

第 102 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

子どもの精神科専門機関の立場から

齊藤 万比古 (国立精神・神経センター国府台病院)

西田 寿美 (三重県立小児心療センターあすなろ学園)

I. 今なぜ「子どもの心の診療医」なのか

「子どもの心の診療医」は厚生労働省が 2005 年に発足させた検討会で提唱されている用語である。この検討会は、児童精神科医と発達障害や心身相関に注目する小児科医がこれまでもそれなりに取り組んできた小児精神・神経関連の疾患および障害を診療対象とする専門的医師の定義を明確にするとともに、わが国の医療・保健・福祉各分野における子どもの心の診療医に対する需要に応えるだけの医師数を確保するための方策を検討することが目的で設置されたと筆者は理解している。

わが国の近代医学史において、児童期および思春期を専門とする精神医学はけっして存在しなかったわけではないし、けっして貧しすぎるといってもいい足跡を残している。それにもかかわらず、現在まで社会的には独立した専門分野として認知されないまま現在に至ったのはなぜなのかという疑問を筆者は禁じえない。おそらく非常に繊細な諸事情が重なったのことは思われるが、限られた数の先進的な地域を除いて、地域を支え動かすことのできる規模の当該医療は顕在化することのないまま、すでに何十年もの時間が空費されてきた。その間にも多くの子どもが、精神疾患や発達障害の年齢特異性と障害特異性に応じた適切な治療・支援を受ける機会を与えられないまま放置されるか、一般精神医療の門を叩くしか選択肢のない状況に置かれていたことはいうまでもない。

もちろんこれまで子どもの心の診療に対して関

心を持つ若い精神科医や小児科医がいなかったわけではない。むしろ、子どもの心の診療医たらんと欲する有為の人材は沢山存在していたが、その多くが研修受け入れ機関を探した果てに、適切な場を見出せないまま、子どもの心の診療医たらんとする志をあきらめていったのである。適切な児童精神科医療の研修を受ける機会が十分にあり、就職できる児童精神科的な現場がもっとありさえすれば、このような現状を呈さなかったことは筆者にも容易に推測できる。子どもの心の医療がこれほど診療ニードの高い時代を迎えることを、過去の医療行政の立案者や医学教育の専門家、あるいは地域精神科医療の実務家たちが深刻には予測しなかったことが悔やまれるところである。

II. 子どもの心の診療医の現状

子どもの心の診療に携わる専門医とは、いうまでもなく児童思春期特有な精神疾患とその周辺の病理的現象を対象として、医療機関、児童福祉機関、地域保健機関、あるいは矯正機関等における医学的な診断・評価と治療・支援に専門的に関与する医師のことである。しかし残念なことに、わが国ではこうした職能を持つ医師集団が単一の診療科を形成した経験はこれまでに一度も無い。結局、これまでこの分野の専門医の養成にあたってきたのは精神科系と小児科系の複数の学会（精神科系では日本児童青年精神医学会、日本思春期青年期精神医学会、日本乳幼児医学・心理学会、日本精神神経学会、小児科系では日本小児精神神経

学会、日本小児心身医学会、日本小児神経学会、日本小児科学会)であり、それは基本的には個々の学会内での活動にとどまる傾向があった。もちろん関連する学会の横の連携をとろうとする努力は皆無ではなく、例えば日本児童青年精神医学会、日本思春期青年期精神医学会、日本乳幼児医学・心理学会、日本小児精神神経学会、日本小児心身医学会が「子どものメンタルヘルス関連5医学会合同企画シンポジウム」を2001年9月と2005年3月に開催し、各学会における研究・研修活動の交流を図ろうとする試みが始まっている。しかし現在、医療、保健、福祉、教育、司法・矯正等の分野で求められている「児童・思春期の子どもの心の診療に携わる」医師の規模はそのような学会間の交流の萌芽に任せるにはあまりに急であり、かつ切実である。これがこの2年間で急激にこのような医師の養成に関する検討を厚労省が開始した理由であると筆者は理解している。この現在のわが国で求められている医師の数はあまりにも多いため、このすべてに高度に専門的な医療を担える医師を充てることはほとんど不可能な話である。そこでまず裾野を拡大し、まず子どもに関わるあらゆる医師の大半が子どもの心の診療に関わる医学、すなわち児童精神医学の基本的常識を心得て

いるようにすることを厚労省は考えているようである。

Ⅲ. 「子どもの心の診療医」の構造

平成16年12月に国の少子化社会対策会議が発表した「子ども・子育て応援プラン」は「子どもの心の健康に関する研修を受けている小児科医、精神科医の割合を(今後5年間で)100%」という目標値を設定している。2005年に発足した厚生労働省の「子どもの心の診療医の養成に関する検討会」は子どもの心の診療に携わる医師(以下「子どもの心の診療医」と略記)集団を三層構造(図1)に分けることを提唱しており、「子ども・子育て応援プラン」でいう「子どもの心の健康に関する研修を受けている」医師は、この三層構造の「A. 一般の小児科医・精神科医」にあたるものと思われる。この医師集団は図の逆ピラミッドでは最上層に位置づけられているが、これは戦略的な取り組み順を示すためにそうしているだけであり、実際にはこの分野の医療の基礎ないし裾野を構成することはいうまでもない。

この医師集団に関する生涯教育的なプログラムは日本小児科医会や日本精神科病院協会などが行っている児童・思春期の心の診療に関する講習会

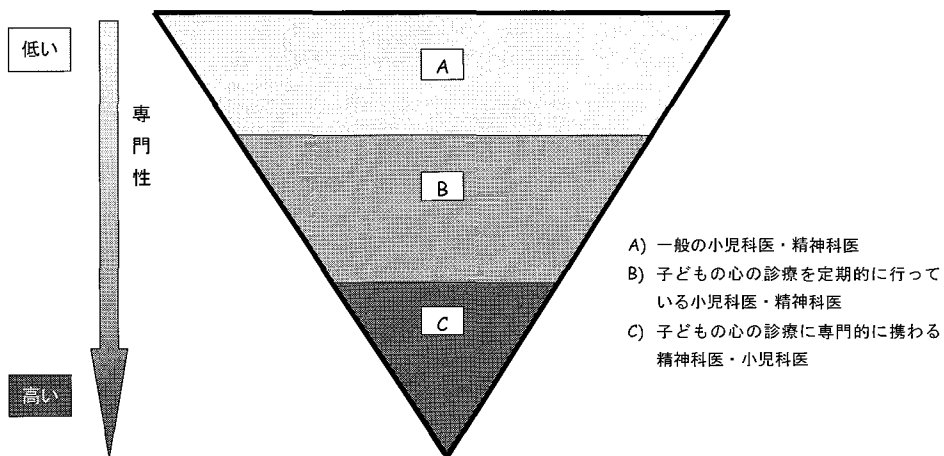


図1 子どもの心の診療医の三層構造
(「子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成に関する検討会」資料より改変)

や研修会,あるいは地域で開催される研究会,さらには日本精神神経学会専門医や日本小児科学会専門医の養成過程で指定されるこの分野の研修プログラム(学会での教育講演や研修セミナーなど)がそれに当たると思われるが,これからはさらにダイナミックに研修プログラムの実施機関と実施数を拡大していかないと100%という目標値の到達はかなり難しい。

図の逆ピラミッドの「B. 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」は,週1回程度の児童・思春期の子どもの心の問題に関する診療を定期的担当している医師であり,Aの一般的な医師集団に比べると,児童青年精神医学や児童精神科医療に関心が高く,学会やその他の機関が行う教育的な講義や講演を機会のある毎に聞いたり,数日以上期間で各種機関が実施する研修会に参加したり,比較的短期間で実施される専門機関での実地研修に参加するなどして常に児童精神科医療の知識とスキルを得ようと努力している,かなり専門性の高い医師集団である。

この水準の医師集団を目指す医師と,すでにその水準に達し,獲得した知識や技能を維持・更新しようと希望する医師は,日本児童青年精神医学会,日本思春期青年期精神医学会,日本乳幼児医学・心理学会,日本小児精神神経学会,日本小児心身学会,日本小児神経学会など,この領域の専門学会が開催する学術集会にくりかえし参加し,一般演題での演題発表を行ったり,シンポジウムや教育講演,あるいは研修セミナーなどの研修プログラムを受講したりすることが求められる。もちろん,このような関連6学会をはじめとする諸学会は総会や学術集会において,子どもの心の問題に関する一定以上の質の高さを担保した研修プログラムを積極的に企画することが求められる。その他,実習を含む短期間の集中研修プログラムが,モデルとなりうる高度な診療機能を持った病院によって企画される必要があるだろう。

図の「C. 子どもの心の診療に専門的に携わる精神科医・小児科医」集団は,子どもの心の高度専門的な診療にほとんど毎日携わっている精神科

医と小児科医のことであり,図の逆ピラミッドの最先端部に位置するように,数の上では最も少ない医師集団であり,養成に取り組む順位も最後尾となっている。しかし,一定規模の圏域ないし地域における子どもの心の診療の核となり,地域で発現する入院治療が必要となる重症の子どもや,処遇の難しい子どもの精神医学的な診療に対応できる医療機関とそこで活動する医師集団の存在は必須なものであることはいうまでもない。当然ながら,そのような医療機関や医師集団を持たない地域のほうが,持っている地域よりはるかに多い現状にあることはすでに述べたとおりである。

この水準の医師集団は,当該分野の高度な診療機能を持つ医療機関で,複数の指導医の存在のもとでの集中的な臨床経験(地域専門機関との連携を含む)と,その経験に並行して行う理論および臨床技術の系統的学習を通じて養成する以外の方法はない。しかし現状では,このような研修を提供できる場があまり多くあるわけではないため,専用病棟を持つ子どもの心の診療部門が活動している医療機関だけではなく,「子どもの心の診療」に特化した診療科が設置されているが専門病棟を持たない大学病院などの医療機関で,年余にわたる研修を受け,毎日ではないが定期的に児童精神科診療に関わるという研修法も利用する必要があるだろう。もちろん海外の先進的児童精神科医療機関での長期研修を受けた医師もこの群の医師ということになる。

さてこれら3種類からなる「子どもの心の診療医」の構造を俯瞰すると,この「A. 一般の小児科医・精神科医」を除いた「B. 子どもの心の診療を定期的に行っている医師」と「C. 子どもの心の診療に専門的に携わる医師」との関係について整理しておく必要性を感じた。それは,カテゴリーCの医師はカテゴリーBの医師よりも高度な専門的知識と経験を有する医師という誤解をされやすいのではないかという危惧を持ったからである。その誤解を回避するために,一般の小児科医・精神科医というプライマリー・ケアを担当する医師集団に対して,この分野の専門性を持つ医

師（ここでは仮に「子どもの心の専門医」と呼んでおこう）とは、BとCの二つのカテゴリーを併せた医師集団であることを筆者は明確にしておきたいと考える。カテゴリーCの医師が診療する医療機関は、地域の子どもの精神科医療に関する高度専門機関であり、そこでは常勤医と研修中のレジデント医師が診療と研修（指導する側とされる側を含んでいる）を兼ねて働いている。これに対して、週に1〜数回の子どもの心の診療に関する専門外来を担当し、入院が必要と判断した場合に、専門性の高い医療機関へ紹介したり、あるいは同じ医療機関内の成人精神科病棟での入院治療に導入したりといったデリケートな専門性の高いトリアージュ機能を果たすカテゴリーBの医師は、「子どもの心の専門医」としてカテゴリーCの医師に専門性において劣るものではない。カテゴリーCの高度な診療医としての専門性を獲得し、研鑽を積んだ医師が、その後地域の病院で一般の精神科医や小児科医として働きながら、定期的に専門外来を担当したり、クリニックを開業して、その仕事の一部を子どもの心の診療のための特殊外来に充てたりといった形で、カテゴリーBの医師としての機能を果たすといった状況は決して珍しくはない。したがって「子どもの心の専門医」とは、一度はカテゴリーCの医師として高度な子どもの心の診療に日夜没頭する経験を持ち、その後カテゴリーCの医師を育てる医療現場にとどまったり、あるいはカテゴリーBの医師として限定的に、しかし定期的に、子どもの心の診療に携わったりといった形で自己研鑽を続ける医師集団のことであるとして問題ないであろう。もちろん、このイメージは子どもの心の問題をめぐる研究者の養成過程をしぼるものではまったくないことを付記しておきたい。

IV. 日本児童青年精神科医療施設協議会 における「レジデント研修」の現状

前章で述べた「子どもの心の専門医」、特に「子どもの心の診療に専門的に携わる医師」を養成する場としては、児童精神科専門病棟を持つ病

院を充てるのが現状ではベターと言ってよいだろう。それは、このような病院で、入院治療が必要となる重症ケースの主治医ないし準主治医として入院治療および入院生活の運用と管理に関する経験を積んでいくことで、最も重症なケースの治療にも対応できる技能を持った高度な「子どもの心の専門医」をめざすというものである。しかし、わが国ではそのような医療機関の数は限られており、その大半は「全国児童青年精神科医療施設協議会（以下「全児協」と略記）」の会員施設ないしオブザーバー施設である（表1）。類似の機能を持つ全児協加盟施設以外の医療機関としては、国立成育医療センターや愛知小児保健医療総合センターなど子ども専用の一般病床で入院治療を行う医療機関が数カ所あるにとどまる。これらの医療機関の中でも「子どもの心の専門医」を育てるために長期の研修を保証する「レジデント医師」ないし類似の位置づけの常勤医師や非常勤医師の受け入れを行っている病院は限られてくる。

そこで筆者らは、「子どもの心の専門医」の養成のための研修の現状を知るために、平成17年10月に全児協正会員施設およびオブザーバー施設を対象に調査を実施した¹⁾。まず全児協加盟施設の診療内容であるが、これは毎年行っている正会員施設の外来統計の集計結果を用いた。それによると、平成15年度に正会員15施設が診た初診患者の総数は6720名で、その大半は15歳以下の子どもである。さらにその6720名の初診時ICD-10診断の内訳は図2に示したとおりで、広汎性発達障害を中心とする「心理的発達の障害（F8）」、重度ストレス反応や強迫性障害などの「神経症性障害（F4）」、多動性障害が含まれる「行動および情緒の障害（F9）」の3種類の疾患群が最も一般的な疾患であった。

この研修に関する調査には正会員とオブザーバーの計25施設のうち21施設が回答を寄せており、このうち17施設（全体の68%）が何らかの形で専門的な医師の研修体制を持っていると回答している。平成17年10月当時にこれら17施設で子どもの心の診療の研修中であった医師は計55名

表 1 全国児童青年精神科医療施設協議会会員一覧

(平成 17 年 10 月現在)

正会員施設	オブザーバー施設
1. 市立札幌病院静療院	1. 岩手県立南光病院*
2. 北海道立緑ヶ丘病院	2. 総合病院国保旭中央病院*
3. 茨城県立友部病院	3. 千葉県立子ども病院
4. 千葉市立青葉病院	4. 埼玉県立精神医療センター*
5. 国立精神・神経センター国府台病院	5. 愛知県心身障害者コロニー中央病院
6. 東京都立梅ヶ丘病院	6. 兵庫県立光風病院*
7. 神奈川県立こども医療センター	7. 国立病院機構香川小児病院
8. 新潟県精神医療センター	8. 国立病院機構西別府病院
9. 山梨県立北病院	9. 国立病院機構肥前精神医療センター
10. 静岡県立こころの医療センター	10. 医療法人カメラア大村共立病院
11. 三重県立小児心療センターあすなろ学園	(*: 専門病棟を有さず)
12. 大阪府立精神医療センター松心園	(注) 平成 18 年 5 月現在, 埼玉県立精神医療センター, 兵庫県立光風病院, 医療法人カメラア大村共立病院は正会員施設に, 北海道立緑ヶ丘病院はオブザーバー施設に変更となっている。
13. 大阪市立総合医療センター	
14. 島根県立湖陵病院	
15. 宮崎県立富養園	

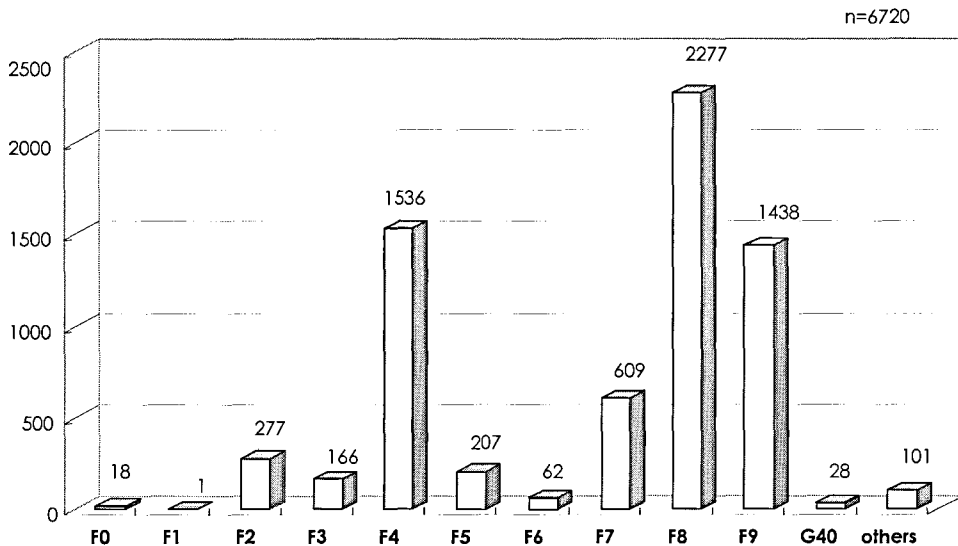


図 2 全児協正会員病院の全初診見 IDC-10 診断の分布 (平成 15 年度)

であり, そのうち 10 名 (全児協施設で研修中の医師の 18%) は小児科医であった。これらの研修中の医師の立場, ないし雇用形態のうち最も多かった「レジデントなど研修者用を明記した非常勤医」は 8 施設 (回答施設の 47%) で採用されており, 次いで「常勤医」の枠で研修をさせてい

る 5 施設 (同 29%), 「一般非常勤医」で採用している 4 施設 (同 24%) となっている (図 3)。なお, 「無給研究生」の形態で研修を受け入れている施設も 4 施設 (同 24%) ある。

研修期間は半数の施設が 2~3 年としており, 「子どもの心の専門医」としての基礎を習得する

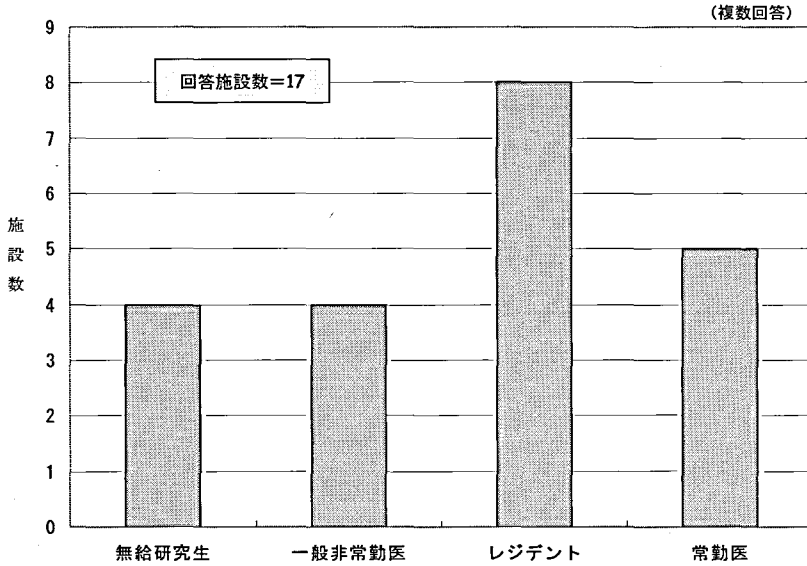


図3 全児協加盟施設における研修中の医師の雇用形態

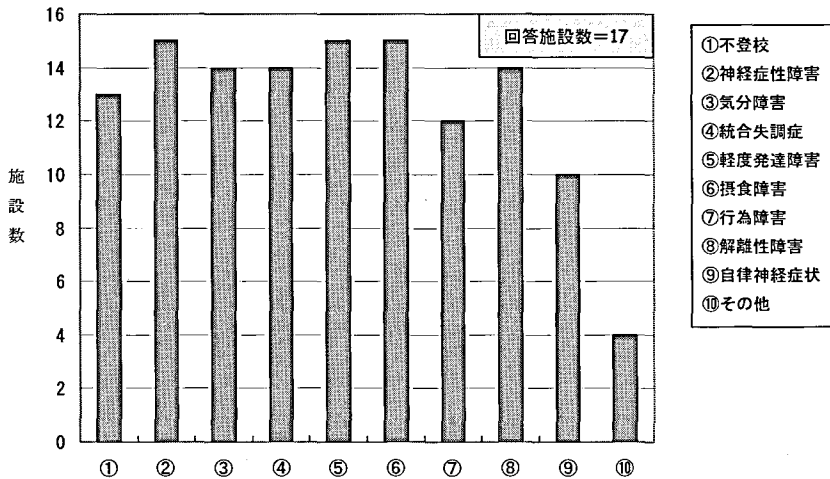


図4 全児協加盟施設において研修可能な精神障害および症候

ためには、この程度の研修期間が必要としてよいだろう。研修の内容は「見学のみ」としている施設が4施設（回答施設の24%）あるが、それ以外の13施設のうち12施設は「外来主治医」を、11施設は「入院主治医」を、9施設は「他機関への派遣」を研修として経験させているという回答

であった。各施設で研修することが可能な精神障害および症候についての回答は、「自律神経症状」を除くと、いずれの障害も回答を寄せた17施設のうちの70%以上が研修可能としている（図4）。

ここで参考資料として国立精神・神経センター

- A) 各種不安障害,あるいは不登校,ひきこもりなどの非社会的問題行動 (少なくとも1例は家庭内暴力を伴う症例であることが望ましい)
- B) 強迫性障害, 転換性障害, 解離性障害など神経症性ないし境界性の疾患 (少なくとも1例は家庭内暴力を伴う症例であること, また少なくとも1例は自傷行為を伴う症例であることが望ましい)
- C) 発達障害 (精神遅滞, 自閉性障害, 高機能広汎性発達障害, 注意欠陥/多動性障害, 学習障害の症例を少なくとも各1例ずつ経験することが求められる)
- D) 統合失調症や双極性気分障害など児童・思春期の精神病性疾患
- E) 反抗挑戦性障害ないし行為障害的な特徴を併せ持つ症例
- F) 何らかの形の虐待を受けた子どもの症例



以上の疾患ないし状態像の病態理解,そして薬物療法をはじめとする各種治療技法,地域専門機関との連携等に関する指導医の下での臨床経験

図5 国立精神・神経センター国府台病院児童精神科レジデント医師研修の概要

国府台病院における児童精神科レジデント医師研修の概要について紹介しておきたい。国府台病院児童精神科レジデント医師研修の本体,すなわち児童精神科での固有の研修は,3年間の研修期間を前提としている。このレジデント研修の本体に参加するには,一般精神科医療の基礎的研修(基本的には2年間)を経ていることを必要条件としており,この条件は小児科出身者にも原則として適用している。したがって,医学部卒業後2年間の臨床研修医を終えた医師はその後2年間の一般精神科研修を経て,また小児科医師も同じく2年間の一般精神科研修を経て国府台病院の児童精神科レジデント医師となる。もちろん,他院で一般精神科研修をすでに経験している精神科医師が,直接児童精神科レジデント医師として採用されることはいうまでもない。

国府台病院における児童精神科レジデント医師研修の内容は,短期間の常勤医師の診療での陪席経験を経て,外来および入院での子どもの治療の主治医となり,また教育センターや児童相談所などの地域専門機関の囑託医としての経験を積むことを基本としている。教育法としては日常の治療上の指導に加えて,常勤医による継続的スーパービジョン,常勤医が行っている集団療法や家族療

法へのコセラピストとしての参加などの実習的教育,常勤医が行う講義や抄読会などを挙げることができる。常勤医が加わっている厚生労働科学研究などの研究活動への参加や,それらの学会発表を担当することもレジデント医師の大切な研修の機会となっている。なお,研修期間中に経験することを目指す児童青年精神医学的な障害などの内容は図5に示したとおりの広範なものである。

以上が全児協加盟施設での研修(現在は「後期研修」と呼んでいる)の受け入れ状況である。全体としてみても,研修を受けることのできる医師の数はまだまだ少なく,若い医師のニーズに十分に応えることのできるといった段階ではない。また,標準的な研修内容と研修法の体系はなく,各受け入れ施設が手探りでやっているというのが現状ではないだろうか。しかし近い将来,「子どもの心の専門医」を育てることが可能な,高度専門的な子どもの心の診療機能を持つ(すなわち専門外来と専門病棟を持つ)病院を少なくとも各都道府県に1ヵ所は設置し,全国規模で標準化された専門医師養成システムに準拠した研修を提供できるよう,関係者ならびに関係機関は努める必要がある。

V. ま と め

ここまで、わが国においてようやく国を挙げて取り組み始めた「子どもの心の専門医」の養成をめぐる議論と問題点について述べてきた。残念ながら子どもの心の診療をめぐる現状は、社会的な注目度の高さに比べ、まだまだ力強い奔流とはなっていないように感じられる。せっかくの追い風を生かすことのできないまま、新たな医療機関が児童思春期精神科の看板を掲げて登場する一方で、これまで地道な努力を続けてきたはずの専門医療機関が、「児童精神科」の明かりを消して退場していく状況も現実には生じている。しかし、子どもの心の診療に専門的に携わる医師が臨床活動に生き生きと励むことは、少子化の進むわが国の現代社会で特に社会的ニードが高いこの領域の医療を支える基本的条件である。そのような明るさを失わずに、この分野の専門医師を養成し増加させることに取り組んでいかねばならないだろう。

ここで、全児協加盟病院をはじめとする子どもの心の診療に対する高い専門性を持った医療機関での研修が、レジデント医師などの被研修者に示すことのできる研修の到達点を以下に示して、この報告を終えたい。もちろんこれらの到達点には、筆者の個人的見解であること、そして必ずしも研修期間内で完全に到達できるものではないことなどの限界がある。しかし、少なくとも「この到達点が何を意味しているかが感覚的に理解できると

いった水準には必ず立たせてあげる」という心意気は、研修を引き受ける側に求められるのではないだろうか。

レジデント研修の到達点

- ❑ 子ども特有な心の病理に通暁すること
- ❑ 子どもの発達過程の流れとその手応えを理解すること
- ❑ 子どもの病理の展開を静かに見守ることができ、成人精神疾患との関連を予測できること
- ❑ 子どもが自己価値を認められなくなるほど傷つきつつある現場で断固保護できる覚悟を獲得すること
- ❑ 親の思いと辛さに適度に共感できる懐の広さを持つこと
- ❑ 自分自身の自己愛性を臨床場面で統制できること
- ❑ 他職種・他機関との連携において適度に能動的であり、適度に受動的となれること

文 献

- 1) 齊藤万比古, 小平雅基: 全国児童青年精神科医療施設協議会参加施設を対象とした研修体制に関する調査. 厚生労働科学研究費補助金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) 平成17年度総括・分担研究報告書. p. 61, 2006