

## 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

日時：平成17年5月11日（水）15：30～17：30

場所：中央合同庁舎第5号館17階専用第21会議室

## 1. 開会

### ○事務局／母子保健課長補佐

それでは定刻となりましたので、ただいまから第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」を開催いたします。座長の柳澤先生、どうぞよろしくお願いいいたします。

### ○柳澤座長

それでは早速ですが、議事を進めさせていただきます。会議の冒頭に当たって、前回の検討会で私の方から、この検討会で扱う対象とする医師、検討会の名前としては「子どもの心の診療に携わる専門の医師」というようになっているわけですが、大変長い言い方ですので、もう少し短縮した言い方ができないものか。いわばニックネームというふうにもいえると思いますけれど、それを「子どもの心の専門医」というようにしたらどうだろうかということをお諮りしたわけですが、私自身、その点について少し考えを改めました。

この検討会で議論を行うのは、子どもの心の問題に関する一般の小児科医また精神科医のボトムアップといいますが、プライマリの対応のボトムアップから高度専門的な技能を持つ専門医まで、大変幅広いものでございますので、私もあれからいろいろ考えまして、この検討会で議論する対象としての医師の総体を、「子どもの心の診療医」ということにしてはどうかというように思います。

検討会の名前としても、もし短縮している場合には「子どもの心の診療医検討会」としたらどうでしょうか。これはそう重大なことというか、決定というようなことではありませんので、そのようなことで、もしご異義がなければ、この検討会で扱う医師の総体を子どもの心の診療医、そこには非常に幅の広い階層、一般的な医師から高度専門的な医師まで、幅広い階層の医師が含まれている。その全体をある程度層分けした上で扱うというように考えております。もしよろしければそのようにさせていただきたいと存じます。

それから今回は議論に先立ちまして、事務局の母子保健課長の方から、今後の進め方について1つご報告がありますので、それについてまずお願いいいたします。

### ○事務局／母子保健課長

母子保健課長の佐藤でございます。事務局体制の強化について事後報告的に申し上げます。この検討会ですが、大変に高度な内容につきまして、あるいは多岐に渡る問題につきまして、種々ご議論いただいているわけでございますけれども、そもそも子どもの心の診療という部分の現状はどうなっているのかという話で、前回もいくつかご議論があったと思います。

そういったことを踏まえて、最終的には専門的な診療をしていただく医師の養成をどうすべきか、ご提言をいただくということになるわけですが、事務局でも少し専門家のお

知恵をお借りしないと、なかなか準備も難しいという状況にあります。

そういうことで座長の柳澤先生とも相談させていただきまして、事務局の体制を少し強化させていただくということで、何人かの専門の先生に、サポートをお願いするということといたしました。これが事後報告的にお願いをすることになります。

お名前をご紹介させていただきますと、検討会から二人でございます。そちらにお座りになっておられますけれども、国立精神・神経センターの齊藤先生、それから国立成育医療センターの奥山先生、このお二人は委員として少し私どもの応援をしていただくということになります。

それから検討委員会の委員の外からもお二人をお願いしたいと思っています。一人は学会などにもご所属でして、児童精神科の領域でお子さんをたくさん診ていらっしゃると思いますが、都立梅ヶ丘病院の院長の市川先生、それから筑波大学大学院人間総合科学研究科発達行動小児科学教授の宮本先生、合計4名の皆様方にこの会が開かれているときも会が開かれていないときも、陰に日向に私どもを応援していただければと思っております。例えば、必要な資料を集めていただくとか、この会に出すための資料のアドバイスをいただくというようなことをお願いしたいと思っております。

早速、最初のご相談の結果が、お手元の資料の中にあります119頁に資料8として今回提出しております。これは1つの事例として、今回早速、お力添えをいただいた結果であります。

少し説明しておきますと、前回子どもの心といっても、その実態はどうなっているのかというようなご発言があったと記憶しております。実際、その発生の有病率とでも言い換えましょうか、あるいは患者数はどうなっているのか。また、治療はどのように行われているのか、フォローはどうなっているのか、現状についても一度整理しておいた方がいいのではないかというお話がありました。

将来というかその先を見越しますと、最終的には国民の皆様やマスコミの皆様に見ていただかないとならないわけです。そういうことを考えますと、おそらく資料編的になるのか、あるいは導入になるのかわかりませんが、提言に補足するような形でこういう話も議論したという、言ってみれば証拠のようなものが必要だろうと思います。そういう意味で、今日は子どもの心の問題のプロフィールとなっております。プロフィールという言葉も英語ですし、また抽象的な言葉です。言ってみれば、子どもの心の問題の診療のお医者さんの研修の問題を議論するに当たっての導入とか、あるいは資料編に相当する部分として、資料8をおまとめいただきました。

簡単にこれをご覧いただきますと、子どもの問題ということで、2番目に子どもの問題とありまして、受診理由とあります。表面的に見える病状、病態ということで、1から26まで羅列をしていただきました。次の120頁を見ていただきますと、それが現行のICD10ではどういう病名として取り扱われているかということ、120頁から121頁の上段ぐらいまで羅列しているわけです。

「子どもの心」と一口に言っていますが、表面的に見られる病状病態で言えば、119頁。それからその結果としての診断名として見れば、120頁から121頁の上段ぐらいになるのだろうということで作っていただいております。

それからそのほか治療ガイダンスの対象、必要な連携の対象をどうなのかということになっています。これは、あくまで導入とか資料編的なものです。また、これで完結したので終わりですということではなく、それぞれについて、例えば、120頁にあるICD10ごとに患者調査ではどういうデータが出ているのか。あるいは死亡することはないと思いますが、人口動態統計の死亡表の中でどうなっているのか。そういったことも今後、少しこれに随時追加をして、このプロフィールを充実させていただくことになります。

このように事務局サポートチームをつくっていただき、その始めのお仕事として枠組み的なもの、こういうことをやっていただいたということでご紹介いたしました。次回以降もこういう資料を提出しながら、対応していきたいと思っております。以上です。

#### ○柳澤座長

どうもありがとうございました。大変に結構なことだと思います。それでは既にスタートして、活動もされているというように伺いましたけれども、事務局サポートチームの先生方にはよろしくお願ひしたいと存じます。

今回も前回に引き続きまして、委員の先生方から資料をいろいろいただいております。まず事務局の方から簡単に、資料の確認をお願いいたします。

#### ○事務局／母子保健課長補佐

ではお手元にお配りいたしました資料につきまして、簡単にご確認をさせていただきます。まずお手元に座席表がございます。それから資料の綴りが1冊、少々多目のものがございます。こちらの方にまず1枚目が会議次第、その次に資料の一覧がございます。こちらに沿って確認をさせていただきます。資料の一覧の方に頁数がございますので、こちらに沿ってご確認いただければと存じます。

まず資料1が検討会の開催要領と検討会の委員名簿。これが5頁となっております。続きまして、検討会のスケジュール案ということで、7頁。次に委員の先生方からご提出いただいた資料でございまして、こちらが資料3、星加先生、資料4、森先生、資料5。齊藤先生、資料6、奥山先生、それから資料7、文部科学省の方からご提出いただいているもの。そして、別資料といたしまして、伯井先生の方からご提出いただいている資料でございまして。また伯井委員からは小冊子もいただいておりますので、別の資料としてご用意させていただいております。

最後に事務局からは、新たに資料を2種類ご用意させていただいております。今、佐藤課長からご説明がございました。資料8といたしまして子どもの心の問題のプロフィール、その1。受診の理由と診断。それから最後でございまして、第1回目の検討会の際に、事

事務局からご説明させていただきました、検討会における議論の対象となります、診療医のイメージ図を子どもの心の専門の医師のイメージ図案として、ご参照いただくためにご用意させていただきました。

最後にこの資料の小冊子には含まれておりませんが、未定稿という形で「子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成に関する取り組みの現状・概要」といたしまして、横置き2枚の2頁の資料をご用意させていただいております。こちらは前回第2回の検討会でご発表になられた委員の皆様方の学会などからご提出していただいております資料を、事務局でごく簡単に取りまとめをしたものでございます。学会などの名称と会員構成、対象とされている子どもの心の問題領域、または対象の疾患、それから専門の医師の養成に関する取り組みの概要ということで、ごく簡単に一覧にさせていただいております。まだ全員の委員の皆様からご発表いただいておりますので、空白の部分が多うございますが、事前にご提供いただきました資料などをもとにいたしまして、事務局にて簡単な一覧表とさせていただきます。

こちらの資料の取り扱いにつきましては未定稿ということでございまして、改めて発表いただきました委員の先生方にご確認いただいた上で、次回完成版の資料ということで、ご用意させていただきたいと存じます。今回は主に前回第2回での検討会でご提供いただいた資料の概要ということで、ご参照いただければと存じます。以上でございます。

## 2. 専門の医師の養成に関する関係者の取り組みの現状 II

### ○柳澤座長

どうもありがとうございました。資料の方はよろしいでしょうか。第1回の検討会では、厚生労働省側から問題提起をさせていただいて、その中で児童虐待から発達障害、その他摂食障害などの子どもの心の問題への対応が、社会的に大変重要な課題となっている。そしてまたこういった子どもの心の領域に対応できる専門家が、極度に不足しているということをご説明いただいた上で、医師の養成について、厚生労働省としてお持ちのイメージについても、お話いただきました。それが先ほどご説明のあった資料の中に図示されているということです。

第2回目、前回におきましては、9名の先生方が所属されている学会あるいは関係団体などが、この検討会の主旨であります子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成について、省略して言えば、子どもの心の診療医の養成について、現状の認識とまた具体的にどのように取り組まれているのかというようなことをお話いただきました。

今回は6名の残された委員の先生方から、ご発表を続けていただきたいと思います。今回ご発表いただくのは、前回小児神経学会の桃井委員からは、簡単なご説明があったわけですが、スライドの資料が一部ご覧いただけなかったということで、桃井委員から追加してお話をくださる。それから2番目としてオブザーバーとして参加いただいている

文部科学省、そして伯井委員、星加委員、森委員、齊藤委員、奥山委員、以上の委員の方々から、ご発表をいただきます。

それでは早速ですけれども、発表に入りたいと思います。時間の関係上、特に今回は前回に比べて時間が限られております。2時間ということで、限られた時間ですので、手際よくいきたいということで、1人10分以内でぜひお願いしたいと思います。代表されている学会、またご所属の団体としての、子どもの心の診療に関する問題認識、そして子どもの心の診療に携わる医師の養成についてどのような取り組みをされているのか、お話をいただきたいと存じます。前回と同様に全員の発表が終わった段階で、全体的な意見交換をしたいと思います。発表ごとにどうしてもその場で確認しておきたいということがございましたら、質問をお受けしたいと存じます。

それでは早速桃井委員からお願いいたします。これは配布資料ということではなく、スライドを使って発表されるということでございます。

#### ○桃井委員

前回、機器がなく掲示出来なかった資料につきご説明させていただきます。前回の提出資料です。日本小児神経学会は日本小児神経科の専門医を認定しています。小児神経科専門医について、この前概略をご説明いたしました。研修内容は以上です。

研修内容は、総論として、薬理学、療育、EBM、医療安全などここに示すような項目の研修と同時に、疾患各論の研修が明示され、疾患各論の研修の中で専門医となるために必要な心に関するところは、周産期脳障害は高率に発達障害を来しますので周産期脳障害、脳炎脳症等の後遺症としての発達障害、てんかん等でもいろいろな発達障害と関係し、発達障害を中心とする精神神経疾患および睡眠障害などが、この委員会の内容の範疇であろうと思います。

これらを含む研修を経て更新を繰り返している、かなりしっかりとした専門医制度を持っております。現在は約1,000名専門医がおります。特徴は小児神経でございますし、発達障害をかなり中心的に診療しておりますので、小児病院などの小児医療施設ならびに療育機関、そして大学病院やいろいろな小児の神経専門診療施設、総合病院の小児科などに多く専門診療に従事しています。

私自身も小児神経科専門医として児童相談所の相談医であったことがあります。またこの前書面でご説明いたしましたので、数だけ申し上げて省かせていただきますが、評議員の1週間の発達障害診療数をお示しました。ADHDや自閉性障害が、多い方では100名以上、週に診察されている。これは評議員ですので、私のように週に1回しか診療しないという者も含めますので、診療の実態は反映いたしません。管理職が多い評議員以外の専門医の方がより多くの発達障害を診療しておられると思います。学習障害、アスペルガー障害、自閉性障害等の発達障害が、かなり小児神経科専門医の診療範疇に入っていると、私自身も実感しております。

うつ状態、不登校などの患者さんの診療も増えてきたということを示していますが、心因反応が少ないのは、これは小児神経科外来で診療している患者さんの数をお問い合わせいたしましたので、例えば私が小児科の一般外来で診療している心因反応や不登校は、この中に入っておりません。小児神経科専門医としてこれらの疾患を診療している方も、基盤が多くが小児科専門医でございますから、大変多いものと思われまます。あくまで小児神経科外来でということ、お伺いした結果です。

これも前回お示しいたしました一部ですが、発達障害を診療するときの特徴は、学校との連携が日常的にあるということを示しています。このように医療機関以外、学校との連携、保育園との連携等が多い診療体制をとっているというのが特徴です。

この詳細は今日は資料はご提出しておりませんが、「脳と発達」2004年、前年度に学会が全専門医1,000名に広範な調査をいたしました結果です。専門医のうち92.3%が発達障害を日常的に診療しているという現状でした。その内容はここにあるとおりですが、多くは小児神経科専門医として、学校や幼稚園と連携を進めつつ、発達障害の診療をしています。診療体制として、これは前回お示しいたしませんでした図ですが、発達障害は乳幼児健診で見つかる例が非常に多いのです。小児科専門医、あるいは小児神経科専門医は、健診の後、一般の小児科の先生が見つけ出してくださった、あるいは疑いを持ってくださった発達障害の方を診断し小さい時期からフォローしているというのが特徴です。主訴は言葉の遅れや発達の遅れや会話の問題などですが、乳幼児、そして保育園、幼稚園では、集団不適應、多動、行動上の問題、発達の遅れ、言葉の遅れなど多彩な理由で、一般的な健診で見つけていただいた方々を小児科専門医、あるいは小児神経科専門医が診断、長期に渡り、高校卒業まで、もう大丈夫だよというまで診ているというのが現状です。

学校、学童になりますと、集団不適應や学習障害、多動、注意欠陥、不登校、行動上の問題などで受診いたしますが、乳幼児は、乳幼児健診や就学前健診などで問題を感じられた方々、あるいは保育所、幼稚園からの紹介で小児科のサブスペシャリティである小児神経科専門医に受診し、その後長年フォローするのが特徴で、長年のフォロー、サポート、医療の結果、大きな問題の発生を予防しています。

もう1つ、小児神経科の特徴としては周産期の脳障害、低出生体重児の診療です。低出生体重児は、虐待や発達障害のハイリスクですが、この低出生体重児を障害があろうとなかろうと、障害がある方はもちろんですが、生まれた時点から、周産期センターを卒業した時点から、長期に渡ってフォローして発達障害をサポートするというのが、医療の1つの大事な使命です。

他の専門医との連携を図示しました。家庭医や小児科医、あるいは新生児の専門医からリファーされた発達障害を持っているお子さんが、小児神経科専門医により、我々がこの1,000名の専門集団で、多くは高校卒業ごろまでです。思春期の大変な時期を経ながら、破綻なく成長できていることを確認して、診療の終わりとするというのが大部分です。

成人まで問題を持ち越すと思われるような例、2次的な精神疾患を発症した例などは精

神科の専門の先生方にリファーさせていただいて、診療をしていただくというような体制が、恐らく大部分の診療体制だろうと思います。

こういう診療の中で特に大事なものは、保育園、幼稚園、学校との連携を取りつつ、ここは結構時間のかかる大変な医療でございますが、これをやりながら、同時にご家族との調整をして育児支援をしながら、破綻のない、2次的な精神障害を発症しない、社会適応できる、学校適応できる状態になって、診療をオフとするというのが、小児神経科専門医の大多数がしている専門診療です。

しかしながら、中にはやはりこのルートをとらず、あるいはこのルートでもやはり大きな問題を抱えて、精神科の専門の先生にバトンタッチをお願いするというような例も一部にございます。

私どもの考えます小児精神保健医療体制は、先ほどボトムアップとそれから重症の方を診る児童精神科医の早期の育成という2つの面があるというふうに、議長がおっしゃいましたが、小児科専門医の中で心のケアをするのをどれだけ広く、多くの専門医がそれを実際にできるようにする体制をとるかということ、あるいはとれているかということが問題になろうかと思えます。実際には1,000名の専門医を抱えている小児神経科専門医は、発達障害においてかなりの役割を現在果たしている。実際に児童相談所の相談員をしている方もいらっしゃいます。鳥取県などでは発達障害に関して、あるいは発達のいろいろな相談施設に関しては、小児神経科医を必ず派遣するというような体制をとっておられるような県もあります。5歳児健診を始めるなど、子どもの問題の発症を予防するというのが、保健医療の基本でございますので、予防する体制をいかに早期からとるかということに関して、小児神経科専門医が、かなりの役割を果たしているというのが現状でございます。

この図は前にお示いたしましたので、図を示すだけにいたしますが、最後の新しい保健医療の取り組みとしては、決して子どもの体の専門医、子どもの心の専門医と分けるのではなく、小児の心身の保健医療体制をどうするか。すなわち、このボトムアップをどうするか。そして小児神経科専門医という既に出来上がっている、確固たる専門医体制を発達障害の診療に、どのように行政で活用なさるか。そしてまだまだ足りない児童精神科医の専門医の研修制度をどうやって充実させるか。このような点がこれから問われるべきであろうというふうに思います。以上でございます。

#### ○柳澤座長

どうもありがとうございました。今の発表について、この場でぜひ聞いておきたいということがありましたら、どうぞ。

#### ○牛島委員

1つだけ。先生のおっしゃる心因反応というのは、どういうことでしょうか。



○桃井委員

小児医療の中では身体症状の原因が心である場合です。

○牛島委員

心因反応というのは、心因性の精神病のことです。子どもにはまず起こり得ない状態です。だから、どういう状態を指しておっしゃっていらっしゃるのか聞いているのです。

○桃井委員

子どもには心因反応が起き得ないというのは、精神科の定義でございますか。

○牛島委員

精神病性状態でございますから。心因性に起こる、妄想とか、うつとか何とかで、とても普通の一般の方が扱えるような状態ではないのでございますが。

○桃井委員

精神科の定義は、そうかもしれませんが、小児科では、そうは使っておりません。

○牛島委員

だから聞いているのです。おっしゃる心因反応というのは、どういう状態でございますでしょうか。

○桃井委員

小児科医が、一般的に使っている心因反応は例えば、身体症状で足を痛がる、お腹を痛がる場合に、身体の病気、基質的疾患がなく、精神的な、あるいは心理的な原因で身体症状を呈している場合を指します。

○牛島委員

それは心身症とどう違いますか。

○桃井委員

心身症は、私の理解する限りでは、心身症はあくまで身体の疾患です。

○牛島委員

わかりました。先生のおっしゃる意味はわかりましたけれども、ぜひここで心因反応という言葉は外していただきたいと思います。「心因反応」は精神医学が営々として築いてきた概念ですから。

○桃井委員

小児科学会の先生、いかがでございましょうか。

○柳澤座長

サイコロジカル・リアクションという、それを心因反応と訳して、小児医療の中ではかなり一般的に使っていると思いますけれども。

○牛島委員

クルトシュナイダーが定義しました心因反応というのは、かなり歴史的にははっきりしたものでございまして、それが全然別の意味で使われるのは、ちょっと私は意外だし、困るなという感じがいたします。

○星加委員

牛島先生のお話はよくわかるのですが、小児科の中では、精神科とはかなり違った立場で、長い間使われてきたように思います。小児科にかかわるいくつかの専門学会の中では、先生がおっしゃるような定義でやるのですけれども、少し歴史的な流れが若干違っていたのかもしれない。

○牛島委員

サイコロジカル・リアクションは心理的な反応ですよ。心因ではない、サイコジェニックではないです。

○柳澤座長

ここで、あまりそういう議論をしてもしょうがありませんので、また。

○奥山委員

恐らく、例えば心因性視力障害という言葉を使ったりします。つまり、心因性の身体症状という観点から、それを総合して心因性反応と言っているのだと思うのです。ですから心理的な原因による視力の障害であるとか、心理的な原因による腹痛とか、そういうようないわゆる身体化障害、適応障害、今の診断名で言えばそういうようなものを、心が原因で起きる身体症状というような形でとらえて、そういう言葉になってきたのではないのかと思っています

先生のおっしゃるように、定義づけということになると、今使われているような診断基準というのを明確にしていって、共通言語にしていくということが必要なことだろうと思います。

○柳澤座長

今までこのように精神科の先生方と小児科医とが一堂に会して、ディスカッションする場というのがむしろ非常に少なかったと思うので、そういうことが今の議論の中にも現れているかと思えます。そういう点で共通の基盤で議論するような場所、そういう意味でも非常に貴重な機会になるかなと思えます。今の問題に関しては、これから改めてもうちょっと議論する必要があるれば、機会を持ちたいと思えます。

○吉村委員

少しよろしいですか。今、先生が最後に精神科に渡すとおっしゃったのですけれども、どんなときに精神科にお渡しになるのでしょうか。

○桃井委員

精神科にお願いする疾患は、それは場合によっていろいろございます。今後、長らく成人としてその状態とつき合っていく必要があると考えられた場合には、小児の専門医から精神科にお願いをする。あるいは2次的精神疾患を発症された場合、あるいは発症されそうな状態がある場合には、精神科の先生にバトンタッチをすることが多いと思われます。年齢、重傷度など大変いろいろなケースがございますので、一概には言えませんが。

○柳澤座長

よろしいでしょうか。それでは次に進みたいと思えます。今回は文部科学省の方から、文部科学省の立場での、この問題に関する認識、また取り組みといったものをご説明願いたい。資料番号は7です。どうぞよろしく願います。

○文部科学省

文部科学省高等教育局医学教育課課長補佐の小谷と申します。どうぞよろしく願います。私の方からは、吉村先生、山内先生を始め、現在医学教育にご尽力いただいております先生方を前にして大変恐縮ではございますが、現在の医学部の学部教育の取り組みの状況と特に子どもの心の診療に関する取り組みについて、簡単に紹介させていただきたいと思えます。

まず、資料の97頁をご覧いただきたいと思えます。現在の学部教育の状況を簡単に図式化しております。文部科学省におきましては、現在患者中心の医療への期待などを踏まえ、平成13年3月に自治医科大学学長の高久先生に座長を務めていただきました、「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」から報告書をいただきまして、その報告書に基づきまして、各大学における教育改革を支援しているという状況でございます。

報告書の概要につきましては、1枚おめくりいただきまして、98頁、99頁に添付しております。時間の関係で詳細にはご説明できませんが、カリキュラム改革、臨床実習開始前の共用試験の実施、臨床実習の充実、教育能力開発の推進。こういった4つの柱でできているという状況です。

特にこのカリキュラム改革について、簡単にご紹介させていただきます。この協力者会議におきましては、学生に基本的な臨床能力を身につけさせる学習内容を明確に整理するとともに、コミュニケーション能力の育成、安全管理、倫理教育や情報管理教育など、医師に必要な基本的な教育の量的質的充実を図るという観点に立ちまして、各大学におけるカリキュラム改革を促すためのモデル・コア・カリキュラムといったものを提示させていただきました。

このモデル・コア・カリキュラム、全体は大部になりますので、その構成のみ100頁と101頁の方で載せさせていただいております。この協力者会議におきましては、このモデル・コア・カリキュラムの分量を既定の必修科目単位数の大体3分の1程度というふうに見込んでおります。残りの部分で、各大学がその特色を十分に発揮していただいて、独自のカリキュラムを編成していただくという考え方に立って、このモデル・コア・カリキュラムというものを提示しているところでございます。

実際の導入状況ですが、昨年6月に実施いたしましたアンケート調査におきましては、防衛医科大学校も含めまして、国公立大学、80校中42校におきましては、既にこのコア・カリキュラムの導入が完了し、さらに35校においては導入への作業が進行しているといったような状況が出ております。もう1年近くたちますので、またさらに進捗しているものと思っております。

その中で特に子どもの心の診療についてということで申し上げますと、このモデル・コア・カリキュラムの小児科に関する部分、あるいは精神科に関する部分を抜粋いたしまして、資料102頁から106頁まで添付させていただいております。特に子どもの心の診療についてということで申し上げますと、105頁、106頁のところにアンダーラインと網がけをしておりますような項目、小児行動異常を列挙できるといったようなもの、あるいは思春期と関連した精神保健上の問題を列記できるといった内容を到達目標として掲げております。

文部科学省といたしましては、この到達目標に向けて、各大学におかれて、それぞれ自主的自律的に具体的な教育課程の内容を決定していただいているというふうに考えているわけですが、文部科学省として個々の大学において、具体的にどのような講義や実習が行われているのかということにつきましては、公立大学、私立大学については、従来からも把握できておりませんし、国立大学につきましても、昨年4月の法人化後からは、それまでは個々の大学の講座や学科目も省令で決定しておりましたけれども、そういったことがなくなりましたので、今の時点では網羅的には把握していないのが状況でございます。