

第103回日本精神神経学会総会

シンポジウム

子どもの心の診療医の育成について ——児童青年精神医学の立場から——

山田 佐登留, 市川 宏伸 (東京都立梅ヶ丘病院)

牛島 定信 (東京女子大学)

児童青年精神医学会教育に関する委員会 (委員長 西村良二)

子どもの心の診療医の育成について児童青年精神医学の立場から報告しました。子どもの心の診療医はその社会的ニーズの高まりにもかかわらず系統的な研修プログラムがないのが現状です。本報告では①子どもの心の診療医育成の本邦での現状, ②児童青年精神医学会で検討中の児童青年精神科医師研修到達目標について, ③児童青年精神医学会認定医と若手医師へのアンケートからわかること, ④演者の勤務する東京都立梅ヶ丘病院を例にとって後期卒後研修の実際について, をご紹介しました。児童青年精神医学の研修システムモデルの確立が急務であることがわかりました。

<索引用語: 児童青年精神医学, 卒後教育, 子どもの心の診療医>

The training of child and adolescent psychiatrist was reported. In Japan, there are few systematic training system model of child and adolescent psychiatrist. The present state of the training system in Japan, the target aim of training, the summary of answer of a questionnaire for the child and adolescent psychiatrists and the resident training program of Tokyo metropolitan Umegaoka hospital were reported. It is urgently necessary for our country to establish the systematic training model of child and adolescent psychiatrist.

I. はじめに

子どもの心の診療医の育成について児童青年精神医学の立場から述べさせていただきます。本報告ではまず児童青年精神医学会教育に関する委員会(西村良二委員長)が検討中の児童青年精神科を目指す医師の到達目標についてお話し, 続いて『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(H17-子ども-一般-001)主任研究者 柳澤正義』の助成による牛島定信分担研究者を中心とした『精神科を基盤とした医師で子どもの心の診療を行う医師の養成に関する研究』が行った児童青年精神医学会認定医およ

び卒後10年までの医師への子どもの心の診療に対する研修についてアンケートからわかることを述べ, 最後に私の所属する東京都立梅ヶ丘病院における臨床研修の実際についてお話しします。

II. 子どもの心の診療医育成の現状

現在子どもの心の診療をすることができる専門性の高い医師は不足しています。厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課少子化対策企画室による『子ども・子育て支援プランの策定』(平成16年12月)が行われ『少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について』の中に今後5年間で子どものこころの健康支援の推進, 子ど

ものこころの健康に関する研修を受けている小児科医、精神科医（子どもの診療に関わる医師）の割合を100%とすること、児童思春期における心の問題に対応できる小児神経科、児童精神科等の医師、保健師等の養成を図るとともに、精神保健福祉センター、児童相談所等における専門相談の充実を図ることが目標として述べられています。それを受けて厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課により『「子どもの心の診療医」の養成に関する検討会』が平成17年より開催され最新の報告書は19年3月に出されています。報告書によれば子どもの心の診療医の教育・研修の到達目標として、厚生労働省が各学会や施設へ教育・研修を依頼（委託）して子どもの心の診療医の養成を行っていくことが書かれています。各医師の専門性の深さに応じて①一般の小児科医、精神科医、②子どもの心の診療を定期的に行っている医師、③診療に専門的に携わる医師の3段階に分け、①の一般の医師に対しては教育講演、視聴覚教材、強化研修を行う、②定期的に診療を行っている医師に対しては学会の単位研修や短期研修（3日程度）、中期研修（1ヵ月以上）を、③専門的に携わる医師については専門レジデント研修を長期に行うことが望ましいとしています。

報告書に対応した現在の状況についてですが①日本精神神経学会は一般の精神科医の所属する学会として本シンポジウムを含む教育講演や関連シンポジウムの開催や本シンポジウムの会場でも配布されている一般精神科医向けのテキスト作りを行っています。②私の所属する児童青年精神医学会は子どもの心の診療を定期的に行っている医師が所属する学会ですが研修会の開催について関連する学会と調整中です。③専門レジデントの研修を行っている施設は私が確認した範囲で東京都立梅ヶ丘病院、国立精神・神経センター国府台病院、神奈川こども医療センター、あいち小児保健医療総合センター、三重県立小児心療センターあすなろ学園、大阪府立精神医療センターの6施設にすぎません。他にも私の把握不足あるいは精神科レジデントの募集の中に児童精神科を専らとするよ

うなレジデントがある可能性がありますがいずれにしても子どもの心の診療医を育成していくためには十分な施設数とは言えないのが現状です。

III. 児童青年精神科医師研修到達目標について

児童青年精神医学会、教育に関する委員会（西村良二委員長）では前委員長・現理事長である市川宏伸から引き続き2つのテーマについて検討を行ってきました。まず1番目は特別支援教育を中心とした子どもたちの教育の問題、特に行動上や学習面で問題のある子どもたちの教育の問題で、児童青年精神医学会総会開催の折に会員以外の参加も受けて毎年シンポジウムを開催しています。2番目のテーマが児童精神科医のトレーニングについての問題で卒前、卒後教育について検討を行ってきました。卒後教育についての検討では全国児童青年精神科医療施設協議会所属施設の中でレジデントの研修を受け入れている各施設の研修スケジュールなどを参考に児童青年精神医学研修における児童青年精神科医師研修到達目標の提言を行うべく到達目標（案）の作成に取り組んできました。本報告では委員長、各委員の了解のもと平成19年5月18日の本シンポジウム開催時点での案をお示しいたします。本案は児童青年精神医学会教育に関する委員会で検討をすすめ修正を行い最終案となった後理事会へ報告し承認あるいは再修正の後決定されれば学会誌である『児童青年精神医学とその近接領域』に掲載を予定しています。本日お示しするのはあくまでも現段階での研修到達目標（案）であることをご理解ください。この到達目標案はA. 主に講義により理解する項目、B. 経験と習熟が求められる技術項目、C. 指導医の指導のもと、担当医として経験すべき症例の3つの部分から成ります。

児童青年精神医学臨床研修到達目標（平成19年5月段階で検討中の案）児童青年精神医学会教育に関する委員会

A. 主に講義により理解する項目

①乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論、

②精神保健福祉法, 障害者自立支援法, 発達障害者支援法, 児童福祉法, 虐待防止法, 少年法, ③幼児, 児童, 青年期, それぞれの段階に応じた問診の仕方, 面接の仕方, カルテの書き方, ④児童青年期にみられる各疾患・障害の病態, 発現機序, 診断, 治療法, 予後・発達障害 (広汎性発達障害, 注意欠陥多動性障害, 学習障害, 精神遅滞), 神経症性障害 (不安障害, 強迫性障害, 重度ストレス反応及び適応障害, 解離性障害, 身体表現性障害), 内因性精神病性障害 (統合失調症, 気分障害), 器質性障害 (てんかん, 脳炎後遺症), 摂食障害, 非器質性睡眠障害, その他 (チック障害, 習癖異常, 選択性緘黙, 反抗挑戦性障害, 行為障害, 不登校, 児童虐待, 薬物依存, 人格障害, コンサルテーションリエゾン), ⑤児童青年期例に対する薬物療法 (作用と副作用, 相互作用の理解, 本人と家族への説明方法, 効果の評価方法), ⑥児童青年期例に対する個人心理療法, ⑦児童青年期例に対する集団心理療法, ⑧児童青年期例に対するその他の治療法 (言語療法, 理学療法, 作業療法, 運動療法), ⑨児童青年期例に対する療育相談, 発達支援方法, ⑩児童青年期例の家族への対応, ⑪児童相談所, 児童養護施設, 児童自立支援施設, 情緒障害児短期治療施設など福祉施設の役割と連携, ⑫保育所, 幼稚園, 学校など保育・教育の役割と連携, ⑬家庭裁判所, 司法の役割と連携, ⑭子どもの権利擁護。

B. 経験と習熟が求められる技術項目

①幼児に対する行動観察と家族やその他関係者からの情報聴取, ②児童青年期例へ面接と家族やその他関係者からの情報聴取, ③頭部CT, MRI, 脳波など放射線検査, 生理学的検査を適切に施行し, 結果を評価する, ④児童青年期に必要な心理検査の結果を評価し本人, 家族へ説明し, 治療計画の参考とする, ⑤薬物療法の実施 (本人, 親へのインフォームドコンセント, 薬効評価), ⑥遊戯療法, ⑦行動療法, ⑧個人精神療法, ⑨集団精神療法, ⑩認知行動療法, ⑪家族療法, ⑫生活技能訓練, ⑬療育相談, 指導, ⑭症例を通じた児童相談所その他福祉機関との連携会議や処遇検討

会議等へ参加し, 専門的な意見を述べ, 関係者と適切にコミュニケーションがとれる, ⑮症例を通じた学校その他教育機関との連携会議や支援検討会議等へ参加し, 専門的な意見を述べ, 関係者と適切にコミュニケーションがとれる。

C. 指導医の指導のもと, 担当医として経験すべき症例

(症例は, 開始時に年齢が18歳未満のものとする。また, 指導医の指導とは, 面接同伴などの直接的指導とスーパーバイズや症例検討会など間接的指導どちらでもよいこととする) グループA 4例 精神遅滞 (必須), PDD (必須), AD/HD (必須), 学習障害, グループB 1例 統合失調症, 気分障害, グループC 2領域以上4例 不安障害, 強迫性障害, 重度ストレス障害および適応障害, 解離性障害, 身体表現性障害, グループD 2例 摂食障害 (必須), 非器質性睡眠障害, グループE 2例 チック障害, 習癖異常, 選択性緘黙, 脳炎後遺症, 薬物依存, 人格障害, グループF 以下より3領域以上4例以上 (グループA~Eと重複しても可) てんかん, 被虐待, 反抗挑戦性障害あるいは行為障害, 福祉・教育・保健医療とのコンサルテーションを実際に行った症例, 他科とのリエゾン, 不登校を呈した症例。

IV. 専門医と認定医の問題について

児童青年精神医学会では現在専門医制度をとることができておらず学会の認定医を設けています。現在の基準の詳細は児童青年精神医学会のホームページから確認をお願いしたいと思います。その一部をお示しします。児童青年精神医学会認定医制度は認定医制度規則をもとに審査委員会が認定試験及び審査を行うこととなっています。認定医制度規則の一部を抜粋でお示しします。第1条 本規則は, 児童青年精神医学について優れた学識と高度の技能, さらに十分な倫理観を具えた臨床医を社会に提供することを目的とする。第2条 日本児童青年精神医学会認定医は児童青年精神医学に関して広汎な専門知識と豊かな臨床経験を具えている臨床医であると本学会が認定したも

のをいう。第3条 認定医の資格を得るためには、次の各項の要件を満たすものの中から認定される。(1) 現在児童青年精神医学の臨床に従事しており、かつ、一般精神科2年以上、および児童青年精神科3年以上を含む5年以上の臨床経験を有するもの。(2) 継続して5年以上日本児童青年精神医学会の会員であること。(3) 所定の認定申請手続きを行い、審査委員会の認定試験および審査に合格すること。

そして認定医制度施行細則が定められていますので一部をお示しします。第5条 診療記録の提出 (1) 申請者が診療を担当した時点で18歳未満の症例3例を必要とし、内少なくとも1例は発達障害の症例とする。(2) 治療は成功した例である必要はないが、治療に至っていない場合は6ヵ月以上の経過追跡を必要とする。(3) 現病歴、現在症、診断、治療方針、治療の内容、経過を記載し、一定程度の考察を付記し、4,000字以上、5,000字以下の記述を必要とする。第6条 (1) 履歴書及び医師としての職歴に関する在籍証明書 (2) 医師免許証の写し (3) 最近3年間に自ら診療した児童青年期患者30名の一覧表 (4) 児童青年精神医学に関する研究論文あるいは研究集会における報告が1回以上あることを証明するもの。

厚生労働省は平成14年4月から施行した専門医広告の告示の中で専門医資格を認定する学術団体の基準を9項目定めています。①学術団体として法人格を有していること、②会員数の8割以上が医師であり、会員数1000人以上であること、③一定の活動実績を有し、その内容をインターネットホームページや年報等で広く国民に公表していること、④外部から当学術団体が認定した専門医資格に関する問い合わせに対する体制が整備されていること、⑤専門医資格の取得要件をインターネットホームページや年報等で広く国民に公表していること、⑥専門医資格の認定に際して5年以上の研修を条件としていること、⑦専門医資格の認定に際して公正な試験を実施していること、⑧専門医資格を少なくとも5年に一度定期的に更新する制度を設けていること、⑨当学術団体の会

員名簿及び専門医の資格認定を受けた医師の名簿の双方をインターネットホームページや年報等で広く国民に公表していること、の9項目です。専門医制度については精神神経学会が平成21年スタートを目指し過渡的措置で認定試験を行い研修施設、指導者の認定も着々と行っているのに対し、児童青年精神医学会では検討もスタートしていないのが現状です。研修施設や指導者の認定など今後の検討課題がたくさんありますが、子どもの心の診療医を児童青年精神医学会としてトレーニングあるいは認定を行っていくためには専門医制度についての検討が避けては通れないと考えられます。

V. 精神科を基礎とした医師で子どもの心の診療を行う医師の育成に関する研究 (牛島定信分担研究者)

子どもの精神医療は未曾有の混乱状況を迎えているといっても過言ではありません。発達障害、児童虐待、過食・拒食、自傷行為、反社会的行動その他、数の増加とともに病態の質の深刻度は言語に絶するほどです。その一方で、こうした状態に対応できる医療的専門家の不足はまた深刻な状況です。本研究は、重症な症例に対応でき、しかもこの領域で指導的役割を果たすことのできる高度に専門的知識と技能をもった専門家のあるべき姿を描き出し、そうした人材の養成の今後のあり方を提言することを目的に計画されました。まず平成17年度は、日本児童青年精神医学会の認定医として登録されている児童精神科医113名(平成17年10月現在)を対象に、臨床経験、児童精神医療の研修歴、研修に対する満足度(各種の症例等について)、教育研修病院で求められる機能、そして望ましい研修施設について、郵送によるアンケート調査を行い62名から回答を得ました。2年目の平成18年度は児童精神科医を目指して研修中で、臨床経験が卒後10年目までの若手医師を対象に同内容のアンケート調査を行いました。全国83大学医学部精神科講座担当者あてに予備調査を行い平成9年度以降医学部卒業者で児童青

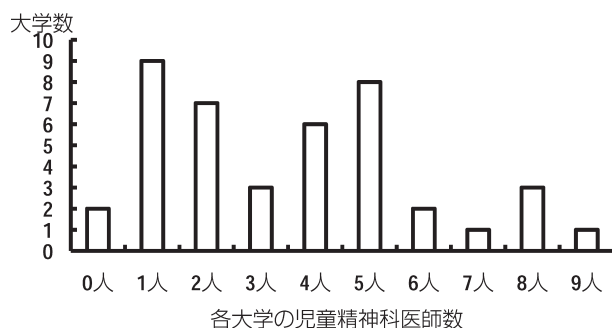


図1 各大学医学部精神科の卒後10年までの児童精神科を目指す(従事する)医師数
 全国83大学医学部の精神科講座担当者へアンケートを送り回答のあった42大学のデータによる。

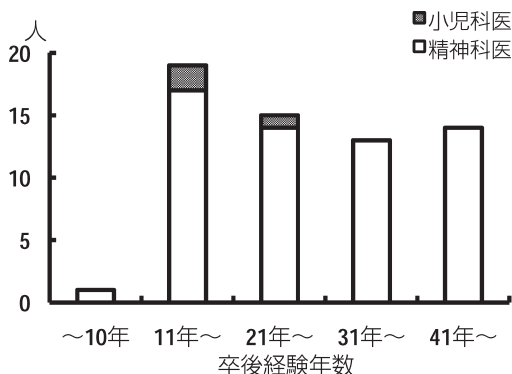


図2 日本児童青年精神医学会認定医アンケート回答62名の医学部卒業年数と精神科, 小児科の別

年精神科に従事しているか, 目指している医師数ととりまとめ役の医師の紹介を依頼し回答のあった42大学中該当者がいる40大学の148名を対象にアンケートを送付しました。また児童青年精神医学会に平成9年以降入会した医師の会員773名(卒年情報は不明)を対象に同様のアンケートを送付し, 回答は平成9年以降医学部卒業者に限定しました。大学病院関連と児童青年精神医学会会員から94名の回答がありました。アンケートにあたってはアンケート内容は統計処理した後に全体像として報告すること, 個人情報明らかにすることはしないことを明記しました。

図1に18年度に予備的アンケートで各大学精

神科講座担当者あてに行った『貴講座で児童青年精神医学をこころざすあるいは携わっている卒後10年目までの医師の人数』の回答(計42大学)を人数別大学数でお示しします。0~3人までの大学が21大学と回答のあった大学の半数を占めました。また0人という回答が2大学ありました。図2に児童青年精神医学会学会認定医の卒後年数と小児科, 精神科の科別を示します。最短5年で取得できる制度ですが卒後10年以上が圧倒的に多く精神科医が多いことがわかります。図3に卒後10年目までの医師に対するアンケート回答の医師の卒後年数と小児科, 精神科の科別を示します。やはり卒後5年目以上が多く, 精神科が多いことがわかります。

アンケートの本文は以下の項目から構成されています。A. 先生が今まで所属した施設をご記入ください。B. 各施設での児童精神科の研修経験・指導経験をご記入下さい。本アンケートでの『研修』とは症例検討を行ったり, 先輩, 同僚などから診療上のアドバイスを受ける経験を指します。『指導』とは同様のアドバイスを行う経験を指します。C. 先生の研修経験は十分でしたか? 下記の項目について『十分・不十分・経験無』でお答えください。①外来診療, ②入院診療, ③薬物療法, ④精神療法(患者本人のカウンセリング), ⑤精神療法(家族カウンセリング), ⑥発達

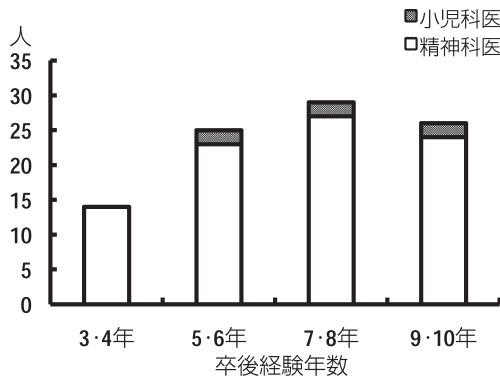


図3 卒後10年目までの児童精神科を目指す(従事する)医師へのアンケート回答94名の卒後年数(何年目か)と精神科,小児科の別

障害の臨床, ⑦不登校事例の臨床, ⑧虐待児例の臨床, ⑨施設内の連携, ⑩他施設との連携, D. 研修について望まれるものは, 望ましい研修施設とは, 研修についての自由意見。

図4にアンケートに回答を寄せてくれた認定医62名と卒後10年目までの94名における各臨床経験が十分であると回答した医師の比率を示します。当然のことながら卒後10年目までの若手医師よりも認定医の方が各種の経験を十分と感じている医師の比率が多いことがわかります。認定医の回答の実数としては外来診療53名, 施設内連携49名, 不登校例48名, 家族カウンセリング47名, 他施設との連携46名, 薬物療法44名, 患者のカウンセリング43名, 発達障害43名, 入院治療41名, 児童虐待例18名であり, 認定医ではあっても入院治療や虐待症例の対応の経験を得ることは困難であることがわかります。若手医師92名中の回答の実数としては外来診療46名, 施設内連携43名, 不登校例42名, 家族カウンセリング39名, 他施設との連携30名, 薬物療法38名, 患者のカウンセリング40名, 発達障害44名, 入院治療30名, 児童虐待例24名で入院治療や虐待症例の経験が積み難いことは認定医と同様ですが発達障害の経験が十分であるとする医師の比率が比較的多く見られます。これは近年知的遅れのない又は軽度の広汎性発達障害や多動性障害が注

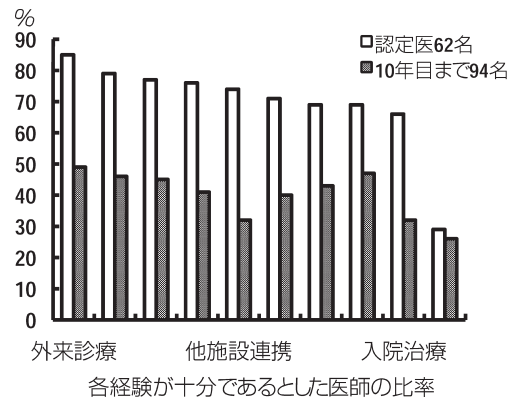


図4 認定医62名と若手医師94名のアンケート質問項目に対して各種臨床経験が十分であると回答した医師の比率

認定医の経験が十分であるとした比率の多い順に並べてあります。

目され, 一般の精神科を受診することが多くなっていることも一因と考えられます。若手医師の各種経験が十分であるかどうかの回答を卒後6年目までの39名と卒後7年～10年の55名の2群に分けて経験が十分であるとする回答を比較しました(図5)。両群で各項目について経験が十分とする比率にほとんど差が見られませんでした。5%以上の差が見られたのは他施設との連携経験が6年目までは29.7%であるのに比し7年目以上は38.0%と多くなる反面, 入院治療経験が十分としたものは6年目までが36.8%であるのに比し卒後7年目以降では31.4%と低値でした。これはシステムティックな研修システムが確立されていない現状では卒後経験年数を積み重ねれば児童青年精神科治療の研修が蓄積されるわけではなく医師一人ひとりが研修先を見出しながら研修を行っている現状を如実に示しているといえます。

研修施設や研修内容についての意見の中で認定医も若手医師も記入されていた内容をまとめると, ①指導, 研修について; 複数の指導者, 認定医の存在, 十分なスーパーバイズ, 症例検討会, 指導者の時間的余裕, 学会参加・発表, 研修者の身分経済的保障など, ②連携について; 他施設との連携, 院内多職種とのチーム医療, 児童相談所や教

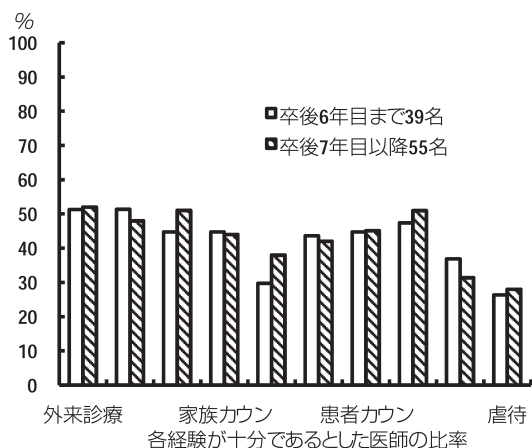


図5 卒後6年目までの39名と卒後7年目から10年目までの55名のアンケート質問項目に対して各種臨床経験が十分であると回答した医師の比率
図4と同じ順番に並べてあります。

育相談の経験、出向のチャンスなど、③病院、症例について；豊富でかつ多様な症例の経験を積める、入院・外来診療両者の経験を積める、発達障害や虐待について経験できるなどでした。これらの項目に加えて若手医師のみが記入した項目は①指導、研修について；指導者の質、十分な臨床経験・指導力、指導する時間的余裕、アクセサビリティ、システマティックな研修があること、カリキュラムがある（到達目標）、小児科も精神科も学べる、成人精神科も学べる、精神保健福祉法について学べる、精神療法・薬物療法かたよりなく学べる、指導医の育成・評価はどうするか？ 他施設との共同研究や海外留学へのパイプ役など、③病院、症例について；デイケアや療育も経験できるなど、④身分についてなど；身分保障、最低2年間の研修を行いたい、日常業務に忙殺されないこと、アルバイトをせず研修に専念できること、研修後の勤務先の確保、家庭との両立、治療チームの一員として研修に参加できることなど、でした。

以上2年間にわたって行ったアンケートの結果をまとめると認定医も若手医師も児童青年精神医学の研修を積むにはかなりの期間が必要で、現状

では卒後年数を経れば経験が増すというわけではないことがわかりました。現行研修システムでは指導医の確保や時間的余裕のなさ、指導方法の不十分さ、カリキュラム（研修目標）などシステムが必ずしも整備されていないこと、さらには、児童精神科に専念することが難しいこと、児童精神科に専念できても十分な身分や期間が保障されないこと、さらには日常業務に忙殺されていることなど児童精神科研修に必要なシステムの不備などを突く指摘が多く、児童青年精神医学の研修システムモデルの確立が急務であることがわかりました。

VI. 後期臨床研修の実際

演者の勤務する都立梅ヶ丘病院を例に児童青年精神医学の後期臨床研修の実際をお示します。対象は卒後3年目以降の医師で期間は3年間です。東京都のシニアレジデントとしての採用が毎年2~3名で、他に病院の非常勤医師として毎年2名程度が同内容の研修を受けるため採用されています。東京都立梅ヶ丘病院は小児の精神疾患の専門病院として、精神遅滞や自閉症などの発達障害、摂食障害や不登校を伴う心因性精神障害などさまざまな障害をもつ幼児期から思春期までの小児を対象として診療を行っています。診療には、医師、看護師をはじめとし、臨床心理士、精神科ソーシャルワーカー、作業療法士、保育士などの専門職が精神科作業療法、デイケア等の療法に参加し治療の効果を高めています。また、教育面からのバックアップ体制として、東京都立青鳥養護学校分教室が設置されています。レジデントあるいは非常勤医師として採用されると以下のスケジュールにもとづいて研修を行います。初年度は東京都立梅ヶ丘病院において、小児精神医学の診療に必要とされる、基礎的な知識や治療技法を習得するものとし、2年目は本人の希望に添う形で、成人精神科（松沢病院、墨東病院、豊島病院、府中病院、広尾病院）、小児科（都立病院を予定）、中部総合精神保健センター、多摩総合精神保健センター、児童相談センター、保健所、教育相談所等

での実地の臨床研修を行い、成人精神科医療、老年精神科医療、精神科救急医療、精神科合併症医療、リエゾン精神科医療、精神鑑定、小児科臨床等についての知見を深めます。3年目は梅ヶ丘病院に戻り、外来、入院ケースを担当し、診断、検査、治療、社会復帰、教育・福祉等との地域連携に関する基礎的な知識と技法を習得し、研修終了時には独立して診療ができるレベルに到達することを最終目標とします。なお希望者には精神保健指定医の獲得に必要な症例を経験できるように配慮しています。思春期男子病棟、女子病棟、幼児学童期病棟、自閉症病棟または思春期開放病棟の4病棟を4ヵ月ずつローテートし残る期間は相談により配属病棟を決定しています。平成18年1年間の主要疾患入院数（18年1月1日の入院患者と18年1年間に入院した患者数の合計）と研修3年間における経験目標数を入院数の多い順に記すと以下の通りです。自閉症109名（目標5～10名）、適応障害85名（同5～10名）、アスペルガー障害84名（同3名）、統合失調症78名（同5～10名）、他の広汎性発達障害54名（同3名）、強迫性障害41名（同3名）、多動性障害24名（同3名）、気分障害23名（同3名）、行為障害23名（同3名）、摂食障害21名（同3名）、解離性障害18名（同3名）です。

本年でレジデント3年目になるAさんに児童青年精神医学臨床研修到達目標（案）をもとにほぼ2年間の研修で経験したことをチェックしてもらいました。Aさんは精神科を中心とした総合病院で初期研修2年後梅ヶ丘病院のレジデントとなった医師です。ご本人がまだ経験していないことを挙げると、A. 主に講義により理解する項目⑧児童青年期例に対するその他の治療法（言語療法、理学療法、作業療法、運動療法）：本で学びました。B. 経験と習熟が求められる技術項目③頭部CT、MRI、脳波など放射線検査、生理学的検査を適切に施行し、結果を評価する：不十分と思います。⑫生活技能訓練：経験無、C. 指導医の指導のもと、担当医として経験すべき症例、必要症例数を満たしていますがまだ経験していない

症例は気分障害、解離性障害、身体表現性障害、非器質性睡眠障害、薬物依存です。

同様の評価を若手の常勤医にお願いしました。Bさんは大学病院精神科1年半、精神科病院5年半勤務の後昨年4月に梅ヶ丘病院へ着任しました。Cさんは大学病院小児科1年、小児科病院勤務5年、大学病院精神科1年の医師で本年4月に梅ヶ丘病院へ着任しました。2人ともA. 主に講義により理解する項目は一部疾患の病態や治療など除きほとんどの項目を書籍や論文で勉強したとのことで大学病院の小児科や精神科での研修ではこれらの項目の系統だったレクチャーが行われていないことが多いようです。着任2年目のBさんはB. 経験と習熟が求められる技術項目では⑥遊戯療法：無、オーダーのみ、⑫生活技能訓練：経験無、C. 経験していない症例は薬物依存のみで着任1年強でほとんどの症例を経験することができます。本年4月着任のCさんはB. 経験と習熟が求められる技術項目では⑥遊戯療法、⑨集団精神療法が未経験で、C. 症例では学習障害、不安障害、解離性障害、非器質性睡眠障害、チック障害、習癖異常、選択性緘黙、脳炎後遺症、薬物依存、反抗挑戦性障害あるいは行為障害の経験がありませんでした。一般の小児科、精神科での研修では児童青年期の精神科症例に出会う機会が少ないことがわかります。

梅ヶ丘病院での臨床研修の現状と感想を多くのレジデントや若手の常勤医に聞いたところレジデントは後期研修として経験が積める、主治医として診療を行う上でのスーパーバイズは十分受けているという意見が多く見られました。しかし一部のレジデントからは多忙で『ただ病棟にほうり込まれた』などの気持ちをもつものもありました。若手の常勤医は自らの勉強により経験を積むことが大切です。病棟副担当医や他の指導医から症例や薬物療法、精神療法のスーパーバイズを受けることが可能です。レジデント向けの講義を聴くことは可能（実際は出席できるゆとりは乏しい）ですがレジデント以上に『自分で学ぶ、上席医の診療を眼で見て覚える（盗む）』ことが肝要のよう

です。

梅ヶ丘病院では毎年卒後3年目以上のレジデントを募集を行っています。翌年の募集要項が7月ごろには梅ヶ丘病院ホームページ上でごらんいただけます。また週1回、隔週1回、1ヵ月間などの研修(無給)の受け入れを行っています。所属長の推薦が必要です。また精神保健指定医の必要症例である児童思春期症例取得希望者に対する3ヵ月間の臨床研修(無給)も所属長の推薦により受け入れています。子どもの心の診療医としての研修を希望される方は是非お問い合わせください。

VII. ま と め

子どもの心の診療医を育てていく上での現状と今後の方向性についてを児童青年精神医学の立場から述べさせていただきました。社会的ニーズが高まる中、児童青年精神科医師の育成は現状では不十分としかいいようがありません。今後さらなる研修システムの充実と研修の場の広がりが望まれます。

この報告は『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(H17-子ども一般-001)主任研究者 柳澤正義』の助成により行われました。

児童青年精神医学会 教育に関する委員会委員一覧(所属、敬称略、五十音順、*は現委員、※は18年10月までの前委員)西村良二委員長**、泉本雄司**、大井正巳**、上別府圭子*、北村陽英**、清田晃生*、白瀧貞昭*、森岡由起子**、山田佐登留**、市川宏伸前委員長**、佐藤喜一郎**、田中康雄**、橋本大彦**、広沢郁子**、渡部京太**

文 献

1) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課：『「子どもの心の診療医」の養成に関する検討会』報告書、平成19年3月

2) 牛島定信、市川宏伸、山田佐登留：精神科を基盤とした医師で子どもの心の診療を行い医師の養成に関する研究、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年度報告書、平成18年3月

3) 牛島定信、市川宏伸、山田佐登留：精神科を基盤とした医師で子どもの心の診療を行い医師の養成に関する研究、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18年度報告書、平成19年3月