

研修内容	評価項目	到達目標	習熟度評価	習熟度評価
< 知識 >				
精神保健福祉法	法の解釈、運用の実際についての知識	A		
児童福祉法等関連法	法の解釈、運用の実際についての知識	A		
精神科診断学	精神疾患の診断法についての知識	A		
精神病理の理解	各疾患の病態、発現機序についての知識	A		
精神科薬物療法	児童思春期の精神科薬物療法についての知識	A		
精神療法	児童思春期に特有な精神療法についての知識	A		
児童思春期発達論	乳幼児期から思春期までの精神発達の諸理論	A		
発達障害論	各種発達障害についての知識	A		
児童思春期の問題行動	不登校、暴力、自傷行為などについての知識	A		
< 技能 >				
精神保健福祉法	カルテ記載と関係書類の記載法、その運用	A		
児童精神科面接法	児童思春期の子どもの面接法、情報の聴取法	A		
検査法と判読法	脳CT, MRI, 脳波, 心理検査等	A		
各種治療法 - 1	遊戯療法, 薬物療法, 親ガイダンス等	A		
各種治療法 - 2	力動的療法, 行動療法, 家族療法等	B		
精神科救急	当直業務、救急患者への対応など	A		
身体合併症診療	子どもの合併症に対する診断と治療	A		
児童精神科の行動抑制	児童思春期特有な隔離・拘束の適応と管理	A		
< 態度 >				
患児への共感と理解	心を病む子どもへの共感と理解	A		
チーム医療	医療チームの一員としての協調性	A		
中立性・公平性	冷静で公平な穏やかさ	A		
患児の親との関係	親の感情への共感と支持	A		
精神医学への関心	精神医学に関する探究心と情熱	A		
連携医療	病院内外の他職種専門家との連携への姿勢	A		
< その他 >				
研究活動など	研究会や学会への参加および発表、研究活動への取り組み	B		
専門的資格	精神保健指定医および日本児童青年精神医学会認定医資格の獲得へ向けた取り組み	A		
その他	児童相談所等の活動への取り組み	B		

こころの診療部 レジデントカリキュラム

2005/05/12

こころの診療部 (Department of Psychosocial Medicine)

当国立成育医療センターにおいては、患者さんを身体的に「治す」のみならず、全人的に、また心理社会的な側面も含めて、真の健康を達成することも一つの大きな目的である。そのためにはチーム医療が必要であり、こころの診療部はその中で重要な役割を果たさなければならない。

その役割を果たす為には、これまでの小児科と精神科の知見を基礎として取り入れながらも、その枠を超えた、新しい医療を提供しなければならない。それを遂行するために、こころの診療部には、発達心理科、育児心理科、思春期心理科の3科が置かれている。レジデント教育に関しては、それらの科が一体となって行っており。以下は、その教育カリキュラムである。

採用条件

<レジデント>

卒後の研修にて小児科、精神科、あるいはそれに準じる科の研修（スーパーローテートは含まない）を終了し、原則として3年間の研修を希望する者で、病院の採用試験に合格した者。

以下の者が望ましい。

小児科の場合には専門医の資格を有するか、または採用年度中に取得見込みの者。

精神科の場合には指定医の資格を有するか取得見込みの者。

<研修生（客員研究員（無給）として採用）>

1. 長期研修生

1-3年の研修を希望するもので、それ以外はレジデントと同じ採用条件の者。部内での採用試験を行い合格したもの。1-3年の研修を希望する者研修内容はレジデントと同等の内容となる。

2. 短期研修生

現在、小児科もしくは精神科において研修中で、1ヶ月以上1年未満のこころの診療部での研修、或いは1年以上週1回以上の研修をのぞむ者。研修内容は相談の上決定する。

目的

1. 子どもおよびその家族への社会心理学的な医療をおこなうのに必要な基礎的な知識と技術と態度を習得する。
2. 自分の興味のある分野に関して、更に深い知識と技術を習得する。

3. 基礎的な研究デザインを学び、臨床研究を行う。

習得すべき基礎的知識と技術

<基礎的知識>

1. 基礎となる心理学的理論
2. 子どもの心身の正常発達と発達理論
3. 親子関係・家族に関する基本的理論と知識
4. 子ども及び親に起きる精神病理
5. 診断基準 (ICD, DSM, Zero to Three)
6. よく使われる心理検査、チェックリスト
7. 治療理論
8. 薬物に関する知識

<基礎的技術>

1. 診断法
 - 1) 医学的評価
 - (1)精神医学的診察 Mental Status Examination
 - (2)発達の評価
 - (3)行動の評価 (家、家庭)
 - (4)親子関係の評価
 - (5)家族の評価
 - (6)地域支援システムの評価
 - 2) 所見の組み立て (Formulation)
 - 3) 初期診断
 - 4) 鑑別診断
2. 治療法
 - 1) 診断に基づく治療方針の立て方
 - 2) 基礎となる精神療法
 - 個人精神療法 (遊戯療法、認知療法、行動療法、力動的な精神療法、その他)
 - 親ガイダンス
 - 家族療法、集団療法
 - 3) 薬物療法
 - 4) 入院療法 (環境療法)
3. コンサルテーション・リエゾン (C/L)、チーム医療

- ・危機介入法（子ども虐待、自殺、朦朧状態、トラウマ、等）
- ・C/L のモデルの選択
- ・C/L で必要な身体医学的知識

神経学的知識、神経心理学的知識、疾患特異性精神症状、薬物に誘導される精神症状

- ・身体化障害への対応方法
- ・慢性疾患の子どもと家族への支援
- ・先端医療チームへの参加
現在、腎移植、（肝移植）、へは移植前より参加
- ・パリアティブケア
- ・他科や他分野とのコミュニケーションの技術

4. 地域精神保健との連携

- ・学校との連携
- ・保健機関との連携
- ・福祉機関との連携
- ・他の医療機関との連携

5. 主たる対象（障害および状況）

広汎性発達障害（主として高機能）、学習障害、注意欠陥および行動の問題（ADHD、CD、など）、トウレット障害、強迫行動、単純トラウマ（交通事故など）、複雑トラウマ（虐待・いじめなどによる）、愛着障害、適応障害（転校、病気、その他）、不登校、うつ状態、解離・転換症状、食行動の問題（神経性食欲不振症など）、その他の思春期の問題、育児不安の家族、家族の問題（暴力、離婚、その他）、など

レジデント研修プログラム

<1年目>

- ・病棟診療：担当しているケース（7-10 ケース）をスタッフと供に診療。本人の診療を中心とし、家族に対しては原則としてスタッフが対応する。
- ・病棟のC/L：スタッフの指導の下、こころの問題に関する相談に乗る。
- ・外来診療：担当ケースの退院後の治療および初診ケースをスタッフの指導の基に診療。
- ・地域精神保健：地域の機関での実習、地域の各機関の役割について学ぶ。
- ・研究：ケースのまとめ方を学び、院内・学会におけるケース発表を行う。抄読などを通して、これまでの研究について知る。

<2年目>

- ・病棟診療：担当ケースに関して、家族へのガイダンスや地域の保健・医療・福祉・教育などとの連携も行い、ケース全体へのアプローチを行う。
- ・病棟のC/L：担当病棟のスタッフと全体的な問題を検討。
- ・外来診療：困難ケース、特殊治療、などに関しても習得すべく治療を行う。
- ・地域精神保健：スタッフと共に地域の機関との連携会議をまとめる。地域での実習。
- ・研究：テーマを選んで、臨床研究を開始。1年目のレジデントのケース発表の指導。
- ・選択：希望により、他科での研修や国立精神神経センター国府台病院児童精神科病棟での研修（1年間）を行うことが出来る。

<3年目>

- ・病棟診療：担当ケース全体に関して、独立して診療（スタッフはスーパービジョンのみ）。1年目のレジデントの指導。
- ・病棟コンサルテーション：担当病棟スタッフへの教育
- ・外来診療：終結の技術の習得、1年目のレジデントの指導
- ・地域精神保健：連携を一人でまとめる
- ・研究：臨床研究をまとめる
- ・選択：希望により、他科での研修や国立精神神経センター国府台病院児童精神科病棟での研修（1年間）を行うことが出来る。

週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	部総合会議 レジデント セミナー	総合回診 (スタッフ・レジ デント全員)	病棟診療 外来診療	病棟診療 外来診療	グランドラウ ンド (病院) 病棟診療 外来診療
午後	病棟診療 思春期外来 SST (社会技術 トレーニング)	ミニケース検討 病棟診療 トラウマ外来	病棟診療 外来診療	病棟診療 外来診療 SST	産科カンファ レンス 病棟診療 外来診療
夕方	ケース検討	小児神経学セミ ナー (隔年) 抄読会・研究会	思春期病棟カ ンファレンス	神経放射線カ ンファレンス 思春期勉強会 (総合診療部 と合同)	

その他の不定期なカンファレンス

虐待対応会議、腎移植カンファレンス、性分化障害に関するカンファレンス など

当直・オンコール

当直：小児科医は小児救急の当直を行う。

オンコール（いずれもスタッフがバックアップ）：

日中 1回/週、夜間 1回/週、休日 2回/月

こころの診療部 指導者リスト

名前	小児科専門医	精神保健指定医	専門領域
奥山 真紀子	あり	なし	小児精神保健、C/L
宮尾 益知	あり	なし	発達障害、神経発達、小児神経学
生田 憲正	なし	あり	思春期精神医学
笠原 麻里	なし	あり	児童精神医学
中野 三津子	なし	なし	家族治療
佐藤 栄一	なし	なし	心理士
田辺 朋江	なし	なし	心理士

精神科を基盤とした医師で子どもの心の診療を行う医師の養成に関する研究

分担研究者	牛島定信	東京女子大学教授
研究協力者	市川宏伸	東京都立梅が丘病院長
	山田佐登留	東京都立梅が丘病院

研究趣旨

昨年度に引き続き、今年度は、臨床経験 10 年以下の医師で、大学病院で研修中の 148 名と日本児童青年精神医学会の会員医師 774 名に対するアンケート調査を行った。調査内容は、両者を比較する意味からも、昨年度と同じ質問構成とした。調査対象は 922 名で、回答は 94 名 (10.2%) であった。経験が充分であると感じている医師数の多い順序に並べていくと、外来診療、発達障害、施設内連携、不登校、患者カウンセリング、家族カウンセリング、他施設との連携、であった。昨年度の調査と比べて、発達障害と患者のカウンセリングが早い順序に出ていることは時代的背景を反映してのことかと思われた。満足する数が昨年度の方が、85~66%であったのに、今年度は 49~32%であったのは注目に値すると考えられる。なお、研修 6 年前と 7 年後以降を比較したとき、経験が充分と答えたものの割合に大きな差はなかった。

これらはシステムティックな研究が確立されていない現状を反映した数値であるとした。

A. 研究目的

本研究では、初年度の 17 年度は日本児童青年精神医学会の平成 17 年 10 月時点での 113 名の学会認定医に対して、精神科を基盤とした医師で子どもの心の診療を行う医師の育成に関する研究を行う目的で、自身の研修経験と望まれる研修についての意見を集約するかたちでのアンケート調査を行った。2 年目の本年は児童精神医を目指して研修中で、臨床経験が卒後 10 年目までの若手医師を対象に調査することとした。調査内容は、昨年度結果と比較検討する目的もあって、同じ項目でのアンケート調査とした。

B. 研究方法

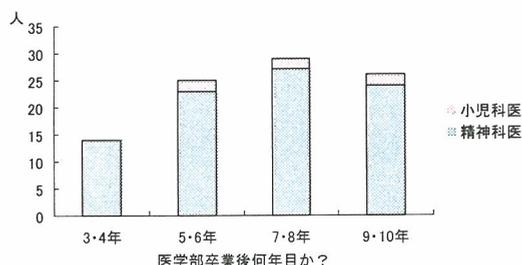
アンケートは 6 部から構成されている。第 I 部：氏名、専門とする診療科、卒後年数など、第 II 部：研修の履歴、第 III 部：ご自身の研修経験で以下の研修経験は充分でしたか？ (1. 外来診療、2. 入院診療、3. 薬物療法、4. 患者本人のカウンセリング、5. 家族のカウンセリング、6. 発達障害の臨床、7. 不登校事例の臨床、8. 虐待事例の臨床、9. 施設内多職種チーム医療、10. 他施設との連携、11. その他の事例)、第 IV 部：今後の認定意制度の中で、教育・研修病院としてはどのような機能が求められますか、第 V 部：望ましい研修施設の例示、第 VI 部：研修指導に関する自由意見からなっている。

アンケートは 2 つの方法をとった。ひと

つは、各大学医学部精神科講座担当者に平成9年以降に卒業で児童青年精神科にたずさわった医師を紹介してもらった148名を対象に行われたアンケート調査、第二は、平成9年以降児童青年精神医学会入会の医師会員774名に対するアンケート調査である。対象者は922名となった。

アンケートは平成18年10月に郵送あるいは電子メールにて発送し、1月20日までに返送された94名について集計を行った。精神科医が88名、小児科医が7名（重複1名）、計94名から回収された。回収率は、10.2%であった。

アンケートIの回答結果(一部):精神科医の割合が多い、卒後5年目以降が多い



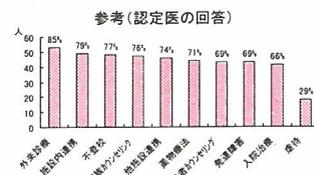
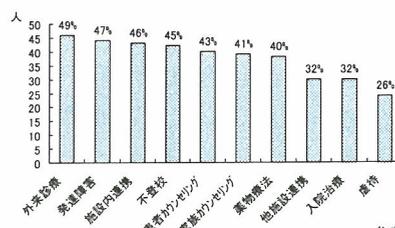
C. 研究結果と考察

経験が充分であると感じている医師数を多い順に並べていくと、外来診療46名(48.9%)、発達障害44名(46.8%)、施設内連携43名(45.7%)、不登校42名(44.7%)、患者カウンセリング40名(42.6%)、家族カウンセリング39名(41.5%)、薬物療法38名(40.4%)、他施設との連携30名(31.9%)、入院治療30名(31.9%)、虐待24名(25.5%)であった。昨年度の認定医を比較した時、認定医の十分であったとした外来診療から入院治療までは、認定医が85%~66%であったのが、今回対象となった研修中の医師が十分と認めたのは49%~32%にすぎなかったことは注目に値する。

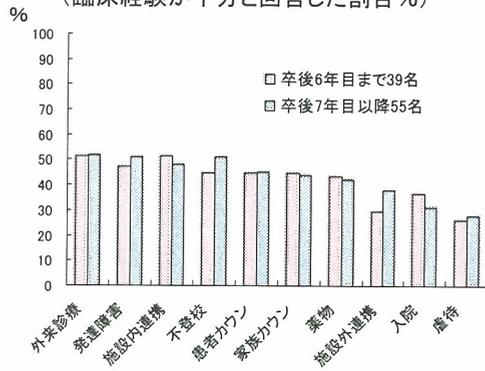
ほとんど一人で研修を積み重ねた古い世代と医学研修が叫ばれるようになった現代の医師の違いなのか、それとも児童精神医療では改善が認められないのか、おそらく両者とも関連していると思われる。また、昨年度の認定医との比較で目立つことは、今年度の研修中の医師で発達障害と患者カウンセリングを十分としたものが昨年度より早い順になっていたことである。時代の影響であろうと思われる。ただ、虐待と入院治療について、例年通り、経験が少ないとしたものが多かったことは注目しておいてよいことであろう。福祉との連携がまた不十分であることを示している。

また卒後6年目までの39名と卒後7年以上の55名について十分な経験の比較を行ったところ各項目の経験が十分であるという医師の比率はほとんど差がなかった。卒後の年数を経れば十分な研修を積むことができるわけではないことを示している。システムティックな研修が確立されていない現在の状況を反映する結果となった。

アンケート結果
10項目について十分に研修経験が得られたと回答した人数(多い順)



卒後経験年数と経験内容の比較 (臨床経験が十分と回答した割合%)



それは、自由記述の項目でも明らかであ

る。指導医の質や時間的余裕のなさ、指導方法の不十分さ、カリキュラム（研修目標）などシステムが必ずしも整備されていないこと、ともすれば精神療法家薬物療法に傾きやすいこと、さらには、児童精神科に専念できず、成人の医療も同時似せねばならないこと、児童精神科に専念できても十分な期間が保障されないこと、さらには日常業務に忙殺されないこと、児童精神科に必要な設備の不備などを突く指摘が多く、児童青年精神医学の研修システムモデルの確立が急務であることが分かった。

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
	出口美奈子	九州大学病院精神科神経科
	森山民絵	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

【目的】子どもの心の診療に携わる専門的人材の育成に関して、大学病院精神科における現状の分析と今後の役割を検討するために、以下の4つの方法で検討を行った。

【方法】1. 九州大学病院における子どものこころと発達外来設置後の患者の受診動向調査。2. 大学病院の特性を活かした関連領域と連携した臨床研修のあり方の検討のために精神科、小児科、総合臨床心理センターと合同の臨床カンファレンスの実施およびケースの内容や出席者へのアンケートの分析。3. 新たに子どもの心の診療部を設置した6つの大学病院精神科を中心に、外来および入院治療についての臨床、卒前および卒後の研修、さらに児童精神医学領域の研究についてのアンケート調査（今年度からの開始）。4. 諸外国の大学病院など教育研修施設での専門研修の例として、英国モーズレイ病院/ロンドン大学キングズカレッジにおける児童精神医学研修のためのディプロマコースの内容を分析し我が国への応用の検討。

【結果】1. 九州大学病院の児童精神科外来の新患の診断の内訳をみると、自閉症スペクトラム障害、破壊的行動障害が約70%を占めるのをはじめ、軽度発達障害が高頻度の診断カテゴリーとなった。入院治療の研修に加え、子どもの神経症圏の病態についての臨床研修の機会の確保が今後課題と考えられた。2. 九州大学病院での関連領域の合同カンファレンスのケースでは、ほとんどの例で発達障害についての評価、およびリエゾンコンサルテーションにおける精神科と小児科の役割連携および分担が主な検討内容であった。各回の参加者は、研修医師から教官までの幅広い年齢層におよんだが、専門領域や経験年数にかかわらず検討会の意義、同一のケースを各専門からみて検討する事の重要性が挙げられた。3. 6大学病院の児童精神科および関連外来では、いずれも受診希望・予約の増加傾向は続いていた。一方入院治療では、児童思春期患者の精神科治療に特化し工夫された病棟・病床を備えてい

る大学病院はなかった。子どものこころの診療についての教育研修を行うための、指導教員の人員配置の純増を認められた機関はあったが、コメディカルを含めた臨床スタッフの充実はなく、全体の診療と教育体制の運営が十分ではないと回答した機関がほとんどであった。4. 英国を例として、児童精神医学の専門家の人材養成の先進国の研修の目的、到達目標と内容を分析すると、臨床面では日本の家族・地域社会の形態にあった精神科チーム医療のための医師とコメディカルスタッフの充実、また教育研修については後期研修制度と連携した人材養成のための明確な研修目標設定が必要であるといえる。

A. 研究目的

子どもの心の診療部および外来が新たに設置された大学病院精神科を中心に、診療および人材育成の実態を調査し、精神科（精神医学）が担うべき役割と今後の課題を検討する。

研究1. 九州大学病院「子どものこころと発達外来」設置後の外来診療の実態

B. 研究方法

外来新設後の平成17年7月1日から平成18年6月30日までの12カ月間の診療実態について、前方視的調査を行う。

C. 研究結果と考察

① 診療実態 外来新設後の受診動向として、まず12カ月間の新患者数は135名であり昨年度報告時の121名（2005年1月から12月）から一部調査期間は重複するものの増加していた。以後現在まで増加傾向は続き、予約待機の期間も3.5カ月と延長している。さらに新患の動向を診断学的に検討したところ、主診断は自閉症スペクトラム障害（自閉性障害40名、広汎性発達障害18名、アスペルガー障害7名）が、48.1%を占めた。またその60%は境界域以上の知的レベルであった。破壊的行動障害（ADHD混合型14名、ADHD不注意優勢型9名、ODD、CDその他6名）が21.4%と次に多い診断カテゴリーとなった。この結果は、軽度発達障害の診療のニーズの高さを示すとともに、完全予約制で1カ月以上の予約待機期間のため、心因性、ストレス関連疾患など即応を求める

ケースへの対応は十分出来ていないことが考えられる。また、34%が何らかの身体疾患を合併しており、総合病院としての特性を反映していると考えられた。

受診経路としては紹介率86.7%で、そのうち小児科（23名）を中心とする外来診療所が30%を占め、総合病院小児科（20名）、院内小児科（9名）など小児医療機関からの紹介がもっとも多かった。また各種教育機関からの紹介も20名あり、教育との連携が増している実態を示していた。問題が生じてからの経過期間は平均43カ月（SD38.4）と長期間を経ており、発達障害中心かつ専門性の高い二次、三次医療を担っていることによると考えられた。一方教育研修病院としては子どもの精神疾患のうち、精神病圏および適応障害、神経症圏の疾患についての研修の機会が確保できないことが今後の課題と考えられた。

研究2. 九州大学病院における小児科・精神科および関連領域の連携による臨床研修の教育効果の検討

B. 研究方法

外来設置後の前方視的調査の受診ケースのうち、とくに小児科・精神科が連携して診療を行ったケースについて、両科の診断および連携のあり方を概観する。その中から教育研修の目的で適当と思われたケースを選択し、当外来の構成スタッフ（精神科、小児科、総合臨床心理センター）による人材育成のための合同臨床カンファレンスを継続して開催する。

カンファレンス終了後に研修を受ける側のニーズおよび研修効果を調査するためにアンケートを施行する。

C. 研究結果と考察

外来新設後の平成17年7月1日から平成18年6月30日までの12カ月間に受診した新患者135名のうち、当外来の小児科・精神科が連携して診療を行ったのは31例であった。それについては両科の診断および連携のあり方の概略をまとめた(表1)。さらに連携ケースについては、平成18年7月から当外来の構成スタッフ(精神科、小児科、総合臨床心理センター)による人材育成のための合同カンファレンスを開催し、検討ケースは外来開設後から平成19年2月までに総計48例となった。その中から4例を取り上げケースカンファレンスを行い、加えて同学内の連携機関である総合臨床心理センターの心理士による講演を1回行った。カンファレンスの内容と参加者は資料1の通りである。各回、参加者は約10名で、研修医師から教官まで(卒後1年目から25年目まで)で検討した。検討後、参加者に研修についてのアンケート調査を行った。その結果、各医師の専門領域や経験年数にかかわらず、ほとんどの参加者が検討会の意義はあると回答している。特に、小児科医師からは、小児発達についての細かい評価に留意すること、特に軽度精神遅滞を見落とさないことの重要さに気づいたとの意見がみられた。これについては、重度の精神遅滞は小児科受診へ、軽度の精神遅滞は二次障害のために精神科を受診している診療実態に関連している。また、精神科医師も、情緒・行動の問題を器質疾患の観点もふまえて検討することが重要とであることを認識することができ、今後同一症例を検討することで、それぞれの経験と専門知識を補完しながら高めることが出来ると考えられる。さらに、小児科医師からは、子どものみでなく、家族状況や背景および家

族の実際の機能評価を含めた児童精神医学領域の病歴の取り方が特に勉強になったこと、特に同一のケースを両科で検討する事の意義と重要性が確認された(表2)。

表1. 九州大学病院 子どものこころと発達外来 連携ケース

No	年齢	精神科診断名	小児科からの紹介=1 への紹介=2 紹介なし=3	紹介した理由 (小児科から/小児科へ)	小児科診断・評価	心理療育機 関との連携
1	3	広汎性発達障害	3	なし	なし	○
2	10	自閉性障害	3	なし	なし	○
3	7	I軸診断なし	1	ADHDの鑑別診断・治療	ADHD疑い	×
4	8	軽度精神遅滞・吃音	1	吃音の心理社会的背景の評価	低身長, 低出生体重児, MRI	×
5	4	自閉性障害, 軽度精神遅滞	2	二卵性双胎、妊娠糖尿病あり。小児科 疾患鑑別	自閉性障害 染色体・MRI	×
6	4	自閉性障害、 軽度精神遅滞	2	二卵性双胎、妊娠糖尿病あり。小児科 的疾患鑑別	一般診察 n.p	×
7	10	広汎性発達障害, (混合性言語障害)	2	著名な言葉の遅れ、顔貌の異常。神 経学的精査	小奇形, 動静脈奇形	×
8	8	軽度精神遅滞 てんかん	1	情緒・行動異常への薬物療法の相談	てんかん, 強制正常化に伴う 精神症状, 軽度MR	×
9	10	中等度精神遅滞	2	頭蓋骨の変形あり、神経学的精査	中枢神経疾患疑い EEG, 頭部MRI, 血液検査n.p	×
10	11	軽度精神遅滞, 行為障害	2	側溝症と痙攣重積状態の既往あり、器 質的疾患鑑別	WISC, MRI, EEG, DTR検査	×
11	10	広汎性発達障害	3	なし	なし	○
12	5	自閉性障害	2	脳波, 心電図モニター	EEG, 心雑音	×
13	12	軽度精神遅滞	2	低身長・肥満、神経学的・染色体検査	anomaly syndromeを考慮	×
14	13	広汎性発達障害	2	構音障害評価、加療と夜尿症	なし	×
15	7	自閉性障害 てんかん	1	行動の退行あり、精神症状評価	精神遅滞, 症候性てんかん	×
16	12	境界知能	2	低身長を伴う器質性疾患鑑別	精神遅滞	×
17	9	注意欠陥多動性障害	3	なし	なし	○
18	10	注意欠陥多動性障 害, チック障害, てん かん	1	テグレトール開始後の落ち着きのな さ。薬物療法についてのコンサルト	複雑性部分発作, 軽度PDD疑 い	×
19	14	常同運動障害, 重度 精神遅滞	1	自傷行為の精神医学的評価・治療	症候性てんかん, 精神遅滞	×
20	13	中等度精神遅滞	2	動悸の精査, 脳波検査, MRI, MRA	migraine, 脳波では全般性棘徐 波複合あり	×
21	12	注意欠陥多動性障害	3	なし	なし	○
22	13	軽度精神遅滞	1	学校ストレス→不眠・嘔気で緊急入院。 精神医学的評価・治療	高アンモニア血症 シトルリン血症 I 型	×
23	11	広汎性発達障害	2	忘れっぽさ・眠気・よく転ぶ。小児神経 学的精査	脳波異常(ローランド溝発射 様), PDD	×
24	13	不安障害	1	精神医学的評価フォロー	不定愁訴, 上部消化管潰瘍疑 い	×
25	8	自閉性障害	3	なし	なし	○
26	13	高機能自閉症	2	構音障害評価・加療	小児科的精査	×
27	10	肥満に影響を与える 不適切な保健行動, 軽度精神遅滞	1	肥満・盗食など摂食行動異常への精 神医学的評価・治療	Klippel-Feil症候群, 左肺動脈欠 損, 肥満症, 摂食障害疑い	×
28	4	自閉性障害, 中等度 精神遅滞	1	精神医学的評価 療育機関の紹介	PDD・MR	×
29	10	重度精神遅滞, てんか ん, 強度行動障害	1	暴力・自傷行為への投薬指示	孔脳症, てんかん, 精神遅滞	×
30	7	一過性チック障害	2	器質性疾患精査	チック, 器質疾患精査	×
31	2	特定不能の恐怖症	1	食思不振に対する精神医学的評価治 療	食思不振症, 甲状腺機能低	×

* 27, 31 は合同カンファレンス検討ケース

資料1. 九州大学病院 子どものこころと発達外来合同カンファレンスケースおよび研修

【1回目】

日時：平成18年7月26日（水） 18時～19時
場所：小児科病棟カンファレンスルーム
内容：「子どもの心の診療医の養成について」・・・精神科 児童青年精神医学会認定医
「肥満から発達の問題に気づかれたリエゾンケース」
・・・小児科 医員
精神科 臨床心理士

参加者：小児科研修医 3名
小児科医員 2名
小児神経専門医 2名
小児循環器専門医 1名
児童精神医学会認定医 1名
臨床心理士 2名

【2回目】

日時：平成18年8月23日（水） 18時～19時
場所：小児科病棟カンファレンスルーム
内容：「脳器質疾患の6歳女児のケース」・・・小児科 医員
精神科 臨床心理士

参加者：小児科医員 2名
小児神経専門医 2名
児童精神医学会認定医 2名
臨床心理士 1名

【3回目】

日時：平成18年9月27日（水） 18時～19時
場所：小児科病棟カンファレンスルーム
内容：「療育グループの紹介」・・・総合臨床心理センター 臨床心理士

参加者：小児科医員 2名
小児神経専門医 2名
児童精神医学会認定医 3名
臨床心理士 3名

【4回目】

日時：平成19年1月24日（水） 18時～19時
場所：小児科病棟カンファレンスルーム
内容：「食事・水分を急に全くとらなくなった2歳女児」・・・小児科 医員
精神科 児童精神医学会認定医

参加者：小児科医員 4名
小児神経専門医 2名
小児科血液免疫専門医 1名
児童精神医学会認定医 2名
臨床心理士 2名

【5回目】

日時：平成19年2月28日（水） 18時～19時
場所：小児科病棟カンファレンスルーム
内容：「多動を呈する右扁桃腺腫瘍・側頭葉てんかんの症例」・・・小児科 小児神経専門医
精神科 児童精神医学会認定医

参加者：小児科医員 1名
小児神経専門医 2名
児童精神医学会認定医 3名
臨床心理士 2名

表2. 合同ケース検討会後のアンケートの記載者と記載内容

1回目 「肥満から発達の問題に気づかれたリエゾンケース」

卒後年数	所属科・希望科	記載内容
2	未定	小児の知的障害は私たちのレベルでは見抜くのは難しいということを思いました。まず小児の精神発達のレベルについて勉強が必要と思いました。
6	小児科	自分のレベルと行うべき対応について考えさせられました。
17	小児科	非常に勉強になりました。

3回目 「療育グループの紹介」

卒後年数	所属科・希望科	記載内容
9	小児科	セラピーの実際について非常によくわかりました。
10	小児科	大変興味深く聞かせて頂きました。教育の視点というものも必要と思いました。
6	精神科	他機関の内容がよくわかり参考になった。
14	精神科	グループ参加を通しての具体的な方法を教えていただき参考になった。

4回目 「食事・水分を急に全くとらなくなった2歳女兒」

卒後年数	所属科・希望科	記載内容
1	小児科	情報収集の重要性を感じた。日頃病棟ではなかなか他職種の方の意見を聞くことが出来ないので大変参考になりました。
4	小児科	今回のケースは発達を考えるうえで大変勉強になっています。
6	小児科	病歴の取り方等勉強になりました。
23	小児科	長く小児科を診ていますと専門性を超えて発達(こころを含め)の問題を扱う難しさを感じます。
25	精神科	器質疾患と精神疾患を同一のケースで両科で検討する事の重要性を感じました。

研究3. 大学病院精神科に新たに設置された子どもの心の診療部の診療体系および専門教育の実態

B. 研究方法

大学病院精神科に設置されている子どもの心の診療部の診療体系および専門教育の実態について、外来・入院・研修について設定した項目についてアンケート（資料2）および電話での聞き取り調査を行う。対象機関は、新たに子どもの心の診療部を設置した大学病院精神科の「東京大学医学部附属病院 こころの発達診療部」「千葉大学医学部附属病院 こころの発達診療部」「自治医科大学とちぎ子ども医療センター こころの診療科」「信州大学医学部附属病院 こころの発達診療部」「名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療部」「香川大学医学部附属病院 こころの発達診療部」の6機関、および従来から児童精神医学臨床を行っていた「横浜市立大学医学部附属病院小児精神神経科」である。加えて、小児科が診療と研修の実態を担っている「神戸大学医学部附属病院親と心診療部」に対しても同様の調査を行う。

C. 研究結果と考察

全ての機関よりアンケートへの回答を得られその内容の一部は電話聴取にて確認を行った。なお、これらの対象機関のうち、新たに子どもの心の診療部を設置した大学病院精神科の6機関について、順不同にA～F病院として回答結果を表にまとめた。本調査では、新設にあたりどのような診療と教育・研究の充実や変化があったか、また、現状での問題点や今後の要望などを主に分析した。

1. 新たに子どもの心の診療部を設置した大学病院精神科について

前述した6大学病院について、大学病院精神科に新設された子どもの心の診療科スタッフについて（表3）、診療科のスペースや設備

について（表4）、児童精神医学の研修を受けた医師の身分・立場と研修期間（表5-1）、研修指導内容（表5-2）についてまとめた。

診療対象年齢は3大学で15歳まで、3大学で18歳までを新患として受け付けており、全て予約制であるが、予約は5大学で外来看護師が担当していた。担当医師の身分と人数については、1大学のみ兼任でかつその医師1名であり、その他の5つの大学は専任の医師が2名から3名で診療にあたっていた。しかし、非常勤医師をあわせて3名から5名が大半であり、医師の充実が望まれる。さらに心理士になると、児童精神医学のチーム医療の実践における重要性に比して、常勤スタッフ雇用は2大学のみであり、あとは非常勤の心理士であり人員数は比較的多く、曜日や時間によって心理士が交代していることを反映している。同じくその他のコメディカル職種の参加も十分ではなく、常勤の増員は皆無である。これら子どもの心の専門スタッフの研修機関のモデルとなる大学病院としては、まだ充実からはほど遠い実情といえる。

さらに入院診療は、子どもの専用病棟やベッドを備えている大学は半数の3機関であり、外来と並んで入院治療についても、同一研修機関で学べる総合的な研修の場の充実が望まれる。研修期間や内容の設定がまだ大学においても確立されていない結果も出ているが、これらは医療スタッフのみならず、外来および入院の連携の場の不足と関連していると考えられる。ただし、特記すべきことに1大学病院には、子ども医療センターの中に、子どもの心の診療のために独立した15床の児童・思春期病棟が新設された。このことは、小児医療センターの中に統合され、特化した医療を行うモデルとして、今後あらたに開かれた医療モデルを提供できる機関になると考える。

教育研修体制についてみると研修の指導的立場を担う児童青年精神医学会認定医が常時診療にあたっているのは6大学のうち3大学であった。

2. 従来から児童精神医学臨床を行っていた大学病院の実情から

横浜市立大学医学部附属病院における小児精神科の歴史は古く、昭和43年(1968年)に当時の精神科教授により設立され、外来の診療科として運営されてきた。ここには小児精神科の医局が存在し、ここを中心に学生の教育、研究、外来診療を続けてきた。また、横浜市立大学市民総合医療センター精神医療センター、特に精神神経科病棟と連携して平成12年(2000年)から成人との混合ではあるが、8床の入院診療を担うことが可能となっている。診療を長年行ってきた歴史もあり、診療対象疾患は、他大学病院と異なり、統合失調症およびその他の精神病性障害のケースを多く診ており、現在は、0歳から18歳までの子どもの診療を担っているためか、1カ月の再来患者数は、550名と極めて多い。スタッフは常勤医師3名、非常勤医師5名で担当しており、認定医は1名存在する。臨床心理士は1名常勤、2名の非常勤がいる。研修内容は他大学と同じだが、治療アプローチでは認知行動療法、力動的精神療法、家族療法、芸術療法、薬物療法の多岐にわたる研修も可能である。さらに、児童精神科の医療機関や学校、教育相談機関、福祉機関(特に児童相談所)など、異なる業種との合同研究会を30年以上続けており、他機関との連携についても学ぶ場がある。今後、診療科を運営していく上で必要と思われることとして、各医師の自主性に応じた柔軟性のある研修プログラムと学生への広報などを挙げている。前述した大学病院と研修方法の改善や開発の結果、標準化された教育研修内容も提示されてくると思われる。そうした標準化した到達目標および内容とオプションとしての柔軟な研修プログラムをいかに組み合わせるかを検討する必要がある。

3. 小児科が担う子どもの心の診療について

神戸大学では、「親と子の心療部」を開設し、小児科スタッフで運営している。2名の小児科医師と1名の非常勤の心理士で、主に軽

度発達障害や不登校を扱い、精神病症状や精神科病棟が必要なケースは、精神科に紹介している。そのため、研修の対象医師は、必然的に専門的な児童精神医学研修を希望している小児科医師であり、精神科やその他の診療科の医師は対象となっていない。そのため、研修の達成目的に関する設問のひとつである、「実在する資源で実現可能なメンタルヘルスサービスの計画を立て、その実施のため方法を考えるような研修の設定」は現状においてはできないとのことであった。今後の小児科医師が担う子どもの心の診療のあり方によっては、地域での精神保健サービスにプランニングについての研修の機会も必要となると考えられる。

D. 結論

子どもの心の専門スタッフの養成のための研修のありようは、調査対象の大学病院の背景となる歴史や地域における大学の特徴や役割によって、それぞれ異なっていた。しかし、現状はいずれも人材をはじめ、充実している機関はまだないといえる。

設備も大切だが、もっとも重要なのは教育内容であり、その効果的な研修方法の検討が鍵となる。特に大学病院での医師の養成の目的は、児童精神医学の基礎から実践、そして研究のあり方にいたるまでを習得することであろう。すでに確立した欧米の研修内容の資料から引用して、今回のアンケートの質問項目にも設定したが、教育内容として、以下の内容やレベルがある。1. 子どもの情緒・行動・発達の異常や遅れを規定する身体的および心理的要因についての基本的な知識をもち、初期の総合的な評価プランを立てることが出来る。2. 子どもの発達についての十分な知識を取得し、子どもの発達のかたよりが評価できる。3. 子どもとその家族の評価ができる。4. 実在する資源で実現可能な子どもと家族へのメンタルヘルスサービスの計画を立て、その実施のため方法を考えることができる。5. 実行可能な児童精神医学の研究を計画し、それ

を進めるための研究の方法論を習得し、発表や論文作成を実施している。以上を達成するための知識と経験のバランスのとれた研修方法と、無理のないプランニングを現行の臨床研修制度の中にどのように織り込んでいくかが、今後の課題と思われる。

資料2. 大学病院における子どもの心の診療部の診療体系および専門教育の実態

研究課題名（公募課題番号）：子どもの心の診療に携わる専門人材の育成に関する研究（17130101）

分担研究課題：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）

病院名 _____ 病院 _____
診療科名 _____
（正式な診療科名が違う場合はご記入下さい）
→ _____
回答者のお名前 _____
内容確認などのためにご連絡する電話番号 _____
→（市外局番 _____） _____
連絡に都合のよい時間帯 _____

子どものこころの専門医療を行う診療科（＝診療科）について、お聞きします。
貴診療科全体についてご回答をお願い致します。

< I. 外来治療について >

1. 対象年齢は、（ ）歳から（ ）歳まで
2. 1ヶ月のおおよその新患人数は
1) 0～5名 2) 6～10名 3) 11～15名 4) 16～20名
5) 21名以上 約（ ）名
3. 1ヶ月のおおよその再来人数は
1) 0～10名 2) 11～20名 3) 21～30名 4) 31～40名
5) 41～50名 6) 51名以上 約（ ）名
4. 多い疾患に○をつけて下さい（5個まで）。
1) 精神遅滞 2) 学習障害 3) 運動能力障害 4) 広汎性発達障害
5) 注意欠陥および破壊的行動障害 6) 幼児期または小児期早期の哺育障害
7) チック障害 8) 排泄障害 9) 分離不安障害 10) 選択性緘黙
11) 反応性愛着障害 12) 常同運動障害・性癖障害
13) 統合失調症およびその他の精神病性障害 14) 気分障害 15) 不安障害
16) 強迫性障害 17) PTSD 18) 身体表現性障害 19) 解離性障害 20) 摂食障害
21) 不登校 22) てんかん 23) その他（ ）
5. 診療のシステムについて伺います。
初診は 1) 予約制 2) 予約はなし 3) 双方の併用
再来は 1) 予約制 2) 予約はなし 3) 双方の併用