

「児童福祉に関する理解がなく拒否的」など、児童青年精神科側の連携上の課題を指摘する意見もあった。

5) 保健所・保健センター/精神保健福祉センター

これらの機関との連携が困難という意見は極めて少なかった。その理由としては、臨床的な実感から推測すると、連携がスムーズというよりも、日々の臨床で連携すること自体が少ないというのが主な要因と思われる。

5. 研修・啓発活動

認定医の76%、全児協施設の81%が、何らかの研修・啓発活動を行っていた。こうした活動は、平日の夜や休日におこなうことが可能なため、ネットワーク活動を重視している医師や医療機関が実践しやすいことを表していると思われる。裏を返せば、日常の業務が多忙なため、医療機関に勤務している医師は、プライベートの時間を削って研修・啓発活動を実践していることになり、こうした活動を拡大・発展させていくためには、マンパワーの充足や業務の軽減などの対策が必要であることを示唆している。

活動内容としては症例検討会が最も多く、実際の症例を通した研修が効果的と考えていることがうかがえた。

6. 今後必要と考えている関係機関との連携

認定医・全児協施設ともに「ケース会議」が最も必要と考えていた。これは、前述したように、担当患者について関係機関とのケース会議の必要を感じながらも、多忙さや連携不足により充分に実施できていないことをうかがわせる結果であった。

要保護児童地域対策協議会などの多機関による連携会議の必要性は、認定医が34%、全児協施設が26%と最も低かった。その理由としては、認知度の低さに加えて、開催頻度が多いために「そこまで手が回らない」ことなどが考えられる。しかし、前述したように、筆者は、実際に参加して

みて、ニーズの高さや精神医学的観点からのコメントの重要性を実感している。今後、要保護児童地域対策協議会の周知や、参加しやすい環境作り、さらには市川市などが実践しているモデル的な取り組みを周知していくことが重要と思われる。

7. 連携のために必要な整備

認定医の59%、全児協施設の67%が「児童精神科医の増員・業務の軽減」と答えていた。このことから、医療側は、様々なレベルでの関係機関との連携の必要性を感じていながらも、マンパワー不足や多忙さのために、関係機関との連携に時間が割けないという状況が浮き彫りになった。また、「現場レベルの連携」、「所轄官庁の連携」が必要と考えている認定医・全児協施設が約5割から8割であったことから、現場・行政という二つの次元での「縦割り」の弊害を、連携困難な理由と考えていることが明らかとなった。

8. ネットワーク構築のための児童精神科医の充足度

ネットワーク構築のための児童精神科医の充足度については、認定医が47%、全児協施設の58%が「絶対的に不足している」と答えていた。特に、地域の中核機関であり、勤務している児童精神科医の多い全児協施設の約6割が、絶対的に不足していると答えていることは、「児童精神科医の確保」という、ネットワークを構築する前提条件そのものが整っていないことを強く示唆している。今年度は認定医および中核機関の主観的認識について把握したが、充足度を客観的に評価するためには、連携ネットワーク構築に必要な人的資源の投入量や、連携による効果の評価等について客観的指標を用いて検討していく必要があると思われる。

9. 児童精神科医を増やすために必要な施策

認定医、全児協施設共に、「児童精神科医療の診療報酬を改善すること」が最も多く、特に全児協施設はほぼ全ての施設が改善すべきと答えて

いた。このことから、ネットワークが構築されていくためには、ネットワーク活動そのものを診療報酬に反映することは困難であっても、ネットワークの中核となる医療機関の運営が成り立ち、マンパワーが充足して、児童精神科医がネットワーク活動に従事できるような、入院および外来の診療報酬の改善が喫緊の課題であることが示唆される。

その他、「大学で児童精神医学の教育に取り組む」「児童精神科医の育成システムを国や自治体を中心となって構築する」が6～7割にのぼり、「医学生に児童精神医学という領域を認知してもらうこと」「児童精神科医を志した医師を育てる場を作ること」の重要性が示唆された。

E. 結論

1. 現在、医療側が実践しているネットワーク活動としては、①関係機関の嘱託医、②要保護児童地域対策協議会をはじめとした多機関による連携会議への出席、③担当患者に対する関係機関とのケース会議、症例検討会、講義中心の研修会、スーパーバイズなどの研修・啓発活動、などが実践されていたが、マンパワー不足等により十分に実践されているとは言い難かった。また、要保護児童地域対策協議会の認知度の低さ、多機関による連携会議への参加率の低さが目立っていた。今後、要保護児童地域対策協議会の周知や、参加しやすい環境作り、さらには市川市などが実践しているモデル的な取り組みを周知していくことが重要である。

2. 認定医・全児協施設の多くが、関係機関との連携のためには、児童青年精神科医の増員及び業務の軽減、現場・行政レベルでの縦割り意識の解消が重要であると考えていることが明らかとなった。

3. 認定医および全児協施設の多くが、児童青年精神科医療ネットワークの前提となる児童精神科医の不足が深刻な課題であると認識していた。

4. 認定医および全児協施設の多くが、児童精神科医不足の改善には、①児童青年精神科医療の診療報酬の改善、②国や自治体による児童青年精神科医の育成システムの整備、③大学における児童青年精神医学の教育体制の整備、などが必要であると考えていることが明らかとなった。

5. 児童青年精神科医療ネットワークは、専門病棟を有する中核機関の有無や、児童精神科医の充足度など、地域によって違いがあることが明らかとなったため、今後は中核病院の整備や児童精神科医の増員といった施策と同時に、地域の状況に応じたネットワークの在り方を構築していく必要がある。また、児童青年精神科医療ネットワークを構築する際には、関係機関の児童青年精神科医療に対するニーズを明らかにする必要があり、次年度以降の研究課題の一つであると思われる。

6. 今後は、今年度の調査結果をふまえて、地域における児童・青年精神科医療ネットワーク構築の前提条件の整備に関する基本的な考え方および今後の方向性と、ネットワーク活動のあり方(モデル案)について検討していく必要があると考えている。現段階でのたたき台(案)を示す。(別添)

文献

宇佐美政英：地域連携システムの可能性と問題点 市川市及び大分・別府地区における対応・連携システムについて。児童青年精神医学とその近接領域，48(3)；124-130，2007

厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉のシステムに関する研究」研究班(主任研究者 齊藤万比古)：精神疾患を背景に持つ児童思春期の問題行動に対する対応・連携システムの設置および運営に関するガイドライン。児童思春期精神医療・保健福祉のシステムに関する研究，平成13-15年度報告書

齊藤万比古、笠原麻里、佐藤至子他：児童思春期精神医療・保健・福祉のシステムに関する研究－Ⅰ「現状調査アンケート」の結果と考察－、児童思春期精神医療・保健福祉のシステムに関する研究，平成 13 年度報告書

齊藤万比古、宇佐美政英、清田晃生他：行為の問題を抱えた児童思春期の子どもに関する地域連携システムの設置・運用に関する検討：厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「児童思春期精神医療・保健・福祉の介入対象としての行為障害の診断及び治療・援助に関する研究」平成 16－18 年度報告書

表 1. 関係機関での業務（認定医） N=82

	児相・ 児童福 祉施設	教育委 員会・ 教育相 談	学校	医療機 関	保健所 ・保健 センタ ー	司法関 連機関	精神保 健セン ター	その他	なし
中核 病院群	7人 (32%)	8人 (36%)	4人 (18%)	5人 (23%)	2人 (10%)	3人 (14%)	0人 (0%)	3人 (14%)	5人 (23%)
非中核 病院群	23人 (38%)	22人 (37%)	15人 (25%)	12人 (20%)	6人 (10%)	4人 (6%)	3人 (5%)	12人 (20%)	12人 (20%)
計	30人 (37%)	30人 (37%)	19人 (23%)	17人 (21%)	8人 (10%)	7人 (9%)	3人 (4%)	15人 (18%)	17人 (21%)

(複数回答)

表 2. 関係機関での業務（全児協） N=27

	児相・ 児童福 祉施設	教育委 員会・ 教育相 談	学校	医療機 関	保健所 ・保健 センタ ー	司法関 連機関	精神保 健セン ター	その他	なし
正会 員	14人 (78%)	11人 (61%)	2人 (11%)	4人 (22%)	6人 (33%)	1人 (0.6%)	2人 (1%)	0人 (0%)	0人 (0%)
オブ ザー バー	5人 (56%)	3人 (33%)	0人 (0%)	1人 (11%)	2人 (22%)	0人 (0%)	1人 (11%)	2人 (22%)	2人 (22%)
計	19人 (70%)	14人 (52%)	2人 (7%)	5人 (19%)	8人 (30%)	1人 (4%)	3人 (11%)	2人 (7%)	2人 (7%)

(複数回答)

表 3. 要保護児童地域協議会（認定医） N=79

	自分が出席している	他の児童精神科医が出席している	精神科医が出席している	精神科医は出席していない	その会議について知らない、状況が分からない
中核病院群	2人 (10%)	6人 (27%)	1人 (5%)	3人 (14%)	10人 (46%)
非中核病院群	1人 (2%)	9人 (16%)	1人 (2%)	6人 (11%)	40人 (70%)
計	3人 (4%)	15人 (19%)	2人 (3%)	9人 (11%)	50人 (63%)

表 4. 要保護児童地域協議会の把握（認定医） N=79

	把握している	把握していない	計
中核病院群	12人(55%)	10人(45%)	22人
非中核病院群	17人(28%)	40人(72%)	57人
計	29人(37%)	50人(63%)	79人

χ^2 二乗検定：*P<0.05

表 5. その他も含めた多機関による連携会議への参加（認定医） N=79

	参加している	参加していない	計
中核病院群	9人(41%)	13人(59%)	22人
非中核病院群	9人(15%)	48人(85%)	57人
計	18人(23%)	61人(77%)	79人

χ^2 二乗検定：*P<0.05

表 6. 要保護児童地域協議会（全児協） N=27

	当該施設の児童精神科医が出席している	他の児童精神科医が出席している	精神科医が出席してる	精神科医は出席していない	その会議について知らない、状況が分からない
正会員	5人 (28%)	1人 (6%)	1人 (6%)	5人 (28%)	6人 (33%)
オブザーバー	1人 (11%)	0人 (0%)	0人 (0%)	2人 (22%)	6人 (67%)
全体	6人 (22%)	1人 (4%)	1人 (4%)	7人 (26%)	12人 (44%)

表 7. 要保護児童地域協議会の把握（全児協） N=27

	把握している	把握していない	計
正会員	12人(67%)	6人(33%)	18人
オブザーバー	3人(25%)	6人(75%)	9人
計	15人(56%)	12人(44%)	27人

χ^2 二乗検定 : N. S.

表 8. その他も含めた多機関による連携会議への参加（全児協） N=27

	参加している	参加していない	計
正会員	11人(61%)	7人(39%)	18人
オブザーバー	1人(11%)	8人(89%)	9人
計	12人(44%)	15人(56%)	27人

χ^2 二乗検定 : *P<0.05

表 9. 連携に困難を感じている機関（認定医） N=82

	計
児童相談所・児童福祉施設	25 人(30%)
学校	21 人(26%)
司法関連機関(警察など)	18 人(22%)
教育委員会・教育相談	13 人(16%)
医療機関	11 人(13%)
保健所・保健センター	3 人(4%)
精神保健福祉センター	0 人(0%)

(複数回答)

表 10. 連携に困難を感じている機関（全児協） N=27

	計
学校	11 人(40%)
児童相談所・児童福祉施設	8 人(30%)
医療機関	6 人(22%)
司法関連機関(警察など)	5 人(19%)
教育委員会・教育相談	3 人(11%)
保健所・保健センター	0 人(0%)
精神保健福祉センター	0 人(0%)

(複数回答)

表 11. 研修・啓発活動（医療機関の認定医） N=82

症例検討会	スーパーバイズ	研修会(講義)	その他
33 人(40%)	33 人(40%)	25 人(30%)	3 人(4%)

(複数回答)

表 12. 研修・啓発活動（全児協施設） N=27

症例検討会	スーパーバイズ	研修会(講義)
20 人(74%)	10 人(37%)	15 人(56%)

(複数回答)

表 12. 今後必要と考えている連携（認定医） N=82

ケース会議	研修会・講演会	症例検討会	要保護児童
43 人(52%)	37 人(45%)	25 人(30%)	16 人(20%)

(複数回答)

表 13. 今後必要と考えている連携（全児協） N=27

ケース会議	研修会・講演会	症例検討会	要保護児童
22 人(81%)	14 人(52%)	17 人(63%)	7 人(26%)

(複数回答)

表 14. 連携のために整備が必要なこと（認定医） N=82

児童精神科医の増員・業務の軽減	現場レベルの連携	医療・福祉・教育など所轄官庁の連携	児童精神科医の役割などの関係機関への周知	連携に対する病院管理者の理解
48 人 (59%)	41 人 (50%)	40 人 (49%)	29 人 (29%)	21 人 (26%)

(複数回答)

表 15. 連携のために整備が必要なこと（全児協） N=27

現場レベルの連携	児童精神科医の増員・業務の軽減	医療・福祉・教育など所轄官庁の連携	児童精神科医の役割などの関係機関への周知	連携に対する病院管理者の理解
21 人 (78%)	18 人 (67%)	17 人 (63%)	12 人 (44%)	21 人 (37%)

(複数回答)

表 16. ネットワーク構築のための児童精神科医の充足度（認定医） N=70

充足している	まずまず充足している	あまり充足していない	絶対的に不足している
0 人(0%)	12 人(17%)	25 人(36%)	33 人(47%)

表 17. ネットワーク構築のための児童精神科医の充足度（全児協） N=26

充足している	まずまず 充足している	あまり 充足していない	絶対的に 不足している
0人(0%)	1人(4%)	10人(38%)	15人(58%)

表 18. 児童精神科医を増やすために必要なこと（認定医） N=58

	児童精神科医療 の診療報酬を改 善する	専門講座の開設な ど、全ての大学で 児童精神医学の教 育に取り組む	児童精神科医の 育成システムを国 や自治体を中心 となって整備する	自治体が児童精 神科医療の中核 機関を整備する
中核病院群 (17人)	7人 (41%)	10人 (59%)	9人 (53%)	7人 (33%)
非中核病院群 (41人)	31人 (76%)	26人 (63%)	24人 (59%)	19人 (46%)
計 (58人)	38人 (66%)	36人 (62%)	33人 (57%)	26人 (34%)

(複数回答)

表 19. 児童精神科医を増やすために必要なこと（全児協） N=25

	児童精神科医 療の診療報酬 を改善する	児童精神科医の育 成システムを国や 自治体を中心とな って整備する	専門講座の開設な ど、全ての大学で児 童精神医学の教育 に取り組む	自治体が児童精 神科医療の中核 機関を整備する
正会員 (17人)	17人 (100%)	14人 (82%)	10人 (59%)	6人 (35%)
オブザーバー (8人)	7人 (88%)	4人 (50%)	3人 (38%)	4人 (50%)
計 (25人)	24人 (96%)	18人 (72%)	13人 (52%)	10人 (40%)

(複数回答)

地域における児童・思春期精神科医療ネットワークの推進に向けて

(たたき台)

(案)

はじめに

児童虐待やいじめなど、子どもをめぐる様々なストレスを背景として、不登校、ひきこもり、発達障害児の二次障害、自傷・自殺、性的逸脱行動、反社会的行動など、子どもの心の問題は深刻化・多様化している。心の問題を抱えた子どもやその保護者が、適切な治療・支援を受け、回復し、地域社会で健やかに生活していくためには、医療のみならず、福祉・教育・保健・司法等を含む関係領域が連携し、包括的な支援を行うことが重要であり、そのための地域における連携ネットワークの構築を図ることが必要である。また、長期的視点に立てば、児童・思春期精神科医療ネットワークの充実、子どもの心の問題の遷延化を防ぎ、ひきこもりやうつ病、自殺など、成人期の心の問題の予防対策にも大きく寄与することになる。

このようなネットワークが全国的に展開していくためには、ネットワークの中核となる地域拠点病院（※）の整備、児童・思春期精神科医療の専門医療従事者の育成等の諸条件が前提となる。以下、前提条件の整備に関する基本的な考え方および今後の方向性と、ネットワーク活動のあり方（モデル案）について提示する。

※地域拠点病院を、『子どもの心の診療医』の養成に関する検討会」報告書（平成19年3月）の提言に基づいて以下のように定義する。

①「子どもの心の診療に専門的に携わる医師」が勤務し、都道府県と連携しながら、地域における子どもの心の診療の中核的な役割を担っている医療機関である。具体的には、全国児童青年精神科医療施設協議会加盟施設、日本小児総合医療施設協議会加盟施設等の医療機関等である

②重篤な心の問題を抱えた子どもを適切に治療することが可能な、子どもの心の診療を行う専門病棟又は専用病床を有している医療機関である。

③「子どもの心の診療に専門的に携わる医師」を養成する機能を有している医療機関である。

I 児童・思春期精神科医療ネットワーク構築の前提条件の整備（図参照）

1. 基本的な考え方

以下の点を重視すべきである。

- (1) 人材育成（多職種チーム医療を重視し、医師のみならずコメディカルも含む）
- (2) 児童・思春期精神科医療に関する治療技法等の向上と標準化
- (3) 地域におけるネットワークの中核となる地域拠点病院の整備

- (4) 児童福祉部門における子どもの心の診療機能の向上
- (5) 地域における児童・思春期精神科医療ネットワーク・モデルの提示

2. 具体的な方向性

(1) 診療報酬を見直す。

専門性の高い医療従事者を育成する場として、また、ネットワークの中核として、入院機能を有する地域拠点病院は重要な役割を担っているが、現状の児童・思春期精神科医療の入院診療報酬は、療養上必要な環境や人員配置を整備し、専門的な入院治療を実施した場合に大幅な不採算部門となる低い水準となっている。このため、児童・思春期精神科専門病棟・専用病床の必要性を十分理解しているにもかかわらず、病棟の廃止や縮小を余儀なくされる医療機関もある。既存の地域拠点病院の存続および、地域拠点病院のない都道府県における地域拠点病院の整備を推進するためには、大幅な不採算の現状を改善する必要がある（静岡県立こども病院児童精神科部門の場合、(年間の総収益) - (人件費) = ▲約7,500万円 平成21年度）。

また、外来診療においても、地域拠点病院以外で子どもの心の診療を実践する医療機関の受け皿を確保、拡大する必要があるが、成人と比べ、詳細な生育歴や家庭状況などの問診、精神療法および心理療法、保護者面接など投薬以外の治療が多く、さらには教師や関係機関等への指導や連携が頻回であるなど、診療に要する時間と労力は大きく、医療機関が子どもの心の診療を積極的に実践する経済的なインセンティブは低い。外来の診療報酬の改善も必要である。

(2) 治療技法等の開発および標準化の拠点施設を整備する。

入院治療が可能な児童・思春期精神科専門病棟を有する児童・思春期精神科部門であって、重篤な児童・思春期精神障害の治療技法の開発や標準化のための臨床研究、高度な専門性を有する人材の育成等を行うための拠点施設を整備する。(全国に1カ所程度)

治療開発や標準化のための臨床研究等を集中的に実施する観点から、入院・通院中の患者に限定した周辺の関係機関との連携活動については地域拠点病院と同様に必須であるが、その他の地域ネットワーク活動などは基本的には行わないことが想定される。

(3) 大学における児童精神医学・小児心身医学等の講義を必須化する。児童精神医学講座などを開設している大学では、子どもの心の診療の専門医を育成する。

子どもの心の診療の専門医（以下、専門医）を育成していくためには、まず、医学部の

学生に、児童・思春期精神医学や小児心身医学等、子どもの心の診療領域の存在を周知することが出発点となる。したがって、大学教育の中に児童・思春期精神医学・小児心身医学等の講義を必須化し、この領域を志す学生を増やすことが必要である。

また、児童精神医学講座などを開設している大学に対しては、子どもの心の診療の専門医の育成を支援していく必要がある。

(4) 地域拠点病院の中から人材育成型拠点病院を指定し、支援する。子どもの心の診療の専門医を育成する。

医療・福祉・教育などの各機関と連携したネットワークの中核的役割として機能している地域拠点病院の中から、育成機能も有している医療機関を「人材育成型拠点病院」と位置付ける。具体的には以下のような地域拠点病院を人材育成型拠点病院とする。

- ① 「子どもの心の診療に専門的に携わる医師」が勤務し、都道府県と連携しながら、地域における子どもの心の診療ネットワークの中核的な役割を担っている。
- ② 重篤な心の問題を抱えた子どもを適切に治療することが可能な、子どもの心の診療を行う専門病棟又は専用病床を有している。
- ③ 「子どもの心の診療に専門的に携わる医師」を養成する機能を有している。

こうした条件を満たす地域の拠点病院を支援し、専門医やコメディカルスタッフの育成を図ることで、人材不足のために拠点病院が未整備の都道府県へ専門医やコメディカルスタッフを供給することが可能となる。さらに、拠点病院が未整備の都道府県のモデルになる、という効果も期待できる。

(5) 各都道府県にネットワークの中核となる、地域拠点病院を整備する

地域拠点病院が整備されていない都道府県の担当部局に対して、以下のような施策を実行する。

- ① 児童・思春期精神科医療ネットワークの現状をヒアリングする。
- ② 人材育成型拠点病院の例などを提示しながら、児童・思春期精神科医療ネットワークの中核的役割を果たす、地域拠点病院の整備の必要性を周知する。
- ③ 地域拠点病院の整備に積極的な都道府県に対しては、人材育成の支援（人材育成型病院への研修の仲介など）や、児童・思春期精神科専門病棟・病床整備の補助金の交付など、必要な支援を行う。

(6) (専門医の育成が一定程度進んだ段階で) 児童相談所・情緒障害児短期治療施設における専門医の配置を推進する。

現在多くの都道府県が行っている嘱託医制では、見立てや処遇方針に対する医師の見解の位置づけが曖昧である。また、専門医の関与の度合いに関して、都道府県によるばらつきが著しい。したがって、都道府県、政令指定都市に最低 1 名の常勤医を配置する、等の施策を行う必要がある。これは、地域の拠点病院等、嘱託医を派遣している医療機関が、診療の充実や、他のネットワーク活動に従事可能となる、というメリットもある。

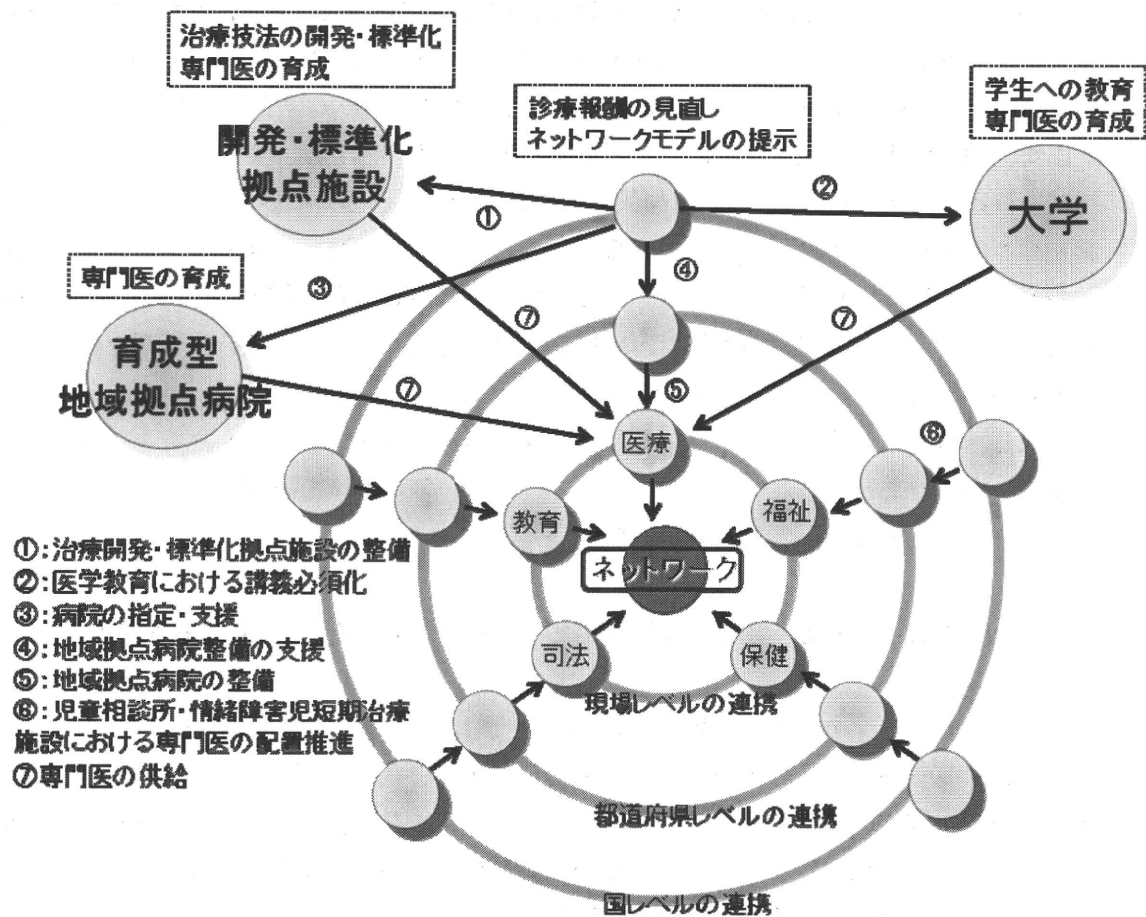
また、情緒障害児短期治療施設に入所している子どもの多くは、非虐待児童を中心に、情緒や行動の問題が深刻であり、医学的支援を必要としている。しかし、施設によっては、常勤の専門医が配置されていないのが現状である。したがって、情緒障害児短期治療施設への常勤医の配置を推進することで、医療的観点も組み込んだ、質の高い治療や支援が可能となる。さらに、情緒障害児短期治療施設の外来機能が充実し、被虐待児童を中心とした通院治療の受け皿の拡大にも寄与すると考えられる。

ただし、専門医が全国的に不足している現状を考慮すると、こうした施策を実現するためには、当然のことながら (1)、(2)、(3)、(4) 等の施策を推進して、子どもの心の診療の専門医を育成することが前提となる。

(7) 地域における児童・思春期精神科医療ネットワークのモデルを国が提示する

実効性のあるネットワークの構築を推進していくためには、中核病院の必要性やネットワーク活動の内容など、都道府県が目指すべき児童・思春期精神科医療ネットワークのモデルを国が作成し、各都道府県に周知することが必要である。そして、各都道府県が、提示されたモデルと現在の状況を比較しながら、必要な施策をおこなうことで、全ての都道府県において一定水準のネットワークが構築されることになる。

図 児童・思春期精神科医療ネットワーク構築の前提条件の整備



Ⅱ ネットワーク活動のあり方

1. 専門医が関係機関との連携することの意義

専門医は、単に子どもの精神障害を診断・治療するだけではない。その子どもが生まれながらに持っている体質や能力（発達障害の有無を含む）や養育環境の影響、保護者の特徴、現在の家族内力動（葛藤）、学校などの環境との相互作用、現在の子どもの心理状態や性格特徴、などを総合的に評価して子どもの見立てを行い、子どもへの関わり方、家族への介入の方法、子どもの生活する環境（学校など）の調整などについて指導を行う立場にある。

教師などの学校関係者、児童相談所などの福祉機関、情緒障害児施設や児童養護施設などの児童福祉施設、少年サポートセンターなどの司法機関など、子どもに関連する機関には、精神医学的観点は言うまでもなく、上述した多面的観点から子どもや家族を見立てることが充分できているとは言い難い状況のため、専門医が関与する意義は極めて大きい。

また、例えば不登校など教育相談機関が関わっている子どもや、児童養護施設に入所している子どもの中に、早期に精神医学的治療を開始すべき症例がいることも少なくない。したがって、子どもの精神障害の早期発見と適切な介入のためにも、関係機関に専門医が関わる必要がある。

2. 地域拠点病院を中核とするネットワーク活動の具体的内容（モデル案の提示）

*今回は医療側が提供できるネットワーク活動に限定している

*保護者等を対象とした講演会や、子どもの心の問題についての小冊子・リーフレットの作成等、一般向けの普及啓発については、重要な活動ではあるが、地域拠点病院が主体となって行うネットワーク活動としての最優先事項ではないと考え、ここでは除外した。

（1）地域拠点病院を中心とした、病病・病診連携など、医療ネットワークの構築

地域の医療機関から相談を受けた様々な子どもの心の問題、児童虐待や発達障害の症例に対する診療支援が主な内容である。緊急時（急性期症状、入院適応等）における電話等による紹介への対応や、紹介患者の受け入れなど、地域の医療機関への医学的支援を実施する必要がある。

（2）医療機関に通院・入院している子どもに関する多機関合同のケース会議

医療機関に通院・入院中の子どもについて、関係する児童相談所等の福祉機関職員や、教育機関職員（学校担任、養護教諭、特別支援コーディネーター、管理職等）と合同でケース会議を行う。子どもの特性や精神障害について理解を深め、精神医学的観点から適切な関わりや支援方法などを共有することによって、児童虐待の症例や施設入所などの処遇が適切な症例などについて、児童相談所が適切な処遇を行えるよう支援する、あるいは、子どもに適切な教育環境を提供することを支援する。

（３）福祉・教育・司法など関係機関の嘱託医（学校医も含む）

児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設等に対して、専門医が精神医学的観点から見立て、適切な対応などについて助言をすることは、対象となる子どもや保護者の利益だけにとどまらず、関係機関の職員のスキルアップにもつながる。

（４）児童相談所、家庭児童相談室、教育委員会、保健センター、保健所、警察（少年サポートセンター）など、福祉・教育・司法などの関係機関が定期的開催しているケース会議（要保護児童地域対策協議会を含む）などへの、専門医の参加

上記のような福祉・教育・司法などの関係機関が定期的集まり、各機関から困難事例等を提示し、支援の方向や役割分担などを合同で協議する会議である。専門医が参加し、医学的観点から見立て、適切な対応などについて助言をすることは、対象となる子どもや保護者の利益だけにとどまらず、関係機関の職員のスキルアップにも寄与する。なお、関係機関に働きかけて、新たな多機関合同ケース会議を設置するのが困難な場合は、児童福祉法に定めた要保護児童対策地域協議会に参加することで、類似の効果が得られると考えられる。

（５）関係機関と合同の症例検討会、関係機関の各職種を対象とした研修会・講演会

関係機関と合同の症例検討会、関係機関の各職種を対象とした研修会・講演会等を開催することで、関係機関の職員のスキルアップや相互交流の促進が期待できる。

（６）利用者にとって有益な情報を掲載したパンフレットの作成と周知

子どもの心の問題（発達障害や児童虐待を含む）について、子ども本人、保護者、保育士や教師など、利用者にとって有益な情報を掲載したパンフレットを関係機関が合同で作成し、周知する。これによって、利用者は、どういう問題の場合にどこに相談すればよいのかといった、必要な情報を得ることが可能となり、いわゆる相談機関の「たらい回し」を防ぐ効果も期待できる。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧

書籍

- 齊藤万比古：外来受診状況での見立ての実際。臨床心理士子育て支援合同委員会（編）：臨床心理士のための子育て支援基礎講座，pp107-120，創元社，大阪，2010。
- 齊藤万比古：I ライフステージから見た注意すべき症状とこころの病気 2 小学校・中学校期。樋口輝彦，野村総一郎（編）：こころの科学 こころの医学事典，pp46-74，2010。
- 齊藤万比古：不登校。飯田順三（編）：脳とこころのプライマリケア 4. 子どもの発達と行動，pp420-427，シナジー，東京，2010。
- 飯田順三：広汎性発達障害と統合失調症。専門医のための精神科臨床リュミエール 19 広汎性発達障害－自閉症へのアプローチ；pp76-81 市川宏伸編 中山書店 2010
- 飯田順三：ADHD と不安障害。子どもの心の診療シリーズ4 子どもの不安障害と抑うつ；pp108-115 松本英夫、傳田健三編 中山書店 2010
- 飯田順三：母子関係からみた心の発達。脳とこころのプライマリケア 4 巻子どもの発達と行動；pp15-23 飯田順三編 シナジー 2010
- 飯田順三：統合失調症。脳とこころのプライマリケア 4 巻 子どもの発達と行動；pp523-531 飯田順三編 シナジー 2010
- 金生由紀子：チック・Tourette 症候群。飯田順三（編）：脳とこころのプライマリケア 4 子どもの発達と行動，シナジー，pp323-334，2010
- 金生由紀子：Gilles de la Tourette 症候群をめぐる最近の話題。鈴木則宏/祖父江元/荒木信夫/宇川義一/川原信隆（編）：Annual Review 神経 2011，中外医学社，268-277，2011
- 亀岡智美：摂食障害。（飯田順三編：脳とこころのプライマリケア 4 子どもの発達と行動。シナジー，p487-496）
- 渡部京太：注意欠如・多動性障害（ADHD）と抑うつ，子どもの心の診療シリーズ4 子どもの不安障害と抑うつ総編集 齋藤万比古 編集 松本英夫 傳田健三，中山書店 2010
- 渡部京太：子どもの状態を把握する評価尺度，脳とこころのプライマリケア 4 子どもの発達と行動編集 飯田順三，シナジー 2010
- 渡部京太：虐待，青年期精神医学－内科医、小児科医、若手精神科医のための監修 清水將之、編集 高宮静男 渡邊直樹，診断と治療社 2010年
- 渡部京太：ADHD の疫学と長期予後。精神科治療学 25（6） 727-734 2010 ADHD 臨床の新展開 I；星和書店 2010
- 榊屋二郎：抑うつ，リストカット，選択的セロトニン再取り込み阻害薬，電気けいれん療法。ストレス科学辞典。[下光輝一，大島正光，内山明彦 編集]，パブリックヘルスリサーチセンター，東京
- 榊屋二郎：少年の性加害修正プログラム。キーワード 279 で読み解く精神医学。[松下正明 総編集]，パブリックヘルスリサーチセンター，東京，
- 岡田俊：青春期精神医学（=宮静男、渡邊直樹 編集 診断と治療社、2010）
- 岡田俊：子どもの発達と行動 [脳とこころのプライマリケア 4]（共著，シナジー，2010）

- 岡田俊：子どもの不安障害と抑うつ（共著、中山書店、2010）
- 岡田俊：注意欠如・多動性障害，自閉症 各疾患領域の治療の現状とメディカルニーズ DATA BOOK（共著，技術情報協会，2010）
- 岡田俊：脳科学エッセンシャルー精神疾患の生物学的理解のために〔専門医のための精神科臨床リュミエール16〕（共著，中山書店，2010）
- 岡田俊：広汎性発達障害ー自閉症へのアプローチ〔専門医のための精神科臨床リュミエール19〕（共著，中山書店，2010）
- 山崎透：児童精神科の入院治療．金剛出版
- 山崎透：入院治療．飯田順三（編）：脳とこころのプライマリケア4〔子どもの発達と行動〕．シナジー，pp172-182

雑誌

- 齊藤万比古：特集 ADHD をめぐって 現状と課題．児童青年精神医学とその近接領域 51(2)：67-76，2010．
- 牛島洋景，齊藤万比古：注意欠如多動性障害における衝動性と薬物療法．臨床精神薬理 13(6)：1133-1141，2010．
- 齊藤万比古，青木桃子：ADHD の二次障害．精神科治療学 25(6)：787-792，2010．
- 齊藤万比古，永田真由：ADHD 治療のアルゴリズム．精神科治療学 25(7)：867-873，2010．
- 齊藤万比古：ADHD と二次障害をどう理解するか．臨床心理学増刊第2号；43-48，2010．（2010年9月）
- 齊藤万比古：不登校からひきこもりへー支援のネットワークの意義を求めてー．日本福祉大学心理臨床研究センター紀要 5；3-9，2010．
- Hideki Negoro Masayuki Sawada Junzo Iida Toyosaku Ota Shohei Tanaka
Toshifumi Kishimoto：Prefrontal Dysfunction in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder as Measured by Near-Infrared Spectroscopy. Child Psychiatry Human Development 41:193-203, 2010
- 澤田将幸 木村豪 太田豊作 岸本直子 池下克美 法山良信 定松美幸 飯田順三
岸本年史：措置入院を契機に診断および告知に至った強迫性障害を伴うアスペルガー症候群の成人例．臨床精神医学 39 (9) 1179-1185 2010
- Masayuki Sawada Junzo Iida Toyosaku Ota Hideki Negoro Shohei Tanaka
Miyuki Sadamatsu Toshifumi Kishimoto：Effects of osmotic-release methylphenidate in attention-deficit/hyperactivity disorder as measured by event-related potentials Psychiatry and Clinical Neurosciences 64:491-498, 2010
- 太田豊作、飯田順三：併存障害を伴う ADHD へのストラテラの使用経験．現代のエスプリ 513 (4) 182-191, 2010
- 飯田順三：精神科後期研修で何を学ぶか？児童思春期精神医学精神科 16 (4) 311-314

2010

- 澤田将幸 飯田順三: Methylphenidate 乱用; Schizophrenia Frontier 11(2) 34-38 2010
- 相原加苗 城島哲子 飯田順三 岸本年史: 虐待の実態と評価; 精神科 17(1) 24-29 2010
- 根来秀樹 飯田順三 澤田将幸 太田豊作: 岸本年史発達障害の精神生理から何がどこまでわかるか?. 日本生物学的精神医学会誌 21(2) 77-81 2010
- 金生由紀子: トウレット障害. 日本小児科学会雑誌 第114巻第11号, 1673-1680
- 亀岡智美: 解離・転換性障害. 精神医学 52(5) 461-466 2010
- 亀岡智美: 子どものうそにどう対応するか. こころの科学 No156,80-84 2010
- 亀岡智美: 母性剥奪 (Maternal Deprivation), Japanese Journal of Traumatic Stress. Vol.18, No.1 February, 2010 p80
- 渡部京太: 注意欠如・多動性障害 (ADHD) の長期予後と二次障害の予防. 脳 21 Vol.13 No.2 金芳堂 2010
- 渡部京太: コンサータ中断例へのストラテラの使用経験. 現代のエスプリ ADHD 薬物療法の新時代 コンサータとストラテラ 編集 石川元; ぎょうせい 2010
- 渡部京太: 治療に疑問を感じたとき—子どもの治療—. こころの科学 152号 特集 治療に疑問を感じたら; 日本評論社 2010
- 渡部京太: ADHD の DBD (破壊的行動障害) マーチとは何ですか?. 教育と医学 58巻 9号 特集 発達障害の疑問に答える 2; 慶應義塾大学出版会 2010
- 渡部京太: 境界性パーソナリティ障害をマネジメントする 学校の中でのマネジメント. こころの科学 154号 特集 境界性パーソナリティ障害; 日本評論社 2010
- Sato, W., Uono, S., Okada, T., Toichi, M. Impairment of unconscious, but not conscious, gaze-triggered attention orienting in Asperger's disorder. Research in Autism Spectrum Disorders, 4; 782-786, 2010
- 岡田俊: ADHD の病態生理学 PharmaMedica 28(11), 17-19, 2010
- 岡田俊: 身体治療場面における広汎性発達障害のある患者への対応 心身医学 50(9), 863-868, 2010
- 岡田俊: ADHD の神経生物学: 最新の知見 精神科治療学 25(6): 735-740, 2010
- 岡田俊: 成人期 AD/HD の診断と治療. 児童青年精神医学とその近接領域. 51(2): 77-85, 2010
- 岡田俊: 子どもの精神疾患の臨床像をどうとらえ得るか?—児童精神医学と成人精神医学の双方向の視点 精神医学, 52(5): 431-432, 2010
- 木村記子, 岡田俊: 児童期における摂食障害 精神医学, 52(5): 467-476, 2010
- 岡田俊: ADHD 治療ガイドラインにおける atomoxetine の位置づけ 脳 21, 13(2); 80-88, 2010
- 岡田俊: 広汎性発達障害に対する薬物療法 発達障害医学の進歩 22:21-28, 2010
- 岡田俊: 児童青年期双極性障害に併存する注意欠陥/多動性障害に対する中枢神経刺激薬の