資料6

第3回子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成に関する検討会資料

国立成育医療センター こころの診療部

2005. 5. 11 奥山 眞紀子

1．こころの診療部構成

部長　　1名
医長　　3名（育児心理科、発達心理科、思春期心理科）
医員　　1名
レジデント　6名
心理士　常勤 2名、非常勤 6日分

＜他の部署で連携の深いコメディカルスタッフ＞
作業療法士　リハビリテーション科に2名
医療ソーシャルワーカー　病院全体で2名

2. 対象となる子どもたち

1）年齢　0－18歳
　　妊婦、家族
2）対象疾患…【別紙参照】

3．こころの診療部の特徴

1）小児科出身の医師と精神科出身の医師が協力して部を運営している
2）一般の小児精神科医療のほかに、チーム医療に参加…【資料1－1参照】
（1）神経性食欲不振症
（2）疾患をもった子どもの精神的問題
（3）身体化問題
（4）発達障害などを持った子どもの身体的治療
（5）特殊治療（移植など）
（6）周産期医療（妊婦、産褥期のケア）
3）子どもの虐待防止対策委員会およびSCANチームの中心的役割…【資料2－1参照】
4）家族へのケアの重視
5）精神保健の考え方の重視（地域連携、予防、などに関与）
6）レジデント教育の重視…【資料3参照】

4．発達障害およびADHDに関して

1）主として発達心理科で対応…【資料1－2－1）参照】

2）明らかな精神遅滞および精神遅滞を伴う自閉性障害は主として総合診療部および神経科で対応（精神的合併症を持ってきた時を除く）

3）適応の問題を持って受診することが多い

4）診断とアドバイスを希望しての来院が多い

5）親が子どもの行動を理解することが重要（それだけで解決される問題も多い）

6）多角的治療（投薬、療育、学校との連携、など）が必要

5．虐待対応に関して

1）発見でのSCANチーム対応に関するこころの診療部の関与…【資料2－1参照】

(1) 入院による一時的な保護

(2) その間の子どもおよび家族のアセスメント

(3) リスク判定

(4) 告知への関与

(5) その後の治療・フォロー

2）虐待を受けた子どもと家族への治療の提供…【資料2－2参照】

(1) 主として育児心理科で対応…【資料1－2－2）参照】

(2) 在宅支援の一部としての治療、児童福祉施設に入所している子どもの治療

(3) 治療ケースでは継続的に地域や児童相談所・施設などとの連携が必要

(4) 司法との関与が必要なことも少なくない

6．思春期の問題に関して

1）主として思春期心理科で対応…【資料1－2－3）参照】

2）最も時間をかけているのは神経性食欲不振症

(1) 低年齢（9歳～14歳）の子どもが多い

(2) 体重減少が著名（50%以上のやせなど）で身体的治療を優先させる子どもが多い

(3) 総合診療部とのチーム医療で治療を行っている

3）数が多いのは不登校

4）その他、様々な思春期の問題に対応

7．レジデント教育（資料参照）

1）対象：小児科あるいは精神科の研修を終えている医師

2）期間：3年間が原則（ただし、場合によっては1年間からの研修も可）

3）レジデント同士の教育も行なう

8．診療に関する問題点

1）外来初診予約待ち：約2ヶ月（緊急時は別に対応）

2）病棟構造の問題：内科系病棟であるため離棟などの問題に対応できない

3）診療報酬の問題　不採算部門

診療には時間がかかる…初診 1－1.5 時間、再診 0.5－1 時間程度

（言語化が困難な子どもには遊びが必要、親への対応が必要）

チーム医療での院内連携に対応する診療報酬がない

特に、虐待対応は院内・院外連携に時間がかかるが報酬が全くない

8．レジデントトレーニングに関する問題点

1）スタッフが診療に忙しく、トレーニングに割く時間が海外に比べて極端に少ない

2）レジデントが戦力になってしまっている

3）レジデント終了後の就職の問題

4）小児科出身の医師、精神科出身の医師、それぞれのアイデンティティーの問題がある（ただし、それを乗り越えると、更によい医療に結びつく）

資料１：国立成育医療センター こころの診療部初診統計

（2003 年 7 月－2004 年 3 月の 9 ヶ月間）

１．入院におけるチーム医療初診統計

チーム医療における診療形態

2003年7月－2004年3月の9ヶ月間

支援形態	n
直接診療	
患者面接･親面接	129
患者面接	67
親面接	20
間接的コンサルト	
カンファ･回診のみ	144
スタッフ相談のみ	19
合計	379

患者面接を行ったケースの主診断分類

（2003年7月－2004年3月）

ICDコード	n
F0:症状性を含む器質性精神障害	3
F1:精神作用物質使用による精神および行動の障害	2
F2:精神分裂病、分裂性障害および妄想性障害	6
F3:気分(感情)障害	7
F4:神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	60
F5:生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	23
F6:成人の人格および行動の障害	6
F7:精神遅滞	15
F8:心理的発達の障害	22
F9:小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	52
合計	196

年齢グループ	n
乳児	3
幼児	42
小学校低学年	22
小学校高学年	27
中学生	26
高校生以上	76
合計	196

性別	n
男	69
女	127
合計	196

2. 外来診療初診統計

1）発達心理科

主診断の診断分類

（2003年7月－2004年3月の9ヶ月間）

ICDコード	n
F3:気分(感情)障害	7
F4:神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	19
F5:生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	1
F6:成人の人格および行動の障害	2
F7:精神遅滞	32
F8:心理的発達の障害	178
F9:小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	95
なし	2
保留	11
不明	8
合計	355

年齢分布

（2003年7月－2004年3月）

年齢グループ	n
乳児	0
幼児	139
小学校低学年	124
小学校高学年	60
中学生	22
高校生以上	10
合計	355
平均年齢	7.42歳

性別	n
男	257
女	98
合計	355

2）育児心理科

主診断の診断分類

（2003年7月－2004年3月の9ヶ月間）

ICDコード	n
F1:精神作用物質使用による精神および行動の障害	1
F2:精神分裂病、分裂性障害および妄想性障害	2
F3:気分(感情)障害	9
F4:神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	51
F5:生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	4
F6:成人の人格および行動の障害	3
F7:精神遅滞	5
F8:心理的発達の障害	14
F9:小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	31
T7:中毒	1
Z6:環境に関連する問題	3
不明	1
合計	125

年齢分布

（2003年7月－2004年3月）

年齢グループ	n
乳児	3
幼児	17
小学校低学年	30
小学校高学年	23
中学生	15
高校生以上	37
合計	125

性別	n
男	50
女	75
合計	125

3）思春期心理科

主診断の診断分類

（2003年7月－2004年3月の9ヶ月間）

ICDコード	n
F2:精神分裂病、分裂性障害および妄想性障害	8
F3:気分(感情)障害	5
F4:神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	81
F5:生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	25
F6:成人の人格および行動の障害	2
F7:精神遅滞	8
F8:心理的発達の障害	15
F9:小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	26
G ::神経系の疾患	1
不明	1
合計	172

年齢分布

（2003年7月－2004年3月）

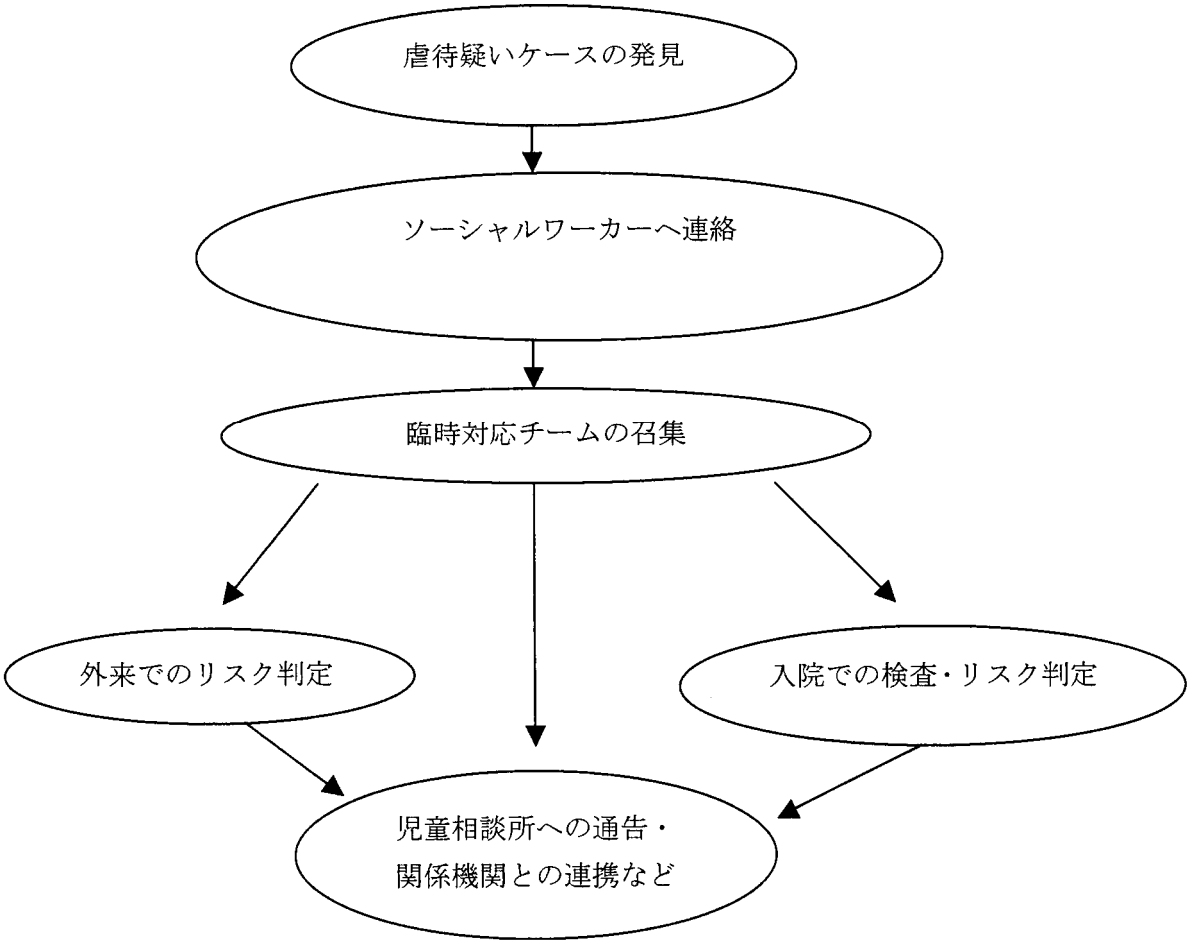
年齢グループ	n
乳児	0
幼児	10
小学校高学年	31
小学校低学年	16
中学生	65
高校生以上	50
合計	172

性別	n
男	73
女	99
合計	172

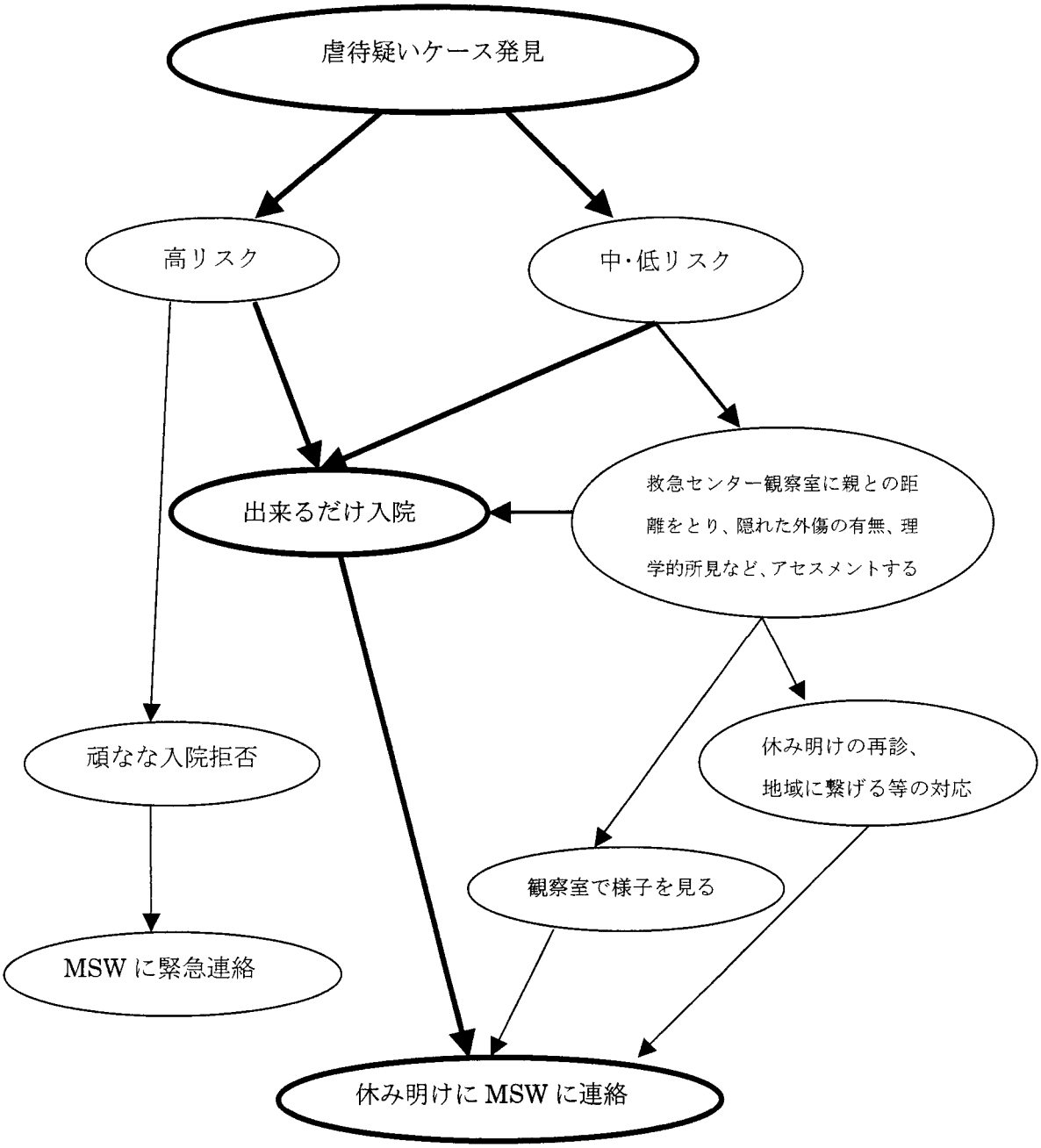
資料２

国立成育医療センターSCANチームの活動

虐待初期対応（平日昼間）



虐待初期対応（夜間・休日）



緊急時コンサルト先

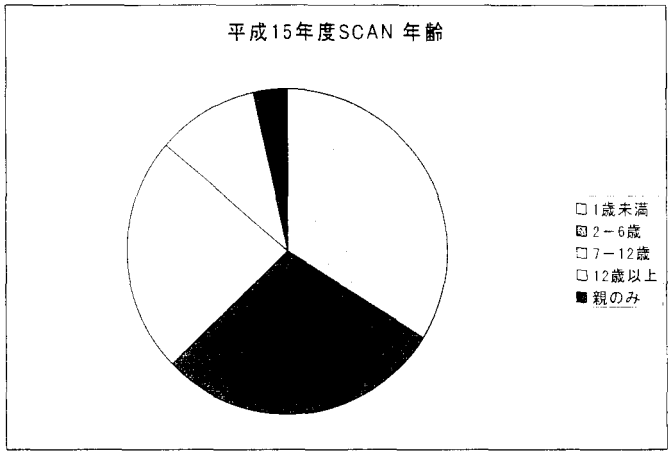
Dr A　Dr B

SW A　SW B

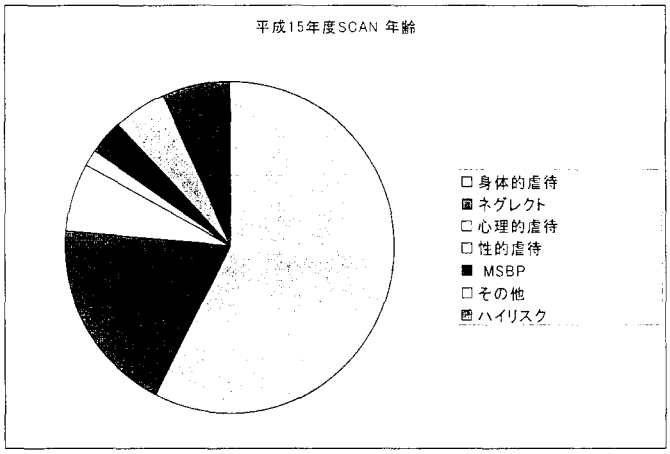
統計

平成 15 年度　59 例　　16 年度(4 月～12 月まで)　44 例

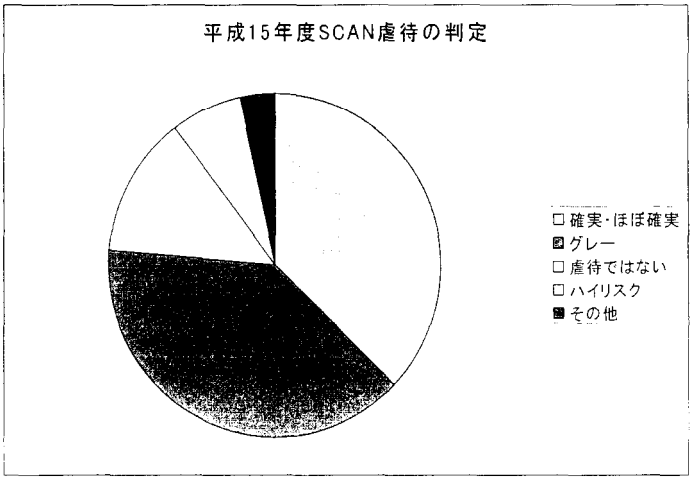
1）年齢



2）虐待の種類



3）虐待の判定



資料 2－2 虐待ケースの治療（研究報告より）

1．対象

2002 年 3 月から 2004 年 2 月の間に虐待に関する主訴で国立成育医療センターこころの診療部育児心理科を受診した乳児期から思春期までの子ども 54 例

2．背景

表1 対象の背景

		N	%
性別	男	21	38.9
	女	33	61.1
年代	乳児	7	13.0
	幼児	16	29.6
	小学生	23	42.6
	中学生以上	8	14.8
所在	自宅	46	85.2
	施設	8	14.8

3. 虐待の内容

表2-1 虐待の内容(実態)

	N	%
ネグレクト	10	18.2
身体的虐待	9	16.4
ハイリスク	8	14.5
心理的虐待	4	7.3
心理的虐待＋DV目撃	4	7.3
性的虐待	4	7.3
身体的虐待+ネグレクト+DV目撃	2	3.6
身体的虐待+性的虐待+心理的虐待	2	3.6
ネグレクト+性的虐待	1	1.8
ハイリスク+DV目撃	1	1.8
心理的虐待+ネグレクト	1	1.8
心理的虐待+ネグレクト+身体的虐待	1	1.8
心理的虐待+親の自傷目撃	1	1.8
身体的虐待+DV目撃	1	1.8
身体的虐待+心理的虐待	1	1.8
身体的虐待+心理的虐待+DV目撃	1	1.8
身体的虐待+心理的虐待+ネグレクト	1	1.8
身体的虐待+性的虐待	1	1.8
身体的虐待+性的虐待+DV目撃	1	1.8
性的虐待+DV目撃	1	1.8

表2-2 虐待の内容(種類別内訳)

	N	%
身体的虐待	20	22.7
心理的虐待	17	19.3
ネグレクト	16	18.2
DV目撃	13	14.8
ハイリスク	12	13.6
性的虐待	10	11.4

4．初診時の症状・重症度

表3　初診時の症状について（子ども/親/家族）

初診時の子どもの症状

	N	%
行動の問題	14	25.9
トラウマ症状	13	24.1
情緒の問題	7	13.0
愛着の問題	6	11.1
発達遅滞	6	11.1
解離症状	5	9.3
食行動問題	3	5.6
身体化症状	2	3.7
不妊治療	2	3.7
遺伝性疾患	1	1.9
強迫性障害	1	1.9
情動調節問題	1	1.9
無呼吸	1	1.9

重複あり

初診時の虐待をしている親の症状

	N	%
人格障害	12	23.5
うつ状態	5	9.8
被虐待	2	3.9
強迫性障害症状	2	3.9
DID	1	2.0
アルコール依存	1	2.0
覚醒剤後遺症	1	2.0
行方不明	1	2.0
死別	1	2.0
精神遅滞	1	2.0
転換性障害	1	2.0
怒り	1	2.0
発達障害	1	2.0
暴力	1	2.0
不明	2	3.9

重複あり

初診時の非虐待親の症状

	N	%
不安状態	7	13.0
トラウマ症状	4	7.4
うつ状態	3	5.6
人格障害	1	1.9
無関心・回避的	1	1.9

表4　初診時の症状の重症度（子ども/親/家族）

子どもの症状の重症度

	N	%
軽度	7	12.7
中度	16	29.1
重度	27	49.1
不明	4	9.1

親の症状の重症度

	N	%
軽度	1	1.8
中度	9	16.4
重度	22	40.0
不明	22	41.8

家族の症状の重症度

	N	%
軽度	3	5.5
中度	7	12.7
重度	6	10.9
不明	38	70.9

5．治療とその結果

表5　治療期間

	N	%
～5ヶ月	19	34.5
6～11ヶ月	12	21.8
12～24ヶ月	17	30.9
25ヶ月～	7	12.7
治療期間平均		9.13ヶ月 (SD 6.39)

表8　治療後の症状の改善度（子ども/親）

子どもの症状の改善度

	N	%
変化なし	16	29.1
改善した	18(3)	32.7
非常に改善した	14(5)	25.5

（　）内は施設入所の子ども人数

親の症状の改善度

	N	%
変化なし	12(1)	21.8
改善した	19(3)	34.5
非常に改善した	12(2)	21.8

（　）内は施設入所の子どもの親の人数

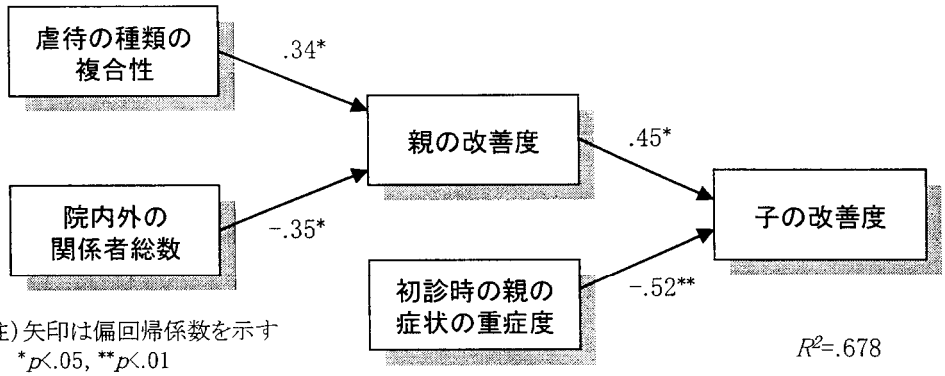


図1　子どもの症状の改善度に関連する要因のモデル

資料３：こころの診療部 レジデントカリキュラム

2003. 9. 10

こころの診療部 (Department of Psychosocial Medicine)

当国立成育医療センターにおいては、患者さんを身体的に「治す」のみならず、全人的に、また心理社会的な側面も含めて、真の健康を達成することも一つの大きな目的である。そのためにはチーム医療が必要であり、こころの診療部はその中で重要な役割を果たさなければならない。

その役割を果たす為には、これまでの小児科と精神科の知見を基礎として取り入れながらも、その枠を超えた、新しい医療を提供しなければならない。それを遂行するために、こころの診療部には、発達心理科、育児心理科、思春期心理科の３科が置かれている。レジデント教育に関しては、それらの科が一体となって行っており。以下は、その教育カリキュラムである。

目的

１．子どもおよびその家族への社会心理学的な医療をおこなうのに必要な基礎的な知識と技術と態度を習得する。

２．自分の興味のある分野に関して、更に深い知識と技術を習得する。

３．基礎的な研究デザインを学び、臨床研究を行う。

習得すべき基礎的知識と技術

＜基礎的知識＞

１．基礎となる心理学的理論

２．子どもの心身の正常発達と発達理論

３．親子関係・家族に関する基本的理論と知識

４．子ども及び親に起きる精神病理

５．診断基準（ICD, DSM, Zero to Three）

６．よく使われる心理検査、チェックリスト

７．治療理論

８．薬物に関する知識

＜基礎的技術＞

1. 診断法

１）医学的評価

(1) 精神医学的診察 Mental Status Examination

(2) 発達の評価

(3) 行動の評価（家、家庭）

(4) 親子関係の評価

(5) 家族の評価

(6) 地域支援システムの評価

2) 所見の組み立て（Formulation）

3) 初期診断

4) 鑑別診断

2. 治療法

1）診断に基づく治療方針の立て方

2）基礎となる精神療法

個人精神療法（遊戯療法、認知療法、行動療法、力動的精神療法、その他）

親ガイダンス

家族療法、集団療法

3）薬物療法

4）入院療法（環境療法）

3. コンサルテーション・リエゾン（C/L）、チーム医療

・危機介入法（子ども虐待、自殺、朦朧状態、トラウマ、等）

・C/L のモデルの選択

・C/L で必要な身体医学的知識

神経学的知識、神経心理学的知識、疾患特異性精神症状、薬物に誘導される精神症状

・身体化障害への対応方法

・慢性疾患の子どもと家族への支援

・先端医療チームへの参加

現在、腎移植、（肝移植）、へは移植前より参加

・パリアティブケア

・他科や他分野とのコミュニケーションの技術

4. 地域精神保健との連携

・学校との連携

・保健機関との連携

・福祉機関との連携

・他の医療機関との連携

5. 主たる対象（障害および状況）

広汎性発達障害（主として高機能）、学習障害、注意欠陥および行動の問題 （ADHD、CD、など）、トウレット障害、強迫行動、単純トラウマ（交通事故など）、複雑トラウマ（虐待・いじめなどによる）、愛着障害、適応障害（転校、病気、その他）、不登校、うつ状態、解離・転換症状、食行動の問題（神経性食欲不振症など）、その他の思春期の問題、育児不安の家族、家族の問題（暴力、離婚、その他）、など

レジデント研修プログラム

＜1年目＞

・病棟診療：担当しているケース（7－10ケース）をスタッフと供に診療。本人の診療を中心とし、家族に対しては原則としてスタッフが対応する。

・病棟のC/L：スタッフの指導の下、こころの問題に関する相談に乗る。

・外来診療：担当ケースの退院後の治療および初診ケースをスタッフの指導の基に診療。

・地域精神保健：地域の機関での実習、地域の各機関の役割について学ぶ。

・研究：ケースのまとめ方を学び、院内・学会におけるケース発表を行う。抄読などを通して、これまでの研究について知る。

＜2年目＞

・病棟診療：担当ケースに関して、家族へのガイダンスや地域の保健・医療・福祉・教育などとの連携も行い、ケース全体へのアプローチを行う。

・病棟のC/L：担当病棟のスタッフと全体的な問題を検討。

・外来診療：困難ケース、特殊治療、などに関しても習得すべく治療を行う。

・地域精神保健：スタッフと供に地域の機関との連携会議をまとめる。地域での実習。

・研究：テーマを選んで、臨床研究を開始。1年目のレジデントのケース発表の指導。

・選択：希望により、他科での研修や国立精神神経センター国府台病院児童精神科病棟での研修（1年間）を行うことが出来る。

＜3年目＞

・病棟診療：担当ケース全体に関して、独立して診療（スタッフはスーパービジョンのみ）。1年目のレジデントの指導。

・病棟コンサルテーション：担当病棟スタッフへの教育

・外来診療：終結の技術の習得、1年目のレジデントの指導

・地域精神保健：連携を一人でまとめる

・研究：臨床研究をまとめる

・選択：希望により、他科での研修や国立精神神経センター国府台病院児童精神科病棟での研修（1年間）を行うことが出来る。

週間スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	部総合会議 レジデント セミナー	総合回診 (スタッフ・レジデント全員)	病棟診療 外来診療	病棟診療 外来診療	グランドラウンド（病院） 病棟診療 外来診療
午後	病棟診療 思春期外来 SST（社会技術トレーニング）	ミニケース検討 病棟診療 トラウマ外来	病棟診療 外来診療	病棟診療 外来診療 SST	産科カンファレンス 病棟診療 外来診療
夕方	ケース検討	小児神経学セミナー（隔年） 抄読会・研究会	思春期病棟カンファレンス	神経放射線カンファレンス 思春期勉強会（総合診療部と合同）	

その他の不定期なカンファレンス

虐待対応会議、腎移植カンファレンス、性分化障害に関するカンファレンス　など

当直・オンコール

当直：小児科医は小児救急の当直を行う。

オンコール（いずれもスタッフがバックアップ）：

日中 1回/週、夜間 1回/週、休日 2回/月

こころの診療部 指導者リスト

名前	小児科専門医	精神保健指定医	専門領域
奥山 眞紀子	あり	なし	小児精神保健、C/L
宮尾 益知	あり	なし	発達障害、神経発達、小児神経学
生田 憲正	なし	あり	思春期精神医学
笠原 麻里	なし	あり	児童精神医学
中野 三津子	なし	なし	家族治療
佐藤 栄一	なし	なし	心理士
田辺 朋江	なし	なし	心理士