

厚生労働科学研究費補助金
障害者政策総合研究事業

児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究

令和7年度 総合研究報告書

研究代表者 宇佐美 政英

令和8（2025）年3月

目 次

I. 総括研究報告

- 児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究 ----- 1
宇佐美政英
(資料) 児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル (MENTOR)
(資料) 児童・思春期精神医療 多職種連携推進マニュアル 手引きと Q&A

II. 分担研究報告

1. 児童・思春期精神科入院治療における多職種の診療実態調査に関する研究 ----- 156
原田 謙
2. 専門病棟をもつ拠点病院としての地域連携に関する研究 ----- 163
大重耕三
3. 児童精神科診療所における多職種の業務の実態-多職種連携マニュアル作成 ----- 173
奥野正景
4. 児童・思春期精神科入院治療における多職種の診療実態調査に関する研究 ---- 191
田崎 (板垣) 琴瑛
5. 多職種による児童・思春期精神科入院治療の有効性に関する調査 ----- 202
山本啓太

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 210

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

児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究
総括研究報告書

主任研究者：宇佐美政英（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

研究協力者：水本有紀（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

稲崎久美（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

箱島有輝（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

山本啓太（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

板垣琴瑛（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

高橋萌々香（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

松堂美紀（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

市川万由奈（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

橋本彩加（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

酒匂雄貴（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

松土晴奈（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

馬 敏宰（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

河野悠介（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

東野有依（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

大橋睦巳（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

草西俊（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

加藤伸忠（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

牧山龍和（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

研究要旨

本研究は、児童・思春期精神医療における多職種連携の質の向上と標準化を目的に、3 年計画で外来・入院・地域移行の各フェーズにおける連携の実態と課題を調査してきた。最終年度である令和 7 年度は、これまでの調査結果を統合し、全国の医療機関で応用可能な実践的指針「児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル」を完成させた。

本年度の詳細な調査により、臨床現場の構造的な変化と課題が明確に可視化された。奥野班による診療所調査では、診療報酬改定が牽引力となり、公認心理師などのコメディカル配置が前年と比較して大幅に増加している実態が確認された。原田班は入院プログ

ラムにおいて職種別の担当制を導入した結果、各専門性の発揮とチームの一体感醸成というメリットが得られた一方で、担当外プログラムの情報共有不足という新たな課題を抽出した。山本班は退院患者と保護者に対する質的評価調査を実施し、子ども本人が日常的活動を重視するのに対し、保護者は医療的コミュニケーションを最重要視するというニーズの明確な非対称性を実証した。大重班は全国の児童福祉司への大規模調査を通じて、約 68%が精神科医療機関との連携に困難を感じており、とりわけアセスメントの相違に起因するコミュニケーション不全が深刻であることを明らかにした。これらの実証データに基づき、板垣班は理念編・職種別業務・連携カンファレンス・緊急時対応から構成されるマニュアルを策定し、実装基盤を構築した。

分担研究者

- 原田 謙（長野県立こころの医療センター駒ヶ根 子どものこころ診療センター）
- 大重 耕三（岡山県精神科医療センター）
- 奥野 正景（三国丘病院、三国丘こころのクリニック）
- 田崎（板垣）琴瑛（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター 心理指導室）
- 山本 啓太（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター ソーシャルワーク室）

A. 研究目的

不登校の児童生徒や若年層の自殺増加といった深刻な社会問題に対し、児童・思春期精神医療へのニーズは急速に高まっているが、専門医等の医療資源の絶対的な不足と偏在が初診待機の長期化などのボトルネックを引き起こしている。この課題を克服するためには、医師への過度な業務集中を防ぎ、公認心理師、精神保健福祉士、看護師、作業療法士などの多職種が各々の専門性を発揮して協働するチーム医療の推進が

不可欠である。令和 7 年度は 3 年計画の最終段階として、現場の実態を反映した連携マニュアルの完成と、各専門職の役割の最終的な効果検証を目的とした。各分担研究班は、本年度において以下の具体的な目的を設定した。

- 原田班は、入院プログラムにおける多職種の業務重複を解消するため、職種ごとの担当制を導入したことによる臨床的效果と、現場スタッフが感じるメリット・デメリットを検証することを目的とした。
- 大重班は、これまでの調査で浮き彫りとなった「児童相談所との連携の困難さ」の背景を探るため、児童相談所の実務者である児童福祉司の視点から、精神科医療機関との連携における具体的な課題を抽出することを目的とした。
- 奥野班は、令和 6 年度の診療報酬改定で新設された「児童思春期支援指導加算」などの影響を踏まえ、診療所における多職種配置の経年変化と業務の実態を明らかにすることを目的とした。山本班は、多職種による入院治療の有効性について、退院患者およびその家族からの評価データを蓄積し、総合的

な満足度を決定づける要因について統計的に解明することを目的とした。

- 板垣班（主任研究班）は、これら全班の成果と全国施設からのフィードバックを統合し、全国の医療機関で応用可能な「多職種連携の推進マニュアル（MENTOR）」の完成版を策定し、実装基盤を整えることを目的とした。

B. 研究方法

本研究は、国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センターを中心とし、全国児童青年精神科医療施設協議会（全児協）および日本児童青年精神科・診療所連絡協議会の協力を得て実施された。各分担研究班の手法は以下の通りである。

- 奥野班（診療所における多職種の業務の変化に関する調査）：日本児童青年精神科・診療所連絡協議会のメーリングリストを通じ、会員施設の代表者や担当者を対象としたアンケート調査を実施した。調査は Excel ファイルに直接記入しメールで返送する形式を採り、2026 年 2 月に実施された。対象期間は 2025 年 11 月 1 日から 30 日までの 1 か月間とし、各種診療報酬加算の算定状況、初診・再診患者の年齢構成、多職種の配置人数、他機関との連携状況、およびアウトリーチの実施実態について定量的なデータを収集した。さらに、2024 年 11 月に実施した前年度調査との比較分析を行い、制度改定がもたらした経年変化を抽出した。
- 原田班（入院プログラムにおける職種別担当制の効果検証）：長野県立こ

ころの医療センター駒ヶ根の児童病棟において、各専門職が担当するプログラムを絞り込んだ新たな運用体制（月曜：心理プログラム、火曜：アクティビティ、水曜：男女別集団療法、木曜：作業療法、金曜：運動）の導入効果を検証するための単施設前後比較調査を実施した。2025 年 1 月に、病棟に勤務する各専門職（医師 1 名、看護師 3 名、公認心理師 1 名、精神保健福祉士 1 名、作業療法士 1 名、計 7 名）を対象にアンケート調査を行い、プログラム改変が治療に役立っているかの評価と、各職種がプログラムを担当することのメリットおよびデメリットについて定性的な回答を収集した。

- 大重班（児童相談所実務者からみた地域連携に関する調査）：全国の児童相談所 242 施設に所属し、相談業務に携わる児童福祉司を対象とした全国規模のアンケート調査を実施した。調査は令和 7 年 12 月から令和 8 年 1 月にかけて行われ、アンケートの依頼文と Google フォームへのアクセス用 QR コードを各児童相談所へ郵送する形式をとった。精神科医療機関との連携において感じる困難さを 5 段階で評価させ、困難を感じると回答した層に対しては、その具体的な理由（コミュニケーション不全の要因や医療資源の不足など）を選択式および自由記述形式で深掘りした。また、困難を感じていない層に対しては、連携を円滑にするための工夫や取り組みについて自由記述を求めた。

- 山本班（当事者および保護者による入院治療の有効性調査）：全国児童青年精神科医療施設協議会に参加する専門施設を退院した児童本人およびその保護者を対象に、Microsoft Forms を利用した多施設共同オンライン調査を実施した。国立国際医療研究センター倫理委員会の承認後から 2026 年 3 月までの期間でデータを収集し、入院理由、治療内容の有効性（5 段階評価）、担当職種別の有効性（5 段階評価）、および総合満足度（10 段階評価）について調査した。得られた 78 名の有効回答に対し、総合満足度と各評価項目の関連を明らかにするため、スピアマンの順位相関係数（ r ）を用いたノンパラメトリックな統計解析を実施した。
- 板垣班（多職種連携推進マニュアルの作成と実装準備）：これら 4 つの分担研究班から得られた定量・定性データ、および既存の文献レビューを統合し、マニュアル「MENTOR」の最終案を策定するコンセンサス形成研究を実施した。令和 7 年度内に計 3 回の研究班会議（2025 年 5 月、10 月、2026 年 1 月）を開催し、対象職種の確定、診療報酬制度との関係整理、地域連携と院内連携の定義の明確化を行った。Word 版および Notion 形式で公開したドラフト案に対し、全児協および JaSCAP-C 会員施設からのフィードバックを収集し、章構成と記述内容の最終調整を行った。さらに、現場での実装を促進するため、Web 公開の整備を行った。

C. 研究結果

1. 入院プログラムの職種別担当制の導入効果（原田班）

各専門職が特定の曜日・プログラムを主担当する運用へ改変した結果、専門性の発揮と構造的課題が抽出された。

- 月曜日の心理プログラムは、公認心理師が主担当を務めており、スタッフ評価は「少し役立っている」であった。アンガーマネジメント等の学びが、病棟内で子どもと接する際の共通理解・共通言語として機能していることが示された。
- 火曜日のアクティビティは、心理師・精神保健福祉士（PSW）・作業療法士（OT）が主担当となっており、評価は「変わらない」であった。ただし、作業療法士の提案により新たに導入した『目標・感想用紙』が、普段関わりの少ない他職種にとっても児童の思いを拾い上げる重要な『情報共有の工夫』として機能していることが確認された。
- 水曜日の男女別集団療法は、医師および看護師が主担当を務めているが、評価は「少し役立っている」と「あまり役立っていない」に二分された。消極的な児童の対人関係の変化やリーダーシップの観察に極めて有効である一方で、集団運営にかかる職員の疲労感・負担感が指摘された。
- 木曜日の作業療法は、作業療法士が主担当であり、評価は「変わらない」であった。しかしながら、言語表現が苦手な児童にとって、創作等の活動が自

己表現や自己効力感の獲得手段として重要であることが再確認された。

- 金曜日の運動は、看護師および PSW が主担当を務めており、「かなり役立っている」等の高い評価を得た。閉鎖病棟という制限された環境下において、中庭での活動が確実なストレス発散に寄与し、自然な関わりを通じた信頼関係構築にも役立っていた。

総じて、担当制の導入は「専門性の発揮」「業務の見通しの立ちやすさ」「チームの一体感醸成」という明確なメリットをもたらした。一方で、「担当外のプログラムの実際の様子が把握しづらい（情報のサイロ化）」ことや、「固定スケジュールによる代替要員確保の負担」といったデメリットが表面化し、多職種間の情報共有システムの再構築が求められる結果となった。

2. 児童福祉司からみた医療機関連携の障壁（大重班）

全国の児童福祉司 641 名からの回答により、福祉と医療の間に横たわる深刻なコミュニケーション不全の構造が浮き彫りとなった。精神科医療機関との連携において、全体の約 68%（435 件）が「困難さが、少しある」または「困難さが、強い」と回答した。

困難の理由として、「入院治療の受け入れ相談が円滑にできない（217 件）」「児童相談所側の意向や福祉の方針が医療側に伝わらない（215 件）」が双壁をなした。自由記述の定性分析からは、以下の本質的な課題が抽出された。

- アセスメントと介入方針の乖離：自傷や他害などの症状に対し福祉側が医療介入（入院）を求めても、医療側が「精神疾患ではなく養育環境の問題であるため福祉施設で対応すべき」と判断し、入院を拒否される事例が多発している。
- 医療機関からの実情に合わない要求：深刻なケースの入院相談時に「退院後の確実な受け入れ先施設の確保」を条件とされるなど、緊急対応時には不可能な調整を求められることへの疲弊が指摘された。
- 医療資源の絶対的不足：初診予約が数か月待ちである実態や、夜間休日の児童救急応需体制の不備により、医療的保護が必要な重症児童を福祉職が無理に一時保護所で処遇せざるを得ない「支援難民」の発生がリアルに活写された。
- 実情に合わない要求と同意権のトラブル：入院相談時に『退院後の確実な受け入れ先施設の確保』を条件とされるなど、緊急時には不可能な調整を求められることへの疲弊が指摘された。また、虐待事例における医療保護入院に際し、保護者（虐待親）の同意が得られないことへの理解が医療側から得られず、トラブルになる事案が多数報告された。
- 意思決定プロセスの違い：医療現場は『医師の意見が絶対（トップダウン）』であるのに対し、児童相談所は『協議で方針を決める（合議制）』という組織プロセスの違いが、迅速な意見交換と連携を難しくしている。

3. 診療所における多職種配置の拡大と加算の影響（奥野班）

2025 年 11 月の診療実績調査（14 機関回答）において、診療報酬改定の強力なインセンティブ効果が確認された。

加算算定の推移：2024 年調査と比較可能な 13 機関において、「児童思春期支援指導加算（注 10）」の算定機関が 6 機関から 10 機関へと大幅に増加した。一方、「児童思春期精神科専門管理加算（注 4）」の算定機関は 5 機関で維持された。多職種配置の状況：公認心理師の配置が 1 機関あたり常勤 2.5 名、非常勤 0.9 名となり、前年調査から著しい増加を示した。初診患者の年齢構成：全機関平均で初診 28.9 名中、16 歳未満が 63%（18.3 名）を占めた。とりわけ「注 4」を算定している 5 機関では、初診の 88.3%（平均 33.2 名）が 16 歳未満に集中しており、より低年齢の精神科診療に特化している実態が裏付けられた。

他機関連携への関与：福祉機関（児童相談所 92.9%、児童養護施設 85.7%）や教育機関（小学校・中学校 85.7%）との広範な連携が行われており、これらの実務において精神保健福祉士（78.6%～64.3%）や公認心理師（71.4%～64.3%）が極めて高い割合で関与していることが明らかとなった。また、地域へのアウトリーチ機能として、半数（50.0%）の機関が精神科訪問看護指導を実施し、うち 78.6%が外部の訪問看護ステーションへ指示書を発行している実態が確認された。臨床的傾向としては、不登校の受診者が中学生にとどまら

ず、小学校低学年でも増加していると過半数の施設が回答した。

4. 当事者・保護者による満足度決定要因の差異（山本班）

当事者・保護者による満足度を決定づける要因について、児童本人と保護者の間で構造的な違いがあることが示された。

児童本人の総合満足度と強く相関した項目は、最も強いものから順に「病棟レクリエーション」（ $r = 0.700, p < 0.001$ ）、「教師の関わり」（ $r = 0.475, p = 0.022$ ）、「院内学級の利用」（ $r = 0.426, p = 0.038$ ）であり、これらは統計学的に有意な正の相関を示した。次いで、「作業療法」（ $r = 0.385, p = 0.082$ ）、「看護師との関わり」（ $r = 0.312, p = 0.154$ ）、「主治医との関わり」（ $r = 0.278, p = 0.201$ ）の順となったが、これらは統計的な有意水準には達しなかった。

一方、保護者の総合満足度と強く相関した項目は、最も強いものから順に「主治医との関わり」（ $r = 0.521, p < 0.001$ ）、「看護師との関わり」（ $r = 0.488, p < 0.001$ ）、「病棟レクリエーション」（ $r = 0.461, p = 0.001$ ）、「教師の関わり」（ $r = 0.443, p = 0.003$ ）、「心理士との関わり」（ $r = 0.343, p = 0.026$ ）、「ソーシャルワーカーとの関わり」（ $r = 0.335, p = 0.043$ ）であり、上位 6 項目のすべてにおいて統計学的に有意な正の相関が認められた。これらの結果から、児童本人は入院環境下における「日常の活動性（病棟レクリエーション）」や「学習の継続（院内学級や教師の関わり）」を重視して治療環境を評価する傾向が極めて強いことが示され

た。対照的に保護者は、それらに加えて「主治医や看護師との緊密なコミュニケーション（医療的安心感）」を最も重視しており、さらに教師、心理士、ソーシャルワーカーの関わりも満足度に有意なプラスの影響を与えていることが判明した。

5. 多職種連携推進マニュアル

「MENTOR」の完成（板垣班）

これら3年間の実証データと臨床現場からのフィードバックを統合し、最終版マニュアル「MENTOR」を策定した。本マニュアルは「理念編」「職種別コアアクション・チェックリスト」「連携カンファレンス・実施プロトコル」「緊急時対応と倫理的配慮」の4章構成である。研究班会議を経た議論において、全国の施設間の規模や機能格差に配慮し、基本の5職種（医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士）だけでなく、新たに『保育士』および『院内学級教員』をマニュアルの対象職種に追加・拡張した。特に「連携カンファレンス・実施プロトコル」では、目的と参加メンバーを明確に規定した。

会議体名称	開催タイミング	必須参加メンバー
初診カンファレンス	初診後速やかに	医師、心理師、精神保健福祉士、看護師

会議体名称	開催タイミング	必須参加メンバー	コアアクション
定期・病棟カンファレンス	週1回以上開催	医師、看護師、心理師、精神保健福祉士、作業療法士	治療計画の進捗の再評価、の柔軟な更新
迅速多職種カンファレンス	虐待、自傷等リスク発生時即時	参加可能な職種	定期会議を待たず。15～30分以内で安全確保、通断決断
地域連携会議	長期的支援方針の決定時	精神保健福祉士、関係機関、医師等	児相、学校、福祉と一堂に会し、を支える支援方

また、診療報酬の点数や具体的な算定要件は改定で頻繁に変動するため、マニュアル本文にはあえて記載せず別添に整理すること

とで、長期的な実用性を担保する設計判断を付した。また、目的はインターネットを通じて現場で即時活用できる体制を整え

た。多面的な初期評価の共有。最優介入課題の同定。職種間役割分担調査・分析は、日本の児童・思春期精神医療における多職種連携の現在地を科学的に評価し、経験則に依存していた「連携」という概念を、実証的デー

タに基づく「機能的システム」へと昇華させるための重要な知見を示した。

1. 診療報酬改定による政策誘導の実効性と制度的課題

奥野班のデータが示す通り、診療報酬における評価（児童思春期支援指導加算等）は、医療機関の人的投資（公認心理師の常勤化等）を強力に牽引するインセンティブとして極めて有効に機能している。これは、適切な行政的・政策的評価がチーム医療のインフラ整備を促すという好例である。しかし同時に、施設基準（16歳未満の診療が50%以上）の厳格さが、結果的に医療機関に低年齢層への特化を強いる構造を生み出しており、トランジション期（16歳以上）の思春期患者が適切な専門医療にアクセスしづらくなる可能性が示唆された。さらに、初診患者の多くが16歳未満であっても、継続的な治療により全体の約3分の2が『1年以上通院』している実態が判明した。これにより、通院1年未満を対象とする加算（注3）の算定割合が極端に低くなっており、専門的リソースを投下し続ける診療所の採算性を圧迫している点も、制度設計上の重い課題として提起される。

長期通院患者に対する加算の算定制限は、専門的リソースを投下し続ける医療機関の経営的側面において課題を残しており、継続的な制度設計の議論が求められる。

2. 専門性と情報分断化の課題

原田班の単施設検証は、多職種連携における「職種別担当制」が、各専門職のポテンシャルを最大化し、かつ業務効率を向上さ

せる上で有効であった。しかし、システムを分割したことで発生した「自分が担当しないプログラムの情報が入りにくい」という情報の分断化は、チーム医療において警戒すべきリスクである。これは、業務の分業化を進める際には、それを統合するための強力かつ高頻度な情報共有プラットフォーム（カンファレンスの動的活用等）をセットで導入しなければ、かえって患者の全体像を見失うという原則を示している。

3. 当事者および保護者間における治療ニーズの乖離と多職種包括的アプローチの妥当性

山本班の統計解析が示した「本人と保護者で満足度を規定する要因が相違する」という結果は、児童・思春期精神医療における臨床的かつ構造的な課題を如実に表している。児童本人の回復プロセスにおいて、実際のQOLを向上させる因子は「病棟レクリエーション」や「院内学級」といった日常的活動の保障であった。一方で、保護者の不安を取り除き、家族機能を支援するためには、医師や看護師との医学的コミュニケーションと、ソーシャルワーカー等の福祉的調整が不可欠であった。

なお、児童本人の解析において心理士や作業療法士等の職種が有意差を示さなかったのは、サンプルサイズの制約によるものであり、決してこれらの職種の必要性を否定するものではない。心理・福祉的介入は、退院後の環境調整や内省の促進といった治療基盤を構築する『縁の下の力持ち』の役割を担っている。特定の職種単独ではこの複合的な二重のニーズを満たすことは不可

能であり、全職種による包括的かつフルスペックの支援が不可欠であるという山本班の結論は、チーム医療の重要性を強力に裏付けている。

4. 精神科医療機関と児童福祉機関における組織間連携の課題

大重班の調査によって定量化された、約68%の児童福祉司が精神科医療機関との連携に困難を感じているという事実は、極めて深刻な課題である。この不協和音の本質は、両機関が依拠するパラダイムの相違にある。医療側が「疾患の治療と退院後の環境調整」という医学的パラダイムに基づき対応を求めるのに対し、児童相談所側は「目の危機からの保護」という児童福祉的パラダイムに基づき医療的介入（入院等）を要請する。この目的と見立ての根本的なズレが、相互不信や連携の停滞を生んでいる。これを打開するためには、相互の法制度的限界や役割の違いを平時から共有し合う、構造的かつ継続的なコミュニケーションの場（地域連携会議等）の構築が急務である。

5. 実証的データに基づく多職種連携推進マニュアルの実装意義と展望

板垣班が完成させた「MENTOR」は、これらの構造的課題に対する総合的な実践指針である。とりわけ、急性期の危機に対して即時開催する「迅速多職種カンファレンス」の規定は、情報の分断を防ぎ、チームの俊敏性を高める極めて実効性の高いプロトコルである。また、変動する診療報酬要件を本文から切り離し、汎用的な理念と手順に特化した設計は、マニュアルの陳

腐化を防ぎ、地域差の大きい全国の施設に適用可能なツールとしての価値を担保している。

E. 結論

最終年度を通じて、日本の児童・思春期精神医療における多職種連携の定量的な実態、当事者の質的ニーズ、ならびに外部機関連携における構造的な障壁が可視化された。

これらのエビデンスを統合し策定された「児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル（MENTOR）」は、各専門職の役割を最適化し、定期的なカンファレンスを通じて職種間および機関間の認識のズレを解消し、患者本人・家族・地域社会をシームレスにつなぐための標準的かつ柔軟な実践指針である。今後は、本研究で構築されたショート動画等のマルチメディア教材と連動させながら、本マニュアルを全国の臨床現場や研修プログラムへと広く実装していくことが最大の課題となる。本成果が、我が国の児童・思春期精神医療の質を飛躍的に向上させ、多職種協働の基盤整備に資する実効性ある社会資源となることを確信する

F. 研究発表

1. 論文発表（令和7年度）

- Usami M, Ito M, Sasaki Y, et al. Rising cognitive behavioral therapy claims among Japanese youth despite population decline: A retrospective study using the National Database of Health Insurance Claims (FY 2014–2022). Glob Health Med.

- 2025;7(4):286–293. doi:
10.35772/ghm.2025.01073
- Usami M, Sasaki Y, Ishida M, et al.
Does the Japanese insurance system increase outpatient psychiatric treatment for children and adolescents? PCN Rep. 2025;4(2):e70131. doi: 10.1002/pcn5.70131
 - Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, et al.
Regional disparities in Japanese children's mental health profession shortage areas. PCN Rep. 2025;4(2):e70107. doi: 10.1002/pcn5.70107
 - Usami M et al. Identifying hub functions and collaboration patterns in hikikomori support networks: A nationwide cross-sectional study. PCN Reports. doi: 10.1002/pcn5.70311
 - Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, et al.
Time-of-day differences in daily functioning in children with obsessive-compulsive disorder. Sci Rep. 2026;16(1):7252. doi: 10.1038/s41598-026-37027-7
 - Usami M, Mizumoto Y, Itagaki K, et al.
From silos to synergy: trainee responses to multidisciplinary training in child and adolescent psychiatry. Front Psychiatry. 2025;16:1679862. doi: 10.3389/fpsy.2025.1679862
 - Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, et al.
Shifting strains: Parenting daily burden in girls with eating disorders—Assessed via the Questionnaire-Children with Difficulties. PCN Rep. 2025;4(3):e70180. doi: 10.1002/pcn5.70180
 - Sasaki Y, Usami M, Hakosima Y, et al.
Preliminary Findings on School Refusal Outcomes in Children and Adolescents Following 1-Year Psychiatric Outpatient Treatment. Early Intervention in Psychiatry. In Production. doi: 10.1111/eip.70156
 - Ishida M, Sasaki Y, Usami M, et al.
Increased suicide-related behaviors, challenging behaviors, and anxiety symptoms in elementary and junior high school students after the COVID-19 pandemic. PCN Rep. 2025;4(4):e70263. doi: 10.1002/pcn5.70263
 - Tsujii N, Kihara H, Hiraiwa A, et al.
Increased use of attention-deficit/hyperactivity disorder drugs among children and adolescents with suicidal ideation: A real-world registry study in Japan. PCN Rep. 2025;4(3):e70170. doi: 10.1002/pcn5.70170
 - Sasaki Y, Usami M, Hakoshima Y, et al.
Clinical Characteristics of Missed Child-to-Parent Violence (CPV) in Child and Adolescent Psychiatric Patients: A Case-Control Study. Child Psychiatry Hum Dev. 2025. doi: 10.1007/s10578-025-01888-2
 - Ono M, Harada I, Itagaki K, Usami M.
Comprehensive multidisciplinary approach in the long-term

hospitalization of a child with OCD and ASD: Emphasizing nursing practice. GHM Open. 2025;5(1):62–66. doi: 10.35772/ghmo.2023.01019

- Shibuya F, Usami M, Santillan MD, et al. Comparative study on school-based mental health literacy in three Asian countries. Trop Med Health. 2025;53(1):86. doi: 10.1186/s41182-025-00697-6
- 馬 敏宰、宇佐美 政英「中学生の気分症」精神科治療学 40 巻 11 号 特集「中学生を診よう—一般精神科医における中学生診療の基礎知識—」(2025 年 11 月発行)
- 稲崎久美、宇佐美 政英「いじめと不登校：対人関係の困難さと家族相互作用」臨床精神医学 2025
- 奥野正景：三国丘病院の過去から未来—子どもから大人まで— 特集 小規模精神科病院の課題と未来図. 日精協誌, 44 (3) : 35-39, 2025 .

2. 学会発表（令和 7 年度）

- 宇佐美政英：「児童・思春期精神医療における多職種連携」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 教育講演 6, 2025 年 11 月 13-15 日.
- 宇佐美政英、川原一洋、二宮宗三、吉村裕太、木原弘晶、原田謙、山本啓太：「児童精神科医療と地域資源 — 地域資源としてのカウンセリングルーム」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 シンポジウム, 2025 年 11 月 13-15 日.
- 箱島有輝、橋本彩加、板垣琴瑛、山本啓太、稲崎久美、水本有紀、宇佐美政英：「国府台医療センター児童精神科の入院治療について」児童青年精神医学会 シンポジウム「児童精神科病棟運用に関する現状と課題」
- 箱島有輝、山本啓太、橋本彩加、板垣琴瑛、稲崎久美、水本有紀、宇佐美政英：「ベンチコートの奥に思いを秘めた男児の治療経過について」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 一般口演 18 その他 1 (O18-1), 2025 年 11 月 13 日
- 酒匂雄貴、橋本彩加、板垣琴瑛、山本啓太、稲崎久美、水本有紀、宇佐美政英：「長期に不登校であった中学 3 年生男児の任意入院の治療経過」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 一般口演 17 不登校 1 (O17-1), 2025 年 11 月 13 日
- 河野悠介他：「病棟を逃げだした自閉スペクトラム症男児が『男』になるまでの入院経過」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 一般口演 10 自閉スペクトラム症 1 (O10-3), 2025 年 11 月 13 日
- 大橋睦巳、宇佐美政英、箱島有輝、稲崎久美、水本有紀：「重症トゥレット症候群の小学生女児の入院経過」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 一般口演 24 トウレット症候群 2 (O24-2), 2025 年 11 月 13 日
- 馬敏宰、橋本彩加、板垣琴瑛、山本啓太、稲崎久美、水本有紀、宇佐美政英：「逆境の生育環境で挫折や社会的孤立を背景に、行動化を繰り返した自

閉スペクトラム症女児の入院治療」 なし

第 66 回日本児童青年精神医学会総会
一般口演 12 自閉スペクトラム症 3
(O12-5), 2025 年 11 月 13 日

- 伊藤佑美、佐々木祥乃、宇佐美政英、
稲崎久美、箱島有輝、水本有紀、伊藤
正哉、辻井農亜、三上克央「初診後 1
年以内に診断が変更された児童精神科
患者の臨床的特徴について－症例対照
研究－」 第 66 回日本児童青年精神医
学会総会 ポスター8 児童精神科臨床 1
(P8-5), 2025 年 11 月 13 日
- 五十嵐知子、平岩明子、金子直史、立
花春子、高崎麻美、水本有紀、稲崎久
美、箱島有輝、板垣琴瑛、山本啓太、
木原弘晶、宇佐美政英、辻井農亜「児
童思春期の自閉スペクトラム症児にお
ける抑うつ状態－DSRS-C を用いて
－」 第 66 回日本児童青年精神医学会
総会 ポスター16 自閉スペクトラム症
2 (P16-2), 2025 年 11 月 13 日
- 奥野正景：「低学年における不登校の
初期サインと対応 - 複数ケースから見
る課題と経過」 日本児童青年精神
科・診療所連絡協議会 研修会 講演,
2025 年 11 月 15 日 .
- 村嶋隼人, 奥野正景他：Wechsler 検
査とスクリーニング検査の関連の検討
第 65 回日本児童青年精神医学会総会
ポスター発表, 2025 年 11 月 14 日 .
- 奥野正景：一般講演 2 『不登校に対す
るクリニックでの対応の現状』 京都
児童精神医学研究会（第 22 回）,
2025 年 5 月 17 日 .

G. 知的財産権の出願・登録状況

MENTOR

児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル

Multidisciplinary Engagement and Networking To

Optimize Relationships in Child and Adolescent Psychiatry



厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

「児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究」（23GC1013）

目次

このマニュアルを手にするすべての人たちに	1
理念 (Philosophy)	2
ビジョン (Vision)	2
ミッション (Mission)	2
序章	3
1. 児童・思春期精神医療における多職種連携	4
2. マニュアルの目的	5
3. マニュアルの対象	7
4. マニュアルの運用方法と倫理的配慮	8
多職種の共通理解と相互理解	10
1. 児童・思春期精神医療とは	11
2. 児童・思春期精神医療の流れ	12
3. 児童・思春期精神医療における多職種チームの構成	13
4. 各職種の主な業務	15
5. 児童精神科医の業務内容とその役割	17
6. 看護師の業務内容とその役割	21
7. 公認心理師の業務内容とその役割	25
8. 精神保健福祉士の業務内容とその役割	30
9. 作業療法士の業務内容とその役割	35

10. その他の専門職（保育士、栄養士など）の業務内容とその役割	39
11. 院内学級教員の業務内容とその役割（オプション）	42
実践編	44
1. 児童・思春期精神医療の治療の流れ	45
2. クリニック／外来における多職種連携	50
3. 入院における多職種連携	52
4. 医療機関における多職種連携会議の実施	55
地域における多職種連携	59
1. 地域連携の理念	60
2. 地域連携における精神保健福祉士の役割	61
3. 精神保健福祉士を中心とした地域連携の流れ	62
4. 入院施設を有する精神科医療機関と精神科クリニックの役割	66
5. 児童・思春期精神医療における地域連携の枠組み	69
多職種連携の課題と人材育成	71
1. 多職種連携の課題	72
2. シラバスを活用した人材育成	74
3. 現場での実践的トレーニング	76
4. 児童・思春期精神医療における精神保健福祉士の育成	77
ケーススタディ	79
1. 【症例 A】 クリニック／外来治療	79

2. 【症例 B】 入院治療	82
用語解説・別紙資料.....	87
1. 用語解説.....	87
2. カンファレンス実施チェックリスト（別紙 1）	93
3. 症例提示フォーマット（別紙 2）	95

このマニュアルを手にするすべての人たちに



理念 (Philosophy)

児童・思春期精神医療の現場は、子ども一人ひとりの“育ち”と“今”に向き合い、その“未来”をともに育む場である。地域の医療・福祉・教育の知見を結集したケアを多職種で実現することを理念とする。



ビジョン (Vision)

すべての子どもが、自分らしく成長できる社会を支援すること。多職種が連携し合うことで、子どもの発達とこころの健康を地域全体で支えること。



ミッション (Mission)

質の高い医療の提供、多職種連携の推進、地域連携ネットワークの構築。医療・教育・福祉機関と協働し、継続的支援を保证する。

理念（PHILOSOPHY）

児童・思春期精神医療の現場は、子ども一人ひとりの“育ち”と“今”に向き合い、

その“未来”をともに育む場である。

私たちは、地域の医療・福祉・教育の知見を結集したケアを多職種で実現することを理念とする。

ビジョン（VISION）

・すべての子どもが、自分らしく成長できる社会を支援する

・多職種が連携し、子どもの発達とこころの健康を地域全体で支える

ミッション（MISSION）

質の高い医療を提供する

エビデンスに基づく医療・心理・福祉サービスを一体的に実践し、子どもの安心と信頼を築く

多職種連携を推進する

医師・看護師・公認心理師・精神保健福祉士・教員など、

病院内外すべての専門職が互いの役割を理解し、相互に機能するプログラムを策定・実施する

地域連携ネットワークの構築

保護者だけでなく、医療・教育・福祉機関などの地域の専門機関と協働し、

地域での生活においても継続的支援を保証するネットワークを運営する

序章

序章：マニュアルの目的

<要約>

子どもの様々な精神症状や問題行動だけに目を奪われず、その背景にある育ちと子どもの心理社会的な要因や生物学的特徴を多職種で理解すべきである。子どもたちへの支援には多職種による定期的な評価と支援が必須となる。本マニュアルは、児童・思春期精神医療において各専門職が連携しながら子どもたちに最適なケアと成長支援を提供するための指針を提供するものである。

包括的な治療の提供（解説より）

子どもたちが抱える精神的な問題は、身体的、社会的、心理的な要素が複雑に絡み合っているため、医師だけでなく多職種による評価と支援が必須である。看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、栄養士、保育士といった各専門職がそれぞれの専門性を活かしながら協力することが、包括的な治療の提供には欠かせない。

緊急事態への早期介入と長期支援の必要性

特に、自殺リスクや摂食障害といった命に関わる緊急事態に対しては、早期介入と専門職間の迅速な情報共有を行う必要がある。また、発達障害や不登校といった長期的な支援が必要な問題に対しても、学校や地域との連携が必須であり、医療機関だけでなく地域社会全体での協力を得なければならない。

マニュアルの対象・運用方法と倫理的配慮

マニュアルの対象

対象医療機関: 児童・思春期専門の精神医療機関、新規参入予定機関、および一部で児童・思春期の子どもを診療している成人精神医療機関を対象とする。

対象職種: 医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、栄養士、保育士などの専門職を対象とする。多職種連携の推進による包括的な児童・思春期医療の提供を目的とする。

運用方法と倫理的配慮

包括的指針: 多職種チームで外来診療から入院治療、退院後のフォローアップまで、多職種連携による包括的な治療指針を立案する。

プライバシー保護: 多職種チームで子どものプライバシー保護と守秘義務を重視しつつ、関係機関との適切な情報共有の方法を決定する。

治療計画: 主治医は子どもと保護者と一緒に、医療スタッフにとっても実践的で明確な治療計画を立てる。

1. 児童・思春期精神医療における多職種連携

児童・思春期精神医療における多職種連携は、効果的な治療を実現するための根幹である。第一に、危機介入の場面では、緊急対応の導線と役割分担を明確にし、情報共有を迅速に行う必要がある。第二に、退院・復学・在宅支援を見据え、医療と福祉・教育・地域資源を結び直す地域連携が要となる。第三に、これらを継続可能にするため、人材育成とチームの学習の仕組みを整える。医療機関と地域社会が一体となって取り組む必要がある。

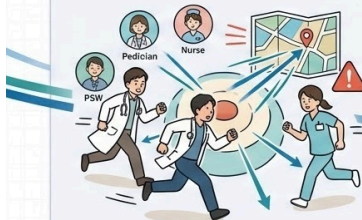
どの職種も同じ方向を向いたワンチームとして子どもに安心と安全を提供し、地域と一緒に支援していくことこそ、医療機関だけでなく子どもに関わる全ての大人たちが大切にしていくべき理念である。

多職種連携の3つの柱

「子どもに安心・安全を」地域とともに支援するワンチーム

1. 危機介入時の対応強化

- ・緊急時の導線と役割分担の明確化
- ・迅速な情報共有の仕組み
- ・多職種による緊急時アセスメント



2. 地域連携によるシームレスな移行

- ・退院、復学、在宅支援を見据える
- ・医療・福祉・教育・地域資源の再統合
- ・個別支援計画の策定



3. 持続可能なチーム学習

- ・人材育成プログラムの実施
- ・チーム全体の学習・振り返り
- ・実践に基づいた知見の共有



2. マニュアルの目的

<要約>

- 子どもの様々な精神症状や問題行動だけに目を奪われず、その背景にある育ちと子どもの心理社会的な要因や生物学的特徴を多職種で理解すべきである。
- 子どもたちへの支援には多職種による定期的な評価と支援が必須となる。
- 本マニュアルは、児童・思春期精神医療において各専門職が連携しながら子どもたちに最適なケアと成長支援を提供するための指針を提供するものである。

<解説>

児童・思春期精神医療において、多職種連携は効果的な治療を実現するために重要な役割を果たす。子どもたちが抱える精神的な問題は、身体的、社会的、心理的な要素が複雑に絡み合っているため、医師だけでなく多職種による評価と支援が必須である。看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、栄養士、保育士といった各専門職がそれぞれの専門性を活かしながら協力することが、包括的な治療の提供には欠かせない。例えば、摂食障害の子どもには、医師が身体的な治療を行いながら、看護師が日常のケアを提供し、公認心理師が心理療法を実施する。また、精神保健福祉士が連携を図り、社会的な支援を調整することで、子どもの回復に向けて最適な環境を整えることができる。こうした多職種連携は、より良い治療に直結し、子どもたちが健全に成長できるようサポートするために必須である。さらに、児童・思春期精神医療に関わる医療機関は、教育や保健・福祉、家庭との相互の連携をスムーズに行える体制が求められている。こうした体制が整うことで、子どもたちの健全な成長を支えることができ、社会的な適応も促進される。

本マニュアルは、児童・思春期精神医療における多職種連携の具体的な実践方法を示し、各専門職が連携しながら子どもたちに最適なケアを提供するための指針を提供するものである。この背景には、児童・思春期精神医療の現場において、多様な問題に対処するために多職種が協力しなければならないという認識が広まっていることがある。特に、自殺リスクや摂食障害といった命に関わる緊急事態に対しては、早期介入と専門職間の迅速な情報共有を行う必要がある。また、発達障害や不登校といった長期的な支援が必要な問題に対しても、学校や地域との連携が必須であり、医療機関だけでなく地域社会全体での協力を得なければならない。

3. マニュアルの対象

<要約>

- 児童・思春期専門の精神医療機関、新規参入予定機関、および一部で児童・思春期の子どもを診療している成人精神医療機関を対象とする。
- 対象職種：医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、栄養士、保育士などの専門職を対象とする。
- 多職種連携の推進による包括的な児童・思春期医療の提供を目的とする。

<解説>

本マニュアルは、児童・思春期精神医療における多職種連携を推進するための指針であり、以下の医療機関および職種を対象とする。まず、児童・思春期に特化した精神科病院および外来を有する児童精神科専門機関では、既に多職種連携を実施しているため、さらなる実践強化に役立つことが期待される。次に、今後、児童・思春期精神医療に専門的に取り組むことを予定している医療機関も対象とする。これにより、新たに児童・思春期医療を開始する際に、本マニュアルを通じて効果的な多職種連携体制を構築することが可能である。また、通常は成人精神科の診療を主として行いながら、一部で児童・思春期の子どもを診療している医療機関も含める。成人診療の経験を活かしつつ、児童・思春期の子どもへの対応を強化するための参考資料として、本マニュアルを活用できる。

実際にマニュアルにかかわる職種として、医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、栄養士、保育士、教員など、児童・思春期の子どもに関わる多様な職種を対象とする。各専門職がそれぞれの

役割を理解し、多職種が協力して最適な医療を提供するための指針として、本マニュアルは幅広く活用されることが期待される。これにより、児童・思春期の子どもに対して適切かつ包括的な医療が提供されることを目指すものである。

4. マニュアルの運用方法と倫理的配慮

<要約>

- 多職種チームで外来診療から入院治療、退院後のフォローアップまで、多職種連携による包括的な治療指針を立案する。
- 多職種チームで子どものプライバシー保護と守秘義務を重視しつつ、関係機関との適切な情報共有の方法を決定する。
- 主治医は子どもと保護者と一緒に、医療スタッフにとっても実践的で明確な治療計画を立てる。

<解説>

本マニュアルは、児童・思春期精神医療に携わるすべての職種を対象にしており、外来診療から入院治療、退院後のフォローアップに至るまで、各職種がどのように連携して治療を進めるべきかを解説する。また、地域の保健機関（保健所、地域保健センター）／教育機関（学校、教育委員会）／福祉機関（児童相談所、福祉事務所）との連携についても具体的な手順を示し、地域全体で子どもたちを支えるための包括的なガイドラインを提供することを目的としている。

児童・思春期精神医療において、倫理的な配慮と守秘義務の遵守は非常に重要である。子どもたちは成長過程にあり、そのプライバシーや権利を保護することは当然である。治療においては、子ども本人や家族の意向を尊重しながら、慎重に進めていく必要がある。また、情報共有に際しては、子どもや家族の同意を得た上で、必要な情報を関係機関と適切に共有する。特に、保健機関／教育機関／福祉機関との連携においては、守秘義務を遵守しながらも、子どもたちの最善の利益に基づいた情報共有が必要である。本マニュアルでは、守秘義務を尊重しながら、多職種が連携して治療を進めるための具体的な指針を示している。

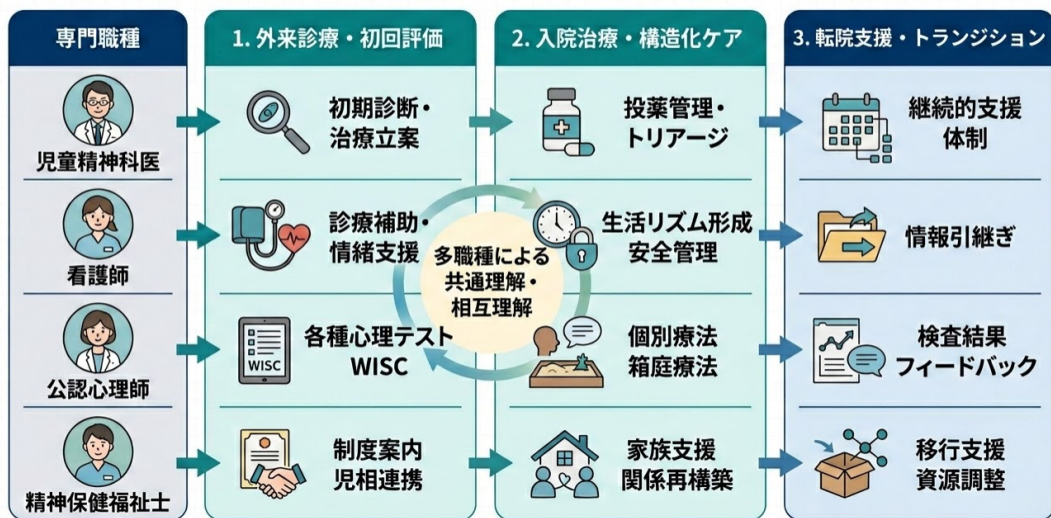
このマニュアルは、現場で実際に活用できる実践的な内容を提供し、多職種が協力して効果的な治療を行うための基盤を整えるものである。医療機関のスタッフが日々の業務の中で利用しやすいように、明確でわかりやすい形で治療プロセスや支援の流れを説明する。

多職種の共通理解と相互理解

児童・思春期精神医療における多職種による共通理解／相互理解は、効果的な治療を実現するための根幹である。

この図は、児童・思春期精神医療における多職種連携の具体的な役割分担と診療プロセスを示す。初診・転院支援、外来診療、入院診療の3つの段階で、それぞれの職種が果たす役割がある。

児童・思春期精神医療 多職種連携の具体的な役割分担と診療プロセス



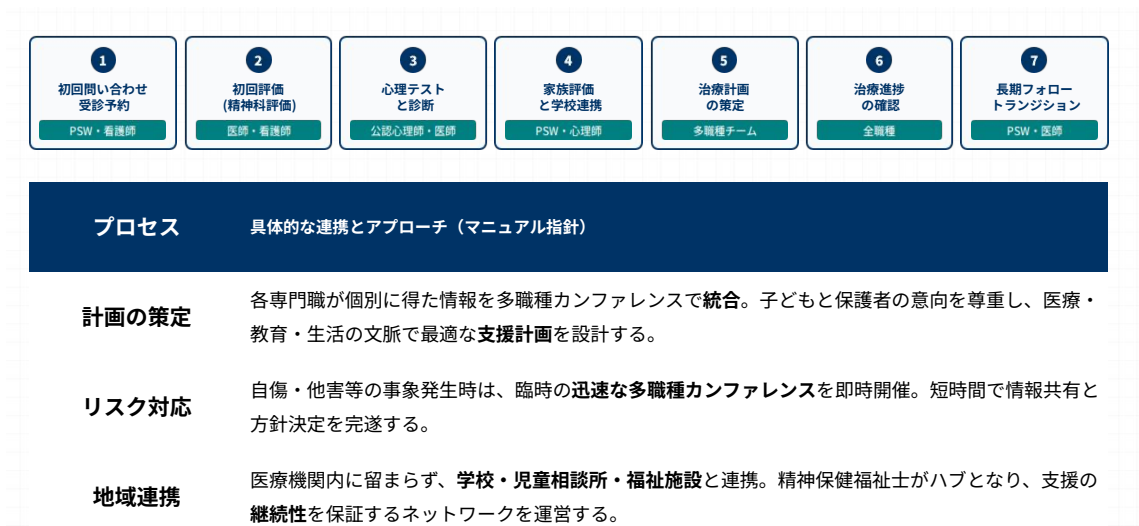
1. 児童・思春期精神医療とは

児童・思春期精神医療では、発達障害や不登校、摂食障害など多様な症状の背景を、複数職種で分担して評価・対応する必要がある。実際に家庭環境や学校生活、地域資源の状況と密接に関連しており、医師・看護師・公認心理師・精神保健福祉士・作業療法士・教員など各専門職によって専門的視点から得られる情報を統合することが不可欠である。

外来では、初診時における発達歴・行動観察・家族機能評価を共有し、定期的な多職種カンファレンスで治療方針や支援計画を協議する。通院ごとの面接や検査結果をもとに、学校・家庭との連携窓口を担いながら、継続的なモニタリングと早期の介入を実践する。必要に応じて原籍校のスクールカウンセラーや児童相談所とも連絡を取り、必要時には訪問支援や電話によるフォローアップを行う体制を整える。

一方、入院治療では 24 時間体制の観察・ケアを通じて生活リズムの再構築を図る。集団認知行動療法やプレイセラピー、ソーシャルスキルトレーニングなど多様なプログラムを、公認心理師らが中心となってチームで運営する。家族面談や退院後支援会議を定期的に行い、環境調整や支援ネットワークの構築を行うことで、退院後のスムーズな移行を支援する体制を精神保健福祉士とともに整備していく作業を行う。これら一連の取り組みによって、退院後の子どもが社会生活に適応し、自律的に成長を続ける基盤が築かれる。

2. 児童・思春期精神医療の流れ



多職種連携を推進していくために、各職種・もしくは各機関による評価を包括的に理解し、多職種で共有することが必須である。そのため、各ケースにおいて、評価と支援プロセス、および支援の定期的な評価が必要である（詳細は実践編）。

1. 初回問い合わせ／受診予約
2. 初回評価（精神科評価）
3. 心理テストと診断
4. 家族評価と学校連携
5. 治療計画の策定
6. 治療進捗の確認
7. 長期フォローアップおよびトランジション

これらのステップは、子どもが適切な治療を受け、社会生活に適応できるようにするために重要である。各ステップは、子どもの個々のニーズに応じてカスタマイズされ、多職種チームによる連携のもとで実施される。

3. 児童・思春期精神医療における多職種チームの構成

<要約>

- 児童・思春期精神医療において、入院治療が可能な医療機関や外来のみの精神科クリニックなどその機能によって、必要となる職種は異なる。
- 児童・思春期精神医療において、児童精神科医、看護師、公認心理師、精神保健福祉士は必須となる職種である。
- 入院治療や精神科デイケア、作業療法など医療機関ごとの特色によって、様々な職種の参加も随時検討するべきである。

<診療報酬に基づく児童・思春期精神医療に必要な職種>

1. 外来診療における児童・思春期精神科支援指導加算

- ・ 適切な研修を受けた専任の精神科医 1 名以上
- ・ 専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、公認心理師のいずれか 2 名以上かつ 2 職種以上、うち 1 名は適切な研修を受けていること

2. 外来診療における児童・思春期精神科専門管理加算

- ・ 専任の常勤精神保健指定医が 1 名以上（精神保健指定医に指定されてから 5 年以上にわたって主として 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験）

- ・ 専任の常勤精神科医が 1 名以上（主として 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験 1 年以上を含む精神科の経験 3 年以上）
- ・ 専任の精神保健福祉士又は公認心理師が 1 名以上

3. 児童・思春期精神科入院医療管理料

- ・ 経験を有する常勤の精神科医 2 名以上の配置（精神保健指定医 1 名以上）
- ・ 常勤公認心理師（臨床心理士）1 名以上の配置
- ・ 専従の常勤精神保健福祉士 1 名以上の配置
- ・ 看護師（施設基準に基づく配置）

4. 各職種の主な業務

初診・転院支援、外来診療、入院診療の3つの段階で、それぞれの職種が果たす役割がある。

初診・転院支援

初診では、医師よりも公認心理師、看護師、精神保健福祉士が予診や地域支援機関との連携を担当することが多い。子どもや家族の背景情報を把握し、スムーズな診療開始のために準備を整える。必要に応じて地域の医療機関、小児保健機関と連携し、支援体制を構築する。

外来診療

外来では、医師が診断を行い、治療方針を決定する。公認心理師は心理検査や面接を担当し、子どもの状態や課題を評価する。精神保健福祉士は家族支援や福祉制度の調整、必要に応じた社会的支援を提供する。この段階では、治療計画に基づいたフォローアップを行う。

入院診療

入院中は、多職種が密接に連携して包括的な治療を提供する。医師は診療計画の策定と定期的な見直しを行う。看護師は、日常生活の支援や服薬管理を担当し、安定した環境を提供する。作業療法士は生活技能訓練やリラクゼーションプログラムを通じて、社会復帰を支援する。また、定期的なカンファレンスが行われ、各職種が情報を共有しながら、治療方針を調整する。

これらの流れにより、子どもと家族に適切な医療と支援を提供し、精神的な健康の回復と社会的適応を促進する仕組みが確立されている。この多職種連携の枠組みは、医療の質を高めるとともに、子ども一人ひとりのニーズに応じた柔軟な対応を可能にする。

< 解説 >

児童・思春期精神医療における多職種連携体制は、医療機関の特性や規模によって異なる形態をとる。まず、児童精神科医は診断・治療方針の決定、薬物療法の実施、そして多職種との連携調整において中心的な役割を果たす。看護師は日常的な医療ケアや子どもとその家族との信頼関係構築、生活支援、医療安全管理を担当し、医療チームの要となる。公認心理師は心理アセスメントや心理療法、発達評価、家族支援を実施し、子どもの心理面のケアを専門的に行う。精神保健福祉士は社会資源の活用支援、退院支援、地域連携、家族支援など、社会福祉の専門家としての役割を担う。

入院治療が可能な専門病院では、これらの基本職種に加えて、さらに専門的なスタッフが必要となる。作業療法士は個別・集団作業療法や生活技能訓練、感覚統合療法などを実施し、病棟での生活指導や学習支援、レクリエーション活動を実施する。言語聴覚士は言語発達障害やコミュニケーション障害への専門的介入を行う。保育士は年少児の発達支援や遊戯療法、日常生活援助を担当する。一方、外来診療を中心とする精神科クリニックでは、より小規模なチーム構成となるが、デイケアスタッフによる集団療法や社会生活技能訓練（SST）の実施、公認心理師による個別心理療法やプレイセラピー、精神保健福祉士による福祉サービスの調整や学校連携など、それぞれの専門性を活かした支援が行われる。さらに、医療機関の特色に応じて、専門プログラムの実施に必要な職種を追加することも重要である。例えば、摂食障害治療には栄養士や理学療法士、発達障害支援には特別支援教育の専門家、思春期治療には芸術療法士や音楽療法士など、子どものニーズに応じた専門職の参加が検討される。

このような多職種連携を効果的に機能させるためには、定期的なカンファレンスの実施や情報共有の徹底、職種間の円滑なコミュニケーション、各職種の専門性の理解と尊重、役割分担の明確化が不可欠である。さらに、継続的な専門性の向上や支援効果の検証と改善など、チーム医療の質を高めていく取り組みも重要となる。

5. 児童精神科医の業務内容とその役割

<要約>

- 児童精神科医は、子どもの診断とその治療において中心的な役割を果たす。
- 子どもが成長した姿をイメージしながら多職種による支援を立案する。
- 児童精神科医が薬物療法や入院治療の必要性の是非を決定する。

各職種の業務内容とその役割

 児童精神科医 診断とその治療において中心的な役割を果たす中核的な専門職	≡ 主な業務内容 治療方針の策定、病棟管理、個人精神療法、薬物療法、家族面談、退院支援委員会、関係者会議、ケース・カンファレンスへの参加 🏢 クリニック/外来における業務 初診対応（問診・初期評価）、治療方針の立案と説明（診断、薬物療法の導入と管理）、診察とモニタリング（生活状況、学校適応の定期確認）、多職種連携、地域連携、トリアージ機能（緊急ケースの判断・調整） 🏥 病棟における業務 診断・治療計画（入院時の診断・評価・立案）、診察・観察（病状・治療反応の評価）、家族対応（保護者への病状・見通しの説明）、多職種連携、入退院調整、緊急対応・安全管理（急性増悪時の対応統括）
---	--

<解説>

児童精神科医は、単に治療を提供するだけでなく、家族や学校との連携を通じて子どもたちが治療に適応し、社会生活を送るためのサポートも行う。子どもたちの成長と発達を理解しながら、適切な治療と支援を提供する。

児童精神科医は、子どもの精神医療における中核的な専門職である。その業務は外来診療と入院診療の二つの場面で展開される。外来診療においては、初診時に子どもの精神状態、発達状況、家族背景などを

包括的に評価し、適切な診断と治療方針を決定する。特に重要な役割として、自殺リスクや摂食障害など緊急性の高いケースのトリアージがあり、必要に応じて速やかに入院治療や専門医療機関への紹介を判断する。

【クリニック／外来における業務】

外来診療では、定期的な診察を通じて症状の評価と治療効果の確認を行い、必要に応じて治療方針の修正を行う。薬物療法の必要性を判断し、処方・調整を行うとともに、心理療法や環境調整などの非薬物療法についても、多職種チームの専門性を活かした支援が効果的に提供されるよう指示・調整を行う。また、学校や教育機関、児童相談所など地域の関係機関との連携においても中心的な役割を担い、必要な情報提供や支援方針の調整を行う。

- **初診対応**：問診や家族からの情報収集を通じて、初期評価と必要な他職種介入の判断を行う。
- **治療方針の立案と説明**：疾患の診断、治療内容の提案、薬物療法の導入と管理を行い、保護者と共有する。
- **診察とモニタリング**：症状経過、生活状況、学校適応などを定期的に確認し、必要な調整を行う。
- **多職種連携**：公認心理師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士等と情報を共有し、チームとして一貫性のある支援を行う。
- **地域連携**：学校、福祉機関、児童相談所等との連携に関わる文書作成や情報提供を担う。
- **トリアージ機能**：緊急性の高いケースや他専門機関への紹介を適切に判断・調整する。

【病棟における業務】

入院診療においては、医療チームのリーダーとして、より包括的な役割を担う。入院の判断から入院形態の決定、詳細な症状の評価と治療目標の設定を行い、多職種チームによる治療プログラムを統括する。特に重症例では、身体管理と精神医学的治療を統合した全人的な医療を提供するため、他科との連携も含めた総合的な治療管理を行う。また、定期的な回診や多職種カンファレンスを通じて治療経過を評価し、必要に応じて治療方針の修正を行う。

さらに、入院中の家族支援も重要な責務である。定期的な家族面接を通じて治療経過の説明と今後の見通しについて共有を行い、必要に応じて家族療法やペアレント・トレーニングなども指示する。退院に向けては、段階的な外泊訓練の計画立案や、外来診療チームへの引継ぎ調整など、円滑な地域生活への移行を支援する体制づくりにおいても中心的な役割を果たす。

- **診断・治療計画**：入院時の診断・評価を行い、治療方針・投薬内容・心理支援計画等を立案する。
- **診察・観察**：定期的な診察を通じて、病状や治療反応を評価し、必要に応じて治療内容を修正する。
- **家族対応**：保護者に対して病状・治療方針・見通しを説明し、家庭支援の方向性を共有する。
- **多職種連携**：看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、教員などと綿密に連携し、情報の統合と方針調整を行う。
- **入退院調整**：地域支援機関との調整を含めた入院導入・退院計画の立案を担う。

- **緊急対応・安全管理**：急性増悪時の対応、リスク管理、身体合併症への対応を統括する。

多職種連携における医師の位置づけ

児童精神科医は、医学的診断と治療の中核を担うだけでなく、子どもの発達段階や家庭環境、教育・福祉的背景を総合的に捉えた支援の設計者としての役割を果たす。単に症状の有無を評価するのではなく、「その子らしさ」を理解し、医療・教育・生活の文脈の中で最適な支援の在り方を模索する視点が求められる。

また、診療場面においては、子どもや保護者との信頼関係を土台に、支援の起点としての「語り場」を形成し、子ども自身の選択や意思表示を引き出す役割を担っている。これは、他職種による支援にとっても不可欠な出発点である。多職種連携の場では、医師はチームの方針決定における責任と調整役の双方を担う立場にある。看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、教員などの専門性を統合しながら、それぞれの視点を尊重し、「子どもにとって今、何が必要か」という問いに対して、共有された目的をつくる牽引者として機能する。さらに、教育委員会、福祉事務所、児童相談所などの外部機関との調整においても、医学的立場からの説明責任と方針調整を担い、制度間の橋渡し役としての役割が期待される。とくに虐待対応や長期入院・不登校など、制度の谷間にあるケースにおいては、医師が多職種をつなぐ軸となり、包括的支援体制のハブとしての役割を果たすことが求められる。

このように、児童精神科医は、診断・治療における中心的役割に加えて、発達と環境の調和を目指す支援デザインの中核として、多職種と連携しながら、子どもの最善の利益を実現するために活動している。

なお、虐待事案の発覚や自傷・他害・逸脱行動等の対応を要する事象が発生した場合には、臨時に多職種が迅速に集まり、対応方針を協議・決定する。これを迅速な多職種カンファレンスとして位置づけ、病棟もしくは外来・クリニック全体で共有する。

6. 看護師の業務内容とその役割

<要約>

- 子どもたちが安心して治療を受けられる環境を整える。
- 治療方針の共有や多職種間の情報交換を通じて、包括的な生活支援とケアを提供する。
- 子どもと家族の個別ニーズ（例：不安への対応、食事や睡眠の支援、学校との調整など）に応じた対応を行い、治療の効果を最大化することを支援する。

各職種の業務内容とその役割



看護師

最も子どもと接する時間が長く、多職種の支援を実践の場で「つなぐ」要

③ 主な業務内容

内服を含む日常生活の指導、バイタル測定、採血の実施などの検査関係、身体的検査説明、病棟での集団療法運営、子どもと面談、家族面談、退院支援委員会、関係者会議、ケース・カンファレンス、デイケアへの参加

④ クリニック/外来における業務

継続的な医療と生活支援の橋渡し役、診察の補助・問診・情報共有によるスムーズな診療支援、多職種連携、外部機関との連携、子どもと家族への支援（状態観察、精神的ケア、保護者相談）、記録と情報共有

⑤ 病棟における業務

安全かつ安心して入院生活を送れる日々のケアと環境調整、観察とケア（心身の変化の早期発見）、医療的対応（服薬管理、看護技術の実施）、心理的支援（信頼関係構築）、集団生活支援（生活リズム形成）、多職種連携、危機対応（迅速カンファレンスを基本とした対応）

<解説>

看護師は児童・思春期精神医療の現場で、子どもたちの生活全般を支える中核的な役割を果たしている。

その業務は、身体的なケアから心理的な支援、さらには家族とのコミュニケーションに至るまで多岐にわたる。

安全と信頼の確保は、治療の基盤となる重要な要素である。看護師は子どもたちの不安を和らげるために親身な姿勢で接し、安心感を与える存在となることが求められる。また、治療チームの一員として、多職種間での情報共有や治療計画の実施に深く関与し、子どもたちが最適なケアを受けられるよう調整する。

さらに、看護師は**家族支援**においても重要な役割を担う。家族との定期的な面談を通じて、子どもたちの状態や治療計画を共有し、家庭環境の整備に向けた具体的なアドバイスを行う。特に、退院準備の段階では、外泊訓練や関係機関との連携を通じて、社会復帰への支援を強化する。

デイケアへの参加や集団療法の運営などを通じて、看護師は子どもたちが自己肯定感を高め、社会的スキルを習得する場を提供する。これらの活動を通じて、子どもたちが個々の発達課題に向き合いながら、成長の機会を得られるよう支援することが看護師の使命である。

【クリニック／外来における業務】

クリニック／外来に勤務する看護師は、診療補助に加えて、子どもや保護者の不安に寄り添いながら、**継続的な医療と生活支援の橋渡し役**を担っている。診察前後の様子から得られる些細な変化や家族の声を丁寧に拾い、多職種との連携を通じて適切な対応につなげている。また、初診や急な状態変化への対応においても看護師は重要な観察者であり、**医師や他職種による判断の土台となる情報を提供する役割**を果たしている。さらに、必要に応じて地域の学校や福祉機関との橋渡しも担い、**診療現場と地域支援との接点**としての機能も果たしている。以下の役割を通じて、子どもが安心して医療を受け、家庭や学校での生活がよりよいものとなるよう支援する。

- **医師との連携**：診察の補助、問診、治療方針の共有、情報共有などを通して、スムーズな診療を支援する。
- **多職種との連携**：公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士などと連携し、情報交換や方針検討を行う。

- **外部機関との連携**：学校、児童相談所、保健所などと連携し、情報提供や合同会議等に参加する。
- **子どもと家族への支援**：子どもの状態観察、精神的なケア、日常生活のアドバイスなどを行い、保護者への相談支援も担う。
- **記録と情報共有**：診療記録を通じて他職種と連携し、継続的な支援の基盤を作る。

【病棟における業務】

児童・思春期精神科病棟に勤務する看護師は、子どもが安全かつ安心して入院生活を送れるよう、**日々のケアと環境調整を通じて療養の土台を支える存在**である。身体的な看護のみならず、心理的な安定を促すかわりや、生活リズムの支援、対人関係の調整といった**心理社会的な支援を含めた広範な役割**を担っている。また、看護師は子どもと接する時間が最も長く、**行動観察や心身の変化の早期発見を通じて、医療チーム内の橋渡し役**を果たしている。危機的状況への初期対応、家族支援、集団活動の調整など、病棟における日常の支援を実行する中心的職種である。

なお、虐待事案の発覚や自傷・他害・逸脱行動等のリスク事象が発生した場合には、臨時に多職種が迅速に集まり、対応方針を協議・決定する。これを迅速な多職種カンファレンス（リスクランド）として位置づけ、病棟全体で共有する。

- **観察とケア**：子どもの精神状態や身体的変化を日々観察し、早期対応につなげる。
- **医療的対応**：服薬管理、注射、創傷処置などの看護技術を実施する。
- **心理的支援**：子どもや保護者との信頼関係を築き、情緒的な安定を支援する。

- **集団生活支援**：日課や食事、入浴、就寝などの生活支援を通じて、規則正しい生活リズムの形成を図る。
- **多職種連携**：医師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、教員などと連携し、情報共有やケース・カンファレンスに参加する。
- **危機対応**：自傷・他害・逸脱などのリスクに対して迅速に対応し、事後対応・記録を行う。この対応にあたっては、迅速な多職種カンファレンス（リスクラウンド）を基本とし、関係職種間で即時に情報を共有し、最適な対応方針を決定する。

多職種連携における看護師の位置づけ

看護師は、病棟・外来を問わず、最も子どもと接する時間が長い職種であり、医師や心理職、ソーシャルワーカーなど多職種の支援を「つなぎ」、実践の場で支える要の役割を担う。

日々の観察や子どもとの関係性の中で得られる情報は、治療方針の修正や支援計画の見直しに直結する重要な手がかりとなる。看護師はその気づきを共有し、現場の感覚をチームに持ち込む実践者としての役割を果たしている。

また、子どもが不安や混乱を抱える場面において、最初に対応することが多いのも看護師である。緊急時の判断、他職種へのエスカレーション、日々の情緒支援を通じて、安心できる療養環境を支えている。

このように看護師は、単に医療行為を提供するだけでなく、多職種の支援を現場に橋渡しし、実行性ある支援体制をつくるキーパーソンとしての位置づけを担っている。

7. 公認心理師の業務内容とその役割

<要約>

- 公認心理師は子どもの心理的ケアを担当し、心理アセスメントおよび心理療法を通じて感情や行動の問題解決を支援し、心理的危機の予防と介入において重要な役割を果たす。
- 家族カウンセリングを実施し、家庭内での支援体制構築を支援する。
- 子どもの治療過程において、問題解決への気づきと対処を支援する専門職である。

各職種の業務内容とその役割

 公認心理師 心理的評価・ アセスメントと 心理療法の専門家として 子どもの成長を支援	① 主な業務内容 心理検査、報告書作成、遊戯療法、心理面接、認知行動療法を含む心理的支援方針の立案、病棟での集団療法運営、退院支援委員会、関係者会議、ケース・カンファレンスへの参加 ② クリニック/外来における業務 心理アセスメント(人格またはパーソナリティ等の検査実施)、心理面接・カウンセリング(自己理解の促進)、保護者支援(心理的視点からの支援・助言)、地域連携、多職種連携、トリアージ機能(困りごとや緊急性に応じた見立て) ③ 病棟における業務 直接的支援とチーム医療における調整機能の両面を担う。心理アセスメント、心理面接、心理療法(遊戯療法・CBT等)、保護者支援、多職種連携(ケースカンファレンス参加)、入退院支援(心理的受け入れ・橋渡し)
--	---

<解説>

公認心理師は、子どもの心理的な側面に対するケアを提供する役割を担っている。心理アセスメントや心理療法を通じて、子どもの感情や行動に働きかけ、心理的な問題を解決するためのサポートを行う。特に公認心理師が提供する治療は心理的な危機を回避するために重要である。また、公認心理師は家族とのカウンセリングも行い、家庭内での支援体制を整えるための助言を行う。家族が子どもたちの治療に積極的に関わり、支

援できるようにすることが、治療の成功に必ず求められる。公認心理師は、子どもたちが自分の問題に向き合い、解決の糸口を見つけるための手助けを行う重要な存在である。

児童・思春期精神医療における公認心理師は、外来診療と入院診療の両面で包括的な支援を提供している。外来診療では主にアセスメントと治療的介入の二つの重要な機能を担っている。アセスメントにおいては、WISC-Vなどの知能検査、新版 K 式発達検査、日本版 KABC-II などの発達検査、さらに読み書きに関する検査、描画テストや SCT、P-F スタディなどのパーソナリティ検査、行動観察による心理的評価を実施する。また、家族面接を通じて家族関係のアセスメントや生活環境の評価も行い、子どもを取り巻く環境要因の包括的な把握に努めている。

治療的介入としては、認知行動療法、遊戯療法、箱庭療法などの個別心理療法を提供している。特に発達段階や症状の特性に応じて適切な療法を選択し、継続的な支援を行う。また、保護者に対してはペアレント・トレーニングを実施し、子どもへの適切な関わり方についての具体的な指導や心理教育を行う。さらに、検査結果のフィードバックを通じて、医療者、家族、教育機関との間で支援方針を共有する重要な役割も担っている。

公認心理師は、医師や看護師とは異なる中間的な立場から支援を行うことができ、子どもにとって親しみやすい存在となっている。治療場面では、言語的コミュニケーションだけでなく、遊びや創作活動などの非言語的コミュニケーションを通じて信頼関係を構築する。また、各発達段階に応じた柔軟な関わりを提供することで、子どもの心理的成長と発達を支える重要な役割を果たしている。

【クリニック／外来における業務】

クリニックにおける公認心理師の役割は、大きく二つである。一つは心理検査を含むアセスメントに関すること、二つめは個別・集団での心理療法に関することである。心理検査においては、公認心理師が、医師の指

示で必要な検査の種類を決め、バッテリーを組む。また、アセスメントを行い、報告書を作成する。また、院内の他の職種に、心理的アセスメントの結果や心理検査の見方について説明し共有する。治療に関しても、子どもに対する個別の心理療法や集団心理療法だけでなく、養育者への個別支援やペアレント・トレーニングや家族会などの集団での対応も行う。クリニックにおいては、スタッフの配置が、病院と比較が少ないので、インテーク面接の対応や学校の先生に対する説明など様々な役割を求められる。また、医療機関によっては、精神科デイケア／ショートケアのスタッフ、時には学校や家庭への訪問支援を担うこともある。

- **心理アセスメント**：診断・支援計画策定に資する心理検査（知能・発達・パーソナリティまたは人格など）を実施し、医師・他職種と情報共有する。
- **心理面接・カウンセリング**：子どもの悩みや混乱に寄り添い、自己理解を促す関わりを継続的に行う。
- **保護者支援**：家庭での関わり方や子育てに関する不安に対して、心理的視点から支援を行う。
- **地域連携**：学校、福祉機関、保健センター等との連携を通じて、支援体制の整備を担う。
- **多職種連携**：診察場面への同席やカンファレンス参加を通じて、治療の一貫性を保つ支援を行う。
- **トリアージ機能**：来院時の困りごとや緊急性に応じた見立てと支援方針の整理を担当する。

【病棟における業務】

入院診療においては、直接的支援とチーム医療における調整機能の両面で重要な役割を果たしている。直接的支援としては、定期的な個別心理面接を通じて継続的な心理支援を提供し、子どもの心理状態の把握と介入を行う。また、集団活動療法の企画・実施や、季節の行事、レクリエーション活動への参加を通じて、治療的な関わりを提供している。これらの活動を通じて、子どもの社会性やコミュニケーション能力の向上を支援している。チーム医療においては、多職種カンファレンスに参加し、心理学的な視点からアセスメントや支援

方針について提言を行う。医療者と子どもの橋渡し役として、子どもの心理状態や治療への反応を医療チームに伝え、より効果的な治療展開を支援する。さらに、院内学級の教員との定期的な情報交換を通じて、教育支援にも積極的に関与している。

なお、虐待事案の発覚や自傷・他害・逸脱行動等のリスク事象が発生した場合には、臨時に多職種が迅速に集まり、対応方針を協議・決定する。これを迅速な多職種カンファレンス（リスクランド）として位置づけ、病棟全体で共有する。

- **心理アセスメント**：知能検査、発達検査、人格検査、行動観察等を用いて子どもの特性を把握する。
- **心理面接**：子どもの状態や発達段階に応じて個別面接を実施し、情緒の安定や問題の理解を深める。
- **心理療法**：遊戯療法、認知行動療法、支持的カウンセリング等を用い、内面への働きかけを行う。
- **保護者支援**：保護者面談を通じて、子どもの状態や関わり方について情報提供や助言を行う。
- **多職種連携**：看護師、医師、作業療法士、教員などとともにケース・カンファレンスに参加し、支援方針の共有と調整を行う。

多職種連携における公認心理師の位置づけ

公認心理師は、多職種連携において重要な役割を担っている。診断・治療方針の決定や薬物療法を担う医師、日常生活支援や医療的ケアを行う看護師、社会資源の活用や地域連携を担う精神保健福祉士と密接に協働する。特に心理的評価と支援、発達支援の専門家として、包括的な医療の提供に貢献している。さらに、学校や地域の支援機関との連携においても重要な役割を果たし、子どもの社会適応を促進するた

めの橋渡し役となっている。このような多職種連携により、子どもの認知、情緒、社会性など、全人的な成長と発達を支援する体制が構築されている。

8. 精神保健福祉士の業務内容とその役割

<解説>

- 精神保健福祉士は、精神疾患や発達障害を持つ子どもやその家族に対して、日常生活の支援や社会復帰を促進し、医療、保健福祉、教育の橋渡し役を果たしている。
- 外来・入院治療の場において、精神保健福祉士は、地域の支援機関と連携し、退院後の生活支援や社会的基盤の整備を行い、子どもたちが安心して治療に専念できる環境を提供している。
- 精神保健福祉士は、多職種連携の中核として、医師や看護師、公認心理師と協力し、包括的な支援体制を整備し、子どもたちの社会適応や自立を促進している。

各職種の業務内容とその役割



精神保健福祉士

医療、保健福祉、教育の橋渡し役として多職種連携・地域連携の中核を担う

☞ 主な業務内容

初診・入院時の生活歴聴取、初診予約対応、社会的資源（福祉・教育・行政等）の案内・申請支援、要対協・関係機関会議への参加、退院支援計画の策定、外部連携調整、デイケア・集団療法の支援、包括的対応、権利擁護、資源開拓

🏢 クリニック/外来における業務

初診支援（背景把握・緊急性判断）、相談支援（生活不安、就学等の聞き取り）、制度案内（障害福祉サービス、医療費助成等）、学校連携（就学支援）、地域連携（継続支援体制整備）、転院・他機関紹介、権利擁護、社会資源の開拓

🏥 病棟における業務

入院支援（初期の不安軽減）、家族支援（家庭内課題の整理、生活設計）、ケース調整（児相、教育委員会、市区町村、学校との体制構築・調整）、退院支援委員会等、退院支援（計画立案・実施・居場所調整）、権利擁護、デイケア支援

<解説>

精神保健福祉士は、子どもの社会的な問題に対処し、家庭や地域、学校との連携を図る役割を担っている。特に、家庭内での支援が不十分な場合や、地域社会でのサポートが必要な場合には、精神保健福祉士

が関係機関との調整役を果たす。児童相談所や学校、保健福祉機関との連携を通じて、子どもが安心して生活できる環境を整えることが精神保健福祉士の重要な役割である。また、退院後のフォローアップにおいても、精神保健福祉士は子どもが社会生活にスムーズに戻れるように地域の支援体制を調整し、必要なサポートを提供する。多職種チームの一員として、社会的な支援を提供する役割を担う精神保健福祉士は、子どもの社会復帰を支援するために欠かせない存在である。

精神保健福祉士は、精神疾患や発達障害を抱える子どもやその家族に対し、日常生活の支援や社会復帰の促進を行う専門職である。医療、保健福祉、教育の橋渡し役として、子どもたちの抱える問題を多角的に理解し、解決に向けた支援を提供している。特に児童・思春期精神医療の現場では、多職種連携の中心的存在として、子どもたちの成長を支える重要な役割を担っている。

クリニック／外来における精神保健福祉士は、通院中の子どもとその家族に対して、制度利用の支援や地域連携を通じて、安定した生活と継続的治療を両立できるよう支援する。また、精神保健福祉士は、入院中の子どもとその家族が安心して療養生活を送れるよう、社会的・環境的側面から包括的な支援を行う。

【クリニック／外来における業務】

外来治療では、精神保健福祉士は子どもや家族との相談を通じて、家庭や学校で直面する困難の解決を支援する。例えば、不登校や家庭内の問題などについて、子ども自身の声を尊重しながら一緒に解決の糸口を探る。また、福祉サービスや発達支援センターへの連携を調整し、子どもが地域社会の中で適応できる環境を整える役割も果たしている。家族に対しては、子どもへの適切な接し方やストレス管理について助言を行い、必要な保健福祉サービスの利用を支援することで、家庭全体の支援体制を強化する。外来治療において精神保健福祉士は、地域の教育機関や保健福祉施設と連携しながら、子どもが安心して生活できる社会的な基盤を整備する役割を果たしている。

- **初診支援**：初診予約の受付、問診、生活背景の把握、緊急性の判断を行い、他職種による適切な対応につなげる。
- **相談支援**：診療前後における生活不安、家族関係、就学・就労等の困りごとについて聞き取り、支援方針を整理する。
- **制度案内**：児童福祉法、障害福祉サービス、医療費助成、公的支援制度等に関する情報提供および申請支援を行う。
- **学校連携**：不登校、学習困難、進路選択などの課題に対して、学校や教育委員会と連携し、就学支援を行う。
- **地域連携**：子ども家庭支援センター、福祉事務所、児童相談所、母子保健関係等と連携し、地域での継続的支援体制を整える。
- **転院・他機関紹介**：診療圏外からの紹介や地域の支援機関への案内を行い、必要なサービスにつなぐ。
- **権利擁護・社会資源の開拓**：制度に該当しないケースに対しても、関係機関との協働により柔軟な資源開拓と個別支援を行う。

【病棟における業務】

入院治療では、精神保健福祉士は子どもが安心して治療に専念できるよう、医療スタッフと協力して治療計画を立案する。精神保健福祉士を含む子どもとその保護者に関わるすべてのスタッフは子どもの発達段階に

応じてわかりやすく説明を行い、特に入院したばかりの子どもとその親の不安を和らげる配慮を心がける。また、入院中は集団活動やレクリエーションを通じて子どもの社会性の向上を支援し、日常生活の中で小さな成功体験を提供することで、自己肯定感を育む。さらに、退院後の生活を見据え、学校や地域の支援機関と連携して支援体制を調整する。例えば、学校復帰に向けた準備や、療育施設への紹介、家庭訪問を行いながら、子どもや家族を継続的にサポートする。入院治療の場合は、精神保健福祉士が子どもや家族の不安を受け止め、治療をスムーズに進めるための調整役を果たしている。

なお、虐待事案の発覚や自傷・他害・逸脱行動等のリスク事象が発生した場合には、臨時に多職種が迅速に集まり、対応方針を協議・決定する。これを迅速な多職種カンファレンス（リスクラウンド）として位置づけ、病棟全体で共有する。

- **入院支援**：入院に至る経緯や生活状況を把握し、心理社会的支援を通じて入院初期の不安軽減を図る。
- **家族支援**：保護者との面談を継続的に行い、家庭内課題の整理、関係性の再構築、退院後の生活設計などについて助言・支援を行う。
- **ケース調整**：要保護児童対策地域協議会、児童相談所、福祉事務所、教育委員会、市区町村の関係課（母子保健・障がい・福祉等）、学校・施設等と連携し、支援体制の構築・調整を行う。
- **多職種連携**：医師、看護師、公認心理師、作業療法士、教員などと協働し、ケース・カンファレンスや退院支援委員会などに参加する。
- **退院支援**：医療保護入院者退院支援委員会や外泊訓練、居場所調整、地域サービスへの移行支援を含めた円滑な退院計画を立案・実施する。

- **権利擁護**：子どもや家族の意思を尊重し、強制的・画一的な支援とならぬよう配慮する。
- **デイケア支援**：病棟内のデイケアや集団療法プログラムの運営に参画し、社会性の回復を支援する。

多職種連携における精神保健福祉士の位置づけ

精神保健福祉士は、多職種連携の中核として重要な役割を果たしている。医師や看護師、公認心理師と協力しながら、子どもの治療方針の立案や支援計画の実施を調整し、チーム医療の一員として活動している。また、地域の教育機関や福祉サービスと連携し、子どもの全人的な成長を支援する包括的な体制を整備している。精神保健福祉士は、単に医療現場での支援にとどまらず、地域社会全体での連携を通じて子どもの社会適応や自立を促進するための基盤を築いている。

精神保健福祉士は、子どもたちが自己肯定感を高め、自らの力で困難を乗り越えるための支援を行う。ボードゲームや散歩といった日常的な活動を通じて子どもたちとの信頼関係を築き、小さな成功体験を共有しながら、自己成長を促す。その結果、子どもたちは将来への希望を持ち、自立した生活に向けた第一歩を踏み出すことができる。精神保健福祉士は、子どもや家族にとって「安心して頼れる存在」であり、児童精神医療における欠かせない役割を果たしている。

9. 作業療法士の業務内容とその役割

<要約>

- 作業を通じて対象者の健康と生活基盤を支援する専門職。
- 作業を通じた安心感を得て、入院では生活リズムや社会復帰を支援する。
- 多職種内での情報共有と計画提案を担い、対象者を一貫して支援する存在である。

各職種の業務内容とその役割

 作業療法士 「作業」を通じ、 健康と生活基盤 社会適応を支援	≡ 主な業務内容 子どもとの面談や家族への支援を実施、デイケアの運営やプログラムへの参加を通じた支援、病棟活動：病棟内での集団療法の企画・運営 🏥 クリニック/外来における業務 通院中の子どもを対象に評価・指導・家族支援・地域支援を実施。評価（発達、認知、運動、社会性、ADLの包括的評価）、個別支援計画の作成、作業活動の提供（遊び、創作活動、グループ活動）、環境調整、家族支援、多職種・地域連携 🏥 病棟における業務 発達支援および行動の安定化を目的とした作業活動を通じたアプローチ。機能評価、個別支援（自己調整力や集中力の向上）、集団活動（対人スキルの育成）、生活指導（安定した病棟生活の構築）、多職種連携
--	--

<解説>

作業療法士は、対象者が健康で幸福な生活を送るために、「作業」という対象者にとって価値のある生活行為を通じた支援を行う専門職である。彼らは医療や福祉の場だけでなく、日常生活のあらゆる場面で対象者が自分らしく生きる力を引き出すことを目的として活動している。その役割は、外来治療と入院治療の双方で重要であり、それぞれの場面において対象者の特性や状況に応じた支援を提供している。

児童・思春期精神科病棟において作業療法士は、入院中の子どもたちの発達支援および行動の安定化を目的とした作業活動を通じて、個別のおよび集団的アプローチを実施する。また、クリニックもしくは外来のみに勤務する作業療法士は、通院中の子どもを対象に、評価・指導・家族支援・地域支援を通じて、継続的かつ多面的な支援を行う。

【病棟における業務】

入院治療においては、作業療法士は入院中の子どもの安定した生活環境の中で、対象者が自分の特性を理解し、適応的な行動を身につけられるよう支援を行う。日常生活のリズムを確立するために、朝の体操や畑作業などの活動を提供するほか、個別および集団療法を通じて、対象者が自らの感情や困難を整理し、前向きな行動を取れるよう支える。また、家庭や学校環境へのアプローチを通じて、退院後もスムーズに社会復帰できるよう準備を整える。入院中の支援では、単なる症状の緩和に留まらず、対象者が自分自身の価値や役割を見出し、将来に向けた希望を持てるような包括的なケアが行われる。

機能評価：感覚統合、認知、運動、情緒、社会性などの多面的な評価を行う。

個別支援：子どもの特性に応じた活動（例：手作業、絵画、音楽活動など）を用い、自己調整力や集中力の向上を図る。

集団活動：ゲームや協同作業等を通じて、対人スキルや役割意識の育成を促す。

生活指導：身辺自立や日課への適応を支援し、安定した病棟生活を構築する。

多職種連携：医師、看護師、公認心理師、教員、精神保健福祉士等と連携し、観察情報や支援方針を共有する。

【クリニック／外来における業務】

外来治療もしくはクリニックにおいて、作業療法士は対象者が作業を通じた安心感を持つことで日常生活を整えられるよう支援を行う。初診時には、感覚特性や身体的・精神的な状態を評価し、対象者に最適な活動を提案する。また、対象者だけでなくその家族への支援も重要な役割の一つであり、面談を通じて家庭環境の調整や日常的な支援方法を提案する。これにより、対象者が日常生活の基盤を整え、自信を持って社会生活を送れるようになることを目指している。

評価：子どもの発達、認知機能、運動機能、社会性、ADL（食事、着替え、排泄等）について、標準化された検査や観察、面接により包括的に評価する。

個別支援計画の作成：評価結果に基づき、明確な目標を設定し、適切な支援方法と活動内容を設計する。

作業活動の提供：遊びや創作活動を通じて、注意力、感覚処理、対人スキル等の向上を図る（手先の訓練、注意集中力を高める活動、社会性を育むグループ活動など）。

環境調整：家庭や学校など子どもの生活環境に対し、構造化、視覚支援、補助具の提案等を行い、過ごしやすい環境を整える。

家族支援：保護者に対し、子どもの特性や接し方、家庭内での具体的な支援方法について助言する。

多職種・地域連携：医師、公認心理師、学校、福祉機関等と連携し、療育支援の一貫性を保つ。

多職種連携における作業療法士の位置づけ

多職種連携の場において、作業療法士はその専門性を活かし、対象者の特性や強みに基づいた活動を提供することで、治療チーム全体の質を向上させている。作業を通じて対象者の自己肯定感を高め、観察結果や評価をもとにチーム内での情報共有や介入計画の提案を行う。また、外来から入院、そして退院後の地域支援までの一貫した支援を担い、対象者と社会とのつながりを再構築する役割を果たしている。作業療法士は、多職種チームの中で対象者に寄り添い、その「やりたいこと」や「必要なこと」を見つけ出し、それを実現するための手助けをする重要な存在である。

10.その他の専門職（保育士、栄養士など）の業務内容とその役割

<要約>

- 保育士は、子どもの「育ち」や「あそび」を通じて発達特性に応じた支援を行い、社会性や適応能力を高める療育を提供する。
- 外来で療育を実施し、入院では生活支援や集団療育を通じて安心できる環境を整え、退院後の生活につなげる。
- 医師や看護師、公認心理師と協働し、療育や観察を治療計画に反映させ、地域や学校との連携で子どもの社会復帰を支援する。

<主な業務内容>

- ・ あそびの提供
- ・ 生活支援
- ・ 集団療育の運営
- ・ 個別療育計画の作成
- ・ 家族支援・家庭訪問
- ・ 地域連携・学校との調整

< 解説 >

保育士は、児童精神科において子どもの発達支援と生活支援を行う専門職である。保育士の役割は、子どもたちの「育ち」や「あそび」を守り、個別の発達特性や課題に合わせた療育を通じて、社会性や適応能力を育むことにある。特に、心理的サポートや集団活動の運営を通じて、子どもたちが閉塞的な生活環境の中でも成長できるよう支援する。また、多職種と連携しチームの一員として治療方針の策定や支援の実施に携わる。

外来では、保育士は主に子どもや保護者との関わりを通じて療育支援を提供する。子どもの発達特性や行動を観察し、適切な支援方法を提案するほか、保護者支援プログラムや家庭訪問を通じて、家庭内での育児課題を軽減するサポートを行う。また、学校や地域の関係機関と連携し、療育の進展を家庭や社会生活へとつなげる役割を果たす。外来での支援は、療育の初期段階でのアセスメントや退院後の継続支援において重要な役割を担っている。

入院中の子どもたちに対して、保育士は日常生活や療育活動を通じて、安心できる環境づくりと発達支援を行う。具体的には、生活支援として食事や排泄、身だしなみの指導を行い、療育活動では集団療育やあそびを通じて社会性や適応行動の向上を目指す。集団療育では、子どもたちに「あそび直し」の機会を提供し、自己肯定感や集団適応力を高めることを目的としている。また、個別療育計画を立て、達成目標に向けた具体的な行動を支援し、子どもの成長を促進する。さらに、家庭や地域への復帰を見据えた退院準備も重要な業務であり、家庭訪問や外泊プログラムを通じて家族支援を行う。

多職種連携における保育士の存在意義

保育士は、医師や看護師、公認心理師、作業療法士など多職種の一員として、子どもたちの成長支援において重要な役割を担う。療育活動や日常生活での観察結果を基に、治療計画の策定に貢献し、他職種と連携して支援の方向性を調整する。また、地域の関係機関や学校との連携を強化し、子どもたちが退院後も円滑に社会生活を送れるよう支援を引き継ぐ。保育士の視点は、あそびや生活を中心とした支援に基づき、多職種チームの中で独自の価値を提供している。

保育士の業務は、子どもたちの「育ち」や「あそび」を守りながら、社会性や適応力を育む療育支援を行うことに重点を置いている。また、多職種との協働を通じて包括的な支援を提供し、子どもたちの健全な成長と社会復帰を促す重要な役割を果たしている。

11. 院内学級教員の業務内容とその役割（オプション）

<要約>

- 子どもの学習保障を基盤とし、入院・通院により生じる学習機会の格差を最小限に抑える役割を担う。
- 子どもの発達段階や特性を踏まえ、学力や学校復帰への不安に対応しながら、個別的・柔軟な教育支援を提供する。
- 医療・福祉と連携し、学習を通じた自己肯定感や生活リズムの回復を促進する。

<主な業務内容>

- 各教科の個別・少人数指導
- 学校からの教材収集および記録の送付
- 生活リズムの回復に向けた指導支援
- 在籍校との連絡および成績報告
- 学校復帰・進路選択支援
- 医療・福祉との連携およびカンファレンス参加
- 教育委員会・学校との合同会議への参加

< 解説 >

教員は、子どもの「学びの場」を保障する専門職であり、病院という医療的環境の中でも、教育の継続性を担保する役割を担う。特に入院中の子どもに対しては、授業を通じて生活の見通しを与え、安心して過ごせる時間を提供する。

教育支援は単なる学習の提供にとどまらず、自己肯定感の向上、社会性の維持、生活リズムの再構築など、多面的な意義を持つ。また、学校や地域と連携し、復学や進学、就学の可否にかかわる支援も重要である。

通院中の子どもに対しては、医療側と教育側をつなぐ支援者として、教育的情報の共有、制度理解の促進、適切な支援機関への橋渡しを行うことで、子どもの教育的権利を守る役割を果たす。

病棟に配置された教員は、院内学級や特別支援学校等の教育機関に所属し、入院中の子どもに対して学習指導を行うとともに、生活全般への支援にも関与する。

- **学習指導**：各教科の授業を実施し、学年や個別の到達度に応じた教材・内容を調整する。
- **個別対応**：体調や精神状態に応じて、出欠・活動内容・課題量などを柔軟に調整する。
- **生活支援**：学習を通じて生活リズムを整え、日課の中で安心して過ごせる環境を支援する。
- **学校連携**：在籍校との連絡・成績報告・復学支援を行い、教育の継続性を確保する。
- **多職種連携**：医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士と連携し、子どもの全体像を共有する。
- **地域移行支援**：退院後の学校復帰や進路選択に向けて、子どもと保護者を支援する。

実践編

児童・思春期精神医療における多職種による効果的な治療の実践を理解する。

実践編：多職種連携による治療の実践

MENTOR MANUAL

外来における多職種連携

外来治療は**地域医療の最前線**を担う、最も基本的な診療形態である。

初診時の印象が継続性に影響するため、**発達段階に配慮**した丁寧な対応と環境整備を行う。多面的な情報収集と**トライアージ**に基づき、継続治療、専門機関への紹介、**入院の必要性**を判断する。

入院における多職種連携

重症例に対する**専門的治療環境**と多様な治療プログラムの提供

生活リズムの確立から個別面接、集団療法まで、**多彩なプログラム**を実施する。**家族支援**と退院後の連携を重視し、長期的な視点での**社会適応**を支援する。

多職種連携会議の実施

一貫性のある支援を提供するため
に必要不可欠な**多職種連携**

情報共有と一貫性：専門性を活かして治療方針を調整し、**最適な支援**を提供。
頻度：外来は初診後3か月以内、入院は週1回以上開催。リスク時は**緊急カンファレンス**を即時開催。

1. 児童・思春期精神医療の治療の流れ

予診・初診・治療開始まで

初回診察を開始する前段階（いわゆる、予診やインテーク）として、多職種連携の視点は重要である。例えば、予診面接を看護師が担当し、生活習慣や養育環境についての詳細な情報を収集したり、必要に応じて公認心理師が発達歴の詳細な聴取を行ったりすることで、より豊かな予備的情報を得ることができる。予診での情報収集項目は、多職種からの意見を反映して設定されている。発達歴、家族歴、生活歴などの基本情報に加えて、各職種が必要とする専門的な情報（例：感覚過敏の有無、学習の特徴、家族の社会資源の利用状況など）についても漏れなく聴取する。これらの情報は、その後の多職種カンファレンスでの検討材料となる。

初診では、子どもの精神的・身体的状態を総合的に評価し、適切な治療方針が決定される。医師は、診断のために問診や心理評価を実施し、必要に応じて公認心理師や精神保健福祉士が家庭環境や学校での状況も含めたアセスメントを行う。自殺リスクや摂食障害などの危機的な状況にある場合、早期に多職種が介入し、緊急対応を実践する。医療チーム全体で子どもに対するケアが適切に行われるように、治療計画が速やかに策定される。このプロセスにおいて、家族との連携も重要である。特に、小さな子どもたちの場合、家族が治療に積極的に関与し、理解を深めることで、家庭内でのサポート体制が整えられ、治療効果が高まる。公認心理師や精神保健福祉士が、家族に対して治療内容や予測される治療経過を丁寧に説明し、適切な協力が得られるように支援する。

児童精神科の初回診察は、医師を中心とした多職種チームによる包括的な支援の出発点として位置づけられる。この重要な機会は、その後の治療方針の決定や多職種連携による支援体制の構築に大きな影響を与える。以下では、多職種連携を視野に入れた初診診察の重要なポイントと予診の意義について詳しく説明する。

診察前の準備段階では、医師は予診情報に加えて、公認心理師による心理検査の必要性や、精神保健福祉士による環境調整の可能性についても検討する。また、看護師による身体測定や生活習慣の評価、作業療法士による感覚統合や運動発達の評価など、多職種からの評価の必要性についても事前に想定しておく。

診察の進め方については、医師が中心となりつつも、必要に応じて多職種の専門性を活かした評価や支援を組み込む。例えば、子どもとの関係構築において、遊戯療法を専門とする公認心理師の関与を検討し、学校との連携が必要な場合は精神保健福祉士の参加を考慮する。また、診察中の子どもと親の様子について、同席する看護師からの観察情報も重要な参考となる。診察に必要な情報においては、多職種それぞれの専門的視点を活かした包括的アプローチを行う。医師は身体疾患や薬物療法の評価を行い、公認心理師は発達検査や知能検査等の必要性を検討する。精神保健福祉士は学校や地域との連携状況を確認し、看護師は日常生活や養育環境についての詳細な情報を収集する。これらの多面的な情報を統合することで、より正確な臨床像の把握が可能となる。

診察における基本的な心構えとして、医師は多職種チームのコーディネーターとしての役割を意識し、各職種の専門性を最大限に活かせるよう配慮する。初診では、医学的評価に加えて心理社会的支援の必要性についても検討し、適切な職種への橋渡しを行う。

このように、初診診察は多職種連携による支援の起点となる重要な機会である。医師は診察を通じて得られた情報を多職種で共有し、それぞれの専門性を活かした支援計画の立案につなげていくべきである。また、定期的な多職種カンファレンスを通じて支援内容を見直し、必要に応じて新たな職種の関与を検討するなど、柔軟で包括的な支援体制を構築していく。このような多職種連携に基づく支援体制は、子どもと家族に対するより効果的で持続的な支援を可能にする。

外来治療でのフォロー

外来治療では、定期的に子どもの精神状態や治療効果を評価し、治療方針の調整が行われる。特に、自殺リスクや摂食障害の子どもに対しては、継続的なフォローアップが欠かせない。定期的な診察やカウンセリングを通じて、子どもの状態をモニタリングし、必要に応じて治療計画の見直しが行われる。多職種チームは、トリアージを通じて子どもの緊急性を判断し、適切な介入を行う。

外来治療では、医師や心理師、看護師が連携し、定期的なカンファレンスを通じて子どもの情報共有を行う。家族の協力も重要であり、治療方針に基づいた家庭でのサポートが適切に行われるよう、精神保健福祉士が家庭と連携して支援を行う。また、学校生活や社会的な適応に関する問題も多いことから、必要に応じて学校や地域の支援機関とも連携しながら治療が進められる。

入院治療

入院治療は、特に緊急的な対応が必要な子どもや、外来治療では十分な改善が見込めない場合に行われる。入院中は、医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、教員などが協力して、包括的なケアを提供する。自殺リスクや摂食障害に加え、家庭環境が不安定な場合や、学校に適応できないケースなども入院の対象となる。

入院中は、24 時間体制での観察とインテンシブなケアが行われる。医師は定期的に子どもの状態を評価し、公認心理師が心理的なサポートを提供する。また、作業療法士は、日常生活に必要なスキルを向上させるためのリハビリを行い、子どもの社会復帰に向けた準備を進める。看護師は、日々のケアを通じて子どもの変化を観察し、必要に応じて医師や公認心理師と連携して治療を進める。

退院が近づく、精神保健福祉士が地域や家庭との連携を強化し、退院後の生活環境が整えられるよう調整する。入院中に得られた情報を基に、退院後のフォローアップ計画が策定され、子どもが社会生活にスムーズに戻れるよう支援が続けられる。

治療の終診に向けた準備

子どもが治療終了に近づいた段階で、終診に向けた準備が開始される。治療の終診を円滑に行うため、精神科医、公認心理師、精神保健福祉士を中心に、子どもと家族に対して終診後の対応や次のステップについての説明を行い、理解を深める。必要に応じて、地域支援機関や成人期を担当する医療機関への紹介が行われる。

成人期へのトランジション

子どもが成年年齢（18 歳）に達する際には、成人精神医療への移行が検討される。成人精神医療への移行を円滑にするため、児童・思春期精神医療から成人精神医療への橋渡しを担う。精神保健福祉士は、子どもや家族と連携し、成人期に対応する医療機関や地域の支援機関への紹介、福祉サービスの利用などの調整を行う。また、移行に際しても多職種チームでのカンファレンスが開催され、継続的な治療方針や社会復帰の支援計画が共有される。成人期へのトランジションでは、地域との連携を強化し、子どもが必要な福祉サービスを継続的に利用できるよう調整する。精神保健福祉士を中心に、自治体や福祉サービス、就労支援機関、教育機関と連携し、子どもの自立を支援するためのプランが立てられる。これにより、子どもが成人期を迎えた後も安定した生活を送ることができる。この期においても、家族との連携は重要である。家族が成人期を迎える子どもをサポートするための方法について理解を深め、治療の終診や成人期の移行に伴う変化に適

応できるよう支援が必要である。家族に対する定期的な面談やカウンセリングを通じて、家族の役割を明確にし、適切な支援体制を整える。

2. クリニック／外来における多職種連携

<要約>

- 外来治療は児童・思春期精神医療の最も基本的な治療形態であり、児童・思春期精神医療の地域医療の最前線を担っている。
- 初診時の印象が治療継続性に影響するため、子どもの年齢や発達段階に配慮した丁寧な対応と環境整備を行う。
- 多面的な情報収集とトリアージに基づき、継続治療、専門医療機関への紹介、入院治療の必要性を判断する。

<解説>

児童・思春期精神医療における外来治療は、医療機関の種別を問わず、子どもたちの精神医療における最も一般的かつ重要な治療形態である。多くのクリニックや精神科入院施設のない病院では、外来診療を中心とした治療を提供しており、地域における児童・思春期精神医療の最前線を担っている。

外来診療では、子どもたちが初めて精神医療と出会う場として、その印象が後の治療継続性に大きく影響する。そのため、子どもの年齢や発達段階に配慮した丁寧な対応と、安心できる診療環境の整備が不可欠である。診察室の雰囲気づくりから、待合室での過ごし方まで、子どもの視点に立った配慮が求められる。外来診療の重要な役割として、適切な診断評価とトリアージがある。初診時には、症状の重症度評価だけでなく、発達歴、家族背景、学校での様子など、多面的な情報収集を行う。その上で、外来での継続治療が適切か、より専門的な医療機関への紹介が必要か、あるいは入院治療を要する可能性があるかを判断する。特に、自

殺リスクや重度の摂食障害などの緊急性の高いケースについては、速やかに専門医療機関と連携を図る必要がある。また、外来診療は地域の関係機関との連携において重要な役割を果たす。学校、教育委員会、児童相談所、保健・福祉機関などと密接に連携し、必要に応じてカンファレンスを開催するなど、包括的な支援体制の構築に寄与する。特に、クリニックや小規模病院では、地域の窓口としての機能を果たすことで、より専門的な医療機関との橋渡し役となることも多い。

継続的な外来治療においては、定期的な診察と評価に加え、必要に応じて心理療法や薬物療法を組み合わせながら、子どもが日常生活を維持できるよう支援する。また、家族支援や環境調整など、子どもを取り巻く環境への介入も重要な要素となる。長期的な経過観察を通じて、成長発達に応じた支援の調整や、二次障害の予防にも努める必要がある。

外来診療において虐待事案の発覚や自傷・他害・逸脱行動等のリスク事象を認めた場合も、病棟と同一原則に基づき、臨時の迅速な多職種カンファレンス（リスクランド）を即時開催し、外来継続／入院導入／関係機関連携の方針を決定する。

3. 入院における多職種連携

<要約>

- 児童・思春期の入院治療は、重症例（自傷他害リスク、重度の摂食障害、深刻な精神症状など）に対する専門的治療環境を提供している。
- 治療は多職種チーム（精神科医、小児科医、看護師、公認心理師など）による包括的なアプローチで、生活リズムの確立から個別面接、集団療法まで、多彩なプログラムを実施している。
- 家族支援と退院後の連携（外来診療チーム、学校、地域支援機関との協力）を重視し、長期的な視点での社会適応を支援している。

<解説>

児童・思春期における入院治療は、重篤な精神疾患や行動の問題を抱える子どもたちのための専門的な治療環境である。この治療環境では、急性期の症状安定化から長期的な発達支援まで、包括的なケアを提供している。入院の対象となるのは、自傷他害のリスクが高い場合、重度の摂食障害による低栄養状態や身体合併症、深刻な精神症状による日常生活の困難さ、深刻な不登校や引きこもり、重度の強迫性障害、発達障害による重度の行動の問題などであり、外来治療で改善が見られない場合や家庭環境の調整が必要な場合にも検討される。また、虐待や家庭内暴力などの環境要因による精神症状の場合も、一時的な保護と治療の場として入院が検討されることがある。

入院形態には医療保護入院や任意入院があり、症状の重症度や子ども・家族の同意能力を考慮して決定される。医療保護入院は、子どもの同意が得られない場合でも、保護者の同意により入院治療を行うことがで

きる形態である。一方、任意入院は子どもの同意に基づく入院形態であり、治療への理解と協力が得られる場合に選択される。入院期間は個々の状況に応じて設定されるが、通常は数週間から数ヶ月程度となる。症状の重症度や治療の進捗状況、家庭環境の調整状況などにより、柔軟に期間を設定している。治療は多職種チームによって提供され、精神科医、小児科医、内科医、看護師、管理栄養士、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、教育専門職が密接に連携している。特に摂食障害の症例では、低栄養状態や電解質異常、循環器系の合併症などに対して、精神科医と身体科医師が協力して厳重な身体管理を行い、看護師による継続的なバイタルサイン測定や体重管理、管理栄養士による栄養評価と食事指導を実施している。

日々の治療プログラムは、生活リズムの確立を基本としながら、個別面接、集団療法、作業療法、学習支援など、多彩な活動で構成されている。朝は定時に起床し、食事、清潔ケア、病棟での活動、学習時間など、構造化された日課を通じて生活リズムを整えていく。摂食障害の子どもに対しては、適切な栄養摂取と運動量の調整、食事場面での支援、体重・食事量・運動量のモニタリングなど、きめ細かな治療的介入を行っている。個別面接では、精神科医による診察や薬物療法の調整、公認心理師によるカウンセリング等の心理療法を実施する。集団療法では、SST やアートセラピー、音楽療法などを通じて、対人関係スキルの向上や感情表現の促進を図る。作業療法では、創作活動や運動プログラムを通じて、集中力や持続力の向上、ストレス対処能力の獲得を支援する。特に重要なのは、単なる症状改善だけでなく、対人関係スキルの向上や感情コントロールの習得、年齢に応じた発達課題への取り組みなど、子どもの成長発達を総合的に支援する点である。

家族支援も治療の重要な要素となっており、定期的な面接を通じて家族関係の調整や退院後の生活環境の整備を行う。家族面接では、子どもの症状や行動の理解を深め、適切な関わり方についての助言を行うとともに、家族自身のストレスケアも重要な要素となる。必要に応じて、家族療法やペアレント・トレーニングなども実施する。特に摂食障害の場合は、家族に対する栄養教育や食事支援の方法についての指導も重要とな

る。退院に向けては段階的な外泊訓練を実施し、外来診療チームや学校、地域の支援機関と連携しながら、スムーズな社会復帰を支援している。外泊訓練では、まず短時間の外出から始め、徐々に外泊時間を延長していく中で、家庭での生活や学校への復帰に向けた課題を確認し、必要な調整を行っている。

このように、児童・思春期の入院治療は医療、心理、教育、保健、福祉の要素を統合した包括的なアプローチを特徴としている。その目標は症状の改善にとどまらず、子どもの健全な発達を支援し、より良い社会適応を実現することにある。24 時間体制での専門的なケアと、多職種による連携した支援により、子どもたちの回復と成長を支える治療環境として機能している。特に重症例では、精神医学的治療と身体医学的管理を統合した全人的な医療を提供することで、安全で効果的な治療を実現している。また、入院治療は危機介入や症状の改善だけでなく、子どもの発達段階に応じた支援を提供し、将来の社会適応に向けた基盤づくりの場としても重要な役割を果たしている。退院後も外来診療や地域支援機関との連携を継続し、長期的な視点での支援を行っている。

4. 医療機関における多職種連携会議の実施

<要約>

- **情報共有と治療方針の一貫性：** 多職種が情報を共有し、専門性を活かして治療方針を調整し、子どもに最適な支援を提供する。
- **開催頻度と参加メンバー：** 外来は初診後 3 か月以内や必要時に、入院は週 1 回以上の会議を開催し、医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士などが参加する。
- **個人情報保護と評価項目：** 共有範囲やセキュリティを徹底しながら、精神的健康、社会的機能、地域支援など多面的に子どもを評価する。

<解説>

目的

多職種連携会議は、児童・思春期精神医療における包括的な治療を実現するために不可欠なプロセスである。この会議では、医療チームの各専門職が集まり、子どもの状態や治療計画について情報を共有し、各職種が持つ専門的視点を活かして、より効果的な治療方針を策定することを目指す。特に、多職種の観点から子どもに対する支援の一貫性と最適化を図るため、正確かつ適切な情報共有が重要となる。

開催頻度

外来治療においては、初診から 3 か月以内に適切な会議を開催することが推奨される。これにより、子どもの治療経過を確認し、必要な支援を調整できる。また、緊急事態が発生した場合や子どもの状態に変化があった際には、臨時の会議を迅速に開催する。

一方で入院治療の場合、最低週 1 回の定期的な会議を行う。これにより、入院中の子どもの状態を継続的に評価し、迅速な対応が可能となる。特に、自殺リスクや摂食障害を持つ子どもに対しては、緊急の対応が必要な場合、即座に会議を開催し対応策を協議する。

なお、定例カンファレンスに加え、虐待歴の発覚や自傷・他害等のリスク事象が発生した場合は臨時の迅速な多職種カンファレンス（リスクラウンド）を即時開催できる体制とする。開催の起案は職種を問わず行えるものとし、短時間での情報共有と方針決定を原則とする。

参加メンバー

多職種連携会議には、以下の専門職が参加することが基本とされる。

- **医師**：子どもの診断と治療方針の策定を行い、治療計画の中心的な役割を担う。
- **看護師**：子どもの日常的な観察結果を提供し、医療チームと連携してケアを行う。
- **公認心理師**：心理的なアセスメントやカウンセリングを担当し、子どもの心理的健康に寄与する。
- **精神保健福祉士**：社会的な支援を提供し、地域機関や家族との連携を図る役割を担う。

（必要に応じて以下の職種も参加）

- **作業療法士**：子どもの日常生活スキルの向上を支援し、治療計画に基づいた活動を実施。
- **管理栄養士**：食事に関する助言をし、子どもの身体的健康を支える。特に摂食障害の子どもへのサポートで重要な支援計画を立案する。
- **保育士**：幼児や低年齢の子どものケアや発達をサポートし、感情的な安定や社会性の発達を促進する役割を担う。

実施手順

1. 会議の準備： 各メンバーは子どもの情報を整理し、観察結果や治療に関する意見を持ち寄る。準備段階で、各職種が収集したデータを正確に把握し、子どもの現状に基づいた議論が行えるよう整える。
2. 情報の共有： 各職種が子どもの状態を報告し、現在の治療計画や問題点について話し合う。特に、緊急の課題に対する対応策を迅速に決定し、全員での共有が不可欠である。また、子どもの治療状況を多職種と効果的に共有するため、適切な文書化や電子カルテの活用も重要となる。
3. 治療計画の見直し： 子どもの状態に基づき、治療計画を見直し、必要な変更を行う。例えば、摂食障害の子どもの場合は栄養士からの具体的な食事管理のアドバイスを含め、治療方針を調整する。
4. 役割の確認： 各職種の役割や責任を明確にし、今後の対応策を確認する。役割の明確化は、治療の効率を高めるだけでなく、チーム全体の信頼関係を深めることにもつながる。

情報共有の重要性と個人情報保護

多職種連携会議において、正確かつタイムリーな情報共有は、子どもに対して最適な治療を提供するために非常に重要である。各職種がそれぞれの専門領域から得た子どもの情報を共有し、包括的な治療を進める。しかし、子どもに関する情報共有を行う際には、個人情報保護の観点も重要である。会議において扱われる情報は、厳格なセキュリティ対策の下で適切に管理されなければならない。個人情報保護法に基づき、子どもや家族のプライバシーを尊重しつつ、必要な範囲で情報共有を行うための以下のポイントが重要となる。

- 情報共有の範囲の明確化： 各職種がどの情報を必要としているかを明確にし、共有範囲を適切に設定する。全ての情報共有を行うのではなく、子どもの治療に必要な情報に限定して適切に管理する。
- セキュリティ対策： 子どもの情報共有を行う際には、パスワード管理やアクセス制限などのセキュリティ対策を強化し、不正なアクセスを防止する。

- 同意の取得： 情報共有に際しては、子ども本人（可能な範囲）および保護者から事前に同意を得ることが必要である。治療に必要な情報がどのように共有されるかを説明し、安心感を与えることが大切である。

評価すべき項目

これらの評価項目は、子どもの状態を多面的に理解し、治療計画を効果的に進めるために不可欠である。多職種が協力してこれらの項目を評価することで、より包括的な治療が可能となる。定期的な評価を通じて、子どもの変化やニーズに柔軟に対応する。

- **精神的健康状態**： 精神症状（不安、抑うつ、強迫症状など）の評価、感情の安定性、精神状態の変化。
- **育ちの評価**： 言語、運動、社会性などの発達段階の評価。
- **社会的機能**： 家庭環境、学校での適応、友人関係、地域での支援の活用。
- **行動の評価**： 日常生活の行動観察、反抗的行動や攻撃性の頻度。
- **治療の受容度**： 治療への意欲、家族の支援ニーズ、心理療法の有効性。
- **地域支援の活用**： 地域リソース（スクールカウンセラー、児童相談所など）の利用状況、地域との連携。

多職種連携会議から期待されること

多職種連携会議は、子どもに対する包括的で効果的な治療を提供するために、重要な役割を果たす。各職種が自らの専門的視点から情報を提供し、意見を交換することで、子どもに対する支援がより個別化され、治療の一貫性が高まる。また、定期的な会議を通じて、チーム全体のコミュニケーションが促進され、子どもに対して最善の治療を提供するための強固な基盤が築かれることが期待される。

地域における多職種連携

児童・思春期精神医療における地域での専門機関を用いた効果的な治療を実践する。



1. 地域連携の理念

<要約>

- 医療機関や学校、福祉機関が連携し、地域全体で支援を提供する体制が必要。
- 精神保健福祉士を中心に情報共有や会議を行い、支援の継続性を確保する。
- 地域の支援体制強化が、退院後の子どもたちの回復と成長を支える。

<解説>

児童・思春期精神医療においては、地域全体で子どもたちを支える支援体制の強化が求められている。医療機関、学校、保健・福祉機関、療育機関、児童相談所といった関係機関が連携し、地域全体で子どもたちに対するサポートを提供できる体制を整える。地域支援体制の強化においては、精神保健福祉士を中心に、定期的な情報共有や連携会議を行うことが効果的である。地域での支援が途切れることなく提供されることで、子どもたちは家庭や学校、地域社会の中で安心して成長し、治療を続けることができる。特に、退院後のフォローアップにおいては、地域全体での支援体制が整っていることが、子どもたちの長期的な回復に大きく寄与する。

精神保健福祉士は、地域支援体制を強化するために、医療機関と地域の各機関との橋渡し役を果たし、子どもたちにとって最適な支援が提供されるように調整を行う。これにより、地域全体での支援が途切れることなく行われ、治療の継続性が保たれる。

2. 地域連携における精神保健福祉士の役割

<要約>

- 医療、教育、福祉をつなぎ、子どもへの包括的支援を調整する。
- 学校と医療機関を結び、教育現場での支援をサポートする。
- 家庭や地域の課題に応じて適切な支援をコーディネートする。

<解説>

精神保健福祉士は、児童・思春期精神医療における地域連携を円滑に進めるための重要な役割を担っている。特に、医療機関、学校、保健福祉機関、地域の支援ネットワークをつなぎ、子どもたちが医療だけでなく、教育や保健福祉の面でも必要な支援を受けられるように調整する役割がある。精神保健福祉士がコーディネーターとして機能することで、多職種間の連携がスムーズに進み、地域全体で子どもたちの成長を支える体制が整う。例えば、児童・思春期精神医療を必要とする子どもが学校に通っている場合、学校側と医療機関との間で定期的な連絡を取り合い、教育の現場で子どもが適切に支援を受けられるようにする。また、地域の保健福祉機関や児童相談所との連携も、家庭内での問題や地域社会での支援が必要な場合には強く求められ、精神保健福祉士はその調整役を果たす。このように、精神保健福祉士は、医療、教育、保健福祉の各機関と連携し、子どもたちに対する包括的な支援が提供されるようにコーディネートする役割を担っており、児童・思春期精神医療において極めて重要な存在である。

3. 精神保健福祉士を中心とした地域連携の流れ

<要約>

- **精神保健福祉士を中心とした地域連携の強化**：学校や児童相談所、療育機関と連携し、退院後も一貫した支援が継続するよう調整する。
- **個別支援プランの作成と実践**：発達障害や発達障害を持つ子どもへの支援で、学校と医療機関が連携し、学校生活への適応をサポートする。
- **定期的な情報共有と柔軟な治療計画の実施**：多職種での合同ミーティングを通じ、子どもの状態に応じた迅速な対応と支援の向上を図る。

図2 精神保健福祉士を中心とした地域連携の導線（概略）

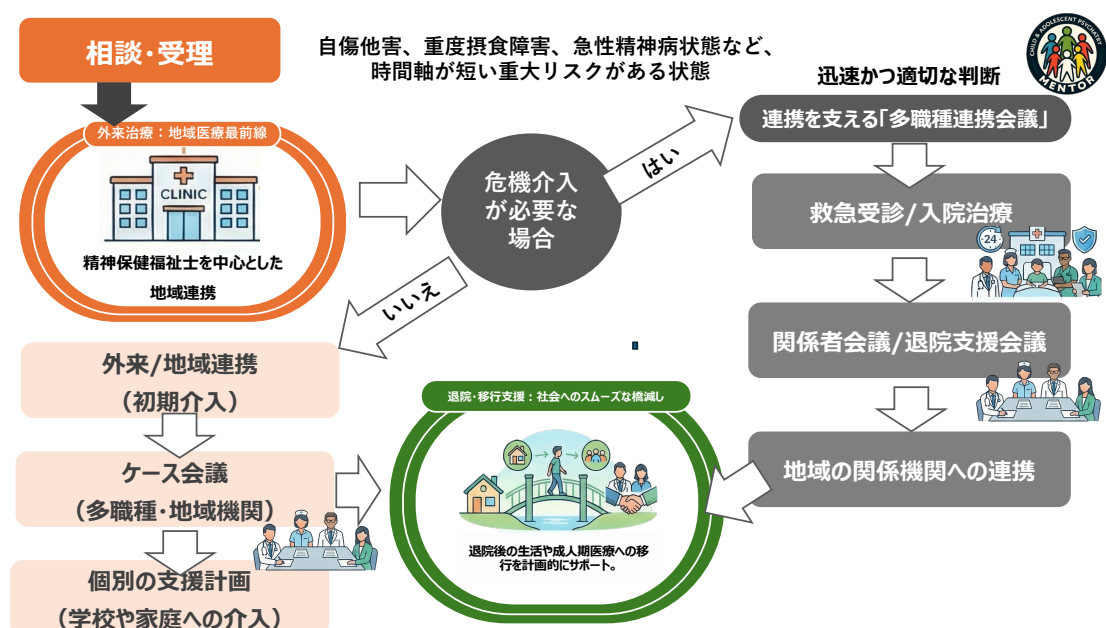


表 1 会議体カタログ（目的・頻度・参加者・アウトプット）

会議体	目的	頻度 (例)	必須参加者 (例)	主なアウトプット ／記録
初診カンファレンス	初期アセスメントの共有、優先課題と導線の決定	週 1 回 (または随時)	医師、公認心理師、精神保健福祉士、看護師	初期方針、追加評価項目、担当割り当て
病棟カンファレンス	日々の経過共有、安全・治療計画の調整	週 1-2 回	医師、看護師、公認心理師、作業療法士、精神保健福祉士	治療計画更新、リスク評価、役割分担
退院前カンファレンス	退院後の生活・学校・福祉導線の整備	退院前に 1-2 回	医師、精神保健福祉士、看護師、公認心理師、教員等	退院支援計画、関係機関連絡、次回会議設定
学校連携会議	復学支援、合理的配慮、情報共有の範囲確認	月 1 回（必要時）	精神保健福祉士、医師（必要時）、教員等、保護者	復学プラン、支援分担、連絡体制
地域連携会議	児童相談所・療育・福祉等との支援統合	四半期ごと（または随時）	精神保健福祉士、関係機関担当者、医師（必要時）	個別支援プラン更新、担当者・期限の確認

< 解説 >

地域連携に関しては、精神保健福祉士を中心に、地域の学校や児童相談所との連携を強化することが課題解決の鍵となる。地域の支援機関がどのような役割を果たし、どのタイミングで支援を提供できるのかを明確にし、退院後も一貫した支援が続けられるように調整する。実際の事例としては、地域の学校と連携し、発達障害を持つ子どもたちに対して、学校生活に適応できるように個別支援プランを作成し、医療機関と学校が連携してサポートを行う取り組みが成功している。

実践例として、医療機関内で多職種が定期的に合同ミーティングを行い、子どもの状態に応じて治療計画を柔軟に変更する体制を整えたケースがある。この取り組みによって、情報共有の遅れが解消され、すべての職種が子どもの状態を正確に把握し、適切な対応が取れるようになった。このような実践例から、定期的な情報共有とコミュニケーションの強化が、課題解決に大きく寄与することが示されている。

4. 入院施設を有する精神科医療機関と精神科クリニックの役割

<要約>

- 精神科病棟をもつ病院は重症例や緊急対応を要する子どもに対して入院治療を含む高度な医療を提供し、クリニックは外来診療を中心とした地域密着型の医療を展開する - この両者の役割分担と相互補完が基本となる。
- 医療機関同士の連携に加えて、教育機関や児童相談所との連携が必須であり、学習支援、いじめ対策、虐待対応、家族支援など、包括的な支援体制を構築する必要がある。
- 効果的な連携のためには、定期的な多職種カンファレンス、明確な役割分担、情報共有システムの確立が重要であり、子どもと家族の同意に基づく情報共有と個人情報保護への配慮が不可欠である。

<解説>

入院施設を有する精神医療機関と精神科クリニックは、それぞれ独自の専門性と機能を持ち、子どもに最適な医療サービスを提供するために緊密に連携している。医療機関の規模、設備、人員配置などの特性を生かし、それぞれの強みを活用した役割分担を行っている。

クリニックの特徴と役割

クリニックの特徴は、より子どもと家族の生活の場に近く、同じ担当医が長期かつ継続的にかかわることができる点にある。地域の学校などの教育機関や児童相談所などの児童福祉機関と連携をしており、その実情に詳しい。また、機能ごとに違いがある。1, 児童・思春期の子どもも受け入れている成人診療を主に行っているタ

イブ。多くは非常勤で数名の公認心理師などを配置している。2, 成人の診療も行うが、児童精神科診療を積極的に行っているタイプ。公認心理師などの配置が多く、複数名や常勤で配置する。3, 児童・思春期に特化したタイプ。多機能化し、外来診療だけでなく、精神科デイケアやショートケア、精神科訪問看護指導などの機能を持ち、児童発達支援や放課後等デイサービスなどの保健福祉施設を併設することもある。公認心理師だけでなく、看護師、精神保健福祉士や作業療法士など多職種が配置される。受け入れ可能な年齢層は、1 の場合は比較的高く、思春期以降、2 は小学生または中学生から、3 の場合は、就学前から診療を行っていることが多い。

役割は、同一市町村、近隣市町村の子どもを対象とし、その初期対応としてだけでなく、地域の小児科や関連機関からの紹介を受け入れる。また、継続的に診療し、ライフステージに応じた対応を行う。例えば、就学前においては発達の評価、発達障害などの診断、育児支援などであり、小学生では、それに加えて学業や行動上の問題や集団適応、二次障害への対応、より年齢が上がってくると、不登校やいじめなど人間関係の問題、不安症や強迫症、時には統合失調症など精神疾患への対応を行う。入院など保護的な対応が必要な自傷や希死念慮の強いケース、統合失調症の急性期、心理的虐待や性被害等で心的外傷が顕著で治療が緊急に必要な場合などは病院に依頼することになる。一方、保健センターや市町村の子育て支援課など相談窓口からの紹介例は、診断・アセスメント後に、地域の児童福祉サービスなどと連携し継続的な支援が可能である。

入院施設を有する精神科医療機関の役割

入院施設を有する精神医療機関は、特に重症度の高い子どもや緊急かつ集中的な対応が必要な子どもに対して、24 時間体制での入院治療を提供する。例えば、自殺のリスクが顕著に高い子どもや、摂食障害で身体状態が著しく悪化し生命の危険がある子どもに対しては、精神科病棟での専門的かつ集中的な治療が不可欠となる。精神科病棟では、医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士などの専門家が密接に協

かし、多職種チームとして子どもの包括的な治療とケアにあたる。各専門職は、定期的なカンファレンスやケース会議を通じて情報共有と治療方針の検討を行う。なお、虐待歴の発覚や自傷・他害等のリスク事象が発生した場合には、定例とは別に、迅速な多職種カンファレンスを臨時に開催し、即時の対応方針を決定する体制を整える。

このような精神科病棟と精神科クリニックの緊密な連携により、子どもの状態や必要性に応じた適切な治療が切れ目なく提供され、入院治療から外来治療へのスムーズな移行が可能となる。両者の連携は、専門的な治療と地域に根ざしたケアの継続性を確保し、子どもが安心して日常生活に戻る包括的な支援体制を構築している。さらに、定期的な症例検討会や合同カンファレンスを通じて、両者の医療の質の向上と連携の強化が図られる。

5. 児童・思春期精神医療における地域連携の枠組み

<要約>

- 児童・思春期精神医療では、医療機関と地域の教育・福祉機関との連携が不可欠である
- 学校（教育委員会・適応指導教室等）、児童相談所、療育機関（障害児通所支援）、就労支援機関との協働により、学習・保護・発達・社会参加の各側面を包括的に支援する
- 精神保健福祉士を中心とした多職種チームが調整役を担い、定期的なカンファレンスと情報共有システムにより、子どもの成長段階に応じた切れ目のない支援体制を構築する

<解説>

地域連携の基本原則として、児童・思春期精神医療における医療機関と地域専門機関との連携は、子どもに最適な医療を提供するための重要な基盤であることを理解すべきである。精神科病棟・クリニックを問わず、医療機関単独では対応困難な学習支援・虐待対応・社会適応支援を、教育・福祉機関と協働して実施する必要がある。効果的な連携には、定期的な多職種カンファレンスの開催、治療計画の共有と明確な役割分担、スムーズな情報共有システムの確立が求められる。特に、危機介入が必要な場合の迅速な対応体制や、退院後の地域生活支援計画の策定については、関係機関による綿密な協議が不可欠である。

一般的にも学校は子どもが長時間を過ごす場であり、さまざまな年代で精神的問題が表面化しやすい。不登校や発達障害を抱える子どもへの支援では、医療と教育の連携が治療成功の鍵となる。そのため、児童思春期精神医療において、教育機関との連携は欠かすことができない。医療機関は学校、教育委員会、適応指導教室、教育支援センターと連携し、学習機会の継続と学校生活への適応を支援する。スクールカウンセラー（公認心理師）、スクールソーシャルワーカー（精神保健福祉士）、養護教諭が医療機関と情報共有を行い、学校復帰や精神的健康維持のための支援計画を立案・実施していかなければならない。精神保健福祉士は学校と家族の間で定期的に連絡を取り合い、子どもが適切な支援を受けられるよう調整する。

次に急増する児童虐待への対応に関しては、医療機関は虐待を疑う場合や家庭環境の不安定さに対して法的保護と支援を支援の必要性を考えた場合に、児童相談所や市町村との連携が必須である。医療機関

が虐待を疑った際には、児童相談所と連携して早期介入を行い、その判断に応じて子どもの安全を確保すべきである。担当の精神保健福祉士や各医療機関が持つ虐待防止委員会が窓口となって、児童相談所、一時保護所、児童養護施設、福祉事務所と連携し、要保護児童対策地域協議会の枠組みも活用することが望ましい。

さらに、5歳児検診が開始したことを踏まえて、療育機関（障害児通所支援：児童発達支援・放課後等デイサービス等）との連携は、発達障害を持つ子どもに特に重要である。療育機関は日常生活スキルの向上と社会適応を支援するプログラムを提供しており、医療機関と協力することで発達段階に応じた適切な治療とサポートが可能となる。精神保健福祉士は、児童相談所や療育機関との連携においても調整役として機能し、子どもが安心して成長できる環境を整える。

最後に成人期を迎える子どもにとって、就労支援や社会的自立に向けたサポート、すなわち地域・障害福祉サービスとの連携が重要となる。作業療法士や精神保健福祉士は、就労支援機関や地域の保健・福祉サービスと連携し、子どもが社会に参加できるよう準備を進める。就学から就労への移行支援では、個別のサポート計画を策定し、移行に必要な支援を段階的に提供することで、子どもの社会的自立を成人期まで途切れることなく継続していくことを目指す。

多職種連携の課題と人材育成

児童・思春期精神医療における多職種連携を理解した人材を育成する。

1. 多職種連携の課題

<要約>

- 情報共有の不足により治療計画が分断されるリスクがある。
- 各専門職の役割の曖昧さが治療の方向性を不明確にする。
- 地域との連携不足が退院後の支援の遅延を引き起こす。

<解説>

児童・思春期精神医療における多職種連携は、効果的な治療の提供において非常に重要な役割を果たすが、現場ではいくつかの課題が指摘されている。まず、各職種間の情報共有が十分に行われていない場合、治療計画の一貫性が欠如し、子どもに対する支援が途切れることがある。特に、外来治療から入院治療、そして退院後のフォローアップに至るまで、適切な情報がすべての職種に共有されていないと、子どもの治療が分断されるリスクがある。また、各専門職の役割や責任が曖昧になることで、治療の方向性が不明確になるケースも少なくない。忙しい現場では、定期的なカンファレンスや会議が十分に行われず、職種間でのコミュニケーションが不足しがちである。その結果、子どもに対する対応が遅れ、連携が途切れることで、治療の質が低下するリスクが生じる。さらに、地域との連携においても課題が多い。地域の支援機関や学校、保健・福祉機関との情報共有がスムーズに行われない場合、退院後の子どもが適切な支援を受けられないことがある。特に、発達障害や不登校の問題を抱える子どもたちに対しては、医療機関だけでなく教育機関や保健・福祉機関を含めた地域全体での連携が求められ、個々の子どもの情報共有の不足が支援の遅れを引き起こすことがある。これらの課題を解決するためには、いくつかの具体的な対策を講じる必要がある。

まず、情報共有の仕組みを強化する。定期的なカンファレンスを開催し、すべての職種が子どもの情報共有を行うことで、治療計画の一貫性を保つことができる。特に、電子カルテシステムを活用して、リアルタイムで情報が更新され、すべての関係者が適切な情報にアクセスできる体制を整えることが効果的である。さらに、各職種の役割や責任を明確にするために、職種間での研修や勉強会を定期的実施する。各専門職が互いの役割を理解し、チーム全体で治療を進めるための共通理解を持つことで、連携の強化が図られる。また、治療計画においても、各職種が担当する分野を明確にし、責任を持って治療に取り組むことが、スムーズな連携の実現につながる。

2. シラバスを活用した人材育成

<要約>

- 多職種連携を効果的に機能させるには、専門職それぞれが役割を果たしつつ協力できる人材育成が不可欠であり、包括的教育プログラムとしてのシラバスがその基盤を提供する。
- シラバスを活用することで、精神科医・看護師・公認心理師・精神保健福祉士・作業療法士など各職種が多職種の基本知識や連携の意義を体系的に学び、職種間の共通理解を深めることが可能である。
- 各医療機関が現場に即した独自のシラバスを策定・運用することで、実践的教育を通じて即戦力となる人材を育成し、一貫性のある支援体制の構築およびケアの質向上を図ることができる。

<解説>

多職種連携が効果的に機能するためには、各専門職がそれぞれの役割を果たしながら協力できる人材を育成することが求められている。そのために、包括的な教育プログラムを提供することが重要であり、令和5年度障害者福祉推進事業「児童・思春期精神医療の多職種連携のためのシラバス」（以下、シラバス）の活用がその一助となる。シラバスとは、各職種が必要とする知識や技能を系統立てて提供する教育カリキュラムであり、これを通じて職種間の共通理解を深め、連携がよりスムーズに行えるようにすることが目的である。

児童・思春期精神医療に関わる各専門職は、それぞれ異なる背景を持っているため、他の職種の業務内容や役割に対する理解が不足していることがある。シラバスを活用することで、各専門職が多職種の基本的な知識や連携の重要性を学び、多職種チームとして効果的に協力できる体制を整えることができる。また、医療機

関ごとに独自のシラバスを策定し、現場に即した実践的な教育を行うことで、即戦力となる人材を育成することが可能である。

精神科医、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士などが共通の知識基盤を持つことで、治療に対するアプローチが統一され、子どもに対して一貫した支援が提供されるようになる。これにより、多職種連携が円滑に進み、子どもたちに対するケアの質が向上する。

3. 現場での実践的トレーニング

<要約>

- 実践的トレーニングの重要性：多職種によるケース・カンファレンスを通じ、危機的状況での迅速な判断と対応を習得する。
- コミュニケーションスキルの向上：各職種が互いの役割を尊重し、適切に情報共有を行うことで、連携の質を高める。
- 定期的なトレーニングの実施：シラバスに基づくトレーニングを通じ、多職種が協力して質の高い治療を提供できる体制を整える。

<解説>

多職種連携を実現するためには、理論的な知識だけでなく、実際の現場での実践的なトレーニングも欠かせない。現場でのトレーニングを通じて、各職種が協力し合いながら子どもに対応する方法を学び、連携の重要性を体感できる。特に、危機的な状況においては、迅速かつ適切な判断と対応が求められるため、実際のケースを想定したシミュレーションやケース・カンファレンスが有効である。

また、現場でのトレーニングは、多職種とのコミュニケーションスキルを向上させる機会でもある。各専門職が互いの役割を尊重し、適切に情報共有を行いながら協力できる環境を作ることが、実際の治療の場では重要である。トレーニングを通じて、日々の業務の中で自然に連携が取れるようになることで、治療の質が向上し、子どもへのケアもより効果的なものとなる。

このような実践的なトレーニングは、医療機関内で定期的に行われるべきであり、各職種が自らのスキルを磨きながら連携の重要性を深く理解する機会を提供する。シラバスに基づいたトレーニングの実施により、多職種が協力してより高いレベルの治療を提供できるようになる。

4. 児童・思春期精神医療における精神保健福祉士の育成

<要約>

- **精神保健福祉士の調整役としての重要性**：医療機関と地域、家庭をつなぐ橋渡し役を担い、一貫した支援体制を提供する。
- **専門的トレーニングとスキルの習得**：地域支援や法律知識、調整力、リーダーシップを育成し、多職種との連携を円滑にする。
- **連携強化と支援の継続性の確保**：精神保健福祉士を中心に、地域全体で連携を強化し、子どもたちに継続的な医療と福祉サービスを提供する。

<解説>

精神保健福祉士は、児童・思春期精神医療において多職種連携の調整役として非常に重要な役割を担っている。そのため、精神保健福祉士をコーディネーターとして育成するための専門的なトレーニングが必要である。特に、地域との連携や家庭支援において、精神保健福祉士は医療機関と外部機関をつなぐ橋渡し役を果たすため、調整能力やコミュニケーションスキルを身につけておくべきである。

精神保健福祉士が効果的にコーディネートできるようにするためには、地域支援の知識や法律に関する専門的な教育が欠かせない。また、多職種と連携しながら子どもに対応するスキルや、チーム全体をまとめるリーダーシップも必要となる。精神保健福祉士を中心に、地域や家庭との連携がスムーズに行えるようにすることで、治療の途切れを防ぎ、子どもたちに対して一貫した支援が提供される。

コーディネーターとしての精神保健福祉士の育成を通じて、地域全体での連携が強化され、子どもたちが医療や保健福祉のサービスを継続的に受けられる体制が整う。また、精神保健福祉士がチーム全体を調整する役割を担うことで、より円滑な多職種連携が実現し、子どもたちに対する支援が強化される。

ケーススタディ

1. 【症例 A】 クリニック／外来治療

患者（イニシャル）：S. H. 学年：小学 4 年生（10 歳）

主訴：「学校に行くのが怖い」

診断：DSM-5：社交不安症（SOCIAL ANXIETY DISORDER） ICD-10：F40.1

初診日：20XX 年 X 月 X 日

既往歴：特記すべき事項なし（必要に応じて記載）

生育歴・現病歴：

発達早期に目立つ遅れはなかったが、初対面の人との接触を極端に避ける傾向がみられた。小学校 2 年生ごろから授業中の発言や発表を嫌がるようになり、3 年生に進級後は給食やグループ活動への不参加が目立つようになった。学級担任との関係性悪化を機に、身体症状を訴えての欠席が増加し、4 年生進級直後から完全不登校となった。保護者の勧めで地域の小児科を受診し、紹介により当クリニック初診となる。

家族歴：

両親と 3 人暮らし。母親はフルタイム勤務の看護師、父親は転勤の多い営業職で家に不在がち。両親とも精神疾患歴なし。父親は子の悩みに無理解な傾向があり、母子関係がやや密接。

身体現症：

特記すべき異常所見なし。

精神現症：

初診時、診察室に入ることに強い抵抗を示し、母親の後ろに隠れていたが、徐々に着席。発語はあるが小声。医療者との視線を避け、質問への応答は限局的。登校や人前での発言に対して強い羞恥心と不安を自覚している。

検査所見：一般臨床検査：異常なし

心理検査（WISC-IV）：全検査 IQ：96 VCI：100、PRI：98、WMI：94、PSI：88

→認知機能に顕著な偏りはなく、処理速度や作業遂行場面での不安の影響が示唆された。

治療経過：

① 治療方針と今後の課題

外来通院を継続しながら、心理社会的支援による社会不安の軽減と自己効力感の回復を目指した。初診直後から主治医・公認心理師・精神保健福祉士・教員（スクールコーディネーター）を含む連携体制を構築し、月1回の外来多職種ミーティングを実施。子どものペースに配慮した支援と家庭・学校・地域の連携強化を段階的に進めた。

各職種の関与と役割

- 医師（主治医）：子どもの主訴と生活状況の整理を支援し、診断・治療計画を保護者と共有。
薬物療法は行わず、心理社会的介入を優先。

- 公認心理師：隔週面接を実施し、社交不安の認知的特徴に焦点を当てた CBT 的アプローチを実施。対人場面の回避を分解し、安心して試せる行動課題を設定。
- 精神保健福祉士（精神保健福祉士）：家庭環境の整理と保護者支援を実施。父親の理解促進のための家庭訪問や家族面談を実施。学校との連携会議にも同席。
- スクールコーディネーター（非常勤教員）：校内委員会との連絡役を担い、保健室登校や分離登校など子どもの希望に沿った柔軟な教育支援を提案・調整。

地域連携と支援の進展

クリニックと学校で計 3 回の個別支援会議を実施。通学の再開に向けた段階的支援を策定。NPO スタッフとの連携で、余暇活動への段階的な参加をサポート。保健室登校（週 2 回）が可能となり、徐々に登校日数が増加。通学支援員の付き添いも導入。保護者は母親の育児疲労が軽減し、父親の行事参加や面談出席が増えるなど、家族機能の改善がみられた。

12) 現状と評価

初診から 8 か月が経過し、子どもは週 3 回の登校が可能となっている。教室での活動は保健室や個別教室から開始され、徐々に拡大中。公認心理師による面接では「発表が怖くなくなった」「友達の顔を見てもドキドキしない日がある」と発言しており、認知的変容がみられる。多職種間で情報を定期的に共有し、子どもの不安の波を見越した対応が可能となっている。

本症例の問題点：

社交不安による強い回避と、保護者の対応の困難さが重なっていたが、多職種・地域との緊密な連携により、子どもの安心感を土台とした行動変容が可能となった。家庭・学校・医療が協働して、個別支援の構築と柔軟な修正を重ねたプロセスは、本マニュアルが目指す「クリニック／外来における多職種連携モデル」の具体例である。

2. 【症例 B】 入院治療

患者（イニシャル）：A. Y.

学年：中学 1 年生（13 歳）

主訴：「自分を変えたい」

診断：DSM-5：自閉スペクトラム症（ASD）、社交不安症 ICD-10：F84.0, F40.1

初診日：20XX 年 X 月 X 日

入院日：20XX 年 X 月 X 日 入院時入院形態：任意入院

生育歴・現病歴：

幼少期より強いこだわりや感覚過敏が目立ち、育児は母親が一手に担っていた。小学校 4 年生以降、集団生活への適応困難と対人不安を背景に不登校となる。中学進学後も登校できず、家庭内で昼夜逆転やインターネット使用の増加がみられた。子どもから「自分を変えたい」との希望があり、家族の同意を得て入院に至った。

家族歴：

両親と 3 人暮らし。父親は会社員だが育児には消極的であった。母親はパート勤務を休職し、子どもへの関与が過剰となっていた。精神疾患の家族歴なし。

身体現症：

特記すべき異常所見なし。

精神現症：

受診当初は対人場面での過度の緊張、回避傾向がみられた。自他の感情の区別が曖昧であり、表情は乏しく視線も限定的。感覚刺激（音・光）への過敏も強く、他者の視線や声に過剰に反応する場面が多かった。

検査所見：

一般臨床検査：異常なし

脳波：正常範囲

脳画像（MRI）：構造的異常なし

心理検査：

WISC-IV 全検査 IQ：92

言語理解（VCI）94、知覚推理（PRI）98、ワーキングメモリ（WMI）88、処理速度（PSI）86

特徴：処理速度と注意のばらつきが目立ち、SST 場面での応答に遅れがみられた。

治療経過：

① 治療方針と今後の課題

子どもの「自分を変えたい」という希望と、家族の同意を踏まえ、環境調整と心理社会的支援を目的として入院治療を開始した。主治医と子どもとの話し合いを経て、薬物療法は行わず精神療法を軸とする心理社会的治療を計画。入院初期より週 1 回の多職種合同カンファレンスを継続的に実施し、以下のように段階的な支援を展開した。

- **入院初期**：静かな個室環境の確保、昼夜逆転の是正、感覚過敏への対応を優先。対人不安が強く、個別面接や低刺激活動から導入。
- **中期**：感覚刺激への耐性の確認後、段階的に小集団活動へ参加。SST を通じた対人スキル形成、学習活動への導入。母子分離を意識した家族面談も開始。
- **退院前**：地域支援者を交えた連携会議（教育・福祉）を 2 回実施し、通級・訪問支援の体制整備を完了。退院後の支援目標と役割を明確化。

子どもの自己理解と他者理解を促進し、入院を「止まって考える時間」と捉え直せたことが、退院後の支援移行の足がかりとなった。

看護・心理・精神保健福祉士・作業療法士・教員：現状と課題

- **看護師**：感覚刺激に配慮した生活環境を整えつつ、昼夜逆転の是正と情緒の安定を支援。日々の関わりの中で子どもの不安の兆候を把握し、言語化を支援。
- **公認心理師**：週 1 回の個別面接を通じて、子どもの不安の構造化、誤解の修正、認知行動的アプローチを実施。SST への前段階支援も担当。
- **作業療法士**：感覚統合的介入のほか、段階的な SST を導入し、対人関係スキルの獲得を支援。子どもの自尊感情の保持に配慮した活動構成を行った。
- **精神保健福祉士**：母子関係の調整、父の育児参加促進を目的とした家族面談を複数回実施。地域福祉との連携調整を行い、退院後の訪問支援や制度利用を整備。
- **教員**：子どもの学び直しの意欲を尊重し、個別学習支援を実施。学力評価よりも成功体験の蓄積を優先し、学習回避への支援も実施。将来の進路に向けた保護者との協議も行った。

退院後の経過と支援状況

退院後は、地域との連携体制を維持しながら、段階的な自立支援と家族支援を継続している。具体的には以下の通りである。

- 医師・公認心理師による外来フォローアップ（月 1 回）を実施。子どもの不安水準や対人困難を共有し、継続的に自己理解を深める支援を行っている。
- 作業療法士との外来 SST（隔週）では、対人関係・学校生活での困りごとを取り上げ、実践的に対応スキルを育成。
- 通級指導教室への週 2 回の通学支援を開始し、当初は保護者同伴、後に単独での参加が可能となった。
- 訪問支援（月 4 回）を地域の NPO スタッフが実施し、生活リズム支援と余暇活動の調整を担う。
- 母親への定期的な家族支援（電話・訪問）を精神保健福祉士が継続。父親の関与も段階的に進められている。
- 在籍中学校とは教育支援会議を定期開催し、将来的な学びの場への移行支援について合意形成が図られている。

現在、子どもは家庭内での生活リズムが安定しつつあり、前向きな言動も増加している。支援者・家族・子どもの三者が協働する形で、段階的な生活再構築のプロセスが継続されている。

本症例の問題点：

対人不安と感覚過敏のため集団場面への参加が困難であったが、心理社会的支援により段階的に改善がみられた。家族機能において母子の密着と父の関与不足という構造的課題があり、家族支援の介入が必要であった。入院期間中に、多職種協働・家族支援・地域支援の連携が段階的に構築され、退院後も一貫した支援が継続可能となった。本症例は、「児童・思春期精神医療における多職種連携と地域連携モデル」の具体例として位置づけられる。

用語解説・別紙資料

1. 用語解説

理念・基本概念

- **子どもの最善の利益**：意思決定の基準を「子どもにとって何が最も利益か」に置く考え方である。家族・学校・制度よりも優先されるべき倫理的軸である。
- **発達**：年齢ではなく、認知・情動・対人・身体・生活技能の成長過程として捉える概念である。支援は発達段階に合わせて調整する必要がある。
- **生活の文脈**：症状だけでなく、家庭・学校・地域・文化・経済状況など、生活全体の条件である。見立てと介入は、子どもとその家族の文脈抜きに成立しない。
- **多職種連携**：複数専門職が情報を統合し、共通目標のもとに役割分担して支援する実践である。「仲良くする」ではなく「機能させる」ための仕組みである。
- **チーム医療**：チームとしての意思決定・実行・振り返りが連続する医療の形である。個人技の総和ではなく、連結された仕事である。
- **共通目標**：子どもと家族にとって意味のある到達点である。職種ごとの目標を上書きせず、上位に置いて整合させる。
- **役割分担**：誰が何を主担当として行い、誰が支えるかを明確にすることである。曖昧さは抜け漏れと分断を生む。
- **責任の所在**：判断と実行の責任がどこにあるかである。連携は責任を薄めるのではなく、見える化するためにある。
- **継続性**：支援が切れずにつながる性質である。外来・入院・退院後・学校場面をまたぐ連続性が要となる。

診療プロセス・運用

- **初診**：支援の起点であり、見立て・危機評価・導線設計を同時に行う場である。
- **インテーク（予診）**：受理から初期評価までの一連の工程である。情報の整理と優先順位づけが主目的である。
- **アセスメント**：情報を集め、意味づけし、仮説を立てる過程である。検査だけを指す語ではない。
- **見立て**：症状の説明枠組みを、発達と生活の文脈を含めて構成することである。共有できる言葉に翻訳する必要がある。
- **治療計画**：目標・方法・担当・期限・評価方法を明確にした計画である。計画は固定ではなく更新される。
- **トリアージ**：緊急性・重症度・安全性・資源を踏まえて介入順を決める判断である。
- **治療同盟**：子ども・家族と支援者の協働関係である。連携が強くても同盟が弱いと支援は進まない。
- **語り場**：子どもと家族が安全に語れる枠である。情報収集の場であると同時に、支援の開始点である。
- **モニタリング**：状態・リスク・介入の効果を継続して観察し、計画を更新する行為である。

会議・コミュニケーション

- **カンファレンス**：多職種が集まり、情報統合と意思決定を行う会議である。雑談会ではない。
- **ケース・カンファレンス**：特定ケースの目標・方針・役割分担を確定する会議である。
- **病棟カンファレンス**：入院中の状態・安全・治療計画を調整する会議である。
- **退院前カンファレンス**：退院後の生活・学校・地域導線を整備する会議である。
- **地域連携会議**：医療外の支援資源と合意形成する会議である。情報共有の範囲設定が重要である。
- **アジェンダ**：会議で扱う項目と順序である。意思決定が目的である以上、事前に共有されるべきである。

- **ファシリテーション**：会議を「結論まで運ぶ」技術である。発言量の公平さではなく、目的達成が指標である。
- **議事録**：決定事項・担当・期限・次回確認点を残す記録である。記録がなければ連携は再現できない。
- **申し送り**：担当や場面が変わる際に、必要情報を過不足なく伝える行為である。
- **情報の交通整理**：情報の重要度・優先度・共有範囲を整理することを指す。多職種連携の中核である。

情報共有・同意・倫理

- **同意**：情報共有や介入に対して、理解に基づき承諾することである。可能な範囲で子ども本人の意思を尊重する。
- **説明と同意**：内容・目的・利益不利益・代替案を説明し、同意を得る過程である。
- **アセント**：法的同意が難しい年齢でも、子ども本人の「納得・同意の意思」を確認することである。
- **守秘義務**：得た情報を不必要に外部へ出さない義務である。信頼関係の土台である。
- **共有範囲**：誰に、何を、どこまで共有するか境界である。曖昧さは事故につながる。
- **危機時の例外**：重大な安全リスクがある場合、守秘よりも安全確保が優先されることがある。判断と記録が要となる。
- **個人情報**：個人が特定され得る情報である。管理の基本は「集めすぎない・持ちすぎない・広げすぎない」である。

リスク・安全・危機対応

- **危機**：自傷他害、重度摂食障害、急性精神病状態など、時間軸が短い重大リスクがある状態である。
- **安全確保**：危機を避ける具体策を整えること。家庭・学校・病棟それぞれで設計する。
- **自傷**：死を目的としない行為も含む自己への損傷である。その行為に関する臨床的な意味を丁寧に評価する必要がある。
- **希死念慮**：死にたいという考えである。頻度・強度・計画性・保護因子を評価する。
- **他害リスク**：他者への攻撃・逸脱行為の危険である。環境調整と導線設計が重要である。
- **トリアージ**：危機度に応じて、救急・入院・外来・地域支援を振り分ける判断である。

- **緊急対応導線**：危機時に誰が何をし、どこにつなぐかの手順である。責任境界を明確にする。
- **保護因子**：危機を和らげる要素である。家族機能、支持者、学校の理解などが含まれる。

評価・心理検査・記録

- **心理検査**：認知・発達・パーソナリティまたは人格などを評価する手段である。単独で結論を出すのではなく、臨床情報と統合する。
- **観察**：行動・対人・感情の変化を実場面で捉える評価である。子どもの多面的な観察は多職種からの情報が要となる。
- **機能評価**：症状よりも、生活や学業、人間関係がどの程度保たれているかの評価である。
- **生活評価**：睡眠・食事・活動・ネット使用など生活リズムの評価である。介入の起点になりやすい。
- **記録**：意思決定と連携の再現性を担保する行為である。特に「決定事項・根拠・担当・期限」を残す。
- **サマリー**：経過と要点を短くまとめた文書である。連携先に渡す場合は共有範囲に配慮する。

治療・支援（医療／心理／生活）

- **薬物療法**：症状軽減の手段である。目的・評価指標・副作用モニタリングをチームで共有する必要がある。最新のエビデンス、国内での適応の範囲等も確認するべきである。
- **心理療法**：対話と経験を通じて変化を促す支援である。枠（頻度・目標・守秘）を明確にする。
- **家族支援**：家族の負担と葛藤を扱い、養育環境を整える支援である。責めるためではなく支えるために行う。
- **ペアレント・トレーニング**：養育スキルを学び、子どもの行動と関係性を整える介入である。
- **SST（社会生活技能訓練）**：対人場面の技能を練習する支援である。評価と般化（生活場面への移行）が肝要である。
- **作業療法（OT）**：活動を通じて生活機能と参加を回復する支援である。学校復帰や生活リズムにも関与する。
- **環境調整**：本人を変える前に、環境を整える介入である。学校の合理的配慮も含む。
- **認知行動療法**：精神療法の一つであり、考え方（認知）と行動の癖を確認し、つらさを維持する悪循環に介入し、行動活性化や曝露、問題解決、行動実験を用い、症状軽減と生活機能の回復を図る。

- **段階的曝露**：不安場面に段階的に触れ、回避を減らす介入である。安全計画と並走する。

学校・地域連携

- **学校連携**：学校場面の情報を得て、支援方針をそろえる実践である。共有範囲と目的の明確化が必須である。
- **合理的配慮**：障害特性により不利が生じないよう、学習・環境・評価を調整する配慮である。
- **復学支援**：学校復帰を「出席」だけでなく、安心・学び・所属の回復として設計する支援である。
- **不登校（学校不適応）**：単一原因ではない状態である。本人要因と環境要因を統合して捉える必要がある。
- **地域資源**：医療外の支援（福祉、教育、相談機関、居場所等）である。つなぐだけでなく、役割を整えることが重要である。
- **アウトリーチ**：支援側が生活の場へ近づく支援である。導線と安全を整えた上で行う。

入院・退院・移行

- **入院適応**：外来では安全や回復が確保できない場合に入院を検討する判断である。根拠と目標が必要である。
- **治療構造（Structure）**：入院・外来それぞれの枠組み（担当のスタッフ、時間割、ルール、関わり方）である。構造が治療の一部である。
- **退院支援**：退院日で終わらない支援を設計することだ。学校・家庭・地域資源との接続が中心である。
- **トランジション（移行支援）**：児童思春期から成人領域へ支援をつなぐ行為である。断絶を作らないことが目標である。
- **フォローアップ**：退院後や方針変更後の確認である。危機再燃と支援継続が焦点である。

品質・学習（チームの成熟）

- **標準化**：最低限の手順と記録を揃え、再現性を高めることである。個別性と対立しない。
- **振り返り（Review）**：何がうまくいき、何が滞ったかを検討し、次に反映することである。
- **教育**：個人の知識だけでなく、チームとしての動き方を学ぶことを含む。

- **スーパービジョン (Supervision)** : 臨床の質と安全を高めるための指導・相談枠である。
- **バーンアウト (燃え尽き)** : 支援者の枯渇である。連携は負担を均すための装置でもある。

2. カンファレンス実施チェックリスト（別紙 1）

① 事前準備

- アジェンダ（開催目的・議題・担当者・時間配分）を作成し、参加者に配布
- 患者情報（診療経過サマリー、検査結果、家族背景など）の要約資料を用意
- 会議室の予約・ICT 機材（プロジェクター、Web 会議システム）の準備
- 参加者（医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、学校関係者など）への招集・出欠確認

開催当日

- 定刻開始・定刻終了を厳守
- ファシリテーターによる進行役設置
- 各職種による報告（時間厳守：例 各 5 分）
- 患者概要報告
- 治療経過報告
- 家庭・学校生活報告
- 資料共有（電子データ・紙資料）

終了後フォロー

- 議事録の作成・全参加者への配布
- 決定事項の担当者割り振り・期日設定
- 次回会議日程の調整

3. 症例提示フォーマット（別紙 2）

- 脑画像：

11) 心理検査：

12) 治療経過：

(ア) 主治医：治療方針と今後の課題（薬物療法も含む）

(イ) 看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、教員：現状と課題について

13) 本症例の問題点

児童・思春期精神医療 多職種連携推進マニュアル

手引きと Q&A



厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

「児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究」

マニュアル活用の手引き

1. 本マニュアルの意義と狙い：「切れ目のない支援」の実現へ

多職種連携が不可欠とされる児童・思春期精神医療の現場において、情報共有の不足や役割の曖昧さによる「支援の分断」が大きな課題となっています。本マニュアルは、この課題を解決し、子ども一人ひとりの「育ち」と「未来」を多職種で共に育むための具体的な指針として作成されました。

2. マニュアルが目指すもの（基本方針）

本マニュアルは、児童精神医療の経験豊かな専門職だけでなく、新たにこの分野に取り組む医療機関や職員が、最低限の質の高いケアを担保するための手順書として設計されています。構成は主に「基本理念・目的」「各職種の業務」「実践の流れ」の三部から成ります。まずは「手引き」で全体像を把握した後、後続のQ&A セクションを、自身の職種が果たすべき役割や、直面してい

る臨床フェーズ（初診、入院、地域連携）に応じた「辞書」としてご活用ください。

多職種による客観的な情報収集、リスク発生時の迅速な方針決定、そして家族や地域社会との継続的なネットワーク構築が、質の高いケアを支える中核となります。

3. 実践フローとマニュアルの構成

本書では、支援のフェーズに応じて「いつ、誰が、何をすべきか」を体系的に整理しています。以下のフローを実践することで、初診から地域連携に至るまで、一貫した多職種チームによる支援を実現します。

4. ステップ別 実践の要点と連携の鍵

- **チームの土台（基本理念）**：共通目標を統合し、「気づいた人」が声を上げる culture を醸成。【参照: Q&A セクション 1, 2】

- **臨床実践（初診・入院）**：初動から多角的な情報収集を行い、リスク発生時は即座にカンファレンスを開催。入院中は治療計画を動的に修正。【参照：

Q&A セクション 4]

- **地域連携・職種役割**：地域リソースとの継続的なネットワークを構築し、シームレスな移行を支援。各職種がお互いの役割を理解し協働。【参照：

Q&A セクション 3, 5]

〔補足〕本セクションは、後続の「Q&A」および「各職種の役割」の章と連動しています。概要を把握した上で、各詳細項目を参照してください。

本マニュアルの完全活用に向けた準備

本手引きと Q&A は、マニュアルの基本理念と実践の指針を理解するための解説書です。実際の運用にあたっては、マニュアル本体に記載されている**各種記録様式やチェックリスト**が必要となります。これら実務資料を事前に準備し、手引きで示した理念と実践フローを組み合わせることで、マニュアルが目指す「切れ目のない支援」が実現できます。

I. 基本理念・目的

Q. MENTOR マニュアルが掲げる「理念（Philosophy）」とは何ですか？

A: 地域の医療、福祉、教育の専門的な知見を結集し、**多職種が協力してケアを実現**することです。児童・思春期の精神医療を単に病気を治す場ではなく、子ども一人ひとりの「育ち」と「今」に真摯に向き合い、その「未来」を多職種で一緒に育んでいく大切な場であると位置づけています。

解説（主要ポイント）：医療、福祉、教育の枠組みを超えた多職種が「ワンチーム」として協働し、子どもたちの症状だけでなく、その「育ち」と「環境」を包括的に理解することで、健全な成長と未来を継続的に支えることを目指す、マニュアルの土台となる考え方です。

Q. このマニュアルの目的は何ですか？

A: 児童・思春期精神医療において、医師、看護師、公認心理師などの多様な専門職が連携し、子どもたちに最適なケアと成長支援を提供するための具体的な実践方法や指針を示すことです。

解説（主要ポイント）： 児童・思春期の子どもたちが抱える精神的な問題は、身体的・心理的・社会的な要素が複雑に絡み合っているため、医師の診療単体だけでは包括的な解決が困難です。そのため、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、栄養士、保育士といった多様な専門職がそれぞれの高い専門性を活かし、多角的な視点から定期的に評価・支援に携わることが不可欠となります。本マニュアルは、目に見える症状の改善だけにとどまらず、子どものこれまでの「育ちの歴史」や家庭・学校などの「生活環境」をチーム全体で立体的に理解し、一人ひとりに合わせた最適なケアと成長支援を「ワンチーム」で提供するための具体的な実践指針を示すことを目的としています。

参照ページ： p.5 マニュアルの目的

Q. このマニュアルの対象となる医療機関はどこですか？

A: 「児童・思春期専門機関」「新規参入予定の機関」「成人メインだが一部子どもを診る機関」の3つが主な対象です。

解説（主要ポイント）：既に多職種連携を実践している「児童・思春期専門の精神科病院やクリニック」、新しく児童精神科を始めようとしている「新規参入予定の機関」、成人メインだが一部の子どもを診る機関の3つです。専門機関は既存体制のさらなる高度化、新規参入機関は一からの確実なチーム立ち上げに活用できます。また、成人メインの機関では、不登校や自傷など思春期特有の課題へのアプローチや、学校・児相といった独自の地域連携ネットワークを補強する実務リファレンスとして機能します。

参照ページ: p.7 マニュアルの対象

Q. 多職種連携において現在指摘されている課題は何ですか？

A: 忙しい現場において情報共有やコミュニケーションが不足し、外来から入院、退院後の地域連携へと移行する際に支援が途切れてしまう（分断される）リスクがあることです。また、各専門職の役割や責任の境界が曖昧になることで、チームとしての治療の方向性がブレてしまい、結果として子どもへの対応が遅れることが懸念されています。

解説（主要ポイント）：忙しい現場において情報共有やコミュニケーションが不足し、外来から入院、退院後の地域連携へと移行する際に支援が途切れてしまう（分断される）リスクがあることです。また、各専門職の役割や責任の境界が曖昧になることで、チームとしての治療の方向性がブレてしまい、結果として子どもへの対応が遅れることが懸念されています。

参照ページ： p.73 多職種連携の課題

Q. 多職種連携における倫理的配慮として特に重要なことは？

A: プライバシー保護、守秘義務の遵守、および子どもの「最善の利益」を第一に考え、情報共有の際は本人・家族の同意を得ることです。

解説（主要ポイント）：成長過程にある子どものプライバシーや権利を保護し、守秘義務を厳格に遵守することです。情報共有を行う際は、必ず子ども本人や家族に意向を確認して同意を得た上で、子どもの「最善の利益」を第一に考え、必要最小限の適切な範囲に留めて情報を共有することが求められます。

ただし、虐待の疑いや自傷他害などの緊急かつ重大なリスクを伴う危機的状況においては、守秘義務よりも子どもの生命・安全確保が最優先されるため、適切な例外判断とそのプロセスの厳格な記録のもとで迅速に対応することが重要となります。

参照ページ: p.18 運用方法と倫理的配慮

Q. 多職種チームの必須職種（基本構成）は何ですか？

A: 児童精神科医、看護師、公認心理師、精神保健福祉士の 4 職種が必須の基本職種です。

解説（主要ポイント）： 児童・思春期精神医療において、子どもの抱える課題は身体的、社会的、心理的な要素が複雑に絡み合っているため、単一の職種だけでは包括的な対応が困難です。そのため、診療報酬の施設基準においても、適切な研修や経験を積んだ「児童精神科医」「看護師」「公認心理師」「精神保健福祉士」の 4 職種の配置がチーム医療の中核を担います。

ただし、必要なチーム構成は、入院設備を有する専門病院か外来中心のクリニックかといった「医療機関の機能や規模」によって柔軟に変化し、子どもの発達段階や状態に合わせた最適な「ワンチーム」を柔軟に構成することが、包括的な児童・思春期医療の提供には不可欠です。

参照ページ： p.13 多職種チームの構成

Q. 連携を効果的に機能させるために不可欠なことは？

A: 定期的なカンファレンスによる情報共有の徹底、専門性の相互理解、および明確な役割分担です。

解説（主要ポイント）： 定期的なカンファレンス（会議）を実施して情報共有を徹底し、お互いの専門性を深く理解して尊重し合い、誰が何を担当するのかという「役割分担」を明確にすることが、チーム医療の質を高め、子どもへの一貫した支援につながります。さらに、一度立てた計画を固定化せず、日々の臨床実践から得られた気づきを持ち寄り、チーム全体で支援効果の検証と改善（振り返り）を継続的に重ねていく仕組みを整えることが重要です。

参照ページ： p.15 各職種の主な業務

Q. 人材育成において「シラバス」を活用する目的は何ですか？

A: 専門職ごとのバックグラウンドが異なるため、他職種の業務内容や連携の意義について体系的に学べる教育プログラム（シラバス）を提供することで、職種間の共通理解を深めるためです。

解説（主要ポイント）：子どもの精神的な問題は身体・社会・心理的な要素が複雑に絡みあっているため、症状だけでなく背景にある育ちや環境も理解し、多職種で定期的に評価・支援することが必須であると定めています。各医療機関が現場に即したシラバスを運用することで、お互いの役割を理解して協力できる「即戦力」を育成し、チーム医療の質を底上げすることを目的としています。

参照ページ: p.5 マニュアルの目的

Q. 研修カリキュラムについての解説動画はありますか？

A: はい、多職種実践研修カリキュラムとシラバスの解説動画が公開されています。この動画は、マニュアルの人材育成（セクション 1）の目的を具体化するための、研修プログラムの構造と目標を明確に示しています。

解説（主要ポイント）： この動画は「児童思春期精神医療における多職種実践研修カリキュラムとシラバスの解説」として、多職種連携を効果的に推進するために必要な学習内容と、マニュアルの各章に対応した研修の全体像を説明しています。 **今後は、現場でのより実践的なトレーニングの実施や新たな臨床ニーズの発生に合わせて、学習効果をさらに高める関連解説動画を随時追加・アップデートしていく予定です。**

参照動画：研修カリキュラムとシラバスの解説

Q. 本マニュアルの理解を深めるための動画コースはありますか？

A: はい、本マニュアルの実践に必要な知識を体系的に学ぶための動画コースが YouTube で提供されています。

解説（主要ポイント）：このコースは、マニュアルで示されている多職種連携の基本理念（セクション 1）から、臨床実践（セクション 4）、地域連携（セクション 5）に至るまでの全体像と、各専門職の役割を理解するために活用でき、人材育成に不可欠な学習コンテンツです。関連動画コースは[児童・思春期精神医療の動画コース](#)で視聴できます。

これは人材育成のための重要なリソースであり、マニュアルの各章（理念、実践、地域連携）に沿った内容を講義形式で解説しています。講義内容がチャプターごとに整理された「学習コース」機能を利用しており、随時最新情報にアップデートされます。医療、福祉、教育の枠組みを超えて専門知を結集し、多職種が協働して子どもたちの成長と未来を共に支えていくという考え方です。

II. 各職種の業務

Q. 児童精神科医のチーム内での役割は何ですか？

A: 医学的診断や治療の意思決定の責任を担うとともに、チームを率いる「牽引者（コーディネーター）」の役割を果たします。

解説（主要ポイント）：児童精神科医は、精神療法や薬物療法などを自ら組み立てて実践する治療の主体者であり、同時に多職種連携チームを引っ張る「全体の牽引者（コーディネーター）」としての重責を担っています。医学的な診断や治療の意思決定の責任を担うとともに、子どもの発達段階や生活環境を総合的に捉え、他の専門職の視点を統合しながら最適な支援をデザインします。実際の診療場面においては、子どもや保護者との信頼関係を土台に支援の起点となる「語り場」を形成し、子ども自身の選択や意思表明を丁寧に引き出す役割も果たします。さらに、学校や児童相談所などの外部機関に対する医学的立場からの説明責任を担い、複雑なケースにおいても包括的支援体制のハブ（軸）として機能することが求められます。

参照ページ： p.17 児童精神科医の役割

Q. 看護師の役割は何ですか？

A: 子どもと接する時間が最も長く、生活ケアや環境調整、他職種への橋渡しを担う「チーム医療の要」です。

解説（主要ポイント）：看護師は、子どもと接する時間が最も長く、日々の生活ケアや環境調整を通じて治療の土台を支える役割を担います。子どもの些細な変化に気づき、他職種へ橋渡しすることで、現場の支援を実質的につなぐチーム医療の要（かなめ）となります。外来においては、診察前後の些細な変化や保護者の声を丁寧に拾い上げ、医療現場と家庭や学校といった地域生活をつなぐ接点としての機能を果たします。一方、入院治療の場では、24 時間体制での行動観察や心身のケアを通じて、規則正しい生活リズムの再構築や情緒的な安定を支える療養の土台を作ります。

参照ページ： p.22 看護師の役割

Q. 公認心理師の役割は何ですか？

A: 「アセスメント」と心理療法による内面へのアプローチ、保護者支援（ペアレントトレーニング等）を担当します。

解説（主要ポイント）：公認心理師は、心理検査（知能検査や発達検査など）を通じた「アセスメント」と、遊戯療法や認知行動療法などの「心理療法」を通じた内面へのアプローチを担当します。保護者に対するペアレント・トレーニングやカウンセリングを行い、家庭内での支援体制づくりもサポートします。外来診療においては、子どもの特性に応じた最適な検査バッテリーを組んで詳細な評価を行い、その結果を家族や教育機関へフィードバックすることで一貫した支援の土台を作ります。一方、入院治療の場では、継続的な個別面接に加えて集団活動療法の企画・実施を担当し、子どもの感情コントロールや対人コミュニケーション能力の向上を多角的に支えます。

参照ページ：p.26 公認心理師の役割

Q. 精神保健福祉士（PSW）の役割は何ですか？

A: 医療、保健福祉、教育の「橋渡し役（ハブ）」として、社会復帰支援や学校・児相との連携調整を担います。

解説（主要ポイント）：医療、保健福祉、教育の「橋渡し役」として、子どもや家族の日常生活の支援や社会復帰をサポートします。具体的には、福祉サービスの制度案内、学校との復学調整、児童相談所との連携などを担い、退院後も地域で安心して生活できる環境やネットワークを調整します。外来においては、初診時の生活背景の聞き取りから携わり、医療費助成や障害福祉サービスなど複雑な公的制度の案内や申請をきめ細かく支援します。一方、入院治療の場では、保護者との面談を継続して家庭内の課題整理や関係再構築を促すとともに、退院支援委員会の運営や外泊の調整を行い、円滑な地域移行をトータルコーディネートします。

参照ページ： p.31 精神保健福祉士の役割

Q. 作業療法士（OT）の役割は何ですか？

A: 「作業（遊び、創作等）」を通じて自己調整力や対人スキルを引き出し、
健康な生活基盤を整える支援を行います。

解説（主要ポイント）：遊びや創作、運動といった「作業」を通じて、自己調整力や対人スキルを引き出し、健康と生活の基盤を整える役割を担います。
作業を通じて見えた子どもの特性や強みをチームに共有し、自信を持って社会復帰や生活ができるよう実践的にサポートします。外来治療もしくはクリニックにおいては、感覚特性や ADL（食事や着替えなど）を包括的に評価し、家庭や学校で子どもが過ごしやすくなるための構造化や視覚支援といった環境調整、保護者への具体的な助言を行います。一方、専門病院などの入院治療では、朝の体操や畑作業などの日課を通じて安定した生活リズムを確立させ、個別・集団の作業活動を通じて適応的な行動の習得や身辺自立を包括的に支えます。

参照ページ： p.36 作業療法士の役割

Q. 栄養士（管理栄養士）や保育士の役割は何ですか？

A: 栄養士（管理栄養士）は摂食障害や発達特性による食行動の問題など、栄養・食生活の側面から専門的な評価と介入を担います。また、保育士は発達特性に応じた療育や集団生活支援を提供し、子どもの安心できる場作りと社会性向上を助けます。

解説（主要ポイント）：栄養士は、身体疾患や精神症状、薬物療法による食欲不振や体重増加を予防・管理し、子どもの健全な成長のために、多職種と連携して適切な栄養管理計画を作成・実施します。特に摂食障害の治療においては中核的な役割を果たします。保育士は、子どもにとって重要な「あそび」や「集団生活」を通じて、個別の発達特性に応じた療育を提供します。病院環境の中でも子どもが安心できる場を作り、生活支援を行いながら、社会性や適応能力を高めるサポートを行います。

参照ページ: p.40 栄養士、保育士の役割

Q. 院内学級教員の役割は何ですか？

A: 入院中の「学ぶ権利」を保障し、学習を通じて生活リズムの調整や自己肯定感の回復、在籍校との復学調整を担います。

解説（主要ポイント）：病院という医療環境にあっても、子どもから「学ぶ機会」を奪わないよう教育を保障する役割です。学習を通じて生活リズムを整えたり、自己肯定感を回復させたりします。また、元の学校（在籍校）と連携して復学や進路の調整も行います。外来においては、医療側と教育側をつなぐ支援者として教育的情報の共有や制度理解の促進を担い、通院中の子どもが適切な教育的配慮を受けられるよう橋渡しをします。一方、入院治療の場では、病棟に配置された院内学級等において各教科で指導を行い、入院によって生じる学習機会の格差を最小限に抑えるよう努めます。

参照ページ： p.43 院内学級教員の役割

III. 実践の流れ

Q. 初診時の多職種連携が重要な理由は何ですか？

A: 生活習慣、発達歴、環境状況などを各専門職が事前に聴取・統合することで、複雑な背景を漏れなく立体的に把握できるためです。

解説（主要ポイント）： 医師の診察が始まる前に、看護師が生活習慣を、公認心理師が発達歴を、精神保健福祉士が学校との連携状況を聴取するなど、各専門職の視点で情報を集めることで、子どもの複雑な背景を漏れなく立体的に把握できるからです。この予診段階では、感覚過敏の有無や学習の特徴、家族の社会資源の利用状況など、各専門職が必要とする独自の評価項目も網羅的に集約されます。こうして集められた多面的なデータは、その後の多職種カンファレンスにおける貴重な検討材料となり、初回診察時からブレのない正確な臨床像（見立て）をチーム全体で共有することを可能にします。

参照ページ: p.46 治療の流れ

Q. どのようなケースで精神科病棟での入院治療が検討されますか？

A: 自傷・他害のリスク、重度の摂食障害、深刻な精神症状による日常生活の困難、あるいは不安定な家庭環境からの保護が必要な場合です。

解説（主要ポイント）： 外来通院だけでは改善が難しい、自傷・他害のリスクが高い状態、生命の危険がある重度の摂食障害、深刻な精神症状で日常生活が送れない状態などが対象です。また、虐待など家庭環境が不安定で、一時的な保護や環境調整が必要な場合にも、24 時間体制で専門的なケアができる入院が検討されます。

参照ページ: p.53 入院における多職種連携

Q. 治療経過中における「治療計画の修正」とはどのようなことですか？

A: 子どもの状態は刻々と変化するため、毎週の高職種カンファレンスを通じて情報を統合し、治療目標、薬物療法、心理療法の内容を柔軟かつ迅速に更新していくことです。

解説（主要ポイント）： 固定された治療計画のままではなく、子どもの日々の行動観察（看護師、保育士）、心理検査の結果（公認心理師）、家族との面談情報（PSW）をリアルタイムで共有し、チーム全体で常に最適解を模索しながら治療を進めます。この動的な修正を具現化するため、治療中は最低でも週 1 回の定期カンファレンスが開催され、刻々と変化する子どもの精神状態や各種プログラムへの反応を多角的に評価します。メンバー全員の専門的知見をその都度統合していくことで、投薬内容や心理支援計画、さらには退院に向けたステップを状況に応じて柔軟かつ迅速にアップデートすることが可能となります。

参照ページ: p.56 治療計画の動的な修正

Q. 多職種連携会議（カンファレンス）の開催頻度の目安は？

A: 外来は初診から 3 か月以内や必要時、入院は週 1 回以上の頻度で定期的に開催することが推奨されます。

解説（主要ポイント）： 外来治療の場合は、初診から 3 か月以内や、子どもの状態に変化があった必要時に開催することが推奨されています。一方、入院治療の場合はより密な連携が必要なため、最低でも週 1 回の頻度で定期的に開催し、子どもの状態変化に対する迅速な評価と治療計画の見直しを行います。これら定期的な会議には、医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士だけでなく、必要に応じて作業療法士や管理栄養士、保育士なども柔軟に参加します。それぞれの職種が日々の観察から得た専門的データを持ち寄ることで、治療計画の効率を高めるだけでなく、チーム全体の信頼関係を深めながら包括的なケアを実践できます。

参照ページ： p.56 多職種連携会議の実施

Q. リスク事象が発生した際のカンファレンスはどう行われますか？

A: 虐待や自傷・他害等の緊急事態には、定期会議を待たず即座に「迅速な多職種カンファレンス」が臨時開催されます。

解説（主要ポイント）：虐待の発覚や、自傷・他害・逸脱行動など緊急かつ重大なリスク事象が起きた際は、定期会議を待たずに「迅速な多職種カンファレンス」として即座に臨時開催されます。職種を問わず誰でも起案でき、短時間で情報を共有し、即座に対応方針を決定するルールとなっています。この臨時会議は、病棟内にとどまらず外来診療やクリニック全体で同一の原則に基づいて即時開催できる体制とされています。会議の間では、集まった関係職種間で即時に情報を統合し、外来継続の可否、迅速な入院導入の是非、あるいは関係機関との具体的な連携方針がその場で速やかに決定されます。

参照ページ: p.56 多職種連携会議の実施

Q. 地域連携の基本的な枠組みとは何ですか？

A: 医療、学校、児相、療育・福祉機関等が包括的に協働し、退院後も切れ目のない支援を提供する地域における多施設連携体制です。

解説（主要ポイント）：医療機関の中だけで治療を完結させるのではなく、学校、教育委員会、児童相談所、療育・福祉機関など、地域にある様々な専門機関と協働して子どもを支える包括的な体制のことです。主に精神保健福祉士が調整役（ハブ）となり、退院後や外来通院中の子どもが、地域社会や学校で切れ目なくサポートを受けられるようにネットワークを構築します。

参照ページ: p.70 地域連携の枠組み

Q. 地域連携における「成人期へのトランジション支援」とは何ですか？

A: 児童精神科から成人精神科や一般社会へ円滑に移行し、支援が途切れないように、18 歳を越える前から関係機関と連携を開始することです。

解説（主要ポイント）：子どもが成長し成人期を迎えるにあたり、治療の目標を「発達・成長支援」から「自立・社会参加」へと切り替え、成人期を支援する機関（成人精神科、就労支援施設など）と連携を始めます。情報共有や引き継ぎを時間をかけて行い、子どもの自己決定権を尊重しながらシームレスな移行を目指します。

参照ページ: p.46 成人期へのトランジション

Q. 地域連携における課題と解決への方向性は？

A: 課題は情報の分断や役割の曖昧さです。共通教育プログラム（シラバス）の活用や「誰もが声を上げられる文化」の醸成で質を向上させます。

解説（主要ポイント）：専門職ごとのバックグラウンドが異なるため、他職種の業務内容や連携の意義について体系的に学べる教育プログラム（シラバス）を提供することで、職種間の共通理解を深めるためです。各医療機関が現場に即したシラバスを運用することで、お互いの役割を理解して協力できる「即戦力」を育成し、チーム医療の質を底上げすることを目的としています。

参照ページ: p.75 シラバスを活用した人材育成

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

児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究
分担研究報告書

分担研究者：原田 謙（長野県立こころの医療センター駒ヶ根）
研究協力者：市川海沙希（長野県立こころの医療センター駒ヶ根）
笹谷共幸（長野県立こころの医療センター駒ヶ根）
大澤真歩（長野県立こころの医療センター駒ヶ根）
浮舟裕介（長野県立こころの医療センター駒ヶ根）
窪田典子（長野県立こころの医療センター駒ヶ根）
上村光司（長野県立こころの医療センター駒ヶ根）
多田こと（長野県立こころの医療センター駒ヶ根）

研究要旨

本研究では、児童精神科病棟において各専門職が担当するプログラムを明確化した結果、専門性を活かした介入や多面的な児童理解につながることを示唆された。心理プログラムでは共通理解を基盤とした支援が可能となり、集団療法では児童の対人関係や自己表現の変化を観察できた。作業療法や運動プログラムも、ストレス発散や主体性の向上、関係性構築に役立っていた。また、担当制により業務の見通しが立ちやすくなり、多職種が病棟全体で児童を支援する一体感も得られていた。一方で、担当外プログラムの情報共有不足、準備や固定スケジュールによる職員負担などの課題も認められた。以上より、専門性を活かした役割分担は有用であるが、その効果を高めるためには、多職種間の情報共有や、児童・職員双方の負担に配慮した柔軟な運営が重要であると考えられた。

A. 研究目的

令和5年度、6年度、原田班は全国児童青年精神科医療施設協議会の会員施設を対象に、アンケート調査を実施し、入院治療における各職種の業務の現状や課題を抽出した。その結果として、1つの業務に多くの職種が参加している現状が浮かび上がった。各々の専門性が必要な業務を優先することが、入院治療の効率化につながると考えられた。

この結果を受け、筆者の所属する長野県立こころの医療センター駒ヶ根児童病棟（以下当病棟）では、入院治療のプログラムを改変し、各々の専門職種が担当するプログラムを絞り込んだ。本年度はその改変がどのような影響をもたらしたのかを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

調査対象：こころの医療センター駒ヶ根児童病棟の各専門職

調査時期：2025年1月

調査方法：当病棟で各曜日に行われているプログラムについて、改変前後での変化についてアンケート調査を行った。

アンケートの内容を表1に示す。

I. 回答者の職種

II. 担当したプログラム

III. 調査項目

1. 今回の変更が治療に役立っているか
2. 各職種がプログラムを担当するメリット
3. 各職種がプログラムを担当するデメリット

表1 アンケートの内容

（倫理面への配慮）

研究責任者である宇佐美政英が所属する国立研究開発法人国立国際医療研究センター国府台病院の倫理委員会の承認を得た。

回答は無記名であり、個人情報とは含まれない

い。

C. 研究結果

I. 回答者の基本情報

回答者は7名。医師1名、看護師3名、公認心理師1名、精神保健福祉士1名、作業療法士1名である。

II. 担当したプログラム

各専門職が担当したプログラムを表2に示す。

曜日	プログラム名	主担当専門職
月	心理プログラム	公認心理師
火	アクティビティ	公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士
水	男女別集団療法	医師、看護師
木	作業療法	作業療法士
金	運動	看護師、精神保健福祉士
表2	主に担当したプログラム	

III. 調査結果

1. 今回の変更が治療に役立っているか？

(1) 月曜 心理プログラム

＜回答者＞ 公認心理師

（回答）少し役立っている印象

（理由）特にアンガーについては、「この前プログラムで勉強したよね」と共通理解をもとに子どもたちと話すことができていると感じています。実践できるところまではいかなくても、入院生活の中で知識として取り入れてもらうことには意味があるのではないかと思います。

(2) 火曜 アクティビティ

＜回答者＞ 公認心理師

（回答）変わらない

（理由）それぞれの子どもの治療目標に沿ってプログラムも活用できればという願いから実施しましたが、現時点ではNsの忙しさもあり、そこまで活用されていない印象です。そのため、役立っているという点では昨年度と変わらないかと思います。

＜回答者＞ 精神保健福祉士

（回答）変わらない

（理由）各自の取り組み内容を職種の得意と

するジャンルに合わせて計画しているため、当面はこのまま継続でよい

＜回答者＞ 作業療法士

（回答）少し役立っている

（理由）令和7年度から心理士を中心にプログラム参加に対して目標、感想を書ける用紙を作成していただきました。そのため、参加した児童の感想や思いを聞ける機会ができたことはよい変更点と考えます。作業療法士は児童と関わる機会が少ないため今後のプログラム運営や内容に活かしていけると考えます。

(3) 水曜日 男女別集団療法

＜回答者＞ 医師

（回答）少し役立っている

（理由）最初は参加に消極的であった児が徐々に発言するようになるなど継続する中で変化がみられるため。

・患児同士の関係性や集団内での立ち振る舞いを観察できるという点で医療者にもメリットがある。

＜回答者＞ 看護師 A

（回答）余り役立っていない

（理由）グループの良さより負担感の方が上回っている

＜回答者＞ 看護師 B

（回答）少し役立っている

（理由）男子は嫌だ嫌だと言いながら結局自分でリーダーシップをとり話を進めていったり、自分の興味のあることをグループだからこそ言える場面があったりして、グループでならではの言動が見られており、興味深い。

・子どもの内面の動きもあるだろうし、こちらは子どもを知るのに役立っている。女子は、グループそのものへの抵抗があったが、それはそれで、大人と子どものやり取りとして意味をなしていると思っている。いずれにせよグループをめぐって子どもと大人の相互作用が増えているし、長い目で見て治療的であると思う。

(4) 作業療法

＜回答者＞ 作業療法士

（回答）変わらない

（理由）内容、頻度、実施時間ともに大きな変化がないため。

(5) 運動

＜回答者＞ 看護師 B

(回答) 変わらない

(理由) 子どものストレス発散という意味合いが強そう。中庭に出ることでの程度子どもが発散できているのか？不明。

<回答者> 看護師 C

(回答) かなり役立っている

(理由) 多忙により十分に子供と関われる時間を確保できない。プログラムとして活動する事で患児との関わる時間も増える。

閉鎖病棟である為、中庭で体を動かす事で患児のストレス発散、気分転換ができる。

<精神保健福祉士>

(回答) 少し役立っている

(理由) 子どもたちと外遊びを通して関わる機会は普段はないため、関係性の構築とともにいつもと違う側面を観察できるため

2. 各職種がプログラムを担当するメリット

<回答者> 医師

- ・専門性が生かされる
- ・業務の見通しがつきやすい
- ・病棟全体で関わっている連帯感が生まれる

<回答者> 看護師

- ・専門性がより出て良いです。
- ・全職種で子どもに関わっている感じが出ている点はよいし、子どもと関わる機会が増えているという意味でメリットが大きい。プログラムによって子どもが見せる顔も違うので、子ども理解にも役立つ。

- ・各職種がそれぞれプログラムを担当する事で業務量が分散される。

- ・それぞれの職種からみた患者の状態の評価が行える。

<回答者> 公認心理師

- ・心理の業務は曜日、時間が決まっているものが多いため、病棟プログラム担当の曜日が決まっていることで、他業務の調整がしやすいところ

- ・子どもたちにとっても曜日ごとに決まっていることで習慣化されやすく、見通しがつきやすいところ

<回答者> 精神保健福祉士

- ・各職種がプログラムを担当、参加することで病棟全体でチームとして児童と関わり、運営しているという一体感が生まれたり、コミュニケーションの幅が広がる。

<回答者> 作業療法士

- ・病棟 OT では、時間や約束事を守ることでもできると思います。

- ・パラレルな場を利用した作業活動は作業療法士が得意とする分野であり、専門性を発揮できる場であると考えます。

- ・作業活動は多岐にわたるため、児童にとっては新たな挑戦の機会を得る、道具の使い方を学べる、自分の好きな作業を取り入れることで主体性を持って楽しみながら活動ができると思います。自己を表現する機会や自信をつけることにもつながると考えます。

- ・いろいろな職種が関わることで、活動参加中の児童を多角的にとらえ、治療や援助に活かすことができると考えます。

- ・A-KAB の中で毎週プログラム内容が異なるため、児童のより良いところを参加したスタッフが共有しよい面を本人伸ばしていけると考えます。

- ・多職種それぞれの視点で次のプログラムを考えることができ、児童にとっては新たな挑戦の機会を得たり、学びを得ることで視野を広げて考えたりすることができると考えます。

- ・作業療法士は児童と関わる機会が少ないため、各職種が関わっていることで多角的な視野による情報共有ができると考えます。

3. 各職種がプログラムを担当するデメリット

<回答者> 医師

- ・自分が担当するプログラム以外のプログラムの情報が得にくい

- ・プログラムや担当者で見せる顔が違うため、多角的な味方ができにくい

- ・多職種との情報交換の機会が少なくなる

<回答者> 看護師

- ・病院全体でのプログラムも多い為負担感があるかと思います。

- ・どうしても看護師は入りたい思いがあるが、毎日だと入ることが難しいことがある。入っていないプログラムについては、内容も分からず、また子どもがどんな経験をしているかを把握することも難しい(あとで記録を見ることはできるが、いまいち)。

- ・特になし

<回答者> 公認心理師

- ・プログラムが増えたことで子どもたちの負担感も増えているのではないかと感じています。

- ・担当が決まっていると、どうしても担当外のプログラムに対する関心が薄くなってしまうところ

があると思います。自身が参加していないプログラムでどんなことを行っているのか、スタッフ間で共有できると良いのではないのでしょうか。

＜回答者＞ 精神保健福祉士

・曜日と時間が固定化されていると他に優先したい業務が入ってきた際に他職種に代わりを依頼しなければならず、負担を掛けてしまう。

＜回答者＞ 作業療法士

・病棟 OT では毎週参加する担当を決めていますが、プログラムがあることで休みが思うように取れないこともある

・大人の病棟との兼ね合いもあるため個人の仕事量の増大が懸念されると思います。

・作業療法士が主体となってプログラムを運営しているため、治療状況に応じた OT への参加や参加目標などが治療とずれてしまう可能性があるのではないかと思います。

・月の終わりに次月のプログラムを考え、役割分担していますが、職種によっては他のプログラムとの兼ね合いで休みが思うように取れないことがあるのではないかと

・プログラムの内容によっては創作活動などもあるため、見本を作ることも必要になってきます。また、道具の準備や片付けに時間がかかることもあるかと思っています。

D. 考察

本研究では、児童精神科病棟における入院治療プログラムについて、各専門職が担当する役割を整理し、専門性に応じた運営体制へ改変した影響を検討した。その結果、専門職ごとに役割を明確化することで、専門性を活かした介入、多職種による多面的な児童理解、病棟全体としての一体感の形成など、多くの利点が認められた。一方で、担当制による情報共有不足や業務負担の偏りなど、新たな課題も明らかとなった。

まず、心理プログラムでは、公認心理師から「アンガーについてプログラムで勉強したことを共通理解として活用できる」との意見が得られた。これは、心理教育的介入が単なる知識提供にとどまらず、病棟生活全体の支援に活用されていることを示している。児童精神科領域では、感情や行動を適切に言語化することが難しい児童も少なくない。そのため、「以前プログラムで学んだ」という共通体験が、感情調整

や振り返りを促す支援の基盤となっている可能性がある。即時的な行動変容には結びつかなくとも、入院生活の中で繰り返し触れることで、児童が徐々に自分の感情や行動への理解を深めていく過程そのものに意味があると考えられる。

アクティビティでは、「大きな変化はない」という意見が多かった。背景として、病棟看護師の多忙さにより、個々の治療目標とプログラム内容が十分に連動していないことが示唆された。つまり、プログラム自体は存在していても、その内容が治療計画の中に十分位置づけられていない可能性がある。一方で、感想や目標を書き込める用紙を導入したことで、児童の思いや体験を把握しやすくなったとの意見もみられた。これは、プログラム後の振り返りや情報共有を充実させることで、治療的意義を高められる可能性を示している。また、作業療法士からは、普段接する機会が少ない児童の思いや反応を知ることができたという意見もあり、プログラムを介した情報共有の意義が示唆された。

男女別集団療法については、比較的肯定的な評価が多くみられた。消極的であった児童が徐々に発言するようになるなど、継続参加による変化が観察されていた。特に、「グループだからこそ言える」「嫌だと言いつつも参加し、その中で役割を持つ」といった反応は、個別面接では見えにくい対人関係の特徴や自己表現のあり方を示していると考えられる。児童精神科においては、対人関係上の困難を抱える児童も多く、集団場面での行動観察は重要な治療的意味を持つ。また、医療者側にとっても、児童同士の関係性や集団内での立ち位置を観察できる点は大きなメリットであった。一方で、「負担感が上回る」という意見もみられた。集団場面は刺激量が多く、対人不安の強い児童や発達特性を有する児童にとっては、治療的意義よりも疲弊感が大きくなる場合もある。そのため、参加の強制ではなく、児童ごとの状態に応じた柔軟な参加形態を検討する必要があると考えられた。

作業療法については、「大きな変更がないため変化も少ない」と評価されていたが、作業療法士からは多くの意義が挙げられていた。作業活動を通して、児童が主体性を持って活動

に取り組めることや、新しい挑戦を経験できることは、自己効力感や自信の獲得につながる可能性がある。また、時間や約束を守る経験を積むことは、社会性や生活技能の向上にも関連していると考えられる。さらに、作業活動は言語的表現が苦手な児童でも参加しやすく、自己表現の手段となり得る点の特徴である。創作活動や共同作業を通して、児童の得意な面や興味関心が明らかになることも多く、強みを活かした支援につながる可能性がある。

運動プログラムでは、「ストレス発散」「気分転換」「関係性の構築」などの効果が挙げられた。閉鎖病棟では活動範囲が制限されるため、身体活動の機会そのものが重要な意味を持つ。特に中庭での活動は、児童にとって環境刺激の変化となり、心理的閉塞感を軽減する役割を果たしている可能性がある。また、運動場面では、普段は見られない児童の一面が表れやすく、医療者にとって新たな児童理解につながるという利点も示された。さらに、遊びや身体活動を通じた関わりは、面接場面とは異なる自然なコミュニケーションを生み、関係性形成にも寄与していると考えられる。

各職種がプログラムを担当するメリットとして、最も多く挙げられたのは「専門性を発揮できる」という点であった。医師は集団療法における対人関係や精神状態の評価、公認心理師は心理教育、作業療法士は作業活動、精神保健福祉士は関係調整や社会性支援など、それぞれの専門領域を活かした介入が可能となっていた。これは、単に役割分担を行うだけではなく、「その職種だからこそ提供できる支援」を明確にした点に意義があると考えられる。

また、「業務の見通しが立てやすい」という意見も重要である。担当曜日や時間が決まっていることで、他業務との調整がしやすくなり、職員側のスケジュール管理に役立っていた。さらに、児童側にとっても、「毎週同じ曜日に同じ活動がある」という構造化は安心感や予測可能性につながる。特に発達特性を有する児童にとって、見通しが立つ環境は情緒の安定に寄与すると考えられる。

さらに、多職種が病棟全体で児童に関わることで、「チームとして支援している一体感」が生まれていた点も重要である。児童精神科医療では、一人の児童を多角的に理解することが不可欠であり、各職種が異なる場面で得た情報を統合することで、より包括的な支援が可能となる。例えば、集団場面では消極的でも、運動場面では活発に振る舞う児童もいる。このような多面的理解は、個別支援計画の作成や治療方針の検討に有用であると考えられる。

一方で、デメリットとして、「担当外プログラムの情報が入りにくい」という問題が多く挙げられた。担当制により業務効率は向上する反面、他プログラムへの関心や理解が薄れやすくなる可能性がある。実際、「記録を見ても実際の雰囲気までは分からない」という意見もあり、文字情報だけでは共有しきれない部分が存在することが示唆された。児童は場面によって異なる姿を見せるため、特定のプログラムのみの観察では理解が偏る可能性がある。

また、固定化された担当制は、職員の業務負担や休暇取得にも影響していた。特に作業療法士からは、準備や片付け、見本作成などの負担が大きいことが挙げられていた。加えて、他病棟業務との兼ね合いもあり、個人の業務量増大が懸念されていた。精神保健福祉士からも、固定スケジュールにより他業務との調整が難しく、代替依頼が必要になる場面があるとの意見があった。つまり、専門性を重視した運営は、一定の人的余裕がなければ継続が難しい可能性がある。

E. 結論

各専門職が役割を分担してプログラムを担当することは、専門性を活かした支援や多面的な児童理解に有用であることが示唆された。一方で、その効果を最大限に活かすためには、多職種間での情報共有を充実させること、児童個々の治療目標とプログラムを関連づけること、さらに職員の負担に配慮した柔軟な運営体制を構築することが重要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 研究論文 なし

2. 学会発表

なし

G: 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究
分担研究報告書

分担研究課題名：専門病棟をもつ拠点病院としての地域連携に関する研究

分担研究者：大重耕三（岡山県精神科医療センター）

研究協力者：福田理尋（岡山県精神科医療センター）

谷口斐香（岡山県精神科医療センター）

古謝佳子（岡山県精神科医療センター）

新庄加奈（岡山県精神科医療センター）

山下えりか（岡山県精神科医療センター）

古田大地（岡山県精神科医療センター）

齊藤慧（岡山県精神科医療センター）

笠井直幸（岡山市こども総合相談所）

壺内昌子（岡山市こども総合相談所）

研究要旨

令和 6 年度「専門病棟をもつ拠点病院としての地域連携に関する研究」として、全国児童青年精神科医療施設協議会、および日本児童青年精神科・診療所連絡協議会の会員施設を対象にアンケート調査を実施した。その結果、多くの児童精神科医療機関にとって、児童相談所は連携の頻度および重要性が高いと共に、連携における困難さが大きい機関と認識されていることがわかった。ただしその調査は児童精神科医療機関を対象としたものであり、児童相談所側が認識している、児童精神科医療機関との連携における困難さの程度やその内容を把握するには至らなかった。

そのため本研究では、児童相談所の実務者（児童福祉司）からみた精神科医療機関との連携における課題を明らかにすることを目的とし、全国の児童相談所 242 施設に所属し相談業務に携わる児童福祉司 6530 名にアンケート調査を行った。そのうち 641 人（約 9.8%）の児童福祉司より回答が得られ、精神科医療機関との連携において、「困難さが、少しある」「困難さが、強い」との回答は 435 件（約 68%）であった。なかでも、精神科医療機関とのコミュニケーションにおける困難さや、児童福祉の連携先となり得る医療資源の不足をあげる回答が、特に高い割合で認められた。

今回の調査により、多くの児童福祉司が精神科医療機関との連携において困難さを感じていることが確認された。精神科医療機関と児童相談所の連携をより円滑に機能させていく上での課題点を示唆している。

A. 研究目的

児童相談所の実務者（児童福祉司）からみた、精神科医療機関との連携における課題を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

令和 6 年度に行われた医療機関へのアンケート調査の結果を参考に、Google フォーム形式でアンケートを作成。アンケートの依頼文とともに、Google フォームへのアクセス用の QR コードを、全国の児童相談所全 242 施設に対して郵送する。回答は、Google フォームへの記入によって行う。この調査により、児童相談所の実務者が精神科医療機関との連携において、認識している課題を抽出する。

（研究デザイン）

当院単独・多施設を対象としたアンケート調査

（アンケート実施時期）

令和 7 年 12 月～令和 8 年 1 月

（対象者）

全国の児童相談所 242 施設に所属する、相談業務に携わる児童福祉司

（調査項目）

・精神科医療機関との連携で感じる困難について 5 段階評価（①困難さは、ない ②困難さは、あまりない ③普通 ④困難さ

が、少しある ⑤困難さが、強い）で回答を求めた : 設問 1

・上記④⑤を選択した回答者に対し、困難さの理由について選択肢と自由記述によって回答を求めた : 設問 2～3

・上記において①②③を選択した回答者に対し、連携を円滑に機能させるための取り組みや工夫について自由記述によって回答を求めた : 設問 4

（倫理面への配慮）

診療に携わった個別の患者データは取り扱わず、自由記述においても記入しないように注意喚起を行った。

C. 研究結果

（回答率）

令和 7 年 4 月 1 日時点で、全国 242 ヶ所の児童相談所に所属する児童福祉司の総数は 6530 名（子ども家庭庁 児童相談所関連データより）である。このうち、回答数は 641 件であり、回答率は約 9.8%であった。

1. 設問 1 の結果

設問 1 精神科医療機関との連携において、困難さを感じる度合い

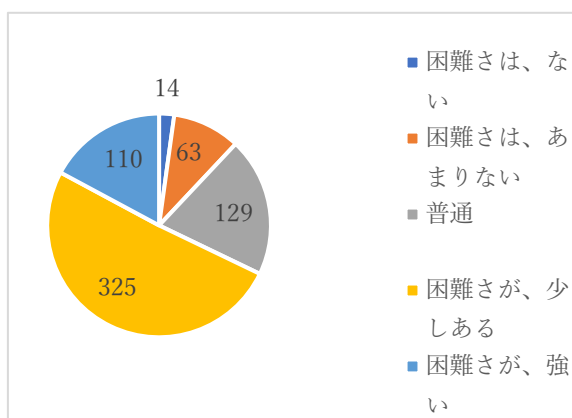


図 1：設問 1 の結果

回答者のうち約 68%が、「困難さが、少しある」「困難さが、強い」と回答した。

2. 設問 2～3 までの結果

設問 1 において「困難さが、少しある」「困難さが、強い」と回答した 435 件の回答者に対し、設問 2～3 までの回答を求めた。

1) 設問 2-1：精神科医療機関とのコミュニケーションがうまくいかない

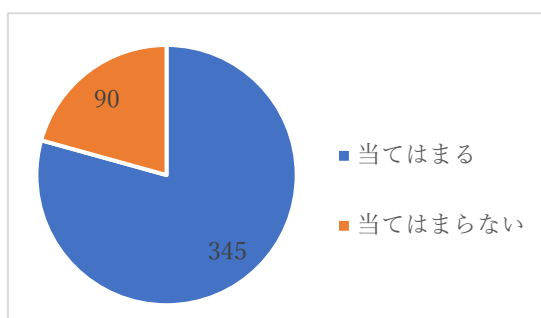


図 2：設問 2-1 の結果

精神科医療機関とのコミュニケーションがうまくいかない理由について選択式（複数回答可）で回答を求めた結果、「入院治療の受け入れ相談が円滑にできない」（217 件）、「児童相談所側の意向や方針が伝わら

ない」（215 件）が特に多く挙げられた。次いで「精神科医療機関側に否定的な態度をとられる」（192 件）「精神科医療機関の見立てや治療方針がわからない」（152 件）が続いた。また、「主治医と話せない」（118 件）「診療情報を共有してもらえない」（117 件）も一定数見られた。「担当者が誰かわからない」（38 件）ことを挙げた回答もあった。

2) 設問 2-2：児童相談所が、子どもを精神科医療機関に受診させたくても、すぐに受診先が見つからない、診てもらうまでに時間がかかる

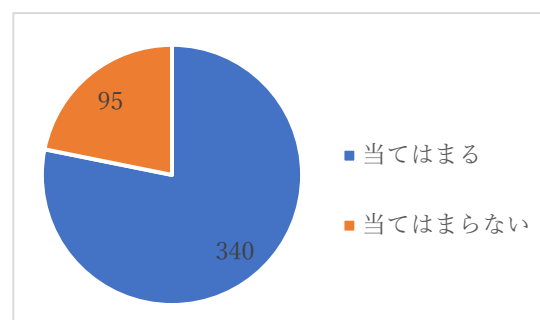


図 3：設問 2-2 の結果

自由記述を以下に抜粋する。

・児童精神科における受診待機の課題

「予約が 3～6 か月先しかとれない」
「県外も含めて何件も問い合わせる」
「一時保護中に児童の精神科受診を相談しても、予約が先になり、一時保護期間中に受診できない場合がある」

「地域によっては児童精神科が少なく、新規の場合、月 1 の電話での予約争奪戦が起こり電話自体が繋がらずに終わることがある。場合によっては児童相談所と一緒に電話をかけ続けることもある」

「受診が数か月先と言われた際に、現状の困り感について聞いてもらえず、待機中の対処の相談ができず、協力し合うことの難しさを感じた」など

・児童精神科救急に対応可能な医療機関の不足

「緊急の受診先が見つからない」

「夜間輪番病院に児童の対応は慣れていないのでできないと断られたことがあった」

「自傷他害のある児童を、当日中に受診させることができず、数日後落ち着いた頃に受診させることとなる」

「医療的な保護が必要な児童を無理に一時保護している」など

・同一の状況に対する、児童相談所と医療機関の見解の相違

「刺激に脆弱であり一時保護所や施設といった集団からの刺激で自傷他害に至る児童について、医療ではなく生活環境設定が必要と言われてしまう。その環境がなく困っているが伝わらない」

「希死念慮が有る児童は、福祉でなく先ず医療と思いますが、環境整備でと言われてしまう」

「虐待の影響で問題行動が生じている場合は、児相が家庭環境調整すべきと言われ、入院はさせてもらえない」など

・緊急対応を要する場合に、その時点ではできない調整を求められる難しさ

「一時保護所で処遇が難しい場合(自傷、他害)、入院調整するが退院の見込みがないと受け入れてもらえない」

「対応に苦慮する（暴れる、自殺企図）ケ

ースの入院の相談をすると、退院後の見通しまで求められる」など

・医療保護入院の同意者をめぐる課題

「受診するまでに時間がかかることはもちろんありますが、いざ入院が具体的に進むときに、児相が虐待主訴で対応していると、同意者になれないという事が、説明の過程で、トラブルになる事がある」

「入院時に保護者が虐待者であるとして医療保護入院ができない」

「精神保健福祉法を知っているのかというようなことを言われた」など

・医療機関を探す支援が得られないこと

「入院を断られた時に他の病院を児童相談所で探すように言われた」

「児童精神科通院中に対象年齢を超えた場合に他精神科病院に転院が必要となるが、紹介状の作成のみで転院調整はしてもらえなかった」など

3) 設問 2-3：地理的な制約から受診させることができない

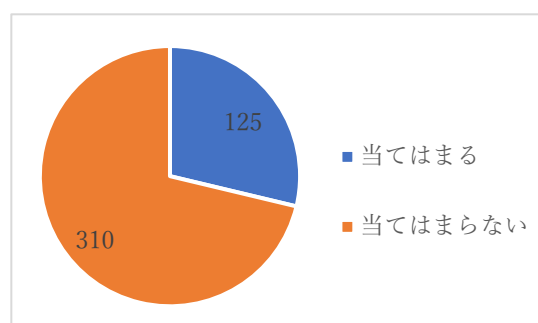


図4：設問 2-3 の結果

自由記述を以下に抜粋する。

・医療資源の偏在

「近隣に精神科医療機関はあっても児童精神科がない」

「医療機関が都市部に偏っている」

「町村や離島からの受診が困難」など

・養育者に関する課題

「保護者が車を持っていない」

「貧困世帯や移動手段が限られる家庭はそもそも遠くまで移動ができず受診が難しい」

「車を運転できない、そもそも受診に消極的な親に、こどもの受診を動機付けする際に、地理的な条件の悪さは致命傷だったりする」

「保護者が仕事を休めないという理由で遠い地域はハードルが高い」など

4) 設問 2-4：養育者のメンタルヘルス問題が心配される場合に、精神科医療機関に相談したくても、相談先が見つからない

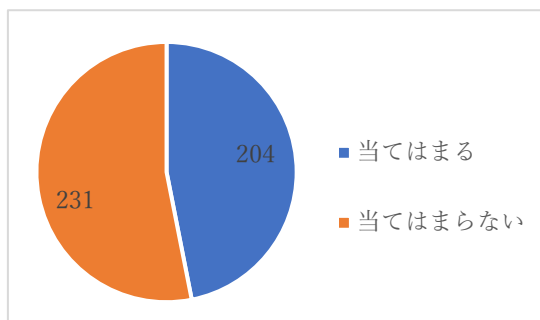


図5：設問 2-4 の結果

自由記述を以下に抜粋する。

・養育者を動機づける困難さ

「養育者自身が精神科への受診を拒み、うまくつながらない」

「保護者が金銭的に余裕がない家庭が多く、

困り感はあるとしても医療費がかかることで受診へのハードルが高い」

「養育に疲れきっている親御さんが多く、受診する気力も交通手段もなく、受診を億劫に感じている方が多い」など

・即応可能な医療機関の不足

「医療機関の空きがない、新患の初診までに時間がかかる」

「どこも予約がいっぱいですぐに受診をさせられない。保護者が受診に前向きになっても、手続きに時間がかかるうちに受診意欲がなくなってしまう」など

・児童福祉の観点からふまえた連携が可能な医療機関の不足

「養育力の見立てにおいて頼れる医療機関が少ない」

「一部の医療機関では、児童虐待のリスクなどがある親の意向を優先し、親子への支援という視点からの児相の方針に対して非協力的である」

「親の精神疾患であれば、1 患者ではなく、養育者としての視点や、子どもの精神疾患には家族、学校、友人等との関係もあるという点も含めて連携したいが、なかなかそこまで踏み込んだ理解をしてもらうことや連携が難しい」など

・診療情報の共有における、保護者自身の同意の有無

「養育者の同意なく医療情報の共有を依頼していいのか分からない」

「情報提供を拒否されたり、なかなか共有してもらえない病院や個人がいる」

「子どもが施設入所中に連絡がつかなくな

った保護者について、保護者の受診先医療機関に受診状況を問い合わせたが保護者の同意が必要であるとのことで、状況を確認することができなかった」など

5) 設問 3: その他、困難さを感じる点について

自由記述を以下に抜粋する。

・連携する際の役割分担の難しさ

「病院の機能、児童相談所の機能、それぞれの違いを保管しあうという関係になることが難しい場合が多い」

「医療保護入院だが、一時保護委託中でもあるという状況で、責任の所在があいまい」など

・児童相談所と医療機関における判断基準の相違

「児相としては精神症状に加え、生活環境、家庭環境からも入院による治療が必要だと感じていても、病院としては、精神症状がたいしたことがなければ入院までは必要ないと判断される場合がある」

「どのレベルから、医療化した方がいいのか、度合いがあまり掴めていないから」など

・医療機関における、児童相談所など他機関の実情に関する理解の不十分さ

「児童相談所ができないかもしれないことを勝手に保護者に伝えて丸投げされたように感じる場合がある」

「すぐに施設入所ありきで話をされるが、

受け入れる施設の空きや調整に時間がかかることを理解してもらえない」

「医療機関から過大な期待や要望をうけることがある」など

・医療機関における、他機関を尊重する姿勢の不足

「病院側の見立てをもとに児相に施設入所を求められたが、適合する場所が見つけれず、叱責されるだけの会議を何度も開いたことがありました」

「退院の催促などが余りにも威圧的で一方的」

「医療機関として要入院と判断したにもかかわらず、病院が家族らに委ねる手続き等を児相児童福祉司に委ねることが、当然と考えているかの如き対応をされた」

「児相がお伺いをたてないといけない点は納得できない。対等の関係を結べない」など

・受診状況等の情報共有における課題

「虐待ケースだとしても、親の許可がなければ情報共有に応じない病院が多い。」

「要保護児童対策協議会登録児童のことであっても情報共有に協力が得られないケースがある」など

・組織としての意思決定のプロセスの違い

「医療は医師の意見が絶対で、児童相談所は常に協議で方針を決める。意思決定のプロセスの違いで意見交換がうまくいかない」など

・児童福祉施設と医療機関との間に挟まれる難しさ

「福祉分野で対応困難であることと、医療での必要性が異なることはわかるが、精神面に課題があり、それを原因として生活場所が設定できないケースで入院を打診しても断られることが多い」

「施設からの精神科入院の見立てと、精神科の入院の必要性の見立てやスピード感のズレの調整で間に挟まれる事がある。また、退院に対しても病院の見立てと、受け入れる施設の見立てに開きがあり、その狭間で子どもを一時保護しなければならない事が、子どもにわかりにくい状況になる」など

3. 設問4の結果

設問1において「困難さは、ない」「困難さはあまりない」「普通」と回答した189件の回答者に対し、以下の回答を求めた。

設問4：困難さが減じるような、連携を円滑に機能させるための取り組みや工夫

自由記述を以下に抜粋する。

・児童相談所と医療機関間での相互理解と尊重

「児相としての考えもお伝えして、お互いの落としどころを作るよう努めている」

「出来ること出来ないことはお互いに存在することを忘れないように心がけています」

「児相のケースワーカーが、精神医療について知識を深める」

「病院側に児童相談所における判断基準がある程度理解する体制がほしい」など

・双方の法制度に関する理解の促進

「児童虐待の調査の一貫で主治医を訪問する機会があるが、法を根拠に行う調査ということで協力的である」

「根拠法令を伝え、立場や役割、意図を明確化する」

「虐待案件については守秘義務の例外であることを徹底する」など

・支援の相互乗り入れ

「必要に応じて受診に同席する」

「それぞれの機関の役割と強みを活かせるタイミングについて確認して、役割分担を決める」

「児相の性教育プログラムを病院の依頼で行うこともある」など

・連携システムの構築

「連携がとれる窓口を明らかにする」

「児童相談所内に医療連携担当がいるので、病院との連携に長けている」

「MHSWと密に連絡をとる」など

・児童相談所への医師の配置

「児童相談所に嘱託医が居り、定期的に相談会(診療ではなく、児相内での相談)が設けられていることで、気軽に専門医の意見を聞くことができる」

「常勤精神科医がおり、相談しやすい環境が整えられている」など

・コミュニケーションを深めるための工夫

「日頃から児童対応を一緒に行っている精神科医療機関との月1回情報共有のための連絡会を実施している」

「共に学び合う機会を定期的に設ける」

「食事を一緒にとるなど、業務以外の時間

を共に過ごすこと」
「人事交流を行う」など

D. 考察

令和7年4月1日時点で、全国242ヶ所の児童相談所に所属する6530名中641人（約9.8%）の児童福祉司より回答を得た。そのうち約68%が、精神科医療機関との連携において困難さを感じると回答した。またその中身として、精神科医療機関とのコミュニケーションにおける困難や、児童福祉の連携先となり得る医療資源の不足をあげる回答が、特に高い割合で認められた。

連携において困難を感じやすい場面としては、救急受診や入院治療に関する相談をあげる回答が目立った。そもそも対応可能な精神科医療機関が少なく受診先をみつける困難が大きいことに加え、たとえ医療機関に対して入院の相談をしてもうまく対応してもらえないと感じている児童福祉司が多いことが伺えた。また精神科医療機関から、児童相談所側に対して実情にそぐわない介入やその時点では難しいケースワークを求められることも、コミュニケーションにおける困難さの例としてあげられた。

また、児童相談所の方針とは異なる処遇（施設入所等）を精神科医療機関から求められたり、児童相談所に確認することなく医療機関側から保護者らに児童相談所の対応についての提案がされたりしていることなどがあげられた。また虐待事例における個人情報の扱いや、精神保健福祉法に基づく医療保護入院のやりとりなども、双方の理解がずれて困難が生じやすい場面としてあげられた。

一方、連携における困難さは少ないと選択した群からは、回答された困難さにおおむね対応する取り組みや工夫、すなわち平素からコミュニケーションを図り相互理解を深めておくことや支援において互いに果たせる役割をとり補い合うことの重要性などがあげられた。

なお回答のなかには、精神科医療機関側の不適切ともいえるような対応を指摘するものも認めた。他機関との連携においては、相互理解・相互尊重が基本となることに留意が必要だろう。

今回の調査によって、多くの児童福祉司が精神科医療機関との連携において困難さを感じていることが確認された。回答された個別の事例についてその仔細を検討できるものではないが、児童福祉司から得られた意見には、精神科医療機関としても今後の連携において課題点として認識すべき点が多いと考える。

E. 結論

児童相談所の実務者（児童福祉司）からみた、精神科医療機関との連携における課題を明らかにすることを目的とし、全国の児童相談所242施設に所属する、相談業務に携わっている児童福祉司6530名にアンケート調査を行った。

精神科医療機関との連携において「困難さが、少しある」「困難さが、強い」との回答は435件であり、約68%の児童福祉司がなんらかの困難を感じているという結果が得られた。なかでも、精神科医療機関とのコミュニケーションにおける困難や、児童福祉の連携先となり得る医療資源の不足

をあげる回答が、特に高い割合で認められた。

今回の調査により、多くの児童福祉司が精神科医療機関との連携において困難さを感じていることが確認された。得られた意見は、児童相談所との連携がより円滑に機能させるために精神科医療機関側が留意すべき点を示唆している。

最後に、虐待対応を担う第一線である、児童相談所において非常に多忙な業務を担っている中で、本調査にご協力賜った児童福祉司をはじめとする全国の児童相談所の職員の方々に心から感謝いたします。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究
分担研究報告書

研究科題名：児童精神科診療所における多職種の業務の変化－診療所のアンケート調査を介して－

分担研究者 奥野 正景（医療法人サヂカム会 三国丘こころのクリニック、同 三国丘病院、大阪公立大学大学院生活科学研究科）

研究要旨

令和 4 年度の診療報酬改定で、通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算（注 4）の算定期限が 2 年であったものが、16 歳までは期限なしとされた。また、6 年度の診療報酬改定では、通院・在宅精神療法に児童思春期支援指導加算（注 10）が新たに算定できるようになった。これらの加算においては、公認心理師などの多職種の配置が要件とされている。これまでの報告では、16 歳未満を多く診療している診療所においてはより多くの多職種を配置している事態があった。今回、児童精神科診療所において、2025 年 11 月の加算の算定状況、スタッフ配置、連携の状況などを調査した。また、その中で注 4 を算定している機関の特徴および、2024 年 11 月の調査にも参加した機関において、1 年間の変化について比較した。児童精神科診療所においては、多職種が配置され、注 10 の加算の算定要件を満たす機関が増加していた。特に公認心理師の配置が増加し、福祉関連の機関との連携に、様々な職種が参加するようになってきている。また、注 4 の加算を取得している機関では、より低年齢の診療に特化している実態があった。

研究協力者

村嶋 隼人 医療法人サヂカム会 三国丘こころのクリニック、同 三国丘病院

在宅精神療法の児童思春期支援指導加算が新たに保険収載された。しかし、算定要件に研修が科されているなどもあり、2024 年 11 月の実績調査では算定している児童精神科診療所はごくわずかであった。

A. 研究目的

児童精神科診療所において、多職種の配置の多い医療機関においては、児童思春期の精神科診療を積極的に行っている実態がある。令和 6 年度の診療報酬改定で、通院・

今回、日本児童青年精神科・診療所連絡協議会（以下 JaSCAP-C）の会員の医療機関代表者（院長、理事長）又はそれに準ずる担当者（副院長、事務担当など）に対して 2025

年 11 月の診療実績についてのアンケート調査を行い、児童精神科診療所の業務の実態と多職種の配置、およびその変化を明らかにする。

B. 研究方法

JaSCAP-C のメーリングリストを用い、EXEL ファイルに直接記入し、メールで返送してもらう形でアンケート調査を 2026 年 2 月に行った。

アンケート調査の対象となる期間は、特に指定のない場合 2025 年 11 月 1 日から 30 日までの 1 か月間とした。

(倫理面への配慮)

本研究「児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究 (23GC1013)」は国立研究開発法人国立国際医療研究センターにおいて、倫理審査を受けている。分担研究において収集される情報には個人情報含まれておらず、非介入のアンケート調査である。特定の企業団体との利益相反もない。

C. 研究結果

14 の診療所から回答を得た。うち児童思春期精神科専門管理加算 (以下注 4) 算定機関は 5 件 (36%)。児童思春期支援指導加算 (以下注 10) 算定機関は 11 件 (79%)。いずれも算定できない機関は 2 件 (14%) のみであった (表 1)。

初診は、全 14 機関の平均 28.9 名で、22.8 名 (79%) が 20 歳未満、18.3 名 (63%) が 16 歳未満であった (表 1)。注 4 を算定できる 5 機関では、初診は平均 37.6 名で、36.4 名 (96.8%) が 20 歳未満、33.2 名、(88.3%)

が 16 歳未満であった。注 4 算定機関では、初診が 30%多く、その 88.3%が 16 歳未満であり、より低年齢の精神科診療に特化していた (表 2)。

また、1 医療機関当たり、月に通院精神療法を述べ平均 864.9 件算定し、うち注 3 の 20 歳未満加算 (以下注 3) が 59.9 件 (6.9%) で、注 4 が 300.1 件 (34.7%)、注 9 の心理支援加算 (以下注 9) が 6.3 件 (0.7%)、注 10 が 25.6 件 (3.0%) 算定されていた (表 1)。

小児特定疾患カウンセリング料は、3 機関で計 252 件算定され、1 算定機関あたりの平均は 84 件であった (表 1)。

また、1 日平均 67.4 が名受診しており、40.1 名 (59.5%) が 20 歳未満、30.9 名 (45.8%) が 16 歳未満であった (表 1)。注 4 の算定期間においては、1 日平均 76.0 名受診しており、59.6 名 (78.4%) が 20 歳未満、46.8 名 (61.5%) が 16 歳未満であった (表 2)。注 4 の算定機関では、受診者数が多く、16 歳未満の割合が高かったが、初診のうち、約 9 割が 16 歳未満であるにもかかわらず、受診者全体では 16 歳未満は約 6 割であることから、注 4 算定要件の「診療所においては、16 歳未満の通院・在宅精神療法が 50% 以上であること」を満たすのは、非常にハードルの高いことがわかる。

通院患者が初めて来院してからの期間は、20 歳未満では、32.4%が 1 年以内、16 歳未満では 36.6%が 1 年以内であった。つまり 3 分の 2 は 1 年以上通院していることになる。その理由としては、定期的な処方、継続した症状管理の必要性などが挙げっていた (表 1)。

転院については、50.0%が 16 歳未満での

転院が困難であるとし、その理由は主に受け入れ先がないであった。57%が18歳以上でも転院が困難な場合があるとし、その理由として、他の医療機関が発達障害や知的障害の診療を行っていないなどとしていた（表1）。

配置（表1）

常勤医師の配置は、1医療機関当たり1.7名で、1.6名が精神保健指定医（以下指定医）であった。指定医資格を持たない常勤医師は1名であった。非常勤は、0.5名（常勤換算、以下同）であった。非常勤のうち約3割は非指定医であった。

保健師・看護師の常勤は、1医療機関当たり1.1名、非常勤は0.6名であった。

精神保健福祉士の常勤は、1医療機関当たり1.3名、非常勤は0.1名であった（表1）。

公認心理師の常勤は、1医療機関当たり2.5名、非常勤は0.9名であった。

作業療法士の常勤は、1医療機関当たり0.5名、非常勤は0.0名であった。児童思春期精神科診療所においては、公認心理師の配置が多く、次いで、精神保健福祉士、看護師の配置が多かった。その多くが、児童精神科分野の研修をすでに受けていた。

連携業務について（表1）

児童精神科診療所が医療機関との連携を行っている割合は、精神科病院 85.7%、精神科診療所 78.6%、小児科医療機関 71.4%であった。医師以外が関わる割合は、保健師・看護師 57.1%、精神保健福祉士 57.1%、公認心理師 50.0%、作業療法士 14.3%、事務その他 42.9%であった。

福祉機関との連携を行っている割合は、児童相談所 92.9%、児童養護施設 85.7%、児童心理治療施設 50.0%であった。医師以外が関わる割合は、保健師・看護師 57.1%、精神保健福祉士 78.6%、公認心理師 71.4%、作業療法士 7.1%、事務その他 28.6%であった。

教育機関との連携を行っている割合は、保育園・幼稚園など 57.1%、小学校・中学校 85.7%、高校・大学 85.7%、教育委員会 57.1%、適応指導教室 28.6%であった。医師以外が関わる割合は、保健師・看護師 28.6%、精神保健福祉士 64.3%、公認心理師 64.3%、作業療法士 14.3%、事務その他 28.6%であった。

児童精神科診療所においては、精神科や小児科の医療機関、児童相談所などの福祉機関、小・中学校、高校などの教育機関と広く連携を行っており、精神保健福祉士、公認心理師が連携にも関わる割合が多かった。

アウトリーチについて（表1）

往診・遠隔診療を行っている機関が各1件あった。訪問診療を行っている機関はなく、精神科訪問看護指導を行っている機関が50.0%と約半数あり、保健師・看護師と精神保健福祉士が担当していた。また、精神科訪問看護指導の指示を出している機関は78.6%に上り、ほとんどが診療所と直接の関連のない訪問看護ステーションに対しての指示であった。一か月間の指示書件数は、平均10.2件でうち、1.6件が複数名指示、0.9件が複数回指示であった。児童精神科領域においても、精神科訪問看護指導などのアウトリーチを行っている機関があり、一方では、訪問看護ステーションの利用も広

がっており、その多くは、診療所と直接関連のない訪問看護ステーションであった

不登校について（表 1）

不登校の受診者のいる機関は、1-3 年生 71.4%、4-6 年生 78.6%、中学生 85.7%、高校生 57.1%と、中学生が多く、次いで小学校高学年であったが、小学校低学年も多いことがわかる。ここ数年で増加しているかどうかでは、1-3 年生では 57.1%、4-6 年生では 50.0%、中学生では 57.1%、高校生では 35.7%の機関が増加していると回答し、小学校低学年と中学生で増加していると回答した割合が多かった。

2024 年 11 月と 2025 年 11 月の比較（表 3）

前回の調査と今回調査の両方に回答した 13 医療機関について、同内容の質問項目のうちいくつかについて比較した。

児童思春期精神科専門管理加算（注 4）を算定している施設は 5 機関で変化なく、児童思春期支援指導加算（注 10）を算定している施設は、6 機関から 10 機関に大幅に増加した。

一か月間の初診の人数、その年齢構成は大きな変化はない。通院・在宅精神療法定数全体ではやや減少し。注 9・注 10 の加算の算定数は、増加していた。

11 月の任意の 1 日の受診者の延べ人数及びその構成に大きな差はなかった。

他院への転院困難な年齢については、16 歳未満で前回調査より増加。一方、18 歳未満の転院困難の程度についてはやや減少。医師、保健師・看護師、精神保健福祉士、作業療法士の配置に大きな変化はなかったが、

公認心理師等の配置は常勤、常勤+非常勤の常勤換算で大幅に増加していた。

児童相談所や児童養護施設などの福祉との、連携は広く行われており、福祉との連携に関わる職種は、保健師・看護師、精神保健福祉士、公認心理師が増加していた。

D. 考察

JaSCAP-C に対する 2025 年 11 月の実績調査では、2024 年 11 月の実績調査結果と比較し、診療所において公認心理師の配置がさらに増加している実態があった。常勤は 1.84 倍と大きく増加し、新たに設定された注 9 心理支援加算、注 10 児童思春期支援指導加算を算定する機関が増加していることと関係している可能性があった。

20 歳未満の初診数（割合）については、加算の取得状況と関連が見られた。特に、注 4 の加算の算定機関においては、初診の 90.5%が 16 歳未満となっている。しかし、1 日当たりの受診者数でみると、16 歳未満は 61.7%ほどなので、注 4 の加算において診療所のみに課される施設基準（通院・在宅精神療法のうち 50%以上が 16 歳未満であること）を満たすためのハードルが非常に高いことがわかる。一方、通院患者が初めて来院してからの期間が 1 年以内は、20 歳未満では、32.4%に過ぎないため、注 3 の加算は 3 分の 1 しか算定できない。このことが、児童精神科診療所の採算性の問題に影響を与えている可能性がある。

全体としては、加算があることにより、多職種の配置が広がり、多職種が配置されることにより、多機関との連携にかかわる職種が増加している実態があった。また、注 4 の加算を算定している施設ではより児童思

春期の精神科医療に特化していた。

アウトリーチなどについては、往診や訪問診療を行っている機関は少ないが、50%の機関で精神科訪問看護指導を行っており、78.6%の機関で精神科訪問看護の指示を出していた。そのほとんどが直接関連のない訪問看護ステーションに対してであった。訪問看護ステーションの児童精神科患者に対する専門性の確立も急務であると考えられた。

E. 結論

今回の調査の結果、児童精神科の診療所において、精神保健福祉士や公認心理師などのコメディカルが一定数、配置され他機関との連携業務にもかかわっていた。注4の加算を算定している施設はより低年齢の精神科診療に特化している実態があった。また、注10の加算が新たに設定されたことにより、公認心理師を常勤で確保できる医療機関が増加した可能性があり、各職種の研修歴も増加していた。より専門性が高まって来ているものと思われる。また、福祉関連の機関との連携においては、調査したすべてのコメディカルの関与が増加してきていた。今回の調査からは、児童精神科診療所における多職種の活用が進んできていると言える。一方では、児童精神科分野においても、精神科訪問看護ステーションの活用が進んできており、その専門性が危惧され、対応する訪問看護師への研修など、質の担保が必要であると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

奥野正景 三国丘病院の過去から未来—子どもから大人まで— 特集 小規模精神科病院の課題と未来図 日精協誌 44(3) 35-39 2025.3

2. 学会発表

「低学年における不登校の初期サインと対応 - 複数ケースから見る課題と経過」 奥野正景 日本児童青年精神科・診療所 連絡協議会 研修会 講演 2025.11.15

村嶋隼人, 奥野正景他: Wechsler 検査とスクリーニング検査の関連の検討 第65回 日本児童青年精神医学会総会 ポスター発表 2025.11.14

一般講演2『不登校に対するクリニックでの対応の現状』 奥野 正景 京都児童精神医学研究会 (第22回) 2025.5.17 3.

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1 2025年11月のアンケート結果
全14件のデータ

アンケート調査20260127					
	合計	平均			
お名前（記載者）					
職種（医師、精神保健福祉士、事務職など）					
肩書（院長、理事長、事務長など）					
ご所属機関（診療所名）					
メールアドレス（連絡先）			はい	いいえ	
児童思春期精神科専門管理加算算定施設ですか	5	35.7%	35.7%	64.3%	
児童思春期支援指導加算算定施設ですか	11	78.6%	78.6%	21.4%	
11月1日から30日の1か月間の実績	合計	平均			
初診の人数（1か月間）	404	28.9			
初診のうち0～20歳未満	319	22.8			
初診のうち0～16歳未満	256	18.3			
11月の通院在宅精神療法の算定数	12109	864.9			
うち注3、20歳未満加算通院在宅精神療法算定数	839	59.9			
うち注4、児童思春期精神科専門管理加算算定数	4201	300.1			
うち注9、心理支援指導加算算定算定数	88	6.3			
うち注10、児童思春期支援指導加算算定算定数	358	25.6			
小児特定疾患カウンセリング料の算定数	252	18.0			
11月の任意の1日間の受診者について					
調査日（○月○日 ○曜日）平日をお願いします。	合計	平均			
1日の受診者の延べ人数（初再診計）	943	67.4			
うち0～20歳未満	562	40.1			
うち0～16歳未満	433	30.9			
0～20歳未満の受診者のうち、初来院からの期間					
1年以内の延べ人数	182	13.0			
0～16歳未満の受診者のうち、初来院からの期間					
1年以内の延べ人数	158	11.3			
20歳未満で1年以上受診者の通院継続理由					
他院への転院の紹介が困難な年齢を教えてください。		A	B	C	D
A：6歳未満、B：16歳未満、C：18歳未満、D：なし		0	7	1	6
その理由（受け入れ先がないなど）		0.0%	50.0%	7.1%	42.9%
	合計		はい	いいえ	
18歳以上でも他院への転院の紹介が困難な場合がある	8		57%	43%	
その理由（発達障害の受け入れ先がないなど）					

診療所の人員配置：医師	合計	平均			
常勤医師の人数（32時間以上を常勤とする）	24	1.7			
うち精神保健指定医の 人数	23	1.6			
非常勤医師の人数（32時間未満の人数）	29	2.1			
常勤換算（32時間で1名とする）の人数	7.665	0.5			
うち精神保健指定医の 人数（常勤換算で）	5.5	0.4			
診療所の人員配置：コメディカル					
スタッフ配置（保健師・看護師）					
常勤の人数（32時間以上を常勤とする）	16	1.1			
非常勤の人数（32時間未満の人数）	9	0.6			
常勤換算（32時間で1名とする）の人数	3.4	0.2			
うち過去にこの分野の研修歴あり 人数	10	0.7			
スタッフ配置（精神保健福祉士）					
常勤の人数（32時間以上を常勤とする）	18	1.3			
非常勤の人数（32時間未満の人数）	2	0.1			
常勤換算（32時間で1名とする）の人数	1	0.1			
うち過去にこの分野の研修歴あり 人数	9	0.6			
スタッフ配置（公認心理師＋みなしを含む）					
常勤の人数（32時間以上を常勤とする）	35	2.5			
非常勤の人数（32時間未満の人数）	33	2.4			
常勤換算（32時間で1名とする）の人数	12.95	0.9			
うち過去にこの分野の研修歴あり 人数	32	2.3			
スタッフ配置（作業療法士）					
常勤の人数（32時間以上を常勤とする）	7	0.5			
非常勤の人数（32時間未満の人数）	1	0.1			
常勤換算（32時間で1名とする）の人数	0.25	0.0			
うち過去にこの分野の研修歴あり 人数	6	0.4			

連携業務について（以下にかかわっていますか）				
（医師・公認心理師などを派遣。会議。優先的に受け入れる・受け入れてもらう。対面・電話での対応など）				
医療機関との連携について(転院・入院など)				
下記機関と連携を行っていますか？	合計		はい	いいえ
精神科病院	12		85.7%	14.3%
精神科診療所	11		78.6%	21.4%
小児科医療機関	10		71.4%	28.6%
その他にあれば（自由記載）				
医師以外で関わる職種			関わっている	関わっていない
保健師・看護師	8		57.1%	42.9%
精神保健福祉士	8		57.1%	42.9%
公認心理師	7		50.0%	50.0%
作業療法士	2		14.3%	85.7%
事務その他	6		42.9%	57.1%
福祉機関との連携について				
下記機関と連携を行っていますか？			はい	いいえ
児童相談所	13		92.9%	7.1%
児童養護施設	12		85.7%	14.3%
児童心理治療施設	7		50.0%	50.0%
その他にあれば（自由記載）				
医師以外で関わる職種			関わっている	関わっていない
保健師・看護師	8		57.1%	42.9%
精神保健福祉士	11		78.6%	21.4%
公認心理師	10		71.4%	28.6%
作業療法士	1		7.1%	92.9%
事務その他	4		28.6%	71.4%
教育機関との連携について				
下記機関と連携を行っていますか？			はい	いいえ
保育園・幼稚園など	8		57.1%	42.9%
小学校・中学校	12		85.7%	14.3%
高校・大学	12		85.7%	14.3%
教育委員会	8		57.1%	42.9%
適応指導教室	4		28.6%	71.4%
その他にあれば（自由記載）				
医師以外で関わる職種			関わっている	関わっていない
保健師・看護師	4		28.6%	71.4%
精神保健福祉士	9		64.3%	35.7%
公認心理師	9		64.3%	35.7%
作業療法士	2		14.3%	85.7%
事務その他	4		28.6%	71.4%

アウトリーチについて					
往診・訪問診療・遠隔診療について	合計	平均	はい	いいえ	
往診を行っている	1	0.1	7.1%	92.9%	
実人数/月	4	0.3			
述べ回数/月	4	0.3			
訪問診療を行っている	0	0.0	0.0%	100.0%	
実人数/月	0	0.0			
述べ回数/月	0	0.0			
遠隔診療を行っている	1	0.1	7.1%	92.9%	
実人数/月	11	0.8			
述べ回数/月	11	0.8			
その他		0.0			
精神科訪問看護指導について					
精神科訪問看護指導を行っている	7		50.0%	50.0%	
実人数/月	97	6.9			
述べ回数/月	158	11.3			
関わる職種			関わっている	関わっていない	
保健師・看護師	4		28.6%	71.4%	
精神保健福祉士	5		35.7%	64.3%	
公認心理師	0		0.0%	100.0%	
作業療法士	0		0.0%	100.0%	
その他	1		7.1%	92.9%	
精神科訪問看護について					
精神科訪問看護の指示を出している	11		78.6%	21.4%	
同法人または関連する訪問看護ステーションへの指示	2		14.3%	85.7%	
他の訪問看護ステーションへの指示	10		71.4%	28.6%	
指示件数	143	10.2			
うち複数名指示	23	1.6			
うち頻回指示	13	0.9			
以下自由記述					
他機関との連携における課題・工夫					
アウトリーチにおける課題・工夫					
その他、関連して何かご意見があれば					

不登校について（休み勝ち、別室登校など教室に入れない人すべて）					
以下の年代の不登校の受診者はいますか					
1-3年生	10	71.4%			
4-6年生	11	78.6%			
中学生	12	85.7%			
高校生	8	57.1%			
ここ数年で増加していますか					
1-3年生	8	57.1%			
4-6年生	7	50.0%			
中学生	8	57.1%			
高校生	5	35.7%			
増加する理由についてどう思いますか					
1-3年生					
4-6年生					
中学生					
高校生					
2024年度の経営状況についてなんでも					
2025年度の経営状況についてなんでも					

表2 2025年11月のアンケート結果
注4 児童思春期精神科専門管理加算算定施設5件のデータ

アンケート調査20260127					
	合計	平均			
お名前（記載者）					
職種（医師、精神保健福祉士、事務職など）					
肩書（院長、理事長、事務長など）					
ご所属機関（診療所名）					
メールアドレス（連絡先）			はい	いいえ	
児童思春期精神科専門管理加算算定施設ですか	5	100.0%	100.0%	0.0%	
児童思春期支援指導加算算定施設ですか	4	80.0%	80.0%	20.0%	
11月1日から30日の1か月間の実績	合計	平均			
初診の人数（1か月間）	186	37.2			
初診のうち0～20歳未満	182	36.4			
初診のうち0～16歳未満	166	33.2			
11月の通院在宅精神療法の算定数	6206	1241.2			
うち注3、20歳未満加算通院在宅精神療法算定数	152	30.4			
うち注4、児童思春期精神科専門管理加算算定数	4201	840.2			
うち注9、心理支援指導加算算定算定数	0	0.0			
うち注10、児童思春期支援指導加算算定算定数	47	9.4			
小児特定疾患カウンセリング料の算定数	0	0.0			
11月の任意の1日間の受診者について					
調査日（○月○日 ○曜日）平日をお願いします。	合計	平均			
1日の受診者の延べ人数（初再診計）	380	76.0			
うち0～20歳未満	298	59.6			
うち0～16歳未満	234	46.8			
0～20歳未満の受診者のうち、初来院からの期間					
1年以内の延べ人数	109	21.8			
0～16歳未満の受診者のうち、初来院からの期間					
1年以内の延べ人数	102	20.4			
20歳未満で1年以上受診者の通院継続理由					
他院への転院の紹介が困難な年齢を教えてください。	A	B	C	D	
A：6歳未満、B：16歳未満、C：18歳未満、D：なし		0	3	0	2
その理由（受け入れ先がないなど）		0.0%	60.0%	0.0%	40.0%
	合計		はい	いいえ	
18歳以上でも他院への転院の紹介が困難な場合がある	5		100.0%	0.0%	
その理由（発達障害の受け入れ先がないなど）					

診療所の人員配置：医師	合計	平均			
常勤医師の人数（32時間以上を常勤とする）	14	2.8			
うち精神保健指定医の 人数	13	2.6			
非常勤医師の人数（32時間未満の人数）	14	2.8			
常勤換算（32時間で1名とする）の人数	4.9	1.0			
うち精神保健指定医の 人数（常勤換算で）	3.65	0.7			
診療所の人員配置：コメディカル					
スタッフ配置（保健師・看護師）					
常勤の人数（32時間以上を常勤とする）	5	1.0			
非常勤の人数（32時間未満の人数）	6	1.2			
常勤換算（32時間で1名とする）の人数	2.5	0.5			
うち過去にこの分野の研修歴あり 人数	3	0.6			
スタッフ配置（精神保健福祉士）					
常勤の人数（32時間以上を常勤とする）	3	0.6			
非常勤の人数（32時間未満の人数）	0	0.0			
常勤換算（32時間で1名とする）の人数	0	0.0			
うち過去にこの分野の研修歴あり 人数	0	0.0			
スタッフ配置（公認心理師＋みなしを含む）					
常勤の人数（32時間以上を常勤とする）	8	1.6			
非常勤の人数（32時間未満の人数）	11	2.2			
常勤換算（32時間で1名とする）の人数	3.55	0.7			
うち過去にこの分野の研修歴あり 人数	6	1.2			
スタッフ配置（作業療法士）					
常勤の人数（32時間以上を常勤とする）	1	0.2			
非常勤の人数（32時間未満の人数）	0	0.0			
常勤換算（32時間で1名とする）の人数	0	0.0			
うち過去にこの分野の研修歴あり 人数	0	0.0			

連携業務について（以下にかかわっていますか）				
（医師・公認心理師などを派遣。会議。優先的に受け入れる・受け入れてもらう。対面・電話での対応など）				
医療機関との連携について(転院・入院など)				
下記機関と連携を行っていますか？	合計		はい	いいえ
精神科病院	4		80.0%	20.0%
精神科診療所	4		80.0%	20.0%
小児科医療機関	3		60.0%	40.0%
その他にあれば（自由記載）				
医師以外で関わる職種			関わっている	関わっていない
保健師・看護師	3		60.0%	40.0%
精神保健福祉士	1		20.0%	80.0%
公認心理師	3		60.0%	40.0%
作業療法士	1		20.0%	80.0%
事務その他	3		60.0%	40.0%
福祉機関との連携について				
下記機関と連携を行っていますか？			はい	いいえ
児童相談所	5		100.0%	0.0%
児童養護施設	5		100.0%	0.0%
児童心理治療施設	2		40.0%	60.0%
その他にあれば（自由記載）				
医師以外で関わる職種			関わっている	関わっていない
保健師・看護師	2		40.0%	60.0%
精神保健福祉士	3		60.0%	40.0%
公認心理師	3		60.0%	40.0%
作業療法士	0		0.0%	100.0%
事務その他	2		40.0%	60.0%
教育機関との連携について				
下記機関と連携を行っていますか？			はい	いいえ
保育園・幼稚園など	3		60.0%	40.0%
小学校・中学校	5		100.0%	0.0%
高校・大学	5		100.0%	0.0%
教育委員会	3		60.0%	40.0%
適応指導教室	1		20.0%	80.0%
その他にあれば（自由記載）				
医師以外で関わる職種			関わっている	関わっていない
保健師・看護師	2		40.0%	60.0%
精神保健福祉士	2		40.0%	60.0%
公認心理師	4		80.0%	20.0%
作業療法士	0		0.0%	100.0%
事務その他	3		60.0%	40.0%

アウトリーチについて					
往診・訪問診療・遠隔診療について	合計	平均	はい	いいえ	
往診を行っている	0		0.0%	100.0%	
実人数/月	0	0.00			
述べ回数/月	0	0.00			
訪問診療を行っている	0	0.0%	0.0%	100.0%	
実人数/月	0	0.00			
述べ回数/月	0	0.00			
遠隔診療を行っている	0		0.0%	100.0%	
実人数/月	0	0.00			
述べ回数/月	0	0.00			
その他		0.0%			
精神科訪問看護指導について					
精神科訪問看護指導を行っている	2		40.0%	60.0%	
実人数/月	24	4.8			
述べ回数/月	50	10.0			
関わる職種			関わっている	関わっていない	
保健師・看護師	2		40.0%	60.0%	
精神保健福祉士	1		20.0%	80.0%	
公認心理師	0		0.0%	100.0%	
作業療法士	0		0.0%	100.0%	
その他	1		20.0%	80.0%	
精神科訪問看護について					
精神科訪問看護の指示を出している	4		80.0%	20.0%	
同法人または関連する訪問看護ステーションへの指示	1		20.0%	80.0%	
他の訪問看護ステーションへの指示	4		80.0%	20.0%	
指示件数	93	18.6			
うち複数名指示	10	2.0			
うち頻回指示	0	0.0			
以下自由記述					
他機関との連携における課題・工夫					
アウトリーチにおける課題・工夫					
その他、関連して何かご意見があれば					

不登校について（休み勝ち、別室登校など教室に入れない人すべて）					
以下の年代の不登校の受診者はいますか					
1-3年生	4	80.0%			
4-6年生	4	80.0%			
中学生	4	80.0%			
高校生	3	60.0%			
ここ数年で増加していますか					
1-3年生	5	100.0%			
4-6年生	4	80.0%			
中学生	4	80.0%			
高校生	3	60.0%			
増加する理由についてどう思いますか					
1-3年生					
4-6年生					
中学生					
高校生					
2024年度の経営状況についてなんでも					
2025年度の経営状況についてなんでも					

表3 2024年11月と2025年11月のアンケート結果の比較

診療実績について										
加算算定状況：算定施設数					加算算定状況：1機関平均算定数					
	注 3	注 4	注 9	注10			注 3	注 4	注 9	注10
2024年11月	13	5	13	6		2024年11月	156.6	333.2	4.8	1.46
2025年11月	13	5	13	10		2025年11月	63.7	323.2	6.8	27.5
2025/2024	100.0%	100.0%	100.0%	166.7%		2025/2024	40.7%	97.0%	141.7%	1883.6%
注 3	20歳未満加算；届け出不要									
注 4	児童思春期精神科専門管理加算：要届け出									
注 9	心理支援加算：令和8年度より、要届け出									
注10	児童思春期支援指導加算：要届け出									
一か月間の初診患者数1機関平均					一日の受診患者数1機関平均					
	全年齢	20歳未満	16歳未満	20歳比率			全年齢	20歳未満	16歳未満	20歳比率
2024年11月	29.3	22.7	20.7	77.5%		2024年11月	68.3	38.5	31.5	56.4%
2025年11月	30.2	24	19.2	79.5%		2025年11月	70.5	42.4	32.8	60.1%
2025/2024	103.1%	105.7%	92.8%	102.6%		2025/2024	103.2%	110.1%	104.1%	106.7%
転医が困難な年齢										
	A	B	C	なし		年齢問わず [※]				
2024年11月	25.0%	0.0%	37.5%	37.5%		76.9%				
2025年11月	0.0%	46.2%	7.7%	46.2%		23.1%				
2025/2024	0.0%	***	20.5%	123.2%		30.0%				
A	6歳未満									
B	16歳未満									
C	18歳未満									

人員配置								
診療所の人員配置：医師								
	常勤医師	うち指定医	非常勤	常勤換算	常勤換算全数	うち指定医		
2024年11月	1.69	1.62	2.15	0.44	2.13	0.56		
2025年11月	1.77	1.69	2.15	0.58	2.35	0.65		
2025/2024	104.5%	104.8%	100.0%	133.0%	110.4%	117.6%		
診療所の人員配置：コメディカル								
保健師・看護師								
	常勤	非常勤	常勤換算	常勤換算全数	過去研修歴あり			
2024年11月	1.23	0.62	0.26	1.49	0.15			
2025年11月	1.15	0.62	0.24	1.39	0.77			
2025/2024	93.8%	100.0%	91.4%	93.3%	500.0%			
精神保健福祉士								
	常勤	非常勤	常勤換算	常勤+ 常勤換算	過去研修歴あり			
2024年11月	1.54	0.23	0.05	1.58	0.08			
2025年11月	1.38	0.08	0.02	1.40	0.62			
2025/2024	90.0%	33.3%	33.3%	88.3%	800.0%			
公認心理師+2024年はみなしを含む								
	常勤	非常勤	常勤換算	常勤+ 常勤換算	過去研修歴あり			
2024年11月	1.46	2.77	1.16	2.62	1.10			
2025年11月	2.69	2.54	0.99	3.68	2.46			
2025/2024	184.2%	91.7%	85.2%	140.4%	224.6%			
作業療法士								
	常勤	非常勤	常勤換算	常勤+ 常勤換算	過去研修歴あり			
2024年11月	0.54	0.23	0.13	0.66	0.08			
2025年11月	0.54	0.08	0.02	0.56	0.46			
2025/2024	100.0%	33.3%	15.4%	84.1%	600.0%			

福祉機関との連携について								
連携を行っている医療機関の割合								
	児童相談所	児童養護施設	児童心理治療施設					
2024年11月	92.3%	92.3%	46.2%					
2025年11月	92.3%	84.6%	53.8%					
2025/2024	100.0%	91.7%	116.5%					
医師以外で連携にかかわる職種								
	保健師・看護師	精神保健福祉士	公認心理師	作業療法士	事務・その他			
2024年11月	15.6%	33.3%	28.9%	6.7	15.6			
2025年11月	76.9%	76.9%	76.9%	7.7	23.1			
2025/2024	492.9%	230.9%	266.1%	114.9%	148.1%			

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
児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究
分担研究報告書

分担研究課題名：児童・思春期精神医療における多職種連携マニュアルの作成

分担研究者：板垣琴瑛（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

研究協力者：水本有紀（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

稲崎久美（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

箱島有輝（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

山本啓太（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

高橋萌々香（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

松堂美紀（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

市川万由奈（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

橋本彩加（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

酒匂雄貴（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

松土晴奈（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

馬 敏幸（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

河野悠介（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

東野有依（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

大橋睦巳（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

草西俊（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

加藤伸忠（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

牧山龍和（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

研究要旨

本研究は、児童・思春期精神医療における多職種連携の質の向上と標準化を目的に、「児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル」（略称：MENTOR）を3年計画で策定し、令和7年度に完成させた。全国の児童精神科医療機関に勤務する医師、看護師、公認心理師、作業療法士、精神保健福祉士を対象としたオンライン調査およびインタビュー調査を実施し、各職種の業務実態と連携上の課題を把握した。得られた結果をもとに、理念編・職種別コアアクション・連携カンファレンス実施プロトコル・緊急時対応と倫理的配慮から構成されるマニュアルを作成し、初診から退院・地域移行までの連携手順、職種間の役割分担、カンファレンスの運営方法、地域資源との連携の在り方を具体的に提示した。施設差・地域差に配慮しつつ、全国の医療機関で応用可能な「汎用モデル」としての性質を保持しており、今後はWeb公開や動画教材化を通じた普及と活用、ならびに継続的改訂による実効性の維持が求められる。

A. 研究目的

本研究は、児童・思春期精神医療に従事する多職種役割を明確化し、「児童・思春期精神医療における多職種連携推進マニュアル」の策定を目的とした。

B. 研究方法

本研究は国立国際医療研究センター国府台病院を中心に、全国児童青年精神科医療施設協議会加盟医療機関や日本児童青年精神科・診療所連絡協議会の協力を得て実施した。

主任研究班であるマニュアル作成班は、他の班の調査結果を統合し、マニュアル案を作成する役割を担っている。

本研究の手法は既存の文献をレビューし、児童・思春期精神医療における多職種連携の現状と課題を把握し、マニュアルのドラフト案を作成することである。

また、全国児童青年精神科医療施設協議会加盟医療機関の児童精神科医、看護師、公認心理師、作業療法士、精神保健福祉士を対象に、業務内容や連携状況についてオンラインアンケート結果、インタビュー調査から選定された専門診療所のスタッフから得た具体的な業務内容や連携の実態といった分担研究班の結果も活用する。実際に各班が収集したデータは、定量的および定性的に分析し、多職種連携の効果や課題を明確化した。特に、各職種の役割分担や連携の質について評価し、効果的な連携モデルを提案するための基礎資料として活用する。

C. 研究結果

令和7年度の本研究では、3年計画の最終年度として、「児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル」（略称：MENTOR）の完成を主要課題とし、その策定を完了した。令和5年度の実態調査および概念整理、令和6年度のドラフト骨子作成を経て、本年度はドラフト版の更新・全国施設からのフィードバック反映・最終構成の確定を行い、研修教材・動画資料を伴う実装可能なマニュアルとして公開する段階に至った。

1. 研究班会議の開催経過

マニュアル策定に関する研究班会議は、令和7年度に計3回開催した。

回	開催日	主な議題
第1回	2025年5月23日（木）	ドラフト版の共有、対象職種の確定、コメント収集方針
第2回	2025年10月4日（金）	診療報酬制度との関係整理、連携概念の定義、アウトリーチの位置づけ
第3回	2026年1月23日（木）	章構成の最終調整、配布方法、研修動画・年度報告

第1回会議では、研究代表者から提示されたWord版ドラフトを班員間で共有し、中核となる対象職種を**医師・看護師・公認心理師・精神保健福祉士・作業療法士の5職種**に確定した。あわせて、訪問診療担当者・保育士・院内学級教員など、施設による配置差の大きい職種をどこまで含めるかについては班員と現場関係者の意見を募り、最終的に保育士・院内学級教員を職種別編に追加する判断につながった。また、Word版に加えてNotion形式での公開を進め、班員が所属施設の同僚や関係者にもドラフトを共有し、コメント元を明示した上で6月中旬を目処に意見を集約することと

した。本年度より、厚生労働省側の担当官として宮越氏が新たに本研究班に加わった。

第2回会議では、診療報酬制度との関係について、加算制度の頻繁な改定を踏まえ、点数や算定要件はマニュアル本文に記載せず、「制度上、多職種連携が評価されている」旨を簡潔に言及するにとどめる方針を確認した。あわせて、「院内多職種連携」と「地域連携」の定義を整理し、外来診療におけるアウトリーチ（訪問看護、家庭訪問、学校訪問）の位置づけを明確化した。これによりマニュアルに含める項目と含めない項目（例：診療報酬加算の詳細）の線引きが定まった。

第3回会議では、章構成と分量を最終確定するとともに、マニュアルの配布方法（Web上にPDF掲載／QRコード配布、書籍化は慎重判断）、対応する研修動画コンテンツ（1～2分のショート動画を複数本制作）、年度報告書および3年間の総括論文化の方針について合意した。

2. 完成版マニュアル「MENTOR」

3年間の議論と全国施設からのフィードバックを反映し、最終的に本マニュアルは以下の構成で公開する形となった。

【理念】 子ども一人ひとりの「育ち」と「今」に向き合い、その「未来」を多職種チームと地域で共に育む。

第1章 職種別コアアクション・チェックリスト

各職種が果たすべき行動を「必須業務」「推奨業務」の観点でチェックリスト化した。

児童精神科医（主治医）：包括的初期評価、緊急トリアージ、治療計画の共有、チーム統括

看護師：安心・安全な環境整備、動的な行動観察、生活リズムの形成支援、社会復帰への架け橋

公認心理師：心理アセスメント（WISC-V等）、発達に応じた心理療法、保護者への相談支援、専門知見の言語化

精神保健福祉士（PSW）：環境・背景のインテーク、福祉制度の活用支援、地域機関とのネットワーク、社会復帰マネジメント

作業療法士（OT）／保育士／院内学級教員：作業活動による自己調整力・対人スキルの育成、「あそび直し」を通じた集団療育、入院・通院による学習格差を最小化する復学プラン策定

職種別記述の根拠としては、原田謙班による診療実態調査（全国の児童精神科病棟・外来で勤務する多職種377名を対象）のデータを用い、職種ごとの業務実施率の分析結果から記載内容の実態的妥当性を検証した。タスクシフティングの観点から医師以外の職種が主導し得る活動（予診、集団療法の企画、保護者支援等）を明示するとともに、施設規模・職種配置の差を踏まえて「複数職種で対応可能な業務」を注記した。

第2章 連携カンファレンス・実施プロトコル

院内および地域における連携を、4つの会議体として構造化した。

会議体	目的・コアアクション	必須参加メンバー
-----	------------	----------

初診カンファレンス	多面的初期評価の共有、最優先で介入すべき課題の同定、役割分担の決定	医師、心理、PSW、看護
定期・病棟カンファレンス	週1回以上開催。治療計画の進捗確認、リスクの再評価、介入方針の柔軟な更新	医師、看護、心理、OT、PSW
退院前カンファレンス	家庭・学校環境の受け入れ態勢整備、退院後の地域生活導線と支援体制の最終確認	医療チーム、家族、在籍校教員等
地域連携会議	児童相談所、子ども家庭センター、学校、福祉事業所等との長期的支援方針の一致	PSW、関係機関、医師等

第3章 緊急時対応と倫理的配慮

緊急時の迅速多職種カンファレンス：虐待事案の発覚、急性自傷・他害、重度行動逸脱などのリスク発生時に、定期会議を待たずに即時起案・開催する仕組み。短時間（15～30分程度）で情報を集約し、安全確保のための役割分担と地域資源への通告要否をその場で決断する運用を明示した。

情報共有の倫理とセキュリティ：共有範囲を「治療・支援に必要な必要最小限」に限定し、本人（発達段階に応じる）および保護者の事前同意を得る原則を明記。外部機関とのケース調整・データ送受信では、アクセス制限・パスワード管理等のセキュリティ対策を求める。

3. 記述上の配慮と整理

診療報酬制度：加算制度の変動性を踏まえ、点数や算定要件は本文に記載せず、「制度上、連携が評価されている」旨に限定して言及。

汎用性・柔軟性：地域差・施設規模差に配

慮した記述（例：「初診予約は精神保健福祉士が対応することが多いが、看護師や公認心理師が担う場合もある」）。

分量の抑制：冗長な説明や重複項目を統合し、本文約30ページを上限とした。

用語の統一：「フェーズ」など現場になじみの薄い表現は避け、「診療の流れ」「連携の手順」など臨床現場に即した表現に統一。

4. 完成版の公開と実装

ドラフト版に対する全国児童青年精神科医療施設協議会（全児協）および日本児童青年精神科・診療所連絡協議会の会員施設からのフィードバックを反映し、令和7年度内に完成版マニュアル「MENTOR」を確定した。Web上にPDF形式で掲載するとともに、QRコードによる配布、対応する1～2分の研修動画コンテンツ（複数本）を制作し、病院内勉強会・eラーニングでの活用を想定した実装基盤を整えた。あわせて、3年間の研究成果は日本語・英語論文として発表予定であり、年度報告書に加えてマニュアル概要のA4サマリーも作成する。

D. 考察

本研究では、児童・思春期精神医療における多職種連携の標準化と質の向上を目指し、その実践指針として「児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル」（略称：MENTOR）の策定を3年計画で進め、令和7年度に完成版として確定した。本節では、完成に至った本マニュアルの臨床的意義と、策定過程で明らかとなった構造的課題、および今後の展望について考察する。

1. 完成版マニュアルの基本的意義

現代の児童・思春期精神医療は、単独職種による対応では限界があり、児童精神科医を中心に、公認心理師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士などが有機的に連携する体制が不可欠である。しかしながら現場では、各職種の役割が不明瞭であること、地域資源との接続の困難さ、診療プロセスの不統一といった課題が依然として残っていた。

完成版マニュアル「MENTOR」は、こうした課題に対する現実的な対応策として、(1) 多職種の業務内容の明確化（**職種別コアアクション・チェックリスト**）、(2) 診療場面ごとの連携手順の整理（**連携カンファレンス・実施プロトコル**）、(3) 地域連携と緊急時対応の指針の明示（**地域連携会議・迅速多職種カンファレンス**）、(4) 情報共有の倫理とセキュリティの規範化、を柱として構成されている。とりわけ理念編では、「子ども一人ひとりの『育ち』と『今』に向き合い、その『未来』を多職種チームと地域で共に育む」という基本理念を掲げ、子ども中心の視点をすべての支援の出発点に据える姿勢を強調した。これは、職種を越えた協働の方向性を揃える上できわめて重要な視座であり、現場での運用判断に迷いが生じた際の戻る場所として機能することが期待される。

2. 分担研究班の調査成果との接続

本マニュアルの記述は、複数の分担研究班による調査成果を実証的根拠としている。**原田班**による全国的な実態調査では、児童精神科病棟・外来で勤務する多職種 377 名

を対象に、各職種の業務内容と実施率が詳細に把握された。初診予約・予診・退院支援といった一連の診療過程において、どの職種がどの業務を担っているかのばらつきが明確に示され、職種別編における「必須業務」と「推奨業務」の整理に直接的に貢献した。マニュアル本文では、このばらつきを否定するのではなく、柔軟性と実装性を両立する記述として反映している。

奥野班による外来診療・診療所調査からは、診療所における初診待機期間の長さと、それに伴う事前支援の必要性が浮き彫りとなった。トリアージの重要性、多職種による初診前対応の在り方、限られた資源下での効率的な初診導入といった課題は、実践編「初診予約・トリアージ・予診」および**初診カンファレンス**の運用指針に直結している。

大重班による拠点病院での地域連携調査では、医療機関と教育・福祉機関との情報共有の乏しさが示された。退院後支援が断片化する事例が多く確認されたことを踏まえ、地域連携の章では、地域連携コーディネーターの配置、定期的な合同会議の開催、情報共有ツールの整備などが具体的に提案された。これらは**退院前カンファレンス**および**地域連携会議**のプロトコルとして本マニュアルに収載されている。

3. 「形式」から「機能」へー策定過程で見た構造的課題

マニュアル策定を通じて明らかになったのは、児童精神科医療における多職種連携の「形式的な整備」だけではなく、連携が「どのように機能しているか」「どのように滞っているか」という実践的・構造的課

題への対応が不可欠である、という点である。会議体の有無や職種配置の数といった構造指標だけでは、現場で起こる連携の質を捉えきれない。

加えて、先行研究（Usami et al., 2025）によって以下の地域格差に関する課題が示されており、本マニュアル策定においても同様の課題に直面した。

- 各施設によるサービス構成の差異（入院機能の有無、診療体制）
- 職種配置や業務範囲のばらつき
- 地域資源の偏在とアクセスの困難
- カンファレンスの頻度・構成・目的の曖昧さ
- アウトリーチの定義と制度的位置づけの不明確さ

4. 「汎用モデル」と「余白ある指針」という設計思想

これらの課題に対し、本マニュアルは施設間差・地域差を前提とした上で、共通の基本枠組みを提示する「汎用モデル」としての性質を保ちつつ、施設ごとの運用裁量を許容する「余白ある指針」となるよう設計された。具体的には以下の点に表れている。

担当職種の柔軟な記載：初診予約の担当について、「精神保健福祉士が対応することが多いが、看護師や公認心理師が担う場合もある」など、複数の職種案を併記。

会議体の柔軟な運用指針：定期・病棟カンファレンスは「週 1 回以上開催」を原則としつつ、構成メンバーや議題は施設の実情に応じて調整可とする記載とした。

職種別編の拡張：当初の中核 5 職種（医師・看護師・公認心理師・精神保健福祉士・作業療法士）に加えて、施設による配置差の大きい**保育士・院内学級教員**につい

ても項目を設け、各施設で活用可能な記述とした。

緊急対応の明文化：虐待事案、急性自傷・他害、重度行動逸脱などのリスク発生時に、定期会議を待たずに即時開催する**迅速多職種カンファレンス**の運用（15～30 分での情報集約と役割分担、地域資源への通告要否の即時判断）を独立した項目として収載した。

情報共有の倫理基準：共有範囲を「治療・支援に必要な必要最小限」に限定し、本人（発達段階に応じる）および保護者の事前同意を原則とする規範を明記した。

5. 制度的視座と陳腐化の回避

制度的な視点もまた重要である。診療報酬制度においても、多職種連携は加算制度等により評価されつつあるが、制度変更が頻繁であることに鑑み、マニュアル本体ではあえて具体的な点数や算定要件を記載せず、「制度上、多職種連携が評価されている」旨を簡潔に言及するにとどめ、詳細は別添資料や注釈に整理する方針を採った。これは、マニュアル本文の内容を長期的に陳腐化させないための実務的配慮であり、改定のたびに本体を書き換える必要を最小化するための設計判断でもある。

6. 今後の課題と展望

完成版「MENTOR」をどう実装・活用していくかが、今後の中心的課題である。現時点では以下の取り組みが進行または検討されている。

Web 公開と動画教材との連動：PDF 版を Web サイトに掲載し、QR コードによる配布を行うとともに、各章に対応する 1～2

分のショート動画コンテンツを複数本制作。病院内勉強会・e ラーニング・初任者研修での活用を数年かけて想定している。

現場職員向け説明会・研修：全国児童青年精神科医療施設協議会（全児協）および日本児童青年精神科・診療所連絡協議会の会員施設等を対象とした説明会・研修の開催を検討。

継続的アップデートの枠組み：制度改定・新たな実態調査の知見を反映できるよう、本マニュアルを「固定された文書」ではなく「更新され続ける指針」として運用する仕組みを整備する。

政策的議論への接続：今後の診療報酬改定や、児童・思春期精神医療に関する政策的議論において、本マニュアルが標準モデルとして機能し得るかについても、継続的に検討していく必要がある。

単なる文書提供にとどまらない「**活用されるマニュアル**」へと展開できるかが、本研究の社会実装における最大の試金石である。3 年間の研究を通じて確立された理念と構造を、現場の実践と制度の双方に橋渡しすることが、次段階の課題であると考ええる。

E. 結論

本研究を通じて、児童・思春期精神医療における多職種連携の実態と課題が明らかになり、これに対応する実践指針として「児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル」（略称：**MENTOR**）を 3 年計画の最終年度である令和 7 年度に完成させた。本マニュアルでは、各職種の役割分担を明確にし、定期的かつ構造化されたコミュニケーション（初診・定期病棟・退

院前・地域連携の各カンファレンス）を制度的に位置づけることで、職種間および機関における認識の違いを解消し、効果的な連携を実現するための実践枠組みを提示した。

本研究班による本マニュアルの策定は、児童・思春期精神医療の質の底上げと多職種協働の基盤整備に資するものであり、今後の普及・運用と継続的改訂を通じて、全国の医療機関における支援実践を支える実効性ある資源としての役割が期待される。

F. 研究発表

- Usami M, Ito M, Sasaki Y, et al. Rising cognitive behavioral therapy claims among Japanese youth despite population decline: A retrospective study using the National Database of Health Insurance Claims (FY 2014–2022). *Glob Health Med.* 2025;7(4):286–293. doi: 10.35772/ghm.2025.01073
- Usami M, Sasaki Y, Ishida M, et al. Does the Japanese insurance system increase outpatient psychiatric treatment for children and adolescents? *PCN Rep.* 2025;4(2):e70131. doi: 10.1002/pcn5.70131
- Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, et al. Regional disparities in Japanese children's mental health profession shortage areas. *PCN Rep.* 2025;4(2):e70107. doi: 10.1002/pcn5.70107
- Usami M et al. Identifying hub

- functions and collaboration patterns in hikikomori support networks: A nationwide cross-sectional study. *PCN Reports*. doi: 10.1002/pcn5.70311
- Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, et al. Time-of-day differences in daily functioning in children with obsessive-compulsive disorder. *Sci Rep*. 2026;16(1):7252. doi: 10.1038/s41598-026-37027-7
 - Usami M, Mizumoto Y, Itagaki K, et al. From silos to synergy: trainee responses to multidisciplinary training in child and adolescent psychiatry. *Front Psychiatry*. 2025;16:1679862. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1679862
 - Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, et al. Shifting strains: Parenting daily burden in girls with eating disorders—Assessed via the Questionnaire-Children with Difficulties. *PCN Rep*. 2025;4(3):e70180. doi: 10.1002/pcn5.70180
 - Sasaki Y, Usami M, Hakosima Y, et al. Preliminary Findings on School Refusal Outcomes in Children and Adolescents Following 1-Year Psychiatric Outpatient Treatment. *Early Intervention in Psychiatry*. In Production. doi: 10.1111/eip.70156
 - Ishida M, Sasaki Y, Usami M, et al. Increased suicide-related behaviors, challenging behaviors, and anxiety symptoms in elementary and junior high school students after the COVID-19 pandemic. *PCN Rep*. 2025;4(4):e70263. doi: 10.1002/pcn5.70263
 - Tsujii N, Kihara H, Hiraiwa A, et al. Increased use of attention-deficit/hyperactivity disorder drugs among children and adolescents with suicidal ideation: A real-world registry study in Japan. *PCN Rep*. 2025;4(3):e70170. doi: 10.1002/pcn5.70170
 - Sasaki Y, Usami M, Hakoshima Y, et al. Clinical Characteristics of Missed Child-to-Parent Violence (CPV) in Child and Adolescent Psychiatric Patients: A Case-Control Study. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2025. doi: 10.1007/s10578-025-01888-2
 - Ono M, Harada I, Itagaki K, Usami M. Comprehensive multidisciplinary approach in the long-term hospitalization of a child with OCD and ASD: Emphasizing nursing practice. *GHM Open*. 2025;5(1):62–66. doi: 10.35772/ghmo.2023.01019
 - Shibuya F, Usami M, Santillan MD, et al. Comparative study on school-based mental health literacy in three Asian countries. *Trop Med Health*. 2025;53(1):86. doi: 10.1186/s41182-025-00697-6
 - 馬 敏幸、宇佐美 政英「中学生の気分症」精神科治療学 40 巻 11 号 特集「中学生を診よう——一般精神科医における中学生診療の基礎知識——」（2025 年 11 月発行）
 - 稲崎久実、宇佐美 政英「いじめと不

登校：対人関係の困難さと家族相互作用」臨床精神医学 2025

- 宇佐美政英：「児童・思春期精神医療における多職種連携」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 教育講演 6, 2025 年 11 月 13-15 日.
- 宇佐美政英、川原一洋、二宮宗三、吉村裕太、木原弘晶、原田謙、山本啓太：「児童精神科医療と地域資源 — 地域資源としてのカウンセリングルーム」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 シンポジウム, 2025 年 11 月 13-15 日.
- 箱島有輝、橋本彩加、板垣琴瑛、山本啓太、稲崎久美、水本有紀、宇佐美政英：「国府台医療センター児童精神科の入院治療について」児童青年精神医学会 シンポジウム「児童精神科病棟運用に関する現状と課題」
- 箱島有輝、山本啓太、橋本彩加、板垣琴瑛、稲崎久美、水本有紀、宇佐美政英：「ベンチコート奥に思いを秘めた男児の治療経過について」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 一般口演 18 その他 1 (O18-1), 2025 年 11 月 13 日
- 酒匂雄貴、橋本彩加、板垣琴瑛、山本啓太、稲崎久美、水本有紀、宇佐美政英：「長期に不登校であった中学 3 年生男児の任意入院の治療経過」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 一般口演 17 不登校 1 (O17-1), 2025 年 11 月 13 日
- 河野悠介他：「病棟を逃げだした自閉スペクトラム症男児が『男』になるまでの入院経過」第 66 回日本児童青年

精神医学会総会 一般口演 10 自閉スペクトラム症 1 (O10-3), 2025 年 11 月 13 日

- 大橋睦巳、宇佐美政英、箱島有輝、稲崎久美、水本有紀：「重症トゥレット症候群の小学生女児の入院経過」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 一般口演 24 トウレット症候群 2 (O24-2), 2025 年 11 月 13 日
- 馬敏宰、橋本彩加、板垣琴瑛、山本啓太、稲崎久美、水本有紀、宇佐美政英：「逆境の生育環境で挫折や社会的孤立を背景に、行動化を繰り返した自閉スペクトラム症女児の入院治療」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 一般口演 12 自閉スペクトラム症 3 (O12-5), 2025 年 11 月 13 日
- 伊藤佑美、佐々木祥乃、宇佐美政英、稲崎久美、箱島有輝、水本有紀、伊藤正哉、辻井農重、三上克央「初診後 1 年以内に診断が変更された児童精神科患者の臨床的特徴について－症例対照研究－」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 ポスター 8 児童精神科臨床 1 (P8-5), 2025 年 11 月 13 日
- 五十嵐知子、平岩明子、金子直史、立花春子、高崎麻美、水本有紀、稲崎久美、箱島有輝、板垣琴瑛、山本啓太、木原弘晶、宇佐美政英、辻井農重「児童思春期の自閉スペクトラム症児における抑うつ状態－DSRS-C を用いて－」第 66 回日本児童青年精神医学会総会 ポスター 16 自閉スペクトラム症 2 (P16-2), 2025 年 11 月 13 日

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究
分担研究報告書

分担研究課題名：多職種による児童・思春期精神科入院治療の有効性に関する調査

分担研究者：山本啓太（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

研究協力者：水本有紀（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

稲崎久美（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

箱島有輝（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

板垣琴瑛（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

高橋萌々香（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

松堂美紀（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

市川万由奈（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

橋本彩加（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

酒匂雄貴（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

松土晴奈（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

馬 敏幸（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

河野悠介（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

東野有依（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

大橋睦巳（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

草西俊（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

加藤伸忠（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

牧山龍和（国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センター）

研究要旨

本研究は、児童・思春期精神科における多職種（医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、保育士、教員等）による包括的な入院治療の有効性を、当事者（入院した児童）および保護者の視点から明らかにすることを目的とした。令和 7 年 3 月末までに得られた 78 名の回答を分析した結果、多職種による支援は総じて高く評価され、職種間の有機的な連携が治療成果や満足度に直結することが実証された。

また、満足度を決定づける要因について、当事者本人は「病棟レクリエーション」や「院内学級」といった日常的な活動性と学びの継続を重視する傾向があった。一方、保護者はそれらに加え、「主治医や看護師との医療的コミュニケーション」を最重要視しており、両者の視点とニーズに明確な違いがあることが明らかとなった。この結果は、今後の支援体制構築において、患者と家族それぞれの声を独立して取り入れ、全職種がそれぞれの専門性を最大限に発揮する包括的アプローチが不可欠であることを示してい

る。
 今後は自由記述を含む質的分析を本格化させ、現場の連携の質を高める実践的マニュアルを開発する。本調査結果は、当事者視点に基づいて児童・思春期精神医療における多職種連携の質向上を実現するための確固たる指針となる。

A. 研究目的

児童思春期精神医療は初診待機の長期化などの問題を抱えており、診療や支援を担う精神科医及び多職種の育成・活用が急務である。児童思春期精神医療は児童思春期入院治療における患者もしくはその家族による質的評価調査は限られており、本調査を通じてその質的評価を明確にすることで児童思春期精神医療の質の向上が期待される。また、この研究結果を社会的に発信することで児童精神科医療における多職種の質の向上とその連携の推進が期待される。

調査結果をもとに、多職種（医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士など）による児童思春期精神科入院治療の実態の解明に加えて、多職種向けの児童思春期精神医療における多職種連携マニュアルを策定するための重要な資料を取得できる。これにより、効果的で質の高い多職種向けの児童思春期精神医療の実践が期待される。

B. 研究方法

本調査は、児童思春期精神医療の入院治療について治療の効果や満足度を多角的に評価することで、施設の運営や治療プログラムの改善を目指して行われた。これらの調査結果を踏まえて、児童思春期精神医療における入院治療の有効性に関して文献的考察と入院治療の有効性に関する調査体制を構築する。なお、本調査は国立国際医療研究センター倫理委員会に申請し承認を得た。

● 調査対象と方法

全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設職を退院した児童とその保護者であり、Microsoft Office Forms を利用したオンライン調査。

● アンケート実施時期の決定

国立国際医療研究センター倫理委員会承認後～2026 年 3 月の期間。

● 目標対象者数の科学的合理性

国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科の退院患者は年間 50 名程度である。アンケート調査の依頼は岡山県精神科医療センター、長野県立こころの医療センター駒ヶ根、東京都立小児総合医療センターを主な対象とする。研究期間が 3 年であることから、 $50 \text{ 人} \times 3 \text{ 年} \times 4 \text{ 施設} \times 0.5 \text{ (回答割合)} = 300 \text{ 人}$ とした。

● 調査内容

- 入院児童の性別と年齢
- 入院期間（3 ヶ月未満、3 ヶ月から 6 ヶ月未満、6 ヶ月から 1 年未満、1 年以上から一つ選択）
- 病名告知の有無（はい、いいえ、わからないから一つ選択）
- 入院理由（不登校、拒食・食べられない、家で暴れていた、ゲームがやめられない、かんしゃくが止まらない、体調が悪かった、自傷行為や死にたい気持ち、気持ちがおちこんでいた、不安が止まらな

かった、主治医に勧められた、か C. 研究結果
ら複数回答)

- 告知されている病名 (ADHD、自閉スペクトラム症、拒食症・神経性やせ症、うつ病、不安症、強迫性障害、チック症、素行症・反抗挑発症、ゲーム障害/ゲーム依存、不登校・ひきこもり、わからないから一つ選択)
- 入院形態とその変更 (医療保護入院、任意入院、わからない、のうち一つ選択)
- 入院中の担当職種 (医師、看護師、心理士、ソーシャルワーカー、作業療法士、保育士、)
- 入院治療の満足度 (全くよくなかったから、すごくよかったまで10段階評価)
- 入院治療の治療 (職種別の面接と行動制限についての有無)
- 入院治療の内容とその有効性 (集団療法、薬物療法、病棟レクリエーション、作業療法、認知行動療法、院内学級の利用、隔離・拘束、退院支援会議の有無とその有効性について5段階評価)
- 担当職種の有効性 (主治医、看護師、心理士、ソーシャルワーカー、作業療法士、保育士の関わりについて5段階評価)

● 統計解析

総合満足度と各評価項目の関連についてスピアマンの順位相関係数 (r) を用いた解析を実施した。

【回答者数】

本調査には合計 78 名が回答した。内訳は、「本人 (入院した児童)」による回答が 26 名 (33.3%)、「ご家族 (母)」が 47 名 (60.3%)、「ご家族 (父)」が 5 名 (6.4%) であった。

【入院児童の性別と年齢】

本人による回答のうち、有効に性別が記録されていたのは 26 名であり、男子が 11 名 (41.1%)、女子が 15 名 (58.9%) であった。入院時の年齢の平均は 13.2 ± 1.8 歳、中央値は 14.0 歳であった。

【入院期間】

本人・保護者による記録の中で、入院期間として「6 ヶ月から 1 年未満」と回答した者が 13 名 (50.0%)、「1 年以上」が 11 名 (42.3%) であった。

【病名告知の有無】

本人 (26 名) の回答では、「聞いたことがある (『はい』や独自の認識を含む)」が 12 名 (46.2%)、「聞いたことがない」が 8 名 (30.8%)、「聞いたけど、忘れた」が 5 名 (19.2%)、「聞いたか聞いてないかわからない」が 1 名 (3.8%) であった。

【入院理由】 本人・保護者の回答を通して、入院理由として最も多かったのは「不登校 (16 件)」であり、次いで「気持ちがおちこんでいた (12 件)」「不安が止まらなかった (11 件)」「主治医に勧められた (10 件)」「自傷行為や死にたい気持ち (7 件)」などが続いた。入院の背景には、学校生活の困難さ、情緒の不安定さ、医療的介入の必要性など、多様な理由が重層的に存在していることが明らかとなった。

【告知されている病名】

本人・保護者の自由記述から、不登校・ひきこもり、自閉スペクトラム症、不安症、うつ病、拒食症、気分変調症、暴れる病気などが回答されており、発達症・情緒障害・行動障害の混在が示唆された。

【入院形態とその変更】

任意入院（16 件）と医療保護入院（13 件）が同程度存在し、入院中に形態が変更された事例も複数確認された。具体的には、医療保護入院から任意入院へ 1 回変更されたケースが 6 件、任意入院から医療保護入院へ 1 回変更されたケースが 1 件あったほか、何度か変更があったとする回答も 4 件みられた。

【入院治療の満足度】

入院治療に対する総合的な満足度（10段階評価）は、有効回答が得られた本人 25 名で平均 6.2±2.2 点、中央値 7.0 点、保護者からの有効回答 51 名では平均 8.1±1.8 点、中央値 8.0 点であった。本人はやや控えめな評価傾向がみられた一方、保護者は比較的高く評価しており、治療に対する当事者と家族の感じ方の違いがみてとれた。

【入院治療の内容とその有効性】

本人の評価：

面接（主治医）：平均 4.0±1.1（N=25, 中央値=4.0）

面接（看護師）：平均 4.0±1.0（N=25, 中央値=4.0）

面接（心理士）：平均 4.2±0.8（N=19, 中央値=4.0）

面接（ソーシャルワーカー）：平均 4.3±0.8（N=21, 中央値=4.0）

面接（作業療法士）：平均 3.4±0.7（N=9, 中央値=3.0）

認知行動療法：平均 3.8±0.9（N=13, 中央

値=3.0）

院内学級の利用：平均 4.2±1.1（N=24, 中央値=4.5）

隔離・拘束：平均 2.3±1.1（N=15, 中央値=2.0）

病棟レクリエーション：平均 3.8±1.3（N=24, 中央値=4.0）

作業療法：平均 3.4±0.6（N=16, 中央値=3.0）

保護者の評価：

面接（主治医）：平均 4.7±0.6（N=52, 中央値=5.0）

面接（看護師）：平均 4.4±0.8（N=52, 中央値=5.0）

面接（心理士）：平均 4.1±0.9（N=43, 中央値=4.0）

面接（ソーシャルワーカー）：平均 3.9±1.0（N=38, 中央値=4.0）

面接（作業療法士）：平均 3.3±0.6（N=18, 中央値=3.0）

認知行動療法：平均 3.7±0.9（N=31, 中央値=4.0）

院内学級の利用：平均 4.3±0.9（N=45, 中央値=5.0）

隔離・拘束：平均 3.7±1.0（N=28, 中央値=4.0）

病棟レクリエーション：平均 4.6±0.5（N=49, 中央値=5.0）

作業療法：平均 3.5±0.9（N=34, 中央値=3.0）

【入院治療の担当職種の有効性】

本人の評価：

主治医：平均 4.0±1.1（N=25, 中央値=4.0）

看護師：平均 4.0±1.0（N=25, 中央値=4.0）

心理士：平均 4.2±0.8（N=19, 中央値=4.0）

ソーシャルワーカー：平均 4.3±0.8

(N=21, 中央値=4.0)

作業療法士：平均 3.4 ± 0.7 (N=9, 中央値=3.0)

保育士：平均 3.0 ± 0.0 (N=5, 中央値=3.0)

教師：平均 4.2 ± 1.2 (N=23, 中央値=5.0)

保護者の評価：

主治医：平均 4.7 ± 0.6 (N=52, 中央値=5.0)

看護師：平均 4.4 ± 0.8 (N=52, 中央値=5.0)

心理士：平均 4.1 ± 0.9 (N=43, 中央値=4.0)

ソーシャルワーカー：平均 3.9 ± 1.0
(N=38, 中央値=4.0)

作業療法士：平均 3.3 ± 0.6 (N=18, 中央値=3.0)

保育士：平均 3.1 ± 0.3 (N=11, 中央値=3.0)

教師：平均 4.4 ± 0.9 (N=44, 中央値=5.0)

D.

【本人の満足度に関連する要因】

病棟における日常的・活動的な要素が強く影響しており、医療スタッフ（主治医・看護師等）との直接的な関わりは統計学的な有意な関連を示さなかった。

- 病棟レクリエーション ($r = 0.700, p < 0.001$)
- 教師の関わり ($r = 0.475, p = 0.022$)
- 院内学級の利用 ($r = 0.426, p = 0.038$)

【家族の満足度に関連する要因】

学習やレクリエーションの充実に加え、医療スタッフといかに良好なコミュニケーションが築けているかが満足度に極めて強く影響していた。

主治医との関わり ($r = 0.521, p < 0.001$)

看護師との関わり ($r = 0.488, p < 0.001$)

病棟レクリエーション ($r = 0.461, p = 0.001$)

教師の関わり ($r = 0.443, p = 0.003$)

心理士との関わり ($r = 0.343, p = 0.026$)

ソーシャルワーカーとの関わり ($r = 0.335, p = 0.043$)

E. 考察

本調査は、児童思春期精神医療における入院治療の質的向上を目指し、多職種による支援体制の現状とその有効性を当事者および家族の視点から把握することを目的として実施されたものであり、今後の医療の質の向上と連携体制の強化に向けた貴重な資料となった。特に、面接や薬物療法といった標準的治療に加え、院内学級や病棟レクリエーション、作業療法、認知行動療法など、教育・福祉・生活支援を含む包括的な治療内容が一定程度実施されていたことは、多職種の役割が有機的に機能していることを示唆していた。

本調査の有効回答は 78 名であり、その内訳は本人（入院した児童）が 26 名（33.3%）、家族からの回答が 52 名（66.7%）を占めた。今回、入院治療の総合満足度に影響を与える要因を検討するにあたり、多重回帰分析ではなくノンパラメトリックな手法であるスピアマンの順位相関分析を採用した。これは、回答が 5 段階の順序尺度であること、「交流する機会がなかった」というプログラム未利用による欠損値が散見されること、および現在のサンプルサイズを考慮し、統計学的な妥当性を担保するための措置であった。

この解析の結果、本人と保護者として「満足度を決定づける要因」に異なる傾向が示された。本人は「病棟レクリエーション」や「院内学級・教師との関わり」など、閉鎖的な環境下での活動性や日常の継続を重視

する傾向が強かった。対して家族は、それらの活動的側面に加え、「主治医や看護師との関わり」といった医療的信頼やコミュニケーションの有無が満足度に極めて強く影響していた。

ここで特筆すべきは、本人の解析において心理士やソーシャルワーカー、作業療法士、保育士などの職種が総合満足度と統計学的な有意差を示さなかった点、および職種ごとの評価にばらつきがみられた点である。しかし、これは決してこれらの職種の必要性を否定するものではない。最大の要因はデータ数（サンプルサイズ）の制約であり、例えば本人の作業療法士に関する回答は9名、保育士は5名に留まるなど、統計的検出力を満たすに足りない環境であった。

さらに、家族側のデータにおいては、主治医や看護師だけでなく、心理士やソーシャルワーカーとの関わりも満足度に対して統計学的に有意なプラスの影響を与えていることが証明された。心理・福祉的介入や作業療法によるアプローチは、病棟生活における分かりやすい「楽しさ」とは異なり、個人の内省を促すプロセスや、退院後の生活環境調整といった「治療基盤の構築」や「縁の下の力持ち」としての役割を担っている。これらは満足度という表面的な数値には直接表れにくい性質を持つものの、児童の確実な回復と社会復帰のためには1職種も欠かすことのできない不可欠な専門性である。主治医や看護師が医療を主導し、心理士が精神的ケアを深め、作業療法士が活動性を引き出し、保育士や教師が日常と学びを支え、ソーシャルワーカーが退院後の環境を整えるという、この「多職種のフルスペックの揃った包括的支援」こそが、

児童思春期精神医療の本質であり、最大の強みであることが再確認された。

しかしながら、現時点では主に量的な分析にとどまり、自由記述を含む質的データの検討は十分とは言えなかった。「治療が本人にどう影響を与えたか」「家族としてどのような支援が求められるか」といった具体的な声は、今後の治療計画の個別化や家族支援の強化に直接的に資するものである。また、今回の調査は国立健康危機管理研究機構 国立国府台医療センターを中心に実施されたが、調査の意義は特定施設に留まらず、全国の児童精神科医療機関にとって共通の課題と指針を提供し得るものであった。すでに複数の医療機関に協力を依頼しており、今後、さらなる多施設共同研究として展開することを想定した。各施設での倫理委員会承認等の調整を進め、多施設データが蓄積されれば、地域差や施設ごとの実践の違いを明らかにすることができ、より普遍性のあるエビデンスの構築が可能になると考えられた。

F. 結論

今回の調査結果は、多職種連携の推進という観点において極めて重要な意義を持っていた。現場では医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、保育士、教員など多くの職種が協働しながら支援を行っているが、その「連携の質」そのものが治療の成果および患者・家族の満足度に直結していることが本調査によって明白となった。具体的には、治療内容が本人の状態やニーズに即して調整されていたか、また職種間で情報がリアルタイムに共有され適切に役割分担されていたかという点が、総

合評価を左右する決定的な要素であった。
したがって今後は、治療計画の策定や退院支援会議の場において、患者と家族の声をより丁寧にかつ確実に反映させ、多職種連携の質を定期的にモニタリングする評価システムの構築が必須である。

患者・家族の満足度が治療の継続性や退院後の安定性に多大な影響を与えることは、これまでの先行研究の通りである。本調査においても、満足度が高いケースでは治療内容や多職種スタッフとの関係性が極めて肯定的に受け止められていた。逆に満足度が低いケースにおいては、「治療内容のわかりにくさ」「職種間の連携不足」「退院後の地域支援との接続不足」が明確な課題として背景に存在していた。

今後の展望として、本調査で得られた知見を速やかに臨床現場へと還元し、具体的なフィードバックを通じて実際の支援体制を絶えず改善していく手順を確立することが、多職種包括支援による質の高い児童思春期精神科入院治療を実現するために不可欠である。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
宇佐美 政英	児童精神科の臨床覚え書	宇佐美政英	児童精神科の臨床覚え書	じほう	東京	2025	

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
Usami M, et al.	Rising cognitive behavioral therapy claims among Japanese youth despite population decline: A retrospective study using the National Database of Health Insurance Claims (FY 2014-2022).	Glob Health Med.	7(4)	286-293	2025
Usami M, et al.	Does the Japanese insurance system increase outpatient psychiatric treatment for children and adolescents? A retrospective study using open data from the national claims database for 2016 to 2022.	PCN Rep.	4(2)	e70131	2025
Usami M, et al.	Regional disparities in Japanese children's mental health profession shortage areas.	PCN Rep.	4(2)	e70107	2025
Usami M, et al.	Time-of-day differences in daily functioning in children with obsessive-compulsive disorder.	Sci Rep.	16(1)	7252	2026
Usami M, et al.	From silos to synergy: trainee responses to multidisciplinary training in child and adolescent psychiatry.	Front Psychiatry.	16	1679862	2025

Usami M, et al.	Shifting strains: Parenting daily burden in girls with eating disorders-Assessed via the Questionnaire-Children with Difficulties.	PCN Rep.	4(3)	e70180	2025
Sasaki Y, Usami M, et al.	Preliminary Findings on School Refusal Outcomes in Children and Adolescents Following 1-Year Psychiatric Outpatient Treatment.	Early Interv Psychiatry.	20(3)	e70156	2026
Ishida M, Sasaki Y, Usami M, et al.	Increased suicide-related behaviors, challenging behaviors, and anxiety symptoms in elementary and junior high school students after the coronavirus disease 2019 pandemic: A single-center case-control study.	PCN Rep.	4(4)	e70263	2025
Sasaki Y, Usami M, et al.	Clinical Characteristics of Missed Child-to-Parent Violence (CPV) in Child and Adolescent Psychiatric Patients: A Case-Control Study.	Child Psychiatry Hum Dev.	-	10.1007/s10578-025-01888-2.	2025
Ono M, Harada I, Itagaki K, Usami M.	Comprehensive multidisciplinary approach in the long-term hospitalization of a child with obsessive compulsive disorder and autism spectrum disorder: Emphasizing nursing practice.	GHM Open.	5(1)	62-66	2025
Shibuya F, Usami M, et al.	Comparative study on school-based mental health literacy in three Asian countries.	Trop Med Health.	53(1)	86	2025
Sasaki Y, Usami M, et al.	Clinical characteristics of child and adolescent psychiatric patients with school refusal: Child versus adolescent onset.	J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.	34(1)	10-16	2025
馬敏幸、 宇佐美政英	【中学生を診ようー一般精神科医における中学生診療の基礎知識ー】 中学生の気分症	精神科治療学	40巻11号	1205-1210	2025
稲崎久美、 宇佐美政英	【いじめ・ハラスメントの臨床】いじめと不登校ー対人関係の困難さと家族相互作用の視点から	臨床精神医学	54巻10号	1115-1120	2025

宇佐美政英	【うつ病 123のQ&A】ライフステージに合致したうつ病子どもに見られるうつ病、うつ症状について概説してください。また、治療法についても教えてください。	精神科治療学	40巻増刊	324-327	2025
宇佐美政英	【睡眠の正しい理解を促す70のトリビア】睡眠障害の治療子どもの不眠の評価方法・治療方法を教えてください。	精神医学	67巻5号	739-742	2025
奥野正景	三国丘病院の過去から未来 一子どもから大人まで一特集 小規模精神科病院の課題と未来図	日精協誌	44(3)	35-39	2025

令和 8年 4月 10日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 國土 典宏

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 児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立国府台医療センター 児童精神科 診療科長
(氏名・フリガナ) 宇佐美 政英 (ウサミマサヒデ)

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)	☒	☐	☒	国立国際医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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) 未審査に場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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27日

厚生労働大臣 殿

機関名 長野県立こころの医療センター
駒ケ根

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 埴原 秋児

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 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）

2. 研究課題名 児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究

3. 研究者名 （所属部署・職名）長野県立こころの医療センター駒ケ根 副院長

（氏名・フリガナ） 原田 謙 （ハラダユズル）

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）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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： ）	☐	☐	☐		☐

（※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）未審査に場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☐ 無 ☒ （無の場合はその理由：個人が対応すべき問題と考えているため）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☐ 無 ☒ （無の場合は委託先機関：国立国際医療研究センター）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （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 ☐ 無 ☒ （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。

厚生労働大臣 殿

機関名 地方独立行政法人
岡山県精神科医療センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 山田 了士

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 児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター 医療部長
- (氏名・フリガナ) 大重 耕三 (オオチョウ コウゾウ)

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)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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。

厚生労働大臣 殿

令和 8 年 3 月 31 日

機関名 医療法人サヂカム会

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 奥野 正景

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 児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療法人サヂカム会 三国丘ころのクリニック 院長
(氏名・フリガナ) 奥野 正景 (オクノマサカゲ)

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)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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) 未審査に場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☐ 無 ☒ (無の場合はその理由： 所属機関にCOI 規定がない)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☐ 無 ☒ (無の場合は委託先機関： 国立国際医療研究センター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ ()
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ ()

(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 10日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 國土 典宏

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 児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立国府台医療センター 心理指導室 公認心理師
- (氏名・フリガナ) 田崎 琴瑛 (タザキコトエ)

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)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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) マニュアル作成班であることから、倫理審査が不要であるため。

(※2) 未審査に場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 10日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 國土 典宏

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 児童・思春期精神医療における多職種連携の推進マニュアル作成に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立国府台医療センター ソーシャルワーク室 精神保健福祉士
(氏名・フリガナ) 山本 啓太 (ヤマモトケイタ)

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)	☒	☐	☒	国立国際医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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) 審査の申請中

(※2) 未審査に場合は、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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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。