

令和4年度厚生労働科学研究補助金（障害者政策総合研究事業）

児童・思春期精神疾患の診療実態把握と連携推進のための研究

### 分担研究報告書

分担研究課題名 小児科領域における子どもの心の診療に関するインタビュー調査

研究分担者 小倉 加恵子 国立成育医療センターこころの診療部

#### 研究要旨

目的：児童・思春期精神疾患における診療現場において重要だと考えられる潜在課題の抽出を目的とし、小児科領域を対象としたインタビュー調査を実施した。

方法：日本小児科学会および日本小児神経学会から推薦を得た医師3名を対象として、半構造化質問票を用いたオンライン会議システムによるインタビュー調査を実施した。

結果：小児科領域における子どもの心の診療の特徴として、一次から二次までの医療提供の役割があることや、心理社会的課題に対する本人・家族を中心としたアプローチとして関連する専門機関・施設と連携体制を構築しながら診療を実践していた。診療医の精神疾患に対する診療技術の向上、精神科領域との役割分担と連携、診療報酬上の評価が不十分であることが課題としてあげられた。

考察：小児科領域で子どもの心の診療をおこなっていくうえで、精神科疾患に関する基礎的な知識・技術を習得するための研修、精神科領域との役割分担と連携、診療報酬の見直しなどシステム整備が必要と考えられた。

#### 研究協力者

竹原 健二 国立成育医療研究センター政策科学研究部

#### A. 研究目的

児童・思春期における精神疾患は、発達障害、心身症、気分障害、適応障害、被虐待など多岐にわたっており、子どもの心の諸問題と称されることが多い。近年、ことにコロナ禍を通じてさらに増加傾向にある被虐待、不登校、10代の自殺率など諸課題と関連して子どもの心の診療体制の充実化は喫緊の課題であるが、診療体制は未だ十

分に整っていないとの指摘がある。先行研究では、子どもの心の診療に関する事例調査を行い、多機関連携のモデル事案をまとめた（令和2年度厚生労働科学研究補助金「児童・思春期精神疾患の診療実態把握と連携推進のための研究」研究代表者：五十嵐隆）。さらに、基幹病院に対するカルテ調査および全国施設アンケート調査により、児童・思春期の心の診療における診療

実態と課題を明らかにした（以下、量的調査という。令和3年度厚生労働科学研究補助金「児童・思春期精神疾患の診療実態把握と連携推進のための研究」研究代表者：五十嵐隆）。

モデル事案のまとめでは、被虐待や不登校などの家庭の問題を含む複雑なケースにおいて、長期にわたる多機関連携の重要性が示されていた。一方で、量的調査の結果によると、主な診療対象疾患は、F4 心身症・ストレス・身体表現性障害（22%）、F6 心理発達の障害（42%）、F9 情緒および行動の障害（19%）の3つであった。量的調査では症例数が少なく課題としてとりあげる対象になっていない疾患や連携やシステム上の潜在課題があることが推察された。

そこで今回、量的調査では注目されるに至らなかったが臨床の現場では重要だと考えられる課題の抽出をおこなうことを目的として、子どもの心の診療現場の最前線にいる医師を対象としたインタビュー調査を実施した。

## B. 研究方法

本研究は、半構造化質問票を用いたインタビュー調査として実施した。対象は、日頃から子どもの心の診療を行っている小児科医とし、日本小児科学会および日本小児神経学会の協力を得て、それぞれの学会から1～2名推薦いただいた。調査に先だつて対象者に対して、研究目的、方法および倫理的配慮を示した文書、先行研究である量的調査の結果概要、インタビュー調査で想定される質問の一覧（表1）を送付し、記載事項について確認するよう依頼した。

インタビューは、オンライン会議ソフトウェア Microsoft Teams を用いた1対1の面接とし、調査1人あたりのインタビュー時間は約60分とした。インタビューの実施方法について、「児童・思春期精神疾患の診療実態把握と連携推進のための研究：インタビュー調査 実施マニュアル（以下、実施マニュアルという。）」を作成した。実施マニュアルにおいて、次のインタビューガイドを示した；（1）質問項目①～⑥（表1）を一つのきっかけに、対象者の回答に合わせて深掘りするように心がけること、（2）質問は一问一答「はい/いいえ」のような簡単な回答にならないよう「どのような～?」、「なぜ～?」、「どのような方法で～?」などの形式を用いるなどの配慮をすること、（3）相槌をうつなど対象者からできるだけ言葉を引き出すように心がけること、（4）質問項目①～⑥それぞれ5分～10分かけること、（5）インタビューに先立ち、対象者に別添資料に目を通してもらうこと、（6）インタビューは原則、匿名でおこなうこと。

インタビュー調査は本研究班の研究者自身が担当し、実施マニュアルに沿っておこなった。インタビュー開始前に、対象者に対して事前に送付した資料の内容について確認し、再度、研究目的、方法、倫理的配慮および録音の実施及び厳重な保管について説明して同意を得た。インタビューはオンライン会議ソフトウェアを用いて録音し、インタビュー後に逐語録を作成した。（倫理面への配慮）

本研究は、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に沿い、国立成育医療研究

センターの倫理委員会の承認を得て実施した。本研究に企業との利益相反はない。

### C. 研究結果

対象者は3名、全員男性で、それぞれ30歳代、50歳代、60歳代であった。対象者の背景は表2にまとめた。以下、質問項目にそってインタビュー内容の概要を示す。

①子どもの心の診療の中で、特に工夫をして熱心に取り組んでいる疾患や状態について：診療対象疾患の多くは知的障害および発達障害、愛着障害であった。一般診療所では、乳幼児健診などを通じて発見された発達の遅れや発達状況が気になるこどもの診療や家族のケアなどのプライマリケアから、発達障害の療育指導まで一次医療から二次医療までを対応していた。総合病院小児科では、発達障害のほかに、被虐待の救急医療とその後のPTSD等慢性期の症状・疾患や心理社会的問題への対応、摂食障害や心身症などの全身管理が必要な疾患などにも力を入れていることが分かった。また、小児内科系慢性疾患に併発する心理社会的問題に対して、内科系主治医とともに小児神経科が精神科リエゾンのような役割を果たしてチーム医療をおこなう体制がとられている場合もあった。一般診療所、総合病院ともに、小児科医療における患者と家族を中心としたケア (Patient and Family Centered Care) として、潜在するこどもの心の問題に対して日常診療においてアンテナを張りながら対応していることがわかった。

②子どもの心の診療の中で、特に工夫をして熱心に取り組んでいる関係機関との連携について：医療機関同士の連携先は、療

育施設や精神科の専門医療機関が主であった。療育施設との連携は、乳幼児健診の担当医として紹介したり、精査や診断のために紹介を受けたり、診療医自身が療育施設と兼務したりすることにより、円滑な連携がとられていた。精神科専門医療機関との連携は、強度行動障害、自殺念慮、強迫性障害など精神疾患の状態が重症である場合や、急性増悪による緊急時などで入院加療が必要といった三次医療レベルに対して必要性が高かった。

ライフステージのうち乳幼児期には、保育施設と連携して発達が気になる段階からの支援 (診断前支援) を実践していた。具体的には、保育所等訪問事業の活用による指導や、保育士・幼稚園教諭に対するオンライン講座などを通じた保育士等の人材育成をおこなっていた。さらに、対象者全てが乳幼児健診の診察を担当するなどの機会を通じて、自治体の担当者との顔の見える関係を構築することで密な連携体制を築いていた。自治体とは、症例によって保健センター・保健所、家庭支援センター、児童相談所などとの個別の連携や、協議体を通じた幅広い連携をとっていた。被虐待事例については、要保護児童対策地域協議会の一員として連携していた。また、乳幼児健診を中心とした発達支援の地域ネットワークを構築したなどの取組もあった。学童期以降は、小・中学校や教育委員会との連携がとられていた。主治医として個別に相談したり、就学指導委員会などの協議体の一員となったりすることで関係者と情報共有や体制整備の検討をおこなっていた。また、全年齢を通じて、こどもだけでなく、家族

の困りごとや悩みを抽出して関係する自治体窓口や関連機関・施設と連携していた。

③子どもの心の診療の中で、とくに困難を感じている関係機関との連携について：精神科専門医療機関での治療が必要な症例に対する受け入れ先が不足していること、成人期に至った場合の移行先がないなど、精神科領域との連携上に課題があった。

小・中学校とは就学指導委員会等の協議体を通じた連携がなされていた一方で、担任等と直接話す機会がなく、書面でのやりとりでは十分に伝わらないという意見があった。

④子どもの心の診療の中で、特に困難を感じている疾患や状態について：PTSDや摂食障害、強迫性障害など精神科疾患の重症例で入院加療が必要な場合は小児病棟の看護体制では対応が困難であったり、統合失調症や自殺念慮など精神科としての専門診療が必要な場合に児童精神科による受け入れ枠が少ないことで転科・転院ができなかったりするなど強い困難さを感じていた。また、総合病院小児科の担当医師によっては、患者・家族との心理的距離をうまく保つことができず燃え尽き症候群となる場合があり、多職種でのチーム医療による心の診療を心掛けるようになったというケースがあった。発達障害の診療ニーズが高く、初診待機期間が長いという課題や、1回の診療にかける時間が10-15分に限られるという意見もあった。

⑤子どもの心の診療の中で、未解決と感じている課題について：連携上の課題として、前述の精神科医療機関との連携や教育機関との連携があげられた。また、精神科標榜のない小児科診療の枠組みでは、小児

特定疾患カウンセリング料が2年で切れて再診療のみでカウンセリングを実施している状況があるなど実績に対する診療報酬上の評価が不十分であるために経営上の問題が発生しており、診療所における子どもの心の診療の継続性が困難となったり、病院経営上で指摘されて定員削減につながったりするなどの課題があげられた。対応案として、子どもの心の診療におけるプライマリケア医の役割を明確化して、診療報酬に加算をつけるなど一次医療の段階から小児科医が参入しやすい仕組みが必要という意見があった。診療報酬に関しては、心理士や療法士などコメディカルの評価が低く配置に制限が生じることや、メディカルソーシャルワーカーの負担が大きいなどの指摘もあった。

医学教育、小児科専門医教育に関する意見として、子どもの心理社会的な側面の評価や診療に関する基礎的な研修が必要であるというコメントがあった。

⑥その他、子どもの心の診療に関する自由意見：全員から、子どもは国の宝であり子どもの心の問題は国家的損失に直結することから、子どもの心の診療の社会的役割は大きいという意見が出ていた。また小児科領域である小児科・小児神経科と精神科領域である精神科・児童精神科の役割について、役割分担を明確にして少ない医療資源を有効活用する必要があることについて意見があった。小児科領域は子どもの心の診療の気づきの最前線として重要な役割があり、小児科診療として一次から二次医療を提供し、重症化例など精神科の専門医療が必要な三次医療レベルは精神科領域と連携していくことが重要であり、現状の課題

でもあった。小児科医療で提供する長期におよぶ家族を含めたケア、関係機関との連携支援に対して診療報酬としての評価が必要であるなどの意見があった。

以上のインタビュー結果を踏まえて、小児科領域における子どもの心の診療について「主な対象疾患」、「連携先」、「小児科領域の役割」の3つのテーマに分けて現状と課題を整理した（表3）。

#### D. 考察

今回の結果から、小児科領域における子どもの心の診療の特徴として、発達障害や愛着障害、小児内科系慢性疾患に併発する心理社会的問題への早期発見・治療、関係機関との連携によるケアの提供といった、日常小児科診療を通じた「気づき」の場としての役割から二次までの医療提供の役割があることが明らかになった。また、「小児科医療における患者と家族を中心としたケア（Patient and Family Centered Care）」の観点で、心理社会的課題に対する本人・家族を中心としたアプローチが行われていることも小児科領域における子どもの心の診療の特徴と考えられた。

診療対象疾患としては摂食障害や心身症、被虐待なども比較的多く、長期的に支援が必要になっていた。家族を含めて長期的に支援が必要になる疾患については、担当医師が抱え込んで燃え尽き症候群となるリスクがあることから、小児科医としての基礎研修において精神医療の基礎的な知識・技術を習得する機会が必要と考えられた。さらに、精神疾患に対応可能な多職種によるチーム医療体制、子ども家庭支援セ

ンター、児童相談所など専門機関との連携を積極的に図る必要があると考えられた。

連携については、保育や教育、行政との連携が熱心に取り組まれていた。ケースの直接支援を通じた関係機関との連携に加えて、保育士等の人材育成等を通じて地域における支援力向上の一役を担うなど間接支援もおこなっていた。連携を深めていくうえで、書面では情報が限られていることから、ケース会議や連携会議など既存の協議体などを活用することが有用と考えられた。施設・機関との連携体制をつくる協議の場に関して、その存在を知らない医師もいることから、診療に携わる医師・医療機関に対しての連携状況に関する情報共有の方法などについても、検討していく必要があると考えられた。

小児科領域の医療機関において精神科専門医療の提供について限界があることから、重症化や自殺念慮など精神的な三次医療が必要となった場合における精神科専門医療機関との連携は不可欠となる。また、小児科医療には対象年齢が概ね設定されていることから、成人期移行において精神科への転科が必要となる。これらについて、精神科医療機関の受け入れ先の不足や地域によっては受け入れ先がないという課題があった。少ない資源を確保し、地域で有効な活用を行っていく上で、小児科領域と精神科領域の役割分担を明確化して、診療科の特性を生かした医療提供をおこなう必要がある。医療機関同士のやり取りに加えて、子どもの心の診療ネットワーク会議や医療計画に基づいた協議の場など広域の視点に立った調整をおこなうことも必要と考えられた。

子どもの心の診療において精神科標榜がない場合には、小児科標榜で可能な小児特定疾患カウンセリング料を算定しているが2年で打ち切られるなど一定の制限があることや、コメディカルに対して診療報酬上の評価が十分ではないことなど経営上の問題についても指摘があった。これらは、子どもの心の診療の裾野を広く展開していくうえでのボトルネックとなると考えられ、診療報酬上のしくみの改善が求められる。

これまで専門学会・団体による研修等を通じて、小児科・小児神経科の専門性を活かし、子どもの心の診療に関する知識・技術を深めるための取組が進められてきた。子どもの心の診療の実践には、小児科領域と精神科領域の連携や、関係機関・施設との連携が必要不可欠である。研修等の人材育成においても、それぞれの専門性を活かした役割や分野を超えた協力体制を構築するための取組が必要と考えられた。

#### E. 結論

小児科領域における子どもの心の診療の特徴として、日常小児科診療を通じた「気づき」の場としての役割や二次までの医療提供の役割があることや、本人・家族を中心とした心理社会的課題に対するアプローチを関連機関・施設との多機関連携体制を構築しながら実践していることが明らかになった。

小児科領域で子どもの心の診療を推進していくうえで、現状に加えて、精神科領との役割分担と連携、診療報酬の見直しなどのシステム整備が必要と考えられた。ま

た、人材育成として、精神科疾患に関する基礎的な知識・技術を習得するための研修や、領域間連携を進めるための共同研修などを検討していくことが必要である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

1) 小倉加恵子、小枝達也、奥野正影他、子どものこころの診療実態に関する調査～全国施設アンケート調査～. 第69回日本小児保健協会学術集会. 2022.6.24~26. 三重県総合文化センター.

#### 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