

た。

発達のチェックについては、医師が直接問診によって行わなければならないと考えている医師が多かった。しかし、発達チェック用の問診票を利用しているところ、必ず心理検査を実施するようにしているところもあった。

治療については、薬物療法と精神療法に併せて、環境調整にも重点が置かれていた。母子関係、他の兄弟姉妹や家庭内の環境、学校や幼稚園の教師との関係、友達関係の調整を行い、子どもが安心できる居場所作りを心がけていた。そのために、家庭や学校との情報交換の方法を工夫しているところが多かった。専用の用紙で情報をやり取りする、医師が電話をしたり診療所に来てもらう、職員が学校や家庭を訪問するなどである。

その他、診療所の待合い室を子どもが怯えたり退屈しないような、子どもがはしゃぎ回っても周囲に迷惑をかけないような工夫。診療室に子どもの興味を惹いて話題作りのきっかけとするような道具、医師や職員の服装や態度の工夫。例えば親しみを込めて白衣を着ないようにしているところ、敢えて白衣を着ることで遊ぶ場所ではないことをわからせようとしているところ、看護師だけが白衣を着て、役割を判りやすく示しているところもあった。

4) 役割分担や他機関との連携

乳幼児の療育指導、てんかんの検査や治療、重度の精神遅滞や自閉症のケースは、専門の施設や医療機関に紹介しているところが多かった。

発達状況を調べるための心理検査や、プレイセラピーなど特別な治療プログラム、親の子育てカウンセリングの行うためのスタッフを確保しているところもあったが、外部の機関や施設と連携しているところも

あった。保健所や発達支援センターを利用しているところもあった。

その他、学校や教育委員会、保育園、幼稚園、保健所、児童相談所や発達支援センター、療育センター、障害者施設などと連携する必要があり、今回調査した多くの精神科医は、これらの施設と日頃から顧問医や非常勤医師として関わったり、事例検討に出向くなどの交流を行っていた。日頃の関係によって、受診中の子どもの相談をしやすくなることや、逆に子どもの患者の紹介を受けるなどしていた。このような個人的な交流がないために、これらの施設との連携に苦勞している医師もいた。

4) 子どもの診療で困っていること

最も多かったのは、「大人に比べて子どもの診療には時間や手間がかかること」であった。子どもの診療には親がついてくる場合が多く、それぞれから話を聞かなければならない。その上、学校教師、保育園や幼稚園の職員、地域担当保健師など、多くの関係者から話を聴いたり、連絡をとって子どもの対応についての理解や協力を得る必要がある。その時間や手間に見合うだけの報酬が得られていないと感じている医師が多かった。

また、発達障害を調べるための心理検査、プレイセラピーなどの治療プログラムのためのスタッフや外部の連携先を確保することが難しい。スタッフに関しては、なかなか任せられるスタッフが見つからない、育てる時間がないと言った医師も多かった。

自殺企図や自傷行為など、自らの生命に関わる行動を取る子ども、暴力や犯罪行為など反社会的行動を起こす子どもが少なからずいる。診療所の診察室での関わりだけでは、なかなかそのような行動に治療的に関わるのが難しい。診療所の医師としてできることの限界を感じ、診察室の枠を超えた活動を模索している医師もいた。

D. 啓発教材の作成

1) 子どもの心の診療をしている精神科診療所モデル紹介

上記の訪問調査を行った診療所のうちで、調査結果を公表することを承諾した 16 ヶ所の報告をまとめたものである。これを読んだ精神科医が、子どもの心の診療に積極的に携わって見よう、診療上の工夫を取り入れてみようと思うような内容を目指した。

取り上げた診療所は積極的に子どもの心を診療しているところの一部であることを断った上で、数字的なデータは最低限の掲載にとどめ、診療所の比較ではなく、各診療所の特徴や工夫、医師が診療上で大事にしていることや困っていることなどを中心にまとめた。

診療所の規模による分類ごとに掲載し、目指すタイプの診療所を見つけやすいように工夫した。

2) 一般精神科医が子どもの心の診療をするときの参考テキスト

訪問調査や研究班で意見交換された「子どもの心の診療上で重要なこと」のうち、子どもの診療の経験が乏しい一般精神科医に知っておいて欲しいことを中心にテキストにまとめた。

「子どもの心の診療」を専門としない一般精神科医が「子どもの心の診療」を行うときに活用されることを想定して作成した。対象とする子どもは、乳幼児を除く未就学児から高校生相当、年齢では3歳くらいから18歳までとした。テキストの中で想定する対象疾患は、GAF50前後で、虐待など家庭環境に複雑な背景のないものに限定した。

テキストは、「子どもの心の診療」の専門知識をまったく持たない医師が理解できるように専門用語の解説を含む平易な文章とした。この分野にあまり興味のない医師でも

抵抗なく読めるよう文字数を少なくした。初期診断、プライマリケア、社会的介入の方法、必要な場合に利用する専門的治療や専門機関の社会資源リスト、に絞り込んだ内容とした。「子どもの心の診療」の専門的な知識を得たい場合には、専門医向けテキストを参照してもらおう想定している。

テキストの章立ては下記のとおりである。

1. はじめに
 - 1-1 一般精神科医が子どもを診る機会が増えてきた。
 - 1-2 「発達障害スペクトラム」という視点を加えよう。
 - 1-3 精神科医のできる子どもの心へのアプローチは様々な形がある。
症例1 不登校の中学生（統合失調症の鑑別と思春期の親の不安を支持したケース）
症例2 多動と衝動性のある小学4年生（プライマリーの診断と薬物療法で行動が改善されたケース。）
- 3 子どもの心の診療をしよう！
 - 3-1 大人を診る精神科医が子どもを診る時のメリットとデメリット
 - 3-2 「子ども」嫌いな精神科医に
 - 3-3 現代の子どもの心の孤独を理解する
 - 3-4 是非必要な発達・成長課題の理解
 - 3-5 コーディネーターとしての視点
- 4 子どもの診療場面での工夫
 - 4-1 子どもとの関係作り、子どもの話を聞くコツ
 - 4-2 親子関係に配慮して親と面接しよう
 - 4-3 絶対訊きたい発達状況と親との関係
 - 4-4 問診表を利用しよう
資料) 発達チェック表・行動評価表
 - 4-5 子どもの診断に使える心理テス

ト

4-6 診断をする

* PDD症例

4-7 治療方法を選択する

4-8 薬を使うときの注意

※クスリ症例

5 環境調整が大事である

5-1 家庭生活

5-2 学校や幼稚園、保育園

6 医師一人でがんばり過ぎない

6-1 コメディカルスタッフを活用する

6-2 紹介の見極め（医療機関同士の連携）

6-3 ネットワークで子どもを支える
資料：その他リンク先・使用できる評価表・参考文献

E. 考察

1) 特別な設備がなくても子どもを診療できる

訪問した診療所は、レセプト数で見ても子どもばかりを診ているわけではなく、大勢の成人を診察しながら子どもを診ていた。一般の精神科診療所と大きな違いはなかった。

子どもに特化したデイケアや宿泊施設や福祉施設を併設しているところもあるが、調査した診療所の殆どは、子どものための特別な施設を持っているわけではなかった。普通の精神科診療所に、小さな工夫を重ねれば、子どもの診療にも十分に対応することができるものと考えられる。子どもを診るかどうかは、精神科医の意識次第であると言えるだろう。ただし、デイケアは思春期・青年期に特化しなければ難しいようだ。

2) 特定の年齢層や疾患の診療だけでもよい

診療所によって、あるいは医師によって、得意とする子どもの年齢層や疾患が異なり、

不得意な年齢や疾患の子どもが受診した場合には、専門の機関や知り合いの精神科医に紹介していることがわかった。例えば思春期以降の子どもだけを診る、発達障害と診断されたら他機関を紹介する、親の支援を中心にする、などである。このような無理のない診療スタイルで、それぞれの医師ができる範囲で子どもの心の診療に取り組めば、全体で多くの子どもを受け入れることができるようになるだろう。さらに、ひとつの診療所で抱え込むことが減り、治療上のメリットも期待できる。

3) 子どもの診療は不採算部門

しかしながら、子どもの診療には多くの時間や専門的な人材の投入が必要であり、大人の診療に比べると格段に費用がかかる。診療報酬の20歳未満加算では埋め合わせはできないようだ。また、20歳未満加算が初診から6ヵ月間に限定されているため、その後は大人と同等の報酬しかない。どの診療所も、子どもの患者は不採算部門となっていた。社会貢献と考えて、子どもを診ているところが多かった。

子どもの診療が、経済的メリットを生まないことが、多くの精神科医が子どもの診療に積極的でない理由のひとつになっていると考えられた。

4) 支えているのは熱意と多様な工夫

そうした経済的メリットが少ない状況の中でも、訪問調査した診療所が子どもを積極的に診療している理由を質問すると、「子どもの心の診療が社会の中で必要とされているから」「子どもが好きだから」のような回答が多く、医師やスタッフには熱意が感じられた。

医師一人だけの小規模診療所では、スタッフの人件費を極力抑え、少人数でできることを行っていた。複数の医師がいる場合は、子どもを主に診る医師と成人も診る医師が助け合って、診療所全体として採算を

とれるようにしていた。また、複数の医師がいることで、保健所や児童相談所や福祉施設の顧問医などを兼務する時間を確保でき、地域のつながりを作って診療に活かしていた。デイケア併設や自費カウンセリンググループと提携しているところでは、コメディカルスタッフの力を活かしていた。

子育てをしながらの開業、夫婦や仲間での開業、たくさんのスタッフの協力を得ての開業。それぞれの条件の中で、できる範囲のこゝろを行い、医師の熱意と協力者とさまざまな工夫によって、子どもの心の診療が支えられていることが明らかになった。

5) 専門スタッフの不足

子どもの診療には時間や手間がかかる。精神科診療所の医師が子どもに必要なことをすべて自分でやる時間を確保するのは難しい。大規模診療所では専門のスタッフを雇用することが可能であるが、小規模診療所では、専門のスタッフを抱えることが難しいため、連携できる機関のスタッフに依頼するしかない。

しかし、子どもの専門スタッフを確保すること、連携できる機関を見つけることは難しい。診療所の精神科医をサポートできるコメディカルスタッフの育成が望まれる。

6) 個人ネットワーク頼りから組織的連携

教育機関や保健所や児童相談所などの公的機関、福祉施設などとの連携は、医師個人が持つネットワークによって行われている場合が殆どである。これから子どもを診ようとする医師にはそうしたネットワークがない。公的な機関が、地域連携を支援することが望まれる。

入院の必要となった場合、子どもを受け

入れてもらえる病院の確保が難しい。医師がそれまでに所属したことがある病院や知り合いの医師に頼むなどしている場合が多かった。それ以外では、公立病院などに入院依頼することが多いようである。しかし、緊急の場合を除けばベッドは何ヶ月待ちの状態である。中学生以上は、仕方なく成人の精神科病院に入院させる場合が多い。医師の個人的人脈に頼らなくても入院先を確保するには、公立病院や地域の基幹病院が子どもの病床を増やし、地域の精神科診療所からも子どもの入院を受けてもらえるネットワーク組織作りが望まれる。

7) 精神科医が子どもを診るメリット

子どもを診ることには困難なことが多いが、大きなメリットもあると感じている医師が多かった。「発達の問題は子どもの問題でもあるが、大人まで繋がっている。子どもを診ることで、発達の視点を培うことが出来る。」「家族ダイナミクスがより見えやすくなり、大人の診療に役立つ」などが挙げられる。

精神科医が子どもの心の診療をすることは、社会的役割であると同時に、精神科医にとっても意味がある。現在子どもの診療をほとんどしていない多くの精神科医が、少しの工夫で、出来る範囲の年齢層や疾患の子どもの診療に取り組むことが望まれる。しかし、ほとんど子どもを診療したことがない精神科医が子どもの診療に取り組むには、最低限知っておかなければならないことがあり、そのための教育プログラムが必要である。多くの精神科医に抵抗無く受け入れられるテキストや研修などの有効なプログラム作成が今後の課題と言える。

子どもの心の診療医の研修に関する日米の比較研究

分担研究者 奥山眞紀子 国立成育医療センターこころの診療部長
研究協力者 広瀬 宏之 国立成育医療センターこころの診療部

研究要旨

子どもの心の診療医の研修システムを構築する端緒として、アメリカでの研修プログラムを調査し、フィラデルフィア小児病院 The Children's Hospital of Philadelphia(CHOP)の Department of Child and Adolescent Psychiatry の診療に参加し、同部門での研修を実際に体験した。

Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)という、全米のレジデントとフェローの研修プログラムをチェックする組織が存在し、各科の研修プログラムとして満たすべき条件を設定し、それに基づき研修プログラムを認定している。Child and Adolescent Psychiatry では、一般精神科を3-4年研修後に、児童青年期精神科部門での2年間の研修が定められている。この研修プログラムを持っている病院は全米に115ある。一方、Department of Development and Rehabilitation Medicine では、一般小児科を3年間研修後に、3年間の研修が規定されている。この研修プログラムを持っている病院は全米で31ある。

CHOPのDepartment of Child and Adolescent Psychiatryは児童および思春期の精神症状を扱う。診療は外来中心で専門の病棟は無いが、病棟リエゾンチームが独立単位として存在し、他科からのリエゾン業務を積極的に行っている。研修中のフェローは9人で、全員が一般精神科専門医資格を持っている。ローテーションの1年目は外部病院での病棟研修が6ヶ月、Department of Development and Rehabilitation Medicine、Department of Child Neurology、コンサルテーション、少年刑務所、地域の福祉サポート施設などを1-2ヶ月ずつローテーションする。2年目は外来研修が主体である。週に1回、本院にフェロー全員が集まって講義が終日行われる。

Development and Rehabilitation Medicineは、発達の遅れ、行動の問題、自閉症スペクトラム、ADHD、小児のリハビリなどに関する広範囲の診療をしている。フェローは5人で、全員小児科専門医を持っている。1年目は80%が臨床で、外来（4ヶ月）、小児神経（1ヶ月）、児童精神科（1ヶ月）、リハビリ（2ヶ月）、地域施設（1ヶ月）、遺伝科（1ヶ月）、入院（1ヶ月）、研究（1ヶ月）。2年目は臨床が最低50%、研究は40%まで、授業が10%。3年目は、80%が研究、20%が臨床と、研究の比率が順次高くなるようになっている。

その他、心理士、ケースワーカーなどのコメディカル部門でも構造化された研修プログラムが存在する。また、一般小児科医に対しても、インターネットによるトレーニングプログラムや生涯研修の一環として、子どもの心の分野についての研修が行われている。

アメリカでは専門科がそれぞれの立場から子どもの心の診療を行っているが、心身未分化な子どもでは、小児科と精神科と両方に通曉し、包括的に子どもの心を診るメリットの方が大きい。両方の経験をつみ、包括的な子どもの心の診療ができるような、トレーニングシステムを構築することが必要と考えられた。

A. 研究目的

心の問題を主訴として医療機関を受診する子どもは増加の一途をたどっている。特に、発達障害や行動の問題を抱える子どもは急増し、医療機関や関連機関での対応が追いつかない状況に陥っている（表1、2）。子どもの心の診療医の養成は、医学的のみならず社会的にも緊急の事項であり、先般、厚生労働省母子保健課における子どもの心の診療医の養成に関する検討会でも一次報告¹⁾が出されたところである。

国立成育医療センターは、平成14年3月1日にわが国で5番目のナショナルセンターとして開設された。小児専門病院にとどまらず、胎児から始まり、新生児、小児、思春期を経て次世代を育成する成人世代に至るまで、すなわち、リプロダクション・サイクルに生じる疾患に対する医療と研究を推進する目的を有している。派遣研究者が所属するこちらの診療部では、心の問題や発達の問題で受診する小児の診療や研究を幅広く行うと同時に、子どもの心の診療医の養成施設として若い小児科医、精神科医の専門レジデント（アメリカのフェローに相当する）研修を行っている。また、身体各科とのコンサルテーション・リエゾンも幅広く手がけており、心身未分化な子どもの診療では、他科とのチーム医療は欠かせない要素となっている。

派遣研究者は医師免許を取得して12年になる。最初の4年間で一般小児科の臨床研修を行い、小児科専門医を取得した。次の4年間で小児神経学の臨床と研究を行い、小児神経科と臨床神経生理の専門医を取得した。平成15年からは現在の職場にて、発達障害および児童精神科の臨床および若い研修医の教育指導を行っている。

派遣先のフィラデルフィア小児病院 The Children's Hospital of Philadelphia（以下 CHOP と省略）はアメリカの小児病院の中でも屈指の規模を誇る。その中で、

Department of Child and Adolescent Psychiatry は、国立成育医療センターのこちらの診療部に相当する部門であり、小児から思春期にかけての心理／精神／発達の疾患の診療に加え、身体疾患に伴う様々な心理的状態の支援と治療を行っている。

本研究は、日本の小児病院で子どもの心の診療の臨床と研修を行っている立場で、アメリカの小児専門病院の子どもの心の診療についての情報を収集し、現在の日本のトレーニングシステムと比較検討することで、今後の日本における子どもの心の診療医の養成システムの基盤をつくることを目的とした。

B. 研究方法

アメリカの小児病院においてどのように子どもの心の診療が行われて、専門的人材が養成されているかを調べるために、CHOP の Department of Child and Adolescent Psychiatry の診療に参加し、同部門のフェローに対して行われる研修を実際に体験した。また、この部門以外でも、同病院の子どもの心に関連する様々な部門に研修に行った。また、院内や隣接するペンシルヴァニア大学医学部および付属病院で行われている子どもの心に関連する講義やシンポジウムにも可能な限り参加した。筆者の基本スケジュールを示す。

(月) ADHD の遺伝子研究の外来に参加 (Child and adolescent psychiatry)

(火) ADHD の初診評価外来に参加 (Child and adolescent psychiatry)

(水) 自閉症センターの初診評価外来に参加 (Developmental pediatrics)

(木) Department of Child and Adolescent Psychiatry fellow のための講義を聴講

(金) Child and adolescent psychiatry のリエゾングループの病棟回診に参加

C. 研究結果と考察

I. CHOP での子どもの心の診療事情

1) CHOP について

アメリカには 87 の小児専門病院がある。CHOP は 1855 年にアメリカで最初に作られた小児専門病院で、一昨年創立 150 周年を迎えた。Child Magazine という専門誌が 2001 年から行っている小児専門病院のレーティングでは、2001 年から 2007 年まで連続して全米 No1 の評価を受けており、スタッフおよび患者の自慢の種になっている。私立の、独立した組織だが、ペンシルヴァニア大学に隣接した同じキャンパスにあり、同医学部の教育病院という位置づけである。大学との人的交流も多くスタッフ・ドクターの多くは大学でのポジションも持っている。アメリカの多くの小児病院はこのように、大学病院と密接な関係がある。

CHOP は、ベッド数が 430 床、一般小児科のレジデントが 121 人、専門診療科のフェローが 191 人、スタッフ・ドクターが 691 人、ケースワーカー約 80 人、PhD の肩書きを持つ臨床心理士が 43 人勤務している。本院の他に周辺地域に、プライマリーケアを行う診療所が約 30 カ所ある。筆者の勤務先との比較を表 3 に示す。また、臨床部門とは別に研究部門 Joseph Stokes Jr. Research Institute が隣接している。13 階建ての建物に 93 の研究室があり、1437 人の研究者により数多くの基礎研究が行われている。

CHOP は、人的にも資金的にも資源が非常に豊富である（表 4）。専門別に診療科が非常に細かく別れており、それぞれの科にスタッフが十分配置されている。例として、Sleep Center と Social Worker について記す。

日本では、終夜脳波記録の場合は、医者が診療の傍ら病院に泊まり込んで記録と解析を行うのが常であるが、CHOP の Sleep Center は、専属常勤医師が 4 人、フェローが 5 人、心理士が 2 人、技術スタッフが 15 人程度配属されており、sleep study が容易に行える。

Child and adolescent psychiatry でも、睡眠の質と精神症状の関連を重視しており、行動異常に睡眠の問題を合併しているケースでは、sleep study を積極的に行っている。

一方、CHOP の Social Work Department は 90 年以上の歴史を有し、約 80 人のソーシャルワーカーが勤務している。各病棟と診療科ごとにそれぞれ専属のケースワーカーが配属され、広範な Social Work を行っている。また、ソーシャルワーカーのインターンを採用し、研修も積極的に行っている。社会的背景から日本よりも仕事量が多いのは事実であるが、その規模には驚かされる。

さて、日本で言われている“子どもの心の診療”には非常に広範囲な領域が含まれる。主なものを列挙すると、①児童精神科的疾患、②発達障害、③夜尿や嗜癖など行動の問題、④チック、⑤摂食障害などの心身症、⑥児童虐待、⑦慢性疾患に伴う心の問題、⑧コンサルテーション・リエゾンなどである。CHOP ではこれらの疾患を、どのセクションで診療しているかを表 5 に示す。

2) Department of Child and Adolescent Psychiatry

児童および思春期の精神疾患、精神症状を扱う。日本の児童精神科とほぼ同じ内容である。陣容は、スタッフ・ドクターが 16 人、フェローが 9 人、臨床心理士 8 人。その他に、研究員が 10 人程度、事務員が 6 人程度いる。

診療は外来が中心で専門の病棟は無い。入院が必要になる場合は、他の小児精神科専門病院に送る事になる。

病棟での他科からのリエゾン業務は積極的に行っている。病棟リエゾンチームが独立単位として存在し、専任児童精神科医 1 人、兼任児童精神科医 4 人、配属フェロー 2 人、専任ケースワーカー 2 人、専任臨床心理士 1 人、リエゾン患者数は、常時 10-20 人程度である。スタッフ・ドクター 1 人当たりの受け

持ち患者数は5-6人で、トレーニングのため、フェローの受け持ち患者数は限られている。全ケースにスタッフ・ドクターが関与しており、その中で数人の教育ケースをフェローと一緒に診ている。ただし、夜間や休日はフェローが全てカバーする。ケースワーク、実際の心理療法はケースワーカーと臨床心理士が施行する。慢性疾患の心理的問題など、広義のリエゾンは、全て各科配属の臨床心理士が施行し、精神科の医師は、ほぼ精神症状のみに特化して関与し、とくに薬物療法と、心理療法の指示、身体科の医師へのアドバイスをする。救急外来からのリエゾンも行っている。

また、臨床研究にも積極的で、人的にも資源が豊富なため、外来とはほぼ別体制で行える。従って、臨床研究を行う医師の臨床業務はかなり少なくなっている。

3) Department of Development and Rehabilitation Medicine

発達障害の診療とリハビリを行っている。ここで扱う発達障害は、広義であり、発達の遅れ、行動の問題、自閉症スペクトラム、ADHD、小児のリハビリなど非常に広範囲の診療をしている。スタッフ・ドクターが11人、フェロー5人が、専門看護師5人、臨床心理士5人が、ケースワーカーが2人配属されている。専門の病棟と外来があるが、医療保険の関係で療育のための長期入院は難しい。

4) 診療の実際

(1) ADHD の初診 (Child and Adolescent Psychiatry)

初診評価外来では、1 ケース 2 時間で、1 日 3 ケースまでである。診察室は 8 畳くらいの普通のオフィスで、PC のデスクとソファと椅子が数個、片隅に子ども用の机があり、子どもが遊べるようになっている。どの部屋にも大きなマジックミラーとビデオカメラとマイクがついていて、隣室で容易に見学がで

きるようになっている。学生、レジデント、フェロー、心理士、筆者のような見学者など、多いときは見学者が 6 人くらいになる。外来ローテーション中のフェローが診察室で初診をとり、スタッフ・ドクターが側にいて補足をする。

最初に親から詳細に病歴をとる。その間、患者はロビーで待っている。6 歳位くらいからが対象だが、親と別れるのを渋った子どもは 1 人もいなかった。次いで、患者と面談する。やはり、小さい子でもはっきりと自分の言葉で表現することが多かった。その後、子どもと家族を一旦退席させて、スタッフ・ドクターとフェローと見学者全員で、ケースについてミニ・ディスカッションをする。フェローが簡単に症例をまとめて提示し、スタッフドクターがコメントを加える。ここで、所見のまとめと、治療方針の確認と、教育が同時に行える、最後に親子に見立てと治療と今後の予定を確認する。必要な場合は、その後、ケースワーカーや臨床心理士を紹介し面談を行う。

カルテ（電子カルテではないが、ワープロで記載しプリントアウトしてファイリングする）は A4 で 2 枚程度の分量を書き、後日それを両親に郵送する。両親は、それをかかりつけ医に持って行き、フォローしてもらう。CHOP でフォローする場合は、スタッフ・ドクターがスーパーバイズしながら、フェローが再診する。再診も 1 ケース 30 分程度かけている。教育病院故、1 ケースあたりの時間が長い。ただ、CHOP は基本的にコンサルテーションを受ける立場を取っており、患者さんを地域の精神科医、小児科医、心理療法家に戻す場合が多い。日本のように、紹介された患者を継続してフォローすることで患者が際限なく増えて行く事はない。

(2) Autism の初診 (Autism Center)

Autism Center は Department of

Development and Rehabilitation Medicine の一部門である。基本的に小児科医の範疇で、スタッフ・ドクター（Behavioral Pediatrics 認定医）2人、臨床心理士4人、言語療法士1人、作業療法士1人、ケースワーカー1人、専門看護師4人、研究員4人の陣容である。初診は、毎週水曜日のみで、週2ケースしか取っていないので長い人で18ヶ月の待機リストがある。1ケースを以下のように午前中一杯かけて丹念に評価する。

①心理士が親子と面談し、Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) と Vineland adaptive scale をつける。

②言語療法士と作業療法士が面談して、それぞれ評価尺度を使って評価する。

③医師が病歴を聞き、身体診察を丹念に行い、最後に Childhood Autism Rating Scale (CARS) をつける。

④関わったスタッフだけでなく、Autism Center の全員が昼食をとりながらミーティングをし、アセスメントと方針を確認する。

⑤1週間後に、両親に結果と Recommendation をフィードバックする。各専門職の評価と方針の欠かれた分厚いレポートが手渡される。フォローは地域の療育施設で行う。地域の施設の紹介はケースワーカーが行う。

ここでも、どの職種もトレーナーとトレーニーの2人1組で評価を行い、直後に必ずディスカッションをして所見を確認している。このような、現場での即戦力養成的な教育が徹底している。また、ここでも診察室には大きなマジックミラーとビデオカメラとマイクがついていて、隣室で見学できるようになっている。初診の場合、全例をビデオ記録している。

II. アメリカでの心の専門家の研修

1) 研修プログラム認定システム

Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) という、全米の

レジデントとフェローの研修プログラムをチェックする組織がある。ここが、各専門科の研修プログラムとして満たすべき条件を設定し、それに基づいた研修プログラムを提供できる病院を研修施設として認定している。精神科、神経科、発達小児科の研修プログラム数と認定医の数を表6に示す²⁾。

2) Department of Child and Adolescent Psychiatry での研修

ACGME では、一般精神科を3-4年研修した後に、児童青年期精神科部門での2年間の研修を定めている。詳細な研修条件は Program Requirements for Residency Education in Child and Adolescent Psychiatry: ACGME Common Program Requirements に記されているが³⁾、例えば、ディスカッションなどのために各学年あたり基本的に4人以上のフェローを要求している。これに基づいたフェロー研修プログラムを持っている病院は全米に115ある。人口146万人のフィラデルフィア地域には、このフェロー研修を行っている施設が3つある (CHOP, Thomas Jefferson University Hospital, Drexel University College of Medicine)。

ACGME による、CHOP の Department of Child and Adolescent Psychiatry についての公示を表8に示す。9人のフェローは全員、3-4年間の成人精神科研修を修了し、一般精神科専門医資格を持っている。ローテーションの1年目は外部病院での病棟研修が6ヶ月、Department of Development and Rehabilitation Medicine、Department of Child Neurology、コンサルテーション、少年刑務所、地域の福祉サポート施設などを1-2ヶ月ずつローテーションする。2年目は外来研修が主体で、選択で研究も出来る。週に1回、本院にフェロー全員が集まって講義が終日行われる。

講義の一例を表7に示す。系統講義とケー

ス検討、抄読会などからなる。ケース検討も実践的なスタイルであった。毎回、50年以上の臨床経験のある小児の精神分析医の Dr. Kolansky が司会を務め、もう一人の外部講師が、自分で経験したケースをプレゼンテーションする。司会がコメントを挟み、フェローが質問したりして、活発な議論を繰り広げる。レジュメはなく、ライブ感覚で臨床現場に立ち会うような感じである。

フェローの年収はアルバイトなしで約 50,000 ドルである。それに加え、オンコール当直（平日夜間と休日）をフェロー9 人で行っている（スタッフ・ドクターのバックアップはつく）。週末の全日の当番で 1,000 ドルの追加収入となる。

3) Department of Development and Rehabilitation Medicine での研修

ACGME では、一般小児科を 3 年間行った後に、3 年間の研修を規定している。研修条件は Program Requirements for Residency Education in Development-behavioral Pediatrics: ACGME Common Program Requirements を参照に詳しいが⁴⁾、これに基づいた研修プログラムを持っている病院は全米で 31 ある。フィラデルフィア地域では CHOP のみが研修施設に認定されている。

CHOP の Development and Rehabilitation Medicine には 5 人のフェローがいる。1 年目は 80%が臨床で、外来（4 ヶ月）、小児神経（1 ヶ月）、児童精神科（1 ヶ月）、リハビリ（2 ヶ月）、地域施設（1 ヶ月）、遺伝科（1 ヶ月）、入院（1 ヶ月）、研究（1 ヶ月）。2 年目は臨床が最低 50%、研究は 40%まで、授業が 10%。3 年目は、80%が研究、20%が臨床と研究の比率が順次高くなるようになっている。Department of Development and Rehabilitation Medicine に於ける研修の現場は多岐にわたる（表 9）。

4) 研修先の選択と Triple Board について
心の問題を持つ子どもを、小児科医と精神科医がそれぞれの立場で診療している状況は日本と変わりはない。表 6 のように Child and Adolescent Psychiatry を研修できる施設は非常に多いが、小児科の研修が 3 年かかり、成人精神科の研修は 4 年かかるので、只でさえ医者になる年齢が日本より 2 年高いアメリカでは、両方を研修する人は少ない。

それを解決する一策として 20 年前に Triple Board システムが考案された。これは、5 年間の研修中に、小児科 2 年、成人精神科 1 年半、児童精神科 1 年半を同じ施設でローテーションするものである⁵⁾。良い研修システムのように見えるが、実際に全米でこのプログラムを実施しているのは 10 施設のみで、1991- 2003 年の間で 140 人しか卒業生を出していない⁶⁾。個々の科でのトレーニング期間が短い事、同一施設の中で小児科、成人精神科、児童精神科のトレーニングレベルがまちまちであること、小児科と精神科の間での壁がある事などが理由として挙げられている。

5) 臨床心理士の研修

子どもの心の診療では、医師だけでなく、コメディカルの果たす役割が極めて大きい。CHOP には前述のように、ケースワーカーも臨床心理士も数多く配属されており、それぞれの職種で、インターンシップやフェローの研修プログラムを持っている。一例として、臨床心理士について述べる。

臨床心理士の研修でも、専門医研修の ACGME に相当する Association of Psychology Postdoctoral and Internship Programs (APPPIP) が存在し、研修内容の規定と研修施設の認定を行っている⁷⁾。APPPIP の規定を満たす、小児領域での臨床心理士研修プログラムは全米およびカナダに 61 ある。そのうち小児病院における研修プログラムは 21 で、インターン研修プログラムが 17、

フェロープログラムは4である。

CHOP には独立した Department of Psychology が臨床診療部門の1単位として存在する。2006年度は、PhDをもつ臨床心理士が43人勤務しており、インターンが5人、フェローが1人いる。この他に、研究員の肩書きで研究や臨床に従事している心理士が数多くいる。CHOPのインターン研修では、1年間の、1900時間に及ぶスーパーバイズを受けながらの臨床研修が要求されている。フェロー研修では、PhDを取得した後の、更に専門性の高い研修プログラムで、2000時間のスーパーバイズを受けながらの臨床研修が要求される。フェローでは研究も要求されるので修了までに2年以上を必要とする。いずれの研修でも、APPIPの規定よりも高度な要求水準を維持している。CHOPでの臨床心理士の研修領域を表10に示す。2007年度のインターンとフェローの給料はそれぞれ、24,000ドルと36,996ドルである。CHOPの臨床心理研修は倍率が極めて高く、インターンシップは5人の定員に対して毎年170-190名の応募があり、フェローは1人の定員に対して30-40人の応募がある。

Ⅲ. 一般小児科医での心の診療と研修

専門医の診療と研修について述べてきたが、一般小児科の立場で、心の問題をもつ子どもたちにどのように関わっているかを述べてみたい。主な情報源は、CHOP研修部長のDr. Stephen Ludwigと、CHOPプライマリケアセンター医長のDr. Blaze Gusic先生とのインタビューである。地域や施設によって状況は大分異なるが、他の情報ともあわせ、比較的普遍的な事を記してみたい。

1) 一般小児科医での心の診療

まず、一般小児科医の心の問題への関わりであるが、発達や行動の問題にはある程度多くの一般小児科医が関わっており、時には地

域の臨床心理士と協力しながら診るケースもある。また、ADHDに関しては、アメリカ小児科学会(APA)がマニュアル⁸⁾⁹⁾を出しており、比較的多くの小児科医が診療に携わっている。

CHOPには関連するプライマリケアクリニックが約30施設あるが、その全体でのADHD患者の受診分布を見た統計がある。2005.7.1-2006.7.6までの一年間で、ADHD患者は全部で3315人、そのうち、本院のDepartment of Child and Adolescent psychiatryで診ているのは26人。他のプライマリ施設では一カ所あたり、年に100-200人見ている。つまり、CHOP関連施設では、ADHDの多くはプライマリーの小児科医が診ているということである。本院の側でも、プライマリーの小児科医へのバックアップ体制、例えばオンコールで専門医が電話相談に乗れないかどうかなどのシステムを作れないかどうかを検討中であった。

一方、発達やADHD以外の、精神症状を伴うケースの場合は、プライマリーの小児科は関わる事は殆どないとの事であった。

2) 一般小児科医への心の問題に関する研修

Child and Adolescent Psychiatryのフェロー研修プログラムは全米で115あり、Development and Rehabilitation Medicineのフェロー研修プログラムは31ある。その殆どは小児病院であり、大学病院と関連がある。日本のように大学に児童精神科もしくは発達小児科の独立した講座が極めて少ない状況と異なり、アメリカでは医学生やレジデントへの教育の一環として、Child and Adolescent PsychiatryやDevelopment and Rehabilitation Medicineの重要性が確立している。CHOPでは、一般小児科の3年間のローテーションのうち、Child and Adolescent Psychiatryはわずか一週間の期間しか無く、十分とは言いがたいが、例えばインタビュー

をした先生は、いずれも他の小児病院でレジデント・トレーニングを受けており、1ヶ月間 Child and Adolescent Psychiatry 部門をローテーションしている。将来の専門に関わらず、小児科初期研修の中で、この程度の心の研修は必須であると考えられる。

一方、一般小児科医に対する研修は、アメリカ小児科学会 (APA) が積極的にトレーニングを行っている。その主なものはオンライントレーニングとセミナーである。

オンライントレーニングは eQIPP というユニークな研修システムで、例えば ADHD の診断や治療についての実践的なトレーニングがインターネットを使ってオンラインで行える¹⁰⁾。費用は学会員で 169 ドル、非会員で 209 ドルである。

また、Continuing Medical Education の一環として行われている一般小児科向けの講習会で、心の問題へのセミナーも開催されている。心に関する演題の一例を挙げる (表 11)。このように、小児科医になってからも様々なトレーニングの機会が提供される。

加えて、一般小児科でも日本のように3分診療と言う事はなく、地域にもよるが、一般の小児科医でも、1日に30人程度の診療で事足りるため、場合によっては診察時間を30分程度とることも出来る。これは、医療保険制度とも密接に関連するが、この時間的な事情が一般小児科での心の診療の可否を大きく左右すると思われる。

D. 考察

アメリカでのこどもの心の診療および専門医の養成システムのメリットとデメリットについて表 12 にまとめた。

1) 医療資源の相違

アメリカでは人材・資金とも豊富に投入されている。医療現場での資源の違いだけでなく、療育での資源の違いもまた顕著であ

る。アスペルガー障害の子供をもつ Behavioral Pediatrician に話を聞いたが、発達障害の療育は手厚い。3歳までは市の Department of Health の管轄で、発達が心配であると電話をすれば、自宅に発達評価の専門職が来て評価が行われ、遅れの程度に応じて PT, ST, OT などの早期介入の治療者も家に来る。医学的診断が必要になると病院に行くことになる。3歳以降は管轄が市の Department of education になり、pre school, kindergarten も、発達に合わせた個別プログラムのあるところが用意されている。小学校は、知能及び行動に顕著な問題なければ普通学校で、ケースに応じて専任の補助員が1対1につき、個別教育プログラムが策定され、ST や OT の療育も学校で用意されている。これらは、基本的に患者さんからの申し出に基づくものであり、全て自己責任である。また、州による違いも日本より遥かに大きく、医療保険制度とあいまって、均一な医療サービスにはなり得ないという負の面があることも看過できない¹¹⁾。

2) 専門細分化

病院にもよるが、CHOP では専門科の細分化が著しく、複雑な疾患の場合、複数の科がそれぞれの立場で診療を行う。すると、全体像が見失われてしまう恐れがある。心理的な問題が身体症状に強く影響する心身症ではそれが顕著である。主として小児科が診ている場合は心理面への関与が希薄になり、精神科で診ている場合は身体面とは独立した診療になりがちである。隙間を埋める努力として、Multidisciplinary Conferences と称する多科・多職種のカンファレンスが頻回に行われているが、どうしても後手後手になりがちな感は否めない。

3) 構造化された教育

アメリカの教育は大部分がマニュアル化

され、多くの知識体系を系統立てて教育できるように「構造化」されている。研修医一年目から数多くのケースに埋もれ、多くの責任を負ってカルテを書き、検査をオーダーし、処方箋を出す日本のシステムは、ここにはない。少ないケースで、時間をかけて診療し、指導医が全てに目を通し、指導医のサインが無ければ、何らの医療行為も完了しない。医療資源の問題とも深く関連するが、数をこなすことで或る程度自ずと身に付いてくる、という日の教育システムとは完全に様相を異にする。アメリカの医療は、平均化されて標準偏差が少ない医療になっており、現場による医療の質の差は日本の方が大きいと感じた。しかし、反面、平均化されたデメリットもあり、構造化しきれない知識や、隙間の部分の疾患については手薄になりがちである。何でも器用にこなしてしまう日本人の特徴とはほど遠い。

4) 研修プログラムの問題

アメリカでは、子どもの心の専門医および専門職の養成についての研修プログラムが豊富であり、トレーニング後の就職先も多い。一方、現時点での日本に於ける研修プログラムの少なさ、および研修内容の非構造化の問題には、大学での卒然教育の問題、予算を始めとする医療資源の問題など、色々な要因が考えられる。

身体疾患においては、疾患や治療自体がある程度マニュアル化できるものであり、数を診ることで自ずと身に付く要素が大きい。しかし、心の診療においては、マニュアル化できることは少なく、ケースごとの相違が非常に大きいため、自ずと身に付く要素は少ない。自学自習の研修は危険であり、指導医からスーパービジョンを受けながらの研修が必須である。つまり、この分野では、或る程度構造化されたトレーニングが効率の面からも、医療の質の面からも重要である。

また、研修終了後の就職先の問題もある。日本においては小児科医の立場で心を研修した場合、その後の職場が限定されており、精神科研修をして精神科で就職する以外は小児科に戻ることになる。小児科に戻った場合は、小児科医の不足から身体疾患の診療に忙殺され、せっかく獲得した専門技能も十分に発揮できない場合が多いように思う。それを解決する一つの方法は小児科の中でのサブスペシャリティーである。アメリカには発達小児科としてのサブスペシャリティーが確立しており、日本でもこのような専門医制度を視野に入れた、こどもの心の診療医および発達小児科医としてのサブスペシャリティーの確立が重要ではないかとも考える。

E. 結論

子どもの心の診療に当たって、小児科医であることのメリットは、小児身体疾患と発達に通暁していることである。一方、精神的なアセスメントには不慣れな場合が多い。これは、アメリカにおいても変わりがなかった。アメリカで行われているような専門分化は、人的および金銭面での資源が豊富であれば、それなりのメリットもある。日本では状況が異なる上に、心身未分化な子どもにおいては、小児科と精神科と両方に通暁し、包括的に子どもの心を診るメリットの方が大きい。今後、科の違いに関わらず、両方の経験をつみ、包括的な子どもの心の診療ができるような、トレーニングシステムを構築することが必要と考えられた。

謝辞

海外研修にあたっては、柳澤正義先生（恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所所長）、奥山眞紀子先生（国立成育医療センターこころの診療部部長）ご高配を賜りました。滞在先では Josephine Elia 先生（The Children's Hospital of Philadelphia, the

Department of Child and Adolescent Psychiatry) に大変お世話になりました。この場を借りて深謝申し上げたいと思います。また、留守中に多大なご迷惑をおかけした国立成育医療センターこころの診療部の皆様にも深く御礼申し上げます。

参考

- (1) 子どもの心の診療医の養成に関する検討会 平成 17 年度報告書 厚生労働省雇用均等・児童家庭局 2006 年
- (2) www.acgme.org
- (3) www.acgme.org/acWebsite/RRC_400/400_prIndex.asp
- (4) www.acgme.org/acWebsite/RRC_320/320_prIndex.asp
- (5) www.tripleboard.org
- (6) Warren MJ, Dunn DW, Rushton J. Outcome measures of Triple Board Graduates,

1991-2003. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry;45:700-8, 2006.

(7) <http://www.appic.org>

(8) American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics, 2000; 105: 1158 - 1170,

(9) American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatrics, 2001; 108: 1033 - 1044

(10) www.eqipp.org

(11) 李 啓充 市場原理に揺れるアメリカの医療 医学書院 1998

表1:子どもの心の診療に専門的に携わる医師数(日本)

学会	医師数
日本小児科学会	200人
日本小児神経学会	100人
日本小児精神神経学会	30人
日本小児心身医学会	50人
日本児童青年精神医学会	123人
全国児童青年精神科医療施設協議会	42人
日本精神科病院協会	数人
日本精神神経学会	N/A
日本小児科医会	N/A

文献1より作成

(概数)

表2:子どもの心の診療に専門的に携わる医師のための研修施設(日本)

茨城県立友部病院
 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
 東京都立梅ヶ丘病院
 神奈川県立こども医療センター
 あいち小児保健医療総合センター
 大阪市立総合医療センター
 大阪府立母子保健総合医療センター
 兵庫県立光風病院
 国立病院機構香川小児病院
 国立病院機構肥前精神医療センター

文献1より作成。

この他にも民間施設や大学病院にもあると思われる。

表3:フィラデルフィア小児病院と国立成育医療センター

	フィラデルフィア小児病院	国立成育医療センター
ベッド数	431 床	450 床
スタッフドクター	691 人	128 人
フェロー	191 人	18 人*
レジデント	121 人	121 人
ケースワーカー	約80人	2人
臨床心理士(常勤)	43人(PhD)	2人

* 成育専門修練医:米国でのフェローとは意味が異なる

表4:フィラデルフィア小児病院、2005年度の諸統計

収入 (単位:1,000ドル)	診療報酬	771,201
	研究費	128,493
	寄付	58,205
	雑収入	10,742
	合計	968,641
支出 (単位:1,000ドル)	給与	390,797
	物品	223,954
	研究	146,161
	設備投資	96,304
	減価償却	67,917
	保険外診療	33,298
	投資	10,210
	合計	968,641
入院	件数	22,403人/年
	在院日数	5.12日/人
外来	専門診療科	261,519人/年
	一般小児科(分院含む)	512,252人/年
	救急外来	88,548人/年
	日帰り手術	13,736人/年
研究所の獲得資金 (単位:1,000ドル)	NIHより	102,000
	その他の競争的研究費	154,000

表5：フィラデルフィア小児病院における”子どもの心の診療”

疾患	診療科
児童精神科的疾患	Child and Adolescent Psychiatry
発達障害	Development and Rehabilitation Medicine
行動の問題	Development and Rehabilitation Medicine
チック	Development and Rehabilitation Medicine
	Child and Adolescent Psychiatry
	Neurology
心身症	General Pediatrics
	Adolescent Medicine
	Psychology
虐待	Center for Child Protection and Health
	Psychology
慢性疾患に伴う心の問題	各科
	Psychology
コンサルテーションリエゾン	Child and Adolescent Psychiatry

表6：アメリカでの子どもの心に関する専門科の概要

科	Child and Adolescent Psychiatry	Developmental-Behavioral Pediatrics	Child Neurology
対象	児童精神科疾患、発達障害	発達障害、行動の問題、リハビリ、療育	小児神経疾患
専門医数	5926人	427人	1545人
研修施設数	115施設	31施設	72施設
研修年数	成人精神科3-4年の後、2年	一般小児科3年の後、3年	一般小児科2年の後、3年

表7：Didactic Seminar of Department of Child and Adolescent Psychiatry

Jan 4, 2007

09:00-10:00 Interdisciplinary Case Conference (T.Power PhD)

10:00-11:30 Child Case Seminar (B. Shapiro MD and H. Kolansky MD)

12:00-13:00 Journal Club (E. Chen MD; 1st year fellow)

13:00-14:30 Physical development of children (A. Kim MD)

14:30-15:30 Rating scale for ADHD (R.Eiraldi PhD)

Jan 11, 2007

08:30-10:00 Professors Round (P. Duckert MD)

10:00-11:30 Child Case Seminar (H. Kolansky MD)

12:00-13:00 Ground Rounds: Neurobiology and suicide (P. Jamssen MD)

13:15-14:30 ADHD part1 (J. Elia MD)

14:30-16:00 Brain Development and Autism (P. Meyer MD)

表8: ACCREDITED PROGRAM – VIEW PROGRAM

PROGRAM INFORMATION

Children's Hospital of Philadelphia Program

CHOP BEHAVIORAL CENTER
3440 MARKET ST, SUITE 200
Philadelphia, Pennsylvania 19104
<http://www.chop.edu>

Sponsoring Institution: Children's Hospital of Philadelphia
Specialty: Child and Adolescent Psychiatry

DIRECTOR INFORMATION

Tami D. Benton, MD
Director, Child and Adolescent Psychiatry Residency
Director First Appointed: June 17, 2000
Phone: (215) 590-7530
Fax: (215) 590-7540
Email: Bentont@email.chop.edu

ACCREDITATION AND GENERAL INFORMATION

Original Accreditation Date:
Accreditation Status: Continued Full Accreditation
Accreditation Effective Date: October 29, 2004
Accredited Program Length: 2 years

Program Requires Prior or Additional GME Training: YES
Number of Prior or Additional Years Required: 3
Program Requires Dedicated Research Year: NO

ACGME APPROVED POSITIONS

Total ACGME Approved Positions: 10

ACGME FILLED POSITIONS

Year 1 Filled Positions: 4
Year 2 Filled Positions: 5
Total Number of Filled Positions: 9

MEDICAL SCHOOL AFFILIATIONS

Univ of Pennsylvania Sch of Med, Philadelphia, PA

PARTICIPATING INSTITUTIONS AND ROTATIONS

Friends Hospital – Major Participating Institution
Year 1 Months of Rotation: 6
Year 2 Months of Rotation: 0

表9 : Development and Rehabilitation Medicineでの研修先

- * Regional Autism Center
- * Behavioral Pediatrics Clinic
- * Outpatient Child Development Program
- * Center for Attention and Learning Problems
- * Cerebral Palsy Program
- * Child and Adolescent Psychiatry
- * Child Neurology
- * In-Patient Consult Service
- * Center for Dysphagia and Feeding Management
- * Fellows Developmental-Behavioral Pediatrics Clinic
- * Neonatal ICU Follow-up Clinic
- * Genetics and Metabolism
- * Pediatric Behavioral Psychology Outpatient Counseling Service
- * In-Patient Developmental Disabilities and Neurorehabilitation Service
- * Developmental-Behavioral Consultation at the Primary Care Centers
- * Trisomy 21 Program
- * CARE Clinic (child neglect and abuse)
- * Pediatric Pain Management Service
- * Physical Medicine and Rehabilitation
- * Spina Bifida Clinic
- * Biobehavioral Inpatient Unit for Severe Behavioral Disorders
- * Neurorehabilitative Health
- * Sleep Disorders Clinic
- * Neuropsychology and psychoeducational assessment

表 10 : フィラデルフィア小児病院心理部門の研修領域

Core Training Area I: Assessment

ADHD in Primary Care Initiative (Community Rotation)

Center for Management of ADHD

Neonatal Follow-up Program

Neuropsychology Service

Oncology

Core Training Area II: Inpatient Consultation/Intervention

Inpatient Consultation and Liaison Service

Pediatric Gastrointestinal Disease Management Program

Pediatric Oncology

Thoracic Organ Transplant Program

Core Training Area III: Intervention & Treatment

Adherence Program

Adolescent HIV Initiative (Community Rotation)

Behavioral Health in Schools Initiative (Community Schools)

Center for Management of ADHD (Therapy)

Child and Family Therapy Service

Children's Intensive Emotional & Behavioral Program (Community Rotation)

The Family Stress and Illness Program

Intervention and Prevention

Oncology Survivorship Clinic

Pain Management Program

Pediatric Feeding and Swallowing Center

Pediatric Sleep Center

Primary Care Initiative (Community Rotation)

Violence Prevention Programs (Community Rotation)