

子どもの心の診療医の養成について
～中間報告書の骨格について（案）～

※斜線部分は、第4回検討会における議論を反映させた箇所

子どもの心の診療に関する議論の前提

I. 子どもの心の問題が検討されなければならない背景

1. 需要の増加
 - (1) 子どものこころの問題の表面化・増加
例：不登校、ひきこもり、摂食障害、高機能発達障害、行動の問題（ADHD）
 - (2) 症状の変化
内在化問題→外在化問題が主体になっており、早期の対応が求められる
広汎性発達障害および行動の障害の増加
 - (3) 家庭機能の問題の表面化・増加
例：児童虐待相談数の急増
 - (4) 人格形成の問題を持った青年の増加
リストカット、神経性食欲不振症、ひきこもり、NEET、反社会的人格などの増加
その背景にある発達歴・親子関係の問題
 - (5) 少子化で「少なく生んで大切に育てる」
今まで見過ごされていた問題が明確になる
 - (6) 経済的な問題
非行や反社会行動、精神疾患、物質依存など背景に小児期からの精神的問題があり、早期から係わることで、将来の社会経済的コストを少なくする努力が必要
 - (7) 診断や治療技術の向上
例：かつて精神病と考えられていた中に、成人に達した発達障害が含まれていることが明らかになり、早期からの対応でそのような病態を予防できるようになった
2. 需要に追いつかない供給の問題
 - (1) 専門医に初診するためには2ヶ月～2年（施設間の差がある）の待ち時間がある
 - (2) 専門医のいない地域も多い
 - (3) トレーニングシステムが確立されていない

II. 対象となる子どもの心の問題

* 別紙1参照

III. 子どもの心の診療の特徴

1. 子どもの特徴
 - (1) 子どもは自分から訴えない
ア. 早期発見が大切、家庭の意識を変える必要がある
 - (2) 環境の影響を受けやすい
ア. 環境調整が欠かせない
イ. 親子関係、家庭、地域、学校などとの連携が不可欠
 - (3) 心身が未分化である

- ア. 心の問題が身体の症状となりやすく、身体の問題から心の問題もおきやい
- イ. 心と身体が切り離せない
- (4) 発達の途上にある
 - ア. 最初は小さく見える問題が身体・脳・精神の発達を阻害する
- (5) 能力の限界がある
 - ア. 言語能力に限界があり、非言語的アプローチが必要となる
- (6) 可塑性がある
 - ア. 子どものうちに早期発見して治療などの介入をすることで変化が期待できる

2. 子どもの心の診療の特徴

- (1) 非言語的アプローチが欠かせないため、1人の診療に特別な技能と時間が必要
- (2) 子どもの発達に関する知識とそれに応じた技術が必要
- (3) 家族への説明や指導の技能と時間が必要
- (4) 保健・福祉・教育・司法などとの連携のための技能と時間が必要

子どもの心の診療医の養成の現状について

*別紙2 参照

I. 卒前教育

1. 時間数：精神科 1-3 コマ、小児科 0-3 コマ
2. 小児精神医学を教える教官が非常に少ない
3. 小児精神科診療を行っているところが少ないため実習が出来ない
4. 国家試験では精神科の全問題の1%

II. 新医師臨床研修

1. 小児科、精神科それぞれ最大3ヶ月（実際には1-2ヶ月が多い）しかなく、小児精神医学までの研修は困難

III. 一般小児科・一般精神科の研修

1. 日本小児科学会 小児科認定医（現在の専門医）の到達目標に含まれている（資料）が、指導医の問題などがあり、どの程度実行されているかは不明。
2. 精神科全体としては教育はさわり程度。指定医の資格に児童思春期の症例が必要だが、年齢が合えば疾患の内容は問題とされない。

IV. 基礎研修

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）
2. 日本精神科病院協会：こころの健康づくり対策（思春期精神保健）3日間

V. 学会としての専門医制度および研修

1. 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）100人程度到達目標がはっきりしていない
2. 小児神経学会：専門医制度はあり、発達障害の診察は多いが、小児神経学全体の一部であり、発達障害以外の専門的な対応は明確ではない
3. 小児精神神経学会：教育施設としての認定を考慮中、学会ごとに学会主導のプログラムを組み込んでいる
4. 小児心身症学会：研修プログラムをもっている

VI. 子どもの心の専門的研修の出来る病院

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、国立成育医療センター
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った病院）：全国15ヶ所+オブザーバー参加7ヶ所
3. 日本小児総合医療施設協議会（小児病院）：子どものこころの診療を行っている病院は26ヶ所中13ヶ所
入院可能な病院は9ヶ所
4. 子どものこころの診療の出来る大学病院診療部：名古屋、信州、神戸、香川、東京、など6ヶ所程度

なお、1. と2. の重複1ヶ所、1. と3. の重複1ヶ所、2. と3. の重複2ヶ所。

以上より、専門研修可能な専門診療施設は約35ヶ所。レジデントプログラムを持っている施設は??

子どもの心の診療に関する周辺課題の提示

*別紙3参照

I. 診療報酬の問題

1. 不採算性（医師の給料を払いきれない、収支比率が約20%程度等）
 - (1) 時間がかかる（非言語的アプローチ、家族へのアプローチ、院内・院外連携）
 - (2) それに見合った報酬がない
2. 項目や対象疾患の不合理
3. 「指定医」の関与で報酬が異なるものがあるが、指定医は治療の資格ではない（権利擁護の資格）
4. 精神科と小児科の標榜の差による矛盾（同じことをしても診療報酬が異なる）外来は、精神科標榜に限られるものが多いが、（ただし、それも少ない）入院は小児病棟の方が診療報酬が高い

II. 病棟基準の問題

1. 成人精神科病棟でも内科病棟でもハードもソフトも子どものこころを扱いきれない
2. 看護師の配置基準がそれにより異なる、夜間の人員配置が不足
3. 本来生活内での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
4. 自閉症1種施設基準は自閉症児にしか適応されない（実際には虐待を受けた子ども等に必要な基準）

III. 子どもの権利擁護の問題

1. 精神保健福祉法等における子どもの権利擁護に関する矛盾
2. 現在の精神保健指定医は思春期が義務付けられているのみで、子どもの権利に関して特別な知識や技術が教えられていない（親権と子どもの権利等）
3. 小児科から子どものこころの診療を行っている医師には権利の問題を教えられる場がない

IV. 医療システムの問題

1. 一次、二次、三次の医療が整っていない
2. 入院病棟が不足している ※「難しい患者を扱うのは医師なのか、施設なのか」
4. 入院しても教育が受けられるシステムが必要
3. 福祉・保健との連携が重要であるが、そのシステムも整っていない

V. 専門医資格の問題

1. 現在のところ、子どもの心の専門医に特化した統一資格がない

VI. ポスト（就職先）の問題

1. 医療費の問題と重なるところが大きい
2. 大学病院での就職が困難

VII. コメディカルの問題

1. 心理士の資格の問題
2. SWの必要性、しかし診療報酬はない

子どもの心の診療医の養成方法についての検討課題

I. 教育・研修の対象

1. 卒前教育 →→→ 議論は後へ回す
 - (1). 医学部学生
2. 卒後研修
 - (1) 一般小児科医・精神科医
 - (2) 子どもの心の診療基礎研修終了医
 - (3) 子どもの心の専門医

II. 教育・研修内容の概要

1. 卒前教育 →→→ 議論は後へ回す
 - (1) 医学部生
 - ア. 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
 - イ. 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 ※より具体的な記載を検討
 - ・子どもの問題に接したときの子どもと家族への態度の習得
 - ウ. 方法
 - ・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設問を入れる
2. 卒後研修
 - (1) 一般小児科医・精神科医
 - ア. 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適切な紹介ができる
 - イ. 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
 - ・習癖、睡眠障害、排泄障害、チック障害に対する初期対応ができる
 - ・見逃さずに必要な医療・紹介に結びつけることができる
 - ウ. 方法
 - ・卒後初期研修における子どもの心の診療教育の充実 →→→ 議論は後へ
 - ・小児科および精神科の卒後後期研修における子どもの心の診療研修の充実
 - ・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設問を入れる
 - ・一般小児科医・精神科医向けの診療手引き作成とそれを基とした初期研修セミナーの定期的開催
 - (2) 「子どもの心の診療基礎研修終了医」
 - ア. 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
 - イ. 個別教育目標
 - ・軽い適応障害や典型的な問題に関して治療ができる
 - ・母子保健・地域保健・学校保健・福祉・教育との連携ができる
 - ・虐待対応に関して、協議会のメンバーとして在宅支援に係われる
 - ・紹介必要性を判断でき、問題に応じた専門医に紹介することができる
 - ウ. 方法
 - ・研修の充実と研修終了の資格

・資格を継続するための研修の充実

(3) 「子どもの心の専門医」

《短期》

- ア. 一般教育目標・子どもの心の問題について、重症例・難治例・特殊例までの対応及び研修医の指導ができ、また、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
- イ. 個別教育目標・小児科・精神科の後期研修で、こころの診療に関する指導ができる
 - ・こころの専門医として面接・診断・治療・他分野との連携を行うことができる
- ウ. 方法・専門医の資格
 - ・精神科・小児科の専門医の資格を取る際の指導医としても資格が必要
 - ・診療報酬でのインセンティブ

《短期》

- ア. 到達目標：下記①～⑥ができる
 - ①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る基礎ができている。
 - ②0歳から思春期まで診ることができる。
 - ③診断面接（子ども・親）、見立て、その他の情報の収集、心理検査のオーダーと解釈、診断、治療（精神療法、遊戯療法、行動療法、薬物療法、環境療法《入院療法のこと》、親子治療、親ガイダンス）など、の選択と実行、危機介入、など基礎的なことはすべて知識と技術を持っている。
 - ④C/L（コンサルテーション/リエゾン）医として院内でのチーム医療ができる。
 - ⑤保健・福祉・教育・司法などの分野と院外連携ができる
 - ⑥子どものこころの問題に関する研究を行うことができる
 - ⑦小児科および精神科の研修を終了した医師に専門医としての研修を行うことができる
- イ. 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

Ⅲ. 医師養成体制に関する検討目標の整理

1. 基本的考え方

- (1) cost・time・benefit を考慮し、比較的短期間で実現可能な現実的養成体制と最終的に達成されるべき養成体制の2方向で検討を行う。
- (2) 養成体制実現のために必要な事項につき、具体的に提示する

2. 短期間で実現可能な現実的養成体制に関する考え方

- (1) ここでいう「短期間」とは、委員会終了後1年以内（平成18～19年度から）を想定することとする
- (2) 医学部教育内容に関する事項は、各大学の教育事情及び国家試験ガイドラインとの兼ね合いがあり、短期間での実現は困難と思われる

3. 最終的に達成されるべき養成体制に関する考え方

- (1) 卒前教育から専門医研修体制まで有機的に結びついた養成体制である
- (2) 現在の我が国の経済状況も含めた諸事情を考慮した体制であることが必要である
- (3) 卒前教育を充実させるためには、国家試験ガイドラインの検討が、現実的には不可欠と思われる

- (4) 専門医については、全国共通の研修体制の枠組みを基にしながら、その地域の事情に合わせた研修体制が実現可能性が高いと思われる

一次～三次医療機関の医師に必要な知識と技術（議論のたたき台）

1. 一次医療機関の医師に求められる知識・技能

※ここでいう一次医療機関とは一般の小児科および精神科における診療

<小児科>

(1) 知識

- ・ 子どもの正常発達（運動発達、言語発達、社会性の発達）に関する知識
- ・ 発達の遅れや偏りに関する知識
- ・ 親子関係の問題に関する知識
- ・ 子ども虐待に関する知識
- ・ 心身相関に関する知識
- ・ 身体化症状に関する知識
- ・ 抗不安薬および抗うつ薬の適応と副作用に関する知識
- ・ 身体疾患や薬物によって子どもに引き起こされる精神症状に関する知識

(2) 技術

- ・ 習癖、睡眠障害、排泄障害、単純チック障害、合併症のない不登校、などの診断と治療ができる
- ・ 発達障害やその他の情緒障害を見逃さない技術
- ・ それらの障害に関しての初期対応ができ、適当な医師に紹介できる
- ・ 精神症状の背後にある身体疾患を鑑別できる
- ・ 育児指導の技術
- ・ 親子関係の問題に対するアドバイスができる
- ・ 子ども虐待への初期対応ができる
- ・ 母子保健、学校保健への参加ができる
- ・ 福祉との連携ができる

<精神科>

(1) 知識

- ・ 子どもの正常発達（言語発達、心理的発達）に関する知識
- ・ 発達の遅れや偏りに関する知識
- ・ 親子関係の問題に関する知識

- ・ 子ども虐待に関する知識
- ・ 妊娠・分娩時の親の精神障害に関する知識
- ・ 親の精神障害が子どもに及ぼす問題に関する知識
- ・ 親の向精神薬投与が子どもに及ぼす問題に関する知識
- ・ 家族の関係性に関する知識

(2) 技術

- ・ 精神障害を持った親への育児指導
- ・ 子どもの発達障害や情緒障害を見逃さない技術
- ・ 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思春期の問題に関して二次医療以上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二次医療以上への紹介先を知っている

2. 二次医療を担当する医師に求められる知識と技術（一次医療に必要なものに加えて）

※ここでいう二次医療とは、小児科や精神科の中で特殊外来として行なっている子どもの心の診療

<小児科>

(1) 知識

- ・ 子どもの精神発達に関する知識がある
- ・ 精神障害全体に関する知識がある
- ・ 発達障害に関する知識がある
- ・ 行動のもんだに関する知識がある
- ・ 親の精神的問題に関して対応できる
- ・ 子どもの治療に関する知識がある
- ・ 向精神薬に関する一般的な知識を持っている
- ・ 心理検査に関する知識を持っている

(2) 技術

- ・ 発達障害の診断が出来る
- ・ 合併症のない発達障害を治療することが出来る
- ・ 心身症の治療が出来る
- ・ 比較的簡単な身体化に対する治療が出来る
- ・ 不登校や引きこもりに関して統合失調症やうつなどの精神障害の鑑別が出来る
- ・ 一般的な疾患に関する親へのガイダンスが出来る

- ・ 福祉や教育との連携で子どもの状態を説明でき、かかわり方を指導できる
- ・ 適切な心理検査を依頼できる

<精神科>

(1) 知識

- ・ 子どもの発達全体に関する知識がある
- ・ 子どもの精神障害に関する知識がある
- ・ 子どもの向精神薬の使い方に関する知識がある
- ・ 子どもの心理検査に関する知識がある

(2) 技術

- ・ 思春期の子ども（11歳以上）の精神的問題に関して診断・治療ができる
- ・ 思春期前の子ども（11歳以下）の精神的問題に関しては複雑な問題でなければ治療をすることが出来る
- ・ 適切な心理検査を依頼できる
- ・ 福祉、教育、警察、司法などと連携できる

3. 三次医療を担当する医師に必要な知識と技術（二次医療のものに加えて）

※ここでいう 三次医療とは、もっぱら子どものこころの診療を専門的に行っている医療機関における診療

(1) 知識

- ・ 子どもの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
- ・ 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いる
- ・ 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
- ・ 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ている
- ・ 入院治療の理論を理解している
- ・ コンサルテーション・リエゾンに関する知識をもっている
- ・ 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、児童虐待防止等に関する法律、発達障害者支援法、精神保健福祉法、DV法など）
- ・ 保健・福祉・教育・警察・司法・矯正の制度に精通している

(2) 技術

- ・ 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

- ・ 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
- ・ 乳児から思春期まで、診断基準に基づいた診断が出来る
- ・ 子どもの精神療法が出来る
- ・ 適切な薬物療法ができ、そのコンサルトも出来る
- ・ 家族へのアプローチが出来る
- ・ 親子の関係性に関する治療が出来る
- ・ 入院療法が行なえる
- ・ コンサルテーション・リエゾンが行なえる
- ・ 保健・福祉・医療・警察・司法・矯正へのコンサルトができる
- ・ 一次医療・二次医療機関と医療間連携ができ、相談に乗ったり、患者さんのやり取りが出来る

	発達障害		子ども虐待		神経性食欲不振症 (AN)	
一次医療	小児科	精神科	小児科	精神科	小児科	精神科
	乳幼児期から学童期の発達障害の可能性をスクリーニングできる	思春期の発達障害の可能性をスクリーニングできる	虐待を疑うことができ、通告や保健所相談が出来る 病理性の低い親への簡単な育児支援ができる	思春期の子どもの性的虐待のかの性を疑うことができる 病理性のある親の治療が出来る	ANの鑑別診断が出来る 学校保健でのスクリーニングと予防に係われる	痩せが 20%以下の高校生 AN の精神的な治療が出来る
二次医療	小児科	精神科	小児科	精神科	小児科	精神科
	乳幼児期発達障害の早期診断、学童期での診断が出来る 神経心理学的な検査を依頼できる 合併症がない発達障害の治療・療育・親ガイダンス・教育との連携が出来る	学童期以上の発達障害の診断が出来る その他の精神障害との鑑別が出来る 思春期の発達障害の治療が出来る 親ガイダンス・教育との連携が出来る	子どもの問題を把握して説明することが出来る 親の問題を把握して親子への継続的なケアができる 虐待対応での地域連携に係われる	思春期以上 (11 歳以上) の子どもの見立てと治療が出来る 親の見立てと治療ができる 行為障害などの背景としての虐待に気付くことができる	AN の身体的管理が出来る ANに関する身体的な説明が出来る ANの子どもの入院・外来治療が出来る 家族へのアプローチが出来る	合併精神障害を診断できる 思春期の AN で、痩せが 40%以下の子どもの治療が出来る 家族への治療が出来る
三次医療	合併症を持った発達障害の診断や治療 (外来・入院) が出来る。 詳細な神経心理学的な見立てが出来る 学校との密接な連携が出来る 福祉・司法・警察との対応が出来る。		乳幼児期の愛着障害への治療が出来る 幼児期以上の愛着障害・トラウマ・行動や行為の問題・解離への治療が出来る 性的虐待被害児の見立てと治療ができる 福祉や司法との連携や書類作成が出来る		身体を管理する科と協働して 50%以下の痩せの子どもの治療が出来る 合併症 (発達障害、人格障害など) の診断と治療が出来る 病理性の深い子どもや家族の治療が出来る	

	不登校		うつ		強迫性障害	
	小児科	精神科	小児科	精神科	小児科	精神科
一次医療	身体疾患の鑑別が出来る 簡単なアドバイスが出来る	中学生以上の不登校の精神医学的鑑別診断が出来る	うつの可能性を見つけることが出来る	思春期以上の子どものうつの診断ができ、それ以下の子どものうつを疑うことが出来る	強迫の発見が出来る 身体疾患の鑑別が出来る	強迫性障害の診断が出来る
二次医療	発達障害やその他の精神障害による発症を見逃さない 複雑な合併しやうがない子どもの治療が出来る 思春期以下の子どもの治療が出来る 学校との連携が出来る	精神障害の鑑別ができる 思春期以上の子どもの治療が出来る 学校との連携が出来る	子どものうつの診断ができる 家族へのアプローチが出来る 軽いうつ状態の治療が出来る	思春期のうつの治療が出来る 思春期以下の子どものうつを診断することが出来る	低年齢の一過性の強迫に対する見立てと治療（親ガイダンスや薬物療法）が出来る	思春期の強迫に対する診断と治療が出来る
三次医療	いじめ被害のトラウマ、解離、緘黙、暴力、その他の複雑な問題を持っている子どもの見立て、診断、治療が出来る		どのような年齢のうつに関しても診断と治療が出来る 自傷への対応が出来る 自殺のリスク判定ができ、それに基づく危機介入が出来る 入院治療が出来る		難治性の強迫性障害の治療（薬物、行動療法、入院療法など）が出来る 家族治療が出来る	