

**特集 子どもの心を守るために**  
—各機関の取り組みと連携

# **子どもの心の診療と連携**

**地域に必要なネットワークについて**

国立国際医療センター国府台病院 第二病棟部長

齊藤万比古

日本精神科病院協会雑誌別刷

2008 Vol.27 No.7

創造出版

# 子どもの心の診療と連携

## 地域に必要なネットワークについて

齊藤万比古

国立国際医療センター国府台病院 第二病棟部長

**Key Words** 児童精神科, 子どもの心の診療, 拠点病院, 連携システム

### 子どもの心の診療の現在とその課題

長い間わが国では、子どもの心の医療、すなわち児童思春期精神科医療にとっての「冬の時代」が続いてきたことを否定できない。わが国は、先進諸国でも数少ない「児童思春期精神科 (D. of Child and Adolescent Psychiatry)」という標榜科名が公認されておらず、大学医学部に児童思春期精神医学教室が設置されていない国として知られてきた。標榜科については、2008年4月から「児童精神科」が標榜してもよい科名としてリストアップされたという変化はあるものの、子どもの心の医療が注目されているわりにいままも普及していないのには、そのような背景がある。

もちろん、1948年に国立国府台病院や都立梅が丘病院で、相次いで児童思春期精神科診療のスタートが切られたことで開始した戦後の子どもの心の診療が、多くの先輩たちの必死の努力で今日まで支えられてきたことは間違いない。1960年に日本児童精神医学会（現在の日本児童青年精神医学会）が発足し、児童思春期精神医学の研究および臨床における議論と研鑽の場の中心となったこと、そして1971年に十亀史郎先生を中心として第1回研修会が開かれた全国児童精神科医療施設研修会（現在の全国児童青年精神科医療施設協議会）の発足により、専門病棟を持つ児童思春期精神科医療機能を備えた病院群が、この分野の臨床における職種間連携の重要性を旗印として活動を開始したことの2点は、現在のこの分野を担う精神科医や関連領域の専門家へ先輩から手渡され

たとりわけ価値ある遺産であると言えよう。

しかしながら、そのような先人の努力と功績にもかかわらず、児童思春期精神医学とその臨床は、これまで精神医学と精神科医療において注目されることの少ない特殊領域にとどまってきた。それがこの10年ほどの間に、発達障害や児童虐待に社会的注目が集まってきたのと時期を同じくして、児童思春期精神医学とその臨床への社会的関心が高まった。これは児童思春期精神科を専門とする医療機関の初診児数がこの10年以上にわたって増加し続けてきたこと、しかもこの増加した分の受診児がもっぱら広汎性発達障害や注意欠陥/多動性障害を中心とする発達障害であるという共通の動向から見て取ることができる。

しかし、こうした社会的関心の高まりにもかかわらず、この分野を担う専門家である児童精神科医や心の問題に関与する小児科医の数がきわめて少ないことを憂慮していた厚生労働省は『「子どもの心の診療医」の養成に関する検討会』を2005年3月に立ち上げ、2年間にわたって専門家不足の解決法について検討してきた。この検討過程と、2007年3月に発表された検討会報告書の公表が、現在の児童思春期精神科医療の急速な発展の大きな追い風となったことは間違いないだろう。

しかしながらこの追い風は吹き始めたばかりであり、専門医療機関の数といい、子どもの心の診療に関与する専門医の数といい、また精神科医療としての深さといい、全国に専門性の高い児童思春期精神科医療が行きわたったと言える水準にはほど遠いというのがわが国の現実である。だからこの風の吹き終わる前に、この分野がいかにして真に実力のある腰の強い専門領域としての機能と

器と能力を獲得し、それらを自らの血肉とすることができるといふ点に、この国の子どもの将来がかかっていると言いたくなるのだが、これは大げさすぎるだろうか。

### 児童思春期精神医療の特性としての連携

全国児童精神科医療施設研修会は発足当初から、医師集団の医学研究会ではなく、医師、看護師、保育士、心理職、ソーシャルワーカー、教師など児童思春期精神科医療に関与する諸職種による横並びの研修会という内容にこだわり続けてきた。これは十亀史郎を始めとする全国児童精神科医療施設研修会創設者たちの児童思春期精神科医療観が大きく関与していると言えるだろう。

元来、子どもの心の障害を治療するだけでなく、その障害を抱えてきた子ども自身の心の癒しと心身にわたる発達の再開という大きな課題を引き受けるとともに、そうした子どもを抱えてとまどい、自らを責める親を支え、いま一度わが子と生き始めることのできる余裕と機能を取り戻してもらうといった、繊細で複雑な支援を続ける必要のある児童思春期精神科医療、とりわけその入院治療は、多くの職種のスタッフによる共同作業以外には成り立たない世界であることは言うまでもない。十亀らがそのことを児童思春期精神科医療の核心部分としたことは卓見であり、現在でも変わらぬ輝きを持ったわが国の児童思春期精神科医療の原点である。

しかし、時代は過去の勢いを失いつつある経済状況に翻弄され、家族を始めとする子どもの養育機構の機能不全はよりいっそう深刻となり、子どもの心の問題も以前に増して複雑化しつつある。このような時代における連携が、医療機関内連携とその応用としての他分野機関との若干の連携という水準では、機能を十分発揮できないことは言うまでもない。かつて、医療機関内での多職種連携による治療・支援システムという考え方が児童思春期精神科医療でとりわけ必要であったように、いまや医療機関と他分野機関とのドラステックな連携を、子どもの心の問題への治療・支援の基準としなければ、子どもの支援は成り立たない時代となっている。そのような実感を筆者が臨床現

場での体験から持つに至ったことは言うまでもないが、たまたま2001年度から厚生科学研究による「児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究」を引き受けたことの影響も大きい。この研究は10名ほどの分担研究者を含む研究班を組んで、児童思春期精神科医療と保健機関や福祉機関、そして教育機関などの連携による子どもの問題への地域対応システムの構築案の作成を目指すものであった。

### 1. 地域対応システムの構築

上記の研究班で2001年に行った全国の児童相談所、児童養護施設、精神保健福祉センター、保健所、精神科医療機関、教育相談機関の計573機関を対象とした調査（有効回答を寄せたのは279機関）では、回答した機関の87%が他機関との連携を経験しており、とくに精神医療、保健福祉機関、児童福祉機関、教育相談機関の3機関との連携が日常的に行われていることが示唆されていた。その連携の結果に対しては、平均すれば「やや満足」レベルの評価であるものの、多くの機関が連携の困難さを感じる事例を持っていることがわかった。

機関間の連携が困難であった理由については、機関間で情報を共有したり認識を共有したりすることに失敗したと感ずるとか、連携先機関の専門性に疑問がある医師への不信感、地域に専門性の高い連携先機関（たとえば児童思春期精神科機関）がない、子どもの処遇を妨害したり協力しないといった親の非協力、子ども本人が処遇を拒否したため手を打てなかったなどの意見が多く見られた。さらに、連携先機関がこちらの事情を知らないとか、連携を拒否されたといった、連携の失敗感や不信感と、連携を求めても適切な連携先がないという現実の一方、もしくは両方が存在すると、事例の対応困難性の実感が各機関で高まることがわかった。

この研究班は、その後2003年度まで連携システムをめぐる全国調査を繰り返し、わが国の子ども心の問題に対する地域連携システムの現状を、ある程度明らかにすることができた。この調査研究に回答を寄せてくれた全国の各種専門機関のう

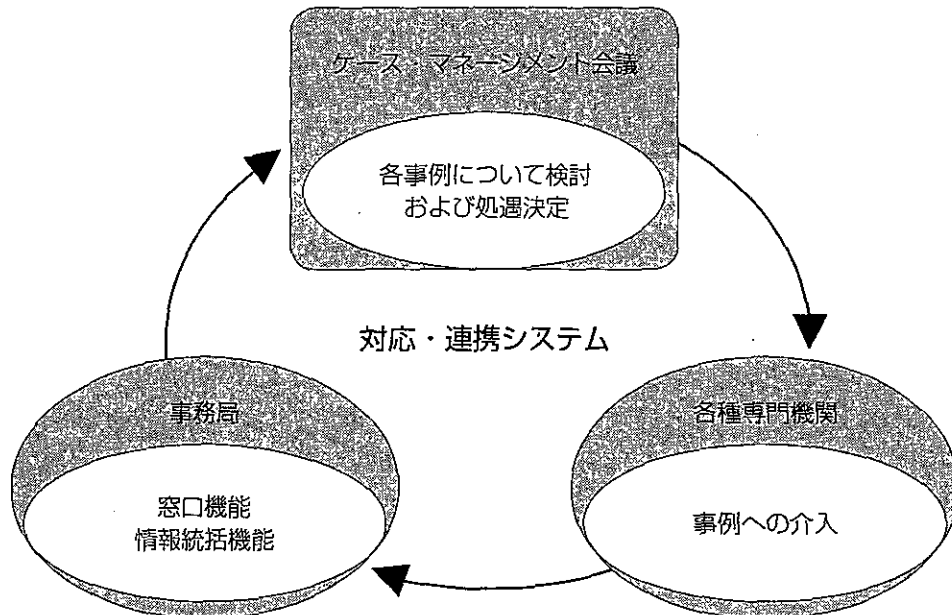


図1 子どもの心の問題に対応する地域連携システム

ち、子どもの心の障害に対する対応・連携システムをすでに持っているという回答した機関は31%にすぎず、69%は連携システムを持っておらず、現存する連携システムに対する評価は40%が「機能していない」「あまり機能していない」「どちらとも言えない」のいずれかと答えており、その段階で実際に動いていた連携システムが必ずしも高い評価を受けていないことを示した。また、他機関との連携は、困難事例に直面した際の単発的なものが主であり、機能的な連携システムとして常備されている地域は少ないことも明らかにした。2003年段階で存在した連携システムの半数以上に参加している機関は児童相談所、教育機関、警察、精神科医療機関、精神保健福祉センター、保健所（保健センターを含む）であることも示した。実際に機能していた連携システムを運営する地域単位は、約6割が県もしくは政令指定都市であり、その機能として8割以上の連携システムが、事例検討機能を挙げており、事例の処遇をめぐる実質的な検討が可能な連携が必須であることがわかった。

こうした調査結果とそれへの考察を通じて、この研究班では児童思春期に生じる暴力、不登校・ひきこもり、家庭内暴力、自傷行為などの問題行動を示し、その背景に精神疾患を持つ、あるいは

持つと疑われる児童思春期事例への、適切な対応を目的とする地域連携システムを各地に設置し機能させる必要があることを示し、そのような連携システムを設置するためのガイドライン案を作成した<sup>2)</sup>。

図1はそのガイドライン案に掲載した連携システムの構造を示した模式図である。連携システムは、図に示したようにシステム事務局および運営委員会、ケース・マネジメント会議、各種専門機関の3種類のモジュールから構成されており、各モジュールが持つ機能を効率的に用いて、事例への複合的な介入を行っていくことを目指している。

事務局は、連携システムによる事例の検討を希望する機関がアクセスできる「窓口機能」を果たすゲートキーパーであり、システムでの事例検討の希望が参加機関のどこかから寄せられた際に、当該事例に関する基本的な情報収集を行い、ケース・マネジメント会議での検討資料を収集する。

ケース・マネジメント会議はこのシステムの主たる機能を担うモジュールで、精神保健福祉センター、保健所・保健センター、児童相談所、教育相談機能を持つ教育機関、児童精神科診療機能を担う医療機関、警察の6機関が基本的構成機関であり、これらに検討対象の事例に実際に関与し

てきた諸機関が別であれば、適宜それらの機関を加えて、ケース・マネージメントに関わる検討を行うことが、ガイドライン案では求められている。

このケース・マネージメント会議で検討された介入案を参考に、事例検討を求めた機関は、新たに協力を約束した機関と協力して事例に対応することが可能になる。その新たな対応により問題が好転するか否かは、その後もケース・マネージメント会議でフォローされ、必要なら再度検討課題として議論するなどの過程を経て、問題性がなくなっていけばマネージメントの対象ではなくなることになる。

多くの連携システムは同じような機能を持っているものと思われるが、このガイドライン案はそれを明確にすることで各地に設置されることを期待したものであった。

## 2. 連携システムの有効性

筆者は2004年度から厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業の一環として「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」と題する研究班を組織し、行為障害の診断・治療ガイドラインを作成するための研究に取り組むことになった。この際に、筆者と研究協力者は上記の連携システムを実際に動かして、子どもの心の問題として対応困難な事例も多い行為障害事例への対応を、地域の複数の機関で検討することを通じてシステムの有効性を示すという課題を設定した。

幸いにも市川市と大分市・別府市の2地域で連携システムを設置することができたので、2004年より実際に事例検討活動に着手した。その際、上記のガイドライン案では都道府県規模での連携システムを前提としていた。しかし、実際に医療機関も含めた各機関の実務家が集まって、いまある機関が対応困難と感じている事例を検討した結果、実効性のある介入案を作成するためには、都道府県ではあまりに広域にすぎ、連携システムは大きな意味での機関間の機能調整のためにしか機能しないだろうと予想された。そのため、児童思春期精神科診療機能を持つ病院が存在する市ないし、それと同等の規模の圏域を、連携システムの

設置地域と想定した。市川市は筆者の勤務する国府台病院児童精神科が存在し、すでに児童相談所や市の子育て支援や障害福祉部門および教育センターへ嘱託医を多数出しており、連携システムの命ともいべき事務局機能を国府台病院が担えるという理由で選択した。

以来現在まで、市川市における連携システムは2カ月に1回のペースで続けられており、すでに20回を超えている。参加機関は国府台病院児童精神科のほか、市川市の母子保健および障害福祉の各担当課、市川児童相談所、市川市教育センター、市川警察署や少年センターであり、それらがほぼ必ず担当者を出席させており、必要に応じて子どもの担任教師や校長も参加している。

このシステムが試行されるようになって、市川地区における子どもの心の問題をめぐる機関間連携が以前よりスムーズになっている実感を、各機関の担当者は共有している。各機関の実務家を集めた会であるため、そこで顔見知りになったことで相手機関と事例の相談がしやすくなり、パイプがつながっていると感ずることが増えているとの意見が多い。とくに教育機関からの事例検討のニーズが高いが、それはこの連携システムを通じたケース・マネージメントの経験から、義務教育期間を過ぎて問題の遷延した事例に対する対応は非常に困難が多く、ひきこもりの原因ともなっている現実があり、それに対処するには、義務教育機関の終わる前に余裕を持って、児童思春期精神科機関や保健所などの精神保健機関へつなげることに意義があることを、市川市の教育界が実感してくれたことにある。

そしてその議論に参加するなかで、母子保健や障害福祉の部門が、幼児期や早期学童期に関与している子どもが抱える可能性のあるその後の成長過程での課題を、学校での問題としてまのあたりにすることで、早い段階での他機関との連携の必要性や厳密な評価の重要性への認識が高まるという成果を上げている。また、これまで必要と感じていても、その専門的な見解を聞く機会に恵まれなかった児童精神科医療の観点や、警察および矯正教育の観点を知り、気軽に相談できる機会が得られたことに対する各機関の満足度も高い。その

結果、ケース・マネジメント会議で検討した事例を、複数の機関が情報を有効に共有しあいながら支えるという機会も確実に増加しつつある。

### 3. 市川モデルをとおして

以上のような市川市での実践（連携システムの「市川モデル」と呼んでいる）を通じて、地域の諸機関の連携なしには、デリケートに配慮された子どもの心の診療が成り立ちにくいことを知った筆者と研究協力者は、2006年に再び全国の専門機関を対象に連携システムの必要性に関する調査を実施している<sup>3)</sup>。

この2006年の全国調査には児童相談所143機関（回答機関中の54%）、保健所・保健センター57機関（21%）、精神保健福祉センター47機関（18%）、医療機関16機関（6%）の計263機関が回答を寄せており、2001年の調査における回答数とほぼ同規模の回答を得ることができた。回答した各機関に最も多く扱っている子どもの問題は何かと質問すると、不登校やひきこもりを中心とする非社会的問題行動を挙げたものが108機関（46%）、過度の反抗や非行や犯罪といった反社会的問題行動を挙げたものが88機関（37%）、症状への家族の巻き込みや家庭内暴力のような家庭内限局性問題行動を挙げたものが18機関（8%）、リストカットを始めとする自傷行為や薬物依存などの自己破壊性問題行動を挙げたものが9機関（4%）、そしてその他の問題を挙げたものが10機関（4%）であった。

さらに、子どもの重大な行為の問題に対処する際に、他機関との連携を積極的に行っているかという質問に対しては、「行っている」が212機関（82%）、「行っていない」が47機関（18%）であったが、市川モデルのような常設型の多機関連携システムの設置は地域で可能かという質問に対しては、「可能である」が12機関（5%）、「たぶん可能である」が84機関（32%）、「どちらともいえない」が133機関（50%）、「たぶん不可能」が28機関（11%）、「不可能」が7機関（2%）という結果であった。このうち常設型連携システムの設置について「どちらともいえない」「たぶん不可能」「不可能」と回答した168機関にその理

由を問うと（複数回答可）、「日常の業務だけで精一杯」が100機関（168機関中の59%）、「児童思春期専門の医療機関がない」が74機関（44%）、すでに「他のシステムやネットワーク会議がある」が76機関（44%）、「連携やシステム運用を必要とする事例がない」が16機関（9%）であった。

以上のようないくつかの結果から推測すると、対応困難な事例が出現した時点での関係機関間の連携は大半の地域で行われているが、地域の子どもの心の問題に関与する諸機関が、常に連携を前提とした事例検討を繰り返しているような機能性の高い連携システムをすでに持っているか、あるいは設置できる能力を備えている地域は、全国の4割ほどにとどまることはおおむね明らかではないだろうか。

この調査ではさらに、もしこのような子どもの心の問題に関する連携システムがあったとしたらどんな問題を検討したいかという質問もしており、その回答としては「反社会的問題行動」とした機関が80カ所（32%）、「非社会的問題行動」とした機関が85カ所（34%）、「家庭内限局性問題行動」とした機関が37カ所（15%）、自己破壊性問題行動とした機関が37カ所（15%）であり、反社会的問題行動は当然としても、それと同等ないしそれ以上にひきこもりを中心とする非社会的問題行動の対応に、地域機関が対応困難を感じていることがわかった。そのような対応困難な事例に対してこそ、地域における対応・連携システムが必要であり、とくに専門的な医療機関による評価および介入へのニーズが高いのは当然と言えよう。

すでに述べたように、都道府県単位の機関間連携は上記のような現場のニーズに柔軟に応えるにはフィールドとして広域にすぎ、現場の実務家が集まり、いま進行している問題に対応する連携を実現したいという意味では、児童精神科機能を持つ医療機関のある市町村、あるいはその周囲の数市町村を加えた圏域単位で連携システムを構築することが合理的であるように思われる。

### 心の診療拠点病院構想と地域連携

以上述べてきたような子どもの心の諸問題に対

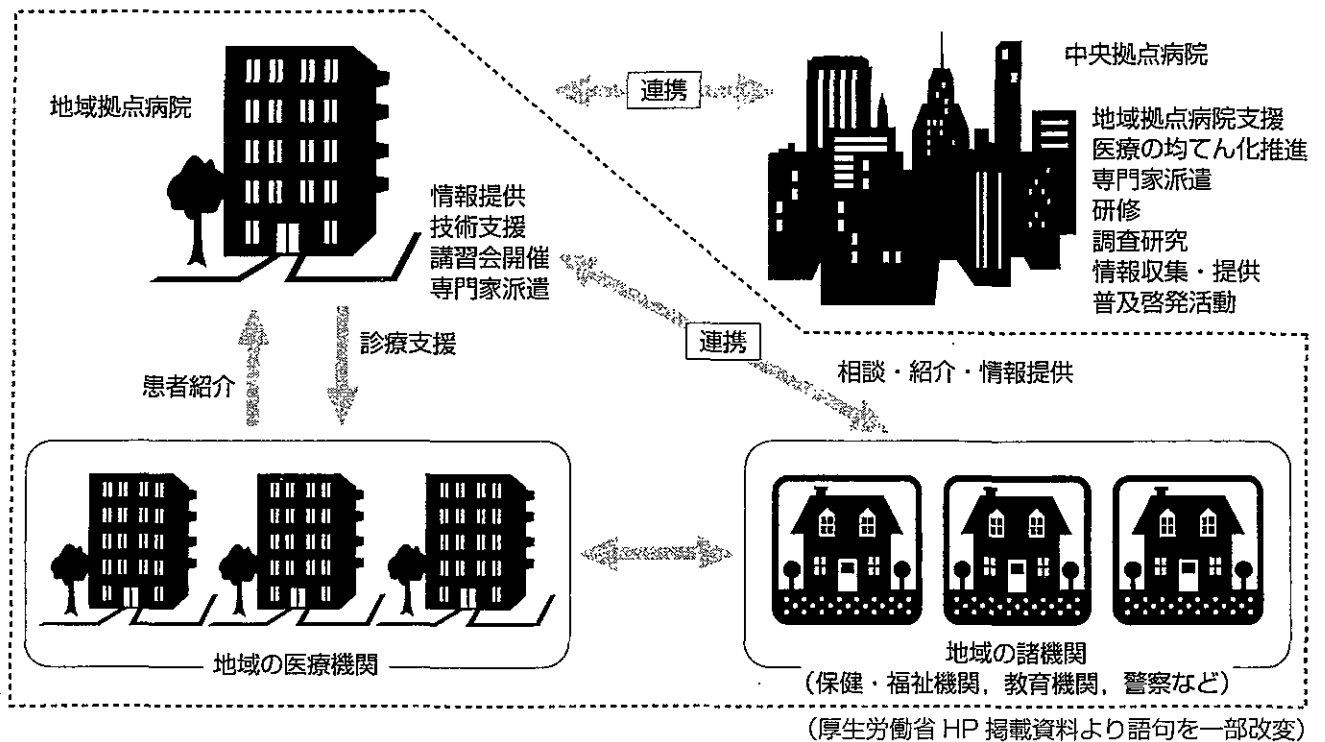


図2 子どもの心の診療拠点病院と連携

応する地域連携システムについて、それが必要であることはいまや明らかであるが、問題はこのシステムが、わが国の実情にうまく適合し、全国に普及していくことができるか否かにあると言えるだろう。地域連携システム市川モデルについて言えば、研究活動の一環として行っている実験段階から進んで、市川市のような自治体はその運用の主体となって主導するところまで、いかに定着させることができるかという点と、その過程で現在の連携システムが持っている「互いの顔の見える」「いま悩んでいるケースの相談ができる」「もし行き詰まったらどの機関に支援を求めたらよいか具体的にわかる」「専門家による医療的判断が気軽に聞ける」といった、柔軟で信頼感を共有した連携の質をこのまま維持できるかという点にかかっている。そしてその定着の死命を制する課題は、このシステムのゲートキーパーにしてコーディネーターという難しい役割を担う事務局を、自治体のしかるべき部門が引き受けてくれるかどうかにある。その課題に直面するときのためにも、事務局機能のよりいっそうの明確化を、試験運用中に進めていかねばならないと筆者や研究協力者

は感じている。

さらに、筆者が提案する連携システム案の現状における最大の欠点といえば、核となる児童精神科診療機能を持つ医療機関および子どもの心の診療に関わる専門的医師が、いずれも現状ではきわめて少数であるということにある。これに一石を投じ、子どもの心の診療医と呼ぶにふさわしい児童精神科医や、心の診療も行う小児科医を増加させる必要性を指摘し対応を提案したのが、厚生労働省による前記の『「子どもの心の診療医」の養成に関する検討会』である。この検討会の報告書を受けて、2008年度から開始したのが厚生労働省の「子どもの心の診療拠点病院機構推進事業」と「中央拠点病院の整備」事業である。

前者は国と自治体が同額ずつ補助金を出しあって、全国10カ所ほどの医療機関（診療拠点病院）を中心に、地域における治療・支援システムの構築を推進するモデル事業である。すでにいくつかの地方自治体と児童精神科機能を持つ医療機関が共同してこの事業をスタートさせている。

また、後者の中央拠点病院整備事業は国立成育医療センターをイメージした整備案と思われるが、

成育医療センターの小児科医療モデルのみで子どもの診療拠点病院が運用できるとは思えない。実際にモデル事業を引き受けた医療機関の多くが児童精神科医療機関であることを考えると、たとえば国立国際医療センター国府台病院児童精神科のような児童精神科医療と児童精神科レジデント研修、さらには地域連携システムの構築と、運用に関する実績がある児童精神科モデルも合わせて中央拠点病院機能に組み込んでいく必要がある。現実的には成育医療センターと国際医療センター国府台病院の協力体制を前提とした、中央拠点病院機能をイメージするのが実際的ではないかと筆者は感じている。

## おわりに

図2は今回の推進事業が描いている中央拠点病院、拠点病院、その他の地域の医療機関、地域の諸機関等による相互の連携の内容を提案した模式図で、厚生労働省のホームページからダウンロードしたものを、語句を中心に若干手直ししたものである。

この連携システムは都道府県単位でのもので、現在20数カ所しかない児童精神科入院機能を持つ医療機関を、せめて都道府県に1つずつは存在するところまで増加させることを前提に考えられており、暗に地方自治体にそのような医療機関の設置を求めた施策とも理解できる。ただし、この子どもの心の診療拠点病院の果たすべき任務は、図からも読み取れるように非常に重いものとなっている。

筆者が提案する市町村単位の連携システムでは

児童精神科機能を持つ医療機関の存在しない市町村が多すぎることを考えると、図2のように都道府県単位に1つ拠点病院を置き、その指導のもとに必ずしも専門医療機関ではない精神科や小児科の医療機関が、市町村での連携システムの中心的医療機関の機能を発揮してもらおうというのが現実的かもしれない。

重要なことは、まず都道府県のすべてに児童精神科入院機能を持つ医療機関を、おのおの1カ所は設置することに努力を集中すべきだろうと考える。一方で児童青年精神医学会を中心に、精神科と小児科の双方で子どもの心の診療に携わる医師の養成を急ぐ必要がある。この両者の努力が協調しあったときに、子どもの心の診療体制は真の前進を果たすことができるであろう。

## 文 献

- 1) 齊藤万比古, 佐藤至子, 小平雅基, 宇佐美政英, 他: 児童思春期における情緒・行動の障害に対する精神医療・保健・福祉の対応・連携システムについて. 精神保健研究 49:49-59, 2003.
- 2) 齊藤万比古: 精神疾患を背景に持つ児童思春期の問題行動に対する対応・連携システムの設置および運営に関するガイドライン. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「児童思春期精神医療・保健・福祉のシステム化に関する研究」平成13-15年度総合研究報告書・平成15年度総括・分担研究報告書, 2004.
- 3) 齊藤万比古, 宇佐美政英, 岡田耕三, 他: 対応・連携システムの設置および運用に関する全国調査. 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」平成18年度総括・分担研究報告書, pp. 9-18, 2007.