

ト調査の回答は48校から得られた(回収率60.0%)

C. 研究結果

1) 子どものこころの診療部、ないしは子どものこころの診療科(以下、子どものこころの診療部、診療科と略する)を設置した大学病院は10病院(20.8%)、週1日ないし2日の専門外来を行っている大学病院は19病院(39.6%)、一般外来で子どものこころの診療を行っているのは19病院(39.6%)であった。

2) 子どものこころの入院治療を行っているのは38病院(79.2%)で、行っていないのが10病院(20.8%)であった。入院は精神科病棟を適宜使用する大学病院が34病院で、子どものこころの診療部、診療科を有する2大学病院のみ精神科に専用ベッドを確保していた。また、小児科病棟を適宜使用する大学病院が2病院であった。

3) 平成21年度の20歳未満の診療体制別新患者数は、子どものこころの診療部、子どものこころの診療科では平均255名であった。専門外来では平均182名、一般外来では平均75名であった。

4) 子どものこころの診療部、診療科に携わるスタッフ構成については、10病院中、9病院から回答を得た。表1に示している。精神科医は1~10名で構成され、1病院あたり平均3.7名であった。うち専属の精神科医を配置しているのは6病院であり、平均1.8名が置かれていた。小児科医は6病院において、1~2名が配置されていた。専属の小児科医は3病院において配置され、各々1名ずつであった。

看護師は専属としては3病院において、各々1名ずつ配置されていた。心理士は8病院において平均4.8名が配置されていた。うち専属としては4病院において平均2.0名が置かれていた。保育士は1病院で1名のみが専属で配置されていた。作業療法士は配置されていなかった。ソーシャルワーカーは3病院で配置されていたが、うち専属は1病院のみで、1名の配置であった。専

属の事務職員として、1病院において1名が配置されていた。

一方、専門外来のスタッフ配置は、表2に示すように10病院から回答を得たが、精神科医は1~4名(平均2.6名)であった。小児科医は3病院において配置されていて、各々2名、2名、4名であった。心理士が8病院において配置され、1~6名(平均3.8名)であった。ソーシャルワーカーは1病院のみで1名の配置であった。看護師、作業療法士、保育士は配置されていなかった。

表1 子どものこころの診療部(ないしは子どもの心の診療科)のスタッフ構成

回答のあった9病院において

スタッフ構成	人数		うち専属数	
精神科医	1~10名	平均3.7名	6病院で1~7名	平均1.8名
小児科医	6病院で1~2名	平均1.5名	3病院で各々1名ずつ	
看護師	4病院で1~4名	平均2.3名	3病院で1名ずつ	
心理士	8病院で2~17名	平均4.8名	4病院で1~3名	平均2.0名
作業療法士	0名		0名	
保育士	1病院で1名のみ		1病院で1名のみ	
ソーシャルワーカー	3病院で各々1名、3名、6名		1病院で1名のみ	
事務	1病院で1名のみ		1病院で1名のみ	

表2 専門外来のスタッフ構成

回答のあった10病院において

スタッフ構成	人数	
精神科医	1~4名	平均2.6名
小児科医	3病院で各々2名、2名、4名	平均2.7名
看護師	0名	
心理士	8病院で1~6名	平均3.8名
保育士	0名	
作業療法士	0名	
ソーシャルワーカー	1病院で1名のみ	

5) 児童青年期精神科医を志す(ないしは児童青年期精神科医療に携わっている) 卒後10年までの医師数は、子どものこころの診療部、診療科をもつ病院では平均4.2名、専門外来をもつ病院では2.6名、一般外来のみの病院では2.3名であった。

6) 近い将来、子どものこころの診療部、診療科の設置を計画している大学病院は6病院(1~2年以内が3病院、5~6年後が2病院、不明1病院)、専門外来の設置を準備中の大学病院が1病院であった。

7) 子どものこころの診療科、診療部の立ち上げに際し、まず問題となることは、回答があった38病院のうち、病院全体の理解と協力が30病院(78.9%)、小児科との連携が24病院(63.2%)、精神科内での理解と協力が22病院(57.9%)、看護師などコメディカルの理解と協力が11病院(28.9%)、その他が10病院(26.3%)であった。その他としては、専門医がいないなどの人材不足が6病院、診療報酬などの収益性を挙げたのが4病院であった。

D. 考察

子どものこころの診療部、診療科を設置している大学病院は約20%であり、専門外来で診療している大学病院は約40%、一般外来で子どもを診療している大学病院も約40%であった。

子どものこころの入院を行っているのは約80%の大学病院であった。専用のベッドを精神科病棟に確保しているのは2病院であり、ほとんどが精神科病棟を適宜使用するものであった。小児科病棟を適宜利用する大学病院は2病院であったが、中学生以下で精神不穏などがある場合、小児科病棟での入院には困難があるとのコメントが付いていた。

平成21年度の20歳未満の診療体制別新患者数は、一般外来で子どもを診ている病院と比較して、子どものこころの診療部、診療科をもつ病院では、約3.4倍の患者を診察していた。また、子どもの専門外来をもつ病院では約2.4倍の子どもの患者を診察していた。専門外来や子

どものこころの診療部、診療科という診療体制をとると、より多くの子どもを受け入れることができることを示している。

スタッフ構成をみると、子どものこころの診療部、診療科を有する病院では、専属の精神科医も小児科医もいるのは1病院のみで、専属は精神科医のみは5病院、専属は小児科医のみが2病院であった。コメディカル・スタッフでは心理士が8病院(平均4.8名)に配置され、うち専属としても4病院において平均2.0名が配置されており、子どものこころの診療を大きく支えていることが判明した。

その他の職種、保育士や作業療法士などの配置は少なかった。ソーシャルワーカーの配置は3施設で配置されていたが、専属としては1病院のみの1名の配置であった。十分な人材が整わないまま診療に取り組んでいる姿が明らかとなった。

専門外来においても、心理士は8病院に平均2.6名が配置されていたが、作業療法士、保育士はいなく、ソーシャルワーカーも1病院1名のみが配置されているだけであり、医師と心理士で診療のほとんどが行われていることがわかった。

さて、卒後10年までの若手の精神科医で、児童青年期精神科医を志す(ないしは児童青年期精神科医療に携わっている) 医師数は、一般外来で子どもの診療を行っている病院においては平均2.3名であり、専門外来を有している病院の平均2.6名とそれほど変わりはない。子どものこころの診療部、診療科をもつ病院では、平均4.2名と多かったが、こどもの診療に取り組む先輩の姿を見て、自然と児童青年期精神科医療に関心を抱く若手の医師もいることだろうし、児童精神科医になることを希望して入局する医師もいるだろう。

近い将来に子どもの心の診療部、診療科の設置を計画している大学病院は6病院(15.8%)であった。少なくない数であった。詳しく見ると、1~2年以内を計画しているというのが3病院、5~6年以内というのが2病院、不明が1病院であった。また、専門外来の設置を準備中の施設が

1 病院であった。

これらのことから、一般外来でこどもを診察するよりも専門外来を、専門外来よりも子どものこころの診療部、診療科を目指したいという志向性があることがうかがわれよう。

アンケートの自由意見からは、診療現場では子どもの心の診療をどのように行うことができるか、ということがさしあたっての関心事であることが伺われたが、子どものこころの診療部、診療科の立ち上げに際し、問題となることは病院全体の理解と協力が最も多かった。自由意見の欄に寄せられていたが、精神科医療の診療報酬の低さやポストが増やせないなどの問題が支障となり、子どものこころの診療部、診療科の設置に大学病院が踏み切れないのである。次に多かったのが小児科との連携であった。3番目には精神科内での理解と協力が問題と回答されていた。

また、児童精神科医療を特殊な一部門として少数の人に背負わせるのではなく、診療科全体で取り組んでいくことが肝要であると思われる。子どもの心の診療部、診療科を有していても、実際には、成人の一般精神科診療にまじって子どもを診ていくという形も体制として併存して持つことが必要で、成人の診療も子どもの診療もうまく共存していけるように現場で協力し合うことが強く求められていると考えられる。

以上のことから、今後、大学病院において児童精神科研修の場を広げていくためには、最初に、臨床現場に子どもを受け入れていくことである。一般外来で子どもを診ている大学病院では週1, 2日の専門外来を設置し、すでに専門外来を行っている大学病院では、子どものこころの診療部、診療科の設置を目指すことで、より多くの子どもたちを受け入れることができよう。そのためには、まず、精神科内での協力体制の準備が必要となる。すなわち、子どもの診療は一部の人（専門外来や子どものこころの診療部など）にまかせるという形をとるのではなく、一般精神科診療のなかでも子どもを診る体制をとり、また、子どもの診療に直接はあたらない医師の間接的な協力も必要で

あることは言うまでもないだろう。

E. 結論

子どものこころの診療部、診療科の設立には、小児科との連携、病院全体の理解と協力など、多くの課題が残っているが、今後の研究計画として、子どものこころの診療部、診療科を設置している医学部・医科大学病院を対象としてアンケートおよび聞き取り調査を行い、大学病院内に専門グループを作っていくノウハウや、独立した専門グループを形成する工程を明らかにしたい。それをもとにして、専門医師や専門の看護師やコメディカル・スタッフの養成システムの今後のあり方を考察していきたい。

-子どものこころの診療に関するアンケート調査

各質問についてあてはまる番号・数字を○で囲むもしくは空欄にご記載ください。

(注)ここで「子どものこころ」と表現しているのは、子どもが抱える様々な心の問題、発達や教育上の問題などを包括的に表現する言葉として用いています。

質問1 「子どものこころの診療部」ないしは「子どものこころの診療科」を持っていますか。

- ①はい、 ②いいえ

⇒ いいえ、の場合

週1日ないし2日程度の子どものこころの専門外来を行っていますか。

- ①はい、 ②いいえ

質問2 子どものこころの入院治療を行っていますか。

- ①はい、 ②いいえ

⇒ はい、の場合 以下のいずれですか。

- ① 精神科の病棟に専用のベッドを 床、持っている。
 ② 小児科の病棟に専用のベッドを 床、持っている。
 ③ 子どものこころの診療部(科)として専用のベッドを 床、持っている。
 ④ 精神科の一般病棟を適宜使っている。

質問3 子どものこころの診療部、子どものこころの診療科を行っている場合、お答えください。

子どものこころの診療(専門外来)に携わるスタッフについてお答えください。

		従事する人数	うち専任の人数
医師	精神科医	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
	小児科医	<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
看護師		<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
心理士		<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
作業療法士		<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
保育士		<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
言語聴覚士		<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
ソーシャルワーカー		<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名
その他		<input type="text"/> 名	<input type="text"/> 名

質問4 子どものこころの診療部、診療科をお持ちでない場合、お答えください。

今後、「子どものこころの診療部」ないしは「子どものこころの診療科」の立ち上げの予定はありますか。

- ① はい ② いいえ

→ はい、の場合、立ち上げの時期は以下のいずれですか。

- ① 1年以内
② 3年以内
③ 5年以内
④ 6年以上

質問5 子どものこころの診療部、ないしは子どものこころの診療科を立ち上げる際に、まず問題となるのは、以下のいずれですか(複数回答可)。

- ① 病院全体の理解と協力
② 小児科との連携
③ 精神科内での理解と協力
④ 看護師などコメディカルの理解と協力
⑤ その他()

質問6 貴講座で児童青年精神科医を志す(ないしは携わっている)卒後10年目までの医師数は、

名

質問7 平成21年度の外来新患者のうち、20歳未満の患者さんは、

約名

質問8 子どものこころの診療に関して、ご意見がございましたら、お書きください。

記載年月日 平成 年 月 日

貴施設名 ()

記載医師名 ()

お名前は無記名でも結構ですが、施設名だけでも記載して頂けるとありがたく存じます。

質問は以上です。お忙しい中、ご協力いただきありがとうございました。

同封の封筒で平成22年12月6日までにご返送をお願い申し上げます。

児童青年精神科医療機関における専門的医師等の

養成システムに関する研究

分担研究者 氏名 小平雅基¹⁾

1) 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科

研究要旨

「平成 22 年度厚生労働省こころの健康づくり対策事業；思春期精神保健対策医療従事者専門研修（1）」に参加した医師にアンケートを実施し、84 名の結果を解析した。全体的な特徴としては、ほとんどが子どもの心の診療に特化されていない精神科もしくは小児科の医師であること、全国からさほど偏りなく集まっていること、子ども心の診療に携わる時間は決して長くなく、対象の年代のピークは中学生であること、などが挙げられた。アンケートの結果からは今回の系統講義中心の研修会は好評であり、子どもの心の診療を目指す医師の研修初期に系統講義形式のプログラムの提供がなされることは重要と思われた。また今後の課題としては、児童精神科病棟を有する医療機関におけるレジデント研修の指針を明らかにし研修中の医師に示すこと、が挙げられた。

A. 研究目的

我が国において児童精神科病棟を有する病院は 20 施設程度に留まる。しかもそのすべての病院でレジデント研修を受け入れているわけではないため、児童精神科病棟での臨床経験を得る医師は極めて少ないと言わざるを得ない。

また平成 20 年度から「子どもの心の診療の拠点病院機構推進事業」が始まり、今後全国的に子どもの心の診療の拠点病院が機能していくことが望まれるようになって来ている。その場合に児童精神科病棟を有する病院がその一端を担っていく可能性は高い。

そのような背景のなか、児童精神科病棟を有する医療機関におけるレジデント研修の標準化を求めることは、自然でもあり、急務でもあると考える。

3 年間の研究での最終目標を以上のように据えた上で、今年度としてはどのようなものが研修を受ける側から求められているかを検討すべく、

「平成 22 年度厚生労働省こころの健康づくり対策事業；思春期精神保健対策医療従事者専門研修」への参加者を対象にアンケート調査を行った。その結果をまとめ、来年度への足がかりとしたいと考えている。

B. 研究方法

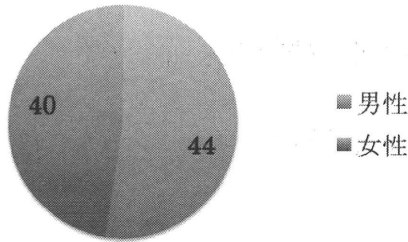
「平成 22 年度厚生労働省こころの健康づくり対策事業；思春期精神保健対策医療従事者専門研修（1）」に参加した医師 88 名に研修会の際、アンケート（アンケート文末に添付）を実施し、84 名から回答を得た。その結果を解析することとした。

C. 研究結果

1) 回答者背景

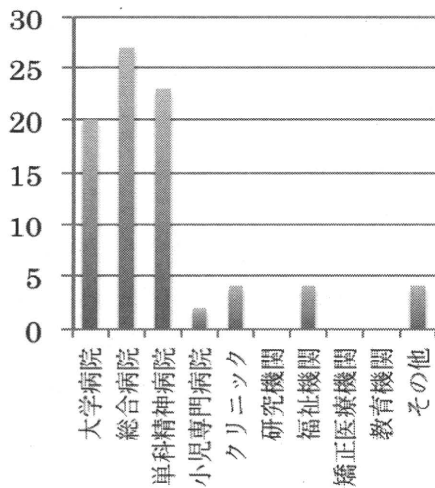
性別、年齢に関しては、男性が 44 名、女性が 40 名であり、男性の平均年齢が 40.8 ± 9.5 歳、女性の平均年齢が 36.3 ± 8.3 歳との結果であり、

男性の方が有意に年齢の高い結果となっている (<.05)。

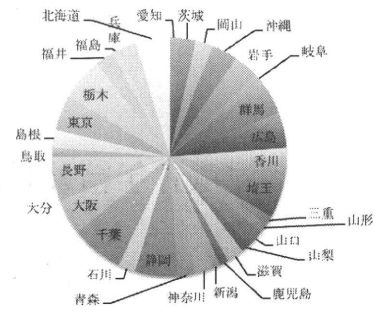


医師年数は平均12.3±9.1年となっており、初期研修経験医師が45名（平均1.9±0.3年）、小児科経験医師が27名（平均16.0±11.6年）、精神科経験医師が57名（平均7.4±5.8年）、精神科小児科以外の科の経験医師が12名という結果になっている。子どもの心の診療医の経験年数に関しては、「何を持って子どもの心の診療医とするか不明」との意見や空欄回答が多かったため、解析が出来ないが、全体での印象としては10年に満たない医師がほとんどのようである。

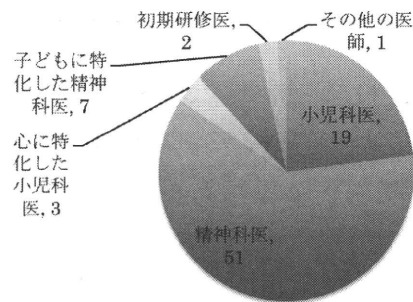
所属機関としては、以下のように大学病院（20名）、総合病院（27名）、単科精神病院（23名）で全体の83%となっている。



所属機関のある都道府県は千葉県が6名、次いで埼玉県、静岡県、栃木県が各5名となっているが、総じて全国に分散していることが伺える。



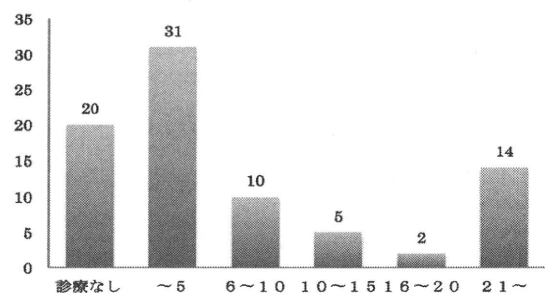
現時点での診療科としては、精神科医と回答したものが最も多く51名で、次いで小児科医19名となっている。



以上の結果から、今回の研修会参加者（本アンケート回答者）は全国的なサンプルであり、「子どもに特化した精神科医」や「心に特化した小児科医」の割合は少ないことも挙げられる。ただし精神科医の割合が多いことは考慮に入れるべきと考える。

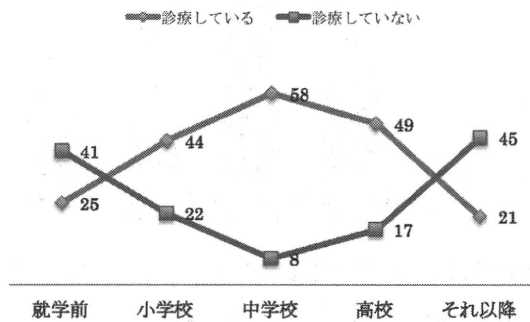
2) 回答者診療状況

1週間で子どもの心の診療に携わる時間は、「診療なし」との回答が20名、5時間までが31名となっており、21時間を超えるものも14名となっている。

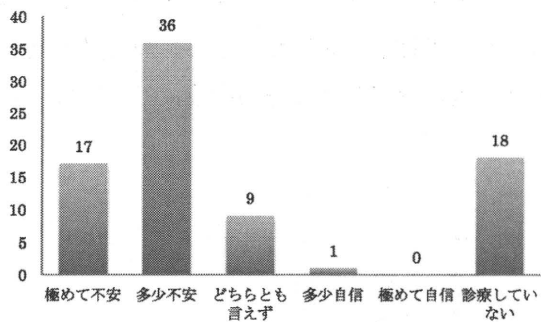


対象としている年代に関しては、子どもの心の診療をしていないとする18名を除いた66名では、

以下のようになっている。中学年代が最も「診療対象となっている」割合が高いことが伺われる。

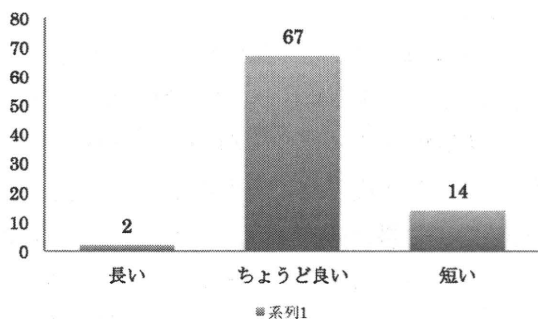


研修会前の子どもの心の診療をする際の不安に関しては以下のようになっており、「極めて不安」と「多少不安」とで63%となっている。

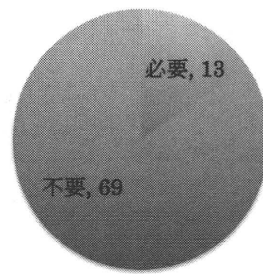


3) 研修会評価

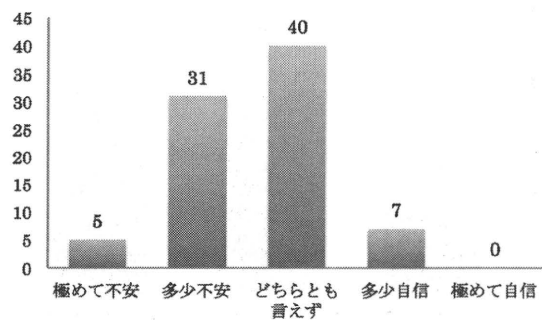
研修会の2日間という日程に関しては、67名が「ちょうど良い」との回答であった。



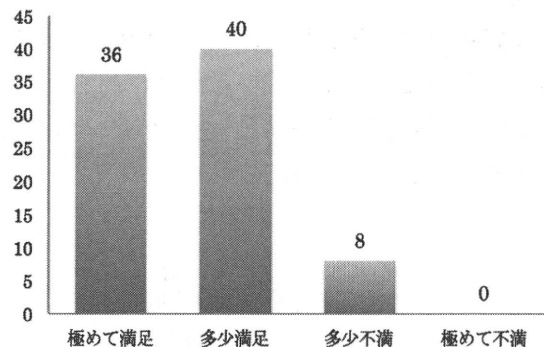
講義コマ数を減らしても質疑応答の時間を必要とするか、もしくは講義コマ数が減るなら質疑応答は不要とするか尋ねたところ、69名(84%)が質疑応答を不要と回答した。



研修会を聞き終えて、子どもの心の診療をする際の不安は以下のようになっている。「極めて不安」と「多少不安」とを合わせた割合は43%となっている。

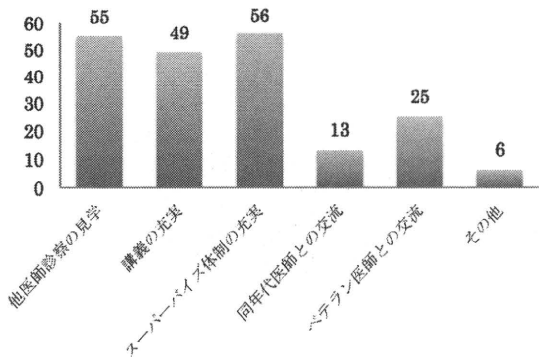


研修会への満足度としては以下のように90%が満足と回答している。

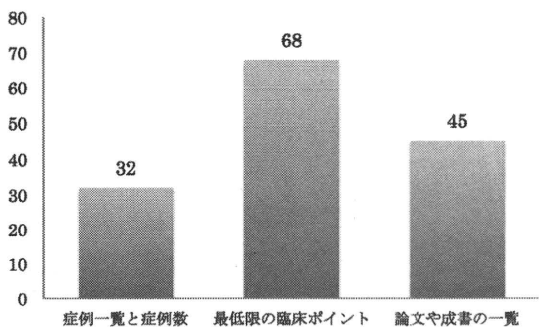


4) 今後の研修・指導体制への希望

今後子どもの心の診療領域においてどのような研修・指導体制の発展を望むか尋ねたところ、以下のように、他の医師の診察場面の見学と講義の充実、スーパーバイズ体制の充実の3つが特に多い回答となっている。

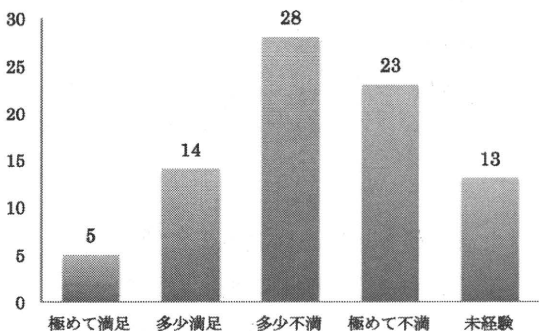


また研修指針については78名（93%）から「あった方がいい」と回答されており、その内訳は以下のようになっている。

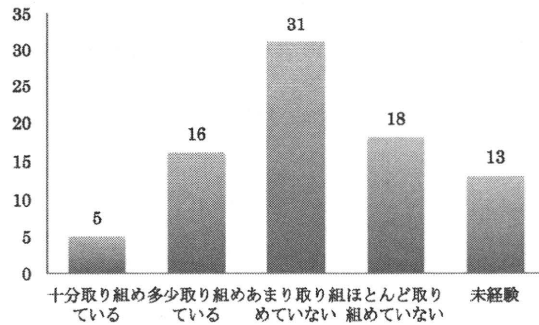


5) 子どもの心の診療への満足度および取り組み度

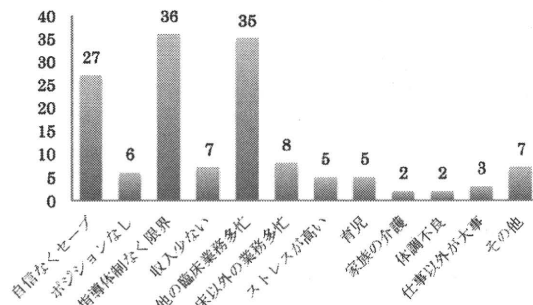
現職場での“子どものこころの診療”全体に対してどの程度満足しているか尋ねたところ、「極めて満足」と「多少満足」をあわせても23%程度であることがわかる。



時間的な取り組み度に関しても、「あまり取り組めていない」と「ほとんど取り組めていない」の方が多く、満足度と同様の傾向にあることが伺える。



時間的取り組み度において「あまり取り組めていない」と「ほとんど取り組めていない」と回答した49名にのみ、その理由について以下から選択してもらった。そうしたところポジションや収入、家庭の問題は決して多くないことがよくわかる。大きく分けると、指導体制と自信のなさの問題と、子どもの心の診療以外の臨床業務に追われていることが要因として挙げられるようである。



D. 考察

今回の対象となった医師の全体的な特徴としては、ほとんどが子どもの心の診療に特化されていない精神科もしくは小児科の医師であること、全国からさほど偏りなく集まっていること、子ども心の診療に携わる時間は決して長くなく、対象の年代のピークは中学生であること、などが挙げられる。すなわち今後子どもの心の専門的教育を受けていく前の段階の医師が中心であると考えられる。

そのような対象において、子どもの心の診療に満足できているか尋ねたところ、満足している群は2割程度であることが明らかとなった。時間的に取り組めない要因として、当初は「ポジション

がない」「収入が少ない」といったものもそれなりに挙げられるかと考えていたが、結果からはそういう要因はほとんど挙げられず、むしろ研修・指導体制の問題が強調される結果となった。

そのような状況下での系統講義中心の研修会となった訳だが、結果からすると極めて好評だったと考えてよいと思われる。よって今後も子どもの心の診療を目指す医師の研修初期に系統講義形式のプログラムの提供がなされることは重要と思われる。

その上で、研修を受ける側からのニーズとしては、他医師の診察場面を見学する体制やスーパービジョン体制の充実が望まれている。このあたりは各施設、各学会が計画していく問題と思われるが、いかに効率良く業界全体が連携していけるかを考えていく必要があるとは考える。

また今回のアンケート調査において、「子どもの心の診療の研修指針があった方がよいか」との問いに9割以上が「あった方がいい」と回答していることも興味深い。確かに各病院それぞれの考えがあり、児童精神科病棟を有する医療機関におけるレジデント研修を終えたと言うことが、どのような臨床スキルを習得したことを意味するのかはっきりしない現状があることは否めない。そのように考えると、児童精神科病棟を有する医療機関におけるレジデント研修を終えるまでに経験すべき症例の一覧と症例数、最低限押さえるべき臨床的ポイントの一覧、読んでおくべき論文や成書の一覧、といったものを明らかにし、研修中の医師に示すことは重要と思われる。

E. 結論

今回「平成22年度厚生労働省こころの健康づくり対策事業；思春期精神保健対策医療従事者専門研修(1)」に参加した医師にアンケートを実施し、84名の結果を解析した。全体的な特徴としては、ほとんどが子どもの心の診療に特化されていない精神科もしくは小児科の医師であること、全国からさほど偏りなく集まっていること、子ども心の診療に携わる時間は決して長くなく、対象

の年代のピークは中学生であること、などが挙げられた。アンケートの結果からは今回の系統講義中心の研修会は好評であり、子どもの心の診療を目指す医師の研修初期に系統講義形式のプログラムの提供がなされることは重要と思われた。また今後の課題としては、児童精神科病棟を有する医療機関におけるレジデント研修の指針を明らかにし研修中の医師に示すこと、が挙げられた。

F. 研究発表

特になし

文献

特になし

「思春期精神保健対策医療従事者専門研修(1)」医師用アンケート

記入者氏名 _____

所属機関名 _____

● 参加される方ご自身についておうかがいします。

1. あなたの性別は？ (男性 / 女性)
2. あなたの年齢は？ ()歳
3. 医師の経験年数(その内訳)、子どもの心診療医の経験年数、はそれぞれ何年ですか？
○医師 計()年
⇒ 初期研修医()年 小児科医()年 精神科医()年 他()年
○子どもの心診療医()年
⇒ 経験された医療機関名をお答えください。
医療機関名()
4. あなたが現在所属されている機関は下記のうちどれですか？1つ○をつけて下さい。
大学病院 総合病院 単科精神病院 小児専門病院 クリニック
研究機関 児童相談所など福祉機関 矯正医療機関 教育機関
その他()
5. 上記4. の機関のある都道府県はどこでしょうか？ ()
6. あなたが現在主として所属(標榜)されている診療科を1つ選んでください。
小児科 精神科 心に特化した小児科 子どもに特化した精神科
初期研修ローテート中 その他()
7. あなたが所属されている国内の学会に全て丸をしてください。
日本精神神経学会 日本小児科学会 日本児童青年期精神医学会
日本小児神経学会 日本小児心身医学会 日本思春期青年期精神医学会
日本小児精神神経学会 日本乳幼児医学心理学会
その他()
8. あなたが取得されている専門医・認定医などの資格に全て丸をつけてください。
精神保健指定医 精神科専門医 小児科専門医 小児神経科専門医
日本児童青年期精神医学会認定医 小児心身医学会認定医
その他()

● 現在の診療状況についておうかがいします。

1. 現在、子どもの心の診療にたずさわる時間は、おおむね週何時間ですか？

約() 時間/週

2. 現在、子どもの心の診療の外来部門における受診者数はおおむね週何人ですか？

約() 人/週

3. 現在、子どもの心の診療における対象年代に全て丸をつけてください。子どもの心の診療をしていない方は「診療をしていない」を選んで下さい。

就学前 小学生 中学生 高校生 それ以降 診療をしていない

4. 現在、子どもの心の診療時間における入院と外来の比率はどの程度ですか？合計 100%でお答えください。子どもの心の診療をしていない方は「診療をしていない」を選んで下さい。

外来()% : 入院()% 診療をしていない

5. 講義前は、子どもの心の診療をする上でどのように不安を感じていましたか？

1 2 3 4 5
極めて不安である 多少不安である どちらとも言えない 多少自信がある 極めて自信がある

● 本研修会についてお聞きします。

1. この研修会をどこでお知りになりましたか？ 1つ○をつけてください。

- ①知人からの聞いた
②学会からの案内を見た(学会名:)
③メーリングリストで知った(メーリングリスト名:)
④厚生労働省のホームページで見た
⑤県からの案内を見た
⑥病院に掲示されていた
⑦その他()

2. 今回の研修会は2日間で行ないましたが、いかがでしたか？1つ○をつけて下さい。

- ①長かった ⇒何日が適切でしたか？()日
②ちょうど良かった
③短かった ⇒何日が適切でしたか？()日

3. 今回の研修会では、時間の関係から質疑応答をもうけませんでしたが、いかがでしたでしょうか。当てはまる方に○をつけてください。

- ① 講義が短くなるか、講義のコマ数が減っても質疑応答の時間が必要
⇒必要ならば何分必要ですか？()分
② 講義が短くなるならば質疑応答の時間は不要

4. 研修会の講義の中で特に必要なかったと思われる講義はありましたか？

①なかった

②あった

⇒どの講義ですか？(

)

5. 本研修会が続いた場合に、他に何か加えてほしい講義はありますか？

①ない

②ある

⇒どのような内容ですか？(

)

6. 研修会を聞き終えて、子どもの心の診療をする上での不安をどのようにお感じですか？

1

2

3

4

5

極めて不安である

多少不安である

どちらとも言えない

多少自信がある

極めて自信がある

7. 本研修会に対する満足度はいかがですか？1つ○をつけて下さい。

1

2

3

4

極めて満足である

多少満足である

多少不満である

極めて不満である

8. 本研修会が続いた場合にまた参加したいですか？1つ○をつけて下さい。

①是非参加したい

②できるだけ参加したい

③特に参加したいとは思わない

● 今後の参考にさせていただきたいと思いますので、教えてください。

1. “子どもの心の診療”をしていく上で、業界全体でどのような研修・指導体制の発展が望まれますか？複数回答可として○を付けて下さい。

①他医師の診察場면을観察できる機会の増加

②講義の充実

③スーパーバイズ体制の充実

④同年代医師と交流できる機会の増加

⑤ベテラン医師と交流できる機会の増加

⑥その他(_____)

2. 研修を行っていく上で、研修指針は必要だと思いますか？1つ○をつけて下さい。

①特に必要だとは思わない

②あった方がいいと思う

⇒どのようなものがいいと思いますか？複数回答可としてお選び下さい。

() 経験すべき症例の一覧とその症例数

() 最低限押さえるべき臨床的ポイントの一覧

() 読んでおくべき論文や成書の一覧

3. 様々な要因を鑑みて、現職場での“子どものこころの診療”全体に対してどの程度満足されていますか？○を付けてお答え下さい。

1 2 3 4 5
極めて満足である 多少満足である 多少不満がある 極めて不満がある まだ経験していない

4. ご自身の感覚として、“子どもの心の診療”に時間的に十分取り組めていると思いますか？1つ○を付けて下さい。

1 2 3 4 5
十分取り組めている 多少取り組めている あまり取り組めていない ほとんど取り組めていない まだ経験していない

い

5. 4. で3～4と答えた方にのみにお伺いします。

あなたが“子どもの心の診療”に十分取り組めていない要因はどのようなものですか？あてはまるものに○、最もあてはまるものに◎を付けて下さい(複数回答可)。

- ①全体的に自信が持てないためセーブしている()
- ②取り組みたいが取り組めるポジションがない()
- ③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()
- ④収入が少なく“子どもの心の診療”の分量を増やせられない()
- ⑤“子どもの心の診療”以外の臨床業務が多忙である()
- ⑥診療以外の業務(研究活動など)が多忙である()
- ⑦“子どもの心の診療”の業務のストレスが高く、これ以上増やしたくない()
- ⑧育児が忙しく時間が作れない()
- ⑨家族の介護が忙しく時間が作れない()
- ⑩自身が体調不良にありセーブしている()
- ⑪仕事以外の時間を大事にしたい()
- ⑫その他() _____

- その他、“子どもの心の診療”に関する研修や就労、現状からの改善策など何かご意見がございましたらご自由にお書き下さい。

以上になります。ご協力ありがとうございました。

地域における児童青年精神科医療ネットワークのあり方に関する研究

分担研究者 山崎透¹⁾

研究協力者 石垣ちぐさ¹⁾ 大石聡¹⁾ 伊藤一之¹⁾ 内田直子¹⁾ 末田慶太郎¹⁾ 窪田洋子¹⁾

1) 地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立こども病院

研究要旨

初年度は地域における児童・青年精神科医療ネットワークの現状と課題を明らかにすることを目的として、日本児童青年精神医学会認定医と全国児童青年精神科医療施設協議会（以下、全児協）加盟施設を対象に連携活動の実施状況等を調査した。その結果、①認定医の79%、全児協加盟施設の93%が関係機関での支援・連携活動を実施しており、②実施内容は、児童相談所・児童福祉施設、教育委員会・教育相談、学校、医療機関等での嘱託医等、関連諸機関による連携会議、担当患者に関する関連機関とのケース会議、研修・啓発活動などであった。③連携の充実には、児童青年精神科医の増員、現場・行政レベルでの縦割り意識の解消が重要という意見が多く、④児童精神科医の増員には、児童青年精神科医療の診療報酬の改善、国や自治体による児童青年精神科医の育成システムの整備、大学における児童青年精神医学の教育体制の整備、などが必要という意見が多く認められた。

A. 研究目的

本研究は、地域における児童・青年精神科医療ネットワークのモデルを提示することを目的としている。

本年度は、専門性を有する児童精神科医、児童精神科医療の中核的役割を担っている医療機関における、関係機関との連携の現状と課題を明らかにすることを目的として調査を行った。

B. 研究方法

1. 調査対象

調査対象は、日本児童青年精神医学会認定医（以下認定医）169名、および全国児童青年精神科医療施設協議会（以下全児協）に加盟している医療機関32施設とした。

2. 調査方法

児童・青年精神科医療ネットワークの現状と課題に関する調査票を作成し、認定医および全児協施設を対象にアンケート調査を実施し、結果の集

計とその分析を行った。

調査の主な項目は、①嘱託医など関係機関での業務、②他職種連携会議の参加状況、③担当患者に関する関係機関との連携の状況、④連携に困難を感じている関係機関、⑤研修・啓発活動の現状、⑥今後必要と考えている連携および整備すべきこと、⑦児童精神科医の充足状況および充足のための条件、などであった。

有効な回答数は認定医では98名（回答率58%）であった。認定医のうち、大学病院を含む医療機関に勤務している者は82名であり、今回はこの82名の集計・分析をおこなった。さらに「児童・青年期専用病棟を有している、もしくは複数の児童精神科医が勤務している」医療機関を中核病院と定義し、この82名を中核病院群22名、非中核病院群57名に分類し、一部の調査項目について比較・検討を行った。

全児協で有効な回答を得たのは、27施設（回答率84%）であった。この27施設を正会員施設

(全ての施設が児童・青年専用病棟・専用病床を有している) 18 施設と、オブザーバー施設(専用病棟を有しているのは 1 施設のみでほとんどが有していない) 9 施設に分類し、一部の調査項目について比較・検討を行った。

C. 研究結果

1. 関係機関での業務

1) 認定医

認定医では、児童相談所・児童福祉施設と教育委員会・教育相談がそれぞれ37%と最も多く、次いで、学校(23%)、医療機関(21%)などであった。また、関係機関の業務を行っていない者は21%であった。なお、中核病院群と非中核病院群の間に統計学的な有意差は認められなかった(表1)。

2) 全児協施設

全児協では、児童相談所・児童福祉施設が70%と最も多く、次いで教育委員会・教育相談(52%)、保健所・保健センター(30%)、医療機関(19%)などが多いという結果であった。また、関係機関の業務を行っていない施設はオブザーバーの2施設にすぎなかった。なお、正会員施設群とオブザーバー施設群の間に統計学的な有意差は認められなかった(表2)。

2. 多機関による連携会議

1) 認定医

まず、要保護児童対策地域協議会については「出席している」はわずか4%であり、「他の児童精神科医・精神科医が出席している」が合わせて22%、「精神科医は出席していない」が11%であった。また、63%が「協議会について知らない、状況が分からない」という結果であった(表3)。要保護児童対策地域協議会を把握している比率について2群間で比較したところ、中核病院群の方が有意に把握している人数が多いという結果であった(表4)。さらに、その他の会議も含めた多機関による連携会議への参加率を2群間で比較したところ、中核病院群の方が参加率が有意に高

いという結果であった(表5)。多機関による連携会議に不参加の理由について回答した52名の内訳は、「地域から要請がない」が52%、「どのような会議があるか知らない」が19%、「要請はあるが業務が多忙で出席できない」が17%、「必要を感じない」が4%、その他が8%であった。

2) 全児協施設

要保護児童対策地域協議会については「施設の児童精神科医が出席している」は22%であり、「他の児童精神科医・精神科医が出席している」が合わせて8%、「精神科医は出席していない」が26%であった。また、「協議会について知らない、状況が分からない」は44%という結果であった(表6)。要保護児童対策地域協議会を把握している比率について2群間で比較したところ、正会員群が67%、オブザーバー群が25%であったが、統計学的な有意差は認めなかった(表7)。さらに、その他の会議も含めた多機関による連携会議への参加率を2群間で比較したところ、正会員群の方が参加率が有意に高いという結果であった(表8)。多機関による連携会議に不参加の理由について回答した12施設の内訳は、「地域から要請がない」が58%、「要請はあるが業務が多忙で出席できない」が25%、その他が17%であった。

3. 担当患者における関係機関との連携

1) ケース会議の主催

① 認定医

担当患者について、医療機関内における関係機関とのケース会議の主催頻度については、「月1回以上」が19%、「年に数回程度」が45%、「年に1回程度」が6%、「ほとんどない」が30%であった(有効回答80名)。また、年1回以下しか主催していない理由としては、「業務が多忙で余力がない」が42%で最も多く、「必要を感じていない」が15%、「ノウハウがない」が12%、「その他」が31%であった(有効回答26名)。

② 全児協

全児協施設では、「月1回以上」が59%、「年に数回程度」が26%で、「ほとんどない」は15%にすぎなかった（有効回答27施設）。

2) 地域で開催されるケース会議への参加

①認定医

地域で開催されるケース会議への参加状況は、「月1回以上」が13%、「年に数回程度」が47%、「年に1回程度」が11%、「ほとんどない」が29%であった（有効回答79名）。また、年1回以下しか主催していない理由としては、「他機関からの要請がない」が70%と圧倒的に多く、「業務が多忙で余力がない」が14%、「所属機関に支援する姿勢がない」が3%、「その他」が13%であった（有効回答30名）。

②全児協

全児協施設では、「月1回以上」が41%、「年に数回程度」が55%で、「年に1回程度」が4%で「ほとんどない」と答えた施設はなかった（有効回答27施設）。

3) 学校などへの往診依頼

①認定医

学校や児童福祉施設などへの往診については、「月1回以上」は2%に過ぎず、「年に数回程度」が18%、「年に1回程度」が9%、「ほとんどない」が71%と大勢を占めた（有効回答80名）。また、年1回以下しか主催していない理由としては、「往診システムが整備されていない」が45%、「地域から要請がない」が25%、「業務が多忙で余力がない」が15%、「必要を感じない」が4%、「その他」が11%であった（有効回答50名）。

②全児協

全児協施設では、「月1回以上」が7%、「年に数回程度」が15%、「年に1回程度」が11%で、「ほとんどない」が67%と、認定医と同様に大勢を占めた（有効回答27施設）。また、年1回以下しか主催していない理由としては、「地域から要請がない」が40%、「往診システムが整備されていない」が30%、「業務が多忙で余力がない」が25%、「その他」が5%であった（有効回答20施設）。

4. 連携に困難を感じている関係機関

1) 認定医

臨床の中で連携に困難を感じている関係機関としては、児童相談所・児童福祉施設が30%と最も多く、次いで学校が26%、警察などの司法関連機関が22%、教育委員会・教育相談が16%、医療機関が13%などであった（表9）。

2) 全児協

全児協施設では、学校が40%と最も多く、次いで児童相談所・児童福祉施設が30%、医療機関が22%、警察などの司法関連機関が19%、教育委員会・教育相談が16%などであった（表10）。

5. 研修・啓発活動

1) 認定医

関係機関の職員に対する研修・啓発活動としては、「症例検討会」、「スーパーバイズ」がそれぞれ40%と最も多く、「講義中心の研修会」が30%であった（表11）。なお、82人中61人（74%）が何らかの研修・啓発活動をおこなっていた。

2) 全児協

全児協施設では、「症例検討会」が74%と最も多く、「講義中心の研修会」が56%、「スーパーバイズ」が37%であった（表12）。なお、27施設中22施設（81%）が何らかの研修・啓発活動をおこなっていた。

6. 今後必要と考えている関係機関との連携

1) 認定医

今後必要と考えている関係機関との連携に関しては、「ケース会議」が52%と最も多く、以下「研修会・講演会」が45%、「症例検討会」が30%、「要保護児童地域協議会などの多職種連携会議」は20%であった（表13）。

2) 全児協

全児協施設では、「ケース会議」が81%と最も多く、以下「症例検討会」が63%、「研修会・講演会」が52%、「要保護児童地域協議会などの多職種連携会議」は26%であった（表13）。

7. 連携のために整備が必要なこと

1) 認定医

関係機関との連携を構築していくために整備が必要なこととして、「児童精神科医の増員・業務の軽減」を挙げた者が59%と最も多かった。次いで、「現場レベルの連携」が50%、「医療・福祉・教育など所轄官庁の連携」49%、「児童精神科医の役割などの関係機関への周知」が29%、「連携に関する病院管理者の理解」が26%であった(表14)。

2) 全児協

全児協施設では、「現場レベルの連携」を挙げた者が78%と最も多かった。次いで、「児童精神科医の増員・業務の軽減」が67%、「医療・福祉・教育など所轄官庁の連携」63%、「児童精神科医の役割などの関係機関への周知」が44%、「連携に関する病院管理者の理解」が37%であった(表15)。

8. ネットワーク構築のための児童精神科医の充足度

1) 認定医

地域における児童青年精神医療ネットワーク構築のための、児童精神科医の充足度については、「充足している」と回答した者はおらず、「まずまず充足している」が12%、「あまり充足していない」が36%、「絶対的に不足している」が47%であった(表16)。

2) 全児協

全児協施設では、「充足している」と回答した者は同様に一施設もなく、「まずまず充足している」が4%、「あまり充足していない」が38%、「絶対的に不足している」が58%と、児童精神科医が複数勤務している中核機関でも、ネットワークのためのマンパワーが不足していることが明らかとなった(表17)。

9. 児童精神科医を増やすために必要なこと

1) 認定医

児童精神科医が、「あまり充足していない」、「絶対的に不足している」と回答した58名に、「児童精神科を増やすために何が必要か」と質問したところ、「児童精神科医療の診療報酬を改善する」が66%と最も多く、「専門講座の開設など、全ての大学で児童精神医学の教育に取り組む」が62%、「児童精神科医の育成システムを国や自治体を中心となって整備する」が57%、「自治体が児童精神科医療の中核機関を整備する」が34%であった(表18)。

2) 全児協

全児協施設では、「児童精神科を増やすために何が必要か」と質問したところ、「児童精神科医療の診療報酬を改善する」が96%とオブザーバーの一施設を除いて全ての施設が必要性を訴えていた。また、「児童精神科医の育成システムを国や自治体を中心となって整備する」が72%、「専門講座の開設など、全ての大学で児童精神医学の教育に取り組む」が52%、「自治体が児童精神科医療の中核機関を整備する」が40%であった(表19)。

D. 考察

1. 関係機関での業務

児童精神科医が、関係機関において、嘱託医などの業務をおこなう意義は、二つに大別されると考えられる。

一つは、単に精神障害の有無を診断するだけではなく、その子どもの発達特性や養育環境の影響、現在の家族内力動、保護者の養育能力および特徴、学校などの環境との相互作用、現在の子どもの心理状態や性格特徴、などを総合的に評価して子どもの見立てを行い、子どもへの関わり方、家族への介入の方法、子どもの生活する環境(学校など)の調整などについて助言・指導を行うことである。教師などの学校関係者、児童相談所などの福祉機関、情緒障害児施設や児童養護施設などの児童福祉施設など、子どもに関係する機関には、児童精神医学観点はもとより、上述したような多面的観点から子どもや家族を見立てることが充分でき

ているとは言い難い状況のため、児童精神科医が関与する意義は極めて大きい。

また、例えば不登校など教育相談機関が関わっている子どもや、児童養護施設に入所している子どもの中に、早期に児童精神医学的治療を開始すべきケースがいることも少なくない。したがって、子どもの精神障害の早期発見と適切な介入のためにも、関係機関に児童精神科医が関わる必要がある。

本研究の結果からは、認定医の79%、全児協施設の93%が関係機関での業務に取り組んでおり、認定医や中核医療機関が、上述したような関係機関に児童精神科医が関わることの意義を理解し、可能な範囲で取り組んでいる姿勢が明らかとなった。しかし、業務の多忙さなどから、児童精神科医療全体として、関係機関のニーズに十分にこたえられていない可能性は高く、この点に関しては、関係機関を対象としたニーズ調査などにより検証する必要があると思われる。

2. 多機関による連携会議

要保護児童対策地域協議会とは、虐待を受けている子どもや非行児童を始めとする要保護児童の早期発見や適切な保護を図るために、関係機関がその子ども等に関する情報や考え方を共有し、適切な連携の下で対応していくことを目的として、児童福祉法に定められた会議である。具体的には、児童相談所、家庭児童相談室、教育委員会、保健センター、保健所、警察（少年サポートセンター）など、福祉・教育・司法など、子どもに関わる関係機関が定期的集まり、各機関から挙がってきた子どもの事例を検討し、支援の方向や役割分担、主に担当する機関を確認することを主な目的としている。

こうした、多機関による会議において、児童精神科医は、「関係機関での業務」の項で述べた役割を期待されており、児童精神科医の果たす役割は極めて重要である。

しかし、今回の調査では、要保護児童対策地域協議会など他機関による連携会議には、認定医が

23%、全児協施設は40%が出席しているにとどまった。また、不参加の理由として認定医、中核機関とも5割以上が「地域から要請がない」を挙げている。これは、協議会が児童精神科医を必要としていないというよりも、児童精神科医が多忙なことは十分認識されており、ニーズはありながらも要請を控えている可能性が高い。実際、筆者は、不定期ながら診療圏の要保護児童対策地域協議会に参加しているが、児童精神科医へのニーズは極めて高いことを実感している。これについても、今後のニーズ調査で明らかにしていく必要がある。

また、今回の調査で、認定医の63%、全児協施設の44%が「要保護児童連絡協議会の存在や開催状況を知らない」と答えるなど、多機関による連携会議への認識不足が明らかとなった。こうしたことから、要保護児童対策地域協議会など、診療圏で開催されている多機関による連携会議の存在や児童精神科医が参加することの意義を、児童精神科医療機関へ周知していくことが重要であることが示唆された。

3. 担当患者における関係機関との連携

ケース会議の主催は、認定医の64%、全児協の85%が年に数回以上、地域開催のケース会議には、認定医の60%、全児協施設の96%が年に数回以上出席していた。しかし、臨床的に関係機関とのケース会議を開催する必要のある症例は、この数をはるかに上回っていることが容易に推察できる。それは、「今後必要と考えている連携は何か」という設問で、認定医・全児協施設とも「ケース会議」であることから明らかである。ケース会議が十分に開催できない主な要因として「業務が多忙で余力がない」ことが明らかとなった。

学校などへの往診は、認定医の71%、全児協施設の67%が行っておらず、その理由としては「地域から要請がない」、「業務が多忙で余力がない」といったこれまでの設問と同様の要因の他に「往診システムが確立していない」という医療機

関のシステムが関与していた。実際、医療機関に勤務していて、外来患者の学校訪問は、時間的にかなりゆとりがないと、費用対効果の面でも実現困難な活動であると実感している。

4. 連携に困難を感じている関係機関

連携に困難を感じている機関については、その理由の記載を紹介しながら考察する。但し、いずれの期間についても、あくまでも医療機関の視点からの意見であり、連携の困難さを明確にする場合には、本来は関係機関からの意見も聴取して考察すべき内容である。

1) 児童相談所・児童福祉施設

実際には、児童相談所に対する意見がほとんどであった。これは、裏を返せば、児童虐待を中心として、児童相談所と連携することが多いことを表しているともいえる。

特に多かったのは、「腰が重くすぐ動いてくれない」「時間の流れの感覚が違う」といった意見であり、切迫した状況で連携を取った際に期待したスピードで対応してくれないことへの不満が反映されていると思われた。また、職員の交代が頻繁で繋がりが切れやすい、スタッフ間の力量にばらつきが大きすぎる、専門性に疑問がある、といった意見も多かった。また、児童相談所が心理検査所見などの個人情報を医療機関に開示しない、という意見も多く、治療的に連携を取る際に、個人情報の取り扱いがネックになっていると考えられる。

また、精神保健福祉法や精神科医療に関する理解のなさを指摘する意見もあり、これはむしろ、情報提供など医療側の課題であると考えられた。

筆者は、児童相談所の嘱託医を長年続けており、上記のような意見はうなずけるものばかりであるが、近年の児童虐待の急増などを背景に、マンパワーの確保や専門スタッフの育成という行政側の対応が追い付いておらず、職員が疲弊している現状がある。こうした状況を改善するためには、医療側からも児童福祉行政への提言などの働きかけが必要と思われる。

2) 学校・教育委員会

対象となる症例のほとんどが学校に所属していることから、連携を取る機会が多いため、連携の困難さを訴える意見も多数寄せられた。目立ったのは「閉鎖的」「排他的」「医療に丸投げ」といった意見であった。たしかに、臨床の中で同様の困難さを感じる場面も少なくない。その一方で教育側から感じる医療側の閉鎖性の問題も無視できない。筆者は10年来、教育相談のスーパーバイズや教師のための講座を主催しており、教育側の本音を聞く場も比較的多いが、そこでは「病院によっては敷居が高い」「連絡を取ろうとしても迷惑がられる」といった声を聞くことも多い。こうした現状を踏まえるとお互いの機能・現状を理解し、それぞれが「風通し」を良くする努力が求められているということであろう。

また、特別支援教育について「学校や教師による格差が大きすぎる」「教育委員会によって取り組みの姿勢が違い過ぎる」といった声も多く、姿勢や取り組みが一貫しないことへの戸惑いが大きく、これは、日々の臨床の中での実感と一致するものであった。

3) 司法関係機関

連携の機会は多くないものの、それだけに馴染みがないためか、「敷居が高い」「仕事が見えない」「個人情報の提供へのバリアが高い」といった意見が多かった。非行・触法ケースについて「事件として取り扱うべきだと思うケースを、精神科医療に押し付ける傾向がある」との意見が複数あり、成人の精神科医療にも共通する課題であった。

4) 医療機関との連携

「一次医療機関がなく、逆紹介が困難」「紹介はするのに逆紹介は受けてくれない」「成人の精神科医が思春期の子どもを診ない」といった医療機関の少なさを指摘する意見が多かった。また、入院が困難という意見も多く、これは、児童青年期精神科の入院治療をおこなっている医療機関が少ないことを反映していると考えられる。

また、児童相談所や福祉機関に関与する医師からは、医療が必要になった際に「門前払いされる」