

どを把握して適切な見立てをすることに役立った。

②成人の患者さんを見るときにその子どもにも配慮するようになった

成人の患者さんの診療では、ともするとその患者さんの子どもの状況に対する配慮がなくなるが、その点を意識するようになった。

(5)子どものこころの診療にかかわるチーム医療の重要性が認識できた

看護師、心理士はもとより、保育士、MSW、チャイルドライフスペシャリスト、作業療法士などのこころの診療に対する役割が大きく、それらを含めたチーム医療の重要性が認識できた。また、他の科との連携に関する重要性も経験した。更に、虐待のケースなどを通して、児童相談所、地域などとの連携についても認識できた。

2) 診療に関して学ぶことができたと言われたのは以下のとおりである

①虐待ケースへの介入方法と子どもや家族への対応方法

②遊びなどを利用した子どもへの面接方法と治療方法

③子どもに対する薬物療法

④発達障害の診断と治療

⑤愛着の分類や愛着障害の診断を含めた親子関係の見立て

⑥家族に対する支援の方法

⑥疾患を持った子どもと家族に対するチーム医療

⑦周産期のメンタルヘルスケア

3) 今後の方向性に関して

今後の方向性に関しては終了した2名にのみ聞いている。1名は成人の精神科診療を学んだ後に子どもの心の診療を行いたいと述べていた。1名はそのバックグラウンドの影響もあり、周産期の精神保健を中心として

係わっていききたいとの希望があり、研修終了後も定期的(週2回)に研修を受けることを希望して継続している。

3. スタッフおよびレジデントへの聞き取り

1) レジデントへの意見

2年目のレジデントへの聞き取りを行った。その結果、以下の意見が聴取された。

(1) 負担に関して

大きな負担は感じなかった。その背景として、中期研修対象医がすでに1年間の精神科研修を終えていること、またそのような研修を受けたいと考えている医師のモチベーションの高さがあることが挙げられていた。しかしながら、1年目のレジデントがかかわることは困難であろうとの指摘があった。1年目のレジデントは自分たちが同じレベルであり、余裕がなく、指導は困難であるとのことであった。

(2) 自分たちのメリットに関して

①間違ったことを教えるわけにはいかないという意識があり、そのために、あやふやなことをなくすなど、教えることで自分の勉強になる。

②いろいろな人と係ることで、違った視点を持つことができるようになり、また、ネットワークも広がる。

2) スタッフの意見

(1) レジデントの力を利用した体制が必要
スタッフ自身が臨床やその他の仕事が多く、全て直接教えることは困難である。シニアレジデントとともに研修することが望ましい。

(2) 担当する患者さんの選択に配慮が必要
3か月の限界として、複雑な患者さんや長期化が予想される患者さんの担当になることは困難である。配慮が必要であるが、概ね、レジデント同士での対応でうまくいっていると考えられる。

(3) 子どもの心の診療に興味を持つ医師が増加することへの喜び

最終的には子どもの心の診療を専門としなくても、その視点を持つ医師が増えることは歓迎すべきである。

(4) 時期による多少の差異がある

セミナーが1年を通してのプログラムになっているため、時期による差が生じる。また、疾患に関しても時期的な差は多少存在する。しかし全てを経験することは困難であり、致し方ないと考える。また、現時点で中期研修のみを対象としたセミナーを組むことは現実的に不可能である。

(5) 小児病院でチーム医療を経験する医師が増加する

チーム医療は非常に重要であるが、身体を中心とした診療科と子どもの心の診療医がチームを組んで診ることができるのは小児病院である。心身が未分化な子どもの診療においては非常に重要な視点であり、それを体験する医師が増えることは望ましい。

D. 考察

1. 期間に関して

子どもの心の診療の入院期間に関しては、検査等の特殊な入院を除いては多くは3か月程度を要する。従って、1か月の研修ではその対象は限られる。また、子どもは発達段階によって大きな差があり、なるべく多くの段階の子どもを経験することを目的とすると、最低3か月は必要であると考えられる。実際、今回研修を受けた医師は皆多くを学んだと答えていたが、これまで1か月の研修を受けた数人の医師は外来の陪席が最も学べた場となってしまう、実際の経験を積むことが困難であると考えられた。

長期になればなるほど、学べることは多くなるが、中期研修は子どもの心の専門医としての研修ではなく、多くは元の科での臨床を行うことになることを考慮すると、3～4か

月が妥当な期間であると考えられる。

到達目標の達成度をみても、技能の達成に大きく関与しているが、これだけの技能の達成には3ヶ月間は必要な期間であると考えられた。

2. 意義

中期研修の修了者に、子どもの心の診療を定期的に行っている医師の到達目標の達成度を判断したところ、いずれの医師も、幅広い分野の達成がなされていた。昨年度報告した短期研修では、発達障害に特化した研修であった。短期研修である程度の知識と技能を身につける場合には、比較的狭い範囲に特化した研修にならざるを得ない。それに比較して、中期研修では、子どもの心の診療医として、幅広い知識と技術を身につけることができる。更に、到達度をみると知識以上に技能が身についたと自己評価していることがわかる。医師として、技能が身に着くことは非常に重要な要素であり、その意味での3か月の研修は意義があるものであったと考えられる。

中期研修を望む医師は、子どもの心の専門医になるかどうかを決めているわけではない。研修を通して興味を持って子どもの心の専門医としての研修に進む医師もいれば、もともとの科での医療を行っていく医師もいる。前者はもちろん、後者にとっても中期研修は意義があることが明らかとなった。今回はすべて精神科医であったが、彼らが、子どもを診ることの敷居が下がり、ある程度の診療が可能になり、疑問を持った時に教えてもらう人材を知り、自分が診ることのできる範囲がわかるということは、子どもの心の専門医にならなくても、子どもにとって重要な人材が増加することにつながるからである。また、成人を診ていても、その子どもにも配慮するようになることは、子どもの心の健康にとって非常に重要な視点である。今回の経験

を通して、少なくとも精神科医にとっての3か月の研修は意義があると考えられた。今後、小児科医に対する3か月研修に関しても行って分析することが必要と考えられる。ただし、小児科の場合、その不足から3か月の研修をうけるだけの余裕がない場合が多く、その点の変化が必要である。

3. 達成できたこととできないこと

前述の如く、子どもの心の診療を定期的に行っている医師の到達目標でも幅広く目標に近づいており、特に技能の達成が大きかった。

内容的にも、発達障害児の不応、摂食障害、身体的疾患への不応、事故等のトラウマによる症状、など、比較的短期に対応することができる病態への診療を学ぶことはできた。ただし、一人ですべての診療を行うには継続した経験が必要である。

3か月では長期的な対応を学ぶには至らないが、他のレジデントの症例検討などを通して、間接的に体験することはできる。

また、院内の連携は比較的多く体験できるが、教育・福祉などの院外連携に関しては、観察はできるが責任を持った形で体験することは困難である。

4. 対象とすべき医師

上記の意義を踏まえ、実情を勘案すると、中期研修の対象は専門研修2年目が妥当であると考えられる。その理由は以下のとおりである。

1) 研修を終えて、勤務している医師や開業している医師が3か月間の新たな研修を受けることは困難である。

2) 発達の視点、親子関係や家族の視点、心身未分化な状態を見る視点、など複雑な「子どもの心の診療」を体験するためには、フレキシブルな時期である研修の時期が望ましい。

3) しかしながら、初期臨床研修が終了したばかりで「子どもの心の診療」を学ぶことは難しい。精神科（もしくは小児科）を最低1年研修することで、その基礎が築かれる。子どもの心の診療はどちらかの基礎知識の上に成り立つものとする必要がある。このことはアイデンティティーの問題とも絡む。

4) 多くの専門研修は2年間であり、2年目が妥当と考えられるが、3年間の専門研修を行っているところでは3年目でもよいと考えられる。

5. 小児総合医療施設での中期研修

中期研修を行うには、子どもの心の研修のプログラムを持っていることが必要である。つまり、子どもの心の診療に関するレジデント研修を行っている医療機関が行うことが望ましい。その場合、児童精神科病棟を持つ精神科医療機関、小児総合医療施設、子どもの心の診療科を持つ大学病院などが考えられる。それぞれの特徴を活かした中期研修を提供できることが望ましいと考える。

小児総合医療施設の特徴としては、新生児（時には胎児）から思春期までの「子ども」を対象としていること、身体と心の両面を対象としていること、ハードもソフトも「子ども」の視点が重視された環境にあること、などを挙げることができる。その中で、子どもの発達を知ることができ、子どもにとっての体と心の関係を知ることができ、親子関係に関しても学ぶことができる。これらは子どもの心の診療を行う上で非常に重要な視点であり、正常を含めてこの点の経験を得られることは重要である。

一方で、精神科病床を持たない小児総合医療施設が多い現状では強度の行動障害や強い自殺企図のある子どもの治療を体験することができない。しかしながら、中期研修を希望する医師は必ずしも子どもの心の専門医になる医師ではないことを考慮すると、ど

の程度の問題に関して、最終治療が行える施設に紹介するかを学ぶことが有効であると考えられる。

従って、小児総合医療施設は子どもの心の診療の中期研修の場として有効な医療機関の一つであると考えられた。

E. 結論

小児総合医療施設で実際に 3 か月の子どもの心の診療に関する中期研修を行い、その状況を分析した。その結果、小児総合医療施設における中期研修は意義があるものと考えられた。

添付資料 1

子どもの心の診療を定期的に行っている医師の到達目標 （「子どもの心の診療医」の養成に関する検討会報告書より）

2-A) 一般到達目標

- ①子どもの心の問題について、中等症例までの対応と適切な紹介ができる。
- ②子どもの心の問題に関係する社会資源と連携して、子どもの精神保健に積極的に係わることができる。
- ③子どもの心の診療を専門としない医師（研修医を含む）に助言を行うことができる。

2-B) 個別到達目標

(1) 知識

- ①主な発達理論を簡単に説明できる。
- ②家族の関係性及び機能（愛着、母子相互作用など）について簡単に説明できる。
- ③子どもの発達に関し、定型発達例、異常例について説明できる。
- ④子どもの行動の問題に関し、介入の必要性の判断について説明できる。
- ⑤DSM、ICDについて簡単に説明できる。
- ⑥多軸診断について簡単に説明できる。
- ⑦子どもに認められやすい精神障害の診断について説明できる。
- ⑧子どもの精神障害の予後とそれに関与する因子に関して説明できる。
- ⑨早期発症の統合失調症・気分障害の症状に関して説明できる。
- ⑩精神障害の生物学的要因と心理・社会的要因について簡単に説明できる。
- ⑪行動・精神面の症状を示す身体疾患について説明できる。
- ⑫薬物による行動・精神面への作用と副作用について説明できる。
- ⑬成育環境の問題により生じる子どもの心の問題について説明できる。
- ⑭子どもに対する向精神薬について適応、投与方法、副作用、留意点を説明できる。
- ⑮子どもの心の診療に必要な身体的検査について説明できる。
- ⑯子どもに行われる発達検査について簡単に説明できる。
- ⑰子どもの心理・社会的治療について簡単に説明できる。

(2) 技能

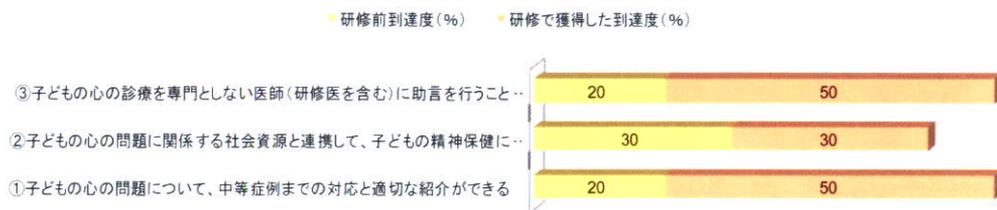
- ①子どもや家族に対する面接を通して発達歴、学校での状態など診断に必要な情報を適切に集めることができる。
- ②子どもの神経学的状態を適切に評価することができる。
- ③子どもの発達や行動に関し、異常の判断ができる。
- ④子どもに認められやすい精神障害の診断ができる。
- ⑤子どもの身体疾患との鑑別ができる。
- ⑥合併症のない発達障害に対して療育に関する助言や治療などの対応ができる。
- ⑦子どもの心の問題について、外来での対応や治療ができる。

- ⑧入院の必要性を判断でき、適切な病院に紹介できる。
- ⑨行動・精神面の問題に対して、必要に応じた薬物療法を行うことができる。
- ⑩向精神薬の副作用について対応することができる。
- ⑪子どもの心の問題について、その診断、背景要因、対応方法を保護者に説明することができる。
- ⑫心に問題のある子どもの保護者に、子どもへの対処の仕方を助言することができる。
- ⑬適切な補助診断や鑑別のための検査（心理検査、発達検査、代謝スクリーニング、染色体検査、内分泌検査、脳波、脳画像検査など）を選択できる。
- ⑭保護者の精神的状態について把握することができ、適切な対応を行える。
- ⑮親子関係の問題について評価を行い、対応方針を立てることができる。
- ⑯虐待を受けた子どもとその保護者に対して、関係者と連携をとりつつ適切な対応ができる。
- ⑰発達障害の早期発見ができる。
- ⑱保健所・保健センター、学校、児童相談所、精神保健福祉センター、行政機関へ、心の問題のある子どもとその保護者への対応について、適切な助言ができる。
- ⑲子どもの心の診療を専門としない医師に対して（研修医を含む）適切な助言を行い、一緒に診療することができる。

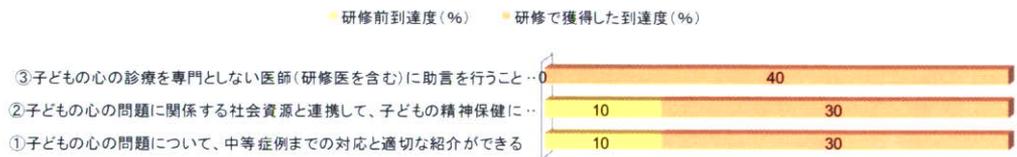
添付資料 2

中期研修を受けた医師の到達目標達成度

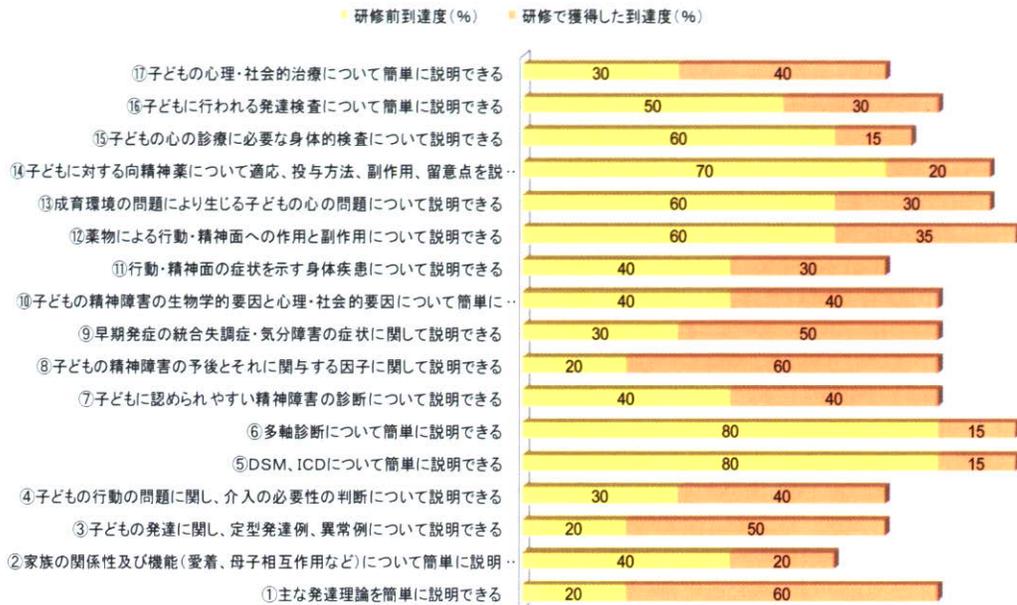
一般到達目標(A医師)



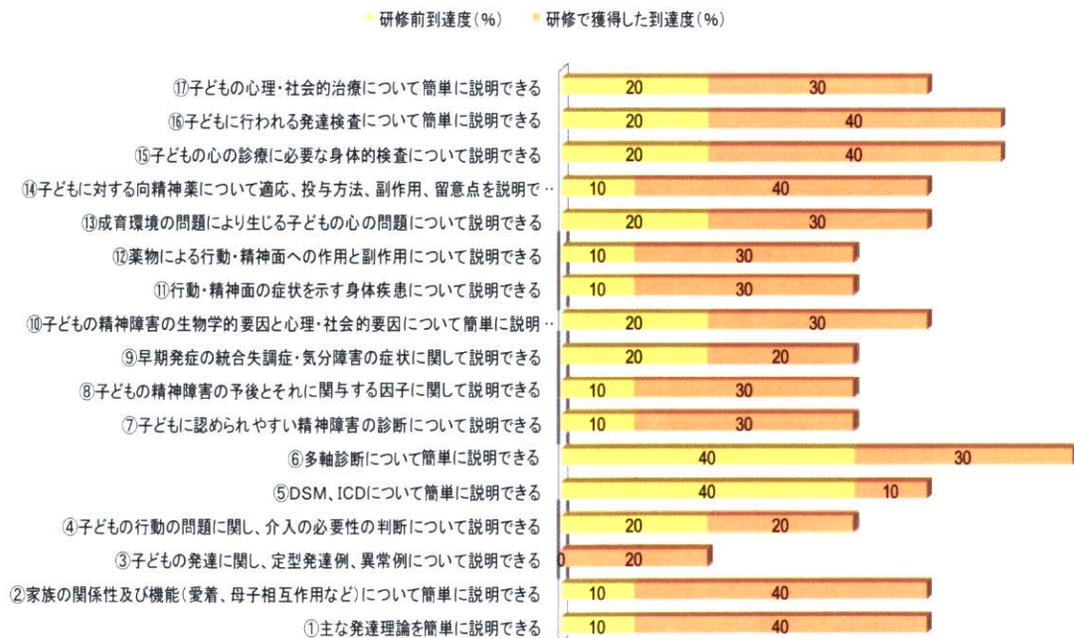
一般到達目標(B医師)



個別到達目標—知識(A医師)

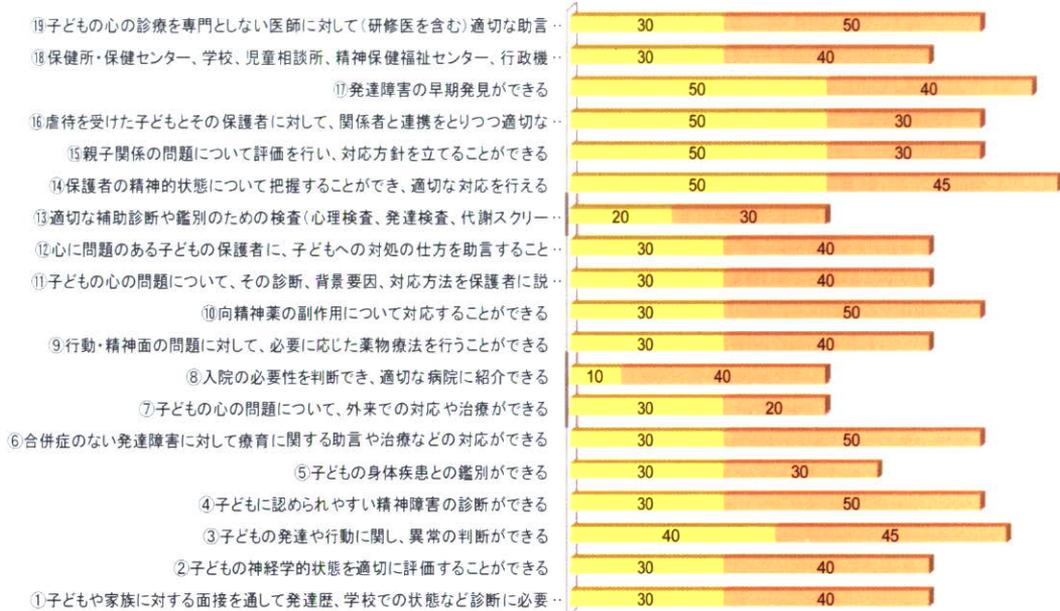


個別到達目標—知識(B医師)



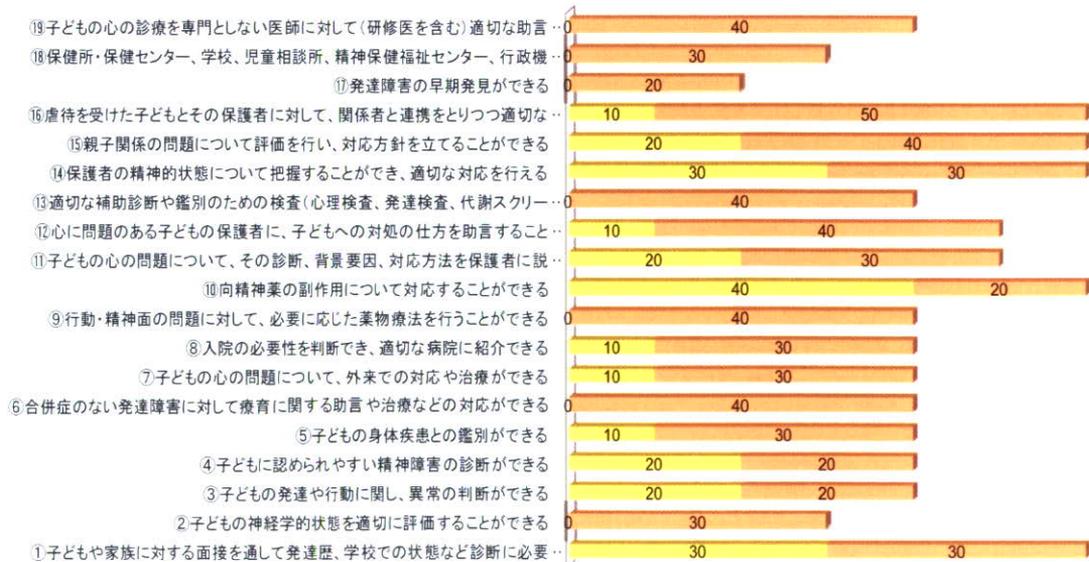
個別到達目標—技能(A医師)

● 研修前到達度(%) ● 研修で獲得した到達度(%)



個別到達目標—技能(B医師)

● 研修前到達度(%) ● 研修で獲得した到達度(%)



子どもの心の診療システムにおける小児総合医療施設の在り方 ～子どもの心の診療実態調査より～

分担研究者 奥山眞紀子 国立成育医療センター こころの診療部
研究協力者 星野 崇啓 埼玉県立小児医療センター 精神科
長田由貴子 国立成育医療センター こころの診療部
庄司 順一 日本子ども家庭総合研究所・青山学院

研究要旨

【目的】子どもの心の診療で中心的な役割を取ることが期待されている小児総合医療施設の診療に関しての実態を調査して、子どもの心の診療システムにおける小児総合医療施設の位置づけを明らかにすることを目的とした。

【方法】小児総合医療施設26施設に診療実態と院内・院外との連携に関する質問紙を郵送配布し、郵送で回収した。

【結果】23施設（88.5%）より回答があり、18施設に子どもの心の診療を担う科が存在していた。常勤医が0～1人という小規模の施設と4～5人という大規模の施設があり、その結果、紹介患者数、新患者数などをみても、二極分化している傾向が見られた。全体として初診待ち期間は長く、1か月以内に初診できる場所は半数以下であり、半年以上の待ち期間がある施設が17%存在した。他の医療機関からの紹介を受け、セカンド・オピニオンなどにも対応している一方で、触法、薬物依存、強度の行動化などへの対応は困難であり、多くの施設が紹介先を確保している状況であった。

【考察】小児総合医療施設は子どもの心の診療においても専門的診療が求められているが、その中でも、主として急性期の病態への対応や身体症状のある病態への対応がその使命と考えられた。長期にわたる病態や強度の行動化などの病態に関しては、精神科専門病院や治療型児童福祉施設などとの連携が必要である。初診待ち期間に現れている小児総合医療施設における子どもの心の診療体制の貧困さへの対応とともに、関連する病院や施設の充実が求められる。

A. 研究目的

子どもの心の診療にかかわる人材を育成するためには子どもの心の医療システムを構築することが必要である。このことは、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課が主導となって設けられた「子どもの心の診療医」の養成に関する検討会の報告書（平成19年3月）においてもその重要性がうたわれている。

各地に設置されている小児病院は医療システムの中心的存在として期待されている。しかしながら、初年度の調査において、3/4近くの

病院が子どもの心の診療を担当する医師が存在するが、必ずしも十分な状況ではないことが明らかになっている。

今年度は、それらの施設に対して、医療システムの問題として、院内・院外の連携状況を把握する目的でアンケート調査を行った。

B. 研究方法

【対象】

平成18年度の日本小児総合医療施設協議会名簿に載っている26施設にアンケートを郵送

して調査を行った（日本小児総合医療施設協議会には平成19年度に更に3施設加盟しているが、過去1年間の受診数などの質問項目が妥当と考えられないため、平成18年度の名簿で配布を行った。

【方法】

添付資料1に示す質問紙を各医療機関に郵送して、郵送により回答を得た。

C. 研究結果

1. 回収率

回答数は23か所で88.46%であった。

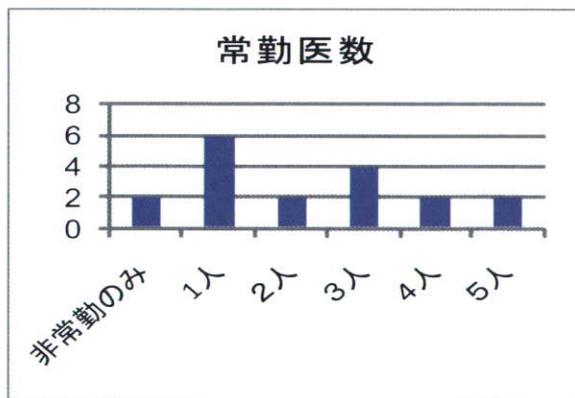
2. 子どもの心の診療を行う科の存在

あるとの回答は18か所、78.26%であった。

以下はあると回答した18か所の病院の回答である。

3. 医師

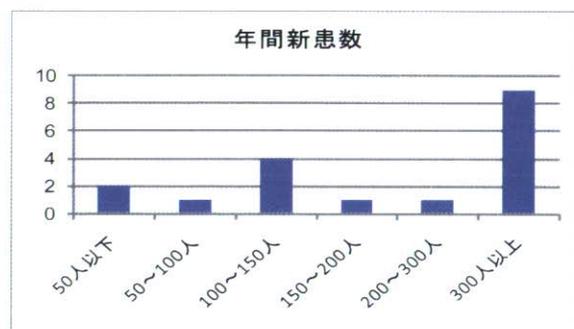
常勤医の数は0人から5人まで分布しており、常勤医がいない施設も2か所あり、常勤医が1人という施設が最も多く6ヶ所であった。全体では40人の常勤医がおり、18施設の平均は2.22人であった。また、常勤的非常勤（レジデント）は7施設、13名であったが、6人が1か所、2人が1か所であり、偏りがあった。常勤、非常勤総計72名の医師が所属していたが、その専門は、小児科医23名、精神科医47名であり、2名は不明であった。



4. 年間新患数

年間新患数は300人以上が9施設と最も多

かった。



5. 入院施設に関して

当該科での入院が可能な施設は12施設であり、科が存在する施設の2/3、全体の約1/2であった。専門病棟と混合病棟は半数ずつであり、専門病棟の2/3（4か所）が精神科病棟であった。

入院の対象として、対象外とされていたのは触法の子どもたちであり、物質依存および激しい行動化を対象とできると答えたのはそれぞれ1施設に過ぎなかった。

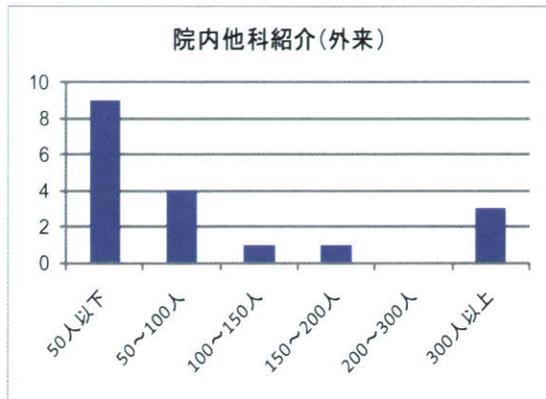
	可能数	%
1) 食行動異常	9	75
2) 自傷、自殺企図	4	33.33
3) 激しい行動化	1	8.33
4) 乳幼児	5	41.67
5) 一時保護委託による入院	9	75.00
6) 物質依存（薬物、アルコール等）	1	8.33
7) DID(解離性同一性障害)	4	33.33
8) 触法行為	0	0
9) 身体疾患の合併症を持っている患	11	91.67

入院病棟を持たない6施設のうち、近隣もしくは県外に紹介できる病院があると答えたのは前者が3施設、後者が0施設であり、紹介できる病院が確保されているのは3施設に過ぎなかった。必要に応じて病院を探したり、児童相談所と連携して入所施設の利用を行うなどの工夫がなされていた。

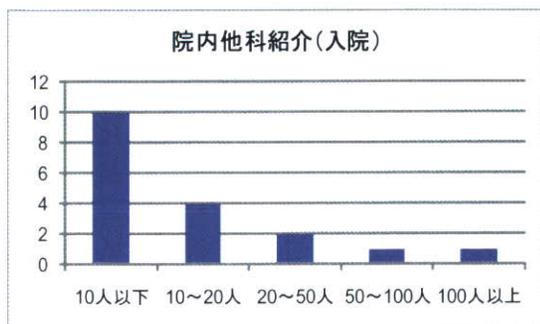
1) 困難でも外来で診る。	3
2) 近隣に入院可能な病院があるので紹介する。	3
3) 近隣にはないが、県外に紹介できる病院があるので紹介	0
4) 状況と必要に応じて病院を探している	5
5) 出来るだけ入院させないようにしている	1
6) 入院の必要そうな患者は受診前に断る	1
7) 児童相談所等と連携し、入所施設の利用を考える。	4
8) その他	1

6. 院内他科との連携

院内他科からの紹介の外来受診は 300 人以上が 3 か所ある一方、9 か所が 50 人以下であり、二極分化していた。



院内他科からの紹介入院患者は年間でも 10 人以下の施設が圧倒的に多く、10 施設を占めていた。しかし、アドバイス（コンサルテーション）を行うことは 17 施設で行われており、親への対応、薬物の使い方、子どもへの対応などの相談に乗ることが多い傾向が認められた。また他科の医師との連携はうまくいっていると思うと答えていたのが 11 施設と 61.1%をしめていたが、一方で、良い連携をとれる科とそうでない科があると答えた施設も 4 か所 (22.2%) あった。また、他科との連携がうまくいかない場合の原因としては、精神治療に対する大きすぎる期待と現実の落差、話し合う時間調整の困難さ、看護スタッフの対応の問題などが比較的多くあげられていた。



相談内容	施設数
1) 睡眠薬・向精神薬等の使い方	13
2) 情緒的に不安定な親への対応方法	15
3) 子どもの病棟での問題行動（暴力・リストカット等）に対する対応方法	10
4) 不適切養育家庭に対する支援方法	6
5) 入院生活により不安定になっている子どもへの	12
6) その他	2

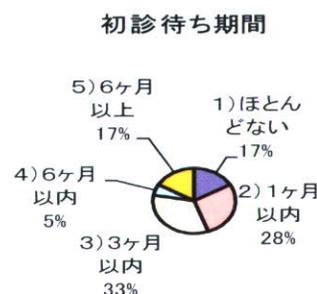
7. コメディカルスタッフ

心理士はすべての病院に配置されており、常勤は合計 36 人で平均 2 名の常勤心理士配置となっていた。言語療法士、理学療法士が各 17 施設、作業療法士、医療ソーシャルワーカー (MSW) が各 16 施設と多く配置されていたが、MSW は常勤 17 名であり、1 名しか配置されていないところが圧倒的に多いことがわかった。一方で保健師が配置されているのは 8 か所と半数以下であり、精神保健福祉士 (PSW) の配置は 5 か所と少なかった。

	いる	常勤	非常勤
1) 心理士	18	36	27
2) 作業療法士	16	42	4
3) 言語聴覚士	17	35	11
4) 理学療法士	17	68	3
5) 保健師	8	11	2
6) 医療ソーシャルワーカー	16	17	6
7) 精神保健福祉士	5	5	2

8. 初診の受診待ち期間

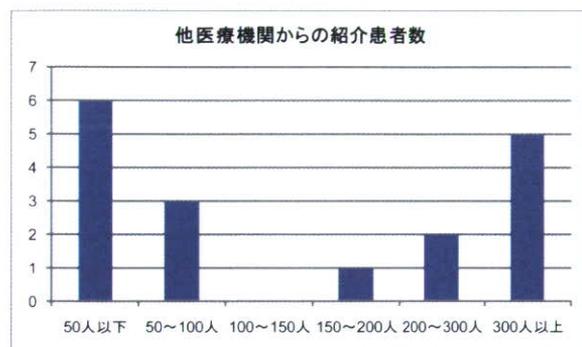
初診待ち期間は殆どないが 17%、1 か月以内が 28%であったが、1~3 か月が 3 割と最も多く、半年以上も 17%存在した。2/3 の施設では、初診の待ち期間を長くしないために何らかの工夫をしていた。



9. 院外連携

1) 医療機関との連携

医療機関からの紹介数は 50 人以下と 300 人以上が多く、二極分化していた。



セカンド・オピニオンに関する紹介を受けている施設は 10 施設あったが、そのうち 7 施設は年間 10 ケース以下の対応であった。

逆に、自施設での治療が困難となった場合に近隣に紹介で切り医療機関に関しては複数あると答えた施設が 12 か所 (2/3) あり、1 か所あると答えた 4 施設を合わせると、16 か所、つまり 88.9% は紹介先をもっていた。

逆紹介に関しても 11 か所 (61.1%) の病院では行うことがあると答えている。ただし、その数は 10 ケース以下が 8 施設と圧倒的に多い。

地域の医療機関との連携を良くするために何らかの工夫している施設は 15 施設 (83.3%) であり、定期的な勉強会を開催していると言う施設が多かった。

	回答数
1) 定期的に勉強会を開催し、知識の共有をはかっている。	8
2) 紹介された患者について電話交換等を密に行っている。	5
3) 子どもの心の病気を理解してもらうためパンフレット等を作成・配布している。	1
4) 特に何もしていない。	3
5) その他	2

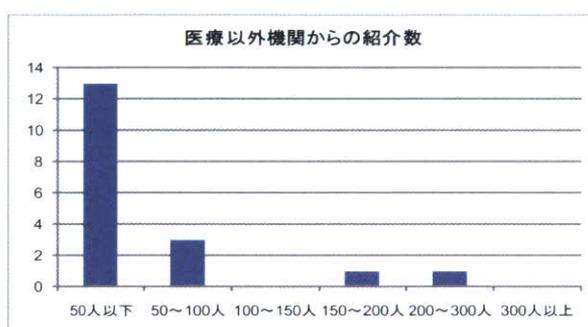
小児病院から地域の医療施設への要望としては、11 施設 (61.1%) が軽症例の診察

と他機関との連携の増加を望んでいた。

地域医療施設への要望	回答数
1) 軽症例の診療を積極的にしてほしい	11
2) 重症例の診療も積極的にしてほしい	1
3) 医療以外の関係機関 (児童相談所や保健所、学校等) と連携をとってほしい	11
4) 特いない	4
5) その他	0

2) 医療機関以外との連携

医療以外の地域関係機関からの紹介は概して少ない傾向が見られた。



紹介理由としては 1 施設を除いて全ての施設で精神医学的評価・診断・治療が挙げられており、その他、発達評価・指導、医学的検査も多くみられた。

紹介理由	回答数
1) 発達評価および指導	11
2) 医学的検査を希望	10
3) 精神医学的評価・診断・治療	17
4) 医学的所見についての診断書作成	9
5) その他	0

地域関係機関との情報交換に関しては、「頻繁に行っている」、「ケースによって行っている」を合わせると 13 施設 (72.2%) に上っていた。

電話等による情報交換	回答数
1) 頻繁に行っている	3
2) ケースによって行っている	10
3) ほとんど行っていない	3
4) 行っていない	2

行っていない、ほとんど行っていないと答えた 5 施設すべて、その理由として「電話等

の間接的手段での情報交換は避けている」と答えていた。

他機関との間で行うケース会議に関しては、週1回以上という頻回な会議を行っている施設も2施設ある一方で、「ない、もしくはほとんどない」も3施設あった。2～3ヶ月に1回ぐらいと答えた施設が8施設(44.4%)あった。ケース検討を行っていない施設ではその理由としてすべてが「時間がない」を挙げていた。

ケース会議	回答数
1) 週1回以上ある	2
2) 月に1～3回くらいはある	2
3) 2～3ヶ月に1回はある	8
4) 半年に1回くらいはある	2
5) 1年に1回くらいはある	1
6) ない、もしくはほとんどない	3

地域関係機関への訪問に関しては、無回答の施設があり、9施設が「ある」、6施設が「ない」と答えていた。訪問先としては、学校・教育センターが9施設中8施設が挙げており、ついで、児童相談所、保育園・幼稚園となっていた。

訪問先	ある
1) 学校・教育センター	8
2) 保育園・幼稚園	4
3) 保健センター・保健所	2
4) 児童相談所	6
5) 市町村役場(福祉課等)	2
6) 児童福祉施設	3
7) そのほか	1

訪問の目的に関しては、学校・教育センターへは「講演・指導」が7施設、「対応について相談」が3施設、「ケース会議・情報交換」が2施設であった。保育園・幼稚園には「対応について相談」が3施設あり、「講演・指導」「ケース会議・情報交換」がそれぞれ1施設であった。保健センター・保健所に関しては、「診察」「対応について相談」「講演・指導」が各1施設であった。児童相談所へは「対応について相談」「ケース会議・情報交換」が各3施設、「診察」「講演・指導」

が各2施設であった。福祉課等の市町村役場へは「診察」の1施設のみであった。児童福祉施設へは「診察」「対応について相談」「講演・指導」「ケース会議・情報交換」が各1施設あった。

3) 要保護児童対策地域協議会

虐待を受けている子ども、養育に問題のある家庭の子ども、非行の子どもなどの要保護児童に対する地域ネットワークが2004年の児童福祉法改正で確立され、2007年の児童虐待の防止等に関する法律で努力義務化された。その名称が要保護児童対策地域協議会であるが、それを知らないと答えた施設は10施設で半数以上であった。出席したことがあると答えたのは、5施設に過ぎなかった。

D. 考察

1. 小児総合医療施設(小児病院)での子どもの心の診療の実施に関して

約8割の施設で子どもの心の診療を担う科(精神科、心療内科など)が存在していた。本来は100%存在していることが理想であるが、小児総合医療施設協議会に所属する施設は典型的な小児病院のみではなく、その影響がみられると考えられた。今後、全ての小児総合医療施設に関しては、子どもの心の診療を行うことができることが望まれる。

科が存在する18施設のうち、入院できる施設は12施設であり、専門病棟を持つ6施設のうち4施設が精神科病棟という結果であった。つまり、入院の形態はさまざまである。今後、それぞれの利点、欠点を検討する必要がある。

本研究では、医師の数、年間新患数、紹介患者数などをみると、常勤医4～5人の比較的大きな規模で医療機関からの紹介を積極的に受け入れている施設と、常勤医が0～1人の非常に小さな診療体制と二極分化している傾向がうかがわれた。0～1人の診療体

制は非常に不安定であること、入院を支えるためにはある程度の規模が必要なこと、などを考えると、ある程度以上の規模の診療科が必要である。実際、常勤医一人で行っていた診療科が閉鎖になったり、2人程度で行っていた診療科が入院を持たない体制に移行したりという現状がある。それを踏まえて、体制の整備を行うことが必要である。

また、初診待ち期間は「ほとんどない」「1か月以内」を合わせても45%と半数に満たず、一方で、半年以上の待ち期間がある施設も17%にのぼっていた。この結果は明らかに子どもの心の診療体制の貧弱さを表していると考えられる。小児総合医療施設はもとより、その他の子どもの心の診療体制を含めて充実させていく必要がある。

2. 小児総合医療施設が対象とする病態と子どもの心の診療システム

今回の調査で明らかになったのは、子どもの心の診療システムにおける小児総合医療施設の位置づけである。対象疾患として、「触法行為」を含めた施設はなく、「物質依存」や「激しい行動化」のある子どもを入院させることができると答えたのは各1施設にすぎない。一方で、身体疾患を合併した子どもや食行動異常を見ることができると答えた施設は12施設中それぞれ、11施設、9施設と多い傾向があった。

また、自施設で対応しきれない子どもの紹介先を確保している施設は16か所存在し、小児総合医療施設で全ての子どもの治療を完結させようという姿勢ではないことが伺える。一方で、医療機関からの紹介を取っているところが多く、セカンド・オピニオンを扱っているところも多かった。

これらのことを総合して考えると、小児総合医療施設は専門性を必要とする子どもの心の診療を行っているが、行動化の激しいなど非常に重篤な子どもの最終医療機関では

ない。

海外でも小児病院では急性期の専門医療を提供し、長期的な対応や強度の行動化を伴う子どもは長期の入院も受け入れる精神科専門病院もしくは、治療ができる施設に転院することが一般的である。

一方、小児総合医療施設では身体的治療が必要な子どもに関しては、多くの専門家を有する特性を活かして、その治療に当たることが可能である。本調査でも、他科との連携は比較的うまくいっていると考えている施設が多く、院内他科からの紹介も半数程度が年間50人以上であった。子どもは成人に比べて身体化が多く、身体疾患が精神発達に影響して心の問題を持つこともあることから、小児病院の特性を活かした取り組みが求められている。

3. 医療以外の地域関連機関との連携

小児総合医療施設では医療以外の地域関連機関との連携も比較的積極的に行われていた。一方で、「要保護児童対策地域協議会」の存在自体を「知らない」と答えた施設が半数以上を占めており、地域連携に関する知識の普及も必要と考えられた。地域との連携が今後も発展されていくことが望まれる。

E. 結論

小児総合医療施設での診療実態から、小児総合医療施設での子どもの心の診療は非常に小規模の施設と比較的充実した施設と二極分化しており、全体として初診待ち期間も長く、体制整備が必要である。

また、小児総合医療施設はその専門性を生かして、比較的急性期の治療効果のある病態、中でも身体症状を伴う病態を対象とすることが求められる。そのためには、紹介を受けるのみならず、長期入院が可能な精神病院や治療型児童福祉施設との連携が必要である。

小児総合医療施設（小児病院）における 子どもの心の診療医の育成に関する提言

分担研究者 奥山真紀子 国立成育医療センター こころの診療部

研究要旨

平成17～19年度に行ってきた小児総合医療施設に関する研究、①小児総合医療施設での子どもの心の診療と人材育成の実態に関する研究、②あいち小児保健医療総合センターにおけるプライマリドクターへの短期実践研修のこころみ、③成育医療センターでの3か月中期研修のこころみ、をもとに「小児総合医療施設における子どもの心の診療医の育成」に関する提言を作成した。

1. 子どもの心の診療医の研修を行うことができる診療体制の充実

小児病院における子どものこころの診療を担う人材を育成するためには、安定した体制が必要であることが明らかとなった。小児病院でのこころの診療体制は必ずしも順調に発展してきているわけではない。この3年間においても、新しく科ができた病院もあれば、縮小になった病院もある。その背景としても、診療体制の小さい機関では廃止の方向が取られる場合もあり、診療体制の規模は重要である。海外の小児病院ではどこでも精神科（子どものこころの診療）が存在しており、その役割が比較的明確になっている。これまでの調査などから小児病院でのこころの診療に必要と考えられる項目は以下のとおりである。

(1) 小児病院の役割を明確にする

① 外来診療の充実

国際的には、この四半世紀、子どものこころの診療は外来診療が中心となってきている。その中で、小児病院はできるだけ子どもが地域の中で生活しながら治療を受けられるような工夫がなされる場所であることが望ましい。研修もそれを意識した研修とすべ

きである。

② 地域精神保健の充実とそのリーダーとしての役割

上記のように子どもを地域から引き離すのではなく、できるだけ地域の中でこころの健康を保つようにするためには、地域精神保健の充実が必要である。日本では成人精神科診療ではそれが目指されているが、子どものこころの診療では地域の精神保健が充実していつと言い難い。小児病院は地域精神保健の要となって発展を図り、地域精神保健の研修も行えるような工夫が必要である。

③ 小児総合医療施設にあった入院対象の選択

小児総合医療施設の多くは急性期を対象とする施設である。従って、子どもの心の診療に関しても、それに見合った対象を意識しておく必要がある。海外でも、小児病院での精神科医療では、比較的短期に治療が可能な対象を入院の対象としており、長期の強度な医療が必要な対象はそのような病院に転院する方向性が示されている。日本の場合、そのような転院先が少ないのが現状であるが、最終病院や施設の増加を訴えつつ、小児総合医療施設としての入院の範囲を確立してお

く必要がある。

(2) こころの診療を担う部署の在り方

①ある程度（少なくとも3人以上）の規模が必要

最初からある程度のスタッフをそろえて、独立した形で行っている病院は診療体制が揺るがないのに対して、1～2名の医師で対応しようとしてきた病院は非常に不安定な状況であり、それが研修の体制を取れるかどうかに影響している。このことは、大学病院の小児科における調査とも一致する。スタッフの人数が少ない場合には研修システムの安定が図れない。

②病棟の在り方の工夫が必要

入院が混合病棟であるか、独立した病棟であるかはそこで行う医療や研修の在り方が異なってくる。地域の医療体制にあわせて工夫が必要となる。

③他科とのチーム医療の推進が必要

子どもは心身未分化な存在であり、身体を担う科との連携は欠かせない。その体制を柔術することは小児病院としては欠かせない課題である。

④周産期医療との連携が必要

子どものこころの問題に関しては予防が重要である。周産期からの精神保健により、それを実現し、問題の早期発見にもつなげていくことが望まれる。

2. 様々な形態の研修の充実

この3年間の研究において、長期研修（レジデント研修）、短期研修（数日間）、中期研修（3ヶ月間）の研修を行い、それぞれの対象でメリットが大きいことが明らかになった。小児病院ではそのすべてを担えることが望ましいが、スタッフが少ない現在、そのメリットを最大限に発揮できる対象を選択することが望まれる。

(1) 長期研修（レジデント研修）

対象：子どものこころの診療の専門医を目指す医師で小児科もしくは精神科（または産婦人科や内科）の研修が終了している医師

意義：小児総合医療施設での長期研修には以下のような意義があると考えられる。

①子どもの心の診療を行うに当たっては、発達と言う視点が欠かせない。小児総合医療施設自体が発達を扱っており、その視点が自ずと磨かれる。

②新生児（時には胎児）から思春期までの幅広い「子ども」と接し、その心の発達とそれぞれの発達段階における心の問題を扱うことができる。

③子どもは心身が未分化であり、相互の関連が強い。身体を扱う科と連携してチーム医療を行うことで、子どもの全体を治療することが可能である。

④子どもは環境からの影響を強く受ける。従って、親子、家族、教育、福祉などとの連携と対応は欠かせない。小児総合医療施設はもともとその視点を持っている。そのルートを利用した研修が行える。

⑤子どもの問題は心の問題であっても最初は家庭医に相談が持ち込まれるし、家庭医はその子どもの家庭を知っている。家庭医との連携ができることは重要である。その視点を持つことができる。

⑥小児総合医療施設はハードもソフトも子どもの視点が重視されている。その中で研修することによって、子どもの視点を学ぶことができる。

(2) 中期研修（3～4ヶ月間）

対象：精神科や小児科の専門研修2～3年目を中心

意義：上記の時期に、小児総合医療施設において、3～4か月間のこころの診療の体験をすることで、子どもの心の専門医にはならない人にも大きなメリットがある。精神科医にとっては子どもを診ることの抵抗が減り、

発達に関しての見方が身につき、成人を診る上でも変化をもたらしていた。小児科においても、こころの問題にかかわることに対する抵抗感を減らし、一般小児科診療の中でも心の問題や親子関係を意識した診療が行えるようになると考えられる。つまり、一般精神科、一般小児科を行っている医師が子どもこころの問題にかかわり、適切な役割を果たしていくことができるし、子どもこころの診療への興味を高くし、専門医になりたい人材の増加が見込める。小児総合医療施設ではそのプログラムを組むことが望まれる。なお、長期研修での意義①～⑥は中期研修にも当てはまる。

(3) 短期研修（数日間の講座と実地研修）

対象：研修を修了して、実地医療に携わっている医師

意義：上記の医師は、時間がない中でもニーズに応じて、少しでも自分の技能を上げることが望んでおり、短期間の研修が望まれている。しかし、単なる坐講だけではなく、実地研修ができることが必要であり、そのニーズの高いことが明らかとなった。小児総合医療施設は地域との連携が重要であり、そのような地域の医師を開拓することで地域精神保健のレベルをあげることができる。多くの小児総合医療施設の子どもの心の診療を行っている部署では診療希望が殺到しており、初診の待ち時間が長くなっている。地域の精神保健のレベルを向上させることは適切な紹介が期待でき、逆照会先を確保するという意味でも重要である。つまり、層に総合医療施設自体にとっても重要な研修の形であり、積極的に行われるべきものである。

子どもの心の診療医の研修の国際比較：フランスの研究

分担研究者 奥山真紀子 国立成育医療センター こころの診療部
研究協力者 阿部恵一郎 創価大学 教育学部

研究要旨

フランスで児童精神科医になる研修に関して、文献及びインタビューを通して検討した。フランスでは専門医の定数があり、精神医療に独特のセクター制度がある点など制度の違いが大きい。自由に選べる日本では選択する科に偏りが著しく、今後検討されるべき制度でもある。また、児童精神科医に求められるものとして教育学・心理学・社会学なども含まれる。

A. 研究目的

子どものこころの問題が注目され、これを専門に診療する人々の養成が急務となっている。児童虐待による被虐待体験から影響を受けた子どもの心と行動の問題、従来から指摘されている自閉症や発達障害についても、さらに学校教育現場では特別支援教育の中で発達障害として学校教員が取り組むようになってきている。今ほど子どものこころに関わる専門家が必要だと叫ばれた時代はないように思われる。しかし、子どものこころに関わる専門家を養成する機関や何を学ばなければならないかといった点になると我が国の状況は甚だ心許ない。現在の日本において児童精神科医を標榜する者や児童専門の臨床心理士がいないわけではないが、専門性、つまり知識と技術について同じようなトレーニングを受けてきていないのが実情である。本研究では、すでにアメリカとイギリスについてその養成プログラムの報告をおこなってきた。今年度はフランスにおける児童精神医や心理士の養成がどのようにおこなわれているかを報告する。

各国を比較する際、研修システムや養成プログラムだけを比べても何故そのようなものが出来上がったのか理解しがたい点多

い。これはその国の法律、歴史、医療体制、そして子どもをどのようなものと考えてきたか、国ごとにそれぞれ異なる背景が存在することに起因する。フランスの児童精神医学を扱うにあたって、こうした点についても調べることにした。

B. 研究方法

1. 文献研究

これまで日本に紹介されているフランスの医療に関する邦訳を参照した。

2. フランスの精神医学、児童精神医学に関する翻訳をおこなっているのを、これらを参考にした。

3. インターネットからフランス児童精神医学に関する情報を入手し翻訳した。

4. 『児童精神医学の同時代史』の著者である児童精神科医ジャン＝ピエール・クライン氏からフランスの状況について尋ねた。

C. 研究結果

1. フランスの児童精神医療

①フランスの基礎知識

国土の面積は 551,208k m²、人口(1995年の統計)は 5,802 万人で日本と比較すると、面積は 1.5 倍、人口は半分と思えばよい。国土

は、フランス本土(France métropolitaine)に95県(県に準ずるパリ市を含む)、海外県(département d'outre-mer)に4県、領土自治体(collectivité territoriale)3(1つは県)、それにポリネシア、ニューカレドニアなどの海外領土 TOM(territoire d'outre-mer)が加わる。

行政単位を見ると、région(地域圏・州)22, département(県)100, arrondissement(郡または区)329 に区分され、canton(小郡) 3,829, commune(市町村) 36,551 からなっている。

フランスの医療、中でも精神医療は後述するようにこの行政単位を基にセクターと呼ばれる治療行政単位が形作られている。人口動態は第2次世界大戦後の第一次ベビーブーム、さらに1964年の第二次ベビーブームまでは日本と似ているが、2000年の出生率はヨーロッパ諸国の中で最高となり、最近でも珍しく人口増加が見られている。

② 3つの医療区(secteur)制

・地域精神科医療区(secteur)(1960年)：地理・人口が分けられた医療区(secteur)は、人口7万人を1単位として行政区分し、1) 社会家族環境への復帰援助、2) 同一スタッフによる継続治療の保障を目的としている。母体となる精神科入院施設(基幹病院)があり、地域精神医療長である施設長を中心に医療スタッフが構成されている。全国の医療区のうち1/3は一般総合病院が基幹病院になっている。ベット数は人口千人対2床。各医療区の平均入院患者数は100名前後。医療スタッフを見ると、精神科専門医、精神科専門インターン、他科専門医レジデント、臨床心理士、éducateur(日本では作業療法士に近い専門教育士)、assistante sociale(ソーシャル・ワーカー)、看護婦(士)が医療チームを構成している。医療区には診療所が数カ所設置され病院の外来部門とおなじように精神科専門外来診療が行われている。診療所には保健婦、ソーシャル・ワーカーが配置されている。な

お、精神科救急は医療区ごとに24時間体制で入院体制も整っている。基幹病院とは別の場所に設置している。

・児童・青年精神医療区：3つの地域精神医療区、つまりだいたい人口20万人に対して児童精神科施設が、県立精神病院または総合病院に設置されている。1972年の法律では、児童・青年精神医療区の病床数は76床と限定されている。

・矯正施設医療区(1986年)：1985年12月31日の法(la loi du 31 décembre 1985)により、病院内外を問わず、精神障害者の治療責任は病院が受け持つと規定された。公立病院が85%、私立病院が15%あり、全ての医療行為が公的サービスと認定されるようになっていく。この矯正施設医療区が完成直後に、1986年3月14日の政令(le décret du 14 mars 1986)により「3つのセクター制」が完成し、矯正施設内の精神医療も各施設がある医療区の基幹病院に委任されている。

その後、1990年6月27日の法(la loi du 27 juin 1990：精神衛生法改正)では、大幅に精神保健活動対策に関する法律が改正され、特に入院形態の変化及び入院患者の権利拡張が特徴である。

2. 医学教育システム

医学教育のみならず大学教育に全世界的な改革の嵐が吹き荒れていると見ることができる。医学教育改革の波は、まずアメリカに始まり、約20年から徐々にヨーロッパにも広がっていった。歴史や慣習からヨーロッパではそれほど積極的に改革しようという姿勢は見られなかったが、1984年のEU連合統一以後、各国間での統一基準法を模索する中で、フランスも医学教育改革が急ピッチで進められている。

先に述べたように、1980年から1990年にかけて医療に関する法律の整備から、引き続き大学教育、さらに医学教育の改革へと動い