

大項目(領域)	中項目	小項目
家庭環境・地域環境	家族史・家族構成	家族構成
		家族史
		家族の疾患・障害
		犯罪行為・反社会的行動（虐待含む）
		親戚などの支援
	住宅環境	住居の有無
		住居の安定性（引越し）
		住居の種別
		設備，部屋数
		清掃・衛生状態
	経済・労働	所得・支出
		公的所得保障の利用
		就業・失業状況
		家族の就労歴
		就労形態・勤務形態
	地域資源	近隣との関係
		公的支援
		公的資源
		地域の安全性
		地域（自治体）の財政

資料 2 : 相談理由一覧

相談理由	
1	療育
2	医療（健康）
3	生活（家庭生活）
4	教育
5	就労
6	進路
7	自立支援
8	福祉
9	
10	
11	その他

資料 3 : 関係機関一覧

関係機関	
1	医療
2	療育
3	保育
4	教育
5	相談
6	支援
7	行政
8	親の会
9	当事者の会
99	その他

資料 4： 障害種別（診断名）一覧

障害名	
1	依存症候群 (F1)
2	統合失調症 (F2)
3	気分障害 (F3)
4	恐怖症性不安障害 (F40)
5	パニック障害 (F41.0)
6	強迫性障害 (F42)
7	外傷後ストレス障害 (PTSD) (F43.1)
8	解離性障害 (F44)
9	摂食障害 (F50)
10	睡眠障害 (F51)
11	パーソナリティ障害 (F6)
12	精神遅滞 (F7)
13	構音障害 (F80.0)
14	学習障害 (F81)
15	広汎性発達障害 (F84)
16	小児自閉症 (F84.0)
17	非定型自閉症 (F84.1)
18	アスペルガー症候群 (F84.5)
19	高機能自閉症
20	多動性障害 (ADHDを含む) (F90)
21	反抗挑戦性障害 (F91.3)
22	行為障害 (F91)
23	情緒障害 (F93) 小児期の不安障害を含む
24	選択性緘黙 (F94.0)
25	反応性愛着障害 (F94.1)
26	脱抑制愛着障害 (F94.2)
27	被虐待症候群
28	チック障害 (F95)
29	遺尿/遺糞 (F98)
30	吃音症 (F98.5)
31	てんかん (G40)
32	視覚障害
33	聴覚障害
34	言語・音声障害 (ろうあ)
35	肢体不自由
36	内部障害
37	免疫機能障害
98	その他
99	不明

おわりに

子どもたちは未来の社会を背負う存在であります。それ以前に今を十二分に守られて育つ必要があります。

このツールは、従来の欠損あるいは修復モデルでの治療支援ではなく、長所を生かしたストレングスモデルを、その考えの基礎においています。

子どもを助ける方法は必ずある。もしうまくいかないときは、それはわれわれ大人の問題である。これは、児童精神科医にして教育者との連携を計り続けたアルフレッド・アドラーの言葉です。われわれも、子どもを支える方法は必ずあるという信念を持っています。それを自家薬籠中にすることなく、多くの職種の方々と分担して多面的な支援を構築していくなかで具現化したいと切望しています。

このプログラムが、子どものさらなる理解と、より円満な多職種連携の実現の一助になれば幸いです。

付記

このプログラムは多くの職種の方に責任をもった活用をしていただくことを前提にしております。そのため使用者、使用機関をわれわれのほうで管理させていただいたうえでプログラム配布を行います。いただきました情報は、このプログラムに関して使用する以外は一切公表することなく、別に活用することはありません。ご理解のうえ、ご使用していただきますよう、お願いします。

シリアル番号の入手方法・お問い合わせ

このソフトウェアのご利用を希望される方は、お手数ですが下記メールアドレスまでシリアル番号をお問い合わせください。また、このプログラムに関するご質問・ご意見も下記連絡先までご連絡いただければ幸いです。

北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター 田中 康雄
rcccd.nat.2011@gmail.com
011-716-2111(代表)

2011年2月発行

北海道大学大学院教育学研究院
附属子ども発達臨床研究センター
060-0811 札幌市北区北11条西7丁目

厚生労働科学研究 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門的人材育成に関する研究
(研究代表者：奥山 眞紀子) 田中康雄分担研究班 成果物

NAT (Needs Assessment Tool) ハンドブック
—多職種連携のためのアセスメント・プログラム「NAT」の概要と使用法—

2011年2月発行

発行者 田中 康雄
連絡先 〒060-0811 札幌市北区北11条西7丁目
北海道大学大学院教育学研究院
附属子ども発達臨床研究センター
011-716-2111(代表)

Copyright(C) 2011 Yasuo Tanaka All Right Reserved.

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（研究代表者 奥山眞紀子）

分担総合研究報告書

災害時のメンタルヘルスにおける連携に関する研究

分担研究者 北山真次 神戸大学医学部附属病院 親と子の心療部

研究要旨

災害時には社会的・人的資源は限られており、個々で支援活動をするのではなく、互いに連携をとりながら活動することが必須となる。本研究では、災害時の子どもへの適切なメンタルヘルス対策における連携について検討するために、近年の災害時の子どもの心の反応を、時間的推移や背景要因、親の影響という観点から研究し、さらに、実際に災害時の子どもへのメンタルヘルス業務に従事した専門家への聴き取り調査と質問紙による調査を行った。

阪神・淡路大震災時の研究から、被災後数ヶ月は交感神経の緊張に基づく身体症状が強く認められ、被災後数ヶ月を経ても、不安や退行、持続的な再体験、覚醒レベルの上昇を示す症状は被災の度合いが高い程多く認められ、また、被災の度合いが高い場合、子どもの全般的な体調の回復は2年程度かかり、被災後数年を経ても、回避や覚醒レベルの上昇を示す症状が多く認められていた。性差については、持続的な再体験を示す症状は男児に多く、回避を示す症状は女児では持続する傾向がみられた。震災後2年を経過した時点において、親のPTSD症状、特に持続的な再体験や覚醒レベル上昇を示す症状の有無と、子どもの不安や退行、持続的な再体験、覚醒レベル上昇を示す症状との間に相関がみられ、災害後の子どもの症状は親の症状に強く影響を受けていた。

聴き取り調査にて聴取された意見は、多職種連携の困難さと地域に入るといった困難さの2点に集約された。質問紙調査の結果からは、日本において医師が地域外より災害時の子どものメンタルヘルス支援に携わるようになったのは、阪神・淡路大震災からであると考えられ、現在のところ、これまでに児童精神科医の4割程度が災害時の子どものメンタルヘルス支援に携わっていると推測された。現地の被災度にもよるが、地域の社会資源の再生を図りながら支援することが重要であると考えられた。

今後、災害時の子どもの適切なメンタルヘルス対策を構築するにあたっては、発生初期の支援だけではなく、中長期的な支援対策を盛り込むことも必要であり、その支援内容には、子どもをとりまく環境である家族やコミュニティへのアプローチを含むことが必要である。連携についての問題点として、各関係機関での考えの相違が障壁となることがあると判断され、厚生労働行政と文部科学行政が一体となって対策に取り組むことが期待される。

A. 研究目的

災害は子どもの心へも時に大きく影響を及ぼすことが知られているが、災害時には社会的・人的資源は限られており、個々で子どものメンタルヘルス支援活動をするのではなく、それぞれの職種のスタッフが互いに連携をとりながら活動することが必須となる。

本研究は、今後の災害時における子どもへの適切なメンタルヘルス対策について、連携という側面からの提言を加えることを目的とする。

B. 研究方法

平成 20 年度は、近年の災害における子どもの心の反応について、身体症状や精神症状の両面から、その時間的推移や背景要因について解析し、検討した。

平成 21 年度は、平成 20 年度の研究成果を踏まえ、周囲からの影響という観点から、阪神・淡路大震災時における子どもの心の反応について、親の影響、特に親の PTSD 症状との関連を解析し、検討した。また、平成 22 年度へ引き継ぐかたちで、災害時の子どものメンタルヘルス対策における適切な連携について、実際に災害時の子どもへのメンタルヘルス業務に従事した専門家への個別の聴き取り調査を行った。

それら結果を踏まえ、連携という側面からの提言を加えるために、平成 22 年度は、日本児童青年精神医学会の認定医に郵送による質問紙調査を行った。

(倫理面への配慮)

この研究は、過去の災害における調査・研究結果からの検討と、専門家への個別の聴き取り調査と質問紙調査であり、

匿名性を担保しており、公表についての倫理面の問題は生じない。また、検討対象とした過去の調査・研究についても、質問紙による調査で記入は任意であり、対象者には記入すること以外の不利益は生じていないものである。

C. 研究結果

1. 平成 20 年度

a) 日本における報告

日本における災害時の子どもへのメンタルヘルス対策関連の調査は、阪神・淡路大震災以前はほとんどみられない。

神戸大学医学部小児科では、阪神・淡路大震災後 1 ヶ月半、5 ヶ月、1 年、2 年、4 年、9 年と幼児期に震災に遭遇した子どもたちとその親への身体症状や行動変化に関するアンケート調査を継続して行っている。この調査結果の検討より、子どもたちは震災後 2 年経つと全般的な体調は激震地区においても回復したと考えられたが、身体症状が震災後 2 年を経ても激震地区では非激震地区に比べ有意に高い陽性率を示していた。不安や退行を示す症状では両地区において有意な差は認められなかったが、震災 5 ヶ月後までの調査では激震地区では非激震地区に比べ有意に高い陽性率を示しており、これらの反応は比較的早期に低下するものと考えられた。PTSD にみられる症状に関しては、持続的な再体験を示す項目では震災後 2 年を経ても激震地区では非激震地区に比べ有意に高い陽性率を示しており、回避を示す項目では震災 1 年後から 2 年後の間に非激震地区では陽性率が半分に低下していたが、激震地区では有意な変化は認められず、震災後 2 年を経ても 2

割以上の陽性率を示していた。また、覚醒レベルの上昇を示す項目では激震地区では震災後 2 年を経ても全く低下傾向がみられなかった。

その後の追跡調査では、激震地区においても、一般的にみると震災の影響は震災 2 年後にはおおむね回復していたが、持続的な再体験を示す症状は震災後 2 年あるいは 4 年にて低下傾向が認められ、回避や反応性の低下を示す症状は震災後 4 年にてようやく低下傾向が認められ、覚醒レベルの上昇を示す症状は震災後 4 年を経てもあまり低下傾向が認められなかった。

激震地区における性差の検討では、体調への影響は女兒では震災 2 年後に、男児では震災 4 年後には回復してきており、持続的な再体験を示す症状は男児では女兒に比べ陽性率が高く、震災後 4 年にて低下傾向が認められた。回避と反応性の低下を示す症状は女兒では震災後 4 年を経ても低下傾向は認められなかった。覚醒レベルの上昇を示す症状は男女共に震災後 4 年を経てもあまり低下傾向は認められなかった。

b) 海外における報告

欧米においては子どもの災害後 PTSD に関する報告は散見されるが、幼児期からの継続的な追跡調査はきわめて少ない。追跡調査としては Buffalo Creek 災害の 2 年後および 17 年後に調査した Green らの報告がある。短期的な影響については、ヒューゴハリケーン 3 ヶ月後の Shannon、Lonigan らの調査報告が詳しい。それらは学齢期以降の子どもについての調査であるが、子どもたちの反応は子どもたちの感じた衝撃の強さと相関し、特に持続的

な再体験や覚醒レベルの上昇を示す症状は、子どもたちの感じた衝撃の強さや被災度、避難生活の長さとは良く相関しており、また、被災時の感情的な体験が、被災度よりも PTSD の症状発現のリスクファクターとなっていたと報告している。

2. 平成 21 年度

a) 阪神・淡路大震災における研究

PTSD 症状などの親の心身状況が子どもに及ぼす影響を検討するために、神戸大学医学部小児科が阪神・淡路大震災 2 年後（1997 年 1 月）に行った調査における親自身の心身状況についての回答と、子どもの心身状況についての回答との相関について検討した。

親の PTSD 症状という観点から考えると、持続的な再体験や覚醒レベルの上昇を示す症状がある親の子どもでは、不安や退行を示す症状が多くなり、持続的な再体験や覚醒レベルの上昇を示す症状も多くなっていた。また、回避を示す症状がある親の子どもでは、回避を示す症状が多くなっており、覚醒レベルの上昇を示す症状も多くなっていた。一方、震災の話題が多いという家庭の子どもでは、不安や持続的な再体験、覚醒レベルの上昇を示す症状は多くなっていた。

b) 専門家への聴き取り調査

災害時の子どものメンタルヘルスにおける連携について、専門家への個別の聴き取り調査を行った。対象は、実際に支援に入った児童精神科医や児童相談所職員とした。連携については、大きくは行政関係機関・医療関係機関・地域関係機関の連携を如何に円滑に進めるかということになるが、行政関係機関内においても、

都道府県・市・町のそれぞれのレベルでの思惑の相違があり、また、教育関係機関や福祉関係機関などの考えの相違が障壁となることがあるという意見や、地域外からの支援者は、基本的にはその地域の保健師と連携しながらの実働部隊となるべきであるという意見等が聴取された。

3. 平成 22 年度

a) 専門家への聴き取り調査（続き）

平成 21 年度に引き続き、実際に支援に入った医師や現地の学校教職員らへの個別の聴き取り調査を行った。意見は、多職種の連携の困難さと地域に入るという困難さの 2 点に集約された。

b) 日本児童青年精神医学会認定医への質問紙調査

日本児童青年精神医学会認定医の約半数から得られた質問紙調査の結果から、日本においては、現在のところ、児童精神科医の 4 割程度がこれまでに災害時の子どものメンタルヘルス支援に携わっていることが考えられた。支援対象となった災害では、阪神・淡路大震災が多数を占め、それ以前に発生した災害は支援対象となっていなかった。支援要請については、自治体からのものは 3 割程度であり、現地での窓口は一定していなかった。また、3分の2が現地のスタッフと共同して行動していた。連携については、地元医療機関とは 4 割程度、地元自治体とは 7 割程度、地元保育園（所）とは半数程度、地元教育機関とは 4 割程度で円滑に連携できたとの回答があった。

連携で困った点について（自由回答）は、「継続的支援がシステムとして動く

のに時間を要した。」「学校・教育委員会との連携が困難な地域が多い。」「守秘義務や診療報酬の問題がある。」などの意見が得られ、災害時のメンタルヘルスにおける連携のあり方についての提言（自由回答）では、「各自治体の災害対策本部のメンバーにメンタルヘルスの責任者を加える。」「必要な人的配置を適切・迅速に司令する司令部組織を予め配備しておく。」「この領域の専門家に必要に応じてコンサルトできる全国的仕組みが必要である。」「過剰な入り込みはよくない。現地のやり方をある程度尊重できるようにする。」「重要な役割をはたせる支援は地域社会の再生をはかる中から生まれる。」などの極めて重要な示唆的意見が得られた。

D. 考察

災害などにおける強いストレスに関連した身体面・精神面にみられる様々な症状は、PTSD として近年注目を集めてきた。成人では、①持続的な再体験、②回避や反応性の低下、③覚醒レベルの上昇を示す症状などが 1 カ月以上持続し、日常生活の支障となる状態を PTSD と呼んでいる。しかし、子どもの場合は成人と比較して、心理的ストレスが精神症状として表れることは少なく、むしろ身体症状や行動上の問題として表れやすいという特徴がある。また、災害においては家族の心身状況や生活環境も様々な影響を与えると考えられる。

近年の災害における子どもの心の反応についての検討から、震災後 2 年を経過した時点においても、子どもは親の PTSD 症状の影響を強く受けていることが明らか

かとなった。このことから、災害後の子どものメンタルヘルスを維持するためには、子ども自身の支援にとどまることなく、子どもをとりまく環境である家族やコミュニティへのアプローチが不可欠であり、その支援には数年以上の期間が必要であるということが考察される。

災害時の子どもへのメンタルヘルス業務に従事した専門家への調査からは、災害時のメンタルヘルスにおける連携の困難さとして、多職種連携の問題と地域に入るという問題の2点が重要であり、地域外からの支援者は、支援の中核に位置するべきではなく、現地スタッフと共同での実働部隊となるべきであると考えられた。

災害時の子どもの適切なメンタルヘルス対策の構築にあたっては、現地の被災度にもよるが、地域の社会資源の再生を図りながら支援することが重要である。

E. 結論

災害時における家族やコミュニティを中心としたメンタルヘルスを如何に守り、育むかは、今後の子どもの心の診療において重要な課題である。また、災害時には社会的・人的資源は限られており、個々で支援活動をするのではなく、互いに連携をとりながら活動することが必須となる。本研究の結果から、災害後の子どもは、災害後数年を経ても災害の影響がみられ、また、親の PTSD 症状の影響を強く受けており、特に親の持続的な再体験や覚醒レベル上昇を示す症状の有無が子どもの症状と強く相関することが明らかとなった。従って、災害時の子どもの適切なメンタルヘルス対策を構築するに

あたっては、発生初期の支援だけではなく、中長期的な支援対策を盛り込むことが重要であり、その支援内容には、子どもをとりまく環境である家族やコミュニティへのアプローチを含むことが必要となる。連携についての問題点として、各関係機関での考えの相違が障壁となることがあると判断され、今後、厚生労働行政と文部科学行政が一体となって対策に取り組むことが期待される。

今後も国内外で災害は発生し続ける。本研究の成果が厚生労働行政における災害時の子どものメンタルヘルス対策の構築に活かされることを期待する。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

北山真次：災害・事故などのトラウマ体験 ケーススタディ こどものこころ 日本医事新報社，奥山眞紀子編集，21-24，2008

2. 学会発表

1) こどものメンタルヘルス関連5医学会第3回合同シンポジウム 2009. 3. 28-29.

こどもにとってのトラウマ：北山真次
2) 第1回日本心身医学5学会合同集会（第27回日本小児心身医学会）2009. 6. 6-7. イブニングセミナー「面白くってためになる小児心身医学を専門家と語ろうー PTSD・虐待」：北山真次

3) 第57回日本小児保健学会 2010. 9. 16-18. シンポジウム「災害と子どもー子どものこころのケアを考えるー」：北山真次

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（研究代表者 奥山真紀子）

分担 総合研究報告書

子どもの心の診療に携わる専門的医師の育成の在り方に関する研究

分担研究者	齊藤万比古	国立国際医療研究センター国府台病院 児童精神科
研究協力者	小平雅基	同上
	黒江美穂子	同上
	青木桃子	同上
	岩垂喜貴	同上
	宇佐美政英	同上
	渡部京太	同上

研究要旨

系統講義を中心とし、質疑応答よりも広義のコマ数を優先した運営方法に関しては一定の理解と評価が得られていることが伺われる。また、研修参加により「子どもの心の診療」への不安の軽減効果が長期的に継続していることがうかがわれ、本研修セミナーのような系統講義を研修初期に受講することは、子どもの心の診療に携わる医師らにとって日々の臨床での疑問が解消され、不安が軽減される重要な機会となることが示唆された。

しかし人員不足、連携不足の状況は続いており、医師の自信のなさはどう対応するか（指導体制整備も含む）、子どもの心の診療だけにどう関わっていけるか（子どもの心の診療としてのアイデンティティの確立、医療経済の安定）、育児中の女性医師への支援体制をどう構築するか、といったことが課題として挙げられると思われる。

Key words : 子どもの心の診療医、医学教育、卒後研修

A. 研究目的

平成17～19年度にかけて行われた厚生労働科学研究の子ども家庭総合研究事業「子どもの心の診療に携わる専門的人材の育成に関する研究」（主任研究者 柳澤正義）において、子どもの心の診療に携わる若手医師に対して系統立った講義を提供する必要性が示唆された。しかしその一方で、系統立った講義を各病院の指導医が研修医師に対して提供することの困

難さも意見として得られた。

その結果をもって、子どもの心の診療を指す若手医師を対象とした系統講義を中心とした研修セミナーを平成20年度、21年度と提供し、その研修の効果や意義について検討を行った。

B. 研究方法

研修セミナーの参加者（平成20年度は92

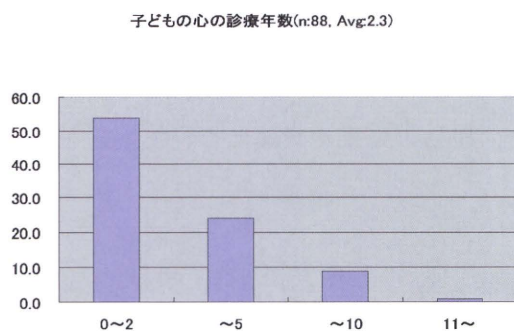
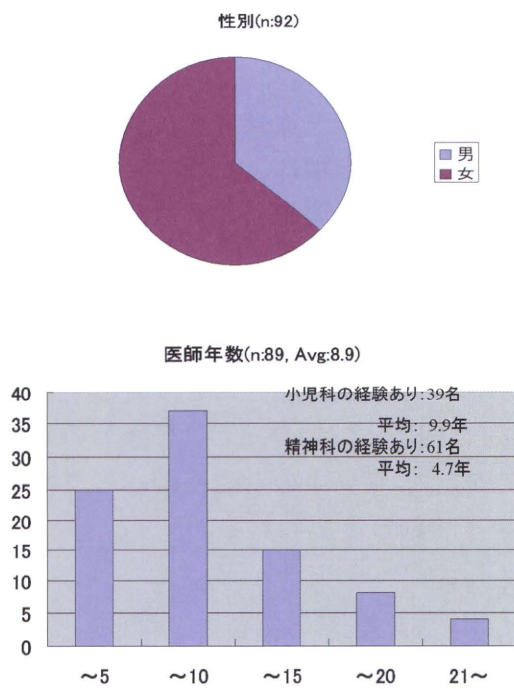
名、21年度は76名)を対象にセミナーに関するアンケート調査をセミナー時点で行った。平成22年度は20年度、21年度のいずれかに参加した149名に1〜2年経過後のアンケートを行っている。22年度のアンケートでは41名(27.5%)から回答が得られ、それを対象とした。

C. 研究結果

1) 回答者背景

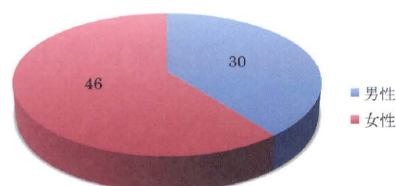
・平成20年度

参加者の性別、医師年数、子どもの心の診療年数について示す。

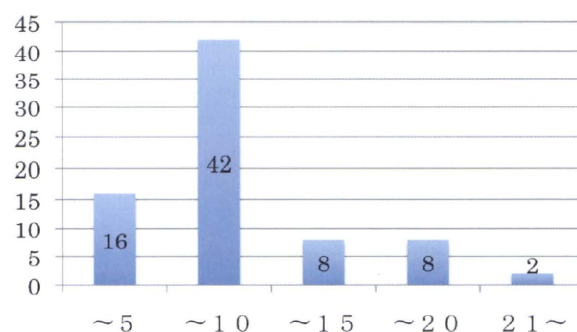


・平成21年度

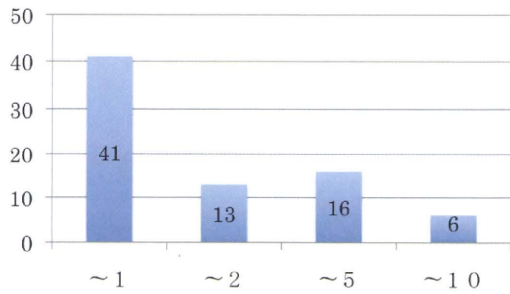
76名のうち前回参加者は19名(25%)であった。参加者の性別、医師年数、子どもの心の診療年数について示す。



医師年数は6〜10年目までが最も多く、全体では平均10.4年であった。また、小児科と精神科の経験を比較すると小児科の経験がある者は34名で平均経験年数9.3年であった。精神科の経験がある者は49名で平均経験年数は5.4年であった。参加者のうち10年目までが最も多いことや、精神科に比して小児科の経験のある者の方が、医師経験年数が高いことは、20年度と同様の傾向を示した。



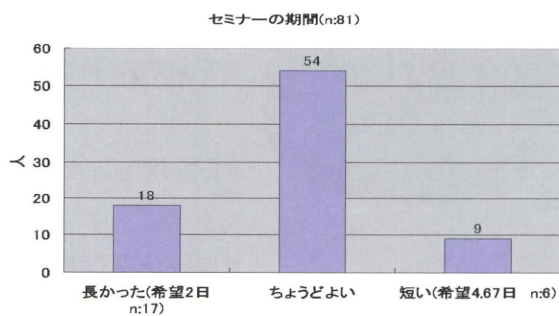
子どもの心の診療年数は平均1.9年であり、2年以下が54名と70%を超えた。これも20年度と同様の結果である。



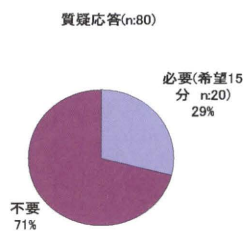
2) セミナー評価

・平成 20 年度

研修会の 3 日間という設定にたずねたところ、多くは「ちょうどよい」との回答であった。

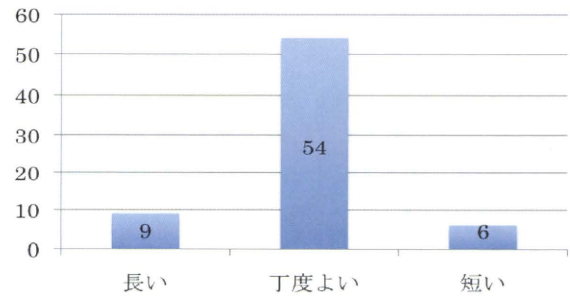


本研修会では一通り系統だった講義を提供することを第一としたため、各講義におえる質疑応答を行わなかった。それについて、講義を短くしても質疑応答を望むか、講義が短くなるならば不要かたずねた。そうしたところ、多くは講義が短くなるならば不要との回答であった。

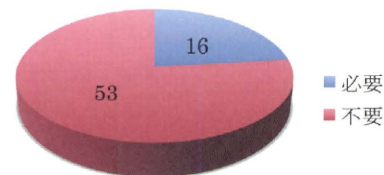


・平成 21 年度

セミナーの期間は 20 年度と同様、大多数(78%)が 3 日間のセミナー期間をちょうどよいと答えていた。



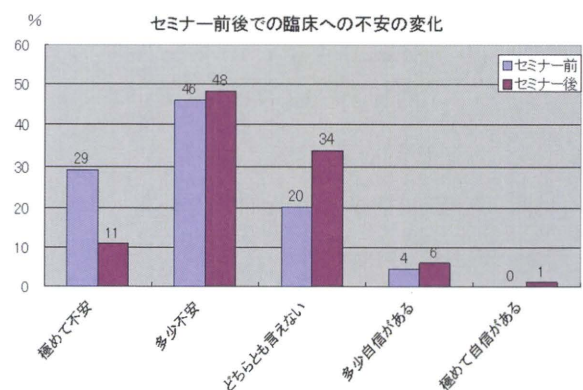
質疑応答の設定に関しても 20 年度と同様 3/4 近くが講義数の維持を望む結果となった。



3) セミナーによる「子どもの心の診療」への不安の変化

・平成 20 年度

研修会前後で子どもの心の診療をする上で不安が何れかについてたずねたところ、全体的に不安が軽減する傾向が得られた。

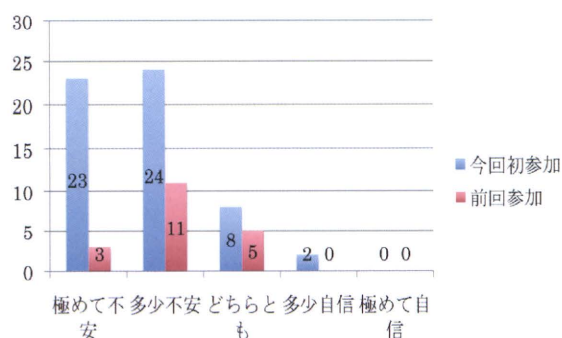


・平成 21 年度

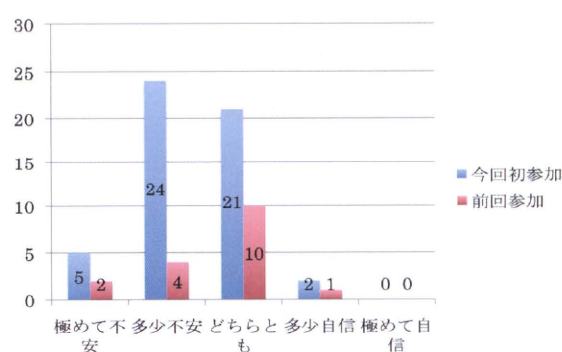
20 年度からの連続参加群の方がセミナーに参加する前からすでに診療への不安が低く、セミナー後の診療への不安も低い傾向にあった。なお、21 年度初回参加者においてもセミナー後は診療への不安が軽減しており、20 年度と

同様の結果となっている。

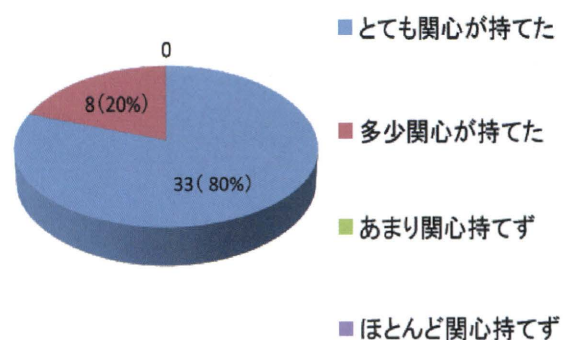
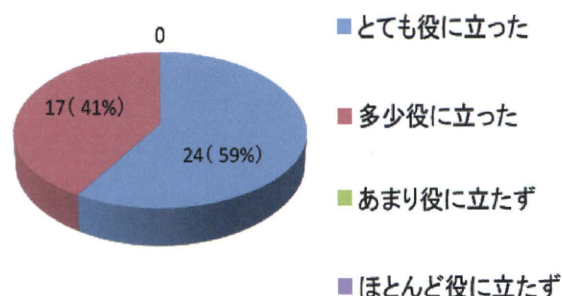
セミナー前



セミナー後



がもてたか」の2点について4段階でたずねたところ以下のようになった。ともにポジティブな回答だけの結果となっている。



4) 1～2年後のセミナー評価

22年度アンケートでは以下の41名から回答が得られた。

参加年度；平成20年度：10名

平成21年度：19名

2回とも参加：12名

性別；男性：17名 女性：24名

年齢；36.4±3.6歳

医師歴；10.3±4.9年

子どもの心の診療経験；4.0±4.1年

診療科；精神科経験者22名

小児科経験者13名

両科経験者6名

(精神科経験者の経験歴；5.5±3.9年)

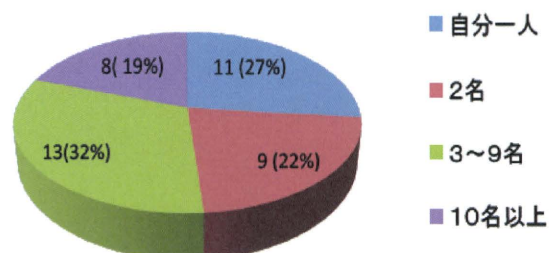
(小児科経験者の経験歴；10.9±7.0年)

平成22年度時点での研修セミナーへの評価として、「臨床に役立ったか」「講義内容に関心

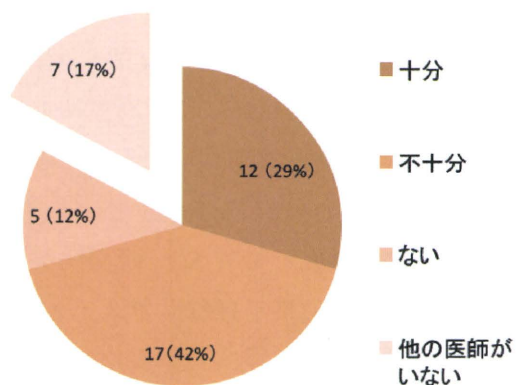
5) 22年度時点での勤務状況

職場の雇用形態については、常勤が23名(56%)、非常勤が6名(15%)、研修医・レジデント名11名(27%)、その他1名、であった。

職場の“子どもの心の専門医”の数については、1人で携わっている医師が11名(27%)、2名で携わっている医師が9名(22%)となっており、約半数が2名以下の人員で“子どもの心の診療”に携わっていることがうかがわれる。

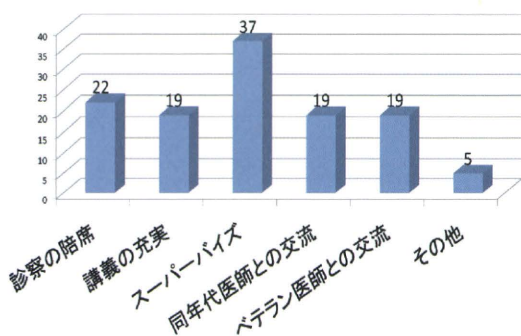


また“子どもの心の診療”の周辺の医師との連携については、「十分」と回答したものは12名(29%)のみで、他は、「不十分」もしくは「ない」「他の医師がいない」となっており、院内での連携の難しさも示唆されている。



6) 今後希望する体制

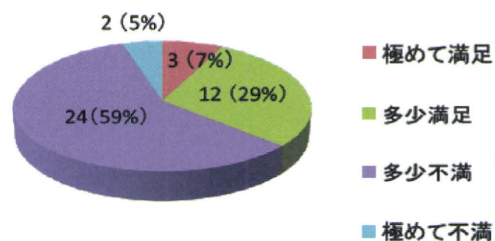
「子どもの心の診療」に望むにあたり今後どのような指導・研修体制が望まれるか尋ねたところ、以下のような結果となった。スーパービジョン体制を望む意見が最も多くなっている。



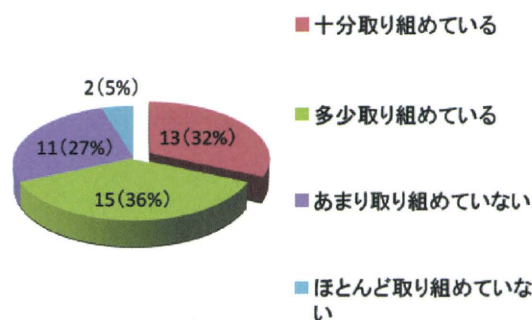
7) 現状評価

現職場への満足度と「子どもの心の診療」への時間的取り組み度について尋ねたところ、以下のようになっている。満足度に関しては「極めて満足」「多少満足」が36%で、「多少不満」「極めて不満」が64%となっている。時間的には「十分取り組んでいる」「多少取り組んでいる」が68%となっている。

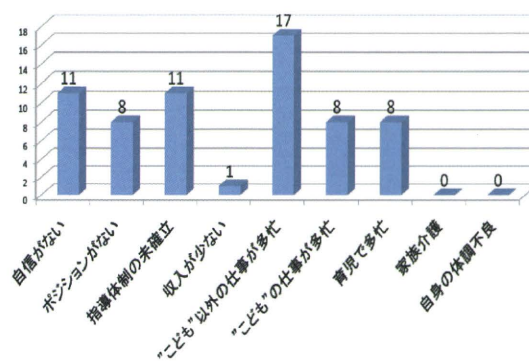
現職場満足度



時間的取り組み度



時間的取り組み度で「十分取り組んでいる」と回答した人以外に時間的に「子どもの心の診療」へ取り組めない要因について尋ねたところ、以下のようになった。「“子どもの心の診療”以外の臨床業務が多忙である」「全体的に自信が持てないためセーブしている」「研修や指導などの体制がないため個人では現状が精一杯である」が多い回答となっている。



8) 満足度と時間的取り組み度の関係

現職場への満足度と「子どもの心の診療」への時間的取り組み度をそれぞれ2分類として、クロス表とした。結果としては、「時間的に取

り組めていない」が「現職場に満足している」との項目（回答数 1 件）以外がほぼ三等分された結果となっている。「時間的に取り組んでいる」が「現職場に不満である」との群では、その理由は様々となっている。「時間的に取り組めていない」かつ「現職場に不満である」との群では、「“子どもの心の診療”以外の臨床業務が多忙である」との回答（9 件）と、「育児が忙しく時間が作れない」との回答（5 件）が、割合多い結果となった。「全体的に自信が持てないためセーブしている」「研修や指導などの体制がないため個人では現状が精一杯である」の両項目は何れの群でも 3 件程度認めている。

	現職場に満足	現職場に不満
時間的に取り組んでいる	13	13
時間的に取り組めてない	1	14

D. 考察

研修会への参加者背景、研修会への評価については、平成 20 年度、21 年度とほぼ同様の傾向にあることが分かる。また系統講義を中心とし、質疑応答よりも講義のコマ数を優先した運営方法に関しては一定の理解と評価が得られていることが伺われる。

研修セミナーによる診療への不安の軽減も 20 年度、21 年度同様の傾向が見られ、加えて 2 年連続参加群においてはセミナーに参加する前からすでに診療への不安が低く、セミナー後の診療への不安も低い傾向にあり、研修参加により診療への不安の軽減効果が長期的に継続していることがうかがわれ、本セミナーのような系統講義を研修初期に受講することは、子どもの心の診療に携わる医師らにとって日々の臨床での疑問が解消され、不安が軽減される

重要な機会となることが示唆された。

1～2 年経過した平成 22 年度のアンケートでも、研修セミナーに関しては全回答者から、役立ち度と関心度のいずれの項目でも positive な回答が得られた。回答率が 27.5% であるため限定的な結果ではあるが、それでもセミナーへの全参加者の約 1/4 のもの（回答者の全員）が、1～2 年の経過した後もセミナーに対して positive な回答をしていることは興味深い。

回答者の勤務環境としては、一定期間が過ぎた後も引き続き人員不足（医師、コメディカル）、連携不足の感は否めない。こどもの心の専門医の補充に加えて、各機関の特性や機能を活かすため、心理士、ソーシャルワーカー等他職種の人材拡充も強く要望されていることが示された。言い方を変えれば、研修セミナーを受講した後も、そのような点での改善はあまり見られていないとも言えるかもしれない。

子どもの心の専門医の育成・指導体制としては、診察陪席や講義、他医師との交流に加え、スーパービジョンのニーズが最も高いことが示された。この点はしばしば指摘される点であり、また実際の臨床体制を見回しても、スーパービジョンの体制をどう構築するかが、我が国の“子どもの心の診療”における重要課題と思われ、システムの構築が強く望まれる。

子どもの心の診療に時間的に十分取り組めていない要因としては、自信のなさや指導体制不足、子どもの心以外の仕事の多忙さ、がある程度要因として挙げられよう。また育児により仕事への時間を制限している現状も示された。医師の自信のなさはどう対応するか（指導体制整備も含む）、子どもの心の診療だけにどう関わっていけるか（子どもの心の診療としてのアイデンティティの確立、医療経済の安定）、育

児中の女性医師への支援体制、そのあたりが今後の課題と思われる。

E. 結論

系統講義を中心とし、質疑応答よりも広義のコマ数を優先した運営方法に関しては一定の理解と評価が得られていることが伺われる。また、研修参加により「子どもの心の診療」への不安の軽減効果が長期的に継続していることがうかがわれ、本研修セミナーのような系統講義を研修初期に受講することは、子どもの心の診療に携わる医師らにとって日々の臨床での疑問が解消され、不安が軽減される重要な機会となることが示唆された。

しかし人員不足、連携不足の状況は続いており、医師の自信のなさにどう対応するか（指導体制整備も含む）、子どもの心の診療だけにど

う関わっていけるか（子どもの心の診療としてのアイデンティティの確立、医療経済の安定）、育児中の女性医師への支援体制をどう構築するか、といったことが課題として挙げられると思われる。

F. 健康危険情報
該当なし

G. 研究発表
未

H. 知的財産権の出願・登録状況
未

厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

（研究代表者 奥山真紀子）

分担 総合研究報告書

医師の専門性の維持・向上に関する研究

分担研究者 宮本信也 筑波大学大学院人間総合科学研究科

研究要旨

平成 20 年度は、医師の専門性を保証する制度の検討として、米国の専門医制度を調査した。米国では、子どもの心の診療と関係する専門医制度は 11 領域あることが明らかとなった。子どもの心の診療の専門性を総合的に担保するためには、膨大な領域の知識と技術の学習が必要とされることが推測された。こうした状況を踏まえ、現実的な方向として、子どもの心の診療に定期的に従事できるレベルを第一段階の専門性とし、さらに、心の診療の中の個別領域の専門性を深めるという二層構造の専門性を考えることが現実的と思われた。

平成 21・22 年度は、子どもの心の診療に従事する医師の専門性を保証するシステムについて検討した。医師の専門性の維持・向上のためには、必要な知識・技能を提供できるシステムの構築が必要である。そうしたシステムの一つとして e ラーニングサイトの可能性を検討した。最終的に、7 テーマ 23 単元のコンテンツを作成した。一部を除き、1 単元を 15 分前後で学習できる分量とし、わずかな時間で関心のある部分だけを学習できるように工夫した。また、コンテンツの解説文を音声でも聴くことができるようにした。こうした工夫により、e ラーニングの特徴を活かした学習形態を提供することができたと思われた。課題として、コンテンツの質の保証と学習の一方方向性があげられた。質の保証に関しては、複数の専門家によるコンテンツの検討、コンテンツに関連する文献の提示、さらに、コンテンツの定期的な更新を行うことが必要と思われた。また、定期的な更新のためには、作成者の負担の少ない更新方法を検討する必要があるとも思われた。一方方向性については、e ラーニング自体の特性でもあり、e ラーニング以外の方法で補うことを検討することが現実的と思われた。

1. 医師の専門性を保証する制度の検討

A. 研究目的

子どもの心の診療に関する医師の専門性の維持・向上については、もとより、医師自身が知識や技能に関して日常的に

研鑽を積むことが基本である。しかし、そうして得た知識や技能が、診療を行っていく上で必要十分なものなのか、また、最新のレベルに達しているのかを、医師が自ら判断することは必ずしも容易では

ない。

ある領域の診療に関して、自身の知識・技能が、その領域に関する現時点での診療に関する専門的レベルに達しているかどうかを自ら確認でき、また、外部的に保証する方法の一つとして、専門医制度が考えられるであろう。その領域の多くのエキスパートの意見を基に整理された専門医の基準は、その領域の専門家を目指す医師にとって、大きな目安となるものと思われる。

一方、わが国においては、今のところ、子どもの心の診療に関する専門医制度は存在しない。そこで、専門医制度が整備されている米国における子どもの心の診療に関する専門医制度を調べ、子どもの心の診療を保証する制度について検討した。

B. 研究方法

米国の専門医制度に関するWebサイトより小児科および精神科の専門医委員会を中心に子どもの心の診療と関係していると考えられる専門医制度に関する情報を収集・整理し、考察を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は、広い意味での文献研究であり、倫理面への配慮を必要とするものではないため、今回は、特別の対応・処置は行っていない。

C. 研究結果

1) 米国の専門医

米国では、小児科学や精神医学などの各領域において、全般的な専門性を認証し、そうした全般的な専門医認定を受けた医師を対象として、さらなる専門性

(Subspecialty) を認証する専門医制度 (Subspecialty Certification) が設定されていた。

2) 米国における子どもの心の診療に 関係する専門医

小児科、精神神経科において専門医が設定されている領域の中で、子どもの心の診療と密接に関係する領域を取り出し、子どもの心の診療において必要性が高いと思われる順に示した (表1)。小児科、精神神経科のどちらにもあるものは、小児科の方に入れてある。

表1 米國小児科専門医委員会において
専門医が設定されている領域の中で
子どもの心の診療と関係する領域

1.小児科関係

Developmental-Behavioral Pediatrics
Adolescent Medicine
Child Abuse Pediatrics
Neurodevelopmental Disabilities
Hospice and Palliative Medicine
Sleep Medicine

2.精神神経科関係

Child and Adolescent Psychiatry
Psychosomatic Medicine
Child Neurology
Pain Medicine
Forensic Psychiatry

3) 専門性の維持

米国専門医委員会は、専門医資格を取った医師がその専門性を維持できるように、生涯学習の目標や機会を提供している (Maintenance of Certification、MOC)。このMOCでは、専門医が自らの専門性を

維持するために必要な能力を6つ示している。それらは、治療技術 (Patient Care)、医学知識 (Medical Knowledge)、実技研修 (Practice-based Learning and Improvement)、コミュニケーション技術 (Interpersonal and Communication Skills)、職業意識 (Professionalism)、系統だった研修 (Systems-based Practice) の6つであった。

D. 考察

今回、米国専門医委員会が提供している専門医制度の中から子どもの心の診療と関連していると思われる専門医領域について概観した。

ところで、わが国の厚生労働省の「子どもの心の診療医」の養成に関する検討会では、子どもの心の診療に従事する医師を、診療科によらず、「一般の小児科医・精神科医」(レベル1)、「子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医・精神科医」(レベル2)、「子どもの心の診療に専門的に携わる医師」(レベル3)に分けて示している。一方、今回検索した範囲では、子どもの心の診療と関連する専門医制度は米国において11領域みられた。子どもの心の診療に専門的に関わる場合、これら膨大な領域の知識と技術を身につけることが要求されることになるのであれば、そうした知識と技術を習得できる医師は極めて限られることになるかもしれない。しかし、また一方では、児童青年精神科領域を除けば、他の専門領域のどれか一つを修めて、子どもの心の診療を専門としているとすることにも慎重である必要があるであろう。今回の検討により、全てを網羅した

子どもの心の診療の専門医制度は、現実的ではないかもしれないとも考えることができた。一つの考え方として、「子どもの心の診療に定期的に従事している」レベル2を想定した子どもの心の診療専門医を設定し、その後、例えば、米国の専門医制度で示されているような個々の領域の専門性を身につけていくという、二層構造の専門性を検討することもよいのかもしれないと思われた。現在、わが国で子どもの心の診療の研修を担当している学会が6学会ある。その6学会が合同でレベル2の専門性を認証する制度を構築し、さらに、その後の専門性については、個々の学会がそれぞれの領域の専門性を認証、維持するプログラムを提供するという形態も考えられてよいように思われた。そのような制度にすることで、各学会の負担も減らすことができると思われた。

参考WEB

米国小児科専門医委員会
<https://www.abp.org/>

米国精神神経科専門委員会
<http://www.abpn.com/>

厚生労働省「子どもの心の診療医」の養成に関する検討会
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/03/h0330-13.html>

E. 結論

米国の専門医制度を検証し、子どもの心の診療の専門性を総合的に確保するためには、膨大な領域の専門性を学習する