

子どもの心の診療拠点病院機構推進事業を実施して

国立成育医療研究センター

奥山 眞紀子

近年、子どもの心の健康問題が増加し、社会的にも問題になっており、子どもの心の健康問題を早期に診断し、診療を提供して健康を取り戻すことが求められている。一方で、子どもの心の診療医が不足などにより、子どもにとって必要な診療や支援が適切に与えられていない実情がある。そのような中、本事業は、各地の実情に応じて現在の社会資源を活用し、発展させて子どもの心の診療システムを構築することを目標に展開されてきた。子どもは環境に依存しており、養育環境を始めとする環境が重要であること、子どもは発達が必要であり、継続した発達支援が必要であること、一方で子どもの可塑性を考えると、早期に良い支援を行うことで回復が期待できること、などの子どもの特徴から、子どもの心の診療は医療だけで成り立つものではなく、医療間連携に留まらず、保健、福祉、教育などとの連携ができるシステムであることが必須条件である。

本事業は行政と病院が協力して、拠点病院の機能を十分に発揮させるための子どもの心の診療システムを構築していくことが求められていた。しかし、行政と病院の協働作業をこの分野で行うことは例が少なく、多くの困難が生じていたと考えられる。各自治体および拠点病院はそれを乗り越えて成果を出してきており、それをここに報告することは、モデル事業として今後の施策に生かすことが出来る点であると考えられる。以下は、中央拠点病院が各自治体へのアンケート調査を行い、それをまとめたものである。

1. 本事業開始まで

1) 担当部署の決定に関して

ほとんどの自治体で担当部署の決定に困難が伴っていた。母子保健を所管する部署、障害福祉を所管する部署、病院経営を所管する部署の間で様々な調整が行われたようである、決定までにかかなりの労力を要した自治体が多かった。中には所管する課が決まらないために開始が遅れた自治体も複数あった。結果として、中心となって担当した課は母子保健を所管する課が担当したのは5か所であり、福祉系の課が担当したのが6か所、精神保健を所管する課が担当したのは5か所であった（一つの課が所管する対象が複数ある）。予算を執行する課が中心となり、他の課と連携して行った自治体もあった。

この困難さは子どもの心の診療システムとは新たな問題であり、行政の中で中心となる部署が定まらないということ、つまり、子どもの保健、福祉、医療が一体となって取り組むシステムが行政にはないことを意味する。子どもの問題が多く課で別れて対応されているための窓口がなく、新しい事象に対応できなくなったり、連携が推進されないことがあるため「子ども課」のように子どもの問題全てに対応する課が必要と言う意見もあった。

しかし、一旦、担当課が決まれば、事業の遂行においてはそれほど大きな困難は報告されなかった。ただし、自治体によっては病院にほとんどの業務を依頼しているところもあれば、行政が率先して事業を推進したところもある。行政の姿勢は各自治体によって温度差があると考えられた。

なお、本調査では本事業に参加できなかった自治体への調査は行えなかったが、拠点病院となりうる政令指定都市が設立した病院があり、道府県の行政との連携ができずに本事業に参加できなかった自治体の情報が複数出ていた。行政区分と医療圏の解離への対処は今後の課題であると考えられる。

2) 拠点病院の決定に関して

拠点病院の決定が困難であったところは比較的少なかった。本事業の情報が病院側にももたらされていたため、病院側から積極的に行政に働きかけたところもあった。一方、大きな自治体では幾つかの拠点病院候補が見られたところがあったが、概ね、道府県立あるいは独立行政法人に依頼するところが多かった。

拠点病院となっていたのは、県立小児病院 3ヶ所、県立児童精神病院 2ヶ所（開始時は3ヶ所）、県立病院 3ヶ所、大学病院 3ヶ所、精神保健福祉センター・児童相談センター 3ヶ所、県立療育施設 1ヶ所、国立病院機構の病院 2ヶ所、私立精神病院 1ヶ所（複数個所がネットワークとして拠点病院の役割を担っている県があり、合計は実施県より多い）となっている。児童専門の精神科病床を持っている病院が拠点病院となっている県は7ヶ所であり、1ヶ所は構築中であった。

2. 本事業開始にあたって

本事業開始にあたって、事業計画を立てる段階で行政と医療の連携が必要となったが、比較的行政主導で行われた自治体、医療主導で行われた自治体、双方が力を出し合った自治体などさまざまであった。比較的行政が主導となっている県では、行政内部に医師がおり、その方を中心に事業が計画されていたという経緯が見られた。

3. 本事業運営に関して

運営に関しても、行政主導、病院主導など様々である。22年度参加の自治体においては、病院が主導した自治体が7か所、両方が協働したという自治体が2か所、行政が主導した自治体1ヶ所であった。多くはどちらかが主導であっても補完するような形で行政や病院が関わっていたが、中にはほとんど病院のみで対応し、行政は病院に頼まれて通知を出すだけという自治体もあった。できれば、行政、病院双方が智慧を出し合って、よいシステム構築に結び付くような努力が望ましいと考えられるが、病院主導の自治体であっても、病院と行政のパイプが出来、連携は以前に比べて非常に強まったという意見が多かった。

本事業を行うに当たって最も重要であったのは人的資源である。人的資源を強化する部署はさまざまである。医師の育成のためにレジデント枠を増やした自治体もあり、また、

ネットワーク構築のための人材を配置した自治体もあり、それぞれの自治体にあった対応がなされていた。しかし、非常勤での人材を投入しても、従来からいる医療者等の負担は大きかった。直接的に事業を展開するための労力に加えて、事業を展開するに応じて増える紹介患者さんに対応することも視野に入れた計画が必要であろう。

4. 成果に関して

1) 地域ネットワークの構築

地域のネットワーク構築はすべての自治体で行われていた。医療、保健、福祉、教育を結ぶネットワーク会議の開催はすべての自治体で行われていたが、それに加えて、医療資源マップの作製、事例検討会議の開催、児童相談所へのコンサルテーションや要保護児童対策地域協議会への参加、児童養護施設等へのコンサルテーション、特別支援教育へのコンサルテーション、などが行われていた。多くの自治体では事例検討会議が非常に有効であったと考えられていた。特に児童相談所や社会的養護を担当する児童福祉施設との連携が新たに開始されたり、追加されたりした自治体が多く、児童相談所に医師や心理士を派遣したり特別な連携を開始した自治体が 4 か所、児童養護施設や児童自立支援施設等に対して、巡回相談などの支援を開始した自治体が 6 か所あった。児童養護施設に入所している子どもの 53.4%が虐待を受けた子どもであり、23.4%が何らかの障害（知的障害、発達障害など）をもっているという報告が厚生労働省による平成 20 年調査で明らかになっており、医療的ケアを必要としている子どもが多い。にもかかわらず、児童精神科へのアクセスに苦慮している施設が多く、拠点病院との連携は最もリスクが高い子どもへの支援として重要であると考えられる。

一方で、教育との連携には苦慮した自治体もあった。拠点病院のキャパシティに比較して、教育という広い分野に対応することが困難であるため、研修などの対応はできても、個別の対応がしにくかった。また、個別相談会などを行った自治体も複数あったが、連携への抵抗から相談数が少なかったり、全学校を対象とすることは出来ずに学校カウンセラーなどの繋がりで始めていたところもあった。教育の分野には発達障害を始めとして医療との連携が必要な子どもが多いことは明らかであり、教育との連携は今後の課題であると言える。

また、「連携」という括みにくい概念に関しての必要性を伝え、評価することの難しさも経験されたようである。現場から行政への非難があったり、縦割りによる他の部署からの無関心があったりしたという指摘もあった。

また、大きな都府県と人口の少ない県とではその連携の在り方にも差が見られる。東京、大阪、神奈川などでは全県下の連携は困難な面があるが、逆に社会資源は多く、それぞれの連携のパイプを太くする方向での取り組みがなされていた。人口の少ない県では、社会資源が少なかったり偏りがある県も少なくないが、県全体を見渡し、資源の少ないところでの研修会を実施するなど、その県に応じた取り組みがなされていた。

2) 人材育成、研修

医師や関係専門職への研修が行われていた。研修の多くは上記のネットワークの構築と連動して、医師や医療関係者への研修を中心として行われていた。研修はどの自治体でも好評であったとのことである。一般に医療関係者向けの研修は医師の参加が少ないという問題を抱えることが多いが、医師が参加しやすい夜に研修会を実施したり、地域の小児科医会や精神科医会との連携などを強化するなどの努力で、多くの参加が得られていたり充実した内容となっていた。その背景には、発達障害等の心の問題を持った子どもの受診の増加があり、避けて通れなくなっている現実がある。これらの医師がある程度の診断と指導ができ、必要に応じて専門の病院に紹介し、問題が軽減したら、自分のところで治療を継続できるようになれば、システムは非常に有効に機能することになる。

また、レジデント枠を作って新たな医師の教育を開始している自治体や大学を中心とした卒後研修の枠を創設した自治体もある。子どもの心の診療専門医が不足している現在、このような取り組みが長期的に子どもの心の診療を支えることになると期待される。

3) 診療強化

外来枠の増設、遠隔地でのサテライトクリニックの実施、児童福祉施設への巡回相談（前述）など、診療の幅を広げる努力がなされていた。また、地域連携が進み、紹介が多くなってきたことが多くの拠点病院、特に大都市以外から報告された。一方で、困難事例の増加から、拠点病院からの逆紹介が困難な事例が増加し、拠点病院に患者さんが貯まっていく不安が語られたところもあった。

4) 普及・啓発

全ての自治体で普及・啓発活動がなされていた。厚生労働科学研究でも受療までの経過に関する研究から、本事業実施病院はその他の病院に比較して、気付いてから相談に行く先に困る率が有意に低下していることが明らかになった。このように、客観的にも普及・啓発は効果があり、システムが稼働し始めていることが見受けられる。

今後の課題

本事業において、子どもの心の健康を支えるネットワークができ、それまでは支援の場所は点でしかなかったものが、繋がって面になってきたという成果が多くの自治体で見られている。また、それまで何らかのネットワークを構築してきた自治体ではその面の厚みを増したり、面を広くしたり、漏れを少なくするなどの成果が見られている。このような事業を全国的なものにしていくことが今後の最も重要な課題である。

また、連携を強固なものにしていくことは事業に参加した各自治体の課題である。特に、医療間連携および保健・福祉との連携は強化されてきたが、教育との連携はその広さ等の問題となり、遅れていると言え、今後の大きな課題と考えられる。

また、研修による人材育成や普及啓発も進み、子どもの心の問題に気付いた親にとって相談先が分かりやすくなり、必要な子どもが拠点病院に照会されるシステムは構築されて

きた。しかし、全体としては、拠点病院から地域への逆紹介が出来るシステムはやや遅れており、今後の課題である。

更に、今後は心の問題を持って成人になるにあつたての連携などに関しても構築していく必要があるという意見もあつた。

また、システムがどのように構築され、どのような効果があるかを何らかの形で明らかにしていく必要がある。患者さんの紹介率、各社会資源とのマッチングの状況、患者さんの満足度など、指標を開発していく必要がある。

最後に、経済的な側面に対する意見もあつた。実際、拠点病院で子どもの心の問題を扱うほど、1人当たりおよび医師の時間当たりの収益が減少し、病院内での立場が問題になっているという指摘もあつた。適切な診療報酬を得られるようなエビデンスを明らかにしていくことも今後の課題と考えられる。