

第5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7月27日（水）16:00～18:00

場所：中央合同庁舎第5号館5階共用第7会議室

1. 開会

○事務局／母子保健課長補佐

定刻になりましたので、ただいまから第5回「子どもの心の診療医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ひいたします。

○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。

まず、事務局から資料の確認と、一部の資料について説明をお願いします。

○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につきまして順番にご確認させていただきます。

まず座席表がありまして、会議次第を表紙とします綴りがあります。3頁に資料一覧がありますので、こちらに沿って確認させていただきます。

もう1枚おめくりいただきますと、毎回添付させていただいております資料が何種類かございます。

資料1. 検討会開催要綱と検討会委員名簿（5頁）、「子どもの心の診療医のイメージ図（7頁）、資料2. 検討会スケジュール案（9頁）、資料3. 「中間報告等の骨格について（案）」（11頁）がございました。

もう一つ別に、資料4. 「子どもの心の診療医の養成について～中間報告書の骨格について（案）～」という綴りがありまして、13頁からになります。前回の第4回検討会でご議論いただきました内容を取りまとめ、いただいたご意見を反映させていただいたものですが、今回のご議論の中心となる資料です。

内容として、資料4-1から4-4まで4種類の資料がございました。

資料4-1 「子どもの心の診療に関する議論の前提」（15頁）

資料4-2 「子どもの心の診療医の養成の現状について」（17頁）

資料4-3 「子どもの心の診療に関する周辺課題の提示」（19頁）

資料4-4 「子どもの心の診療医の養成方法についての検討課題」（21頁）となっております。

25頁から資料4-4（補足資料）として、前回、委員の先生方からご要望のありました「一次～三次医療機関の医師に必要な知識と技術（議論のたたき台）」という新しい資料があります。

資料4には別紙として3種類の資料がついております。別紙1が「子どもの心のプロフィール」（31頁）、別紙2が「子どもの心の診療医の養成に関する関係者の取り組みの現状（概要）」（35頁）、別紙3が「子どもの心の診療医養成に関する周辺課題」（41頁）

という図がございます。

もう一つの綴りですが、本検討会で対象としております「子どもの心の問題」のプロフィール、具体的な状況をより明確にするために事務局で作業を行っておりまして、今回は参考資料として、子どもの心の問題として分類できる疾患について、傷病中分類及び小分類に基づく平成14年度患者調査の患者総数と、別紙1の「子どもの心の問題のプロフィール」の疾患に沿って特別集計を行いました患者数の資料を配付させていただいております。これは医療機関を受診している患者さんなので、患者数の全体像ということではないのですが、どのくらいの患者さんがおられるのか、取りまとめるための第一ステップとしてお出ししております。

引き続き、他の厚生労働科学研究や文部科学省関係のデータなど各種調査研究に基づいて、どのくらいの患者さんがおられるのかが把握されているのか、あるいは把握されていないのか、委員の先生方からも情報を収集させていただきたいと存じますので、よろしくお願いいたします。以上です。

○柳澤座長

ありがとうございました。資料はお揃いでしょうか。

「子どもの心の診療」の現状を捉え、その上で、子どもの心の問題への対応を行う小児科医や精神科医などの総称としての「子どもの心の診療医」の養成方法について提言を行うことが、この検討会に求められています。

これまでの議論の中で、「逆三角形の図」で示されているⅠからⅢまでの全ての医療レベルの医師がいずれも必要であることが、何人かの委員から指摘されました。検討会の一つの共通認識として、子どもの心の問題に関する一般の医師のレベルアップから、より高度専門的な技能をもつ専門的医師の養成まで、そのニーズは、非常に幅広いものとなっていることがあげられます。

そこで、一つ一つ、これら全部について議論を行い、着地させていく必要があるわけですが、議論が散漫になることを避けるために、この逆三角形の最も広い裾野の部分である「一般小児科・精神科」のレベルアップの方法について一定の方向性を出していただきたい、ということが厚生労働省から要望されておりますし、私もこの部分をいったん着地させてから次に進みたいと思っています。

次に、資料3をご覧ください。今後の進め方についてですが、前回、母子保健課長からお話がありましたように、この検討会では、基本的には、年度内に、子どもの心の診療医養成の方法に関する「最終報告」を取りまとめることを目標としています。

課長からも無理のない範囲でとのことでしたが、これまでの活発な議論をできれば「中間報告」的に取りまとめた上で、後半の議論に移ることがよいのではないかと思います。

検討会が始まりました時に議論がありましたように「子ども・子育て応援プラン」では向こう5年間で、「子どもの心の健康に関する研修を受けている小児科医、精神科医の割合

を100%」にするという目標を掲げておりますし、これに応えるためにも、まずは、別紙（7頁）の逆三角形のイメージ図の最も裾野の広いⅠの「心の問題への初期対応ができる一般小児科医・精神科医」のレベルアップのための研修方法などを具体的に提案し、これを少しでも早く実行に移していく方法を提案することが求められていると思います。

また、逆三角形の真ん中のグループとして「何らかの基礎研修を終了した医師」については、数カ月なのか、期間はわかりませんが、子どもの心の診療に関する「基礎研修」を受けられたグループの養成も充実していくことが必要です。この「基礎研修の内容」を提言することも求められていると思います。

逆三角形で最も専門性の高いグループについては、中間報告の段階では、まずは、専門医研修体制に関する問題点の整理を行うのがよいのではないかと思います。卒前教育の充実についても重大な課題ですが、現時点では、前回話し合いましたように、具体的方法につきましても、問題点の整理を行うにとどめることが案として示されています。周辺課題もいろいろ議論の中で出てきておりますので、こちらも提示すればよいのではないかと思います。

中間報告の作成につきましては、事務局と相談しましたところ、事務局において、事務局サポートチームに手伝っていただきながら、まずは、「これまでの議論を議事録風にまとめた中間報告」的なまとめ案を作成していただけるということですので、次回の検討会では、これを議論することとしたいと思います。

今までの議論の流れと今後の議論の進め方について簡単にまとめさせていただきましたが、この点について何かご意見はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

2. 中間報告書の骨格について

○柳澤委員

それでは、13頁の資料4の「子どもの心の診療医の養成について」という資料に基づいて議論を進めさせていただきたいと思います。これは、事務局において「中間報告の骨格」を意識しながら取りまとめられたものと伺っております。

前回いただきましたご意見が反映されている箇所が斜線で示されています。

最初に、15頁の資料4-1をご覧くださいと思います。子どもの心の診療医をいかにして養成していくかを具体的に検討する「前提」として、Ⅰ.子どもの心の問題が検討されなければならない背景、Ⅱ.対象となる子どもの心の問題、Ⅲ.子どもの心の診療の特徴、このような項目立てで、前回いただいたご意見を議論のたたき台に反映していただきまして、アップデートされた資料となっています。

これは、いわばバックグラウンドですので、ごく簡単にご意見を伺いたいと思います。次回のバージョンにアップデートするために必要な内容などがありましたら、ご指摘いただきたいと存じます。斜線で示してある部分は新しく加えた部分ですので、その点につい

て目を通していただければと思います。

○齊藤委員

斜線は引いてありませんが、1の(1)の「子どものこころの問題の表面化・増加」の例として、「行動の問題(ADHD)」は削除していただいた方がよろしいと思います。行動の問題はADHDだけから出てくるわけではありませんし、高機能発達障害の中にはADHDが含まれますので、行動だけの問題がADHDの真の問題だとなるのはちょっと困るかなという感じがします。

その次の症状の変化のところで「内在化問題から外在化問題が主体になっており」というのは、内在化問題が減少していった外在性の問題が増えてきたという意味ですか。

○奥山委員

いろいろところで指摘されていると思いますので、割合として外在化の問題が増加してきて、表面化しやすくなっているということが云えるのではないかと思います。

○齊藤委員

具体的にはどういうことですか。内在化と外在化というのは。

○奥山委員

不安であるとか、うつであるとか、引きこもる形の問題から、暴力であるとか多動であるとか、見える形の問題の方が多くなってきているということです。

○齊藤委員

精神症状よりも行動障害が増えたということですか。

○奥山委員

はい。また、先ほど齊藤先生が仰ったADHDの問題ですが、後ろの方はICD-10に基づいて書いてありますので、ADHDは発達障害に入っておりません。こちらにADHDを出したかったので、行動の問題(例えばADHDなど)のつもりで入れたのですが。

○齊藤委員

それはADHDを規定し過ぎると思いますので、もしADHDを出すのであれば、ADHDは独立させていただいて、これは消してもいいのではないですか。行動の問題にADHDも入っているというように考えておけば。

○奥山委員

行動の問題の後のADHDを消すということですね。わかりました。

○齊藤委員

内在化問題と外在化問題について考えますと、現場においては確かに外在化問題も増えてきておりますし、そこから入ってくるケースは多いのですが、かと言って内在性の問題が全く斜陽になっているわけではありませんので、内在化問題が従来注目されていたという認識があるとするなら、内在化障害に加えて外在化障害が目立ってきているというのが現状ではないかと思えます。

○牛島委員

「(4) 人格形成の問題を持った青年の増加」のところに「リストカット」と書いてありますが、自傷行為(リストカット等)だと思います。過量服薬とか、買物強迫とか、体の隠れた部分に対する自傷行為も非常に増えてますので家庭内暴力を加えておいた方がいいのではないかという気がします。

○山内委員

この項目は需要と供給の問題という捉え方で、数が増えたというのが一つのポイントかもしれませんが、例えば「子どもの心の持つ特徴と社会的背景」というタイトルで括った方がいいのではないかという気がします。(1)～(7)には社会的背景もあつたりするので、こういうことで増えているが、2番として対応の困難という問題があるといふようになった方がいいのではないか。需要と供給というのは抵抗感があるのですが、どうなのでしょう。

○柳澤座長

需要と供給というのは違和感があるということですが、それ以前にもっと背景となるものがあるということでしょうか。

○山内委員

「1. 需要の増加」というのは、結果的には需要の増加ですが、子どもの心が抱えている重要な問題点が指摘されているので、こういう括りでない方がいいような気がしました。

○牛島委員

普通はニーズという言葉を使いますが、ニーズというのは欲求とか何とかで、需要ではありません。ニーズに対して対応の遅れがある、供給ができない。その中で人がいないという問題になってくると思えます。

○齊藤委員

「2. 需要に追いつかない供給の問題」のところで専門医が少ない、あるいは専門医のいない地域が多いと表現されているのですが、専門機関が少ないから専門医が少ないということがはっきり出るようにした方がよいのではないかと思います。

○神山先生

山内先生が仰ったことに同感ですが、需要というと突然湧いてきたみたいな感じになっちゃうんですね。そうではなくて、急激に社会状況が変化してきた中で出てきたことだと思います。需要というと少し感覚が違うかな、と思います。

全体を見ても、需要の増加の中で年齢層が高いところに焦点が当たっているのかなという感じがします。お母さん方が育てにくいと考えているお子さんの増加ということもあるわけで、そういうことも心の問題と絡んでくるのかなと思います。前回、私も保育園などで問題になっている子どもたちがいるという話をさせていただきましたが、もう少し下の年齢のお子さんにも焦点を当てていただけたらと思います。

○柳澤座長

資料4-1にまとめられている議論の前提に関しては、これからもさらに修正を重ねていくことにしたいと思います。

次に資料4-2「子どもの心の診療医の養成の現状」に移りますが、これは、主にこの検討会に出られている関係学会や関係機関の取り組みの現状をまとめたものです。現在すでに行われているこういった研修をいかに有効に活用していくかということが大きなポイントになるのではないかと思います。この内容についてご意見はございますか。

卒前教育、新医師臨床研修、一般小児科・一般精神科の研修、基礎研修と呼んでいる比較的短期の研修、学会としての専門医制度および研修、子どもの心の専門的研修のできる病院という項目に分けて記載してあります。ここは前回の議論で変更した点は少ないのではないかと思います。

○山内委員

網かけがしてある「IV. 基礎研修」ですが、これの位置付けはどういうところなのでしょう。一般の小児科医や精神科医が小児の問題についての素養を持つという意味合いなのでしょう。ここがわかりにくいのですが。

○柳澤座長

初期臨床研修の後の後期研修とも呼ばれる専門研修があつて、「Ⅲ. 一般小児科・一般精神科の研修」は小児科の専門医・精神神経科の専門医のための研修を念頭に置いている。その上で、現在すでに小児科医・精神科医として診療にあたっておられる先生方のレベル

アップのために、小児科医会としてはこのような研修会をすでに何年かに亘って行っておられる。そういう意味合いだと思います。それを基礎研修と呼んでいるわけですが、これが呼び方として適切かどうかについてはご意見があらうかと思います。

○山内委員

一般にはジェネラルな小児科医とか精神科医というものがまず決まって、その上にサブスペシャリティとかスペシャリティとしての児童精神医学があると思うのですが、基礎研修は「Ⅲ．一般小児科・一般精神科の研修」に入っているのか、「Ⅴ．学会としての専門医制度および研修」に入っているのかわかりにくいです。普通は一般小児科医・精神科医をつくる場合でも子どもの問題について今までのさわり程度ではなくて重点を置かないと駄目だ、という認識で、一般の小児科医・精神科医に求めるという意味で基礎研修をしているのか。すでにサブスペシャリティの方の基本としてこれが行われているのかといったあたりの位置付けがわからない。

○保科委員

今まで学会の認定制度の中で到達目標にはありますけど、実際にやっておりません。逆三角形でいうと「Ⅰ．卒前教育」と「Ⅱ．新医師臨床研究」の境目あたりの段階になって欲しいという意味で、基本的なところから臨床まできちんと対応できるようにしたい。最終的には児童精神科なり専門のところをやっていただかなくてはいけないけれど、初期段階でいかに押さえられるかというのをやりたい。一般の小児科の先生が全て子どもの心に対応できるかといったら、無理だろうと思うので、その辺りをプラスアルファしていく。児童精神科の先生としたら物足りないでしょうが、現場としては非常に助かっているわけです。患者さんがそこでスクリーニングされはじめているということがあります。

○森委員

ここの「Ⅰ」、「Ⅱ」、「Ⅲ」というのは教育のシステムですよね。卒前教育があって、卒業後教育の前期が新医師臨床研修であり、「Ⅲ」が後期の3年間の専門研修である。「Ⅳ」以降は切り口が違います。その書き方を変えていただくといいかなと思うのですが、私どもがやっているのはショートプログラムという感じだと思います。対象とするのはどんな先生方でも結構ですが、当初、厚生労働省から委託を受けまして、5年間でやって欲しいということでした。PTSDも別個立てでやっておりますが、神戸の震災があった後で、子どもに関する心の問題を担当する地域の先生が非常に少ないということで、研修会をやって、その名簿を国で管理したい。国から各都道府県に研修を受けたという名簿を回していただいております。何かが起こった時には、こういう研修を受けた人がこの地区にはこういうふうにありますよということがわかるようにしたいというのが、そもそも「心の健康づくり研修」で私どもが請負った最初の理由です。

5年間の約束で、今年が5年目ですので、来年以降、厚生労働省から私どもにご依頼があるのかどうかわかりませんが、そういう種類のものです。ですから「Ⅰ」、「Ⅱ」、「Ⅲ」とは全く別の次元で行われているもので、ショートプログラムという位置付けであろうかと思えます。

○柳澤座長

小児科医会としての研修会もショートプログラムですよ。

○保科委員

そう考えています。学会というのは認定医というのでサブスペシャリティと使いやすいのですが、医会はそれを言いにくいという立場があるので、このような言い方をしているだけのことで、学会が短期のショートプログラムを組めば、同じパターンに入るだろうと思えます。

○牛島委員

「Ⅰ」、「Ⅱ」は普通の医師を育てるためのシステムですよ。「Ⅲ」と「Ⅳ」は小児科医と精神科医を育てるレベルの話で、その中に児童精神医学をどのように組み込むか。専門医になるプロセスでは「Ⅲ」になるわけです。小児科医・精神科医がそれぞれできあがった後の生涯教育において児童精神医学をどのように教えていくかというのが「Ⅳ」に入るのではないですか。「Ⅰ」と「Ⅱ」を一緒にして、「Ⅲ」と「Ⅳ」を一緒にするような形にしていくと、もう少し明快かもしれません。これは小児科医・精神科医のボトムアップの問題です。

○杉山委員

精神神経学会が認定医を発足させますよね。「Ⅲ」の1は認定医というのを小児科学会が明記しているのですが、2の方は精神神経学会の認定医という形にはなっていないくて、指定医のことが書いてありますが、認定医の中でこの領域はどういう扱いになるのかという情報はございますか。

○山内委員

精神神経学会は専門医と呼んでいるのですが、専門医の中ではミニマム・リクワイアメントというのをあげておまして、その中に児童精神医学という項目はあがっております。そんな程度です。

ここには指定医のことが書かれておりますけど、これは専門医と少し性質が違っていて、指定医の中には8例中の1例は児童・思春期のものを出しなさい、となっています。これは年齢的な意味だけで、思春期心性というのは一応は問題になっておりますが、統合失調

症も入っているということです。「Ⅲ」の2の精神科のところは、精神科専門医からいえば、ジェネラル・サイキアトリストとしての単なる素養ということに位置付けられる。牛島先生の話からいけば、「Ⅳ」はそれの生涯教育のような位置付けということなのでしょうか。

○柳澤座長

私もこれを見て、そのように解釈しておりました。「Ⅲ」はジェネラル・ペディアトリシャンあるいはジェネラル・サイカイアトリストとしての研修で、「Ⅳ」は、そこにさらに付け加える短期的な生涯教育で、すでに第一線に出られる方に対しての生涯教育も含まれている。奥山委員、齊藤委員から何かご意見はありますか。

○奥山委員

正確に書きたいと思うので、精神神経学会の専門医の制度などが詳しくわかれば、そこをきちんと入れていった方がいいと私も思います。よろしくお願ひしたいと思います。今、仰ったように、一般小児科と一般精神科の研修に「子どものこころの診療とどの程度研修するか」があり、その上で生涯教育的なところでさらに、ここを深めたいという方々が短期研修を受けられるということだと思います。

○山内委員

内容はよくわかりました。書き方としては、牛島先生が仰ったように、「Ⅰ」は基本的な教育という意味合いで1と2があって、「Ⅱ」は一般専門医教育で、「Ⅳ」のところは生涯教育という名前にして、「Ⅴ」のところはその次の専門医の養成とか、括り方を変えれば、もう少し意味がはっきりしてくるのではないかと思います。

○保科委員

医会がやっている研修は、小児科学会の認定医・専門医でないと受けられないようになっております。小児科としてのサブスペシャリティのプラスアルファになっております。精神科のスペシャリティではないですよ。

○柳澤座長

小児科専門医が受けるわけでしょう。先ほど私が説明したとおりだと思います。

○齊藤委員

精神神経学会が教育的な催しを学会内で総会の間たくさん用意します。あの中に、この数年、必ず児童精神医学的なものが入っていると思うのですが、ああいったものが小児科医会の4日間の研修と対になる精神科側の生涯教育的なものになりますよね。

○山内委員

仰るとおり、そういう意味合いがあつて、あそこでは生涯教育的な意味と、専門医をとる人のための教育と2つの種類がありますが、ここは生涯教育という表現の方が皆さんにはわかりやすいのではないかと思います。

○柳澤座長

今まで各学会あるいは関係団体から述べられたことを取りまとめていただくと、「V」、「VI」に記載されているようなことになるのですが、これも現状とずれているとか、もっと付け加えるべきものがあるとか、そういうことがあればご指摘いただきたいと思います。

○吉村委員

「I」～「V」までは研修や教育ですよね。ですから「VI」も、そういうところで行ける本当の専門研修としたらいいのではないのでしょうか。病院というと、病院という施設における研修という意味ですよね。

○柳澤座長

施設の面から見た現状という意味でまとめたのだと思います。これからも今後の検討会での議論には出てきますので、ご意見があれば、事務局に伝えていただくということでもよろしいでしょうか。

○杉山委員

「VI」の4で「子どものこころの診療のできる大学病院診療部」というのが5つあげられていて、6カ所程度となっているのですが、もう1カ所はどこなのか。

○齊藤委員

千葉大学が抜けていると思います。千葉大学に臨床講座的なものできております。講座というか、臨床単位として。

○杉山委員

半独立セクションのような感じのところですか。

○齊藤委員

久留米大学が非常によくやっているという話は聞きますけど、どのような扱いになっているのかわかりません。

○牛島委員

大学病院に関しては、私が調査しているのですが、問題がないことはないです。神戸大学は親と子の診療を行っております。ところが精神科に聞くと、私どもは全く関係ございません、私どもは別に子どもと思春期の特殊外来をやっていると言うのです。小児科の先生だけがそれを行っています。そういう問題がいくつかあるような気がします。

○柳澤座長

個々に見ていった時に、内容がどうかというところまでは詰めてないと思います。

○牛島委員

このレベルでオーソライズされている施設としては、このくらいしかないです。

○柳澤座長

最初の検討会の時に文部科学省の方からのご説明の中でこういった大学名があげられておりました。

○齊藤委員

横浜市立大学が入っていないのはおかしいです。伝統ある児童精神科を持っていますから。

○牛島委員

あれは児童精神神経科として独立しております。

○奥山委員

これは大学病院の診療部という形で申請をして通っているところだと思います。横浜市立大学の場合は精神科の中に児童のトレーニングができる場所があるということで、そういうところは他にもあると思います。レジデントプログラムを持っているところがどのくらいあるかというのが、この前の皆さん方の発表の中から拾えなかったもので、どういう形で拾ったらいいのかということも教えていただけるとありがたいと思います。

○牛島委員

どの辺りで線を引くかという問題もあります。児童・思春期の外来を行っている所はたくさんありますが、有名無実の所もあるし、非常に活動的に行っている所もある。

○森委員

これは心の診療部が独立しているのはこの箇所だということですよね。横浜市立大学もそうですけど、ほかの大学では診てないということになると問題ですので、「診療のできる大学病院」という文章は適切ではないかと思うのですが。

○牛島委員 こういう部はきちんとできると定員化されているから、誰がいなくなっても、別の人が入って維持されます。ところが、大学の精神科などで一生懸命やってきた中心人物が別の所へ移ったら、あっという間にしぼんでしまうということがあります。その辺りも一つ考えておかななくてはいけないと思います。

○柳澤座長

全国的に診療施設をきちんと調査した上で書いているわけではないので、いろいろ不備があろうかと思えますし、内容的にも吟味すべきことはたくさんあろうかと思えます。中間報告書あるいは最終的な報告書としてはできるだけ完全な記述をしたいと思えますが、これは一つのたたき台としてこのような形でまとめてみたというサンプルとして見ていただければと思います。

次に、資料4-3「周辺課題」に移ります。議論の過程で委員の先生方からご指摘があった課題について類型化したもので、子どもの心の診療医の養成という本検討会の中心課題ではないのですが、養成を行う上で考慮することが求められるような課題です。これについては、今日は触れる程度にさせていただき、次回以降、もう少し議論を深めたいと思えます。どうしてもここで一言ということがあれば発言していただきたいと思えますが、いかがでしょうか。

前回の資料では「Ⅲ」のところを「精神保健福祉法等における問題」となりましたが、「子どもの権利擁護の問題」として、問題点を明らかにしていただいております。

○星加委員 「Ⅵ. ポスト（就職先）の問題」のところに「大学病院での就職が困難」という文章が出てきますが、この分野だけでは大学病院としてはそれほどニーズがないということですか。ニーズがないというか、非常勤でもいいということですか。

○奥山委員

これは皆さんの言葉の中から拾ってしまったので、大学病院ではなかなか就職できませんという話がどこかで出たと思えます。この辺りはもう少し膨らませなくてはならない部分で、就職先のことはもっといろいろな面があると思えます。周辺課題のところは言葉としてどのようにしたらいいのか、ご意見をいただければと思います。

○柳澤座長

それでは、次に移りたいと思えます。これまでの議論を総括して、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、資料4-4の「子どもの心の診療医の養成のための検討課題」を議論していただきましたが、それについてまとめられています。

前回の議論では、卒前・卒後の医学教育と医師臨床研修の枠組みの中で、医学教育で使

う用語として一般教育目標（G I O）とか個別行動目標（S B O）のような書き方をしたたたき台をお示しして、それに対して議論をしていただきました。これについては、一般教育目標としてあげられた内容と個別行動目標としてあげられた内容との関係の整理などいくつかの課題が指摘されました。

特に、この議論の入り方について、「子どものニーズ」に応じて、患者さんが最初に来られた時に、必要とされる医師の技能を、まずは、一次、二次、三次の医療機関の対応レベルごとにまとめ直してみて、検討してはどうかとのご意見がありました。このような分け方をした方が、対応する医師がどのような技能を必要とするのかがわかりやすいのではないかとのことでした。このような検討を踏まえて、より具体的な研修方法などに繋がるのではないかと思います。

そこで今回は、児童虐待、発達障害、神経性食欲不振症（A N）、不登校、うつ、強迫性障害などの子どもの心の問題について、必要とされる医療レベルごとにモデル的に事務局サポートチームにたたき台を作成していただきました。それが29頁以降に横の表で示されています。

資料4-4（補足資料）について、奥山委員から説明していただきたいと思います。

○奥山委員

前回、一次から三次医療でどういうことが必要とされているかをまとめた方がいいのではないかとのご意見をいただきまして、私がイメージできる範囲で書きました。かなり抜けもあるかと思いますので、皆さんに見ていただきたいと思います。

一次、二次に関しては小児科と精神科を分けています。三次は最終医療機関をイメージしているのですが、三次医療では両方を分けずに書いてあります。

一次医療というのは一般の小児科および精神科の先生にこのくらいのことをわかっているだけで「知識」、このくらいのところまで診ていただけたらというのを「技術」という形で書いています。

○柳澤座長

「知識と技能」の方が適切ではないかと思います。全部それに統一したほうが。

○奥山委員

語句の点もありますし、いろいろな修正点があると思いますので、事務局あてにご意見をいただければ、加筆・修正していきたいと思います。

小児科の先生方は心身関連の部分とか発達の部分とか、そういうことに関しては知っておいていただきたいという形で書いています。よく見られるような習癖の問題とか、そういう問題には対応していただきたいなということで書かせていただいております。

精神科の先生方には、大人の精神科を中心とされている精神科の先生方にもこの辺りの

ところは対応していただけるとよろしいのではないかということをお聞きさせていただきました。私自身が大人だけの精神科をやったことがないので、ここはおかしいというところはお意見をいただきたいと思っております。

二次医療に関しては、ここでは二次医療の捉え方として、小児科の中で心の問題を扱う外来、精神科の中で児童・思春期を扱う外来をお持ちの医療を二次医療と考えて書いてあります。

小児科の場合は一次医療機関に必要な知識に加えて、子どもの精神発達に関する問題、親の精神的な問題の見分けができるのか、そういったものをお聞きいただいております。

精神科の先生方は小さいお子さんへの対応が難しいということがありますので、思春期ということで11歳の辺りで分けて考えてお聞きいただきました。これは概ねということで11歳ちょうどという意味ではないんですが、15歳以上が思春期という考え方もありますので、ここでは11歳ぐらいをイメージしているということをお知らせさせていただきました。

三次医療とは、専ら子どもの心の診療を行っている医療機関と考えて、一次、二次、三次を規定して、ここに書かせていただいております。

これだけだとわかりづらいだろうということで例をお聞きいただきました。この検討会を立ち上げる時に発達障害と子どもの虐待というのが重要な課題でしたので、この2つを入れて、もう1つ、今注目されている問題として神経性食欲不振症をお聞きいただきました。これだけですと従来の問題があまり見えてこないという問題がありましたので、不登校、うつ、強迫性障害も入れてみましたが、必要であれば削っていただいてもいいのではないかと思います。

読んでいただくのにお時間がかかるかと思いますが、何かありましたらご指摘いただきたいと思います。

○杉山委員

アノレキシア・ネルボーザですけど、やせがある程度以上になると精神科医の出る幕はないというか、マイナス40%のアノレキシア・ネルボーザは身体管理だけですから、そうすると身体科の方が中心になってきて、それにリエゾンのような形でかかわるようなことになると思うんです。一部のものはチームでやらなくてはいけなくなってくるので、二次医療というのは市民病院の小児科とか精神科を念頭に置いているのかなと思いますが、ここでどのくらいのレベルの方までを対象とするのが理想なのかというのは議論が必要ではないかと思います。

○柳澤座長

国立成育医療センターこころの診療部に入院しているアノレキシア・ネルボーザの患者さんは命にかかわるような状況の方がいるわけですけど、その辺りの患者さんを診療して

おられる委員の方は、杉山委員のご意見に対していかがでしょうか。

○奥山委員

これを書くのは非常に難しかったです。うちの病院は閉鎖病棟がないのですが、抑制をかけなくてはならない時も実際はあります。やせがひどいお子さんと待ってられないので、抑制も使いながらの身体管理になってくるとい点では、身体を診る小児科の先生方だけでは無理な部分が出てくるのではないかと思います。

○齊藤委員

神経性食欲不振症というのは、この流れの中では特異なグループだと思います。大人の精神科臨床の周辺で考えたら、純形のアノレキシア・ネルボーザは、大学病院とか一部を除くと、一般精神病院にはまず行きませんから、心療内科という科がこれを自分たちの主要な疾患だと考えているわけです。その点から言うと、一次医療的な精神科医がかかわる領域というのは、そこに精神障害が加わってきた時だと思います。リエゾンのなところや、その部分だけをお手伝いするのが一次医療で、二次医療は、身体管理をやるかどうかは別として、人格構造の問題にまで踏み込んだ治療ができるかどうかというところになって、三次医療は自分たちのところできちんと抱えて全部診ていけるといところになるのではないのでしょうか。

○柳澤座長

この検討会としてこういうことを議論していただきたいという厚生労働省からの冒頭のお話の中で、発達障害、虐待、神経性食欲不振症などが出てきましたので、ここに挙げられているのだと思います。そういう面で多少異質なところがあるという感じはします。

○齊藤委員

三次医療としての児童精神科医療では神経性食欲不振症の子どもたちは、あるボリュームで必ずおります。小児科医療において治癒しなかった、大人の精神科で治療するような年代ではない小学校高学年、中学生ですが、一つは拒食行動が治らず、どんどんやせていってしまう。もう一つは行動療法には乗りますが、緩めれば元に戻ってしまうという遷延型のタイプ、これは児童精神科専門病棟でケアするしかないケースだと思います。そういう意味では子どもの心を扱う領域の固有の対象でもあるのですが、それを一次、二次というように上へ上げていくというか、一般性を深めていけば診られるものかどうかといところに少し疑問を感じます。

○牛島委員

状態だけを簡単に書いてありますが、精神科の方から神経性食欲不振症の治療について

不満があるのは、患者が食べるようになりさえすればそれで終わりという考え方が内科の方にあるわけです。精神科の医者としては、そこにある人格的な形成の問題が全然解決されないまま放置されて、高校生、大学生になってからそれがまた露呈してくることがよくあるので、最初のころから人格の問題も扱ってもらいたい、というのが精神科の方からの希望でもあるわけです。

神経性食欲不振症だけではなくて、子どもの虐待にしろ、うつにしろ、不登校にしろみんなそうなのです。幼くしてこういう問題が起こってくるには、その背後には人格形成上の問題があるということをみんなが注目するようなポイントをどこかに入れてもらいたいという感じがします。

もう一つは、せっかく作っていただいたのを壊してしまう可能性があるので控えていたのですが、我慢できずに言います。軽症、中症、重症という分け方というのは、受ける施設の能力の問題の話だと思います。今、我々がディスカッションしているのは、どういう人材を育てるかの問題です。そうなってくると、重症まで扱える、こんな重症の人は扱えないというレベルにすると、一次、二次、三次の境界領域の区別がつかないのです。どの辺りまでやるのかというと、講習をした回数とか経験という辺りで決めていくという形にしかならないので、一次、二次、三次というのは有名無実になってしまう危険がありはしないかと感じます。

その代わりとして一つ挙げたいのは、小児科の先生で発達障害を多く扱っている方がおります。しかし、神経性食欲不振症とか虐待になると全然駄目という人が多いのではないかという気がします。その逆の場合もあります。思春期青年期精神医学会の連中は発達障害はほとんど駄目で、神経性食欲不振症とか強迫のほうが得意ですよ。非常に狭い範囲を得意としている人たちを中間領域のところにもって行って、全てに亘ってカバーできる人を専門家という分け方ができないものだろうかとも思いますが、いかがでしょうか。

○柳澤座長

今、お聞きしていて、それも大事な視点だと思いました。

○奥山委員

最初的人格形成のことですが、それをイメージして合併精神障害という書き方をして、それを精神科の二次のところでも一番上にもってきています。そのつもりだったのですが、人格形成という言葉を入れた方がいいですか。

○牛島委員

特に子どもの場合、人格形成のことを考える時は必ず親の問題も考えねばならないということが前提にあります。