

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) 5 年度～ 7 年度 総合研究報告書

研究代表者 宇佐美 政英

(令和) 8 (2 0 2 5) 年 3 月

目 次

I. 総合研究報告	
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	
II. 分担研究報告	
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	- 31
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	- 39
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・	- 59
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	- 79
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	- 90
(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	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	----- 239

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
総合研究報告書

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児童精神科診療科長)

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、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明らかにした。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）
- 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）

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の背景において、児童・思春期精神医療へのニーズは急速に高まっている。その一方で、専門医等の医療資源の絶対的な不足と地域的な偏在が、数か月から年単位に及ぶ初診待機の長期化という深刻なボトルネックを引き起こしている。これらの社会的課題を克服するためには、医師単独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。

本研究は、令和 5 年度から令和 7 年度にかけての 3 年計画で、児童・思春期精神医療における外来・入院・地域連携の各フェー

ズの実態を明らかにし、多職種連携の質の向上と標準化を図ることを目的として実施された。最終的な目標として、全国の医療機関で応用可能な実践的指針である「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）」を策定・実装することを目指した。各分担研究班は、3 年間を通じて以下の特定の目的を設定し、多角的なアプローチによる検証を行った。

奥野班：児童精神科診療所におけるコメディカル（精神保健福祉士、公認心理師等）の配置状況と、それに伴う医師の負担軽減効果を調査した。とくに、令和 4 年度および令和 6 年度の診療報酬改定で新設・拡充された「児童思春期精神科専門管理加算」や「児童思春期支援指導加算」などの影響を踏まえ、多職種配置の経年変化と、初診予約やアウトリーチ等の業務実態を明らかにすることを目的とした。

原田班：児童・思春期精神科入院治療において、多職種がどのように診療に関与しているかを把握し、業務重複の解消とタスクシフトの必要性を評価した。さらに、各専門職が自身の専門性を活かすために、担当プログラムを絞り込んだ「職種別担当制」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：初診待機期間の実態と緊急対応の仕組みを調査するとともに、児童相談所や教育機関など外部機関との連携における障壁を明確化することを目的とした。研究の後半では、実際の連携相手である全国の児童相談所の実務者（児童福祉司）の視点から、精神科医療機関とのコミュニケーションや医療資源の不足に関する具体的な課題を抽出することを目指した。

山本班：多職種による児童・思春期精神科入院治療がもたらす有効性を、退院した患者本人およびその家族からの視点で評価した。フィードバックデータを蓄積し、総合的な満足度を決定づける要因を統計学的に解明することで、効果的な治療アプローチの推進とプログラムの質向上に寄与することを目的とした。

板垣班（主任研究班）：全分担研究班の成果と全国の専門施設からのフィードバックを詳細に統合し、各職種の役割と連携手順を定義した「多職種連携推進マニュアル（MENTOR）」のドラフト版および完成版を策定した。施設ごとの格差に配慮した汎用モデルを構築し、現場で活用可能な研修動画等の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核拠点とし、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（JaSCAP-C）の全面的な協力を得て、3年間にわたり遂行された。すべての調査において、国立国際医療研究センター倫理委員会の承認を得ており、収集されるデータは無記名で個人情報を含まず、特定の企業や団体との利益相反はない状態で実施された。各分担研究班が3年間で用いた具体的な研究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実態と経年変化調査）

奥野班では、児童精神科診療所における多職種配置の変遷と業務実態を捉えるため、定性的アプローチと定量的アプローチを組み合わせた経年調査を実施した。初年度である令和5年度には、コメディカル職種が先駆的に多数配置されている全国の5診療所を対象として、代表者や実務者への詳細な対面インタビュー調査を行った。得られた発話データは、質的分析ソフトであるKH Coderを用いたテキストマイニング等により詳細に分析し、診療所における各職種の固有の業務内容や多職種連携の核となる要素を抽出した。令和6年度および令和7年度には、この質的調査で得られた知見を基に構造化された質問紙を作成し、JaSCAP-Cの会員施設を対象とした一斉アンケート調査をExcel形式で実施した。令和6年度は全国37施設から、令和7年度は14施設から有効回答を得た。調査対象期間はいずれも各年度の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件数、初診および再診患者の年齢構成や通院期間、各職種の常勤・非常勤別の配置人数および専門研修の修了歴、医療・

福祉・教育の各機関との多職種連携への関与率、さらには自施設での精神科訪問看護指導や外部ステーションへの指示書発行を含むアウトリーチ活動の実態について詳細な定量データを収集した。最終的に、これらの複数年のデータをクロス集計および前後比較分析にかけることで、2024年度（令和6年度）の診療報酬改定が診療所の人的構造と地域連携に与えた影響を経時的に可視化した。

原田班（入院治療プログラムの業務重複解消と職種別担当制の介入検証）

原田班では、児童・思春期精神科入院治療における多職種の診療関与の実態把握と、それに基づく業務効率化のための介入検証を行った。計画の前半である令和5年度および令和6年度には、全児協加盟の児童精神科専門病棟を有する38施設に勤務する多職種（医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士等、計257名）を対象として、Microsoft Formsを利用したオンライン質問紙調査を実施した。初診予約、インテーク、集団療法、親への心理教育、転院調整など、入院治療に関わる多岐にわたる業務について、それぞれの職種がどの程度関与しているかをパーセンテージで算出し、業務の重複度合いと医師からのタスクシフトの可能性を実証的に評価した。この全国調査の結果、プログラムの重複による非効率性が明らかになったため、最終年度である令和7年度には、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、実際の臨床現場への介入検証として「職種別担当制プログラム」を導入した。これは、曜日ごとに主担当職種を特

定の専門職に絞り込む再編（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）を行うものであった。この体制を一定期間運用した後の2025年1月に、病棟に勤務する医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士の計7名を対象にアンケート調査を行い、新体制が治療に役立っているかの臨床的有用性を5段階で評価させるとともに、担当制を導入したことによるメリットとデメリットについて記述式の定性データを収集し、単施設前後比較研究としてその帰結を分析した。

大重班（専門病棟を有する拠点病院と外部機関連携における構造的障壁調査）

大重班では、児童精神科の拠点病院における初診待機の実態と、外部の支援機関との地域連携における障壁を多角的に検証した。令和5年度および令和6年度には、全児協およびJaSCAP-Cの会員施設のうち、児童精神科専門病棟を有する病院および診療所62施設を対象としてアンケート調査を実施した。この調査では、初診予約の受付体制、初診待機期間の具体的な日数、夜間や休日の緊急救急対応における応需基準や仕組み、さらに児童相談所や教育機関などの外部機関との連携頻度や連携時における重要度・困難度の評価、および5歳児健診後の紹介患者急増に対する受け入れ意向について、定量的・定性的なデータを収集した。この病院側への調査において「児童相談所との連携における困難さ」が最も顕著に示されたため、令和7年度には視点を変え、実際の連携相手である福祉側の実態を解明するための全国一斉悉皆的調査へ

と展開した。全国 242 ヶ所のすべての児童相談所に対し調査協力を郵送で依頼し、所属する児童福祉司（ケースワーカー）を対象に Google フォームを用いた Web アンケート調査を実施した。その結果、全国の相談業務従事者から 641 件の有効回答を得た。調査では、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、アセスメントの不一致、実情に合わない医療側からの要求、医療保護入院時の同意権を巡るトラブル、個人情報への壁、医師の威圧的態度など、コミュニケーション不全を惹起している具体的な要因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や円滑な連携が行えている層に対しては、その具体的な工夫や取り組みについての自由記述を収集し、医療・福祉間の文化的・構造的ギャップを浮き彫りにした。

山本班（当事者および家族の視点による入院治療の有効性と満足度要因分析）

山本班では、医療従事者側の評価に偏りがちであった入院治療の効果について、支援を受ける側である当事者（児童本人）およびその家族（保護者）の視点から評価を行う多施設共同研究を構築した。初年度である令和 5 年度には、国内外の文献レビューを通じて評価指標の選定を行い、倫理審査の承認と調査体制の整備に注力した。令和 6 年度から令和 7 年度にかけては、全児協に参加する全国の児童精神科専門病棟（国立健康危機管理研究機構国立国府台医療センター、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等）を退院した児童本人、およびその保護者を対象としたオンライン質問紙調査を Microsoft Forms を用いて本格的に実施した。調査項目には、児童の年齢や性別、入院期間、病名告知の有無、不登校などの入院理由といった基本属性に加え、入院中に提供された各治療プログラム（主治医面接、看護師面接、心理士面接、PSW 面接、集団療法、作業療法、病棟レクリエーション、院内学級等）の有効性に対する 5 段階評価、および入院治療全体に対する 10 段階の総合満足度評価を含めた。最終的に得られた 78 名（本人 26 名、保護者 52 名）の有効回答データに対し、統計学的な妥当性を担保するため、ノンパラメトリックな統計手法であるスピアマンの順位相関係数（ r ）を用いた相関分析を施し、本人と保護者のそれぞれにおいて、どの支援内容や職種の関わりが総合満足度を強力に規定しているかを科学的に算出した。

板垣班（主任研究班を中核としたマニュアルの策定）

板垣班は主任研究班として、他の 4 つの分担研究班から得られた定量・定性データ、および国内外の多職種連携に関するガイドラインのレビューを統合し、現場で即時実用可能なマニュアル「MENTOR」を策定するコンセンサス形成研究を主導した。3 年間の研究期間を通じて計 9 回の研究班会議（各年度 3 回ずつ開催。直近では 2025 年 5 月、10 月、2026 年 1 月）を開催し、厚生労働省の担当官を交えて対象職種の確定や記述内容の調整を行った。令和 6 年度にマニュアルのドラフト版の骨子（理念

編・実践編・職種別編）を策定した段階で、全児協および JaSCAP-C の会員施設、さらに関係学会に対して Word にて内容を広く公開し、臨床現場の多様な実務家からフィードバックを悉皆的に収集した。最終年度である令和 7 年度には、集約された意見に基づき、全国の医療機関が抱える「人的リソースの施設間格差・地域格差」を許容できるよう、画一的な手続きを強制しない「柔軟な余白を残した汎用指針」としての設計判断を行った。このプロセスにおいて、当初の 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）に加えて、病棟運営に不可欠である「保育士」および「院内学級教員」を対象職種として新たに拡張収載し、最終的な章構成（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）を確定させた。さらに、単なる冊子の配布に終わらせず社会実装を確実にするため、各章のプロトコルに連動した 1～2 分程度の研修用ショート動画コンテンツを複数本制作し、マニュアル内のリンクを介して Web 上で即時視聴できるマルチメディア実装基盤を構築した。

（倫理面への配慮）

これらの調査は国立国際医療研究センター（現・国立健康危機管理研究機構）倫理委員会の承認を得て実施された。無記名かつ自由意思に基づく回答を徹底し、個人情報の保護および利益相反（COI）の管理を厳格に行った。

C. 研究結果

奥野班（診療所における多職種の業務実態と経年変化調査）

児童精神科医療において、地域の一次受け皿となる「診療所（クリニック）」が果たす役割は極めて大きい。奥野班では、この診療所における多職種連携の実態と、診療報酬制度の改定が人的構造に与える影響について、3 年間にわたる質的・定量的アプローチを通じて極めて詳細なデータを収集した。

1. 令和 5 年度：質的調査から見えた多職種連携の基盤と各職種の固有業務

初年度（令和 5 年度）は、全国の児童精神科診療所の中でも先駆的に多数のコメディカル職種を配置し、高度な多職種連携を実践している 5 つの診療所を抽出し、施設の代表医師およびコメディカル（公認心理師、精神保健福祉士、看護師等）に対する詳細な対面インタビュー調査を実施した。得られた膨大な発話データに対し、質的分析ソフト「KH Coder」を用いたテキストマイニング解析を行った結果、診療所における多職種連携の核となる要素が抽出された。具体的には、医師が限られた診察時間内で医学的診断と処方に集中する一方で、初診前の予診（インテーク）、知能検査や心理アセスメント、保護者への心理教育やペアレント・トレーニング、そして地域の学校や児童相談所との連絡調整といった周辺業務を、各コメディカルがそれぞれの専門性を発揮して分担している実態が明らかとなった。この「タスクシフティング」の構造が、初診待機の短縮と医師の燃え尽き（バーンアウト）防止に直結していることが定性的に実証された。

2. 令和 6 年度：全国規模での定量調査と多職種配置のベースライン構築

令和 5 年度の質的知見を基に、令和 6 年度は日本児童青年精神科・診療所連絡協議会（JaSCAP-C）の会員施設を対象とした全国規模の定量的アンケート調査を実施し、37 施設から有効回答を得た（対象月：2024 年 11 月）。

- 診療報酬加算の取得状況と人的配置：児童精神科特有の加算である「児童思春期支援指導加算（注 10）」を取得している施設は 13 施設（35%）、「児童思春期精神科専門管理加算（注 4）」を取得している施設は 10 施設（27%）にとどまり、半数以上の 20 施設（54%）がいずれの加算も取得していない状態であった。当時の各職種の配置状況（1 施設あたり平均）は、公認心理師 1.38 名、看護師 1.51 名、精神保健福祉士 1.05 名、作業療法士 0.38 名であり、多職種連携の萌芽は見られるものの、常勤としての十分な配置には至っていない施設も多かった。
- 患者の年齢層とアウトリーチの兆し：初診患者は 1 施設あたり平均 28.9 名／月であり、そのうち 71.3%が 20 歳未満、61.9%が 16 歳未満であった。また、全体の約 43%（16 施設）がアウトリーチ（訪問支援）を実施しており、公認心理師や看護師による家庭訪問、学校訪問、電話支援など、施設外への支援展開が試みられている実態が把握された。

3. 令和 7 年度：診療報酬改定後の劇的な構造変化と経年比較

令和 6 年度（2024 年度）に行われた診療報酬改定が、診療所の体制にどのような影響を与えたかを追跡するため、令和 7 年度は JaSCAP-C 会員 14 施設を対象にアンケート調査（対象月：2025 年 11 月）を実施し、前年度と連続して回答した 13 施設のデータを前後比較分析した。この結果、診療所の構造に劇的な地殻変動が起きていることが証明された。

- 加算取得の急増と公認心理師配置の飛躍的拡大：多職種の常勤配置が算定要件に絡む「児童思春期支援指導加算（注 10）」の算定施設が、わずか 1 年間で前年の 6 機関から 10 機関（全体では 14 件中 11 件、79%）へと倍近くに急増した。これに完全に連動する形で、公認心理師の配置が前年の平均 1.38 名から、「1 機関あたり常勤 2.5 名、非常勤 0.9 名」へと著しい伸長を示した。診療報酬のインセンティブが、心理職の常勤雇用を直接的に牽引したことが数字として実証された。
- 施設基準による機能分化と極端な低年齢化：初診患者の年齢構成は、全機関平均で 16 歳未満が 63%（18.3 名 / 28.9 名）であった。しかし、より厳しい施設基準（通院患者の 50%以上が 16 歳未満）が課される「児童思春期精神科専門管理加算（注 4）」を維持・算定している 5 機関に絞って解析すると、初診患者の 88.3%（平均 33.2 名）が 16 歳未満に集中していた。これは、特定の診療所が「より低

年齢の児童精神科診療」に極端に特化していく機能分化の傾向を如実に示している。

- 地域連携の実働部隊としてのコメディカルの確立：医療機関同士の連携に加え、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%、高校 85.7%）との広範な連携がほぼ全ての診療所で常態化していた。特筆すべきは、これらの外部連携実務において、精神保健福祉士（78.6%～64.3%）および公認心理師（71.4%～64.3%）が極めて高い割合で主体的に関与していることであり、医師の負担を肩代わりするハブ機能としてコメディカルが定着している実態が明らかとなった。
- アウトリーチの外部連携化と不登校患者の低年齢化：地域へのアウトリーチ機能として、自施設で直接の精神科訪問看護指導を実施している機関は半数（50.0%）であったが、全体の78.6%が外部の独立系訪問看護ステーションに対して指示書を発行（月平均10.2件）しており、地域資源を巻き込んだ面的な支援展開が拡大していた。また、主訴として最も多い不登校の受診者動向について、中学生（85.7%）はもちろんのこと、小学校低学年（1～3年生）での受診増加を過半数（71.4%）の施設が実感しており、早期発見・早期介入のニーズが低年齢層へ波及している臨床的実態が捕捉された。

原田班（入院治療プログラムの業務重複解消と職種別担当制の介入検証）

児童・思春期の精神科入院治療においては、医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士など多様な専門職が関与するが、これまでは各職種の役割分担が曖昧であり、「1つのプログラムに多職種が重複して参加する」という非効率な運用が常態化していた。原田班では、この構造的課題を実証的に解明し、臨床現場への介入検証を通じて最適な病棟運営のあり方を3年間にわたり探求した。

1. 令和5～6年度：全国規模での定量調査による「業務重複」の可視化とタスクシフトの基盤構築

研究の前半（令和5年度および令和6年度）は、全国の児童精神科専門病棟における多職種の業務実態のベースラインを構築するため、全国児童青年精神科医療施設協議会（全児協）加盟の38施設に勤務する多職種（計257名）を対象とした大規模なオンライン質問紙調査を実施した。

本調査では、入院から退院に至る各業務（初診予約、インテーク、集団療法、個別面接、保護者への心理教育、退院・転院調整など）について、各職種が「自職種が欠かせない（必須である）」と認識している割合と、実際の関与率を算出した。その結果、多くの病棟において、集団療法やレクリエーションなどの単一プログラムに複数の職種が同時に参加しており、著しい業務の重複が発生している実態が定量化された。特に、外来診療を兼務する児童精神科医が病棟の集団プログラムにも過剰に関与しており、これが医師の過重労働（バーン

アウト)の温床となっていることが実証された。一方で、親の心理教育においては心理職が96.9%、初診予約や転院調整においては精神保健福祉士が93.0%の関与を示し、「多くの病棟業務はコメディカルによって十分に遂行可能であり、医師は医学的判断やチームの監督的役割に集中すべきである」というタスクシフティングの明確なエビデンスが得られた。

2. 令和7年度：職種別プログラム担当制の実装と単施設介入検証

令和5～6年度の調査で浮き彫りとなった非効率性を解消するため、最終年度である令和7年度には、長野県立こころの医療センター駒ヶ根の児童病棟をフィールドとし、実際の臨床現場における介入検証を実施した。具体的には、従来は多職種が流動的・重複的に参加していた病棟プログラムを、曜日ごとに「特定の専門職を主担当とする体制（職種別担当制）」へと抜本的に再編した。この新体制を一定期間運用した後、病棟スタッフ（医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士の計7名）を対象に、各プログラムの臨床的有用性と担当制のメリット・デメリットに関する詳細な定性的・定量的評価を行った。

【各曜日プログラムの臨床的有用性と定性的評価】

- 月曜[心理プログラム]（主担当：公認心理師）評価：「少し役立っている」。アンガーマネジメントや感情統制に関する心理教育的アプローチが実施された。特筆すべき成果として、ここで提供された知識が単なる座学にと

どまらず、病棟生活で児童が葛藤を抱えた際に、担当外の看護師等から「この前プログラムで勉強したよね」と声をかけるための『チームと児童間の共通言語・共通理解の基盤』として有機的に機能していることが確認された。

- 火曜[アクティビティ]（主担当：公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士）評価：「変わらない」。当初は個別治療計画との連動を狙ったものの、病棟看護師の多忙さから日々の目標設定との連動に遅れが生じた。しかし、主担当である作業療法士の提案により新たに『目標・感想用紙』を導入・運用した結果、言語的表出が乏しい児童の隠れた思いを可視化することに成功した。この用紙が、普段関わりの少ない他職種にとっても児童の内面を拾い上げる極めて重要な「情報共有のツール」として機能することが実証された。
- 水曜[男女別集団療法]（主担当：医師、看護師）評価：「少し役立っている」と「余り役立っていない」への二分化。個別面接では見えにくい集団内での立ち振る舞いや、消極的な児童が徐々にリーダーシップを発揮する過程（対人関係のダイナミズム）を観察する場として、極めて高い臨床的価値が認められた。一方で、集団における刺激量の多さや、トラブル時の介入など運営にかかるスタッフの精神的・肉体的疲労感が顕著であり、「グループ療法の臨床的意義よりも、運営負担感が上回る」との指摘が一部の看護職員か

ら挙がり、評価が割れる結果となった。

- 木曜〔作業療法〕（主担当：作業療法士）評価：「変わらない（従来から時間等の変更がないため）」。言語的表現が苦手な発達特性を持つ児童にとって、創作などの非言語的な作業活動が、自己表現の手段や「できた」という自己効力感（自信）の獲得に直結していることが再確認された。また、開始時間や片付けのルールを守るといった社会性訓練（ソーシャル・スキル）の場としての意義も高く評価された。
- 金曜〔運動〕（主担当：看護師、精神保健福祉士）評価：「かなり役立っている」等、最高評価。閉鎖病棟という制限され抑圧的な環境下において、中庭で思い切り身体を動かすこと自体が、児童の心理的閉塞感を軽減し、確実なストレス発散に寄与していた。また、診察室での面接とは異なる「遊びを通じた自然な関わり」が、スタッフと児童の間の迅速なラポール（信頼関係）形成に極めて有効であることが示された。

職種別担当制導入による成果として①各専門職が自己の専門性を最大限に発揮できるようになった、②曜日ごとの主担当が固定されたことで、他業務との調整やスケジュールリング等、業務の見通しが極めて立ちやすくなった、③病棟全体で一人の児童の多面的な姿を共有し、チームで支援しているという一体感・連帯感が醸成されたことが抽出された。一方で、課題として①自分が担当しないプログラムにおける児童の

実際の様子や病棟の空気が肌感覚として把握しづらく、電子カルテの文字記録だけでは児童の多面性を捉えきれないという「情報の分断化」が生じた、②スタッフ間での非公式な情報交換の機会が局所化・減少した、③スケジュールが固定化されたため、突発的な優先業務の発生時やスタッフの休暇取得時に、代替要員を確保する調整負担が増大したことが抽出された。

大重班（専門病棟を有する拠点病院と外部機関連携における構造的障壁調査）

児童・思春期精神医療において、専門病棟を有する拠点病院は、地域の重症ケースや緊急事態を引き受ける「最後の砦」としての役割を担っている。しかし、その限られた医療資源に対する需要の超過は、外部の支援機関（特に児童福祉と学校教育）との間に深刻な摩擦を生んでいる。大重班では、前半（令和5～6年度）は「医療側の視点」から、後半（令和7年度）は「福祉側の視点」から、この地域連携における構造的課題に多角的なメスを入れた。

1. 令和5～6年度：医療側から見た初診待機・救急応需の実態と「連携の困難さ」の抽出

令和5年度および令和6年度は、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（JaSCAP-C）会員のうち、児童精神科専門病棟を有する病院および診療所62施設を対象とした定量・定性アンケート調査を実施した。

初診待機の慢性化と緊急救急の応需基準：全国の拠点病院において、初診予約から実

際の受診までに数か月から半年以上を要する「初診待機の長期化」が常態化していることが定量的に確認された。また、夜間や休日の児童救急応需体制については、対応可能な施設が極めて限定的であり、自傷や他害といった行動化を伴うケースであっても、「病床の満床」や「当直医が児童精神科専門医ではない」といった理由から、厳格な応需基準（受け入れ制限）を設けざるを得ない切迫した医療現場の実態が浮き彫りとなった。

重要機関との連携におけるパラドックス：外部機関との連携頻度と重要度について調査した結果、「児童相談所」と「教育機関（学校）」は、拠点病院にとって最も頻繁に連携が行われ、かつ最も重要な連携先として認識されていた（それぞれ83.9%、74.2%）。しかし同時に、これら二つの機関は、医療側が「連携に最も強い困難を感じている相手」のトップ2（児童相談所79.0%、教育機関75.8%）でもあった。困難の理由としては、「アセスメント（見立て）や介入方法論に関する共通理解の不足」「権限や法制度の違い」「文化的なギャップ」が多く挙げられ、密接に連携すべき機関ほど摩擦が大きいというパラドックスが確認された。

5歳児健診の波及効果への懸念：国が推進する「5歳児健診」の普及に関連し、発達障害等のスクリーニングを受けた健診後の児童が拠点病院へ紹介されるケースの急増に対し、多くの施設から「健診後の地域支援体制が未整備なまま医療に丸投げされており、紹介増加への対応は物理的に困難である」との強い懸念と悲鳴に近い声が寄せられた。

2. 令和7年度：福祉の最前線（児童相談所）から見た精神科医療機関連携
医療側の調査で最大の課題として抽出された「児童相談所との連携の困難さ」のブラックボックスを解明するため、令和7年度は視点を完全に反転させ、全国242ヶ所の児童相談所に勤務し、最前線で相談実務に携わる「児童福祉司（ケースワーカー）」を対象とした全国一斉悉皆的調査を実施した。641名の有効回答（回収率約9.8%）から、福祉側が医療に対して抱く切実な困難感とコミュニケーション不全の構造が明らかとなった。

連携困難度の定量評価とコミュニケーション不全の要因：児童福祉司に対し、精神科医療機関との連携における困難度を5段階で尋ねたところ、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。困難を感じる具体的な理由（複数回答）としては、「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）」が突出して多く、次いで「精神科医療機関側に否定的な態度、威圧的な態度をとられる（192件）」「医療側の見立てや治療方針が不透明でわからない（152件）」「主治医と直接話せない（118件）」「個人情報をもとに診療情報を共有してもらえない（117件）」という結果となった。

【自由記述の定性分析から抽出された4つの本質的障壁】膨大な自由記述データを質的に分析した結果、両者の間には以下の4つの強固な組織間障壁が存在することが判明した。

- アセスメントおよび介入方針における決定的乖離：児童相談所側が、希死念慮、急性自傷、激しい他害行為といった症状を「医学的危機」と捉え、一時保護所等での対応は不可能として医療的介入（入院）を強く要請するケースに対し、医療機関側から「これは治療対象となる精神疾患ではなく、不適切な養育環境や愛着障害に起因する行動問題（非行等）であるため、医療の枠組みではなく福祉的な環境設定（施設入所等）で対応すべき」と一蹴され、入院を拒絶される事例が全国で多発している。
- 実情を度外視した医療側からの要請と同意権を巡るトラブル：医療側が入院を引き受ける条件として、「退院後の確実な受け入れ先施設（児童養護施設等）の確保」や「長期的見通しの確約」を要求するケースが多数報告された。しかし、受け入れ先施設が全国的に枯渇している福祉の実情下において、緊急時にそのような確約は不可能であり、医療側から早期退院を威圧的に催促されることへの福祉現場の強い疲弊が示された。また、児童虐待事例における医療保護入院等の手続きに際し、加害者である保護者（親）の同意が得られない状況下で、医療機関側が法的なリスクを恐れて「親の同意がなければ入院させられない、情報も共有できない」と硬化し、子どもの安全確保が遅れる法解釈のトラブルが頻発している。
- 意思決定プロセスの非互換性：医療機関は「主治医の医学的判断が絶対である（トップダウン型）」というヒエラルキーで動くのに対し、児童相談所は「会議における組織的協議で方針を決定する（ボトムアップ・合議制）」という行政プロセスで動いている。この意思決定のスピードとプロセスの違いが、「なぜすぐに方針を決められないのか（医療側）」「なぜ独断で退院を決めるのか（福祉側）」という相互の苛立ちと連携不全を生んでいる。
- 深刻な医療資源の絶対的不足と「支援難民」の発生：精神科の新規予約が3～6か月先であり、一時保護期間（原則2か月）内に受診が間に合わないという時間的制約が連携を致命的に阻害している。また、夜間・休日の児童救急応需体制の極端な不備により、本来は医療的保護が必要な重症児童を、福祉職が専門的知識のないまま一時保護所で無理に処遇せざるを得ない「支援難民化」の現実がリアルに活写された。

山本班（当事者および家族の視点による入院治療の有効性と満足度要因分析）

児童・思春期精神科病棟における入院治療の効果や有効性の評価は、従来、主治医や看護師などの「医療従事者側」のアセスメントや症状の寛解度といった客観的指標に依存する傾向が強かった。しかし、真に質の高いチーム医療を推進するためには、支援を直接受ける当事者である「児童本人」およびその「保護者」が、入院生活や各専門職のアプローチをどのように受け止めているかという主観的評価（当事者評価）を科学的に解明することが不可欠である。山

本班では、3 カ年計画を通じて評価指標の選定からデータ収集、そして統計学的解析に至る一連の実証研究を段階的に完遂した。

1. 令和 5 年度：評価指標の選定、調査デザインの確立、および多施設共同研究体制の構築

初年度（令和 5 年度）は、国内外における児童思春期精神科の入院治療評価に関する広範な文献レビューを実施した。児童・思春期患者は発達段階の途上にあり、言語的表出の能力や認知の成熟度が個々人で大きく異なるため、医療環境を適切に評価するための質問紙の設計には慎重な吟味が求められた。検討の結果、表面的な医学的症状の改善度を問うのではなく、入院中に提供された具体的な治療プログラム（個別面接、集団療法、作業療法、レクリエーション、院内学級等）のそれぞれに対する有効性と、病棟生活全体の満足度を多角的に測定する独自の構造化質問紙のデザインを確立した。同時に、単施設での調査にとどまらず、日本の児童精神科入院医療の実態を包括的に反映させるため、全国児童青年精神科医療施設協議会（全児協）の主要な加盟施設（国立健康危機管理研究機構国立国府台医療センター、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等）との間で、多施設共同研究としての連携体制を構築した。その後、中核拠点における倫理審査委員会の承認を取得し、次年度以降の大規模実査に向けた確固たる基盤を整備した。

2. 令和 6 年度：多施設共同オンライン調査の開始と中間データの蓄積

令和 6 年度には、前年度に構築した体制に基づき、対象施設を退院した児童本人およびその保護者を対象とした質問紙調査を本格的に開始した。現場スタッフへの負担を最小限に抑えつつ、高い回収率とデータの信頼性を担保するため、無記名式のオンライン入力システム（Microsoft Forms）を導入した。退院時のバタバタした状況を避け、退院後一定期間が経過して生活が落ち着いたタイミングで、各施設から対象家族へ案内状と二次元コードを郵送または手渡しする手法を採用した。これにより、中間段階としての有効回答を順調に蓄積し、データの欠損値の傾向や、本人の回答と親の回答における評価の方向性の乖離について予備的な分析を行い、最終年度の本格的な統計解析に向けたデータクリーニングのプロトコルを確定させた。

3. 令和 7 年度：調査の完遂、データ集計、および満足度規定因子の統計学的解析
最終年度（令和 7 年度）において調査を完遂し、最終的に 78 名（児童本人 26 名、保護者 52 名〔内訳：実母 47 名、実父 5 名〕）の有効回答からなる強固なデータセットを構築した。入院児童の平均年齢は 13.2 ± 1.8 歳であり、入院期間の分布は「6 ヶ月から 1 年未満」が 16.7%、「1 年以上」が 14.1%に達し、比較的長期の入院処遇を要した重症例が多く含まれていた。また、入院理由（複数回答）の最頻値は「不登校（16 件）」であり、現代の思春期メンタルヘルスが抱える中核的な課題が色濃く反映された集団であった。

入院治療全体に対する 10 段階（1～10 点）の総合満足度評価を集計した結果、児童本人の満足度は平均 6.2 ± 2.2 点（中央値 7.0 点）であったのに対し、保護者の満足度は平均 8.1 ± 1.8 点（中央値 8.0 点）であり、保護者において有意に高い評価傾向が認められた。また、提供された各プログラムおよび担当職種別の有効性に対する 5 段階評価（1：全く役に立たなかった～5：大変役に立った）では、主治医面接（本人 4.0／保護者 4.7）、看護師面接（本人 4.0／保護者 4.4）、心理士面接（本人 4.2／保護者 4.1）、ソーシャルワーカー面接（本人 4.3／保護者 3.9）、院内学級・教員の関わり（本人 4.2／保護者 4.4）と、総じて全職種が高い有効性評価を獲得していた。

この 5 段階順序尺度およびプログラム非利用による欠損値の散見、サンプルサイズ（ $N=78$ ）を考慮し、統計学的な妥当性を担保するため、ノンパラメトリック手法であるスピアマンの順位相関係数（ r ）を用いた相関分析を実施した。その結果、総合満足度を強力に牽引する規定因子において、子ども本人と保護者の間で統計学的に明確な断絶と非対称性が存在することが科学的に証明された。

【児童本人の総合満足度と各因子の相関分析結果】 児童本人の入院治療に対する総合満足度と統計学的に有意な正の相関を示した項目は、最も相関が強いものから順に以下の通りであった。

1. 病棟レクリエーション：（ $r = 0.700, p < 0.001$ ）※極めて強い相関

2. 教師の関わり（学習支援）：（ $r = 0.475, p = 0.022$ ）
3. 院内学級の利用：（ $r = 0.426, p = 0.038$ ）
4. 作業療法：（ $r = 0.385, p = 0.082$ ）
5. 看護師との関わり：（ $r = 0.312, p = 0.154$ ）
6. 主治医との関わり：（ $r = 0.278, p = 0.201$ ）

「作業療法」、「看護師との関わり」、「主治医との関わり」といった医学的・個別面接的アプローチの項目は、児童本人においては統計的な有意水準（ $p < 0.05$ ）には達しなかった。

【保護者の総合満足度と各因子の相関分析結果】 保護者の入院治療に対する総合満足度においては、評価対象となった多職種の関わりのほぼすべてにおいて、統計学的に有意な正の相関が認められた。相関の強い順から以下の通りである。

1. 主治医（医師）との関わり：（ $r = 0.521, p < 0.001$ ）※最も強い相関
2. 看護師との関わり：（ $r = 0.488, p < 0.001$ ）
3. 病棟レクリエーション：（ $r = 0.461, p = 0.001$ ）
4. 教師の関わり（学習支援）：（ $r = 0.443, p = 0.003$ ）
5. 心理士との関わり：（ $r = 0.343, p = 0.026$ ）
6. ソーシャルワーカー（PSW）との関わり：（ $r = 0.335, p = 0.043$ ）

以上の統計データは、入院環境において、児童本人が生活の質（QOL）の維持や日常性の保障を重視して環境を評価しているのに対し、保護者はそれらに加え、医療的安心感および心理・福祉的な環境調整を含む「包括的な多職種チームの機能」そのものを評価の軸としている実態を如実に描き出した。

板垣班（主任研究班を中核としたマニュアルの策定）

板垣班は、主任研究班（全体統括）およびマニュアル作成班として、他の4つの分担研究班（奥野班、原田班、大重班、山本班）から得られた定量的・定性的エビデンス、および国内外の先駆的なチーム医療ガイドラインを体系的に統合し、全国の医療現場で即時活用可能な標準指針を策定する役割を担った。3年間の継続的なコンセンサス形成研究、および実装基盤の構築プロセスから得られた最終的な結果は以下の通りである。

1. 令和5年度：国内外の文献レビュー、概念整理、および調査デザインの整合性調整
初年度（令和5年度）は、児童・思春期精神医療における多職種連携、および医療・福祉・教育間のネットワーク連携に関する国内外の既存マニュアルや学術文献の広範なレビューを実施した。このプロセスにおいて、「院内多職種連携（例：閉鎖病棟チーム内での協働や外来コメディカル間の連携）」と「地域連携（例：児童相談所、学校、子ども家庭センター等の外部機関との連携）」が、現場の実務者間でしばしば混同され、コミュニケーションの混乱を招い

ている実態を特定した。これを受け、双方の定義を明確に区別し、混同を避けるための概念的フレームワークを構築した。同時に、他の4つの分担研究班が実施する実態調査の設問設計や評価指標について、最終的にマニュアルへ実装するためのエビデンスとしてシームレスに統合できるよう、調査デザインの整合性を調整する役割を果たした。

2. 令和6年度：各班データの統合とマニュアル「ドラフト版」の策定、および全国施設への意見聴取

令和6年度は、各分担研究班から集約され始めた初期データを基盤として、多職種連携の基本的意義と共通価値観を明記した「多職種連携推進マニュアル（ドラフト版）」の策定を本格化させた。このドラフト版は、「理念編」「実践編」「職種別編」の3部構成で骨子が組み立てられた。理念編では、すべての専門職が共有すべき最上位の価値観として「子ども中心の支援」および「子どもの育ち・学習権の保障」を明示し、支援のベクトルを統一した。策定されたドラフト版は、単なる研究班内部の成果にとどめず現場のリアルな声を反映させるため、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（JaSCAP-C）の会員施設、さらには関係学会に対して、Web閲覧形式で広く公開した。全国の臨床家やコメディカル実務者から、記載の具体性、運用の実現可能性、各地域における社会資源の格差に関するフィードバックを悉皆的に収集した。

3. 令和7年度：研究班会議によるコンセンサス形成、対象職種の拡張、および完成版「MENTOR」の確定

最終年度（令和7年度）は、3年間で計9回（各年度3回開催。直近では2025年5月23日、10月4日、2026年1月23日）に及ぶ研究班会議を集中的に開催し、厚生労働省の担当官を交えた厳密なコンセンサス形成プロセスを実施した。全国の施設から寄せられた「マンパワーや施設規模の地域格差が大きく、画一的な手順を強制されると現場が回らなくなる」という痛切なフィードバックに対し、板垣班はマニュアルの設計思想を「形式的なルールの強制」から「柔軟な余白を残した汎用指針」へと大きく舵を切る重要な設計判断を下した。

この議論を経て、当初想定していた基本の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）の業務分類にとどまらず、山本班の調査で児童本人の満足度決定に決定的影響を与えていることが証明された日常性の保障（学習や遊び）を具現化するため、「保育士」および「院内学級教員」をマニュアルの対象職種として新たに拡張収載した。これらすべての知見を結集し、名称を「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）」として最終完成版を確定させた。章構成は以下の4つの柱として構造化された。

第1章：理念編（子ども中心の支援と育ちの保障）

第2章：職種別コアアクション・チェックリスト（Must 業務と Should 業務の分類、タスクシフトの定義）

第3章：連携カンファレンス・実施プロトコル（4つの公式会議体の定義）

第4章：緊急時対応と倫理的配慮（情報共有の基準とセキュリティ）

特に、情報分断（原田班の課題）や連携不全（大重班の課題）に対するダイレクトな回答として、第3章の「連携カンファレンス・実施プロトコル」では、目的と必須参加メンバーを以下のように構造化して明記した。初期評価と役割分担を決定する「初診カンファレンス」、週1回以上の開催で治療計画を柔軟に更新する「定期・病棟カンファレンス」、退院後の社会復帰の導線を整える「退院前カンファレンス」、平時から外部の福祉・教育と一堂に会して長期的支援方針を一致させる「地域連携会議」の4つを公式に定義した。さらに、児童虐待の発覚や急性自傷、他害行為などの有事の危機に対し、定期会議を待たずに任意のスタッフが即時起案し、参加可能な職種のみで15～30分という短時間で情報を集約し、安全確保のための役割分担と法的通告の可否をその場で即座に決断する「迅速多職種カンファレンス」の動的プロトコルを新たに明文化した。

また、診療報酬の点数や具体的な算定要件は数年ごとの改定で頻繁に変動するため、マニュアル本文に詳細を記述すると文書が早期に陳腐化するリスクを考慮し、これらをすべて別添資料や注釈に分離する実務的配慮を施した。さらに、単なる冊子の配布による形骸化を防ぐため、マニュアルの各プロトコルに対応した現場研修用ショート動画コンテンツを複数本制作し、誌面内のリンク等を介してインターネット上で現場のスタッフが日々のカンファレンス直前や

新任者研修で即時視聴・活用できるマルチメディア実装基盤を確立した。

D. 考察

3年間にわたる各分担研究班の実証的調査・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実態、臨床の有効性、および外部機関連携における構造的な障壁をかつてない解像度で可視化した。得られた膨大な定量的・定性的知見を統合し、以下の5つの学術的視点から総合的に考察する。

1. 診療報酬制度による人的資源の再配置効果と構造的背反

令和6年度から令和7年度にかけての縦断的データが示す最も重要な知見は、適切な診療報酬上の評価が、医療機関の人的投資を強力に牽引するという事実である。新設・拡充された「児童思春期支援指導加算（注10）」等の算定を企図し、各診療所は公認心理師の常勤雇用を大幅に拡大させた（常勤2.5名への急増）。これは、これまで非正規雇用等で従事することの多かった心理職に対し安定した基盤を与え、ひいてはチーム医療のインフラを強固にするという、エビデンスに基づく政策立案

（EBPM）の極めて有効な実例として評価される。心理職や精神保健福祉士が常勤として定着したことで、児童相談所や学校との連携実務をコメディカルが主体的に担うことが可能となり、医師が医学的判断に専念できるタスクシフティングが診療所レベルで実現しつつある。

一方で、本調査は現行の制度設計がもたらす副作用的なパラドックスも明確に指摘し

ている。「児童思春期精神科専門管理加算（注4）」の算定を維持している診療所において、初診患者の88.3%が16歳未満に集中しているという事実は、施設基準（16歳未満の受診割合50%以上）を満たし経営的基盤を維持するために、医療機関側に特定の年齢層を優先して受け入れざるを得ない構造的要因が働いていることを示唆している。児童精神科医療において、16歳から18歳、さらには青年期へと至る「トランジション期（移行期）」の支援は、就学・就労や自立に向けた極めて重要なフェーズである。現在の厳格な施設基準が、結果的に思春期・青年期患者の受け入れを困難にさせ、彼らが適切な専門医療へアクセスすることを阻害する制度的障壁を生み出している懸念がある。医療機関の機能分化が進むこと自体は妥当であるが、年齢による制度的線引きが患者の不利益とならないよう、トランジション期に対する新たな評価軸の創設など、きめ細かな政策的議論が急務である。

さらに、データ分析から児童精神科特有の「長期継続支援と採算性の構造的背反」が浮き彫りとなった。初診患者の多くが低年齢層であっても、発達課題への対応や不登校支援、環境調整には年月を要するため、実際の通院患者の年齢構成を分析すると、全体の約3分の2が「1年以上通院している患者」で占められていることが判明した。しかし、現行の診療報酬制度において高い点数が設定されている加算の多くは「通院1年未満」を対象としており、1年を超えると算定できなくなるケースが存在する。結果として、診療所が責任を持って長期的に患者の診療を継続し、専門的なり

ソース（時間と多職種によるケア）を投下し続けるほど、診療報酬上の単価は低下し採算性を圧迫するという不整合が生じている。地域医療を支える診療所の実践を持続可能なものとするため、継続的な支援に対する正当な評価システムの再構築が強く求められる。

2. タスクシフティングの妥当性と情報の分断化に対する統合プロセスの構築

従来、医師に集中していた業務（集団療法の企画運営、心理教育、インテーク等）をコメディカルへ委譲すること（タスクシフティング）の臨床的妥当性は、令和5～6年度の全国調査および令和7年度の病棟介入検証により強く支持された。医師がすべてのプログラムに関与する旧来のスタイルは、患者に安心感を生む反面、医師の過重労働を引き起こし、結果として初診待機の長期化という社会的問題の遠因となっていた。職種別担当制による業務の分業化により、公認心理師は心理教育的アプローチを、作業療法士は非言語的な自己効力感の育成をそれぞれ高い純度で提供することが可能となった。これは医療資源の最適配分という観点から、今後の標準的な病棟運営モデルとして推奨される。

しかし、本研究から得られた重要な知見は、専門性に基づく分業化を進めると、必然的に「自分が担当していない時間の患者の様子が把握困難になる」という情報の分断化という副作用が生じる点である。電子カルテ等の文字情報だけでは、児童の微細な表情の変化や集団内での空気感を完全に伝達することは不可能である。この情報の欠落を補うローカル・ソリューションとし

て、作業療法士が発案・導入した「目標・感想用紙」を通じ、児童の隠れた思いを可視化・共有する工夫は極めて有効であった。

しかし、本質的にこの情報の分断化を克服し、断片化された患者の姿を再び一つの

「全体像」として統合するためには、強力かつ高頻度な情報共有のプラットフォームが不可欠である。本総合研究において策定されたマニュアル「MENTOR」内に、週1回以上の「定期・病棟カンファレンス」や、緊急時に15～30分で即時開催する「迅速多職種カンファレンス」が厳密にプロトコル化されているのは、この分業化に伴う情報分断のリスクを構造的に回避するための不可欠なプロセスであると位置づけられる。

3. 治療環境評価における当事者および保護者間の解離と包括的支援の意義

わが国初の当事者研究となった退院患者および保護者を対象とした調査結果は、児童・思春期精神医療における治療評価のあり方に重大な差異を迫るものである。本研究は、同一の入院治療空間を提供されているにもかかわらず、子ども本人と親とで、治療環境の満足度を決定づける心理的・臨床的要因が完全に異なっていることを定量的に証明した。

保護者の満足度において、主治医や看護師という医学的・身体的管理を担う職種が最上位の相関を示したことは、不登校や激しい行動化、あるいは精神症状の悪化によって家庭機能の危機に瀕していた保護者にとって、医療機関が提供する「圧倒的な医療的安全性と確実な治療管理」こそが、最大

の安心感の源泉であることを意味している。

これに対し、児童本人の満足度において主治医や看護師の個別面接の点数が有意な相関を示さなかったという事実は、個別の診察が有益であっても、それ単独で日々の入院生活の満足度が決定されるわけではないという臨床的現実を示している。児童本人の総合満足度において極めて強い正の相関を示したのは、「病棟レクリエーション」や「教師の関わり」「院内学級の利用」であった。大人の精神科入院治療においては症状の消退が社会復帰に直結するため医療重視の評価になりやすいが、児童・思春期患者にとって、病院は治療の場であると同時に、本来地域で送るはずであった「生活の場（日常）」の代替空間でなければならない。閉鎖病棟という制限された環境下において、日々の生活に彩りを与えるレクリエーションや、学習権の保障を通じた「日常性の保障」こそが、子どもたちの生活の質（QOL）を支え、治療を前向きに継続するための最大の要件であることが実証された。

なお、児童本人の解析において心理士やソーシャルワーカー等の職種が有意差を示さなかった点については、サンプルサイズの制約を考慮して解釈する必要がある。心理士による内省の促進や、ソーシャルワーカーによる退院後の環境調整といったアプローチは、表面的な「楽しさ」として子どもの意識に直接上る性質のものではないが、退院後に地域社会で持続可能な生活を営むための「不可視的かつ基盤的な治療介入」である。事実、保護者の満足度においては、心理士（ $r = 0.343$ ）やソーシャルワーカー

（ $r = 0.335$ ）が明確な有意相関を示している。不登校や行動障害の治療は、隔離された環境下で家族の福祉的課題を紐解き、親の養育不安にアプローチする「家族機能の再構築」のプロセスを伴う。本人と家族の異なる二重のニーズに対し、全職種が包括的かつフルスペックで介入することが、確実な社会復帰に向けた絶対条件である。

4. 医療機関と児童福祉機関間に内在するアセスメントの乖離と組織間連携の課題

全国の児童相談所実務者を対象とした調査により、約 68%が精神科医療機関との連携に困難を感じている事実が可視化された。この構造的要因の本質は、医療側と福祉側の双方が依拠する支援パラダイム（評価軸）の決定的な相違にある。精神科医療が「疾患の診断と治療、速やかな環境調整」という医学的パラダイムで動いているのに対し、児童相談所側は「目の危機（虐待・暴力・自傷）からの生命と安全の物理的保護」という児童福祉的パラダイムに基づき医療的介入を要請する。このアセスメント基準の根本的な乖離が、相互不信や連携の停滞を生んでいる。

加えて、現行の法制度と意思決定プロセスの非互換性が事態を複雑化させている。児童虐待事案における医療保護入院等において、親の同意が得られない状況下で医療機関側が法的要件を厳格に解釈する防御的な姿勢は、福祉側には非協力的な態度として認識されている。また、「医師による医学的判断（トップダウン）」と「行政の組織的協議（合議制）」という意思決定スピー

どの違いが、緊急時の連携を致命的に阻害している。

さらに、初診待機の慢性化と医療資源の絶対的不足により、本来は高度な医療的保護が必要な重症児童を、福祉職が一時保護所で長期滞留させざるを得ない事態が常態化している。5歳児健診の普及等によりスクリーニング網が強化される中、限られた拠点病院への負荷は増大の一途を辿っている。これらを打開するためには、有事の場当たり的な連絡から脱却し、平時から互いの法制度的限界、組織の意思決定の仕組み、および地域資源の状況を共有し合う「地域連携会議」の定例化と、地域全体での階層的トリアージ体制の構築が不可欠である。

5. 実証的データに基づく多職種連携実践モデルの社会実装と将来展望

板垣班を通じて3年間の研究の集大成として完成させたマニュアル「MENTOR」は、日本の児童・思春期精神医療が長年抱えてきた「施設間格差」と「組織間コンフリクト」に対する極めて高度な学術的・実践的解答である。

医療の質を一定に保つための標準化と、個々の現場の実情に合わせるための汎用性を両立させるため、画一的な手続きの強制を排除し、各施設の現有戦力に応じて必須・推奨業務を選択できる「柔軟な余白を残した汎用指針」へと設計したことは、多様な医療インフラの現実に応じた実効性の高いアプローチである。

また、山本班の当事者満足度分析の結果と完全に同期する形で、マニュアルの対象職種を従来の医療5職種から「保育士」およ

び「院内学級教員」へと拡張したプロセスは、「子ども中心の支援」という理念をチーム医療のシステムとして具現化したものである。

さらに、大重班が明らかにした医療・福祉間の有事のコンフリクトに対する処方箋として、定期会議を待たず15～30分で即時開催する「迅速多職種カンファレンス」を明文化した。この動的プロトコルは、医療現場の硬直化したヒエラルキーを一時的に解除し、チームの俊敏性を最大化することで、子どもの安全確保に向けた迅速な意思決定を可能にする。

マニュアルが現場で形骸化することを防ぐため、現場で即時視聴できる研修用動画コンテンツ等のマルチメディアシステムを構築したことは、多忙な医療現場のスタッフに対する極めて実効性の高い社会実装アプローチである。今後は、本マニュアルを全国の医療機関、児童相談所、教育現場の初任者研修等へと広く浸透させ、高度な分業と統合を両立したチーム医療体制を我が国の社会的共通資本として確立していくことが最大の課題である。

E. 結論

本研究は、令和5年度から令和7年度にわたる3年間の多角的な実証的調査を通じて、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、当事者および保護者の質的ニーズ、ならびに外部機関（特に児童相談所や教育機関）との間に存在する構造的な障壁を、かつてない規模と解像度で可視化した。

これらの膨大なエビデンスを統合して策定された「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、単なる理念の提唱にとどまらず、各専門職の役割の最適化（タスクシフティングの推進）と、定期的および緊急時の動的なカンファレンス運用をプロトコル化した極めて実践的な指針である。本マニュアルは、職種間および機関間に内在するアセスメント基準の相違や認識のズレを構造的に解消し、患者本人・家族・地域社会をシームレスにつなぐための柔軟な「機能的システム」として完成をみた。

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初任者研修プログラムへと広く社会実装していくことが最大の課題となる。本研究の成果が、我が国の児童・思春期精神医療の質を飛躍的に向上させ、多職種協働の強固な基盤整備に資する実効性ある社会的共通資本となることを確信する。

F. 研究発表

1. 論文発表

- Usami M, Ito M, Sasaki Y, Ishida M, Inoue S, Mikami K, Tsujii N, Kihara H, Satake N. 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.
- Usami M, Sasaki Y, Ishida M, Inoue S, Ito M, Mikami K, Tsujii N, Satake N. 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.* 2025; 4(2): e70131.

- 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.
- Usami M, Mizumoto Y, Inazaki K, Hakoshima Y, Itagaki K, Yamamoto K, Tsujimoto T, Yamasaki M, Saito K. Identifying hub functions and collaboration patterns in hikikomori support networks: A nationwide cross-sectional study. *PCN Rep.* 2026; 5(1): e70311.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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 Interv Psychiatry*. 2026; 20(3): e70156.
- 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*. 2025; 4(4): e70263.
- 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.
- Sasaki Y, Usami M, Hakosima 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.
- 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*. 2025; 5(1): 62-66.
- 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.
- Usami M, Satake N, Katsuyama H, et al. Is children's mental health an important function of newly national organization for health crisis management in Japan? *PCN Rep*. 2024; 3(1): e175.
- Tsujii N, Okazaki K, Kihara H, et al. Is there evidence for the use of noninvasive brain stimulation techniques for children and adolescents with mental illness? *PCN Rep*. 2024; 3(2): e190.
- Usami M. Materiality of evidence-based policy making for child and adolescent psychiatry in Japan. *GHM Open*. 2024; 4(2): 54-58.
- Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, et al. The COVID-19 pandemic-induced behavioral restrictions and their impact on child and adolescent psychiatric units—Infection control or freedom. *PCN Rep*. 2024; 3(4): e70047.
- Usami M, Sasaki Y, Itagaki K, et al. No change in the severity of eating disorders in Japanese children during the COVID-19 pandemic. *PCN Rep*. 2024; 3(3): e237.
- Mizumoto Y, Sasaki Y, Sunakawa H, et al. Current situation and clinical burden of pediatricians for children with eating disorders during the COVID-19

- pandemic. *Glob Health Med.* 2023; 5(2): 122-124.
- Sasaki Y, Hakosima Y, Inazaki K, et al. Clinical characteristics of child and adolescent psychiatric outpatients engaging in fireplay or arson: a case-control study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2023; 17(1): 119.
 - Sugimoto K, Kurokouchi T, Shinohara R, et al. Psychodynamic therapy for adverse childhood experience in a hospitalized girl with attention deficit hyperactivity disorder. *GHM Open.* 2023; 3(1): 47-50.
 - Estrada CA, Usami M, Satake N, et al. 2020 and 2021 web-based training program on children's mental health during the COVID-19 pandemic. *GHM Open.* 2024; 4(2): 103-107.
 - Matsunari N, Mikami K, Suzuki Y, et al. Silent Suicidal Ideation: Low Rates of Disclosure Among Children and Adolescents Who Attempt Suicide. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2026.
 - Sasaki Y, Usami M, Hakosima Y, et al. Clinical characteristics of child and adolescent psychiatric patients with school refusal: Child versus adolescent onset. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2025; 34(1): 10-16.
 - Tsuboi T, Takaesu Y, Hasegawa N, et al. (Usami M 共著). Effects of electroconvulsive therapy on the use of anxiolytics and sleep medications: a propensity score-matched analysis. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2023; 77(1): 30-37.
 - Fukumoto K, Kodaka F, Hasegawa N, et al. (Usami M 共著). Development of an individual fitness score (IFS) based on the depression treatment guidelines of in the Japanese Society of Mood Disorders. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2023; 43(1): 33-39.
 - Iida H, Okada T, Nemoto K, et al. (Usami M 共著). Satisfaction with web-based courses on clinical practice guidelines for psychiatrists: Findings from the "Effectiveness of Guidelines for Dissemination and Education in Psychiatric Treatment (EGUIDE)" project. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2023; 43(1): 23-32.
 - Onitsuka T, Okada T, Hasegawa N, et al. (Usami M 共著). Combination Psychotropic Use for Schizophrenia With Long-Acting Injectable Antipsychotics and Oral Antipsychotics: A Nationwide Real-World Study in Japan. *J Clin Psychopharmacol.* 2023; 43(4): 365-368.
 - Hasegawa N, Yasuda Y, Yasui-Furukori N, et al. (Usami M 共著). Effect of education regarding treatment guidelines for schizophrenia and depression on the treatment behavior of psychiatrists: A multicenter study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2023; 77(10): 559-568.

- Lo T, Kushima I, Kimura H, et al. (Usami M 共著). Association between copy number variations in parkin (PRKN) and schizophrenia and autism spectrum disorder: A case-control study. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2024; 44(1): 42-50.
- Nakamura T, Furihata R, Hasegawa N, et al. (Usami M 共著). The effect of education regarding treatment guidelines for schizophrenia and major depressive disorders on psychiatrists' hypnotic medication prescribing behavior: a multicenter study. *BMC Psychiatry*. 2024; 24(1): 399.
- 馬敏宰, 宇佐美政英：【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-】中学生の気分症. 精神科治療学. 2025; 40(11).
- 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 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. 2025; 10 月.
- 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. 2025; 10 月.
- 箱島有輝, 他：18 歳になる前に死のうとした男児が誰にも言わなかった思いを語るまで. 精神神経学雑誌. 2025; 6 月.
- 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. 2025; 5 月.
- 稲崎久美, 他：現実に根差し始めた思春期女子の入院治療経過. 思春期青年期精神医学. 2024; 12 月.
- 宇佐美政英：改訂された注意欠如・多動症-ADHD-の診断・治療ガイドラインをどのように臨床に活かすか ガイドラインに基づく ADHD の評価・診断とその治療. 児童青年精神医学とその近接領域. 2024; 11 月.
- 小高麻衣子, 他：児童思春期医療の展開 不登校で警察沙汰を繰り返した中学生 生女児の治療経過について. 総合病院精神医学. 2024; 10 月.
- 宇佐美政英：【臨床医の疑問に答える】不登校に精神科医ができること. 福岡行動医学雑誌. 2024; 10 月.
- 宇佐美政英：【不登校の理解と支援】不登校概論. 精神医学. 2024; 10 月.
- 小高麻衣子, 宇佐美政英：【小児期逆境体験と精神科臨床】小児期逆境体験は神経発達症をどのように修飾・複雑化するのか. 精神科治療学. 2024; 7 月.
- 箱島有輝, 他：思春期の自閉スペクトラム症男児と歩んだ 5 年間の治療経過について. 精神神経学雑誌. 2024; 6 月.
- 宇佐美政英：【児童期・青年期のメンタルヘルスと心理社会的治療・支援】不安,うつ,強迫,解離 強迫症の診断と治療. 精神療法. 2024; 6 月.
- 箱島有輝, 宇佐美政英：子どものストレスと身体症状:標準治療とその工夫

- 子どものストレスと神経性やせ症について. ストレス科学. 2024; 4 月.
- 宇佐美政英：【よくわかる!精神疾患対応 これ1冊-内科医と精神科医の連携のために】知っておきたい精神疾患気分症・統合失調症・物質使用症・パーソナリティ症 子どものうつ病. 診断と治療. 2024; 3 月.
 - 宇佐美政英：抗うつ薬・気分安定薬 双極性障害に対する抗精神病薬を含む. 児童青年精神医学とその近接領域. 2024; 2 月.
 - 宇佐美政英：【エキスパートが教える小児の薬物治療】疾患別 K.社会心理学的疾患 うつ病・うつ状態. 小児内科. 2023; 11 月.
 - 宇佐美政英：【メンタルヘルス-一般診療におけるメンタルヘルス問題への対応-】子どものメンタルヘルス. 日本臨床. 2023; 10 月.
 - 宇佐美政英：児童精神科医が伝えたい子どものメンタルヘルス(完)(第5回) 認知行動療法. 薬事. 2023; 8 月.
 - 宇佐美政英：【知っておきたい!ときどき遭遇する精神疾患の治療】抜毛症・皮膚むしり症の治療. 臨床精神薬理. 2023; 8 月.
 - 宇佐美政英：児童精神科医が伝えたい子どものメンタルヘルス(第4回) 子どもに睡眠薬は必要ですか? 薬事. 2023; 7 月.
 - 宇佐美政英：子どもの強迫症. 児童青年精神医学とその近接領域. 2023; 6 月.
 - 鬼塚俊明, 他：持続性抗精神病注射薬剤(LAI)と経口抗精神病薬の併用薬の状況 日本における実態調査. 精神神経学雑誌. 2023; 6 月.
 - 佐々木祥乃, 宇佐美政英：【攻撃性の理解・評価・対処】神経発達症(ASD,ADHD)と攻撃性. 臨床精神医学. 2023; 6 月.
 - 宇佐美政英：短期連載 児童精神科医が伝えたい子どものメンタルヘルス(第3回) 適応が限られている抗精神病薬の使い方(2). 薬事. 2023; 6 月.
 - 木原弘晶, 宇佐美政英：【いま,知っておきたい発達障害 Q&A 98】治療 注意欠如・多動症(ADHD)の薬物療法について教えてください. 精神医学. 2023; 5 月.
 - 杉本健太, 宇佐美政英：【いま,知っておきたい発達障害 Q&A 98】概念 発達障害の長所と言える点は何がありますか? 精神医学. 2023; 5 月.
 - 宇佐美政英：児童精神科医が伝えたい子どものメンタルヘルス(第2回) 適応が限られている抗精神病薬の使い方(1). 薬事. 2023; 5 月.
 - 宇佐美政英：児童精神科医が伝えたい子どものメンタルヘルス(第1回) 児童思春期に効果を認めない抗うつ薬たち. 薬事. 2023; 4 月.
 - 宇佐美政英：【災害精神医学-自然災害,人為災害,感染症パンデミックとこころのケア】被災した子どものケア. 精神医学. 2023; 3 月.
 - 宇佐美政英：こどものことをもっと知ろう(第47回) 小児の摂食障害. LiSA. 2023; 3 月.
 - 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. 2025; 44(3): 35-39.

2. 学会発表

<国際学会>

- Sasaki Y, Usami M, Hakosima Y, Inazaki K, Mizumoto Y, Ito M, Mikami K, Tsujii N, Okada T, Takahashi H: Clinical characteristics of missed child-to-parent violence (CPV) in child and adolescent psychiatric patients: A case-control study. ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry) Congress, Strasbourg, France, June 2025.
- Mizumoto Y, Usami M: Survey on training to promote the use of multiple professions in child and adolescent psychiatry. ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry) Congress, Strasbourg, France, June 2025.
- Itagaki K, Harada I, Hakoshima Y, Inazaki K, Mizumoto Y, Usami M: Learning Support in an In-Hospital Classroom: Through the Relationship with a Boy With School Refusal. ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry) Congress, Copenhagen, Denmark, July 2023.
- Ma M, Itagaki K, Harada I, Hakoshima Y, Mizumoto Y, Usami M: Does Pediatric Residency need the training of child and adolescent psychiatry in Japan? ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry) Congress, Copenhagen, Denmark, July 2023.
- Inazaki K, Itagaki K, Harada I, Hakoshima Y, Mizumoto Y, Usami M: Characteristics of outpatients with somatic symptoms at their first visit to child and adolescent psychiatry. ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry) Congress, Copenhagen, Denmark, July 2023.
- Higashino Y, et al.: The role of resilience and depressive rumination in the pathway through which parental attitude experienced in childhood affects state anxiety in adulthood. ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry) Congress, Copenhagen, Denmark, July 2023.
- Usami M: Project to reinforce medical treatment, care, and promotion of mental health among children and adolescents collaborated with Japan and Philippines. ASCAPAP (Asian Society for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions) 2023, Kyoto, Japan, May 2023.
- Usami M: Training Program of Child and Adolescent Psychiatry in Japan. ASCAPAP (Asian Society for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions) 2023, Kyoto, Japan, May 2023.
- Okuno M (Moderator): Symposium 9 "Towards an AI Agent System Promoting the Computational Development of Social Emotional Skills

for Individuals with Autism Spectrum Disorder". ASCAPAP (Asian Society for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions) 2023, Kyoto, Japan, May 2023.

- Egashira Y, Hayashi S, Uono S, Takada M, Ukezono M, Okada T: Investigation of the Characteristics of "Genuine" Time Perception in ADHD. ASCAPAP (Asian Society for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions) 2023, Kyoto, Japan, May 2023.
- Hayashi S, Uono S, Egashira Y, Takada M, Ukezono M, Okada T: Executive function in attention deficit hyperactivity disorder and its impact on reward feedback. ASCAPAP (Asian Society for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions) 2023, Kyoto, Japan, May 2023.

<国内学会>

- 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。
- 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 Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度(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）, 2025年11月。
- 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）, 2025年11月。
- 箱島有輝, 山本啓太, 板垣琴瑛, 高橋萌々香, 松堂美紀, 市川万由奈, 橋本彩加, 酒匂雄貴, 松土晴奈, 馬敏宰, 野村由紀, 河野悠介, 東野有依, 大橋睦巳, 加藤伸忠, 牧山龍和, 稲崎久美, 水本有紀, 宇佐美政英：「解離症状を呈した神経性やせ症の女児の入院治療」。第66回日本児童青年精神医学会総会（ポスター5）, 2025年11月。
- 大橋睦巳, 宇佐美政英, 箱島有輝, 稲崎久美, 水本有紀, 他：「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）, 2025年11月。
- 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）, 2025年11月。
- 酒匂雄貴, 宇佐美政英, 水本有紀, 稲崎久美, 箱島有輝, 他：「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）, 2025年11月。
- 馬敏宰, 宇佐美政英, 水本有紀, 稲崎久美, 箱島有輝, 他：「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）, 2025 年 11 月.
- 河野悠介, 宇佐美政英, 水本有紀, 稲崎久美, 箱島有輝, 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）, 2025 年 11 月.
 - 宇佐美政英：「今どきの子どもとアプリとの関わり」．第 66 回日本児童青年精神医学会総会, 2025 年 11 月.
 - 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.
 - 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」．第 66 回日本児童青年精神医学会総会（シンポジウム「児童精神科病棟運用に関する現状と課題」）, 2025 年 11 月.
 - 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.
 - 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.
 - 魚野翔太, 他：「視線手がかり効果と表情認知機能は児童の自閉スペクトラム症特性および適応機能と関連するか」．日本心理学会大会, 2025 年 3 月.
 - 森口久子, 安田由華, 奥野正景, 他：「児童生徒の心のケアー・大阪府医師会の取組み」．第 55 回全国学校保健・学校医大会（第 2 分科会）, 2024 年 11 月.
 - 吉田ゆりか, 他：「家庭環境に翻弄され不登校を来した女児との心理面接過程」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.
 - 原田謙, 他：「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」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.
 - 奥野正景, 他：「児童精神科診療所における多職種の業務の実態について」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.
 - 銭本亮, 他：「初診時に向精神薬の薬剤調整を必要とした児童精神科患者の臨床的特徴について 単施設症例対照研究」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.
 - 高橋萌々香, 他：「児童精神科外来におけるゲームグループの活動報告」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.
 - 水本有紀, 宇佐美政英：「児童思春期精神医療における多職種の活用を推進するための研修に関する調査」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.

- 馬敏宰, 他：「強迫症状を呈した自閉スペクトラム症の小学生男児の入院治療経過」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.
- 箱島有輝, 他：「本音が言えない摂食障害女児の 4 年間の治療過程について」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.
- 小高麻衣子, 他：「逆境的養育環境で育ち、爆発的な攻撃や自殺企図を繰り返した中学生女児の治療経過」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.
- 佐々木祥乃, 他：「不登校開始時期の違いによる児童精神科患者の臨床的特徴について 単施設症例対照研究」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.
- 酒匂雄貴, 他：「激しい行動化を繰り返す、発達特性を有する小学生男児の入院治療」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.
- 宇佐美政英：「子どものうつ病をめぐる現状と課題」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.
- 水本有紀, 他：「愛着トラウマをもつ子どもの入院治療 3 歳児に解離する母を支え 希死念慮・醜形恐怖を訴え続けた不登校女児の入院治療 多職種チームでの関り」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.
- 宇佐美政英：「児童病棟の入院治療」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会, 2024 年 10 月.
- 奥野正景, 栗村久美, 岩橋多加寿：「診療所から見た不登校の現状と考え方」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会（シンポジウム 2）, 2024 年 10 月.
- 遠藤未菜, 村嶋隼人, 上月恵里, 岩橋多加寿, 奥野正景：「改訂版標準読み書きスクリーニング検査の臨床的な有用性について～Wechsler 検査 FSIQ 別の比較検討から～」．第 65 回日本児童青年精神医学会総会（ポスター発表）, 2024 年 10 月.
- 奥野正景（座長）：「気分障害と AI 関係」．第 21 回日本うつ病学会総会（特別講演 1）, 2024 年 7 月.
- 宇佐美政英：「ADHD 治療薬をいかに使い分けるか-個別的な戦略の可能性- 気分障害を伴う ADHD に対する薬物療法」．日本臨床精神神経薬理学会・日本神経精神薬理学会合同年会, 2024 年 5 月.
- 藤里紘子, 他：「子どもへの集団認知行動療法で個々の困りごとは改善するか? 児童の感情障害に対する統一プロトコルを通じた困りごとの変化」．日本心理学会大会, 2024 年 3 月.
- 小高麻衣子, 他：「長期の不登校であった自閉スペクトラム症の中学生男児の入院治療経過」．第 64 回日本児童青年精神医学会総会, 2023 年 11 月.
- 松土晴奈, 他：「母子関係の介入が症状改善に寄与した摂食障害女児の治療経過の一例」．第 64 回日本児童青年精神医学会総会, 2023 年 11 月.
- 稲崎久美, 他：「児童精神科初診時に身体症状を有する患者の解析 予備研究」．第 64 回日本児童青年精神医学会総会, 2023 年 11 月.

- ・ 篠原亮輔, 他: 「勉強へ回避する自閉スペクトラム症男児の入院治療経過」. 第 64 回日本児童青年精神医学会総会, 2023 年 11 月.
- ・ 井上聡, 他: 「児童精神科病棟での活動集団療法が有効であった解離性障害の一例」. 第 64 回日本児童青年精神医学会総会, 2023 年 11 月.
- ・ 松堂美紀, 他: 「国府台病院児童精神科病棟における集団精神療法『児童ミーティング』の実践報告」. 第 64 回日本児童青年精神医学会総会, 2023 年 11 月.
- ・ 水本有紀, 他: 「解離症状を呈する母を支え希死念慮と醜形恐怖を訴え続けた不登校中学女児の入院治療 治療チームの視点から」. 第 64 回日本児童青年精神医学会総会, 2023 年 11 月.
- ・ 箱島有輝, 他: 「怒りに突き動かされ、孤立していた男児との入院治療を通じて」. 第 64 回日本児童青年精神医学会総会, 2023 年 11 月.
- ・ 宇佐美政英: 「児童思春期のメンタルヘルスの診療能力向上に関する事業」. 第 64 回日本児童青年精神医学会総会, 2023 年 11 月.
- ・ 宇佐美政英: 「改訂された注意欠如・多動症-ADHD-の診断・治療ガイドラインをどのように臨床に活かすか ガイドラインに基づく ADHD の評価・診断とその治療」. 第 64 回日本児童青年精神医学会総会, 2023 年 11 月.
- ・ 村嶋隼人, 岡田恵里, 岩橋多加寿, 奥野正景: 「不登校児を対象とした児童思春期精神科ショートケアの予後について」. 第 63 回日本児童青年精神医学会総会 (ポスターE-P-24), 2023 年 11 月.
- ・ 奥野正景 (司会): 「最新のテクノロジーを用いた発達障害支援の現状と今後の課題」. 第 63 回日本児童青年精神医学会総会 (シンポジウム 3), 2023 年 11 月.
- ・ 奥野正景: 「児童精神科診療所からかかりつけの先生方へのお願い」. 令和 5 年度長崎大学病院地域連携児童精神医学講座 ネット研修会, 2023 年 6 月.

G. 知的財産権の出願・登録状況
なし

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

総合研究報告書

分担研究課題名：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

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、浮舟裕介、大澤真歩、上村光司、窪田典子、笹谷共幸、多田こと、宮崎 洋（長野県立こころの医療センター駒ヶ根）

研究要旨

本研究は、児童・思春期精神科入院治療における多職種連携の実態を把握し、各職種の専門性を活かした役割分担と、医師のタスクシフトを含む運営体制のあり方を明らかにすることを目的とした。令和 5 年度は全国児童青年精神科医療施設協議会会員施設の専門職を対象に、実際に担当している業務を調査した。その結果、医師、心理職、看護師、精神保健福祉士、作業療法士は専門分野を中心に多様な業務を担っていたが、集団療法や家族面談など複数職種が重複して参加する業務も多く、専門性の発揮と効率化の両立が課題であることが示された。令和 6 年度は、入院治療で多職種が関わる業務ごとに、欠かせないと考えられる職種を調査した。その結果、医師が必須と考えられる業務はなく、医師は薬物療法、身体的診察、カンファレンス、専攻医指導など医師にしかできない業務を担い、それ以外は他職種が中心となって運営し、医師は必要に応じてスーパーバイザー的に関与する体制が可能であることが示唆された。令和 7 年度は、これらの結果を踏まえ、長野県立こころの医療センター駒ヶ根児童病棟で各専門職が担当するプログラムを明確化した後の影響を検討した。その結果、専門性を活かした介入、多面的な児童理解、病棟全体の一体感などの利点が認められた一方、担当外プログラムの情報共有不足、固定スケジュールに伴う職員の負担感などの課題も認められた。以上より、児童・思春期精神科入院治療においては、多職種が関わる意義を保ちながら、各職種の専門性に応じた役割分担、情報共有の仕組み、柔軟な運営体制を整備することが重要であると考えられた。

A. 研究目的

児童・思春期精神科入院医療管理料に関する施設基準では、医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士等が、集中的かつ多面的な治療を提供することが求められている。しかし、実際にどの職種がどの業務をどの程度担うべきか、また各職種の専門性をどのように活かすべきかについては、明確な規定がない。児童・思春期精神科入院治療の現場では、多職種連携は日常的に実践されていると考えら

れる一方、その診療実態を全国規模で詳細に把握した資料は限られていた。

そこで令和 5 年度は、児童思春期精神科入院治療を行う施設に勤務する各専門職を対象に、実際の勤務状況と担当業務を把握し、多職種連携の現状と課題を抽出することを目的とした。

令和 6 年度は、令和 5 年度調査で明らかになった「一つの業務に多くの職種が重複して参加している」という課題を受け、各業務に欠かせない職種を明確化し、特に不足が問題視されている医師が参加しなくても運営できる

業務や、医師から他職種へ移行可能な業務を検討することを目的とした。

令和 7 年度は、令和 5・6 年度の知見をもとに、分担研究者の所属病棟で入院治療プログラムを再編し、各専門職が担当するプログラムを絞り込んだことによる影響を検討した。

B. 研究方法

令和 5 年度および令和 6 年度は、児童精神科入院治療を行っている医療機関が所属する全国児童青年精神科医療施設協議会（以下、全児協）に加盟する 38 の正会員施設の各専門職を対象に、Microsoft Forms を用いたオンラインアンケート調査を実施した。調査対象には、医師、心理職、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、保育士ほかが含まれた。

令和 5 年度調査では、回答者の基本情報、勤務施設の属性、勤務形態、児童思春期病棟の形態、職種に加え、各職種の担当患者数、専従状況、入院治療における業務内容を尋ねた。

令和 6 年度調査では、令和 5 年度と同じ基本情報に加え、初診予約や転院依頼、集団療法、デイケア、レクリエーション、家族会、親の心理教育、要保護児童対策協議会への参加について、それぞれ欠かせないと考えられる職種を尋ねた。

令和 7 年度は、長野県立こころの医療センター駒ヶ根児童病棟の各専門職を対象とし、各曜日に実施しているプログラムを各専門職を中心とした担当制に改変した前後の変化について、アンケート調査を行った。調査項目は、回答者の職種、担当したプログラム、今回の変更が治療に役立っているか、各職種がプログラムを担当するメリット、デメリットであった。

（倫理面への配慮）

いずれの調査も、主任研究責任者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て実施し、回答は無記名で個人情報を含まないものとした。

年度	調査方法・主要内容
令和	全児協 38 正会員施設の各専門

年度	調査方法・主要内容
5 年度	職を対象に、基本情報、各職種の専従状況、担当患者数、業務内容をオンライン調査。
令和 6 年度	同対象に、初診予約・転院依頼、集団療法、デイケア等に欠かせない職種をオンライン調査。
令和 7 年度	こころの医療センター駒ヶ根児童病棟で、プログラム改変後の有用性、メリット・デメリットを調査。

表 1 3 年間の調査方法の概要

C. 研究結果

I. 回答者の基本情報

令和 5・6 年度の調査において、児童思春期精神科における入院治療を行う施設に勤務する回答者は 257 名であった。このうち、公立病院に勤務している者は 170 名、民間病院は 87 名であった。

勤務形態は常勤 246 名、非常勤 11 名であり、児童思春期専用病棟に勤務している者は 237 名、専門ユニットに勤務している者は 20 名であった。

勤務する病院の属性では、精神科病院が 144 名、総合病院が 67 名、こども病院が 39 名、その他が 7 名であった。

職種別では看護師 98 名が最も多く、次いで医師 49 名、心理職 48 名、精神保健福祉士 36 名、作業療法士 20 名、その他 5 名であった。

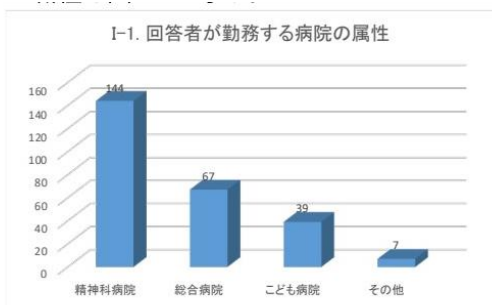


図 1 回答者が勤務する病院の属性
（令和 5 年度報告書より引用）

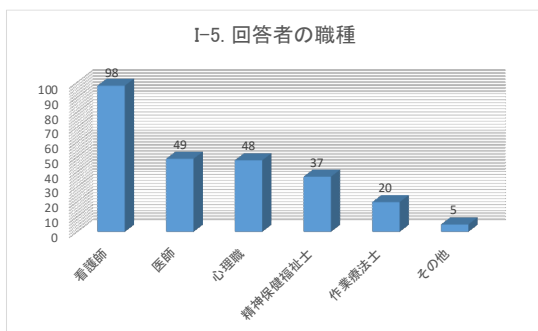


図 2 回答者の職種(令和 5 年度報告書より引用)

II. 令和 5 年度調査:各職種の診療実態

医師の回答は 49 名であった。所持資格は、精神科専門医 35 名、子どものこころ専門医 30 名が多く、児童青年精神医学会認定医等を有する者もみられた。

令和 5 年 11 月 1 日時点で主治医として担当している患者数の平均は、児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟で 4.0 人、算定しない病棟で 1.3 人であった。

業務内容では、薬物療法や身体的検査など医師にしかできない業務だけでなく、家族面談、カンファレンス、ケースワーカーとの連携、集団療法、初診予約や転院依頼、心理教育、要保護児童対策協議会、親の心理教育など多くの業務に関与していた。

医師は外来診療や後進の指導も担うため、入院治療における業務範囲の広さは、医師不足の問題と密接に関連する課題であると考えられた。

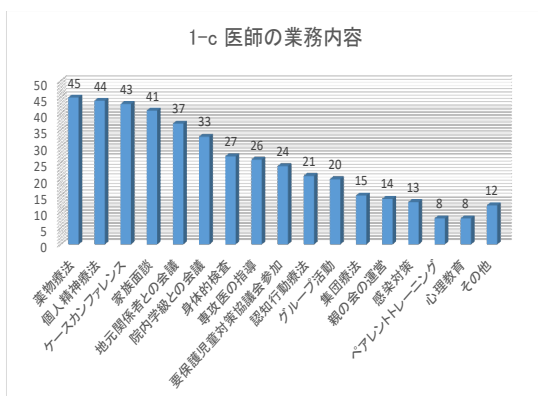


図 3 医師の業務内容
(令和 5 年度報告書より引用)

看護師の回答は 98 名で、このうち師長以外の病棟所属 70 名を分析対象とした。

担当患者数は平均 7.5 人であった。病棟看護師は、日常生活の指導、バイタル測定、検査、内服指導など本来的な看護業務に加え、レクリエーション、子どもとの面接、家族面談、集団療法、行動観察など、児童や家族と直接関わる業務を幅広く担っていた。

病棟看護師は児童と最も多く接する立場にあり、日常場面を通じた観察と支援を担う一方、会議の連絡調整や転院依頼の対応なども一定割合で行っており、業務量と役割の整理が必要であると考えられた。

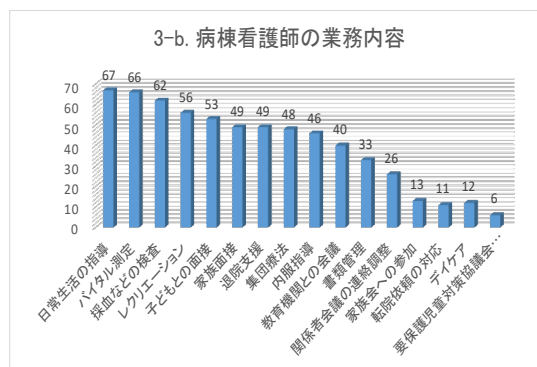


図 4 病棟看護師の業務内容
(令和 5 年度報告書より引用)

心理職の回答は 48 名で、病棟専従が 22 名、非専従が 26 名であった。非専従心理職が担当している患者数は平均 1.5 名であった。

心理職は、心理検査、心理面接、遊戯療法など心理職の専門性が直接発揮される業務に加え、集団療法、家族面談、親の心理教育、カンファレンス、レクリエーション等にも従事していた。特に児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟では心理職が専従であることから、病棟に常時存在する専門職として、心理的評価と治療プログラム双方への関与が期待されていると推測された。

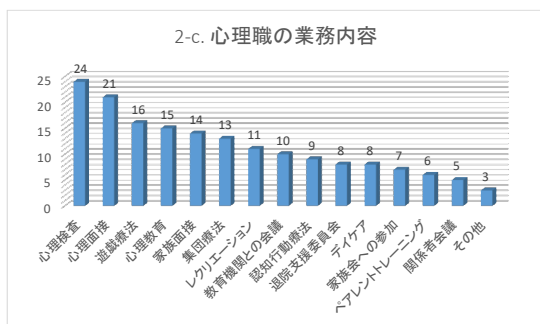


図 5 心理職の業務内容
(令和 5 年度報告書より引用)

精神保健福祉士の回答は 37 名で、病棟専従 20 名、非専従 17 名であった。担当患者数は専従で平均 17.5 名、非専従で平均 4.5 名であった。

専従精神保健福祉士は、子どもとの面接や家族面接など直接的な患者・家族支援と、関係機関との会議、退院支援、社会資源の開拓、権利擁護、要保護児童対策協議会への参加などの連携業務を担っていた。

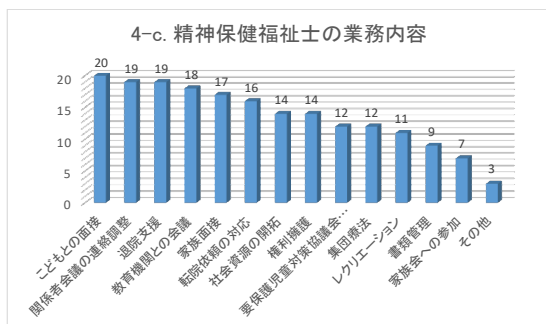


図 6 精神保健福祉士の業務内容
(令和 5 年度報告書より引用)

作業療法士の回答は 20 名で、病棟で担当している患者数は平均 9.7 名であった。

作業療法士は、作業療法、レクリエーション、デイケアなど、作業や活動を主体とした治療が業務の中心であり、専門性が比較的明確に表れていた。

以上の結果から、各職種は専門分野を中心にしながらも多様な役割を果たしていた。しかし、集団療法や家族面談のように、調査した全職種が参加している業務も存在した。複数の専門職が一人の患者を多面的に評価・支援することは望ましい一方、すべての業務に多くの職種が参加することは、専門性が十分に活か

されないことや、医療経済的な非効率にもつながる可能性がある。特に医師は、薬物療法や身体的診察など医師固有の業務以外にも多くの治療プログラムや会議に参加しており、タスクシフトを検討する必要が示唆された。

III. 令和 6 年度調査:各業務に欠かせない職種

業務	欠かせないと考えられた主な職種(上位3職種)
初診予約や転院依頼	精神保健福祉士 93.0%、医師 82.9%、看護師 60.7%
集団療法	看護師 92.6%、心理職 92.2%、医師 71.2%
デイケア	看護師 75.4%、作業療法士 75.1%、心理職 74.7%
レクリエーション	看護師 90.3%、心理職 84.0%、作業療法士 79.8%
家族会	看護師 84.4%、精神保健福祉士 82.9%、心理職 82.5%
親の心理教育	心理職 96.9%、医師 74.7%、看護師 65.8%
要保護児童対策協議会	精神保健福祉士 91.8%、医師 82.9%

表 2 各業務に欠かせないと考えられた職種
(令和 6 年度報告書より引用・整理)

令和 6 年度は、入院治療で多職種が関わる業務について、回答者が欠かせないと考えた職種を尋ねた。

初診予約や転院依頼の対応では、精神保健福祉士が 93.0%、医師が 82.9%、看護師が 60.7%であった。受け入れや転院判断には医学的判断が必要となる場合がある一方、関係機関との調整や家族支援を含む業務であり、精神保健福祉士が中心的役割を担うことが妥当と考えられた。

集団療法では、看護師 92.6%、心理職 92.2%、医師 71.2%であった。入院する児童に対する重要な治療プログラムであり、看護師と心理職が中心となり、医師は治療上の必要性や施設の実情に応じて参加する体制が想定された。

デイケアでは、看護師 75.4%、作業療法士 75.1%、心理職 74.7%がほぼ同数であり、レクリエーションでは、看護師 90.3%、心理職 84.0%、作業療法士 79.8%であった。いずれも活動場面を通して児童の状態を把握し、社会性や自己表現を支援する業務であるため、看護師、心理職、作業療法士がそれぞれの視点で関与する意義が大きいと考えられた。

家族会では、看護師 84.4%、精神保健福祉士 82.9%、心理職 82.5%がほぼ同数であった。親の心理教育では、心理職 96.9%、医師 74.7%、看護師 65.8%であり、心理職の専門性が強く求められていた。

要保護児童対策協議会への参加では、精神保健福祉士 91.8%、医師 82.9%が多く、児童福祉領域との連携や権利擁護を担う精神保健福祉士が中心となり、医学的判断が重要なケースで医師が参加することが妥当と考えられた。

重要な点は、入院治療において医師が必須と考えられる業務はなかったことである。これは、医師の関与が不要という意味ではなく、医師がすべてのプログラムに常時参加しなくても、治療上必要な場面で医学的判断を提供し、全体を俯瞰する役割を担うことで、入院治療の質を保ちながら運営可能であることを示している。すなわち、医師は薬物療法、身体的診察、カンファレンス、専攻医の指導など医師にしかできない業務を担い、それ以外の業務については他職種が中心となり、医師がスーパーバイザー的に関与する体制が望ましいと考えられた。

IV. 令和 7 年度調査：専門職によるプログラム担当制の検討

令和 7 年度は、令和 5・6 年度の結果を踏まえ、長野県立こころの医療センター駒ヶ根児童病棟において、プログラムを担当する専門職を明確化した影響を調査した。

回答者は 7 名で、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 名であった。

各曜日のプログラムと主に担当した専門職を表3に示す。

曜日	プログラム名	主担当専門職
月	心理プログ	公認心理師

曜日	プログラム名	主担当専門職
	ラム	
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 3 主に担当したプログラム

(令和 7 年度報告書より引用)

心理プログラムでは、アンガーマネジメント等について「以前プログラムで学んだ」という共通理解をもとに児童と話すことができるとの意見が得られた。これは、心理教育的介入が知識提供にとどまらず、病棟生活の中で感情調整や振り返りを促す支援の基盤となり得ることを示している。

アクティビティでは、大きな変化はないとの意見がある一方、目標や感想を書ける用紙の導入により、参加した児童の思いや体験を把握しやすくなったことが利点として挙げられた。

男女別集団療法では、当初消極的であった児童が徐々に発言するようになる、グループだからこその言えることがある、児童同士の関係性や集団内での立ち振る舞いを観察できるなどの意見がみられた。一方で、グループへの負担感が大きい児童もあり、状態に応じた柔軟な参加形態が必要であると考えられた。

作業療法では、内容や頻度に大きな変更がなかったため変化は少ないとされたが、作業活動を通じて主体性、新たな挑戦、道具の使い方、自己表現、自信の獲得につながる可能性が示された。

運動プログラムでは、閉鎖病棟で中庭に出て身体を動かすことによるストレス発散、気分転換、関係性構築が挙げられた。精神保健福祉士にとっては、外遊びを通して普段とは異なる児童の側面を観察し、関係性を築く機会となっていた。

各職種がプログラムを担当するメリットとしては、専門性が発揮されること、業務の見通しが立ちやすいこと、曜日と時間が固定されることで児童にとっても習慣化しやすいこと、病棟全

体でチームとして児童に関わる一体感が生まれること、多職種の視点から児童を多角的に理解できることが挙げられた。

デメリットとしては、担当外プログラムの情報が得にくいこと、担当外の活動への関心が薄くなる可能性、文字記録だけでは実際の雰囲気共有が難しいこと、固定スケジュールにより他業務や休暇取得との調整が難しいこと、準備・片付け・見本作成などの負担が増えることが挙げられた。

D. 考察

3年間の研究を通して、児童・思春期精神科入院治療における多職種連携には、二つの側面があることが明らかとなった。

第一に、多職種が同じ児童を異なる視点から評価・支援することは、児童理解を深め、治療の多面性を確保するうえで大きな意義を持つ。第二に、すべての職種がすべての業務に関与する体制は、専門性の不明確化、業務の重複、医師や看護師への負担集中を招く可能性がある。したがって、多職種連携を推進するためには、単に参加職種を増やすのではなく、各職種が「どの場面で、何を目的に、どの専門性を発揮するのか」を明確にする必要がある。

令和5年度調査では、各職種が幅広い業務に関与している実態が示された。医師は、医師固有の業務に加えて多くの治療プログラムや会議に参加していた。心理職は心理検査や心理面接以外にも多様な業務を担い、看護師は日常生活場面での観察と支援を軸にしながら、面接や調整業務にも関与していた。精神保健福祉士は患者・家族支援と地域・関係機関連携を担い、作業療法士は活動を通じた治療を担っていた。この結果は、現場の多職種連携が豊かであることを示す一方、役割分担の整理が不十分なまま業務が拡張している可能性も示していた。

令和6年度調査では、この結果を踏まえ、各業務に欠かせない職種を明確化した。その結果、医師が常時参加しなければならない業務はないことが示された。この知見は、医師の業務削減のみを目的とするものではなく、医師の専門性を必要な場面に集中させ、他職種の専門性をより活かすためのものである。

初診予約や転院依頼、要保護児童対策協議会への参加では精神保健福祉士の役割が大きく、親の心理教育では心理職の専門性が強く求められた。集団療法やレクリエーション、デイケアでは、看護師、心理職、作業療法士が中心となり、医師は必要に応じて医学的観点から助言する体制が現実的である。こうした整理により、医師は薬物療法や身体的診察、診断、全体方針の確認、専門的指導に注力できると考えられた。

令和7年度調査は、5・6年度の調査で得られた知見を一つの病棟運営に反映した実践的検討である。

各職種が担当プログラムを持つことで、専門性を活かした介入や業務の見通しの立てやすさ、病棟全体の連帯感が得られた。特に、心理プログラムで得た共通理解を病棟生活に活かすこと、集団療法で児童同士の関係性を観察すること、作業療法や運動を通して言語面接では見えにくい児童の側面を把握することは、専門職がそれぞれの場面で児童理解を深める意義を示している。

一方、担当制は情報共有不足を生む可能性があり、担当外プログラムで児童がどのような表情や行動を示したかを、記録だけでなくカンファレンスや短時間の申し送りでも共有する仕組みが必要である。

また、役割分担を明確化することは、必ずしも職員負担の軽減だけを意味しない。担当が固定されることで予定は立てやすくなるが、休暇や他業務との調整が難しくなる場合がある。作業療法のように準備や片付けを要するプログラムでは、担当者個人に負担が集中しないよう、補助者の配置やプログラム内容の標準化、準備物の共有化が必要であると考えられた。

本研究の限界として、令和5・6年度調査は全児協会員施設を対象としており、全国のすべての児童・思春期精神科入院施設を代表するものではないこと、回答は自己記入式であり、施設ごとの運営体制や人員配置の差を十分に統制できないことが挙げられる。また、令和7年度調査は一施設の少数例に基づく検討であり、一般化には慎重である必要がある。しかし、全国調査で実態と課題を把握し、次年度に役割分担とタスクシフトの方向性を検討し、さらに病棟実践で専門職担当制の効果と課題を確認した点に、本研究の意義がある。

E. 結論

児童・思春期精神科入院治療において、多職種連携は児童を多面的に理解し、集中的かつ多面的な治療を提供するために不可欠である。一方で、各職種が重複して同一業務を担う状況は、専門性の発揮を妨げ、業務負担や非効率につながる可能性がある。また、入院治療において医師が必須と考えられるプログラムはなかった。業務の多い医師は医師固有の業務と全体を俯瞰する役割に注力し、各プログラムは他職種が専門性を活かして運営できる可能性が示された。

専門職ごとに担当プログラムを明確化した運営は、専門性を活かした支援、多面的な児童理解、病棟全体の一体感に有用である一方、情報共有不足や職員の負担に配慮した柔軟な対応も必要であることが明らかとなった。

今後は、多職種が参加すべき業務と、各職種の専門性を活かす業務を区別し、医師のタスクシフト、コメディカル主体のプログラム運営、チーム内情報共有の標準化を進めることが重要である。

F. 研究発表

1. 研究論文

なし

2. 学会発表

原田 謙:第 65 回日本児童青年精神医学会総会 児童精神科診療所における多職種の業務の実態について ポスター発表
2024.10.19

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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
総合研究報告書

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）

竹井淳（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

メンタルヘルスの課題を抱えた児童思春期年代の患者が、医療にアクセスする際の初診までの待機期間の長期化が課題となっている。令和 5 年度の研究では、就学前も含む児童思春期年代の患者が、医療機関にアクセスして初診にいたるまでの過程や、そこに多職種がどのように関与しているか実態を明らかにし、現状の把握を行った。主に児童精神科専門病棟をもつ医療機関群（全国児童青年精神科医療施設協議会/以下、全児協）を対象としてアンケート調査を実施した。初診予約待機が長期化している現状や、各機関の取り組みがあげられた。また、多職種へのタスクシフトの必要性や、軽症例から重症例までのすべてを、入院対応を行うような高度な専門医療機関が対応している課題などが浮かび上がった。

令和 6 年度の研究では、他機関連携についての実態把握をおこなった。入院治療を行う医療機関群の全児協に加えて、児童精神科クリニック群（日本児童青年精神科・診療所連絡協議会）を対象にアンケート調査を行った。連携の頻度の高さ、重要性の項目において、児童相談所と教育機関の 2 領域の機関が高かった。さらに連携の上で困難さの項目においても、児童相談所と教育機関が高かった。このアンケート調査にあわせて、子ども家庭庁の政策で、全国に 5 歳児健診を展開されているが、児童精神科医療機関の対応の現状についても調査を行った。5 歳児健診については半数近くの機関が、紹介を

受け入れる意向を示していたが、健診後の支援が未整備であることなど懸念点も明らかになった。

令和 7 年度には、児童相談所側からみた児童精神科医療機関との連携における実態や課題を把握することを目的として、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。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が浮かび上がった。

A. 研究目的

- 令和 5 年度：就学前も含む、児童思春期年代の初診患者が医療にアクセスする際の現状を把握し、課題を抽出することを目的とした。
- 令和 6 年度：児童精神科の日常臨床における機関連携の実態について、また、5 歳児健診に関して現状の対応や今後の意向について把握することを目的とした。
- 令和 7 年度：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 5 年度は児童精神科専門病棟をもつ医療機関群が所属している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、現状や課題を抽出した。

（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 5 年 12 月

（対象者）

全国児童青年精神科医療施設協議会に所属する医療施設（正会員施設など）

（調査項目）

- ・専門外来の有無、対象年齢
- ・初診予約の受付時期、初診予約の制限の有無等
- ・初診予約の窓口となる部署の有無、窓口を担う職種等
- ・初診予約時の優先度判断の有無、優先度を判断する職種、優先度の基準等
- ・予約から初診までの待機期間の有無等
- ・初診の救急応需の有無、救急対応の基準、救急患者の診察医の属性等
- ・初診待機期間の短縮のために考えられる自施設内の工夫、自施設外の工夫等
- ・未就学患者の初診予約受付の有無、初診待機期間、機関の所在地域における未就学患者に対応する主な機関等

令和 6 年度は児童精神科専門病棟をもつ医療機関群が所属している全国児童青年精

神科医療施設協議会の会員施設、日本児童青年精神科・診療所連絡協議会に所属する医療施設を対象に、アンケート調査を実施し、現状や課題を抽出した。

(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2月

(対象者)

全国児童青年精神科医療施設協議会に所属する医療施設(正会員施設など)

日本児童青年精神科・診療所連絡協議会に所属する会員

(調査項目)

- ・子どもを対象とした日常臨床業務における、連携する頻度の高い機関3つ
- ・機関連携の業務を行っている職種
- ・子どもを対象とした日常臨床において、重要度の高い連携機関3つ
- ・重要度が高いと判断した理由(自由記述)
- ・子どもを対象とした日常臨床において、困難さを感じる連携機関3つ
- ・困難さを強く感じる理由(自由記述)

※連携機関の選択肢

- ①一般精神科医療機関・児童精神科医療機関(病院・クリニック等)
- ②小児科医療機関(病院・クリニック等)
- ③児童相談所
- ④市区町村の児童家庭相談窓口(子ども相談センター等)
- ⑤児童福祉施設等(児童養護施設、児童自立支援施設、児童心理治療施設、児童家庭支援センター等)
- ⑥相談支援事業所

⑦障害児通所支援(放課後等デイサービス、児童発達支援センター等)

⑧障害児入所施設(知的障害児施設等)

⑨教育機関(各種学校、教育センター、教育委員会等)

・5歳児健診について、実施前より未就学児の受診を受けていたか

・5歳児健診が実施された場合、紹介を受けるなどの対応の予定はあるか

・5歳児健診と児童精神科医療との連携についての意見(自由記述)

令和7年度は、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）

個別の患者情報は、調査項目には入れないようにした。また、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

令和5年度

（回答率）

全国児童青年精神科医療施設協議会正会員施設42施設のうち、23施設から回答を得た。回答率は、54.8%であった。

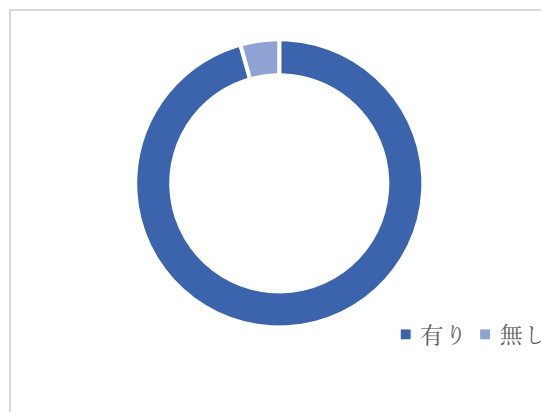
（回答者の職種）

PSW17名、Dr6名

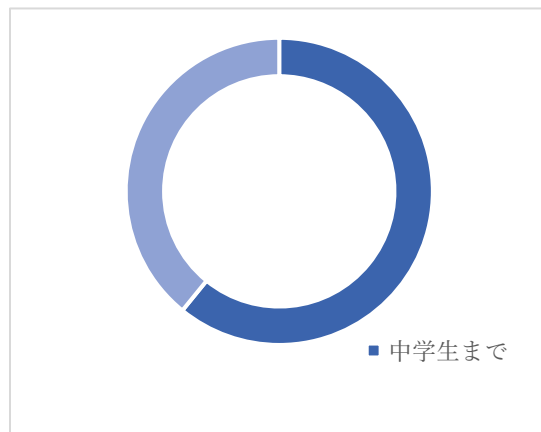
（児童精神科専門外来の有無）

有 23施設、100%

■図1 児童精神科専門外来の初診患者の対象年齢の有無 有（22施設）

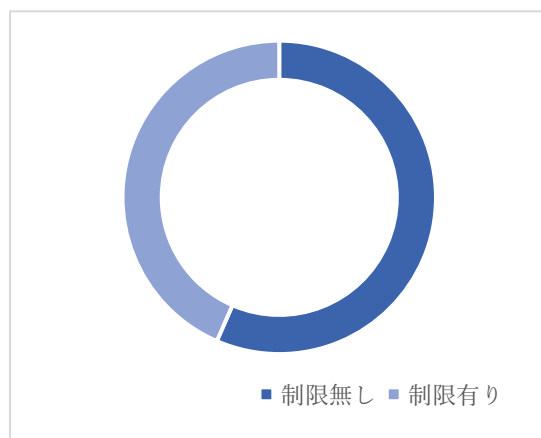


■図2 児童精神科専門外来の初診患者の対象年齢



- ・中学3年まで 14施設
- ・中学校卒業後の年代まで 9施設

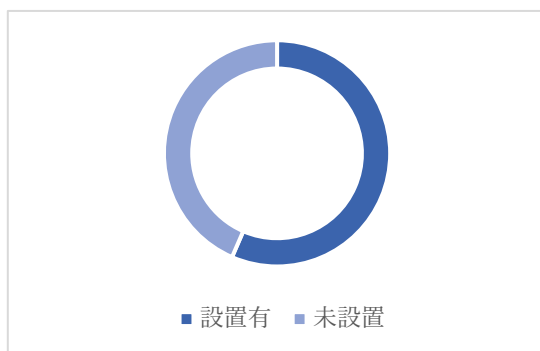
■図3 児童精神科専門外来の初診予約受付の制限の有無



制限の例：

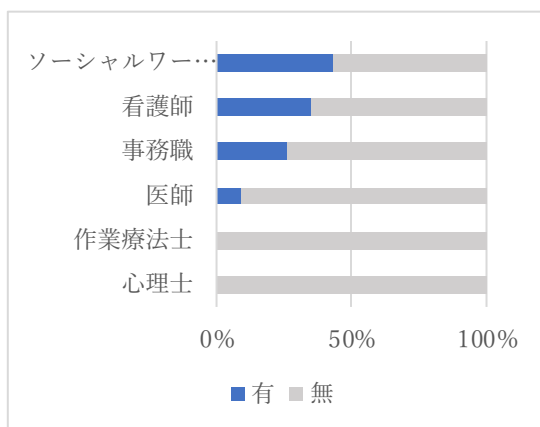
- ・初診予約受付時期の制限（毎月第一水曜日に来月の予約をとる、3 か月に 1 回予約受付をしている）
- ・医療機関からの紹介のみを受ける 等

■図 4 初診予約受付の窓口となる部署として地域連携室設置の有無



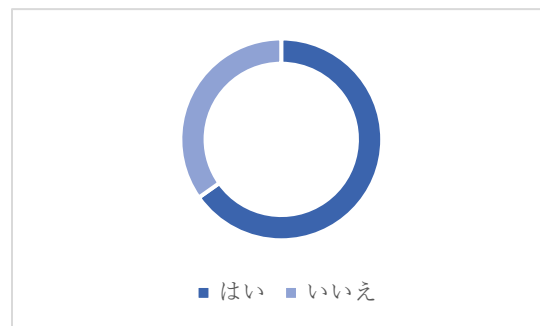
設置有 13 施設

■図 5 初診予約受付の窓口を担う職種（重複回答可）



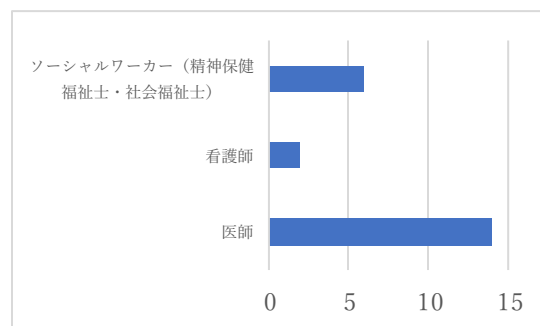
- ・ソーシャルワーカー（精神保健福祉士・社会福祉士） 10 施設
- ・看護師 8 施設
- ・事務職 6 施設
- ・医師 2 施設

■図 6 優先度をつけた初診時期調整



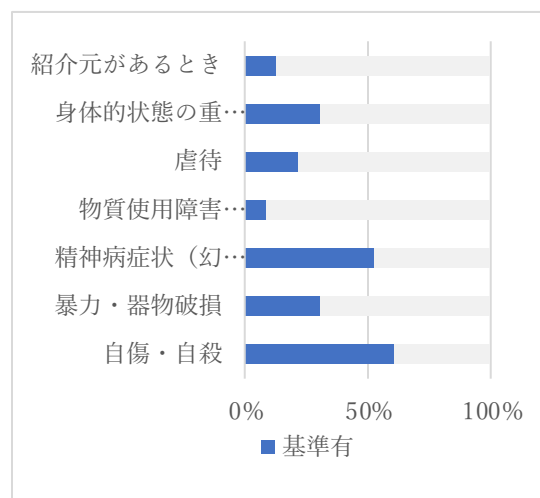
している 15 施設

■図 7 優先度を主に判断する職種（重複回答可）



- ・医師 14 施設
（内、医師のみが判断 8 施設）
- ・看護師 2 施設
- ・ソーシャルワーカー（精神保健福祉士・社会福祉士） 6 施設

■図 8 優先度の基準



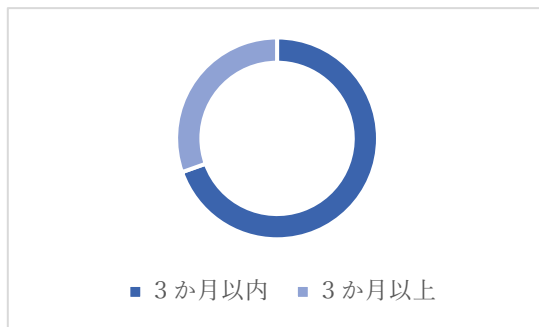
- ・自傷・自殺 14 施設
- ・暴力・器物破損 7 施設
- ・精神病症状（幻覚妄想等） 12 施設
- ・物質使用障害（アルコール、薬物等）

2 施設

- ・虐待 5 施設
- ・身体的状態の重篤度 7 施設
- ・紹介元があるとき 3 施設

■初診予約からの待機期間の有無
有 23 施設（100%）

■図 9 初診予約からの待機期間



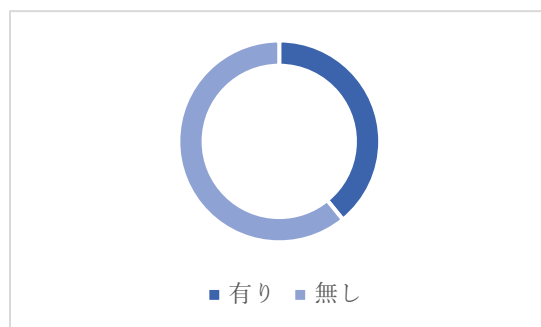
- ・3 か月以内 16 施設
- ・3 か月以上 7 施設

■初診予約待機期間に関して、現在行っている工夫（自由記述）（抜粋）

- ・緊急性による初診予約時期の調整
- ・通常の初診枠以外での対応
- ・緊急性高いケースは、自院の一般精神科の救急外来で対応している。児童精神科医が対応の助言をしている
- ・精神科専攻医が診療し、指導医が指導する体制を作っている
- ・入院ニーズのあるケースには、初診待機期間中に、受診前相談という形で精神保健福祉士が対応している
- ・子どもの心の診療ネットワーク事業の関連病院に紹介している

- ・キャンセル待ちの案内をしている
- ・初診待機期間に視聴をしてもらう目的で、保護者向けに心理教育動画を作成している
- ・他機関（医療以外も含む）の情報提供をしている
- ・県の事業で、市町職員（保育士・保健師・教員）に対して発達支援の研修実施。受講者が市町の発達総合支援窓口において相談支援の要を担い、初診待機期間中の主に未就学児の親支援や園訪問及び支援等を行っている。

■図 10 専門外来以外に、児童思春期の初診患者で緊急対応が必要なケースへの即日の救急受け入れ



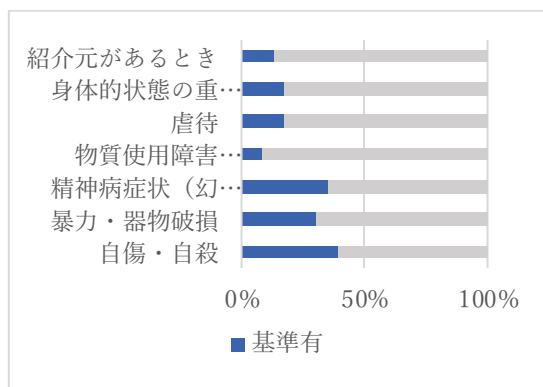
有り 9 施設

■初診患者の緊急受診の受付窓口

- ・医師 もしくは精神保健福祉士が電話を受け付けた場合も医師に報告
- ・ケースワーカー 外来
- ・日中は地域連携室、休日、夜間は当直。
- ・ソーシャルワーク科
- ・児童思春期病棟、福祉連携サービス部
- ・緊急当番医師
- ・地域連携室
- ・児童精神科

■図 11 初診患者の緊急受診受け入れの基

準



自傷・自殺 9 施設

暴力、器物破損 7 施設

精神病症状（幻覚妄想等） 8 施設

物質使用障害（アルコール、薬物等） 2 施設

虐待 4 施設

身体的状態の重篤度 4 施設

紹介元があるとき 3 施設

■初診患者の緊急受診の診察医の属性

児童精神科医 8 施設

一般精神科医 3 施設

■初診待機長期化の問題を解決するために有効な方法（自施設内）（自由記述）

（一部抜粋）

- ・マンパワー（特に医師）を増やす。
- ・逆紹介を行い、再診患者数の軽減を図ることで、初診患者の受け入れ増を図る。
- ・中学校卒業後の年代の患者を、一般精神科への移行を促進する（トランジション）
- ・児童精神科医だけが診察するのではなく、一般精神科医・精神科専攻医も初診患者の対応をする。
- ・診療時間短縮につながるようにコメディカルによるインテーク体制をとる。

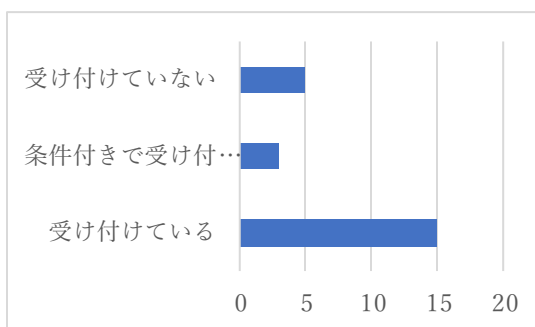
- ・地域の精神科医・小児科医との連携体制を作る。

■初診待機長期化の問題を解決するために有効な方法（自施設外）（自由記述）

（一部抜粋）

- ・神経発達症を診断・対応できる医療機関を増やす
- ・小児科医に神経発達症の対応に必要な知識等が広がるとよい
- ・摂食障害患者について、有床小児科医療機関と連携する
- ・初診待機期間中に対応をしてくれる機関があるとよい
- ・軽症ケースから、入院のような専門的な対応を要する重症ケースまでを、適切な医療機関や相談機関に案内する機能をもった機関があるとよい。
- ・逆紹介のシステムを促進させる

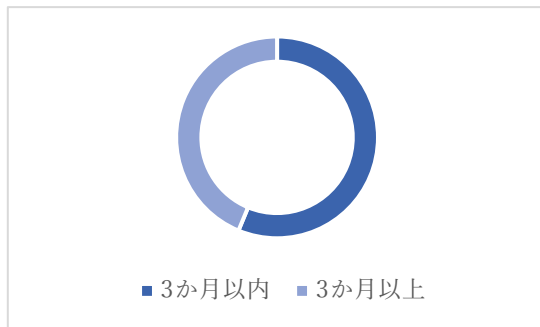
■図12 未就学の初診患者の受け入れの有無



■未就学の患者を条件付きで受け入れている場合の患者受け入れの条件

- ・小児科での対応が困難なケース
- ・親のメンタルヘルス問題、虐待ハイリスク、就学まで時間がなく就学前療育の対象にならない場合など

■図 13 未就学の初診までの待機期間

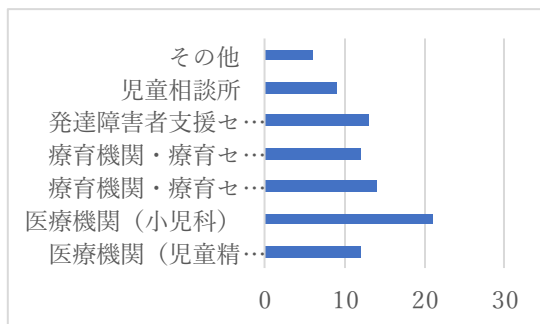


・3か月以内 9施設

・3か月以上 7施設

待機期間が14か月、24か月の施設あり。

■図 14 所在する地域で未就学の子どものメンタルヘルスや神経発達症に関するニーズに対応する主な機関



・医療機関（小児科） 21施設

・医療機関（児童精神科） 12施設

・療育機関・療育センター（医療機関併設あり） 14施設

・療育機関・療育センター（医療機関併設無し） 12施設

・発達障害者支援センター 13施設

・児童相談所 9施設

・その他 6施設

保健所、市町の発達総合支援窓口・子育て関連部署・子ども家庭支援センター、民間支援団体

令和6年度

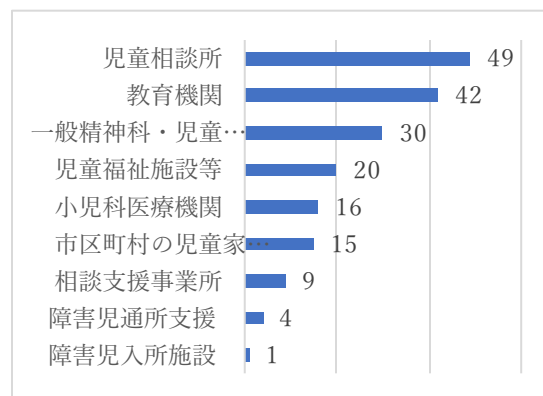
（回答率）

全国児童青年精神科医療施設協議会正会員施設 42 施設のうち 32 施設、オブザーバー施設 4 施設から回答を得た。また、日本児童青年精神科・診療所連絡協議会に所属する 26 施設から回答を得た。

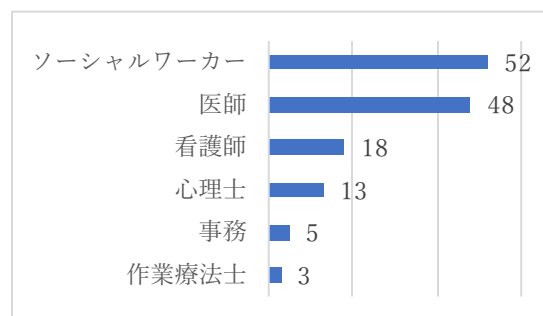
（回答者の職種）

医師 53 名 精神保健福祉士 7 名 看護師 2 名

■図 1 子どもを対象とした日常臨床業務において、連携する頻度の高い機関（3 機関を選択）



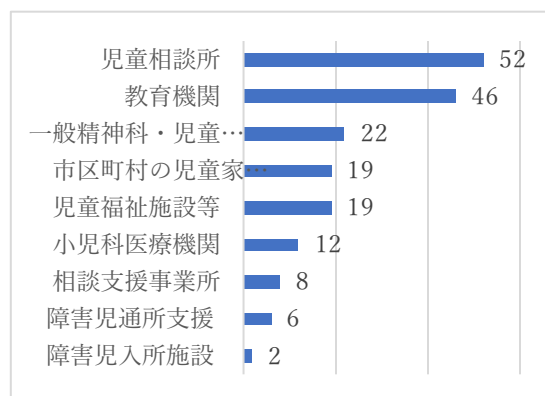
■図 2 機関連携の業務を行っている職種（複数選択可）



なお、特定の職種のみで行っていると回

答した施設は 13 施設であり、複数職種が行っていると回答した施設は 49 施設であった。

■図 3 日常臨床において、重要度の高い連携機関（3 つの機関を選択）



このうち、回答率が 50%を超えたのは児童相談所（83.9%）と教育機関（74.2%）のみであった。この 2 機関について、重要度が高いと判断した理由（自由記述）を以下に抜粋する。

■重要度が高いと判断した理由

① 児童相談所

・虐待対応のため

「虐待でかかわることが多い」

「児童相談所は、子どもを虐待から保護するなど権利擁護を行う機関であり、重要と考えている」など

・措置による指導を行う機関であるため

「被虐待児の保護先や環境調整機関、支援として重要」など

・医療機関へのニーズがある

「緊急かつ重症度の高いケースの依頼相談が多くあるため」など

その他、養育者支援や機関連携のマネジメ

ントを担うこと、障害・行動問題への対応、非行への対応などが重要性の理由としてあげられた。

② 教育機関

・子どもが日常を過ごす場であるから

「日常を支えてもらうため。」

「子供が地域に帰っていく時に、家庭以外で子供が長い時間過ごす場所であるため」など

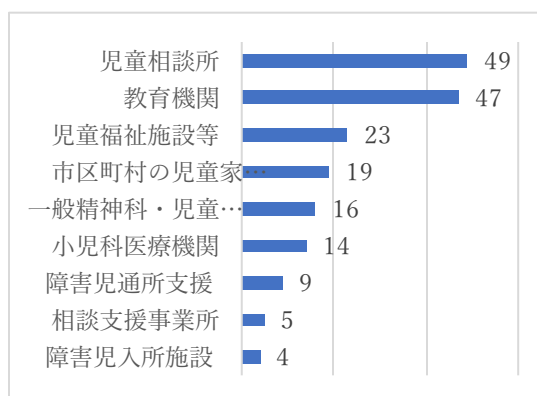
・特別支援や合理的配慮等学校への期待

「合理的配慮などを必要とする場であるから」

「一次予防から三次予防まで幅広い役割を担っているから」など

その他、学校から医療機関へのニーズがあること、いじめや不登校の対応に学校の協力が必要であることがあげられた。また、日常的に教育機関と連携をしていることが重要性の理由として多くあげられていた。

■図 4 日常臨床において、困難さを最も強く感じる連携機関（3 つの機関を選択）



このうち、回答率が 50%を超えたのは児童相談所（79%）と教育機関（75.8%）のみ

であった。この2機関について、困難さを感じると判断した理由（自由記述）を以下に抜粋する。

■困難さを感じると判断した理由

①児童相談所

・評価、介入の共有が困難

「児童相談所は緊急度や重症度の評価のすり合わせが困難で、精神科適応のない症例の依頼も多い」

「カルチャーの違いがあるように思われ、行き違いがある」

「連携が必要である分、お互いの文化の違いを考慮しながら、その子にとってベターな環境を模索する際に話し合いを重ねないといけないため」など

・期待した対応をしてくれない

「入院を受け入れても、出先についての動きが弱い」

「虐待の捉え方が医療機関と児童相談所とでは乖離があり、医療側が期待する動きに繋がっていかない」

「児童相談所は虐待対応、保護など、緊急時以外は忙しく対応してもらえない」など

・機関や担当者による対応の違い

「児童相談所は、担当者が毎年のように替わり、意思疎通の難しさを感じることもある」

「職員による能力や理解度に差異があり、コミュニケーションが難しいことがある。」

「担当職員により対応の精度に非常にムラが大きい」など

その他、医療機関と児童相談所双方とも多忙であるため連携が難しいという回答があげられた。

②教育機関

・評価、介入の共有が困難

「医療への過大な期待と要求があり、対応や調整に苦勞をする」

「考え方が異なり平行線になる場合もある」

「もっと連携が必要だと感じるが、教育機関側には強固な文化があり、手強い」

「立場や観点の違いから、話し合いに時間をかけても平行線になることがある」など

・学校、教員による対応の違い

「教育機関はメンタルヘルスケアに関する理解について差が大きく、対応も担任や管理者のレベルで大きく異なり、年度が変わるとリセットされることも多く、連続性が担保されにくい」

「学校に現状の様子をきいても児童の個人情報や理由に断られるなど学校により対応に差がある。管理職の意識次第で全く変わることも困難さを感じる所以である」

「学校の体制が多様であり、子どもの困りごとや課題に対する対応も千差万別」など

・制度上の問題

「特別支援学級運営の大半が交流学級に丸投げしていたり、人手が足りなかったりすることが常態化していて、制度上の問題が大きい」

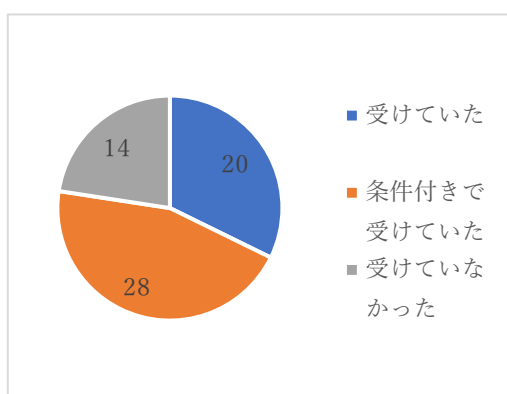
「インクルーシブや特別支援教育をうたいながら、制度やきまりを盾に個別性を無視

されていることが多い」

「入院が長期化するケースで、院内学級に転籍させると、それまで原籍校で進んでいた特別支援学級の手続きが中断するなど、退院を見越した支援が途切れる例も多い」など

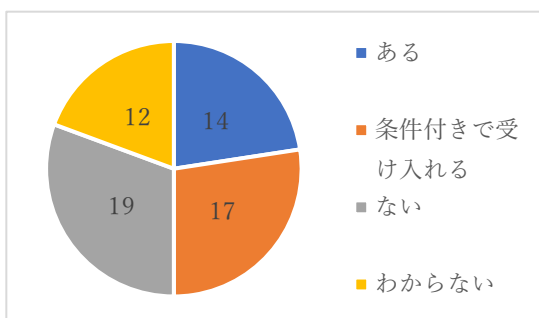
その他、情報共有の困難さ、教員が多忙であることによる連携の困難さがあげられた。

■図 5 5 歳児健診実施前から、未就学児の受診を受けていたか



7 割以上の施設が、既に未就学児の受診を受けていた。

■図 6 5 歳児健診が実施された場合、健診からの紹介を受けるなど、対応をする予定はあるか



5 割の施設が、条件付きを含め、健診からの紹介を受けると回答していた。

■5 歳児健診と児童精神科医療との連携についての意見（自由記述）

・健診後の支援が未整備

「元々就学前児童の初診は多く受けているが、更に増えるだろうと思うので、当院以外に発達障害の診断が出来る医療機関を増やす工夫がいるだろう」

「教育には予算の配分も人的資源も乏しい中で、特別支援教育やインクルーシブといっても、実際は新たな対応ができるほどの余裕がないのが現状である。支援もないのに診断がつく子ばかり増やしても、“支援難民の子”が増えるだけである」

「健診を行っても、フォローの必要な児童の支援や療育を受けられる機関の具体策の選択肢がないと、健診を行ってもその先どうしようもないことも多い」

・小児科との連携が必要

「小児科医療との連携は必須で、ケースの程度によって対応に段階を設ける必要があると思われる」

「二次的な精神症状が認められる場合は児童精神科医療が診る必要があるが、発達の問題だけであれば小児科で支援を受けられると良い」

・キャパシティを越えている

「市町村(特に町村)の財政面や人材面の厳しさを考えると、とても実現可能には思えない」

「現状の体制では医療機関として 5 歳児を受け入れるのは採算の面で課題を感じる」

「ただでさえ不足している児童精神科医療

のリソースが、さらに不足することについても同時に検討が必要である」

その他、3歳児健診の充実を図るべきである、健診の質の担保が必要であるなどの意見があげられた。

令和7年度

(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

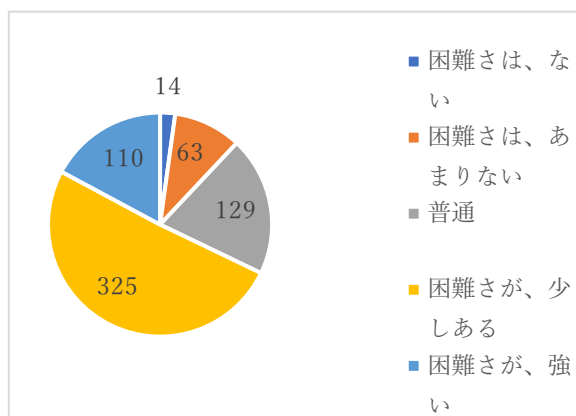


図1：設問1の結果

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

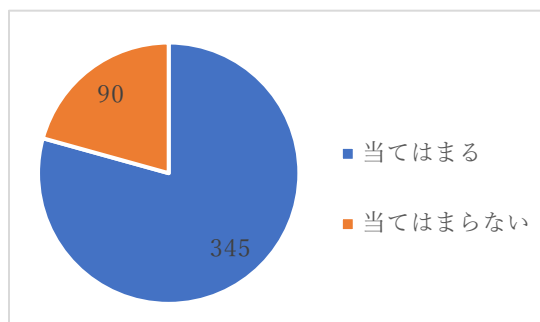


図2：設問2-1の結果

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

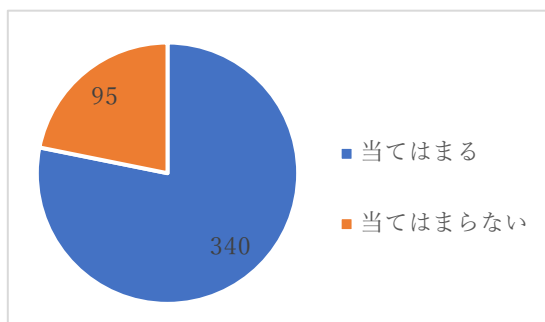


図 3：設問 2-2 の結果

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

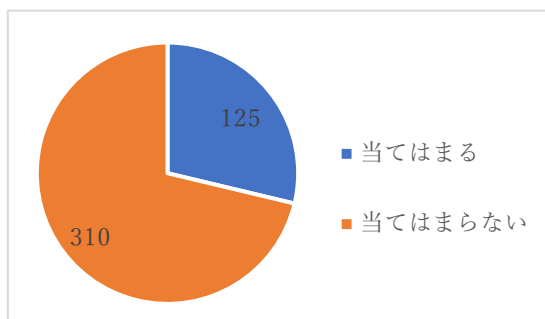


図 4：設問 2-3 の結果

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

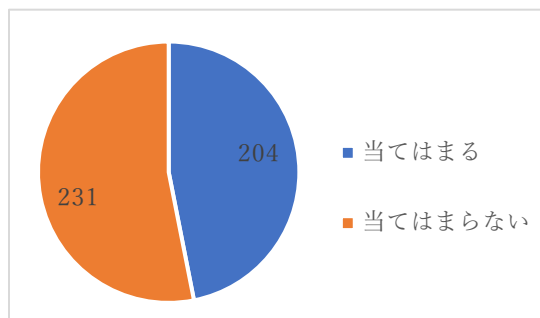


図 5：設問 2-4 の結果

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

・児童福祉の観点をつ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、それぞれの違いを補完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、適合する場所がみつけれず、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見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つ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：困難さが減じするような、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

「日頃から児童対応と一緒にを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 5 年度調査において、児童精神科入院棟をもつ医療機関群が所属する全国児童青年精神科医療施設協議会の会員施設 42 施設のうち、有効回答が得られたのは 23 施設であった。アンケート回答した施設のすべてで児童精神科専門外来が設けられていた。また、すべての施設で、初診までの間に待機期間があると回答した。3 か月以内と回答したのは 16 施設で、それ以上と答

えたのは 7 施設あり、初診までの待機期間の長期化の実態が明らかになった。

10 施設が、初診予約で制限を設けていると回答した。制限の内容としては、予約受付を紹介ケースに限ることや、予約受付のタイミングを限定することなどを挙げた。

初診予約を受け付ける窓口として、地域連携室を設置している医療機関は 13 施設であった。医師や病棟職員が対応している施設もあり、分業が進んでいない状況もうかがえた。優先度をつけて初診時期を調整していると答えたのは 15 施設 (65.2%) であった。優先度を判断している職種に医師を挙げたのは、14 施設と最も多かった。医師のみが優先度を判断しているのは 8 施設であった。優先度の高さを判断する要素としては、自傷・自殺が 14 施設と最も多く、精神病症状 (幻覚妄想等) の 12 施設がそれに続いた。

多くの施設が初診までの待機期間を短縮させるための工夫を行っていた。優先度が高い患者の初診時期を早めたり、行政施策の中で他機関でも対応できる力をあげていくように取り組んだり等の工夫が行われていた。

緊急性の高いケースの即日受け入れが行われている医療機関は、9 施設だった。その中でも児童精神科医が緊急性の高いケースの対応をしているのは、8 施設だった。多くの初診予約の待機患者を抱えながらも、その上で緊急対応も行うなど、児童精神科医に過重な負担がかかっている状況がうかがえた。

初診予約待機を減らすためにどのような方法が有効と考えるか、自施設内と自施設外とでわけて質問したところ、多くの回答

が寄せられた。年齢があがったケースを一般精神科に紹介するなどのトランジションを促進させることや、一般精神科医が児童思春期患者を診察するような体制整備などが挙げられた。また、「医師の充足」をあげる回答もあった。

自施設外では、他機関連携を通じた取り組みをあげる回答が多かった。小児科などの他科との連携や、神経発達症を診断できる医療機関を増やすことの他にも、軽症例や重症例を適当な医療機関に配分する機能をもった機関を創設する案もあげられており、地域の医療資源の機能分化が進んでいない課題も認めた。

未就学児の初診については、条件付きも含めると、18施設が受け入れていると答えた。小児科医が対応できない困難ケースや、親のメンタルヘルス問題や虐待など他機関連携が必要なケースなどを受け入れ条件にあげる回答もあった。各施設の所在する地域において、未就学児に主に対応しているのは小児科医療機関が最も多く、医療機関を併設した療育機関・療育センターが続いた。その他にも、保健センターや児童相談所、発達障害者支援センター、行政の支援窓口などが対応している地域もあった。

令和6年度の調査において、児童精神科入院棟をもつ医療機関が所属する全国児童青年精神科医療施設協議会正会員施設42施設のうち32施設、オブザーバー施設4施設から回答を得た。また、日本児童青年精神科・診療所連絡協議会に所属する26施設から回答を得た。計62施設のうち、約8割にあたる49施設で、複数の職種が機関連携の業務にあたっていた。

連携する頻度の高い連携機関としては、児童相談所、次いで教育機関があげられた。また、重要性の高い機関、困難を感じる機関を尋ねた質問においても、この2機関のみ、回答率が50%を超える結果となった。児童精神科の機関連携において、児童相談所と教育機関との連携が密に行われており、重要であると捉えられている一方で、連携する上での困難が多く生じていることが示唆された。

児童相談所との連携については、虐待への対応を担う機関として、また、措置による指導を行える機関として重要性が高いと考えられていた。しかし、虐待への対応について、医療機関側が期待していた対応が望めないことに困難さを感じやすいようだった。そもそも、子どもや取り巻く環境のアセスメント・介入について、医療機関と児童相談所で共通見解を得られにくいということがうかがえた。また、担当者や機関ごとの対応に違いがあることも困難さに関係しているようだった。

教育機関については、子どもが日常を過ごす場所として、日頃から連携を密に行っているという回答が多く認められた。また、特別支援や合理的配慮など、個々の子どもの特性に応じた環境調整への期待があるということも重要性の理由としてあげられていた。一方で、児童相談所と同じく、子どものアセスメントや介入について共通見解を持ちにくいことが困難さとしてあげられていた。学校の文化や制度上の問題に対する困惑もあるようだった。

令和7年度の調査については、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

令和 5 年度は児童精神科病棟をもつ医療機関群である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行い、実態や課題の把握を行った。

すべての施設で、初診までに待機期間が存在した。マンパワーの少ない児童精神科医が、受け入れのための窓口や判断を担っている施設もあった。また児童精神科医が専門外来の他にも、緊急ケースにも対応するなど、医師への荷重が大きく、ボトルネックとなっている可能性もうかがえた。

他職種へのタスクシフトを進めることや、一般精神科医療における児童思春期ケースへの対応力をあげることで、小児科も含む医療資源の機能分化を進めていく必要性が示唆された。

令和 6 年度は、児童精神科病棟をもつ医療機関群である全国児童青年精神科医療施設協議会の会員施設、日本児童青年精神科・診療所連絡協議会に所属する会員を対

象にアンケート調査を行い、連携についての実態や課題の把握を行った。また、5歳児健診に関して現状の対応や今後の意向について調査した。

機関連携について、全体の7割以上の施設が、児童相談所と教育機関との連携を特に重視していた。一方で、両機関との連携において困難を感じていることも明らかになった。困難さの理由として、アセスメントや介入についての共通見解が得られにくいことが、両機関ともにあがった。医療機関と連携先機関間での双方向的なコミュニケーションの難しさが、機関連携を円滑にすすめる上での障壁となっている可能性が示唆された。

また、5歳児健診について、現時点で7割を超える機関が未就学児を受け入れており、5割の施設が5歳児健診からの紹介を受け入れる予定であると回答された。しかし、健診後の支援が未整備であることや、医療機関のキャパシティをさらに越えてしまうであろうこと、小児科との連携が必要になることなど、いくつかの懸念点があげられていた。

令和7年度には、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

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
総合研究報告書

分担研究課題名：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－

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

児童精神科診療は、生活の場での治療が重要である。薬物療法に偏らず、家族・学校・地域を包括した心理・社会的な介入が中心となり、精神科病院・小児科の医療施設、学校や教育委員会、児童相談所や児童養護施設など多機関と連携し、医療機関においては、保健師・看護師、精神保健福祉士、公認心理師、作業療法士など多職種がコミュニケーションをとりながら治療にかかわる必要がある。本研究は、実臨床において、地域の児童精神科診療所が実際に行っている業務を明らかにし、この分野で取り組んでいる、あるいは今後取り組む医療機関の指標となるような多職種連携マニュアル作成に寄与することを目的とした。増加する児童精神科医療ニーズの中で、児童精神科診療所は一定の役割を果たしている。その中で、積極的に、児童精神科診療をおこなっている診療所では、精神保健福祉士や公認心理師などのコメディカル配置が多いことが示されている。そのような機関では、多職種が実際にどのような業務にかかわっているかを明らかにするため、診療所の各職種に対するインタビュー調査、アンケート調査を行った。各診療所では、診療所内での様々な業務や他機関との連携において、各職種が様々な場面に従事していた。児童精神科診療所において、多職種が配置され、多職種が連携しつつ院内の業務にあたるとともに、アウトリーチや他の医療機関、教育・福祉機関などと連携業務にかかわり、協働して治療にあたっている実態を明確にすることができた。さらに、加算の算定状況と診療内容との関連、他機関との連携やトランジションにおける課題なども示された。また、児童精神科診療所のコメディカルが多職種連携マニュアル作成業務に協力した。

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

令和5年度研究では、比較的コメディカルを多く配置している児童精神科診療所で、コメディカルがどのような業務に従事しているかを明らかにし、令和6年度研究では、児童精神科診療所の業務における多職種の

A. 研究目的

配置とその役割を明確にし、さらに、令和7年度研究では、児童精神科診療所の業務の実態と多職種の配置、他機関との連携への関わり、加算の算定状況との関連およびその変化を明らかにすることとした。

B. 研究方法

令和5年度研究：日本児童青年精神科・診療所連絡協議会（以下 JaSCAP-C）が行った調査（2022年、未発表、内保連提案項目資料）をもとに、コメディカルの配置の多い5か所の診療所において、対面で、医師、コメディカルに、初診予約、インテーク、児への対応、保護者への対応、機関連携など業務内容ごとに各職種にインタビュー調査を行った。結果は、KH Coder を用いテキストマイニングを行い分析した。

令和6年度研究：JaSCAP-C のメーリングリストを用い、EXCEL ファイルに直接記入し、メールで返送してもらう形で 2024年11月1日から30日までの1か月間を対象としたアンケート調査を2024年12月に行った。

令和7年度研究：同様の方法で、2025年11月1日から30日までの1か月間を対象としたアンケート調査を2026年2月に行った。

その他

多職種連携マニュアル作成のためのマニュアル会議のメンバーとして診療所からは下記11名が参加した。

- ・医療法人大高クリニック 大高彬 作業療法士
- ・かずおメンタルクリニック 天野利香 精神保健福祉士
- ・里童こころと育ちのクリニック 立岩志

穂 作業療法士

- ・パークサイドこどものこころのクリニック 原田剛志 医師、佐藤智子 精神保健福祉士、廣田瑞穂 公認心理師
- ・三国丘こころのクリニック 奥野正景 医師、村嶋隼人 公認心理師
- ・メンタルクリニックダダ 濱島努 公認心理師、山田知佳 精神保健福祉士、田口千恵子 看護師

他分野の連携に関する状況を把握するため日本子ども虐待防止学会 第30回学術集会（香川）および、第37回 日本発達心理学会大会（福岡）に参加した。

（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に含まれておらず、非介入のインタビューおよび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. 研究結果の要旨

令和5年度研究：常勤医師が2名いる機関は1であったが、それ以外の機関も管理者以外に非常勤医師を配置していた。精神保健福祉士（以下 PSW）の常勤は兼務も含め全機関で、公認心理師（以下 CP）の常勤は4機関で配置し、非常勤のみの機関も常勤換算では1以上であった。看護師（以下 NS）の常勤は3機関、作業療法士（以下 OT）の常勤は1機関。いずれの機関も、月に16歳未満の初診患者を10名以上診療してい

た。すべての機関で、予約を受け付ける時間を設定し、受付事務、PSW などが対応し、受診前に電話で PSW がインテークを行う、受診者が問診票を WEB で記載するなどの工夫をしていた。児相などからの緊急対応が必要な例は、直接医師に電話で連絡するなどの別ルートを設け、別枠を確保し優先して診療を行っていた。初診時のインテークには、PSW、CP、NS が、児童の個別対応には、医師以外に、CP、OT、PSW、NS などがかわり、CP は、カウンセリング、プレイセラピーなどに、OT は、障害児リハや訓練などに、NS、PSW は、精神科訪問看護指導にかかわっていた。職種間で、情報の共有、検討を行っていた。集団精神療法やデイケア、ショートケアにおいて CP、OT、PSW、NS が協同し、保護者の個別対応には、医師以外に、CP、PSW、NS がかわり、集団対応については、CP は、家族教室、心理教育、ペアトレなどに、PSW と NS は、心理教育やペアトレにかかわり、PSW は、保護者の依頼による他機関との調整なども行っていた。医師を中心とし、各職種が、業務に連携してあたり、カンファレンスなどで情報共有を行っていた。学校など他機関との連携では、PSW、CP が、ケース会議や症例検討などを通して行っていた。(資料：第 64 回日本児童青年精神医学会総会 ポスター発表 2024.10.19)

令和 6 年度研究：37 の診療所から回答を得た。うち 10 機関 (27%) で、児童思春期精神科専門管理加算を算定し、さらに 2 機関が算定予定。また、児童思春期支援指導加算算定機関は 13 件 (35%) であった。

初診は、1 機関平均 28.9 名で、20.6 名

(71.3%) が 20 歳未満、17.9 名 (61.9%) が 16 歳未満であった。注 4 の加算を算定できる 10 機関では、平均 33.5 名で、30.8 名 (91.9%) が 20 歳未満、29.9 名、(89.3%) が 16 歳未満であった。

1 機関当たり平均で、月に通院精神療法を述べ 852 件算定し、うち注 3 の 20 歳未満加算が 145 件 (17%) で、注 4 児童思春期精神科専門管理加算が 180 件 (21%) (1 算定機関当たりでは 664 件) で、注 9 心理師支援加算が 8 件 (1%)、注 10 児童思春期支援指導加算 5 件 (0.6%) (1 算定機関当たりでは 13.9 件) であった。これら加算の件数は、通院精神療法全体の 39.7% であった。

また、1 日平均 59.3 名受診し、16 歳未満では、68% が、20 歳未満総計では、67% が 1 年以上通院していた。

転院における 6 歳未満の受け入れ先について、99.9% が困難を感じていた。6 歳以上でも 78%、13 歳以上でも 70%、16 歳以上でも半数が困難を感じており、18 歳以上でも困難を感じていた。

配置

常勤医師の配置は、1 医療機関当たり 1.43 名でほぼ指定医であった。非常勤は、0.34 名 (常勤換算、以下同) であった。

Ns の常勤は、1 医療機関当たり 1.51 名、59% がこの分野の研修を受けており、非常勤は 0.17 名であった。PSW の常勤は、1 医療機関当たり 1.05 名、64% が研修を受けており、非常勤は 0.03 名であった。CP の常勤は、1 医療機関当たり 1.38 名、37% が研修を受けており、非常勤は 0.88 名であった。OT の常勤は、1 医療機関当たり 0.38 名、12% が研修を受けており、非常勤は 0.16 名

であった。

業務へのかかわり

Ns は、平均的に様々な業務にかかわるが、初診予約やインテークにかかわることが多い。保護者対応やアウトリーチにもかかわる。CP は配置が多い分かかわっている業務が多い。子どもや保護者の個別の対応、集団対応が多いが、検査予約、インテーク、アウトリーチにもかかわる。PSW は、初診予約やインテーク、保護者の個別対応、アウトリーチにかかわる。OT は、配置が少ない。子どもや保護者の個別・集団対応、アウトリーチにかかわる。

16 機関が、コメディカルスタッフによるアウトリーチ（精神科訪問看護指導など）を行っており、CP がかわる機関が 6 あった。

専門的治療へのかかわり

全体の 40%の機関で、ペアレントトレーニングを実施し、主に医師と CP がかわっていた。

24%の機関で、PCIT（親子相互交流療法）を実施し、医師と CP がかわっていた。

27%の機関で、TF-CBT（トラウマフォーカス認知行動療法）を実施し、主に CP がかわっていた。

困難事例への対応

強度行動障害の患者は 81%の機関で対応し、うち 80%で何らかの配慮をし、63%で多職種対応していた。

児童相談所で対応されている患者は 95%の機関で対応して、うち 46%で何らかの配慮をし、68%で多職種対応していた。

児童養護施設入所中の患者は 87%の機関で対応し、53%で何らかの配慮をし、53%で多職種対応していた。

児童相談所との連携においては、児童相談所のスタッフの問題、情報共有の問題、保護者・家族支援において困難を感じており、その対応として、特別に診療枠を設ける。施設に医師などが訪問する。日ごろから連携を取る。施設担当者に、病状を理解してもらうのに時間をかけるなどの配慮をしていた。（令和 6 年度分担研究報告書）

令和 7 年度研究：：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%）であった。

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。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。

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）。

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。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。

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。3 分の 2 は 1 年以上通院し、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られていた。

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。

配置

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。

Ns の常勤は、1 医療機関当たり 1.1 名、非常勤は 0.6 名で、PSW 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。CP の常勤は、1 医療機関当たり 2.5 名、非常勤は 0.9 名で、OT 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、CP の配置が多く、次いで、PSW、Ns 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

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、Ns57.1%、PSW57.1%、CP50.0%、OT14.3%、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。

アウトリーチについて

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

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

2024 年と 2025 年の両方のアンケートに回答した 13 診療所について比較を行った。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、Ns、PSW、OT の配置に大きな変化はなかったが、CP 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、Ns、PSW、CP で増加していた。（令和 7 年度分担研究報告書）

その他

多職種連携マニュアル作成のためのマニュアル会議に、診療所から各職種が参加し、診療所に関連する部分について意見を述べた。

児童相談所や心理職の関連団体の学会においては、医療機関との連携に関する発表はほとんどなく、関心や注目が集まっているようには思えなかった。

D. 考察

令和 5 年度研究：診療所においても、コメディカルを配置し、各職種で様々な業務分担を行っていた。医師の業務のタスクシフトをおこない効率化していると同時に、治療上の様々なかかわりを提供している。また、インターネットやソーシャルネットワークシステムの活用やカンファレンスを行うなど、院内の各職種や他機関との間での情報共有が様々な方法で行われていた。

令和 6 年度研究：児童精神科診療所において多職種の配置が進み、多職種の配置が要件となる加算を取得するところが増加している。20 歳未満の初診数（割合）は、加算の取得状況と関連した。特に、注 4 の加算の算定機関は、初診のほとんどが 16 歳未満であった。再診も含む受診者は、16 歳未満、20 歳未満いずれも約 3 分の 2 が 1 年以上通院し、注 4 の加算を取得できない機関

では、多くの 20 歳未満のケースを加算無しで診療していた。

様々な理由で転院、受け入れ先を探すときに、この年齢層の受け入れ先がなく、発達障害への対応が一般の精神科医療機関では難しいことが示された。

予約、インテークから治療まで、CP、PSW が様々な業務で活用され、ペアレントトレーニングなど専門的治療への取り組みにも関与している。児相などとの連携が必要な困難事例への対応においても、様々な配慮や特別な対応、多職種の関与が行われている。16 機関でアウトリーチを行い、うち 6 機関で CP が関わっていた。

令和 7 年度研究：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。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、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

これらの調査の結果、児童精神科の診療所においても、PSW や CP などのコメディカルを一定数配置されており、その数は、加算の取得状況に影響を受けていた。またより多く配置している機関では、児童精神科診療に特化している実態があった。多職種を配置することにより、児童、保護者、他機関に対して各職種が連携して様々な業務に従事し、診断、治療にあたることができ、効率的な治療システムを構築することができると示唆された。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関与が増加してきていた。児童精神科診療所における多職種の活用が進んでいると言える。しかしながら加算の取れない患者が相当数いる実態もあり依然として経営的には厳しいものと思われる。さらに、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一子どもから大人までー 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

2023.11.14-16 第 63 回日本児童青年精神医学会総会 2023.11.15 第 63 回日本児童青年精神医学会総会 E-P-24 不登校児を対象とした児童思春期精神科ショートケアの予後について～医療法人サデカム会 三国丘こころのクリニックショートケア “なごみ”参加者予後の後方視的検討～ 村嶋隼人、岡田恵里、岩橋多加寿、奥野正景 シンポジウム 2 演題 2 奥野正景 桑村久美、岩橋多加寿 診療所から見た不登校の現状と考え方 第 64 回日本児童青年精神医学会総会 2024.10.17
遠藤未菜、村嶋隼人、上月恵里、岩橋多加寿、奥野正景：第 64 回日本児童青年精神医学

会総会 日本児童青年精神医学会 改訂版標準読み書きスクリーニング検査の臨床的な有用性について～Wechsler 検査 FSIQ 別の比較検討から～ ポスター発表 2024.10.18

奥野正景他：第 64 回日本児童青年精神医学会総会 日本児童青年精神医学会 児童精神科診療所における多職種の業務の実態について ポスター発表 2024.10.19

森口久子、安田由華、奥野正景他 第 2 分科会 児童生徒の心のケアー・大阪府医師会の取組み 令和 6 年度 第 55 回全国学校保健・学校医大会 2024.11.9 令和 6 年 11 月 9 日 「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.

3. その他

2023.5.26 ASCAPAP 2023、京都 座長 Symposium 9 Towards an AI Agent System Promoting the Computational Development of Social Emotional Skills for Individuals with Autism Spectrum Disorder
Moderator 1: Masakage
2023. 6.14 令和 5 年度長崎大学病院地域連携児童精神医学講座 ネット研修会 6 月講演 児童精神科診療所からかかりつけの

先生方へのお願い

2023.11.15 第 63 回日本児童青年精神医学会総会 シンポジウム3 最新のテクノロジーを用いた発達障害支援の現状と今後の課題 司会

特別講演 1 座長 奥野正景 気分障害とAI 関係 演者：熊崎 博一（長崎大学医学部 精神神経科学教室）2024.7.12 第21回日本うつ病学会総会 大阪

令和 6 年度厚生労働省こころの健康づくり対策事業 児童・思春期精神保健研修 児童・思春期精神保健対策医療従事者専門研修（応用コース）講師 スーパーバイザー

2024。10.6

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

児童精神科診療所における多 職種の実態について

奥野正景1)2)、村嶋隼人1)2)、宇佐美政英3)、

原田謙4)、大重耕三5)、板垣琴瑛6)、山本啓太7)、

1)医療法人サチカム会三国丘病院、2)同三国丘こころのクリニック、
3)国立国際医療研究センター国府台病院(児童精神科)、4)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、5)地方独立
行政法人 岡山県精神科医療センター、6)国立国際医療研究セン
ター国府台病院(心理指導室)、7)同 (ソーシャルワーク室)

- 本研究は、発表に際して、三国丘病院倫理委員会の承認を受けている。また、国立研究開発法人 国立国際医療研究センターの倫理委員会の承認を受けた令和5年度厚生労働科学研究「児童・思春期精神医療における多職種連携の推進のための研究」の一環である。
- 本演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

初めに

- 児童思春期の精神科診療においては、そのニーズは増加している。一方、専門の医療機関や専門家はすくなく、その初診待機期間の長さが問題となっている。
- 地域においては、対応する児童精神科の診療所が、少ないものの徐々に増えてきている。
- 病院と異なり多くの診療所では、コメディカルの配置が少なく専門の一人に対応しており、業務における医師への負担が大きい。
- その中、比較的コメディカルを多く配置しているところで、初診への対応数が多い実態がある。
- 今回、そのような機関において、コメディカルがどのような業務に従事しているかを調査した。

方法

- 日本児童青年精神科診療所連絡協議会が行った調査（未発表）をもとに、比較的コメディカルの配置の多い診療所に協力を求め、同意を得られた医療機関に演者が出向き、対面で、医師、コメディカルに対し、業務内容についてインタビューを行った。インタビューは、初診予約、インテーク、検査、児への個別対応、集団対応、保護者への個別対応、集団対応、機関連携など業務内容ごとに各職種に行い、その結果は、KH Coder (Official package 3.00) を用いテキストマイニングを行い分析した。

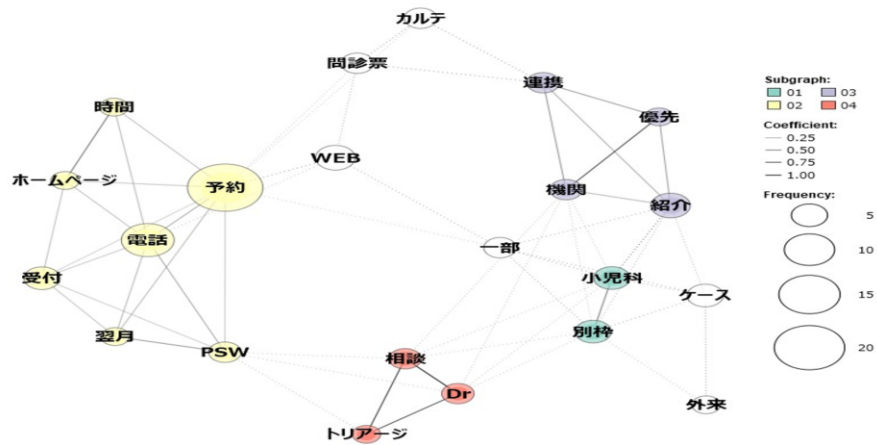
結果

- 協力を得られた機関は、北海道、千葉、神奈川、愛知、大阪の5診療所であった。
- 1機関のみが常勤医師(Dr)が2名(4月で退職予定)、それ以外は常勤医師1名であったが、非常勤医師を配置していた。
- コメディカル配置は、精神保健福祉士(PSW)の常勤職は兼務も含めると、全機関で配置していた。公認心理師(CP)は1機関を除き、常勤を配置しており、非常勤のみの機関も常勤換算では1以上であった。看護師(Ns)の常勤は3機関で、作業療法士(OT)の常勤は1機関のみであった。
- いずれの機関も、月に16歳未満の初診患者を10名以上診療していた。

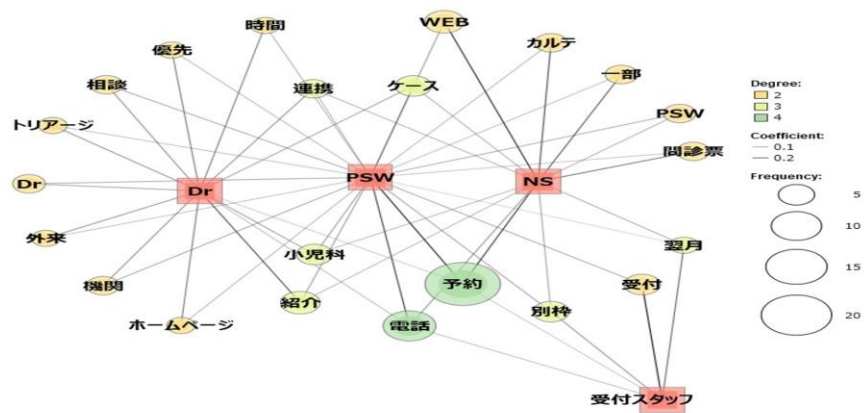
予約

- 予約については、すべての機関で、予約を受け付ける時間を設定しており、受付事務以外にPSWが対応し、予約時点で、WEB上や電話でインテークを詳細にとっているところがあった。
- また、緊急対応が必要な例については、別枠を設けていた。
- トリアージは主にDrが関与していた。

予約(全体像)



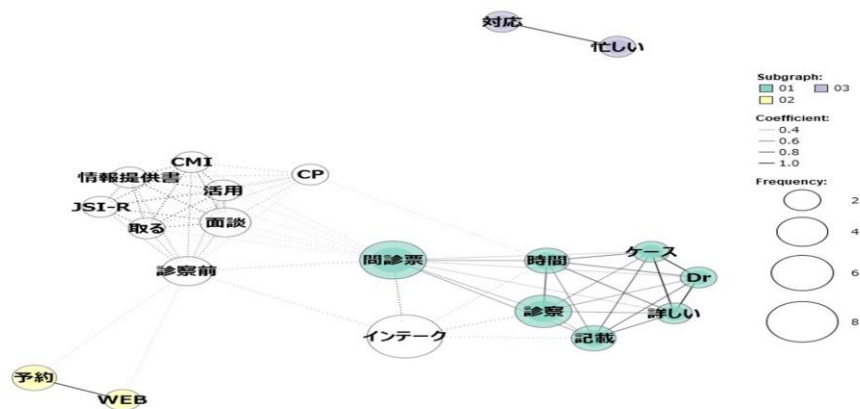
予約(対応者別)



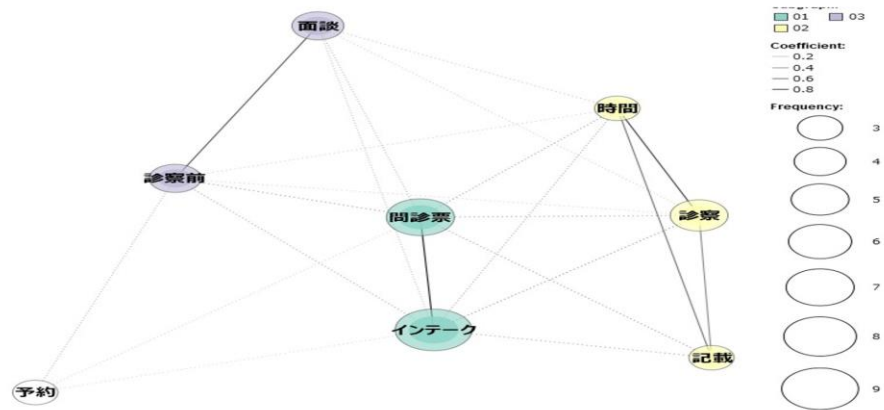
インテーク

- インテークには、PSW、CP、Nsがかかわっていた。
- 予約時点で、PSWがインテークを行っている機関や、受診者が事前に詳細な問診票をWEBで記載する機関など様々な工夫が見

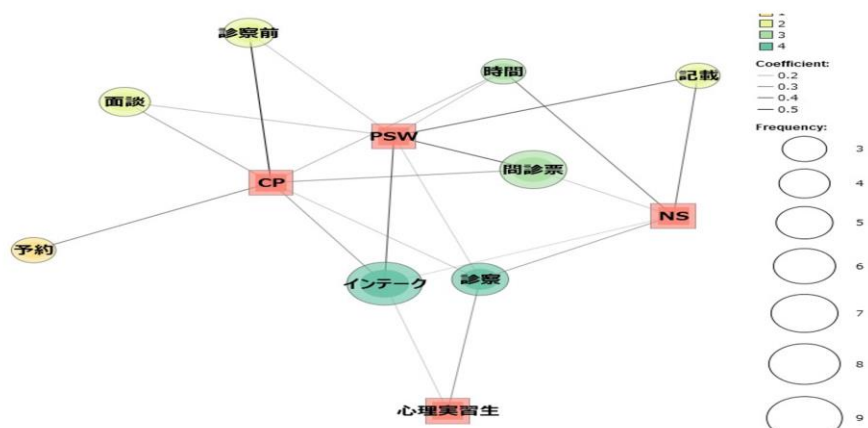
インテーク(全体像)



インテーク(全体像2)



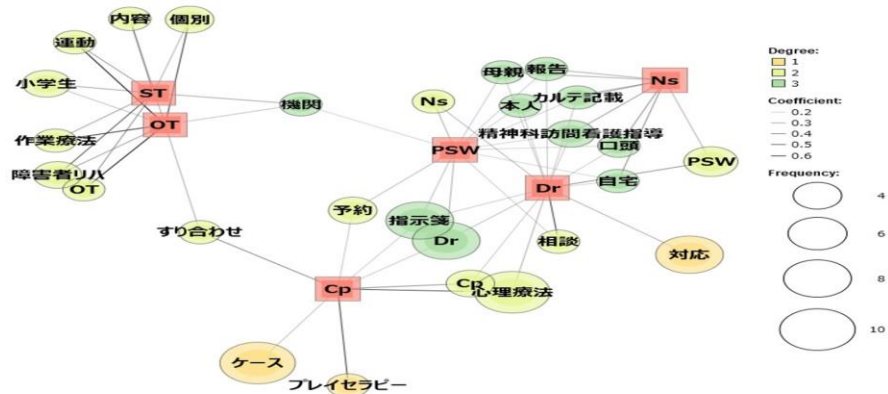
インテーク(対応者別)



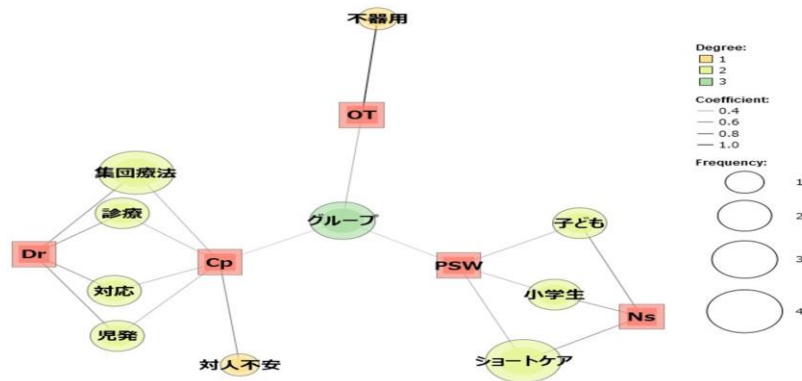
児童対応(個別・集団)

- 児童の個別対応には、Dr以外に、CP、OT、PSW、Ns、STがかかわっていた。
- CPは、カウンセリング、プレイセラピーなどに、OTやSTは、障害児リハビリテーションや機能訓練などに、Ns、PSWは、精神科訪問看護指導にかかわっていた。
- 各職種は、Drから指示箋などで指示を受け、また職種間で、情報のすりあわせや、検討を行っていた。
- 児童の集団対応については、集団精神療法やデイケア、ショートケアにおいてCP、OT、PSW、Nsが共同して行っていた。

児童対応(個別・対応者別)



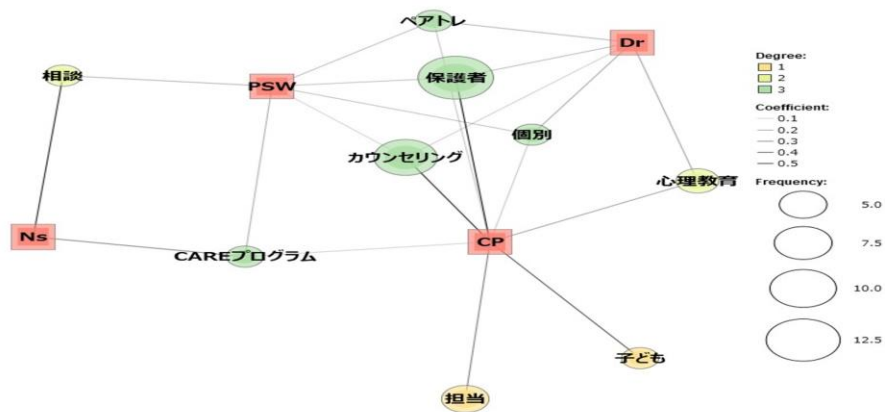
児童対応(集団・対応者別)



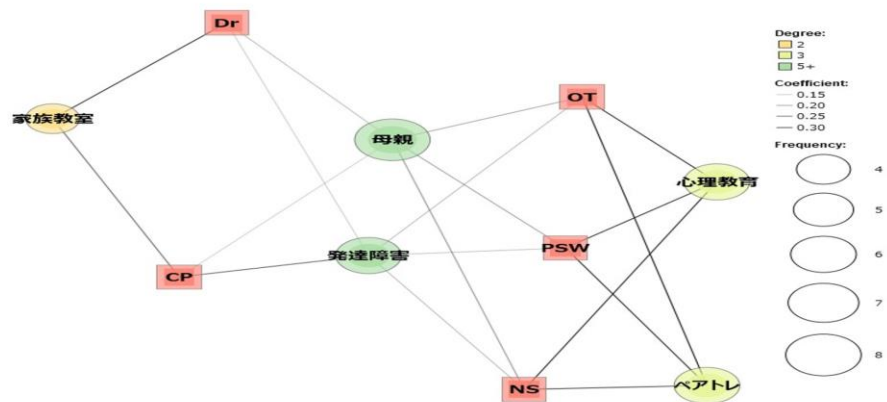
保護者対応(個別・集団)

- 保護者の個別対応には、カウンセリングや相談Careプログラムなどに、Dr以外に、CP、PSW、Nsがかかわっていた。PSWは、保護者と他機関との調整なども行っていた。
- 保護者の集団については、家族教室、ペアトレ、グループワークなどがあり、各職種が連携して対応していた。
- CPは、家族教室、心理教育、ペアトレなどに、PSWとNsも、心理教育やペアトレにかかわっていたが、PSWは、他機関との調整なども行っていた。

保護者対応(個別・対応者別)



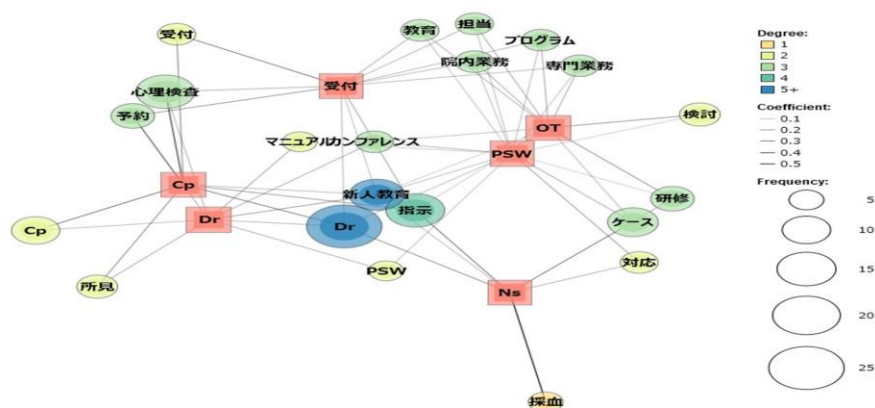
保護者対応(集団・対応者別)



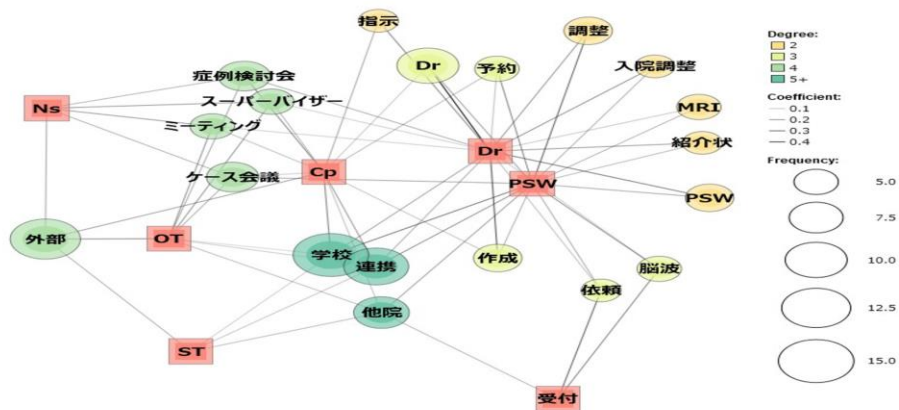
多職種連携

- 院内においては、Drを中心とし、受付事務職員も含めた各職種が、児童や家族の治療や検査業務に連携してあたっており、カンファレンスなどで情報共有を行っていた。
- 院外他機関との連携では、PSW、CPが主に学校との間で、ケース会議や症例検討などを通して連携を行っていた。
- PSWは、入院調整やMRIの予約など他の医療機関との調整にも当たっていた。

多職種連携(院内・対応者別)



多職種連携(他機関・対応者別)



考察

- コメディカルの配置の多い診療所においては、各職種で様々な業務分担をおこない、Drの業務のタスクシフトをおこなっている。業務を効率化し、Drの負担軽減を行っていると同時に、様々なかかわりを提供している。また、ネットワークを利用したりカンファレンスを行うなどの方法で、院内の多職種や他の機関との間での情報共有への取り組みが行われている。また、研修についても取り組みが行われているが、各職種の配置数の少ない診療所においては課題である。

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
総合研究報告書

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

不登校や自傷・自殺リスクの増大、摂食障害の重症化など、児童・思春期におけるメンタルヘルスの課題は多様化かつ深刻化しており、専門医療に対する社会的ニーズは著しく超過している。しかしながら、専門医をはじめとする医療資源の絶対的不足と地域偏在に起因し、初診待機期間の長期化が全国的な課題となっている。この構造的ボトルネックを解決するためには、医師単独の診療モデルから脱却し、各専門職が高度な専門性を発揮して協働するチーム医療の標準化が不可欠である。児童・思春期精神医療の現場においては、施設規模や人的構成の地域格差が著しく、また医療・福祉・教育の各機関が異なる支援パラダイムを有しているため、現場の「連携」は個人の経験則や裁量に依

存し、形骸化あるいはコンフリクトを生じやすい環境にあった。本研究班は、主任研究班として全分担研究班の成果を統括・統合し、全国のいかなる医療提供体制であっても応用可能な、エビデンスに基づく「多職種連携推進マニュアル（MENTOR）」を策定・完成させることを目的とした。各職種が担うべき具体的業務の境界線を明確化し、情報共有のインフラとなるカンファレンスプロトコルを構造化・制度化することにより、チーム医療の質を標準化することを重視した。さらに、策定された指針が臨床現場に定着するよう、マルチメディア教材を用いた研修システムの開発を同時に行い、実効性の高い社会実装の基盤を構築することを最終的な目的とした。

A. 研究目的

不登校や自傷・自殺リスクの増大、摂食障害の重症化など、児童・思春期におけるメンタルヘルスの課題は多様化かつ深刻化しており、専門医療に対する社会的ニーズは著しく超過している。しかしながら、専門医をはじめとする医療資源の絶対的不足と地域偏在に起因し、初診待機期間の長期化が全国的な課題となっている。この構造的ボトルネックを解決するためには、医師単独の診療モデルから脱却し、各専門職が高度な専門性を発揮して協働するチーム医療の標準化が不可欠である。児童・思春期精神医療の現場においては、施設規模や人的構成の地域格差が著しく、また医療・福祉・教育の各機関が異なる支援パラダイムを有しているため、現場の「連携」は個人の経験則や裁量に依存し、形骸化あるいはコンフリクトを生じやすい環境にあった。本研究班は、主任研究班として全分担研究班の成果を統括・統合し、全国のいかなる医療提供体制であっても応用可能な、エビデンスに基づく「多職種連携推進マニュアル（MENTOR）」を策定・完成させることを目的とした。各

職種が担うべき具体的業務の境界線を明確化し、情報共有のインフラとなるカンファレンスプロトコルを構造化・制度化することにより、チーム医療の質を標準化することを重視した。さらに、策定された指針が臨床現場に定着するよう、マルチメディア教材（ショート動画）を用いた研修システムの開発を同時に行い、実効性の高い社会実装の基盤を構築することを最終的な目的とした。

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核拠点とし、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（JaSCAP-C）会員施設、関係学会の全面的な協力を得て、3 年間にわたる段階的なコンセンサス形成研究および実装教材開発として遂行された。各年度の詳細な研究実務プロセスは以下の通りである。

1. 令和 5 年度：国内外の広範な文献レビュー、概念整理、およびマニュアル基礎骨子の構築

初年度は、児童・思春期精神医療における多職種連携、および医療・福祉・教育間の

ネットワーク連携に関する国内外の既存マニュアル、ガイドライン、学術文献の悉皆的なレビューを実施した。臨床現場におけるコミュニケーション不全の本質的な要因を質的に分析した結果、「病院・診療所内における多職種協働（院内多職種連携）」と「児童相談所・学校・子ども家庭センター等の外部機関との多機関協働（外部地域連携）」の定義が実務者間で混同され、会議体の目的や役割分担に混乱を招いている実態を特定した。これを受け、双方の領域を明確に峻別し、混同を回避するための概念的フレームワークを構築した。

同時に、他の4つの分担研究班（奥野班、原田班、大重班、山本班）の調査設問設計や評価指標の選定に緊密に立ち会い、最終的に本マニュアルへ実装・反映すべき定量的・定性的実証データ（診療所の加算取得動向、病棟プログラムの関与実態、児童相談所側が抱く困難感、退院患者・保護者の満足度規定因子）がシームレスに統合・エビデンス化できるよう全体の整合性を調整し、初診から外来・入院治療、退院・地域移行に至る一貫した支援の流れを示すマニュアルの基礎骨子を構築した。

2. 令和6年度：分担研究エビデンスの統合、マニュアル「ドラフト版」の策定

各分担研究班から集約された複数領域の実証データを詳細に統合した。これに基づき、チームが共有すべき最上位の価値観を明記した「理念編」、具体的業務のタスクシフティングを規定する「実践編」、職種ごとのコアアクションを定義する「職種別編」の3部からなる多職種連携推進マニュアルのドラフト版（骨子案）を策定した。理念編においては、すべての専門職が共有すべ

き上位理念として「子ども中心の支援」および「子どもの育ち・学習権の保障」を明示し、多職種間のベクトルの統一を図った。策定されたドラフト版の臨床現場における実現可能性および実用性を客観的に検証するため、全児協およびJaSCAP-Cの全会員施設、さらに関係学会に対してWordファイルおよびNotion（Web閲覧システム）の形式で内容を広く公開した。全国の多様な規模の医療機関から、記載の具体性、運用のハードル、人的リソースの地域格差に関するフィードバックやパブリックコメントを悉皆的に収集し、地域差やマンパワーの限界に関する課題を定性的にデータベース化した。

令和7年度：多職種コンセンサス形成研究の遂行、対象職種の拡張、およびマルチメディア研修教材の開発

3年間で計9回（各年度3回開催。直近では2025年5月23日、10月4日、2026年1月23日）にわたり、主任研究班が中核となり各分担研究者、実務家、厚生労働省担当官を交えた厳密な最終コンセンサス形成研究会議を開催した。全国から寄せられた「マンパワーや施設規模の地域格差が著しく、画一的な手続きを強制されると現場の運用が破綻する」という切実なフィードバックに対し、板垣班はマニュアルの設計思想を「一律の手続きの強制」から「柔軟な余白を残した汎用指針」へと大きく変更する重要な判断を下した。さらに、山本班の退院患者当事者満足度要因分析（スピアマンの順位相関分析）において、児童本人の主観的満足度を牽引する決定的因子が医学的治療ではなく「病棟レクリエーション」

や「院内学級の利用」といった日常性の保障であるという統計学的エビデンスが示されたことを受け、マニュアルの対象職種を医療 5 職種から「保育士」および「院内学級教員」へと正式に拡張収載する合意を形成し、最終完成版を確定させた。また、単なる冊子の配付による形骸化を防止し社会実装を確実にするため、マニュアルに完全準拠した 1~2 分程度の現場研修用ショート動画コンテンツを複数本制作した。過重労働下にある医療現場のスタッフが、日々のカンファレンス直前や新任者教育、あるいは多職種合同ワークショップの場で、誌面内の二次元コードから Web 上で即時オンデマンド視聴・活用できるマルチメディア実装基盤を確立した。

C. 研究結果

3 年間にわたる段階的なコンセンサス形成研究およびエビデンスの統合プロセスの完遂により、全国の児童・思春期精神医療施設において標準実装可能な多職種連携推進マニュアル「MENTOR」およびそのマルチメディア支援教材システムが完成した。抽出された具体的な開発成果およびプロトコルの詳細は以下の通りである。

1. マニュアル「MENTOR」の構造定義と「余白」の汎用設計

完成した最終版マニュアルは、「第 1 章：理念編（子ども中心の支援と育ちの保障）」「第 2 章：職種別コアアクション・チェックリスト」「第 3 章：連携カンファレンス・実施プロトコル」「第 4 章：緊急時対応と倫理的配慮（情報共有の基準）」の 4 章構成として構造化された。

日本の児童精神科医療提供体制に内在する極めて激しい人的資源格差・施設規模格差に適応させるため、本マニュアルは画一的な手続きの強制を完全に排除した。各施設の現有戦力やスタッフ配置に応じて、実務を「自職種が必ず担うべき必須項目）」と「チームとして担うことが推奨される項目」に仕分けしてカスタマイズできる柔軟なチェックリスト形式（余白を残した設計）として完成させた。

2. 対象職種の確定

当初想定していた基本の医療 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）に限定せず、入院児童本人の QOL（生活の質）維持に直結する専門職として、「保育士」および「院内学級教員（教員）」をマニュアルの対象職種として公式に拡張収載した。チェックリスト内において、各専門職が果たすべきコアアクションを以下のように厳密に定義した。

- 児童精神科医（主治医）： 包括的初期評価、迅速なトリアージ、治療計画・薬物療法の意図の明示、チームの統括・リード。
- 看護師： 安心・安全な療養環境整備、動的な行動観察とタイムリーな共有、生活リズム形成支援、社会復帰（外泊訓練等）への架け橋。
- 公認心理師： 各種心理アセスメント、発達・特性に応じた心理療法（CBT・遊戯療法等）、保護者への相談支援（ペアトレ等）、専門知見の言語化。
- 精神保健福祉士（PSW）： 家族の福祉的課題の抽出、関係機関（児童相談所

等)との広範な連絡調整、権利擁護、社会資源の開拓、地域移行支援。

- 作業療法士 (OT) : 非言語的な創作作業を通じた自己効力感の育成、ルール遵守等の社会性訓練 (SST)。
- 保育士 : 閉鎖環境における集団遊びを通じた日常性の保障、微細な心理的变化の抽出、発達に合わせた養育環境の再現。
- 院内学級教員 : 入院中における学習権の完全な保障、学業遅滞に対する焦燥感の低減、専門知見の学校側への分かりやすいトランスレーション。

3. カンファレンスの実施プロトコル

原田班が指摘した分業化に伴う「情報の分断化」を構造的に回避するため、情報共有のインフラとなる連携カンファレンスを構造化し、その目的と必須参加メンバーを明確に規定した。

- 初診カンファレンス : 目的は多面的な初期評価を共有し、最優先で介入すべき臨床課題の同定、および職種間の初動の役割分担を決定する。必須参加メンバー : 医師、心理、PSW、看護。
- 定期・病棟カンファレンス : 頻度は週1回以上。目的は治療計画の進捗確認、新たなリスクの再評価、各職種の視点(目標・感想用紙等)の統合、介入方針の柔軟なブラッシュアップ。必須参加メンバー : 医師、看護、心理、OT、PSW (保育士・教員は必要に応じて参加)。
- 退院前カンファレンス : 目的は家庭・学校環境の受け入れ態勢を整え、退院後の地域生活への円滑な移行を確

実にする。

- 地域連携会議 : 目的は外部の関係機関(学校、児童相談所等)のキーパーソンと一堂に会し、長期的な支援方針の認識を完全に一致させる。

4. 有事における「迅速多職種カンファレンス」運用の創設

大重班の大規模調査によって定量化された、医療側と外部機関(特に児童相談所)との間に内在する「アセスメント基準の乖離」や「意思決定プロセスの非互換性(トップダウンと合議制のズレ)」を構造的に突破するため、特命プロトコルとして「迅速多職種カンファレンス」の動的運用を新たに明文化した。虐待の発覚、急性自傷・他害行為、激しい行動逸脱など、子どもの生命・安全に関わる有事のリスク発生時には、定期の会議を待たずに任意のスタッフが即時起案し、その場に集まれる職種(最少人数でも可)のみで、15~30分という極めて短時間で臨時に開催する。この会議体において、①情報の迅速な一元集約、②安全確保のための直ちに行うべき役割分担、③児童相談所等の地域資源への法的通告(児童虐待防止法第6条に基づく通告)の要否、をその場で即座にトリアージ・決断する動的プロトコルを規定した。共有範囲を治療・支援に必要な必要最小限に限定し、事前同意を原則とする倫理基準も同時に収載した。

5. 制度的陳腐化回避設計と教材実装

数年ごとの改定で頻繁に点数や要件が変動する診療報酬制度の特性を考慮し、具体的な加算点数や施設基準(通院患者の50%以

上が 16 歳未満であること等の要件)をマニュアル本文から完全に切り離し、別添資料や注釈に分離整理する実務的配慮(陳腐化回避設計)を施した。また、文字情報だけによる現場の形骸化・離脱を回避するため、マニュアルの各章(迅速カンファレンスの動かし方、各職種のコアアクション等)に対応した 1~2 分程度の現場研修用ショート動画コンテンツを完成させ、誌面内の二次元コードを介してインターネット上で即時視聴できるシステムを確立した。

D. 考察

研究班が 3 年間の研究の集大成として完成させたマニュアル「MENTOR」は、日本の児童・思春期精神医療が長年抱えてきた「施設間格差」と「組織間コンフリクト」という二大構造的課題に対する、極めて高度に実用主義的な解答である。客観的な学術的観点からその臨床的意義について考察する。

1. 標準化と汎用性の背反を克服する「余白の設計」の妥当性

医療の質を一定に保つための「標準化」と、個々の現場の実情に適応させるための「汎用性」は、ガイドライン策定においてしばしば背反する。我が国の児童精神科医療インフラは、資源の潤沢な国公立センターから、少人数で運営される街の診療所に至るまで、人的資源の格差が極めて激しい。本研究において、当初の方針であった「画一的な手続きの強制」を排除し、各施設が自座の資源に応じて必須業務と推奨業務を選定できる「柔軟な余白を残した汎用指針」

へと設計を変更した判断は、社会実装の現実性を担保する上で極めて妥当な選択であった。一律の厳格なルールは、資源の乏しい地方施設におけるマニュアルの遵守を不可能にさせ、チーム医療の普及そのものを頓挫させるリスクがある。手続きに人的格差を認め、現有戦力に応じた適用を許容する本設計は、我が国の多様な医療インフラの現実在即した極めて実用的なアプローチであり、今後の医療政策における標準化ガイドラインのあり方に重要な知見を与えるものである。

2. カンファレンス構造化による動的統合と情報分断の回避

原田班の実証研究が指摘した通り、専門性に基づく業務の分業化(プログラム担当制等)を推進することは、同時に各職種間での「情報の分断化」という副作用を必然的に伴う。電子カルテの文字記録のみでは、児童の微細な表情の変化や集団内でのダイナミズムをチーム全体で完全に対称化することは不可能である。「MENTOR」において、週 1 回以上の「定期・病棟カンファレンス」を厳密に構造化・プロトコル化したことは、各専門職が個別に切り取った児童の断片的な姿を、再び一つの「全体像」として動的に統合するプラットフォームをシステムとして保障した意味で極めて臨床的価値が高い。分業化というタスクシフティングを進める際には、それを高頻度で統合する情報共有システムをセットで導入しなければならないという原則を、マニュアルの構造として具現化したものである。

3. 多職種カンファレンスによる組織間意思

決定プロセス

大重班の全国調査によって定量化された、医療側と外部機関（特に児童相談所）との間に内在する「アセスメント基準の乖離」や「意思決定プロセス課題（トップダウンと合議制のズレ）」に対し、マニュアル内に「迅速多職種カンファレンス」の動的プロトコルを明文化した意義は極めて大きい。福祉側が緊急の保護を求め、医療側が医学的治療対象外として拒絶する有事のコンフリクトにおいて、あるいは児童虐待事案で保護者の同意が得られないグレーゾーンの手続きにおいて、定期会議を待つ場当たりの対応は連携を致命的に停滞させる。15～30分という超短時間で、その場にいるスタッフのみでトリアージと安全確保の決断を下す動的プロトコルは、医療現場の硬直化したヒエラルキーを一時的に解除し、チームの臨床的反応性を最大化する。これにより、「医師によるトップダウン」と「行政の合議制」という組織プロセスの違いによる遅れを構造的に突破し、子どもの安全確保に向けた迅速な外部連携（児童相談所への法的通告や役割分担）への移行を可能にする。

4. 対象職種の拡張と持続可能な社会実装
マニュアルの対象職種を従来の医療 5 職種から「保育士」および「院内学級教員」へと拡張した判断は、山本班の当事者満足度要因分析（児童本人が満足度の源泉として医学的治療ではなくレクリエーションや院内学級での学びを重視しているという統計学的エビデンス）の結果と完全にシンクロする、本研究の臨床的妥当性を最も強固にする要素である。「子ども中心の支援」と

いう理念を表面的なスローガンにとどめず、日常性の保障を担う保育士や教員の職種別チェックリストを独立して収載したことは、チーム医療のシステムとして機能的に組み込まれたことを意味している。医学的管理を担う職種と日常の育ちを支える職種が、対等なチームメンバーとしてコアアクションを共有し合うことの妥当性が示された。さらに、頻繁な診療報酬改定による内容の陳腐化を予測して算定要件を本文から分離した実務的設計、および文字媒体からの離脱を防ぐため動画コンテンツを実装したマルチメディア e ラーニングシステムの構築は、多忙を極める臨床現場における新任者教育やワークショップにおいてマニュアルを「動的に消費・活用させる」ための優れた社会実装モデルであり、今後の医療ガイドライン普及の先進的なロールモデルになり得ると結論づけられる。

E. 結論

3 年間にわたる主任研究および各分担研究班のエビデンス統合を通じて策定された「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、曖昧であった「多職種連携」という概念に、確固たる構造、動的なプロトコル、および持続可能な社会実装の実効性を与えた。完成したマニュアルおよび連動するショート動画教材システムは、各専門職の専門性を最大化する「分業の指針」であると同時に、それらをカンファレンスを通じて一人の子どもの確実な回復と社会復帰へと昇華させる「統合の指針」でもある。施設間の人的資源格差を許容する柔軟な設計と、有事の危機管理に対応する迅速カンファレンスの

明文化は、臨床現場における実践力を飛躍的に高めるものである。今後は、本研究で構築されたマルチメディア実装基盤を活用しながら、本マニュアルを全国の医療機関、さらには児童相談所や教育現場の初任者研修や公式ガイドラインへと広く浸透させ、我が国のすべての子どもたちのメンタルヘルスと育ちを包括的かつシームレスに支える社会的共通資本として定着させていくことが最大の課題であり、同時に次の時代の重要な使命である。

F. 研究発表

- Usami M, Mizumoto Y, Itagaki K, Yamamoto K, Ohcho K, Fukuda M, Taniguchi A, Okuno M, Tsujii N, Harada Y, Nagasawa T, Saito K. From silos to synergy: trainee responses to multidisciplinary training in child and adolescent psychiatry. *Front Psychiatry*. 2025; 16: 1679862.
- Tsujii N, Kihara H, Hiraiwa A, Tachibana H, Ueno M, Takasaki A, Igarashi C, Kaneko N, Itagaki K, Yamamoto K, Inazaki K, Hakoshima Y, Mizumoto Y, Usami M. 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.
- Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, Matsudo M, Hashimoto A, Kusanish S, Kato N, Makiyama R, Ohashi M, Higashino Y, Kono Y, Matsudo H, Ma M, Sako Y, Odaka M, Itagaki K, Yamamoto K, Takahashi M, Yoshimura Y, Inoue S, Ishida M, Ito M, Mikami K, Tsujii N, Kihara H, Inazaki K, Hakoshima Y, Mizumoto Y. Shifting strains: Parenting daily burden in girls with eating disorders—Assessed via the Questionnaire-Children with Difficulties. *PCN Rep*. 2025; 4(3): e70180.
- Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, Matsudo M, Hashimoto A, Kusanish S, Kato N, Makiyama R, Ohashi M, Higashino Y, Kono Y, Matsudo H, Ma M, Sakoh Y, Odaka M, Itagaki K, Yamamoto K, Takahashi M, Yoshimura Y, Inoue S, Ishida M, Ito M, Mikami K, Tsujii N, Kihara H, Inazaki K, Hakoshima Y, Mizumoto Y. Time-of-day differences in daily functioning in children with obsessive-compulsive disorder. *Sci Rep*. 2026; 16(1): 7252.
- Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, Matsudo M, Ohashi M, Higashino Y, Kono Y, Matsudo H, Nomura Y, Ma M, Sakoh Y, Odaka M, Itagaki K, Yamamoto K, Takahashi M, Yoshimura Y, Inoue S, Ishida M, Inazaki K, Hakoshima Y, Mizumoto Y. The COVID-19 pandemic-induced behavioral restrictions and their impact on child and adolescent psychiatric units—Infection control or freedom. *PCN Rep*. 2024; 3(4): e70047.
- Usami M, Sasaki Y, Itagaki K, Yoshimura Y, Inazaki K, Hakoshima Y, Mizumoto Y. No change in the severity

- of eating disorders in Japanese children during the COVID-19 pandemic. *PCN Rep.* 2024; 3(3): e237.
- Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, Matsudo M, Higashino Y, Kono Y, Matsudo H, Nomura Y, Ma M, Sakoh Y, Odaka M, Itagaki K, Mhsw KY, Mhsw MT, Yoshimura Y, Inoue S, Ishida M, Inazaki K, Hakoshima Y, Mizumoto Y. Regional disparities in Japanese children's mental health profession shortage areas. *PCN Rep.* 2025; 4(2): e70107.
 - Ishida M, Sasaki Y, Usami M, Yoshimura Y, Ito M, Mikami K, Tsujii N, Kihara H, Yanagi Y, Inomata T, Itagaki K, Hashimoto A, Yamamoto K, Hakoshima Y, Inazaki K, Mizumoto Y, Hori H. 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.* 2025; 4(4): e70263.
 - Mizumoto Y, Sasaki Y, Sunakawa H, Tanese S, Shinohara R, Kurokouchi T, Sugimoto K, Seto M, Ishida M, Itagaki K, Yoshida Y, Namekata S, Takahashi M, Harada I, Sasaki S, Saito K, Toguchi Y, Hakosima Y, Inazaki K, Yoshimura Y, Usami M. Current situation and clinical burden of pediatricians for children with eating disorders during the COVID-19 pandemic. *Glob Health Med.* 2023; 5(2): 122-124.
 - Sugimoto K, Kurokouchi T, Shinohara R, Sakoh Y, Odaka M, Sunakawa H, Tanese S, Seto M, Ishida M, Yoshimura Y, Itagaki K, Harada I, Inoue S, Hakoshima Y, Inazaki K, Mizumoto Y, Usami M. Psychodynamic therapy for adverse childhood experience in a hospitalized girl with attention deficit hyperactivity disorder. *GHM Open.* 2023; 3(1): 47-50.
 - 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.* 2025; 5(1): 62-66.
- ## 2. 学会発表
- ### 【国際学会】
- Itagaki K, Harada I, Hakoshima Y, Inazaki K, Mizumoto Y, Usami M: Learning Support in an In-Hospital Classroom: Through the Relationship with a Boy With School Refusal. *ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry) Congress*, Copenhagen, Denmark, July 2023.
 - Ma M, Itagaki K, Harada I, Hakoshima Y, Mizumoto Y, Usami M: Does Pediatric Residency need the training of child and adolescent psychiatry in Japan? *ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry) Congress*, Copenhagen, Denmark, July

2023.

- Inazaki K, Itagaki K, Harada I, Hakoshima Y, Mizumoto Y, Usami M: Characteristics of outpatients with somatic symptoms at their first visit to child and adolescent psychiatry. *ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry) Congress*, Copenhagen, Denmark, July 2023.
- Higashino Y, Itagaki K, et al.: The role of resilience and depressive rumination in the pathway through which parental attitude experienced in childhood affects state anxiety in adulthood. *ESCAP Congress*, Copenhagen, Denmark, July 2023.
- Sasaki Y, Usami M, Hakosima Y, Inazaki K, Mizumoto Y, Ito M, Mikami K, Tsujii N, Okada T, Takahashi H: Clinical characteristics of missed child-to-parent violence (CPV) in child and adolescent psychiatric patients: A case-control study. *ESCAP Congress*, Strasbourg, France, June 2025.

【国内学会】

- 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 Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度(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) , 2025 年 11 月.
- 箱島有輝, 山本啓太, 板垣琴瑛, 高橋

萌々香, 松堂美紀, 市川万由奈, 橋本彩加, 酒匂雄貴, 松土晴奈, 馬敏宰, 野村由紀, 河野悠介, 東野有依, 大橋睦巳, 加藤伸忠, 牧山龍和, 稲崎久美, 水本有紀, 宇佐美政英: 「解離症状を呈した神経性やせ症の女児の入院治療」. 第 66 回日本児童青年精神医学会総会 (ポスター 5) , 2025 年 11 月.

- 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) , 2025 年 11 月.
- 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) , 2025 年 11 月.
- 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: 「逆境的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) , 2025 年 11 月.
- 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」. 第 66 回日本児童青年精神医学会総会 (シンポジウム「児童精神科病棟運用に関する現状と課題」) , 2025 年 11 月.

G. 知的財産権の出願・登録状況
なし

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
総合研究報告書

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・思春期精神医療における入院治療の質的向上と多職種連携の最適化を目指し、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）による包括的な治療介入の有効性を、支援の直接の受益者である「当事者（入院した児童本人）」および「保護者」の主観的視点から明らかにすることを目的として3年間にわたり実施された。全国の児童精神科専門病棟を有する主要施設を対象に、Webシステムを用いた多施設共同の質問紙調査体制を構築し、退院患者およびその保護者から計78名の有効回答を収集した。統計的解析の結果、入院治療の総合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明確な構造的非対称性が存在した。保護者は「主治医や看護師による確実な医学的管理と安心感」を最も重視する一方で、児童本人は病棟レクリエーションや院内学級の利用といった閉鎖環境下における「日常性の保

障」および「生活の質（の維持）」を極めて重視していた。また、心理士やソーシャルワーカーによる内省の促進や家族環境の調整が、持続可能な社会復帰を支える不可欠な治療基盤として機能していることも示唆された。本研究成果は、多職種連携が単なる医師の業務負担軽減（タスクシフティング）の手段ではなく、本人と家族が抱える「異なる二重のニーズ」に対し、全専門職がそれぞれの強みを発揮して包括的に応えるための必須の臨床システムであることを科学的に証明するものであり、今後の児童・思春期精神医療のプログラム再編において極めて重要なエビデンスとなる。

A. 研究目的

児童・思春期における精神疾患や行動障害、発達特性に随伴する諸問題は複雑かつ多様であり、その臨床的対応には医師、看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士、保育士、院内学級教員等の多職種による包括的なアプローチが必要とされる。しかしながら、これまでの児童・思春期精神科病棟における入院治療の効果判定や質評価は、主治医や看護師をはじめとする医療従事者側の視点、すなわち精神症状の消退や認知・行動面の客観的改善度といった医学的指標に偏る傾向が強かった。医療の質の向上と標準化を真に推進するためには、支援の直接の受益者である「入院児童本人（当事者）」およびその「保護者（家族）」が、提供された具体的な治療プログラムや各専門職のアプローチをどのように主観的に受け止め、評価しているかという「当事者評価（Patient-Reported Outcomes）」を科学的に解明することが不可欠である。本研究班は、3 カ年計画を通じて、医療従事者側の客観的評価と当事者側の主観的評価の双方を包括した治療評価モデルを構築することを目指した。多施設共同による大規模な質問紙調査を設計・完遂し、収集されたフィールドバックデータをノンパラメトリックな統計手法を用いて詳細に解析することにより、入院治療全体の総合満足度を強力に

牽引する具体的な規定因子を特定することを目的とした。これにより、児童本人と保護者のニーズの構造的相違を明らかにし、エビデンスに基づく効果的な治療プログラムの再編、および多職種連携の最適化に資する科学的根拠を提供することを最終的な目的とした

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核拠点とし、全国児童青年精神科医療施設協議会（全児協）の全面的な協力を得て、専門病棟を有する全国の主要な児童精神科医療機関（国立健康危機管理研究機構国立国府台医療センター、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等）が参加する多施設共同研究として実施された。3 年間の研究実施内容は以下の通りである。

令和 5 年度：調査デザインの確立および倫理的手続き

初年度は、国内外における児童・思春期精神科の入院治療評価に関する文献レビューを集中的に実施した。対象が発達段階の途上にあり、認知や言語表出能力に幅がある児童・思春期患者であることを考慮し、主観的評価を適切に測定するための構造化質問紙を独自に設計した。質問紙には、患者

および保護者の基本属性（年齢、性別、入院期間、病名告知の有無、入院主訴等）に加え、入院中に提供された各治療プログラム（主治医面接、看護師面接、心理士面接、PSW 面接、集団療法、作業療法、病棟レクリエーション、院内学級の利用等）および各担当職種の関わりに対する 5 段階の有効性評価（1：全く役に立たなかった～5：大変役に立った）、ならびに入院治療全体に対する 10 段階の総合満足度評価（1 点～10 点）を組み込んだ。

本調査デザインについて、2024 年 1 月 22 日に国立国際医療研究センター国府台病院倫理委員会に申請を行い、厳格な審査を経て承認を取得した。

令和 6 年度：多施設共同オンライン調査の稼働と中間集計

前年度に構築したシステムに基づき、対象施設を退院した児童本人およびその保護者を対象とした質問紙調査を本格的に開始した。現場の臨床実務者への負荷を軽減しつつ、無記名性を担保して回答の信頼性を高めるため、Web 入力システム（Microsoft Forms）を活用した。各参加施設から退院後の通院時や郵送等の手段を介して対象家族へ二次元コードを含む案内状を配付し、データ蓄積を推進した。同年度末までに 54 名の有効回答を収集し、初期データの中間集計および予備的分析を実施した。この段階で、児童本人の満足度分布と保護者の満足度分布に乖離の傾向が認められたため、最終年度の本格的な相関分析に向けたデータクレンジングのプロトコルを確定させた。

令和 7 年度：データ集定の完遂と統計学的

解析の実施

最終年度において調査を完遂し、最終的に 78 名（児童本人 26 名、保護者 52 名）の有効回答からなる強固なデータセットを構築した。得られたデータは、5 段階の順序尺度、プログラム非利用に伴う欠損値の散見、およびサンプルサイズ（N=78）の分布特性を考慮し、統計学的な妥当性を厳格に担保するため、ノンパラメトリック手法であるスピアマンの順位相関係数（ r ）を用いた相関分析を適用した。児童本人による評価データと、保護者による評価データを明確に分離して独立した解析にかけ、それぞれの集団において、どの治療介入因子および専門職の関わりが全体の総合満足度と有意な関連を有しているかを統計学的に算出した。

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、気持ちが落ちこんでいた、不安が止まらなかった、主治医に勧められた、か C. 研究結果から複数回答）
- 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。

C. 研究結果

【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 (14.1%)、女子が 15 名 (19.2%) 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 (16.7%)、「1 年以上」が 11 名 (14.1%) 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

中央値=5.0)

面接（心理士）：平均 4.1 ± 0.9 (N=43, 中央値=4.0)

D.

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)

【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

山本班による3年間の実証研究、および最終年度に実施されたスピアマンの順位相関分析の結果は、児童・思春期精神医療における臨床環境評価のあり方に重要な知見を提供するものである。抽出された統計データに基づき、以下の3つの観点から客観的な学術的考察を行う。

1. 臨床環境評価における児童本人と保護者のパラダイムの非対称性

本研究の最大の成果は、同一の入院治療空間および時間を提供されている環境下であっても、子ども本人と親とで、その臨床環境の総合満足度を規定する心理的・臨床的因子が明確に相違している事実を定量的に証明した点にある。

保護者の総合満足度においては、主治医や看護師という医学的・身体的管理および治療方針の決定を主導する職種が最上位の相関を示した。これは、入院前に不登校や激しい行動障害、自傷他害リスク、あるいは急性精神症状の悪化によって家庭機能の破綻に直面していた家族にとって、医療機関が提供する構造化された医学的安全性および確実な身体的管理こそが、評価の絶対的な軸であることを示している。これに対して、児童本人においては主治医や看護師、心理士等の個別面接的項目の点数が満足度に直接有意な相関を示さなかった。これは個別面接自体の有効性を否定するものではなく、単独の点数評価が 4.0 以上と高評価であることから、診察や面接の有益性は認められている。しかし、児童本人にとっては、個別の精神療法や診察がどれほど有益であっても、それ単独の因子によって入院生活全体の総合満足度が規定されるわけではないという臨床的現実を示唆している。

2. 児童本人の適応および治療継続における日常性保障の決定的な役割

児童本人の総合満足度において、病棟レクリエーションが極めて強い正の相関を示し、次いで教師の関わりや院内学級の利用が統計学的有意差をもって相関したことは、思

春期の発達特性を考慮すれば極めて合理的な帰結である。大人の精神科入院治療においては、症状の寛解そのものが社会復帰や復職に直結するため、医学的アプローチ重視の評価になりやすい。しかし、児童・思春期患者にとって、病院は治療の場であると同時に、本来地域社会で送るはずであった成長と発達の間、すなわち「生活の間」の代替空間として機能しなければならない。閉鎖病棟という行動範囲や自由が制限された環境下において、日々の生活に活動性を与えるレクリエーションや同世代の集団との相互作用、そして何よりも、入院によって学業が遅滞し社会から孤立することへの焦燥感を低減させる院内学級での学習権の保障（教師の関わり）こそが、子どもたちの生活の質（QOL）を担保し、入院治療へのアドヒアランス（前向きな治療継続）を維持するための決定的な因子になっていることが実証された。高精度な薬物療法や医学的ケアが提供されていても、これらの日常性を支える非医学的アプローチが欠落していれば、子どもの主観的満足度は低下し、治療同盟の構築に支障を来す可能性が示唆される。

3. 統計学的有意差の限界と多職種包括支援モデルの客観的妥当性

児童本人の相関分析において、心理士やソーシャルワーカー、あるいは主治医との個別面接が統計学的有意水準に達しなかった点については、本研究の制約であるサンプルサイズ（本人回答数 N=26）に伴う統計的検出力の限界を考慮して解釈する必要がある。ノンパラメトリック分析の特性上、サンプルサイズが小さい場合、実際の臨床

的効果が存在していても有意差として検出されにくい傾向（第Ⅱ種の過誤）がある。心理士によるアプローチ（内省の促進やトラウマケア）や、ソーシャルワーカーによるアプローチ（複雑な家庭環境の調整や復学・施設入所に向けた地域資源の開拓）は、病棟レクリエーションのような分かりやすい「日々の活動の活性化」として子どもの表面的な意識に直接的な満足度として上る性質のものではない。これらはむしろ、子どもが安心安全に病棟生活を送り、退院後に地域社会で持続可能な生活を営むための不可視的な治療基盤を構築する役割を担っている。事実、保護者の満足度においては、心理士やソーシャルワーカーの関わりが明確に有意な正の相関を示している。これは、保護者がコメディカルによる環境調整や心理的介入の効果を客観的に認識していることの左証である。児童・思春期精神医療における不登校や行動障害の治療は、入院という物理的隔離を利用して親子の距離を適切に保ち、家族全体の福祉的課題を解決していくプロセスを伴う。保護者が多職種によるフルスペックの関わりすべてに有意な高い満足度を示しているというデータは、親がチームによる包括的な支援を実感していることの現れである。結論として、多職種連携とは単に医師の負担を軽減するための組織論にとどまらず、子どもの QOL と日常性を守るアプローチと、親の医療的安心感および家族再生を支えるアプローチという、「本人と家族の異なる二重のニーズ」に対し、全専門職がそれぞれの強みを発揮してフルスペックで同時に応えるための必須の臨床的枠組みであることが、当事者評価の統計解析によって科学的に立証された。

F. 結論

本研究班による 3 年間にわたる多施設共同調査および統計学的解析により、児童・思春期精神科入院治療における「当事者（児童本人）」と「保護者」のニーズの構造的な非対称性が、かつてない解像度で実証された。保護者が主治医や看護師による「確実な医学的管理と安心感」を最も高く評価する一方で、児童本人は閉鎖環境下における病棟レクリエーションや院内学級の利用といった「日常性の保障」と「生活の質（QOL）の維持」を極めて重視していることが明らかとなった。さらに、心理士やソーシャルワーカーによる内省の促進や家族環境の調整は、表出的な満足度には直結しにくいものの、確実な社会復帰と持続可能な生活基盤を構築するための不可欠な「縁の下の力持ち」として機能していることが確認された。これらの知見は、児童・思春期精神医療における「多職種連携」が、単なる医師の業務軽減（タスクシフト）の手段ではなく、本人と家族が抱える「異なる二重のニーズ」に対し、全専門職がそれぞれの強みを発揮してフルスペックで応えるための絶対的な要件であることを科学的に証明するものである。医療提供者側の視点に偏りがちであった従来の治療評価に対し、支援の受益者である当事者の主観的評価を導入し定量化した本研究の成果は、今後の児童・思春期精神医療におけるプログラムの再編、病棟環境の改善、および多職種チームの最適化に向けた極めて強力なエビデンスとなるものである。

G. 研究発表

- Tsujii N, Kihara H, Hiraiwa A, Tachibana H, Ueno M, Takasaki A, Igarashi C, Kaneko N, Itagaki K, Yamamoto K, Inazaki K, Hakoshima Y, Mizumoto Y, Usami M. 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.
- Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, Matsudo M, Hashimoto A, Kusanish S, Kato N, Makiyama R, Ohashi M, Higashino Y, Kono Y, Matsudo H, Ma M, Sako Y, Odaka M, Itagaki K, Yamamoto K, Takahashi M, Yoshimura Y, Inoue S, Ishida M, Ito M, Mikami K, Tsujii N, Kihara H, Inazaki K, Hakoshima Y, Mizumoto Y. Shifting strains: Parenting daily burden in girls with eating disorders—Assessed via the Questionnaire-Children with Difficulties. *PCN Rep.* 2025; 4(3): e70180.
- Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, Matsudo M, Hashimoto A, Kusanish S, Kato N, Makiyama R, Ohashi M, Higashino Y, Kono Y, Matsudo H, Ma M, Sakoh Y, Odaka M, Itagaki K, Yamamoto K, Takahashi M, Yoshimura Y, Inoue S, Ishida M, Ito M, Mikami K, Tsujii N, Kihara H, Inazaki K, Hakoshima Y, Mizumoto Y. Time-of-day differences in daily functioning in children with obsessive-compulsive disorder. *Sci Rep.* 2026; 16(1): 7252.
- Usami M, Mizumoto Y, Itagaki K, Yamamoto K, Ohcho K, Fukuda M, Taniguchi A, Okuno M, Tsujii N, Harada Y, Nagasawa T, Saito K. From silos to synergy: trainee responses to multidisciplinary training in child and adolescent psychiatry. *Front Psychiatry.* 2025; 16: 1679862.
- Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, Matsudo M, Higashino Y, Kono Y, Matsudo H, Nomura Y, Ma M, Sakoh Y, Odaka M, Itagaki K, Yamamoto K, Takahashi M, Yoshimura Y, Inoue S, Ishida M, Inazaki K, Hakoshima Y, Mizumoto Y. Regional disparities in Japanese children's mental health profession shortage areas. *PCN Rep.* 2025; 4(2): e70107.
- Ishida M, Sasaki Y, Usami M, Yoshimura Y, Ito M, Mikami K, Tsujii N, Kihara H, Yanagi Y, Inomata T, Itagaki K, Hashimoto A, Yamamoto K, Hakoshima Y, Inazaki K, Mizumoto Y, Hori H. 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.* 2025; 4(4): e70263.
- Matsunari N, Mikami K, Suzuki Y, Takase S, Sawaguchi N, Onishi Y, Takahashi Y, Sasaki Y, Tsujii N, Watanabe N, Usami M, Yamamoto K. Silent Suicidal Ideation: Low Rates of

Disclosure Among Children and Adolescents Who Attempt Suicide. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2026.

- Usami M, Sasaki Y, Ichikawa M, Matsudo M, Ohashi M, Higashino Y, Kono Y, Matsudo H, Nomura Y, Ma M, Sakoh Y, Odaka M, Itagaki K, Yamamoto K, Takahashi M, Yoshimura Y, Inoue S, Ishida M, Inazaki K, Hakoshima Y, Mizumoto Y. The COVID-19 pandemic-induced behavioral restrictions and their impact on child and adolescent psychiatric units—Infection control or freedom. *PCN Rep*. 2024; 3(4): e70047.

2. 学会発表

【国内学会】

- 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 Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度(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) , 2025 年 11 月.
 - 箱島有輝, 山本啓太, 板垣琴瑛, 高橋萌々香, 松堂美紀, 市川万由奈, 橋本彩加, 酒匂雄貴, 松土晴奈, 馬敏宰, 野村由紀, 河野悠介, 東野有依, 大橋睦巳, 加藤伸忠, 牧山龍和, 稲崎久美, 水本有紀, 宇佐美政英:「解離症状を呈した神経性やせ症の女兒の入院治療」. 第 66 回日本児童青年精神医学会総会 (ポスター 5) , 2025 年 11 月.
 - 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) , 2025 年 11 月.
 - 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) , 2025 年 11 月.
 - 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:「逆境的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) , 2025 年 11 月.
 - 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.
 - 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」. 第 66 回日本児童青年精神医学会総会 (シンポジウム「児童精神科病棟運用に関する現状と課題」) , 2025 年 11 月.
- H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

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、継続的支援を保証する。

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。

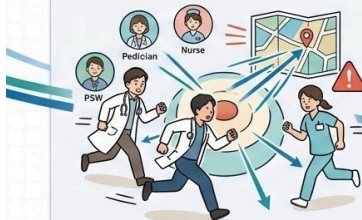
どの職種も同じ方向を向いたワンチームとして子どもに安心と安全を提供し、地域と一緒に支援していくことこそ、医療機関だけでなく子どもに関わる全ての大人たちが大切にしていくべき理念である。

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。

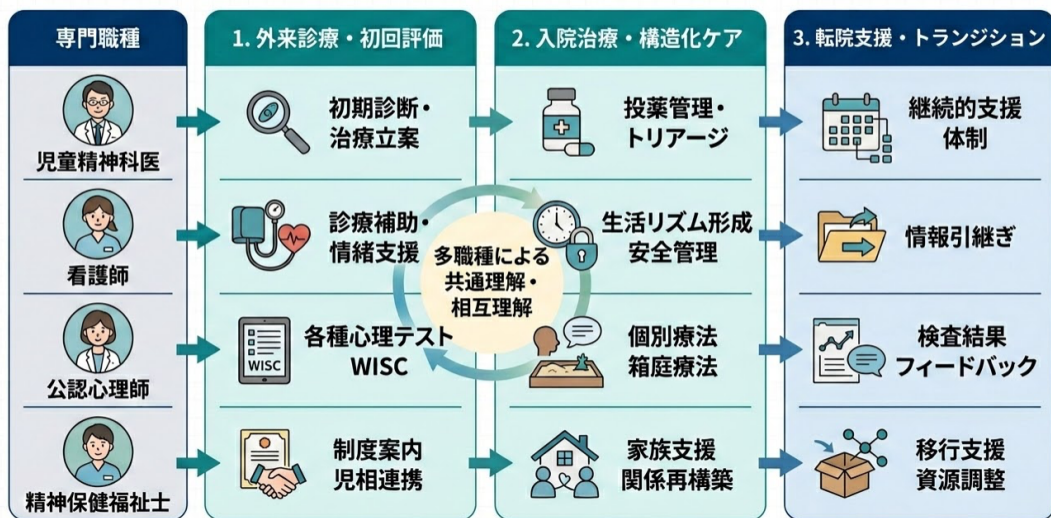
このマニュアルは、現場で実際に活用できる実践的な内容を提供し、多職種が協力して効果的な治療を行うための基盤を整えるものである。医療機関のスタッフが日々の業務の中で利用しやすいように、明確でわかりやすい形で治療プロセスや支援の流れを説明する。

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



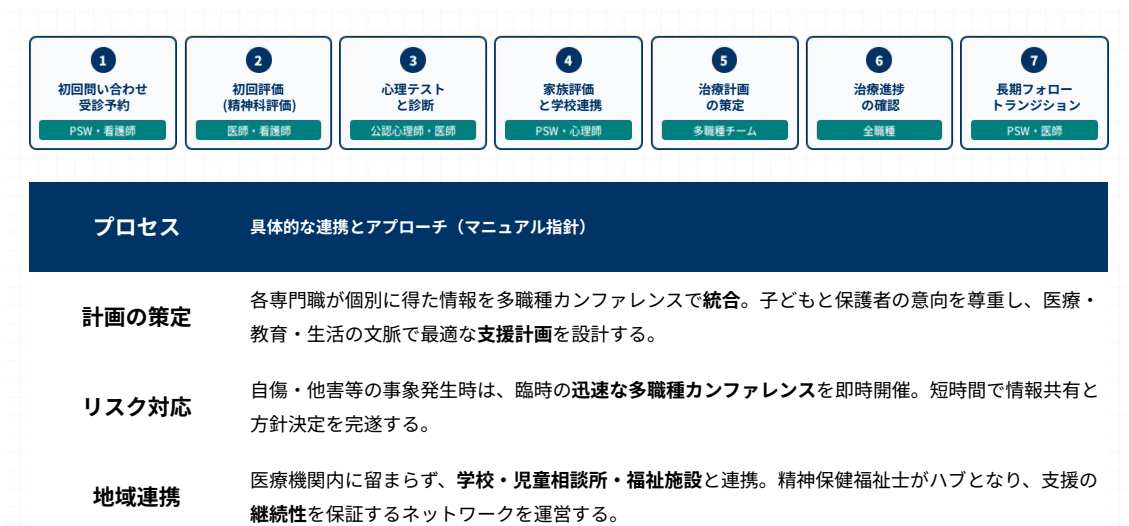
1. 児童・思春期精神医療とは

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開催し、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（リスクラウンド）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）

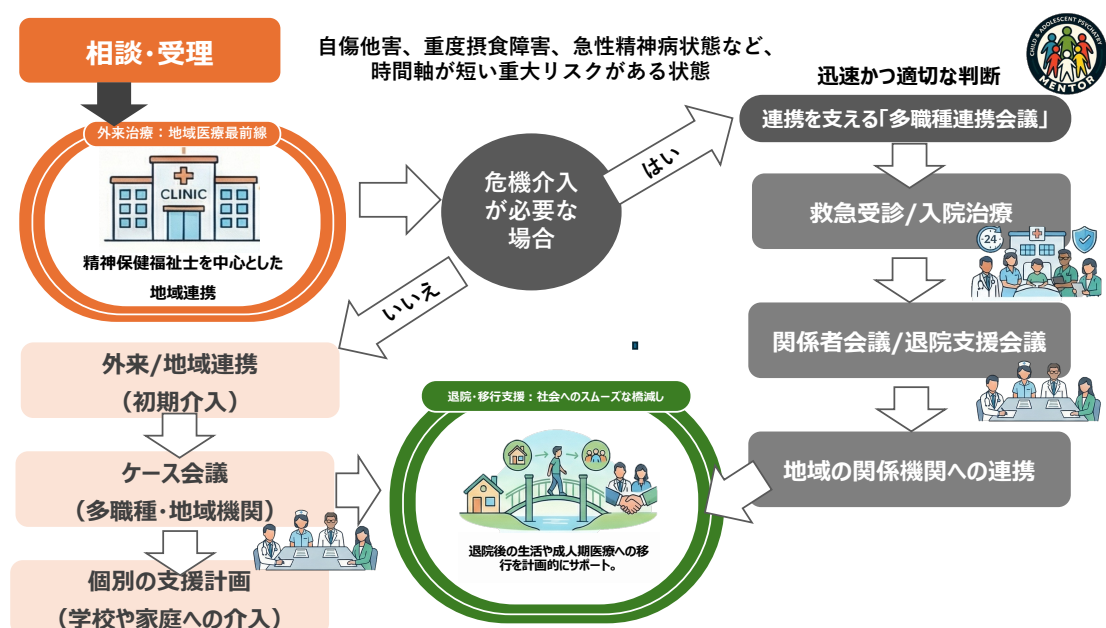


表 1 会議体カタログ（目的・頻度・参加者・アウトプット）

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）

- 脳画像：

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、毎週の多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
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

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.	Identifying hub functions and collaboration patterns in hikikomori support networks: A nationwide cross-sectional study.	PCN Rep.	5(1)	e70311	2026
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.	-	-	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
Usami M, et al.	Is children's mental health an important function of newly national organization for health crisis management in Japan?	PCN Rep.	3(1)	e175	2024

Tsujii, et al.	Is there evidence for the use of noninvasive brain stimulation techniques for children and adolescents with mental illness?	PCN Rep.	3(2)	e190	2024
Usami M.	Materiality of evidence-based policy making for child and adolescent psychiatry in Japan.	GHM Open.	4(2)	54-58	2024
Usami M, et al.	The COVID-19 pandemic-induced behavioral restrictions and their impact on child and adolescent psychiatric units-Infection control or freedom.	PCN Rep.	3(4)	e70047	2024
Usami M, et al.	No change in the severity of eating disorders in Japanese children during the COVID-19 pandemic.	PCN Rep.	3(3)	e237	2024
Mizumoto Y, a H, et al.	Current situation and clinical burden of pediatricians for children with eating disorders during the COVID-19 pandemic.	Glob Health Med.	5(2)	122-124	2023
Sasaki Y, et al.	Clinical characteristics of child and adolescent psychiatric outpatients engaging in fireplay or arson: a case-control study.	Child Adolesc Psychiatry Ment Health.	17(1)	119	2023
Sugimoto K, et al.	Psychodynamic therapy for adverse childhood experience in a hospitalized girl with attention deficit hyperactivity disorder.	GHM Open.	3(1)	47-50	2023
Estrada CA, Usami M, et al.	2020 and 2021 web-based training program on children's mental health during the COVID-19 pandemic.	GHM Open.	4(2)	103-107	2024
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—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
宇佐美政英	【臨床医の疑問に答える】不登校に精神科医ができること	福岡行動医学	30巻1号	31-37	2024
宇佐美政英	【不登校の理解と支援】不登校概論	精神医学	66巻10号	1240-1247	2024
小高麻衣子、 宇佐美政英	【小児期逆境体験と精神科臨床】小児期逆境体験は神経発達症をどのように修飾・複雑化するのか	精神科治療学	39巻7号	721-726	2024
宇佐美政英	【児童期・青年期のメンタルヘルスと心理社会的治療・支援】不安、うつ、強迫、解離強迫症の診断と治療	精神療法	増刊11号	148-155	2024
箱島有輝、 宇佐美政英	子どものストレスと身体症状：標準治療とその工夫 子どものストレスと神経性やせ症について	ストレス科学	38巻3号	496-506	2024
宇佐美政英	【よくわかる！精神疾患対応これ1冊 内科医と精神科医のために】知っておきたい精神疾患 気分症・統合失調症・物質使用症・パーソナリティ症子どものうつ病	診断と治療	112巻Suppl.	187-191	2024
宇佐美政英	抗うつ薬・気分安定薬双極性障害に対する抗精神病薬を含む。	児童青年精神医学とその近接領域	65巻1号	128-130	2024
宇佐美政英	【エキスパートが教える小児の薬物治療】疾患別K.社会心理学的疾患うつ病・うつ状態	小児内科	55巻増刊	857-861	2023
宇佐美政英	【メンタルヘルス・一般診療におけるメンタルヘルス問題への対応】子どものメンタルヘルス	日本臨床	81巻10号	1567-1573	2023

宇佐美政英	児童精神科医が伝えたい子どものメンタルヘルス (完) (第5回) 認知行動療法	日本医事新報	65巻11号	2321-2327	2023
宇佐美政英	【知っておきたい！ときどき遭遇する精神疾患の治療】抜毛症・皮膚むしり症の治療	臨床精神薬理	26巻8号	779-786	2023
宇佐美政英	児童精神科医が伝えたい子どものメンタルヘルス (第4回) 子どもに睡眠薬は必要ですか？	日本医事新報	65巻9号	1836-1842	2023
宇佐美政英	子どもの強迫症	児童青年精神医学とその近接領域	64巻3号	298-306	2023
佐々木祥乃、 宇佐美政英	【攻撃性の理解・評価・対処】神経発達症 (ASD, ADHD) と攻撃性	臨床精神医学	52巻6号	653-658	2023
宇佐美政英	短期連載児童精神科医が伝えたい子どものメンタルヘルス (第3回) 適応が限られている抗精神病薬の使い方 (2)。	日本医事新報	65巻8号	1652-1655	2023
木原弘晶、 宇佐美政英	【いま、知っておきたい発達障害Q&A98】治療 注意欠如・多動症 (ADHD) の薬物療法について教えてください。	精神医学	65巻5号	804-806	2023
杉本佳織、 宇佐美政英	【いま、知っておきたい発達障害Q&A98】概念発達障害の長所と言える点は何がありますか？	精神医学	65巻5号	527-530	2023
宇佐美政英	児童精神科医が伝えたい子どものメンタルヘルス (第2回) 適応が限られている抗精神病薬の使い方 (1)。	日本医事新報	65巻6号	1173-1177	2023
宇佐美政英	児童精神科医が伝えたい子どものメンタルヘルス (第1回) 児童思春期に効果を認めない抗うつ薬たち	日本医事新報	65巻5号	965-970	2023
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