

に小児医療が行える医療施設」とされており、以下の三種類に分類されている。

【1型独立病院型】

独立した病院であって、病床数に児童福祉法に基づく肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、乳児院などの児童福祉施設の病床を含む場合には、その数が総病床数の30%を超えないものとする。なお、周産期部門を持つ施設も含めるものとする。

【2型療養所・乳児院型】

独立した病院であって、児童福祉法に基づく肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、乳児院などの児童福祉施設の病床が総病床数の30%以上の施設とする。

【3型小児病棟型】

独立した病院ではないが、小児看護の専門性のもとに、複数の病棟群に小児病床が集約的に配置されていて、かつ病院組織内で総合的小児医療部門として位置付けられ、管理責任者がいるものとする。

今回、日本小児総合医療施設協議会の会員施設において、こころの診療を担当する医師がどの程度おり、研修制度が存在するかどうかを把握することを目的に、調査を行った。

なお、会員施設は以下の通りである。

B. 方法

<対象>

日本小児総合医療施設協議会の26施設に調査を行った。対象施設は以下の通りである。

北海道小児総合保健センター
宮城県立こども病院
茨城県立子ども病院

群馬県立小児医療センター
埼玉県立小児医療センター
千葉こども病院
東京都立清瀬小児病院
東京都立八王子小児病院
国立成育医療センター
神奈川県立こども医療センター
静岡県立こども病院
長野県立こども病院
愛知県身障者コロニー中央病院
名古屋第一赤十字病院小児医療センター
あいち小児保健医療総合センター
滋賀県立小児保健医療総合センター
国立病院機構三重病院
京都府立医科大学付属小児疾患研究施設
大阪府立母子保健総合医療センター
大阪市立総合医療センター・保健センター
兵庫県立こども病院
国立病院機構岡山医療センター
県立広島病院母子総合医療センター
国立病院機構香川小児病院
福岡市立こども病院・感染症センター
聖マリア病院母子総合医療センター

<方法>

質問紙にて、専門医の数、研修システムの存在、レジデント・研修医等の実績、専門的な講座等に関する実績、今後のアクションプランの項目に関して調査を行った。

また、それぞれの施設のホームページにて病棟・外来の状況を把握した。

<結果>

1. 回収率

質問紙調査には19施設からの回答があった。

2. 子どもの心の診療に携わる専門の医師の存在

医師が存在する施設は19施設中15施設(78.9%)であった。HPでの調査から、回答がなかった7施設中、携わる医師の外来などがあるのは4施設であり、26施設中19施設(73.1%)では何らかの子どもこのころの診療に携わる専門の医師が。

3. 携わる医師の数

医師の数は質問紙で調査を行ったが、携わる医師がいると答えた病院の中での医師の数に関しては1人から13人までの幅が大きいが、1人のみが4施設(26.7%)、2人のみは5施設(33.3%)と1人もしくは2人で半数以上の施設を占めていた。一方、5人以上は3施設のみ(20.0%)と少なかった。

4. 研修システム

専門に携わる医師のいる15施設の中で、研修システムを有している施設は4施設(26.7%)にとどまっている。

5. レジデント、研修医などの実績

調査票で子どものこのころの診療に携わる医師が存在した15施設のうち、これまでに実績がある施設は6施設(40.0%)であった。

6. 専門的な講座に関する実績

外部に向けた研修講座などを行っているのは15施設のうちの3施設(20.0%)であった。なお、4～6に関しては有している機関は重なっているところが多かった。

7. 専門病棟

HPなどの情報から、精神科病棟を有している施設は2施設、こころの診療を行っている科のみで使える病棟を有しているのは1施設であり、あとは、混合病棟であった。

C. 考察

全国の小児病院に調査を行い、今年度は子どもの心の診療を担う専門の医師の存在、研修システムの存在、レジデントや研修医の受け入れ実績、専門的講座の開設、今後のアクションプラン、病棟の状態、などを検討した。

その結果から、子どものこのころの診療に何らかの形で携わる専門の医師がいる病院は3/4

存在していた。従来の状況から見れば、比較的多くの施設が何らかのこころの診療を行っていると言えるが、本来、小児病院であれば、前施設で行うことが求められるものであり、今後は100%を目指すことが必要であろう。

何らかの形で子どものこころの診療があるとはいえ、1/4は1人しか医師がおらず、3割は2人のみであった。病気を抱えている子どものこころの診療を含めて携わることを考えると、非常に少ない数と言わざるを得ない。また、調査の中で得られた情報の中に、比較的新しい小児病院において、専門の医師が一人しかおらず、その一人の医師にかかる負担が大きく、結局は閉鎖の危険まで出てきているというものもあった。

専門の医師のいる施設では、研修に関しては、これまでに行った経験のある施設は40%あったが、そのうち1施設は現在は受

け入れておらず、また、研修システムがきちんと存在しているのは26.7%に過ぎなかった。更に、外部向けの研修を行っている施設は20%のみであった。これらのことから、研修に携わる施設は専門医のいる施設の半数にも満たず、システムがきちんとしているのは4施設に1施設ということになる。こころの診療を行うだけで精一杯であり、研修に手が回らない状況が想像される。

アメリカの小児病院では一般のクリニックでは対応が困難なこころの問題に関して、短期のこころの診療が行われている。その背景には長期に対応が必要であったり、閉鎖病棟が必要な場合には入院できる子どもの精神病院が確保されていると言う事情がある。日本の子どものこころの診療は層が薄いため、システムが構築されていないが、今後、小児病院でのこころの診療のあり方が検討されていく必要がある。

D. 最後に

今年度は子どものこころの診療に携わる専門の医師の存在、研修の実態などに関する調査を行った。今後、その詳しい内容、困難な問題、地域連携の状況、などに関して、更に詳しい調査を行う予定である。

分担研究報告書

全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設を対象とした
研修体制に関する調査

分担研究者 齊藤万比古^{1) 2)}

研究協力者 小平雅基²⁾

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部

2) 国立精神・神経センター国府台病院児童精神科

研究要旨

児童・青年期の精神医療における研修体制はいまだ十分に構築されているとは言い難く、その実践は重要な課題と言える。今回、児童・青年期の精神医療を入院治療も含めて実施している全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設の研修体制について調査を行った。全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設で現在一般的に行われている研修の基本骨格としては①一桁前半の研修医を対象とすること、②2～3年を基本研修期間とすること、③外来主治医と入院主治医を基本セットとすること、④症例検討会を基本として個人スーパーバイズ・診察の陪席・講義を組み合わせた指導をすること、⑤偏りなく精神障害全体を網羅することを研修の目標とすること、⑥精神保健指定医資格の取得を推奨すること、などが挙げられた。

A. 研究目的

全国の児童・青年期の精神医療を入院治療も含めて実施している病院の協議会である「全国児童青年精神科医療施設協議会」への参加施設に対して、現在の研修体制について調査を行った。それによりわが国における児童・青年期精神医療の研修の実態を明らかとし、今後この領域における研修体制がいかにあるべきかの提言をすることを目的とした。

B. 研究方法

今回研修体制に関する調査表（本文末に

掲載）を作成し、全国児童青年精神科医療施設協議会の正会員施設16施設とオブザーバー施設10施設の計26施設の責任者に対して平成17年10月にアンケート調査を実施し、その結果を解析した。送付先病院は以下の通りとなっている。

a) 全国児童青年精神科医療施設協議会正会員施設（計16施設）

市立札幌病院静療院、北海道立緑ヶ丘病院、茨城県立友部病院、千葉市立青葉病院、国立精神・神経センター国府台病院、東京都立梅ヶ丘病院、神奈川県立こども医療センター、新潟県精神医療センター、山梨県

立北病院、静岡県立こころの医療センター、三重県立小児心療センターあすなろ学園、大阪府立精神医療センター松心園、大阪府立総合医療センター、鳥根県立湖陵病院、宮崎県立富養園

b) 全国児童青年精神科医療施設協議会オブザーバー施設（計10施設）

岩手県立南光病院*、総合病院国保旭中央病院*、千葉県立子ども病院、埼玉県立精神医療センター*、愛知県心身障害者コロニー中央病院、兵庫県立光風病院*、国立病院機構香川小児病院、国立病院機構西別府病院、国立病院機構肥前精神医療センター、医療法人カメラリア大村共立病院（*：専門病棟を有さず）

また正会員施設に関しては全国児童青年精神科医療施設協議会が発行した「全国児童青年精神科医療施設研修会報告集 No.34」（平成15年度資料）より診療情報を取得し、整理した。

C. 研究結果

I. 全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設の診療状況について

1) 各正会員施設の診療状況について

各施設の診療状況は資料1のような結果となる。各施設の所属地域や施設規模によって内容が異なるため、一般的な論述は困難であるが、多くの施設では3名に満たない常勤医によって各ユニットが運営されていることがわかる。また非常勤医やレジデントが実際には加わるため、実際は異なる数字となると思うが、おおよそ一人の常勤医につき年間おおよそ100名の新規外来患者を受け持つ計算となる。一方で入院患者については各施設によるばらつきが大きい

傾向が伺える。

2) 各正会員施設の新規外来患者のICD-10分類

各施設の新規外来患者の主診断のICD-10分類は資料2のような結果となる。広汎性発達障害の患者が突出して多く、次いで重度ストレス反応、ADHD、精神遅滞の順となっている。ただし各施設間での診断分類にはばらつきが多い結果となっている。

3) 各都道府県による新規外来患者数の比較

総務省統計局の平成15年の各都道府県人口¹⁾から各正会員施設が存在する都道府県の20歳未満の人口と、それぞれの都道府県での正会員施設の新規外来患者数の合計を資料3に示す。各都道府県の20歳未満の人口10万人に対して25人から161人（平均64.3人）の者が全国児童青年精神科医療施設協議会の参加施設に毎年新規受診していることがわかる。この数字は161.2人とする三重県を除けば多くは10万人に対して50人前後という結果であり、割合差が少ないものと思われる。

II. 本年度実施したアンケート調査について

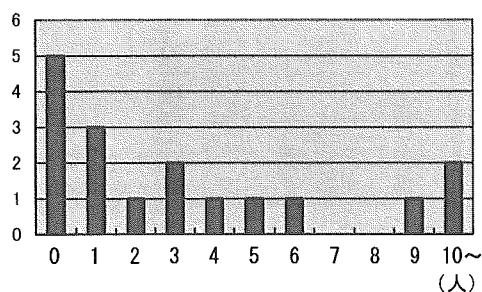
アンケート調査に関しては正会員施設のうち12施設、オブザーバー施設のうち9施設、計21施設から回答を得た。この中で研修体制を有していないと回答する施設は4施設であり、17施設は何らかの研修体制を有していた。以下研修体制を有すると回答した17病院の回答を整理する。

1) 調査時の各施設における研修医師数について

0～1人を最初のピークとし、9～10人

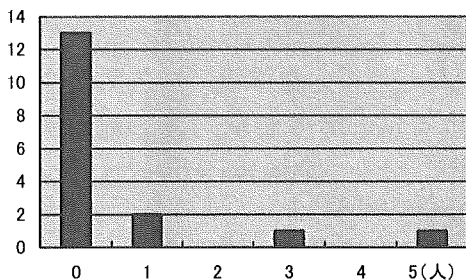
を二つめのピークとする二峰性の分布となっている。平均は3.2人となっている。

(施設)



2) 調査時の小児科医の研修医師数について
研修医の中に小児科医を含んでいる施設は4施設のみであり、13施設は小児科医を含んでいない結果となっている。

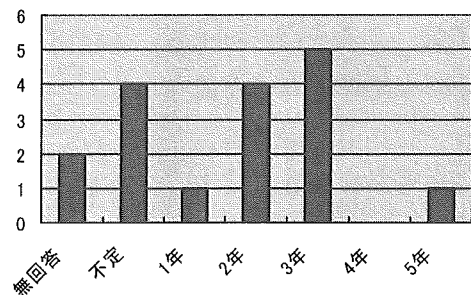
(施設)



3) 基本研修期間について

基本的な研修期間について質問したところ以下のような結果となっている。2~3年を基本とする施設が半数である一方で、不定とする施設も4施設認める。

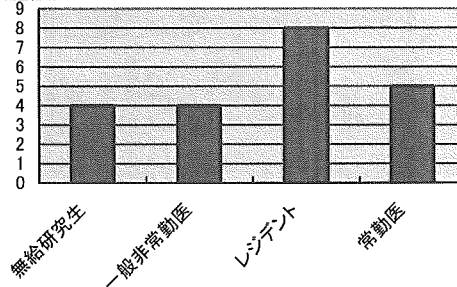
(施設)



4) 研修医の立場について

研修医の立場について複数回答可能として質問をした。最も多かったのは「レジデントなど研修者用を明記した非常勤」であり、8施設が有している。また「常勤医」の枠で研修をしている施設も5施設認める。

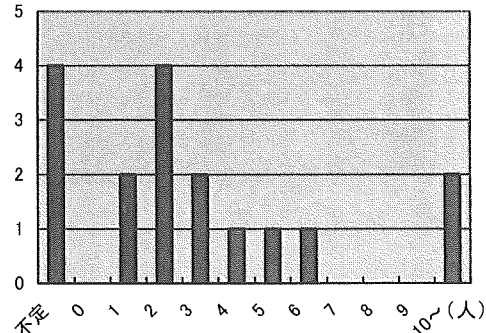
(施設)



5) 最大受け入れ可能人員数について

研修医の最大受け入れ可能数は「不定」とする施設が4施設であり、それ以外では「2人」をピークとする少人数群と「10人以上」とする多人数群に分かれる結果となっている。

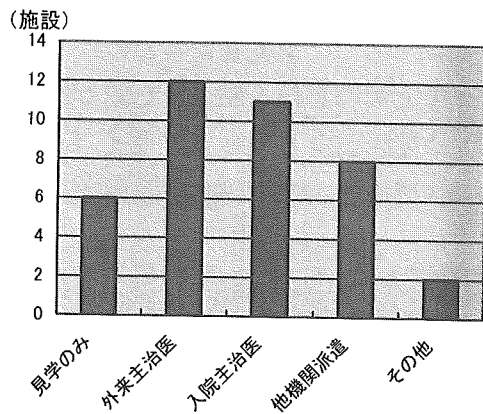
(施設)



6) 研修内容について

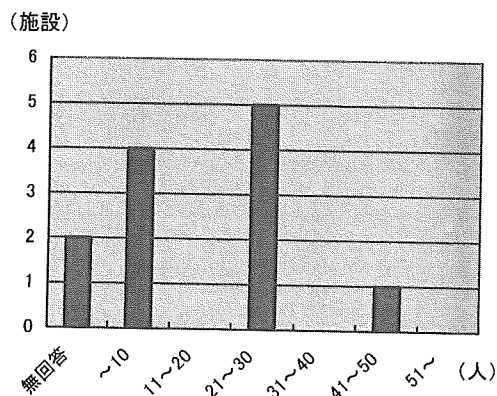
実施されている研修内容を複数回答可能として質問をした。「外来主治医」を可能としている施設が12施設と最も多く、次いで「入院主治医」、「他機関への派遣」となっている。その他の内容はどれも「カ

ンファレンスへの参加」との回答である。



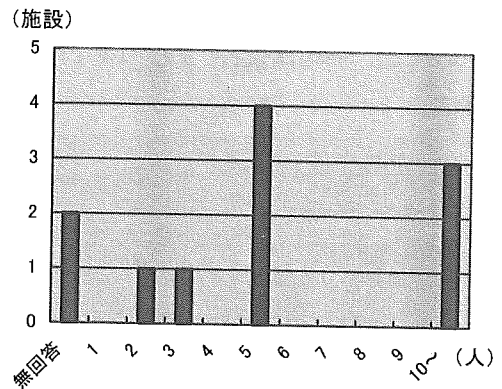
7) 外来患者担当数

「外来主治医が可能」と回答した12施設については研修医一人あたり何人程度の外来患者を受け持つかについても質問をした。大きくは「10人以下」との回答と「21人から30人」との回答とに分かれている。



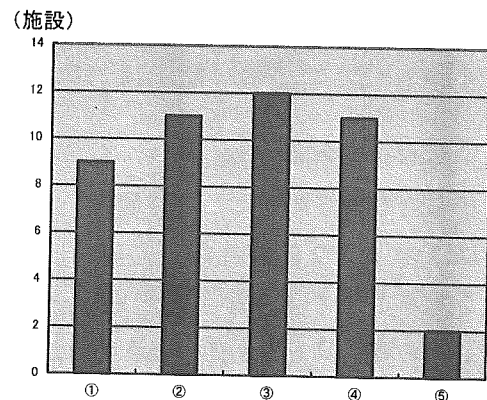
8) 入院患者担当数

同様に「入院主治医が可能」とした11施設について研修医一人あたり何人程度の入院患者を受け持つかについて質問をした。「10人以上」とした施設が3施設認めものの、多くは一桁人数の入院患者を受け持っていることがわかる。



9) 研修プログラムについて

各施設が有する研修プログラムについて複数回答可能として質問をした。「症例検討会」が最も多く、12施設が有しているとのことであった。「スーパーバイズ」、「診察の陪席」も11施設で有しているとのことであり、「症例検討会」、「スーパーバイズ」、「診察の陪席」が研修プログラムの三本柱である様子が伺える。「その他」の内容は「研究会」と「勉強会」との回答である。

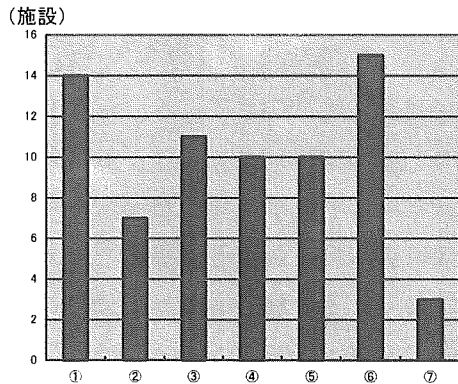


- ①講義 ②スーパーバイズ ③症例検討会
④診察の陪席 ⑤その他

10) 指導される治療技法について

研修により指導を受けられる治療技法に関して複数回答可能として質問をした。「ケースマネジメント」が15施設と最も多く、次いで「薬物療法」が14施設、「力

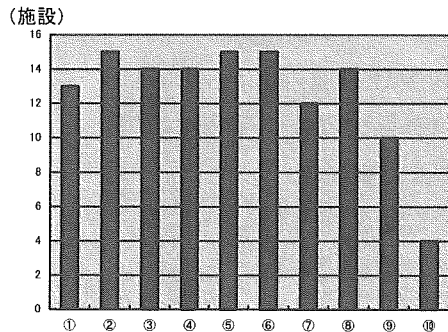
動的的精神療法」が11施設との順となっている。「その他」の内容は「集団精神療法」と「コンサルテーションリエゾン」との回答である。



- ①薬物療法 ②認知行動療法 ③力動的的精神療法 ④遊戯療法 ⑤家族療法 ⑥ケースマネジメント ⑦その他

11) 研修可能な精神障害について

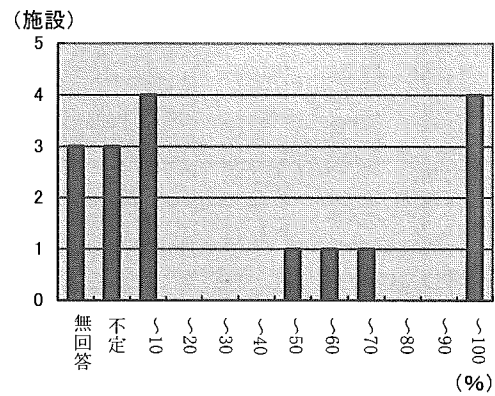
研修することが可能な精神障害について複数回答可能として質問をした。「自律神経症状」を除くとどの障害も7割の施設にて研修可能となっている。「その他」の内容は「チック」、「てんかん」、「精神発達遅滞」、「身体疾患に伴う精神的な問題」との回答である。



- ①不登校 ②神経症性障害 ③気分障害 ④統合失調症 ⑤軽度発達障害 ⑥摂食障害 ⑦行為障害 ⑧解離性障害 ⑨自律神経症状 ⑩その他

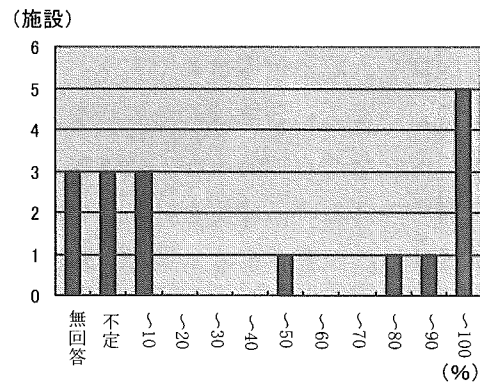
12) 児童思春期領域への就職割合について

研修終了後に児童思春期精神科領域の職場に勤めることが可能な割合は「10%以下」とした施設が4施設であり、一方で「91%以上」とした施設が4施設となっている。二極化している結果と言える。



13) 精神保健指定医の取得割合について

研修終了後に精神保健指定医を取得できる割合は「10%以下」とする施設が3施設であり、「91%以上」とした施設が5施設となっている。この結果も二極化したものとなっている。



14) 児童思春期領域への就職割合と精神保健指定医の取得割合の関係について

児童思春期領域への就職割合と精神保健指定医の取得割合の両回答において「無回答」、「不定」としなかった施設は9施設となっている。数が少ないため統計的処理は困難であるが、その9施設について横軸を

児童思春期領域への就職割合とし、縦軸を精神保健指定医の取得割合として対応表を作成した。それをを用いると児童思春期領域への就職割合と精神保健指定医の取得割合は正の相関が存在するように思われる。

指定医取得割合 (%台)

90	1									3
80						1				
70					1					
60										
50										
40				1						
30										
20										
10										
0	2									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90

児童思春期就職割合 (%台)

D. 考察

1) 全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設について

今回調査対象とした全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設は児童・青年期の精神医療を入院治療も含めて実施している病院群といえる。各施設の診療状況は結果の項に示した通りであるが、基本的には各施設間でのばらつきは大きい。その理由としては各施設の存在する地域性、専門病棟の取用可能人員数、各施設における対象患者上限年齢、閉鎖病棟の有無、第一種自閉症施設の認定の有無、総合病院機能の有無などが考えられる。そのため一日の平均外来患者数や年間入院患者数などは施設ごとに格差のある結果となっているものと思われる。

新規外来患者の主診断に関しても施設間での格差がある結果となっている。この要

因としても上記理由によるところが大きいと思われるが、加えて「主診断」を区分しているため、複数の障害を認める場合にどの障害を主とするのか施設間での判断の差異が存在する可能性はある。

そういった格差を有する集団ではあるが、結果のIの3) に示したように各都道府県の20歳未満の人口10万人あたり全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設新規外来患者数はそれほど差異のないものとなっており、どの施設も同様に地域のニーズに応じた運営をしている可能性があり、同質の集団であるように思われる。ただしこの比率は全新規患者が越県をせず、自身の所属都道府県の施設のみにかかっていることと、全施設が20歳未満の相談を全て受けていることが条件となるものなので、正確なものとはならない。しかし越県している数が互いにある程度均等で、各施設が成人精神医療からもれている患者の相談を同様に受けていると仮定すれば意味あるものとする。またほとんどの施設が国公立の運営である点も地域ニーズへの応えとしての同質さを保証しているように思われる。よって全国的な地域ニーズに応えた病院群としての全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設のmajorityをもって児童青年精神科医療の研修体制の骨格とし、以下考察を続ける。

2) 研修の枠組みについて

研修医師数に関してはおそらく各施設の規模や指導体制によって変わってくるものと思われるが、一桁前半の人数が指導するために妥当な大きさと言えよう。ただし特記すべきは調査時点で研修医師数が0人とする施設が5施設ある点である。解釈とし

て現状の臨床体制では十分な指導体制が構築できていないという見方はできる。しかし一方で結果Ⅱの4)に示されているように「常勤医」の立場で研修をさせている施設が5施設あることを考えると、「研修していた常勤医師」が時と共に「研修を終えた常勤医師」に移り変わっていく流れがあるのかもしれない。そういった意味では「研修とは何か」という問いに対する回答を今後示していく必要性があろう。

そのように考えると基本的な研修期間に関しても「2～3年」をもって研修医に卒業していてももらっていると考えることもできるし、「2～3年」をもってある程度「一人前」と判断しているとも考えられる。今回小児科医を研修として受け入れている施設が4施設のみであったため、多くは精神科医における研修が論じられることとなっているが、全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設的な臨床をしていく場合に、小児科医と精神科医が同じ研修期間であるべきかどうかは現在のところ不明である。

研修医の立場としてはやはり「レジデントなど研修者用を明記した非常勤」が各施設に設けられていくことが望ましいといえよう。

3) 研修内容について

研修内容としてはおそらく研修の立場によって異なってくるものと思われるが、「外来主治医と入院主治医」を基本セットとすることが一般的のように思われる。場合によっては「他機関への派遣」も加えた3つを基本としても良いかもしれない。

その場合の受け持つ外来患者数と入院患者数に関しては、外来患者は30人以下、入院患者は5人以下という多すぎない設定

が一般的なようである。

研修プログラムに関しては症例検討会を基本として個人スーパーバイズ、診察の陪席、講義を組み合わせることが中心となる。それらによりケースマネジメントと薬物療法は必須とし、力動的療法、遊戯療法、家族療法を指導していくことが一般的と言えよう。

研修可能な精神障害に関してはほとんどの障害において7割の施設が「研修可能」としていることから考えると、偏りなく精神障害全体を網羅することが研修の目標と言え換えられるかもしれない。「自律神経症状」が研修可能とした施設がやや少なかった点についてはおそらく精神科医療機関としては「自律神経症状」が精神障害分類に属さないものであったことが関係しているように思われる。

4) 研修終了後について

研修終了後に児童思春期精神科領域の職場に勤務することができる割合に関しては「10%以下」とする施設が4施設あることは注目すべきことである。すなわち上述したような研修を終えてもそれを生かして働いていくことは容易でないことを示しており、おそらくそれはこの領域の研修を活性化させていくためには重要な課題となるであろう。

精神保健指定医資格の取得については、精神保健指定医資格を取得すると児童思春期精神科領域の職場に勤務しやすいのか、あるいは児童思春期精神科領域の職場に勤務するためには精神保健指定医資格を取得する必要があるのか、何れかは分からないが児童青年精神科医療周辺においては正の相関関係にある可能性があるため取得でき

るのであれば検討しておいた方が良いでしょう。

E. 結論

児童・青年期の精神医療を入院治療も含めて実施している全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設の研修体制について調査を行った。全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設は各施設により診療状況に格差があるが、地域のニーズに応じた運営をしている病院群と考えられた。その病院群で現在一般的に行われている研修の基本骨格としては①一桁前半の研修医を対象とすること、②2～3年を基本研修期間とすること、③外来主治医と入院主治医を基本セットとすること、④症例検討会を基本として個人スーパーバイズ・診察の陪席・講義を組み合わせた指導をすること、⑤偏りなく精神障害全体を網羅することを研修の目標とすること、⑥精神保健指定医資格の取得を推奨すること、が挙げられた。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 齊藤万比古;精神科医療と発達障害.日精協誌24(11): 11-19, 2005.
- 齊藤万比古;子どもの診察・診断の仕方. 上島国利,市橋秀夫,保坂隆他(編):精神科ニューアプローチ7児童期精神障害, 2-13.メジカルビュー社, 東京, 2005.
- 齊藤万比古;思春期:集団と個の桎梏を越えて. 思春期青年期精神医学 15(1): 2-14, 2005.
- 小平雅基, 齊藤万比古;小児のうつ状態/強迫性障害とSSRI. 発達障害医学の進歩 17: 79-85, 2005.

- 齊藤万比古;思春期の心の発達とその問題.小児科診療68(6): 989-998, 2005.
- 齊藤万比古;思春期の病態理解. 臨床心理学 5(3): 355-360, 2005.
- 齊藤万比古;教育講演:注意欠陥/多動性障害(ADHD)の診断・治療ガイドラインについて. 精神神経学雑誌 107(2): 167-179, 2005.

2. 学会発表

なし

参考文献

- 1) 総務省統計局平成15年10月1日現在推計人口, 第10表(都道府県, 5歳階級, 男女別人口-総人口)

<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2003np/zuhyou/05k3f-10.xls>

「全国児童青年精神科医療施設研修会報告集 No. 34」（平成 15 年度資料）からの各病院診療情報

①市立札幌病院静療院小児病棟、②市立札幌病院静療院自閉症児病棟、③北海道立緑ヶ丘病院、④茨城県立友部病院、⑤千葉市立青葉病院、⑥国立精神・神経センター国府台病院、⑦東京都立梅ヶ丘病院、⑧神奈川県立こども医療センター、⑨新潟県精神医療センター、⑩山梨県立北病院、⑪静岡県立こころの医療センター、⑫三重県立小児心療センターあすなろ学園、⑬大阪府立精神医療センター松心園、⑭大阪市立総合医療センター、⑮島根県立湖陵病院、⑯宮崎県立富養園

各正会員施設の診療状況

	常勤医師数	年間新規 外来患者数	一日平均 外来患者数	年間在院 患者数	一日平均 入院患者数
①	3	339	68.7	35	16.8
②				14	23
③	2	286	19.7	21	14.8
④	1	150	44.2	59	20
⑤	2	280	74	45	18
⑥	4	752	64	61	38.1
⑦	12	1507	135.9	499	208.4
⑧	5	436	29.2	56	33
⑨	1	368	22.4	81	34
⑩	2	77	47	40	6
⑪	2	282	13.9	41	22.1
⑫	4	595	84.1	150	66.6
⑬	2	416	31.6	50	14.7
⑭	3	1066	47.6	81	15.1
⑮	7(兼任)	83	7	40	17
⑯	1	83	84(全体)	19	11.9

正会員施設の新規外来患者の ICD-10 分類

		①②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
F0 症状性を含む器質性精神障害		0	1	0	1	2	0	5	3
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害		0	0	0	0	0	0	0	0
F2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害		5	7	32	31	17	85	12	13
F3 気分障害		0	14	7	24	23	16	6	5
F4 神経症性障害	F40 恐怖症性不安障害	1	11	4	5	6	12	9	1
	F41 他の不安障害	7	7	2	5	53	11	4	20
	F42 強迫性障害	6	1	4	13	30	47	12	8
	F43 重度ストレス反応	3	30	40	19	83	281	39	71
	F44 解離性障害	4	11	8	11	20	16	15	2
	F45 身体表現性障害	17	26	2	33	21	24	20	7
F48 その他	32	2	0	3	1	0	0	0	
F5 生理的障害及び…	F50 摂食障害	4	6	8	10	7	27	16	24
	F50 以外	1	2	0	7	8	2	15	0
F6 成人の人格及び行動の障害		6	4	3	0	5	21	5	6
F7 精神遅滞		30	15	8	2	34	78	33	85
F8 心理的発達障害	F84 広汎性発達障害	175	68	8	33	278	499	48	86
	F84 以外	9	12	1	5	17	30	17	2
F9 行動及び情緒の障害	F90 多動性障害	15	23	7	27	63	217	32	18
	F91 行為障害	1	12	6	19	15	39	15	2
	F92 混合性障害	0	4	2	1	0	3	6	0
	F93 情緒障害	0	4	2	5	26	13	24	5
	F94 …社会的機能障害	4	5	6	10	5	17	19	0
	F95 チック障害	7	9	0	5	10	21	17	4
	F98 その他	5	1	0	1	17	15	29	3
F99 特定不能	0	0	0	0	0	0	0	1	
G40 てんかん		2	6	0	5	3	0	1	1
その他		5	5	0	5	8	33	37	1
合計		339	286	150	280	752	1507	436	368

		⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	①～⑯合計
F0 症状性を含む器質性精神障害		1	2	1	0	2	0	0	18
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害		0	0	1	0	0	0	0	1
F2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害		21	10	6	0	26	4	8	277
F3 気分障害		6	5	11	0	37	11	1	166
F4 神経症性障害	F40 恐怖症性不安障害	0	4	2	1	11	0	2	69
	F41 他の不安障害	1	1	2	2	11	1	0	127
	F42 強迫性障害	3	8	9	1	18	3	0	163
	F43 重度ストレス反応	15	49	21	13	25	19	13	721
	F44 解離性障害	4	7	3	0	28	1	1	131
	F45 身体表現性障害	0	14	10	2	56	1	4	237
	F48 その他	2	0	4	3	40	0	1	88
F5 生理的障害及び...	F50 摂食障害	4	8	6	0	36	3	0	159
	F50 以外	0	3	0	0	10	0	0	48
F6 成人の人格及び行動の障害		2	1	1	1	6	0	1	62
F7 精神遅滞		3	3	48	25	233	2	10	609
F8 心理的発達の障害	F84 広汎性発達障害	4	51	257	341	254	6	22	2130
	F84 以外	0	2	12	4	33	0	3	147
F9 行動及び情緒の障害	F90 多動性障害	2	51	66	8	103	3	1	636
	F91 行為障害	4	9	35	4	16	4	3	184
	F92 混合性障害	1	1	17	0	0	1	0	36
	F93 情緒障害	0	24	23	2	30	14	0	172
	F94 ...社会的機能障害	0	20	39	1	6	3	3	138
	F95 チック障害	1	6	8	5	19	3	3	118
	F98 その他	0	3	9	0	9	0	5	97
	F99 特定不能	0	0	0	0	56	0	0	57
G40 てんかん		2	0	2	1	1	3	1	28
その他		1	0	2	2	0	1	1	101
合計		77	282	595	416	1066	83	83	6720

各都道府県による新規外来患者数の比較

	年間新規 外来患者数	都道府県	都道府県年間 新規外来患者数	都道府県 20 歳未 満者数(千人)	比率 (10 万人対)
①	339	北海道	625	1045	59.8
②					
③					
④	150	茨城県	150	599	25.0
⑤	280	千葉県	1032	1150	89.7
⑥	752				
⑦	1507	東京都	1507	2126	70.9
⑧	436	神奈川県	436	1665	26.2
⑨	368	新潟県	368	472	78.0
⑩	77	山梨県	77	179	43.0
⑪	282	静岡県	282	745	37.9
⑫	595	三重県	595	369	161.2
⑬	416	大阪府	1482	1704	87.0
⑭	1066				
⑮	83	島根県	83	142	58.5
⑯	83	宮崎県	83	244	34.0

全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設アンケート

1. 現時点で研修をしている医師は何人ですか？ () 人
2. そのうち小児科出身の医師は何人ですか？ () 人
3. 基本的には何年の研修をスタンダードとしていますか？ () 年
4. どのような立場の採用によって研修を受け入れていますか？（複数回答可）
①無給研究生 ②一般の非常勤医
③レジデントなど研修者用を明記した非常勤 ④常勤医
5. その受け入れ可能人員は最大何人ですか？ () 人
6. どのような研修を実施していますか？（複数回答可）
①見学のみ ②外来主治医 ③入院主治医
④児童相談所などの他機関への派遣
⑤その他 ()
7. 外来を担当している場合研修医師1人辺り何人程度の外来患者を担当していますか？
() 人
8. 入院を担当している場合研修医師1人辺り何人程度の入院患者を担当していますか？
() 人
9. 研修プログラムをお持ちですか？（複数回答可）
①なし ②講義 ③スーパーバイズ ④症例検討会
⑤診察の陪席 ⑥その他 ()
10. どのような治療について指導を受けられますか？（複数回答可）
①薬物療法 ②認知行動療法 ③力動的な精神療法
④遊戯療法 ⑤家族療法 ⑤ケースマネジメント
⑥その他 ()
11. どのような障害について研修することができますか？（複数回答可）
①不登校 ②神経症性障害 ③気分障害 ④統合失調症
⑤軽度発達障害（多動性障害、高機能自閉症、学習障害など）
⑥摂食障害 ⑦行為障害 ⑧解離性障害 ⑨自律神経症状
⑩その他 ()
12. 研修終了後何割程度の研修医が児童・思春期精神科領域の職場に勤めることが可能ですか？
() 割
13. 研修終了後精神保健指定医を取得する医師は何割程度ですか？ () 割

病院名 ()

分担研究報告書

大学病院精神科における子どもの心の診療のあり方と
人材育成に関する研究

分担研究者	吉田敬子	九州大学病院	精神科神経科
研究協力者	山下洋	九州大学病院	精神科神経科
	吉良龍太郎	九州大学病院	小児科
	遠矢浩一	九州大学大学院人間環境学府	附属総合臨床心理センター

研究要旨

大学病院精神科で児童精神外来を開設している名古屋、信州、千葉大学、国立精神神経センター、および当大学病院の外来状況を調査した。九州大学病院は、2005年、院内の小児科および同大学の人間環境学府附属総合臨床センターの心理士が兼任で、合同して「子どものこころと発達外来」を開設した。受付の窓口は精神科で、開設以来105名の子どもが受診し、3機関が関与して連携した15ケース（12%）を分析した結果、予約待機日数は、平均39日（13－70日）であり、当外来までに相談した機関は平均1.8機関（1－5機関）であった。特に小児科医師からの紹介の割合が増し、知的水準の高い軽度発達障害の児童が多かった。いずれも需要の増加と共に、医療・教育・心理・福祉と多岐にわたるニーズを持っていることより、コーディネーター、心理士（1機関のみ）、ソーシャルワーカーや作業療法士など、人的資源を含めた今後の早急な診療体制の充実が望まれた。

A. 研究目的

大学病院精神科における子どもの心の診療のあり方と人材育成に関する研究について、以下の2つを今年度の研究目標とした。

1) 大学病院における子どもの心の診療の実態調査、および九州大学病院「子どものこころと発達外来」の設立にあたって当外来での前方視的調査を行う。2) 児童精神医学専門医の育成に関するシステムについての調査を行う。

B. 研究方法・結果

1. 大学病院における児童精神専門外来の実態調査

独立した児童精神医学の外来を2005年3月までに設立し、すでに医療を開始している国内の3大学病院（名古屋大学、信州大学、千葉大学）および国立精神神経センターを対象に、子どもの心の診療に従事するスタッフの構成、診療システム、受診患者の構成などについて訪問と機関への調査協力依頼および発表文献から、活動状況の調査を行った。その結果、3大学病院のすべての児童精神医学部門は2002年以降の新

設であり、スタッフ数に応じて外来治療者は増加し、予約制で数ヵ月から12ヵ月の待機期間があるとの報告から、児童精神医学分野の診療については需要が供給をかなり上回ることが分かった。また、欧米の児童精神医学の標準的なスタッフ構成にみられるような、専用の予約および受診コーディネーターをもうけている機関はなく、受付の看護師がその業務を兼ねていた。心理士の常勤は1機関のみ、ソーシャルワーカーと作業療法士が常勤でそろっている機関は皆無であり、人的資源を含めた今後の早急な診療体制の充実が望まれる。なお、大学病院でも、外来治療に対応した児童専門の入院病棟は未だ設立されていない。

2. 九州大学病院「子どものこころと発達外来」の前方視的調査

<背景>

外来設立と構成スタッフ

当外来は、2005年3月からの準備期間に続いて7月5日に九州厚生局からの許可を得て開設した。実質的に診療に携わるスタッフは、当外来のための専任スタッフではない。精神科から、児童精神医学を専門とする医師6名（日本児童青年精神医学会認定医3名、そのうち精神科の常勤2名）、および心理士4名（全員日本臨床心理士認定協会の認定による臨床心理士、常勤なし）、小児科から小児神経を専門とする医師3名（全員日本小児神経学会の認定医、小児科の常勤3名）、同大学内の子どもの発達の評価と療育を選考する臨床心理士1名から構成されている。

外来受診の受け入れのシステム

受付の窓口は精神科であり、電話予約制

で専門コーディネーター（現況では、精神科児童精神医学研究室所属の上記スタッフの心理士）が受け付ける。精神科の医師は前述したとおりである。新患日は成人の外来新患と同じく週2回に設定しており、主として予約順に受け付ける。また再来日も週2日であり、この背景には、当外来の専任スタッフがないことによる。

<方法>

上記構成機関スタッフ三者での連絡会議を約2週に1度定期的に行い、その中であらかじめ設定した以下の項目について検討し、診療の実質的な連携をはかると共に、学術的に前方視的調査を行う。項目は、年齢、性別、学童児は学年と通学している学校の種類：普通あるいは特別支援のための通級か養護、症状、初発の症状から第1相談機関までの時間とその機関の種類：小児科医療機関・教育機関・保健福祉および療育機関・精神科医療機関およびその他、当外来への紹介機関、当外来までに相談した機関の数、診断、知能水準、父親および母親の精神面の健康度（General Health Questionnaire¹², GHQ : Goldberg, 1972）、初診後の治療期間中の教育機関との連携の有無、小児科医師との連携した目的と検討内容、治療の転帰である。

<結果および考察>

2005年の外来受診は総計121名であり、そのうち外来設立準備開始の3月からの受診者が105名であった。121名中の受診者では、男児が85名（70%）を占め、平均年齢は、8.8歳であった。当外来への紹介機関は、小児科からが43名（35%）、精神科からが18名（14%）、教育機関が17名（14%）、福祉・療育機関14名（12%）であ

った。これを当外来設立前の2004年と比較すると、総外来数も70名から増加し、また小児科からの紹介も10名(14%)であったのが、2005年には増加していた(表1)。「子ども」の精神の専門外来が出来たことが、小児科(クリニックや総合病院)からの、紹介しやすいaccessibilityに影響を及ぼしていると考えられた。

2005年3月以降の受診者105名のうち、15名が当外来を構成する3機関(研究協力担当でもある)が直接に関与して連携したケースであり、全体の12%を占めた。そのため前方視的検討にあげられたが、データの分析が可能であった13名について以下まとめた(表2、表3)。

- ①受診者の背景状況：平均年齢は8、8歳。男児が多く10名(77%)、女児3名。この割合と平均年齢は、全体数の121名の分析からの変異はなかった。
- ②予約待機日数：平均39日(13-70日)であり、当外来までに相談した機関数は平均1.8機関(1-5機関)であった。
- ③学童児の発達、知能、通学状況および発達障害との関係：通学児童と生徒は11名で、9名は通常学級に所属していた。知能検査を施行したのは11名であり、普通学級に在籍する子どもに精神遅滞はみられなかったが2名が境界知能であった。計13名中、発達障害の診断を受けた児童が8名(61%)であり、測定し得た6名の知能指数の平均は89であり、軽度発達障害の子どもが外来を受診する割合が高いことが示された。かつこれらの子どもの受診の直接契機は、他児とのトラブルか学習面の障害であった。抑うつや不安を主とする併存障害(2次障害)

が前景には立っておらず、それらは、大学病院以外の小児科あるいは精神科クリニックや心理相談室などへの経路が考えられる。大学病院までの受診は、行動面の障害のための受診が主であったが、今後はその障害の大きさと大学病院受診との関連をみる必要がある。

- ④両親の精神面の健康度は、父親からの回答が得られた8例中、不健康の区分に該当したのが2名のみであったのに対し、母親では11名中6名(55%)と高率であった。子どもの心の外来では、治療の協力・連携者でもある養育者の精神面の健康度、特に母親の健康度が障害されていることに留意する必要性が示唆された。
- ⑤検討に加わった大学内教育機関との連携および学校教師との連携：学内での連携は13名中5名で、教育機関が4名を占めており、当外来への紹介目的は診断名と薬物治療についての検討依頼であった。受診後の当外来から学校への連携は、1名をのぞいて全てに治療期間中に為されており良好であった。その連携については、養育者と検討した上で、当外来での心理・発達評価・治療の内容などを臨床心理士が文書にまとめ、かつ電話などの連絡も行っているが、それにかかる時間やコストについては保険医療制度では該当するものがなく、今後の制度の検討が望まれる。
- ⑥院内小児科との連携：精神科医師から大学病院内の小児科へ連携したのは、13名中6名であった。そのうち3名はすでに以前大学病院の小児科の神経専門医を受診しており、地域にいったん戻った後、当外来が設立されて再び地域の小児科医

師などから当外来へ児童精神医学診断と治療のために紹介されてきたケースである。これらのケースは再度、現在設立された小児科への連携システムを通じて、小児科へ器質疾患の精査を依頼した。今後は、これらのケースも情緒や行動の問題が主となる場合は当外来を先に受診し、あらためて鑑別診断のために小児神経科医への精査を依頼する場合もあると考える。小児医療に携わる地域の小児科医師などにむけて、これからの大学病院での小児神経学専門医、子どもの精神を専門にする精神科医師間の連携と役割をわかりやすく示すためには、このようなケースのデータの集積が必要であることが示唆された。

3. 児童精神医学専門医の育成に関するシステムについての調査

当精神科より、精神科医師1名が英国モーズレイ病院 childpsychiatrydiploma-courseへ2005年9月より参加しており、来年度に1年間の児童精神専門医の教育に関連する教材とカリキュラムについての資料収集を終了予定である。

C. 結論

大学病院精神科外来での子どもの心の診療の調査・研究について以下にまとめる。

1. 子どもの心の専門外来の名称での開設で小児科医からの紹介の割合は増加した。
2. 外来は予約制であり、受診までの待機期間が問題となる。外来日数を増加すると受診者数も比例して増加したので、専門外来へのニーズは確認できた。
3. そのため、待機期間の短縮と診療の質を保った医療には専任医師と心理士などの人的資源の確保と充実が必要である。
4. 専門外来の設置で、軽度発達障害児の割合が高くなる。
5. 大学病院の外来へは、子どもの心の評価や診断と治療についての専門的な意見を求められることが多く、学校教師や教育機関への説明の依頼が大きい。
6. 教育機関との連携に費やす時間や診療報酬の確立が望まれる。
7. 子どもの心の専門外来を受診する子どもの養育者のストレスや精神病理の問題は広く見られ、養育者も含めた包括的な評価と治療が、子どもの評価や治療のために必要となる。
8. 養育者の評価や診断、治療のためには、成人精神医学の診断と治療体系もふまえた児童精神専門医教育が必要となるので、大学病院での後期研修のあり方は人材育成のために今後検討が必要となる。
9. 今回の前方視的研究の参加機関である大学所属の小児科、精神科、心理教育部門は、それぞれが関連機関を抱えている。中にはこれらの機関への受診や相談が複数同じ時期に行われているケースもみられ、それはまれなことではない。この受診や相談経路の合理化を図ることは、大学病院における子どもの心と発達に関する高度先進医療モデルと他機関への連携のシステムのあり方を呈示することにもなる。また、有機的な連携により、大学における当領域の小児科および精神科医師の研修と、心理士の臨床場面での教育の貴重な場となると考える。