

### C. 結果

回答を得られた36病院における子どもの心の入院診療システムをみると、一般的な精神科病棟で子どもの心の入院治療を行っているのが11病院であり、一般の小児科病棟で子どもの心の入院治療を行っているのが10病院、一般の小児科・精神科病棟で行っているのは6病院であった。専門病棟もしくは専用のユニットをもつている施設からの回答は無かった。とくに子どもの心の入院治療は行っていないという回答も9施設からあった。

受けたい研修内容と研修形態に関する調査結果を整理したものが表1である。

この表は、子どもの心の入院診療体制別ではなく、全体として集計したものを示している。

表の見方は、たとえば、症状に関する項目において体系的な講義を受けたいというものは36校中17.4校ということになる。

### D. 考察

表1を概観すると、受けたい研修内容としては、症状に関すること、特に自傷・他害に関すること、看護スタッフの子どもへのかかわりかた、家族介入に関すること、などに高い研修希望が集まった。受けたい研修の形態については、体系的な講義、病棟カンファレンス、個別の対応のロールプレイが求められていた。これらについては、詳細は省くが、子どもの心の入院診療体制別にみても、あまり変わりはなかった。

次に、診療体制別に自由感想を整理してみた。精神科病棟を借りて子どもの心の入院診療を行っている大学病院では、“子どもの専門病棟ではなく、一般的な精神科病棟を使

って子どもの心の診療を行っている。入院の大半が成人を占めるので、時に学童期の子どもが入院してきた時、どのように入院環境を整えていったらよいか悩む”(A大学精神科病棟)や、“子どもの入院自体も多くはないため、子ども同士で遊ぶ機会がないこと、家族や学校から離れて入院することが、子どもの成長や発達に強く影響しないか、入院治療のメリットをデメリットが上回っていないか、観察やカンファレンスを通して話し合っている”(B大学病院精神科病棟)などが、主な意見であった。

次に、小児科病棟を借りて子どもの心の入院診療を行っている大学病院では、“小児病棟に入院すると、急性期の子どもなど、いろいろな身体疾患の子どもがいるなかで、ゆっくりと余裕をもってかかわることができなく、専門的な知識がなく、十分な対応ができない。看護師の知識、技術、看護の力をアップする必要がある”(C大学病院小児病棟)や、“精神疾患をもつ子どもが小児科に入院した場合、非常にスタッフに苦手意識がある”と述べ、“講習などシリーズがあれば有り難い”と締めくくっている(D大学病院小児病棟)。

さらに、“発達障害、前頭葉挫傷により感情コントロールに困難が生じている子ども、血液疾患などで長期入院や無菌室入室を余儀なくされる子どもなど、心のケアが必要な子どもがいない時ではない。専門性が高い対応を求められているのに手さぐりでケアを考え、実践していることが現状で、疾患の知識や対応など足りていないこともとても多い。当院の精神科医も勉強会やカンファレンスなどで協力してくれているが、看護学校時も含めて児童精神を勉強する機会

がもっとあつたらいい”という感想を記載した大学病院もあった（E 大学病院小児科病棟）。

まずは、小児科病棟を借りて入院診療を行うが、状態に応じては精神科病棟を借りて子どもの心の入院診療を行っているという F 大学病院では、“自殺念慮や子ども同士の問題も多く、一般に小児病棟で他の疾患の患児とともに看護していくことに困難を感じることも多い現状である。また、対応している看護師自身の専門性の問題もある。したがって、専門的知識の獲得はもちろん、個別的なかかわり方、また、一定レベルのロールモデルでのかかわり方などが学べる機会があれば嬉しい”と述べている。

こうして概観すると、子どもの心の看護には、体系的な講義を受け、知識・技術をもって、症例の検討や病棟カンファレンスの実施、方針、かかわり方、対応のシステムづくりが求められていることがうかがわれる。大学病院における児童青年精神科医療の現状は、精神科看護なしには成立しない領域であることは言うまでもないが、看護の勤務体制の問題が大きく立ちふさがっている。個人が専門的看護を行いたいと希望しても、次の病棟への配属、次の診療科への配属変更が避けられず、自己実現がしにくい。専門的看護が成立しにくい現状がある。こうしたなか、専門的精神科看護をどうやって充実していくのか、看護のスキルアップを図っていくか、専門性をどのように確保できるかは、避けては通れない大きな課題である。

#### E. まとめ

1. 受けたい研修内容としては、子どもの

症状に関する研修、子どもの自傷・他害に関する研修、看護スタッフの子どもへのかかわり方の研修、家族介入に関する研修の希望が高い。

2. 研修の形態としては、体系的な講義、病棟カンファレンス、対応のロールプレイの希望が高い。

以上のことから、すぐに実践できることもあるが、専門的に支援、指導できる看護師の育成も必要と考えられる。

#### F. 研究発表

なし

#### 文献

- 1) 独立行政法人国立国際医療研究センター国府台病院編：児童青年精神科看護ガイドライン。平成23年度厚生労働科学研究費補助金H21—精神—一般—004：児童青年精神科領域における診断・治療の標準化に関する研究（主任研究者 齊藤万比古）研究報告書，2011

#### アンケート用紙

表1 平成24年12月の班研究報告会において使用した表

## 子どもの心の看護研修に関するアンケート調査 2012

あてはまる項目に○をご記入ください。

(注)ここで「子どもの心」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。また、子どもとは18歳未満とします。

### 質問1 子どもの心の入院看護において受けたい研修はどのようなものですか?

記入例

理解と対応の必要な 子どもの症状や問題	経験したことが ない	受けたい研修のスタイル(複数回答可)								
		特に受けるま でない	体系的な講義	時間をかけた 症例検討会	看護師間の 勉強会	対応の ロールプレイ	症例の 個人指導	文献抄読会	病棟 カンファレンス	外部の講習会
例:クレイマー	○	○			○				○	

理解と対応の必要な 子どもの症状や問題	経験したことが ない	受けたい研修のスタイル(複数回答可)								
		特に受けるま でない	体系的な講義	時間をかけた 症例検討会	看護師間の 勉強会	対応の ロールプレイ	症例の 個人指導	文献抄読会	病棟 カンファレンス	外部の講習会
記憶喪失										
心因性感覚まひ・運動まひ										
過度の手洗い										
その他の過度の繰り返し行動										
過度に食べる										
福島に食べない										
不眠										
幻覚・妄想										
精神的興奮										
身体的な不定愁訴										
退行状態(赤ちゃん返り)										
多動										
病棟での子ども間の盗み										
病棟での子どもの孤立										
病棟での子どものいじめ										
異性の子どもの交流										
病棟でのその他の仲間関係の問題										
暴言・暴力										
自殺念慮										
リストカットなどの自傷行為										
自殺企図										
離院										
退院要求										
隔離・身体拘束などの行動制限										
病棟ルールを守らない										
ゲーム・携帯の取り扱い										
子どもからの苦情										
子どもが、他の子どもからの苦情の対象となるとき										
受け持ちナースとして子どもとのかかわりかた										
受け持ちでない子どもへのかかわりかた										
巻き込み★										
家族への介入										

巻き込み★多くは食・物・行為への強いこだわりや執着から要求が生じ、それに対し他者が従わないと激怒したり、泣いて懇願したり、時にそれが長時間に及んだり、人を選んで行われる行為。

**質問2** 貴院の「子どもの心の診療」では入院診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？

①一般の精神科病棟を使って、

②一般の小児科病棟を使って、

③専門病棟において、

**質問3** 貴院では「子どもの心の診療」はどのような外来診療体制で行っていますか。

①子どもの心の診療部ないしは子どもの心の診療科、

②週1～2回程度の精神科の子どもの専門外来、

③精神科の一般外来、

**質問4** 自由に感想やご意見をお書きください。

記載年月日 平成 年 月 日

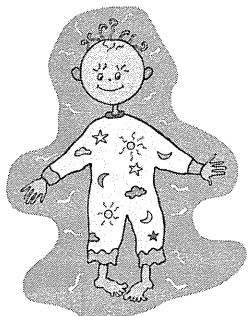
貴施設名 ( )

記載看護師名 ( )

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とうございます。

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24年9月10日までにご返送をお願い申し上げます。



受けたい 研修内容と 研修の形態	体系的講義	症例検討会	看護師間検討会	ロールプレイ	個人指導	文献抄読会	病棟 カンファレンス	外部講習会	合計
症状	17.4	7.0	3.8	7.9	5.2	3.5	9.7	6.8	56.5
対人関係	9.4	6.0	3.6	8.8	8.4	2.0	18.0	4.2	60.4
自傷・他害	13.8	12.3	5.5	11.2	5.8	3.3	15.8	6.0	73.8
スタッフの かかわり方	10.0	5.7	7.0	11.0	6.0	1.8	15.2	3.3	60.0
病棟ルール	6.0	4.0	3.5	13.5	8.5	1.0	11.5	2.5	22.2
家族への介入	19.0	12.0	11.0	14.0	4.0	3.0	15.0	7.0	85.0
合計	13.4	7.5	4.9	9.8	6.1	2.8	13.8	5.3	63.6

## 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 小平雅基<sup>1)</sup> 飯島崇乃子<sup>1)</sup> 高橋美穂<sup>2)</sup> 入倉梓<sup>2)</sup> 本城浩子<sup>2)</sup> 菅谷智一<sup>2)</sup>

- 1) 国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科
- 2) 国立国際医療研究センター国府台病院看護部

**研究要旨：** 一昨年度の調査から児童青年精神科医療を研修するにあたって、レジデント研修の到達目標を求める声が多かった。そのため今年度は『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』の作成を図った。子どものこころの診療を研修している医師が3年間の研修を通して成長していくステップを初級、中級、上級と三段階で設定することを試み、それが研修者と研修指導者の双方が研修の進捗度を把握することに役立つメルクマールとなることを目指した。またレジデントの研修ガイドブックとは別に、児童青年精神科病棟における看護業務の指針となるものが必要と考え、『児童青年精神科看護ガイドライン』の作成も図った。

### A. 研究目的

一昨年度の調査において、子どもの心の診療の研修を行なっていく際に、「研修指針があった方がよい」との回答が9割以上であった。研修先となる各病院それぞれの考えがあり、子どもの心の診療の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の意味するのか我が国においてははつきりしない現状があったため、昨年度は子どものこころの診療を研修している医師が3年間の研修を通して成長していくステップを設定することを試み、研修の進捗度を把握することを目指した『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』の作成を開始した。

またレジデントの研修ガイドブックとは別に、子どもの心の診療の拠点病院の児童青年精神科病棟における看護業務の臨床的な指針となる『児童青年精神科看護ガイドライン』の作成も同時に目指してきた。

今年度は昨年度から作成している両者の完成を目指すこととした。

### B. 研究方法

『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』作成に向けて

#### 第一段階:

「平成23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」にて挙がっている項目を中心に、児童青年精神科領域を網羅的にカバーするような項目を作成し、その項目を専門としている全国の専門家に執筆を依頼する。

#### 第二段階:

その専門家たちによるガイドブックを、全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設のなかで、①後期臨床研修医（レジデント）制をとっている、②2011年に後期臨床研修医（レジデント）が存在している、③複数の常勤指導医が存在し

ている、④児童精神科専門病棟がある、ことを条件として、いずれの項目も満たすと回答し、研究協力を得られた施設の代表者に吟味してもらい、3年間レジデント研修をした場合にコンテンツが過小もしくは過大でないかを尋ねる。

#### 第三段階：

全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設の代表者から意見のあった点を再度第一段階の専門家に返却し、再度検討してもらうこととする。

以上の手順で、各項目に関する内容の要約、その項目を理解できているか検討するためのチェックリスト、その項目における三段階の熟達度、参考文献・推薦図書を基本コンテンツとした。各障害の項目ではそれに対する基本的な治療技法も示すこととした。

項目における3ステップの熟達度としては、3年間の研修を通して成長していくステップを初級、中級、上級と三段階とし、基本的には専門家が感じるままに記述してもらうこととした。ただし「研修者が必ず3年間で到達すべき水準」を上級とするのではなく、「よく勉強している研修者なら3年間で到達できると思われる水準」を上級とし、そこから顧みて中級を設定することとした。

### 『児童青年精神科看護ガイドライン』作成に向けて

#### 第一段階：

研究協力者である当院看護部メンバー(項目によっては他機関の研究協力者)によりガイドラインのひな形を作成する。

#### 第二段階：

そのひな形のガイドラインを同意の得られた協力施設(全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設)に配布し、検討を行なってもらうこととする。

#### 第三段階：

各協力施設の意見を集約してもらった上で、代表者(児童青年期精神科病棟に勤務する看護師；ガイドライン作成委員)を交えた検討会で

吟味する。

#### 第四段階：

第三段階を経て、作成された『児童青年精神科看護ガイドライン』案を、平成24年度厚生労働省「こころの健康づくり対策事業」による「コメディカル専門研修」受講者(大半は看護師)に配布し、それへの意見を募る。さらにシンポジウムでの検討も行い、それらに寄せられた意見を踏まえ、最終的なガイドラインを作成する。

### C. 研究結果

『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』に関しては、最終的に、文末の資料1のような総論5項目、各論7項目(下位項目43項目)から成っている。

全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設のなかで対象となった施設は11施設であった。

(自治医科大学とちぎ子ども医療センター、埼玉県立精神医療センター、東京都立小児総合医療センター、国立国際医療研究センター国府台病院、神奈川県立こども医療センター、山梨県立北病院、静岡県立こども病院、三重県立小児心療センターあすなろ学園、岡山県精神科医療センター、島根県立こころの医療センター、国立病院機構肥前精神医療センター)

その11施設に『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』を送り、回答を得た。回答に挙げられた内容を以下に列記する。

#### ・研修レベルについて①

各章を個別に読むと、各々が納得可能な研修レベルを設定している。しかし全体を通じて読むと、各執筆者により基準が一定していないように思う。大別して、下記の2パターンがあると感じた。  
Aパターン：児童青年精神医学を生涯専門テーマとしてとらえた設定

初級：研修2～3年程度で経験・習得。各項目の基本を文献的・教科書的に理解し、実際に主治医としてケースにも対応した経験がある。

中級：研修 5～10年程度で経験・習得。一般的な臨床場面における対応は十分可能なレベル。各項目に該当するようなケースについて、主治医として、困難な事例にも対応した経験がある。文献的、教科書的対応に加え、個別のケースについて、適宜応用や工夫を行うことができる。

上級：研修年数に関係なく、児童精神医学における細分化された専門性を高め研鑽する。中にはより専門的な機関でのみ経験・習得が可能なものも含まれる。また、各専門項目について、初級・中級研修レベルに該当する医師に適切に指導できる。

Bパターン：児童青年精神医学の基礎を 3～5年程度で研修するものとしてとらえた設定

初級：研修初期に、文献的、教科書的な知識を学び、上級医による実際の診療場面に同席し指導を受ける。

中級：各項目、典型的なケースについては実際に主治医として診断、治療に従事したことがある。しかし、上級医からの定期的スーパーバイズを必要とする。

上級：上級医のスーパーバイズがなくとも、典型的なケースについては診断、治療が可能である。しかし、典型的と考えていたケースにも、診療を進める中で、様々な課題が複雑に影響しあっていることを感じている。また、困難事例についても対応した経験があるが、その際には上級医のスーパーバイズが必要である。

#### ・「研修レベルを評価するために」について②

書き方が箇条書きになっているものがあり、他の書き方との形式上の違いがあったので気になった。各段階で「・・・ができる」のみの項と、「・・・はできるが、まだ・・・はできない」といった書き方になっているものがあり、読みとおした際に、違和感を感じた。

#### ・知的障害の扱いについて

ガイドブック全体を通じ、知的障害、特に発語のない重度～最重度の知的障害児、及びいわゆる強度行動障害を呈する児の臨床的対応について想定された記載が、非常に少ないと感じた。また、知的障害が『各病態』項目でも扱われていない。日々の臨床場面では、これらの児について診断・治療のみでなく、家族・地域における対応や助言を求められることは少なくない。また、発語のない(言語的疎通の困難な)児に対する治療的関わりが、多くの示唆を研修者に与え、知的発達に遅れのない児の治療にも応用できることがある。

児童青年精神科における重度知的障害の扱いについて、各地域・医療機関によってばらつきがあることを、ある程度理解はできる。しかし、児童青年精神医学の成り立ちや社会的役割を考えた際、『研修ガイドブック』としては外すことはできない大きな項目と考える。追加や修正が必要であると強く考える。

#### ・「母子関係の精神保健」について

現在、診療現場で出会うケースには、父子家庭の児、祖父母が養育している児や施設入所児、里親家庭の児など様々な生活背景を有する児も少なくない。それら主たる養育者との関係構築に際しても『母子関係の精神保健』を理解していることは非常に重要であると考える。その点についても、言及された方が良いのではと考える。

#### ・「自傷行為」について

医療機関によっては、「表層型/中等度自傷」よりもむしろ精神遅滞や発達障害を有する児による「常同型自傷」やその他の自傷が多い場合もある。そのため、本文の「一般に自傷行為といった場合には、この表層型/中等度・衝動性自傷を指す」といった表現には、やや違和感を持つ。「本章では、自傷行為といった場合には...」などの表現の方がより適切と考える。

#### ・「入院治療」について

近年入院治療を実施する児の中には、知的能力は正常範囲内であるにも関わらず、著しく身辺自立が乏しい児が散見される。それら児の背景には、著しい発達のアンバランスや、苛烈で長期的な被虐待体験などが存在すると感じている。これらの子どもたちの治療に際しては、単に精神症状や逸脱行動の改善のみでなく、年齢相応の身辺自立を獲得できるよう支援することが求められると考えている。その際は、他職種と協働した上で基本的な生活指導を行うことも必要である。また、言語的疎通の困難な児（発語のあるなしに関わらず）が入院してくることも多く、その際に、配慮する点なども加えることが必要と思う。

児童青年精神科における入院治療が良好に展開するには、子どもたちの健康な部分の「育ち」がより適切に促進されるよう治療的に介入した上で、治療者には子どもたちの成長を見守り、寄り添う姿勢が求められる。その点は、研修を行う際には常に念頭に置くべきと考える。もう少し、強調しても良いのではないかと思った。

#### ・「医療少年院」について

「特殊教育課程」を担当する2施設は、「神奈川医療少年院、京都医療少年院」ではなく、「神奈川医療少年院、宮川医療少年院」の誤りではないか？

『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』に関しては、現時点で第3段階には至っていない。今後本研究結果が全国へ周知されるよう働きかけていく予定である。

『児童青年精神科看護ガイドライン』については、第四段階を終え、資料2に示す形となつた。

### D. 考察

『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』は全国の利用者の周知すると

ころには至っていないため、十分な考察は困難であるが、文頭でも示した通り、研修を受ける医師の側からは研修の指針を求める声が9割以上であるにもかかわらず、我が国全体を見た時に「子どもの心の診療の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か意味するのかははつきりしない。そのような観点から考えるに、児童青年精神科研修における指針として『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』を作成することは重要な課題であると同時に急を要するものと考えている。

現時点では日本精神神経学会小児精神医療作業部会と協働する形で、本ガイドブックを、児童精神科を目指す若手医師に示していくことを計画している。可能であれば、読者からの意見を集約して、定期的に改訂していくことが今後も望まれると考えている。

『児童青年精神科看護ガイドライン』に関しては、児童思春期精神科病棟に勤務する看護師の業務がどのような指針に沿って行なわれるべきか、施設ごとに口伝で教育してきた部分が大きく、まずの基本として作成されたことは大変意義深いと考えている。

本ガイドラインに関しては、若手看護師も交えた「こころの健康づくり対策事業」による「コメディカル専門研修」において検討が出来たことは意義深かったと考えている。本ガイドラインも何らかの形で世に示し、読者からの意見もふまえて、改訂されていくことが重要と考えている。

『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』『児童青年精神科看護ガイドライン』いずれも未だ試験的な部分が大きいものではあるが、引き続き意見の収集や吟味を繰り返し、我が国の児童青年精神科医療の質の向上の一助となることができればと思う次第である。

### E. 結論

『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』『児童青年精神科看護ガイド

ライン』の完成をみた。『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』に関しては、子どものこころの診療を研修している医師が3年間の研修を通して成長していくステップを初級、中級、上級と三段階で設定することを試み、それが研修者と研修指導者の双方が研修の進捗度を把握することに役立つメルクマールとなることを目指した。

『児童青年精神科看護ガイドライン』としては、児童思春期精神科病棟に勤務する看護師の業務としての指針となるものを目指した。

#### F. 研究発表

特になし

#### 文献

特になし

資料1 『児童青年精神科医療機関におけるレジデント研修ガイドブック』

資料2 『児童青年精神科看護ガイドライン』

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）  
分担研究報告書

## 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<sup>1)</sup>

研究協力者 石垣ちぐさ<sup>1)</sup> 大石聰<sup>1)</sup> 伊藤一之<sup>1)</sup> 花房昌美<sup>1)</sup>

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

まず、平成22年度（医療）、平成23年度（児童相談所）に行った調査を比較検討し、ネットワークの課題や今後の在り方を中心に考察した。その結果、①児童精神科医が明らかに不足している、②児童精神科専門病棟・専用病床を有する地域中核病院は、専門医が複数勤務しているなどの理由から、嘱託医や要対協への参加などのネットワーク活動を行いやすい。③関係機関によるケース会議は児童精神科医の多忙さを主な理由として十分に開催されているとは言い難い、④多機関連携会議である要対協に児童精神科医が参加する意義を医療サイドに周知する必要がある、⑤ネットワークの充実には、児童精神科医の増員、現場・行政レベルの連携、ネットワーク活動の中核を担う医療機関の整備が必要である、などが明らかとなった。次に、地域の中核病院としている3病院のネットワーク活動の実態調査を行い、「ネットワークのあり方に関する指針」の参考資料を作成した。

### 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。

平成22年度は、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）加盟施設を対象にネットワーク活動の現状と課題、今後の展望などに関するアンケート調査を行った。

平成23年度は福祉サイドから見た児童精神科医療へのニーズ、ネットワークの現状と課題を明らかにする目的で、全国の児童相談所を対象に調査を行った。

今年度は、①「医療サイドと福祉サイドの比較研究」：医療サイドと福祉サイドの調査結果を比較検討し、児童青年精神科医療ネットワークの課題をさらに明確にすること、②「地域中核病院のネットワーク活動調査」：地域の中核病院の児童

青年精神科医療ネットワーク活動を詳細に調査し、児童青年精神科医療ネットワークのあり方の参考資料とすること、③これらを踏まえて「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指針」を作成すること、を目的とした。以下本稿では、①「医療サイドと福祉サイドの比較研究」について報告し、②「地域中核病院のネットワーク活動調査」については別添資料として添付する。また、③については総合報告書に掲載する。

### B. 研究方法

#### 1. 対象

平成22年度に調査を行い有効な回答が得られた日本児童青年精神医学会認定医（82名）と全児協加盟施設（27施設）、および平成23年度に調査を行い、有効な回答が得られた全国の児童相

談所（131施設）の調査結果を対象とした。

## 2. 方法

医療・福祉両サイドに共通している設問の回答を比較検討し、その結果から児青年精神科医療ネットワークの課題や今後の展望について考察を行った。

### C. 研究結果

#### 1. 児童相談所における児童精神科医の勤務

##### 1) 医療サイド

認定医の37%、全児協施設の70%が児童相談所・児童福祉施設の嘱託などの業務を行っていた。

##### 2) 福祉サイド

児童相談所における児童精神科医の勤務状況については、「常勤医が勤務している」が13施設（10%）、「嘱託医のみ勤務」が58施設（44%）、「どちらもいない」が60施設（46%）であった（図1）。

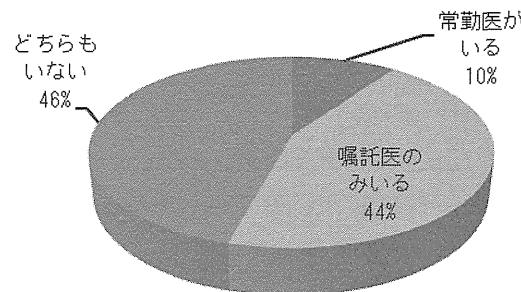


図1 児童精神科医の勤務状況（児相）

常勤医もしくは嘱託医が勤務している71施設における児童精神科医の勤務充足度は、「充足している」が1施設（1%）、「まあまあ充足している」も22施設（31%）で、「あまり充足していない」「不足している」を合わせると46施設（65%）であった（図2）。

児童精神科医が勤務していないと回答した60施設に、児童精神科医の勤務の必要性について質問したところ、27施設（33%）が「絶対的に必要」と答え、「ある程度必要」37施設（62%）で、「あまり必要ない」「必要ない」と回答した施設はゼロであった（図3）。また、児童精神科医が勤

務しない理由としては、「地域に児童精神科医がない」が42施設（70%）と多くを占めた。

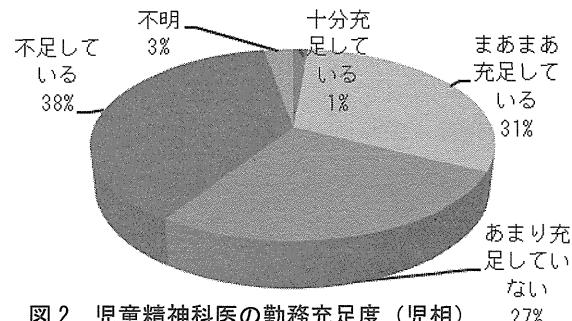


図2 児童精神科医の勤務充足度（児相）

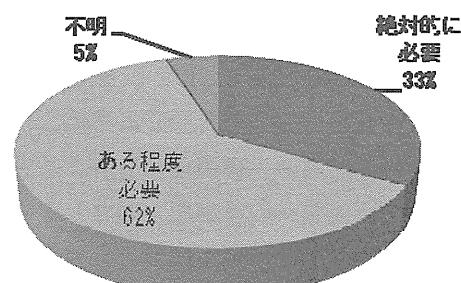


図3 児童精神科医の勤務の必要性（児相）

#### 2. 要保護児童対策地域協議会（以下要対協）および多機関による連携会議

##### 1) 医療サイド

###### ①認定医

要対協については、「出席している」が4%、「他の児童精神科医・精神科医が出席している」が22%、「精神科医は出席していない」が11%、「協議会について知らない、状況が分からぬ」が63%であった（図4）。また、その他の会議も含めた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（図5）。

###### ②全児協施設

要対協については、「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8%、「精神科医

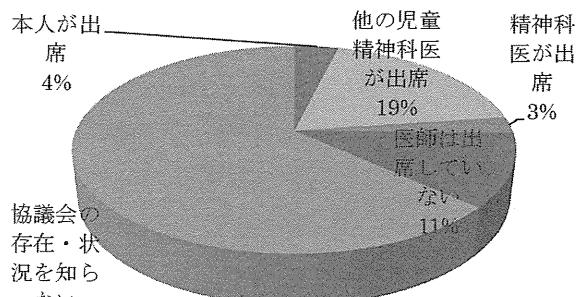


図4 要対協への参加状況（認定医）

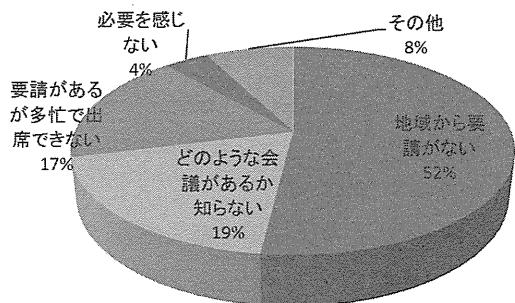


図5 参加しない理由（認定医）

は出席していない」が26%、「協議会について知らない、状況が分からぬ」は44%であった（図6）。また、その他の会議も含めた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（図7）。

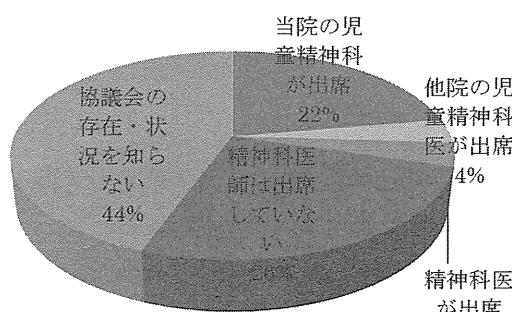


図6 要対協への参加状況（全児協施設）

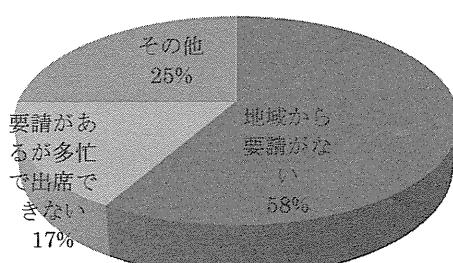


図7 参加しない理由（全児協施設）

## 2) 福祉サイド

要対協に「児童精神科医が出席している」「一般精神科医が出席している」と回答した児童相談所はそれぞれ9%、5%に過ぎず、「どちらも出席していない」が83%と大半を占めた（図8）。

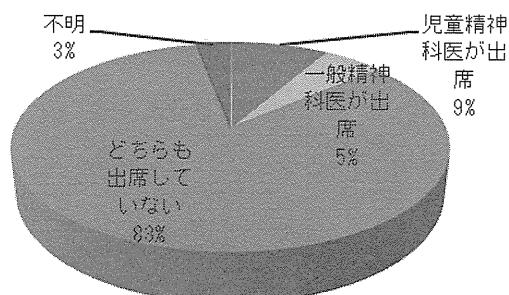


図8 要対協への精神科医の参加状況（児相）

また、「どちらも出席していない」と回答した109施設にその理由を質問したところ、「多忙なため要請していない・断られた」が46%、「その必要を感じていない」が15%、児童精神科医がいないが10%であった（図9）。

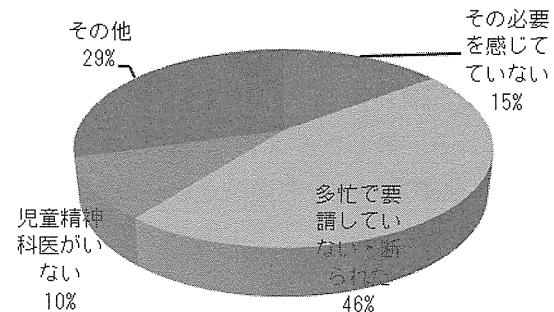


図9 精神科医が参加していない理由（児相）

## 3. 通院・入院している症例のケース会議

### 1) 医療サイド

#### ①認定医

担当患者について、関係機関とのケース会議の主催頻度は、「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（図10）。また、年1回以下しか主催していないと回答した26名にその理由を聞いたところ、「業務が多忙で余力がない」が42%、「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（図11）。

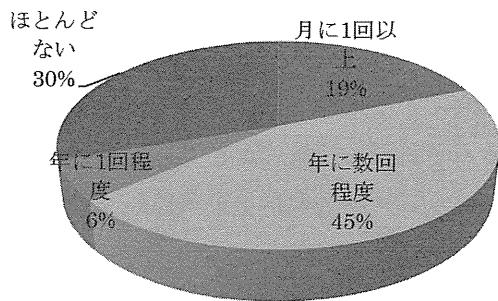


図10 ケース会議の主催頻度（認定医）

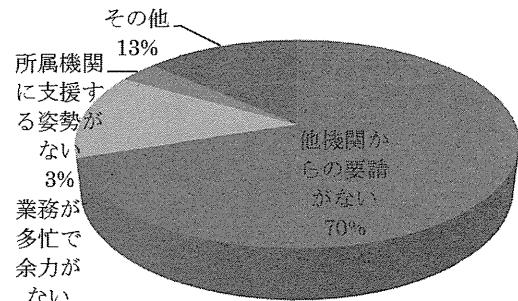


図13 年1回以下の理由（認定医）

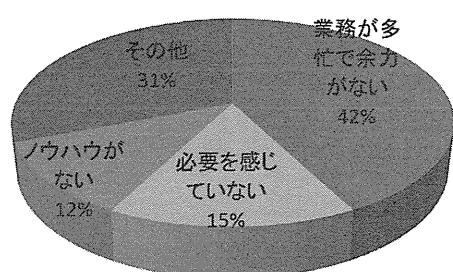


図11 年1回以下の理由（認定医）

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（図12）。また、年1回以下しか開催していないと回答した30名にその理由を聞いたところ、「他機関からの要請がない」が70%、「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（図13）。

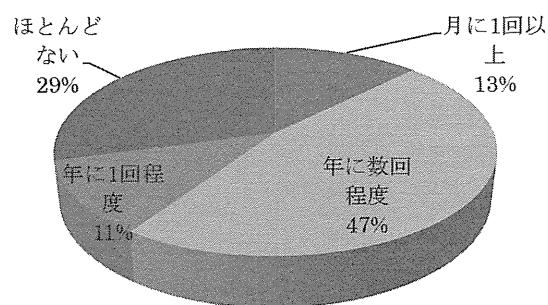


図12 地域のケース会議への参加頻度（認定医）

## ②全児協施設

ケース会議の主催頻度は、「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（図14）。

地域で開催されるケース会議への参加頻度は「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（図15）。

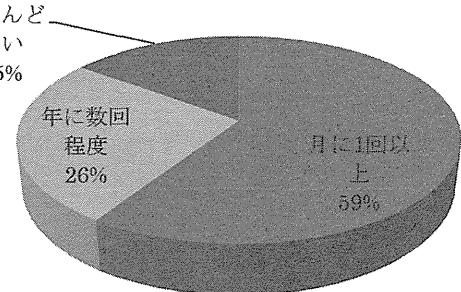


図14 ケース会議の主催頻度（全児協施設）

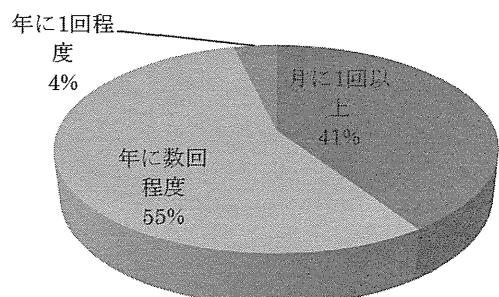


図15 地域のケース会議への参加頻度（全児協施設）

## 2) 福祉サイド

主治医が主催するケース会議への児童相談所職員の参加頻度は、「月に1回以上」は1%に過ぎず、「年に数回程度」が49%、「年に1回程度」が8%、「ほとんどない」が40%であった（図16）。

また、「年に1回程度」「ほとんどない」と回答した63施設に不参加の利用を尋ねたところ、「要請がない」が79%と大半を占めた（図17）

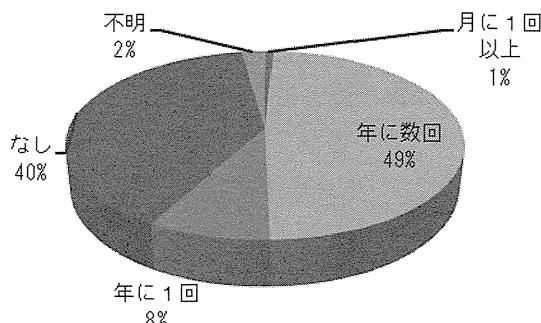


図 16 主治医主催のケース会議への参加状況

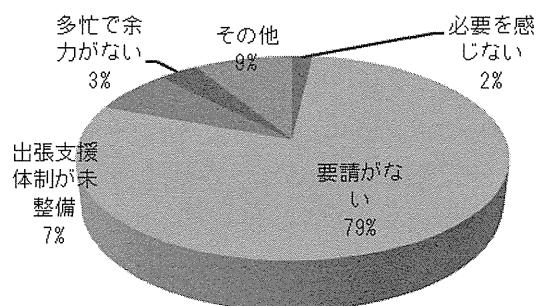


図 17 ケース会議に不参加の理由

児童相談所が主催するケース会議への、主治医（一般精神科医・児童精神科医）参加要請の頻度は、「月1回以上」が4%、「年に数回」44%、「年に1回程度」が8%、「要請していない」が42%であった（図18）。また、「年に1回程度」「要請していない」と回答した65施設にその理由を尋ねたところ、「主治医が多忙なため要請していない」が58%、「必要を感じていない」は11%であった（図19）。

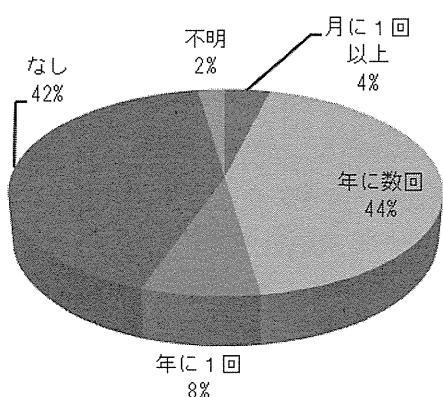


図 18 ケース会議への主治医の参加要請

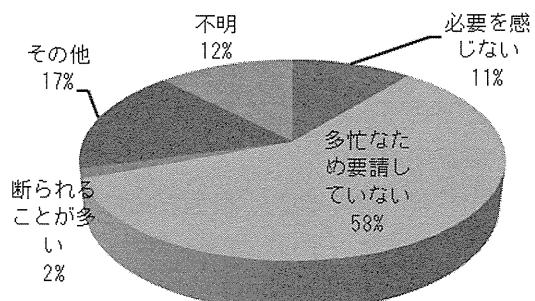


図 19 ケース会議に要請しない理由

#### 4. 今後必要なネットワーク活動

##### 1) 医療サイド

###### ①認定医

認定医では、「ケース会議」が52%、以下「研修会・講演会」が45%、「症例検討会」が30%、「要保護児童対策地域協議会などの多機関連携会議」が20%であった（複数回答）

###### ②全児協施設

全児協施設では、「ケース会議」が81%、「症例検討会」が63%、「研修会・講演会」が52%、「要保護児童対策地域協議会などの多機関連携会議」が26%であった（複数回答）。

##### 2) 福祉サイド

児童相談所の回答では、「要保護児童対策地域協議会や多機関連携会議の充実」が71%、「ケース会議の充実」が68%、「症例検討会」が41%、「研修会・講演会」が30%であった（複数回答）。

#### 5. ネットワーク構築のために必要なこと

##### 1) 医療サイド

###### ①認定医

認定では、「児童精神科医の増員・業務の軽減」が59%、「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（複数回答）。

###### ②全児協施設

全児協施設では、「現場レベルの連携」が78%と、「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（複数回答）。

## 2) 福祉サイド

児童相談所の回答では、「医療・福祉・教育などを所轄する行政レベルの連携」が74%、「現場レベルの連携」69%、「児童精神科医の増員」が68%、「児童精神科入院施設の整備」が61%であった（複数回答）。

## D. 考察

### 1. 児童相談所における児童精神科医の勤務

児童相談所の業務において、児童精神科医へのニーズは極めて高いにもかかわらず、専門医不足のためにそのニーズに医療が応えきれていないことが改めて浮き彫りとなった。

また、嘱託医のいない児童相談所は、複数の児童精神科医が勤務している地域中核医療機関のない地域が多く含まれている可能性があることが示唆された。

こうしたことから、今後は、児童精神科医の常勤化や嘱託医の勤務時間の増加などの福祉サイドの対策と運動しながら、地域中核病院の整備、児童精神科医の育成を促進するとともに、1次～2次医療機関を含む医療サイドに児童相談所のこうしたニーズを周知し、協力を飛びかけていく必要がある。

### 2. 要保護児童対策地域協議会および多機関による連携会議

児童精神科医・精神科医が参加している要対協は2割弱に過ぎず、その要因としては、①児童精神科医側の認知度の低さ、②児童精神科医の多忙さとそれを知る福祉側の要請控え、③専門医不足等の複合的要因が影響していると考えられる。

また、全児協施設の要対協への参加率が22%と、認定医本人の参加率4%に比べて遥かに高率であることから、要対協に児童精神科医が参加してい

る地域には、複数の児童精神科医が勤務している地域の中核病院が整備されている可能性が高いことが推測された。これは嘱託医の配置と同様の状況であり、地域の中核病院は複数の児童精神科医が勤務しているために院内の業務をカバーし合うことが可能であり、結果として地域のネットワーク活動に参加しやすくなっていると考えられる。ここでも地域中核病院の整備の重要性が明らかとなつた。

要対協を含む、多機関連携会議はネットワーク活動において重要な位置を占めており、今後、①会議の周知、②専門医の育成、③一般精神科医への協力の要請、などの対策が必要と考えられる。

### 3. 通院・入院しているケースのケース会議

医療機関に通院・入院している症例において、関係している機関とのケース会議は、子どもの学校生活や家庭生活を支える上で極めて重要な要素である。しかし、今回の調査の比較検討では、①児童精神科医一人一人は、多忙で余力がないためにケース会議を主催するゆとりがないこと、その結果児童相談所へケース会議の参加要請を行えていないこと、②児童相談所の多くは、地域のケース会議への主治医の参加が必要と考えていながらも、児童精神科医の多忙さを知っているため、参加要請を控えている。つまり、ケース会議が十分に開催されていないのは、児童精神科医の多忙さが主な要因となっていると言える。

### 4. 今後必要なネットワーク活動

「医療機関に通院・入院している症例のケース会議の充実」は医療サイド・福祉サイドとともに重要視していることが明らかとなった。裏を返せば、上述したように、お互いに必要と感じながらも、児童精神科医の多忙さなどが主な要因となって、十分なケース会議ができていないと感じていると推測される。今後、開催時刻や場所などの工夫、医療側のマンパワーの充実などの対策を行っていく必要がある。

福祉サイドは、要対協などの多機関連携会議の

充実を最も必要と考えているが、医療サイドは2割程度と、その温度差が明確になった。医師が参加しやすい開催方法などの工夫も必要ではあるが、別の設問で医師の多くが要対協の状況を把握していないことを踏まえると、まず、要対協において児童精神科医参加のニーズが高いことを医療サイドに周知することが第一歩であると考えられる。

研修会・講演会や症例検討会など、自分が抱えているケースと直接関係ない活動については、福祉サイドのニーズが少なく、医療サイドとは温度差があることが明らかとなった。つまり、福祉サイドは、ケース会議や要対協など、「現在関わっている事例を支援するための活動」へのニーズが高く、一般的知識や自分が関わっていないケースの事例検討会へのニーズは低いということが言える。医療サイドは、こうしたことを踏まえて、今後のネットワーク活動を計画していく必要があろう。

## 5. ネットワーク構築のために必要なこと

ネットワーク構築のためには、医療サイド・福祉サイドとも、①児童精神科医の増員、②現場レベルの連携、③行政レベルの連携を多くかかげており、多くの点で両者が共通認識を抱いていることが明らかとなった。現場・行政レベルの連携の問題は、平時の際だけではなく、震災のような非常時にも課題となることが多い。したがって、教育や保健も含めた関係機関・各行政が連携の重要性を意識し、縦割り行政の弊害を克服し、連携システムを構築し実践していくことが重要である。また、児童精神科医の増員に関しては、医学教育、診療報酬、児童精神科医を育成する医療機関の整備などの複合的要因が関与しており、今後もさらなる取り組みを継続していく必要がある。

医療サイドは、これに加えて、児童精神科医の役割の周知、ネットワーク活動への管理者の理解を挙げており、診療以外の活動がうまく展開していない現状が明らかとなった。今後、関係機関および病院管理者への周知・理解を促す必要がある。

福祉サイドでは、6割以上の児童相談所が児童精神科入院施設の整備を挙げている。別の質問項目でも児童相談所の9割以上が「児童精神科入院医療機関が絶対に必要」と答えていた。医療サイドで「入院医療機関の整備が必要」が少なかった理由としては、全児協施設はもちろんのこと、認定医の多くも地域中核病院に勤務しており、「既に整備されている」ためと考えられる。我が国では、児童精神科専門病棟・専用病床のある都道府県は30施設程度に留まっているのが現状である。したがって、まず、児童精神科専門病棟・専用病床を持つ医療機関を各都道府県に最低一つは整備していく必要がある。地域に中核医療機関が整備され、児童精神科の育成やアウトリーチ活動を積極的に展開することで、マンパワー不足の解消やネットワーク活動の充実に寄与すると考えられる。

## E. 結論

児童精神科医療ネットワークに関する医療サイドと福祉サイドへの調査の比較検討から、以下のようなことが明らかとなった。

複数の調査項目の検討から、児童精神科医不足が明らかであり、その解消を目指して様々な施策を講じることが喫緊の課題である。同時に一般精神科医療機関の協力も必要である。

児童精神科専門病棟・専用病床を有する医療機関は、専門医が複数勤務しているなどの理由から、嘱託医や要対協への参加などのネットワーク活動を行いやさしい。

医療機関に通院・入院している症例の関係機関によるケース会議は、医療サイド・福祉サイドともその重要性を認識しているが、児童精神科医の多忙さを主な理由として十分に開催されているとは言い難い状況にある。

多機関連携会議である要対協に児童精神科医が参加する意義を医療サイドに周知する必要がある。

医療サイド・福祉サイドとも、ネットワークの

充実には①児童精神科医の増員、②現場レベルの連携、③行政レベルの連携を重視している。

地域で児童青年精神科医療ネットワークを開していくには、複数の児童精神科医が勤務し、重症の症例に対して適切な環境で入院治療が行える児童精神科専門病棟・専用病棟を備え、児童精神科医の育成やネットワーク活動の中核を担う医療機関が少なくとも都道府県に一つは整備される必要がある。

#### F. 研究成果

##### 学会発表

○石垣ちぐさ、大石聰、山崎透他：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（1）～学会認定医および全児協施設への調査から～. 日本児童青年精神医学会. 2012. 11. 1. 東京

○大石聰、石垣ちぐさ、山崎透他：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（2）～全国児童相談所へのアンケート調査から～. 日本児童青年精神医学会. 2012. 11. 1. 東京

##### 文献

宇佐美政英：地域連携システムの可能性と問題点 市川市及び大分・別府地区における対応・連携システムについて. 児童青年精神医学とその近接領域, 48 (3) ; 124–130, 2007

厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「児童思春期精神医療・保健・福祉のシステムに関する研究」研究班（主任研究者 齊藤万比古）：精神疾患を背景に持つ児童思春期の問題行動に対する対応・連携システムの設置および運営に関するガイドライン. 児童思春期精神医療・保健福祉のシステムに関する研究, 平成 13—15 年度報告書

齊藤万比古、笠原麻里、佐藤至子他：児童思春期精神医療・保健・福祉のシステムに関する研

究－I「現状調査アンケート」の結果と考察－. 児童思春期精神医療・保健福祉のシステムに関する研究, 平成 13 年度報告書

齊藤万比古、宇佐美政英、清田晃生他：行為の問題を抱えた児童思春期の子どもに関する地域連携システムの設置・運用に関する検討：厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」平成 16—18 年度報告書

山崎透、石垣ちぐさ、大石聰他：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. 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「児童青年精神科領域における診断・治療の標準化に関する研究」平成 22 年度報告書

山崎透、石垣ちぐさ、大石聰他：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. 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「児童青年精神科領域における診断・治療の標準化に関する研究」平成 23 年度報告書

別添資料：児童青年精神医療ネットワークに関する実態調査

《調査対象》

1. 国立国際医療研究センター国府台病院（千葉県市川市）
2. 静岡県立こども病院（静岡県静岡市）
3. 三重県立小児心療センターあすなろ学園（三重県津市）

《結果》

A. 医療機関の状況

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
児童精神科病棟の病床数	45床	36床	80床
常勤医	5人	5人	7人
レジデント	7人	2人	2人
常勤医一人当たりの外来診療日数	2.5日／週	3日／週	2日／週
院外ネットワーク従事時間	8時間／週	4時間／週	1時間／週
ケース会議等従事時間	2時間／週	4時間／週	4時間／週

B. 医療機関との連携

1・地域における医療機関の整備状況

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
小児科一次診療機関	あまり充足していない	あまり充足していない	ある程度充足している
精神科一次診療機関	絶対的に不足している	絶対的に不足している	あまり充足していない
青年期以降の発達障害診療機関	絶対的に不足している	絶対的に不足している	絶対的に不足している

## 2. 医療連携の課題と展望

	国府台病院	静岡県立こども病院	あすなろ学園
医療連携の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>①児童精神科診療機能をもつ病院の少なさから患者が集中していること。</li> <li>②外来初診の待機児童の増加（軽度発達障害の診断目的などの紹介数の増加）</li> <li>③成人年代になったケースの紹介先の不足</li> <li>④地域の小児科医との連携不足。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①子どもを診る精神科医療機関が少ないために精神障害の患者が集中している</li> <li>②発達障害の診療を行なう小児科医療機関が少ないとために発達障害の診断目的の患者が増加し、外来初診の待機期間が延長している</li> <li>③逆紹介先が少ないと、外来診療が圧迫され、診療に十分に時間をかけられない。</li> <li>④成人年代になったケース、特に時障害を伴う発達障害のケースの紹介先がなかなか見つからない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①成人期になった発達障害を紹介出来る医療機関が不足している。特に在宅で知的障害を伴った人たちの入院が困難</li> </ul>
課題克服のための工夫	<ul style="list-style-type: none"> <li>①定期的に医療機関や関係専門機関が加わった地域連携を目的とした事例検討会議を行っている。</li> <li>②定期的に医療機関や関係専門機関が加わった児童精神科医療の啓発を目的とした研究会を行っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①医療機関や関係機関が参加する事例検討会議でスーパーバイザーを務めている。</li> <li>②地域連携室ニュースに定期的に当科の取り組みを紹介し啓発活動を行なっている</li> <li>③一般精神科医・一般小児科医を対象とした講演会等で発達障害・子どもの精神障害を取り上げるよう働きかけている</li> <li>④県の医療計画における児童精神科部門の作成に協力している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①直接お願いするしかない。</li> </ul>
今後の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>①現在行っている事例検討会議および研究会を継続すること</li> <li>②紹介された患者のその後の経過について地域フィードバックすること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①一般精神科医および一般小児科医それぞれとの事例検討会や研修会を開催すること。</li> <li>②行政を巻き込んで（県レベル）、発達障害児の包括的な支援システムの構築を検討する会議の開催を働きかけている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①ケースワーカーとの連携を心がけるつもり。</li> </ul>