

6. 初診の枠は、午前または午後の診察を1枠として、1週間に（ ）枠

7. 再来診療は、午前または午後の診察を1枠として、1週間に（ ）枠

8. 曜日・時間帯を分けて行う特別外来の新患日を開いていますか？

1) 開いている 2) 開いていない

「開いている」場合、開催している特殊新患外来を列記して下さい。

例) (軽度発達) 外来 (1) 枠
() 外来 () 枠
() 外来 () 枠
() 外来 () 枠

9. 曜日・時間帯を分けて行う特別外来の再来日を開いていますか？

1) 開いている 2) 開いていない

「開いている」場合、開催している特殊再来を列記して下さい。

例) (軽度発達) 外来 (2) 枠
() 外来 () 枠
() 外来 () 枠
() 外来 () 枠

10. 新患予約の受付担当者はいますか。

1) いる 2) いない

「いる」場合は該当者に○をして下さい。

1) 医師 2) 心理士 3) 看護師 4) ソーシャルワーカー
5) その他 ()

11. 医師について

- ① 担当する医師数は、
児童専任医師で常勤 () 名、非常勤または兼任 () 名
② そのうち日本児童青年精神医学会認定医は () 名

12. 臨床心理士は、いますか。

1) いる 2) いない

「いる」場合は

児童専任の心理士で常勤 () 名、非常勤または兼任 () 名

13. 診療科専属の看護師は () 名

14. その他の職種は、いますか。

1) いる 2) いない

「いる」場合は

職種 () 常勤 () 名、非常勤または兼任 () 名
職種 () 常勤 () 名、非常勤または兼任 () 名
職種 () 常勤 () 名、非常勤または兼任 () 名
職種 () 常勤 () 名、非常勤または兼任 () 名

⑥ 具体的な研修項目について伺います。

1) 以下の各論の障害や疾患について、指導の内容AおよびBそれぞれについて
現在行っているものに○、そうでないものに×

A ケースをもとにして臨床指導を行っている。

B そのケースの疾患について、有病率、病因、臨床的特徴、治療的アプローチのエビデンスに基づく知識を獲得するように養成している。

	A	B
精神遅滞		
学習障害		
運動能力障害		
広汎性発達障害		
注意欠陥および破壊的行動障害		
幼児期または小児期早期の哺育障害		
チック障害		
排泄障害		
分離不安障害		
選択性緘黙		
反応性愛着障害		
常動症・性癖障害		
統合失調症およびその他の精神病性障害		
気分障害		
不安障害		
強迫性障害		
PTSD		
身体表現性障害		
解離性障害		
摂食障害		
不登校		
てんかん		
その他 ()		

2) 治療的アプローチで指導している内容と技法に○、そうでないものに×

() 子どもとのコミュニケーションのとりかた全般 () 認知行動療法

() 力動的な精神療法 () 家族に対するアプローチ(家族療法、親訓練)

() 芸術療法 () 薬物療法

表3. 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

大学病院	対象年齢(歳)	新患予約受付担当者の職種	医師			臨床心理士		診療科専属看護師	その他		診療科開設後増員されたスタッフ
			専任(常勤)	非常勤または兼任	日本児童青年精神医学会認定医	専任(常勤)	非常勤または兼任		常勤	非常勤または兼任	
A	0~18	看護師 クラーク	3	8	1	3	5	0	0	0	常勤医師 3名
B	0~15	看護師	0	1	0	0	3	1	0	0	増員なし
C	3~15	看護師 事務員	2	1	0	0	2	1	0	0	常勤医師 2名 常勤看護師 1名
D	0~18	看護師	3	1	1	0	2	1	0	0	常勤医師 2名 常勤看護師 1名 非常勤心理士 2名
E	0~18	看護師	3	2	3	1	11	0	0	0	常勤医師 2名
F	0~15	医師	2	3	0	0	3	0	0	0	常勤医師 1名 非常勤医師 1名 非常勤心理士 2名 非常勤言語療法士 1名 非常勤栄養士 1名

表4. 診療科のスペースや設備について

大学 病院	診療科専用 診察室	子どもの 入院治療	診療科開設後の 診察室の整備
A	なし	可	なし
B	あり	否	なし
C	あり	否	あり
D	あり	可	あり
E	なし	可	なし
F	あり	否	あり

表5-1. 児童精神医学の研修を受けた医師の身分・立場および研修期間について

	研修対象医師の身分				研修の立場		研修期間
	無給研究生	成人精神科と兼任の常勤医	専属常勤医	専属非常勤医	主治医として病棟研修	主治医として外来研修	
A		○			○	○	決まっていない
B	○					○	決まっていない
C	○	○				○	決まっていない
D				○	○	○	24ヵ月
E		○			○	○	24ヵ月
F	未記入						

表5-2. 研修指導内容

大学 病院	治療的アプローチで指導している内容と技法					
	子どもとのコミュニケーションのとり方全般	認知行動療法	力動的精神療法	家族へのアプローチ	芸術療法	薬物療法
A	○	○		○		○
B	○		○	○		○
C	○			○	○	○
D	(対象者がいないため回答なし)					
E	○		○	○	○	○
F	○	○		○	○	○

研究4. 児童精神医学が確立している先進国での人材育成についての調査

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コース: Postgraduate Diploma in Child and Adolescent Psychiatry 2005/06 (児童思春期精神医学卒業後ディプロマコース) の紹介

B. 研究方法

英国モーズレイ病院で毎年開催されている、1年間の児童精神医学 diploma course に、平成16年9月からわが国から参加した精神科医師に配布された教材や資料をもとに、courseの担当医師 (Dr Nikapota) および主任教授 (Eric Taylor) の許可を得て、育成の対象者、到達目標、および研修の内容と場所などについて、資料を収集し、わが国で応用する場合の留意点などを course の担当医師と検討した。また、わが国の研修の参考として、カリキュラムの日本語翻訳の許可を得たので、今年度の報告書においてその概略を紹介する (吉田、森山)。

C. 調査・紹介の背景

わが国では、子どもの心の医療について関心を持っている小児科医師や精神科医師または心理士は少なくない。それぞれの領域で最近では、専門性を高めるべく学会などを通じて専門医や認定制度も確立されつつある。たとえば、児童精神医学領域でも学会認定医の制度が始まっている。しかし、その数はいまだ100名余に過ぎない。そのため、子どもの心についての医療は、精神医学領域の臨床を例にとると、児童精神医学や子どもの発達についてのトレーニングをほとんど受けていない一般精神科医によって行われていることも多い。また児童精神の認定医についても、その研修の制度についてはまだ確立された内容やコースはない。そこで、本厚生労働科学研究へのひとつの資料として、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コース: Postgraduate Di-

ploma in Child and Adolescent Psychiatry 2005/06 (児童思春期精神医学卒業後ディプロマコース) の紹介を行う。

吉田は、1988年にモーズレイ病院の児童精神部門で短期間の研修を受けた。また著者の一人の森山は、2005年から1年間ディプロマコースを受けコースを終了した。両者が経験した英国の児童精神医学の理念と本質を確認したところ、あまり変わってはいない。しかし、コースの教材にも明記されているように、子どものメンタルヘルスのモデルや児童精神医学のサービスは日々変化している。そこで紹介にあたっては、森山が履修した本ディプロマコースの教材や資料を訳したので以下それをもとにする。なおこのプロセスで本報告をすることは、Academic Department of Child and Adolescent Psychiatry の許可をとっている。

D. ディプロマコース設置の目的

このコースは精神科医、小児科医が以下のことができるようになることを目的としている。

1. 子どもの発達と神経精神医学、精神遅滞における精神医学的問題、物質乱用、思春期精神医学を含む児童精神医学の知識を広げる。
2. 子どもと思春期・青年の情緒、行動、発達障害の心理的治療、身体的治療の種類と効果についての知識を得る。
3. 診断、治療的介入の枠組みを作り、それについての計画を立てること、および臨床力のスキルアップを図る。
4. 研究の方法論を理解する。
5. どのようなサービスを組み立てていくかについての知識を得る。
6. 英国での本コースを習得した者が自国での指導者となり、自国のヘルスワーカーを訓練するコミュニケーション技術を発達させる。

E. ディプロマコースの到達目標

1年間のコースが終了した時点で、以下のことが獲得できることを目標としている。

1. 子どもの心理社会的発達における異常や遅れを規定する身体的および心理的要因を評価する。また、それによってその国の文化に適した予防的メンタルヘルスサービスの介入についての計画を進めることができる。さらに、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。
2. 子どもや思春期・青年とその家族の評価ができる。すなわちそのケースにおける臨床的問題を理解し、それについてのマネジメントプランを明確に立てることができるように、子どもや青年の示す行動や徴候についての知識を得る。
3. その国で実行可能な研究を計画し、それをすすめるために十分な研究の方法論を習得している。
4. 自国にある資源で実現可能な児童精神医学／子どものメンタルヘルスサービスの計画をたて、それを実施するために必要なサービスプランニングについて理解している。
5. 子どものメンタルヘルスに関連した専門家を養成するためのプランをたてる能力が備わっている。

F. カリキュラム内容

ディプロマコースはフルタイムプログラムで9月から9月までの1年間である。第1学期(9月から12月)は高度に構造化され、最初のone termが12週間のセミナー、個別指導、講義から成っており、第2、3学期は講義、実践を通じての臨床技術の獲得とともに、週4セッションの講義・セミナーから成っている。以下、コースの構成の内容について説明を加えながら紹介する。中には、わが国に関連しない内容もいくつかあるが、今後わが国にも、ethnic minority など国際化するにしたがって生じる問題もあるので、なるべく実際に行

われた項目にしたがって紹介する。

なお、わが国でも今後いくつかの子どもの心の専門医師や心理士を養成するコースができると考えられるが、Program Tutor であるDr Nikapota と今後のわが国での研修内容の可能性について検討した。そのポイントは、わが国でのコースを設定する場合、対象者の領域、対象者の経験や学識レベルによりコースの目的と到達目標およびそれに応じてその内容は異なることである。実質的には、基礎的な研修コースを繰り返して実施していくのか(たとえば、毎年、新たな研修対象者に同じ内容で実施することにより対応するのか)、同じ対象者について初回は基礎編、次の参加は上級編というようにコースを組み立てるのか、コースのintensity と duration (集中コースか、1年および数年にわたるフルタイム研修コースか(たとえば夏季コースか、数年のプログラムで研修履修内容を組むのか))、およびコースを催す側の目的とメリットなどを考慮する必要があると考える。ちなみに、紹介するコースは以下の内容であり表6にまとめる。なお、森山が参加した2005年の児童思春期精神医学卒業ディプロマコースは6人の研修生であり、内訳は5人が精神科医師(そのうちすでに2人は児童精神医学の研修あるいは臨床をすでに自国で経験している、あとの3人は一般精神科を履修して児童精神のコースが自国にないために本研修を受けていた)、あとの1人は心理士であった。小児科医師が参加している年もあり、わが国のこれまでの本コースへの参加者も同様である。

コースの履修内容や集中講義およびワークショップについては、アカデミック部門であるロンドン大学児童思春期精神医学部門において作成され、全員がここで知識を修得する。臨床実習については、各履修者は、1年間1人ずつキングズカレッジ病院児童精神医学専門外来をはじめ、地域のNational Health Service(NHS)により運営されている児童思春期メンタルヘルスクリニックに配属され、そこが実習の場となる。そこでは指導者とともに基

本的には臨床場面に同席したり、ケース会議に参加する。履修者のレベルによっては、指導者の許可を受けて、病歴聴取を行ったり、子どもの学校や児童福祉機関へ情報を獲得するために関連する場所を訪問することもある。ただし、単独で診療したり、処方をするには許可されていない。しかし、1年間を通じて、養育者も参加した形での治療の方法の検討や、multi disciplinary teamによるケースの処遇会議の進め方などについて、履修者が体験する内容の幅は広い。1年間のうち、1学期は講義が中心で、臨床参加は1週に1回、後半はその割合が逆転する。

G. 結論と考察

本コースの履修者への教材には、最初にこのコースが作成された背景が説明されている。英国は、かつての英領である発展途上国から児童精神医学を志す多くの履修者を受け入れてきた。それらの国々において、子どものメンタルヘルスに特に興味を持っている一般精神科医や小児科医は少なく、まして児童精神科専門医はごく少数、あるいは皆無である国も多いとのことであり、さらにたとえ児童精神医学のためのサービスがあっても利用できる資源は限られている。その意味で本コースには実施する意義があり、ここに紹介する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ディプロマコースが設けられた。

さらにこのコースは、本文と著者らが表にまとめ説明を補足した内容からもわかるとおり、学問的にも高いレベルのワークショップや集中講義なども含んでいる。これによって臨床医が技術を発展させ、子どものメンタルヘルスの分野で働くための最新の知識を獲得するのに役立つ専門教育コースとなっている。このコースは惜しくも今年度で終了することであり、ここに機を逸せずを紹介することができた。「はじめに」の項でも述べたが、わが国の現状を考えた場合に、この内容は今

後のわが国での子どもの心の専門の育成に、いまだ十分参考になる余地はあると考えられる。

表6. カリキュラム内容
1学期(9月から12月の3ヵ月間)

	研修内容	到達目標
全般的導入 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. コースの構成 2. イギリスの生活 3. 子どものためのサービス 4. Mental Health Act 5. Children's Act & Child Protection 	<ul style="list-style-type: none"> ・コースの理解 ・イギリスでサービスがどのように組織されているかの理解 ・サービスの発展に関連する政治的問題の把握
全般的導入 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病歴の取り方 2. 歴史的/文化的関連 3. 疫学と有病率への導入 4. 疾患分類 5. 発展途上国における疫学 6. メンタルヘルスにおける民族と文化の問題 7. 疫学のセミナー 8. 有病率のセミナー 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス実施の法的、倫理的枠組みの原則 ・障害の疫学に関連した問題、これらが分類される方法
評価	<ol style="list-style-type: none"> 1. 子どもの発達:小児科的評価 2. 神経精神科的評価 3. 家族の評価:精神医学的観点 4. 家族の評価:家族療法の観点 5. Structural assessment 6. Psychometric assessment の原則 	<ul style="list-style-type: none"> ・異なる観点からの臨床的評価ができる
子どもの発達	<ol style="list-style-type: none"> 1. アタッチメント(愛着) 2. 情緒発達/理解 3. 道徳の発達 4. 認知の発達 5. 言語発達 	<ul style="list-style-type: none"> ・重要な子どもの発達の問題と、それに関連してどのように研究をすすめるかについての知識を獲得する。
研究の方法論	<ol style="list-style-type: none"> 1. electronic database への導入 2. 統計 	<ul style="list-style-type: none"> ・研究に用いられる統計的アプローチの基本的な理解
病因	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族の影響 2. アタッチメントの臨床的観点 3. 児童虐待 4. 子どもの maltreatment 5. 精神的な病気をもつ親 6. リスクとレジリエンス/逆境への反応 7. 感覚の障害 8. 言語の障害 9. 遺伝 10. 脳性麻痺 	<ul style="list-style-type: none"> ・病因と現在顕在化しているエビデンスより、今後の対策をたてる

2～3 学期（1月から8月の9ヵ月間）

	研修内容	到達目標
子どもの精神障害	<ol style="list-style-type: none"> 1. うつ病 2. 自傷と自殺 3. 情緒障害と登校拒否 4. 性的逸脱 5. 身体の病気&障害の精神医学的側面 6. 読字障害 7. 思春期の障害 8. 災害(PTSD) 9. 強迫とチック 10. 精神病 11. 統合失調症 12. てんかんとメンタルヘルス 13. うつ病・・・臨床的問題 14. 不安・・・臨床的問題 15. 精神遅滞 16. 遺尿と遺糞 17. 攻撃性と非行 	<ul style="list-style-type: none"> ・有病率、病因、臨床的特徴を考慮して、それぞれの障害に対する治療的アプローチの知識を 獲得する
治療的アプローチ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 子どもとのコミュニケーション 2. 行動療法 3. 家族との作業 4. CBT 臨床的側面/治療 5. 親訓練 6. 芸術療法 7. 薬物療法 8. 臨床試験(治験など) 	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもと家族への治療についての一般原則と特異的な治療法を含んでいる。 ・医学的治療を行う際にこれまでに明らかになっているエビデンスベースについて知っておくこと
臨床力を向上させるためのワークショップ	<ol style="list-style-type: none"> 1. 摂食障害 2. 学習障害および精神遅滞 3. 多動 4. 強迫とチック 5. 行為障害 6. 広汎性発達障害/自閉症 	<ul style="list-style-type: none"> ・各障害について、評価、診断、治療を総合的に理解し、臨床に役立てる。
子どもの精神医療のサービスの発展	<ol style="list-style-type: none"> 1. サービスの評価 2. 治療の評価 3. 司法の問題 4. 他者への(後輩や他領域スタッフへの)トレーニングスキル 5. サービスについてのプランニング 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療サービスの発展に必要な技術とプロセスを考えることができる。

これが終了すると、終了に値するかどうかの試験を受けるが、その準備についても、履修者、また必要ならば個人的に指導が行われる。

- 付記) 本コースが推薦した児童精神医学の入門書
1. Wolff, Sula. Children Under Stress (Penguin)
 2. Rutter, Michael. Helping Troubled children (Penguin)
 3. Donaldson, Margaret. Children's Minds (Collins)
 4. Phillip Graham. Child Psychiatry, a Developmental Approach (Oxford University Press)
 5. Philip Baker. Basic Child Psychiatry
 6. Goodman & Scott. Child Psychiatry (Blackwell Publishing)
 7. Rutter, Michael & Taylor, Eric. Child and Adolescent Psychiatry 4th edition (Blackwell Publishing)

付記) ロンドン大学精神医学研究所について

本研究所は、1997年に、ロンドン大学として1829年に創立されたカレッジの一つであるKing's Collegeと合併した。本研究所は、精神医学とそれに関連した多岐にわたる分野の研究と実践に専念しているイギリスで唯一の卒後研究所であり、1948年に開設された(表7、表8)。South London and Maudsley NHS Trust (イギリスで最大のメンタルヘルストラスト)の一部であるモーズレー病院と同じ場所を共有しており、病院臨床と研究所はお互いに連携している。

精神医学研究所の起源は、1896年にさかのぼる。著名な神経科医であるFrederic Mottが、精神医学領域を大学レベルのトレーニングコースで履修するという新しい概念を提案した。さらに、かれの概念が成果をあげ始めたのは、London County Councilが、Henry Maudsley医師からの寄付を受けてDenmark Hillに病院を開設することに同意した1914年以降のことである。その後10年以内にモーズレー病院医学学校は、ロンドン大学に正式に認められ、その新しい学校は、1948年に新たに結成したBritish Postgraduate Medic

al Federationの創設メンバーとなり、「Institute of Psychiatry: 精神医学研究所」に名前が改められた。

精神医学研究所の優れた特徴はいくつかある。まず、最大の強みはその研究の戦略および方法と教育の両面の学際的性質にあり、履修者に他に追従を許さない機会を提供している。まず2001年のResearch Assessment Exerciseで最高の評価が授与され、研究の国際的な質の高さが認められた。このことは大変重要である。後にも紹介するが、履修者は、たとえ臨床研修においても、知識と臨床を重ねつつ、早い時期から研究を行うにあたってのストラテジーの基礎を身に着けることが可能となる。他の重要な特徴は、履修者が比較的少人数のグループで教育を受けるようになっていることである。プログラムを通じて指導スタッフと履修者の間に密接な関係が生じる。研究と臨床の専門的知識を持つスタッフに指導を受けることで、履修者は精神医学、心理学、基本的・臨床的神経科学に関連したトピックスにおいて専門的知識を得ることができ、そして臨床家、治療者、研究者、教育家としてのキャリアを高めることができる。なおこの研究所には、精神医学とその関連分野に専念したヨーロッパ最大の図書館があり、約40,000冊の本と200,000巻の雑誌を貯蔵している。さらに、統計とコンピューター部門も備わっており、表1で示したBiostatistics部門では、研究を計画している全ての者は、この部門のアカデミックスタッフによりあらかじめアドバイスを受けることができる。

具体的には、研究所は表1に挙げる部門からなっており、Child and Adolescent Psychiatryはその1部門である。それに関連して表2の研究領域がある。そのため、たとえば児童思春期精神医学の臨床と研究は連携しやすく、またひとつのテーマで生物学的基礎医学から疫学や社会サービスまで学際的連携が可能となる。これは子どもの精神医学の充実と発展にとり重要である。

表 7. 精神医学研究所の部門

-
- Biostatistics and computing
 - Child and Adolescent Psychiatry
 - Forensic Mental Health Science
 - Health Services Research
 - Neurology
 - Neuroscience
 - Psychological Medicine
 - Psychology
 - Social, Genetic and Developmental Psychiatry Research Centre
-

表 8. 学際的研究グループ

-
- Addictions Interdisciplinary Research Group
 - Antisocial Behaviour Interdisciplinary Research Group
 - Disorders of Childhood Interdisciplinary Research Group
 - Emotional Disorders Interdisciplinary Research Group
 - Health Services Research Interdisciplinary Research Group
 - Neurodegenerative Diseases Interdisciplinary Research Group
 - Psychology and Medicine Interdisciplinary Research Group
 - Psychosis Interdisciplinary Research Group
 - Social, Genetic and Developmental Psychiatry Research Centre
-

謝辞

大学病院心の診療部(科)の設置に関するアンケートと調査に協力してお答えいただいた、香川大学医学部附属病院「子どもと家族・こころの診療部」石川元先生、神戸大学医学部附属病院「親と子の心療部」北山真次先生、自治医科大学（とちぎ子ども医療センター）「子どもの心の診療科」阿部隆明先生、信州大学医学部附属病院「子どものこころ診療部」原田謙先生、千葉大学医学部附属病院「こどものこころ診療部」篠田直之先生(青葉病院)、東京大学医学部附属病院「こころの発達診療部」金生由紀子先生、名古屋大学医学部附属病院「親と子どもの心療部」野邑健二先生、横浜市立大学医学部附属病院「小児精神神経科」竹内直樹先生に深謝致します。

本報告書作成のために英国モーズレイ病院/ロンドン大学キングズカレッジ児童精神医学研修コースから発行された資料の提供、和訳の許可、およびわが国での今後の研修についてご教授していただいたコースの program tutor である A nula Nikapota 医師、および Eric Taylor 主任教授に深謝する。

大学病院小児科における子どもの心の診療に関連した卒前・卒後教育の試み

分担研究者	星加明德	東京医科大学小児科教授
研究協力者	宮島 祐	東京医科大学小児科
	武隈孝治	東京医科大学小児科

研究要旨

東京医科大学小児科における、第5学年臨床実習、第6学年選択実習および初期研修における心の問題の診療に携わる外来見学あるいは陪席での研修実態を調査した。いずれの場合も、診療を見学あるいは陪席で立ち会うことができたのは、高機能広汎性発達障害、注意欠陥／多動性障害、軽度知的障害・境界知能、トゥレット障害、不登校などであったが、第5学年選択実習では見学の時間に制限があり十分に実習を行うことは難しかった。第6学年選択実習と初期研修では、十分に実習や研修が可能であった。これらの調査結果からは、軽度発達障害の診療が可能な医師を育成するためには、第6学年の選択実習と初期研修の内容を充実させることが有用と考えた。

A. 研究目的

東京医科大学小児科における、第5学年臨床実習、第6学年選択実習および初期研修における心の問題の診療に携わる外来見学あるいは陪席での研修実態を調査し、有意義な実習、研修のあり方を考えることを目的とした。

B. 研究方法

調査期間は平成18年4月から12月までの9か月間である。第5学年臨床実習では医学部5年生82名を対象とし、小児科で臨床実習を行う2週間のうち1-2回の外来見学を行い、最終日にアンケートを配布し全員から回答を得た。第6学年選択実習は6年生全員が77のコースのうちから希望のコースを選択するものであるが、その中で軽度発達障害のコースを選んだ3名を対象とし、小児科で選択実習を行う4週間のうち9回の外来見学と1日の専門病院（都立梅が丘病院）見学を行い、最終日に

全員から回答を得た。初期研修医は28名で、小児科で研修を行う8週間のうち4回の外来陪席を行い、最終週にアンケートを依頼し26名（93%）から回答を得た。

いずれの場合も症例ごとに診察前および診察後に2-3分程度の説明の時間を設けた。また選択実習と初期研修では、研修開始前に発達障害が疑われる患儿が受診したときに使用する発達や併存症を確認するための問診票（表1）およびDSM-IVの自閉性障害（1）と注意欠陥／多動性障害（2）の診断基準を渡し、その要点を説明した。診察時間に余裕があるときは、診察前に問診をして、その後診察を見学した。患儿と保護者が診察室に入り、担当医が保護者に問診をしている間、診察室あるいは外来待合室で患儿と遊ぶ時間を設定し、行動上の特徴（視線の合いにくさ、体の動き、歩き方、会話のスムーズさなど）を評価し、診察後その評価を担当医に話し症例についての討論をした。選択実習では開始時に個々

にレポートのためのテーマ（反響言語、興味のかたより、物体の一部に熱中する）を設定し、自分たちが経験した症例の臨床録からまとめた結果を最終日に発表した。

C. 結果および考察

第5学年臨床実習、第6学年選択実習および初期研修で見学あるいは陪席ができた疾患を表2に示した。

1. 第5学年臨床実習

外来見学は59名（72%）の学生で可能であった。他の23名（28%）は、病棟での処置、他の専門外来などの見学のため、当外来に付くことができなかった。また見学についても病棟処置の見学や他のミニレクチャーのため1時間以上外来に付くことは難しかった。診察を見学できた疾患は、高機能広汎性発達障害40名（49%）、注意欠陥／多動性障害34名（41%）、軽度知的障害・境界知能21名（26%）、トウレット障害8名（10%）、不登校13名（16%）であった。将来自分の診療で役立つと答えたものは45名（55%）であった。

第5学年臨床実習では、小児科の中で修得すべき知識が多いため、確実に軽度発達障害の専門外来を見学することが難しく、見学ができてその時間が限られていた。

2. 第6学年選択実習

選択実習では、3名中2名が、前述の全ての疾患、1名が不登校を除く全ての疾患の診療を見学できた。診察前の問診は全員が行う機会があった。また研修中全員が待合室で患児を遊ぶ機会があり、視線の合いにくさ、体の動きなどを、診察後担当医に報告してその評価を受けた。心理検査（WISC-III、PF-study など）は3名中2名が見学し、その評価の要点を心理士から聞くことができた。また期間中の1日、都立梅が丘病院の児童病棟を見学し、全員が

とても有意義であったと評価した。第4週目のレポートの発表では、それぞれのテーマとそれに関連した事項をまとめることができた。また3名全員が選択実習は将来自分の診療で役立つと感じ、将来専門病院での研修を希望した。また、全員が特別支援教育に興味を持ち、2名は学校現場も見学したいという希望があった。

第6学年の選択実習では、学生がそのコースを選ぶため研修に意欲があり、外来の終わりまで実習を続けることができるため見学できる疾患も多く、患児と遊びながら行動観察をする機会が多くあり、外来終了後の行動特徴の評価も研修期間の後半には正確になった。特に問診から診察、患児との遊びながらの行動観察、さらにその後の短時間の症例検討という一連の流れは、軽度発達障害を理解する上で極めて有用であるという評価であった。

3. 初期研修

研修医26名全員が外来陪席につくことが可能であった。陪席時全員が高機能広汎性発達障害と注意欠陥／多動性障害の診療に陪席し、また軽度知的障害・境界知能は17名（65%）、トウレット障害16名（62%）、不登校は7名（27%）が診療時の陪席を経験できた。9名の研修医は患児と遊ぶ機会があったが、診療後患児の行動上の特徴について十分に討論することができたのは5名だけであった。5名は全員がとても有意義であったと評価した。将来自分の診療で役立つと感じたものは16名（62%）であった。

初期研修では、第5学年の臨床実習よりは外来での研修の機会が多いが、患児と遊びながらの行動観察の機会はそれほど多くはなかった。

D. 結論 これらの調査結果からは、軽度発達障害の診療が可能な医師を育成するた

めには、第6学年の選択実習と初期研修の内容を充実させることが有用と考えた。

表 1. 問診票

(東京医科大学小児科 2005, 10, 25 第 19 回改訂)

名前 _____ ID-No _____ 男女 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才 _____ か月)

(I) 家族構成・家族歴 祖父、祖母、父、母、兄弟姉妹
[M: ADHD, PDD, OCD] [言語発達遅滞]

(III) 妊娠中 1) 切迫流産、性器出血、中毒症
2) 入院 十、一

(IV) 周産期 1) 在胎週数：予定日前・後 _____ 日
2) 分娩 a 分娩遷延(24 時間以上) b 仮死 c 吸引 d 帝王切開
3) 生下時体重 _____ g

(V) 発達 1) 独歩 誕生日前・後 _____ カ月
2) 始語 誕生日前・後 _____ カ月
3) 12ヶ月での言語理解 十、一、?
4) 視線があう 十、一
5) 利き手：右・左・両手
6) 昼間おしめがとれた _____ 才 _____ カ月
7) 二語文 (_____ 才) その後のおおむ返し 十、一 独言 十、一
8) 幼稚園・保育園(入園年齢 _____) 社会性 良・否
最初の頃泣いてばかりいた、教室には行っていけなかった、
みんなと一緒に行動ができないなど
9) 幼児期の反抗期 十、一

(VI) 発症時・増強時の退行
1) 急にあまえる 2) 膝の上に乗りたいがる 3) 体をすりよせる
4) イライラする 5) 乱暴になる
6) 赤ちゃんがえり：退行年齢 (_____) 歳

(VII) 既往歴 1) 熱性痙攣 十・一 _____ 才 _____ 才 _____ 回
併存症 2) 疼痛(頭痛、腹痛、胸痛、下肢痛、その他)
頭痛:a 部位, b 拍動性, c 前兆(視覚・その他), d 消化器, e 家族歴
3) 自律神経症状(嘔気、めまい、微熱、倦怠、その他)
4) 下痢・便秘
5) チック(運動、発声)(家・電車・病院・診察室)
6) 排泄障害(夜尿、昼間遺尿、遺糞、頻尿)
7) 睡眠障害(夜驚、夢中遊行、悪夢、不眠、下肢痛、その他)
夜驚 発症 _____ 才、 _____ 回/週、