

精神科を基礎とした医師で子どもの心の診療を行う医師の育成に関する研究

分担研究者	牛島 定信	東京女子大学文理学部教授
研究協力者	市川 宏伸	東京都立梅ヶ丘病院院長
	山田佐登留	東京都立梅ヶ丘病院
	西村 良二	福岡大学医学部教授

研究要旨

全国を北海道、東北、関東、東海、近畿、中国、四国、九州の8地区に分けて、児童精神医療の実態を研修の面から調査した。その結果、精神医学の卒後研修を担ってきた大学病院の役割は、最近になって「子どもの心の診療部」が全国の大学病院で開設されているとはいえ、必ずしも児童精神科の研修では大きな役割とはなっておらず、むしろ全国児童青年精神科医療施設協議会関連の病院を中心とした地域の国公立の病院の役割の方が大きいという印象をえた。その一方で忘れてならないのは民間の力である。単科の精神科病院の一部で地域の児童精神医療を担っている（広島、熊本など）が、むしろ注目すべきは自らの意思で児童精神医学の実践に携わってきた精神科医が地域社会でクリニックを開業して果している役割である。地域の児童精神科へのニーズを背負う一方で、若い精神科医の研修の助けになっているところが、地域差があるとはいえ、結構に大きいとの印象を得た。ことに、北海道、関東地区、さらには東北、九州の一部にその傾向が強い。我が国の今後の児童精神科の研修システムを構築する上で注目しておくべきことであろう。

その一方で、我が国の児童精神科の研修システムの不備は目を覆いたくなるほどである。早急なシステムの構築が求められるところであるが、そのための指針として日本児童青年精神医学会教育に関する委員会作成の「児童精神医学研修到達目標」を同委員会と連携の中で、本研究の一端とさせていただき、別紙に掲載した。

A. 研究目的

初年度は、日本児童青年精神医学会の認定医の資格をもつ児童精神科医を対象に認定を受けるまでの研修経過を調査した。次年度は、同じく同学会員で現在児童精神科医を目指して研修中の臨床経験10年以下の会員を対象に調査を行った。いずれの調査でも入院治療、経験するケースの種類な

らびに質、指導者ならびに研修様式等にか
なりばらつきのあることがあきからにな
った。3年目の今年度は各地域の児童精神
医療施設で、研修がどのように進んでいる
のかの実態を全国的規模で調査すると同時
に、過去の研究に基づいて、研修の到達目
標の設定を目指した研究を行うこととした。

B. 研究方法

まず日本児童青年精神医学会の教育に関する委員会（西村良二委員長）との連携をとることとして、西村良二、大井正己委員の参加をいただき、加えて、北海道地区（河合建彦）、東北地区（本多奈美）、関東地区（斉藤卓弥）、東海地区（野邑健二）、近畿地区（岡田章）、中国地区（大澤多美子）、四国地区（泉本雄司）、九州地区（瀬口康昌）の各地域、並びに全国の専門施設（清田晃生）について研究協力をお願いして、各地域の実情を調査してもらった。その方法として、4回のラウンドテーブルディスカッションを行って、各地域の現状を語り合い、現状把握の仕方の統一を図るべく、お互いの研修実態の認識を同じくするように努め、それを基に各地区の実態の調査に入った。

加えて、研修の到達目標としては先述の教育に関する委員会で検討され、練り上げられた成案を取り入れることとした。

（倫理面への配慮）

各施設の実態調査であるので、個人情報の問題、個人に与える有害事象等の配慮の必要はなかったが、報告書が各施設の世評、風評に社会的影響を及ぼす可能性があることを考慮して、各施設の名称を使うことができるだけ控えた。また、ディスカッションの他に参加した各研究協力者には情報漏えいの防止に努めるように申し合わせた。

C. 研究結果

1. 各地区の実情について

北海道地区：児童精神科の臨床を実践していると目される28医療機関（16病院、12診療所）を対象に調査を行った。その結果、研修を受け入れる意思を表明した施設

は16施設（8病院、8診療所）57.1%あったが、子どもの専門外来を設置しているのは4診療所、2病院だけで、他は成人診療との混在の中でなされていた。また入院受け入れを表明した施設は11病院あったが、専門病棟をもっているのは1施設（児童精神科専門病）だけであった。また、28施設の中で学会認定医がいる施設は5施設（2病院、3診療所）であった。研修プログラムを準備中としたのが4施設であった。

東北地区：調査対象になったのは39施設（31病院、8診療所）で、研修の受け入れ可能なのは10施設（25.8%）であった。全体の23施設（59%）が専門外来を置いているとし、入院可能としたのは13施設であるが、児童精神科専用の病床を持っている施設はなかった。認定医の資格をもっているのは7施設8名であった。1施設だけが研修のプログラムを持っていた。

関東地区：24の大学病院と26の診療所が調査対象となった。研修の受け入れを表明している施設は、8大学（33.3%）、11診療所（42.3%）である。また専門外来を準備しているのは7大学（29.2%）であり、児童ケースが多いと答えた診療所は21であった。関東地区には、その他都立梅ヶ丘病院、国府台病院など7,8の子ども専用の病床をもった大きな施設があり、調査で現れた実数より充実の程度は大きいことは論じるまでもない。

東海地区：7つの大学病院のうち子どもの心の診療部をもっているのは3大学だけであるが、この地域は専門ないしはそれに準じる病床をもった国立病院、県立病院が6か所あり、研修の準備性は大きいといえる。その他4病院、4診療所が児童症例の受診

の多い施設として挙げられているが、研修を受け入れるほどの準備性はない。

近畿地区：11大学のうち9大学が調査対象となった。そのうち、専門外来を持っているのは2大学で、研修の受け入れを表明したのは2大学（22%）であった。その他公立の3施設が児童精神科に積極的であり、地域をリードしている。診療所には不問。

中国地区：入院可能な施設の調査が行われた。5つの県で、4大学病院が入院可能となっているが、専門外来をもうけていないし、2つの県の大学での入院受け入れがない。その他、県立、私立病院で児童思春期病棟を立ち上げた施設が3つあるが、その他一般の総合ないしは精神科病院（公立、私立）での入院受け入れを表明しているが、研修の実態は不明である。

四国地区：4つの大学病院がそれぞれに子どもの心診療部ないしは専門外来をもち、それが中心になって研修を担当しているという構図になっている。その他、国立子ども病院精神科、3つの児童中心のクリニックが機能し、研修の機会を覗かせている。

九州地区：児童精神科として評価された施設は、全体で33施設（19病院、14診療所）である。地方で重視される大学病院では11大学中5大学に過ぎない。子どもの心診療部を持っているのはそのうち2大学である。公立病院でしっかりしているところでは、4病院ぐらいである。県によっては公立、私立病院が大学病院に代わって機能を担っているという構図になっている。診療所にもばらつきがあって、福岡の8診療所、大分の4診療所ぐらいであるが、いずれも研修を引き受けるほどの余裕はない。

2. 研修の到達目標

先述したように研修の到達目標の作成ならびに検討は、先述したように「教育に関する委員会」（西村良二委員長）に負っている。それによると、講義その他で得る知識の上に、実際に研修の中で体験すべき種々の病態がある上に、診療を実践していく上で不可欠な技能性、社会性があることは論じるまでもない。それらが要領よくまとめ上げられている。

D. 考察

児童精神科の研修に関する調査となると、さまざまなことが複雑に入り込んで、そうまとまった結果を得ることは難しい。何時ごろから始めた研修か、パート的な週1～2回の研修で充分か、指導者はどうかなどを含めて答えなくてはならないが、臨床現場に行くと実にさまざまな実態のあることがわかる。

この調査で明らかになったことは、児童精神科の研修の主導権を握っているのが全国児童青年精神科医療施設協議会関連の施設であることである。オブザーバーの一部を除いて全てが児童専用の施設を持っている。専門外来は勿論のこと、専用の病棟をもち、スタッフすべてがそのために働いているのである。協議会にかかわりのない国公立病院の役割もまた忘れてはならない。大学病院が積極的でない地域では、これらの役割の大きさは近畿、中国地区によく現れている。次いで期待されているのが、大学病院精神科（あるいは小児科）であろう。最近、児童精神医学へ注目が集まる中で「子どもの心診療部」を創設する大学病院が増えつつある。だがしかし、その数も80大学のうち10施設前後であり、専用の病棟

といっても成人病床との共用であることが多い。戦力としては今ひとつの感があるが、注意すべきは関東や東海地区は別にして、地方に行けば行くほど、大学病院の児童精神科の研修に占める役割の大きさは否定すべくもない。ただ、児童相談所、精神保健福祉センターその他が児童精神医学の実践の必要から大学病院に人材を求める動きの中で、大学の医師が地域の児童精神科に間接的にかかわる場面が大きく増えたことである。東海、近畿地区の数字はこのことを物語っている。

さらに忘れてならないのは民間のエネルギーである。単科の精神病院では一部の除いて思春期青年期精神医療が中心であるが、児童精神医学を専門として実践し育ててきた医師がクリニックを開業し、児童精神医療を担っている実態は重視すべきであろう。関東地区を中心に、北海道地区、東北地区、九州地区（福岡、熊本）等では、他地区にはみられない活動がある。

その一方で忘れてならないのは、教育施設の標準化（研修プログラム）、指導者の平均化、研修時の身分等、全くといってよいほどに準備がなされていないことは十分に認識しておかねばならない。それだけに、高まり行く児童精神科へのニーズが、指導者にまたは研修者そのものに大きく負担になって圧しかかっているのである。忘れてはならないことであろう。この事態は、各地区を見回したときの「ばらつき」となって現れていることも認識しておきたい。

本研究班を担当した日本児童青年精神医学会も、専門医制度に向けて動き出さねばならないことを示している。そのための布陣としての、今回の調査であったし、研修

の到達目標であった。以下に、過去三年の研究を踏まえて、提言として幾つかの点を述べて結びにしたいと思う。

- ① 児童青年精神医学のシステマティックな研修システムの構築が急務である。
- ② 各都道府県に医療経済的な保証も含めた児童青年精神科入院施設の整備が必要である。
- ③ 専門家養成のための経済的基盤の整備が必要である。
- ④ 児童青年精神医学の専門医制度の構築に努めるべきである。日本児童青年精神医学会は、現在の認定医制度を超えて、新しい専門医制度への一步を踏み出すべきであろう。

E. 結論

全国の児童精神科の実情を研修の視点から調査を行った。その結果、精神医学の卒後研修が大学病院に依存してきたが、児童精神医療だけは、その大学病院の機能でカバーすることはできず、全国児童青年精神科医療施設協議会の果す役割が非常に大きくなっていることは調査が示すとおりである。つまり、大学病院での研修よりも地域の国公立病院の果す役割が大きいことが挙げられる。しかし忘れてならないのは、自らの意思で児童精神医学を身につけ、独り立ちして地域社会で実践している児童精神科医の存在である。社会のニーズに応える役割と同時に、児童精神科の研修の一端を担う傾向が、地域による差はあるが、確かにつよくなっているのである。今後の児童精神医学の研修を考える上で心しておかねばならないことである。

しかしながら、地域差が非常につよくて、

まちまちであり、児童精神医学の研修システムはまだ雲を掴むかの状況である。そのために、研究の一環として日本児童精神医学会の教育に関する委員会作成の「研修の到達目標」を掲げ、今後の研修の方向の指針とした。

F. 研究発表

1. 論文発表

- ・牛島定信. 児童青年精神医学のこれまで、そしてこれから. 臨床精神医学 36(5):667-668,2007.5.
- ・牛島定信. 精神医学における自己愛障害をめぐって. 精神療法 33(3):267-272, 2007.
- ・牛島定信. 変わり行く現代人の人格構造. 東京女子大学紀要論集 58(1):199-218, 2007.
- ・市川宏伸: 児童思春期の薬物療法. 臨床精神医学 36 : 511-514, 2007.
- ・市川宏伸: 児童青年期における副作用; 向精神薬の副作用と対策—安全な薬物療法のために—. 臨床精神医学 36 (増刊号) : 276-280, 2007.
- ・市川宏伸: 特別支援教育の展開と課題—医療の立場から—. 児精誌, 48:553-554, 2007.)
- ・市川宏伸: 発達障害者支援法と医療. 日本外来臨床精神医学, 5 (1) : 36-39, 2008.
- ・市川宏伸: 障害者自立支援法と医療 —子どもの精神科から—. 精神療法, 34 : 34 : 16-25, 2008.
- ・山田佐登留: よくみる子どもの心の問題 - 思春期の問題; リストカット -. 母子保健情, 55 : 46-49, 2007.
- ・山田佐登留: 子どものこころの障害; AD/HD の病因論. 臨床精神医学, 36 : 589-596, 2007.
- ・山田佐登留, 市川宏伸, 牛島定信: 子ども心の診療医の育成について—児童青年精神医学の立場から—. 精神神経学雑誌 110 (4) (印刷中, 2008年6月)

2. 著書

- ・牛島定信. スクールカウンセリングに期待するもの. 秋山千枝子, 堀口寿広編, スクールカウンセリングマニュアル, (P7-8), 日本小児医事出版社, 2007, 12.5.
- ・市川宏伸: 発達障害における衝動性. 精神看護エクスペール 20 衝動性と精神看護 (坂田三允総編集), P101-110, 中山書店 (東京), 2007.
- ・市川宏伸: 思春期のAD/HDの薬物治療. 「精神科治療学」選定論文集, P279-285, 星和書店 (東京), 2007.
- ・市川宏伸: チック障害, 今日の治療指針 2008 (山口徹, 北原光夫, 福井次矢編), 751, 2008.

3. 学会発表

- ・山田佐登留(日本児童青年精神医学会), 泉本雄司, 大井正己, 北村陽英, 佐藤喜一郎, 田中康雄, 橋本大彦, 広沢郁子, 森岡由起子, 渡部京太, 西村良二, 市川宏伸, 牛島定信: 日本児童青年精神医学会 18年度教育に関する委員会委員児童青年精神医学を志す卒後 10年目までの若手医師に対するアンケートから研修の現状と望ましい研修について検討する. 日本児童青年精神医学会 48回総会, 2007.10.

以上

表 1 児童青年精神科医到達目標

日本児童青年精神医学会 教育に関する委員会

平成16年から教育に関する委員会は、児童青年精神科医を目指す卒業研修医の育成プログラムを作ることを目的として、いくつかの児童青年精神科専門病院の研修カリキュラムと日本精神神経学会の精神科専門医制度研修手帳における「児童・思春期精神障害」に関して求められる方法及びレベルの内容を検討した。しかし、レジデント研修を受け入れている専門機関は少なく、児童青年精神科医を志す医師が全てそのような機関で研修を受けることは困難であるという状況を考慮し、機関共通の育成プログラム作成を目指すのではなく、児童青年精神科医を志す医師及び指導医が施設ごとに評価できるような到達目標を作成することになった。到達目標は児童青年精神科研修を通じて修得すべき内容とし、(A)主に講義により理解する項目と、(B)経験と習熟が求められる技術項目、そして(C)指導医の指導のもと担当医として経験すべき症例覧に分類した。これらの知識と技術を修得し、広範な症例を経験することは児童青年精神科医として望ましいと考えた。この児童青年精神科医到達目標(案)は、児童青年精神科医を目指す医師の自己評価のために、また彼らを指導する医師の参考のために、そして近い将来に作られるかもしれない児童青年精神科専門医の育成のためのプログラムの叩き台として利用されることを望むものである。

A. 主に講義により理解する項目

- 1 乳幼児期から青年期までの精神発達の諸理論
- 2 精神保健福祉法、障害者自立支援法、発達障害者支援法、児童福祉法、虐待防止法、少年法
- 3 幼児、児童、青年期、それぞれの段階に応じた問診の仕方、面接の仕方、カルテの書き方
- 4 児童青年期にみられる各疾患・障害の病態、発現機序、診断、治療法、予後
 - ・発達障害(広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害、精神遅滞)
 - ・内因性精神病性障害(統合失調症、気分障害)
 - ・神経症性障害(不安障害、強迫性障害、重度ストレス反応及び適応障害、解離性障害、身体表現性障害)
 - ・摂食障害、非器質性睡眠障害
 - ・器質性障害(てんかん、脳炎後遺症)
 - ・その他(チック障害、習癖異常、選択性緘黙、反抗挑戦性障害、行為障害、不登校、

- 児童虐待、薬物依存、人格障害、自傷行為、自殺、コンサルテーションリエゾンなど)
- 5 児童青年期例に対する薬物療法（作用と副作用、相互作用の理解、本人と家族への説明方法、効果の評価方法）
 - 6 児童青年期例に対する個人心理療法
 - 7 児童青年期例に対する集団心理療法
 - 8 児童青年期例に対するその他の治療法（言語療法、理学療法、作業療法、運動療法）
 - 9 児童青年期例に対する療育相談、発達支援方法
 - 10 児童青年期例の家族への対応
 - 11 児童相談所、児童養護施設、児童自立支援施設、情緒障害児短期治療施設など福祉施設の役割と連携
 - 12 保育所、幼稚園、学校など保育・教育の役割と連携
 - 13 特別支援教育
 - 14 家庭裁判所、司法の役割と連携
 - 15 子どもの権利擁護

*上記の項目は主に指導医の講義や学会等の教育講演により修得するものであるが、やむを得ない場合に限り文献や書籍による自己学習でも差し支えない。

B. 経験と習熟が求められる技術項目

- 1 乳幼児に対する行動観察と家族やその他関係者からの情報聴取
児童青年期例への面接と家族やその他関係者からの情報聴取
- 2 頭部CT、MRI、脳波など放射線検査、生理学的検査を適切に施行し、結果を評価する
- 3 児童青年期に必要な心理検査の結果を評価し、本人や家族へ説明し、治療計画の参考とする
- 4 薬物療法の実施（本人・親へのインフォームドコンセント、薬効評価）
- 5 個人精神療法
- 6 集団精神療法
- 7 行動療法、認知行動療法
- 8 家族療法
- 9 生活技能訓練
- 10 児童青年期症例の発達段階や心理状態に応じた遊戯療法などの非言語的アプローチを行う
- 11 発達障害を有する症例に対し、家族や関係者への療育相談と発達支援を行う

- 12 症例を通じた児童相談所・保健センターなど保健福祉機関との連携のための会議へ参加し、専門的な意見を述べ、関係者と適切にコミュニケーションがとれる
- 13 症例を通じた学校その他教育機関との連携のための会議へ参加し、専門的な意見を述べ、関係者と適切にコミュニケーションがとれる

C. 指導医の指導のもと、担当医として経験すべき症例覧

日常臨床で出会いやすい症例を挙げ、各自で自己チェックしやすいように便宜上グループ分けした。経験すべき症例は、治療開始年齢が18歳未満のものとする。また、指導医の指導とは、面接同伴などの直接的指導とスーパーバイズや症例検討会などの間接的指導のどちらでも良いこととする。

グループA

- 1 精神遅滞
- 2 広汎性発達障害
- 3 注意欠陥多動性障害
- 4 学習障害

グループB

- 1 統合失調症
- 2 気分障害

グループC

- 1 不安障害
- 2 強迫性障害
- 3 重度ストレス反応および適応障害
- 4 解離性障害
- 5 身体表現性障害

グループD

- 1 摂食障害
- 2 非器質性睡眠障害

グループE

- 1 チック障害

- 2 習癖異常
- 3 選択性緘黙
- 4 脳炎後遺症
- 5 薬物依存
- 6 人格障害

グループF（但し、グループAからEの症例に重複しても可）

- 1 てんかん
- 2 被虐待
- 3 反抗挑戦性障害あるいは行為障害
- 4 福祉・教育・保健医療とのコンサルテーションを実際に行った症例
- 5 他科とのリエゾン
- 6 不登校を呈した症例

＊) 上記のグループ分けは、ICD に準じた。

最後に

この到達目標は、初期研修終了後 3 年以上かかって修得されることを想定して作成した。児童青年精神科医として社会から要求されるレベルは、その時代や地域によって異なるものであろうが、この到達目標が、児童青年精神科医を志す医師のみならず全ての児童青年精神医学に関わる医師の専門性向上に役立つことを願う。

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
分担研究報告書

大学病院精神科における子どもの心の診療のあり方と人材育成に関する研究

分担研究者	吉田敬子	九州大学病院精神科神経科
研究協力者	山下 洋、出口美奈子、森山民絵	九州大学病院精神科神経科
	吉良龍太郎	九州大学病院小児科
	遠矢浩一	九州大学大学院人間環境学府附属総合臨床心理センター

研究要旨

子どもの心の診療に携わる専門的人材の育成に関して、大学病院精神科における現状の分析と今後の役割を検討するためには、大学病院へ受診する子どもの特徴や傾向の把握および受診経路の分析からみた大学病院の役割、病院内での他科での研修医師との連携、子どもの心の診療を現在行っている大学病院の診療システムと現状、今後の人材育成のための内容や育成効果の評価などの検討が必要となる。

そこで本研究の方法として、以下の4つの下位研究に分けた。すなわち、1. 九州大学病院における子どものこころと発達外来設置後の患者の受診動向調査。2. 同大学病院における小児科・精神科の連携と臨床研修の検討。3. 子どもの心の診療部を設置している全国8つの大学病院精神科の外来と入院の診療実態、卒前・卒後研修についてのアンケート調査および質的聞き取り調査。4. 英国ロンドン大学児童精神医学ディプロマコースのわが国での研修の応用、である。

その結果、各研究について以下の結果を得たので、それにもとづく結論と提言を行った。

1. 児童精神科外来の新患のDSM-IVの基準を用いた診断内訳は、広汎性発達障害、破壊的行動障害が約70%を占め、知的障害は軽度発達障害の事例がほとんどを占めており、中等度や重度の精神遅滞は少数であった。子どもの背景因子としては身体疾患の合併率は65%と高く、家族機能不全の事例も多かった。子どもの神経症圏やストレス関連疾患の急性期の病態や重症例の入院治療の臨床研修の機会の確保が今後の課題と考えられた。
2. 大学病院の精神科でのケースで、小児科と合同で検討を要し、また合同研修に適している内容としては、身体の不調や症状を訴えて小児科を受診している子どもについての発達障害の評価、家族の養育機能の検討がポイントとなるケースが多かった。
3. 8大学病院の児童精神科および関連外来では、いずれも受診希望・予約の増加傾向は続いていた。その一方でコメディカルを含めた臨床スタッフの充実はなく、全体の診療と教育体制の運営が十分ではない、また教育など関連機関への情報提供やコンサルテーション業務など新たなニーズの拡大に対する診療報酬上の裏付けがない、今後は、関連機関に医療職としての活動の場を広げることで診療システムと報酬の問題を解決するべきとの指摘が大多数であった。これらの人材の確保と診療報酬の整備ができて、はじめて人材育成の教育と研修も可能になる。
4. 児童精神医学ディプロマコースの責任医師と検討した結果、コースの応用は可能であると判断され、準備の協力を得た。ただし、研修のプログラムは、育成する人材の資源や研修の場の現状を鑑みて、まずは臨床内容に絞って開始するなど、わが国に適合した内容にする工夫が必要である。

研究1. 九州大学病院「子どものこころと発達外来」設置後の外来診療の実態

A. 研究目的

九州大学病院における子どものこころと発達外来設置後の患者の受診動向を検討する。

B. 研究方法

外来新設後の平成17年度と18年度の24カ月間の新患ケースについて前方視的調査を行う。診断はDSM多軸診断を用い、さらに受診経路について検討を行う。ただし、個人情報守秘義務に配慮し、受診児はIDでデータを管理した。

C. 研究結果

外来新設後の受診動向として、まず24カ月間の新患数は251名であった。予約待機期間は平均8.6週であった。新患の動向を診断学的に検討すると、主診断は自閉症スペクトラム障害（自閉性障害72名、広汎性発達障害35名、アスペルガー障害16名）が49%を占めた。また破壊的行動障害（注意欠陥多動性障害40名、反抗挑戦性障害4名、行為障害8名）が、21%と次に多い診断カテゴリーとなった。知的レベルについてみると知能検査施行例183例の平均値はIQ85であった。

受診経路は紹介率86.1%で、小児医療機関（98名）がその39.0%を占め、うち院内小児科からは25名であった。また、各種教育機関からの紹介も30名で、教育との連携が増す実態を示していた。

また、全受診児の65%は身体疾患を合併していた。受診経路は紹介率が小児医療機関39.0%を占め、問題が生じてからの経過期間は平均45カ月と長期間を経ている。

D. 考察

これらの結果は、軽度発達障害の診療のニーズの高さを示している。また、完全予約制で1カ月以上の予約待機期間のため、

神経症性、ストレス関連疾患など即応を求めるケースへの対応は十分ではないことが考えられる。さらに身体疾患の合併率が高いことは、総合病院の特性を反映するとともにリエゾン精神医学のニーズを示していると考えられた。

問題が生じてからの経過期間は平均45カ月（SD=37）と長期間を経ている。発達障害中心で、専門性の高い二次、三次医療を担っていることによると考えられた。

一方教育研修病院としては、精神病圏および適応障害、神経症圏の疾患についての研修の機会が確保できないことが今後の課題と考えられた。

大学病院が診療を担う子どもの心の問題には、情緒・行動・認知の発達の特徴、心身の相関、および学校も含めた環境適応の問題が関与していると考えられる。さらに、子どもの受診経路には、子どもの状態に対する養育者の態度や認識など、他機関の機能分化の現状も反映していると考えられる。

E. 結論

- (1) 小児リエゾンを含む内容の専門的な教育研修システムの整備が必要である。
- (2) 地域のニーズ（特に軽度発達障害へのニーズ）に応えるために、スタッフの充実および地域での一次、二次医療機関などの役割分化を検討し、システムを構築する必要がある。

研究2. 九州大学病院における小児科・精神科の連携と臨床研修の検討

A. 研究目的

子どもの心の診療のうち多領域に関与する例の検討と関連科スタッフの関与のあり方を検討する。

B. 研究方法

研究1の前方視的調査の受診ケースのうち、小児科・精神科が連携して診療を行ったケースについて、両科の診断および連携のあり方を概観する。また、これらのケースの中から選択して、当外来の構成スタッフ（精神科、小児科）による合同臨床カンファレンスを継続して開催し、診療内容や教育研修のあり方を検討する。

C. 研究結果

研究1の新患251名のうち、当外来の小児科・精神科が連携して診療を行ったのは46例であった。さらに平成18年7月から、これらの連携ケースの中から24例を取り上げ当外来の構成スタッフによる多職種合同ケースカンファレンスを行った。身体疾患をもつ子どもの発達の評価や家族機能不全への対応がポイントとなるケースが多かった。

参加者へのアンケートの結果、ほとんどの参加者が検討会の意義はあると回答した。特に、小児科医師からは、小児発達の細かい評価に留意し、特に軽度精神遅滞を見落とさないことの重要さに気づいたとの意見がみられた。さらに家族背景や家族の機能評価を含めた児童精神医学の病歴の取り方が特に勉強になったとの感想があった。一方精神科医師からも、情緒・行動の問題を器質疾患の観点もふまえて検討することが重要とであることを認識できたという意見があった。

D. 考察

発達に問題のある子どもの受診が増加している。ただし、その場合、重度の精神遅滞は小児科受診へ、軽度の精神遅滞は二次障害のために精神科を受診している診療実態がある。そこで、小児科と精神科で同一症例を検討することで、それぞれの経験と専門知識を補完しながらケース検討の質を高めることが出来ると考えられる。このことは、研修に参加した医師の意見や感想からも示唆されると考える。

身体科がより細分化、専門化されている反面、リエゾン例数やケースで見られた内容は、子どもの心身への包括的なアプローチの必要性も示唆していると考えられた。また、精神科も同様な研修とアプローチが求められていると考えられた。

E. 結論

- (1) 大学病院での今後の研修のガイドラインとして、i) 初期研修レベルでは、症例発表や研修レポートにより、身体疾患の子どもの心の問題を理解し、簡潔にまとめる能力の習得 ii) 後期研修レベルでは、小児科・精神科の診療経験において、心の問題を持つケースへの専門医によるスーパービジョンを受けることが考えられる。
- (2) 児童精神医学の独立講座や子どもの診療部が少ないのが現状である。大学病院の精神科科長は、他講座や子どもの心の臨床と関連する他領域機関との交流を行い、精神科において、成人精神医学カリキュラムとの調和、連携をはかりながらの人材育成が求められる。

研究3. 大学病院精神科に新たに設置された子どもの心の診療部の診療体系および専門教育の実態

A. 研究目的

子どもの心の診療と人材育成のための教育研修を行える診療部を、大学病院精神科に設置しそれが有効に機能するために、何が必要とされているかについて検討する。

B. 研究方法

大学病院精神科で子どもの診療を特化している「東京大学医学部附属病院 ころの発達診療部」「千葉大学医学部附属病院 子どものころ診療部」「自治医科大学とちぎ子ども医療センター 子どもの心の

診療科」「信州大学医学部附属病院 子どものこころ診療部」「名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療部」「香川大学医学部附属病院 子どもと家族・こころの診療部」、「横浜市立大学医学部附属病院 小児精神神経科」、「九州大学病院子どものこころと発達外来」の8施設に対し、アンケート（資料）および電話での聞き取り調査を行った。

調査内容は、1) 予約システムのあり方、2) 診療体制、3) 教育研修体制、4) 診療状況の最近の変化、5) 大学病院の特異性、6) 急増している軽度発達障への対応について量的、質的調査項目を設定した（資料参照）。

C. 研究結果

8施設すべての機関から、回答を得られた。本調査では、新設にあたりどのような診療と教育・研究の充実や変化があったか、また、現状での問題点や今後の要望などを主に分析した。

1) 予約システムのあり方について

7診療科で予約システムを採用しており、そのうち専属の予約担当者を設けているものは6診療科であった。予約担当者の職種は、看護職が3診療科、看護職と医師が1診療科、看護職と事務員が1診療科、心理職が1診療科であった。

予約担当者を設けたことで、一本化したわかりやすい窓口となり、一貫した対応や必要度の高い患者の抽出、効率的な振り分けなどが可能になる利点をあげていた。医師が予約に対応している施設では、対応のための診療の中断が問題となっていた。

予約担当者に必要なスキルとしては、緊急性や重症度の判断に必要な情報の聴取があげられた。また、院内各科の情報を知り小児科など重要な関連科との連携の判断も必要とされていた。そのための基本的な児童精神医学の知識も求められていた。

予約の優先順位の高いものとして、行為障

害の激しいケースや自傷他害のあるケースがあげられた。3大学ではニーズに応じて専門外来を設けていた。

予約待機期間は、発達障害に向けた専門外来などを除けば、概ね4ヵ月未満であり、新患枠を多く設けて、待機期間が1ヵ月から2週間未満と短縮した診療部も2-3みられた。

2) 診療体制について

(1) 初診での対応

初診の診察時間は30-90分で、初診に携わるスタッフは医師のみあるいは医師と看護師で対応している。心理士が初診に関わるのは2診療科のみであった。いずれの診療科でも初診を研修教育の場としており、初診への陪席と診察後の時間をういたケースにもとづくレクチャーが主であった。

研修のための時間は、7大学で10-15分に留まり、4施設が不十分と回答していた。

(2) 外来治療について

すべての診療科でチーム医療制をとっていた。診察時間は3大学で15分、5大学で30分以内であった。医師と心理士のチームが基本となっており、2診療科では精神保健福祉士、作業療法士も加わった多職種チームをとっていた。

チームでの役割分担として、医師が薬物療法も含めた、包括的な診断と治療の提示や親面接を行い、心理士が心理検査や心理教育、カウンセリング、遊戯療法など子どもへの個別対応を担当していた。精神保健福祉士による他機関との連携や作業療法士による集団療法や社会技術訓練を行っている診療科もあった。

チーム医療の長所として児童精神医学の特徴でもある子どもと家族の多面的理解と多次元的なニーズへの対応が可能になること、インテンシブな個別支援のためには必要であることをあげていた。

(3) 入院治療について

入院治療施設のある診療科は5つであり、いずれも精神科病床の一部を利用していた。

子ども専用として確保しているのは、一区画4床が子どもの入院に用いられている信州大学と子ども医療センターに入院病床を15床確保している自治医大の2診療科であった。信州大学では勉強机、本棚や親の面会用ソファ、自治医大では院内学級や子どものための病床と、それぞれ児童精神医学専用のニーズに対応するアメニティーの配慮がなされていた。

名古屋大学では成人閉鎖病床60床のうち、5人は常時18歳以下の患者が入院している。東京大学でも同じく成人精神科病床60床のうち5床程度を児童の症例が用いている。

専用の病床を確保している場合でも、そうでない場合も、小学校高学年(10歳以上)の入院が中心となっている。身辺自立に至らない低年齢児、発達障害を伴う子どもの入院では看護など病棟スタッフの理解や専門的対応が困難という理由があげられていた。また行動障害の強い、医療保護入院に該当する症例は、精神科研修の中で精神保健指定医申請の要件でもあり、教育研修期間での症例の確保が求められているが、十分ではない実情がある。

3) 教育研修について

院内での定期的な臨床カンファレンスは、すべての診療科で行われていた。月に3-4回の頻度で実施している機関が5施設と大半であるが、横浜市大では月20回とほぼ毎日実施しており、1回の時間は60分から120分、参加人数は7~8人から20人までであった。6診療科では後期研修医・レジデントも参加していたが、時間確保が困難との理由で参加できない診療科(東大)もあった。コメディカルとしては各診療科で心理士が参加するとともに、精神保健福祉士、作業療法士、看護師が参加する診療科(自治医大、信州大)があった。5診療科は院内のクローズドカンファレンスであり、オープンとしている自治医大、香川大や横浜市大では、教員、児童相談所職員など地域連携のキーパーソンも参加していた。

院外の地域での臨床カンファレンスも6診

療科のある地域で存在し、児童精神科に関わる定期的な研修会とも連携していた。これらのカンファレンスの意義として、地域全体の臨床力を上げ、連携がとりやすくなることや、臨床上特色のある医療機関からの報告を聞き議論に参加し、幅広い知識を獲得できることなどがあげられていた。

4) 診療部開設後の変化について

開設後4診療科では、人件費が増額され、2診療科では、設備面の充実として増額されていた。しかし開設後のスタッフ増員について、十分であると回答したのは2診療科のみで、その他の診療科ではさらに増員が必要と回答していた。

今後の予算の増額についても人件費の増額を第一に求めているのが6施設で、他に施設面や研究費の充実が求められている(表1)。

5) 大学病院の特異性について

大学病院では成人精神科と一体となった後期研修医の養成や精神科全般の幅広い知識の獲得が可能である。医学部生のみならず心理の大学院生など関連領域を担う人材の教育研修を重視する意見もあり、学際的な内容の研修も可能と考えるとの見解があった。その一方で、基本的な医学生や研修医への教育研修内容が十分になされていないとの意見もあった。

地域貢献については、嘱託医や心理スーパーバイザーの派遣(東大)、地方自治体や児童相談所なども含めて医師の派遣(自治医大)や専門知識の提供、地域と協働しての支援プログラムの策定やモデル構築(九大)などを担うという意見もあった。一方で大学病院以外の地域の児童精神科の諸機関全体でカバーすべき(千葉大、信州大)、各地域の児童精神医療機関が主に担当している(名古屋大)との意見もあった。

大学病院の院内リエゾンの現状として新患の中で院内リエゾンケースの占める割合は、3-10%と回答した診療科が6つであったが、

自治医大では30%にのぼっていた。主要なリ
エゾン先は小児科であった。小児科との連携
は外来での患者紹介のやりとりと、並診、協
働診療の形をとっていた。名古屋大学は先進
医療の一貫として血液疾患・悪性腫瘍症例へ
の介入・コンサルテーションやNICU入室ケ
ースへの支援、摂食障害患者への身体と精神
障害の管理などを協働して行っている例を挙
げていた。また九州大学は入院中の児の発達
診断や評価・親へのガイダンスやカウンセリ
ングを協働して行っていた。身体管理と精神
面のケアやフォローを小児科と精神科で分担
する立場が一般的であったが、神経学的問題
や身体疾患が明確なケースや身体愁訴を伴う
ケースでより小児科を中心に治療をすでに実
践している（東大、信州大）、あるいはそう
するのが望ましい（香川大）と、各専門科の
役割と分化については、上記のように実質
的な意見が多かった。

6) 急増する軽度発達障害への対応

関連各領域との連携の現状と各機関とのあ
るべき役割分担について、各診療科から得ら
れた見解を以下に示す。

地域保健機関からは、健診などのスクリー
ニングの後に診断治療を目的とした紹介が主
であった。一方大学病院の診療科としては、
まず地域に児童精神の医療機関があれば、そ
こでの初期対応を充実させて欲しいのと記述
がみられた。診断療育などの資源の充実して
いる地域（横浜市立大）では、養育者の精神
障害など養育機能不全のケースへのサポート
を行う大学病院の役割と認識していた。療育
機関については東京大学以外では特定の連携
はないとの回答が多かった。

教育機関からは就学後に問題を示した事例
について、診断評価を求められることが各診
療科で増加していた。主に診断のために学校
へ行動評価を依頼したり、実施した心理検査
結果の情報提供を行っていた。大学病院から
は教育機関に対しては、個別教育計画を徹底
してほしいという意見が出された。ちなみに

名古屋大学からは学校への支援、コンサルテ
ーションに関する研究支援事業を計画してい
るとの記述もみられた。

福祉機関からは、複雑な環境要因などの背
景があり、問題行動を伴っている軽度発達障
害児について医学的治療の依頼が増加してい
る。そのため、福祉機関に発達障害の知識を
もって処遇判断をしてほしいとの声があった。
さらに虐待対応を行う総合的窓口になるべく、
福祉機関にも医療スタッフを配属することが
望ましく、そのためには子どもの心の専門ス
タッフを充実させる必要がある（横浜市立、
九大）。

その他今後さらに検討して欲しいこととし
て、小児科および成人精神科との連携は今後
さらに広げたいとの意見があった。小児科に
対しては、軽症例のフォローを依頼したいと
いう意見があり、一般小児科医への教育活動
を推進し、地域の心のプライマリーケアを行
う小児科医師を増やす必要性が指摘されてい
た。児童精神科の役割は、むしろ行動障害の
著しい例へ対応であるとの意見が多かった。
さらに成人精神科からは、成人例の発達障害
の診断について専門的知識を求められており、
児童期から青年成人期への長期スパンでの精
神科医師間の連携の必要性も指摘された。

まとめると、いずれの診療部からも受診
の増加傾向は続いており心理士をはじめ多
職種協働の診療体制が子どもの心の診療に
不可欠であるとの回答が得られた。しかし
臨床スタッフの実質的な充実は全く十分で
はなく、現状の限られたスタッフでは、大
学病院での診療と教育を円滑かつ十分に行
う運営体制にはなっていないと回答した機
関がほとんどであった。また教育など関連
機関への情報提供やコンサルテーションな
ど新たなニーズが拡大しており、時間を要
するにもかかわらず、現在は臨床活動の一
部として無料で行っている実態が指摘され
ていた。

D. 考察

子どもの心の専門スタッフの養成のための研修のありようは、調査対象の大学病院の背景となる歴史や地域における大学の特徴や役割によって、それぞれ異なっていた。しかし、現状はいずれも人材をはじめ、充実している機関はまだないといえることは共通している。今後、長期的展望を考える場合、もっとも重要なのは教育内容であり、その効果的な研修のあり方についての検討は鍵となる。特に大学病院での心の問題に携わる医師の研修は、児童精神医学の基礎から臨床実践、そして望ましくは関連研究まで含むことであろう。しかしながら今回の各大学からの質的および量的回答を概観すると、大学での人材育成のための研修に必要な指導的立場にある教官の絶対数が不足している。現状では、彼らが現場での臨床ニーズに対応しており、それに臨席した若手医師が短い時間や限られた機会です指導を受けているに過ぎない。今回の調査では、大学病院での専門スタッフの恒常的な増員が必要で、またその結果はじめて子どもの心に必要なチーム医療が可能となり、有機的な研修を提供できることに繋がる。そこで具体的な対策として、次の結論に示す。

E. 結論

今後、大学病院の特異性を活かした診療機能の充実と継続的な人材育成のシステムを確立するために、調査対象の大学病院スタッフが課題としてあげたポイントを抽出した。

1. スタッフの充実と診療報酬の引き上げ

各機関とも診療科開設後、軽度発達障害など臨床において新たなニーズが加わり、人材育成に取り組んでいる一方、スタッフ面の充実は十分ではないと感じられていた。スタッフの増加は、診療内容の充実にも、臨床指導が基本となる人材育成の教育のためにも重要と考えられていた。十分なスタッフによる診療システムを継続的に支えるためには、人件費を支える診療報酬の引き上げなども今後検討してほしいとの意見もみられた。

2. 関連機関への情報提供のシステム構築と診療上の位置づけ

子どもの心の診療では、薬物療法その他の身体的アプローチのみならず、教育・福祉など多機関と連携しての支援が大きなウェートを占める。たとえば軽度発達障害は、すべての大学病院精神科の児童精神診療で、最も多くみられる診断であった。必然的に、教育・福祉と連携して、環境調整や支援を行っている、子どもをサポートしている関係機関から児童精神医学の専門家としての意見を求められる場合も多く、詳細な報告書を作成し、カンファレンスやコンサルテーションによってサポートしているケースも多く見られる。これらのサービスに対応する保険診療上の制度はなく、診療時間の枠外で診療報酬なしに対応している場合が多い。関連機関への対応を専門的医療サービスとして公的に認める制度上の検討が、子どもの心の診療システムを下支えすることにつながると考えるとの意見も多くみられた。

3. 児童精神医学の専門の医師が関連領域に配属される必要性和その人材の確保

子どもの心の診療に児童福祉や行政機関が大きく関わっていることを、どの診療科も実感していた。このような関連領域での児童精神医学の専門医としての活動の場が認められることで、心の診療についての専門的な助言が継続でき、教育研修の場と機会が広がる。そのためには、関連機関に配属される専門医師の絶対数が必要であり、専門家を養成し、人材を増加するための研修システムの整備は必要である。

(補足)

小児科で同等の診療を行っている「神戸大学医学部附属病院親と子の心療部」に対しても、同様の内容で調査を行った。その結果、診療の中心は医師であり、チーム医療の必要性は認識しているが、精神科のようにチーム医療の形態はなされていない。入院に関しては、行動障害が比較的軽い例が大多数でそれ

らを診療しており、年に数例みられる重症例は、院内外の精神科へ頼っている。子どもの心に特化した構造化された教育研修は行っておらず、診療に参加している大学院生などへの臨床カンファレンスを適宜行っていた。ス

タッフについては、開設後一旦専任スタッフが増員されたものの、今年度はポストがなくなり、大学院生が臨床に参加することで診療を補っているのが現状であった。

表1 診療部開設後の人材確保の変化について

大学名	(人)	医師		心理士		看護師		その他	
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
東京大学	現在	3	8	3	5	0	0	0	0
	増員希望		+1		+1	+1			+2
千葉大学	現在	0	1	0	0	1	0	0	0
	増員希望	+2			+3	+1			
横浜市立大学	現在	3	5	1	2	1	0	0	0
	増員希望	+5							
自治医科大学	現在	2	1	0	2	1	0	0	0
	増員希望	+2		+1					
信州大学	現在	3	1	0	2	1	0	0	2
	増員希望								
名古屋大学	現在	3	2	1	11	0	0	0	0
	増員希望	+1						+1	
香川大学	現在	2	3	0	3	0	0	0	4
	増員希望								
九州大学	現在	0	6	0	2	0	0	0	0
	増員希望	+3	+2	+2				+1	

※その他の職種の内訳：OT、クレーク、ST、栄養士、PSW、保育士

研究4. 英国ロンドン大学児童精神医学 ディプロマコースのわが国での研修の応用

A. 研究目的

わが国で子どもの心の診療を行う医師を養成するため、研修の実際的な運用にあたってのプログラムのガイドラインと、養成を行う指導的な医師のための研修効果の評価の方法について指針となるものを調査することである。

B. 研究方法

児童精神医学の専門的人材の育成では、長年の歴史と権威がある英国モズレイ病院/ロンドン大学キングズカレッジにおける児童思春期精神医学卒後ディプロマコース

(Postgraduate Diploma in Child and Adolescent Psychiatry 2005/06)の内容を、わが国での研修内容と効果を評価する際の参考にする。

平成17年度は、そのコースの情報と研修の材料およびシステムについて調査する。報告者の一人(森山)が、2005年から1年間のディプロマコースの履修者であるため、その年のコースの内容・資料を経時的に収集・整理する。

平成18年度は、ディプロマコースを運営してきたNikapota医師と、Eric Taylor教授の許可をとり、英国のコースに沿って、それを日本語に翻訳する。

平成19年度は、わが国で応用するための検討と研修のガイドラインを作成する。わが国で実際に研修を行うには、英国のプログラムをそのまま適用することはできないので、具体的な資料引用の適否や確認などについて、上述した英国の2人の責任者と作業を行う。内容は①国や文化に共通した、児童精神医学の基本となる研修項目の選択、②選択された項目の研修の進め方(講義方式か、ワークショップか、研修を受ける者を中心にしたディスカッション形式か、指導者による教材研修のためのケース提供かなど)である。

C. 研究結果

児童精神医学ディプロマコースの責任医師と検討した結果、わが国でのコースの

応用は可能であると判断され、準備のための協力を得た。

研修には、その理念を明らかにすること、誰を対象として何のために行い、何を到達目標にするのか、そのための研修内容と方法、研修終了時における達成度の評価の方法などが含まれる。以下が、わが国のためにまとめた内容である。

1) 臨床研修の理念

1. 子どもについての児童精神医学の知識を広げる。
2. 子どもの心理的治療および身体的治療の種類と効果についての知識を得る。
3. 診断を組み立てること、治療的介入の枠組みを作成すること、実際に行う治療計画を立てることなどの臨床力を養う。
4. どのような精神保健のサービスを組み立てていくかについての知識を得る。

2) 対象者

初期の研修を受けて、子どもの心の診療に定期的に携わる専門的人材となる者を対象とする。すなわち、本班研究の定義によるレベル2にいる診療スタッフである。多くは、初期の研修を受けた精神科医師や小児科医師である。また、大学病院の診療は、チーム医療であるのが望ましく、子どもの精神医学の実際には、子どもの発達や心理評価などは必須であり、研修を受ける対象者の一部は心理士を含むことに問題はない。英国の実際でも心理士が、ディプロマコースに所属している。研修の内容によっては、診断技術や薬物療法も含まれるが、心理士が子どもの精神医学の専門チームのスタッフの一員として、それらも含めて研修することは重要であり、なんら不合理はない。

3) 達成目的

上記1)の理念にのっとった研修を受けると、達成目的は、さらに以下のように具体的な内容を含むことになる。

1. 子どもの心理社会的発達における異

常や遅れを規定する、身体的および心理的要因を評価する。

2. 子どもとその家族の臨床的問題を理解し、評価ができる。
3. さらに、その子どもの示す行動や徴候についての知識を得ることにより、そのケースにおける、マネジメントプランを明確に立てることができる。
4. 周囲の資源を有効に活用して、実現可能な子どものメンタルヘルスサービスの計画を立て、それを実施するために必要な事項について理解し、実践する。

4) 研修内容

必修の内容は大別すると以下の通りである。

1. 発達学総論、2. 児童精神医学の障害の総論、3. 病歴の取り方と治療のプロセス、4. 病因、5. 児童精神医学の障害各論、6. 子どものメンタルヘルスと関連領域であり、適切な子どもと家族の診断評価や治療のプランのためには、これらのすべてが必要である。さらに各内容についての項目は、後に列記している。

また、内容の中で留意すべきことを以下に述べる。まず、子どもの専門的な発達評価については、心理士にゆだねられる場合が多く、卒前および小児医療関係の領域の卒後研修でも、わが国の医学教育では不十分である。子どもの発達についての理解が十分でないと、子どもの精神科における診断や評価はできない。また、その評価が正しくないと、その病因に対するアプローチや治療の方針にも問題が生じる。以下、研修内容を列記する。

児童精神医学総論のなかでは、病歴の取り方と評価のプロセスは、研修の特に重要な課題である。これが達成できるかどうかは、研修終了時の評価の大きなポイントとなる。具体的なポイントは、評価の記述の箇所にゆだねる。

さらに、各ケースの病因を考える際には、まず、リスク要因や病因に焦点をあてる傾向がある。しかし、同じ困難な状況下でも、障害にいたる子どもとそうでない子どもがいることを考えると、子どもの精神保健の分野では、リスクと同様に障害抵抗性（その子ども

における障害を発症させない強さ）を同様に念頭に置かなければならない。これは、治療計画を立てる意味で重要であるが、わが国では、精神科をはじめとしてその他の医師でもこの概念を理解していないものが多い。

障害各論の疾患名については、児童精神医学の教科書に記載されている障害について網羅すれば十分である。各障害について、その疫学、症候を熟知し、治療の選択と治療アプローチが計画できるようにする。

1. 発達総論 Child development
 - a. 社会性の発達 Social development
 - b. 情緒の発達 Emotional development
 - c. 愛着 Attachment
 - d. 認知の発達 Cognitive development
 - e. 言葉の発達 Speech and Language development
 - f. 道徳観の発達 Moral development
 - g. 攻撃性の発展 Development of aggression
 - h. 人格の形成 Personality development
 - i. 気質の発達 Temperament
 - j. 行為の発展 Behavior development
 - k. 思春期の発達 Adolescent development
2. 児童精神医学の障害総論 Child psychiatric disorders
 - a. 病歴の聴取 History taking
 - b. 評価 Assessment
 - 子どもの発達：小児科的評価
 - 神経精神科的評価
 - 家族の評価：精神医学的観点
 - 家族の評価：家族療法の観点
 - c. 治療選択 Treatment method
 - 子どもとのコミュニケーション
 - 行動療法
 - 家族との作業
 - CBT 臨床的側面／治療
 - 親訓練

芸術療法

薬物療法、臨床試験（治験など）

d. 診断分類 Diagnosis
(Classification)

3. 病歴の取り方と評価のプロセス

- a. 診断面接の技法 interview
- b. 診断に到達するプロセス
formulation

4. 病因 Etiological influence

- a. 遺伝 Genetics
- b. 家族および養育の問題 Family
and child care
- c. 心理社会的問題 Psychosocial
- d. リスクと障害や発症への抵抗性
(強さ) Risk and resilience
- e. 疫学 Epidemiology

5. 児童精神医学の障害各論 Each disorders

- a. 疫学 Epidemiology
- b. 症候 Symptomatology
- c. 治療の選択と治療アプローチ
Main treatments, treatment
approach

6. 子どものメンタルヘルスと関連問題

Child mentalhealth and related issues

- a. 司法領域 Forensic issues
- b. 福祉領域 Social service
- c. 教育 Education issues

5) 研修方法

方法は、各大学病院での事情や指導スタッフの人的資源の豊かさに左右される。

主な方法は、指導者による講義形式と、トレーニングを受けるものが、自己学習でスライドを作成したり、まとめを作り、お互いに内容を確認したり、討議する形式である。後者については、指導者がセミナー形式でスーパーバイズする

6) 研修の終了時の評価

Postgraduate Diploma in Child and Adolescent Psychiatry で行われている臨床評価

方法である。トレーニングを受けた対象者の臨床評価については、以下のような内容を包括しており（表2）、特に太字の項目は重要である。指導者は、表に列挙したそれぞれの項目を総合して、研修を受けた者が一定のレベルに達したかどうかを評価する。しかし、太字の箇所がある一定のレベル（それは指導者が決める）以上に到達していないと、たとえ総合点が基準点以上でも最終評価で合格とはならない。

しかし、評価の真の意味は、もちろん評価点そのものにあるわけではない。研修が有効に行われ、研修の最終時点で研修を受けた者が臨床的に十分に実力をつけるようにすることである。そこで、研修を受ける者もこの評価項目をあらかじめ知らされているので、どのようなことに気をつけながら研修をすればよいか念頭に置くことができる。

また、有効な研修を時間を無駄にすることなく終了させるための工夫も必要である。方法としては、研修期間の途中で（たとえばディプロマコースでは1年間）、何度か指導者が評価の小括をしながら、どの点にもっと留意すれば臨床能力が改善されるかを、研修を受けている者に個人的に指導する。そして、最終的に有効な研修成果が得られることが評価の目的である。これは、まさに英国の tutor 制度なのであり、最終的には効率よく目的を達成することができる。わが国での応用を考えなければならないが、限られた指導者の人材で、児童精神医学の臨床家を多く輩出する必要のあるわが国では、この tutor 精神を指導者が身につけていることが必要と考える。さらに、臨床チームの一員として働くための能力の評価もあるが、これについては割愛する。