第3章. 支援者の役割と支援の考え方</b>		
3-1	入院医療における多職種支援者の役割	14
3-2	連携支援の必要性	17
3-2-1	多職種支援の必要性	17
3-2-2	多機関による連携支援の必要性	17
3-2-3	連携支援における責任の所在	18
3-2-4	各種会議の開催	19

## はじめに

精神科入院医療には、病状の安定を図るだけでなく、本人が退院後も地域で安心して生活していくための見通しを共有し、入院中から支えていく役割が求められています。入院中の治療や支援は、病棟内で完結するものではなく、退院後の暮らしと連続したものとして考える必要があります。

精神科医療では、精神疾患やそれに伴う生活上の困難を、生物学的要因、心理的要因、社会的要因が相互に影響し合うものとして理解する、生物・心理・社会的 (bio-psycho-social) アプローチが重視されます。入院医療においても、薬物療法などの生物学的治療だけでなく、心理的支援、住まいや経済状況、家族関係、地域資源とのつながりを含めた環境調整など、多角的な支援を組み合わせることが重要です。

精神科入院を必要とする人が抱える困難は、症状そのものにとどまりません。その背景には、孤立、生活環境の不安定さ、経済的困難、家族関係の課題、地域での支援の不足などが複雑に絡み合っていることも少なくありません。また、退院後の生活を支える上では、本人が地域の中でどのように暮らすことを望み、どのような役割やつながりを持ちながら生活していくのかを具体的に考える必要があります。そのため、1つの職種や1つの機関だけで本人の多面的なニーズを理解し、必要な支援を整えることは容易ではありません。

また、入院医療においては、本人の意思決定をどのように支えるかが重要な課題になります。意思決定支援は、単に治療について説明し、同意を得ることにとどまりません。本人がどのような生活を望み、何に不安を感じているのかをともに考え、専門的知見を提供しながら支援の方向性を確認していく、共同意思決定 (Shared Decision Making) とも重なり合う重要な過程です。

しかし、入院中の本人は、病状や環境の変化、将来への不安などから、自らの希望を十分に表明しにくい状況にあります。また、希望を実現するための具体的な支援や地域資源に関する十分な情報がなければ、本人が自ら支援を選択肢することは難しいでしょう。本人の意思や希望を現実的な支援計画へとつなげるためには、多職種・多機関が連携して、それぞれの視点から本人を理解し、退院後の生活環境や利用可能な支援についてわかりやすく情報提供したうえで、本人とともに退院後の生活について考えることが大切です。多職種と多機関が連携して行う支援は、支援者が本人に代わって方向性を決めるための仕組みではなく、本人が自分の生活を考え、選び、決めていくことを支えるための基盤です。

本ガイドでは、多職種が専門性を生かして本人を理解し、地域援助事業者等と連携して退院後の生活を見据えた支援を行う取り組みを「多職種・多機関連携による支援 (連携支援/Hospital-based Comprehensive Transitional Discharge Intervention: HC-TDI)」として整理します。これは単なる役割分担ではなく、本人の希望や課題を共有し、支援の目的、内容、役割、評価を確認しながら、切れ目のない支援につなげていくための具体的なプロセスです。

本ガイドは、すべての現場で画一的な実施を求めるものではありません。医療機関の機能や人員体制、地域資源の状況、本人に必要な支援の内容に応じて、実情に合わせた実践の参考として活用されることを想定しています。本ガイドが、入院中から退院後までを見通した連携支援を進めるための一助となれば幸いです。

## 第1章 入院中の支援

本章では、精神科入院医療における支援の基本的な流れを概観するとともに、各段階において多職種の支援者（以下「多職種」）に求められる具体的な実施内容と、特に重視すべき視点を示します。入院中に行われる支援は、退院後の地域生活を見据えた支援プロセスの一部として位置づけられます。つまり、入院中の支援は、入院と同時に始まる退院支援でもあります。

### 1-1. 入院中の支援の流れ

精神科入院医療における支援は、情報収集とアセスメントを起点に、多職種による計画の立案、支援の実施、評価・計画の修正を繰り返しながら進められる循環的なプロセスです。このプロセスでは、本人の状態変化や生活上の課題に応じて、柔軟に支援内容を見直します。また、支援の各段階において、本人および家族、地域援助事業者への説明と情報共有などを行い、対話を重ねることが、支援の質と連続性を高めるうえで不可欠になります。

図1には、入院中のフェーズごとに行う内容とポイントを整理しました。

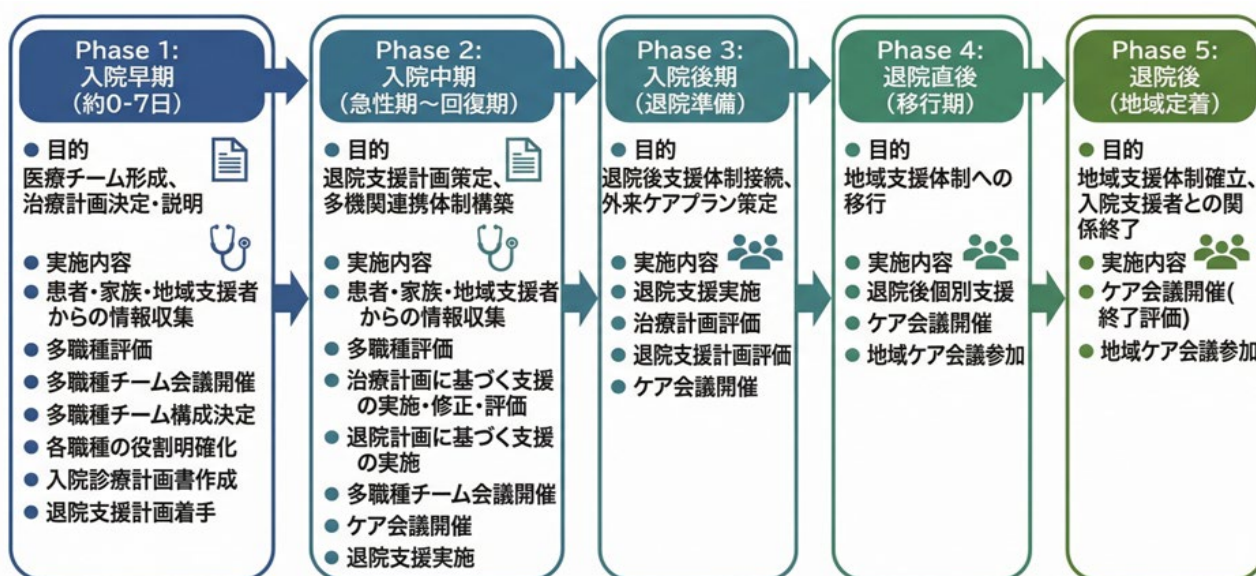


図1 入院中の支援・流れ

#### Phase 1：入院初期（0～7日を目安）

入院初期においては、多職種による包括的なアセスメントを実施し、本人の精神症状、身体状況、生活歴、家族状況、社会的背景などを多面的に把握し、退院後を見据えた課題を整理することが重要になります。その結果を踏まえ、多職種チーム（Multidisciplinary Team; MDT）を形成し、MDT 会議を開催し、支援の方向性を共有します。あわせて、MDT の担当者を決定し、職種ごとの役割を明確化することで、入院診療計画書の作成および退院支援計画への着手が可能になります。

## Phase 2：入院中期（急性期～回復期）

入院中期は、支援の中核となる段階になります。計画に基づく治療および支援を実践しながら、定期的に MDT 会議を開催し、アセスメントの更新と支援方針の見直しを行います。本人の語りやニーズの変化を踏まえ、計画を柔軟に修正することが求められます。また、地域援助事業者等との連携を段階的に進めていきます。

このような評価と修正を重ねることにより、退院支援の内容は具体化され、必要な多機関連携支援の枠組みも明確になります。こうした過程を通じて、退院後の生活環境の調整や本人の意思を支えるための基盤が形成されていきます。

## Phase 3：入院後期（退院準備期）

退院準備段階では、退院後の生活を具体的に想定し、必要な医療・福祉サービス等の調整や関係機関との役割分担を明確化します。外出・外泊支援等を通じて生活課題を検証し、退院支援計画を具体化するための評価を行い、必要に応じて計画を修正しながら支援の提供を行います。

こうした評価と修正の積み重ねにより、退院後の外来診療や地域生活において必要となる支援内容が明確になります。また、状況に応じた相談先や緊急時対応を戦略的に計画することにより、地域支援体制に円滑に引き継ぐ準備が整えられていきます。

## Phase 4：退院直後（移行期）

退院後の移行期は、ケア環境の変化により、本人が最も揺らぎを感じる時期です。そのため、必要に応じて入院 MDT が一定期間の個別支援を行い、地域援助事業者等からの日常的な支援に関する相談に応じながら、本人の望む地域生活の支援体制に円滑に移行できているかを見極めることが重要です。支援の主軸が地域に適切に移っているか、役割分担や責任の所在が明確であるかなどを確認し、連続性のある支援体制が機能している状態を維持する視点を持った関与が必要になります。

地域における生活支援の具体的な運用や地域資源の活用については、地域援助事業者等が実情をよく知っています。このため、地域援助事業者等が主体的に力を発揮できるように協働し、地域の支援力を高めることは、移行期支援の実効性の向上につながります。

## Phase 5：退院後（地域定着期）

地域定着期では、本人が地域生活を継続できている状態であることを確認し、支援の主軸が地域援助事業者等に移行され、役割分担や連絡体制が円滑に運用されているかどうかを見極めていきます。

あわせて、入院中からの本人と MDT との関係についても、段階的に終結を図ることが必要になります。MDT による支援の終結は関係の断絶ではなく、本人を地域の中で支えられる体制が整ったことを意味します。その意味が本人および関係者に共有され、安心感を持つことができた上で、支援関係の終結を図ることが重要です。

## 1-2. 多職種支援の実際

### 1-2-1. 入院の説明と同意（本人との関係構築）

入院の際には、本人の理解力や判断力に応じて、できる限り本人にとって十分な告知と説明を行うことが基本となります。入院や治療等の説明の際には、医学的根拠に加えて、本人の希望・生活状況・価値観などをできる限り尊重した、わかりやすい言葉で伝える工夫が求められます。

また、説明は1度で完結するものではなく、本人が質問や不安を表明できる機会を確保し、その理解や要望を確認しながら継続して行う姿勢が重要になります。特に、入院中は、対話を重ねながら信頼関係を形成していくプロセスが不可欠であり、同意の取得を一時的な手続きとしてではなく、信頼関係を形成する一プロセスとして考えることが望まれます。

とりわけ非自発的入院の場合、医療者が得ている情報に基づいて構成された入院までの経緯は、本人が理解している状況や認識と乖離していることが少なくありません。本人の状況や感情を理解する姿勢を持つことなく行われる説明は、その後の信頼関係の構築を難しくすることもあります。さらに、行動制限下では、本人が自らの置かれた状況を理解することが難しい場合もあり、説明を受けることによって不安や不満を強めてしまうこともあります。そのため、本人の状況に応じて伝え方を調整する、時間をかけて繰り返し説明を行う、第三者的支援（家族・本人が信頼している人・福祉や地域の支援者等）の関与を図るなど、多様なプロセスによる柔軟な対応が有効に機能する場合があります。

### 1-2-2. 多職種によるアセスメント

#### 1-2-2-1. 本人のアセスメント

多職種による本人のアセスメントは、入院中の支援を方向づける起点となる重要なプロセスです。入院後できるだけ早期に、医師、看護師、精神保健福祉士、心理職、作業療法士等がそれぞれの専門的視点から情報を収集し、協働でアセスメントすることが求められます。

アセスメントを行う時には、精神症状や身体状況とともに、生育歴、治療歴、生活歴、家族関係、住環境、社会的役割、本人の価値観や希望などの生物心理社会的背景に着目し、全体像を捉える視点が重要です。このため、包括的な支援ニーズアセスメントツールを活用することは、ニーズの見落としを防ぎ、多職種間の共通理解を促進するうえで有用です。

「ニーズアセスメント」の項目は、A～Fの領域に大別されています。これらの項目1つ1つに対し、「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）」の該当の有無を評価します。これにより、充足されているニーズと、未充足のニーズが明らかになります。

入院初期のアセスメント時点では、本人が将来の生活像を具体的に描けていないことや、考えること自体が辛い状況にあることがあります。しかしそのような場合であっても、本人の言葉や反応、過去の経験を手がかりに、本人の望みや大切にしていることを探ります。本人が大事にしていることを知り、一緒に大事にしていく姿勢が重要です。

## ●ニーズアセスメント



The Camberwell Assessment of Need の邦訳版に一部項目を追加

## ●包括的支援マネジメント導入基準

(Intensive Case Management Screening Sheet: ICMSS)

ICMSS は、外来においてケースマネジメント（包括的支援マネジメント）の導入を検討するためのツールです。

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
	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
E	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
	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
F	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

ICMSS は、15 項目で構成されており、各項目に該当するかどうかを支援者が「有」「無」「不明」で評価するツールです。特にことわりのない場合、過去 1 年の状況で記述します。なお、ICMSS は、3 項目以上に該当する、あるいは C 項目（「暴力行為」「自傷・自殺企図」「警察・保健所介入歴」などにおいては 1 項目でも該当すると、包括的支援マネジメントを導入する必要性が高くなります。

すでに長期の入院をしている場合は活用が難しい項目もあるかもしれませんが、表記されている課題がある場合には、連携支援を行うことが望ましいと考えられます。

### 1-2-2-2. 家族・地域援助事業者等のアセスメント

本人を取り巻く家族や地域援助事業者等は、退院後の生活を支えるうえで欠かせない存在です。そのため、入院初期から家族の状況や支援力、本人との関係性、地域援助事業者等の関与状況について把握しておくことが望まれます。

本人と家族、地域援助事業者等との間に認識の差異がみられる場合には、その背景を丁寧に確認します。早急に方向性を導くことよりも、本人と家族・地域援助事業者等が、理解と納得を重ねながら選択に至る過程を支えていく姿勢が大切になります。これまでの治療経過において、家族や地域援助事業者等自身が困難や過度な負担を抱えていることも少なくありません。また家族の不安や期待が本人の意思決定に過度な影響を及ぼしていることもあります。なかには、本人と家族との関係性が希薄、あるいは断絶されている場合もあります。そのため、家族や 1 つの機関のみに支援の役割を期待するのではなく、状況やニーズを整理しながら、誰にとっても無理のない支援体制を整えることが求められます。

その過程では、支援者同士が単に役割分担をすることだけにとどまらず、それぞれの立場から得られた情報を共有し、本人の認識や状況についての共通理解を深めていくことが求められます。本人を取り巻く状況を確認するために、早期から、段階に応じて退院前訪問看護指導（後述 第 2 章 2-1-2）を活用することは、有効な手段になります。

### 1-2-3. 入院診療計画の作成・修正

入院診療計画は、入院中に提供する医療の内容を明確にするものであり、本人と MDT の約束事項になります。作成にあたっては、医療的な治療計画と、退院後の生活を見据えた退院支援計画を分離せず、一体的に協議することが推奨されます。また、本人の生活目標・価値観を治療計画の中心に据えて、医療と生活支援を同時に実践することを想定して作成することが求められます。そして MDT で協議した内容は、本人と共有し、理解と納得を得ながら計画に反映し、実際の支援につなげていくことが重要です。

入院診療計画は入院初期に作成されるため、本人が自身の希望や目標を十分に言語化できていない場合があります。また、精神症状の影響により、当該入院期間内では実現が困難な目標が示されることもあります。このため入院診療計画は、確定的な計画としてではなく、現時点での理解を共有する暫定的な枠組みとして扱います。

計画作成を通じて MDT が早期に本人と関わり、共通の認識を形成することを通して、信頼関係を構築していくことは、その後の支援提供や調整を円滑に進めるための基盤となります。そ

の過程においては、本人が選択できることばかりに目を向けすぎず、本人が理解と納得を積み重ねられる状況を支えることが重要になります。

#### 1-2-4. 退院支援計画の作成・修正

退院支援計画は、退院後の生活を見据えた具体的な支援内容を整理し、本人と支援者が退院後の生活を共に描き、その実現に向けた役割や支援内容を確認・共有するための重要な計画です。

このため退院支援計画書は、本人および家族等の意向を丁寧に聴き取りながら作成します。また、作成された退院支援計画の内容について、本人や家族等の意向と乖離していないことを確認する機会を設けることが必要です。円滑に退院後の生活につなげていくための文書であり、単に作成して手渡すことが目的ではありません。

退院支援計画の作成過程では、本人が退院後の生活像を具体的に描けていない場合や、意向が揺れている場合もあります。そのため計画は、完成形を前提とせず、対話を通じて少しずつ具体化していくものとして扱います。また退院が現実的な段階に入ると、本人・家族・支援者それぞれが退院後の生活を具体的に想像するようになり、これまでの計画との間に齟齬が生じる可能性があるため、MDT の情報を統合しながら状況を再確認し、必要に応じて計画を修正していくことが重要です。

#### 1-2-5. 計画に基づく支援の実施

計画に基づく支援の実施では、治療、地域生活、社会参加に関する支援が、MDT により同時進行で行われます（各職種の役割については、第 5 章参照）。

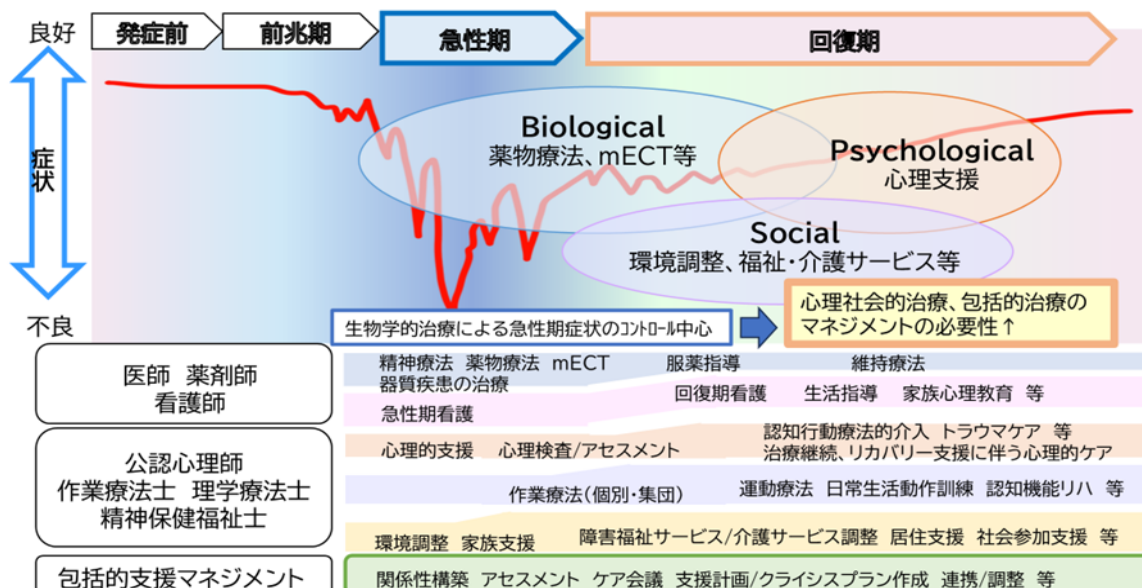


図2 精神疾患の経過と入院による治療内容（イメージ）

（令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「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」報告書(研究代表者：藤井千代)）

支援計画は、各職種におけるエビデンスに基づく支援内容や標準的な知見を踏まえつつ、本人の状態や生活状況に応じて作成されるものであり、支援実施の共通の指針となります。計画に基づく支援の実施にあたっては、治療を提供することが基本となります。ただし、MDTがあらかじめ定めた支援内容を形式的に遂行することに注力するのではなく、本人が望む退院後の生活に適合した支援を提供することが求められます。また、本人が希望や目標を明確に言語化できない場合には、支援の過程で示される反応や選好の変化を手がかりとして、本人の意思決定を支えていくことが求められます。

MDTは、それぞれの支援を分業的に進めるのではなく、支援の実践を通じて得られた情報を共有・統合しながら、支援の方向性を継続的にすり合わせていきます。また、本人の意向から逸脱することのないよう配慮しつつ、各職種の支援が、支援計画の見直しに応じて修正を重ねながら実践されていくことが重要です。

### 1-2-6. アセスメント・計画・支援の評価

支援の評価にあたっては、支援ニーズアセスメント等を用い、本人の語りや生活状況に加え、MDTや地域援助事業者等から得られる情報を統合的に把握して行います。この際に、目標の達成度とともに、支援計画の実施プロセスや支援の方向性の妥当性を含めて総合的に評価することが重要です。

支援の評価は、1度で完結するものではなく、モニタリングと修正を繰り返すことが前提となります。このようなPDCAの循環を通じて、評価を「評価のための評価」に終わらせることなく、より本人の意向を踏まえた支援となるよう努めることが求められます。

### 1-3. 各種会議

連携支援で活用できる会議には、いくつかの種類があります。しかし、いずれの会議においても、会議参加者および支援関係者の合意形成（コンセンサス）を図ることが重要です。会議における合意形成とは、関係者全員が納得・受容できる結論を、話し合いを通じて導き出すプロセスを指します。これは単なる多数決とは異なり、関係者が納得できる着地点を見出すことを目的とします。

そのため、会議の開催にあたっては、目的に応じた事前準備、関係者の日程調整、安心して意見を交わせる環境づくり、そして円滑な会議運営（進行）が鍵となります。

その時々での支援上の目的に応じて会議の種類を使い分け、必要に応じて会議を統合して実施したり、参加者や会議頻度を調整するなど、本人にとって意味のある合意が形成される柔軟な運用を心がけることにより、会議の意義が高まります。



図3 合意（コンセンサス）に必要な要素

下記に、入院中に活用できる会議体を示します。会議体は、大きく分けると2種類になります。基本的には、①支援者間の合意形成のために行われる会議と、②本人や外部支援者を含めて行われる会議です。

表1 会議の種類と内容

	多職種会議 (MDT 会議, スタッフミーティング)	ケア会議
定義	入院中の本人の状態や支援の進捗について、多職種が情報を共有し、支援方針や役割分担を調整するための院内会議	本人を中心に、多職種・多機関支援者が集まり、本人の希望や意向を踏まえて支援内容を共有・調整するための会議
目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>●本人の医療・生活課題を多面的に把握する</li> <li>●不足している情報を整理する</li> <li>●支援方針の共通理解を図る</li> <li>●支援内容を調整・修正・評価するなど</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●本人の意思や希望を支援計画や評価に反映する</li> <li>●支援内容や支援者の役割分担を共有する</li> <li>●退院後の生活環境・支援体制を具体化・共有する</li> <li>●緊急時の連絡体制を構築するなど</li> </ul>
タイミング	<ul style="list-style-type: none"> <li>●入院初期から定期的に</li> <li>●状態が変化した時</li> <li>●支援方針の見直し時</li> </ul> など	<ul style="list-style-type: none"> <li>●支援計画の作成時</li> <li>●計画の見直し時</li> <li>●計画の評価時</li> <li>●入院期間の延長の要因と今後の方針決定時</li> </ul> など
参加者	院内の多職種	院内の多職種 本人 (家族) 訪問看護・精神科訪問看護 相談支援(基幹・拠点・一般・指定特定) サービス事業所(児童, 障害福祉, 介護) 精神保健福祉センター 保健所 市役所 など
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>●情報共有</li> <li>●課題の整理</li> <li>●専門的評価の統合(症状・生活状況等)</li> <li>●支援方針の検討・調整</li> <li>●各職種の役割の確認</li> </ul> など	<ul style="list-style-type: none"> <li>●本人の意向確認</li> <li>●支援計画の説明と共有</li> <li>●目標や今後の見通しの共有</li> <li>●具体的な支援の共有</li> <li>●支援の継続・終了評価</li> <li>●各職種の役割の確認</li> </ul> など

### 1-3-1. 多職種会議（MDT 会議，スタッフミーティング）

多職種会議（MDT 会議，スタッフミーティング）は、できるだけ早期に開催することで、支援チームの基盤を形成することができます。入院初期の段階で、本人の状況や生活背景、支援上の留意点を多職種で共有し、支援の方向性や優先順位について合意形成を図ります。

各職種が個別に得た情報や見立てを統合することで、特定の職種や個人の判断に偏らない一貫した支援につながります。本人や家族への関わり方についても、チーム内で共通理解を形成することで、説明や対応のばらつきを防ぎ、安心して相談できる支援体制を整えることができます。

また、早期から MDT で目標や支援の考え方を共有しておくことは、その後のケア会議や意思決定支援を円滑に進めるための土台となります。そのために、できるだけ早期から、退院前訪問指導を活用し、本人の入院前、退院後のすまいや支援環境を確認し、本人についての理解を進めておくことが重要になります。

### 1-3-2. ケア会議

ケア会議は、本人が自らの生活や支援を考え、支援者と共有するための中核的な場として位置づけられます。退院後の生活を見据え、本人と MDT、地域援助事業者等が同じ情報と目標を共有することにより、支援の連続性と一貫性を確保することを目的とします。

各種計画の立案や修正にあたっては、あらかじめ支援者間で調整した内容を提示するにとどまらず、本人の語りや反応に基づき、支援の方向性を共に確認していくことが求められます。しかし、治療の初期段階では、退院後の生活において実現が難しいと感じられる発言が聞かれたり、本人が思いや希望を十分に言語化することが難しい場合も少なくありません。そのため、日常的に本人と接している MDT は、発言の量や専門用語の使用に配慮し、本人が理解しやすい言葉で現状や支援内容の説明を行う必要があります。その場での本人の表情や反応、これまでの生活歴や語りを手がかりとして、支援者が本人の意向と支援内容とのずれに気づき、理解と納得を支える関わりを重ねていくことが求められます。

さらに、本人が参加する会議では、1 度に多くの意見や専門的な表現に触れることが負担となる可能性があります。このため、事前に地域援助事業者等と支援の目的や本人の状況について共有しておくことが望ましいです。これにより、本人の前で支援者間の認識が大きく乖離することを防ぎ、安心して会議に参加できる環境を整えることにつながります。

地域援助事業者等が参加する会議では、本人の希望やこれまでの語りをより中心に据えながら、各機関が担う役割や支援内容を整理する必要があります。その際、支援者側の都合や制度的制約が本人の意向を過度に上回ることはないよう留意が必要です。また、複数の機関が関与する場であるからこそ、単なる役割分担の確認にとどまらず、情報を統合して支援の方向性を丁寧にすり合わせ、退院後も本人主体の支援が継続されるよう調整していくことが求められます。

こうした実践の積み重ねが、個々の支援の質を高めるだけでなく、地域全体の支援体制の構築にもつながっていきます。

## 第2章 退院支援

退院後の地域生活の安定は、薬物療法や外来通院といった医療要因のみが左右するものではありません。住まい、所得、就労・日中活動、人間関係、差別やスティグマの経験などの「健康の社会的決定要因 (Social determinants of health; SDoH)」が、地域生活の継続と回復に大きな影響を及ぼすことが知られています (図4)。

SDoHは、個人の努力だけでは変えにくい非医学的要因であり、健康状態に影響を与えるとともに、健康の不平等を生み出す要因とされています。特に精神障害がある場合では、症状そのものに加えて、複数のSDoHが重なりやすく、これらが再発や再入院のリスクを高めることがあります。

このため、入院医療は単に病棟内で見える要因への支援を提供するのみならず、精神障害に影響を及ぼすSDoHにも目を向けながら、退院後の生活環境を整える役割を担う必要があります。退院支援は、本人の生活背景や地域資源の状況を踏まえ、入院中から段階的かつ計画的に進めていく準備のプロセスとして位置づけることが重要です。

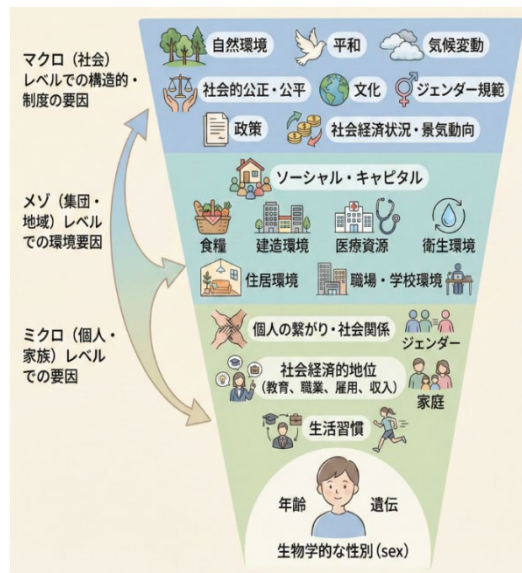


図4 健康の社会決定要因

### 2-1. 生活基盤を整える支援（環境・準備）

#### 2-1-1. 環境調整

退院後の生活環境は、症状の安定や暮らしやすさに大きく影響します。住まいの確保や住環境の調整、生活動線や近隣環境の確認などを通じて、本人にとって安全で無理のない生活環境を整える視点が必要になります。環境調整は、本人の努力だけに委ねるのではなく、支援環境によって補完できることを検討します。

#### 2-1-2. 退院前訪問

退院前訪問は、入院前、および退院後の生活環境を実際に確認し、入院中のアセスメントや計画とのずれを把握する機会になります。入院早期から本人、家族、地域援助事業者等とともに生活環境を確認することで、退院後に想定される困難を具体化し、事前の調整につなげることが望まれます。

#### 2-1-3. 外出・外泊支援

外出・外泊支援は、退院後の生活を試行的に経験する機会になります。成功体験だけでなく、実際に生活場面に触れることで見えてくる強みや課題を丁寧に振り返り、支援内容の調整や本人の理解を深めていく過程そのものが、円滑な地域移行につながります。

また、外出・外泊は、退院後の生活を支える地域援助事業者等にとっても、本人を理解する重要な機会となります。特に、初めて本人の支援を担う場合には、外出・外泊が本人と直接対話を行い、現在の状況を把握できる数少ない機会になることもあります。そのため入院MDTは、入院中の支援を通じて得られた本人の特性、円滑に関わるうえでの工夫、具体的な配慮事項などを共有していくことが望まれます。MDTが本人と地域援助事業者等との架け橋となり、相互理解を促進することで、提供される支援の質は大きく向上します。

外出・外泊への同行は、MDTだけでなく、地域援助事業者等が行うことも効果的です。例えば、地域移行支援事業の活用や、退院前訪問と組み合わせることにより、地域援助事業者等が主体的な支援者となることも可能になります。こうした経験に基づいた気づきを、退院後支援計画や退院後の支援計画に反映することで、支援内容は、より現実的なものとなり、退院後も途切れることのない継続的な支援体制の構築につながります。

#### 2-1-4. サービス調整

退院後に利用する医療・福祉サービス等については、本人のニーズや生活状況に応じて適切に選定・調整を行う必要があります。同じ事業形態のサービスであっても、事業所ごとに中核となる利用者像や提供されている支援内容に特徴があることも多いため、本人の生活目標や価値観との整合性を確認しながら調整を進めることが重要です。

また、新たにサービスを利用する場合には、利用申請や調査、認定などの手続きが必要となり、利用決定までに数か月から半年を要する可能性があります。急なサービス利用が難しい場合もあるため、利用の可能性が見込まれる段階で、早めに本人の居住地の市町村の窓口や委託相談支援事業所、基幹相談支援センター等の相談窓口にご相談する必要があります。

なお、支援の目的は、医療・福祉サービス等につながることだけではありません。サービスの利用の有無にかかわらず、本人が望む生活をできるようになることが支援の本質であり、そのために必要な課題解決につながるこそが重要です。支援者は、本人の疾患や精神症状、それに伴う葛藤や不安に向き合うとともに、本人と周囲の環境との間に生じる可能性のある摩擦なども含めて支えていく存在であることを常に意識しながら、支援や調整にあたる必要があります。

#### 2-1-5. 退院後の相談先の確保

退院後に困りごとが生じた際、誰に、どのように相談すればよいかが明確になっていることは、安心して地域生活を送るための重要な要素になります。日常的に相談できる支援者や機関、具体的な連絡方法（電話番号、対応時間等）をあらかじめ共有し、必要に応じて複数の相談経路を確保しておくことが望ましいです。

あわせて、調子の変化に早期に気づくためのサインについても、本人および関係者間で共有しておくことが重要です。本人自身が自覚できる変化の兆候だけでなく、周囲の支援者や家族が気づきやすい変化についても整理しておくこと、状況の悪化を未然に防ぐことにつながります。また、サインに気づいた際に日常生活の中で実施できる具体的な対応（本人が行うこと、周囲が支援すること）をあらかじめ確認しておくこと、生活を維持しやすくなります。

## 2-2. さまざまな支援者との情報共有・連携体制

### 2-2-1. 家族・地域援助事業者等との情報共有

退院後の支援に関わる家族や地域援助事業者等とは、本人の同意を得たうえで、必要な情報を共有する必要があります。退院前訪問指導を活用し、実際の住まいの場で、本人の様子を確認しながら情報を共有することも有効です。情報共有は一方向ではなく、相互の理解を深める機会として位置づけ、支援の役割分担や連携の在り方を確認していくことが重要です。

また、入院中の支援は、早いペースで進みがちであることに留意が必要です。入院医療では、病棟内で情報が集約されやすく、症状の変化やリスクへの瞬時の対応が求められるため、早期に治療方針や提供する支援の意思決定をすることが不可避です。一方で、地域生活の場では、本人や家族が日常生活の中で状況を受け止め、選択肢を吟味しながら意思決定を重ねていくため、時間を要することが少なくありません。本人や家族、地域援助事業者等による対応が必要であると認識されていても、生活環境や感情面の調整を伴うことがあるため、すぐに行動に移すことが難しい場合もあります。

支援関係者間のペースの違いを前提としたうえで、本人や家族、地域援助事業者等の歩みに合わせて支援を進めていくことが、結果として本人の安心につながり、望む生活の実現を支えることとなります。

### 2-2-2. 外来・他科との情報共有

退院後の外来診療や他科医療との連携は、地域生活の安定を支える重要な要素となります。退院後も継続的な医療的支援が必要となる場合には、入院中の治療経過、症状の変化、支援上の留意点、本人の理解状況や意思決定の過程等について、外来担当医および関係職種と十分に共有しておくことが求められます。

特に、身体合併症を有する場合には、精神症状と身体症状の相互作用や服薬状況、副作用の有無、生活上の配慮事項、受診が必要となる身体状態の目安等を整理し、情報を共有する必要があります。情報共有は診療情報提供書の送付にとどまらず、必要に応じて事前の連絡や合同カンファレンスの実施などを検討することが望ましいです。

また、本人が医療機関を変更する場合や通院先が複数にわたる場合には、本人の同意のもとで情報を統合し、支援の重複や漏れが生じないための調整を要します。退院後の医療体制が明確であることは、本人にとっての安心感につながります。

### 2-2-3. 緊急時の連携体制の構築

退院後の地域生活においては、症状の再燃や生活上の困難が急激に生じる可能性があります。このため、緊急時にどの機関に、どのような方法で連絡を行うかを、あらかじめ本人および関係者間で共有しておくことが重要です。具体的には、連絡先の明確化、連絡手順の確認、対応可能な時間帯の共有、夜間・休日対応の体制確認等を行い、本人および家族が不安なく相談できる環境を整える必要があります。

緊急時の対応体制は、過度に複雑なものせず、本人が理解しやすく、実際に活用可能な内容とすることが望ましいです。また、緊急対応後には振り返りを行い、再発予防や早期の支援体制の検討につなげることが重要です。

#### 2-2-4. 地域支援体制の継続的な調整

退院後の支援体制は、固定的なものではなく、本人の状態や生活状況の変化に応じて見直しを行う必要があります。支援開始時に構築した体制が、常に最適であるとは限らないため、定期的な情報共有やケア会議の活用を通じて、役割分担や支援内容の適切さを確認することが望まれます。

### 2-3. 退院後の継続支援

#### 2-3-1. 退院後の入院 MDT による個別支援

退院後も、本人の状態や生活状況によっては、入院 MDT による個別支援が必要となる場合があります。入院中から地域援助事業者等と連携し、すみやかに地域支援体制に引き継がれることは望ましいですが、状況に応じて入院 MDT が必要に応じて支援を継続し、段階的に支援の主軸を地域の支援者に移していく視点も重要になります。

その際には、退院後の支援の主たる担当が誰であるかを明確にし、責任の所在や支援期間について関係者間で合意形成をしておく必要があります。いわゆる「ダブルマネジメント」の状態が生じる場合には、役割の重複や情報の分断が起こらないよう、支援内容や連絡体制をあらかじめ整理しておくことが不可欠です。

#### 2-3-2. 退院後のケア会議の参加

退院後に開催されるケア会議への参加は、入院医療と地域支援をつなぐ重要な機会になります。入院中の治療経過や支援上の留意点に加え、本人の状況理解や意思決定に至る過程を共有することは、退院後の適切な支援方針の決定に大きく寄与します。

また、退院直後は生活環境の変化により生活が不安定になりやすい時期であるため、入院 MDT が一定期間継続して会議に参加することは、支援の連続性と本人の安心感を確保するうえで有効です。

#### 2-3-3. 当事者・ピアサポーターとの協働

ピアサポートは、本人が地域生活を具体的にイメージし、希望を持つうえで大きな役割を果たします。当事者としての経験に基づく支援は、専門職とは異なる視点を提供し、本人のリハビリプロセスに寄り添うものです。このため医療・福祉専門職が、当事者・ピアサポーターとともに、それぞれの専門性と経験を重なり合わせながら支援を行うことで、より本人主体の豊かな地域生活の実現が期待されます。

## 第3章 支援者の役割と支援の考え方

連携支援は、支援の質を高めるための手段であり、支援者が多いから良い、多様な機関が支援に関われば、本人の地域生活が豊かになるということではありません。支援の現場では、「支援関係機関を増やしたほうがいいのか?」「どのタイミングで会議を開くといいのか?」などの判断に迷う場面が繰り返し生じると思います。

そうした場面において、「このガイドに書いてあるから行う」という判断ではなく、本人にとって何が必要か、今の段階でどこまでの支援が適切かなどを考える必要があるため、本章では、連携支援の基本的な考え方を示しています。これらは、支援を進める中で生じる迷いや判断を、支援者1人で抱え込まないためにも必要な視点になります。

### 3-1. 入院医療における多職種支援者の役割

連携支援においては、本人の価値観、希望、意思決定を中心に据えた支援を基本とし、多職種が共通の目標を持つことが重要です。多職種による支援は、それぞれが専門職としての役割を持ち、各職種が同じ目標のもとで専門性を発揮することが求められます。それぞれの役割は固定されたものではなく、本人の状態や生活課題、地域資源の状況に応じて重なり合い、補完されるものであり、院内の多職種支援体制においては、MDT全体で責任を共有します。

連携支援は、医師の治療の一環に位置づけられているため、特に医師は、本人を中心とした医療提供を、チームで行うことを十分に認識する必要があります。支援者の役割には、その職種ごとに業務や名称の独占業務があり、それぞれの強みが支援の中で生かされることが重要です。

#### 医師の役割

医師は、医学的判断と責任を担う中核的役割を果たします。症状評価や診断、治療方針の決定に加え、退院後の生活を見据えた医学的見立てを示し、治療経過についても継続的医学管理の下、積極的に関わることを求められます。

また、本人・家族等への説明を行い、治療の同意を得ることは医師の重要な役割になります。疾患の影響で、十分な判断ができない場合や、本人や家族が疾患の特性を理解しきれていない場合においても、継続的に治療を受ける意思を支えていく必要があります。その際には、医師が一方的に判断するのではなく、本人の理解度や準備状態に応じて、説明と対話を重ねながら意思決定を支える共同意思決定の視点が重要となります。

連携支援においては、MDTのリーダーとして、多職種それぞれの役割が十分発揮される体制を整えることが責務になります。またチームの一員として、MDT全体で同じ方針を共有できるよう、治療の方向性を明確にする必要があります。各職種が持つ機能と役割を基に「いつまでに」「だれが」「どのように」、その治療目標に向けた支援を行うかについて、方法の妥当性と手順に対し責任をもって確認することが求められます。

## 看護師の役割

看護師は、日常生活に最も近い視点から本人の状態を継続的に把握し、医療と生活をつなぐ役割を果たします。入院中の精神症状・治療による病状の変化を踏まえ、生活状況やセルフケア能力に関する課題に対応することが求められます。また、本人や家族にとって身近な相談相手として、不安や困りごと、本人が日常生活の中で何気なく発する言葉から、気持ちの変化等に早期に気づき、受け止める役割を担います。また、本人が自身の困りごとに向き合い、自分で解決できる力を育めるよう、セルフマネジメントを支援する視点で教育的に関わることや、支援の調整を図ることも重要です。

連携支援においては、医療と生活をつなぐ専門職として、本人の言葉の背景にある気持ちや不安を理解し、多職種や地域援助事業者等に伝えます。退院後に想定される生活上の課題を見極め、「本人が退院できる状態かどうか」ではなく、「退院後の生活をどのように支えるか」という視点をもって情報を共有することが求められます。

## 作業療法士の役割

作業療法士は、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF）の視点を踏まえ、検査や行動観察を通じて本人が希望する生活や社会参加の在り方を理解し、応用的動作や社会適応能力、職業適性などを見極める役割があります。本人が望む生活を実現できるよう、日常生活行動、就労、余暇活動などを作業として位置づけ、プログラムを計画し、その参加を通して社会生活の回復を図ります。その際には、本人のストレングスを重視し、具体的かつ多様な作業療法の介入を用いて支援を行うことが求められます。

連携支援においては、本人の体力や日常生活リズム、家事、金銭管理、服薬管理といった生活能力や留意点について、多職種と共有する。また、退院後の生活に必要な工夫や地域の資源を提案する役割を担います。

## 精神保健福祉士の役割

精神保健福祉士は、精神障害のある人の社会復帰および地域生活の支援に関する相談援助を担う役割があります。あわせて、本人の権利が尊重され、本人の意思や希望が支援に適切に反映されるよう働きかける権利擁護の視点を持つ専門職です。本人の生活者としての視点に立ち、生活歴、家族関係、地域の資源の利用状況、経済的背景などの情報を総合的に収集し、地域生活を継続するために必要な支援を調整する役割を担います。

連携支援においては、本人の価値観や希望を把握し、入院と地域生活をつなぐ調整役として、MDT や地域援助事業者等が共通の生活像を描けるよう、必要な情報共有を行うことが求められます。また、制度利用そのものが目的とならないよう留意し、本人の自己決定が尊重されるよう配慮しながら、本人が望む生活の実現に向けた生活環境を整えていくことが重要になります。

## 公認心理師の役割

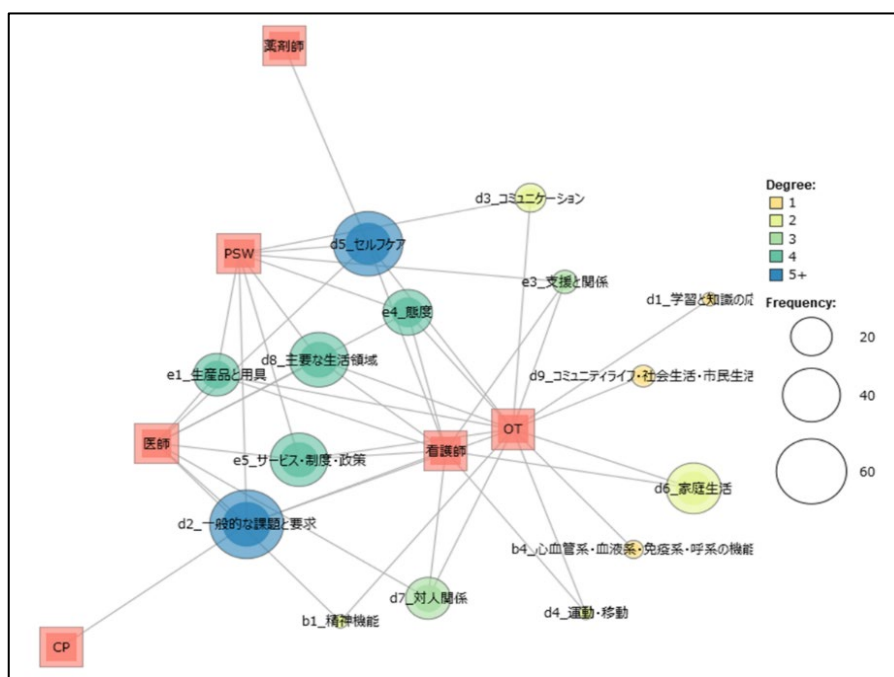
公認心理師は、心理学に関する専門的知識および技術を用いて、心理検査や心理アセスメントを行い、本人の心理的特性や状態を理解し、支援につなげる役割を担います。心理検査、面接、行動観察等を通じて、本人の認知機能、感情の特性、対人関係のあり方、ストレス対処の傾向などを多面的に把握することが求められます。心理検査は、診断や評価そのもののみを目的とするものではなく、本人の体験や生活状況と結びつけて解釈し、本人が自身の状態を理解しやすい形でフィードバックすることが必要になります。

連携支援においては、精神症状や行動を問題として捉えるのではなく、その背景にある心理的要因や体験の意味を整理し、支援の視点や関わり方について多職種に助言することが求められます。また、心理検査や心理支援の知見を支援計画に反映し、本人の主体性が尊重される支援が行われるよう、チームの一員として継続的に関わることが重要です。

## 薬剤師の役割

薬剤師は、薬物療法の安全性と有効性を担保する専門職として、医師の処方に基づき調剤、副作用の確認、服薬状況の把握を行い、薬物療法が本人の生活の中で無理なく継続できるよう支援する役割があります。また、単に薬を提供するだけでなく、本人の生活環境や理解度、服薬行動を踏まえた安全管理と支援が重視されます。

連携支援においては、服薬に関する本人の不安や困りごと、副作用による生活への影響を丁寧に把握し、多職種と共有する役割を担います。また、退院後の生活を見据え、服薬回数や剤形、服薬方法が本人の生活リズムに適しているかを検討し、必要に応じて医師に処方内容の調整を提案します。服薬支援は治療継続のためだけでなく、本人が主体的に治療と向き合えるよう支えるものであり、本人の希望を中心に置いて薬物療法を支援することが求められます。



各職種の支援には、独立した役割と、共通の要素があります。チームづくりの鍵は、この「違い」と「重なり」の両方を意識的に扱うことにあります。違いを競うのではなく、重なりを足場に、本人を中心に据え続け、本人の課題解決のためにできることを積み重ねることです。

図5 各職種の役割3と重なり例

### 3-2. 連携支援の必要性

繰り返しになりますが、支援は入院医療の中だけで完結できるものではありません。入院医療・外来医療・地域生活支援それぞれを「点」ではなく、連続する1つのプロセスとして捉える必要があります。しかしながら連携支援は、支援の質を高める有効な手段である一方で、過度な支援がかえって本人の力を損なう可能性もあります。そのため、多職種や多機関が関わる支援が常に必要であるとは限らず、その必要性は本人の状態や生活課題に応じて個別に判断される必要があると認識することが重要です。

#### 3-2-1. 多職種支援の必要性

多職種支援の必要性を見極めるうえでは、多職種によるアセスメントが有効です。複数の専門的視点から本人の状況を捉えることで、医療的課題や生活上の課題に対して、どの専門職や専門機関が関与することが適切かを判断することが可能になります。

多職種支援の必要性の考え方については、図6を参考に、本人の課題ごとに必要な専門的支援と関わる支援者を整理していくことが有効です。重要なことは、多職種支援を行うこと自体を目的化しないことです。

本人の回復や地域生活の継続を支える過程において、対応が必要な課題に対して適切な専門職や専門機関が関与した結果、多職種・多機関連携が形成されていく、という考え方が基本となります。

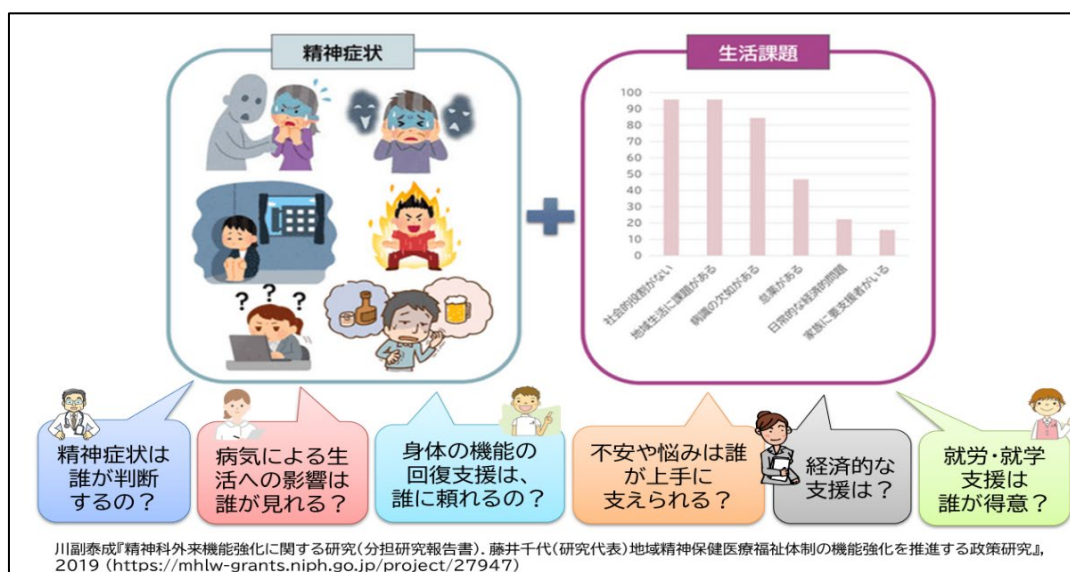


図6 多職種の必要性の考え方

#### 3-2-2. 多機関による連携支援の必要性

多機関との連携による支援は、多職種支援と同様に、常に必要となるものではありませんが、本人の生活課題が複数の領域にまたがる場合には、重要な支援の枠組みとなります。医療、福祉、就労、住まい、家族支援など、各支援者・支援機関が担う役割を適切に組み合わせること

が求められます。ここで求められることは、機関同士が形式的につながることではなく、本人の生活や回復の過程を共有しながら、各機関の役割を明確にして支援にあたることです。

多機関との連携は、支援の選択肢を広げる一方で、関係者が増えることで情報の錯綜や、役割の不明確さにもつながり、本人の負担を招く可能性もあります。そのため、支援体制の構築にあたっては、本人の回復段階や状況の変化に応じて、必要な機関と段階的につながり整えていくという視点が重要になります。それぞれの役割や関わり方が具体的に共有されることで、本人が理解しやすく、過度な負担とならない形で機能していることこそが、本人にとって意味のある多機関連携になると言えます。

### 3-2-3. 連携支援における責任の所在

連携支援においては、役割分担を行うことと、責任の所在を明らかにしておくことが重要です。それぞれの専門性に応じた役割分担は不可欠ですが、そのことによって支援全体に対する責任が曖昧になることは避けなければなりません。責任の所在を明確にすることが、特定の支援者への過度な負担を避け、支援の質と継続性を担保するための基盤となります。

入院医療に関わる支援においては、役割分担を行った場合であっても、医療機関としての説明責任および支援全体の調整に関する責任があることを、関係者間であらかじめ共有しておくことが求められます。特に、本人や家族に対する説明や意思決定支援については、誰がどの段階で関わるのかを明確にしておくことが重要です。

MDTにおけるリーダーシップは、特定の職種に固定されるものではなく、支援課題の性質、本人との関係性、支援の段階等に応じて柔軟に判断され状況に応じて分散・共有され得ることが指摘されています。

表2 リーダーシップの考え方

タイプ	例示
<b>課題主導型</b> 主要課題を重視	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 治療的安定→医師がリーダーシップ</li> <li>● 生活の安定→看護師</li> <li>● 住まいや制度の工夫→精神保健福祉士</li> <li>● 生活機能・活動の再構築→作業療法士 など</li> </ul>
<b>関係主導型</b> 本人との関係性を重視	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 本人が本音で話せる人</li> <li>● 安心感を提供できる関係性を持っている人 など</li> </ul>
<b>役割分離型</b> リーダーと調整役を分ける	臨床・治療の最終責任: 医師 日常的な調整・連携: 看護師と精神保健福祉士 など
<b>フェーズ主導型</b> 支援の段階を重視	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 入院初期→医師中心</li> <li>● 回復期→看護師・作業療法士中心</li> <li>● 地域移行期→精神保健福祉士中心 など</li> </ul>

退院後の地域生活においては、支援の中心となる機関や支援者が変更される場合があります。そのため、本人の生活に必要な支援内容と、支援が途切れるリスクの生じやすい場面をあらかじめ

じめアセスメントし、どの職種や機関が本人の支援の中核を担うのかについて、支援者間で共通理解を形成しておくことが重要になります（図7）。

その際には、支援の責任がなぜ・どのように移行していくのかを丁寧に整理し、本人や関係者が混乱することのないよう配慮する必要があります。

●**福祉型マネジメント**：地域生活向上や自己実現に向けた福祉支援が中心

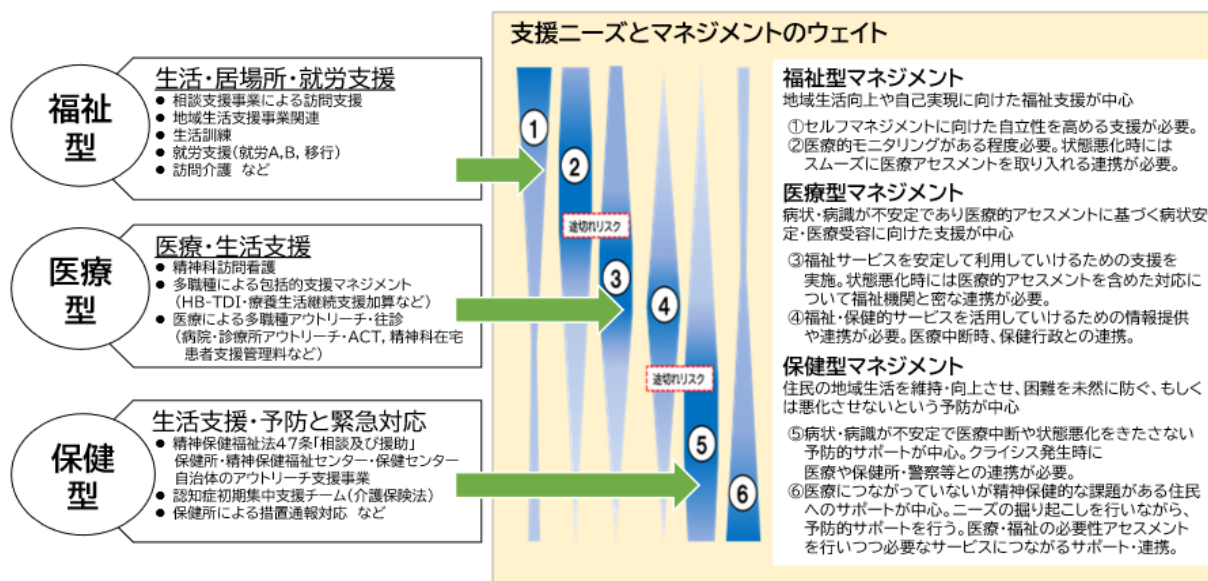
- セルフマネジメントに向けた自立性を高める支援が必要。
- 状態悪化時にはスムーズに医療アセスメントを取り入れる連携が必要。

●**医療型マネジメント**：医療的アセスメントによる病状安定・医療受容に向けた支援が中心

- 状態悪化時には医療的アセスメントを含めた対応について福祉機関と密な連携が必要。
- 医療中断時には、福祉・保健的サービスも活用できるよう情報提供や連携が必要。

●**保健型マネジメント**：住民の地域生活を維持・向上・未然防止の予防が中心

- 未治療や医療中断の状態にある精神保健的な課題がある住民への予防的な支援が中心。
- 医療・福祉の必要性を見越しつつ、クライシス発生時に警察等行政機関との連携が必要。



出典：「中西清晃：自治体アウトリーチにおける早期介入。精神科救急 27：17-20」を一部改変

図7 地域におけるマネジメント

3-2-4. 各種会議の開催

各種会議は、本人の自己決定と生活の安定を支えるための合意形成の場になります。支援関係者はそれぞれ異なる立場や視点から本人を見ているからこそ、会議の場に多様な情報を持ち寄り、統合しながら、本人の個性に応じた支援の方向性を描いていくことができます。会議は、支援者1人では見えにくい全体像を理解する機会にもなります。

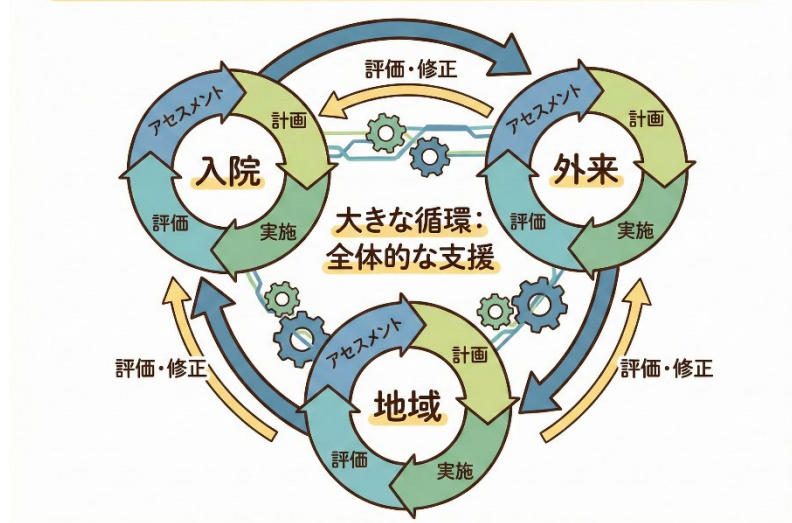
会議は、「なぜこのタイミングで会議が必要なのか」「どのような課題を共有し、何を決定するのか」「誰と誰が話し合うことが必要なのか」などを考えたうえで開催されることが重要です。目的や論点を整理することにより、本人にとって意味のある合意が形成され、具体的な支援へとつなぐ場になるだけでなく、支援者の過度な負担を減らすことができます。会議の質は、事前の準備と意図の明確さによって高めることができます。

## おわりに

精神科入院医療は、単に症状を治療する場にとどまるものではなく、本人の長い人生の一時期に関わる重要な機会です。入院医療は、地域生活を継続・再構築するための転換点や準備期間として位置づけられる必要があります。限られた入院期間の中で、本人の希望や生活背景を踏まえ、地域生活を見据えた支援をどのように提供できるかが求められています。

そのための精神科領域の支援は、入院・外来・地域のいずれの場面においても、アセスメント、計画、実施、評価という PDCA サイクルを継続的に循環させていくことを前提としています。支援は一方方向に進む直線的なものではなく、それぞれの場面で小さな循環を重ねながら、

### 精神科連携支援：重層的なPDCAサイクル



全体として1つの大きな循環を形成しています。

入院から外来へ、外来から地域へと移行する際にも、支援は連続しており、各段階での評価と修正が次の段階の計画に反映されます。地域から入院に至る過程も同様です。このように、各場面での PDCA が相互に接続し、重層的に機能している状態が、質の高い連携支援の目指す姿になります。

図8 連携支援における重層的な PDCA サイクル

本ガイドが示す多職種・多機関連携による支援は、特別な技法や高度な仕組みを求めるものではありません。制度や社会状況が変化し続けても、支援の本質は本人の尊厳を守り、本人の望む地域での生活を送れるよう支えることです。本人の笑顔が増えていくことは、私たち支援者にとっても、非常に嬉しいことです。

## 参考文献

### 【連携支援の実践例に関する報告書・文献】

- 川副泰成：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. 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（精神障害分野）精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究（研究代表者：藤井千代）分担研究（研究分担者：川副泰成），251-280；2018
- 川副泰成：精神科外来機能強化に関する研究. 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（障害者政策総合研究事業）地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究（研究代表者：藤井千代）分担研究報告書, 69-101, 2020
- 山口創生：精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に 関わるサービスの提供体制構築に資する研究. 令和4年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業） 「精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に 関わるサービスの提供体制構築に資する研究」総括研究報告書. pp1-9, 2023
- 岡村 泰, 小池純子, 藤井千代ほか：入院ケアにおける包括的支援マネジメントとアウトカムとの関連についての検証. 令和4年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に向けた精神保健医療福祉に 関わるサービスの提供体制構築に資する研究」（研究代表者：山口創生）分担研究報告書. 65-83, 2022

### 精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に関する実態把握、及び精神保健医療福祉の効果的な連携方策の検討に資する研究班

研究代表者 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）

研究分担者 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）

研究協力者（敬称略，五十音順）

有馬 晶子（医療法人学会会木村病院）

五十嵐 百花（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

岩上 洋一（社会福祉法人じりつ）

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（社会福祉法人ソラティオ）

川副 泰成（地方独立行政法人 国保旭中央病院）

菊入 恵一（社会医療法人崇徳会 田宮病院）

木村 大（医療法人学会会 木村病院）

黒岡 真澄（地方独立行政法人 岡山精神科医療センター）

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）  
河野 稔明（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）  
相良 真央（一般社団法人精神障害当事者会ポルケ）  
佐藤 さやか（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）  
澤田 高綱（社会福祉法人 横浜 SSJ ・ 一般社団法人 てとて  
ともに歩む市民の会 生活支援センターほっとぽっと）  
菅原 梓（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）  
竹澤 翔（石川県立こころの病院）  
名雪 和美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）  
西 宏隆（都立病院機構 東京都立松沢病院）  
浜中 利保（医療法人 三家クリニック）  
長谷川 直実（医療法人社団 ほっとステーション）  
淵上 奈緒子（医療法人社団光生会 平川病院）  
牧野 秀鏡（地方独立行政法人 岡山精神科医療センター）  
水月 琉凧（生きづらい子育てピアの会東京）  
峰岸 くみ（医療法人学会会 木村病院）  
宮澤 啓子  
村井 千賀（石川県立こころの病院）  
吉田 光爾（東洋大学）  
渡邊 真里子（ちはや ACT クリニック）

## 精神科入院医療における多職種・多機関連携による支援（連携支援）ガイド

---

発行日 2026年（令和8年）3月31日

発行元 地域精神保健・法制度研究部 連携支援ガイド開発チーム

---

## 研究成果の刊行に関する一覧表

### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Yamaguchi S, Kawaguchi T, Iwanaga M, Usui K, Igarashi M, Shiozawa T, Koike J, Sato S, Fujii C	Long-term vocational outcomes in low- and high-fidelity supported employment programs: A multi-site study with 6 years of follow-up	Asian Journal of Psychiatry	110	104572	2025
Iwanaga M, Usui K, Sato S, Nakanishi K, Nishiuchi E, Shimodaira M, So Y, Yamaguchi S, Fujii C	Service use patterns in community mental health outreach: A sequence analysis of the first 12-month longitudinal data	PLoS One	20(9)	e0332437	2025
Yamaguchi S, Kawaguchi T, Iwanaga M, Usui K, Igarashi M, Shiozawa T, Koike J, Sato S, Fujii C	Do individual placement and support (IPS) service users leave their jobs soon? A subgroup analysis of a long-term follow-up study and a comparison with other population groups' data	Psychiatry and Clinical Neurosciences	80(2)	152-153	2026
長谷川直実, 小池純子, 山口創生, 川副泰成, 藤井千代	サービス提供量の多いケースマネジメント対象者の特性とサービス内容 精神科外来医療における調査から	精神科治療学	40(6):	651-660	2025

令和 8 年 3 月 30 日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
—(国立保健医療科学院長) —

国立研究開発法人  
機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に関する実態把握、及び精神保健医療福祉の効果的な連携方策の検討に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 精神保健サービス評価研究室長  
(氏名・フリガナ) 山口 創生・ヤマグチソウセイ
- 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター 千葉大学大学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 4 月 14 日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
—(国立保健医療科学院長) —

機関名 医療法人学術会 木村病院

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 木村 大

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に関する実態把握、及び精神保健医療福祉の効果的な連携方策の検討に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療法人学術会 木村病院 理事長

(氏名・フリガナ) 木村 大・キムラ ヒロシ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター 千葉大学大学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 30 日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

国立研究開発法人  
機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に関する実態把握、及び精神保健医療福祉の効果的な連携方策の検討に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 地域精神保健・法制度研究部 ・ 臨床援助技術研究室長  
(氏名・フリガナ) 佐藤 さやか ・ サトウ サヤカ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 30 日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

国立研究開発法人  
機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 精神科医療機関における包括的支援マネジメントの普及に関する実態把握、及び精神保健医療福祉の効果的な連携方策の検討に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部長  
(氏名・フリガナ) 藤井 千代・フジイ チヨ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター 千葉大学大学院	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。