

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

児童精神科専門病院での研修を経験して

成田 秀幸（群馬大学医学部付属病院精神科神経科）

1. はじめに

精神科医になり3年目のことだった。大学病院から派遣された児童相談所で、初めて“自閉症”の子どもとその家族に出会った。教科書では知りながらも、それまでの病院臨床では一度も診察したことのない子どもたちに、精神科医として大きな衝撃を受けた。そして無邪気な子どもの姿と裏腹に、不安と苦悩を抱え、涙をこらえる母親の姿があまりにも印象的だった。同時に、目の前の子どもを適切に評価することができず、母親を安心させることもできない自分を、精神科医として悔しく思い、児童精神医療を学ぼうと決意した。しかし、群馬県内には子どもが受診する精神科の病院はほとんどなかったため、都内の児童精神科専門病院での研修を選択した。今後、児童精神医療の研修の場が広がっていくことを願いつつ、専門病院での研修経験をもとに、研修を受ける側の立場から児童精神科医育成の現状と課題について考えたことを述べる。

2. 研修の概要

研修先は東京都立梅ヶ丘病院。シニアレジデント（専門臨床研修医）として3年間の研修を経験した。梅ヶ丘病院は東京都世田谷区にあり、18歳未満の小児を対象とし、入院病床242床を備えた児童精神科専門病院である。

院内の見取り図を図1に示す。中央にグラウンドがあり、それを取り囲むように病棟や院内学級、外来棟などが建っている。病棟は全部で8病棟あり、性別や年代などで分けられている（表1）。

近年の外来初診者数は年間1500～1600人にのぼり、都内・近県のみならず、日本全国から患者が受診している（図2）。治療スタッフは、医師、看護師のほか、心理士や精神保健福祉士など、様々な専門職が勤務しており、施設やスタッフの規模といった点で非常に恵まれた環境にある（表1）。シニアレジデントについては、毎年若干名の募集があり、研修期間は基本的には3年間で設定されている。初期研修を終えてすぐの医師や、一般精神科や小児科で臨床経験を積んだ医師など、採用までの立場・研修内容は様々である。年間の研修カリキュラムおよび週間スケジュールの例を表2に示す。1年目は、外来の予診や陪席、入院の副担当医など、上級医師の指導を受けながら段階的に経験を積んでいき、3年目はより主体的な立場で診療にあたるしくみになっている。また、臨床に関連する、院外での様々な経験や施設見学も、様々な領域、地域でのニーズや現状を肌で感じ取ることができたという意味で、非常に貴重な研修の機会となった（表3）。そして子どもや家族に関わる様々な専門領域のうちの1部門として、児童精神科医療が果たせる役割は何か、という視点から普段の臨床を見つめ直すことができた。

3. 研修で学んだこと

3年間の研修を通して学んだこととして4点をあげたい（表4）。1つ目は診察・評価に関することである。発達歴や生育歴は成人の臨床でも聴取するが、自分の臨床を振り返ると「聞くべき項目」として機械的に聞いていただけだったように

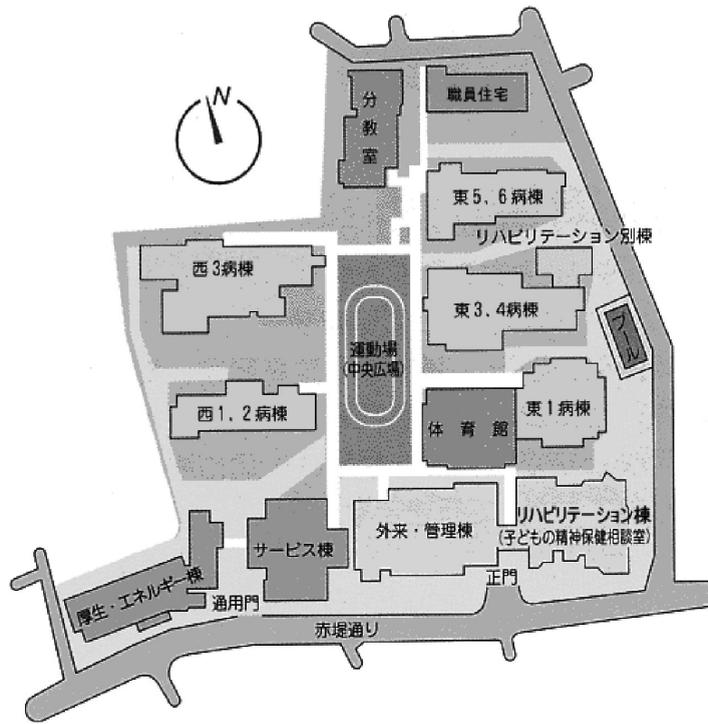


図1 梅ヶ丘病院見取り図 (病院ホームページより)

表1 病棟・スタッフ

〈病棟〉	
東1病棟	思春期開放病棟 (男子・女子)
東3病棟	発達障害 (重複障害)
東4病棟	思春期閉鎖病棟 (女子)
東5病棟	発達障害 (男子)
東6病棟	思春期閉鎖病棟 (男子)
西1病棟	思春期閉鎖病棟 (男子)
西2病棟	思春期閉鎖病棟 (女子)
西3病棟	幼児・学童閉鎖病棟 (男子・女子)
〈スタッフ〉	
【医師】	常勤12名
	その他, シニアレジデント約15名を含む
	非常勤医師も多数
【看護師】	約150名
【心理士】	13名
【保育士】	16名
【作業療法士】	3名
【精神保健福祉士】	6名
	など…

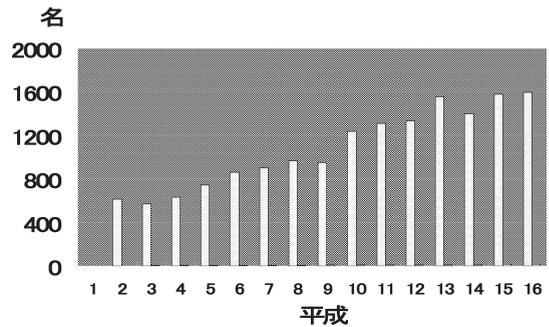


図2 年間外来初診者数の推移

表2 年間・週間研修プログラム（病院ホームページより）

〈年間スケジュール〉

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
第1年次	← 児童青年精神科・前期研修 → 外来診療 病棟診療（発達障害病棟・思春期病棟）											
第2年次	精神科救急研修	精神保健福祉センターまたは児童相談センター		小児科・内科・成人精神科・麻酔科の中から1～2科を選択して研修								
第3年次	← 児童青年精神科・後期研修 → 外来・病棟（発達障害・思春期病棟）診療 思春期デイケア・療育指導（自閉症・ADHDなど）へ参加											

〈週間スケジュール〉

前期研修

	月	火	水	木	金	土
AM	回診	外来陪席	新患予診	外来陪席	新患予診	病棟業務
PM	病棟業務ケース検討	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務	病棟業務

後期研修

	月	火	水	木	金	土
AM	回診	病棟業務	外来	幼児自閉症療育研修	思春期デイケア研修	病棟業務
PM	病棟業務ケース検討	幼児自閉症療育研修	LD/ADHD療育研修	思春期デイケア研修	学童自閉症療育研修	病棟業務

思う。しかし子どもの臨床を通して、発達歴や生育歴の中に、現在の評価や今後の治療プランにおいてとても重要になる情報が詰まっていることを思い知らされた。精神科診療で重要とされる縦断的な評価の大切さを、臨床経験を通じてあらためて学ぶことができた。また、言葉に頼りがちな成人の臨床に慣れていたこともあり、言語化が難しい子どもの診療で戸惑うことも多かったが、逆に行動観察やそこからの症状評価が大切であることを学んだ。2つ目は治療の特殊性についてである。成人の臨床と比べて、小児の治療においては薬物治療の効果は思うように得られないことも多いが、たとえば自閉症児に対する治療教育など、薬物治療以外に多くの治療的アプローチがあり、その効果も大きいことが特徴的である。これらのことを臨床的な実感を持って学ぶことができた。3つ目

表3 院外での研修

〈診療・相談等〉
■ 就学相談
■ 児童相談所での診療
■ 精神科病院での児童専門外来
■ 通所・入所施設での診療
■ 養護学校・心障学級の宿泊研修付き添い
■ 厚生労働省研究班
■ 学会参加
〈施設見学〉
■ 特別支援学校・特別支援学級
■ 療育センター
■ 知的障害者の通所・入所施設
■ 家庭裁判所
■ 児童養護施設
■ 児童自立支援施設
■ 医療少年院

表4 研修で学んだこと

-
- 子どもの診察・評価において重要なこと
発達歴・生育歴、行動観察、症状評価の特殊性
 - 治療手段の特殊性
薬物療法の比重、治療教育
 - 連携の重要性
院内のコメディカルスタッフとの連携
医療以外の機関との連携
 - 情報収集の重要性
家族の状況・機能、地域特性
-

は連携の重要性についてである。“連携”といってもただ連絡を取り合い、情報交換をすればいいということではなく、各機関同士がお互いの専門性や現状、地域特性をある程度把握しておくことが必須である。とくに教育機関との連携は子どもの診療において特徴的でなおかつ重要な位置を占めていることを痛感した。4つ目は情報収集の重要性である。患者である子どものことだけでなく、家族の状況や機能なども詳しく把握しておくことが、治療のコンプライアンスをあげるのに重要であることを学んだ。どれも当然といえば当然のことだが、それらを実際の臨床を通じて実感を持って学べたことに重要な意義があったと感じている。

専門病院での研修を通じてもっとも有意義だったことは、多くの子ども・家族と、臨床場面でじっくりと関わることができたことである。研修内容としては、上級医師や他職種の治療スタッフのバックアップ体制のもとで、外来陪席から主治医として診療に携わるまで段階的な設定がされていた点、また、病院の中での臨床活動だけでなく、たとえば学校など外部の機関に出向いて現状を実際に見たりカンファレンスに参加したりすることができた点が、研修の満足度の向上につながった。そして多くの治療スタッフとのチーム体制での診療や医療以外の様々な専門機関とのつながりのなかで、精神症状の改善のみならず、その後の社会復帰まで継続性を持った治療経過に関わるることができたことも専門病院ならではの経験だったといえる。一方で、病院の体制の設備などの構造上の特徴から、身体管理を必要とする症例やリエゾン

表5 児童精神科医育成・研修の場の拡大のためのポイント

-
- “専門家の育成”より、まず臨床現場に子どもを受け入れていくこと
 - 特殊な一部門として少数の人が背負うのではなく、病院または診療科全体で取り組んでいくこと
 - 地域のネットワーク構築
 - 地域を越えた児童精神科医療のネットワーク構築
-

の症例は経験することができなかったが、全ての経験を一箇所の施設で実現するのは実際には困難である。

4. 児童精神科研修の拡大を目指して

医療内外から子どもを診療できる精神科医を求める声は高まっており、また、児童精神科医療を学び専門家になりたいと志望している医学生や研修医も増えている。しかし子どもを診療している精神科臨床の現場が身近にない、つまり学ぶ場すらないのが現状である。とくに地方では顕著で、結局は地元を離れて研修先を探さなければならない。また、専門病院で研修したことは個人の経験としてはとても貴重な財産になるが、専門病院でのノウハウがそのままあらゆる環境にいかせるというわけではない。どの地域にも精神科診療を必要としている子どもたちが多数いることはたしかで、その地域のニーズや特性など現状にあった診療・研修の環境を構築していく必要がある。

これらの課題をふまえ、今後、実際に各地域で児童精神科研修の場を広げていくために、研修を受けた立場から考えた4つのポイントをあげた(表5)。

まず何より、臨床現場に子どもを受け入れていくことである。専門家の育成、専門外来や専門治療施設の構築などをいきなり目指しても、予算、人手、施設、指導者などすぐには手に入らないものばかりで、結局は何も始まらないことになってしまう。子どもの診療という視点からは決して十分とはいえない体制であったとしても、つまり一

般精神科臨床の中でも，提供できることはあるはずである。子どもの診療に慣れていない指導医にとっては若手医師や学生に対して専門的な指導をすることは難しいが，四苦八苦しなながらも子どもや家族と向き合う臨床に対する姿勢そのものがないよりの指導になるのではないだろうか。学生や若手にとって，自分の地域にいる子どもの臨床現場に触れること自体が貴重な経験となり，完璧な診療ではなくてもそこから問題意識や使命感などが沸き上がり，さらなる学びへの意欲につながるはずである。

次に，児童精神科医療を特殊な一部門のこととしてしまつて少数の人に背負わせるのではなく，病院又は診療科全体で取り組んでいくべきだという点である。どんなに力のある専門家でも，1人でやれることは限られている。また，子どもの診療を始めていくといっても，初めからそれ専門の枠が用意できるほどの余裕はないのが現状であり，実際には成人の一般精神科診療に混じつて子どもを見ていくという形にならざるを得ない。こういった状況を考えると，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レベルで協力し合うことが必要不可欠で，それには，直接的には子どもの診察をしない立場のスタッフの協力がどうしても必要になる。このことがあつて初めて“臨床現場に子どもを受け入れる”ということが実現し，また維持していけると思われる。

3つめは，地域のネットワーク構築である。児童精神科医療とひとことで言つても，地域によってニーズは様々である。また社会資源の量や質などの地域ごとの特徴によって，医療の果たす役割も変わってくるかもしれない。各機関と定期的に交流し，意思疎通を図りやすくしておくことで，お互いの専門性を効率よく発揮していけることが

可能になる。また，とくに発達障害の領域に関しては，医療以外の分野で子どもに関わっている専門機関や専門家は意外に多い。その現場に医療側が赴いて見聞きして学ぶことは医療現場でも役立つことも多く，また学生や若手医師の研修の機会としても有用である。

最後に児童精神科医療のネットワークの構築である。専門機関で研修を積んでも，地域に戻れば一からのスタートになる。臨床場面に子どもを受け入れていくと，評価・診断・治療において試行錯誤の連続になるが，その状況であっても安定した臨床体制を維持していくためには，治療機関やスタッフが孤立しないよう，他の地域での取り組みの現状を知り，情報交換をするなど，地域を越えた児童精神科医療のネットワークの構築が大切なポイントになる。

5. ま と め

専門病院での研修経験を通じて，研修を受ける側の立場から専門家育成に当たつてのポイントをあげた。専門家の育成に頭を悩ませ続けるよりも，まず臨床現場に子どもを受け入れていくことで一歩踏み出せるはずである。それを実現し維持していくためには，児童精神科医療を特殊な一部門として少数の人だけが背負うのではなく，病院又は診療科全体で取り組む必要がある。また診療体制を開始・維持していくためには，子どもの診療に直接当たらない医師の間接的な協力も非常に重要である。言い換えれば，児童精神科医の育成，児童精神医療の充実のために果たせる役割はすべての精神科医にあるということであり，あとはその役割を果たそうとすることにかかっているのである。