

第4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6月29日（水）14:30～16:30

場所：中央合同庁舎第5号館6階共用第8会議室

1. 開会

○事務局／母子保健課長補佐

定刻となりましたので、ただいまから第4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。

本日は、日本小児神経学会の桃井委員がご欠席のため、東京北社会保険病院から神山先生にご出席いただいております。

座長の柳澤先生、どうぞよろしくお願いたします。

○柳澤座長

それでは早速、議事を始めさせていただきます。まず最初に、事務局から簡単に資料の確認をお願いします。

○事務局／母子保健課長補佐

お手元にお配りいたしました資料の確認させていただきます。一番上に座席表がありまして、次に資料が冊子になっておりますが、1頁が会議次第、3頁に資料一覧がありますので、こちらに沿って確認をさせていただきます。

資料1：検討会の開催要項と検討会の委員名簿、5頁からになります。

資料2：検討会のスケジュール（案）、これは7頁です。

資料3：「子どもの心の診療医」のイメージ図（案）、9頁からになります。

資料4：子どもの心の診療医の養成について、13頁からですが、その中には資料4-1から4-4まで4種類ありまして、いずれも事務局サポートチームの奥山先生をはじめ先生方にご相談して作成していただいたものでして、今回からの議論のたたき台としてご用意させていただきました。

資料4-1：これまでの議論のまとめ

資料4-2：「子どもの心の診療医の養成の現状～教育およびトレーニングに関して～」

資料4-3：周辺課題

資料4-4：「子どもの心の診療医の養成に関する検討課題」

資料4のつづりには別紙として3種類の資料がついております。

別紙1、19頁ですが、「子どもの心の問題のプロフィール ～受診理由と診断名～」

別紙2、23頁からですが、「子どもの心の診療に携わる専門の医師の関する関係者の取り組みの現状（概要）」という横の一覧表になっています。これは先生方から第2回、第3回の検討会でご発表いただきました各学会や団体の取り組みについて事務局で簡単にまとめておりまして、学会の名称、対象とされている領域、医師の養成に関する取り組み等について、先生方に最終的に確認させていただいて取りまとめたもので、今回は完成版となっております。

別紙3、29頁ですが、「子どもの心の診療医検討会の検討課題図」となっております。

資料5、31頁からですが、「中間報告と最終報告に係る作業日程（案）」

資料6、33頁からですが、「中間報告のための検討内容（案）」、これは議論のたたき台として用意しております。

また、今回は第2回と第3回の検討会の議事録を配付資料としております。1週間以内には厚生労働省のポーム頁に掲載される予定です。

最後に、杉山委員からオレンジの2枚の紙ですが、第94回日本小児精神神経学会のご案内を頂戴しておりますので、併せて配付させていただきました。以上です。

○柳澤座長

ありがとうございました。資料はよろしいでしょうか。

少し時間をいただいて、これまで3回の検討会について取りまとめてみたいと思います。この検討会では、最初に厚生労働省側から問題提起がありました。特に児童虐待、発達障害、摂食障害など子どもの心の問題に対して社会的に対応が求められているにもかかわらず、専門家が不足している。これを幅広く養成することが緊急の課題となっているということが説明されました。

子どもの心の問題への対応を行う小児科医、精神科医などの総称として私がとりあえず提案させていただきましたが、「子どもの心の診療医」という呼び方をしよう。その子どもの心の診療医をどのように養成するか、具体的な道筋を検討すること。これが、この検討会の目的だと思います。

この検討会は、これまで現状把握がほとんどされていない子どもの心の診療の現状をとらえて、その上で集中的に議論を行っていただき、医師の養成方法を提言するという非常に重要な使命を担っていると考えます。

子どもの心の診療医をいかにして養成していくかを検討するにあたって、まずは大きくとらえて、どのような医師が必要とされているのかというイメージが示されています。これが資料3の逆三角形の図になります。

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小児科医・精神科医から高度専門的な技能を持つ専門医の養成まで幅広いわけですが、最終的にフォーカスを当てるべきところは、この逆三角形の最も広いすそ野の部分である一般小児科医・精神科医のレベルアップであるということが厚生労働省からも要望されております。そういうことを念頭に置いて、これからの議論を進めていただきたいと思います。

委員の皆様から、子どもの心の問題というのはあいまいな上に広がりも大きい概念なので、そもそも専門的な対応を必要とするような子どもの心の病気にはどのような種類の疾患があるのか、その認識を共有することも必要だという議論もありました。

そこで、前回の検討会では、実際にどのような心の問題への対応が必要とされているのか、認識を共有するために、別紙1として「子どもの心の問題のプロフィール～受診の理

由と診断～」を取りまとめていただきました。実際に医療機関を受診している子どもの訴えと、その訴えに対応した診断として分類される疾患の種類を明確にするために一覧を作成していただきました。

このような作業をしていくために、事務局にサポートチームということで、奥山委員、齊藤委員と、さらにそれを支える何人かの専門家に加わっていただき、その方々によって作業を進めていただくということも前回の議論の中でお決めいただいたところです。

議論の第一段階として、第2回目と第3回目の検討会では、委員の皆様の所属しておられる学会や関係団体などが、本検討会の趣旨である子どもの心の診療医の養成についてどのような認識を持っておられるのか、また、具体的にどのような取り組みを行っておられるのかということについて発表していただきました。これをまとめたものが別紙2の「子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成に関する関係者の取り組みの現状（概要）」という資料です。

これまでの3回の検討会の議論をざっとまとめてみたわけですが、それをいったん総括して、具体的に子どもの心の診療医の養成方法の検討を進めるために、別紙3として「子どもの心の診療医検討会の検討課題」を事務局とサポートチームに作成してもらいました。これらに沿って議論を進めていただきたいと存じます。

資料4「子どもの心の診療医の養成について」、中身は資料4-1から4-4までありますが、たたき台という形で示されているものについて、ご質問、ご意見をいただきたいと思います。

資料4-1は「これまでの議論のまとめ」ですが、見出しとしては、1番目は、子どもの心の問題が検討されなければならない背景、需要の増加、需要に追いつかない供給の問題に分けてあります。

2番目は、対象となる子どもの心の問題、これは別紙1にプロフィールが示されています。

3番目は、子どもの心の診療の特徴として、子どもの特徴、子どもの心の診療の特徴に分けてまとめられています。

なぜいま子どもの心の問題への対応が求められているのか、社会に対してわかりやすい問題意識の共有を図ることを目的として、このような形でまとめられています。これをたたき台として、肉づけしていきたい。今日の議論はそこからスタートしたいと思いますので、これについて何かご意見はございますでしょうか。

今日は齊藤委員はご欠席ですが、奥山委員は出ておられますので、4-1について追加して説明するところがあればお願いしたいと思います。

○奥山委員

最終的には報告書をイメージしながらまとめているわけですが、なぜいま心の問題を議論しなければならないのかという中で、不登校とか摂食障害とか、こういった問題が実際

に増加しているのか、表面化しただけなのか、そのあたりを皆さんからご意見を伺いたいと思います。

もう一つは、ここに入れるべきかどうかわかりませんが、内容の変化ということがあると思います。齊藤先生が示されていたように10年前と今とでは内容が変化してきている。行動の問題をもったお子さんが多くなって大変になってきているというか、そういう部分も入れたほうがいいのかもしれないと思っております。皆さんからご意見をいただきたいと思います。

○柳澤座長

今回の検討会から出てくる資料は報告書をまとめるために、たたき台を修正し、加筆していく作業になりますので、そういうことを念頭に置いて話していただくと思います。

○杉山委員

この中に書かれていないことは経済的な問題だと思いますが、何故、今まで子どもの心の問題が十分に進まなかったのかというと、採算性の悪さです。その問題というのは5年、10年、15年という単位で社会的な計算をしますと、ニートの問題でも、不登校の段階できちんとした対応をすれば減っていくはずだと思います。虐待も放置すれば5年後、10年後、15年後に社会的な不安定要素を作ってしまう。

もっと極端な問題は、青少年の重大事件がことごとくといっていいほど広義の広汎性発達障害の未診断・未治療のグループで起きてしまっている。このことは、この領域に手を抜いてしまったが故に、逆に、将来に社会的な予算の発動を必要とするツケが回ってしまうということだと思います。微妙な問題ですが、この点は一言、どこかで触れていただく必要があるのではないかと思います。

○柳澤座長

今、杉山委員が言われたのは、診療報酬ということ以上に、もっと幅の広い意味での経済的な問題という観点だと思います。

○牛島委員

杉山委員が言われたことは、この検討会の最初から私はずっと言い続けていることではありますが、人格形成の問題をもった若者が非常に増えているということですよね。ニートだけじゃなくて、手首を切ったり、その他の衝動行為とか、ここ数年、目立って多いのは暴力的な対象関係に基づいた暴力行為です。背後には家庭に暴力があって、それが結果として現れているのですが、これらの問題まで扱えるかどうかということが一つあるだろうという気がします。人格障害というと大人になりますから、人格形成の問題とか、何か

一言入れてもらった方がいいような感じがいたします。

○奥山委員

報告書にしていくにあたり、エビデンスがあると説得力があると思いますが、不登校、摂食障害というのは増加しているというエビデンスが整えやすいと思ったので挙げてみました。そのほかにニートが増えているというのも、こういうエビデンスというか、数字とか、ひと目でわかるようなことがあったら少し入れていただけるといいと思います。こういうエビデンスがあるというのがありましたら教えていただきたいと思います。

○杉山委員

後期の広汎性発達障害の問題、特に自閉症系の発達障害というのは世界的にどのデータを見ても増えてますね。日本においては診断基準の問題だけではない増え方を示していると思います。今やどの学級にも1人いるぐらいの増え方をしていますので。これはいろいろなデータが出ていますので、入手は可能だと思います。

ニートまでいく前の不登校から引きこもりにいくデータは齊藤先生等もいろいろ出されていて、引きこもりの予備状態としての不登校というのがあるというエビデンスが出ています。

○柳澤座長

報告書においては、増加している、内容が変化しているという記載に際しては、できるだけデータを盛り込んだものにしていくということですね。

○神山先生

今日、初めて参加させていただきました。私は保育所とか幼稚園の保母さんから話を聞く機会が多いのですが、急に隣の子をたたいてしまったとか、そういった子どもたちが増えてきているような印象があるということをおっしゃいます。

もう一つは、私の仲間がやっている仕事の中で三角形が描ける描けないという話がありまして、これは5歳児の知能検査の中にあつたと思うのですが、奈良教育大学の郷間先生が、20年前は90%の子が三角形を描けるのが4歳8カ月ぐらいだったのが今は5歳を過ぎているというデータを出されています。これが直接心の問題と結びつくかどうか難しいところもありますが、そういったこともエビデンスとして加えられるかなと思って発言させていただきました。

○柳澤座長

子ども家庭総合研究の研究班がありまして、今年の春からスタートしていますが、神山先生が言われたような子が保育所、幼稚園で増えているのかどうか、どのくらいいるのか

という調査も行われようとしているのではないかと思います。

それでは先に進めたいと思います。次は資料4-2「子どもの心の診療医の養成の現状～教育およびトレーニングに関して～」ですが、第2回、第3回の検討会で委員の先生方から発表していただいた取り組みの現状を簡単にまとめたものです。これも報告書の最初のたたき台としてまとめられていますので、修正し、肉づけしていくという観点からご意見をいただければと思います。

○森委員

2番目の初期研修のところに「小児科、精神科それぞれ3カ月」とありますが、実際には精神科は1カ月です。しかも、レポートを書かなくてはいけませんので、児童、思春期のことをここでやることは全くできません。2番目のところでやることは現状では不可能です。

全体のボトムアップをしていくことと専門医として養成していくという2つの段階があって、一般の先生方が子どもの心の問題に目を向けていくためにはプライマリーケアとしての研修が必要で、それをやるところが初期研修です。ところがその場がありません。そこをどうするかというのはとても大事な問題だと思います。

○柳澤座長

正式な呼び方は新医師臨床研修ですが、小児科と精神科は基本科目ではなくて必修科目という位置づけになっています。期間は3カ月となっていますが、小児科にしても3カ月行われているところは非常に少ないです。大学病院でも1カ月から2カ月、3カ月とあって、2カ月の研修が一番多い。内容としても小児のプライマリーケアを主体という形で取り組まれていると思います。精神科も3カ月行われているところはほとんどないと思います。

検討会として今年度中に答申を出すわけですが、長期的な見通しとして、卒前教育でもっとこういうことに力を入れるべきだとか、初期臨床研修においても実質的な研修が行われるようになるべきだとか、そういうことは必要だと思います。しかし実際問題として、この部分について速効性のある変化を期待するのは非常に難しいというのが私の個人的な印象です。

小児科専門研修は3年間が目安になっていますから、初期研修2年と小児科専門研修3年を合わせて5年の研修で小児科専門医の試験が受けられる。基本領域に関しては共通のパターンだと思います。専門研修の中で今も触れられてはいるけど、充実した研修が求められているのではないかと。そこから一般の小児科医、一般の精神科医が生まれますので、その中で子どもの心の診療に対してもう少し充実した研修を行うようにもっていくべきではないかと。

○森委員

現状では各学会が主催する専門医の養成が後期研修に当てはまると思います。小児科の場合はわかりませんが、精神科の場合は、今回、学会の専門研修が作られた。その中のプログラムに必ずこういうものを入れてくださいということを、ここがどういう形で出すことが可能なのでしょうか。

○柳澤座長

小児科専門医の研修カリキュラムの到達目標のようなものが精神神経科についてもあると思いますが、その中で、ここで検討するような問題がどのくらい取り入れられていて、それをどのくらいにすべきなのかということは、ここでの最終的な報告書にあってもいいのではないかと思います。現状でどのくらいかというのは、前回、前々回の発表の中で一部触れられていたと思います。

○山内委員

資料4-2の「子どもの心の診療医の養成の現状」のところは、先ほど座長が指摘されたように、9頁にある逆三角形で考えております。卒前、卒後の時系列で書かれていますが、本当は逆三角形のボトム的一般小児科医・精神科医がプライマリーケアでどのように対応できるのか、その次の段階ではどのように対応できるのかという発想で考えたほうが考えやすいように思います。

一般小児科医・精神科医が現場で子どもの問題に的確に対応できるようにするには、今どういう問題点があって、それを解決するにはどうしたらいいのか、その次のステップとしてはどうなのか、最後の専門医師についてはどうなのかというふうに考えはどうかなど思って拝見しました。

6番は専門性の高い場所について問題が指摘されていますが、小児科医、精神科医になる人たちに対して、子どもの心の診療医としての研修が十分でないということを我々は認識しているわけです。実際に研修する場がほとんどないので、講義ですることになってしまう。そういう仕組みをどうするかということも提言できればいいと思いますので、切り口を考えたほうがよいように思います。

○柳澤座長

森委員、山内委員のご意見は、これから育っていく若手の小児科医、精神科医の研修についてですが、既に第一線で子どもたちの訴えを受けとめておられる先生方に対しても研修・講習の場を作っていくべきではないかということも今までの議論の中にあっただと思います。実際に小児科医会では何年かにわたって行っていますが、そういったこともこの部分の研修のあり方だと思います。

○牛島委員

その点に関して考えておかねばならないのは、例えば精神保健指定医の中で思春期症例を一つ入れなくてはいけないというので皆さん大変な苦勞をしています。どういう条件なのかというと、18歳以前に発病していた症例だったら思春期症例として認めるということになっています。そういうことだと、初期研修よりも後のレベルでの問題になってしまいます。その辺りを考えなくてはならないのですが、現実には子どもが精神医療の中に入っていないという問題があるような気がします。児童精神医学が精神医学そのものから遊離してしまっていて、そこで別になされているということはどう考えるかということは重要な問題だと思います。

統合失調症と躁うつ病さえ知っておけば精神科医だという時代が昔あったのですが、このごろ2つの変化が起こってきているような気がします。1つは成人の軽度の発達障害が精神疾患の中に入るようになってきたことです。それが発見されて治療されるようになってきたし、皆さんの認識がだいぶ変わってきた。私の外来でも人格障害として送られてきたかなりの部分にアスペルガー障害その他が認められます。普通の精神科医は自分とは関係ないと思っていた疾患が現実には自分の対象になってくると、そこから振り返って、子どもの精神医学にも親しみをもってくるようになるのではないかと。そのことによって今までの垣根がとれてくる可能性があるのではないかと。という気がします。

次は、不安障害とか身体表現性障害、いわゆる神経症といわれる疾患についても今まで精神科の先生は背を向けてたのですが、このごろは薬が効くということから、不安障害、うつ病、身体表現性疾患など、不登校、摂食障害につながる病気に対して立ち向かうようになってきてます。山内委員の努力に期待するところですが、精神医学そのものがこれから変わってくるという視点も入れていいのではないかと。という気がします。

○森委員

私は愛知県に住んでまして、児童、思春期の専門家ではないのですが、愛知県の中央児童相談所の虐待対応精神科医というのを数年やっております。毎月、たくさんの数の困った例がくる。子どもの問題は虐待だけではなくて、最近はお子さんが学校でうまくいかない問題まで中央児童相談所にくる。そういう場合、両親のどちらか、あるいは両方が精神科に通院しているケースが非常に多いです。クリニックに通院していて、その先生にお子さんのことも相談したらどうですかというと、まずだめなのです。子どものことは専門じゃないからわからない。お父さんの不安障害については治療するけど、子どもについてはよくわからないということになります。

ここ4～5年、それをやっていて非常に困るなと思うのは、一般精神科医が児童、思春期の問題を遠ざけてしまっていて、アプローチもしない。実際に現場では次々と問題が起こっているわけです。例えば、母親に躁うつ病があって、そのために子どもが学校へ行けない。母親の気分次第で学校へ行ったり行けなかったりする。とうとう子どもが家で大暴

れするようになってしまった。

母親のことを診てくれるクリニックはたくさんありますが、子どもを診てくれるところがありません。母親の様子を知っている先生が子どもを診たほうが絶対いいわけです。そういうケースが1つ2つではなくて、ものすごくある。現場でそういう仕事をやっているというケースがたくさんありますので、個別に児童、思春期のことを専門でやるというよりは、プライマリーのところで一般の先生たちがそういうものに対しても連携がとれるようなシステムができるといい。

○柳澤座長

ただいまのご発言は資料4-1の問題にもかかわってくると思いますが、精神科医療の中でそういう問題が出ている。私は小児科医ですので一般小児科医のことを先に考えてしまいますが、一般の精神科医の診療の中でもそういう状況があって、子どもの精神的な医療についてレベルアップが必要だという重要な指摘だと思います。

○保科委員

いろいろお話が出ましたけど、一番問題なのは、精神科というと日本人は行きたがらないのです。小児科医がこれはおかしいなと思って送ろうとすると、精神科と聞いただけでお母さんのほうが二の足を踏んでしまう。うちの子は精神病ではありませんと言われることが一つあります。この辺りが、これから認識を変えていただかなければいけないところだと思います。

私も研修にかかわりましたが、心の問題がありそうだなと思って患者の話を聞いている時に、親は若いドクターがいても話をしてくれます。けど子どもは若いドクターがいると、そっちをじっと見ている、言葉が出てこないのです。話が進まないということがある。若い人の研修の場を作りたいと思って、若いドクターをそういう場に呼びますが、お子さんが話をしてくれない。入院したらその人の受持ちになるので若いドクターにも話してくれるのですが、研修させにくいというのがありますので、この辺りも検討していただきたいと思います。

小児科医は子どもの発達については長い年月みていけばパッとみただけでわかるのですが、精神的な問題が入ってきた場合、一般の開業医とか病院の先生方がどれだけ対応できるかというのは非常に難しい。精神科の先生も大人ばかりみていて、これから子どもをみるというと二の足を踏む。この垣根をいかにとっばらうか、お互いに連携を保つというのはどうやったらうまくいくのか、いくら考えても出てこないのです。児童精神をやってらっしゃる奥山先生や杉山先生はおわかりなのでしょうけど、私は小児科だけだったのでわかりにくいというのが現実です。

○柳澤座長

小児科医と精神科医の垣根を低くするという連携のことも重要ですし、一般の小児科医が単純な症例については対応できるようにレベルアップすることが中心的な課題であるわけです。

例を挙げてみますと、単純な運動性チックをもった小学校1年生の男の子が開業の小児科を受診した場合、その先生が子どもと家族に対して適切なアドバイスをして、そこで完結できてほしい。落ち着きがなくて困るということで来た子どもがADHDらしいという場合は、そこで対応できれば対応しますし、できなければ、より専門性の高いところへ送る。ADHDに対する薬物療法を継続的に行うというレベルだったら、紹介しないとだめだと思います。

さらに重症な神経性食欲不振症の患者の入院治療をするような場合は、高度に専門化された病院でないとだめだし、そこで指導するのは高度専門医になる。それが逆三角形のイメージだと思います。

○杉山委員

先ほど柳澤先生の仰ったことで気になっていることがあります。厚生労働省との話し合いの中でボトムアップが一番中心の課題だとまとめられたのですが、この委員会そのものがそちらのほうに行くのでしょうか。

○柳澤座長

全体として逆三角形で表されておりますが、まず最初に取りかかってほしいと言われるのはボトムのところ。順次議論を進めて、高度専門性をもった医師の養成というところにもきますが、そちらから先という順序ではないというように申し上げているわけです。

○杉山委員

先生の仰るようなモデルなんだろうと考えてたのですが、今の議論を聞いてみると、現場の先生たちの経験がないので、経験をつけるためにはコンサルテーションをやる専門家が必要になってくるわけです。高度な専門家も必要かもしれないですが、二次医療のレベルのところ、こんな問題は見ておいていただければいいですというアドバイスができる方がいらっしやると違ってくると思います。

トップの専門家の存在とか研修病院の存在というのは第二次、第一次のほうに影響を与えてくるのですが、その数が非常に少ない、あるいはなかったのが今のような問題が起きていると考えますと、ボトムアップだけに焦点を当てると、短期的な講義をやって、ボトムアップにはならないでおしまいという形になるのではないかという懸念を覚えるのです。

よくない連想なのですが、漁師が魚を釣った時に何センチ以下の魚は放して、何センチ

以上はとっていいというのは、生態学的には反対なのだそうです。何センチ以下の小さな魚は食われてしまう危険性が高いけど、大きな魚はこれから先、何年も卵を産んで、子どもをたくさん育てるわけです。その発想でいきますと、トップダウンこそが必要なのもしれないという感じもします。

○柳澤座長

底辺を広げるためには上のほうも十分に確保しなければいけないということはあろうかと思いますが、過去3回のここでの議論、厚生労働省からの要請から、そういう方向でやっていきたいと思いますと申し上げたわけです。

○山内委員

今の議論は両方あいまっていて、どちらか一つということはないので、専門性の高いほうもプライマリーケアもよくなれば一番良いのだろうと思います。

保科先生の話は私にも関係があるので一言申し上げますと、精神科へ行くことに対する偏見は昔からあったわけで、それをどうするかということが、我々がずっと抱えてきた問題です。現状は、一般の人々は精神科に対してかなり敷居が低くなって、「行ってみたら」というと、「そうですか」といって相談に来るようになっていきます。しかし医者の方に偏見があって、その中でも教授が一番悪い。そういうところが問題ではないかと思っています。精神科も変わらなくてはいいませんが、「そういう問題を抱えてつらい思いをしているのだったら専門の先生に聞いてみたら」といっていただければ、かなりよくなるのではないかと思っています。

もう1点は、小児科の先生は18,000人ということですし、精神科医も学会員は1万を超えています。その人たちがみんな同じようにというのは無理なので、学会員の年齢も違いますし受けてきた教育も違いますので、ここで精神科医とか小児科医と比べてくれないほうがいいのではないかと思います。一般の診療場面で、来た子どもさんをどのように判断したらいいか、あるいはどこかにリファーして送ってほしいほうがいいのかとか、それを受けて立つような専門性のある方を各地区にいてもらうにはどうしたらいいのかとか、緩やかに考えていただくほうがいいのではないかと思いますので、よろしくお願いします。

○神山先生

今の山内先生のお話は私も共感できて、小児科医、精神科医という感じではなくて、目の前に来た患者さんを十分に把握できればいいなと思います。心の問題が大きくクローズアップされてきますと、心の問題に過度に反応する小児科医もいるのかなという気はします。現場では「大丈夫だよ」と小児科医が言って、よくなっているケースもあるので、小児科医も自信をもってやってもいいのかなと思いました。

先ほど杉山先生が仰った、コンサルトできる医者の方がすごく大事だと思います。すぐリファーできるサブスペシャリストというのは逆三角形の真ん中の「基礎研修を終了した医師」のところですが、この部分の医師を供給することはすぐできるのかなと思います。専門家の養成とかボトムアップは時間がかかるかと思いますが、その部分に焦点を当ててやるのがいいのかなと思います。

資料4-2のVの2に小児神経学会のことを書いていただいているのですが、専門医が千人近くおります。全部が全部、心の診療医かというところ、そうでないところもあるので、我々の学会では発達障害を診られるようにという形で、300人弱のドクターの名前をあげているのですが、そういうドクターとか小児心身症学会の先生方とか、小児科医会の心の相談員とか、そういう先生方がサブスペシャリティのところ、早い段階でかかわれるのかなと思っています。

○牛島委員

一般小児科・精神科の医師のボトムアップと専門医というのは裏と表の関係にあるような気がします。この検討会は専門医をどういう形にもっていこうとしているかというのを考えておいたほうが良いと思います。ここでは小児精神医学となっておりますけど、日本児童青年精神医学会には小児精神医学に対して抵抗があります。児童精神医学であって小児精神医学ではない。自分たちの持っている特殊なものに対する誇りがあって、普通のものと一緒にされては困るという意識が先輩の中には強いのです。

それだけに、児童青年精神学会が作った輪郭を、ただ単に専門医とするのかと問題があります。小児科でも心の問題に造詣の深い人たちが少なくないですから、そういう人たちも入れるような専門医にするというのも考えておいたほうが良いのではないかという気がします。それができると、その次の真ん中のところができるし、上のほうもできていくのではないかと思います。

これは逆三角形になってますが、下のほうになるほど難しい患者を扱うことになります。そうすると逆三角形のボトムの部分にコメディカルスタッフがたくさん必要になります。実際は三角形じゃなくて四角形です。医者の数が減っただけコメディカルが埋めるのだし、施設その他が埋めるのです。どんなに専門的な知識と技能を持っていても、一人でクリニックをやって、どんな難しい患者でも扱うことはできませんから、専門的なものを扱うのはナショナルセンターとか、6番目に書いてあるところに偏ってくるのです。本当に難しい患者を扱えるのは医者なのか施設なのかということになります。

○柳澤座長

周辺の問題として病床のこととかコメディカルことは重要な課題ですが、ここでフォーカスを当てているのは医師です。逆三角形の先端の専門の医師というのは、児童青年精神医学会の専門医だけではないと私は思っていますし、そういうふうに申し上げます。