

# 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。

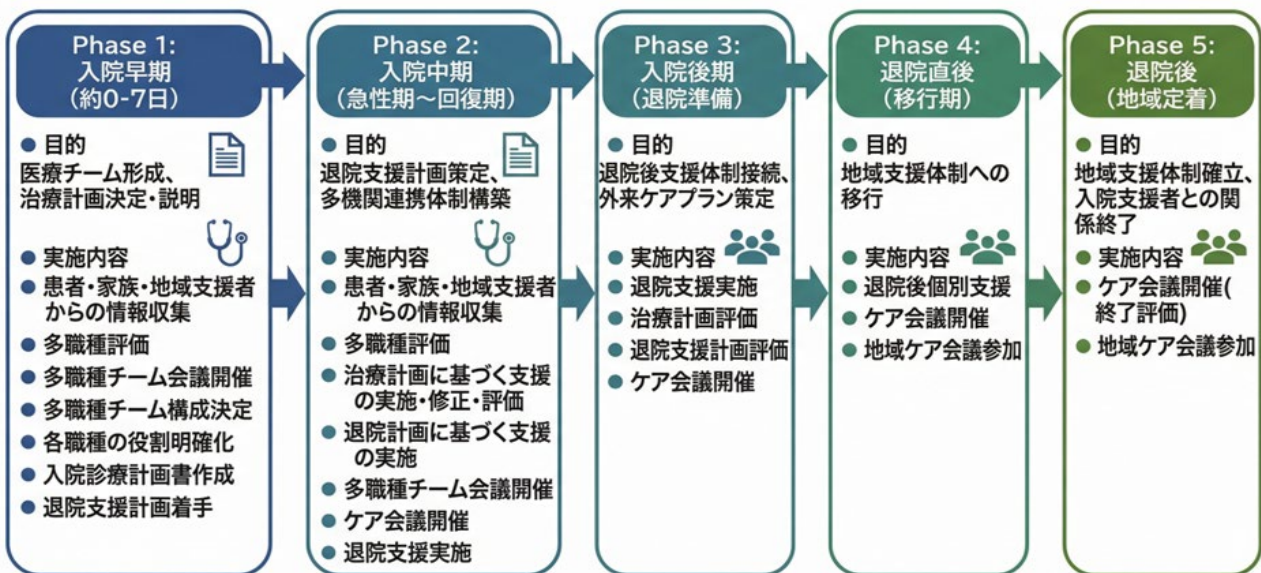


図1 入院中の支援・流れ

### 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）。

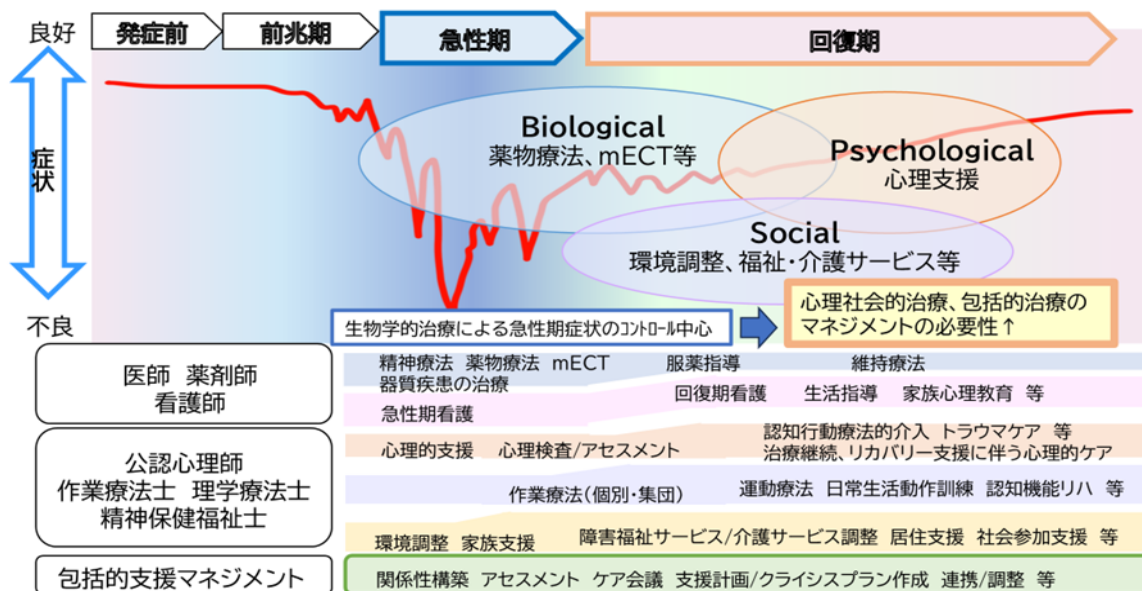


図2 精神疾患の経過と入院による治療内容（イメージ）

（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。

その時々々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同時に、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。

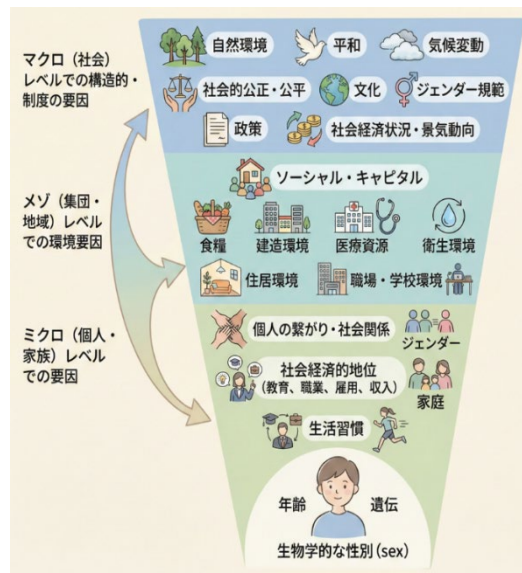


図4 健康の社会決定要因

### 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、医師が一方向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

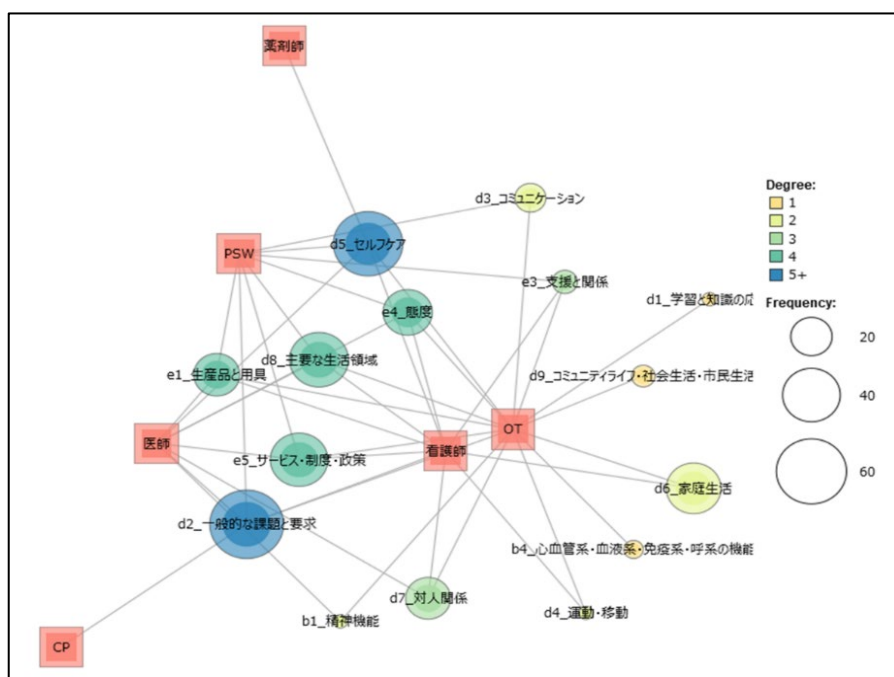
公認心理師は、心理学に関する専門的知識および技術を用いて、心理検査や心理アセスメントを行い、本人の心理的特性や状態を理解し、支援につなげる役割を担います。心理検査、面接、行動観察等を通じて、本人の認知機能、感情の特性、対人関係のあり方、ストレス対処の傾向などを多面的に把握することが求められます。心理検査は、診断や評価そのもののみを目的とするものではなく、本人の体験や生活状況と結びつけて解釈し、本人が自身の状態を理解しやすい形でフィードバックすることが必要になります。

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。

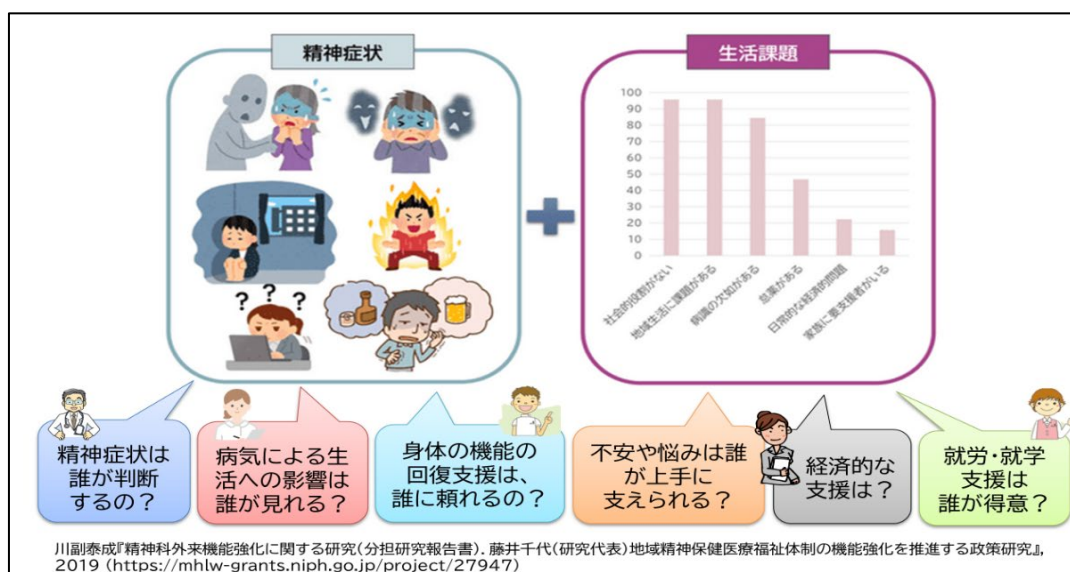


図6 多職種の必要性の考え方

#### 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

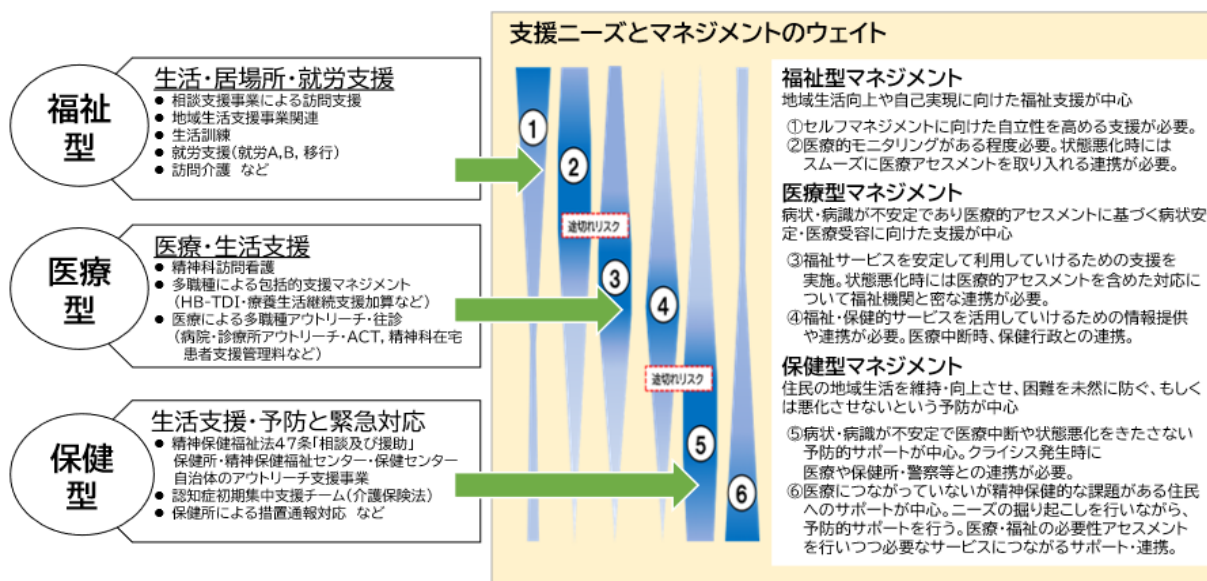
タイプ	例示
<b>課題主導型</b> 主要課題を重視	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 治療的安定→医師がリーダーシップ</li> <li>● 生活の安定→看護師</li> <li>● 住まいや制度の工夫→精神保健福祉士</li> <li>● 生活機能・活動の再構築→作業療法士 など</li> </ul>
<b>関係主導型</b> 本人との関係性を重視	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 本人が本音で話せる人</li> <li>● 安心感を提供できる関係性を持っている人 など</li> </ul>
<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。

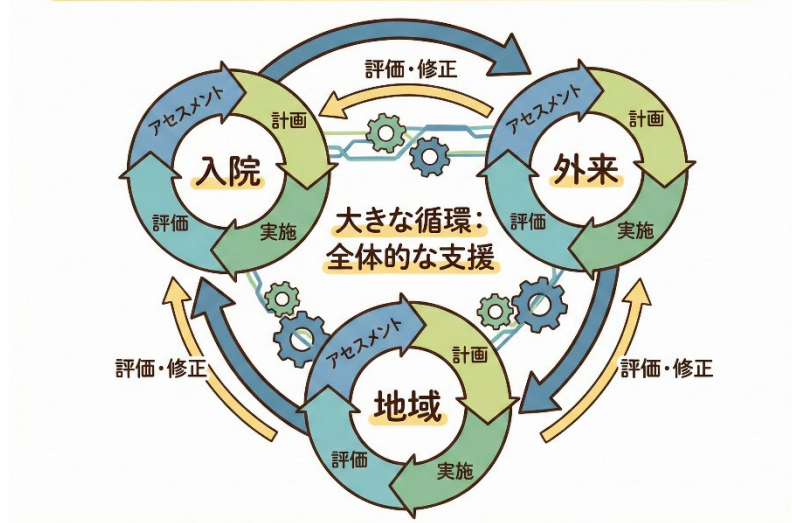
会議は、「なぜこのタイミングで会議が必要なのか」「どのような課題を共有し、何を決定するのか」「誰と誰が話し合うことが必要なのか」などを考えたうえで開催されることが重要です。目的や論点を整理することにより、本人にとって意味のある合意が形成され、具体的な支援へとつなぐ場になるだけでなく、支援者の過度な負担を減らすことができます。会議の質は、事前の準備と意図の明確さによって高めることができます。

## 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（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 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

---