

発達障害のある子どもへの地域医療のシステム・モデルの検討

研究代表者	本田 秀夫	(信州大学医学部子どものこころの発達医学教室)
研究協力者	篠山 大明	(信州大学医学部精神医学教室)
研究協力者	新美 妙美	(信州大学医学部子どものこころの発達医学教室)
研究協力者	永春 幸子	(信州大学医学部子どものこころの発達医学教室)
研究協力者	牧田みずほ	(信州大学医学部附属病院子どものこころ診療部)
研究協力者	岩佐 光章	(横浜市総合リハビリテーションセンター)
研究協力者	若子 理恵	(豊田市こども発達センター)
研究協力者	高橋 和俊	(ゆうあい会石川診療所)
研究協力者	関 正樹	(大湫病院)
研究協力者	佐竹 隆宏	(鳥取県総合療育センター)
研究協力者	天久 親紀	(沖縄県中部療育医療センター)
研究協力者	久貝 晶子	(沖縄県発達障がい者支援センター「がじゅま〜る」)
研究協力者	松田 佳大	(上伊那圏域障がい者総合支援センターきらりあ)
研究協力者	吉田 光爾	(東洋大学福祉社会デザイン学部社会福祉学科)
研究協力者	与那城郁子	(国立障害者リハビリテーションセンター)
研究協力者	渡邊 文人	(国立障害者リハビリテーションセンター)

研究要旨：

本調査の目的は、発達障害児者に対する地域の医療体制整備に関する課題を抽出すること、および医療に関する情報提供の体制を構築することである。

研究 1. 医療の連携のあり方に関する意見収集

発達障害児者の診療経験豊富な医師および発達障害地域支援マネジャーの経験者または現任者が、オンライン会議の形式で意見交換を行った。地域で発達障害を診療している医療機関・診療科の役割分担とトランジションに関する意見と診療待機への対応について、多くの意見が出された。

研究 2. 医療情報集約と発信のシステム構築

「発達障害ナビポータル」に新しいコンテンツとして当事者・家族向け情報検索ツール「ココみて (KOKOMITE)」を追加し、検索ツールへの情報掲載に許可を得た機関を掲載することとした（令和 6 年 3 月末時点：887 件）。収集した医療機関の情報は「地域精神保健医療福祉資源分析データベース (ReMHRAD)」にも掲載した。

A. 研究目的

発達障害児者に対する行政的な視点からの地域の支援体制整備の検討は、これまで主として福祉と教育の領域を中心に行われてきた。一方、発達障害の支援において、診断・評価を担い包括的な方針を立案する

ためには医療の役割がきわめて大きいにも関わらず、地域の医療体制の整備についてはまだ不十分と言わざるを得ない。

令和元年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「発達障害児者の初診待機等の医療的な課題と対応に関する調査」（事業代表

者：本田秀夫)では、医療の課題について整理し、以下の知見が得られた[1]。

①「医師の養成」、「地域の医療体制整備」、「医療機関における取り組み」、「医療機関以外の領域による地域での発達障害児者支援の充実」という4つの軸に沿って発達障害児者の医療体制の整備を行っていくことが自治体には求められる。

②医療機関では、薬物治療や診断書作成についてはある程度ユーザーのニーズに対応されているが、社会的資源へのつなぎ、家族を含めた支援、小児科から精神科への移行については課題がある。

③受診申し込みから初診までの待機期間が長いことは全国的な課題だが、各医療機関は初診待機解消のために多くの工夫をしており、これらは、a.初診対象者の選択(緊急枠設定、トリアージ対応)、b.診療時間・診療継続期間の適正化、c.コメディカルスタッフの関与、d.相談機関・介入機関との連携、e.かかりつけ医との関係構築、f.予約法の検討、g.診療医師の診断・治療力の向上の7つにまとめられる。また、多くの医師が診療報酬の問題を感じている。

④自治体による大学医学部寄附講座等の設立により、発達障害児者の診療を行う医師の人材育成や、発達障害児者の診療のためのネットワークは、設立前に比べると改善しているものと考えられる。

また、平成30年度～令和元年度厚生労働科学研究「発達障害診療専門拠点機関の機能の整備と安定的な運営ガイドラインの作成のための研究」(研究代表者:加藤進昌)では、児童・思春期の拠点機関を北海道大学、成人期の拠点機関を神経研究所附属晴和病院、拠点統括を昭和大学発達障害医療

研究所としてモデルを構築して研究を行った[2]。

成人の発達障害診療については晴和病院に東京都拠点モデルを構築し、発達障害者に対する支援を広げるためにプログラムの拡充を図った。

児童の診療については、北海道大学で行っている「コンシェルジュ事業」について検討がなされ、以下の知見が得られた。

①各医療機関・福祉事業所の活動内容や機関の特色などのデータベース化・電子化とその情報を地域と共有できるシステム化が求められる。

②拠点機関とかかりつけ医の機能分離が必要である。拠点機関には以下の機能が求められる。すなわち、a.ネットワーク構築と発達障害の啓発やかかりつけ医の対応力向上、b.自己記入式の予診票を充実し、各種スケールなど多くの情報のシステムの共有化、c.データベースを用いた情報共有による効率化と診療支援。

令和3年度～令和4年度厚生労働科学研究「地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究」

(研究代表者：本田秀夫)では、発達障害児者に対する地域の医療体制整備に関して、わが国の法制度でどのように規定されているかを整理して課題を抽出し、発達障害者支援法制定以降の医療体制に関する調査研究について文献的検討を行った[3]。発達障害者支援法以降の法制度および公的事業は、地域の医療体制整備、専門的な医療機関の設置と地域連携、一般の医療及び保健従事者への啓発、医療を担う人材育成を軸として進められている。しかし、文献調査および意見交換による医療現場の課題の抽出か

らは、まだ課題が多いことが示された。

本研究の目的は、発達障害のある子どもに対する地域医療体制のシステム・モデルについて検討することである。

B. 研究方法

研究1. 医療の連携のあり方に関する意見収集

発達障害児者の診療経験豊富な医師（本田、岩佐、若子、高橋、関、佐竹、永春、牧田、新美）および発達障害地域支援マネージャーの経験者または現任者（天久、久貝、松田）がオンライン会議の形式で意見交換を行った。

まず研究代表者の本田が作成した資料を参加者に配布し、意見交換のたたき台となる話題提供を行い、その後に意見交換を行った。

研究2. 医療情報集約と発信のシステム構築

国立障害者リハビリテーションセンター発達障害情報・支援センターが提供しているポータルサイト「発達障害ナビポータル」のコンテンツに関して検討を行った。また、精神保健医療福祉サービスの領域で作成されている「地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD）」と連携し、発達障害の支援に関する情報を発達障害ナビポータルと ReMHRAD とで連動させる取り組みを行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、研究協力者による検討会議開催であり、患者等の個人情報扱うことは全くない。企業等との利益相反もない。

C. 研究結果

研究1. 医療の連携のあり方に関する意見収集

本田が行った話題提供の内容と、それに関して出された意見を、以下に列挙する。

（1）地域で発達障害を診療している医療機関・診療科の役割分担

話題提供：

地域の医療体制は、一次医療圏、二次医療圏、三次医療圏に区分される。多くの医療領域では一次医療圏が受診の導入となり、より高度な専門性を要する場合に二次、三次へと紹介されるのが一般的である。

しかし、発達障害の場合、一次医療を担う医師の多くが発達障害の診断・評価・対応の経験を積んでいないため、保健・福祉・教育・労働などの関連領域から紹介されて診断・評価を行い対応方針を立案するのは二次医療圏でスタートするのが現実的である。

発達障害のある人たちの診療を担うのは小児科、児童精神科、精神科であることが多いが、さらに発達障害に特化した診療をライフステージを通じて行っている診療科もある。これを「発達精神科」と呼ぶ。

それぞれの診療科が担当するライフステージがあり、診療や介入のアプローチの方法や診察スタイルなどにそれぞれの特性がある。発達障害では、個々の発達特性の診断・評価とそれに基づいた計画的な発達支援および環境調整を行う「発達アプローチ」と、併存症や環境の急変などの事態への情緒的反応や行動の問題発生に対する医療的介入である「精神医学的介入アプローチ」がある。乳幼児期に小児科で診断され、福祉サービスや特別支援教育を利用している

ケースには、医療の関わりは発達アプローチ中心でよい場合が多い。この場合、定期的な処方があると精神科に引き継ぎやすいが、処方がないと医療が中断しがちである。成人期の福祉サービス利用や障害年金受給の診断書や医師意見書作成のために医療が必要になるので、切れ目なく医療のトランジションを図る工夫が必要である。

一方、併存症が出現している場合、発達アプローチだけでなく精神医学的介入アプローチが必要となる。環境調整、精神療法、薬物療法を組み合わせる包括的な治療を行うことになる。学童期から思春期にかけて児童精神科が関わり、成人期に精神科へと移行していくルートが考えられる。ただ、児童精神科医療機関が少ないことや、環境調整と精神療法の比重が大きいケースを精神科へ移行することがしばしば難しいという課題がある。一方で、精神科医は、小児科が長く抱え込むことはないと考えていることが多い。

トランジションにおける課題としては、主たる面接対象が保護者中心（小児科）から本人中心（精神科）となること、発達特性中心の診療（小児科）から併存症の治療中心（精神科）となること、療育・メンテナンス中心（小児科）からトラブル発生への事後対応中心（精神科）となることなどが挙げられる。障害年金診断書や自立支援意見書等はどの診療科が書くのがよいかも検討課題になる。

地域診断ツールとして開発された Q-SACCS では継時的および共時的インターフェイスが重視されるが、医療のトランジションにおいても同様である。継時的インターフェイスとしては診療情報提供書、事

前の打診や電話等による連絡、地域の関連機関を含めた支援者会議の開催、「連携パス」の作成などが考えられる。共時的インターフェイスとして、小児科と精神科がしばらくの間併行診療を行い、ゆるやかに移行していく形をとるなどの工夫が考えられる。

出された意見：

- # トランジションではインターフェイスが難しい。
- # 小児科から精神科への移行が進められている地域もある。児童精神科の認知度が上がり受診が増えたが、出口（精神科へのトランジション）も回りやすくなったため、ケースの流れがよくなっている。
- # 発達障害の診療では、小児科、児童精神科、精神科が役割分担してトランジションする考え方や、発達障害をライフステージをまたいで一貫して診る（「発達精神科」「発達診療」など）の考え方があがる。それぞれにメリットとデメリットがあるが、医師の研修という視点から見ると長期にフォローアップする経験は必要。
- # 乳幼児期の支援体制は政策のコンセンサスがある。しかし、医療は地方自治体ではなく診療報酬制度を使って方向を示す必要がある。
- # イギリスやアメリカでは医師でなくても発達障害の診断ができる。少なくとも現在医療で行われていることの中で医療以外でできることを分離できれば。
- # 小児科と精神科が一定期間の並行診療をやっている場合がある。ただ、支援会議で誰が主治医として参加するのかが迷うときがある。

医療機関はどうしても診療報酬を意識せざるを得ない。医者が学校に行くのは減収になる。コメディカルが行くことについても報酬が発生するかどうか問われる。一方、報酬制にすると、今度は学校が断る。

(2) 診療待機への対応

話題提供：

初診待機解消のためには、2つの軸が必要である。1つは、医師、とくに一次医療と二次医療を担う医師の育成が急務である。もう1つは、医療を効率的に活用するための仕組みづくりであり、地域の保険・福祉・教育・労働等との連携が必要である。

出された意見：

- # 診療待機の話が目立つが、相談できる場所、通う場所があることが大事。
- # 健診で把握されてすぐに医療に紹介されても、親は納得できていないことがある。
- # 支援では、児童発達支援がはじまるまでが大事。入口は医療ではなく、児童発達支援をはじめ、必要なくなる子が何割かいて、それでも支援が必要なケースに医療を入れる方が効率的ではないか。
- # 児童発達支援センターが各市町村にできると、診断前支援が強化されるのではないかと期待している。
- # 実際に、医療より前にまず療育から入る地域もある。医師以外の職種が多いことが条件。
- # 行政が医療機関リストを2年に1回作っている地域がある。
- # 診断前支援の重要性に関する研修を行

っている地域がある。

- # 医師からも「地域と連携をとりたい」という声がある。
- # 保育園は診断前の伴走的支援がやりやすいが、年齢が上がると支援に拒否的な空気感がある。高校生あたりだと、支援学校か普通高校に2極化していて、福祉サービスにつなげにくい。
- # 診断書は医療につながる切り口となることもあるが、診断書業務が多すぎる。
- # 行政が医療機関リストを作ったとき、地域の医師がランク付けのようにみえることに反発があった。「製薬会社主催の研修会のような形で顔の見える関係を作る方が馴染む」と言われた。
- # 公立医療機関の役割が重要だと思う。
- # アセスメントを病院以外でやるという考え方でやったところ、網を広げ過ぎてむしろ診断待機が長くなった地域がある。
- # 診断待機期間については、各自治体で算出方法にばらつきがある可能性がある。
- # 診療の質を考える必要がある。
- # 診断ありきでなく、診断前からの支援が大事なのは同感だが、行政職はまだそう認識していない人が多い。もっと啓発が必要。
- # 視点を診断ではなく保護者のフォローに向けるべき。
- # 一方、診療待機があるからこそ医師の養成は大事だという考えが注目される側面もある。

研究2. 医療情報集約と発信のシステム構築

今年度は、「発達障害ナビポータル」に新

しいコンテンツとして当事者・家族向け情報検索ツール「ココみて (KOKOMITE)」を追加した。

本人および家族に向けた情報発信においては、当事者の情報ニーズの把握やユーザーの視点を取り入れることが重要と考えられることから、モニターアンケートを実施した。その結果、本人および家族から特にニーズが高いのは、発達障害の診療を行っている各医療機関の情報（診療内容や作成可能な診断書の情報等を含む）と、当事者会・親の会の団体情報であることが示された。

発達障害の診療を行う医療機関の掲載情報追加を行った。各都道府県が作成する医療機関リストや子どものこころの診療機関マップ、都道府県の医療情報ネットの掲載されている機関、計3,706ヶ所の医療機関に調査協力依頼を郵送し、検索ツールへの情報掲載に許可をいただいた機関を掲載することとした（令和6年3月末時点：887件）。収集した医療機関の情報は「地域精神保健医療福祉資源分析データベース (ReMHRAD)」にも掲載することとなり、「発達障害を支援する社会資源」というタブを新設し、令和5年10月に公開された。今後も随時、情報の更新を予定している。

D. 考察

研究1では、発達障害の子どもへの診療体制づくりで課題とされるトランジションと診療待機について、意見交換を行った。

近年、幼児期～学童期の発達障害の子どもの診療は小児科医が担うことが増えている。一方、児童精神科医の数も増えてきてはいるものの、爆発的に増加している支援

ニーズに対応しきれていない。そこで、小児科から精神科へと移行するトランジションを標準に据えた医療体制モデルが必要となってくる。

医師の中には、特定のライフステージを診療対象としたいという場合と、発達障害のケースを子どもの時期から成人期以降まで縦断的に診療したいという場合がある。どちらにも利点と課題があり、どちらかではなければいけないというわけではない。ただ、地域医療体制構築という視点で見ると、さまざまなやり方をとる医療機関が混在していることを前提としたシステムをつくるのは困難である。

また、保健、福祉、教育、労働などの領域では、行政による制度の整備によって体制をつくっていくが、医療の場合には診療報酬制度によって医療機関の重点領域や人事が大きく影響される。したがって、発達障害に対する医療体制の充実のためには発達障害診療に関する診療報酬制度の改善が必要であるという意見が出された。

各自治体の医療体制に関する情報提供の仕組みとして、インターネットを用いた公的な情報提供のツールの開発が重要である。本研究では、「発達障害ナビポータル」および ReMHRAD を活用することによって、よりアクセシビリティの高い情報提供が可能となった。今後、これらに収載するコンテンツの内容の検討が求められる。

E. 結論

発達障害の地域支援体制を検討する際、医療は別格扱いされることが多い。しかし、医療もシステムの中に位置づけた形で体制を考え、それを法制度化していくことが必

要である。

次年度は、就学から就労を見据えた段階における医療体制のあり方について、さらに検討を進めたい。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

本田秀夫：児童思春期精神科専門管理加算の見直し。日本医事新報 No.5109: 57, 2022。

本田秀夫：児童思春期精神科専門管理加算の施設基準に潜む課題。日本医事新報

2. 学会発表 別紙参照

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 参考文献

[1] 令和元年度障害者総合福祉推進事業：発達障害児者の初診待機等の医療的な課題と対応に関する調査（研究代表者：本田秀夫）。

[2] 平成 30 年度～令和元年度厚生労働科学研究：発達障害診療専門拠点機関の機能の整備と安定的な運営ガイドラインの作成のための研究（研究代表者：加藤進昌）。

[3] 本田秀夫，篠山大明，新美妙美，岩佐光章，若子理恵，高橋和俊，関正樹，佐竹隆宏：発達障害の医療体制に関する法制度整備に関する調査研究。厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）：地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究（研究代表者：本田秀夫）令和 3 年度総括・分担研究報告書, 11-16, 2022。