

平成17年4月20日

「子どもの心の診療に携わる専門医師の養成に関する検討会」参考資料

北里大学医学部長

全国医学部長病院長会議会長

吉村博邦

## 1. 全国医科大学における精神神経科のカリキュラムについて。

(全国医学部長病院長会議「2003年医学教育カリキュラムの現状」より)

## ①精神神経科講義時間

61医科大学(統合講義による精神科単独の時間数不明の29大学を除く)

講義時間数:平均35.2時間(最小13時間、最大66.7時間)

講義コマ数:平均22コマ(1コマ90分、最小8コマ、最大40コマ)

うち小児精神神経科講義:大半が1~2コマ

## ②精神神経科実習時間

39医科大学(精神科実習単独の時間数不明の41大学を除く)

実習時間数:平均53.4時間(最小17、最大120時間)

1~2週間(3週間は1大学のみ)

うち、小児青年期の精神疾患に関する実習はほとんど行われていない。

## 2. 日本児童青年精神医学会アンケート調査による大学医学部における児童青年精神医学教育について(H12年調査)。(児童青年精神医学とその近接領域43:81-91,2002)。

## A. 精神科からの回答(74大学)

## ①精神神経科講義時間

講義時間数 平均31.5時間(最小16.5時間、最大67.5時間)

講義コマ数 平均21コマ(最小11コマ、最大45コマ)

## ②児童青年精神神経医学の講義数

講義時間数 平均3.7時間

講義コマ数 平均2.49コマ(1~9コマ)

(0:1校、1コマ:20校、2コマ:21校、3コマ:15校、4コマ以上11校)

## ③児童青年精神科医学の教育スタッフ

常勤の精神科医が児童青年精神科講義を担当:54校(73%)

1名:35校(47.0%)

2名以上:19校(44.6%)

常勤のスタッフ不在:19校(25.7%)

非常勤の児童青年精神科医が在籍する：33校（44.6%）

④児童青年精神医学の講義内容

自閉症・多動性障害、精神性食欲不振症：1校をのぞき全ての大学で講義。

夜尿症、チック、小児虐待について触れない大学：多数

学校メンタルヘルスについて触れない大学：48校（64.9%）

子供の精神発達、患児とのコミュニケーションのとり方について触れない大学：  
ほとんど

発達障害についてふれない大学がある。

B. 小児科からの回答（71大学）

児童精神医学の講義

①講義時間

平均 1.47 コマ

0 コマ：10校（14.1%）

1 コマ：15校（21.1%）

2 コマ：12校（16.9%）

②講義内容

自閉症、他動性障害、夜尿症、チック、不登校、神経性食欲不振症、小児虐待が中心で精神科と重複（講義内容は、精神科と差があるとの回答が多い）。

③教員

常勤の児童精神科専門の小児科医が在籍し教育を担当：23校（32.4%）

常勤または非常勤の小児精神科専門の精神科医が教育を担当：6校（8.5%）

常勤の児童精神科担当教員が不在：17校（23.9%）

3. 医学教育モデル・コア・カリキュラム（教育内容ガイドライン）について。

（平成13年、医学における教育プログラム研究・開発事業委員会編より）

医科大学で行うべき必須の標準的講義内容の精神神経関連事項

【診断と検査の基本】

到達目標：

- 1) 患者－医師の良好な信頼関係に基づく精神科面接の基本を説明できる。
- 2) 精神科診断分類法（多軸診断システムを含む）を説明できる。
- 3) 精神科医療の法と倫理に関する必須項目（精神保健福祉法、IC）を説明できる。
- 4) コンサルテーション・リエゾン精神医学を説明できる。
- 5) 心理検査法の種類と概要を説明できる。

【症候】

到達目標

- 1) 不安・そううつをきたす精神障害を列挙し、その鑑別診断を説明できる。

2) 不眠と幻覚・妄想をきたす精神障害を列挙し、その鑑別診断と治療を説明できる。

【疾患・障害】

到達目標

- 1) 症状精神病の概念と診断を概説できる。
- 2) 痴呆の診断と治療を説明できる。
- 3) 薬物の乱用、依存、離脱の病態と症候を説明できる。
- 4) アルコール依存症の病態、診断と合併症を説明できる。
- 5) 精神分裂病の急性期の診断と救急治療を説明できる。
- 6) 精神分裂病の慢性期の症候と診断を説明できる。
- 7) うつ病の症候と診断を説明できる。
- 8) そううつ病（双極性障害）の症候と診断を説明できる。
- 9) 不安障害（パニック、恐怖症性あるいは全般性不安障害の症候と診断を説明できる。
- 10) ストレス関連障害の症候と診断を説明できる。
- 11) 心身症（摂食障害を含む）の症候と診断を説明できる。
- 12) 主な精神疾患・障害の治療を概説できる。
- 13) 解離性障害（ヒステリー）の症候、診断と治療を説明できる。
- 14) 身体表現障害の症候、診断と治療を説明できる。
- 15) 人格障害を概説できる。
- 16) 精神遅滞（知的障害）と広汎性発達障害（自閉症）を概説できる。
- 17) 多動性障害と行為障害を概説できる。

3. 医師国家試験出題基準（平成 17 年版より）。

【医学総論】（約 4%が精神科に関連）

「症候」

心理、精神機能

- A. 知能障害
- B. 記憶障害
- C. 精神発達障害
- D. 見当識
- E. 知覚障害
- F. 思考障害
- G. 感情障害
- H. 自我障害

- I. 意欲と行動障害
- J. 睡眠障害
- K. 不定愁訴
- L. 病識欠如
- M. 疎通性障害
- N. 失語、失行、失認
- ...

「検査」

心理・精神検査

- A. 心理学的検査（MMPI, Rorschach テスト、・・・）
- B. 知能検査（Wechsler 知能検査、・・・）
- C. 神経心理学的検査（標準型失語検査、・・・）
- D. 発達テスト（津守・稲毛式発達検査、・・・）

「治療」

薬物療法（薬物の選択、薬物動態、薬効、・・・）

リハビリテーション

精神障害のリハビリテーション

知的障害のリハビリテーション

重症心身障害児のリハビリテーション

その他

精神療法（精神分析法、自律訓練法、森田療法、・・・）

【医学各論】（約5%が精神科に関連）

精神・心身医学的疾患のうち幼児・小児・青年期の精神・心身医学的疾患および成人  
の人格並びに行動障害についての項目。

- A. 知的障害
- B. 特異的発達障害
- C. 広汎性発達障害
- D. 多動性障害
- E. 行為障害
- F. 選択緘黙
- G. 不登校
- H. 非行
- I. チック障害
- J. 吃音
- K. 被虐待児症候群

- L. 人格障害
- M. 習慣および衝動の障害
- N. 性同一障害
- O. 性嗜好障害

#### 4. 大学教育における小児精神科授業の問題点.

(1) 医科大学では、凡そ 20~40 時間の精神神経科の講義 (30 コマ程度)、1~2 週間の臨床実習が行われている。

講義のうち、小児精神神経関連の講義は、ほとんどの大学で 1~2 コマに留まる。

(2) 小児精神疾患関連の専門家が極めて少ない。

4分の1の大学で不在。1人が約半数。

大半の大学で、成人精神科の教員が講義を担当。

半数の大学において、非常勤講師が講義を担当している。

(3) 大学で小児精神科の診療を行っている大学はほとんど皆無。

実習が不可能。

(4) 小児精神科の診療報酬が低い。診療に時間と手間がかかる。

言葉を使わないコミュニケーション能力のトレーニングが必要で、習得に時間がかかる。

家族への指導が必要であるが、その分の報酬がない (患児と家族で2倍の診療となる)。

リハビリによる治療の多くが保険適応外。

精神科志望者は少なくなく、また、小児精神科を希望する学生も決して少なくない。しかし、受け皿と研修場所がない。

入院設備を有する小児精神科施設は、全国で8箇所程度にとどまる。

小児精神科の対象患者は極めて多い (不登校、多動性障害、自閉症、拒食症、発達障害など) 2歳から16歳。

(5) 医師国家試験における精神神経疾患の占める割合は、各論の5%、総論の約4%と主要な位置を占めるが、小児関連の精神科疾患に関する出題は極めて少ない。

H16年の第98回医師国家試験では、自閉症の症状に関する問題が1題のみ出題された。

以上

## 教育に関する委員会活動報告

### 大学医学部における児童青年精神医学の教育

—アンケート調査の分析と要望・問題点—

佐藤喜一郎, 大井正己, 本城秀次, 北村陽英  
伊藤則博, 市川宏伸, 牛島定信, 高木隆郎  
花田雅憲, 中根允文

#### I. はじめに

1960年の本学会発足以来, 本学会は児童青年精神医学の教育と医療の充実に努力し, 大いに貢献してきた。しかし, 会員の努力や社会的要請が高まっているにもかかわらず, 児童青年精神医学の科名標榜や講座設立は未だに達成されていない。それどころか, 最近になって, 医学部教職員の定員削減の方針が出され, 大学医学部における精神医学の講義数も削減され始め, 児童青年精神医学の講義も削減されようとしている。

しかし, 近年わが国では, 小児虐待の増加, 多動性障害への関心の高まり, 学級崩壊や学習や学力の障害, いじめ・校内暴力などの学校での精神医学的問題, 青少年によるまたは青少年が被害者のさまざまな事件の発生などが増加している。このため, 児童青年精神科医のいる病院・クリニックなどを受診する子どもが増加している。児童相談所や児童青年期の精神医学的問題に関する各種相談機関への相談例も増加しており, これらの相談機関から精神科医を紹介されて受診する子どもも増加している。また, 幼児期からの育成や青少年の精神心理的問題の予防・治療の重要性が認識され, 児童青年精神医学やその近接領域の専門家へのニーズが高まっている。しかし, 児童青年精神医学の専門医の数はこれらのニーズに応えるにはあまりにも不足しているのである。先端医療や高齢者医療に比して, 小児科領域の医療ではマンパワーが不足し, 医療費などの医療経済的にも抑制され

すぎである。

これ以上, 大学医学部の児童青年精神医学教育の削減を傍観できない。児童青年精神医学教育を充実させ, 児童青年精神医学の専門家を増やさねばならない。このためには, 大学医学部での児童青年精神医学の教育の実態を調査し, 児童青年精神医学の必要性をも調査し, 関係省庁や機関は勿論のこと, 社会や報道機関にもアピールする必要があると考えた。

#### II. 調査方法

大学医学部や医科大学における児童青年精神医学の卒前教育の実態と卒後研修などへの要望や今後の予測, 教育上の問題点などを早急に調べる必要がある。このため, 全国の医学部を持つ大学・医科大学80校の精神科・小児科の教育担当者(主に教授)に本学会の教育に関する委員会としてアンケート調査用紙を発送し, 実態の報告と意見を求めた(調査は平成12年5月から7月に行った)。今回のアンケート調査では1984年の林, 山崎, 牧田らの東海大学医学部精神科のアンケート調査を中心に, 他の調査との比較・検討を実施した。

#### III. 調査結果

精神科・精神神経科からは74校(91.4%), 小児科からも71校(87.7%)の回答が得られた。内訳は, 国立大学医学部・医科大学40校(旧設大学; 22校29.7%, 新設大学; 18校, 24.3%), 公立・特殊医科大学・大学医学部9校12.2%, 私立大学医学部・医科大学25校33.8%(旧設: 12校, 16.2%, 新設: 13校, 17.6%)であった。

##### A 精神科・精神神経科からの回答

##### 1. 精神科の講義回数(コマ数—1コマ90分)

精神医学の講義のコマ数には大きな差が見られた。最も少ないのは11コマ(16.5時間)であり, 最も多かったのは45コマ(67.5時間)であった。21コマ(31.5時間)から35コマ(52.5時間)が多く, 26校(35.1%)であった。対象の全医学部の平均は28.9コマ(43.4時間)であり,

新設の国立医科大学・大学医学部で少なく、新設私立大学と大都市の国公立大学医学部・医科大学で多い傾向が見られた。

## 2. 児童青年精神医学の講義数（コマ数）

精神医学の講義数の減少に比して、児童青年精神医学の講義はほとんど減少してはいなかった。というよりは、もともと少なく、これ以上減らせないのが実情のようである。児童青年精神医学に関する講義数（コマ数）は、1から3コマが最も多く、56校（75.6%）であった。平均は2.49コマ（3.7時間）であり、最も多かったのは9コマ（13.5時間）であった。しかし、1コマ以下の医学部精神科は20校、2コマが20校で、2コマ以下が40校と54.1%であった。5コマ以上のコマ数の多い大学は7校（9.4%）であり、4コマ以上の大学でも11校（14.9%）であり、首都圏、近畿地方の医学部に多く、その他では人口の多い地方の中核都市の大学医学部で比較的多かった。新設の国立大学・医科大学では少ない傾向がみられた。児童青年精神医学を講義できる常勤・非常勤の専門教員を置くことができている医学部ではコマ数が多いが、いない場合には明らかにコマ数が少なかった。

多くの大学では、診断学1コマ、各論1コマの計2コマが多く、3コマの場合には各論が2コマで、児童精神医学1コマ、青年精神医学1コマであったが、診断学と各論を合わせているところも多かった。児童青年の精神発達や治療について触れている大学は少なく、とくに治療については触れる時間がなく、実習で児童・青年期の患者を診察できないばかりか、児童・思春期に接する機会がないことが問題である。

## 3. 児童青年精神医学の教育スタッフ

常勤の精神科医が児童青年精神医学の教育にあたっている医学部精神科は54校（73.0%）あったが、19校（25.7%）には常勤医はいなかった。常勤医が1人の医学部精神科は35校（47.3%）であり、2人以上の医学部精神科は19校（25.7%）であった。非常勤の児童青年精神医学の教員は33校（44.6%）であり、58人であった。

回答をしてくれた大学医学部の精神科全体で、児童青年精神医学の専門医が教員をしていたのは、常勤と非常勤とを合わせて129人であった。

## 4. 児童青年精神医学の講義の内容

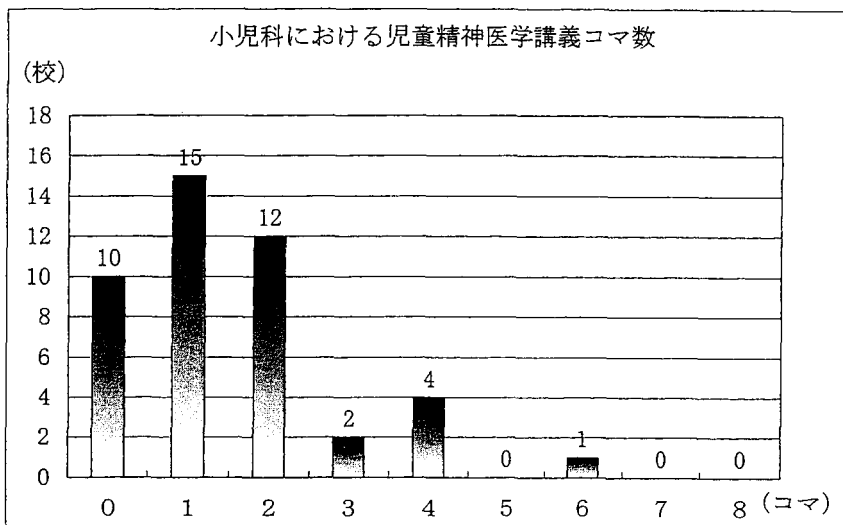
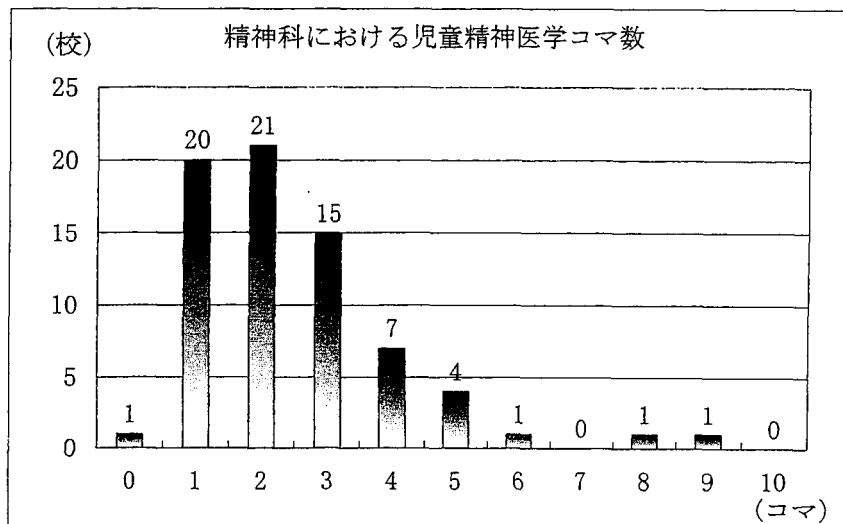
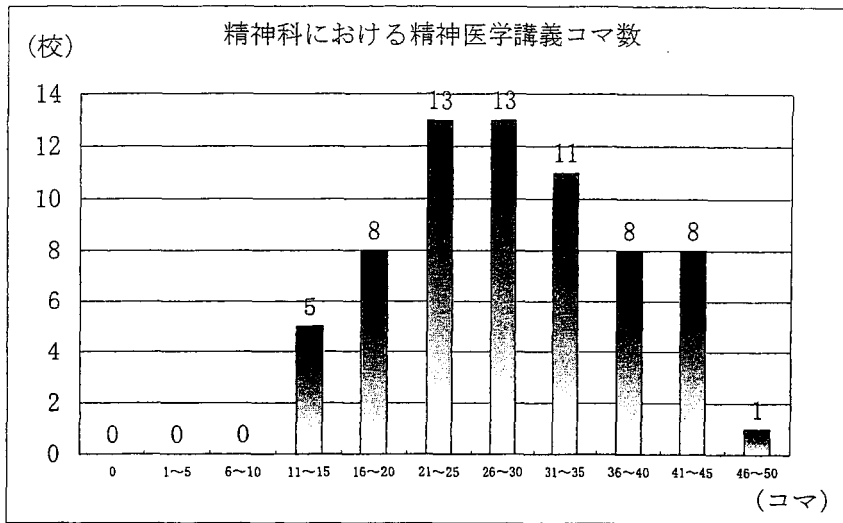
平均約2.5コマ（約3.75時間）の講義で、自閉症、多動性障害などの発達障害から、夜尿症、チック・トゥレット障害、不登校、神経性食欲不振症、対人恐怖症、青年期の分裂病・うつ病までを講義しており、それぞれの疾患について触れられる時間に大きな制約があった。自閉症・多動性障害、神経性食欲不振症などは1校を除いたすべての精神科で講義していたが、小児科と重複する、夜尿症、チック、小児虐待などに触れられない場合がまれではなかった。学校精神保健ないし学校メンタルヘルスについては、触れていない医学部精神科の方が48校（64.9%）と多かった。また、子どもの精神発達、患児とのコミュニケーションのとり方や治療法について触れている精神科はまれであった。しかし、極めて少数ながら、周産期や乳幼児期の精神医学を講義している医学部もあった。反面、発達障害にもほとんど触れていない医学部もあることは問題である。

今回は、実習についての質問は避けたが、実習で児童青年期の患者に接する機会がなく、実習に困っている大学が多かった。実習を近くの小児科の児童青年精神医学の専門病院や施設に依頼している精神科が数校あったが、地域に児童青年精神医学の専門病院や施設がなく、時間的余裕もなく、実習依頼もできない医学部が多かった。

## B 小児科からの回答

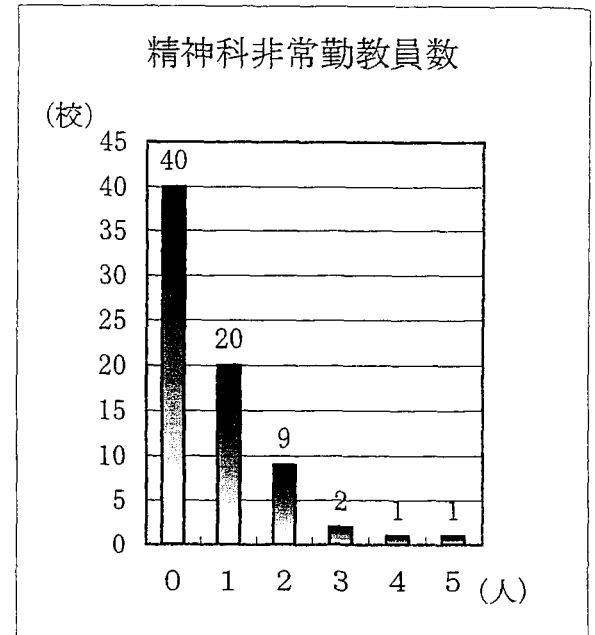
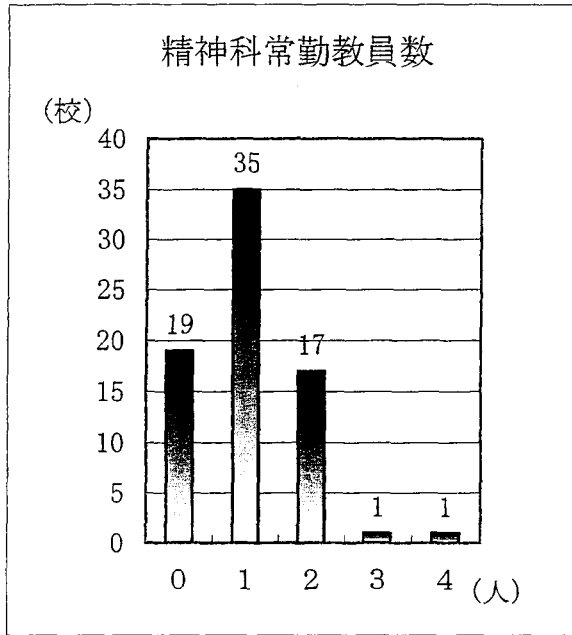
### 1. 児童精神医学の講義数（コマ数）

小児科の講義のコマ数も削減されてきている。児童精神医学についての講義は1コマが15校（21.1%）、2コマが12校（16.9%）であり、平均では1.47コマであった。講義の内容は大学によってかなり差があったが、自閉症、多動性障害、夜尿症、チック、不登校、神経性食欲不振症、小児虐待などが中心であり、精神

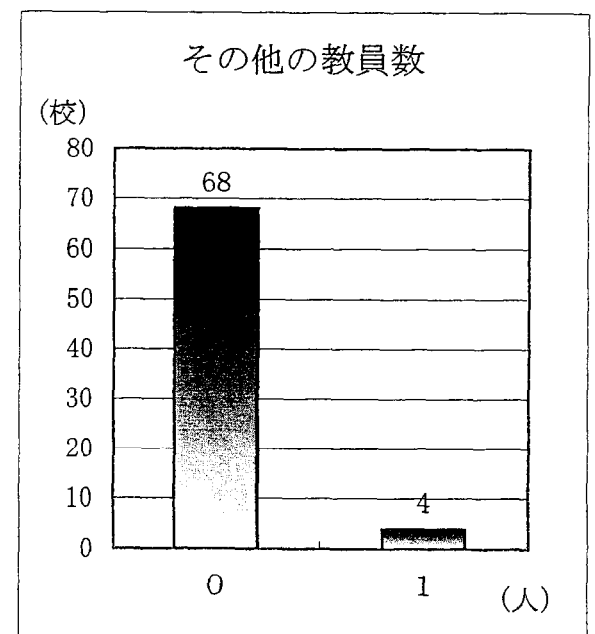
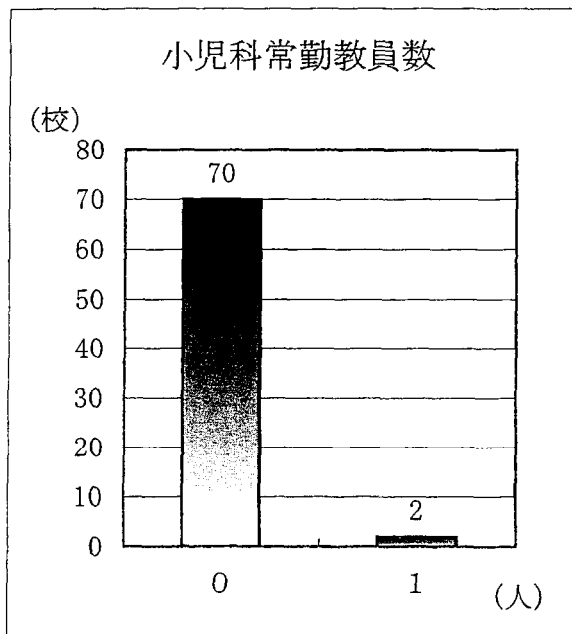




精神科



精神科



科と重複していた。しかし、講義の内容やアプローチの仕方には差があると述べていた回答が多く、神経学など生物学的な傾向が強い印象を受けた。児童青年精神医学の講義のない(0コマ)小児科が10校(14.1%)あった。多くは精神科にまかせていたが、必ずしも連携がうまくとれていない場合も少なくなかった。

## 2. 小児科での児童精神医学の講師

児童青年精神医学を専門として教育している常勤小児科教員のいる医学部小児科は23校(32.4%)で、17校(23.9%)には常勤で児童精神医学を教育している教員がいなかった。医学部小児科で精神科医が常勤教員になって教育していた小児科は4校(5.6%)であり、2校(2.8%)で精神科医が非常勤教員になって教育していた。しかし、双方を合わせても、児童精神医学を教育する児童青年精神医学を専門とする精神科医は6校(8.5%)にしかなかった。その他に、児童青年精神科が小児科での教育を兼担していた2校を含めても、合計で8校(11.3%)であった。多くは、小児科の中で児童青年精神医学に関連がある疾患を中心に小児科教員が教育しており、講義の内容にはかなり差が目立つと回答していた。

## 3. 大学医学部卒前・卒後の児童青年精神医学の教育と医療・研究などについての意見・問題点や要望

これらについては、下記のような意見・問題点の指摘や要望があった(複数回答)。

A 診療報酬が少なすぎる。低すぎる(上げる必要がある)。

1. 診療報酬が労力に見合わない(労力に比して低すぎる)。
2. 診療効率が悪すぎる。診療に時間がかかりすぎる。
3. 診れば診るほど赤字になるのでは困る。
4. 専門病棟を運営できない。入院ベットを確保できない。
5. 子ども専門の精神科クリニックが運営できない。医療保険では運営できない。

B 児童青年精神医学講座を作るか、児童青年

精神科名標榜ができなければ発展はない。

1. 医学部に児童青年精神医学の講座がない。少なすぎる。
  2. 厚生省に科名標榜を認めるようにもっと積極的に働きかけるべきだ。
- C 卒後研修が満足にできない現状である。
1. 卒後研修のできる施設・場所が地域にない。少なすぎる。
  2. 卒後研修のプログラムもない。大学医学部では卒後研修ができない。
  3. 指導できる児童青年精神医学の専門医がい少ない。少ない。少なすぎる。
  4. 一般の精神科医で児童青年精神医学を指導できる教官・スタッフが少ない。
  5. 指導教員に児童青年精神医学についての知識・治療などの技量が十分でない。
  6. 児童青年精神医学の専門医が少なすぎる。
  7. 児童青年精神医学専門医育成のシステムの不備と予算不足。

8. 関連領域のマンパワー(臨床心理士、言語療法士など)も不足している。
9. 複数の大学医学部の連携が必要。一大学では効率的に研修できない。

D 研修・研修後のポストの不足。

1. 研修後勤務できる病院や施設がない。
2. 研修後、常勤で診療・教育に当たれるポストが大学医学部にない。
3. 研修や研修後勤務できる施設、関連領域のポストが必要である。
4. 地域の児童・青年のメンタルヘルスに関連した機関(児童相談所など)に児童青年精神医学の専門医を置けるようにすべきである(そうする努力が欠けている)。
5. 毎年、児童青年精神医学を希望する学生がいるが、教育・研修の場がない。
6. 最近、児童青年精神医学に関心のある学生は増えているが、現状では勧められない(研修の場がないし、ポストもない。生活が成り立たない。など)。

E 大学医学部の精神科講義の減少。

1. 精神科講義のコマ数が大幅に削減され、児

童青年精神医学にまわせるコマ数がない。増やせない。

2. 児童青年精神医学の診療や治療ばかりでなく、早期に障害を発見し、対応するのに必要な知識を教える時間がない。足りない。

#### F 連携・啓蒙

1. 小児科との連携もうまくいっていない。もっと連携を深めるべきである。

2. 小児心療科などの設置も考えるべきである。

3. これだけ青少年の問題が多発している時期に、もっと児童青年精神医学の必要性についてのアピールをすべきだ。

4. 診療・連携の体制づくりに努力・啓蒙が必要である。

5. 児童相談所・教育相談所などとの連携を(もっと)深める必要がある。

6. 学校保健医・校医など、学校との連携を深められる役割をもつべきだ。

#### G 研究に関する問題

1. 実験・調査しにくく、データが集めにくい。このため、研究成果があげられない。

2. 生物学的な研究が少なく、実験・研究ができない。限界がある。

3. 児童青年精神医学領域の研究が大学医学部になじまない。

4. インパクトファクターが低く、研究実績が上がりにくい。

5. 大学医学部では出世できないし、大学に残れない。専任の教職員になれない。

6. 研究成果を上げたり、専門医育成に時間がかかりすぎる。

7. 受診者が少なく、研究対象にならない。

#### H 治療に関して

1. 治療にエネルギーがかかりすぎる。苦勞が多すぎる。責任も重い。

2. 治療法が確立していない。

3. 苦勞の割に治り難く、発達障害などの治療は敬遠されやすい。

4. ことばを使わずに、治療的コミュニケーションをとることが下手である。

5. 行動上の問題に的確に対応できる知識・技

能がない。

6. 入院させたいが、適当な病院がなく、それに代わるシステムもない。

7. 行動化など、対応が難しい問題が多すぎる。

8. 小児科医が児童青年精神医学的問題を治療するのは難しい。時間もない。行動化に対処できない。

9. 親や学校側などの関連領域との対応・連携が大変(面倒)。時間が取れない。

#### I その他

1. これだけ子どもの精神医学的問題が多発しているのに、社会的に注目されているのに、診療や対策に児童青年精神医学の専門医の意見が反映されない。

2. 日本の医学会・精神科医学会が児童青年精神医学や発達障害児に関心が乏しい。特殊領域と見なされている。

3. 児童精神医学会の時代に、発達障害以外の領域を軽視しすぎた。発達障害に重点を置き過ぎた。

4. 登校拒否の治療など、学校側や親との連携が必要な精神医学的問題で、信用をなくした。学校側と連携をとりたくとも、協力が得られなかった(非難されることを嫌うなど)。

5. 一般の人々や学校関係者などが、成人中の精神科医と児童青年精神医学の精神科医との違いがわからず、精神科医不信になっている傾向がある。

6. 学校側で協力を求めても、児童青年精神医学の専門医がいない。いても、忙しすぎて、連携が持続しない。

7. 老人医療に比して、小児医療への医療予が少なすぎる。診れば診るほど、赤字になる

8. まだ、親が精神科を受診したがらず、児精神科も精神科と同じに考えている者が多い子どもも精神科受診を嫌がる。

9. 少子化の影響で小児科受診患者数が減って児童精神科の受診者がいない。

10. 子どもの育児・メンタルヘルスに児童青年精神医学の専門医が影響を与えることができ

いない。影響力をもてない。  
などにまとめられた（重複回答）。

#### IV. 考察

##### 1. 大学医学部・医科大学における児童青年精神医学卒前教育

大学医学部・医科大学における精神医学に関する講義・実習時間が減っていることは周知の事実ではあったが、この数年で予想以上に減少していた。1983年の西園の調査では、講義時間が24コマ（36時間）以下の医学部は4.2%にすぎず、41コマ（61時間）以上が60%であったのに比して、今回の調査では、25コマ（37.5時間）以下が35.1%と8倍に増え、41コマ（61時間）以上が12.2%と約1/5に減っていた。

この講義時間数の減少は精神科に限ったことではなく、内科以外はかなりの減少が見られ、小児科もかなり減っていた。

児童青年精神医学の講義時間（コマ数）も減っており、元来少ないコマ数がさらに減っていた。1コマしかない医学部が20校（27.0%）で、3コマ以下の医学部が57校（77.0%）であったが、大部分が児童青年精神医学の専門医が教授、助教授か講師がいる医学部であった。内容的には、診断学で1回、各論で1～2回の講義であり、発達障害と児童青年精神医学の主だった障害に触れていた。しかし、3コマで発達障害から神経性食欲不振症や思春期のうつ病、精神分裂病まで講義することは困難であり、単に診断基準を中心に診断・治療の要点に触れるだけにとどまり、いかにどの教育効果があるかは疑問であり、精神科以外の診療科のフレッシュマンの多くは習ったことは覚えていても、その内容についてはほとんど記憶していないことは小児科医やリエゾンサービスで受け持ち医になっていた精神科以外の若手医師に聞いてみると明らかである。

子どもの精神発達やメンタルヘルスについてまで触れている時間がないのが現状であった。このため、成人患者の子ども時代や青年の患者の精神医学的問題についてなどの診察時には聞

いておいて欲しい情報や入院生活や闘病生活に必要な情報などの収集の仕方を教育してはず、これらの情報についての情報収集がされていないことが多かった。また、精神科のフレッシュマンでさえも、発病前の精神発達や精神医学的問題についての情報収集が出来ていないのが現実であり、臨床的に大きな問題である。

とくに問題なのは、児童青年精神医学に関する実習時間のないことであり、実習を行っている場合でも、見学に近い、児童青年期の患者の面接・診療を行っている医学部はごく限られており、実習の目的を果たしているとは思われない。とくに、思春期・青年期の入院患者はもちろんのこと、外来でも精神医学的問題をもった児童青年期の患者の診察にも立ち会っていないのが実状のようである。

精神医学に関する講義・実習時間の減少の原因は複雑であり、簡単には断定できない。精神科や精神医学に関する講義時間の減少は医学部の講義時間そのものが減少していることと関連しており、医学部での講義すべき内容が拡大し、専門化・細分化していることが原因の一つである。国立大学の医学部で著明であることから、文部科学省の方針であり、医学部の教員数削減や医学部の統合によるなどによる削減の方針と関連している可能性が高い。

児童青年精神医学の講義・実習については、予想以上に減少していたが、講義時間数そのものが減少している医学部は少なかった。しかし、講義すべき内容は増えており、一疾患・障害当たりの講義時間は減っており、講義する内容を削減ないし制限している医学部も少なくなかった。

実習に関しては、実習とは言いがたい内容の医学部が多く、見学したにすぎないものが圧倒的に多く、実習したくとも、児童青年精神医学の実習の対象となる症例がない医学部も少なからずあった。とくに、児童期の精神医学的問題をもった子どもを診たことも、見たこともないことが多いことは非常に問題である。

このような実態は、児童青年精神医学の専門

の教員の不足とも関連しており、定員数の関係から専門教員を確保できず、比較的児童青年精神医学に詳しい教員が児童青年精神医学の講義を担当したり、外部の専門医に兼任講師として講義をしてもらっていた医学部が多かった。児童青年精神医学の講義のコマ数からみても、常勤・非常勤の児童青年精神医学専門の教育スタッフを確保できている医学部とそうでない医学部とで児童青年精神医学のコマ数に明らかに差が見られ、児童青年精神医学の専門教育スタッフを置かなければ、ますます児童青年精神医学が軽視されるのではないかとの危惧をもった。

以上、最近の大学医学部・医科大学における児童青年精神医学に関する卒前教育の実態などについてアンケート調査を用いて調査・検討した。精神科も小児科も講義・実習の時間はこの数年でかなり大幅に削減されていた。児童青年精神医学についての講義時間はやや減少していたが、実習に関しては教育の場やチャンスがない実態が示された。逆に言えば、もうこれ以上削減できない時間数しか確保できていず、教育の内容は最低限であり、十分に児童青年精神医学に触れている時間は確保されていなかった。とくに、実習や治療については触れている医学部はまれであり、医師国家試験に合格しても、プライマリーケアでの診断に必要な児童青年精神医学の知識も不足しており、治療法についての知識は全く欠如しているに近い現状が推察された。精神科医としての卒後研修も同様であり、きちんとした卒後教育プログラムをもっている精神科は例外的であり、もっていても実行しにくくなっている現況になりつつあることが推察された。1984年の第25回本学会（京都）の児童青年精神医学に関するシンポジウムで発表・検討された当時と比較して、かえって児童青年精神医学に関しての講義時間が減り、実習がより困難になっていることが大問題である。

今回は調査しなかったが、児童青年精神医学の専門教員の高齢化も問題の一つとして浮かび上がってきた。児童青年精神医学の専門医である教員が定年退職すると、補充されず、児童青

年精神医学の専門医がいなくなってしまうことである。もし、補充が可能でも、児童青年精神医学の専門医が補充されることはまれであった。牧田が報告したように、主任教授や児童青年精神医学の専門教員が変わると、精神科の講義に大きな変更があり、児童青年精神医学の講義数が減ったり、内容が変わることが少なくない。児童青年精神医学の専門教員の育成も重要な課題である。若い中堅の児童青年精神医学の専門教員が少なく、専門教員になりうる条件を満たすだけの研究実績・インパクトファクターのある若手の精神科医も少ないことが問題である。

研究実績優先の教員採用基準を満たす若手精神科医は生物学的研究を主体に行っていることが多く、これらの研究を行いにくい児童青年精神医学の若手の精神科医には極めて不利である。児童青年精神医学の精神科医で、もし採用条件を満たそうとすると、外国へ留学して、論文での論文を数多く発表しなくてはならない。国内においては、臨床が忙しすぎて、臨床研究みで教員採用基準に達することのできる児童青年精神医学の若手の精神科医は例外的であり多くは教職員として採用してもらいたくとも用にならない事態が明らかになったと言える。

## 2. 小児科医からの回答と要望

小児科も同様であり、精神科よりも広い分の教育をしなければならないが、教員数と講義時間は削減され、児童青年精神医学以外の領域でも、外部の専門医（多くは他大学の教員か教員）や非常勤講師などに講義を依頼している。児童青年精神医学を教育できる教員は限られおり、神経系か先天性疾患が専門の教員が触れているが、内容的には児童青年精神医学が専門の精神科医の教える場合よりも浅く、精神病や精神力動、精神分析学的理解については触る余裕がない。また、小児科と精神科の教育についての連携も不十分で、同じ障害や疾患について異なった内容の講義が行われていることまれではなかった。しかし、医師国家試験の

イドラインには新生児から思春期までの子どもの精神医学的問題がのっており、小児科医が教育しなければならない。精神科との連携を持ちたくとも、時間的に余裕がなく、児童青年精神医学の専門医も少なく、連携がうまく取れている大学医学部の小児科は例外的に近い。といって、児童・思春期の精神医学的問題に対応できる医師がいても、小児科医だけでは対処しきれない問題の発生は避けられないが、それに対応するには専門的知識・技能が不足し、急に成人中心の精神科と連携しても、期待したような対応をしてもらえないという不満が多い。これらの問題で連携をもてる児童青年精神医学の専門医が少なすぎるし、専門医も忙しすぎてタイミング良く支援をできないことが少なくない。

小児科も医療経済的には赤字部門であり、民間・公立病院の小児科でさえ夜間の救急体制を維持できなくなりつつあるといった大きな問題を抱えている。小児科医は過重労働を強いられているが、対応できるだけのマンパワーを確保できず、大学医学部でさえ教職員の補充が困難になっている。また、小児科医で児童青年精神医学に関心があっても、教育する専門医が極端に少なく、研修する場がない。小児科で開業しても、児童青年精神医学を専門にして運営したくとも、経営的にやっていけない悩みが訴えられていた。

### 3. 卒後教育と研修、専門医としての生活などの要望

卒後教育については、今回は調査できなかったが、意見・要望の欄に書かれた内容からは、卒前教育以上に問題が多いようである。医学部付属の病院で卒後教育がきちんとされていると言えるところは数校であり、卒後の児童青年精神医学教育のプログラムをもち、研修医の要望に応じられているといえる医学部付属病院はまれであった。大学病院以外の関連病院などを含めても、卒後研修を行えている大学医学部も数校であり、実態は見学に近いものであった。その原因の最も重大なものは、医学部で児童青年

期の患者を入院させることのできる病床・ベットをもっているところがないことである。次いで、研修に応じられるだけの教員がいない、いたとしても外来の診療などに追われ、研修に応じられる時間がないことが挙げられ、症例検討でさえなかなか時間を割けないことも少なくない。地方の大学の中には、児童期の患者がいない、研修できないとの回答もあった。また、専門医の人数が少ないと研修がマンネリ化し、効果が得られにくくなりやすく、研修とは言いにくいとの答えも見られた。研修医の方からは、医学部に残れず、(時間的にも、テーマ的にも)研究ができない、出来ても時間が掛かりすぎる、研修を終わっても、適当なポストや就職口がなく、折角の研修を生かせる場所がないなどの不満が多く、国内留学的に、研修可能な病院へ特別に出向させてもらうしか方法はないなど、大学医学部での児童青年精神医学の研修システムやプログラムのなさが大きな問題であった。

### V. まとめ

1990年の教育に関する委員会の中間報告(若林ら)では、欧米の卒後教育プログラムを参考にして検討したが、その後の望ましい教育についての結論は出せていない。児童青年精神医学の講座が認められている欧米での卒前・卒後の研修制度は、児童青年精神医学の科名標榜や講座が認められていないわが国では未だに夢であり、導入は困難である。是非とも夢を現実にしていただきたい。

このためには、児童青年精神医学の専門医としての生活の保障が不可欠である。大学病院や専門病院・施設での勤務ができるだけの収入が必要であるが、診療すればするほど赤字になるような診療報酬では、専門医の教育・養成は困難である。少なくとも、子どもの児童青年精神医学専門のクリニックを運営できるだけの診療報酬が確保できなければ、専門医は養成出来ない。小児科クリニックでさえ運営が難しくなっている現状を改善する必要がある。この国の将来を担う子どもが希望をもって生きられ、努力

をすれば目標を手に入れられるようにしてあげたい。子どもは、「努力をしても、それなりの生活を保障されない。こんな国にしたのは大人(とくに自分たちの祖父母の世代)たちが自分たちの利益ばかりを優先し、問題を先送りしたからだ」と叫んでいる実態を知って欲しい。子どもたちをもっと健全に、将来に希望をもてるようにするには、子どもたちへの教育だけでなく、子どもの育成にも、医療にも投資が欠かせない。

文 献

- 林雅次, 山崎晃資, 牧田清志(1985): シンポジウム: 児童青年精神医学教育, 児童青年精神医学教育の現況—全国アンケート調査から—, 児精医誌, 26, 122-128.
- 黒丸正四郎(1992): 精神医学教育, 主として児童精神医学について, 精神経誌, 64, 975-978.
- 牧田清志 (1980): 児童精神医学の卒後教育, 児精医誌, 21, 79-94.
- 大井正己(1980): 大学病院における児童精神科医臨床精神医学, 9, 303-310.
- 西園昌久(1983): わが国の精神医学教育の現況, 臨床精神医学, 12, 137-146.
- 西園昌久 (1984): 日本における卒前精神医学教育の現状と問題点, 精神経誌, 86, 380-385.
- シンポジウム“精神医学教育”, 精神経誌, 64, 426-430.
- 特集(1976): 精神科卒後教育の現状と展望, 臨床精神医学, 5, 1479-1615.
- 特集(1983): 精神医学の卒前教育, 臨床精神医学, 12, 137-203.
- 特集(1984): 精神科卒後教育の現状と問題点, 臨床精神医学, 13, 767-843.
- 若林慎一郎(1990): 教育に関する委員会の中間報告, 児精医誌, 31, 237-243.
- 山崎晃資 (1979): Royal Children's Hospital (Melbourne) 精神科と児童精神科医の養成について, 臨床精神医学, 8, 103-108.