

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。

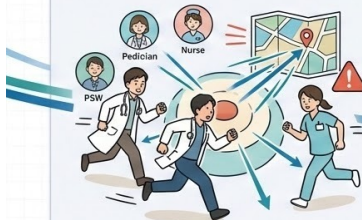
どの職種も同じ方向を向いたワンチームとして子どもに安心と安全を提供し、地域と一緒に支援していくことこそ、医療機関だけでなく子どもに関わる全ての大人たちが大切にしていくべき理念である。

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。

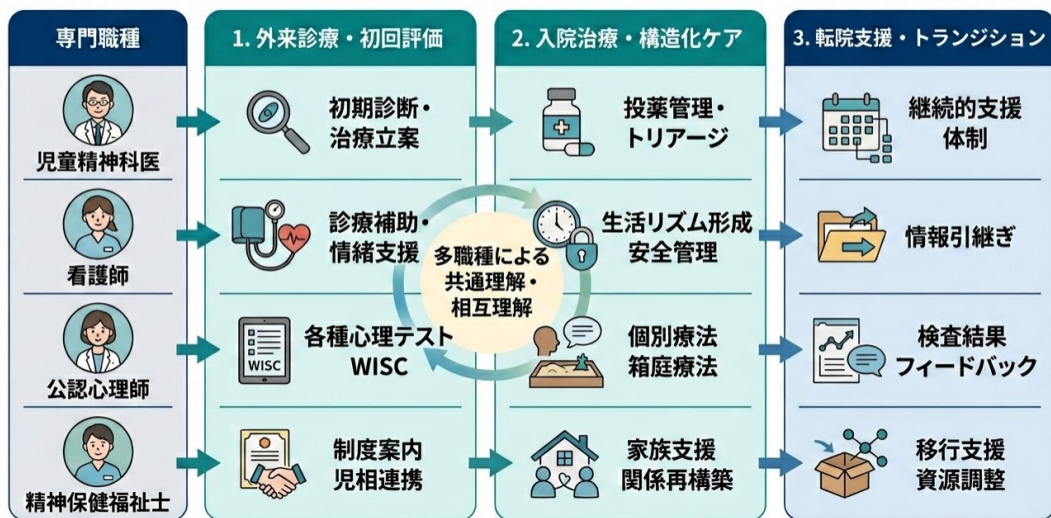
このマニュアルは、現場で実際に活用できる実践的な内容を提供し、多職種が協力して効果的な治療を行うための基盤を整えるものである。医療機関のスタッフが日々の業務の中で利用しやすいように、明確でわかりやすい形で治療プロセスや支援の流れを説明する。

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



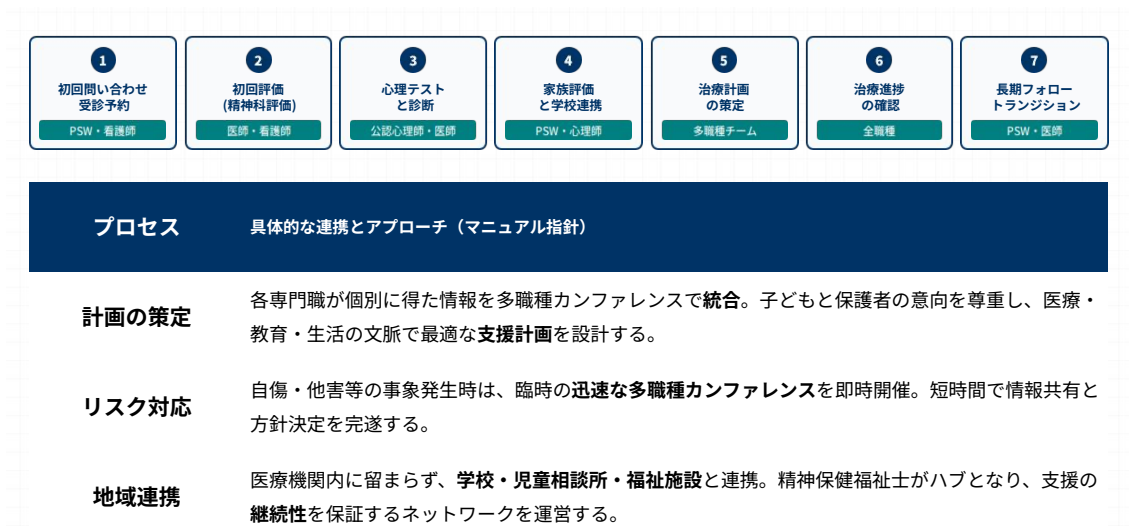
1. 児童・思春期精神医療とは

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行い、環境調整や支援ネットワークの構築を行うことで、退院後のスムーズな移行を支援する体制を精神保健福祉士とともに整備していく作業を行う。これら一連の取り組みによって、退院後の子どもが社会生活に適応し、自律的に成長を続ける基盤が築かれる。

2. 児童・思春期精神医療の流れ



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

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

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

3. 児童・思春期精神医療における多職種チームの構成

<要約>

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

<診療報酬に基づく児童・思春期精神医療に必要な職種>

1. 外来診療における児童・思春期精神科支援指導加算

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

2. 外来診療における児童・思春期精神科専門管理加算

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

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

3. 児童・思春期精神科入院医療管理料

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

4. 各職種の主な業務

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

初診・転院支援

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

外来診療

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

入院診療

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

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

< 解説 >

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

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

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

5. 児童精神科医の業務内容とその役割

<要約>

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

各職種の業務内容とその役割

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

<解説>

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

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

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

【クリニック／外来における業務】

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

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

【病棟における業務】

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

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

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

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

多職種連携における医師の位置づけ

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

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

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

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

6. 看護師の業務内容とその役割

<要約>

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

各職種の業務内容とその役割



看護師

最も子どもと接する時間が長く、多職種の支援を実践の場で「つなぐ」要

③ 主な業務内容

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

④ クリニック/外来における業務

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

⑤ 病棟における業務

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

<解説>

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

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

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

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

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

【クリニック／外来における業務】

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

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

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

【病棟における業務】

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

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

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

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

多職種連携における看護師の位置づけ

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

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

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

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

7. 公認心理師の業務内容とその役割

<要約>

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

各職種の業務内容とその役割

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

<解説>

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

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

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

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

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

【クリニック／外来における業務】

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

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

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

【病棟における業務】

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

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

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

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

多職種連携における公認心理師の位置づけ

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

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

8. 精神保健福祉士の業務内容とその役割

<解説>

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

各職種の業務内容とその役割



精神保健福祉士

医療、保健福祉、教育の橋渡し役として多職種連携・地域連携の中核を担う

☞ 主な業務内容

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

🏢 クリニック/外来における業務

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

🏥 病棟における業務

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

<解説>

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

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

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

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

【クリニック／外来における業務】

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

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

【病棟における業務】

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

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

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

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

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

多職種連携における精神保健福祉士の位置づけ

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

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

9. 作業療法士の業務内容とその役割

<要約>

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

各職種の業務内容とその役割



作業療法士

「作業」を通じ、
健康と生活基盤
社会適応を支援

≡ 主な業務内容

子どもとの面談や家族への支援を実施、デイケアの運営やプログラムへの参加を通じた支援、病棟活動：病棟内での集団療法の企画・運営

🏥 クリニック/外来における業務

通院中の子どもを対象に評価・指導・家族支援・地域支援を実施。評価（発達、認知、運動、社会性、ADLの包括的評価）、個別支援計画の作成、作業活動の提供（遊び、創作活動、グループ活動）、環境調整、家族支援、多職種・地域連携

🏥 病棟における業務

発達支援および行動の安定化を目的とした作業活動を通じたアプローチ。機能評価、個別支援（自己調整力や集中力の向上）、集団活動（対人スキルの育成）、生活指導（安定した病棟生活の構築）、多職種連携

<解説>

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

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

【病棟における業務】

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

機能評価：感覚統合、認知、運動、情緒、社会性などの多面的な評価を行う。

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

集団活動：ゲームや協同作業等を通じて、対人スキルや役割意識の育成を促す。

生活指導：身辺自立や日課への適応を支援し、安定した病棟生活を構築する。

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

【クリニック／外来における業務】

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

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

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

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

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

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

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

多職種連携における作業療法士の位置づけ

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

10.その他の専門職（保育士、栄養士など）の業務内容とその役割

<要約>

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

<主な業務内容>

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

< 解説 >

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

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

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

多職種連携における保育士の存在意義

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

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

11. 院内学級教員の業務内容とその役割（オプション）

<要約>

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

<主な業務内容>

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

< 解説 >

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

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

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

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

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

実践編

児童・思春期精神医療における多職種による効果的な治療の実践を理解する。

実践編：多職種連携による治療の実践

MENTOR MANUAL

外来における多職種連携

外来治療は**地域医療の最前線**を担う、最も基本的な診療形態である。

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

入院における多職種連携

重症例に対する**専門的治療環境**と多様な治療プログラムの提供

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

多職種連携会議の実施

一貫性のある支援を提供するため
に必要不可欠な**多職種連携**

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

1. 児童・思春期精神医療の治療の流れ

予診・初診・治療開始まで

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

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

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

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

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

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

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

外来治療でのフォロー

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

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

入院治療

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

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

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

治療の終診に向けた準備

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

成人期へのトランジション

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

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

2. クリニック／外来における多職種連携

<要約>

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

<解説>

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

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

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

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

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

3. 入院における多職種連携

<要約>

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

<解説>

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

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

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

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

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

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

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

4. 医療機関における多職種連携会議の実施

<要約>

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

<解説>

目的

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

開催頻度

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

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

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

参加メンバー

多職種連携会議には、以下の専門職が参加することが基本とされる。

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

（必要に応じて以下の職種も参加）

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

実施手順

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

情報共有の重要性と個人情報保護

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

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

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

評価すべき項目

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

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

多職種連携会議から期待されること

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

地域における多職種連携

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



1. 地域連携の理念

<要約>

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

<解説>

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

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

2. 地域連携における精神保健福祉士の役割

<要約>

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

<解説>

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

3. 精神保健福祉士を中心とした地域連携の流れ

<要約>

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

図2 精神保健福祉士を中心とした地域連携の導線（概略）

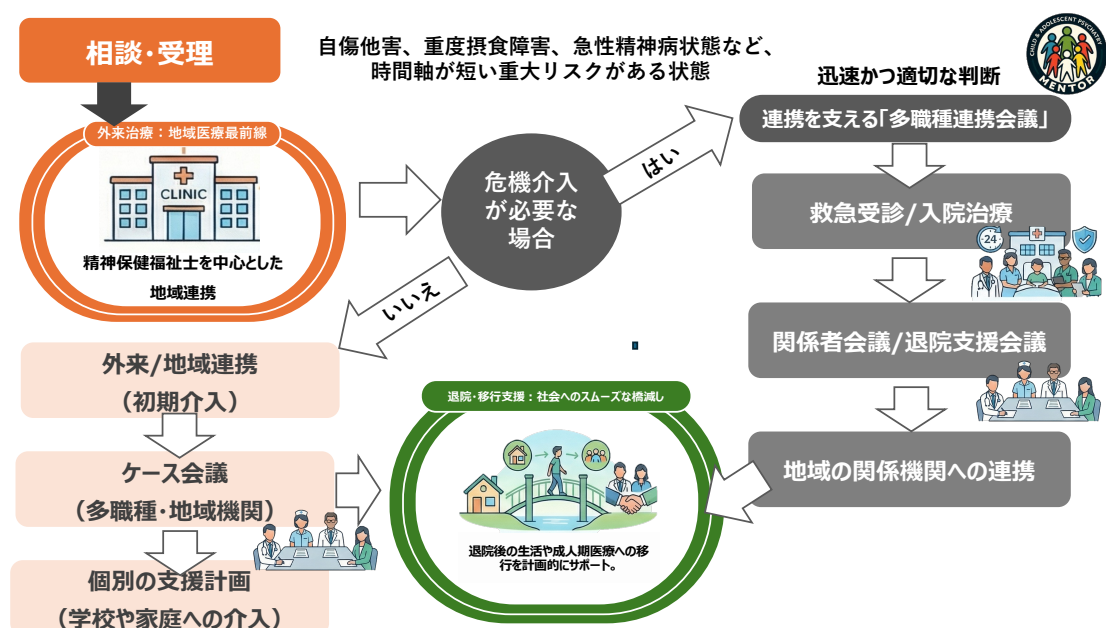


表 1 会議体カタログ（目的・頻度・参加者・アウトプット）

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

< 解説 >

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

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

4. 入院施設を有する精神科医療機関と精神科クリニックの役割

<要約>

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

<解説>

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

クリニックの特徴と役割

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

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

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

入院施設を有する精神科医療機関の役割

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

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

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

5. 児童・思春期精神医療における地域連携の枠組み

<要約>

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

<解説>

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

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

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

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

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

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

多職種連携の課題と人材育成

児童・思春期精神医療における多職種連携を理解した人材を育成する。

1. 多職種連携の課題

<要約>

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

<解説>

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

まず、情報共有の仕組みを強化する。定期的なカンファレンスを開催し、すべての職種が子どもの情報共有を行うことで、治療計画の一貫性を保つことができる。特に、電子カルテシステムを活用して、リアルタイムで情報が更新され、すべての関係者が適切な情報にアクセスできる体制を整えることが効果的である。さらに、各職種の役割や責任を明確にするために、職種間での研修や勉強会を定期的の実施する。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、見える化するためである。
- **継続性**：支援が切れずにつながる性質である。外来・入院・退院後・学校場面をまたぐ連続性が要となる。

診療プロセス・運用

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

会議・コミュニケーション

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

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

情報共有・同意・倫理

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

リスク・安全・危機対応

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

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

評価・心理検査・記録

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

治療・支援（医療／心理／生活）

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

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

学校・地域連携

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

入院・退院・移行

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

品質・学習（チームの成熟）

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

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

2. カンファレンス実施チェックリスト（別紙 1）

① 事前準備

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

開催当日

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

終了後フォロー

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

3. 症例提示フォーマット（別紙 2）

- 脑画像：

11) 心理検査：

12) 治療経過：

(ア) 主治医：治療方針と今後の課題（薬物療法も含む）

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

13) 本症例の問題点