

未 定 稿

子どもの心の診療医の養成について
意見の中間とりまとめ（案）

I. 子どもの心の診療の現状

1. 子どもの心の診療医の養成が検討されなければならない社会的背景

少子化・家族形態の変化・高度情報化など、子どもやその家族を取り巻く環境が急速に変化してきている。その中で、不登校、いじめ、学級崩壊、虐待、自殺、拒食、家庭内暴力、薬物依存、少年犯罪といった諸問題が取り上げられているが、この中で、いわゆる「子どもの心の問題」が社会の注目を集めるようになってきたという背景がある。特に、子ども虐待の増加と発達障害児の増加は著しいとの指摘があり、一般社会からのみならず、福祉、教育、保健、司法などの他の専門分野からも子どもの心の診療ができる医師へのニーズが高まってきている。また、「育てにくい」と保護者が感じている子どもの増加といったことも指摘されている。

一方、子どもの心の診療に関しては、その診断および治療に関する研究が進んできており、早期の診断が可能になり、その診断に基づく精神療法・家族療法・薬物療法などが行なえるようになってきている。

このように、社会的ニーズが増加し、それに答える専門性が少しずつ進歩してきているにもかかわらず、子どもの心の診療をすることができる医師の養成が遅れているために社会的ニーズに追いつけない状態であり、子どもの心の診療医の養成が急務となっている。以下にその実態について検討する。

(1) 社会の変化の中でのニーズの増加

近年、発達障害や虐待の問題等が増加し、それらに対応できる子どもの心の診療を行う医師の不足が大きな問題となっている。また、子どもの診療を行っている現場でも、受診する子どもが増加し、社会的ニーズの増加が明らかとなっている。その背景として、以下のような要因があると考えられる。

1) 子どもの心の問題の表面化・増加

子どもの心の問題がさまざまな形で表面化したり、増加したりしており、その一例に不登校(資料1(文部科学省))やひきこもり(資料2(ご意見をいただく))がある。精神医学的診断ではなく症候概念にすぎないこの不登校やひきこもりにおいても、登校できなくなる原因としての不安・恐怖関連疾患、あるいはいじめ被害等によるトラウマ関連疾患、不登校状態が二次的に引き起こしたうつ病関連疾患、さらには不登校が精神病性疾患の前駆症状ないし初期症状である場合など、精神医学的治療が必要となるケースが少なからず存在する。またそれ以外にも、摂食障害の増加および低年齢化(資料3(調査中))、高機能広汎性発達障害(資料4(梅ヶ丘))や注意欠陥多動性障害の増加(資料5(梅ヶ丘))、などの指摘もある。

2) 症状の変化

精神的問題で受診する子どもの症状は、かつては不登校、抑うつや不安、強迫などの症状が主体であったが、最近はそれらに加えて、発達障害や養育の問題などから、多動や暴力などの問題行動を示す子どもの受診が増加してきている(資料6(国府台)(梅ヶ丘))。そのため、早期の解決や心の診療を基にした学校などへのコンサルテーションが求められている。

3) 家族機能の低下に伴う問題の表面化・増加

家族機能の問題の増加や表面化を表す指標として子ども虐待がある。児童相談所が受けた児童虐待相談処理件数の増加は続いており(資料7(虐待対策室))、10年前の児童虐待防止法が施行される直前の平成8年度に比べ平成16年度において約3倍に増加している。虐待を受けた子どもの精神医学的問題については以前より指摘されており(資料8(奥山委員、杉山委員?))、そのよう

な子どもの心の診療はもとより、親子関係改善への医学的支援が求められている。

4) 人格形成の問題を持った青年の増加

近年、青年期的人格形成上の問題が注目されてきており、自傷行為、青年期のひきこもり、家庭内暴力などの問題の背景に人格形成に重要な発達歴や環境要因の関与が示唆される場合が多く、低年齢からの心の診療による予防的効果に関心が寄せられるようになった。

5) 低年齢児の問題行動の増加

保育園・幼稚園などで、種々の心の問題を持った子どもが増加しているという指摘がなされている。

(2) ニードに応えられない現状

1) 受診の待ち時間の問題

現在、子どもの心の診療のために専門医を受診するためには、緊急対応が必要な場合を除くと数か月以上の待機期間を要することが通常となっている（資料9（委員にご相談））。子どもの心の診療には身体の診療に比べて時間がかかるが、専門医が不足しているためにニードに追いつけずに初診時の待ち時間が長くなっている。

2) 専門医療機関のない地域も多い

子どもの心の専門医や入院医療の機能を持っている専門機関が存在する地域は限られており、専門医がいない地域も少なくなく、大きな地域差が生じている（資料10（全児研、齋藤委員））。

3) トレーニングシステムが確立されていない

子どもの心の診療医を育てるトレーニングシステムが確立されていないため、診療の内容に個人差が大きくなっている。他方、受診する患者やその親にはそれが認知されていない。

2. 子どもの心の診療医を養成する意義

子どもの心の診療により早期から心の問題への治療が行えるようにすることで、子ども自身及び家族の生活の質が向上することはもとより、成人になってからの問題を予防することができることも大きな意義である。例えば、成人の人格障害、摂食障害、物質依存などの精神障害や反社会的行為にいたる人の中には過去に虐待などの養育環境の問題を持って育った人が多いという指摘もある。養育環境の問題との関連が見いだされており、将来の精神障害や反社会的行為を予防する意味でも、年少期からの心の診療が求められている。それらの予防は社会的コストの軽減にもつながるものである。また、発達障害に関しても早期に発見して早期に介入することで、二次的な問題を予防することができ、発達障害をもった人々が社会参加をする率が高くなることが予測される。

3. 対象となる子どもの心の問題

心の問題で受診する子どもの主訴となる症候及びICD-10に基づく対象となる子どもの診断名を別紙1に列挙した。

4. 子どもの心の診療の特徴

(1) 子どもの特徴

子どもの心の診療を行うためには、成人と異なる特徴に留意しなければならない。以下は子ども

もの心の診療を行う上で考えておかなければならない子どもの特徴である。

1) 自分から訴えることが少ない

周囲が子どもの問題を発見しなければ、子どもから訴えることは少ない。子どもの心の診療では早期発見が大切であるが、それができるように一般の医師が子どもの心の問題を発見して受診をすすめる知識を持つ必要がある。

2) 環境に依存的でその影響を受けやすい

子どもは環境に依存している存在である。そのため環境の影響を受けやすい。従って、子どもの心の診療を行う上では、親・家族へのガイダンスや治療を行う必要が生じたりすることはもちろん、学校・地域などとも関わる必要がある。

3) 心身が未分化である

子どもは心身が未分化であり、心の問題が身体の症状となって出現したり、身体の問題から心の問題が起きることがある。従って、心身を総合的に診察する視点が求められる。

4) 成長・発達の途上にある

子どもは成長・発達の途上にある。従って、対応することで変化が期待できるが、他方、心の問題が成長・発達をも阻害することがあり、早期に治療や環境調整を行わなければ、長期予後が悪くなる可能性がある。

5) 非言語的アプローチが必要である

子どもの表現能力には限界がある。成人では自分の症状や感情を表現でき、言語的な治療が可能であるが、子どもの場合には非言語的なアプローチが必要であり、また、家族や学校など、周囲の人々からの情報が重要になる。

6) 可塑性が高い

子どもには可塑性が高く、早期に問題を発見して介入することで変化が期待できる。

(2) 子どもの心の診療に必要な特別な知識や技能

上記のような子どもの特徴により、子どもの心の診療を行うには成人とは異なり、以下のような知識や技能や時間が必要となる。

1) 非言語的アプローチのための技能と時間が必要

子どもの問題への的確な見立てや治療のためには、非言語的手法が欠かせない。年齢に応じた非言語的手法を行うための技能が必要である。また、言語的な会話に比べて、非言語的アプローチには多くの時間が必要となる。

2) 子どもの発達に関する知識とそれに応じた技能が必要

子どもの心の診療を行うためには、子どもの発達に関する知識が必要である。大人では精神障害の典型的な症状と捉えられるものでも、発達の段階によっては当たり前に存在することもある。また、乳幼児期の子どもの精神発達に関して、的確に判断して発達の遅れや偏りを把握し、子どもへの治療や親子治療を通して、精神発達を促進させたり、良い方向へ発達を向かわせる技能も必要となる。さらに、思春期心性の理解も必要となり、治療・援助に抵抗する子どもたちへの特有の治療技能が必要となることもある。その診療のための重要な手段として、発達を評価する心理検査に関する知識も欠かせないものである。

3) 家族への説明、ガイダンス、および診断と治療の技能と時間が必要

子どもは家族に依存しており、家族の強い影響を受ける。従って、家族への説明やガイダンスはもとより、家族全体を対象とする治療が必要になることも少なくない。それらを行う知識や技能が求められる。子どもへの直接の治療と平行して家族へのガイダンスや治療が必要となるため、時間もかかる。

4) 多職種でのチーム医療を行なう技能が必要となる

子どもの心の診療を行うためには医師のみでは困難であることが多い。看護師、精神保健福祉士、ソーシャルワーカー、作業療法士、言語療法士、理学療法士、臨床心理技術者、ソーシャルワーカー、院内学級の教師、などとの連携の下にチーム医療を行う必要がある。

5) 保健・福祉・教育・司法などとの多様な連携のための技能と時間が必要

家族以外にも子どもを取りまくシステムである学校や福祉との連携が必要となる。連携に費やされる時間はもとより、連携を行うための技能が必要となる。

Ⅱ. 子どもの心の診療医の養成の現状

* 別紙2 参照

1. 卒前教育（医学部教育）

現状としては、卒前教育において子どもの心の診療に関する講義時間数は、精神科で1-3コマ、小児科で0-3コマ（1コマは1.5時間）と非常に少ない（資料11（吉村委員資料））。子どもの心の診療について教える教官が非常に少ない。また、実際に子どもの心の診療を行っている大学が少ないため、実習が出来ない状況にある。医師国家試験の出題基準には、「幼児・小児・青年期の精神・心身医学的疾患及び成人の人格並びに行動障害」が含まれており、医学各論の全問題のおよそ1%となっている。具体的には、知的障害、特異的発達障害、広汎性発達障害、多動性障害、行為障害、選択緘黙、不登校、非行、チック障害、吃音（症）、被虐待児症候群、人格障害、習慣及び衝動の障害、性同一障害、性嗜好障害の各項目が含まれている。

2. 卒後研修

（1）新医師臨床研修

臨床研修では、周産・小児・成育医療に関して、以下のような到達目標が定められており、これらを達成するための研修が進められている。（資料12（小児科学会に依頼？））

「周産・小児・成育医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、

- 1) 周産期や小児の各発達段階に応じて適切な医療ができる。
- 2) 周産期や小児の各発達段階に応じて心理社会的側面への配慮ができる。
- 3) 虐待について説明できる。
- 4) 学校、家庭、職場環境に配慮し、地域との連携に参画できる。」

小児科の研修は6か月、7か月という例もあるが、実際には1-2か月のところが多い。

（2）一般専門医教育

1) 日本小児科学会では小児科認定医（現在の専門医）の到達目標に子どもの心の問題に関する研修が含まれている（資料13（別所委員（代理五十嵐委員）資料））が、指導医が不足している。

2) 精神科全体における子どもの心の診療に関する教育に占める割合は小さい（資料14（山内委員資料））。なお、精神保健福祉法に基づく指定医の資格を得るためには、8例のケースレポートの提出が必要であり、うち1例は児童思春期の症例が必要だが、子ども特有の心の問題への対応がこれにより出来ているかどうかは不明である。

3. 生涯教育としての子どもの心の診療に関する研修

生涯教育として子どもの心の基礎的な研修を行っている例としては以下のようなものがある。

（1）小児科医会：子どもの心の研修会 4日間の研修。5年毎の更新（後期研修受講および30単位の研修が必要）（資料15（保科委員資料））

（2）日本精神科病院協会：心の健康づくり対策（思春期精神保健）3日間（資料16（森委員資料））

4. 子どもの心の診療に関する専門的研修（専門レジデント研修）

- (1) ナショナルセンター：国立精神・神経センター国府台病院（資料 17）、国立成育医療センター（資料 18（奥山委員資料））
- (2) 全国児童青年精神科医療施設協議会（児童青年用精神科病棟を持つ病院）：全国 15 か所＋オブザーバー参加 7 か所 19
- (3) 日本小児総合医療施設協議会（小児病院）：子どもの心の診療を行っている病院は 26 か所中 13 か所、入院可能な病院は 9 施設（資料 20（杉山委員資料））
- (4) 子どもの心の診療を独立して行う組織を設けている大学病院：名古屋、信州、千葉、神戸、香川、徳島など 6 か所程度（資料 21（文部科学省））

（なお、（1）と（2）の重複 1 か所、（1）と（3）の重複 1 か所、（2）と（3）の重複 2 か所。）

以上より、専門研修可能な専門診療施設は約 35 か所。そのうちレジデントプログラムを持っている施設は 10 か所程度である。

5. 学会としての専門医制度および研修

現在、関連学会として行っている専門医制度や研修には以下のようなものがある。

- (1) 日本児童青年精神医学会：専門医制度（成人の精神科の研修が必要）があり、現在 100 人程度が専門医を取得している。しかし、到達目標がはっきりしていないという問題がある。（資料 22（牛島委員資料））
- (2) 日本小児神経学会：小児神経科医としての専門医制度はあり、到達目標の中にも発達障害の診療が含まれている。しかし、小児神経学全体の一部であり、主として発達障害への専門的な対応。（資料 23（桃井委員資料））
- (3) 日本小児精神神経学会：現在、教育施設としての認定を考慮中である。毎年の学会ごとに学会主導のプログラムを組み込んでいる。（資料 24（星加委員資料））
- (4) 小児心身症学会：毎年の学術集会において研修プログラムを実施している。（資料 25（富田委員資料））
- (5) 精神神経学会：山内先生が研修手帳に記載されているものを持参される予定

Ⅲ. 子どもの心の診療医の養成のあり方

A. 教育・研修の到達目標

1. 卒前教育（医学部教育）

1) 一般教育目標

- ・子どもの心の問題について配慮する必要性を認識している

2) 個別行動目標

- ・子どもの心の問題の代表的なものの名称と対応の基本を述べることができる
- ・知的障害、広汎性発達障害、注意欠陥／多動性障害の基本症状を述べるができる
- ・習癖、夜尿、チック症状、神経性無食欲症への対応の概要を述べるができる
- ・心身医学的対応とは何をするとかを述べるができる
- ・児童虐待の種類を述べるができる
- ・児童虐待発見時の対応を述べるができる
- ・子どもの臨床を行なう際の子どもと家族への態度が習得できている
- ・どのような疾患においても、子どもの心や家族の心に配慮した問診の取り方やできる
- ・子どもに医療手技を行うときには、子どもや家族の気持ちに配慮した説明や対応ができる

2. 卒後研修

(1) 新医師臨床研修

今後、医師臨床研修制度の見直しが行われる際、すでに実施している内容も含め、子どもの心の問題に関する内容についての具体的な到達目標について検討する。例えば、

1) 一般教育目標

- ・子どもと接するとき心の問題に配慮したり、精神的問題を持った成人と接するときその子どもの状況に配慮する必要性を認識している。

2) 個別行動目標

- ・粗大運動発達と言語発達の遅れの基準を述べるができる
- ・チック障害と小児の睡眠障害の種類、基本症状、初期対応について述べるができる。
- ・起立性調節障害、過敏性腸症候群の基本症状と初期対応について述べるができる
- ・神経性無食欲症の身体治療について述べるができる
- ・児童虐待の通告義務について説明できる
- ・児童虐待を疑う身体所見と行動所見を、それぞれ3個以上述べるができる
- ・子どもの発達歴、家族関係、友人関係について保護者に問診できる

(2) 小児科専門医研修

1) 一般教育目標

- ・子どもの心の問題についての配慮する必要性を認識しており、軽症例への初期対応と中等症以上の例の専門家への適切な紹介ができる

2) 個別行動目標

- ・ 小児の社会性の発達を説明できる
- ・ 発達の偏り、歪みによる症状を述べることができる
- ・ 乳幼児健診で発達の問題を疑い、適切な場へ紹介できる
- ・ 乳幼児健診で育児に関する助言を保護者にすることができる
- ・ 以下の状態・疾患への基本的薬物療法と家族への助言ができる
 - ・ 心理的問題を持たない夜尿・夜驚、一過性チック障害、合併症のない遺糞
- ・ 以下の状態・疾患について家族への助言ができる
 - ・ 習癖、合併症のない不登校
- ・ 慢性身体疾患患児・保護者の不安を聞くことができる
- ・ 反復性の腹痛、頭痛、胸痛、四肢痛について鑑別診断と患児・保護者への説明・助言ができる
- ・ 起立性調節障害、過敏性腸症候群、過換気症候群の基本的薬物療法と生活指導ができる
- ・ 乳幼児の食行動異常（小食、拒食、偏食）についての助言を保護者にできる
- ・ 選択的緘黙、抜毛の診断ができ、適切な場へ紹介できる
- ・ 神経性無食欲症の身体治療ができる
- ・ 身体症状を伴う不登校を身体疾患から鑑別できる
- ・ 児童虐待への初期対応ができる
- ・ 消極的ネグレクトの判断と保護者への助言・指導、関係機関への助言ができる

(3) 精神科専門医研修

1) 一般教育目標

- ・ 精神的問題を持った親の育児に対する配慮ができ、家族機能の向上を図ることができる

2) 個別行動目標

- ・ 子どもの正常発達（言語発達、心理的発達）に関して理解している
- ・ 発達障害の種類、基本症状、成人例の特徴を述べるができる
- ・ 親子関係の問題を認識できる
- ・ 子どもを虐待してしまう親への治療やケアができる
- ・ 妊娠・分娩時の親の精神障害への対応ができる
- ・ 親の精神障害が子どもに及ぼす問題に関して理解している
- ・ 親の向精神薬投与が子どもに及ぼす問題に関して理解している
- ・ 家族の問題を認識し、調整することができる
- ・ 精神障害を持った親への育児指導ができる
- ・ 子どもの発達障害や情緒障害を見逃さない技能を有する
- ・ 概ね 15 歳以上の患者さんの診療ができる
- ・ 概ね 11 歳以上の患者さんの問題に関し治療が必要かどうかの判断ができる
- ・ 10 歳以下の学童期のお子さんに関しての紹介先を知っている

3. 生涯教育としての子どもの心の診療に関する研修

1) 一般教育目標

- ・ 子どもの心の問題について中等症例までの対応と適切な紹介ができる
- ・ 地域における精神保健体制との連携ができる

2) 個別行動目標

- ・ 主な精神発達理論を簡単に説明できる
- ・ 愛着、母子相互作用について簡単に説明できる

- ・ DSM-IV、ICD-10 について簡単に説明できる
- ・ 知的発達障害、自閉症、アスペルガー障害、注意欠陥／多動性障害の診断と保護者への助言ができる
- ・ 発達障害を有する患者を適切な場へ紹介できる
- ・ 以下の状態・疾患について薬物療法と患児・保護者への助言及び学校等の関係機関への助言ができる
 - ・ 神経症性障害の合併がないが長期間持続している
 - ・ 夜尿、遺糞、慢性チック障害、末期状態患児（ターミナルケア）
 - ・ 過敏性腸症候群、過換気症候群
 - ・ 神経性無食欲症
 - ・ 身体症状を伴う不登校
 - ・ 選択的緘黙、抜毛
 - ・ 行動化のない転換性障害
- ・ 以下の状態・疾患についての診断と初期対応及び適切な機関への紹介ができる
 - ・ 反応性愛着障害
 - ・ 身体症状を伴わない不登校
 - ・ 反抗挑戦性障害、行為障害
 - ・ 神経症性障害（不安性障害、強迫性障害など）
 - ・ 気分障害、特に、うつ病エピソード
 - ・ 統合失調症
- ・ 児童虐待について以下のことができる
 - ・ 通告
 - ・ 医療機関で行なえる保護
 - ・ 医療的状况に関して、福祉や司法に説明や診断書の作成
 - ・ 要保護児童対策地域協議会のメンバーとして在宅支援に係わる
- ・ 対応について以下のことができる
 - ・ 小児へ使用される向精神薬の適応、副作用、禁忌を述べる
 - ・ 応用行動分析の基本的な対応
 - ・ 子どもの精神的問題についての保護者、教育、福祉への説明・助言
- ・ 評価について以下のことができる
 - ・ 子どもの不安症状、うつ症状、強迫症状の特徴を述べる
 - ・ WISC 知能検査、田中・ビネー知能検査、K式発達検査の結果の理解
 - ・ 子どもに対する保護者の不適切な養育態度・行動
- ・ 親子の抱える心理的問題について以下のことができる
 - ・ 紹介必要性の判断
 - ・ 問題に応じた専門機関への紹介
 - ・ とりあえずの初期対応

4. 子どもの心の診療に関する専門的研修（専門レジデント研修）

1) 一般教育目標

- ・ 子どもの心の問題に関して重症例・難治例・特殊例を含め診断と治療ができる
- ・ 研修医の指導ができる
- ・ 地域の子どもの精神保健体制における助言・指導ができる
- ・ 精神障害の子どもに関する保健・福祉・教育・司法などとの連携ができる

2) 個別行動目標

- ・ 子どもの精神発達に関する様々な理論に精通している

- ・ 子どもの精神障害の診断基準（DSM、ICD、0-3 など）に関する知識に精通している
- ・ どのような年齢の子ども（0-15 歳）にも適切な診断面接が出来る
- ・ 親面接・親子面接に精通しており、必要な情報を集められる
- ・ 理検査に関して必要なオーダーができ、結果を解釈することができる
- ・ どのような年齢の子どもにも精神的問題の見立て（formulation）が出来る
- ・ 乳幼児精神医学から思春期精神医学までの基礎的な知識を有しており、診断基準に基づいた診断ができる
- ・ 発達障害・行動の障害・摂食障害・解離性障害・身体表現性障害・虐待問題など、発達障害も情緒障害も全て診断及び治療の基礎ができています。
- ・ 子どもや家族全体への様々な精神療法の理論を知っており、その適応を理解している
- ・ 何らかの形の精神療法ができる
- ・ 家族へのアプローチができる
- ・ 親ガイダンスもしくは親子治療ができる
- ・ 薬物療法に精通しており、薬物の相互作用に関しても理解し、適切な薬物療法が行なえる
- ・ 入院治療の理論と適応を理解し、入院治療の経験を持つ
- ・ コンサルテーション・リエゾンに関する知識を持ち、チーム医療を行なった経験を持つ
- ・ 危機介入を行なうことができる
- ・ 虐待を受けた子どもとその家族のアセスメントができ、司法に耐えられる書類を作成することができる
- ・ 虐待を受けた子どもとその家族への治療ができる
- ・ 子どもの精神医療に係わる法律に精通している（児童福祉法、児童虐待防止に関する法律、発達障害者支援法、精神保健福祉法、DV 法など）
- ・ 子どもの権利擁護に関する知識とあり方に関して理解している
- ・ 保健・福祉・教育・警察・司法・矯正の制度に精通し、適切な連携やコンサルテーションができる
- ・ 医療間連携ができ、相談に乗ったり、協同して患者さんを診療することができ
- ・ 小児科・精神科の後期研修および生涯教育で、心の診療に関する指導ができる

- 3) 方法・各県に一箇所はこのような医師を育てることの出来る施設を設ける
- ・ 診療と同時に他の医師や保健・福祉・教育へのコンサルテーションを行うことのできるシステムを構築する

B. 養成のための具体的な方法（素案）

1. 卒前教育（医学部教育）

- ・ 医学部教育における子どもの心の問題に関する教育の充実
- ・ 医師国家試験に子どもの心に関する問題を今後も出題する

2. 卒後研修

(1) 新医師臨床研修

- ・ 今後、到達目標の見直しの際に現在の到達目標に加えて、上記のような到達目標を追加することが考えられないか

- ・新医師臨床研修の小児科および精神科の指導医に子どもの心の問題への対応の重要性を認識してもらう方法を考える（例えば指導医マニュアルに盛り込むなど）。

(2) 小児科および精神科の後期研修

- ・小児科および精神科の卒後後期研修における到達目標に上記の目標を加える
- ・小児科および精神科の後期研修指導医に対して、心の問題に関する研修を行なう
- ・将来的には研修施設の資格要件に心も問題にもある程度の対応ができる施設であることを盛り込む
- ・地域特性などで、心の問題に対応できるし指導医が不足しているときには、研修施設間での連携が行なえるような方法を考える
- ・日本小児科学会および日本精神神経学会の専門医の資格試験に子どもの心に関する問題を入れて充実させる

3. 生涯教育としての子どもの心の診療に関する研修

(1) 当面緊急的に行う研修のための行動目標

- ・学会・協議会・施設などの各団体で行なっている研修に関する情報を収集して医師に提供できるようにする
- ・各団体と厚生労働省で共催の研修を行ない、修了書を発行する
- ・研修のための共通の教科書及び教材を作る
- ・研修のためのカリキュラムを作る
- ・e-learning システムの構築

(2) 研修のあり方に関する中長期的展望

- ・各団体と厚生労働省が協力して実際の研修システムを構築する
- ・個人の目的に応じて層化した研修を受けられるようなメニューを設定する

<案>

①基礎研修：子どもの心の診療をする医師が知るべき基本的な知識の研修

例：3-4日の講義を数回にわたってうける研修

②応用研修：ある項目に特化した研修

例：「発達障害」に関してより深く学べる研修

③臨床研修：子どもの心の診療に関する実技を学べる研修

例：1-数ヶ月程度専門機関で実技を研修

週1回 1年間 実技を研修

- ・基礎研修に関しては上記の教科書とカリキュラムを使用する
- ・基礎研修においても、できるだけ視聴覚やロールプレーなどを利用し実際の技能を高める研修に進化させる
- ・研修を担当する指導医の教育を行なう
- ・研修は首都圏のみならず、幾つかの地域で行う
- ・臨床研修に関しては、子どもの心の研修ができる同地域内の複数の医療機関を有機的に連携させ、一定期間である程度総合的な研修が行えるシステムを検討する
- ・さらに、子どもの心の診療を主たる対象の一つとしている学会等、何らかの形で専門性が保障されている機関が関与する研修会を設定し、その研修会受講によりクレジットを与え、一定のクレジットポイントを保持することを義務づけることで、このレベルの医師の「専門性」を保障していく、などの方法が考えられる

4. 子どもの心の診療に関する専門的研修（専門レジデント研修）

（1）既存の研修制度や研修機関の充実

現在でも、少ないながら、研修のできる制度や機関が存在する。それらを充実させることで、研修を受けられる人数を増加させ、研修内容を充実させることがまず、急務である。

- ・ナショナルセンターなど、既存の研修機関の指導医等を充実させ、研修の増加を図る。
- ・大学病院において子どもの心の診療に関する専門的な研修を実施できる体制の整備を促進する。
- ・全国児童青年精神科医療施設協議会や精神科を標榜している日本小児総合医療施設協議会の病院では、現在は一部の病院でしかレジデント制度を有していないが、全ての病院でレジデント研修が行える制度を整備する。

（2）県単位の専門医療機関の確保

子どもの心の問題の重症・難治例は、診療に長期間を要することが一般的であり、家族との関係や教育の保障なしに治療を行うことはできないものである。従って、遠方での医療は長期に渡る対応が困難になる。地域性を考えると、都道府県単位で1箇所は子どもの心の診療専門機関を設ける対策が必要と考えられる。

- ・全都道府県に少なくとも1病院、子どもの心の診療専門病院を設置する（現実的な方法としては、例えば、公立精神科病院へ児童・思春期部門を併設する、などが考えられるのではないかと）
- ・このような専門病院は、地域の診療専門機関としての機能の他、子どもの心の診療に関する地域における専門研修機関としての機能を有することが考えられる。
- ・発達障害者支援センターとしての機能も併せ持つことも検討する必要がある。

（3）研修のできる精神保健・医療システムの構築

子どもの心の問題に対しては、予防から治療及び社会参加までをひとつの流れとして考えることが重要である。従って、専門機関の確保に加えて、精神保健システム自体を構築する必要がある。そして、その中で研修をすることによって、子どもの心の問題に幅広く対処できる人材を養成することができる。

- ・母子保健システム（保健所、保健センター）、児童相談所、教育相談所、発達障害者支援センターやその他の医療機関を有機的につなぎ、子どもの精神保健に対応でき、その中で研修を行なうことのできる、子どもの精神保健・医療システムを構築する必要がある。

IV. 子どもの心の診療医養成に係るその他の課題

1. 精神療法に係る診療報酬上の評価に関する課題

子どもの心の診療に関しては、非言語的アプローチや家族へのアプローチが必要であり、他の機関との連携の必要性も高いため、一人の子どもの診療に時間がかかる。しかしながら、それらを適切に評価した診療報酬となっておらず、精神療法に関する診療は、不採算となっている。また、虐待に対する対応などは新しい問題であり、治療者には非常に強い時間的な負担、技能的な負担があるにもかかわらず、適切な診療報酬の設定がなされていない。この点を改善しない限り、子どもの心の診療が存続し得ない重要な課題である。

また、全く同じ精神療法をしていても、精神科標榜の場合とそれ以外の診療科標榜の場合では、診療報酬や対象疾患が異なっているなどの問題も存在しており、的確な診療報酬の体系に見直すことが必要である。

2. 病棟およびその基準に関する課題

(1) 子どもの心の診療を行うことのできる病棟種別とその基準の必要性

現在の病棟は精神科病棟と一般病棟に分かれている。一般の成人精神科病棟では子どもを扱うことは困難であり、小児科病棟では強い行動の問題に対処できない。子どものこころの診療を行う病棟独特の基準が必要である。

(2) 適切な看護師の配置基準

心の問題を持った子どもに入院対応するためには、人的な対応が重要となるが、成人精神科や小児科の看護師の配置基準は子どもの心の問題に対応できるものではない。また、心の問題を持った子どもは夜不安になることが多く、夜間の人員配置が必要となるが、それが不足している。従って、子どものこころの診療を行う病棟はその内容に見合った基準が必要である。

(3) 病棟保育士の必要性

本来入院生活を通して治療を行なうためには保育士が必要だがその基準はない。自閉症第1種施設基準では保育士の配置があるが、自閉症第一種施設は児童相談所の措置で入院する施設であり、本来自閉症のみを対象としている。しかし、実際には虐待を受けた子どもの治療に関するニーズが高く、虐待を受けた子どもが入院している場合がある。虐待を受けた子どものように、生活の場の問題がある子どもの治療に適する基準が必要である。

3. 子どもの権利擁護に関する課題

(1) 精神保健福祉法における子どもの権利に対する配慮の必要性

精神保健福祉法での子どもの入院の多くは医療保護入院となるが、虐待などであっても親権者が子どもの権利の代行者となり、虐待をしている親権者に頼った入院とならざるを得ない。そのために、子どもの治療を受ける権利が侵害されたり、入院中に病棟でさまざまな権利侵害が親からもたらされることもある。子どもの権利擁護に対応できる法体系が必要である。

(2) 指定医の資格における子どもの権利に関する教育の必要性

現在の精神保健指定医は思春期症例の提示が義務付けられているものの、子どもの権利擁護に関する知識や技術は必要とされており、子どもの入院に対して子どもの権利を擁護しきれないときがある。

(3) 精神保健福祉法が及ばない医療分野における子どもの権利教育の必要性

小児科で子どもの心の診療を行っている医師や医療機関には患者である子どもの権利擁護に関する教育を受ける場が無い。また、内科病棟に関しては権利擁護の基準が無い。低年齢の子どもの点滴治療などのための身体抑制の延長として行動の問題への身体抑制が行われたり、小児病棟の施錠の延長として閉鎖病棟に近い施錠が行われることがあるが、そのための基準は存在しない。子どもの権利擁護を行なうためには、精神科病棟のみならず、小児病棟および小児科医も対象とする必要がある。

4. 医療システムに関する課題

(1) 一次～三次医療のシステム構築の必要性

子どもの心の診療に関する一次、二次、三次の医療システムが整っていない。そのために、一般小児科医が紹介先の不足や情報の不足から治療が困難な患者さんを扱ったり、専門医が比較的単純な排泄障害や睡眠障害などに時間を割かなければならない状態が存在する。

(2) 三次医療の充実

その中でも子どもが心の問題で入院できる専門病棟が不足している。心の問題を持った子どもの入院病棟では、治療に必要な医師やコメディカルスタッフなどの人的配置、静寂室やプレールームなどの物理的な環境などに加え、入院しても教育を受けることの出来るシステムが必要であるがそのような環境が整った病院は非常に少ない。

(3) 保健・福祉と協働する医療システムの必要性

子どもの心の診療を行う医療システムに関しては、児童福祉や母子保健との連携が重要であるが、それらが考えられたシステムは稀である。

5. 標榜科に関する課題

(1) 子どもの心の診療に関する標榜科の必要性

現在、標榜科としての子どもの心の診療科は存在しない。従って、小児科あるいは精神科のいずれかを標榜することになり、その独自性が保障されず、また、小児科と精神科で同じ子どもを同じように治療しても異なる体系に組み込まれる形となっている。専門性を担保するためには、独自の標榜科が必要である。

6. 専門医資格に関する課題

(1) 専門医資格

統一された子どもの心の専門医の資格が存在しない。子どもの心の診療に関しては、前述のごとく、特殊な知識と技能が必要とされている。従って、子どもの心の診療を行える知識と技能を保障する資格制度が必要である。しかし、現時点では、国家資格はもちろんのこと、学会としても子どもの心の専門医に特化した統一資格がない。そのために、最低限の知識や技能の訓練を受けた医師かどうかの判断が出来ない状態にある。統一資格を作る検討を始める必要がある。

7. 就職先に関する課題

(1) 教育をする人材のポストの必要性

子どもの心の診療が不採算であることから、就職が困難な状況にある。そのため、大学病院での就職も困難であり、そのために子どもの心の診療の教育を行う人材が不足するという悪循環が存在

している。

(2) 就職先全体の必要性

大学を卒業する時点では子どもの心の診療を行えるようになりたいと希望する者は決して少なくないが、トレーニングが出来る場所の不足に加えて、就職先の不足が不安要因となって、その志を貫くことが出来ない医師が多い現状がある。

(3) それを担保する診療報酬の改善

就職先の問題は基本的には診療報酬と重なる問題である。

8. コメディカルに関する課題

(1) コメディカルの充実

子どもの心の診療を行うにあたっては、心理職・作業療法士・保育士・ソーシャルワーカーなどの多くのコメディカルスタッフが重要となる。しかしながら、心理職の資格問題は解決されておらず、ソーシャルワーカーや保育士の業務に関する診療報酬が設定されていない。従って、コメディカルスタッフの資格の問題および診療報酬上の体系の問題が解決される必要がある。

