

精神医学研究連絡委員会報告
—「児童精神医学」講座の新設について—

平成6年4月26日

日本学術会議

精神医学研究連絡委員会

この報告は、第15期日本学術会議精神医学研究連絡委員会の審議結果を取りまとめて発表するものである。

委員長 島藺安雄（日本学術会議第7部会員、(財)神経研究所理事長）

幹事 大熊輝雄（国立精神・神経センター総長）
森 温理（東京慈恵会医科大学客員教授）

委員 笠原 嘉（藤田保健衛生大学医学部教授）
後藤彰夫（医療法人一秀会葛飾橋病院長）
樋口康子（日本赤十字看護大学看護学部長）
町山幸輝（群馬大学医学部教授）
山崎晃資（東海大学医学部教授）

I. はじめに

子どもの精神保健についての真剣な対応が、わが国の医学・医療の急務となっている。近年、不登校（登校拒否、学校ぎらい）、家庭内暴力、校内暴力、いじめ、思春期やせ症、薬物乱用、自閉症、言葉の遅れ、学習障害、児童虐待など、児童期におけるこころの問題の急激な増加と共に、出生率の低下、少子化現象などが社会問題として注目されており、わが国の将来を担う子ども達の精神的健康をいかに保障するかが国家的な課題となっている。

わが国においては、すでに1960年に「日本児童精神医学会」（1983年に国際学会名の改称に対応して「日本児童青年精神医学会」と改称）が設立され、学会機関誌『児童青年精神医学とその近接領域』が定期的に公刊されており、会員数も着実に増加して2,100名を越えている【資料1】。わが国の児童精神医学は、特定の研究領域においてはすでに世界的水準に到達し、さまざまな国際的共同研究がなされている。

一方、1970年前後から、2、3の国立大学において「児童精神医学」講座新設の動きがあったが、実現には至っておらず、未だにわが国の大学医学部には「児童精神医学」講座がなく、卒前・卒後教育の場が確立されていない。このため、資格を得た学会認定医は現在69名のみであり、この人員で多様な社会的ニーズに応えることは極めて困難な現状にある。その意味では、制度的には諸外国に比して実に40～50年の遅れをとっていると慨嘆せざるを得ない【資料2】。

このような状況を踏まえて、第15期日本学術会議・精神医学研究連絡委員会は、わが国の大学医学部に「児童精神医学」講座を新設すべきであるとの見解に到達した。

II. 児童精神医学とは

児童精神医学は、子ども達があらゆる多彩な精神身体症状・問題行動の意味を慎重に検討し、子どもの年齢と発達レベル、気質および生物学的背景、親子関係、家族力動、友人関係、保育所・幼稚園・学校における生活などを総合的に評価し、診断、治療、そして予防を行いながら、子どもの精神的健康の達成を企図するものである。

子どもはまさに精神発達の途上にある。さまざまな心理社会的機能が未だ分化しておらず、環境に強く依存し、身体的な成長を基盤にしながらか、家庭、幼稚園、学校、地域社会と次第に生活の場を広げ、発達して行く。こころの問題を持つ子どもに接する場合、まずその子どもの発達段階に応じたコミュニケーションを成立させる技術に習熟していなければならない。遊び、描画、音楽などを通して、子どもが何を語ろうとしているかを知ることが大切である。子どもがあらゆる「症状」には、疾病の徴候を越えて種々の意味が含まれていることを認識すべきである。子どもはそれぞれの発達段階によって症状の現れ方が異なり、こころの問題を身体症状として現したり、容易に退行するのが特徴である。

子どもが持つ多様な問題を解決するためには、両親や教師など、子どもを取り巻く人々の協力が必要であり、親に対するカウンセリングを行ったり、幼稚園や学校を訪れて教育の専門家と共に教育のあり方を検討することもある。また、子どもは治療を受けている間にも成長し、発達していることに注意しなければならない。すなわち、結果として発達を阻害したり、抑制したりすることになるような治療、教育を行ってはならず、こころの問

題を解決することによって望ましい発達を達成していくように配慮しなければならない。

予防精神医学の立場からも、児童精神医学は重要な役割を担っている。多くの精神障害の発生的基盤が児童期にあると考えられていることから、乳幼児期の精神保健についての指導・啓発（第一次予防）が必要である。保健所・精神保健センター・児童相談所・教育相談所など、地域社会における早期発見・早期診断、早期治療（第二次予防）のネットワーク作りが必要であり、さらに、子どもの発達を十分に考慮した治療・教育、ハビリテーションなどの試み（第三次予防）が不可欠となる。

われわれは、医療機関（一般精神科も含めて）・相談機関の遍歴や、不適切な評価・診断・治療がなされてると考えざるを得ないケースに少なからず遭遇している。これらは、児童精神医学の知識と臨床経験の欠如によるものであり、専門的処遇こそが子どもと両親の苦悩を軽減し解消させ得ることを強調しておかなければならない。

児童期に認められる精神障害は、従来の児童精神医学の教科書の記載に準ずると、おおまかに次の5群に大別される。

①発達障害：精神遅滞、自閉症、発達性言語障害、学習障害など。

②神経症性障害：

a. 心身症的障害：失神発作、喘息、思春期やせ症、肥満、周期性嘔吐症、チック、夜尿など。

b. 情緒（行動）障害：不眠、夜驚症、夢中遊行、緘黙症、吃音、指しゃぶり、爪かみ、異食症、登校拒否、家庭内暴力、性的問題、不安、心気症、強迫・恐怖（不潔恐怖、赤面恐怖、対人恐怖など）、ヒステリー、非行、怠学、家出、自殺など。

③器質性障害：脳障害による行動障害、てんかん・けいれん症候群、注意欠陥症候群（多動性障害）など。

④精神病性障害：躁うつ病（感情障害）、精神分裂病など。

⑤パーソナリティ障害：性格傾向の異常もしくは問題性、ボーダーライン・チャイルドなど。

世界保健機関の国際疾病分類・第10版（ICD-10）に記載されている精神障害の中から、特に児童・青年期に特有な障害、および児童・青年期に発症することが多いと考えられるものを参考までに付記しておく【資料 3】。

Ⅲ. 大学医学部に「児童精神医学」講座が必要な理由

わが国の大学医学部においては、これまで子どものころの問題の理解とその対応について、十分な教育と研修を行ってこなかった。子どもをめぐるさまざまな問題が急増している現在、次の理由により、大学医学部に「児童精神医学」講座を新設することが必要である。

第1に、大学医学部における卒前教育において、内科学とは別に小児科学の講義が行われていると同様に、一般精神医学から独立して、体系的な児童精神医学の基礎的な知識を習得させ、将来何れの専門領域に進んでも、子どものころの問題についての基本的な理解ができ、最小限の対応は行い得るように教育しておく必要がある。

第2に、生涯教育の一環として、一般精神科は勿論のこと、内科、外科、小児科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科などの医師に対して児童精神医学の知識の啓発・普及を行い、さまざまな臨床の場に登場する子ども達が示す多彩な症状・問題行動を理解し、プライマリ・ケア段階での対応が行えるようにすることが必要である。多くの場合、心理社会的な要因を有する子どもは、多彩な身体症状をあらわすことによって問題の解決を図ろうとしていることに留意し、適切なプライマリ・ケアを行い得るようすることが求められている。

第3に、急増する子どものこころの問題を十分に理解し、体系的な対応を可能とするために、児童精神医学を専攻する専門医の養成が急務である。その理由を以下に列挙する。

- ①児童精神医学に関する諸問題が急増し、社会的な需要が増しているにもかかわらず、専門医の絶対数が未だ非常に少ない。
- ②児童精神医学を専攻した臨床（専門）医でなければ、乳幼児期から思春期に及ぶ子どもの症状・問題行動について行き届いた観察を行い、適切に理解することは容易ではなく、鑑別診断することも難しい。
- ③専門医が絶対的に少ないために、非専門家が安易な診断・評価を行って科学性を欠く不適切な対応をしたり、いわゆる民間治療家が科学性と倫理性を著しく欠く不当なかかわりを行うなど、さまざまなレベルでの問題が続出している。
- ④子どもを病院に連れてきたり、子どもに代わって症状を訴える両親が、速やかに適切な相談を受け得るような体制が必要であり、医療経済効率を高めるためにも、相談窓口を明確にする必要がある。
- ⑤本来、児童精神医学の専門医を必要とすべき職場、例えば児童相談所、保健所、家庭裁判所、教育研究所などに、常勤スタッフとして児童精神科医を配備することが望まれているが、現在の医学教育にはそれに応ずるだけの専門医を供給する能力がない。
- ⑥学校精神保健の重要性に鑑み、児童精神医学を専攻する学校医を、一定規模の学校群に1人ずつ配置することが必要である。しかし専門医の実数からみて、特定の地域を除いては、実現不可能である。
- ⑦地域における子どもの精神保健対策を進めるためには、種々の職種の専門家からなる臨床チームを構成することが必要であるが、児童精神医学の専門家が少ない現状ではその機能的構成が困難であり、臨床的訓練のためのスーパーヴィジョン体制をとることも難しい。

IV. 「児童精神医学」講座の教育カリキュラム

児童精神医学においては、主として新生児・乳幼児期から18歳までに発症する種々の精神障害についての研究、教育、そして臨床（検査、診断・評価、治療、予防）を行う。さらに発達障害では、特有な対人関係の困難さを有するために、成人期以後も引き続いて児童精神科医が治療・相談を行う必要がある。児童精神科医は、医学的な検査、診断、治療を行うばかりではなく、学校教師、サイコロジスト、ケース・ワーカーなど、関連領域のすべての職種の人々と協働し、子どものこころの問題を解決するための臨床チームのリーダーとしての役割を担っている。このために児童精神科医は、病院の中に閉じ籠るのでなく、積極的に保健所、幼稚園、学校などの現場に出て行き、地域に開かれた医療を行

うことを志さねばならない。

児童精神医学では、これらの専門的な事柄についての研究、研修を行うために、一般精神医学、小児科学、小児神経学、発達心理学、教育学、児童福祉学などの関連領域についての研修が必要である。1982年、牧田清志（東海大学医学部教授）らは全国の大学医学部を対象に児童精神医学教育の実態調査を行った。その結果は、卒前教育としてはわずか2～3コマの講義しか行われておらず、しかも非常勤講師がそれを担当している大学がほとんどであった。また、大学医学部の精神医学講座担当者のほとんどが、児童精神医学に関する卒後教育の必要性を認めていたが、スタッフ不足と研修の場がないことから、極めて不十分な状況であった。最近、日本児童青年精神医学会「教育に関する委員会」が同様の調査を行ったが、10年を経過した現在でも、当時の状況はほとんど改善されていないことが明らかになった。「児童精神医学」講座を担当することが可能な人材が育ってきている現在、講座新設に向けて、その第一歩を踏み出す時期に至っている。

日本児童青年精神医学会は、すでに「児童青年精神医学領域の医師国家試験出題基準」（1984年、1986年修正）と「児童青年精神医学卒後研修ガイドライン」（1990年）を作成している。ここで、わが国に「児童精神医学」講座を新設する場合、どのような教育カリキュラムを用意するべきか、その概略を述べる。なお、諸外国の卒前・卒後教育カリキュラムを参考までに付記しておく【資料4】。

1. 児童精神医学の卒前教育カリキュラム

「児童精神医学」講座において必要と考えられる卒前教育カリキュラムの概要と項目を列挙すると、次のようになる；

1) 講義および臨床実習の時間数

各大学の事情によって決められるべきであるが、医学部在学中に、15～30時間の講義、外来および病棟における臨床実習、さらに学校・関連機関・福祉施設などにおける実習などを行う。

2) 習得すべき項目

a. 児童精神医学総論

- ① 発達心理学
- ② 親子関係論
- ③ 発達神経学
- ④ 行動観察と行動記録の技法
- ⑤ 子どもの精神症候学
- ⑥ 心理検査法
- ⑦ 子どもの神経学的検査法
- ⑧ その他の検査法（画像診断など）
- ⑨ 子どもの人権に関する諸問題
- ⑩ 関連法規（精神保健法、児童福祉法、学校教育法、少年法、社会福祉事業法など）

⑪ 予防精神医学

b. 児童精神医学各論

- ① 発達障害（自閉症、精神遅滞、学習障害など）
- ② 精神病性障害（精神分裂病、躁うつ病（感情障害）、思春期周期性精神病など）

- ③神経症性障害（不安神経症、恐怖症、強迫性障害、ヒステリー、抑うつ神経症、不登校、家庭内暴力、摂食障害、自殺、心身症的障害など）
- ④パーソナリティ障害（性格傾向の異常、ボーダーライン・チャイルドなど）
- ⑤行為障害（怠学、非行、家出など）
- ⑥児童期情緒障害（緘黙症、チック、吃音など）
- ⑦器質性障害（多動性障害、てんかん・けいれん症候群など）
- ⑧言語的精神療法
- ⑨非言語的精神療法（遊戯療法、箱庭療法、音楽療法、絵画療法など）
- ⑩児童精神科薬物療法
- ⑪チーム医療運営法
- ⑫地域医療
- ⑬学校精神保健
- ⑭小児科とのリエゾン医療
- ⑮臓器移植・骨髄移植をめぐる児童精神医学的ケア
- ⑯ターミナル・ケア

2. 児童精神医学の卒後教育カリキュラム

児童精神医学の基礎的な学識と技術を習得し、厳正な倫理観を持った児童精神科医となるための教育カリキュラムを用意しなければならない。

1) 研修の時期および期間

原則として、2年間の一般精神医学または小児科学についての初期研修を終了した後に、後期研修と平行して3年間の児童精神医学専門研修を行う。

2) 研修の内容

前述した卒前教育カリキュラムに挙げた項目についてさらに研修を深め、児童精神科医としての基本的態度を修得するが、加えて下記の項目についての臨床研修を行う；

a. 医療機関における研修：

- ①専門病院、外来診療所、総合病院などの医療機関の外来、病棟、デイ・ケア、院内学級などにおいて臨床経験を積む。その際、治療チームの一員として、また、リエゾン・コンサルテーション精神医療などの経験を積む。
- ②治療技法の修得：遊戯療法、行動療法、個人療法、集団療法、家族療法、薬物療法、および絵画療法、箱庭療法、音楽療法、心理劇など。
- ③保健所、精神保健センターなどにおける実習を行う。

b. 学校精神保健の研修：幼稚園・保育所、学校における担任教師・保母、養護教諭、生徒指導主任、学校医、および教育相談機関のスタッフなどとの連携による学校精神保健活動の実践を経験する。

c. 児童福祉施設における研修：児童相談所、情緒障害児短期治療施設、養護施設、精神薄弱児施設、精神薄弱児通園施設、自閉症児施設、重症心身障害児施設などにおける見学・実習を行う。

d. 少年法関係機関における研修

家庭裁判所、少年鑑別所、少年院、教護院などにおける見学・実習を行う。

e. 社会福祉事業法関係機関における研修

福祉事務所の社会福祉主事との連携を経験する。

3) 研修コース

児童精神医学の卒後研修コースは、諸外国における研修カリキュラムをみると；

- ①最初から児童精神医学を学び、研修の過程で一般精神医学、小児科学、発達神経学などを学ぶコース
- ②一般精神医学を研修した後に、児童精神医学を専攻し、小児科学、発達神経学などの関連領域を学ぶコース
- ③小児科学を学んだ後に、児童精神医学を専攻するコース

の3つのコースがある。わが国においては、さまざまな研修コースが用意されるべきであろう。

V. まとめ

わが国の大学医学部に「児童精神医学」講座が不可欠であることについて、その現状と理由を述べた。

少子化現象が進み、高学歴志向が強まる社会状況の中で、子どもたちの健康問題は急増し、多様化し、低年齢化している。わが国の将来を支える子どもたちの健康をいかに保持し、増進するかということが、極めて重要な国家的課題であることはいままでもない。児童精神保健活動の中心ともなるべき「児童精神医学」を、大学医学部においていかに講じ、専門医をいかに養成すべきかについて検討することは今や焦眉の急である。

児童精神医学の研究・臨床においては、わが国の研究者で世界の指導的な立場に立つものが数多く輩出している。それにもかかわらず、大学医学部に「児童精神医学」講座を持たないのは、いわゆる先進諸国の中で日本のみであるといっても過言ではなく、国際化が叫ばれている時代にまぎれもない医学教育の後進国となっている。

医学部の学生が、将来、どのような専門領域に進むにしても、児童精神医学の基礎知識を学んでおくことは不可欠であり、予防精神医学の視点からも極めて重要である。また、卒後教育においても、一般臨床医に対する児童精神医学の啓発・普及は必要であり、さらに、系統的な教育を受け、十分な修練を積んだ児童精神医学の専門医の養成を早急に始めなければならない。

以上の検討を踏まえて、子どもたちの健康と幸せな未来のために、第15期日本学術会議・精神医学研究連絡委員会は、大学医学部に「児童精神医学」講座を新設することを強く望むものである。

資料 1 わが国における児童精神医学の歴史

わが国の大学医学部に「児童精神医学」講座を新設することの必要性は、論を俟たない。ここで、児童精神医学の先人達が、さまざまな苦勞を乗り越えながら、着実な歩みを続けてきた歴史を振り返っておきたい。

1900～1910年代にかけて、すでにわが国においては、呉秀三が「精神病学集要」において児童期精神障害を記載し、森田正馬が「小児の精神病について」の講演をし、三宅鉦一は、精神薄弱、不良少年についての啓蒙活動を行っていた。

1936年、堀要らによって名古屋大学医学部精神科に「児童治療教育相談室」が開設され、間もなく吉益脩夫、村松常雄によって東大脳研究室に児童部が開設された。戦後になって、1947年に児童福祉法が制定され、1949年には各都道府県に児童相談所が設置された。1948年、国立国府台病院に児童病棟が設置され、同年、東京都立梅ヶ丘病院が子どもの精神科病院として開設された。さらに1952年には、国立精神衛生研究所に児童精神衛生相談部（部長：高木四郎）が設置された。

1952年、驚いたえ子（名古屋大学医学部精神科）によってわが国で最初の幼児自閉症の症例報告がなされた。この頃、京都大学医学部精神科に「児童精神科外来」（村上仁、高木隆郎）が開設された。1957年には、登校拒否の最初の症例報告が宮城県中央児童相談所によってなされ、比叡山延歴寺の宿坊で行われた精神病理懇話会で自閉症の症例検討がなされた。翌1958年、日本精神神経学会の中に「児童精神医学懇話会」が設けられた。1960年には、雑誌「児童精神医学とその近接領域」が創刊され、「日本児童精神医学会」が設立された。同年、小児科医を中心とする「小児精神神経学研究会」が設立され、研究会誌「小児の精神と神経」が発刊された。後に、日本児童精神医学会は「日本児童青年精神医学会」に名称を変更（1983年）し、学会誌名も「児童青年精神医学とその近接領域」とすることになった。さらに、小児精神神経学研究会は、「日本小児精神神経学会」（1992年）に改組した。

1961年、情緒障害児短期治療施設（12施設）が設置され、情緒障害児学級は、1969年以降全国に設置され、1988年の調査では3317学級に及んでいる。1969年、厚生事務次官通知によって東京都立梅ヶ丘病院、三重県立高茶屋病院、大阪府立中宮病院の3病院が「自閉症児施設」と指定され、1980年の「児童福祉施設最低基準」の一部改正によって精神薄弱児施設の1種として「自閉症児施設」（第1種：医療型、第2種：福祉型）が設置されることになった。そして1985年、三重県立高茶屋病院児童青年精神科診療ユニットが三重県立小児心療センターあすなろ学園（園長：十亀史郎）として独立した医療機関となった。1970年、自閉症児施設を中心とする「全国公立児童精神科医療施設研究会」が設立された。1975年には、わが国の大学医学部ではじめてフルタイムで開かれる「児童青年精神科外来」が東海大学医学部（牧田清志）に開設された。

1963年以来、日本児童青年精神医学会は日本医学会に加盟すべく再三申請を行っており、また1981年からは、「『児童精神科』科名追加承認に関する請願」を行ってきている。残念ながら、現時点ではいずれも達成することができずにいるが、学会内に「科名標榜委員会」と「児童青年精神医学教育に関する委員会」を設置し、引続きさまざまな研究と活動を精力的に展開している。1991年、「日本児童青年精神医学会認定医制度」が発足し、現在までに66名が認定されている。また、1988年に「日本思春期青年期精神医学会」が設立され、1991年には学会誌「思春期青年期精神医学」が発刊された。

特筆すべきことは、1990年、アジアではじめて第12回国際児童青年精神医学会（組織委員長：白橋宏一郎）が京都で開催され、41か国から1,391名の参加者を得て大成功のうちに終了し、参加国から多くの賞賛が寄せられたことである。翌1991年には、国際学会の影響を受けて「乳幼児医学心理学研究会」が設立され、1992年より機関誌の刊行が始められた。

このように、わが国の大学医学部に「児童精神医学」講座を新設するための背景はすべて整い、研究および臨床面においてもすでに世界の指導的な立場に立ち、関連する国際学会においても日本の研究者が重要な役割を占めてきている。いまや「児童精神医学」講座の新設に踏み切るばかりの状況にあるといっても過言ではあるまい。

資料 2 世界の児童精神医学の歴史

わが国の児童精神医学の歴史と現状を考える時、世界におけるこの領域の発展の歴史を概観し、何が問題となり、どのようにその課題を乗り越えてきたのかを見ることは有用である。

周知のごとく、1792年、Pinel, P. が精神病者を鉄の鎖から解放した。その直前の1784年、パリで盲児のための教育機関が開設されており、1841年にはスイスで精神薄弱児の収容施設が開設された。そして、19世紀の末になると各国で少年審判所が設置されはじめた。1909年、Healy, W. は少年精神障害研究所を開設し、1915年、「個々の少年非行」を出版した。この頃、Beers, C. は「我が魂に会うまで」(A mind that found itself) を出版し、Meyer, A. が“Mental Hygiene” (精神衛生) と名付けた「精神衛生運動」が勃興した。1910年代に入ると家裁調査官が登場し、里親制度が制定され、「治療教育」(Heilpaedagogik) の概念がオーストリアおよびスイスで論議され始めた。1921年、Thom, D. は、“The Boston Habit Clinic” を創立し、精神科医、心理学者、ソーシャル・ワーカーなどからなる「臨床チーム」の考え方を提唱し、「訪問教師」の制度が生まれた。

このような背景のもとで、1930年、Kanner, L. は、ジョンズ・ホプキンス大学にフルタイムの児童精神科外来を設置し、これを契機にして世界各国の大学医学部に「児童精神医学」講座があいついで開設されはじめた。1933年、Tramer, M. が教科書“Kinderpsychiatrie” を出版し、1934年には、雑誌“Zeitschrift fur Kinderpsychiatrie” が発刊された。さらに1935年には、児童精神医学のバイブルとも評されるKanner, L. の教科書“Child Psychiatry” が出版され、1937年、Heuyer, G. を会長にして第1回国際児童精神医学会がパリで開催された。1940年代にはいると、各国における児童精神医学の発展は目ざましく、児童精神科部門の設置と講座の開設が急増した。1943年には、Kanner, L. による「早期幼児自閉症」の最初の症例報告がなされた。1950年代には、Gardner, G. によって“American Academy of Child Psychiatry” が設立され、1957年にはアメリカの最初の児童精神科専門医として、Kanner, L. とRobinson, F. が指定された。

一方、1960年代は、子どもの精神発達における生物学的側面が再認識され、家族精神医学的アプローチが抬頭し、「青年精神医学」(Adolescent Psychiatry) が勃興した。1970年代は、子どもの精神障害の性質が見なおされ、新しい診断分類が試みられはじめた。1990年、アジアでは初めてであるが、京都で第12回国際児童青年精神医学会が開催され、難民、ストリート・チルドレン、薬物乱用、児童虐待、臓器移植、人工授精、女性の社会進出、少子化現象など、いわゆる精神障害に限らず、子どもにまつわる心理社会的・政治的・経済的な諸問題についての幅広い議論が展開された。

なお、現在、世界的なレベルで活動している国際学会ならびに組織には、国際児童青年精神医学会 (IACAPAP)、国際青年精神医学会 (ISAP)、世界乳幼児精神保健学会 (WAIMH)、世界精神医学会 (WPA)、児童青年精神医学委員会 (Child and Adolescent Section)、および世界保健機関 (WHO) や国際連合国際児童緊急基金 (UNICEF) の各種委員会などがある。この他に、ヨーロッパ児童青年精神医学会 (ESCAP)、アメリカ児童青年精神医学会 (AACAP)、オーストラリア・ニュージーランド児童青年精神医学会 (ANCCAP) などがある。

世界保健機関の国際疾病分類・第10版（ICD-10）に記載されている精神障害の中から、特に児童・青年期に特有な障害を列举しておく。

F7精神遅滞

- F70 軽度精神遅滞
- F71 中度精神遅滞
- F72 重度精神遅滞
- F73 最重度精神遅滞
- F78 他の精神遅滞

F8心理的発達障害

- F80 会話および言語の特異的発達障害
 - F80.0 特異的会話構音障害
 - F80.1 表出性言語障害
 - F80.2 受容性言語障害
 - F80.3 てんかんに伴う獲得性失語（ランドル・クレファ-症候群）
- F81 学習能力の特異的発達障害
 - F81.0 特異的読字障害
 - F81.1 特異的書字障害
 - F81.2 特異的算数能力障害
 - F81.3 学習能力の混合性障害
- F82 運動能力の特異的発達障害
- F83 混合性特異的発達障害
- F84 広汎性発達障害
 - F84.0 自閉症
 - F84.1 非定型自閉症
 - F84.2 レット症候群
 - F84.3 他の児童期崩壊性障害
 - F84.4 精神遅滞および常同運動に関連した過動性障害
 - F84.5 アスペルガー症候群
- F88 他の心理的発達障害

F9 児童期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害

- F90 多動性障害
 - F90.0 活動性および注意の障害
 - F90.1 多動性行為障害
- F91 行為障害
 - F91.0 家庭限局性行為障害
 - F91.1 非社会型行為障害
 - F91.2 社会型行為障害

- F91.3 反抗挑戦性障害
- F92 行為および情緒の混合性障害
 - F92.0 抑うつ性行為障害
- F93 児童期に特異的に発症する情緒障害
 - F93.0 児童期の分離不安障害
 - F93.1 児童期の恐怖性不安障害
 - F93.2 児童期の社会性不安障害
 - F93.3 同胞葛藤性障害
- F94 児童期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害
 - F94.0 選択性緘黙
 - F94.1 児童期の反応性愛着障害
 - F94.2 児童期の脱抑制性愛着障害
- F95 チック障害
 - F95.0 一過性チック障害
 - F95.1 慢性運動性および音声チック障害
 - F95.2 音声および多発運動性の合併したチック障害（ド・ラ・トゥレット症候群）
- F98 通常児童期および青年期に発症する他の行動および情緒の障害
 - F98.0 非器質性遺尿
 - F98.1 非器質性遺糞症
 - F98.2 乳幼児期および児童期の哺育障害
 - F98.3 乳幼児期および児童期の異食症
 - F98.4 常同性運動障害
 - F98.5 吃音
 - F98.6 早口言語症
 - F98.8 他の児童期および青年期に通常発症する特異的な行動と情緒の障害
- F2 精神分裂病性障害
 - F20 精神分裂病
 - F20.0 妄想型分裂病
 - F20.1 破瓜型分裂病
 - F20.2 緊張型分裂病
 - F20.3 鑑別不能型分裂病
 - F20.6 単純型分裂病
 - F21 分裂病型障害
 - F22 持続性妄想性障害
 - F23 急性分裂病様障害
- F3 気分（感情）障害
 - F30 躁病エピソード
 - F31 双極性感情障害
 - F32 うつ病エピソード
 - F34 持続性気分（感情）障害
 - F34.0 気分循環障害

F34.1 気分変調症

F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群

F50 摂食障害

F50.0 神経性無食欲症

F50.2 神経性大食症

F51 非器質性睡眠障害

F51.0 非器質性不眠症

F51.1 非器質性過眠症

F51.2 非器質性睡眠・覚醒スケジュール障害

F51.3 夢中遊行症

F51.4 夜驚症

F51.5 悪夢

資料 4 諸外国の児童精神医学教育カリキュラム

国際児童青年精神医学会理事会は、1992年5月のブダペスト会議に出席した国々の卒前・卒後教育の状況をまとめた。各国および大学によって名称および制度的な差異はあるが、大学医学部に「児童精神医学」講座を有する国は、次のごとくであった。

オーストラリア、カナダ、チェコ、デンマーク、フィンランド、フランス、ギリシャ、ドイツ、ハンガリー、イタリア、韓国、リヒテンシュタイン、リトウアニア、ノルウエイ、アイルランド、ルーマニア、スイス、スウェーデン、英国、アメリカ合衆国 など
(英語表記による国名をアルファベット順に並べた)

この他にも、イスラエル、ロシア、スーダンなど多くの国々に「児童精神医学」講座があり、独立した「児童精神医学」講座を持たないのは今や日本くらいであるといっても過言ではない。

これらの国々において行われている児童（青年）精神医学の卒前・卒後教育の概略をまとめておく。卒前教育としては、数時間から30時間の児童精神医学に関する講義・臨床実習がなされており、臨床研修が重視されている。卒後教育としては、研修期間に2年から9年の幅があるが、4～5年が最も多い。一般精神医学、小児科学（または小児神経学）の研修を6ヵ月から1年づつ行い、その後に児童（青年）精神医学を3年間学ぶのが平均的なカリキュラムである。

1) オーストラリア・メルボルン大学医学部の卒前・卒後研修カリキュラム

医学部3、4年目に精神医学の講義・臨床実習があり、医学部5年目には、指定された教育病院における一般精神科臨床実習が8週間行われる。そして、医学部6年目に、総合病院における症例検討に参加してリエゾン精神医学を学び、並行して児童精神医学セミナー（30回）に出席する。

児童精神医学セミナーのテーマは、児童精神医学の臨床一般、子どもの精神発達、家族力動、親子関係、地域社会論とマネージメント理論、症候論、児童精神医学サービスなどである。

卒後研修カリキュラムとしては、5年間の一般精神医学研修コースの間に、少なくとも2年間の児童精神医学に関する専門的研修があり、6週間毎に指定されたレポートを提出し、最終年度に面接試験を受けて児童精神科医と認定される。この間に習得しなければならない最低基準項目は：

- ①臨床診断学：子ども、両親、家族を対象とする
- ②治療：個人療法、集団療法、家族療法など
- ③児童精神科救急
- ④入院児の治療：精神科治療、コンサルテーション・リエゾン精神医学
- ⑤特殊訓練：言語治療、聴能訓練、理学療法など
- ⑥地域にける児童精神医学サービス

この他に、26項目に及ぶ研修プログラムが用意されている。

2) アメリカ合衆国・ミシガン大学医学部の卒後研修カリキュラム

卒後1年目は、各科のローテーションを行い、卒後2、3年目は、一般精神医学の研修を行う。卒後4～6年目に、最低2年間の児童精神医学の研修を行う。この2年間の児童精神医学研修はかなり厳しい。外来では、2例の診断学的評価（毎月）、3例の治療、週3時間のスーパーヴィジョンなどが義務づけられている。病棟では、日常的な診療業務の他に、2例の治療、1例の親治療、週3時間のスーパーヴィジョン、週1時間半のグループ・ミーティング、週1時間のチーム・ミーティングなどが最低基準として設けられており、年2回の評価が行われる。この他に、児童精神分析、コンサルテーション・リエゾン精神医学、乳幼児精神医学の研修が行われる。

また、基本的カリキュラムとして、次の項目が挙げられている：

- ①乳幼児・児童・青年の発達
- ②精神病理、治療学
- ③小児神経学
- ④家族力動と家族療法
- ⑤精神分析的発達論
- ⑥自己愛的および境界線児童の治療
- ⑦児童の精神療法
- ⑧両親の面接・相談
- ⑨自我心理学および他の精神医学理論
- ⑩行動療法
- ⑪研究方法論
- ⑫児童精神医学に関連する法律
- ⑬コンサルテーションと精神保健システム
- ⑭児童精神科薬物療法
- ⑮精神分析的な精神療法